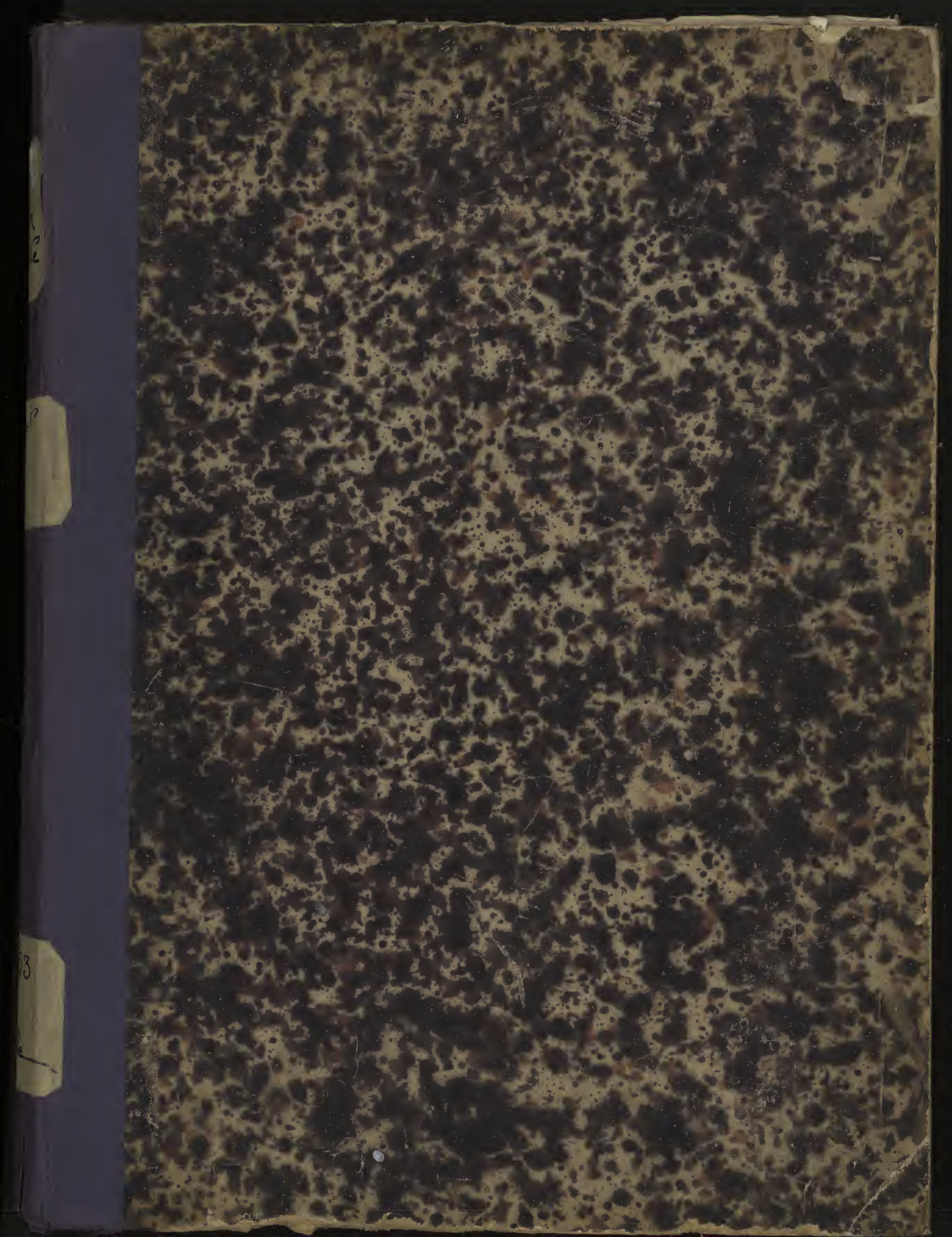


L'UNION MÉDICALE,

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES,

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

Rédacteur en chef : M le Dr AMÉDÉE LATOUR

Gérant : M. le Dr RICHELOT.



SEPTIÈME ANNÉE.

TOME VII.

1853.

PARIS,

AU BUREAU DU JOURNAL,

RUE SAINT-GEORGES, 12.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME SEPTIÈME (1853).

DE L'UNION MÉDICALE.

Note. Les chiffres romains indiquent le Numéro, les chiffres arabes la Page.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

P

Q

R

S

T

U

V

Y

Z

W

Paris. — Imp. Félix Malteste et Cie, rue Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 1. SEPTIÈME ANNÉE. **Mardi 4 Janvier 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An.............. 32 Fr

6 Mois............ 17

3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs des départemens pour six mois et pour un an, dont l'abonnement finit le 31 décembre prochain, sont prévenus que la traite pour le renouvellement leur sera présentée à domicile dans le mois de janvier. Afin de nous éviter des frais considérables de retour, ils sont priés de donner des ordres en conséquence, en cas d'absence.

MM. les Souscripteurs de trois mois qui veulent éviter tout interruption dans l'envoi du Journal, sont priés de renouveler leur abonnement avant le 1er janvier, soit par un mandat sur la poste, soit par la voie des Messageries et du commerce.

La quittance sera présentée au domicile de nos Souscripteurs de Paris.

PARIS, LE 3 JANVIER 1853.

A NOS LECTEURS.

Six années se sont écoulées depuis que l'UNION MÉDICALE fit avec confiance un appel au corps médical de France.

Celui qui écrit ces lignes, vient de relire le numéro-spécimen qui fut adressé à nos confrères, en décembre 1846, et il a pu se dire :

« Si les exigences du journalisme, en m'imposant une improvisation quotidienne et rapide, m'ont quelquefois entraîné à émettre des idées, à soutenir des opinions écloses sous l'empire de circonstances actuelles et pressantes, opinions et idées qui ont dû se modifier par l'étude et par la réflexion plus attentive (et quel journaliste, se croyant sans péché à cet égard, oserait me jeter la première pierre?), je vois avec une satisfaction légitime que les principes qui me guidaient en 1846, sont ceux qui me guident encore aujourd'hui; le temps et l'expérience n'ont fait que me raffermir dans mes croyances. »

Aujourd'hui comme alors, l'UNION MÉDICALE croit que la presse, à l'époque scientifique où nous vivons, époque inquiète, incertaine, cherchant ses voies, ne peut avoir à combattre ou à défendre aucun drapeau dogmatique. Il n'y a, sur l'horizon médical, ni philosophie à relever, ni système à détruire. D'un accord universel et tacite, à Paris comme à Montpellier, à Strasbourg comme à Lyon, partout où se rencontre un corps savant et enseignant, ce que l'on enseigne, ce qu'on loue, ce que l'on récompense, ce sont les résultats de l'observation et de l'expérimentation. Le dogme n'intervient plus guère que comme souvenir pieux et à titre de réserves pour l'avenir; cela fait, on remet le drapeau dans sa poche, et l'on suit la pente commune, on observe et l'on expérimente. Évidemment, le culte dogmatique n'est plus qu'un culte des dieux Lares, et le journalisme ne pourrait, sans indiscrétion, forcer le sanctuaire du foyer domestique.

Observation, expérimentation sont encore les deux sources où nous voulions puiser l'enseignement qu'un journal est chargé de dispenser, tout en conservant respect et considération pour les dogmes divers qui, si longtemps, se sont disputé l'empire des croyances.

Donc, pour nous, qui ne voulons ni élever, ni amoindrir le rôle de la presse médicale, nous croyons encore aujourd'hui qu'un journal ne peut être qu'une sorte de miroir, mais pur et fidèle, et qui exige d'être tenu par une main intelligente, afin qu'il ne reproduise que des objets dignes d'être réfléchis.

Nous croyons encore aujourd'hui qu'avec l'amour de la vérité et de la justice, qu'avec la modération des formes et du langage, qu'avec une grande bienveillance pour les hommes, la critique peut tout dire, tout examiner, tout apprécier. Ce sont ces intentions que nous avons constamment cherché à traduire, ce sont elles encore que nous prendrons pour guide. La polémique injurieuse est d'un succès si facile, et ce succès si accessible aux intelligences les moins distinguées, que nous avons l'immodestie de n'y pas aspirer. Tous ceux qui ont eu l'honneur de tenir sans passion et sans haine une plume de journaliste, savent qu'il est un peu plus difficile d'être vrai, ferme, sévère même, en ne cessant pas d'être courtois.

Nous croyons aujourd'hui comme alors, et après une plus longue expérience du journalisme médical, après une étude plus sérieuse encore des besoins, des goûts et des habitudes du public, qu'un journal n'est possible que par l'association intelligente d'efforts communs et d'intentions semblables. Une personnalité, quelque éclatante qu'elle soit, est plus un embarras qu'un avantage pour un journal, quand elle veut se substituer à une action générale, et l'absorber à son profit. Une certaine pondération des pouvoirs est nécessaire en journalisme autant qu'en toute autre chose, parce que le journaliste tient de l'humanité les passions et les intérêts humains, parce que le public qui s'abonne à un journal veut connaître moins les opinions de M. tel, que le mouvement général des esprits et de la science.

Nous croyons plus que jamais qu'ils se trompent et qu'ils dirigent leurs lecteurs dans des voies déplorables, les journalistes qui croient possible de faire une coupure dans leurs publications, et de séparer la science de ce qu'ils appellent la pratique. La médecine est une science et un art; le médecin est un savant et un artiste; c'est la science qui donne à l'art sa raison d'être et d'agir; ces deux choses sont indissolubles et en corrélation directe; leur séparation est l'avilissement et serait la perte de la médecine. On est honteux d'avoir à reproduire des vérités aussi vulgaires. Nous laissons ces distinctions ridicules à ceux qui, dans un intérêt industriel, les exploitent contre nous, distinctions exhumées des vieilles querelles professionnelles entre les médecins et les chirurgiens, entre les chirurgiens et les barbiers; distinctions qui auraient pour résultat d'abaisser le niveau général des intelligences et des études, et d'établir une sorte de hiérarchie et de sujétion des médecins *savans* sur les médecins *praticiens*. Nous ne voyons, nous, dans tous les membres de la famille médicale, que des droits égaux et des besoins semblables. Par les mêmes motifs que nous combattons la malheureuse distinction des docteurs et des officiers de santé, nous luttons et lutterons sans cesse contre cette distinction plus malheureuse encore entre la science et la pratique. Avec moins de profit, mais avec plus de vérité, nous osons dire à nos confrères : Praticiens, vous avez tous besoin d'être savans; savans, vous avez tous besoin d'être praticiens.

La médecine, avec tous ses élémens, dans toutes ses applications, continuera donc à être l'objet de notre publication, à laquelle, après une revue rétrospective de six années, nous ne trouvons rien à changer, à modifier ou à transformer, si ce n'est pour redoubler d'efforts et de zèle, afin de la rendre de plus en plus digne de la faveur et de la bienveillance de nos confrères. Amédée LATOUR.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

RÉSULTATS DE LA CONFÉRENCE SANITAIRE INTERNATIONALE.

On lit dans le *Moniteur* de mercredi dernier, 29 décembre 1852, un article ainsi conçu :

« Le sénat sarde, adoptant les conclusions du rapport de M. le » docteur Riberi, a sanctionné, le 26 novembre dernier, par un vote » presque unanime, la convention sanitaire internationale signée le » 3 février de cette année par les plénipotentiaires de la France et de la

Feuilleton.

SUR L'ORGANISATION DU CORPS MÉDICAL EN ANGLETERRE.

Londres, le 17 décembre 1852.

Monsieur le rédacteur,

Des changemens d'une assez grande importance viennent de s'effectuer dans les corporations médicales de ce pays, et ces institutions subissent en ce moment des modifications si profondes, que je crois devoir vous entretenir un instant de ce qui se passe. Vous apprendrez sans doute avec plaisir, vous Monsieur, qui soutenez avec tant de talent le principe de l'association, que c'est dans la voie du progrès que se font les modifications dont je parle; en effet, elles tendent principalement à donner force et vigueur aux corporations en appelant dans leur sein, par des statuts à vues larges et libérales, les confrères qui étaient jusqu'à ce jour restés dans l'isolement, et que des réglemens surannés tenaient éloignés des bienfaits de l'association.

Les trois corporations principales sont, comme vous ne l'ignorez pas, le collége des médecins, celui des chirurgiens et la Société des pharmaciens; ces trois corps forment des centres complètement indépendans les uns des autres; ils viennent cependant d'agir en quelque sorte simultanément, en modifiant leurs chartes respectives dans le même sens. Chose étrange, c'est le collége des médecins (*college of physicians*), la corporation la plus exclusive, la plus hautaine et la plus imbue (jusqu'ici) des opinions d'autrefois, qui ouvre ses portes le plus largement; et il ne manque plus que l'assentiment du parlement, qu'on vient d'élire tout récemment, pour que ce collége prenne une allure toute moderne. Les associés et les licenciés de cette corporation (pour la plupart munis du grade de docteur conféré par une Faculté britannique ou étrangère) étaient jadis reçus après un examen sévère, et une redevance de 1,300 fr. (1) pour le licencié, qui pouvait plus tard devenir associé (*fellow*) par élection moyennant une seconde somme de 1,200 fr. Il est clair que barricadé de cette manière, le Collége ne devait pas voir ses membres se multiplier bien rapidement; et il faut bien dire que c'est toujours plutôt la qualité que la quantité que le Collége a recherchée, puisque quelque temps après sa fondation, sous Henri VIII (1511), le nombre des membres était fixé à 20. Ces médecins ont ainsi toujours été, presque de droit, consultans; et ont en général restreint leurs soins aux classes opulentes disposées à leur offrir à chaque visite les honoraires habituels de une ou deux guinées. (Voyez l'UNION MÉDICALE, n° 70, 1852, feuilleton.

On comprend bien qu'une corporation de ce genre devait posséder de beaux priviléges; elle en jouit pleinement pendant une couple de siècles, mais il y a environ cinquante ans que certains docteurs en médecine crurent pouvoir se passer de la licence du Collége tout en exerçant la médecine comme les membres de cette corporation. Il surgit alors des procès et des litiges fort longs; mais le Collége se fatigua enfin de poursuivre. Quelques charges officielles restèrent exclusivement affectées aux membres du Collége, ces derniers conservèrent en outre certains autres priviléges, mais la pratique consultante devint de plus en plus libre. Il arriva ainsi qu'une foule de docteurs en médecine, reçus dans diverses Facultés, exercèrent sans faire partie de l'ancienne et vénérable corporation.

C'est à toutes ces brebis égarées, tant à Londres qu'en province, que le Collége ouvre ses portes; tous les docteurs en médecine viennent d'être invités à se faire inscrire, sans examen, pourvu qu'ils aient six mois d'exercice, et moyennant des droits extrêmement modérés (environ 400 fr.). La pratique consultante prendra ainsi plus de régularité, le Collége acquerra une influence considérable; il y aura plus de confraternité, et tout le monde y gagnera. Les examens offriront à l'avenir toute garantie et les droits seront modiques.

A côté du Collége des médecins marche, depuis 1540, celui des chirurgiens, qui, après avoir passé par des phases diverses (barbiers, simples phlébotomistes, etc., etc.), s'est élevé graduellement et est parvenu à se constituer en 1800, en une corporation dont les membres exercent l'art chirurgical sur des bases scientifiques. A cette époque, le Collége était gouverné par un conseil originairement nommé par charte royale, conseil qui possédait l'immense privilége de renouveler lui-même ses membres. Pendant une trentaine d'années, il y eut beaucoup de plaintes et de dissensions; enfin arriva, en 1843, la nouvelle charte qui créait des associés placés au-dessus des membres ordinaires du Collége, ces associés (*fellows*) acquirent le droit d'élire le conseil, et d'oligarchique le gouvernement devint franchement représentatif, car tout membre ordinaire a le droit de se faire recevoir associé en se soumettant à un examen rigoureux, et en payant des droits fort modiques.

Les premiers associés furent, en 1843, nommés d'emblée. Parmi la masse de membres ordinaires (il existe environ 8,000 de ces derniers), l'âge, l'expérience, etc., guident les choix; mais comme il est très difficile de ne point faire de mécontens, les nominations donnèrent lieu à de violentes récriminations qui se sont plus ou moins répétées pendant les dix dernières années. Mais l'heure des concessions et de la conciliation a universellement sonné, la charte de 1843 vient d'être modifiée, et les plus grandes facilités sont offertes pour se faire recevoir associé sans examen, pourvu qu'il y ait exercice d'un certain nombre d'années; tout associé pouvant devenir membre du conseil indépendamment de l'ancienneté. La masse des chirurgiens est aussi dotée de plusieurs immunités dont le détail serait ici inutile.

Mais, me dira-t-on, de ces praticiens qui les uns exercent exclusivement la médecine, principalement comme consultans, et les autres exclusivement la chirurgie, qui donc soigne le peuple? qui donc est le médecin des familles de la classe moyenne? où donc est le praticien qui, comme en France, fait de la médecine, de la chirurgie, des accouchemens, et à la campagne un peu de pharmacie? C'est l'apothicaire. — Vous allez sans doute, Monsieur le rédacteur, vous figurer un pharmacobarbier, entouré de fioles et de lancettes, un homme d'une intelligence

(1) Les licenciés (extra-muros) exerçant à 7 milles de Londres, paient une taxe moins considérable; mais le corps des licenciés intra et extra-muros n'avaient aucune part au gouvernement de l'association.

» Sardaigne, ainsi que le règlement annexe ; la chambre des députés de » Turin avait déjà, précédemment, sur le rapport de M. le docteur » Bertini, approuvé ces deux actes. Les savans rapporteurs ont démon- » tré, avec l'autorité de leur expérience, les avantages que le nouveau » régime consacré par la convention du 3 février doit assurer au com- » merce des deux pays. Les développemens dans lesquels M. le docteur » Riberi est entré donnent un haut degré d'intérêt à son rapport, où » l'érudition s'allie aux vues pratiques d'un esprit à la fois élevé et » conciliant ; ils contribueront certainement à lever les doutes qui ont » empêché jusqu'ici plusieurs États d'adhérer définitivement aux vues » si sages et si éclairées de la conférence sanitaire internationale. »

La sanction donnée par la Sardaigne aux résolutions de la conférence sanitaire internationale est un fait important et que nous croyons devoir faire remarquer. Nous avons parlé, dans le temps, de cette conférence, moitié diplomatique, moitié médicale, qui s'est tenue à Paris, en 1851 ; nous en avons indiqué l'esprit et le but, en même temps que nous avons pu fournir à nos lecteurs des renseignemens, puisés à bonne source, sur les savans qui avaient l'honneur d'y représenter la médecine. Nous nous proposons de revenir, un jour, sur les travaux de cette réunion, destinée à faire époque dans l'histoire des affaires sanitaires ; sur les résolutions qu'elle a adoptées, et nous nous appliquerons à faire ressortir les avantages qu'il est permis d'en attendre.

Pour peu qu'on soit versé dans ces matières, on sait quelles exagérations existaient et existent encore dans quelques pays, en fait de mesures sanitaires, et les abus crians dont ces mesures sont la cause ou le prétexte. La conférence aura eu le mérite, d'une part, de réduire les précautions à ce que réclame la prudence, et, d'autre part, de les rendre uniformes pour tout le monde ; n'eût-elle rendu que ce service, elle aurait droit à la reconnaissance éternelle du commerce et des nations.

Au nombre des puissances qui y figuraient, la Sardaigne avait, dès l'abord, montré les dispositions les plus favorables et les plus conciliantes ; à peine les discussions étaient-elles closes, que ses deux délégués, M. Magnetto, consul général, et M. le docteur Bo, professeur à l'Université de Gênes, recevaient les pouvoirs nécessaires pour adhérer, au nom de leur gouvernement, à tout ce qui avait été résolu. Une formalité législative restait à remplir en Sardaigne ; il fallait la sanction de la Chambre des députés et celle du Sénat. Il résulte de l'article du *Moniteur* que nous venons de reproduire, qu'elles ont été données l'une et l'autre ; la première, à la suite d'un rapport de M. le docteur Bertini, député ; la seconde, à la suite d'un rapport de M. le docteur Riberi, sénateur.

Nous sommes heureux d'avoir à signaler cette participation honorable de deux médecins à une œuvre aussi importante ; elle prouve, une fois de plus, les services que la médecine bien comprise et dignement représentée, peut rendre dans les affaires publiques. M. Bertini est ce savant distingué et très connu dont on a eu souvent à remarquer le zèle et les lumières dans la plupart des congrès qui ont eu lieu en différentes villes, et qu'il se plaît à fréquenter. M. Riberi est, au jugement de tout le monde, un des premiers, si ce n'est le premier chirurgien de l'Italie ; il est, de plus, le médecin aimé du roi actuel de la Sardaigne, après avoir été celui de son auguste père, l'infortuné Charles-Albert, qu'il est allé soigner dans son exil. Tous les deux sont au nombre des correspondans étrangers de notre Académie.

Nous avons eu leurs rapports sous les yeux. Celui de M. Bertini, court et substantiel, se borne à exposer les résolntions de la conférence et à en demander l'adoption. Celui de M. Riberi, plus détaillé, entre dans de grands et intéressans développemens ; on voit que l'auteur ne s'est pas proposé seulement de parler au Sénat, mais qu'il a voulu en même temps éclairer l'opinion publique, afin de la préparer à recevoir avec confiance la nouvelle institution sanitaire. Sous ce point de vue, le travail de M. Riberi est un véritable service rendu à la cause sanitaire, et il aura certainement pour effet de dissiper bien des erreurs, d'écarter bien des préventions.

Immédiatement revêtue de la sanction royale, la convention préparée par la conférence et le règlement d'application qui en est la suite, sont aujourd'hui, en Sardaigne, loi de l'État.

Si nous sommes bien informés, la mise à exécution ne se fera pas longtemps attendre ; déjà même les hauts agens destinés à remplacer l'ancienne administration seraient nommés et prêts à entrer en fonction.

De ce côté donc le succès est complet et définitif ; la France et la Sardaigne, complètement d'accord, pourraient, dès à présent, au besoin, agir de concert.

Depuis longtemps le Portugal, conseillé par M. le docteur Grande, un autre médecin du plus grand mérite, comme du plus honorable caractère, et par M. Mouzinho da Silveira, jeune diplomate de beaucoup d'avenir, avait aussi donné sa signature, et adopté, sans nulle restriction, toutes les résolutions de la conférence.

Il est à croire qu'il en sera bientôt de même de la Toscane, voisine de la Sardaigne. Elle avait pour délégués à la conférence le savant directeur de l'École d'application de médecine de Florence, M. le commandeur Betti, l'un des hommes les plus justement considérés de son pays ; et M. Cecconi, consul-général des plus expérimentés. Leurs dispositions bien connues et le juste crédit dont ils jouissent, M. Betti en particulier, qui est en même temps conseiller d'État, permettent de compter sur une solution promptement favorable.

Les autres puissances, toutes si bien représentées, et animées de si bonnes dispositions, adhéreront successivement, il faut l'espérer. Au reste, la diplomatie négocie en ce moment, et l'on s'efforce, par de loyales explications de part et d'autre, et de mutuels sacrifices, de lever les difficultés pratiques qui existent sur différens points. Ces difficultés finiront par s'aplanir ; et, en dernier résultat, l'œuvre de la conférence, cette œuvre si éminemment utile, dont l'initiative appartient à la France, deviendra, dans un avenir plus ou moins éloigné, la loi sanitaire de la Méditerranée, si ce n'est même de toutes les mers.

Amédée Latour.

HÉMATOLOGIE.

PURPURA HEMORRHAGICA FEBRILIS ; — ANALYSE DU SANG ; — AUCUNE TRACE DE FIBRINE ; — MORT.

Observation et réflexions lues à l'Académie de médecine, dans la séance du 28 décembre 1852.

Par M. le docteur Hérard, médecin des hôpitaux.

Nous avons l'honneur de soumettre à l'Académie un fait d'hématologie pathologique, que nous croyons sans exemple dans les annales de la science, et qui nous paraît appelé à jeter quelques lumières sur l'histoire encore obscure des affections scorbutiques, et en particulier sur la question si controversée de la composition du sang dans ces maladies.

Dans cette observation, remarquable à plus d'un titre, il s'agit d'un homme âgé de 35 ans, doreur, entré à l'hôpital de la Pitié (salle Saint-Léon, n° 6), le 22 août 1851.

Jouissant habituellement d'une bonne santé, doué d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, cet homme était convalescent depuis une quinzaine de jours d'un érysipèle de la face qui n'avait présenté rien d'insolite ni dans sa marche, ni dans ses principaux symptômes.

Le 19 août, à la suite d'un bain froid, il fut pris tout à coup sans cause appréciable d'un frisson avec fièvre, céphalalgie, courbature générale et en même temps d'une très vive douleur de reins.

Le 20 et le 21 les accidens continuèrent, allèrent même en augmentant. Le malade eut des nausées et quelques vomissemens. Le 22 il vint à pied à l'hôpital et fut admis dans le service dont nous étions temporairement chargé. L'interne de la salle, M. Labric, constata le soir de l'entrée, une fièvre intense, de la céphalalgie, de l'inappétence, la langue blanche légèrement rouge sur les bords, une douleur de reins tellement aiguë, qu'elle arrachait des cris au malade et absorbait presque tous les autres symptômes. Du reste pas de larmoiement, ni de coryza, pas de toux, pas de mal de gorge, pas de diarrhée. Çà et là sur la face et les membres quelques petites saillies coniques qui firent songer à la variole, mais le malade, d'ailleurs vacciné, assurait que ces élevures existaient depuis longtemps.

23. A notre visite du matin, l'état est à peu près le même que la veille au soir ; la fièvre persiste, les douleurs de reins sont véritablement intolérables ; les boutons demeurent stationnaires, mais sur la face et le devant de la poitrine, nous remarquons une rougeur assez vive, générale, uniforme, sans pointillé, disparaissant à la pression. Le malade ne se plaint ni de mal de gorge, ni de difficulté à avaler. La muqueuse bucco-pharyngée est saine, la langue blanchâtre, humide. Il n'y a plus de vomissemens ; l'intelligence est libre. Le soir, l'injection des tégumens est plus étendue et encore plus marquée que le matin.

24 (4me jour depuis le début). La céphalalgie, et surtout la douleur sont toujours très violentes ; la peau est chaude, le pouls, développé, bat 108 fois par minute. Les deux conjonctives oculaires et les paupières principalement du côté droit, sont le siége de fortes ecchymoses violacées, noirâtres ; un grand nombre de pétéchies lie de vin se montrent sur le ventre et les membres inférieurs ; elles sont confluentes à la région hypogastrique, rares sur la poitrine et les bras ; sur les jambes, on observe, par plaques disséminées, une teinte bleuâtre qui dénote une hémorrhagie profonde. La langue, à peine rouge sur les bords, présente à sa face dorsale un enduit blanchâtre ; les gencives sont saines, ainsi que l'arrière-gorge. Le malade a expectoré cinq ou six crachats sanglans, et assure (nous n'avons pu, toutefois, vérifier le fait) avoir rendu des urines rouges de sang. A l'auscultation, on perçoit dans la poitrine quelques râles sous-crépitans disséminés. La percussion ne fait reconnaître aucune différence de son appréciable.

Traitement : Limonade citrique pour boisson ; saignée de 200 grammes ; diète.

Un soulagement immédiat a été obtenu après la saignée ; puis, quelques heures après, le malade s'est plaint tout à coup d'étouffement, et est mort subitement.

Examen du sang tiré de la veine. — Le sang ne s'est pas séparé, comme à l'ordinaire, en sérum et en caillot ; il a conservé pendant vingt-quatre heures une couleur noirâtre et un état de fluidité des plus remarquables. Il n'a présenté aucune trace de couenne. M. le docteur Becquerel, qui a eu l'obligeance d'en faire l'analyse, est arrivé aux résultats suivans tout à fait inattendus ;

Fibrine. — Après un quart d'heure de battage avec une vergette d'osier, il a été impossible de constater le plus petit atome de fibrine.

Globules. — Même impossibilité de séparer les globules du sérum. Le dépôt spontané, pas plus que l'addition au sérum du sulfate de soude, pas plus que la réfrigération, n'ont pu permettre cette séparation.

Densité. — La densité du sang ainsi altéré était de 1053,56.

1000 parties de sang mis à dessiccation contenaient :

Eau.	803,44
Parties solides	196,56

---

bornée, dont la pratique est du genre le plus infime. Eh bien ! cette image ne représenterait nullement la réalité ; cet apothicaire (qui, par parenthèse, a horreur de ce nom et qu'on évite soigneusement de lui donner) s'est élevé par degrés et est parvenu à atteindre une position fort convenable, et que certains médecins français (M. Malgaigne, janvier 1852, *Revue médico-chirurgicale*, et M. Dorvault, *Union Médicale*, nos 135 et 138, 1851) n'ont pas exactement comprise. Cet apothicaire, qui, d'un côté, s'appuie sur sa propre corporation, et de l'autre sur celle des chirurgiens, porte le nom de *praticien général*, et, sans être docteur en médecine, il passe des examens plus sérieux que ne les imposent certaines facultés. Je dois dire cependant que ce praticien, si utile aujourd'hui, je dirai même si indispensable, a eu, comme le barbier-chirurgien, de bien minces commencemens.

Avant 1616, les apothicaires formaient, avec les épiciers, une seule et même corporation ; les premiers se révoltèrent sous Jacques Ier de cet état de choses, les deux professions se séparèrent, et en 1694 les apothicaires obtinrent de Guillaume III une charte en règle. Ils jouirent alors du privilége exclusif de préparer les médicamens ordonnés par les médecins et les chirurgiens, et il fut défendu à ces derniers de tenir boutique. Le peuple, cependant, qui était cruellement dupé par des charlatans et des fripons, et qui manquait de moyens pour rémunérer le médecin-consultant, se jeta dans les bras de l'apothicaire ; les classes moyennes, fatiguées des prix exorbitans des médecins, suivirent son exemple, de telle façon que les apothicaires devinrent bientôt, pour les médecins, des adversaires redoutables. Les premiers ne tardèrent pas à monopoliser presque toute la pratique médicale et se contentaient de faire appeler le docteur dans les cas désespérés. Les médecins s'opposèrent d'abord de toutes leurs forces à ces empiétemens, et, armés de leur privilége, ils réussirent plusieurs fois à faire payer cher aux apothicaires leur témérité. On imposa quelques fortes amendes, les médecins établirent des dispensaires, où ils livraient gratuitement au peuple des médicamens pour l'éloigner des apothicaires ; ils chargèrent des droguistes de l'exécution de leurs ordonnances (de là l'anomalie qui existe encore aujourd'hui, qui place entre les mains d'un droguiste, qui depuis s'est orné du nom de chimiste, la préparation des médicamens), et ce fut une guerre acharnée.

Enfin en 1704 (sous le règne de la reine Anne), un apothicaire, nommé Rose, poursuivi et condamné à l'instance du Collége des médecins, en appela à la Chambre des lords. Ce corps décida que les apothicaires auraient dorénavant le droit de faire de la médecine, et ils l'ont fait si bien pendant un siècle, qu'en 1815 ils furent légalement constitués par charte royale en une Société, avec le privilége exclusif d'exercer la médecine. Les tribunaux ne reconnaissent que les membres de cette corporation comme ayant droit à recouvrer en cas de litige, car le médecin consultant reçoit ses honoraires après chaque visite. Un chirurgien qui n'est pas apothicaire ne peut appeler en justice que pour un cas de chirurgie.

Je dois faire remarquer que l'apothicaire pur serait resté, jusqu'en 1815, un praticien très peu éclairé, si, sentant sa fausse position, il n'avait cherché de très bonne heure à s'étayer de l'influence du Collége des chirurgiens. Comme il n'existait aucune clause dans le diplôme de ces derniers qui empêchât d'exercer la pharmacie, les apothicaires, qui étaient tenus à un apprentissage de sept années, commencèrent à étudier l'anatomie et la chirurgie, et prirent, en se faisant recevoir au Collége des chirurgiens, le titre de chirurgien apothicaire. Ces praticiens devenaient ainsi fort utiles à Londres et en province, leur éducation étant de plus en plus soignée, et à mesure qu'ils s'élevaient dans l'échelle professionnelle il prirent en aversion le nom d'apothicaire, et finirent par se nommer chirurgiens tout court, quoiqu'ils préparassent toujours des médicamens et qu'ils tinssent boutique sur rue. Mais la boutique commença bientôt à faire rougir beaucoup de ces praticiens ; elle se voila graduellement, les fioles et les bocaux se cachèrent peu à peu aux yeux du public, et la pharmacie se réfugia enfin dans l'endroit le plus écarté de la maison (1).

Voici donc notre apothicaire transformé en médecin, demeurant dans une maison particulière, allant voir ses malades comme le font nos confrères de France, avec cette différence seulement qu'au lieu d'écrire une ordonnance, il envoie de chez lui à son client les médicamens nécessaires. Maintenant, voyons le degré d'instruction que possède ce praticien : j'ai dit plus haut qu'il passe des examens rigoureux, je dois ajouter que ceux-ci n'ont pas toujours été aussi sévères ; ce n'est que depuis 1815, époque à laquelle la corporation fut définitivement constituée, que le conseil commença à exiger des connaissances littéraires avant l'apprentissage, et qu'il institua des examens sur l'anatomie, la physiologie, la médecine et la chimie, qu'on commençait alors à enseigner à Londres avec succès. La pratique des hôpitaux eut une large part dans les plans d'éducation, et depuis cette époque jusqu'à ce jour, la Société des apothicaires s'est tenu à la hauteur des progrès qui ont marqué les quarante dernières années. Le programme des études a été peu à peu augmenté, et de telle manière que le praticien général d'aujourd'hui, après avoir été reçu chirurgien (examen rigoureux et qui roule exclusivement sur l'anatomie, la physiologie et la chirurgie), se présente aux examinateurs de la Société des apothicaires, où il doit faire preuve des connaissances acquises dans l'ordre suivant : le latin, le grec, l'algèbre, etc. (réglement nouveau). Première année : chimie, anatomie, matière médicale, botanique, accouchemens. Seconde année, mêmes sujets, pathologie médicale, clinique médicale, médecine légale, pathologie générale. Troisième année, continuation des mêmes sujets, pratique des accouchemens, chimie organique, etc., etc. Je ne vous fatiguerai pas de détails, Monsieur le rédacteur, j'ajouterai seulement que ces trois années d'études sont prises sur les sept années d'apprentissage, qui se réduisent donc à peu près à quatre.

J'arrive maintenant, après une esquisse un peu longue, aux changemens qui se sont faits dans les statuts de cette corporation. Ils portent principalement sur l'apprentissage, qu'une foule de chirurgiens négligent depuis longtemps, et auquel ne se soumettent pas davantage ceux qui recherchent le grade de docteur. Cependant, sans le diplôme d'apothicaire, on ne peut légalement exercer la médecine et fournir les médicamens à ses malades. Il se trouve ainsi beaucoup de praticiens que cette clause tenait éloignés de cette corporation ; mais, par un arrêté tout récent, elle dispense ceux qui exercent la médecine depuis quelque temps, et de l'apprentissage et d'un rigoureux examen. Beaucoup de médecins se sont déjà prévalus de ces concessions ; ils pourront dorénavant exercer, sans crainte d'encourir la fameuse amende de 500 fr., et auront la faculté de poursuivre les mauvais payeurs, avantage considérable, car je crains bien que des deux côtés de la Manche, notre profession n'ait beaucoup à se plaindre de la mauvaise volonté et de l'ingratitude des malades. Je ne voulais que vous entretenir brièvement des revirémens qui ont eu lieu ici, et je crains de m'être laissé entraîner à des détails dont vous n'approuverez peut-être pas la longueur. Je tiens cependant à faire de mon mieux pour que l'organisation médicale de ce pays soit bien comprise en France, les deux pays se connaissent très peu sous le point de vue professionnel ; et si vous voulez bien me le permettre, je traiterai prochainement des « écoles. »

Recevez, etc.

Dr de Méric.

(1) Un grand nombre cependant n'ont point abjuré la boutique, et de là l'étonnement des étrangers, et de M. Dorvault parmi le nombre, qui sont surpris, à bon droit, de cette combinaison de commerce et de médecine. Mais pour des *salles d'accouchemens* dans ces boutiques, comme on a soutenu en avoir vu ; je puis affirmer qu'il n'en existe point.

La proportion des substances alcalines n'a pu être déterminée.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort.

Le corps présente un beaucoup plus grand nombre de pétéchies et surtout de plaques bleuâtres que la veille au matin. Il offre en outre une teinte violacée uniforme, et en quelques endroits (pubis, bras gauche, etc....) l'épiderme est soulevé par une sérosité roussâtre. Tout le côté gauche de la face est rouge lie de vin et tuméfié, mais cette particularité peut s'expliquer par la position inclinée du cadavre.

Cavité péritonéale. — La cavité péritonéale renferme trois à quatre verres de sérosité sanguinolente, et de nombreuses ecchymoses existent dans le tissu cellulaire sous péritonéal, au niveau du mésentère, principalement sur le bord concave de l'intestin. De semblables ecchymoses s'observent au gros intestin, surtout dans le colon descendant, l'S iliaque et le rectum; là elles forment des plaques très étendues. Les matières fécales ont une légère teinte rosée, et vers la fin du gros intestin elles sont tout à fait sanglantes. La muqueuse digestive présente, en certains points, une coloration rougeâtre, uniforme, mais sans ecchymose.

Cavité thoracique. — Le péricarde contient un peu de liquide séro-sanguinolent. Pas de caillots dans le cœur. Les valvules et l'aorte ont une teinte lie de vin uniforme. Dans les deux plèvres existe un verre environ de sérosité sanguinolente. Les poumons sont fortement congestionnés. Les bronches sont d'un rouge très foncé, sans arborisations.

Le rein gauche seul présente un peu d'hypérémie, mais pas d'ecchymose dans la substance propre ou sous la tunique fibreuse. Rien au foie, à la rate, à la vessie.

Le cerveau n'a pas pu être examiné.

Réflexions. — L'observation dont nous venons de rapporter les principaux détails nous paraît présenter un cas bien tranché de purpura hemorrhagica-febrilis. Les symptômes observés pendant la vie, les lésions constatées après la mort ne sauraient permettre le moindre doute à cet égard. Un seul phénomène, l'injection de la peau, a pu faire hésiter un moment et suggérer à quelques médecins l'idée d'une scarlatine hémorrhagique; mais d'abord cette rougeur ne dura guère que pendant les vingt-quatre heures qui précédèrent l'apparition des taches et des pétéchies, et elle alla s'affaiblissant à mesure que se prononcèrent les hémorrhagies cutanées, sans laisser après elle trace de desquammation. En second lieu, nous n'avons pas rencontré cet état de la langue et de l'arrière-gorge, cette angine, qui forment un des traits caractéristiques de la scarlatine. Enfin, j'ajouterai que les recueils périodiques et les traités de médecine, qu'en particulier l'ouvrage de M. Rayer, sur les maladies de la peau, renferment des observations tout à fait semblables à la nôtre, et dans lesquelles on a également noté la congestion du système tégumentaire à une époque antérieure à l'hémorrhagie. Nul doute donc, nous avions affaire à un véritable pourpre hémorrhagique et à cette forme si bien décrite par M. Rayer, sous le nom de *purpura hemorrhagica febrilis.*

Cela posé, parmi les circonstances spéciales qui nous semblent donner à ce fait un haut intérêt, nous signalerons la soudaineté du début, comparable à la brusque invasion d'une fièvre éruptive; la nature, la durée également identiques des symptômes précurseurs (frisson, fièvre, courbature, céphalalgie, maux de reins, vomissemens, etc.) observés en général dans ces pyrexies, dans la variole en particulier. Nous appellerons l'attention sur cette mort en quelque sorte foudroyante, résultat probable des suffusions sanguines qui se sont effectuées dans l'intérieur des grandes cavités; et ici vient naturellement se placer cette question éminemment pratique: quel est le meilleur traitement applicable en pareil cas? Jusqu'à quel point les émissions sanguines sont-elles utiles? Chez notre malade, elles nous parurent indiquées, et je me hâte d'ajouter que ce fut aussi le sentiment des médecins de la Pitié, qui voulurent bien nous aider de leurs conseils dans une circonstance qui s'était rarement présentée à notre observation. Nous avions affaire, comme on l'a vu, à un adulte, fort, d'une bonne santé antérieure, d'un tempérament sanguin; la fièvre était vive, le pouls développé, la peau chaude, congestionnée, et cependant nous nous demandons encore aujourd'hui, malgré le soulagement immédiat ressenti par le malade, en présence de cette mort subite, si la saignée n'a pas favorisé le développement de nouvelles hémorrhagies, et n'a pas été conséquemment plus nuisible qu'utile. Je n'ignore pas que les émissions sanguines sont conseillées généralement dans les purpura accompagnés de fièvre, et on peut lire dans l'ouvrage de Lind, de Sydenham, de M. Rayer, des observations qui prouvent que plus d'une fois elles ont été suivies de résultats avantageux. C'est là, toutefois, nous le répétons, un point de thérapeutique extrêmement embarrassant dans l'état actuel de la science, et qu'il serait urgent de voir définitivement résolu.

Les analyses du sang fourniront-elles cette solution si désirable? Il est permis de l'espérer, quoique malheureusement jusqu'ici, il faut en convenir, elles n'aient pas donné tous les résultats pratiques qu'elles semblaient promettre. Peut-être même serait-on fondé à dire que les opinions contradictoires, émises dans ces dernières années par d'habiles et d'illustres expérimentateurs, ont jeté les esprits dans un état d'incertitude, que des observations nouvelles et plus nombreuses sont appelées sans doute à dissiper un jour. C'est là le motif qui nous a déterminé à publier le fait dont nous avons l'honneur d'entretenir l'Académie, heureux si ce fait peut contribuer, pour une si mince part que ce soit, à répandre quelques lumières sur un sujet obscur et difficile.

Ainsi qu'on a pu en juger, le résultat de notre analyse chimique est entièrement favorable à l'opinion des auteurs qui placent le point de départ des hémorrhagies scorbutiques dans une altération de la fibrine. On peut même dire que les lésions du sang ont été en quelque sorte proportionnelles à la gravité des accidens qui ont emporté si rapidement notre jeune malade. Ce n'est pas, en effet, seulement une diminution de la fibrine qui a été constatée, comme dans le premier fait de M. le professeur Andral, comme dans l'observation plus récente de M. Marchal (de Calvi); mais c'est une disparition de ce principe coagulable tellement complète, qu'il a été impossible, malgré tout le soin minutieux apporté à cette recherche, d'en rencontrer le plus petit atome. Ce fait, nous le croyons, est unique dans la science, et à ce titre, méritait d'être signalé. Il resterait à déterminer s'il y a eu disparition réelle de la fibrine, ou bien modification de ce principe, susceptible d'empêcher sa coagulation, et conséquemment sa démonstration directe par les procédés ordinaires. Il y aurait encore à rechercher, dans cette dernière hypothèse, en quoi consiste cette modification de la fibrine, et jusqu'à quel point est fondée l'opinion soutenue par MM. Fremy, Magendie, Cahen, etc., d'une sorte de dissolution par un excès des substances alcalines du sang; mais les élémens nous manquent pour résoudre cette difficile question qui n'a peut-être pas, du reste, au point de vue de la production de l'hémorrhagie, autant d'importance qu'on serait tenté de le croire au premier abord. En effet, que cette fibrine ait complètement disparu, ou qu'elle soit simplement altérée dans sa propriété essentielle, le résultat final est le même; le sang est privé de la faculté de se coaguler, et l'on peut, jusqu'à un certain point, comprendre que, dans ces conditions, il transsude avec plus de facilité à travers les parois des vaisseaux.

Nous bornerons là ces courtes réflexions: nous ne chercherons pas à concilier le fait dont nous avons été témoin, avec les faits contraires signalés par MM. Fauvel, Becquerel, Rodier, Andral, dans lesquels les suffusions sanguines coïncidaient avec un autre état de composition du sang. Peut-être ce qui est vrai pour le purpura ne l'est-il plus tout à fait pour le scorbut? Peut-être des altérations différentes du liquide sanguin aboutissent-elles à un résultat identique, l'hémorrhagie? Nous l'ignorons; mais ce que nous croyons, c'est que certains purpura sont liés à une modification de la fibrine, soit dans ses quantités, soit dans ses qualités; et, de plus, nous pensons qu'il est permis d'annoncer à l'avance ces modifications toutes les fois qu'on constate les changemens dans la composition chimique du liquide sanguin, si bien décrits par les anciens sous le nom d'*état de dissolution.*

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 24 Novembre 1852. — Présidence de M. Bouvier.

Sommaire. — Lecture de la correspondance; publication du deuxième fascicule des *Actes de la Société*; création de *membres associés*; lettre de M. Bourgeois (d'Étampes), sur le traitement de la pneumonie par l'expectation. — Note de MM. Barthez et Rilliet sur quelques phénomènes stéthoscopiques de la pleurésie; discussion: MM. Hardy, Barthez, H. Roger, Valleix, Hervez de Chégoin, Legroux, Barth et Beau.

M. Roger (Henri), secrétaire général de la Société, rend compte de la correspondance qui comprend: 1° l'envoi du numéro de novembre de la *Gazette médicale de Montpellier*, du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* de M. Lucas-Championnière (même mois); 2° l'hommage de plusieurs exemplaires des mémoires de M. Delasiauve, sur le *delire consécutif à l'épilepsie;* de M. Roger, sur *la percussion dans la pleurésie.*

M. le secrétaire général annonce que le deuxième fascicule des actes de la Société médicale des hôpitaux vient de paraître chez M. Germer-Baillière, et il rappelle que ce fascicule contient des mémoires de MM. Bourdon, Vernois, Marrotte, Barthez (François), Devergie, Gosset, Hérard, Legendre, Bouchut, Barthez (Ernest), Moissenet, et, en outre, la notice sur M. Fouquier, ancien président de la Société, par M. le professeur Requin, vice-président actuel.

M. Roger annonce également que la commission chargée de rédiger les décisions de la Société, relatives à la *création de membres associés*, et de faire concorder les nouveaux articles des statuts avec les anciens, s'est réunie et a terminé ce travail; elle a arrêté les dispositions suivantes: 1° il est créé dans la Société médicale des hôpitaux de Paris une section de *membres associés*; 2° pourront être admis, comme membres associés, les docteurs en médecine qui auront rempli les conditions spécifiées dans les articles 17, 18 et 21 des statuts (présentation d'un mémoire original inédit, joint à une demande écrite d'admission; élection au scrutin secret, à la majorité absolue des membres présens; prise de diplôme fixé à 20 fr., et droit semestriel à 5 fr.); 3° le nombre des membres associés ne dépassera pas douze; 4° les membres associés n'ont voix délibérative que dans les questions scientifiques.

La correspondance comprend encore une lettre de M. Bourgeois, médecin en chef de l'hôpital d'Étampes; elle est relative au traitement de la pneumonie aiguë par l'expectation. Depuis quinze ans, ce médecin n'emploie pas d'autre méthode de traitement, et il déclare n'avoir jamais eu qu'à s'applaudir de cette détermination. Il préfère cette méthode aux différentes thérapeutiques actives généralement employées contre cette affection.

La lettre de M. Bourgeois est renvoyée à la commission chargée de l'étude du traitement de la pneumonie.

M. Barthez (Ernest) lit au nom de M. Rilliet (de Genève) et au sien, une note *sur quelques phénomènes stéthoscopiques rarement observés dans la pleurésie chronique.* — (Voy., pour ce mémoire, le *Archives générales de médecine*, 1853).

Voici les conclusions de ce travail:

1° La respiration caverneuse, amphorique, et le gargouillement, peuvent être perçus dans la pleurésie, et en l'absence de toute excavation pulmonaire.

2° Ces bruits sont le retentissement de ceux qui se produisent normalement dans les grosses bronches.

Les conditions favorables à l'audition de ces bruits sont: 1° la condensation du tissu pulmonaire; 2° l'application du poumon sur les côtes; 3° la présence et l'application contre ces os, de tout corps capable de transmettre les vibrations sonores; 4° le retentissement des bruits produits dans l'arbre laryngo-bronchique; 5° peut-être la présence d'une couche mince de liquide favorise-t-elle la transmission des sons?

La discussion est ouverte sur la note de MM. Barthez et Rilliet.

M. Hardy: Il me paraît difficile d'adopter l'opinion de M. Barthez, qui attribue à la compression des bronches par un épanchement pleurétique le râle caverneux. Ce retentissement de la voix et la voix pseudo-amphorique, phénomènes qu'il a eu l'occasion d'observer dans plusieurs cas de pleurésie chronique, pour ma part, je les rapporterais plutôt à une pneumonie chronique concomitante. Je me fonde, pour émettre cette opinion, sur ce que, dans la troisième observation rapportée par M. Barthez, on voyait ces phénomènes disparaître à mesure que l'épanchement augmentait; de plus, j'ai constaté, dans plusieurs cas de pneumonie chronique, la voix pseudo-amphorique, le retentissement de la voix et le râle caverneux, et je me crois dès lors en droit d'en conclure que ces phénomènes doivent être rattachés à l'induration pulmonaire, et principalement à la pneumonie chronique.

M. Barthez (Ernest): Je crois, comme M. Hardy, que les phénomènes en question peuvent exister dans la pneumonie chronique; on peut les observer également lorsque des tumeurs solides se développent dans le poumon. Je les ai constatés dans un cas d'anévrysme de l'aorte que j'ai cité, et aussi dans la tuberculisation des ganglions bronchiques. Je suis donc loin de prétendre que ces phénomènes ne puissent être déterminés que par la pleurésie chronique; mais je maintiens qu'elle peut les produire sans qu'il existe d'induration pulmonaire concomitante. En effet, dans un des cas que j'ai rapportés, l'autopsie a démontré que le poumon n'était pas induré. M. Hardy objecte que si ces phénomènes étaient dus à l'épanchement pleurétique, ils ne devraient pas disparaître, alors que cet épanchement augmente. Je ne suis pas de son avis, car il faut, pour que ces phénomènes se produisent, certaines conditions particulières qui peuvent fort bien ne plus exister lorsque la quantité du liquide épanché devient plus considérable. J'observe actuellement un fait qui démontre que ces phénomènes peuvent également se développer dans la pleurésie aiguë. Le malade est encore dans mon service. Lors de son entrée, il était affecté d'un épanchement qui occupait tout un côté de la poitrine. M. Marrotte a constaté, comme moi, l'existence d'une respiration pseudo-amphorique. Aujourd'hui, le bruit a varié et le malade est en voie de guérison.

M. Roger (Henri): J'ai entendu avec beaucoup d'intérêt, comme vous tous, la communication de M. Barthez et de M. Rilliet, que nous serions heureux d'avoir pour correspondant officiel, comme il est aujourd'hui notre correspondant officieux. On retrouve dans leur note cet esprit pratique dont ils ont déjà donné tant de preuves dans leurs écrits: qu'ils me permettent cependant quelques courtes observations.

Je serais de leur avis s'ils s'étaient bornés à dire que, dans certains cas de pleurésie, le souffle pleurétique peut prendre un timbre caverneux ou amphorique, et qu'un râle peut se former dans les bronches avec des caractères semblables à ceux du gargouillement; mais dire que dans la pleurésie, on peut entendre de la respiration caverneuse ou amphorique et du gargouillement, c'est un vice de langage qui doit être repoussé, parce qu'il tend à jeter de la confusion dans la terminologie connue des signes stéthoscopiques: cette objection a l'air d'une querelle de mots; mais ici les mots ont de l'importance, en ce que leur changement aurait pour résultat d'ajouter, par une complication de dénominations nouvelles, aux difficultés de l'étude de l'auscultation. C'est ainsi que, dans l'ouvrage qui m'est commun avec M. Barth, nous avons combattu le nom de *râle crépitant de la pleurésie*, pour désigner cette forme de crépitation que prend parfois le bruit de frottement pleurétique.

Peut-être MM. Barthez et Rilliet ont-ils eu tort aussi de présenter comme *réunis*, dans quelques cas exceptionnels de pleurésie, des signes stéthoscopiques d'interprétation douteuse, qui, le plus souvent alors, se montrent *isolés*, et dont l'interprétation devient par suite plus facile.

Je signalerai encore à mes honorables confrères une lacune qui existe dans leur travail, et que certainement ils ont aperçue; c'est, à côté de l'indication des erreurs que peuvent faire commettre cette respiration pseudo-caverneuse ou ce rhoncus ressemblant au râle caverneux dans la pleurésie, de n'avoir pas mis les moyens d'éviter ces erreurs de diagnostic. Pour ne citer que cette seule considération, le siége de ces phénomènes stéthoscopiques suffirait pour les faire distinguer de ceux qui annoncent une excavation pulmonaire, ces derniers se montrant presque exclusivement au sommet de la poitrine, et de préférence à la partie antérieure; tandis que, dans les observations de MM. Barthez et Rilliet, la respiration et le râle pseudo-caverneux ont été constatés à la partie postérieure et inférieure ou moyenne du thorax.

L'analogie que ces messieurs ont établie entre leurs faits et les exemples cités par M. Chomel de *gargouillement perçu dans la pleurésie*, ne nous semble pas tout à fait juste. M. Chomel dit que, chez certains sujets, il a perçu, dans tout un côté du thorax, un gros gargouillement très manifeste, et « partout le même quant à son intensité et à sa forme »; et il a constaté, par l'autopsie, que ce phénomène dépendait « de l'existence simultanée d'un épanchement pleurétique et d'une caverne pulmonaire séparée de la plèvre par une cloison très mince, etc. » Dans ces cas, il y avait réellement caverne pulmonaire, et ces faits ne peuvent donc guère être rapprochés de ceux qui sont cités dans la note en discussion, et qui sont relatifs à des pleurésies sans excavation du poumon.

M. Barthez: Je n'ai pas cru devoir mettre dans mon mémoire toutes les conséquences qui résultent de quelques observations exceptionnelles et isolées. Je me suis borné à constater les faits tels qu'ils se sont présentés à moi. Plusieurs fois j'ai observé le souffle amphorique, la respi-

ration caverneuse et le gargouillement dans la pleurésie chronique. Je l'ai dit, me réservant de donner plus tard, dans un travail particulier, le moyen de distinguer ces bruits de ceux qu'on observe dans la phthisie accompagnée de cavernes pulmonaires.

Le siége des bruits ne pourra toujours faire éviter l'erreur, car la respiration amphorique de la pleurésie chronique existe en arrière et à la base du poumon, comme au sommet de cet organe, sous la clavicule, là où se trouvent de préférence les excavations tuberculeuses.

Je n'ai pas dit que ces phénomènes de souffle amphorique de respiration pseudo-caverneuse et de gargouillement fussent tantôt réunis et tantôt séparés. Je n'ai rapporté que des observations dans lesquelles ces différens signes se trouvent groupés de certaine façon; ici, la respiration caverneuse et du gargouillement; ailleurs, de la pectoriloquie, etc.

Je n'ai pas davantage cherché à rapprocher ces faits de ceux de M. Chomel, qui dit avoir entendu le gargouillement dans plusieurs cas de pleurésie chronique, et qui n'a fait qu'une seule autopsie. Dans ce cas, il y avait une caverne séparée de l'oreille par un épanchement, et l'on peut supposer que la couche de liquide a beaucoup servi à augmenter le timbre et l'étendue des bruits.

M. Valleix : J'ai vu plusieurs faits de pleurésie chronique accompagnée de phénomènes d'auscultation semblables à ceux qui ont été indiqués par M. Barthez, et je crois qu'il y a beaucoup à modifier dans ce qu'on a dit des signes stéthoscopiques de la pneumonie et de la pleurésie. Dans tous les cas de pleurésie limitée, restreinte à un point de la poitrine, ou généralisée, on entend de la respiration bronchique. Pour ne pas entendre la respiration sur quelque point, il faut avoir négligé de boucher l'oreille opposée à celle qui ausculte, et après l'avoir fermée, on entend toujours la respiration, soit en bas, soit en haut de la poitrine. Actuellement, M. Valleix voit une femme qui a reçu, dans l'hypocondre gauche un coup de corne de vache, immédiatement suivi de crachement de sang. On la lui a envoyée comme ayant une grosse rate et une fièvre intermittente. Cette femme avait en effet un accès de fièvre vers le soir, mais elle avait aussi un épanchement pleurétique avec respiration bronchique dans toute la poitrine, et une broncophonie semblable à un bredouillement très prononcé.

Un jeune homme affecté de pleurésie gauche, dont le cœur était refoulé à droite sous le mamelon, avait sous la clavicule une respiration amphorique sans gargouillement, comme cela pouvait avoir lieu dans une caverne vide. Un fait du même genre s'est présenté à l'Hôtel-Dieu, sur un malade que M. Bouchut a suivi plus d'un mois, et chez lequel il a pratiqué la thoracentèse. M. Louis a longtemps observé le malade; il avait du souffle, du gargouillement et un bruit de pot fêlé sous la clavicule droite; après la mort, on n'a trouvé qu'un épanchement pleural sans excavation pulmonaire.

En résumé, je crois que la respiration bronchique est très fréquente dans la pleurésie et qu'elle peut se montrer sur tous les points où on observe le plus ordinairement des cavernes.

M. Hervez de Chégoin a souvent entendu du souffle près de la colonne vertébrale, à la racine des bronches dans la pleurésie. Il a en outre observé un exemple plus rare et qui, un peu étranger à la discussion, mérite cependant d'y trouver sa place. Un homme présentait à la partie supérieure droite de la poitrine un son tympanique sous la clavicule. Les trois quarts inférieurs du thorax étaient le siége d'une matité complète. On crut à une pleurésie avec épanchement considérable. La mort permit de constater, au contraire, une hépatisation grise de toute la partie inférieure des poumons; le quart supérieur était splénisé seulement, et tout à fait en haut, vers la partie interne, se trouvait une petite portion du parenchyme pulmonaire restée perméable à l'air. C'était sans doute là la cause de la résonnance observée pendant la vie. Il y aurait donc à voir si, dans les cas où l'on entend cette résonnance tympanique du poumon, il ne reste pas au-dessous un morceau de poumon sain.

M. Legroux : J'ai vu des cas de pleurésie circonscrite au-dessous de la clavicule, et dans lesquels il y avait de la matité et du gargouillement semblable à celui des cavernes pulmonaires. Ce qui lui a permis de distinguer ces lésions, c'est la voussure dans la pleurésie, et son absence au contraire dans l'excavation tuberculeuse. J'ai vu un autre fait non moins curieux : une pneumonie du sommet droit, en arrière, caractérisée par du râle crépitant et les signes rationnels de la pneumonie, offrait en avant, sous la clavicule de la voussure, de la résonnance tympanique et un bruit de pot fêlé. La phlegmasie s'est terminée par résolution; tous les signes de la pneumonie disparurent, et bientôt après la voussure, la résonnance, le bruit de pot fêlé lui-même. C'était une pleurésie circonscrite compliquant une pneumonie.

M. Barth : Il n'y a pas et il ne peut y avoir de règle absolue dans la détermination des signes stéthoscopiques de la pleurésie. Ces phénomènes sont nécessairement variables comme les conditions physiques qui les produisent. Ils sont modifiés par la situation du poumon, et par les adhérences qui le retiennent et le fixent en avant, sur les côtés ou à la base de la poitrine. Ce sont les dispositions anatomiques qui amènent les variétés d'auscultation dans la pleurésie.

Une raison qui explique pourquoi certains auteurs trouvent si souvent la respiration bronchique dans la pleurésie, c'est qu'en auscultant leurs malades, ils les font respirer très fortement, et ce bruit ne se produirait pas si la respiration était moins profonde et plus douce.

Une autre condition, c'est qu'on ausculte souvent à nu, sans stéthoscope, l'oreille appliquée sur la poitrine, la tête contre la colonne vertébrale, et alors on croit entendre de la respiration bronchique, parce qu'on entend le bruit de la respiration du côté sain, qui se propage par continuité de tissu.

J'ai vu, à l'hôpital Beaujon, un malade affecté de pleurésie aiguë, avec épanchement considérable. Nul bruit, aucun murmure ne se faisait entendre dans le côté malade, et c'est en me guidant sur ces signes rationnels, plutôt que sur des signes physiques qui me faisaient défaut, que j'établis mon diagnostic. Je fis la thoracentèse et retirai cinq litres de sérosité. La respiration revint immédiatement en haut, là où le liquide avait cessé de comprimer le poumon, tandis qu'elle restait nulle en bas, là où il restait encore du liquide.

Dans beaucoup de faits, il n'y a pas de respiration bronchique. Quelquefois ce mode de respiration existe, mais le bruit est faible et il a un siége spécial vers la racine des bronches ou dans la fosse sous-épineuse. Le point où il se laisse entendre n'est pas celui qui correspond à la matité la plus prononcée.

Quand on dit que la respiration bronchique existe dans la pleurésie, il faudrait préciser l'époque de son apparition. Elle ne se montre pas toujours à la même période de la pleurésie, et sur un certain nombre de malades observés au même instant, les uns présentent encore ce phénomène, et les autres l'ont offert ou ne l'offrent déjà plus.

J'ai vu, il y a quelque temps, avec M. Bouillaud, une jeune femme qui nous a présenté quelques-uns de ces phénomènes anormaux signalés par M. Barthez. Il existait sous la clavicule droite une véritable respiration broncho-caverneuse, causée par un épanchement pleurétique qui refoulait le poumon au sommet de la poitrine. Ce n'est pas seulement dans la pleurésie qu'on observe ces phénomènes exceptionnels, on les a rencontrés dans certains cas de pneumonie lorsque le poumon est repoussé sous la clavicule, et sans doute par suite du retentissement de l'air dans les grosses divisions bronchiques supérieures.

Un point qui me paraît plus difficile à expliquer dans les cas de ce genre, c'est le gargouillement; mais en y songeant un peu, j'ai pensé qu'on pouvait admettre que, dans le poumon refoulé par en haut, des bronches ployées ou contournées sur elles-mêmes, retenaient des liquides et des mucosités sans cesse agités par les mouvemens de l'air extérieur introduit dans la respiration.

M. Beau : J'ai souvent vu les épanchemens de la plèvre accompagnés de souffle bronchique semblable à celui de l'hépatisation. Ce souffle est tantôt fort, tantôt faible, et quelquefois nul. Sous ce rapport, je divise les épanchemens en deux catégories : les uns accompagnés de souffle, et les autres sans souffle ou respiration bronchique. Cela est très important, car si le souffle existe et qu'on fasse la thoracentèse, l'opération est brillante et donne de beaux résultats, la respiration revient vite et la guérison est rapide. Quand, au contraire, l'épanchement pleural n'est pas accompagné de souffle ni de bruit respiratoire, la thoracentèse est moins avantageuse, moins utile. La matité persiste, la respiration reste faible, et ne revient qu'avec la plus grande peine.

Voici comment je me rends compte de ces faits : le souffle existe quand, avec l'épanchement du liquide, il n'y a pas de fausse membrane sur les parois de la plèvre. Il n'y a pas de souffle, au contraire, quand ces fausses membranes sont épaisses, existent, et que, faisant office de corps interposés entre le poumon et la paroi thoracique où se trouve l'oreille de l'observateur, elles empêchent le son de lui parvenir. J'ai constaté la réalité de ce fait, dans un cas de pneumonie, sur un homme ayant tous les signes rationnels de cette maladie, et qui succomba sans offrir les râles ni le souffle caractéristiques. Il offrit sur son hépatisation du poumon une couche de fausses membranes de deux centimètres d'épaisseur. J'ai vu un second exemple de cette disposition anatomique ayant donné lieu au même résultat. Enfin, j'ai constaté que c'est toujours au début de la pleurésie que ce souffle se montre pour disparaître lorsque l'épanchement et les fausses membranes augmentent d'épaisseur. Cela m'a fait établir qu'il y avait un rapport entre la production de ce phénomène et les lésions anatomiques que j'ai indiquées.

Le secrétaire : E. Bouchut.

RÉCLAMATION.

A Monsieur le docteur Auzias-Turenne.

Monsieur,

Dans votre lettre du 19 décembre, vous m'accusez d'avoir défiguré vos doctrines et votre pratique, au point de porter atteinte à votre considération d'homme et de médecin. Mon intention, en publiant mes lettres, n'a point été celle qu'il vous plaît de me prêter. Faire connaître le résultat de mes expériences, en tirer des conséquences, tel a été mon but, sans autre préoccupation.

Je vous ai désigné nominativement, c'est vrai, mais votre nom n'a figuré qu'à côté de votre phrase prétentieuse : *Je n'expérimente pas sur mes semblables, je les soigne et je les guéris, ou bien je les vaccine et je les préserve*; phrase à laquelle vous paraissez, du reste, tenir plus que jamais.

Vous dites : M. Melchior Robert *s'est donné des chancres et rien de plus; c'est, pour le résultat, absolument comme s'il les avait contractés dans un coït impur.* Vous oubliez que ces chancres m'ont occasionné un bubon qui a suppuré; mais cela importe peu aux syphilisateurs. Je me suis donc donné des chancres, et rien de plus, et je suis très heureux que des accidens imprévus m'aient empêché d'atteindre le sommet de votre montagne syphilisatrice, car, à coup sûr, je serais actuellement plus *défiguré* que ne l'a été votre doctrine, et aussi plus déconsidéré que vous ne l'avez été dans ma lettre.

J'ai eu le grand tort de renoncer aussitôt aux inoculations. Je devais peut-être ne tenir aucun compte des accidens locaux et de réaction auxquels j'étais en proie, et continuer à me donner de nouveaux chancres! Tout cela est applicable sur l'animal, mais quand il s'agit de l'homme, on doit, ce me semble, avoir un peu plus de réserve.

Si telle est la pratique de la syphilisation, je me félicite de ne l'avoir pas suivie; car j'ai encore présens à la mémoire les tristes résultats qu'elle a engendrés. Qu'il me suffise de vous rappeler la mort de M. F..., après la 150me inoculation, et les accidens qu'a éprouvés après la 90me, Mlle X..., sa compagne, obligée après cela, de recourir à la thérapeutique rationnelle.

Quant aux reproches d'ostentation que vous m'adressez, indirectement il est vrai, je ne sais qu'elle est la partie de ma lettre qui a pu vous les inspirer, mais j'étais loin de m'attendre à ce que l'exposé pur et simple d'études faites sur moi-même et sur les animaux pût vous envenimer à un si haut degré. Vous n'êtes pas encore syphilisé, vous seriez moins virulent.

Votre doctrine est donc si parfaite qu'on ne peut, sans vous offenser et encourir les accusations les plus graves, la mettre en question, même avec l'aide de l'expérimentation!

Mais, que deviendrait la science, si chaque observateur se voyait offensé dans les attaques que l'on dirige contre ses idées? Je vous laisse le soin de répondre, à vous simple mortel soumis à toutes les faiblesses de votre infime condition, et qui aspirez à l'état de sage, à vous dont la plume si facile, est quelquefois si peu courtoise.

Vous ne cherchez pas le bruit, dites-vous dans un *post-scriptum* adroitement glissé sous votre réclamation; mais votre lettre et votre *post-scriptum* nous démontrent que vous ne le dédaignez pas.

Les syphilisateurs ne craignent pas la lumière..... pour eux, oui, mais ils la redoutent pour leurs syphilisés.

En attendant, Monsieur, que vous nous fassiez connaître les résultats si souvent promis et si vivement désirés de votre pratique, permettez-moi de persister dans les conclusions de ma lettre et de marcher encore sous la bannière de la transplantation, à l'abri de laquelle j'ai l'honneur de vous faire mes salutations empressées.

Melchior Robert.

Marseille, le 22 décembre 1852.

COURRIER.

L'Almanach général de médecine pour la ville de Paris, publié par l'administration de l'*Union Médicale*, donne les chiffres suivans pour l'année 1853 :

Docteurs en médecine et en chirurgie. .	1,337
Officiers de santé.	179
Pharmaciens.	423
Sage-femmes.	277

Du 1er janvier 1851 au 31 décembre 1852, il est mort à Paris 39 docteurs en médecine. Dans la période précédente de deux ans, il en était mort 64.

Il y avait eu dans cette période 113 nouveaux résidans à Paris; il n'y a que 88 noms nouveaux dans la liste de cette année.

En somme, la liste de 1851 indiquait 1,352 docteurs en médecine; la liste de 1853 n'en indique que 1,337. Différence en moins, 15.

Dans la banlieue, l'*Almanach* indique,

Pour l'arrondissement de Saint-Denis :

Docteurs en médecine.	101
Officiers de santé.	42

Pour l'arrondissement de Sceaux :

Docteurs en médecine.	62
Officiers de santé.	13
Pharmaciens dans la banlieue. . . .	77

Tel est le personnel médical dans le département de la Seine, personnel en exubérance énorme et en dehors de toute proportion avec la population. Que nos jeunes confrères, avant de se déterminer pour leur établissement à Paris ou dans sa banlieue, veuillent bien réfléchir sur ces chiffres. Ils ne donnent pas en moyenne 500 habitans par médecin. Combien sur 500 habitans, peuvent être malades? Combien, sur le chiffre des malades, ont recours à l'assistance publique?

Nouvelles du choléra. — Nos prévisions ne nous avaient pas trompé : le choléra, au lieu de se rapprocher de nous, s'éloigne et concentre ses ravages en Russie et en Perse. Une lettre de St-Pétersbourg annonce que le 16 décembre au matin, il restait en traitement 521 cholériques; dans cette journée, on a compté 158 nouveaux cas, 50 guérisons et 18 décès; dans celle du 17, 53 nouveaux cas, 34 guérisons, 22 décès; et le 18, 56 nouveaux cas, 26 guérisons, 26 décès; restaient 512 malades. A Riga, le choléra fait également de grands ravages.

En Perse, le choléra fait de grands ravages. Les lettres de Tauris, du 10 novembre, portent à 1,000 par jour le nombre des morts dans cette ville.

A la Havane (île de Cuba), le choléra a cessé entièrement ses progrès, ainsi que la fièvre jaune.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Compendium de chirurgie pratique, ou Traité complet des maladies chirurgicales et des opérations que ces maladies réclament; commencé par MM. les professeurs Auguste Bérard et C. Denonvilliers, continué, à compter de la huitième livraison, par MM. C. Denonvilliers, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital St-Louis, etc., et L. Gosselin, chef des travaux anatomiques et agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, etc.

La Onzième livraison, contenant *les Maladies de la face*, savoir : *l'Autoplastie en général, les Maladies du nez*, et *la Rhinoplastie, les Maladies des fosses nasales; les Maladies des sinus frontaux* et *maxillaires; les Maladies des paupières*, et *la Blépharoplastie, vient de paraître.*

Prix : 3 fr. 50 pour Paris, et 4 fr. *franco* par la poste.

Chez Labé, éditeurs, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 23 (ancien n° 4), à Paris.

Almanach d'hygiène pour 1853, manuel de santé, à l'usage des villes et des campagnes, contenant 16 leçons sous forme d'entretiens familiers, etc., par Ch. Place, médecin. — Un vol. in-18. Bruxelles, 1853. Prix : 60 c.

De l'organisation d'un service de santé pour les indigens des campagnes considéré au point de vue administratif, hygiénique et thérapeutique, par F.-J. Cazin (de Boulogne-sur-Mer). Mémoire couronné par l'Académie de Reims. — In-8. Reims, 1852.

De l'avortement provoqué et du fœticide, dans l'intérêt de la femme, discours prononcé à l'Académie royale de médecine de Belgique, par M. le docteur Hubert, professeur à l'Université de Louvain. In 8. Bruxelles, 1852.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Maltestete Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 2. SEPTIÈME ANNÉE. Jeudi 6 Janvier 1853.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............ 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs des départemens pour six mois et pour un an, dont l'abonnement finit le 31 décembre prochain, sont prévenus que la traite pour le renouvellement leur sera présentée à domicile dans le mois de janvier. Afin de nous éviter des frais considérables de retour, ils sont priés de donner des ordres en conséquence, en cas d'absence.

MM. les Souscripteurs de trois mois qui veulent éviter tout interruption dans l'envoi du journal, sont priés de renouveler leur abonnement avant le 1er janvier, soit par un mandat sur la poste, soit par la voie des Messageries et du commerce.

La quittance sera présentée au domicile de nos Souscripteurs de Paris.

PARIS, LE 5 JANVIER 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GÉNÉROSITÉ ET DÉSINTÉRESSEMENT DE M. ORFILA.

I.

Nous prenons la liberté d'intervertir l'ordre officiel des travaux de la dernière séance de l'Académie de médecine pour appeler immédiatement l'attention et la gratitude de nos lecteurs sur un acte de générosité que nous croyons sans exemple dans l'histoire des sciences, et que nous allons raconter avec la même simplicité qu'il vient d'être accompli.

M. Orfila distrait de sa fortune et se dépouille, de son vivant, de la somme de CENT-VINGT-UN MILLE FRANCS qu'il distribue à diverses institutions scientifiques et d'instruction médicale, et à l'association de prévoyance des médecins du département de la Seine dont il est le fondateur.

L'illustre professeur est monté hier à la tribune de l'Académie de médecine pour donner lecture de la lettre par lui adressée au président de ce corps savant, et par laquelle il l'instruit du don, qu'il fait à la Compagnie, d'une inscription de mille francs de rentes destinés à fonder un prix qui sera décerné tous les deux ans et dont le sujet sera alternativement une question de toxicologie ou de médecine légale.

M. Orfila a pris le soin d'indiquer une longue série de questions qu'il désire voir proposer comme sujets des prix qu'il institue, et nul assurément ne pouvait être meilleur juge sur ce point. Il a poussé la précaution jusqu'à désigner lui-même la composition des commissions qui seront appelées à juger les travaux des candidats, c'est-à-dire dans quelles sections de l'Académie devront être choisis les juges. Nous publions dans notre compte-rendu cette lettre remarquable et dans laquelle M. Orfila ne parle de lui que pour indiquer le fait qu'il accomplit.

Voici en quels termes d'une simplicité antique M. Orfila expose lui-même le grand acte qu'il vient d'accomplir :

II

« Je n'attends pas, suivant l'usage généralement reçu, que mon décès ait eu lieu, pour donner, par une clause testamentaire, la somme de 121,000 francs, dont j'ai cru devoir disposer en faveur de plusieurs établissemens publics. Deux motifs m'ont décidé à agir ainsi: il est d'abord avantageux de mettre le plus tôt possible ces établissemens à même de jouir des dons que je leur fais; d'un autre côté, je n'ai pas cru ma présence inutile pour aplanir certaines difficultés qui pourraient surgir au moment de l'exécution de mes projets, et peut-être pour modifier ceux-ci, dans le cas où la nécessité m'en serait démontrée.

» Je ne chercherai pas à justifier longuement les raisons qui m'ont porté à donner la préférence aux institutions que j'ai choisies. Il me suffit de dire:

» 1° Qu'en mettant à la disposition de l'État une somme de 60,000 francs, destinée à l'achèvement du Musée Orfila, j'ai voulu doter la France d'un monument scientifique qui n'aura pas son pareil, et ajouter aux nombreuses preuves de sympathie et de dévouement, que j'ai données aux étudians en médecine, un témoignage de ma vive reconnaissance pour l'accueil si flatteur que pendant trente-quatre ans ils n'ont cessé de faire à mes paroles, en les écoutant religieusement et avec une persévérance dont il serait difficile de citer plus d'un exemple. Aussi, et pour que l'on ne se méprenne pas sur le motif de cette fondation, je veux que l'inscription suivante soit placée dans la salle principale du Musée :

AUX ÉTUDIANS EN MÉDECINE.
J'AI FONDÉ CE MUSÉE EN 1845,
DANS L'INTÉRÊT DES ÉTUDES,
ET UNIQUEMENT POUR VOUS ÊTRE UTILE.
ORFILA.

» 2° Qu'en instituant en faveur du surveillant Stablo une rente viagère de 100 fr., j'ai voulu récompenser les services rendus au Musée avec un zèle et une intelligence qui ne sauraient être surpassés.

» 3° Qu'en fondant deux prix, l'un à l'Académie de médecine, et l'autre à l'École de pharmacie de Paris, sur des sujets qui ont occupé toute ma vie, je n'ai d'autre ambition que celle de servir la science, à laquelle je suis constamment resté fidèle, sans chercher à en être distrait par la politique.

» 4° Qu'en donnant à deux Écoles préparatoires de médecine de France, celles de Bordeaux et d'Angers, une faible preuve de l'intérêt que je leur porte, je persiste dans la pensée que l'enseignement des établissemens de cet ordre, organisé sur ma proposition, et d'après les bases que j'ai posées en 1837 (1), est excessivement fructueux, et continuera de l'être, tant qu'on suivra rigoureusement les principes que j'ai établis.

» 5° Qu'en dotant l'Association du département de la Seine d'une rente de 400 fr. 3 pour 100, je n'ai eu d'autre but que de venir en aide aux confrères de ce département, qui ne sont pas heureux, et à leurs familles. Cette association, reconnue aujourd'hui comme institution d'utilité publique, et que je suis fier d'avoir fondée en 1833, est une œuvre de philanthropie et de moralisation; en effet, indépendamment des misères qu'elle soulage, elle prouve aux hommes de notre profession qu'en se conduisant honorablement, ils peuvent compter sur son appui et sur sa protection, toutes les fois qu'ils les réclameront dans un intérêt public ou privé.

» 6° Qu'en allouant tous les ans, ma vie durant, une somme de 1,000 fr. pour meubler la galerie nouvelle et pour établir un musée de micrographie, j'ai eu principalement pour but d'enrichir le Musée Orfila d'un grand nombre de ces pièces que le docteur Sucquet prépare avec un talent qui n'a pas encore été égalé, et de doter la science d'un ensemble suffisant d'objets microscopiques propres à montrer la structure intime de nos tissus, et dont les élèves pourront se faire une idée exacte, à l'aide de plusieurs microscopes placés devant les pièces.

» Je serai grandement récompensé, si mon exemple trouve des imitateurs. ORFILA.

DÉTAILS DES DONS.

1° A l'État, pour achever le Musée Orfila.		60,000 f.
2° A l'Académie de médecine, pour fonder un prix de 2,000 fr., une inscription de 1,000 fr. de rente 3 p. 100. .	}	53,200
3° A l'École de pharmacie de Paris, pour fonder un prix de 1,000 fr., une inscription de 500 fr. de rente 3 p. 100.	}	
4° A l'Association des médecins du département de la Seine, une inscription de 400 fr. de rente 3 p. 100. . . .	}	
Les 1,900 fr. de rente 3 p. 100 affectés au paiement des nos 2, 3 et 4, ayant été achetés à 84 fr., donnent une somme de 53,200 fr.	}	
5° A l'École préparatoire de médecine de Bordeaux. . .		1,000
6° A l'École préparatoire de médecine d'Angers.		2,200
7° A l'État, pour frais de mutation, etc.		4,600
Total (2).		121,000 fr.

III.

L'Académie a accueilli cette lecture avec un sentiment très vif de reconnaissance qui s'est traduit par des applaudissemens unanimes. M. Bérard qui a eu la bonne fortune d'inaugurer sa présidence dans une semblable occasion, a trouvé de ces mots heureux, de ces mots du cœur qu'il sait dire avec un charme irrésistible. Il a proposé que le nom de M. Orfila fût inscrit sur les tables de marbre où sont gravés les noms des bienfaiteurs de la Compagnie, et l'Académie a voté cette proposition avec acclamation. Sur la proposition de M. Roux, il a été décidé aussi que les membres du bureau iraient porter à M. Orfila les félicitations et les remercîmens de l'Académie.

IV.

Nous quittions la séance sous l'impression de cette scène vraiment belle dans sa simplicité, quand un incident s'est présenté, dont nous devons le récit à nos lecteurs.

Notre honoré confrère, M. le docteur Marchal (de Calvi), qui vient de prendre la rédaction de la *Gazette des Hôpitaux*, après nous avoir traduit, dans ce langage chaud et coloré qui lui est familier, l'impression qu'il venait de subir lui-même, nous a exprimé l'intention de prendre l'initiative d'une manifestation de gratitude envers M. Orfila, par le corps médical de France. Notre éloquent confrère nous a aussi exprimé le désir de nous voir nous associer à sa généreuse pensée et, avec une courtoisie extrême, il nous a demandé notre concours.

Nous l'avons très spontanément promis. Il nous a semblé, en effet, qu'un acte de désintéressement semblable à celui que M. Orfila vient d'accomplir, ne pouvait trouver le corps médical, médecins, pharmaciens et élèves, indifférent. C'est à la presse que revient, sur ce point, l'initiative, et nous félicitons M. Marchal de l'avoir prise. Nous avons exprimé, à notre confrère, le désir de nous adjoindre M. Jules Guérin, rédacteur de la *Gazette Médicale*, afin que, de concert, nous avisions aux moyens de former une commission chargée de provoquer une manifestation du corps médical, et de lui présenter un programme. Nous espérons pouvoir, prochainement, indiquer à nos lecteurs les voies et moyens qui auront été adoptés.

V.

Reprenons le récit de la séance qui a été inaugurée par un charmant discours de remercîmens du nouveau président, M. Bérard, dont la parole gracieusement rhytmée donne la sensation de la musique. M. Bérard a tracé, d'un président de l'Académie, un portrait qu'il a qualifié lui-même de beau idéal, et cependant, a-t-il ajouté, il ne désespère pas d'en réaliser le modèle. Nous n'en désespérons pas plus que M. Bérard, qui tiendra certainement toutes ses promesses.

Le grand sacrificateur des remèdes secrets et nouveaux, M. Bouchardat, est venu faire une hécatombe nouvelle de ces pauvres recettes et formules qui se fourvoient, les imprudentes, dans les chemins creux de l'Académie.

M. Collineau a fait un rapport sur un mémoire de M. Moreau (de Tours) relatif à l'idiotie. Nous éprouvons le regret de n'avoir pu rien saisir du travail de l'honorable rapporteur, auquel M. Baillarger a fait des objections qui nous ont paru fort graves.

M. Scipion Pinel a été admis à faire une lecture dans laquelle il a revendiqué, pour quelques médecins anciens et notamment en faveur de son illustre père, des opinions et des pratiques, données comme nouvelles, sur le traitement moral ou médical de l'aliénation mentale.

Les complimens de nouvel an avaient absorbé une grande partie de la séance. La partie scientifique sera plus abondante une autre fois.

Amédée LATOUR.

SYPHILOGRAPHIE.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'OBSERVATION PUBLIÉE PAR M. DOLBEAU, INTERNE DE M. PUCHE.

A M. le docteur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Mon cher ami,

L'observation que mon bon ami et collègue, M. Puche, a fait publier dans votre journal, d'une excision de végétations transformée en chancre inoculable, a dû plaire beaucoup aux amateurs du merveilleux.

La réserve avec laquelle cette observation est présentée, les réflexions prudentes qui l'accompagnent auraient pu me dis-

(1) Voir mon rapport dans le *Bulletin universitaire* de 1837, t. VI, p. 172.

(2) Indépendamment de la somme de 121,000 francs, je m'engage, comme je l'ai déjà dit, à donner tous les ans, ma vie durant, 1,000 francs pour payer des préparations anatomiques, et à servir au surveillant Stablo une rente viagère de 100 francs.

penser de rien y ajouter. M. Puche vous a dit qu'il avait bien des fois avant tenté des inoculations de végétations, qu'il avait essayé depuis, et qu'il avait toujours eu des résultats négatifs; ce que j'ai moi-même souvent répété, c'est ce que je viens encore de faire, sous les yeux des élèves qui suivent mes visites, et toujours avec le même résultat négatif. Le fait de M. Puche est donc un fait exceptionnel, qu'on ne peut plus reproduire, en agissant cependant dans des circonstances en apparence en tout semblables.

M. Puche admet deux espèces de végétations, une vulgaire, l'autre pouvant succéder aux chancres. Notre collègue a parfaitement raison: le chancre à la période de réparation irrégulière peut fournir des bourgeons charnus, luxurians; d'où les variétés de chancres, admises par quelques auteurs, de *chancres bourgeonnans, fongueux, végétans*. Dans ces conditions, certains points de la surface de ces ulcérations peuvent encore donner du pus inoculable. Si l'on fait alors l'excision de ces végétations, rien de plus naturel que de voir succéder des chancres véritables jouissant de toutes leurs propriétés.

Voici une observation à l'appui de ce que j'avance:

Un malade que je soignai, dans ma pratique privée, pour un chancre végétant, entra le 10 novembre dans le service payant de l'hôpital du Midi, chambre n° 1. Le 30 novembre, notre ami, M. Puche, fait l'excision de bourgeons charnus végétans, et le 13 décembre M. C... sort de l'hôpital. Le malade revient chez moi, et il m'est permis de constater l'existence de chancres persistant à la suite de l'excision.

Des faits de cette nature, qui peuvent tromper des gens peu habitués, sont vulgaires et n'ont rien qui doive. beaucoup surprendre.

Il arrive aussi très souvent que des individus affectés de végétations vulgaires, telles que: *frambœsia, crêtes de coq, choux-fleurs, poireaux,* contractent des chancres au milieu de ces végétations mêmes, car elles sont des conditions très favorables à la contagion par la facilité avec laquelle elles se fissurent, se déchirent et permettent au pus inoculable d'agir.

Dans ces circonstances, les ulcérations spécifiques inoculables peuvent être parfaitement dissimulées, cachées; on peut croire à l'existence de végétations seules, et si celles-ci sont excisées, elles peuvent donner naissance à des chancres, sans qu'il y ait là rien que de très naturel.

Je ne pense pas que dans l'observation de mon excellent collègue il y ait une erreur de diagnostic de ce genre, à la rigueur possible pour tout autre que lui.

Il s'agirait donc de végétations qui, excisées, auraient été suivies de chancres, sans qu'il ait été possible à M. Puche d'expliquer comment les plaies d'excision seraient devenues *chancreuses*. Notre collègue croit avoir employé des instrumens propres, des pièces de pansemens irréprochables. Le malade n'accuse aucun contact, autant qu'on peut se fier au dire et à l'intelligence d'un homme qui avait, avant son entrée à l'hôpital et avant la naissance de ses végétations, des rapports assez fréquens avec une *jeune poule* du genre gallinacée, bien entendu!

Cet homme était couché au milieu d'une salle de vénériens, laissé plusieurs jours livré à des pansemens faits par lui-même, exposé à des contacts qu'il a pu ignorer, ou dont il n'a pas connu l'importance; ce n'est que quelques jours après l'opération que l'on s'aperçoit de l'allure que les plaies avaient prises.

On ne sait pas comment les plaies ont été contagionnées.

Qu'y a-t-il là d'extraordinaire? Cela rentre simplement dans les cas nombreux dont on ne connaît pas l'origine.

Les élèves qui ont suivi mes visites ont pu voir à deux reprises, la première fois dans la salle n° 7, la seconde fois dans la salle n° 3, des malades entrés pour être opérés d'un phimosis congénital, sans aucune maladie vénérienne antérieure ou concomitante, et chez lesquels les plaies, à la suite de la circoncision, sont devenues chancreuses et ont fourni du pus inoculable. Il a été impossible, dans ces cas, de savoir comment la contagion s'était effectuée.

Vous devez bien penser, mon cher ami, qu'il ne m'est pas venu à l'idée de supposer, dans ces deux cas, que des chancres peuvent succéder à un phimosis simple. S'il en était ainsi, il ne faudrait pas se donner beaucoup de peine pour trouver l'origine de la vérole: elle serait dans le premier prépuce venu.

Il y a quelques années, feu Cullerier m'adressa, de concert avec mon ami M. Puche, un ancien surveillant de l'hôpital, M. S..., qui, à la suite d'une saignée, eut d'abord un peu d'inflammation de la piqûre, chose très commune; puis celle-ci suppura et fut bientôt suivie d'une ulcération qui revêtit tous les caractères du chancre.

M. S... n'ayant jamais eu d'antécédens vénériens et n'offrant dans le moment aucun accident suspect, il fut impossible de savoir comment et d'où venait la contagion.

On avait dû se servir d'une lancette propre, de linges choisis pour le pansement, le bras était de plus recouvert par les vêtemens, et cependant je puis vous affirmer que ni feu Cullerier, ni M. Puche, ni moi, n'avons cru un seul instant que l'on pouvait produire des chancres en faisant une saignée à un homme sain.

Permettez-moi de ne pas vous en dire d'avantage, et veuillez recevoir, mon cher ami, l'expression sincère de ma parfaite amitié.

RICORD.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

ANGINE DE POITRINE, DATANT DE QUATRE ANNÉES; — INVASION LENTE ET GRADUELLE; — RÉMISSION COMPLÈTE SEULEMENT PENDANT LE SOMMEIL; — GUÉRISON PAR L'HYDROTHÉRAPIE.

Mlle ***, âgée de 15 ans, non reglée, est entrée à l'établissement hydrothérapique de Divonne le 10 juin 1852.

État de la malade à son entrée. — Tempérament lymphatique et nerveux, cheveux noirs, pâleur et maigreur générales, taille moyenne peu développée pour son âge, constitution très délicate qui ferait supposer l'existence d'un vice scrofuleux prédominant, si l'on tenait compte d'une cicatrice récente à la région latérale du cou, résultat de ganglions lymphatiques abcédés. Cette jeune fille n'a pas quitté le lit depuis une année environ, elle y reste constamment accroupie pendant le jour, et à la première vue on la croirait atteinte d'une déviation de la colonne vertébrale ou de toute autre difformité, tant les souffrances extraordinaires qu'elle endure lui font adopter instinctivement les positions les plus vicieuses et les plus anormales. Il lui est impossible de se tenir debout; quand on veut la lever, son corps reste courbé, la tête portée en avant, les jambes fléchissant; elle tomberait sur le sol si elle n'était soutenue sous les aisselles. L'examen fréquent et minutieux de la poitrine n'y a jamais démontré la moindre altération organique. Elle n'est point sujette aux catarrhes; tout s'accorde à prouver qu'il s'agit d'une névrose pure. Des ganglions lymphatiques engorgés fort volumineux, et siégeant le long des bords du sterno-mastoïdien, ont fait soupçonner aux médecins traitant une compression du nerf pneumo-gastrique; mais la disparition presque complète de ces engorgemens, sous l'influence d'un traitement dépuratif, n'a amené aucune amélioration dans l'acte respiratoire.

La maladie, qui dure depuis plusieurs années, a éprouvé des phases diverses; mais depuis un an, et surtout depuis six mois, elle n'a fait qu'augmenter d'intensité.

De jour, et dans les meilleurs momens, la malade est, comme je l'ai déjà dit, obligée de rester constamment dans son lit, assise, les genoux près du menton; dans cette attitude, la plus favorable, sa respiration s'exécute d'une manière très irrégulière; pendant une demi-minute, plus ou moins, il n'y a que des inspirations fort courtes, inaperçues, et qui ne sont pas sensibles à l'oreille appliquée contre les parois de la poitrine; puis arrivent des efforts, d'abords inutiles, pour faire pénétrer l'air dans la poitrine; la malade manifeste un sentiment d'angoisse, elle sort la langue de la bouche, rougit; puis, après une lutte de quelques secondes, elle pousse un profond soupir au moyen d'un effort violent, et on entend à l'auscultation l'air pénétrer d'une manière bruyante dans les profondeurs du parenchyme pulmonaire. Voilà l'état ordinaire pendant le jour; et, *chose singulière*, la nuit, *pendant son sommeil seulement*, la malade peut s'étendre dans son lit, et l'acte respiratoire est tout à fait naturel. Tous les accidens signalés reparaissent dès le réveil.

A l'état habituel de gêne dont nous avons parlé, succèdent une fois par semaine environ, pendant un, deux ou trois jours, surtout dans la dernière moitié de la journée, ce qu'on appelle les *crises*. Tous les phénomènes morbides sont exagérés, les inspirations beaucoup plus rares, l'angoisse extrême, les extrémités glacées, la respiration vraiment convulsive, et fréquemment l'imminence d'une asphyxie véritable est telle, qu'elle ferait croire à une mort prochaine à qui n'en aurait pas été plusieurs fois témoin. Pendant les violens accès, le pouls est petit, inégal; il n'existe pas de palpitations.

Une tentative pour placer la malade sur un fauteuil provoque ces crises; ou bien c'est une cause morale; le plus souvent, elles reviennent sans causes connues.

Un grand nombre de médecins ont tenté, presque toujours sans aucun succès, surtout dans la dernière année, les antispasmodiques les plus variés et les ferrugineux, le plus souvent avec beaucoup de persévérance; tout a échoué. Désespéré d'un tel état de choses, qui, chaque jour, s'aggravait d'une manière sensible, le dernier médecin traitant résolut de s'adresser, comme dernière planche de salut, à l'hydrotérapie. Il est important d'ajouter que toutes les autres fonctions se font avec la plus parfaite régularité; l'appétit seulement est à peu près nul, et le froid aux pieds permanent.

Traitement. — Tous les matins, pendant les quinze premiers jours, enveloppement d'une durée d'un quart d'heure dans un drap mouillé, qui, lui-même, est recouvert de deux couvertures de laine, afin d'éviter le contact de l'air extérieur. En la sortant de ce maillot humide, qui produit une assez forte accumulation de chaleur sur toute la surface cutanée, elle est soumise à l'*ablution froide*. Cette opération, qui est admirablement supportée par la malade, consiste à recevoir sur tout le corps et à distance six à huit seilles d'eau froide projetée avec une certaine force et comme par surprise. Dans la journée, deux *bains de siége* à eau courante, et à 6° centigrades, d'une durée de cinq minutes; régime alimentaire fortifiant.

Après ces quinze premiers jours, l'état général de la malade est plus satisfaisant; l'appétit s'est développé; elle a acquis plus de force; les grandes crises avec asphyxie n'ont pas reparu; mais l'acte respiratoire n'est pas amélioré.

Continuation du traitement, auquel j'ajoute les douches en pluie générale, et la douche en jet sur tout le pourtour de la cavité thoracique, application en permanence sur la région pectorale d'un plastron mouillé, légèrement tordu, et recouvert exactement d'un autre plastron de linge sec et épais: cet appareil est renouvelé cinq à six fois par jour.

Après un mois de ce traitement, c'est-à-dire vers le 10 juillet, malgré quelques irrégularités qui existent encore dans l'acte respiratoire, la malade peut s'étendre plus facilement dans son lit; elle se lève seule et sans le secours d'aucun aide; elle peut se promener dans le parc sans en éprouver trop de fatigue.

Le changement survenu dans son état est extraordinaire; il frappe d'étonnement toutes les personnes qui avaient été témoins de ses souffrances un mois auparavant, et qui pouvaient la suivre et l'observer chaque jour; mais cette amélioration ne pouvait pas être de longue durée; en effet, j'ai toujours remarqué, dans le traitement des névroses *surtout*, qu'une modification considérable qui pourrait faire croire au retour de la santé, apparaissait graduellement et d'une manière très sensible vers la troisième ou quatrième semaine environ; qu'à cette époque, une nouvelle exacerbation des symptômes primitifs se manifestait, tantôt brusquement avec énergie, tantôt par secousses moins violentes, mais successives, pouvant se répéter pendant un temps plus ou moins long qui, cependant, n'excédait jamais la durée de trois mois environ. A la suite de ces sortes de crises, la maladie est ordinairement vaincue; elle l'est d'autant mieux et plus vite, que les crises ont été plus violentes.

J'ai donc prévenu la malade et sa famille qui l'entourait, des rechutes qui pourraient survenir, et du courage et de la persévérance dont il fallait être animé.

Ainsi que je l'avais pensé, les premiers accidens que j'ai déjà signalés reparaissent vers la fin de juillet avec une grande intensité; la malade ne peut plus se lever; les suffocations deviennent aussi fréquentes qu'auparavant. Malgré mes avertissemens, j'ai toutes les peines du monde à ranimer les espérances que la famille avait fondées sur ce bien-être passager; la malade seule est pleine de confiance et de résignation.

Le traitement reçoit alors quelques modifications que je dois indiquer; après un certain nombre de rechutes successives, je m'aperçois que la malade, qui avait gagné un teint très coloré et une carnation plus ferme, commence à perdre de nouveau ces avantages; l'appétit disparaît et tout son ensemble prend des apparences chlorotiques. J'apprends alors, qu'entraînée par l'exemple, elle a fait depuis quelque temps un usage abusif de fruits et de raisin; d'un autre côté, comme il était rationnel, à l'âge où elle était parvenue, de fonder quelque espoir sur l'apparition des règles et de penser que ce phénomène, par la secousse générale qu'il imprime à l'économie tout entière, doit seconder favorablement l'action de la cure, je surveille attentivement son régime, je la force à se nourrir exclusivement de viandes rôties, à supprimer les fruits et les légumes; je lui administre chaque jour six grains de lactate de fer et j'insiste tout particulièrement sur le traitement dérivatif qui est ainsi dirigé:

Le matin, douche en pluie froide précédée de l'enveloppement dans le drap mouillé; à onze heures, douche périnéale de cinq minutes; à onze heures et demie, pédiluve froid de trois minutes; à cinq heures du soir, deuxième douche périnéale; continuation du plastron mouillé. Après chacune de ces opérations, exercice du corps et des membres pendant quinze minutes au moins.

A l'aide de ce traitement tonique et dérivatif, la malade voit peu à peu ses forces reparaître, ses chairs devenir plus fermes et la gêne de la respiration diminuer d'une manière très notable.

Après six mois passés à Divonne, cette jeune fille vient de rentrer dans sa famille, et je suis heureux de pouvoir constater une amélioration tellement grande, que tous ceux qui l'ont connue en sont émerveillés.

Ainsi, sa taille est plus élancée, elle a acquis de l'embonpoint, un teint frais et rosé, les hanches et les seins sont considérablement développés, les pieds conservent jour et nuit une chaleur normale, la respiration est naturelle; à de très longs intervalles, cependant, on observe faiblement encore une inspiration un peu plus longue que les précédentes; cette remarque n'a toutefois que le mérite de la sincérité; car, familiarisé avec son état, je suis ordinairement le seul qui puisse en être frappé. Elle peut faire de longues courses à pied; quand elle les prolonge plus qu'à l'ordinaire, elle ressent de la fatigue dans les jambes et les lombes; mais lorsque la menstruation sera établie, je suis convaincu qu'elle mettra un terme à ces malaises qui déjà la tourmentent depuis quelques semaines, et que je considère comme les symptômes précurseurs du phénomène important qui va s'accomplir.

Je suis donc autorisé à croire à une guérison qui, maintenant d'ailleurs, ne pourra que se compléter et se consolider en suivant pendant quelque temps encore le régime tonique prescrit, et en l'abandonnant aux seuls efforts de la nature.

Réflexions. — J'ai hésité longtemps à classer cette singulière maladie parmi les variétés de l'angine de poitrine, parce que d'un côté j'y ai reconnu des particularités bizarres dont ne faisaient pas mention les auteurs, et d'un autre côté, plusieurs symptômes qui manquaient au tableau déjà cité par eux. Ainsi, l'angine de poitrine débute, en général, brusquement au milieu de toutes les apparences de la santé: l'individu surpris par elle pendant la marche s'arrête tout-à-coup en imminence de suffocation et de syncope. Lorsque le paroxysme doit cesser, les douleurs se calment peu-à-peu, ainsi que la constriction thoracique et l'angoisse qui l'accompagne. Chez quelques-uns, la fin de l'accès est marquée par des vomissemens et des éructations gazeuzes; au bout de quelques instans, tous les symptômes ont cessé. Eh bien! chez notre malade, l'angoisse a débuté lentement et d'une manière insensible; depuis un an surtout, la constriction thoracique et l'angoisse étaient permanentes; *il n'y a jamais eu de rémission que pendant le sommeil*; les crises plus violentes dont nous avons parlé paraissaient d'une manière régulière, surtout vers la fin du jour; le nombre des inspirations ne s'élevait dans ces grandes crises qu'à cinq ou six par minute, et d'après Jurine, elles peuvent s'élever jusqu'à trente-six dans les angines de poitrine.

Ce cas est d'autant plus remarquable que notre jeune malade n'a pas atteint l'âge de puberté, et qu'Hamilton n'en rapporte qu'un exemple survenu à cet âge, d'un autre côté, l'angine de poitrine qui est beaucoup plus commune chez l'homme que chez la femme est rare avant cinquante ans, puisque sur 84 individus dont les observations ont été analysées par John Forbes, 72 avaient dépassé cet âge.

P. S. La malade, ainsi que je l'ai déjà dit, a quitté Divonne le 10 décembre 1852, et, comme je l'avais prévu, la menstruation

n'a pas tardé à s'établir ; en effet, après avoir, le 16 et le 17, ressenti une constriction assez forte au cou, ayant beaucoup d'analogie avec la sensation du globe hystérique, elle eut ses règles pour la première fois le 22 décembre. Le premier jour elles furent peu marquées, le 23, le 24 et le 25, elles fournirent en assez grande abondance un sang de bonne nature et très coloré, le 26, elles diminuèrent progressivement, et le 27, elle reprit le régime tonique que je lui avais prescrit, c'est-à-dire une ablution froide tous les matins en se levant; un bain de siége très froid d'une durée de cinq minutes, tous les deux jours; la continuation du plastron mouillé sur la région thoracique et renouvelé six à huit fois par jour; quatre pilules de lactate de fer dans les vingt-quatre heures, et différens exercices gymnastiques tels que le saut de la corde, l'échelle et la spirale avec le bâton dans le but de favoriser le développement des muscles pectoraux.

Je la visitai le 28 décembre, et j'appris que les époques avaient été précédées de lassitudes dans les jambes et dans les reins; que pendant leur durée et principalement le soir, la malade avait été passablement angoissée; que la constriction du cou avait fait place à la constriction ordinaire du thorax; mais que depuis le dernier jour, c'est-à-dire le 26, tout avait disparu.

En effet, j'ai été frappé du changement considérable survenu dans son ensemble; depuis quinze jours environ seulement qu'elle a quitté Divonne, l'aspect général n'est plus celui de cette enfant que nous avons vue étiolée, chétive et malingre; c'est celui d'une petite femme alerte, gracieuse, souriante, avec laquelle j'ai pu faire, sans qu'elle présentât la moindre apparence de fatigue ou d'oppression, plusieurs tours dans son jardin, et quelques exercices gymnastiques; la guérison m'a donc semblé définitive et assurée.

Comme le diagnostic de cette singulière affection est difficile à établir, il faut éviter la moindre omission dans l'énumération des symptômes qu'elle a pu présenter : ainsi je crois avoir oublié de mentionner cette constriction du cou qui s'est manifestée, comme on l'a vu, quelques jours avant l'époque de la puberté, et qui déja s'était montrée à plusieurs reprises dans le cours même de la maladie, avant l'entrée de la malade à Divonne; ce symptôme avait ceci de particulier que, lorsqu'il existait avec quelque énergie, la constriction thoracique perdait beaucoup de son intensité, *et vice versâ*.

Dans l'appréciation des causes si obscures de cette maladie, et parmi les réflexions qui m'ont été suggérées à cet égard par quelques-uns de mes confrères, j'ai été frappé de la portée de l'une d'elles : on supposait, pour expliquer la difficulté de l'acte respiratoire, une compression mécanique par engorgement strumeux des glandes bronchiques ou autre dans les médiastins, autour de la trachée, et sur le trajet du pneumo-gastrique. Malgré tout le crédit que peut donner à cette opinion le tempérament en apparence scrofuleux de la jeune fille, je ne puis accepter cette hypothèse, car, si la gêne de la respiration eût été due à un obstacle purement mécanique, elle aurait été *constante*, et cette rémission extraordinaire pendant le sommeil *seulement* n'aurait pas existé.

Je livre donc cette observation à tous mes confrères, j'ouvre la lice et je fais un appel général à leur expérience, en les priant, si toutefois cela est possible, de vouloir bien donner un nom rationnel et satisfaisant à cette névrose d'une nature si singulière.

Dr Paul VIDART,
Directeur de l'Institut hydrothérapique de Divonne (Ain).

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 Janvier 1853. — Présidence de M. PIOBERT.

L'Académie a procédé, dans cette séance, au renouvellement partiel de son bureau:

M. de Jussieu, vice-président pour l'année 1852, passe de droit président pour l'année 1853.

M. Combes, membre de la section de mécanique, est élu vice-président, en remplacement de M. de Jussieu, pour 1853.

L'Académie a procédé ensuite au scrutin pour la nomination d'un membre dans la section de botanique, pour remplir la place devenue vacante par suite du décès de M. Richard.

La section de botanique a présenté la liste de candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Montagne et Tulasne.

En deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Duchartre et Trécul.

Le scrutin a donné sur 58 votans,

A M. Montagne. . . . 56 voix.
A M. Tulasne. . . . . 2 voix.

En conséquence, M. Montagne a été proclamé membre de l'Académie.

Application des enduits imperméables au traitement des inflammations locales chez l'homme et les animaux domestiques.

M. FOURCAULT adresse une note intitulée : Des enduits imperméables appliqués sur la peau, pour combattre les inflammations locales chez l'homme et les animaux domestiques.

L'auteur informe, dans cette note, qu'il a combattu, à l'aide des enduits imperméables employés par M. Robert-Latour, pour arrêter les progrès de l'inflammation en suspendant partiellement les fonctions de la peau, la péritonite, des brûlures à différens degrés, des rhumatismes articulaires, des érysipèles, et d'autres inflammations ou irritations de la tunique externe. Une inflammation grave et rebelle du foie a disparu rapidement par une application de *collodion*, étendue sur l'hypocondre droit et sur la partie correspondante des parois abdominales.

En général, dit M. Fourcault, pour obtenir les résultats les plus prompts, les plus favorables de ce nouveau procédé, cette préparation agglutinative doit être appliquée sur une large surface, et il convient de remplir avec beaucoup de soin les fissures formées par cet enduit en se desséchant.

M. Fourcault rapporte, à l'appui de ses assertions, le fait d'un homme qui avait eu un écrasement du pied et qui a guéri rapidement à la faveur des irrigations froides, suivies de l'application du collodion d'après le procédé indiqué dans sa note.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 Janvier 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

La correspondance comprend :

1° Deux rapports de M. le docteur CAMPMAS, médecin en chef de l'hôpital militaire de Barèges (Hautes-Pyrénées), sur les malades qui ont fait usage des eaux minérales de cette localité, pendant la saison de 1852. (Comm. des eaux minérales.)

2° Un rapport de M. le docteur LEMOINE, médecin des épidémies de l'arrondissement de Château-Chinon, sur l'épidémie de scarlatine angineuse maligne qui a régné dans la commune d'Arleuf, pendant le mois de juillet dernier, (Comm. des épidémies.)

3° Un rapport de M. le docteur MARIÉ, médecin des épidémies de l'arrondissement de Mende, sur une épidémie de variole et de suette miliaire qui a régné dans la commune de Mende, depuis le mois d'avril jusqu'au mois d'août dernier. (Même commission.)

4° Un rapport de M. MOTTE, médecin des épidémies de l'arrondissement des Andelys, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Fontenay, canton d'Ecos (Eure), pendant les mois de juin, juillet, août, septembre et octobre 1852. (Même commission.)

5° Un mémoire de M. GERMAIN, de Salins, sur les causes du goître endémique au bas du revermont occidental de la première chaîne du Jura, dans le département de ce nom, et sur les moyens préservatifs et curatifs de cette maladie. (Comm. du goître et du crétinisme.)

6° MM. BELHOMME et LEBERT écrivent pour se porter candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

7° MM. DE PUISAYE et LECOMTE adressent la lettre suivante :

« Monsieur le Président,

» Quelque désir que nous ayons de ne pas abuser des instans de l'Académie, la dernière lettre de M. Bouland contenant une attaque directe à notre probité scientifique, il nous est impossible de garder le silence.

» Nous répondrons aussi succinctement que possible aux divers paragraphes de cette lettre, résolus, quoi qu'il arrive, à terminer ici cette polémique.

» 1° Que M. Bouland, dès 1845, ait été frappé de l'altération que subissaient les eaux d'Enghien par le mode de chauffage existant; qu'il ait entrepris dès 1846 des expériences pour y remédier, c'est chose possible; mais que, pour le besoin de sa cause, M. Bouland affirme avoir fait part à l'un de nous du procédé qui fait le sujet de notre contestation, nous le nions formellement, et nous le mettons au défi de soutenir devant nous une semblable assertion; nous rougirions d'ailleurs d'un pareil acte de piraterie scientifique, dont grâce à Dieu, nous sommes incapables.

» 2° Que dans son rapport déposé en mars 1851, M. Bouland ait indiqué *que le procédé le plus simple et le meilleur était de mélanger dans la baignoire l'eau sulfureuse froide et l'eau ordinaire bouillante*, nous affirmerons de nouveau que dès la fin de 1850 nous avions fait connaître ce procédé au propriétaire des eaux.

» 3° *Que malgré les sollicitations de plusieurs de ses amis, qui l'engagèrent à prendre date*, M. Bouland n'ait pas publié dans son opuscule de 1850 un procédé qu'il connaissait depuis 1846, sous prétexte que l'eau sulfureuse subissait une double altération, ce nous semble un argument assez puéril, car c'eût été déjà un énorme progrès que de faire disparaître l'une de ces deux causes.

» *M. Bouland, dit-il, se trouvait placé entre deux intérêts matériels très légitimes et sa conscience;* mais de 1845 à 1848, alors qu'il était directeur de la Société des bains d'Enghien, il pouvait, nous dirons plus, il devait faire connaître un procédé, qui était d'un immense avantage et pour la santé publique, et pour la prospérité de l'établissement qu'il dirigeait. C'était à la fois l'acte d'un homme consciencieux et d'un bon administrateur. Inspecteur des eaux d'Enghien depuis 1848, il a conservé la même réserve, et peut-on croire sérieusement que M. Bouland ait attendu la découverte du *gazomètre à air désoxygéné* pour rompre le silence.

» M. Bouland se serait donc trouvé de 1846 à 1852, c'est-à-dire pendant une période de six années, dans une position assez bizarre, puisqu'ayant à choisir entre deux moyens de chauffage, il aurait préféré le plus défectueux. N'est-on pas tenté de croire qu'il ignorait alors ce qu'il revendique aujourd'hui.

» Nous ne relèverons pas les erreurs scientifiques contenues dans la lettre de M. Bouland, nous promettant d'y revenir dans l'ouvrage que nous publierons prochainement; il suffira de constater, en terminant, qu'il se garde bien de parler de l'expérience publique faite sur un de nos confrères, et que nous avons rapportée dans notre première lettre à l'Académie.

» En résumé, si nous admettions les prétentions de M. Bouland, et ses argumens comme irréfutables, il résulterait au moins de ce débat, pour tout esprit impartial, que nous aurions travaillé *séparément et simultanément* la même question, mais, plus heureux que notre contradicteur, nous aurions eu les premiers l'avantage d'appliquer ce procédé au malade, et d'en étudier les effets physiologiques.

» Nous avons l'honneur, Monsieur le Président, d'être avec le plus profond respect, vos très humbles serviteurs.

» D^r DE PUISAYE,
Inspecteur-adjoint des eaux d'Enghien.
» LE CONTE. »

4 Janvier 1853.

M. BÉRARD remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en l'élevant à la présidence, et rend compte des visites faites par une députation de l'Académie à l'empereur et aux ministres de l'intérieur et de l'instruction publique.

Sur la proposition de M. Bérard, des remercîmens sont votés par acclamation à M. Mélier et aux deux membres sortans du conseil d'administration.

M. ORFILA a la parole pour une importante communication, et lit la lettre suivante :

A M. le président de l'Académie de médecine.

« Monsieur et cher collègue,

» J'ai reçu de l'Académie de nombreux témoignages d'estime et de sympathie, dont je ne perdrai jamais le souvenir. Je viens aujourd'hui lui donner une preuve de ma reconnaissance, en instituant un prix de 2,000 fr., qui sera décerné tous les deux ans, et pour la première fois en 1855; à cet effet, je mets à sa disposition une inscription de 1,000 francs de rente 3 pour 100, représentant une somme de 28,000 fr. (à 84 fr. prix d'achat.)

» Les prix qui seront donnés aux séances publiques de 1855 et de 1857 porteront sur une question de toxicologie; celui qui correspondra à 1859 aura pour objet une question puisée dans une des autres branches de la médecine légale. En 1861 et en 1863, les prix seront décernés pour un sujet de toxicologie, tandis que pour 1865, la question aura dû être choisie parmi celles qui sont du ressort des autres parties de la médecine légale. On appliquera ensuite le principe que je viens de poser, c'est-à-dire que dans une période de six années, deux fois le sujet du prix sera une question de médecine légale, anatomique, physiologique, médicale, chirurgicale ou obstétricale. Toutefois, il y aura lieu de se départir de cet ordre rigoureux, et de procéder autrement, ainsi que je l'indiquerai bientôt, lorsqu'un prix n'aura pas été adjugé, et que la question aura été de nouveau mise au concours.

» Si, après 1901, l'Académie pense qu'il y a plus d'avantage à remplacer la question médico-légale par un des sujets de la *seconde catégorie*, dont je vais parler, elle sera libre de le faire.

» Le prix de 2,000 f. ne pourra jamais être partagé; s'il n'est pas donné, la même question sera mise au concours, et le prix sera alors de 4,000 f.; si cette seconde fois le prix n'était pas encore décerné, la même question serait proposée pour la troisième fois, et le prix serait de 6,000 fr. Si, malgré ces ajournemens, la question n'était pas convenablement résolue, et que le prix ne fût pas adjugé, la somme de 6,000 fraus serait versée dans la caisse de l'Association des médecins du département de la Seine, que j'ai fondée en 1833.

» Ces remises successives d'une question, *quelle qu'elle soit*, auront nécessairement pour conséquence une modification dans la nature des sujets qui devront être proposés : ainsi, lorsque la question ajournée sera du ressort de la toxicologie, la remise à six ans entraînera, pour cette fois *seulement*, la suppression de la question médico-légale; tout comme si la question ajournée concernait cette dernière science, il y aurait forcément, pendant quatre ans, suppression d'un sujet toxicologique.

» La commission nommée pour juger les prix de toxicologie, sera composée de cinq membres, dont deux appartiendront à la section de chimie, un à la section de pharmacie, un à la section de pathologie externe et un à la section de médecine légale. Pour juger les prix des autres branches de la médecine légale, la commission sera composée de deux membres pris dans la section de médecine légale, de deux choisis dans une des sections de chirurgie, et d'un appartenant à la section d'anatomie. Toutefois, s'il s'agit d'une question obstétricale, deux membres, pris dans la section d'accouchemens, remplaceront les deux chirurgiens. Pour toutes les questions autres que celles de toxicologie et de médecine légale, dont il sera fait mention plus bas, l'Académie choisira cinq commissaires dans son sein.

» Permettez-moi de vous indiquer maintenant, Monsieur le Président, un certain nombre de questions toxicologiques que je désire mettre au concours à peu près dans l'ordre qui suit. Elles sont de deux catégories :

Première catégorie.

» Recherches sur le chloroforme, sur les champignons, sur la cantharidine et les cantharides, sur la codéine, sur l'hyoscyamine et la jusquiame, sur l'aconitine et l'aconit, sur la vératrine, la sabadilline, l'ellébore noir et le varaire blanc, sur l'atropine et l'*atropa belladona*, sur la daturine et le *datura stramonium*, sur la digitaline et la digitale, sur le laurier-rose, sur la strychnine, la brucine et la noix vomique, sur la picrotoxine et la coque du Levant, et sur le venin de la vipère.

» Chacune de ces questions devra être envisagée sous les points de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et de la médecine légale. Ainsi que deviennent ces poisons, après avoir été absorbés; dans quels organes séjournent-ils; à quelle époque sont-ils éliminés et par quelles voies; quels troubles amènent-ils dans les fonctions; quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'ils provoquent; quelle est leur action sur les fluides de l'économie animale, et en particulier sur le sang; quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre leurs effets; enfin, et ceci est le plus important, quelle est la marche à suivre pour déceler ces toxiques *avant la mort*, soit dans les matières vomies ou dans celles qui ont été rendues par les selles, soit dans l'urine et dans d'autres liquides excrétés, ainsi que dans le sang? *Après la mort*, la recherche médico-légale de ces toxiques devra avoir lieu dans le canal digestif, dans les divers organes, dans l'urine et dans le sang; il faudra également indiquer l'époque de l'inhumation passé laquelle il n'est plus possible de les déceler.

» Des expériences nouvelles seront tentées sur les contre-poisons des toxiques minéraux et végétaux. Peut-on, par exemple, poursuivre ces toxiques jusque dans le sang et dans les organes où ils ont été portés par absorption, en faisant usage d'un agent chimique qui les rende inertes ou beaucoup moins actifs? S'il en est ainsi, comme je le pense, la science verra son domaine s'étendre utilement, puisqu'elle se borne aujourd'hui à attaquer les substances vénéneuses contenues encore dans le canal digestif, et qu'elle n'agit avec quelque succès que dans les *cas rares* où le contre-poison est administré *peu de temps* après l'ingestion du toxique.

Seconde catégorie.

« Il est encore une série de questions qui, suivant moi, se rattachent à la toxicologie, et que j'aurais bien voulu avoir le temps d'élucider. Ces questions, d'un ordre très élevé, extrêmement difficiles à résoudre, *ne devront être mises au concours* qu'après celles ou du moins qu'après la plupart de celles de la première catégorie, et lorsque déjà les expérimentateurs auront appris à surmonter les obstacles contre lesquels ils auront eu à lutter pour déceler les principes organiques végétaux et animaux.

» Voici, monsieur le président, toute ma pensée à cet égard. Je dis depuis trente ans, dans mes cours, que les fièvres intermittentes, la fièvre typhoïde, les phlegmasies éruptives contagieuses, la dyssenterie, la péritonite puerpérale, le choléra, la diphthérite, etc., sont des maladies spécifiques occasionnées par un toxique qui s'est développé dans l'économie animale, ou qui a été introduit du dehors dans les voies respiratoires, pour être ultérieurement mêlé au sang. Je suis tellement convaincu de la vérité de cette assertion, que je ne balance pas à demander à l'Académie de proposer plusieurs sujets de prix sur des questions de cette nature.

» Il est bien entendu que les recherches relatives aux problèmes de cette catégorie devront comprendre tout ce que j'ai dit sur l'absorption, les symptômes, les lésions de tissu, l'élimination, le traitement, etc., des toxiques végétaux et animaux de la première catégorie.

» Si les concurrens se trouvent dans l'impossibilité de résoudre de pareilles questions, il n'en résultera pas moins un progrès réel, par suite des travaux intéressans auxquels ils auront dû se livrer. On ne saurait assez encourager de semblables recherches; aussi ferai-je une exception pour les toxiques de cette nature, en autorisant l'Académie à donner à celui des concurrens qui aura le plus approché du but, une somme de 1,000 f. ou une médaille en or de cette valeur. Dans le cas où cet encouragement serait accordé, et que la question remise au concours serait convenablement résolue, le prix, au lieu d'être de quatre ou six mille francs, ne serait plus que de trois, de quatre ou de cinq mille francs, suivant le nombre d'encouragemens qui auraient été décernés.

» Si, après avoir mis au concours trois ou quatre des questions de cette catégorie, l'Académie voyait qu'à raison des difficultés du sujet, les résultats ne répondissent pas à mon attente, je la laisse libre de continuer à proposer des questions du même ordre, ou de choisir un problème d'*hygiène publique*.

» Il est bien entendu que l'Académie désignera telle question qui lui conviendra, après avoir épuisé, dans les limites que je viens d'indiquer, les diverses séries de questions qui font partie de mon programme.

» Recevez, Monsieur et cher collègue, l'assurance de ma considération distinguée, et de mes sentimens affectueux.

» ORFILA. »

Paris, ce 1er janvier 1853.

Cette lecture est accueillie par les applaudissemens et les bravos unanimes de l'Assemblée.

M. BÉRARD, se levant aussitôt, s'exprime à peu près en ces termes : lorsqu'en 1818 parut la 1re édition de la *Toxicologie* de M. Orfila, c'était une science nouvelle qui était inaugurée. L'Académie, à cette époque, n'existait pas encore. Depuis 1820, époque de sa fondation, et pendant une période de plus de 30 années, vous avez vu M. Orfila vous apporter constamment les prémices de ses nouvelles recherches sur ce sujet. Il paraissait impossible que M. Orfila pût acquérir de nouveaux titres à votre gratitude. Cependant il vient de nous faire savoir à l'instant qu'il fait don à l'Académie d'une inscription de 1,000 fr. de rente pour la fondation d'un prix de toxicologie. Il fait bien plus. Il prélève 121 mille francs sur sa fortune pour encourager les travailleurs à favoriser les progrès de la science. Que ferons-nous en présence d'une pareille libéralité? Toutes les formules ordinaires de remercîmens seraient insuffisantes; vous ne vous en contenteriez pas. Il existe dans le vestibule de l'Académie des tables de marbre où sont inscrits les noms des bienfaiteurs de votre Compagnie : je propose que, par exception, le nom de M. Orfila y soit inscrit. Il n'est pas à craindre qu'en créant un pareil précédent, il puisse jamais dégénérer en abus. Cet abus d'ailleurs, Messieurs, ne nous effraierait pas trop. (Applaudissemens unanimes). L'Académie vote par acclamation.

Sur la proposition de M. Roux, une députation de l'Académie ira remercier M. Orfila à son domicile.

M. BOUCHARDAT lit une série de rapports sur des remèdes secrets.

M. COLLINEAU lit en son nom et celui de MM. Jolly et Guéneau de Mussy, un rapport sur un mémoire de M. Moreau (de Tours), relatif aux causes prédisposantes, héréditaires de l'idiotie et de l'imbécillité.

Ce mémoire, dont nous avons donné un résumé dans le numéro du 28 octobre dernier, a pour objet principal, comme on le sait, d'établir que les causes dont, sur la foi de faits mal observés, on a fait dépendre jusqu'ici l'idiotie, sont insuffisantes, et qu'il faut les chercher, non plus sur le sujet lui-même, mais bien en dehors de lui, dans les conditions d'hérédité.

M. le rapporteur critique cette manière de voir, qui tendrait à faire peser un grave reproche sur la science et sur les savans, le reproche de n'avoir point su remonter à la véritable source du mal; et il s'efforce de les justifier. Suivant M. le rapporteur, avant de remonter à l'origine de l'idiotie, on a dû d'abord en étudier les symptômes; c'est ce que l'on a fait. Les symptômes connus, il était naturel de chercher chez l'individu même la cause la plus rapprochée, la plus probable de de chacun d'eux, et c'est encore ce que l'on a fait.

M. le rapporteur pense qu'en plaçant presqu'exclusivement la cause de l'idiotie dans des prédispositions héréditaires, M. Moreau s'interdit ou du moins néglige presque tous les moyens immédiats de traitement, et que cette médecine rétrospective conduit presqu'infailliblement à une thérapeutique désespérante. Il pense enfin que, dans cette circonstance, comme dans beaucoup d'autres, on n'a accusé l'hérédité que parce que les autres explications nous échappent.

Quant aux causes héréditaires, dont le nombre serait très considérable, d'après M. Moreau, M. le rapporteur pense qu'il n'en est pas une seule que l'on ne puisse récuser, au moins dans le plus grand nombre de cas, ou à laquelle on ne puisse en adjoindre plusieurs autres tout aussi incertains. Il ne se montre disposé à admettre l'hérédité qu'autant qu'on lui citerait des idiots nés de parens idiots.

Nonobstant ces quelques critiques, dont M. le rapporteur a accompagné l'analyse du mémoire de M. Moreau, et tout en émettant l'opinion que cet auteur a dépassé le but dans un sens, et ne l'a pas atteint dans un autre, il s'empresse de reconnaître, en raison de l'extrême difficulté du sujet, que cela ne doit diminuer en rien l'estime que mérite le talent de M. Moreau.

M. Collineau propose en conséquence, au nom de la commission, de déposer le mémoire de M. Moreau aux archives, avec remercîmens à l'auteur.

M. BAILLARGER : Peut-être n'ai-je pas bien compris la citation faite par l'honorable M. Collineau, sur la différence qui existe entre l'idiotie et l'imbécillité, et d'où il résulterait que l'une est congéniale et l'autre accidentelle. Je devrais en effet faire observer que cette différence n'existe pas. L'idiotie et l'imbécillité ne représentent que des degrés d'intensité d'un même état. L'imbécile est mieux conformé et un peu plus intelligent que l'idiot. Ce sont les seuls caractères qui les séparent, mais d'ailleurs l'idiotie et l'imbécillité sont tantôt congéniales, tantôt accidentelles. Dans ce dernier cas, cependant, il est indispensable d'ajouter que la maladie est toujours survenue avant l'entier développement des facultés intellectuelles; s'il en était autrement, le malade ne serait plus un idiot ou un imbécile, mais un dément.

Quant à cette objection, que l'honorable rapporteur fait à M. Moreau, à savoir que pour admettre l'hérédité de l'idiotie, il faudrait citer des cas d'idiots nés de parens atteints eux-mêmes d'idiots, je crois pouvoir y répondre en disant que cette condition n'est pas nécessaire. Si elle l'était, rien ne serait plus rare que les faits d'idiotie dus à l'influence de l'hérédité, lesquels sont au contraire très communs.

Les idiots ne se marient pas, et par conséquent il n'y a point lieu à transmission héréditaire. Ce n'est pas, à mon avis, ainsi que devrait être comprise la question de l'hérédité. Les idiots naissent :

1° D'individus qui ne sont atteints ni d'idiotie, ni d'imbécillité, mais dont l'intelligence, peu développée d'ailleurs, est cependant suffisante pour leur permettre de remplir, jusqu'à un certain point, les devoirs sociaux. Je n'ai pas besoin de dire que, sous ce rapport, il y a des degrés très variés, et que ces *faibles d'esprit* sont quelquefois peu éloignés des cas les plus légers d'imbécillité. En voici un exemple qui a donné lieu, il y a quelques jours, à la Salpêtrière, à une confusion assez singulière. Une femme de 45 ans a été envoyée d'un hôpital comme atteinte de démence. Le lendemain je l'examine et je ne constate rien autre chose qu'une faiblesse dans l'intelligence, qui me paraît congéniale. Bientôt le mari arrive et nous confirme que sa femme, mère de deux enfans, et qui d'ailleurs est une bonne ménagère, a toujours été faible d'esprit. Il n'y avait pas de raison de garder cette femme, et le jour même elle est rendue à son mari.

L'expérience prouve qu'en recherchant les traces de l'hérédité pour expliquer l'idiotie, on trouve assez souvent que le père ou la mère étaient aussi très peu intelligens. C'est une première catégorie de faits, mais la plus nombreuse est sans contredit la suivante.

2° Dans la plupart des cas, c'est l'existence de la folie, de l'épilepsie chez les parens qui vient expliquer l'idiotie d'un ou même de plusieurs enfans.

Je m'arrêterai peu à ce point, que l'influence de l'hérédité, comprise comme l'a fait M. Moreau, semblerait enlever toute chance au traitement. Je n'ai pas besoin de dire que l'on ne guérit ni l'idiotie, ni l'imbécillité. Ce que l'on peut et ce qu'il est toujours bon et utile de tenter, c'est de développer, par l'éducation, l'intelligence des imbéciles jusqu'aux limites malheureusement étroites que la nature leur a d'avance assignées. Pour ce qui est de la folie, l'influence de l'hérédité est tellement commune, je dirais presque tellement générale, que si elle avait sur le pronostic une influence si fâcheuse, on ne devrait voir cette maladie guérir que dans des cas peu nombreux.

Sans nier d'ailleurs que la circonstance de l'hérédité ne doive rendre le pronostic plus grave, je ferai remarquer que, jusqu'à présent, on n'est pas fixé sur le fait d'une manière précise. Cette question paraîtrait cependant facile à résoudre par la comparaison des faits qui se présentent chaque jour en si grand nombre.

Après ces observations, auxquelles M. Collineau répond par quelques mots que nous n'avons pu entendre, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Traitement de la folie.

M. Scipion PINEL lit un mémoire intitulé : Considérations rétrospectives sur quelques points du traitement de la folie.

Ce mémoire se résume dans les conclusions suivantes :

1° Le traitement moral de la folie n'a pas le caractère de nouveauté qu'on a voulu lui attribuer.

2° Ce traitement a des exigences d'à-propos et de sagacité qui sont plus rigoureuses encore quand elle se lie aux événemens politiques.

3° Dans le traitement physique, les douches prolongées et les affusions violentes sont toujours dangereuses : 1° en raison de la désorganisation qu'elles produisent dans le cerveau; 2° en raison des congestions pulmonaires et intestinales qui en sont la suite, et qui se terminent si souvent par des phthisies et par des entérites mortelles.

4° Ces sortes de douches sont formellement réprouvées par Pinel et par Esquirol.

5° Georget les proscrit surtout dans la période aiguë de la manie, à cause de la paralysie qu'elles occasionnent promptement.

6° Enfin le traitement des maladies aiguës ou chroniques du cerveau doit être basé désormais autant sur la connaissance des fonctions spéciales des divers centres nerveux qui entrent dans la composition de cet organe, que sur l'action déterminée des agens thérapeutiques qui modifient ces centres, et encore plus sur la combinaison si variée des dérivatifs directs. (Comm. MM. Collineau, Falret et Londe.)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

PRESSE MÉDICALE.

Annales d'hygiène et de médecine légale. — Octobre 1852.

Mémoire sur les ouvriers qui travaillent les coquilles de nacre de perle; par MM. MAHIER et CHEVALLIER.

Dans un procès plaidé en Cour d'assises à Beauvais, une femme, qu'on accusait d'avoir empoisonné son mari, allégua que sa mort pouvait être attribuée à la profession d'ouvrier en nacre qu'il exerçait. Cette opinion fut réfutée séance tenante par M. le docteur Lestrade.

Les auteurs du mémoire ont entrepris une série de recherches sur l'industrie de la nacre en perle; il en résulte que cette industrie expose les ouvriers qui s'y livrent à contracter la bronchite aiguë, et surtout la bronchite chronique, l'emphysème pulmonaire, l'hémopthisie et des ophtalmies, mais que la poussière de nacre ne détermine la phthisie que chez les individus qui y sont prédisposés.

Statistique de la France et de ses colonies, d'après les derniers recensemens; par M. BOUDIN.

Le dernier recensement, fait en 1851, donne 35,781,821 habitans; l'augmentation sur les années précédentes n'est que de 381,335, tandis que le recensement de 1846 donnait un surcroît de 1,170,307 individus. Ce ralentissement aussi sensible dans les progrès de la population doit être attribué : 1° aux émigrations qui, de 1846 à 1850, pour le seul département des Basses-Pyrénées, se sont élevées à 11,000 habitans. Vingt autres départemens ont dû diminuer leur population par la même cause : 2° à la diminution des mariages qui, après avoir atteint, en 1841-45, 282,000, n'ont plus été, en 1846-50, que de 166,000; 3° enfin aux ravages du choléra.

En recherchant le nombre des suicides, on trouve que la répartition annuelle, qui, en 1827, était de 1,542, se trouvait portée, en 1849, à 3,583, de telle sorte que le nombre des suicides de 1827 est à celui de 1849 comme 3 est à 7. Il est également digne de remarque qu'aux deux années de révolution, 1830 et 1848, correspond une diminution notable de suicides. Enfin, si l'on compare le chiffre des suicides avec celui de la population, on voit qu'on comptait, en 1827, 1 suicide sur plus de 20,000 habitans; il s'en trouvait, en 1846, 1 sur moins de 12,000.

La statistique des aliénés offre plusieurs remarques curieuses. En 1851, le nombre des aliénés s'est élevé au chiffre énorme de 44,970, dont 24,933 traités à domicile et 20,537 traités dans les établissemens publics et particuliers. Ce chiffre donne une proportion de 12,8 aliénés sur 10,000 habitans, ou de 1 sur 795, et dénote une augmentation de plus de 100 pour 100 sur le nombre officiellement recensé en 1841.

Sur le tabac et les principales substances enivrantes; par M. A. GUÉRARD.

Les expériences de M. Malapert ont établi que le tabac employé par les fumeurs contenait 9 pour 100 de nicotine. Pour prévenir les effets délétères de cet alcaloïde, M. Malapert conseille aux fumeurs : 1° de ne pas fumer le tabac trop humide; 2° de se servir de pipes munies d'une pompe ou récipient pour condenser la nicotine; 3° de ne fumer la pipe ou le cigare qu'à moitié. Quant aux chiqueurs, ils doivent éviter d'avaler la salive.

COURRIER.

M. Alquié, médecin-inspecteur, directeur de l'École d'application de la médecine militaire, est nommé directeur de l'École spéciale de médecine et de pharmacie militaires.

M. Larrey, médecin principal de 1re classe, professeur à l'Ecole d'application de la médecine militaire, est nommé sous-directeur à l'Ecole spéciale de médecine et de pharmacie militaires.

M. Godelier, médecin principal de 2e classe à la division de Constantine, est nommé professeur de clinique médicale à l'Ecole spéciale de médecine et de pharmacie militaires.

La Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier vient d'instituer un prix de 300 fr., qui sera décerné, dans le cours du mois janvier 1854, à l'auteur du meilleur mémoire su la question suivante :

« Déterminer par l'analyse des faits et par des recherches expérimentales l'étiologie du rachitisme. »

Tous les mémoires doivent être adressés *franco* avant le 1er décembre 1853, à M. le docteur Girbal, secrétaire particulier de la Société.

Par décret impérial du 31 décembre 1852, sur la proposition du ministre de la marine, ont été promus dans l'ordre de la Légion-d'Honneur, au grade de commandeur, M. Quoy, inspecteur général du service de santé de la marine; au grade d'officier; M. Levicaire, second médecin en chef de la marine; M. Seuard, chirurgien de 1re classe.

Le Sénat du Piémont vient d'adopter, à la majorité de 50 voix contre 2, le projet relatif à la prorogation du terme fixé pour l'application du système métrique aux poids médicinaux.

Une faute typographique, que nous tenons à relever immédiatement, s'est glissée dans l'*Almanach général de médecine*. Au nom de M. le docteur BOINET, lisez : *lauréat de l'Institut*, au lieu de : *membre de l'Institut*.

Nous prions instamment nos confrères de nous signaler les erreurs ou les omissions que les éditeurs auraient pu commettre.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 3. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 8 Janvier 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs des départemens pour six mois et pour un an, dont l'abonnement finit le 31 décembre prochain, sont prévenus que la traite pour le renouvellement leur sera présentée à domicile dans le mois de janvier. Afin de nous éviter des frais considérables de retour, ils sont priés de donner des ordres en conséquence, en cas d'absence.

MM. les Souscripteurs de trois mois qui veulent éviter tout interruption dans l'envoi du journal, sont priés de renouveler leur abonnement avant le 1er janvier, soit par un mandat sur la poste, soit par la voie des Messageries et du commerce.

La quittance sera présentée au domicile de nos Souscripteurs de Paris.

PARIS, LE 7 JANVIER 1853.

COMMISSION INSTITUÉE POUR PROVOQUER UNE MANIFESTATION DU CORPS MÉDICAL DE FRANCE EN FAVEUR DE M. ORFILA.

Cette commission se compose de

MM. BÉRARD, président de l'Académie impériale de médecine;
P. DUBOIS, doyen de la Faculté de médecine de Paris;
DUBOIS (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine;
BUSSY, directeur de l'École de pharmacie de Paris;
ALQUIÉ, directeur de l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce;
PERDRIX, secrétaire général de l'Association de prévoyance des médecins du département de la Seine;
SÉGALAS, membre du conseil municipal;
HORTELOUP, membre du conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique;
J. GUÉRIN, rédacteur de la *Gazette médicale de Paris;*
MARCHAL (de Calvi), rédacteur de la *Gazette des hôpitaux;*
AMÉDÉE LATOUR, rédacteur de l'*Union Médicale;*
L'ÉLÈVE INTERNE lauréat des hôpitaux;
L'ÉLÈVE EXTERNE lauréat des mêmes hôpitaux;
L'ÉLÈVE LAURÉAT de l'École pratique;
AMETTE, secrétaire de la Faculté, trésorier.

Cette commission se réunira dimanche, 9 janvier, à deux heures précises, à la Faculté de médecine.

A MM. les membres de la Commission générale de l'Association des médecins du département de la Seine.

Paris, ce 1er janvier 1853.

« Messieurs et chers collègues,

» Je ne retracerai pas tout le bien que nous avons fait depuis 1833, époque à laquelle j'ai fondé l'*Association des médecins de Paris*; je me bornerai à vous rappeler les faits les plus saillans.

» Vous savez combien est grand le nombre de confrères, de veuves et d'enfans, que nous avons efficacement secourus, soit en les aidant de nos deniers, soit en acquittant le prix de bourses dans les colléges, soit enfin en plaçant dans des hospices ceux de nos confrères qui étaient assez malheureux pour n'avoir pas d'asile. La somme distribuée par l'Association s'élève déjà à plus de 100,000 francs.

» Vous n'avez pas oublié les nombreuses poursuites que nous avons exercées contre une foule de charlatans sans diplôme, qui se faisaient un jeu d'exploiter et de tromper odieusement le public. C'est aussi sur notre demande que l'autorité supérieure a retiré, par deux ordonnances du Roi, le droit de pratiquer la médecine en France à deux médecins étrangers condamnés par les tribunaux, et que des actes déshonorans et criminels rendaient indignes de cette faveur.

» Je n'ai pas besoin d'énumérer non plus *minutieusement* d'autres preuves d'intérêt et de sympathie données par nous, soit au corps médical tout entier, soit à plusieurs de nos confrères injustement attaqués devant les tribunaux, et que nous avons défendus avec autant de générosité que de succès; il me suffira de citer quelques faits pour mettre cette vérité dans tout son jour.

» Dès son début, l'Association élaborait un projet d'organisation médicale, comprenant à la fois l'enseignement et l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Le gouvernement tirera grand parti de ce travail important, le jour où il se décidera à améliorer le sort des malades, des médecins et des pharmaciens, en faisant voter, par les pouvoirs compétens, la loi si impatiemment attendue.

» Plus tard, par ses avis éclairés, l'Association faisait rapporter une ordonnance de police sur les ouvertures des cadavres, préjudiciable à la science ainsi qu'à la dignité des médecins.

» Invitée par l'autorité municipale à indiquer les mesures à prendre pour arriver à une constatation plus exacte de la cause des décès dans la ville de Paris, l'Association s'est acquittée de cette tâche avec zèle et talent, et ses bons avis ont été mis à profit.

» En avril 1841, notre collègue le docteur Bernardin, condamné par le tribunal de simple police pour avoir refusé de donner ses soins à un malade *pendant la nuit*, sollicita notre intervention, et nous obtînmes un jugement du tribunal de première instance qui infirma le premier, en déclarant que les médecins ne sont tenus de se rendre qu'à la réquisition d'une autorité compétente.

» En juin 1843, à l'occasion d'une question de *secret*, le docteur Mallet, de La Rochelle, poursuivi comme coupable du délit prévu par l'article 346 du Code pénal, relatif au défaut de déclaration de naissance, fut acquitté par les tribunaux de La Rochelle et de Saintes. Le ministère public interjeta appel contre ces décisions; c'est alors que le docteur Mallet sollicita notre appui. Nous intervînmes près la Cour de Cassation, par une consultation de notre conseil judiciaire d'alors, M. Boulanger, et que M. Ledru-Rollin voulut bien se charger de faire valoir, au nom de l'Association. La cour suprême confirma les jugemens de La Rochelle et de Saintes.

» En juillet 1846, à l'occasion de blessures faites dans un duel, le docteur Saint-Pair, de la Pointe-à-Pitre, voulant garder le *secret*, refusa de répondre devant le juge d'instruction, et fut condamné. Notre confrère appela de ce jugement. Devant la cour royale, le docteur Saint-Pair continua à garder le silence et fut néanmoins acquitté. Mais le ministère public s'inscrivit contre cette décision et l'affaire fut déférée à la Cour de cassation. C'est alors que, sur la demande des médecins de la Pointe-à-Pitre, l'Association fit rédiger une consultation motivée, dont elle confia la défense a M. Paul Fabre. Le tribunal suprême, conformément à l'avis favorable de l'avocat général, M. Quesnault, rendit un arrêt remarquable, par lequel il maintint en principe le privilége du médecin, spécialement placé sous la protection de l'article 278 du Code pénal.

» En 1846, un médecin anglais, reçu à la Faculté de médecine de Paris, le docteur Oliffe, ne fut pas admis, par décision du procureur général de Caen, à faire un rapport médico-légal; on lui refusa par conséquent le droit d'opérer comme expert dans une affaire judiciaire. L'Association, consultée par le docteur Oliffe, l'un de ses membres, adressa au ministre de la justice un mémoire, dans lequel elle démontrait que notre collègue, reçu docteur français, devait jouir de toutes les prérogatives attachées à ce titre. Le ministre ne tarda pas à apprécier la justesse de nos observations, infirma la décision

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Belle semaine !

Vous connaissez maintenant, bien-aimé lecteur, le motif de la réticence de mon feuilleton de fin d'année, à l'endroit de M. Orfila. J'eusse été indiscret d'en dire davantage; il eût été inconvenant de ravir à M. Orfila la priorité de l'annonce de ses libéralités. Mis depuis longtemps dans la confidence du grand acte qu'il vient d'accomplir, j'ai eu déjà l'heureuse occasion d'exprimer à M. Orfila lui-même l'impression que j'en ai ressentie. C'est beau, c'est grand, c'est antique. M. Orfila abandonne, lui vivant, une très notable partie de sa fortune. Vous comprendrez l'étendue du sacrifice, en réfléchissant que M. Orfila, tout prince de la science qu'il soit, n'a jamais cultivé et pratiqué que cette partie de la science qui n'enrichit point. C'est la grande, la haute clientèle médicale qui conduit à la fortune; M. Orfila n'a jamais voulu avoir de clientèle. Il a occupé des positions éminentes, sans doute; mais les émolumens de ces places sont presque absorbés par les exigences que ces positions imposent. M. Orfila a été appelé comme expert dans toutes les Cours d'assises de l'Empire, c'est très vrai; mais il n'est peut-être pas une seule expertise dans laquelle il n'ait été obligé de mettre du sien, tant la loi se montre parcimonieuse et même injuste dans ses tarifs de médecine judiciaire. M. Orfila a publié de nombreux ouvrages dont les éditions se succèdent rapidement, c'est très juste; mais MM. les libraires du quartier des Cordeliers arrangent si bien leurs petits traités avec les auteurs, que ce n'est pas à ces derniers que revient la meilleure part des bénéfices. Il est historique, le fait est souvent invoqué, comme exemple en librairie médicale, que M. Orfila vendit à feu Crochard le père la propriété complète de son *Traité de toxicologie*, la somme de cinq mille francs. On ne s'enrichit pas avec de pareils traités, surtout quand, pour élever ce monument scientifique, on dépense plus de quatre mille francs en frais de chiens, de lapins, de cabiais, de poisons et d'ustensiles.

Il est donc de toute évidence que M. Orfila rend à la science au moins autant qu'il en a reçu, et je crois faire une bonne mesure. Et voilà pourquoi l'acte qu'il vient d'accomplir est véritablement digne du respect, de la reconnaissance et de l'admiration qu'il inspire; car, il faut le dire, tels sont les sentimens qui se manifestent de toutes parts.

Le même jour, et quelques heures avant que M. Orfila fît connaître ses libéralités, M. le professeur Trousseau prenait possession, à l'Hôtel-Dieu, du grand amphithéâtre de clinique médicale. Il faut remonter jusqu'aux grands jours des leçons de Dupuytren, pour trouver une pareille affluence d'élèves et de médecins. M. Trousseau a été parfaitement et très sympathiquement accueilli. Je ne reviendrai pas sur la caractéristique que j'ai essayé de donner de l'enseignement de M. Trousseau en opposition avec l'enseignement que M. Chomel vient d'abandonner. Je dirai seulement que le nouveau professeur de clinique a justifié de tous points l'idée que j'avais cherché à présenter de sa manière, de ses tendances, de ses habitudes, de sa philosophie. J'aurais voulu voir, à cette leçon d'inauguration, un représentant bien zélé de l'école de Montpellier, un de ceux qui, malgré l'évidence qui crève les yeux, s'obstinent à reconnaître une *école de Paris* et à pourfendre cette chimère. Qu'aurait-il dit d'entendre cette profession de foi énergique contre l'anatomisme, l'organicisme et le localisme?..... Ne tombons pas dans un excès opposé, très cher et savant professeur ! Vous êtes une de ces intelligences d'élite qui doivent avec assurance enfourcher le cheval du progrès, s'y tenir ferme et droit, au lieu de ressembler à cet homme ivre dont parle Luther, qui retombe d'un côté quand on le relève de l'autre. Mais je ne veux pas que mon premier feuilleton de cette année renferme un soupçon de critique, et j'aime mieux dire que M. Trousseau s'est montré dans sa nouvelle chaire avec toutes les brillantes qualités de son esprit et de sa diction, avec cet entraînement de parole qui offre un si grand charme aux nombreux auditeurs dont le charmant professeur sait se faire suivre partout où il lui plaît de porter son enseignement.

Une petite révolution va s'accomplir dans le costume de nos académiciens. La chose était urgente. Figurez-vous que le frac académique, autrefois chanté par le *Phocéen*, avec ses broderies violettes, faisait le plus désobligeant contraste avec l'or et l'argent qui reluit aujourd'hui sur toutes les coutures officielles. On a été surtout frappé de ce contraste aux réceptions du 1er janvier, où ces pâles broderies, humbles comme la fleur dont elles ont pris la teinte, étaient littéralement écrasées par les costumes resplendissans de Messieurs d'Alfort. Les professeurs vétérinaires sont dorés comme des sénateurs ou des conseillers d'État. Ils étaient superbes le 1er janvier. Autre inconvénient : il paraît que par un étrange hasard, le costume de l'Académie de médecine est précisément celui qui a été adopté pour les inspecteurs des écoles primaires. Vous comprenez qu'une telle assimilation est fort désobligeante. Aussi les officiers de l'Académie se sont-ils mis en quête pour remédier à ce grave inconvénient. Heureusement qu'ils ont trouvé un ministre, homme d'esprit qui, profondément touché des plaintes de l'Académie, a héroïquement répondu : que l'Académie prenne la baguette d'or, je prends cela sous mon bonnet. La joie a été vive et la reconnaissance profonde, et ce sera merveille de voir nos académiciens enfin dorés.

A propos de costume, savez-vous que nous tous qui ne sommes rien, pas même académiciens, avons le droit d'en emporter un et des plus beaux, et des plus cossus, et bien autrement distingué et solennel que celui de Messieurs de l'Académie? En effet, et je suis bien aise de le remettre en mémoire, il existe un décret du 20 brumaire an XII (12 novembre 1803), qui n'a jamais été abrogé, qui a force de loi et qui permet aux simples docteurs de porter un costume. Voici l'art. 2 de ce décret :

« Les simples docteurs en médecine, lorsqu'ils seront invités à quelques cérémonies publiques et lorsqu'ils prêteront serment, feront ou affirmeront des rapports devant les tribunaux, pourront porter le costume qui suit :

» Robe noire d'étamine avec dos, devants de soie cramoisie, bordée d'hermine, habit noir à la française, cravate de batiste tombante, toque en soie cramoisie, avec un galon d'or. »

A la bonne heure ! Voilà un costume digne et grave et qui fait honte au claque, à l'habit étriqué et à cette innocente épée que certains académiciens portent cependant si bien.

Amédée LATOUR.

du procureur général de Caen, et mit M. Olliffe en possession du droit qui lui avait été contesté.

» En juin 1851, dans le désir de faire juger la question relative aux frais de dernière maladie et au *privilége du médecin sur le propriétaire*, l'Association invita l'un de ses membres le docteur Boullard, à poursuivre les héritiers de M.... et à faire décider que les médecins ont réellement privilége sur les propriétaires. Défendue par notre conseil judiciaire, M. Paillard de Villeneuve, l'Association obtint bientôt du tribunal de 1re instance un arrêt qui lui donna gain de cause.

» En présence de pareils services, je dirai qu'ils commandent la gratitude universelle et qu'ils sont un objet de satisfaction pour ceux qui les ont rendus.

» Permettez, Messieurs et chers collègues, à celui que vos suffrages unanimes ont constamment placé à la tête de cette belle institution, de vous donner aujourd'hui une preuve non équivoque de sa reconnaissance et du désir qui l'anime de voir l'Association prospérer; à cet effet, je dépose sur le bureau une inscription de 400 francs de rente trois pour cent, représentant une somme de 11,200 francs (84 fr. prix d'achat). Cette rente, transférée par moi à l'Association, devient désormais sa propriété.

» Si, contre les usages généralement reçus, je devance l'époque où l'on fait ces sortes de libéralités, ne voyez dans cette manière de procéder que le désir d'être plus tôt utile à nos confrères malheureux ou à leur familles. Peut-être aussi que cet exemple trouvera des imitateurs, et que nous verrons plusieurs de nos confrères, et même des personnes étrangères à notre profession, venir bientôt en aide à la veuve et à l'orphelin.

» En terminant, j'appellerai, Messieurs, votre attention sur une disposition insérée dans les deux lettres que je viens d'adresser à l'Académie de médecine et à l'École spéciale de pharmacie de Paris. Vous savez que les sommes affectées aux deux prix que je fonde seront versées dans la caisse de l'Association, toutes les fois que ces prix n'auront pas été décernés, après deux remises successives au concours des questions proposées. Lorsqu'on songe aux difficultés qu'il faudra surmonter pour résoudre plusieurs de ces questions, on est nécessairement porté à croire que la disposition dont il s'agit pourrait bien n'être pas stérile pour notre caisse.

» Agréez, Messieurs et chers collègues, l'assurance de ma considération distinguée et de mes sentimens affectueux.

» ORFILA. »

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — Service de M. le professeur DENONVILLIERS.

Sommaire. — Appréciation des divers moyens curatifs contre l'hydrocèle.

Nous avons à pratiquer aujourd'hui une opération d'hydrocèle de la tunique vaginale; je consacrerai spécialement cette séance à vous faire l'histoire de cette maladie.

Au n° 58 de la salle St-Augustin est couché un malade âgé de 60 ans; ce malade présente tous les attributs d'une bonne constitution; il n'a jamais fait de maladies graves. Il porte aux bourses, du côté gauche, une tumeur qui s'est développée depuis un an environ. Le malade nous a assuré que le testicule du côté gauche a toujours été plus volumineux que le droit; il y a de plus, chez lui, une hernie inguinale de chaque côté; cette hernie est simple, elle est habituellement maintenue par un bandage.

Ainsi que je vous le disais, la tumeur n'a commencé à prendre de l'accroissement qu'il y a un an; le malade s'est aperçu de cette augmentation de volume après un voyage qu'il entreprit vers cette époque. Il se manifesta un peu de douleur, et, depuis, la tumeur augmenta peu à peu et successivement de bas en haut, jusqu'au point d'atteindre le volume du poing.

Aujourd'hui cette tumeur présente les caractères suivans: elle a la forme d'un ovoïde, elle est plus grosse en bas qu'en haut; supérieurement, elle s'étend jusqu'à 3 centimètres de l'anneau inguinal. La peau qui la recouvre a conservé la couleur normale; la tumeur elle-même est rénitente et élastique; on y trouve facilement de la fluctuation; elle est légère, comparativement à son volume; et enfin, il est facile de constater qu'elle jouit d'une transparence parfaite.

Je viens de vous dire que la tumeur est élastique; cette élasticité n'est pas cependant la même partout; en arrière et en haut existe un point plus dur; et dans ce point, on développe par la pression une sensation tout à fait analogue à celle que produit un froissement ou une compression exercée sur le testicule. Les vaisseaux qui rampent dans la peau du scrotum sont légèrement dilatés; le cordon spermatique n'offre pas d'engorgement.

A tous ces caractères, vous reconnaissez, Messieurs, une hydrocèle par épanchement de la tunique vaginale, et une hydrocèle des plus simples.

Sous le nom d'*hydrocèle*, on désigne toute tumeur liquide des bourses; cette tumeur est constituée tantôt par une infiltration de liquide dans les mailles du tissu cellulaire, tantôt par une accumulation de liquide dans une poche bien circonscrite; de là deux espèces d'hydrocèle, l'hydrocèle par infiltration et l'hydrocèle par épanchement.

L'hydrocèle par épanchement siége, ou bien dans le cordon testiculaire, ou bien dans la tunique vaginale; nous n'avons à nous occuper que de ce dernier genre d'hydrocèle.

L'hydrocèle par épanchement de la tunique vaginale se présente, ou bien à l'état aigu, ou bien à l'état chronique. De ces deux formes, la forme aiguë est la plus rare; elle peut être divisée en plusieurs variétés. La plus commune est celle qui accompagne ou qui est symptomatique d'une orchite, c'est-à-dire d'une inflammation du testicule. Il est généralement admis aujourd'hui, et M. le professeur Velpeau a contribué beaucoup à la démonstration de ce fait, que, dans les orchites, la tuméfaction tient en grande partie à la sécrétion qui s'opère dans l'intérieur de la tunique vaginale. Une autre forme d'hydrocèle aiguë est l'hydrocèle traumatique; cette hydrocèle se développe à l'occasion d'un coup, d'une chute sur les bourses; mais il faut bien que vous sachiez que, dans ce cas, l'hydrocèle est presque toujours accompagnée d'un épanchement de sang dans la tunique vaginale; aussi y a-t-il alors une affection complexe que les pathologistes désignent sous le nom d'*hydrohématocèle*.

La plus curieuse de toutes les formes d'hydrocèle aiguë est celle qui survient à la suite d'un effort; il y a quinze jours ou trois semaines, j'ai montré aux élèves du service un malade qui était entré à l'hôpital pour un gonflement des bourses, qui ne reconnaissait pas d'autre cause.

Ces hydrocèles aiguës, à quelque forme qu'elles se rattachent, présentent quelques caractères communs que vous ne devez pas ignorer. La tumeur qui les constitue est moins volumineuse que dans l'hydrocèle chronique; elle n'est pas ovoïde, mais plutôt arrondie. La tumeur est douloureuse; elle est, en général, très dure; il est facile de se rendre compte de ce dernier fait dans l'hydrocèle aiguë; la tunique vaginale est soumise à une distension brusque par l'accumulation du liquide, elle ne peut se prêter à une distension progressive, comme cela arrive dans l'hydrocèle chronique, où le liquide s'accumule peu à peu. Les hydrocèles aiguës disparaissent rapidement au moyen du simple repos, de quelques bains et de topiques résolutifs.

Cette forme d'hydrocèle est beaucoup moins fréquente que celle dont il me reste maintenant à vous entretenir, c'est-à-dire que l'hydrocèle chronique.

L'hydrocèle chronique est quelquefois symptomatique d'une affection organique du testicule; je ne veux pas m'occuper ici de cette forme d'hydrocèle, l'épanchement de la tunique vaginale n'est, en quelque sorte, qu'un épiphénomène, la maladie principale est dans le testicule.

On a invoqué un grand nombre de causes pour se rendre compte de la formation de l'hydrocèle chronique; toutes ces causes sont problématiques. On a remarqué que la maladie se développait souvent chez des individus dont les bourses sont exposées à un froissement, c'est ainsi que l'hydrocèle se rencontre chez les cavaliers de profession. Chez notre malade il semble difficile de bien préciser la cause qui a donné lieu à la formation de l'hydrocèle; il nous parle bien d'une ancienne orchite blennorrhagique, mais est-ce véritablement là une circonstance qui suffit à l'explication du développement de la maladie? Un autre fait sur lequel la malade insiste, c'est l'existence du gonflement de la bourse gauche depuis longtemps; vous avez pu remarquer que le testicule du côté droit présente la même particularité; il y a du reste un grand nombre d'individus chez lesquels on remarque une pareille tuméfaction des bourses, cela est dû à la présence d'une petite quantité de sérosité dans la tunique vaginale, et je ne doute pas qu'une pareille circonstance ne doive être considérée comme prédisposant à l'hydrocèle.

En général, l'hydrocèle est une maladie facile à reconnaître, surtout quand elle se présente avec des caractères aussi simples que ceux qui existent chez notre malade; il y a des cas plus difficiles cependant. C'est ainsi que la tumeur, au lieu de s'arrêter à quelques centimètres de l'anneau inguinal, peut remonter jusqu'à l'anneau lui-même; cette variété d'hydrocèle doit se rencontrer particulièrement chez les individus dont le cordon spermatique est court. Dans d'autre cas, la tumeur remonte jusque dans l'intérieur du canal inguinal, elle est étranglée au niveau de l'anneau, elle prend alors la forme de tumeurs en *bissac*, si bien décrites par Dupuytren.

J'ai observé moi-même, il y a quelques années un cas d'hydrocèle tout-à-fait exceptionnel. Sur un malade affecté d'un éléphantiasis des Arabes, des membres inférieurs, il existait une double hydrocèle qui se prolongeait jusque dans l'intérieur de l'abdomen et qui du côté gauche remontait jusqu'à l'ombilic; ce malade a parfaitement guéri de cette double hydrocèle.

Chez notre malade, c'est la forme la plus commune d'hydrocèle qu'on observe, aussi le diagnostic ne présente-t-il aucun embarras.

Je vous ai dit, Messieurs, que chez lui la tumeur est légère, proportionnellement à son volume. Comment peut-on apprécier cette légèreté de la tumeur? C'est en plaçant le malade debout et en faisant reposer la tumeur dans la paume de la main. Le degré de résistance qu'offre la tumeur, quand on cherche à la soulever, indique approximativement son poids spécifique. Mais pour acquérir à cet égard des données qui n'induisent pas en erreur, il est nécessaire d'acquérir une certaine habitude.

La tumeur est fluctuante, vous ai-je fait remarquer. Pour apprécier l'existence de la fluctuation, il faut saisir la tumeur avec les deux mains, les quatre doigts placés en arrière, le pouce en avant, ces derniers exercent alternativement un mouvement de pression, et la fluctuation est ainsi perçue. Dans quelques circonstances rares, la tumeur que forme l'hydrocèle est divisée en plusieurs loges par des cloisons, et alors la fluctuation se transmet difficilement.

Le plus important des caractères qui appartiennent à l'hydrocèle, est la transparence; celle-ci est due à la présence dans l'intérieur de la tunique vaginale, d'un liquide incolore et au peu d'épaisseur des parois de la poche. Pour constater la transparence, il faut faire saillir la tumeur et tendre la peau sur elle, en l'embrassant avec les deux mains, on produit une obscurité aussi grande que possible autour de la partie qu'on soumet à l'examen, puis on place une lumière aussi près que possible de la tumeur, sur la paroi opposée à celle où le chirurgien dirige les yeux. Quelque facile que paraisse cet examen, au premier abord, il est nécessaire de s'y exercer; il faut ici, comme en toutes choses, un certain degré d'habitude pour ne pas se laisser induire en erreur.

Il y a des cas où la transparence et la fluctuation manquent; la fluctuation ne se fait pas sentir lorsque le liquide a été sécrété rapidement et que la tunique vaginale n'ayant pas eu le temps de se prêter par sa distension à l'accumulation du liquide, les parois de la poche sont fortement tendues.

Le défaut de transparence de la tumeur tient à ce que le liquide renfermé dans la tunique vaginale est plus ou moins coloré. Il suffit d'une petite quantité de sang pour que cette coloration ait lieu.

Il arrive parfois que la tumeur présente alternativement une transparence parfaite et un défaut de transparence. Pour se rendre compte de cette particularité, il faut savoir que, dans certaines hydrocèles, il se fait de temps en temps une exhalation de sang dans l'intérieur de la poche, le liquide devient alors trouble, puis, au bout de quelque temps, l'absorption enlève la matière colorante et la tumeur reprend sa transparence.

Il y a des cas où il n'existe ni transparence, ni fluctuation, cela arrive toutes les fois que les parois de la poche sont épaissies. Dans ces circonstances, le diagnostic peut présenter des difficultés, et l'on est obligé d'avoir recours à une ponction exploratrice pour acquérir une opinion bien nette sur la nature de la tumeur.

Peut-on confondre l'hydrocèle avec d'autres affections? Assurément il y a, sous ce rapport, à établir tout de suite le diagnostic différentiel entre l'hydrocèle et le cancer du testicule.

Le cancer du testicule est ou bien un cancer squirrheux, ou bien un cancer encéphaloïde; dans le premier cas, la maladie se complique d'hydrocèle; il y a alors hydro-sarcocèle qui peut être facilement confondu avec l'hydrocèle.

Bien qu'au premier abord, il paraisse plus difficile de confondre l'hydrocèle avec l'encéphaloïde du testicule, il faut que vous sachiez, Messieurs, que cette méprise a été faite plus d'une fois. Des chirurgiens distingués ont plongé un trois-quarts dans une tumeur encéphaloïde, croyant avoir à traiter une hydrocèle. Une telle erreur ne serait pas cependant très grave, car la lésion du testicule malade n'entraine pas les mêmes inconvéniens que la lésion du testicule sain. Une méprise qui serait fort préjudiciable au malade, est l'inverse de la précédente: c'est celle dans laquelle on prendrait une hydrocèle non transparente pour une tumeur encéphaloïde, et où l'on se déciderait à enlever la tumeur tout entière.

Je laisse pour aujourd'hui de côté le diagnostic différentiel de l'hydrocèle avec la hernie épiploïque réductible ou non, avec l'hydrocèle du cordon, etc. J'aurai probablement l'occasion de revenir plus tard sur ces faits; pour le moment, ils m'éloigneraient trop de mon sujet; j'ai hâte d'examiner avec vous le traitement qui est applicable à l'hydrocèle.

Il y a deux choses à considérer dans une hydrocèle: l'accumulation du liquide dans la tunique vaginale, et la disposition de la poche à sécréter ce liquide. Il y a donc aussi deux indications à remplir, évacuer le liquide et l'empêcher d'être reproduit. Si, de ces deux conditions, on ne tient compte que de la première, on fait un traitement palliatif. Ce dernier traitement ne doit être mis en usage que lorsqu'on a une hydrocèle volumineuse, ou que la santé générale du malade est notablement affaiblie. Dans le premier cas, on permet, au moyen d'une simple ponction, à la tumeur de revenir sur elle-même avant d'en entreprendre la cure radicale. C'est de cette façon que je me suis conduit chez le malade où l'hydrocèle remontait jusque dans l'intérieur de l'abdomen, et je n'ai eu qu'à m'en louer.

Pour obtenir une guérison définitive de l'hydrocèle, il faut prévenir l'accumulation d'une nouvelle quantité de liquide dans l'intérieur de la poche, et pour cela, il est nécessaire de déterminer dans la poche elle-même une inflammation que l'on a soin de maintenir à un certain degré. De cette manière, on obtient une adhésion des parois de la poche, et la cavité s'en efface complètement.

Un grand nombre de moyens ont été proposés pour arriver à ce but; c'est ainsi qu'on a conseillé de faire l'ablation d'une portion de la tunique vaginale; la simple incision des parois de la poche; un séton passé à travers ces parois; la cautérisation de la tumeur, soit avec le fer rouge, soit avec des caustiques, etc.

Je laisse de côté l'examen et l'appréciation de ces moyens, et je vous annonce tout de suite qu'une autre méthode de trai-

tement, qui leur est préférable, consiste dans l'injection d'un liquide dans l'intérieur de la tunique vaginale. C'est donc à cette dernière méthode que je m'en tiendrai.

On a fait cette injection avec de l'alcool, du vin, de l'eau chaude ; dans ces derniers temps, on a beaucoup préconisé la teinture d'iode; un grand nombre de chirurgiens emploient uniquement ce dernier liquide; d'autres sont restés fidèles au vin chaud.

Je ne veux pas, Messieurs, établir un parallèle entre l'injection et les autres méthodes de traitement; je désire seulement vous dire quelques mots sur la manière de pratiquer l'injection, et comparer les effets produits par le vin chaud avec ceux qui sont dus à la teinture d'iode.

Avant de pratiquer avec un trois-quarts la ponction de la tunique vaginale, assurez-vous de la situation exacte du testicule. Le plus souvent, le testicule est situé en haut et en arrière ; mais comme il y a quelques exceptions à cette règle, il faut les avoir présentes à l'esprit, sans quoi on serait exposé à enfoncer le trois-quarts dans le testicule. C'est en exerçant une pression sur les différens points de la tumeur, qu'on reconnaîtra la place occupée par le testicule, en raison de la sensation toute spéciale que réveille toute pression exercée sur l'organe prolifique.

La ponction une fois faite, de quel liquide faut-il se servir pour faire l'injection? Pendant longtemps on s'est servi avec succès du vin chaud. Ce mode de traitement fut plusieurs fois suivi d'accidens. Ainsi, dans quelques cas, au lieu de produire une inflammation adhésive des parois de la poche, on eut une véritable inflammation suppurative. Dans d'autres cas, il y eut, à la suite de l'opération, une mortification du tissu cellulaire du scrotum; parfois il s'est développé des abcès plus ou moins volumineux à l'intérieur et à l'extérieur de la poche; ce dernier accident résultait de l'infiltration du vin dans le tissu cellulaire des bourses. C'est pour prévenir ces suites très fâcheuses de l'injection de vin, qu'on a proposé de remplacer ce dernier liquide par la teinture d'iode, qui, dit-on, aurait encore l'avantage de produire une douleur moins vive que le vin.

Pour ma part, Messieurs, je n'ai pas été frappé des avantages qu'on a attribués à la teinture d'iode et des inconvéniens qu'on a reprochés au vin chaud. J'ai opéré, à l'Hôtel-Dieu, un grand nombre de malades atteints d'hydrocèle, les uns par l'iode, les autres par le vin. Contrairement à l'opinion généralement admise, j'ai observé des douleurs plus vives avec la teinture d'iode qu'avec le vin.

Je n'ai jamais eu à déplorer les accidens que l'on reproche à l'injection vineuse; sans aucun doute, l'injection iodée donne lieu à une inflammation moins vive quand elle passe en dehors de la tunique vaginale; mais cette action moins grande de l'iode constitue précisément un désavantage pour l'inflammation qui se développe dans la tunique vaginale, car cette inflammation étant beaucoup moins vive, la guérison de l'hydrocèle avec la teinture d'iode est plus lente qu'avec le vin chaud.

D'ailleurs, remarquez bien, Messieurs, que les accidens que l'on reproche à l'injection vineuse, ne tiennent pas au liquide lui-même, mais bien à la manière dont l'injection est faite. Sous ce point de vue, on peut comparer de la manière suivante l'action exercée par les deux liquides : l'iode, quand l'opération n'est pas bien faite, est moins dangereuse que le vin; le vin, quand l'opération est bien faite, guérit mieux que la teinture d'iode.

Ce qu'il importe que vous sachiez bien, ce sont les précautions à prendre lorsqu'on pratique une injection vineuse.

On recommande généralement d'injecter le liquide fortement, afin de le mettre en contact avec les différentes parties de la poche; c'est un mauvais précepte, car lorsque le liquide est poussé trop fortement, il peut s'infiltrer dans le tissu cellulaire du scrotum.

On recommande aussi de presser les tégumens sur la canule pour l'empêcher de sortir de la poche; c'est encore là un mauvais précepte, car c'est ainsi qu'on aura souvent à déplorer l'infiltration du vin dans le tissu cellulaire. Les véritables précautions à prendre, sont d'abord d'empêcher l'accès de l'air dans la poche, d'employer du vin à la température de 40 degrés centigrades environ, et de bien exprimer tout le liquide renfermé dans la tunique vaginale, au moment où l'on retire la canule.

Avec l'injection vineuse, la guérison s'obtient généralement en quinze à vingt jours. Avec l'injection iodée, il faut deux, trois et six mois; les guérisons n'ont pas la même solidité qu'avec l'injection vineuse; et j'ai vu un certain nombre de malades qui avaient été opérés par l'injection iodée, revenir à l'hôpital au bout d'un certain temps, et réclamer une nouvelle opération.

Vous le voyez donc, cette question est tranchée pour moi; je ne balance pas à donner à l'injection vineuse la préférence sur l'injection iodée.

BIBLIOTHÈQUE.

DOCUMENS ACADÉMIQUES ET SCIENTIFIQUES, PRATIQUES ET ADMINISTRATIFS SUR LE TANNATE DE QUININE DE M. BARRESWIL.

Les lecteurs de l'Union Médicale n'ont peut-être pas oublié un article que j'ai publié dans le numéro du 26 août de ce journal, pour rendre compte d'un ouvrage de M. Lambron, intitulé : *Études sur la fièvre intermittente dans le département de l'Indre.* J'y faisais remarquer combien les allocations du conseil général et du gouvernement, pour fournir du sulfate de quinine gratuitement aux habitans pauvres de la contrée de ce département, qu'on appelle *la Brenne*, étaient insuffisantes. Cette réflexion, ou plutôt ce cri de détresse, a été entendu par M. Frère, pharmacien de Paris, qui est devenu propriétaire du *tannate de quinine* de M. Barreswil. Ce tannate de quinine avait été essayé avec succès par M. le docteur Lambron, sur les fiévreux de la Brenne. M. Frère, d'après cela, a eu la pensée de mettre à la disposition du préfet de l'Indre, une grande quantité de ce médicament. Sa demande a été acceptée avec empressement et reconnaissance; mais on n'a pas cru devoir garder, sur cet acte généreux, le silence que demandait le donateur. On a voulu que les populations qui en recevraient le bienfait sussent vers qui leur gratitude devait se porter, et le *Moniteur de l'Indre*, dans son numéro du 5 novembre, s'est rendu l'interprète de ces sentimens au nom des populations de la Brenne :

« Par l'entremise de M. le docteur Lambron, auteur des *Études sur* » *la fièvre intermittente dans le département de l'Indre*, M. Frère, » pharmacien de Paris, justement honorable et estimé, a envoyé, à » M. le préfet de l'Indre, 150 boîtes de tannate de quinine, pour être » distribuées gratuitement à MM. les médecins, les curés et autres per- » sonnes charitables des communes de la Brenne. Ce fébrifuge puis- » sant est destiné à rendre de grands services.

» Chaque boîte contient 25 grammes de tannate de quinine; c'est donc » un total de 3,750 grammes, ou près de 4 kilogrammes de ce fébrifuge, » dont M. Frère a disposé généreusement en faveur de nos pauvres » fiévreux. On en compte annuellement 1,600 en Brenne, ce qui fait 2 » grammes pour chaque malade.

» La quantité totale de l'envoi représente une valeur moyenne de » 2,000 fr. environ.

» Nous manquerions à un devoir, en n'adressant pas à M. Frère les » plus chaleureux remercîmens pour cet acte de charité et d'humanité. » Notre malheureuse Brenne était loin de s'attendre à voir son triste » état d'insalubrité attirer l'attention d'un savant philanthrope, qui n'a » peut-être jamais mis le pied sur ces terres marécageuses. L'excellent » ouvrage du docteur Lambron lui a inspiré cette généreuse pensée.

» M. le docteur Lambron doit s'estimer heureux de ce bon résultat » qui répond dignement aux sacrifices que le conseil général a cru de- » voir s'imposer, en votant l'impression des *Études sur la fièvre inter-* » *mittente dans le département de l'Indre.*

» Alexis Doinet,

» Rédacteur en chef du *Moniteur de l'Indre.* »

Avant d'entrer en matière, que M. Frère me permette de joindre mes remercîmens à ceux de M. Doinet, rédacteur en chef du *Moniteur de l'Indre*, car son acte généreux s'adresse à mes malheureux compatriotes. Les documens dont il s'agit de rendre compte sont les suivans : 1° rapport fait à l'Académie impériale de médecine par MM. Orfila, Bussy et Bouvier, sur le tannate de quinine de M. Barreswil; 2° observations de médecine pratique sur l'action de ce médicament dans les maladies intermittentes, par le docteur Berthelot, de Paris; 3° rapport de M. le docteur Lefebvre, de Rochefort, sur ses propriétés fébrifuges; 4° rapport de M. Lambron, médecin des épidémies, sur son action thérapeutique; 5° observations dans le même but, par le docteur Hullin, de Mortagne, membre correspondant de l'Académie de médecine; 6° observations recueillies par M. le docteur Bouvier, à l'hôpital Beaujon; 7° recherches sur les proportions de quinine contenues dans les préparations de quinquina, par M. Garot, pharmacien, membre de la Société de pharmacie de Paris, et avantages que présente l'emploi des pastilles de tannate de quinine sur les vins et sirops de quinquina; 8° notice sur le meilleur mode d'administration du tannate de quinine; 9° enfin, lettre de M. le ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce à M. Barreswil, concernant la vente du tannate de quinine et de ses préparations.

De ces divers documens, nous allons extraire ce qu'il importe aux médecins de connaître au sujet du tannate de quinine.

Berzelius avait indiqué, dans son *Traité de chimie*, l'affinité du tannin du quinquina pour les alcalis végétaux; il pensait qu'une grande partie des alcalis végétaux du quinquina était combinée avec ce tannin. Selon lui, les bases salifiables constituaient bien le principe actif du quinquina; mais il admettait aussi que le tannin du quinquina contribuait à cette action. Il ajoutait qu'il était permis de supposer que le tannate quinique serait plus actif que le sulfate ou l'acétate de la même base.

Partant de cette donnée et de quelques autres travaux, M. Barreswil a étudié cette question et a présenté à l'Académie de médecine un tannate de quinine *préparé par lui*, pour qu'elle en ordonnât l'essai comme succédané du quinquina et du sulfate de quinine. Ce médicament se présente sous la forme d'une poudre amorphe, d'un blanc un peu jaunâtre, peu soluble dans l'eau, et conséquemment très légèrement amère. On l'administre, comme toutes les poudres insolubles, à l'état de pastilles, de pilules, ou simplement délayé dans du sirop, enveloppé dans la pulpe d'un fruit, dans un fragment de pain à chanter, ou bien encore mêlé avec du sucre et du café, comme cela se pratique pour le quinquina et le sulfate de quinine. Les malades, même les enfans, le prennent sans répugnance, et il a été constaté que ce sel n'exerce sur l'estomac et les intestins qu'une action très bénigne, qu'il ne provoque pas la diarrhée et ne produit aucun trouble dans l'économie. M. Lambron n'hésite pas à mettre, sous ce rapport, le tannate au-dessus du sulfate de quinine, dont l'action, sans être plus sûre, lui paraît beaucoup moins douce. Le tannate de quinine a été expérimenté comparativement avec le sulfate; les quantités employées dans chaque cas ont été celles que l'on aurait prescrites si l'on s'était servi du sulfate de quinine.

Généralement, pour couper une fièvre tierce ou quarte, il a fallu au plus 3 grammes; pour une fièvre quotidienne, 2 grammes donnés par doses de 25 centigrammes à 1 gramme. Comme tonique, la quantité prescrite a été de 20 centigrammes par jour. Dans certains cas, la fièvre a cédé à la première dose; dans les autres observations, elle n'a entièrement cessé qu'après un nombre d'accès qui a varié de deux à six, et qui a été en moyenne de trois. Le médicament a été constamment administré, pour les fièvres quotidiennes, après l'accès; pour les fièvres tierces, le jour de l'intermittence; pour les fièvres quartes, les deux jours de l'apirexie. Il a paru avantageux, pour consolider les guérisons, de continuer l'usage du tannate à doses décroissantes, même après que les accès avaient disparu.

Ces résultats, qui sont consignés dans le rapport de M. Bouvier, sont l'analyse des documens fournis par ce savant médecin lui-même, ainsi que par MM. les docteurs Berthelot, Lefebvre, Lambron et Hullin, praticiens également honorables et distingués, et ayant recueilli leurs observations dans des contrées où règnent les fièvres paludéennes. La diarrhée intermittente, elle-même, a été arrêtée par le même moyen.

Il est bon de faire remarquer que le tannate de quinine peut, en raison de son état amorphe pulvérulent, se prêter plus facilement aux falsifications que le sulfate, qui est toujours vendu cristallisé. Cette circonstance doit tenir en garde les médecins qui voudront employer ce nouveau produit pharmaceutique.

On se rappelle l'article reproduit dans l'Union Médicale du 7 septembre, d'après le *Journal de chimie médicale*, article dans lequel M. Garot, bien connu par ses travaux en chimie pharmaceutique, établissait que le vin et le sirop préparés avec le quinquina jaune (espèce qui fournit le plus de sulfate de quinine) ne contenaient qu'une très faible quantité d'alcaloïde, et que cette circonstance expliquait suffisamment le peu de succès obtenu en thérapeutique avec ces médicamens, qui, du reste, sont détestables au goût. Il importait donc d'y substituer une préparation agréable et dans laquelle les proportions toujours fixes du principe actif permissent au praticien de pouvoir compter sur un effet constant et certain. Le problème a été résolu pharmacologiquement et thérapeutiquement, par la préparation des *pastilles au tannate de quinine*, médicament précieux, d'une composition fixe, toujours identique, et dans l'administration duquel les médecins connaissent exactement la dose précise du principe actif pris par leurs malades.

En effet, les *pastilles de Barreswil* contiennent chacune *un centigramme de tannate de quinine.* En les prescrivant par 2, 3, 4 par jour et au-delà, on sait positivement qu'on a donné 2, 3, 4 centigrammes au plus de tannate de quinine, appréciation qu'on ne peut jamais faire avec les vins et les sirops de quinquina. Les propriétés toniques et corroborantes que l'on recherche dans les vins, les sirops et les décoctions ou infusions de quinquina, se trouvent à un degré certain dans les pastilles de Barreswil. Depuis que ce nouveau médicament est entré dans la pratique générale, les observations sur son action tonique puissante se multiplient.

Nous devons faire connaître que le ministre de l'intérieur, à la date du 27 avril, a pris un arrêté portant que les préparations de ce produit pourront être librement vendues par les pharmaciens sur la prescription des médecins, en attendant qu'elles soient insérées dans la prochaine édition du Codex.

Mais comme le tannate de quinine peut, en raison de son état amorphe et pulvérulent, se prêter plus facilement aux falsifications que le sulfate, qui est toujours vendu cristallisé, M. Barreswil a voulu tenir en garde les médecins qui voudront employer le nouveau produit pharmaceutique. Pour que les médecins et même les malades puissent le reconnaître facilement, M. Frère a adopté des poids, formes et enveloppes spéciaux, autorisés par M. Barreswil; il a mis son nom sur tous les paquets de tannate de quinine, sur les flacons de pilules et sur les boîtes de pastilles.

Il ne sera pas non plus inutile d'informer les médecins que toutes les préparations de tannate de quinine sont confectionnées dans le laboratoire de M. Frère, pharmacien, rue Jacob, 19; que les pastilles portent le nom de *Barreswil*, comme marque de fabrique; que le tannate de quinine et ses préparations son vendus en gros aux pharmaciens, sous la garantie légale de M. Frère, mais que le tannate de quinine en nature est préparé par M. Barreswil seul.

M. Vée, inspecteur général des hôpitaux, que le corps médical tient en grande considération, s'est chargé du dépôt de ces préparations pour Paris. Les prix indiqués par M. Frère, sur les divers produits du tannate, sont invariables.

Nous avons pensé qu'il était de l'essence de notre publication de faire connaître au corps médical, et surtout aux praticiens, tous les détails qui concernent un médicament destiné à jouer un rôle des plus importans dans le traitement des maladies. L'association, en effet, d'un principe tonique à la quinine, principe qui ajoute à ses effets, sans en diminuer l'énergie, et qui, de plus, en atténue les inconvéniens, est une de ces conquêtes utiles et humanitaires auxquelles on ne saurait assez donner protection et publicité.

Fauconneau-Dufresne,

Médecin des épidémies du départ. de la Seine.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 29 Décembre 1852. — Présidence de M. Guersant.

M. Vidal (de Cassis) qui a fait hommage à la Société, dans la dernière séance, de son *Traité des maladies vénériennes*, présente un court résumé analytique de cet ouvrage, conformément à l'invitation qui lui en avait été faite par le bureau.

M. Larrey lit un rapport sur les divers ouvrages et opuscules relatifs tant à l'art du dentiste qu'à différens points de chirurgie, dont M. Duval a fait hommage à la Société.

M. le rapporteur, après avoir fait ressortir le mérite de ces divers ouvrages, propose de nommer membre honoraire de la Société ce vénérable confrère, ancien membre et seul survivant de l'ancien Collége des chirurgiens, et de l'Académie royale de chirurgie, et l'un des membres fondateurs de l'Académie de médecine.

La nomination de M. Duval, membre honoraire de la Société de chirurgie, est votée par acclamation et aux applaudissemens de l'assemblée.

La Société procède au scrutin pour l'élection de M. Broca.

M. Broca ayant réuni la majorité des suffrages, est déclaré élu.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le mémoire de M. Lebert, relatif aux tumeurs fibro-plastiques.

La parole est à M. Marjolin.

Tumeurs fibro-plastiques.

M. Marjolin, après un court préambule dans lequel il exprime en quelques mots son opinion sur les services que l'observation microscopique a rendus et peut rendre encore à la chirurgie, s'exprime à peu près en ces termes :

Comme vous tous, Messieurs, j'ai écouté avec une attention soutenue le travail sérieux et plein de conviction que nous a lu notre honorable collègue M. Lebert. Comme vous peut-être j'aurais voulu partager les convictions de l'auteur, et dire : « Voici donc une affection dont on est maître. » A l'avenir, nous pouvons retrancher du groupe des cancers non seulement les ulcères rongeans du nez, des lèvres, de la face, en un mot, toutes les tumeurs épithéliales ou épidermiques, mais même les tumeurs qui, d'habitude, siégent dans les organes glandulaires, dans le tissu musculaire, dans le tissu osseux, dans les organes génitaux, en un mot, toute la série des tumeurs fibro-plastiques.

Malheureusement, malgré tout le talent avec lequel ces idées ont été présentées, et tous les argumens accumulés en leur faveur, je ne puis partager les opinions de notre savant collègue.

Non que je repousse le microscope ; loin de là, je crois que c'est un instrument d'un usage très précieux ; mais il faut en tirer des conséquences justes, et peut-être M. Lebert s'est-il laissé entraîner à tirer de ses recherches des conséquences qui ne sont pas entièrement d'accord avec les faits cliniques.

Tout d'abord, nous avons été étonné de voir rasssemblées en quelque sorte dans un même famille des affections dont l'origine et les suites sont si différentes. Que sous l'influence d'une inflammation, il survienne une hypertrophie du tissu fibro-plastique, rien de plus naturel ; mais que ce tissu ait la moindre analogie avec le tissu fibro-plastique spontané, c'est ce que l'on est en droit de contester.

En effet, il nous sera bien difficile de ne pas admettre qu'entre les engorgemens inflammatoires chroniques spontanés ou traumatiques, et susceptibles de résolution, il n'y ait pas une différence essentielle qui les sépare d'une autre nature d'engorgement réfractaire à tous les résolutifs, susceptible de récidiver après son extirpation et pouvant infecter toute l'économie ; il est évident qu'il y a là une différence capitale ; mais de ce que le microscope ne démontre pas de caractères différentiels entre les parties constituantes, cela ne suffit pas pour admettre presque leur identité.

Qu'une femme, à la suite d'une couche, ou d'une contusion du sein, ait une mammite qu'elle néglige, irez-vous l'assimiler à une tumeur du sein, qui peut récidiver après son extirpation ? Non certes. Irez-vous encore assimiler une de ces orchites chroniques, dont les exemples sont si fréquens, à une dégénérescence du testicule, qui peut entraîner la mort du malade malgré l'extirpation de l'organe? Encore une fois non. Il vous suffira de soumettre ces malades à un régime convenable ; le traitement, à la vérité, sera long, mais avec du soin et de la persévérance, vous arriverez à la résolution, tandis que dans l'affection qui nous occupe, la seule amélioration que vous obtiendrez ce sera d'isoler la partie dégénérée, de diminuer l'engorgement des tissus environnans, en un mot vous réduirez la maladie à sa plus simple expression, vous aurez rendu l'opération plus facile.

Vous me direz peut-être : mais, habituellement, les tumeurs fibro-plastiques du sein ou du testicule succèdent à des inflammations réitérées, à une cause traumatique, c'est possible. Comme généralement nous voulons tout expliquer, nous nous emparons de tout ce qui peut ressembler à une cause et nous en tirons quelquefois des conséquences peu justes. De ce qu'un individu lymphatique après une entorse, une chute, a une tumeur blanche du pied, on ne peut pas dire que les chutes, les entorses sont constamment l'origine des tumeurs blanches. Non ; il y avait une prédisposition innée ; sous la cause occasionnelle la plus légère, la maladie intérieure qui était cachée, s'est montrée ; c'est, pour me servir de l'expression de M. Lebert, le premier reflet d'une diathèse générale.

Nous n'admettrons donc pas qu'il puisse y avoir la moindre analogie entre l'hypertrophie purement inflammatoire et les tissus de formation spontanée qui, récidivant sur place après une opération, offrent tant de ressemblance avec cette affection désignée par M. Boyer et tant d'autres sous le nom de squirrhe, et qui ne me paraît autre, ou qu'une période d'état ou une variété du cancer. J'ai relu dans ces derniers temps avec beaucoup de soin, tout ce qui avait été écrit par cet illustre maître sur le squirrhe, et maintes fois j'ai été frappé des rapprochement qui existaient entre ce tissu et celui que notre honorable collègue a désigné sous le nom de tissu fibro-plastique.

Boyer n'avait pas employé le microscope, mais son expérience lui avait démontré que parmi les tumeurs désignées sous le nom de squirrhe ou de cancer, les unes s'accroissent très lentement, tandis que les autres font de rapides progrès. Parfois les douleurs sont nulles, tandis que d'autres fois elles sont incessantes, continues. Il avait aussi remarqué que dans les cancers du nez et de la lèvre la guérison était possible, mais il avait ajouté en terminant que, malgré les opérations les mieux faites, c'est-à-dire celle où l'on avait tranché jusque dans les tissus sains, il y avait eu non seulement des récidives locales mais de véritables diathèses cancéreuses qui avaient fait périr les malades. Ainsi donc il avait déja fait la part pour cette variété ou ce degré du cancer.

Mais déjà j'entends dire : nous ne pouvons admettre comme véritable cancer que les tissus dans lesquels le microscope nous démontre l'existence de la cellule cancéreuse. D'accord. Mais lorsque je dis : je crois au microscope, ce n'est pour moi qu'un instrument de précision ; il me montre ce qui est pour l'œil, il centuple la puissance de cet organe. Mais pour le praticien cela ne suffit pas. Du moment que vous avouez que le chancre induré, examiné au microscope, ne diffère pas du tissu que vous enlevez sur un trajet fistuleux ou sur une plaie en voie de cicatrisation, vous avouez votre faiblesse. Il y a une inconnue que vous n'avez pu saisir, une inconnue qui échappe à vos sens aidés de toutes les puissances de l'œil, et cette inconnue, c'est la nature même du mal. D'ailleurs qui vous dit que ce tissu ne se transformera pas ; pour les micrographes, le ganglion lymphatique engorgé n'est que du tissu fibro-plastique ; voyez-le plus tard, il est devenu tuberculeux, il s'est ramolli, a suppuré. Par combien de transformations n'a-t-il pas passé avant d'arriver à cette dernière période ?

Ce que notre honorable collègue a voulu établir avant tout, c'est qu'entre le tissu fibro-plastique et le cancer il existe une différence essentielle. Examinons par quels points ces deux tissus diffèrent. Est-ce par ces signes extérieurs. Non ; vous les connaissez tous, ils sont les mêmes. Est-ce par le siége de prédilection ou l'âge dans lequel se développe la maladie ? Mais ce sont les mêmes organes qui sont envahis dans la même proportion et c'est encore au même âge que ces deux affections apparaissent toutes deux, montrant la même irrégularité dans leur marche, toutes deux parfois indolentes en donnant lieu à des douleurs dont le caractère est névralgique. Les tumeurs fibro-plastiques sont-elles à l'abri des ulcérations, des hémorrhagies? Nullement. Agissant comme le cancer à l'égard des organes voisins, elle les déplace, les envahit, les déprime ou les détruit, puis enfin après avoir récidivé trois, quatre, cinq fois sur place, comme le cancer, elles vous tuent comme lui ; seulement le microscope vous démontre que la molécule intégrante n'a pas la même forme.

Il y avait un caractère important qui pouvait servir à établir la différence entre le tissu fibro-plastique et le cancer ; je veux parler de l'hérédité. Eh bien ! ce caractère qui va devenir un nouveau lien de famille entre les deux affections, Boyer nous en donne un exemple dans cette observation si curieuse d'une femme amputée de la cuisse pour un ostéo-sarcôme du fémur. Pour Boyer l'ostéo-sarcôme était de nature à récidiver. Outre l'énorme tumeur qui nécessita l'amputation de la cuisse, la malade portait des tumeurs indolentes à la partie supérieure de l'humérus gauche et à la partie supérieure du tibia droit. Elle fut amputée en 1810, et en 1828 elle jouissait encore d'une excellente santé.

Maintenant ce qui est tout aussi extraordinaire que la persistance de la guérison dans un cas semblable, c'est que le père, les frères, sœurs, neveux et enfans de cette femme portaient tous, depuis leur enfance, des tubercules osseux situés sur la face externe des côtes ou à la partie supérieure de la face interne du tibia.

De ce fait je conclus que, si c'était du cancer, une guérison de 18 ans doit avoir une certaine valeur en chirurgie et qu'il y a bien des tumeurs fibro-plastiques qui récidivent plus promptement.

Si maintenant d'après le progrès de l'anatomie pathologique nous devons ranger les ostéo-sarcômes dans les affections fibro-plastiques, il faudra bien convenir que l'affection est héréditaire comme l'affection cancéreuse. De là un nouveau caractère d'analogie.

Nous avons entendu signaler comme un des caractères particuliers aux tumeurs fibro-plastiques la marche lente et ,souvent, la conservation de la santé . Mais tout le monde sait qu'il y a des cancers bien reconnus, même au microscope , qui ont mis nombre d'années à marcher, qui sont restés stationnaires une fois arrivés à une certaine période, et qui n'ont influé en rien sur l'état général de la santé. Il suffit de visiter des établissemens d'incurables pour s'en convaincre, j'en dirait autant de la douleur.

Il y a un caractère auquel les partisans de cette nouvelle classification semblent attacher une grande importance, c'est que le plus habituellement la maladie ne récidive que sur place, et que lors même que les malades succombent on ne trouve qu'une tumeur unique.

Je me contenterai pour répondre à ce point de faire un appel à vos souvenirs. Vous n'avez certes vu que trop d'opérations de cancer. Où la récidive s'est-elle reproduite presque constamment sur place ? et j'ajouterai que l'infection ou la diathèse cancéreuse est tellement l'exception qu'elle ne compte pas pour un dixième dans le nombre des malades opérés ou non opérés de cancers.

Parlerez-vous du temps que met l'affection fibro-plastique à récidiver ? mais elle va aussi vite, peut-être même plus vite que le cancer. Rappelez-vous un peu les deux faits présentés par deux membres de cette Société : en quinze mois, trois récidives chez l'un ; chez l'autre, il y a eu quatre ou cinq opérations dans le même espace de temps.

Puisque notre honorable confrère s'était livré à des recherches statistiques, il aurait dû nous dire quelle était la proportion des tumeurs fibro-plastiques par rapport au cancer. Il doit y avoir une proportion intéressante et facile à connaître puisque la règle, pour les tumeurs fibro-plastiques, c'est la curabilité.

J'arrive maintenant à l'application du microscope comme moyen de diagnostic.

Pour connaître les caractères d'une tumeur , bien souvent on pratique une ponction exploratrice. Tantôt on amène du sang, de la sanie, quelquefois il ne sort rien qu'un peu de sérosité. Avons-nous là des élémens suffisans pour les micrographes. Non. Je ne parle pas des ulcérations, là il est toujours facile d'en obtenir une partie suffisante pour l'examiner. Je parle des tumeurs du sein, du sinus maxillaire, de celles où il serait bien important de connaître tous les élémens, car il en est qui, étant reconnues cancéreuses, seraient bien certainement abandonnées. Or, dans ces cas, je dis qu'une ponction exploratrice aidée du microscope ne sera pas plus profitable pour le diagnostic qu'elle ne l'était autrefois.

Les ponctions exploratrices faites dans le but de s'éclairer à l'aide du microscope, sont loin d'avoir une grande importance ; elles restent ce qu'elles étaient avant, bonnes pour juger si une tumeur est solide ou liquide, remplie de pus , de sang ou d'hydatides ; mais le peu de tissu qu'on ramène avec le trocart n'est pas un élément suffisant pour en tirer une conclusion décisive. Ce n'est donc que lorsque la tumeur est enlevée qu'on peut déterminer exactement sa nature, lorsqu'on l'a examinée en entier.

M. Marjolin rapporte à cette occasion, comme exemple, un cas dans lequel deux habiles micrographes ayant eu à examiner chacun une portion différente d'une même tumeur, l'un d'eux déclara que cette tumeur était cancéreuse , tandis que pour l'autre c'était une tumeur fibro-plastique.

Ainsi, même en admettant que le microscope soit un moyen infaillible dans la grande majorité des cas , continue M. Marjolin , il n'établit le point le plus essentiel, le diagnostic, qu'à posteriori.

Ce serait encore beaucoup si au moins il nous restait comme consolation, la certitude d'avoir délivré entièrement un malade d'une épouvantable maladie. Mais il n'en est rien, car à part la différence de forme moléculaire, vous avez vu que tous les caractères de la maladie sont essentiellement les mêmes, et je crois qu'en saine pratique il ne faut pas attacher une aussi grande importance à une simple différence de conformation moléculaire.

D'après ce qui précède, je me demande si on ne pourrait pas supposer que, dans quelques-unes de ces affections désignées sous le nom de tumeurs fibro-plastiques, il y a une période d'état caractérisée par un état moléculaire, très reconnaissable à l'aide du microscope, mais susceptible plus tard, par suite d'un travail dont nous ne connaissons pas encore les lois, de subir des transformations qui lui font perdre ces apparences physiques, son seul caractère.

La pathologie permettant, comme la botanique, de grouper ensemble certaines affections, et d'en faire, si je puis le dire, des familles naturelles, je n'aurais été nullement étonné d'entendre dire que, dans les affections cancéreuses, il y en avait de plusieurs genres, de plusieurs variétés, toutes distinguées par des caractères propres, faciles à saisir ; que de toutes ces variétés, la moins pernicieuse était celle qu'on désignait sous le nom de tissu fibro-plastique à cause de la prédominance de l'élément fibro-plastique pendant un certain temps, et de la rareté de la cellule cancéreuse. J'aurais accepté cette variété de cancer, comme je crois qu'il y a un cancer de la peau, nommé cancer épithélial. C'eût été une variété moins dangereuse de cancer ; comme dans les champignons vénéneux, il y en a dont les propriétés sont plus ou moins malfaisantes.

En résumé, quels sont donc les avantages du tissu fibro-plastique? Rien ne nous démontre qu'on n'en hérite pas ; il réside sur place comme le cancer, car vous m'accorderez bien que le plus habituellement le cancer bien reconnu ne récidive que sur place. Assez souvent il ne cause que des douleurs passagères, mais vous avez aussi des cancers indolens malgré leur volume, l'étendue de leur surface. Le tissu fibro-plastique se borne-t-il à un seul tissu ? Non. Comme je le disais tout à l'heure, il envahit, comme le cancer, tous nos tissus dans la même proportion et aux mêmes époques de la vie. Il s'ulcère, donne lieu à des hémorrhagies, et enfin, de l'aveu même des micrographes, il peut constituer une diathèse. Enfin est-il lui-même à l'abri de la dégénérescence cancéreuse? Nullement. Il y en a des exemples, et, comme dans tous les systèmes absolus, il faut toujours une réserve qui vous met à l'abri de tous les argumens, vous avez à la fin la série des tumeurs malignes, et, il faut l'avouer, elles sont tout aussi pernicieuses que le plus mauvais des cancers.

J'admettrais encore volontiers qu'avant que la cellule cancéreuse ne soit visible au microscope, il faut que la maladie passe par une série de transformations, qu'il est très important de connaître, car si le chirurgien est assez heureux pour opérer lorsque les tissus ne présentent encore que l'élément fibro-plastique, il a plus de chance pour prévenir l'infection générale et n'avoir de récidive que sur place et dans une époque d'autant plus éloignée, que la maladie aura été plus complètement enlevée.

Peut-être qu'envisagée de cette manière, la doctrine de notre savant collègue eût rencontré moins d'opposition, et elle eût présenté, pour le malade comme pour le chirurgien, un côté consolant, à savoir, que de tous les cancers, celui qui a la marche la plus lente, les suites les moins funestes, c'est celui où domine l'élément fibro-plastique.

Et en admettant même cette conclusion, il n'en restera pas moins, de l'aveu même des micrographes, que l'élément fibro-plastique est dans l'état pathologique un des élémens les plus dangereux qui puissent se développer dans notre économie.

(M. Lebert répond à M. Marjolin. Nous publierons ce discours dans un prochain numéro.)

RÉCLAMATION.

« *Monsieur* Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Mon cher ami,

Vous commettez une erreur bienveillante à mon sujet. Je ne prends pas, et ne pourrais pas prendre la rédaction de la *Gazette des hôpitaux*, dont le rédacteur en chef n'a pas changé depuis vingt-cinq ans, et reste le même ; seulement, je travaillerai à cette feuille plus régulièrement et plus activement que par le passé. *Cuique suum.*

Excusez-moi de parler latin, et croyez-moi bien dans toutes les langues,

Votre dévoué, Marchal (de Calvi).

7 janvier 1853.

Notre honoré confrère nous embarrasse ; nous ne voudrions ni le contredire, ni le contrarier ; bornons-nous à dire que si M. Marchal n'a pas le titre de rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux*, il en remplit les fonctions, ce dont sincèrement nous félicitons ce journal.

COURRIER.

Par décret de l'Empereur, du 31 décembre 1852, M. le docteur Conneau a été nommé premier médecin de S. M., et chef du service de santé de sa maison.

Médecins :

MM. Andral et Rayer, 8,000 fr. de traitement.

Chirurgiens :

MM. Jobert de Lamballe et H. Larrey, 8,000 fr. de traitement.

Médecins et chirurgiens consultans :

MM. Louis, Bouillaud, Bégin, Michel Lévy, Bérard, J. Cloquet, Velpeau et Gaultier de Claubry, 6,000 fr. de traitement.

Médecins et chirurgiens par quartier :

MM. Delarroque, Tenain, L. Corvisart, Boulu, Longet, Arnal, Vernois et Fleury, 6,000 fr. de traitement.

Le corps médical de Paris a fait hier une perte très regrettable en la personne de M. le docteur Fiard, qu'une mort subite et imprévue vient d'enlever à sa famille et à ses amis. Les estimables et nombreux travaux de M. Fiard, sur la vaccine, ont été récompensés par l'Académie des sciences et l'Académie de médecine. M. Fiard emporte une réputation de praticien éclairé, de médecin charitable, d'ami sûr et dévoué. Il laisse dans la désolation sa veuve et sa jeune fille, modèle de vertu, de bonté et de talent.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.— Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 4. SEPTIÈME ANNÉE. **Mardi 11 Janvier 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An.......... 32 Fr
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 10 JANVIER 1853.

COMMISSION INSTITUÉE POUR ORGANISER UNE MANIFESTATION DU CORPS MÉDICAL DE FRANCE EN FAVEUR DE M. ORFILA.

La commission, sous la présidence de M. le professeur Bérard, inspecteur général de l'enseignement supérieur, s'est réunie dimanche, à la Faculté de médecine et a décidé qu'une souscription serait immédiatement ouverte dans les bureaux de M. Amette, secrétaire-trésorier de la Faculté de médecine, et dans les bureaux de tous les journaux de médecine et de pharmacie.

Le produit de cette souscription est destiné à offrir à M. Orfila une médaille qui consacre et perpétue le souvenir de l'acte de haute libéralité que l'illustre professeur vient d'accomplir en faveur des études et de la profession médicales.

La souscription sera close le 15 mars prochain.

Souscription ouverte dans les bureaux de L'UNION MÉDICALE :

1re Liste : M. Amédée Latour, 20 fr.; M. Richelot, 20 fr.; M. le professeur Bérard, 40 fr.; M. Ségalas, 40 fr.; M. Alquié, directeur de l'Ecole de médecine militaire, 40 fr.; M. Ricord, 100 fr.; M. Jobert (de Lamballe), 20 fr.; M. A. Forget, 20 fr.; — Total de la 1re liste, 300 fr.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Service de M. le professeur REQUIN.

Sommaire. — Variole suivie de gastro-entérite opiniâtre et de tuberculisation rapide. — Zona accompagné de douleurs névralgiques très vives; guérison par la cautérisation transcurrente.

Le fait suivant, qui a été observé dans le service de M. le professeur Requin, présente un véritable intérêt à cause de la succession des affections qui ont fait périr la malade. Il s'agit d'une jeune fille qui a été atteinte de variole confluente au milieu de la plus parfaite santé. Dès le début de l'éruption, elle avait présenté des vomissemens fréquens et une diarrhée abondante qui n'avaient pas inquiété d'abord, mais qui persistèrent même après la guérison de sa variole, et pendant plus de deux mois, sans qu'on eût pu les modérer. Au bout de deux mois, lorsqu'on avait presque renoncé à les combattre, ces deux graves symptômes disparurent. Pendant ce temps, la malade fut atteinte à deux reprises d'un érysipèle qui a avorté presque aussitôt. On croyait la jeune fille à peu près hors de danger dès qu'elle commença à manger; mais tout d'un coup, une tuberculisation aiguë, préparée par les graves maladies qu'elle avait subies, par l'extrême faiblesse où elle était tombée depuis longtemps, fit explosion; les poumons se creusèrent de cavernes, et la malade fut emportée.

Outre cet enchaînement de maladies qui se suivirent sans interruption, ce fait offre un exemple curieux de gastro-entérite comme complication de la variole.

Voici l'observation, dont les détails nous ont été fournis par l'obligeante amitié de M. Duménil, interne du service :

OBSERVATION. — Au n° 21 de la salle Sainte-Martine, se trouve la nommée Brémond, jeune fille âgée de 15 ans, d'une constitution moyenne, entrée le 23 juillet 1852. Pendant les quatre jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, elle avait eu les prodrômes de la variole, et le jour de son entrée, elle présentait l'éruption spécifique parfaitement caractérisée. Elle n'avait pas été vaccinée et n'avait point eu d'autres maladies.

L'éruption devint promptement confluente, et mit les jours de la malade en danger. Dès les premiers jours de sa maladie, cette jeune fille fut prise de diarrhée et de vomissemens opiniâtres. Les selles étaient abondantes, liquides, et n'offraient rien de très particulier; les vomissemens étaient composés de matières porracées, verdâtres, bilieuses, et s'accompagnaient de vives douleurs à l'épigastre, douleurs s'exaspérant par la pression; la langue était très rouge sur ses bords et à sa pointe. Une circonstance digne d'être notée, c'est que les règles parurent pour la première fois au début de l'affection.

Les phénomènes généraux, fièvre, excitation cérébrale, qui faisaient craindre une issue funeste, s'amendèrent assez promptement, et vers le 10 du mois d'août, la malade entrait en convalescence. Le 14 août, elle avait encore des croûtes sur le visage, lorsqu'elle fut prise d'un érysipèle de la face, peu étendu, qui, d'ailleurs, ne dura que vingt-quatre heures, et reparut deux jours après, le 16. Cette nouvelle atteinte d'érysipèle ne fut pas plus grave que la première. Le 22 août, l'érysipèle avait complètement disparu.

Pendant ce temps, malgré la disparition de la variole, malgré l'avortement de ces deux érysipèles, la diarrhée et les vomissemens persistaient toujours et avec les mêmes caractères, sans qu'on pût les arrêter. La malade s'affaiblissait de jour en jour, et elle ne gardait qu'avec peine quelques cuillerées de bouillon, avec lesquelles on essayait de soutenir ses forces.

Dans les premiers jours de septembre, de nombreux abcès se forment successivement sur différens points de son corps. On les ouvre. L'amaigrissement fait des progrès très rapides.

Le 25 septembre, on ouvre encore deux abcès dans la région lombaire. La diarrhée a disparu, mais les vomissemens subsistent. La malade rend toujours des matières verdâtres; elle a toujours une douleur vive à la région épigastrique, et le pouls fréquent. Elle peut cependant supporter des fruits, du potage et du poulet.

Elle continue de vomir ainsi jusqu'au 4 octobre. Aucune médication n'a paru soit diminuer la fréquence des vomissemens, soit changer leur nature.

Elle est arrivée à ce moment à un état de maigreur et de faiblesse extrêmes.

Le 10 octobre, il n'y a plus ni vomissemens, ni diarrhée. Les selles présentent une consistance normale, mais elles sont complètement décolorées, d'un gris de cendre. Le pouls est fréquent, la langue sèche. Pas de sueurs; pas de chaleur à la peau. L'intelligence est intacte.

17 octobre. Le visage semble un peu moins émacié, mais les membres sont dans le même état. On essaie d'étendre les jambes de la malade. (Tout le temps de sa maladie, elle les a gardées fléchies.) On éprouve bientôt une résistance assez grande qu'on ne peut vaincre complètement. Pouls petit, à 110 pulsations.

20 octobre. Pouls petit, à 110 pulsations. On fait une nouvelle tentative d'extension des membres inférieurs. On ne parvient pas encore entièrement. Ni la diarrhée, ni les vomissemens n'ont reparu.

La malade était dans cet état, lorsque surviennent de la toux, de l'oppression, des sueurs nocturnes, tous les signes de la tuberculisation qui fut reconnue aussi par la percussion et par l'auscultation. Cette nouvelle affection suivit une marche rapide, et l'on vit la malade qui semblait ne plus pouvoir maigrir, s'amoindrir encore.

Le 25 décembre, matité considérable dans la moitié supérieure du poumon gauche, avec respiration soufflante, expiration prolongée et retentissement considérable de la voix. A droite, la sonorité est diminuée; mais surtout elle avait changé de timbre : elle était devenue légèrement tympanique, et lorsqu'on faisait ouvrir la bouche de la malade pendant la percussion, on produisait un bruit très distinct de pot fêlé.

Le 3 janvier 1853, la malade mourut. L'autopsie n'en put être faite.

Pendant le cours de la maladie, on a pu penser que la jeune fille dont nous venons de présenter l'observation était affectée d'un ramollissement de la muqueuse de l'estomac et d'une partie de l'intestin. On sait, en effet, que cette affection sévit plus ordinairement dans la jeunesse que dans l'âge adulte. De plus, cette persistance des vomissemens et de la diarrhée s'accordait bien avec cette idée. Mais la malade ne vomissait pas exactement tout ce qu'elle prenait. Elle avait eu, dès le commencement, une vive douleur épigastrique. Enfin, s'il avait pu rester quelques doutes, ils auraient été dissipés au moment où

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Exposition des doctrines hippocratiques. — Comment il existe dans les œuvres d'Hippocrate une étiologie, une pathogénie, une symptomatologie, une thérapeutique. — Etiologie d'Hippocrate, causes ou influences extérieures. — Hippocrate s'élève contre la croyance à l'intervention divine dans les maladies. — Étude des influences extérieures. — Des alimens. — Opinion d'Hippocrate sur la *diète* et les médecins qui la prescrivent aux malades. — Des airs, des eaux et des lieux. — Météorologie d'Hippocrate. — Importance qu'il attache aux études météorologiques. — De l'exposition des villes et de son influence sur l'état physiologique et sur les maladies des habitans. — De l'air et de son influence sur la production des maladies. — Des miasmes. — La doctrine moderne des miasmes dans le poëme de Lucrèce. — Anaximène et M. Dumas.

IV.

Exposition des doctrines hippocratiques.

Le but que je me propose, dit M. Andral en commençant cette exposition, n'est pas de rechercher, parmi les livres qui composent la collection dite hippocratique, quels sont ceux qui appartiennent réellement au père de la médecine, et quels sont, au contraire, ceux qui lui ont été faussement attribués. Ces recherches ont leur intérêt, sans doute, mais elles sont en dehors du plan, de l'esprit dans lequel ce cours a été conçu. Mon dessein est de suivre, dans cette collection d'ouvrages composés par divers auteurs, une filiation d'idées qui leur sont communes, un ensemble de principes philosophiques qui les inspirent dans leurs théories et les dirigent dans leur pratique; de retrouver enfin, au milieu des disparates qu'a dû nécessairement introduire, dans le corps de ces doctrines, la diversité des esprits qui s'en sont occupés, les traces visibles et l'empreinte saisissante du génie hippocratique.

Il y a, dans les œuvres d'Hippocrate, une *étiologie*, c'est-à-dire une exposition des causes extérieures et intérieures, à l'influence desquelles on rapporte l'origine des diverses maladies; il y a une *pathogénie*, c'est-à-dire une théorie complète touchant la cause prochaine, ou la nature intime de la maladie, ou, en d'autres termes, une explication théorique de la modification qui se passe dans l'organisme, entre le moment où agit la cause et celui où apparaissent ses premiers effets, les premiers symptômes de la maladie.

On trouve également dans Hippocrate une *symptomatologie*, c'est-à-dire une exposition plus ou moins complète des symptômes des diverses maladies, moins dans les rapports de ces symptômes avec le diagnostic, que dans leurs relations avec le pronostic, et les conséquences que l'on peut en tirer pour prévoir d'avance la gravité, la marche, la durée des maladies, et les phénomènes qui accompagnent leur terminaison, phénomènes qui, sous le nom de *crises*, jouent le plus grand rôle dans la médecine de l'école hippocratique.

On trouve enfin, dans les œuvres d'Hippocrate, une *thérapeutique* instituée d'après les idées théoriques qu'il s'était formées, touchant la cause et la nature des maladies.

Mais pour trouver, dans la collection hippocratique, cette étiologie, cette pathogénie, cette symptomatologie, cette thérapeutique, il faut les y chercher avec patience et persévérance. Nulle part, en effet, dans ces livres, il n'y a de traité dogmatique sur les causes, la nature, le traitement des maladies; les idées de l'école hippocratique sur ces différens points, sont éparses, disséminées çà et là dans les divers ouvrages de la collection; il faut chercher ces idées, les trouver, les coordonner ensemble pour en composer un tout qui représente véritablement l'ensemble des doctrines, le système, en un mot, de la fameuse école d'Hippocrate. C'est le résultat de ce travail difficile de coordination, fait par M. Andral, qui va être exposé dans les leçons suivantes, où seront successivement passées en revue l'étiologie, la pathogénie, la symptomatologie et la thérapeutique d'Hippocrate.

ÉTIOLOGIE. — L'étiologie comprend deux ordres de causes : 1° les causes extérieures; 2° les causes intérieures.

1° *Causes extérieures.* — L'homme ne vit qu'à la condition de subir l'influence continuelle, incessante, d'un certain nombre de modificateurs extérieurs, dont l'ensemble compose l'univers. Ces rapports de l'homme avec l'univers ont été étudiés, dans tous les temps, plus ou moins profondément, à divers points de vue, par les physiologistes, les médecins et les philosophes;

Par les physiologistes, qui voient dans ces rapports la condition indispensable à l'accomplissement des fonctions, et au jeu régulier de la machine humaine;

Par les médecins, qui reconnaissent dans la mesure suivant laquelle ont lieu ces rapports, la conservation de la santé ou la production des maladies;

Par les philosophes, enfin, qui ont observé l'influence que le monde extérieur exerce non seulement sur l'état physique de l'homme, mais encore sur son état intellectuel et moral, sur ses sentimens, ses penchans et ses passions; de telle sorte qu'à cette modification dans les rapports de l'homme avec l'univers, il est possible de rapporter les différences dans les institutions sociales, politiques et religieuses des peuples; grande et grave question, qui, discutée au XVIIIe siècle par le philosophe Montesquieu, l'a été bien avant lui, dès les premiers temps, par les anciens philosophes et par Hippocrate lui-même dans son *Traité des eaux, des airs et des lieux.*

L'un des grands progrès de la science moderne est d'avoir démontré, par la balance et les réactifs, la nature des phénomènes qui se passent dans cette action réciproque de l'univers sur l'homme et de l'homme sur l'univers, de telle sorte que l'homme reculant de plus en plus les limites de ses connaissances et avançant de jour en jour dans la science du monde, de Paracelse à Lavoisier et de Lavoisier jusqu'à nous, voit se justifier de plus en plus cette magnifique pensée de Pascal : « L'homme

la diarrhée et les vomissemens se sont arrêtés, car si l'on avait eu affaire à un ramollissement de la muqueuse du tube digestif, ces phénomènes n'auraient fait qu'augmenter jusqu'au moment de la mort. Cette diarrhée et ces vomissemens ne peuvent pas non plus être rapportés à ces troubles divers des organes de la digestion, troubles que M. Bourdon a exposés dans un mémoire récent comme précédant très souvent la tuberculisation. La marche de cette gastro-entérite montre qu'elle n'est que la suite de cette surexcitation de l'estomac et des intestins, qu'on voit souvent apparaître dans le cours de la variole, et qui s'arrête le plus ordinairement dès que l'éruption est terminée.

— Nous allons maintenant rapporter l'observation d'une malade atteinte de zona avec douleurs extrêmement vives, et guérie de ces douleurs par la cautérisation transcurrente. On sait que le zona est par lui-même une affection sans gravité, qui suit une marche très régulière, contre laquelle il suffit ordinairement d'employer des applications émollientes. Mais quelquefois l'éruption s'accompagne d'élancemens très douloureux, arrachant des cris aux malades, les privant de sommeil et persistant bien après que le zona a disparu. C'est là le cas de la malade dont nous parlons en ce moment.

Dans le mois de janvier, un zona s'était développé *sur la partie droite* du corps, chez cette malade, comme c'est la règle presque générale (MM. Cazenave et Schedel disent, en effet, que la moitié droite du corps est plus souvent affectée que la gauche, dans la proportion de 19 à 1; M. Rayer dit 37 à 16). En même temps, elle ressentit des douleurs dans les endroits occupés par le zona, mais ces douleurs subsistèrent après que le zona eut disparu. Le 29 avril 1852, elles étaient devenues si insupportables, que la malade entrait à l'hôpital.

La plupart du temps, le traitement dirigé contre ces élancemens consiste en des topiques émolliens, en des narcotiques et des stupéfians donnés à l'intérieur, quelquefois on pose un ou plusieurs vésicatoires pansés ou non avec de la morphine. Ce sont là, il faut le dire, des moyens auxquels résiste rarement la maladie; mais le plus souvent le soulagement se fait avec lenteur et quelquefois on ne l'obtient que par un traitement longtemps suivi.

Dans le cas qui nous occupe, M. Requin pensa qu'il fallait, avant tout, arracher le plus promptement possible la malade aux douleurs intolérables qu'elle endurait. C'est dans ce but qu'il pratiqua la cautérisation transcurrente et il obtint le succès le plus complet. Une seule cautérisation enleva les douleurs, et quinze jours après la malade sortait guérie. Elle n'était restée à l'hôpital que pour attendre la cicatrisation des plaies produites par les raies de feu.

Voici en quelques mots cette observation :

Au n° 18 de la salle Ste-Martine, est entrée la nommée X..., le 29 avril dernier. Cette femme avait eu, dans le mois de janvier, un zona développé sur la moitié droite du thorax. Partant de la colonne vertébrale, l'éruption occupait l'épaule droite, le creux axillaire, la région mammaire du même côté et se terminait au sternum. Elle était formée de larges plaques d'un rouge vif, d'où s'élevaient de grosses vésicules rassemblées par groupes. La malade éprouvait en même temps dans les parties occupées par l'éruption; de vives douleurs, qu'elle compare à une sensation de brûlure. L'éruption et les croûtes qui lui succédèrent avaient disparu complètement au bout de six semaines; mais les douleurs persistèrent, et ce sont elles qui amenèrent la malade à l'Hôtel-Dieu.

Ces douleurs étaient continues, mais avec des exacerbations fréquentes, pendant lesquelles la malade ressentait des élancemens insupportables. Elles variaient de siége et se portaient successivement sur tous les points qui avaient été envahis par le zona. Jamais elles ne sortaient des limites où cette affection avait été circonscrite. Souvent la malade était éveillée la nuit par ces douleurs. Elle perdait l'appétit, maigrissait sensiblement et ne pouvait se livrer à aucune occupation suivie. La pression, même légère, éveillait des douleurs excessives sur le sein; dans le creux axillaire et dans l'épaule au-dessous de l'épine de l'omoplate. On trouvait encore dans le creux de l'aisselle des taches brunâtres, dernières traces de l'éruption.

Cette femme avait été consulter un médecin : il lui avait prescrit des frictions laudanisées, moyen qui avait complètement échoué. Le lendemain de son entrée, M. Requin pratique immédiatement au-dessous de l'aisselle et du sein, dans les points les plus douloureux, quatre à cinq raies de feu, en suivant la direction des côtes. La cautérisation fut tout à fait superficielle.

Pendant trois jours, la malade n'accuse d'autres douleurs que celles qui sont produites par les plaies résultant de la cautérisation; douleurs qu'elle distingue parfaitement de celles qu'elle éprouvait auparavant.

Le quatrième jour, elle éprouve quelques élancemens, qui lui font craindre le retour de ses souffrances; mais ces élancemens ne se reproduisent que trois fois dans la journée et sont très passagères.

Le cinquième jour, elle ne ressent aucune douleur.

Le sixième jour, elle a deux accès, durant cinq minutes environ chacun. Ces accès sont caractérisés par des élancemens assez violens.

12 mai. Les douleurs névralgiques ne se sont pas reproduites; les plaies résultant de la cautérisation sont en grande partie cicatrisées. Le sein est un peu douloureux au toucher.

Quelques jours après, la malade sort entièrement guérie.

A. V.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

MODIFICATIONS A L'OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE.

Monsieur et honoré confrère,

Vous savez que l'opération du bec-de-lièvre par le procédé ordinaire ne corrige qu'imparfaitement la difformité, une échancrure subsiste toujours sur le bord de la lèvre, malgré toutes les précautions conseillées par les auteurs, aussi les chirurgiens modernes, dans le but d'obvier à cet inconvénient, se sont-ils efforcés d'apporter à cette manière d'opérer des modifications plus ou moins importantes, plus ou moins ingénieuses, mais à mon avis beaucoup trop compliquées et non exemptes de reproches.

Vous connaissez la modification apportée par M. le professeur Malgaigne; cette modification, si ingénieuse qu'elle soit, est, comme l'a si bien fait observer M. Coste, seulement applicable au bec-de-lièvre double, mais ne saurait convenir au bec-de-lièvre simple, qui est constamment latéral, car en admettant qu'elle remédie efficacement à l'encochure, elle produit aussi une légère saillie qui, fort utile dans le bec-de-lièvre double où elle simulerait jusqu'à un certain point le tubercule normal de la lèvre, constituerait sur le côté de la ligne médiane une irrégularité choquante.

M. Coste, de Marseille, a publié de son côté un nouveau procédé qui remédie efficacement à la difformité, mais qui a, selon moi, l'inconvénient de rendre l'opération plus difficile, plus minutieuse et surtout beaucoup plus longue et de laisser en outre une cicatrice irrégulière.

Dans le but de simplifier l'opération et d'obvier aux inconvéniens que je viens de signaler, j'ai employé le procédé suivant qui m'a parfaitement réussi.

Je suppose que la bifidité congéniale réponde à la narine gauche comme cela s'est présenté chez mon opéré, le frein de la lèvre préalablement incisé, je fais avec des ciseaux, sur le bord gauche de la division, une section arrondie de manière à former un demi-cercle dont la convexité regarderait à droite, puis je coupe d'un seul trait le reste du bord de la division, j'obtiens une incision arrondie d'abord et droite ensuite qui figure le trait suivant : ⌒ ; sur le bord droit de la division, je fais une section tout opposée en creusant une concavité de la même dimension que la convexité gauche dans laquelle cette dernière devra venir se loger : les lèvres de la solution de continuité sont ensuite rapprochées, la convexité gauche est enchâssée dans la concavité droite, une première aiguille est posée le plus près possible de la lèvre afin de mettre en contact l'espèce de petit lambeau de la division de droite, deux autres aiguilles affrontent enfin le reste de la plaie.

Comme vous le voyez, mon procédé est aussi simple que possible, point de mortaises, point de lambeaux, il n'est pas nécessaire de changer d'instrument dans le cours de l'opération; les aiguilles suffisent seules pour affronter la plaie sans le secours des serres-fines. Le premier temps de l'opération est aussi expéditif que par le procédé ordinaire, puisque c'est un simple avivement des parties, au lieu d'être droit et arrondi vers la partie inférieure de la lèvre.

Telle est, Monsieur et honoré confrère, la description succinte du nouveau procédé opératoire que je propose pour le bec-de-lièvre simple, que j'ai employé deux fois avec succès.

Agréez, etc. D[r] BENOIST.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 29 Décembre 1852. — Présidence de M. GUERSANT.

M. LEBERT répond à M. Marjolin. (L'étendue considérable du discours de M. Lebert ne nous permet pas de le reproduire textuellement. Nous prions instamment M. Lebert de vouloir bien en faire lui-même une analyse concentrée, analyse que nous n'osons pas entreprendre par crainte de ne pas rendre avec toute l'exactitude possible les idées de notre savant confrère. — *Note du rédacteur en chef.*)

M. DÉCÈS, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, a la parole pour une communication sur un nouveau traitement des adhérences et des brides cicatricielles.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Séance du 5 Janvier 1853.

Suite de la discussion sur les tumeurs fibro-plastiques.

La parole est à M. Forget.

M. FORGET s'exprime en ces termes :

Messieurs,

En prenant la parole dans cette discussion, je n'ai d'autre prétention que d'apporter, à l'examen de la question soulevée par l'honorable M. Lebert les réflexions que m'a suggérées la lecture de son travail.

J'ai voulu, disait-il, dans la dernière séance, donner lieu à ce débat; j'ai posé la question, dans le but de la faire examiner par la Société de chirurgie. D'après cela, c'est une sorte de devoir pour nous de répondre chacun, dans la mesure de ses forces et de son savoir, à l'appel de notre collègue.

Peut-être me rencontrerai-je sur le terrain de la discussion avec M. Marjolin. Gardez-vous de croire, pour cela, que j'aie eu l'intention de recommencer l'excellent discours dont il vous a donné lecture il y a huit jours. Cette rencontre s'expliquera par une communauté de vues et d'opinions sur beaucoup de points du sujet en litige, opinions que j'avais d'ailleurs soutenues et développées longtemps avant que la discussion actuelle fût engagée, comme le prouve un article publié au mois de février 1852, dans l'UNION MÉDICALE, et qui a pour titre : *Quelques re-*

---

n'est qu'un point dans l'univers, mais l'univers ne comprend pas l'homme, tandis que l'homme comprend l'univers. »

Ainsi, dès l'origine de la science, on a cherché à étudier l'influence des agens extérieurs sur la production des maladies. Mais au point de départ de la médecine, il n'y a que des croyances et des préjugés en vertu desquels les peuples rapportent l'origine des maladies à la colère des dieux, croyances et préjugés qui se retrouvent au siècle même de Périclès, si grand et si célèbre cependant par sa civilisation. Hippocrate est continuellement en lutte avec ce préjugé profondément enraciné dans l'esprit des peuples. C'est à lui qu'appartient la gloire d'avoir substitué à la croyance ridicule de l'intervention divine dans la production des maladies, l'idée philosophique de l'influence des causes extérieures que l'observation et l'expérience permettent de découvrir. C'est donc à tort que l'on a voulu voir dans le το θειον ou *quid divinum* des livres livres hippocratiques la preuve que ce grand médecin partageait l'erreur populaire touchant l'origine des maladies.

Que de siècles se sont passés avant que les médecins fissent eux-mêmes l'application de ce principe aux maladies dont la cause est parfaitement connue aujourd'hui des hommes les plus ignorans et les plus grossiers! Combien de temps n'a-t-il point fallu, par exemple, pour que la notion, aujourd'hui vulgaire, de l'influence des marais sur la production des fièvres intermittentes fût introduite dans la science? Cette notion cependant n'avait point échappé au génie d'Empédocle, qui eut le bonheur de délivrer deux villes, Agrigente et Sélinum de deux épidémies meurtrières qui les ravageaient; il délivra Agrigente en interceptant toute communication entre la ville et un marais voisin; et Sélinum, en entraînant à l'aide de grands courans d'eau un foyer paludéen placé au centre de la ville. La reconnaissance superstitieuse des habitans refusa de voir dans le philosophe un simple mortel. Ils lui bâtirent des temples, lui élevèrent des autels et lui offrirent des sacrifices, et, chose bizarre, Empédocle finit par croire lui-même à sa divinité.

Hippocrate n'a certainement pas inventé l'étiologie, mais il a eu la gloire d'ajouter les fruits de sa vaste expérience aux faits observés avant lui, et surtout d'avoir transformé ces faits en principes scientifiques dont le traité des *eaux*, des *airs* et des lieux, est l'expression la plus fidèle et la plus complète.

Hippocrate distingue deux ordres de causes des maladies : 1° les *influences extérieures*, telles que celles qui résultent de l'action de l'air, des vents, du sol, des climats, des alimens et des boissons; 2° les *influences intérieures*, qui résultent de l'action des organes et du jeu même des fonctions. Admirable et irréprochable division conservée encore de nos jours.

1° Relativement aux *influences extérieures*, on trouve des détails dans les ouvrages suivans de la collection hippocratique :

1° Traité *des eaux, des airs et des lieux*, ébauche bien imparfaite sous le rapport des détails, monument impérissable sous le rapport du plan, de l'ensemble et de l'esprit éminemment philosophique dans lequel il est conçu; 2° traité *de l'ancienne médecine;* 3° traité *du régime dans les maladies aiguës;* 4° traité *du régime en général;* 5° traité *des épidémies;* 6° livre *des aphorismes.*

Le traité de *l'ancienne médecine* renferme, sur l'influence des *alimens*, le germe de quelques idées largement développées depuis.

Les alimens, dit Hippocrate dans cet ouvrage, peuvent nuire de deux manières différentes : 1° par leur qualité; 2° par leur quantité trop forte ou trop faible. Il entre dans de longs détails sur les mauvais effets de l'alimentation insuffisante, à laquelle il attribue, d'une part, l'origine d'un certain nombre de maladies, et d'autre part les modifications éprouvées par d'autres maladies dans leur physionomie, leurs symptômes, leur marche et leur durée.

« Si la pléthore occasionne des maladies, dit Hippocrate, le défaut de réparation en produit de plus nombreuses encore et de plus funestes. »

Dans le traité *du régime dans les maladies aiguës*, Hippocrate parle de la mauvaise influence qu'exerce sur la santé le dérangement du régime habituel. Il insiste beaucoup, comme il l'a fait déjà dans l'ouvrage précédent, sur le danger d'une abstinence absolue et trop prolongée dans le cours des maladies aiguës. Il blâme vivement les médecins qui soumettent leurs malades à une diète trop rigoureuse et ne savent pas la faire cesser à propos. « Il est honteux, dit-il, pour un médecin, de ne pas savoir reconnaître les accidens qui résultent d'un défaut de réparation. » Puis il trace un tableau fidèle et parfait de ces accidens. Il signale une grande anxiété nerveuse, l'insomnie, le délire qui résulte, dans ce cas, d'une excitation trop faible du cerveau par un sang appauvri, et que l'on guérit, comme par enchantement, en donnant des alimens au malade; il signale encore les troubles de la vue, les tintemens d'oreille et autres bruits, les vertiges, enfin tout un cortége de symptômes que l'on prendrait volontiers pour des symptômes de pléthore cérébrale, tandis qu'ils résultent d'un défaut de sang. Parmi ces accidens, Hippocrate signale encore une grande angoisse de la respiration; observation profondément juste. On voit en effet les malades, exténués par une diète trop rigoureuse, faire des efforts considérables d'inspiration; comme s'ils voulaient attirer dans leur poitrine la plus grande quantité possible d'air atmosphérique, ce *pabulum vitæ*, comme disaient les anciens.

« Lorsqu'une maladie aiguë, dit Hippocrate, est parvenue à sa période de décroissance, la persistance d'une diète absolue l'empêche d'arriver à la résolution vers laquelle tend la nature, et la transforme en une maladie chronique dont le terme est indéfiniment éloigné. »

Il n'y a rien à ajouter, rien à retrancher à cette description, dans laquelle Hippocrate lègue à tous les médecins un grand précepte de médecine pratique.

A propos de la faiblesse qui résulte du défaut de réparation, Hippocrate distingue plusieurs sortes de faiblesse :

1° Celle qui dépend de la vacuité des vaisseaux et a sa source dans un défaut d'alimentation.

2° Celle qui dépend d'un excès d'excitation qui, momentanément, affaiblit et abat les forces. Ne croirait-on pas entendre parler Broussais?

3° Celle qui résulte d'une douleur vive et prolongée.

4° Celle qui a son principe dans l'acuité même de la maladie. Hippocrate va plus loin et dit que certaines formes de maladies aiguës s'accompagnent d'une faiblesse plus grande que certaines autres formes. Comparez à ce point de vue la fièvre typhoïde et la pneumonie, et admirez dans Hippocrate un prodigieux talent d'observation.

5° Enfin, dit Hippocrate, la faiblesse, dans les maladies aiguës, diffère suivant le tempérament et la constitution des malades, circonstance importante pour le médecin, car elle est la source d'indications relatives au traitement des maladies chez les divers individus. Encore une remarque profondément vraie et essentiellement pratique.

« L'ignorance ou la connaissance de ces choses, ajoute Hippocrate en terminant, entraîne la mort ou le salut des malades. »

Dans le *Traité du régime des gens en santé*, Hippocrate étudie les diverses qualités des alimens qui peuvent devenir causes de maladies. Il établit que l'alimentation doit varier suivant les diverses circonstances où l'homme se trouve placé, suivant les saisons, les âges, les sexes et le genre de vie. La même alimentation entretient la santé ou produit la maladie, suivant que le système musculaire est exercé de telle ou telle manière :

1° Si l'alimentation est trop abondante relativement à l'exercice, il en résulte des accidens *généraux* de pléthore, et des accidens *locaux* qui consistent dans l'altération des fonctions digestives, perte d'appétit et mauvaises digestions.

2° Si l'alimentation est trop faible relativement à l'exercice, accidens *généraux* de vacuité, accidens *locaux* ayant également l'estomac pour

marques sur le diagnostic chirurgical des tumeurs.

Cela dit, j'entre en matière, sollicitant toutefois votre indulgence pour les imperfections presque inévitables dans un travail improvisé au courant de la plume.

Dans le mémoire de M. Lebert, un premier fait m'a vivement frappé : c'est l'existence de plusieurs tissus fibro-plastiques, tissus qui, s'il faut en croire le microscope, seraient identiques au point de vue anatomique, quoique si essentiellement différens sous celui de la physiologie pathologique.

— C'est d'un côté le tissu fibro-plastique, d'origine inflammatoire, tissu qui a son point de départ dans un acte éminemment conservateur, acte naturel, que l'on voit se reproduire avec une régularité et une constance parfaites, toutes les fois qu'un agent traumatique quelconque a lésé le solide vivant; qu'il lui ait fait subir une simple division, ou qu'il lui ait fait éprouver une perte de substance plus ou moins étendue. C'est le tissu cicatriciel qui commence à l'effusion de la lymphe plastique en dehors des vaisseaux divisés, subit un travail lent, mais régulier d'organisation cellulo-fibreuse; et finit par constituer, lorsqu'il a acquis un plus parfait développement, ce que Delpech appela le tissu inodulaire. C'est le même tissu que nous retrouvons partout où un travail phlegmasique a longtemps subsisté; ainsi au pourtour des trajets fistuleux, des anciens foyers de sécrétion purulente, dans les parties molles qui avoisinent un corps étranger qui y a été accidentellement introduit.

C'est encore sous l'influence d'un excès de mouvement nutritif ou vital, que le même tissu va constituer les augmentations partielles ou générales de volume des organes, c'est-à-dire les hypertrophies avec tous leurs degrés de forme, d'aspect, de coloration, de consistance et d'ancienneté. C'est aussi le tissu qui, dans un autre ordre de faits morbides, forme le plateau d'induration sous l'ulcère du chancre primitif, comme il constituera plus tard l'induration et l'augmentation de volume dans le testicule vénérien.

En regard de ce tissu, qui cicatriciel, a un but de protection et de réparation pour nos organes; qui hypertrophique, constitue un état pathologique presque toujours curable, lorsqu'on le soumet à une sage médication; il existerait un troisième tissu fibro-plastique, dit autogène ou essentiel, tissu qui ne cède pas à l'action médicatrice, qui s'accroît incessamment; qui comprime, déplace les organes au sein desquels il se développe, enflamme, ulcère les tégumens, déforme les os, les brise, les perfore, s'introduit des surfaces extérieures jusque dans les cavités splanchniques, y comprime les viscères que celles-ci renferment et finit presque toujours par attenter à la vie de l'individu.

Tissu fibro-plastique antogène qui, enlevé par l'instrument tranchant, se reproduit une fois, deux fois, trois fois et même plus; tissu vivace, à ce point qu'il force le chirurgien, par sa persistance à reparaître, à emporter un membre entier; tissu enfin qui se généralise, se multiplie, et qui va constituer dans quelques cas une véritable diathèse.

A coup sûr, en présence des aptitudes, des tendances, des propriétés qui viennent d'être rappelées, on peut, sans faire injure à la clairvoyance du microscope, se demander s'il a bien vu, bien tout vu, dans l'analyse qu'il a faite de ces trois tissus.

On peut se demander s'il est bien vrai qu'il puisse se produire au sein de l'économie des tissus si physiologiquement dissemblables avec des caractères d'organisation parfaitement identiques.

Il y a dans ce rapprochement nosographique, dans cette identité anatomique, quelque chose qui choque le sens droit du praticien, et qui, pour ma part, me semble exiger un examen ultérieur, et des lumières nouvelles.

Je crains qu'en s'en tenant trop aux formes extérieures, aux apparences qui souvent sont trompeuses, je crains bien que l'on se soit montré trop micrographe, et pas assez clinicien.

Micrographe, vous voulez retenir dans le même cadre deux tissus qui vous ont paru offrir la même configuration.

Clinicien, vous n'hésiterez pas à les séparer, à trouver dans leurs évolutions naturelles des dissemblances radicales, des oppositions formelles, et vous reconnaîtrez avec nous que le tissu autogène fibro-plastique se rapproche bien plus du cancer, dont nous le considérons comme une variété, que du tissu de cicatrice auquel vous l'assimilez.

Mais, nous dit-on, vous ne pouvez appeler cancer le tissu fibro-plastique, parce qu'il n'est pas susceptible de dégénérescence cancéreuse, et que l'on n'y trouve pas la cellule caractéristique du cancer. Pour nous qui n'admettons pas l'unicité de forme du cancer, il n'est pas nécessaire que nous y trouvions cette fameuse cellule *sine quâ non.*

Au surplus, raisonnant dans votre hypothèse, nous vous demanderons si vous êtes bien certain que jamais cette cellule ne s'est développée dans le tissu fibro-plastique; si jamais vous n'y avez vu quelque chose qui lui rèssemblât à tel point de vous faire douter.

Pour éclairer ce côté capital de la question, je pourrais bien aussi rappeler ce qui s'est passé entre deux habiles investigateurs, dont l'un a trouvé du tissu fibro-plastique, et rien que du tissu fibro-plastique, dans une tumeur où l'autre a trouvé du cancer. M. Lebert me répondrait sans doute, comme à M. Marjolin, qu'il y a en micrographie comme en chirurgie des praticiens à tous les degrés. Mais, de mon côté, je lui ferai observer que son antagoniste n'est pas un nouveau venu en micrographie, que c'est un observateur qui a fait ses preuves, et peut-être l'un des plus anciens parmi nous. Aussi, je crois qu'il n'y a nullement contradiction entre MM. Mandl et Lebert. Je crois que tous deux ont bien vu ce qu'ils ont vu; et qu'il y avait du *tissu cancéreux* et du *tissu fibro-plastique* dans la tumeur dont il est question. C'est pourquoi, lorsque notre secrétaire demandait dans la dernière séance si le tissu fibro-plastique pouvait dégénérer en cancer, j'ai été fort surpris d'entendre M. Lebert résoudre la question en portant le défi de montrer qu'une telle dégénérescence fût possible, et je crois que vous partagerez mon étonnement si je parviens à établir, sur la foi d'une autorité que les micrographes, à coup sûr, ne récuseront pas, la possibilité de cette transformation. Je dis que les micrographes ne récuseront pas l'autorité que je vais faire intervenir, car c'est à l'un des plus habiles d'entre eux que je donnerai la parole.

Dans la séance de la Société, du 13 novembre 1850, une tumeur provenant de l'os maxillaire inférieur est soumise à l'examen microscopique par M. Lebert, qui s'exprime de la manière suivante : « Au microscope, » on reconnaît tous les élémens des tumeurs fibro-plastiques, des élé- » mens franchement fibreux dans quelques points, une certaine quan- » tité d'élémens cellulaires fibro-plastiques. Ce sont des cellules rondes » ou ovoïdes renfermant un noyau semblable à celui que contiennent » les corps fusiformes. Quelques-unes de ces cellules avaient de la res- » semblance avec celle du cancer, » et cette ressemblance est si frappante que notre collègue ajoute que s'il avait vu ces cellules isolées sous le microscope, son jugement fût demeuré en suspens, et que s'il n'admet pas, en définitive, qu'elles soient de nature cancéreuse, c'est que par la comparaison du petit nombre de ces cellules à la quantité considérable d'élémens de nature fibro-plastique non douteuse, il constate une prépondérance trop grande de ces derniers sur les premières.

Voilà un doute qui, de la part d'un observateur aussi exercé, n'est pas de nature, suivant moi, à rassurer beaucoup sur l'infaillibilité d'un jugement porté dans une semblable circonstance. Ce n'est plus, en effet, sur la clairvoyance du microscope, sur l'appréciation nette, évidente des traits caractéristiques du tissu fibro-plastique que se fonde ce jugement, mais bien sur un terme de comparaison qui, lui-même, a pour base un rapprochement de nombre, une évaluation de quantité, ce qui, au point de vue anatomique, ne prouve absolument rien. En vérité, plus je réfléchis à la conclusion à laquelle le microscope est arrivé dans ce cas particulier, plus j'ai de peine à retrouver, que M. Lebert me permette de le lui dire, cette rigueur d'induction et cette sévérité de logique qu'il revendiquait dans notre dernière séance, pour ce qu'il appelait sa méthode exacte d'observation.

Sur quelles données, en effet, fondez-vous vos affirmations dans l'étude des produits morbides par le microscope. — C'est sur la perception claire, certaine, non douteuse des caractères anatomiques; c'est, en un mot, sur l'intuition matérielle du fait. Or, ici ces caractères vous manquent; cette constatation, vous ne l'obtenez pas; bien plus, vous trouvez des caractèrres qui vous semblent appartenir à un autre tissu pathologique, et au lieu d'admettre l'existence sinon certaine, du moins possible ou probable de celui-ci : vous préférez conclure de ce que vous voyez clairement exister ailleurs, que la même chose est là où vous ne la voyez pas. Cette manière de raisonner me semble inadmissible, et en jugeant ainsi de la partie par le tout, je crois que vous ouvrez une voie facile à l'erreur.

Il serait bien plus rationnel, ce me semble, d'admettre que cette diversité d'aspect dans le tissu qui forme la tumeur fibro-plastique et dont on ne nous a pas, d'ailleurs, encore donné une explication anatomique satisfaisante, marque une nouvelle phase d'évolution, une dégénérescence sinon complète, au moins en voie de se compléter.

Je sais bien qu'il va m'être répondu comme à M. Marjolin, que la dégénérescence n'a jamais lieu. — Eh bien, à mon tour, je demanderai que l'on veuille bien me dire ce qu'est ce tissu qui, non plus à l'œil nu, mais à l'œil armé du microscope, ressemble si peu au tissu fibro-plastique, qu'il manque d'être pris pour du cancer, tellement il lui ressemble, — *par M. Lebert lui-même.*

Mais j'ai hâte de sortir de cette discussion et d'apporter à l'appui de la dégénérescence que nous admettons et que l'on nous refuse un argument bien autrement concluant : c'est le passage suivant que j'extrais de nos procès-verbaux.

« Quant à la dégénérescence de ces tumeurs, dit-il (même séance de » 1850), elle doit être infiniment rare; cependant j'en ai observé un » exemple dans lequel elle pourrait être rationnellement admise, — c'est » M. Lebert lui-même qui tient ce langage; — puis, un peu plus loin, notre honorable collègue ajoute : « si je n'admets pas la dégénéres- » cence comme un fait fréquent, je n'en ai pas moins observé *quelques* » *exemples*; preuve nouvelle qu'il ne faut jamais être exclusif en pa- » thologie. Un homme porte une tumeur volumineuse dans la cuisse; » elle est bien délimitée, existant depuis plusieurs années; cette » tumeur est enlevée par M. Velpeau, et on trouve dans son intérieur » un tissu ferme présentant les caractères du tissu fibro-plastique; mais » dans plusieurs endroits on voit des îlots d'un tissu plus mou ren- » fermant un suc trouble et contenant beaucoup de cellules cancé- » reuses.

» Un homme de 64 ans porte depuis un grand nombre d'années une » tumeur indolente dans la région parotidienne gauche; elle s'accroît » lentement et reste indolente; la santé générale ne s'altère point; » mais, depuis quatre mois, elle prend un accroissement considérable; » la peau devient violacée à sa surface; le malade maigrit et est en proie » à des douleurs si vives, qu'il réclame l'opération. La tumeur est en- » levée par M. Roux. En l'examinant, on y trouve deux substances net- » tement délimitées, dont l'une est fibreuse, dure; tandis que l'autre est » molle, pulpeuse, infiltrée de suc cancéreux, abondant, présentant tous » les caractères types de l'encéphaloïde. — Voilà deux cas dans les- » quels, ajoute l'auteur, il est permis de penser à la dégénérescence. » (Compte-rendu des séances de la *Société de chirurgie*, t. I, p. 874.)

Il résulte, Messieurs, du passage que je viens de rappeler, que, dans l'ardeur de l'improvisation, une erreur de fait a échappé à notre collègue; que son opinion est conforme à la nôtre; que tissu fibro-plastique, aujourd'hui le tissu morbide qui fait l'objet de cette discussion, pourra être demain cancer; que très vraisemblablement la forme fibro-plastique qu'il présente, n'est qu'une manière d'être du cancer lui-même; que, dans l'espèce, l'unicité de composition et de configuration n'existe pas; que l'une et l'autre est multiple, variable, changeante, suivant une infinité d'influences qu'il serait trop long d'énumérer en ce moment.

Pourquoi, du reste, dirai-je après M. Lebert, *les tissus accidentels auraient-ils, sous le rapport de la dégénérescence, une prérogative sur les tissus normaux?*

A coup sûr, je pourrais terminer par cette citation ce qui se rapporte à ce point important du sujet en litige, sans craindre de voir de nouveau contestée l'aptitude du tissu fibro-plastique à dégénérer. Cependant, il est un argument qui m'a paru vouloir se faire jour dans la réponse de M. Lebert au discours de M. Marjolin, et qu'il est peut-être à propos d'arrêter au passage.

Dans cet assemblage, dans cette apparition de la cellule cancéreuse

---

siége, en sorte que, suivant la remarque d'Hippocrate, dans les deux cas, un même effet, l'altération des fonctions digestives, résulte de causes diamétralement opposées. Contre ces accidens doivent être dirigés des remèdes différens, suivant la cause qui les a produits.

Voilà, en résumé, ce que contiennent les livres hippocratiques au sujet des alimens.

Dans le *Traité des airs, des eaux et des lieux*, Hippocrate s'occupe des différentes qualités de l'air et des eaux dans les différens pays. Il ajoute des considérations sur le sol, l'exposition des villes, etc., etc. Cet ouvrage est le premier traité de *topographie médicale*, et le père de tous ceux qui ont été créés depuis.

Suivant Hippocrate, le médecin qui veut approfondir son art, doit étudier l'influence de l'air sur la santé; il doit également porter son attention sur les qualités des eaux. On peut, dit-il, se faire une idée exacte de l'état d'une ville relativement à la santé des habitans et aux maladies qui y règnent, en ayant égard à l'exposition de la ville par rapport aux vents, au lever et au coucher du soleil; à la qualité des eaux, à la nature du sol, qui peut être bas ou élevé, nu ou boisé, sec ou humide. Il faut s'enquérir également du genre de vie des habitans, de leurs occupations, et faire la plus grande attention aux alimens dont ils se nourrissent et aux boissons dont ils font usage. On voit, par ce passage, qu'Hippocrate accordait une extrême importance aux études météorologiques en médecine, études qui, tour à tour prônées outre mesure, puis injustement discréditées et complètement délaissées dans les deux siècles qui ont précédé le nôtre, sont destinées aujourd'hui, à l'aide des instrumens si parfaits de l'observation moderne, à conduire à des résultats positifs et à des découvertes utiles aux progrès de la médecine.

La première question qu'examine Hippocrate dans son *Traité des eaux, des airs et des lieux*, est l'influence des différentes expositions des villes ou des pays. Il admet quatre expositions : au midi, au nord, à l'orient, à l'occident. Il étudie l'influence de chacune d'elles : 1° sur l'état physiologique des habitans; 2° sur leurs maladies.

1° Exposition au midi, c'est-à-dire à un air chaud et humide.

1° *État physiologique.* — Prédominance marquée du phlegme (sucs muqueux), peu de vigueur, atonie générale et caractéristique, appétit peu développé, évacuations faciles, abondantes, durée de la vie plus courte.

2° *État pathologique.* — Peu de maladies aiguës. Si, par accident, elles s'y développent, leur marche est lente et leur résolution difficile; les blessures se changent facilement en ulcères de mauvais caractère; diarrhées fréquentes, ophthalmies avec sécrétion abondante, plutôt muqueuse que purulente.

Hippocrate ajoute que, dans ces pays, les femmes sont sujettes aux pertes utérines, aux leucorrhées et aux fausses-couches; les enfans aux convulsions, et surtout à l'épilepsie. L'observation moderne n'a pas vérifié cette dernière assertion d'Hippocrate.

2° Exposition au nord; air froid et sec.

1° *État physiologique.* — Inverse du précédent. Grand développement des forces physiques, ton général de l'économie, énergie des fonctions digestives, appétit plus vif, évacuations plus rares, époque de la puberté plus tardive, menstrues peu abondantes, et conceptions moins nombreuses, durée plus longue de la vie.

2° *État pathologique.* — Tendance remarquable à l'acuité des maladies. Pleurésies et péripneumonies fréquentes, disposition aux hémorrhagies nasales. Dans ces pays, les plaies se cicatrisent rapidement, et les maladies marchent plus vite à leur résolution. Les femmes y sont plus sujettes qu'ailleurs à devenir phthisiques, et les enfans à avoir des hydropisies du scrotum.

3° Exposition au levant. — Air chaud et sec. C'est l'exposition la plus salubre, dit Hippocrate, à cause de la modération du chaud et du froid.

1° *État physiologique.* — Teint vermeil, prédominance du tempérament sanguin, menstrues plus abondantes et conceptions plus faciles, caractère plus doux et esprit plus pénétrant.

2° *État pathologique.* — Maladies rares et légères, de même nature que celles de l'exposition du midi.

4° Exposition au couchant. — Air humide, brusques alternatives de température, c'est l'exposition la moins salubre; elle ressemble à l'automne comme la précédente ressemble au printemps. Teint décoloré, bouffissure de la face, complexion faible et délicate des habitans. Maladies très nombreuses à marche lente, sourde, insidieuse; elles sont chroniques dès leur début.

Dans le *Traité de la nature de l'homme*, il est dit que les maladies d'une population dans son ensemble, ont le plus souvent leur origine dans l'air et ses changemens de qualités de chaud, de froid, de sécheresse, d'humidité, etc.

Il est rarement question, dans Hippocrate, de la mauvaise influence de l'atmosphère, en raison des particules étrangères et des miasmes qu'il pourrait contenir, excepté dans le livre des *vents* (περὶ φυσῶν), où pour expliquer le fait singulier d'épidémies frappant l'espèce humaine sans toucher aux animaux, et réciproquement, l'auteur suppose, avec une remarquable hardiesse de vues, la formation dans l'air de *miasmes* (μίασματα), les uns délétères pour l'homme seul, les autres nuisibles seulement aux espèces animales.

D'après une théorie originale de quelques médecins ou philosophes anciens, on admettait dans l'air la présence de corpuscules invisibles et disséminés, les uns principes de vie, les autres principes de mort. Les corpuscules destructeurs sont, dans les circonstances ordinaires, en trop petit nombre pour nuire; mais, viennent-ils à s'accumuler, soit par leur multiplication sur place, soit parce que les vents les transportent de différens points dans le même lieu, ils deviennent, par leur entassement, une cause de destruction pour l'espèce humaine : « Tantôt, dit Lucrèce, dans son magnifique poëme *De la nature des choses*, ils viennent des régions lointaines, voyageant avec les nuages et portant la mort; tantôt ils s'élèvent de la terre, lorsqu'elle est humide, trempée d'eau et qu'elle renferme dans son sein des principes de putréfaction que la chaleur du soleil vient développer. « N'est-ce pas la doctrine moderne sur la formation des miasmes, exposée en magnifique langage?

C'est dans le traité des *vents* que se trouve exposée cette théorie singulière que toutes les maladies dépendent de ce que l'air extérieur entre dans le corps en quantité trop forte ou trop faible, ou de ce que, une fois entré, il se répartit inégalement dans le corps, s'accumulant sur certains points beaucoup plus que dans d'autres. Cette théorie n'est-elle pas le produit d'une généralisation trop absolue de certains faits retrouvés par l'observation moderne, de maladies et même de morts subites produites par l'accumulation spontanée de gaz en différentes parties du corps, dans les vaisseaux, dans le tissu cellulaire (emphysème spontané), dans les intestins (tympanite histérique), etc.? Cette doctrine devait plaire singulièrement au philosophe Anaximène, qui faisait tout dériver de l'air et qui tressaillerait dans sa tombe, s'il pouvait entendre ces remarquables paroles empruntées à un grand chimiste moderne : « Les plantes et les animaux dérivent de l'air, ne sont que de l'air condensé; ils viennent de l'air et ils y retournent, ce sont de véritables dépendances de l'atmosphère. » L'analyse moderne réalisant, après 2,400 ans, la vieille idée spéculative du philosophe grec; M. Dumas donnant, par delà vingt-quatre siècles, la main au philosophe Anaximène; quel spectacle à la fois curieux et grandiose, et bien digne, à plus d'un titre, des méditations profondes des penseurs et des savans!

(*La suite prochainement.*)

---

et du tissu fibro-plastique dans une même tumeur, peut-être dira-t-on qu'il n'y a que coexistence de deux tissus distincts, association de deux produits, ayant chacun un mode d'organisation particulier, défini, arrêté dès l'origine de la tumeur, et non fusion, conversion de l'un en l'autre. Si cette objection m'était faite, je demanderais alors au micrographe sur quoi se fonde cette manière de voir, et par quel procédé il peut s'assurer si cette distinction est réelle, et si la production du tissu cancéreux n'a pas été secondaire.

En attendant une réponse à cette question, je persisterai à croire à la transformation, à la dégénérescence qui me paraissent plus probables, d'après l'examen microscopique lui-même, qui, comme je l'ai déjà dit plus haut, s'est pris à douter en présence de certaines formes du tissu fibro-plastique, fort semblables à celles du cancer. Or, ces formes suspectes ne sont-elles pas le degré intermédiaire entre celles qui les caractérisent l'un et l'autre lorsqu'ils ont acquis un développement complet? Si la tumeur, au sein de laquelle ces formes douteuses se sont rencontrées, eût subsisté plus longtemps dans l'économie, elles se seraient dessinées plus nettement, plus clairement prononcées; enfin, la cellule cancéreuse y serait devenue évidente, comme cela a eu lieu sur le malade de M. Velpeau et sur celui de M. Roux.

Au surplus, qu'il y ait cancer par association, par dégénérescence ou par substitution, il y a cancer, voilà le fait, et cela suffit au clinicien pour expliquer et prévoir tous les phénomènes d'évolution et de terminaison finale de ce genre de tumeurs dites fibro-plastiques.

Comme le cancer, elles récidivent avec une telle ténacité, qu'il faut en venir à pratiquer l'amputation de la cuisse pour une tumeur plusieurs fois et toujours inutilement enlevée sur le membre inférieur (obs. citée par M. Lebert dans son travail lu à la Société de chirurgie), comme le cancer, elles se généralisent, se multiplient sur divers points de l'économie; et Messieurs, qu'on n'aille pas croire que cette récidive diffère de celles de la tumeur manifestement cancéreuse; quelle soit moins active, moins dangereuse; qu'enfin elle soit une exception. A en juger par les faits qui se sont produits au sein de la Société de chirurgie depuis que l'étude du tissu fibro-plastique y a été mise à l'ordre du jour, vous verrez que cette récidive est la règle. Je pourrais bien, pour le prouver, faire intervenir des observations empruntées aux auteurs qui ont écrit sur le cancer; je pourrais en citer qui me sont propres, mais dans la crainte de m'entendre objecter que l'examen micrographique n'ayant pas eu lieu, ces observations sont fautives, incomplètes, et qu'elles ne peuvent rien prouver; je n'en userai pas, du moins en ce moment. — Je ne sortirai pas des comptes-rendus de nos séances, où je trouve plusieurs observations de tumeurs fibro-plastiques, trois notamment, dans lesquelles M. Lebert lui-même a porté le diagnostic anatomique. Or, je vois que ces trois tumeurs se sont reproduites très promptement.

Ces faits sont: le dernier, de M. Larrey, qui a pris cependant toutes les précautions pour protéger la cicatrice de la première opération; on sait qu'il a eu soin de l'abriter contre le contact des corps extérieurs, contre le froissement de tout agent traumatique au moyen d'une plaque qui la recouvrait entièrement. Vous avez vu cependant ce malade opéré pour la troisième fois: Qui oserait assurer que ce sera la dernière?

Ce sont ensuite deux malades, dont l'un porte une tumeur dans la région thoracique, opéré pour la quatrième fois au mois de janvier 1852, l'ayant été pour la première fois en 1850, et qui, dans cet espace de temps, a offert quatre récidives.

Enfin, l'autre malade est celui dont j'ai déjà parlé et qui portait une tumeur de la mâchoire inférieure. M. Lebert, dans son mémoire, nous a dit ce qu'il était devenu.

Quand à la rapidité de la récidive, peut-elle être plus grande que chez ce dernier malade, qui est opéré le 7 novembre, qui est presque guéri le 20 du même mois, et qui, le 5 décembre, rentre à l'hôpital pour subir une seconde opération? — Aujourd'hui, le mal a récidivé, il a été incessamment envahissant, et il paraît être en ce moment au-dessus des ressources de l'art.

(*La suite au prochain numéro.*)

PRESSE MÉDICALE.

Archives générales de médecine. — Juillet, Août, Septembre 1852.

Mémoire pour servir à l'histoire de la colique nerveuse, endémique, des pays chauds (colique sèche, colique végétale, barbiers, colique de Madrid, névralgie du grand sympathique, etc.); par le docteur J.-V. FONSSAGRIVES, chirurgien de 1re classe de la marine.

Travail remarquable, qui, en même temps qu'il met hors de doute l'existence de la colique nerveuse endémique des pays chauds, offre la meilleure description connue de cette curieuse maladie, qui peut être caractérisée de la manière suivante: névrose simplement douloureuse dans le principe, mais qui, plus tard, peut devenir en même temps convulsive; endémique dans certains pays, principalement dans les régions intertropicales; se manifestant à la manière des affections miasmatiques, c'est-à-dire sous l'influence d'une condition atmosphérique encore inappréciée; à forme continue, mais essentiellement paroxystique; se composant d'une succession irrégulière de coliques atroces, avec constipation, et de névralgies diverses; entraînant à la longue des altérations graves de la sensibilité et du mouvement, et pouvant se terminer par la mort; celle-ci est toujours annoncée par des attaques épileptiformes.

Voici les conclusions qui résument ce mémoire:

1° La colique endémique des pays chauds, quoique ayant une analogie symptomatique assez grande avec la colique de plomb, en diffère cependant par un grand nombre de traits, et a une cause spécifique particulière, comme la colique de plomb a la sienne. Ce sont deux maladies parfaitement distinctes. L'opinion qui veut rattacher la colique sèche à un empoisonnement par le plomb, a contre elle les argumens les plus décisifs.

2° Les désordres nerveux qui constituent cette maladie, dérivent d'une altération du sang, d'un empoisonnement miasmatique, dont la nature est inconnue.

3° L'air est le véhicule du miasme toxique.

4° L'influence de l'altération spécifique du sang sur les centres nerveux ne se fait pas toujours sentir, en premier lieu, sur le grand sympathique; les nerfs cérébro-rachidiens sont plus souvent atteints que les premiers, comme l'indiquent les névralgies du début.

5° Le résultat du contact d'un sang vicié avec les centres nerveux, est la production d'une névrose, qui place l'innervation normale, tantôt au-dessus de son type (coliques, névralgies); tantôt au-dessous (paralysie).

6° Sans vouloir assimiler en rien les effluves qui engendrent la colique nerveuse des pays chauds, à ceux d'où dérivent des maladies paludéennes, il n'en est pas moins vrai de dire que les uns et les autres peuvent se produire dans des conditions identiques, et que leurs manifestations réciproques se mêlent quelquefois d'une manière qui mérite d'être notée. C'est ainsi que M. Fonssagrives a vu, dans la grande majorité des cas, la colique nerveuse endémique succéder à des fièvres intermittentes, soit simples, soit pernicieuses; et que d'un autre côté deux observations intéressantes lui ont révélé la possibilité pour la colique sèche d'une périodicité aussi régulière que celle de toute fièvre larvée paludéenne.

7° La *douleur intestinale* est le phénomène essentiel de la maladie; c'est elle qui produit et entretient la constipation: celle-ci résistera opiniâtrement, tant qu'on n'aura pas éteint cette sensibilité morbide. De là dérive cette indication que l'on peut considérer comme capitale dans le traitement de la *colique sèche*, de recourir, en premier lieu, aux agens thérapeutiques qui sont de nature à enrayer la douleur, et de n'arriver qu'ultérieurement aux purgatifs. Il en est du plan charnu de l'intestin comme de tous les autres muscles; toute fibre musculaire douloureuse est perdue pour la contraction régulière; elle reste forcément ou paralysée ou agitée de mouvemens convulsifs (spasmes cloniques), ou bien encore frappée de contractions (spasmes toniques).

8° Le résultat intime de cette névralgie intestinale paraît être de déterminer une contraction tonique de l'intestin, laquelle, au lieu d'accélérer les fèces, les retient au contraire fortement emprisonnées. Cette hypothèse paraît singulièrement confirmée par les particularités suivantes: 1° forme ovillée des matières; 2° nature constrictive des douleurs; 3° contraction du sphincter; 4° expulsion en jet du liquide des lavemens; 5° sensation accusée par beaucoup de malades d'un picotement intestinal; 6° constriction le long de l'œsophage; 7° mobilité des douleurs abdominales; 8° l'existence d'un véritable globe hystérique; 9° dyspnée s'accompagnant d'un sentiment grave de constriction, au niveau de la division des grosses bronches; 10° possibilité de vaincre la constipation sans purgatifs, et par le seul fait de l'administration de la belladone. La contraction tonique de la plupart des muscles de la vie de nutrition explique tous ces phénomènes d'une manière satisfaisante, et les subordonne, à titre de symptômes, à un même état organique qui les domine tous.

9° Enfin la désorganisation de l'encéphale, qui clôt cette douloureuse affection, est due à la perpétuité de souffrances horribles que l'on voit quelquefois se prolonger pendant trois ou quatre mois, et cela presque sans répit.

10° La lecture des observations, publiées sur la *colique de Madrid*, montre dans cette affection une si grande analogie de symptômes avec la colique nerveuse endémique des pays chauds; elle se produit dans des conditions climatériques qui, pour certaines saisons de l'année, se rapprochent à un tel point de celles des pays intertropicaux; la réfutation enfin de l'opinion qui a cherché à lui faire subir, à elle aussi, le joug de l'intoxication saturnine, paraît tellement victorieuse, que l'on peut être autorisé à la considérer comme une maladie tout à fait identique à la colique sèche.

ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

La commission générale de l'Association de prévoyance des médecins du département de la Seine, dans sa séance du 7 janvier, après avoir entendu la communication de M. Orfila, que l'UNION MÉDICALE a reproduite dans son dernier numéro, a exprimé à l'honorable président fondateur, par l'organe de son secrétaire-général, M. le docteur Perdrix, sa profonde gratitude dans les termes suivans:

Monsieur et honorable président,

L'association des médecins du département de la Seine doit à un élan généreux de votre cœur sa fondation; elle doit aussi à votre persévérante sollicitude d'être aujourd'hui du petit nombre des institutions qui ont mérité, par leurs services, d'être reconnues comme *établissement d'utilité publique*.

L'Association se plaît, depuis longtemps, à reconnaître et à proclamer les titres que vous avez acquis à la considération du corps médical. Cette considération si justement méritée ne pouvait s'accroître, mais elle devait se manifester de toutes parts au retentissement des actes de munificence qui viennent de se produire. L'Association prend part à ces munificences, vous l'aviez fondée, vous avez voulu la doter.

La commission générale, profondément touchée des nouveaux témoignages d'attachement et de libéralité que vous venez de donner à l'Association des médecins de la Seine, vient unanimement vous adresser, au nom de l'Association qu'elle représente, ses félicitations et vous offrir la nouvelle expression de sa vive gratitude.

Non content d'avoir fondé l'œuvre admirable qui est une de vos gloires, et à laquelle votre nom restera éternellement attaché, non content d'avoir été chaque année, depuis sa fondation, l'un de ses *souscripteurs-donateurs*, vous avez voulu, M. le président, consacrer au profit de l'Association un capital placé en rentes 3 pour cent sur l'État, lui constituer, au cours actuel de ce fonds, une rente perpétuelle de 400 fr.

Cet acte si important pour notre Association, non seulement au point de vue de l'accroissement de ses ressources et de l'efficacité désormais plus grande de ses bienfaits, mais par le but que vous vous êtes proposé: *donner l'exemple, trouver des imitateurs*! Cet acte, M. le président, qui devient la réalisation complète de la belle et noble pensée qui fonda l'œuvre il y a vingt ans, cet acte laissera dans le cœur de chacun des membres de l'Association un durable et pieux souvenir des intentions généreuses dont vous avez toujours été animé pour elle, et des sentimens de reconnaissance et d'admiration qu'elles lui inspirent en cette circonstance, et qu'elle est heureuse de vous exprimer.

La commission générale a voulu, Monsieur le Président, laisser entre vos mains cet écrit qui ne traduit qu'imparfaitement les impressions de l'Association; heureuse si un jour elle pouvait plus dignement vous convaincre de son inaltérable et sympathique attachement.

En séance, le 7 janvier 1853.

Les membres de la commission générale de l'Association générale des médecins du département de la Seine.

Immédiatement après la séance, la commission générale a décidé, unanimement, sur la proposition qui lui en a été faite par son secrétaire général, M. le docteur Perdrix, qu'un tableau personnifiant l'Association (l'Association de prévoyance secourant les veuves et enfans des médecins morts pauvres au service de l'humanité), exécuté par un peintre habile, serait offert à son fondateur, M. Orfila.

Une commission a été nommée pour donner suite à ce projet, et pour ouvrir une souscription dans l'Association des médecins du département de la Seine (1).

COURRIER.

C'est par erreur que dans l'indication du service de santé de la maison de l'Empereur, les médecins et chirurgiens consultans ont été désignés comme jouissant d'un traitement de 6,000 fr. Les médecins et chirurgiens consultans ne sont rétribués que lorsque leurs soins et leurs lumières sont réclamés.

Il faut ajouter à la liste du personnel médical du service de santé de l'Empereur, M. le docteur de Piétra-Santa, qui porte le titre de *médecin-adjoint, secrétaire du service de santé*, avec 6,000 fr. d'appointemens.

Sur les instances réitérées et pressantes de M. Chomel, nous prions les souscripteurs à l'*Almanach général de médecine* de lire de la manière suivante l'indication qui se trouve à la suite du nom de notre savant confrère: *Réputé démissionnaire par refus de serment*. C'est le mot *réputé* qui a été omis dans l'impression, et c'est cette formule employée par le *Moniteur* lui-même, que M. Chomel nous prie de reproduire.

Nous saisissons cette occasion pour dire que les expressions suivantes employées dans notre dernier feuilleton: « l'enseignement que M. Chomel vient d'abandonner » n'impliquent dans notre esprit, et n'ont pu suggérer à personne l'idée d'un abandon libre et volontaire de la part de M. Chomel. Nous croyons indigne de nous de nous justifier d'une intention désobligeante à l'égard d'un acte de courage et de conscience.

Amédée LATOUR.

On nous prie de porter à la connaissance de nos confrères, qu'après de vives instances, les médecins du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement ont enfin obtenu de pouvoir faire les vaccinations toute l'année. En conséquence de ce fait, les médecins pourront désormais trouver du vaccin, tous les mardis à deux heures, à l'hôtel de la mairie du 1er arrondissement, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

Sur la présentation qui lui en a été faite par le conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, M. le préfet de police a nommé M. A. Devergie président, et M. Trébuchet, secrétaire de ce conseil pour l'année 1853.

— Par décret du 26 décembre 1852, ont été nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur:

Au grade d'officier: MM. Murville, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Lille; Lacauchie, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire du Roule.

Au grade de chevalier: MM. Capron, médecin-major de 2e classe au 10e chasseurs; Germont, médecin-major de 2e classe au 2e chasseurs d'Afrique; Dunays, médecin-major de 2e classe au 33e de ligne; Faseuille, médecin-major de 2e classe au 4e chasseurs d'Afrique, Colmant, médecin-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Alger; Delaunay, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital de Lyon; Colan, médecin aide-major de 2e classe aux hôpitaux de la division de Constantine; Fernet, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital de Saint-Omer; Moulinier, médecin aide-major de 1re classe au régiment des guides; Chevreau, médecin aide-major de 1re classe à la compagnie de gendarmerie de la Seine; Schaeffer, médecin aide-major de 1re classe à la garde de Paris; Woirhaye, médecin aide-major de 2e classe au 8e chasseurs.

La végétation offre des phénomènes vraiment trop remarquables pour l'époque actuelle. On a vu une pomme de terre en fleur garnie de petits fruits. La violette et la pervenche ne sont pas rares. Des pommiers et des poiriers eux-mêmes représentent les premiers rudimens de leur feuillage. Enfin, un fait qui resterait incroyable, si l'on n'en avait vu la confirmation, ce sont des épis de seigle déjà défleuris, des gourganes en fleurs, et un pavot d'une couleur magnifique est arrivé dans tout son développement. (*Journal des Vosges.*)

(1) Cette souscription, tout intérieure et de famille pour ainsi dire, est indépendante de la grande souscription générale dont nous parlons plus haut.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.— Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 5. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 13 Janvier 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An..............	32 Fr
6 Mois..............	17
3 Mois..............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOUSCRIPTION

ouverte en faveur de M. Orfila dans les bureaux de L'UNION MÉDICALE:

2me Liste : M. Cabanellas, 10 fr.; M. Becourt, 10 fr.; M. Roche, 20 fr.; M. Oudet, 30 fr.; M. Louis, 40 fr.; M. Valleix, 20 fr.; M. Alexandre Ricord, 20 fr.; M. Hérard, 20 fr.

Total de la 2me liste.	170 fr.
Total de la 1re liste.	300 fr.
Totaux.	470 fr.

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE LA SUETTE;

Par M. BONNET, d.-m. p., professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Bordeaux, etc.

Les médecins qui, les premiers, eurent à observer la suette, dominés par le préjugé populaire et médical à la fois, qui fait considérer les sueurs comme critiques et emportant les venins morbides, crurent que l'indication la plus urgente qu'ils avaient à remplir, était de favoriser, de provoquer la transpiration, et de la rendre aussi abondante que possible. En conséquence, ils prescrivaient, d'une part, les diaphorétiques les plus actifs, notamment une boisson composée avec du vin chaud, du sucre et de la canelle; de l'autre, tous les moyens externes les plus susceptibles d'entretenir la chaleur de la peau et de l'augmenter. Dans ce but, on entassait sur les malades couvertures sur couvertures, on fermait hermétiquement les rideaux de leurs lits, on luttait, à proprement parler, les portes et les fenêtres des appartemens; on prenait, en un mot, des mesures telles, que la chaleur de l'air ambiant devait faire sans cesse de nouveaux progrès, ou, au moins être maintenue à un degré très élevé.

Ce traitement n'eut pas d'heureux résultats, car, en admettant que la suette fût à cette époque plus grave qu'aujourd'hui, il est très vraisemblable que les agens thérapeutiques qu'on lui opposait, entrèrent pour quelque chose dans l'effrayante mortalité qui en fut la suite. Cependant, ce n'est guère que dans le courant du siècle dernier qu'on commença à en suspecter l'efficacité.

En 1733, Bellot, dans sa thèse inaugurale (*an febri putridæ picardis suette dictæ sudorifera?*), l'attaqua et osa avancer qu'il n'était pas utile de favoriser la sueur.

Plus tard, Meyseray s'éleva beaucoup contre le traitement échauffant, et lui substitua la saignée, l'émétique et les deux purgatifs. Il faisait, en outre, laver les malades, ouvrir les rideaux, les portes, les fenêtres, afin que l'air circulât et se renouvelât avec facilité (1).

En 1762, Boyer publia qu'il avait vu périr la plupart des sujets qu'on avait cherché à faire suer par les stimulans internes ou externes (2).

Tessine, à qui nous devons l'histoire de l'épidémie d'Hardivilliers, adopta en grande partie les idées de Meyseray sur la thérapeutique de la suette, et paraît s'être parfaitement trouvé surtout de la saignée (3).

A Toulouse, pendant l'épidémie de 1782, les médecins, après avoir reconnu les fâcheux résultats des sudorifiques, prirent la résolution de les abandonner. Voici le traitement auquel ils s'étaient arrêtés en définitive (4) :

» Le traitement de la miliaire bénigne se réduit aux soins d'un régime rafraîchissant et d'une diète légère. Le régime rafraîchissant demande qu'on se tienne, les deux ou trois premiers jours, assis sur un fauteuil, chaise longue ou sur un lit, médiocrement couvert en habits ou couvertures de lit, on doit se coucher à l'ordinaire; dans la nuit la chambre doit être sans feu, les portes et les fenêtres communément ouvertes, et les rideaux du lit ouverts; on peut changer de linge et de draps de lit à volonté; le premier et le second jour il est bon de se borner à peu de nourriture; il n'y a pas grand inconvénient à en prendre davantage, comme de quatre en quatre heures, etc.; le bouillon, qui doit être fait avec volaille ou veau ou toute autre viande, doit fournir en général le fond de la nourriture; on peut, suivant le goût des malades, user de crême, de riz ou autre farineux, de purée, de légumes, de panade, etc. La tisane, dont il faut user abondamment, doit être faite avec quelque substance adoucissante et rafraîchissante, comme chiendent, orge, fleurs de mauves, bouillon blanc, violettes, jujubes, réglisse, citrons, oranges, poulet, maigre de veau, etc,; à la disparition de l'éruption, il est bon d'user d'une purgation convenable à son état. La disposition des sujets peut en demander quelquefois davantage.

» La miliaire maligne devient très dangereuse par un régime échauffant, lequel est même capable de donner un caractère de malignité à la bénigne simple. Le régime rafraîchissant, au contraire, et les saignées précipitées, dans le commencement, produisent un bien merveilleux, et changent souvent en bénignes les miliaires qui auraient été sans cela dangereuses et mortelles.

» Il faut donc se hâter, au début de cette maladie, d'employer les remèdes rafraîchissans qu'on portera même plus loin que dans le traitement de la miliaire bénigne. On pourra laisser les portes et les fenêtres ouvertes la nuit dans le temps des redoublemens, et diminuer dans le même temps le nombre des couvertures. On sera exact à tous ces soins jusqu'à ce que la maladie se soit de beaucoup adoucie.

» Il faut aussi se presser de saigner le malade une ou plusieurs fois, suivant la violence du mal, et si les saignées n'ont pas été faites le premier jour, on peut les employer dans tous les temps de la maladie, si la violence de la fièvre l'exige et si les forces le permettent, sans avoir égard aux sueurs ni à l'éruption. Ce traitement est suivi des plus grands succès et suffit seul communément. S'il se joint à la maladie des symptômes pénibles à supporter ou dangereux, comme points de côté, douleurs d'estomac, coliques, envies de vomir ou des vomissemens, des diarrhées ou épreintes, différens symptômes de vers, assoupissemens, délire, hémorrhagies dangereuses par leur abondance et leur durée, tous ces accidens doivent être traités suivant les règles ordinaires de la médecine, sans être arrêté par les sueurs ou l'irruption: la saignée pratiquée dans le commencement en dissipe la plupart.

» Il est de la plus grande importance de prévenir ou dissiper les frayeurs des malades par toutes sortes de moyens; elles sont capables de faire périr les personnes susceptibles, d'ailleurs, de guérison facile (1). »

Ces modifications successives apportées à l'ancienne méthode ou plutôt son abandon à peu près complet, auraient dû, ce semble, n'être pas perdus pour les médecins de nos jours, mais les hommes profitent rarement des leçons de l'expérience ou, s'ils en profitent, ce n'est guère que lorsqu'elles ne leur sont plus utiles, il en a été du moins ainsi pour la suette; partout où elle s'est déclarée en France depuis une quarantaine d'années, on a commencé par stimuler et faire suer outre mesure les malades; ce n'est qu'après qu'on a senti la nécessité d'en venir à d'autres moyens: ainsi, pour ne parler que des faits sur lesquelles nous avons des détails nombreux et très circonstanciés, dans l'épidémie de l'Oise (1821), ce ne fut que sur la fin qu'on se détermina à recourir aux tempérans et aux émissions sanguines; dans celle de Seine-et-Marne, l'arrivée de la commission nommée par l'Académie de médecine de Paris, put seul amener les gens de l'art du lieu à modifier leur pratique et à substituer aux diaphorétiques les rafraîchissans, les révulsifs et les saignées capillaires (principalement au creux de l'estomac).

Dans le département de la Dordogne, où la suette a régné pour ainsi dire continuellement depuis 1834 jusqu'en 1842, on débuta comme ailleurs par faire suer les malades; plus tard, il est vrai, on essaya de toutes les méthodes, mais on n'en persista pas moins à provoquer et à favoriser la sueur par les moyens externes les plus capables de produire ce résultat. Lorsque la commission dont je faisais partie arriva à Périgueux, les médecins de cette ville étaient divisés d'opinions sur la thérapeutique de la suette: l'un d'entre eux n'employait que les anti-phlogistiques et les saignées générales ou locales, un autre faisait de l'expectation chez les sujets légèrement atteints, et recourait tour-à-tour dans les cas graves à la saignée, aux calmans et aux révulsifs; d'autres, considérant la miliaire comme une fièvre intermittente ou rémittente pernicieuse, ne la traitaient presque que par les fébrifuges; cette dernière méthode qui était celle du médecin du préfet et du préfet lui-même (1), finit par absorber ses rivales, de sorte qu'en définitive et à l'époque de la terminaison de l'épidémie, on ne lui opposait plus, à proprement parler, que le sulfate de quinine.

Il est juste de dire pourtant qu'un médecin des environs de Périgueux (M. Brou de Laurière) résista au torrent et fut même plus loin, car tout en enveloppant dans une proscription commune les fébrifuges, les émissions sanguines, les adoucissans et les révulsifs; il préconisait une méthode qui consistait: 1° *à ramener la température morbide à la température physiologique*, ou en d'autres termes *à refroidir le malade jusqu'à ce qu'il trouvât qu'il n'avait plus chaud*; 2° *à évacuer les matières que contenait le tube intestinal* (2).

Pour se conformer à la première de ces indications, M. Brou de Laurière faisait lever les suettiques qui en avaient la force, et maintenir les autres tout habillés sur leur lit; — il arrosait l'appartement d'eau froide; — il prescrivait des boissons fraîches (pour l'ordinaire de la limonade citrique) et des lavemens d'eau réchauffée au soleil. Si ces divers moyens ne réussissaient pas, il faisait porter les patiens *dans des caves* pendant le jour, et *au serein* pendant la nuit.

Quant à la seconde indication, il la remplissait *en administrant aux sujets d'une constitution formée* 50 ou 62 grammes de sulfate de magnésie dissous dans un demi-verre d'eau froide ou tiède, indifféremment.

Cette méthode n'était qu'une exagération de celle de Meyseray et notamment du docteur Brunet, qui, attaché en 1782 à l'hôpital militaire de Toulouse, faisait lever tous ses malades sans exception aucune, et ne craignait pas d'exposer à l'air extérieur ceux qui étaient en état de marcher. Cela n'empêcha pas M. Brou de l'appeler *sa méthode* et même de publier une brochure qui avait principalement pour but de lui en assurer la propriété.

Du reste, s'il fallait l'en croire, son efficacité serait extraordinaire; non seulement il n'aurait perdu personne, mais plusieurs individus qui étaient sur le point d'expirer et qu'on se préparait à recouvrir du linceul funéraire, auraient été guéris du soir au lendemain. L'un d'eux, six heures après la mise en pratique des réfrigérans, visitait ses voisins pour les rassurer.

Ces faits, on en conviendra, sont presque aussi étonnans que la résurrection du Lazare; mais comme nous ne sommes plus au temps des miracles, il me paraît sage de ne les accueillir qu'avec beaucoup de réserve et de circonspection. L'exaltation, d'ailleurs, que M. Brou de Laurière montre dans son opuscule, le ton d'inspiré qu'il y prend, les épithètes discourtoises qu'il y prodigue à ceux de ses confrères qui lui contestent la priorité de son traitement et la réalité de ses succès, jettent une grande défaveur sur ses assertions, et l'on se sent malgré soi enclin à les révoquer en doute.

La suette de Lot-et-Garonne (1842) fut combattue en premier lieu par les sudorifiques, les révulsifs, la saignée et le sulfate de quinine; plus tard, on passa d'une extrémité à l'autre, et l'on adopta le traitement de M. de Laurière, qui venait d'être importé dans le pays par M. Dumaurine, officier de santé, et M. Lancelle, vicaire de M. le curé de Bergerac.

Ces deux Messieurs, pénétrés probablement de cette idée, que, dans les grandes calamités il est essentiel d'en imposer aux hommes par un peu d'excentricité, et peut-être persuadés

(1) Meyseray, médecin ordinaire du roi, etc; — *Méthode aisée et peu coûteuse de traiter avec succès plusieurs maladies épidémiques, comme la suette, la fièvre miliaire*, etc., 1753.

(2) *Méthode à suivre dans le traitement des maladies épidémiques*, Paris, 1762.

(3) *Mémoire sur la suette qui a régné à Hardivilliers, en Picardie, au mois de mai 1773.*

(4) Le passage qu'on va lire est extrait d'une consultation médicale publiée, en 1782, au nom des autorités de la ville de Toulouse, et signée des noms suivans : Rigaud, médecin de Castelnaudary; Reboulh, médecin de Carcassonne; Gaubert, médecin de Bordeaux; Benet, docteur en médecine; Dubernad, professeur en médecine; H. Fouquet, médecin de Montpellier; Duban, professeur en médecine; Ducasse, docteur en médecine; Arrazat, professeur en médecine; Dastarat, docteur en médecine; Sol, docteur en médecine.

(1) Ce traitement ne diffère, à mon avis, de celui de Meyseray, qu'en ce que l'émétique ne figure pas au nombre des agens thérapeutiques qui le composent. Il paraît même que les médecins de Toulouse n'eurent l'idée d'y recourir que par suite de la connaissance qu'ils avaient du mémoire que Meyseray avait publié en 1753, à l'occasion de l'épidémie de suette qui s'était manifestée dans la paroisse de Sermaise, arrondissement de Dourdan, l'année auparavant.

(1) Car M. le préfet ne se bornait pas à bien administrer son département, il faisait aussi de la médecine, et usait de toutes les ressources de l'esprit et d'un beau talent, pour faire prévaloir son opinion au sujet de la suette.

(2) *Traitement de la suette par le froid et les purgatifs*, page 17.

eux-mêmes que *la suette avait été tuée, tuée pour toujours par le traitement de M. Brou de Laurière* (1), se mirent à parcourir les campagnes, annonçant partout *la bonne nouvelle* et criant à haute voix ; *qu'on se lève, l'ordonnance le porte* (2).

Leur zèle, leur complet désintéressement, l'habit ecclésiastique de l'un d'eux, l'air de conviction qui régnait sur leur figure, exercèrent la plus salutaire influence sur une population ignorante, crédule, partant très superstitieuse, et le fait est que l'épidémie disparut quelque temps après leur arrivée.

Maintenant, cet heureux résultat fut-il uniquement obtenu, comme ils le prétendent, par le changement de thérapeutique? Pour mon compte, je ne le pense pas. La vérité est que leur présence remonta le moral des malades, ramena l'espérance dans les esprits, donna du courage aux plus pusillanimes, et sous ce rapport ils furent d'une incontestable utilité. Mais pour ce qui concerne leur méthode, on est d'autant moins en droit de lui attribuer la cessation de l'épidémie, que celle-ci était sur son déclin dans les localités qu'ils visitèrent, qu'on ne l'appliqua pas aux cas graves (3), et qu'il n'y eut que les individus légèrement atteints ou les convalescens qui en firent réellement usage.

Nous sommes loin, on le voit, de posséder sur le traitement de la fièvre miliaire des données fixes et précises, mais il me semble qu'on aurait pu s'en procurer en mieux interprétant les faits et en appréciant différemment surtout les indications thérapeutiques qui découlent des principaux symptômes de la suette.

(La suite prochainement.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 Janvier 1853. — Présidence de M. DE JUSSIEU.

Sur un nouveau moyen d'opérer la coagulation du sang dans les artères, applicable à la guérison des anévrismes; par M. le docteur PRAVAZ, de Lyon. (Extrait d'une lettre de M. Lallemand.)

M. RAYER communique l'extrait suivant d'une lettre de M. Lallemand, relative à des expériences de coagulation du sang dans les artères, faites par M. le docteur Pravaz (de Lyon).

Le moyen que M. Pravaz propose consiste à coaguler le sang dans les vaisseaux artériels par une injection de quelques gouttes de perchlorure de fer au maximum de concentration. Cette injection doit être faite avec un trois-quarts très fin en or ou en platine, qu'on introduit très obliquement à travers les parois de l'artère par une espèce de mouvement de vrille. A ce trois-quarts se trouve ajustée une seringue dont le piston doit être à pas de vis, afin que l'injection s'opère sans secousses et que la quantité de liquide injecté puisse être mesurée avec précision; il faut, en outre, arrêter momentanément le cours du sang dans le vaisseau et prendre quelques autres précautions dont on se rendra un compte plus exact après le récit d'expériences faites par M. le docteur Pravaz à l'École vétérinaire de Lyon, en présence de M. Lallemand et de M. Le Coq, directeur de l'École.

1° Sur un mouton adulte, l'artère carotide ayant été mise à nu, la circulation fut interrompue par une compression exercée avec le pouce et l'indicateur, en deux points distans l'un de l'autre de 4 à 5 centimètres. Il pouvait y avoir une cuillerée de sang intercepté dans cet espace. Une ponction fut pratiquée très obliquement à travers les parois de l'artère, et trois ou quatre gouttes de proto-chlorure de fer furent injectées. Pour cela, on fit faire au pas de vis de la seringue deux tours complets, dont chacun correspond environ à deux gouttes de liquide expulsées par l'extrémité du trois-quarts.

Aussitôt après l'injection du sel de fer, la pression du doigt annonça une augmentation dans la densité du sang, on put sentir le caillot se former très rapidement, et quatre minutes après, on crut pouvoir l'abandonner à lui-même, en faisant cesser toute compression. En effet, le caillot ne changea pas de position, et on le sentit encore pendant huit jours à la même place.

2° L'expérience pratiquée de la même manière sur l'artère carotide d'un cheval a donné un résultat semblable. La portion d'artère, dans laquelle la circulation avait été suspendue, avait 8 centimètres de long, et pouvait contenir cinq cuillerées à café de sang. On y injecta huit à dix gouttes de perchlorure de fer (M. le docteur Pravaz ayant reconnu qu'il faut à peu près deux gouttes de sel de fer pour coaguler une cuillerée à café de sang). Quatre minutes après, chez le cheval comme chez le mouton, le caillot était formé dans l'artère, il était dur et résistant, et n'éprouva aucun déplacement par l'impulsion du sang pendant un quart d'heure. Alors, la portion d'artère soumise à l'expérience fut enlevée, et quand on la fendit, on trouva que la surface interne était dépolie, et présentait des granulations et des stries longitudinales dans toute l'étendue de la surface occupée par le caillot.

3° Sur un autre cheval, la même expérience fut pratiquée de la même manière, et avec des résultats *immédiats* identiques. Seulement, on conserva l'animal pendant huit jours, en laissant même l'artère à nu, afin de pouvoir suivre les phénomènes à différens momens. On constata que la dureté de la carotide s'étendait de plus en plus au-dessus et au-dessous du caillot primitif. Lorsque le cheval fut sacrifié (après huit jours), l'intérieur de l'artère carotide examiné, présenta trois caillots distincts qui oblitéraient l'artère dans l'étendue de 25 centim. 5 millim. Le caillot du milieu correspondait à l'injection, il était plus foncé, noirâtre, granuleux, et avait 3 cent. 5 millim. de long.

En résumé, après l'injection du perchlorure de fer, quatre minutes et demie ont suffi, chez le mouton et chez le cheval, pour amener, dans l'artère carotide, la formation d'un caillot assez consistant et assez adhérent pour ne pas être chassé par l'impulsion de la colonne sanguine venant du cœur.

Tel est le fait important dont M. le docteur Pravaz a rendu témoins M. Lallemand et M. Le Coq, directeur de l'École de Lyon. M. le docteur Pravaz poursuit ses recherches; il fait connaître ces premiers résultats, afin d'attirer sur cette méthode d'oblitération des vaisseaux artériels, l'attention des expérimentateurs et des praticiens. Jusqu'à présent les observations de M. le docteur Pravaz ont été purement expérimentales, et instituées de manière à constater directement le mode d'action de l'agent coagulateur qu'il emploie. Pour son application à la guérison des anévrismes, chez l'homme, le procédé doit être ainsi modifié; c'est dans la poche anévrismale qu'il conviendra de porter le perchlorure de fer, après avoir préalablement arrêté la circulation par la compression de l'artère au-delà de l'anévrisme, c'est-à-dire entre la tumeur et les capillaires. La quantité de liqueur styptique employée sera en raison du volume de la tumeur anévrismale et la durée de la compression de 4 à 5 minutes environ. Ces conditions, suivant M. Pravaz, sont suffisantes pour qu'il se forme un caillot compact, volumineux, capable d'obstruer l'artère à la manière d'un bouchon et de produire le même effet qu'une ligature.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 Janvier 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

M. le ministre de la guerre envoie à l'Académie des échantillons d'eau thermale provenant des sources d'Hammam, près de Sétif, province de Constantine. (Com. des eaux minérales.)

Ligature de l'artère carotide primitive pour un anévrisme de la face.

M. BENOIT, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, adresse une observation dont l'objet est suffisamment indiqué par le titre suivant : Tumeur anévrismale de l'artère faciale droite (ayant 35 centimètres de circonférence à la base et 7 centimètres de saillie); — larges communications entre la cavité anévrismale et de nombreux vaisseaux artériels voisins; — emploi de la galvano-puncture sans résultat; — ligature de la carotide primitive droite; — succès complet. (Comm. MM. Laugier et Larrey.)

M. le docteur BOULAND, inspecteur titulaire des eaux d'Enghien, adresse la lettre suivante :

« Paris, le 11 Janvier 1852.

» Monsieur le président,

» MM. de Puysaie et Le Conte, dans leur dernière lettre, expriment le désir de voir se terminer le débat survenu entre nous. Comme je partage ce sentiment, je me bornerai à maintenir l'exactitude de tous les faits mentionnés dans ma réponse, laissant à l'Académie le soin de juger la valeur de *leurs réclamations*.

» J'ai l'honneur, etc. Dr BOULAND. »

M. MATHIEU fait présenter à l'Académie une pince à tenaculum fermant, qu'il vient d'exécuter d'après les indications de M. Leroy-d'Étiolles; il y trouve l'avantage de réunir deux instrumens en un seul et de diminuer le nombre des pièces contenues dans la trousse des chirurgiens. — (Voyez les figures sur la même pince, pouvant s'adapter simultanément sur le cône mobile de M. Bacheley, destiné à rendre plus facile et plus sûre la ligature des artères profondes.)

— M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de ce que, conformément à sa décision, le conseil d'administration s'est rendu auprès de M. Orfila pour lui présenter les remercîmens officiels de l'Académie.

M. ORFILA : Messieurs, je suis profondément touché des témoignages de sympathie de l'Académie. Ce sera un titre de gloire pour ma famille et pour moi. Aussi ma gratitude ne peut être égalée que par le profond sentiment de respect que j'ai toujours eu pour ce corps illustre. Je la prie de recevoir mes remercîmens.

Observation de concrétions fibreuses intestinales chez une femme.

M. GUIBOURT lit en son nom et celui de MM. Jolly et Delafond un rapport relatif à une observation de concrétions fibreuses intestinales, par MM. Claret et Lagillardaie, médecins à Vannes.

Jeanne-Louise Donio, de Loudeac (Côtes-du-Nord), âgée de 33 ans, et d'une constitution délicate, est entrée, en décembre 1850, à l'hôpital de Vannes (Morbihan), atteinte d'une sorte de dyssenterie. Au bout de trois jours, elle annonça qu'elle avait à l'anus quelque chose de dur qu'elle ne pouvait rendre. M. Claret, médecin de l'hôpital, constata alors la présence, dans le rectum, d'un corps dur, arrondi et mobile qu'il ne put parvenir à extraire. M. Lagillardaie, chargé du service chirurgical, ne fut pas plus heureux d'abord; mais à l'aide d'un instrument à deux branches, disposé comme un forceps, qui lui fut remis par M. Claret, M. Lagillardaie parvint à saisir le corps dur et à l'extraire, non sans avoir fait une déchirure à la marge de l'anus.

La malade, placée dans le service de chirurgie, éprouva pendant plusieurs jours de vives douleurs et des selles involontaires. Peu après, elle ressentit de nouveau la présence d'un autre corps dur à l'orifice de l'anus. L'extraction en fut faite à l'aide du même instrument. La malade a quitté l'hôpital dans les premiers jours de février 1851, se trouvant parfaitement rétablie.

Après quelques réflexions générales sur le peu de fréquence des calculs intestinaux chez l'espèce humaine, les auteurs du mémoire rappellent que le docteur Marcet a examiné un calcul intestinal recueilli en Ecosse, lequel était composé d'une matière veloutée alternant avec des couches de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien. Il a été reconnu que la matière veloutée était formée de fibrilles qui sont implantés à la surface du caryopse de l'avoine, dont le peuple fait sa nourriture ordinaire en Ecosse. MM. Claret et Lagillardaie font remarquer que la fille Donio faisait elle-même habituellement usage de bouillie d'avoine, et que les concrétions qu'elle a rendues sont composées de fibres feutrées comme celle examinée par le docteur Marcet, ce qui établit une analogie frappante entre les deux observations.

Là, une de ces concrétions, celle que M. le rapporteur désigne sous le n° 1, d'une forme arrondie, mais irrégulière, pèse 44 gr. 5 cent. Sa surface est couverte en partie d'un enduit noir, luisant, paraissant être de la matière fécale desséchée. Les parties non couvertes de cet enduit ont l'aspect d'un feutre très fin et tondu très ras. La masse ayant été coupée en deux à l'aide d'une scie, a présenté au centre un noyau de prune, et, tout autour, une masse homogène ayant la même apparence *d'un feutre brunâtre très fin*. On y découvre de faibles indices de couches concentriques, et, çà et là, quelques parties plus compactes composées de la même substance feutrée, mais plus imprégnée de matière fécale. Toute la masse exhale d'ailleurs une odeur fécale repoussante. Les fibres dont elle se compose, vues à la loupe, sont enchevêtrées les unes dans les autres, dans tous les sens, ainsi que cela a lieu dans les égagropiles de mouton et de bœuf; mais non dans ceux du veau qui sont régulièrement couchés en tournoyant dans un même sens, tout autour de l'axe de la concrétion.

La concrétion n° 2, de forme plus allongée, pèse 27 grammes. Au centre de cette concrétion, se trouvait, comme dans la première, un noyau de prune entier, recouvert immédiatement par une couche très mince de matière verdâtre. Le reste de la masse était feutré et d'une couleur d'agaric de chêne.

Il est très probable, dit M. le rapporteur, que l'usage de l'avoine pour la nourriture du cheval, n'était pas étrangère à la fréquence des concrétions intestinales chez ce quadrupède. L'exemple de la fille Donio, venant à la suite de beaucoup de faits semblables, prouve aussi que l'avoine, imparfaitement dépouillée de son tégument poilu, peut devenir très nuisible à l'homme.

M. Guibourt rappelle à ce sujet diverses observations analogues, et de leur rapprochement, il résulte une grande ressemblance entre les concrétions qui font l'objet de ce rapport, et les égagropiles observés chez certains animaux.

M. le rapporteur conclut, pour ce qui regarde l'espèce humaine, qu'il est très utile de recommander aux habitans des contrées, où l'avoine sert à leur nourriture, de n'employer pour cet usage que de la farine préparée avec de l'avoine préalablement et exactement privée de ses poils et de sa pellicule extérieure; de l'avoine mise, en un mot, à l'état de gruau de Bretagne.

La commission propose de remercier MM. Claret et Lagillardaie de leur intéressante communication, et émet le vœu que la principale des concrétions envoyées par eux soit déposée, en leur nom, dans un des musées pathologiques.

M. DELAFOND présente à ce sujet quelques considérations sur l'origine des égagropiles chez les ruminans et chez le cheval, qu'il attribue soit aux poils de l'avoine dont ils se nourrissent, et auxquels se mêlent souvent de petits débris de dents, de cailloux ou d'autres corps étrangers, soit à ce que ces animaux, en se grattant avec leur langue, avalent souvent quelques parcelles de leur propre poil. M. Delafond met sous les yeux de l'Académie un grand nombre de ces égagropiles, dont la composition identique paraît révéler, en effet, une origine commune.

M. CAVENTOU rappelle un fait analogue qui fut communiqué à l'Académie, il y a une vingtaine d'années, et dont M. le rapporteur n'a pas parlé dans la partie historique de son rapport. Il s'agit d'un bézoard humain qui fut envoyé avec un grand nombre d'autres objets à l'empereur Napoléon par le sultan. Napoléon fit faire l'analyse de ce bézoard par Bertholet, qui le trouva entièrement composé de cholestérine.

M. J. CLOQUET : Des concrétions de cette nature se rencontrent souvent dans les gros intestins chez les habitans de l'Irlande, qui font un grand usage, pour leur nourriture, d'une espèce particulière d'avoine. M. Cloquet dit en avoir vu un beau spécimen à Dublin.

M. LAUGIER : Il y a dans le tome I des *Mémoires de l'Académie*, un mémoire de mon père, où est relaté le fait d'un calcul formé par du bois de réglisse. On peut trouver d'autres exemples de corps analogues formés par différentes substances végétales.

M. BÉRARD : Vers le milieu du dernier siècle, des égagropiles, analogues à ceux qui font l'objet de cette discussion, tombèrent entre les mains de Hunter. Hunter ne tarda pas à reconnaître leur origine. Mais, ayant remarqué que les poils dont ils sont formés présentaient toujours la même disposition, il se demanda si cela ne dépendrait pas du mouvement giratoire de l'estomac. Ce qu'il observa plus tard chez le coucou, dont le gésier brise et broie les substances les plus dures, ne fit que confirmer cette idée. Ce fait a été confirmé, en outre, depuis, par l'observation de ce mouvement giratoire chez le Canadien de M. de Beaumont.

M. GUIBOURT fait remarquer qu'on n'observe cette disposition régulière des poils, en forme de manchon, que chez les veaux. Chez les bœufs et les moutons, cette disposition régulière n'existe plus, les poils affectent des directions très diverses : il faut qu'il y ait une raison pour cela, et que le mécanisme de leur formation ne soit pas tout à fait le même.

M. DELAFOND pense que cette différence tient à ce que les veaux ne se nourrissant que de lait, les égagropiles ne sont soumis à aucun autre déplacement qu'à celui qui résulte du mouvement giratoire dont vient de parler M. Bérard, ce qui leur imprime une forme régulière ; tandis que chez les ruminans plus âgés, ces mêmes égagropiles sont au contraire soumis à des mouvemens beaucoup plus étendus et plus variés.

(1) C'est ainsi que le *Conservateur*, journal qui se publiait alors à Périgueux, s'exprime au sujet de la méthode de M. Brou de Laurière.

(2) Ces mots sont textuellement extraits de la brochure de M. Brou de Laurière.

(3) Ou du moins elle ne réussit pas. Il y avait à Ulramont deux malades très dangereusement atteints, lorsque M. Lanoelle y arriva. Eh bien! ces deux malades succombèrent malgré l'emploi de la nouvelle méthode.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— M. SERRE (d'Alais), lit un travail sur les phosphènes, dont nous donnerons un résumé dans un prochain numéro.)

Amputation sous-astragalienne du pied.

M. MAISONNEUVE présente à l'Académie une jeune fille âgée de quinze ans, à laquelle il a pratiqué, en 1850, l'amputation du pied par la méthode sous-astragalienne; tous les os du tarse, à l'exception de l'astragale, étaient affectés de carie scrofuleuse. Des fistules nombreuses, ouvertes tant à la région dorsale du pied qu'à la région plantaire, fournissaient une suppuration abondante : la petite malade, âgée alors de 12 ans, se trouvait dans un état de marasme extrême, et sa vie paraissait gravement compromise. M. Maisonneuve crut devoir recourir à l'amputation du pied, d'après une méthode encore toute nouvelle, et qui consiste à ne conserver que l'astragale, dont la présence dans la mortaise péronéo-tibiale sert à donner au moignon une forme plus régulière, et permet au malade de prendre un point d'appui sur l'extrémité du membre.

Cette opération date déjà de trois ans, et la jeune fille, qui, depuis sa sortie de l'hôpital, est employée dans une maison de commerce pour faire des courses, marche sur son moignon avec autant de facilité que si l'on eût pratiqué l'amputation de Chapart.

Une bottine ordinaire, munie seulement d'un léger coussinet dans la région correspondante au talon, suffit pour masquer complètement la difformité.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 5 Janvier 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

M. FORGET continue en ces termes :

Objectera-t-on à ces exemples de récidive, que le micrographe admet, qu'elle peut avoir lieu lorsque le tissu morbide n'a pas été enlevé en totalité. — Je ne sais si, lors de la première opération, l'attention et l'habileté du chirurgien peuvent être suspectées dans les cas que je viens de rappeler; mais il est difficile d'admettre qu'à une seconde opération, et *à fortiori* à une troisième, toutes les précautions n'aient pas été prises pour ne laisser dans la plaie aucun tissu anormal. Admettons, au surplus, que cette raison, donnée pour expliquer la récidive de ce genre de tumeurs, soit juste dans quelques circonstances, il faudra bien qu'on m'accorde que le plus souvent elle est sans fondement, et que l'habileté du chirurgien est un sûr garant de la bonne exécution de l'opération. — Eh bien! dans ce cas, si la récidive a lieu, c'est que la maladie n'est pas dans le tissu, dans le parasite dont vous avez débarrassé l'économie; celui-ci n'en est que la manifestation; vous avez enlevé celle-ci jusque dans ses dernières racines; ce n'est plus elle alors qui va se reproduire par une sorte de végétation nouvelle dont les élémens organisés auraient été laissés dans la plaie; c'est un nouveau tissu qui va se former de toute pièce; la même cause morbide va produire le même résultat. Or c'est cette cause morbifère, ce principe originel, cette puissance épigénésique qui constitue toute la maladie; c'est-là l'influence essentiellement vitale, qui ne se trouve pas sur le champ du microscope avec les tissus que vous y déposez, influence qui procède de la constitution même du sujet, qui lui reste inhérente après comme avant l'opération, inconnue dans son essence aussi bien au clinicien qu'au micographe, que ce dernier méconnaît lorsqu'il veut fonder l'étude de ces produits morbides sur l'appréciation matérielle de leurs caractères physiques; et que le premier considère avant tout et qu'il donne pour base à ses déterminations nosologiques.

On a invoqué un autre caractère différentiel : *le tissu fibro-plastique, a-t-on dit, est longtemps compatible avec un état de santé très satisfaisant, et c'est un des caractères qui le distinguent du cancer.* — Cette prérogative que l'on revendique en faveur du tissu fibroplastique, me semble tout aussi bien dévolue au tissu squirrheux, auquel il me paraît, au point de vue clinique, ressembler d'une manière frappante. Il n'est pas très rare, en effet, de voir le squirrhe de la mamelle persister pendant de longues années dans un état stationnaire, état que les observateurs ont fort judicieusement désigné sous le nom d'état de crudité; la santé générale n'est pas incompatible, d'ailleurs, avec l'existence, au sein de l'économie, d'autres productions morbides spontanées tant que ces productions ne sont pas très multipliées, tant quelles sont peu développées, et surtout lorsqu'elles ne siégent pas dans l'épaisseur ou au voisinage des organes les plus importans. — On vit et on ne se porte pas trop mal avec des tubercules dans le poumon, même dans le cerveau, tant que ceux-ci restent ce qu'on appelle à l'état latent, ce qui veut dire pas assez développés pour que leur existence se révèle par une lésion vitale ou un trouble fonctionnel quelconque.

Mais pour ne pas perdre de vue ce trait différentiel que l'on tire ainsi entre le tissu fibro-plastique et le cancer, je ne crois pas trop m'avancer en disant que bien souvent des tumeurs dont la nature cancéreuse ne put pas être mise en doute, dans la période extrême de leur développement, subsistèrent de longues années sans influencer la santé d'une manière fâcheuse.

Ainsi, j'ai vu des femmes qui avaient toutes les apparences de la santé la meilleure, et chez lesquelles le toucher me faisait découvrir un énorme champignon carcinomateux, qui, déjà, remplissait une grande partie du cul-de-sac vaginal.

J'ai sous les yeux, en ce moment, une dame anglaise âgée de 40 ans, à laquelle je donne des soins depuis trois ans, pour une tumeur mammaire qu'elle portait depuis l'âge de 28 ans; cette tumeur s'est ulcérée depuis un an; elle présente tous les caractères cliniques du cancer : c'est le diagnostic que j'en ai porté; c'est celui que sir B. Brodie a porté de son côté lors de l'examen qu'il a fait de cette malade il y a trois ans. Cependant, malgré l'accroissement et l'ulcération de la tumeur, la santé de cette dame qui est fraîche, grasse, n'a souffert aucun dérangement sérieux.

Il y a trois semaines, je voyais, rue de Milan, une dame dans le même cas. Lorsque je fus consulté, je déclarai l'incurabilité du cancer dont elle était atteinte. Cette dame avait 63 ans; sa santé était encore excellente, ses chairs étaient fermes, son visage coloré; elle était pleine d'activité et d'énergie. En moins d'un an, elle fut emportée par le plus affreux cancer que j'aie jamais observé. Elle avait un plastron de tubercules encéphaloïdes ulcérés, qui, en forme de ceinture, lui étreignait la base de la poitrine, et de ses deux seins n'en faisait plus qu'un. Cette maladie, dont la nature encéphaloïde était évidente pour l'œil le moins exercé, avait été stationnaire pendant plus de dix ans, et ne se généralisa pas.

En rappelant ces faits, auxquels sans doute chacun de mes collègues pourrait aisément en ajouter d'autres, j'ai voulu montrer combien peu de valeur il fallait accorder au caractère d'innocuité que M. Lebert assigne au tissu fibro-plastique, et qu'il donne comme trait distinctif entre lui et le cancer. Cette innocuité, comme pour le squirrhe, comme pour les tubercules, et comme pour beaucoup d'autres productions morbides, ne sera que temporaire; elle cessera lorsqu'un travail d'ulcération et de ramollissement s'emparera de ce tissu; la fréquence des opérations qu'il nécessitera alors par les récidives successives; l'abondance de la suppuration; les hémorrhagies qu'il entretiendra, en supposant qu'on l'abandonne à lui-même; tous les phénomènes enfin qui vont se succéder et qui marquent une phase nouvelle de son existence, vont bientôt établir une analogie frappante entre lui et le cancer. Et ce sera, en dernière analyse, après avoir présenté les mêmes symptômes de dépérissement, que les malades succomberont dans les deux cas.

Il me reste encore, Messieurs, à faire une courte réponse à quelques points touchés par M. Lebert. Ces points ont trait :

1° Au reproche qu'il a formulé contre les chirurgiens qui auraient mal observé, mal vu, et dont les travaux, jusqu'à ceux des micrographes modernes, n'apporteraient que des élémens fautifs à la discussion actuelle.

2° A la valeur du microscope considéré comme moyen de diagnostic et de pronostic.

C'est le propre de tous les novateurs, de tous les chefs d'école, de systématiser les résultats de leurs recherches, et dans ce travail de systématisation, souvent prématurée, de ne pas rendre aux travaux de leurs devanciers toute la justice qu'ils méritent, surtout quand ces travaux gênent les opinions que l'on veut faire accepter. M. Lebert n'a pas évité cet écueil; vous l'avez entendu passer condamnation sur les observations, sur les faits qui ont servi jusqu'à ce jour de base aux idées régnantes sur le cancer.

C'est par impression, par sentiment, dit-il, que ces opinions se sont établies et qu'elles se sont transmises jusqu'à nous.

Si cela est vrai, il faut convenir que les grands esprits qui ont fondé la science du diagnostic et qui l'ont porté à ce haut point de sagacité où nous la voyons parfois donner de si merveilleux résultats, n'ont pas été trop mal inspirés.

Mais cela n'est pas, et pour le prouver, je rappellerai que M. Lebert lui-même fait intervenir, pour asseoir ses doctrines, des faits qu'il emprunte à Ast. Cooper et à d'autres observateurs; ce qu'il ne ferait pas sans doute, si les sources que le microscope n'a pas contrôlées étaient aussi suspectes qu'il le dit. Puisque vous vous inspirez de ce passé, que vous déclarez être si pauvre, si mal habile dans l'art d'observer, quand vous y trouvez des faits qui semblent converger vers votre manière de voir, accordez-nous le même droit.

Laissez-nous croire que toute l'ancienne Académie de chirurgie, que les Desault, les Boyer, les Dupuytren, les Sanson, les Lisfranc, et tant de maîtres illustres de notre époque, n'ont pas été le jouet de fausses impressions, lorsqu'ils ont formulé leur enseignement clinique sur le cancer; qu'ils en ont tracé l'histoire générale, les variétés, les évolutions et transformations successives, enfin la terminaison.

Ils avaient bien observé surtout lorsqu'ils reconnaissaient que l'unicité de forme et de composition n'existe pas dans le cancer, lorsqu'ils en décrivaient plusieurs espèces différentes, dont les principales sont le cancer encéphaloïde, le squirrhe, le cancer colloïde, le fungus hématode, et le cancer melané, fondant chacune de ces variétés sur la prédominance de l'un ou de l'autre des élémens entrant dans leur composition, et admettant pour chacune un degré particulier de malignité.

N'avaient-ils pas à l'avance deviné, pressenti si je puis ainsi parler, le tissu fibro-plastique, en admettant un cancer local par opposition à celui dans lequel la diathèse cancéreuse est manifeste dès l'origine de la maladie.

N'avaient-ils pas indiqué cette persistance à récidiver sur place; et n'avaient-ils pas dit que ces récidives ne devaient pas enchaîner la main du chirurgien.

Dans ma thèse inaugurale, je soutenais cette même opinion devant notre savant collègue, M. Roux, que j'avais l'honneur d'avoir pour président.

Un cancer récidivé, disais-je, peut être enlevé avec succès.

Je me fondais sur la possibilité de voir le principe morbide s'épuiser, s'user, pour ainsi dire, sur place.

Des faits observés à l'hôpital de la Pitié, dans le service d'un chirurgien qui a laissé dans l'enseignement clinique de glorieux et utiles souvenirs, m'avaient porté à accepter et à soutenir cette doctrine, qui est aussi celle de M. Lebert.

N'avait-on pas, avant l'intervention du microscope, fait la remarque que, constant dans certaines formes de cancer, l'engorgement des ganglions lymphatiques n'existait pas dans un assez bon nombre de cas, et que ces cas répondaient à la variété de cancers dits enkystés. N'est-ce pas sur l'inspection de ces ganglions et sur leur degré de développement que bien des praticiens ont coutume de mesurer les chances de récidive ou de guérison après l'opération.

N'avait-on pas vu aussi que les parties avoisinant le cancer ne participent pas toujours de la nature de celui-ci; qu'une thérapeutique rationnellement instituée, peut ramener ces tissus à des conditions normales, et resserrer ainsi les limites de l'acte opératoire?

Quant à la nécessité d'emporter largement les tissus au sein desquels se sont développées ces tumeurs qui constituent fréquemment l'ostéosarcôme, l'enseignement clinique l'avait depuis longtemps reconnue; le précepte s'en trouve très formellement exprimé dans ma thèse inaugurale, consacrée aux tumeurs des os maxillaires.

Que reste-t-il donc au micrographe qui puisse justifier le reproche qu'il a adressé aux chirurgiens? Je ne vois rien, absolument rien dans le champ de la clinique qui n'ait été vu avant lui; car à coup sûr il ne saurait revendiquer pour lui le précepte qu'il donne, d'appliquer l'autoplastie aux plaies produites par l'ablation des tumeurs fibro-plastiques. Martinet de la Creuse, comme on sait, en a été l'inventeur, presque tous les chirurgiens y ont eu recours, et à considérer les résultats consignés dans la thèse de Blandin sur ce sujet, on ne voit pas que cette pratique ait bien heureusement modifié la marche et le retour du cancer dans les cas où elle fut appliquée.

De cette rapide énumération des faits acquis par les procédés ordinaires d'observation clinique, je conclus que celle ci ne mérite pas le reproche qu'on lui a fait, et que si on compare les résultats auxquels elle est arrivée avec ceux que jusqu'à ce jour le microscope a obtenus, la comparaison est tout entière à son avantage.

Prétendrait-on qu'en matière de diagnostic et de pronostic, celui-ci fasse au lit du malade plus et mieux que le clinicien? Faut-il voir sur ce terrain un progrès dans l'exploration des tumeurs au moyen de l'aiguille cannelée de M. Kuss (de Strasbourg), qui ramène avec elle des parcelles du tissu morbide, que l'on soumet à l'analyse microscopique avant de fixer l'opportunité de tel ou tel traitement? Mais dans la dernière séance, M. Lebert lui-même a condamné ce moyen d'examen, il l'a déclaré dangereux, et il a reconnu qu'il avait été suivi d'accidens inflammatoires.

Il eût pu ajouter que cette analyse n'eût rien prouvé, maintenant qu'il est bien certain que la cellule cancéreuse et le tissu fibro-plastique ne s'excluent pas l'un l'autre. L'absence de la première dans les parcelles de tissu morbide soumises à l'examen, ne voudrait pas du tout dire qu'il ne s'en trouvât pas dans d'autres points de la tumeur.

Pour lever la difficulté, M. Lebert conseille de tailler une tranche et d'emporter une portion du tissu pathologique afin qu'on puisse l'examiner; c'est-à-dire qu'il donne le conseil de faire une demie, un tiers ou un quart d'opération, que j'appellerai *opération pour voir.* J'avoue, Messieurs, qu'à une semblable proposition, tout ce que je possède de sens chirurgical s'est révolté. D'abord parce que je ne comprends pas l'innocuité d'une semblable opération, alors que vous-même déclarez être dangereuse la simple ponction. Ensuite parce que n'ayant qu'une partie de la tumeur, vous ne pouvez pas plus affirmer sa nature que vous ne le pouviez avec les débris que vous avait donnés l'aiguille du chirurgien de Strasbourg, il restera toujours une inconnue dans le tissu que vous n'aurez pas pu examiner; car, d'après vous-même, il faut, couche par couche, analyser toute la tumeur pour être bien sûr qu'elle ne renferme pas d'élémens cancéreux.

Mais enfin si, avec ces procédés d'examen qui, s'ils étaient acceptés, auraient toujours l'inconvénient grave d'abaisser le niveau des études cliniques, si, dis-je, vous portiez la lumière dans les obscurités du pronostic, peut-être se résignerait-on à y recourir. Mais il n'en est rien; ces obscurités restent pour vous ce qu'elles sont pour le praticien. Comme lui, pour juger définitivement de la nature du tissu, vous invoquez pour criterium la récidive.

Ainsi, *cancer évident; tissu encéphaloïde*; vous répondez à la famille qui vous interroge : récidive fatale.

Tissu avec des caractères moins évidens; vous doutez, vos présomptions sont fortes, mais ce ne sont que des présomptions.

Tissu fibro-plastique, cancer local; vous dites la récidive est possible.

Cette récidive aura-t-elle lieu sur d'autres points que dans la plaie? Cela n'est pas probable, direz-vous, mais cela, à la rigueur, est possible puisque cela s'est vu.

On devient plus pressant et l'on vous demande si la récidive pourrait occasionner des désordres tels que le mal, récidivé, se plaçât au-dessus des ressources de l'art, ou exigeât les plus graves opérations de la chirurgie? Oui, répondez-vous, cela est possible.

Or, je le demande, clinicien avec ou sans le microscope, n'est-ce pas le même langage qui est tenu de part et d'autre.

Si cela est ainsi, à quoi bon le diagnostic que vous proposez, diagnostic par excision partielle des tissus morbides, exposant, sans aucun profit pour le malade, à accélérer le développement de la maladie dont il est atteint, provoquant, à coup sûr, l'ulcération des tissus morbides qui, une fois qu'elle a commencé, marche avec une grande célérité, et suscite, soit par résorption, soit par infection, des accidens généraux qui peuvent devenir promptement mortels?

Je crois donc, quant à moi, et c'est par cette conclusion que je termine, qu'il faut rejeter de la pratique de semblables procédés d'exploration, d'abord parce qu'ils ne prouvent rien, parce qu'ensuite ils sont dangereux; il faut les rejeter, parce que, en prétendant qu'en dehors des recherches microscopiques il n'y a point pour les tumeurs qui nous occupent de diagnostic certain, c'est, ainsi que je le disais dans le travail que j'ai rappelé en commençant (voir l'UNION MÉDICALE, numéro 14, février 1852), contester les vérités pathologiques acquises par l'observation de nos devanciers; et parceque c'est gratuitement enlever au chirurgien sa plus belle prérogative, celle de pouvoir saisir la réalité pathologique au moyen de cette puissance d'intuition philosophique et raisonnée que confère le jugement, que l'habitude développe, que l'expérience perfectionne et qui n'est autre que ce qu'on appelle le *tact médical.*

PRESSE MÉDICALE.

Bulletin général de thérapeutique. — N°s de Septembre et d'Octobre.

De l'emploi de l'eau froide dans le traitement de quelques maladies aiguës, et en particulier de la fièvre typhoïde; par M. T.-B. ARMITAGE, membre de la Société médico-chirurgicale de Londres.

L'important travail de M. Leroy (de Béthune), sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide *intra* et *extra*, pendant toute la durée de la maladie, trouve dans le travail de M. Armitage une si éclatante confirmation, que nous croyons utile de rendre un compte détaillé de ce dernier travail. La gravité et la fréquence de la maladie que ce traitement est destiné à combattre, nous sont de sûrs garans que nos lecteurs ne s'en plaindront pas.

Il y a quelques différences entre la manière dont l'eau froide est maniée par M. Leroy et par M. Armitage. Ce dernier l'a mise en usage sous les formes suivantes :

1° Les *affusions froides* telles que Currie les a recommandées. Le malade est placé entièrement nu dans une baignoire vide, et plusieurs

seaux d'eau froide, ordinairement à 4° 44 centigrades sont versés d'une hauteur de 1 à 3 pieds et même plus, sur la tête et la poitrine; dans certains cas, l'eau est un peu plus froide; mais plus elle l'est et plus grande est la hauteur d'où on la verse, plus stimulans aussi sont les effets. Aussi, dans les cas où la stupeur est très grande, M. Armitage emploie de l'eau très froide, versée d'une assez grande hauteur. Constamment, à la suite des affusions, la température tombe souvent d'un degré. La fréquence du pouls et de la respiration diminuent aussi beaucoup, mais bien plus sensiblement demi-heure ou trois quarts d'heure après qu'immédiatement après l'affusion. Cette diminution dans les symptômes fébriles a une durée variable; mais en moyenne elle dure deux ou trois heures dans les cas graves. Pendant l'affusion, la langue, qui est souvent sèche, s'humecte et s'amollit presque constamment; la stupeur diminue et quelquefois disparaît tout à fait, ou du moins ne reprend sa première intensité que vingt quatre heures après. Le sommeil est la conséquence de cette diminution de la fièvre, et une transpiration critique se montre aussitôt que le malade est couché.

Les affusions froides nous ont paru indiquées, dit M. Armitage, dans tous les cas où, avec une élévation considérable de la température, il y a une stupeur considérable et peu d'irritabilité du système nerveux; elles sont contre-indiquées dans tous les cas où le système nerveux est fort irritable, et toutes les fois que j'en ai fait usage en pareil cas, j'ai eu à m'en repentir, à cause de l'augmentation d'irritabilité, d'agitation et d'insomnie qui en résultait. C'est que les affusions froides sont un stimulant pour le système nerveux, mais un stimulant qui diffère beaucoup des autres stimulans, en ce sens qu'il agit en même temps comme moyen de refroidissement, tandis que ceux-ci augmentent la chaleur et la fièvre. Autrement dit, les affusions rentrent dans ce que les anciens appelaient *excitans frigidum*, et conviennent par conséquent dans tous les états fébriles où une stimulation est indiquée, en même temps qu'on désire diminuer l'intensité de la fièvre.

2° Le *bain partiel* (*shallow Bath*). C'est une baignoire en bois, de 6 pieds de long, et dans laquelle on verse de 5 à 12 pouces d'eau à la température de 15° à 26° centigrades. Le malade est assis dans la baignoire; par conséquent les extrémités inférieures sont plongées dans dans l'eau. Un aide les frictionne continuellement, tandis qu'on verse doucement de l'eau du bain avec un pot sur la tête et le tronc. Cette opération est interrompue de temps en temps et le tronc est frotté de même, par un aide, en plongeant les mains dans l'eau du bain. Le malade est maintenu dans le bain un temps suffisant pour arriver au refroidissement, et le médecin, qui doit toujours être présent, fait ou non retirer le malade, suivant les phénomènes qu'il présente pendant sa durée. Ce bain a la même influence immédiate sur les phénomènes fébriles que les affusions froides, mais il n'est pas aussi stimulant, et l'on peut toujours régler la stimulation; plus l'eau est froide et plus la stimulation est forte, *et vice versa*. Toutefois, quand on élève la température de l'eau, il faut savoir qu'on diminue d'autant son action réfrigérante, et si l'on veut avoir ce dernier effet, il faut compenser l'élévation de la température par la longueur de la durée donnée au bain.

Ce bain est indiqué dans les cas de stupeur, combinée avec un degré d'irritabilité nerveuse, qui contre-indiqueraient les affusions froides. Il convient surtout chez les femmes qui, autant qu'il l'a remarqué, supportent mal les affusions.

3° L'*enveloppement* dans le drap humide a été également employé par M. Armitage dans plusieurs maladies aiguës, parfois même dans le cours de la fièvre typhoïde; mais son action, moins stimulante que celle du bain partiel, est aussi moins réfrigérante; il faut donc y revenir souvent si on veut en obtenir des effets marqués.

4° Le *bain tiède*, de 33° à 35°, dans lequel le malade est assis, ayant de l'eau jusqu'au menton, est aussi, quoiqu'on puisse croire le contraire, un moyen réfrigérant très marqué. La température perd quelquefois 1 degré en 53 minutes; à plus forte raison cet effet réfrigérant est-il plus prononcé, lorsque la température de l'eau est au-dessous de ce chiffre. Le malade s'y trouve très bien, voit diminuer la chaleur fébrile de la peau, et 5 ou 30 minutes après en être sorti, éprouve le plus souvent un frisson qui dure quelquefois un certain temps; après quoi il s'endort et tous les symptômes fébriles sont amendés. C'est le plus sédatif de tous les bains; il est indiqué, par conséquent, dans les cas où l'on désire produire une réfrigération, et dans lesquels les malades présentent une telle irritabilité du système nerveux, qu'il leur serait impossible de supporter l'excitation de l'enveloppement.

5° Les *affusions froides dans un bain tiède*. Ici le malade est plongé jusqu'au cou dans de l'eau à 33° ou 35°, et pendant qu'il est maintenu, on lui verse lentement un filet d'eau froide sur la tête. La quantité d'eau à employer chaque fois varie suivant les cas : 10 seaux au moins, 40 au plus dans les cas où il en a été fait usage. La température du bain est maintenue en laissant écouler de temps en temps de l'eau de la baignoire et en la remplaçant par de l'eau chaude. Ordinairement le malade reste tranquille pendant qu'on lui verse sur la tête les cinq ou six premiers seaux d'eau froide; mais bientôt la face exprime la douleur que le froid lui occasionne, et le malade s'échapperait du bain s'il n'était maintenu.

Cette forme de bain est très utile dans le traitement du *delirium tremens*, surtout lorsqu'il y a beaucoup de fièvre et qu'on peut craindre l'emploi de l'opium ou que ce médicament a échoué; l'amélioration est ordinairement très marquée après le premier bain; mais il est rare qu'il ne faille pas y revenir cinq ou six fois avant d'obtenir un sommeil complet, ce qui annonce la guérison prochaine.

Relativement aux applications de ces divers moyens, dit M. Armitage, il n'y a rien à ajouter à ce qui a été si bien dit par Curric. C'est toujours l'élévation de la température qui doit guider dans cet emploi du froid à l'extérieur; et il faut s'en abstenir, sauf des cas exceptionnels, dans le cas d'abaissement de la température, ou lorsque l'affaiblissement est tel, qu'on puisse craindre n'avoir pas de réaction. La présence de la transpiration n'est pas une contre-indication absolue à l'emploi de ces bains, surtout lorsqu'elle est partielle, et que la peau est chaude et sèche.

Les résultats de ce traitement ont été des plus favorables, puisque sur douze malades, traités exclusivement par l'eau froide, dont deux cas légers seulement et les dix autres très graves, dont un compliqué d'un violent délire simulant le *delirium tremens*, il n'y a eu que deux morts, et encore l'un de ces malades n'a-t-il été traité par l'eau froide qu'après l'avoir été sans succès par le calomel à haute dose, et le second n'a-t-il succombé qu'à la débilité après la terminaison complète de la maladie.

M. Armitage pose, du reste, de la manière suivante les indications de ces diverses applications de l'eau froide : suivant les cas, suivant les symptômes, du reste, qui se montrent dans la maladie, et surtout suivant l'état du système nerveux, on peut faire tomber la chaleur animale. Y a-t-il tendance à la stupeur, on emploie le moyen qui jouit de la propriété de relever et de stimuler le système nerveux, tout en abaissant la chaleur de la peau. C'est ce que l'on obtient avec de l'eau à une basse température et par des applications aussi soudaines que possible, avec les affusions froides, par exemple. Le malade est-il irritable, ces applications aggraveraient tous les symptômes, on a recours à quelques-uns de ces bains qui produisent un refroidissement, sans stimulation; c'est l'effet sédatif du froid que l'on recherche. L'enveloppement, le bain tiède à 33 ou 35° centig., prolongé pendant trois quarts d'heure ou une heure, représentent l'effet sédatif pur. Quant aux complications, elles ne méritent pas en général beaucoup d'attention. Si le traitement est bien dirigé contre l'élévation de la température, en le modifiant suivant l'état du système nerveux, on remarquera que la diarrhée, le catarrhe et la plupart des autres complications, non seulement ne s'exaspéreront pas, mais encore diminueront avec la fièvre. M. Armitage a même traité un cas très grave de fièvre typhoïde, compliquée de pneumonie, avec des demi-bains froids, des frictions et irrigations, répétés tous les jours.

Réflexions sur la trachéotomie dans le cas de croup; observation d'un enfant atteint de croup deux fois en deux ans, et opéré deux fois avec succès; par M. P. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfans malades.

Les conclusions suivantes, qui terminent cette note, en donnent une bonne idée :

1° Un enfant peut avoir deux fois le véritable croup, c'est-à-dire l'angine laryngée pseudo-membraneuse;

2° Une seconde atteinte de la maladie peut être tout aussi grave que la première, et on peut pratiquer avec succès une deuxième fois la trachéotomie;

3° On peut et on doit nourrir les malades à l'aide de la sonde œsophagienne, lorsque tous les alimens passent par la plaie;

4° Enfin, l'introduction de la sonde par le nez, chez les enfans indociles surtout, doit être préférée à l'introduction par la bouche.

Dans cette note, M. Guersant a donné quelques détails statistiques qui confirment de tous points ce qui avait été avancé par M. Trousseau, relativement aux heureux résultats de la trachéotomie : sur 40 de mes derniers opérés en ville, dit M. Guersant, j'ai eu 11 succès; dans l'année 1850, sur 20 opérations faites à l'hôpital, 7 guérisons; et à la fin de l'année 1851, sur 31 opérations, le nombre des succès s'élève à 13.

NOUVEAU BANDAGE POUR LA HERNIE CRURALE.

Les praticiens savent quelles difficultés ils éprouvent souvent pour maintenir une hernie crurale. Ils sont obligés quelquefois de recourir à plusieurs espèces de bandages et même à plusieurs bandagistes. Cela nous fait un devoir de dire que M. Charbonnier, connu par d'utiles inventions sur ce sujet, vient d'imaginer un bandage qui paraît atteindre le but, car il n'est pas comme les autres bandages, déplacé par les mouvemens de la cuisse. En raison de la mobilité de son mécanisme, la pelotte du bandage est liée au mouvement de ce membre, sans le gêner en aucune façon.

Le système que M. Charbonnier a pris pour type, dans ce perfectionnement, est le bandage *système Salmons* (auteur anglais), comme prenant mieux son point d'appui sur les os du bassin. La figure ci-jointe fera de suite comprendre son mécanisme.

Ce bandage prend son point d'appui sur le sacrum, un peu au-dessous de la colonne vertébrale, au moyen d'une *pelotte* ronde et plate. — Un *ressort* circulaire en acier poli est fixé sur cette pelotte avec une vis à portée, ce qui lui donne une certaine mobilité. — Une *tige* en acier, cintrée, s'adapte au ressort principal avec deux vis et un point d'arrêt pour régler l'inclinaison de la tige à la pelotte. — La *pelotte contentive* est de forme ovale; elle est rivée sur un pivot tournant et reliée à la tige par une forte goupille formant charnière, afin d'obtenir le mouvement d'avant en arrière et d'arrière en avant. — Enfin, une *courroie* en tricot de coton, de 90 à 100 centimètres, fixée à la pelotte d'appui, est destinée à parcourir la hanche opposée au ressort et à s'enrouler autour de la cuisse pour venir s'agraffer sur la pelotte de contention. — Cet appareil est revêtu d'un fourreau de velours gris d'Amiens, et recouvert en dessus de veau lisse.

Ce bandage, qui semble au premier abord un peu compliqué, est pourtant simple dans sa construction, et il est très bien supporté par les malades, homme ou femme. Il diffère à la fois des anciens bandages français et anglais; du premier en ce qu'il a en arrière une pelotte pour appui, en avant une pelotte mobile, et qu'il passe sur la hanche opposée à la hernie; du second en ce qu'il se termine par une pièce d'acier qui peut être abaissée ou relevée à volonté, que la pelotte contentive tourne sur un axe en tout sens; et enfin en ce qu'une courroie en tricot élastique le fixe à la cuisse.

Dans les cas où l'on aurait à faire à une hernie irréductible, la pelotte, qui a une certaine épaisseur, pourrait facilement être faite concave. Si la hernie est double, une autre plaque peut être apposée sur le même ressort au moyen d'un coulisseau.

Fauconneau-Dufresne.

COURRIER.

Le service de santé de la maison de l'empereur serait complété, dit-on, par la nomination de M. Acar, de Ham, aux fonctions de premier pharmacien de l'empereur.

On admire dans la salle des délibérations des professeurs de la Faculté de médecine de Paris, un magnifique portrait d'Ambroise Paré, attribué à Porbus l'*ancien*, contemporain de l'illustre père de la chirurgie moderne. Ce portrait a été acheté sous le décanat de M. Bérard et à sa sollicitation. C'est, sans contredit, une des plus belles pièces des collections si riches de la Faculté.

L'épidémie de fièvre jaune touche à sa fin, d'après les dernières nouvelles de la Martinique et de la Guadeloupe.

S. M. l'empereur a visité, avant-hier, l'hôpital Lariboissière (tel est le nouveau nom que porte l'hôpital du Nord, ancien hôpital Louis-Philippe). Frappé de la lenteur des travaux, l'empereur a annoncé à l'entrepreneur qu'il allait faire augmenter le nombre des ouvriers, et que sous peu on ouvrirait cet hôpital, devenu indispensable depuis la suppression de l'hôpital Bon-Secours.

L'*Akhbar* donne des nouvelles assez tristes de l'état sanitaire de Bone. Une lettre de cette ville, du 22 décembre, contient les détails suivans :

Notre épidémie se continue. Hier soir, 21, l'hôpital militaire comptait encore plus de 700 malades (737), dont 7 officiers. Le manque de places empêchait d'y recevoir de nouveaux malades, et notre hospice civil est dans le même cas sous ce rapport. Il résulte de cet état de choses que les casernes et les maisons particulières sont remplies de malades. Heureusement que la mortalité n'est pas forte : elle porte principalement sur la classe nécessiteuse, européenne et indigène, classe dont l'alimentation est mauvaise et même insuffisante.

La maladie ne se borne pas à la ville : elle s'étend à la Casbah et jusque sur l'Edouth, montagne dont l'élévation est pourtant considérable.

Les médecins sont également frappés. Le médecin en chef de l'hôpital militaire, M. Duberge, est alité depuis quelque temps déjà, ainsi que M. Mestre, médecin-major du même hôpital. Aujourd'hui même nous apprenons la maladie de deux autres médecins, MM. le docteur Moreau, médecin en chef de l'hôpital civil, et le docteur Woll Moreau, médecin-major du 10e de ligne. Le service du premier va être ajouté à celui de M. le docteur Riboulet, médecin principal à l'hôpital militaire, qui rend, depuis longtemps, de si grands services à Bone.

La mortalité, dans le civil, depuis le 1er juillet jusqu'à ce jour, s'élève à 683 personnes, dont 551 européennes et 325 indigènes; elle n'avait été, depuis le 1er janvier jusqu'au 30 juin, que de 183 individus, dont 93 européens et 90 indigènes.

Le médecin inspecteur, M. Guyon, est arrivé ici le 18, de retour de son inspection dans le sud. Dès son arrivée, il s'est empressé de visiter tous nos établissemens hospitaliers, et de conférer avec nos médecins civils et militaires, sur la nature et les causes de notre épidémie. Il a donné son approbation aux mesures prophylactiques qui avaient été prises, et il n'a rien vu à modifier aux méthodes de traitement mises en pratique.

Les pluies, depuis si longtemps attendues, ne peuvent tarder à arriver, et c'est l'opinion générale des médecins et des anciens du pays, qu'en recouvrant d'eau nos plages desséchées, elles feront disparaître notre épidémie, attribuée avec raison aux miasmes qui s'en dégagent de toutes parts, depuis les chaleurs de l'été.

Cet état de choses a vivement préoccupé M. le gouverneur général, et, par ses ordres, le courrier du 28 a porté à Bone deux médecins majors et un médecin sous-aide.

— C'est aujourd'hui le tour des navets d'être malades.

M. Morren a entretenu l'Académie royale de Belgique d'une maladie du navet, qui est commune en Angleterre et en Ecosse, et qui vient de se déclarer en Belgique.

Quand les navets sont pris de ce mal, les feuilles se flétrissent, la plante devient malingre, le bétail se refuse à les manger. Ce fléau agricole est, en Ecosse, extrêmement déplorable, parce qu'il y est ordinaire. M. David Low s'exprime ainsi à l'égard de cette maladie:

« Le navet est sujet à une sorte de gangrène. Une autre de ses maladies est le chancre. Le mal s'attaque aux racines; mais, avant, sa présence est reconnue par les feuilles, qui deviennent molles et pendantes. La racine, au lieu de se dilater selon la forme connue, se change en excroissances. Ces racines deviennent acides, et, dès le premier envahissement, les animaux domestiques refusent de les manger. L'ulcération marche successivement durant tout l'automne, et peu à peu les plantes meurent. »

Société médico-pratique de Paris (séant à l'Hôtel-de-Ville, les 2me et 4me lundi de chaque mois). Composition du bureau pour l'année 1853 :

MM. Ameuille, président;
Dreyfus, vice-président;
Aubrun, secrétaire général;
Perrin, secrétaire annuel;
Compérat, archiviste;
Janin, trésorier;
Smith, secrétaire trésorier.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.— Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 6. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 15 Janvier 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An.............. 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOUSCRIPTION

ouverte en faveur de M. Orfila dans les bureaux de L'UNION MÉDICALE:

3me Liste : M. Vallet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, à Orléans, 10 fr.; M. Debrou, chirurgien en 2me de l'Hôtel-Dieu, à Orléans, 10 fr.; M. Bigelow, à Paris, 20 fr. ; M. Demarquay, 20 fr. ; M. Hupier, 5 fr. ; MM. les agrégés en exercice de la Faculté de médecine de Paris, 200 fr.

Total de la 3me liste. . . . . 265 fr.
Total des 1re et 2me listes. . . 470 fr.
Totaux. . . . . 735 fr.

CHIRURGIE PRATIQUE.

CONSIDÉRATIONS SUR LES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS ET SUR LEUR TRAITEMENT;

Par M. A. ROBERT, chirurgien de l'hôpital Beaujon, etc.

Presque toutes les fractures de l'extrémité inférieure du radius s'accompagnent d'un déplacement plus ou moins considérable du fragment carpien. A ce point de vue, on doit les distinguer en deux espèces :

1° Celles dans lesquelles ce déplacement se fait dans le sens antéro-postérieur;

2° Celles dans lesquelles il s'opère dans le sens cubito-radial. Ce dernier déplacement peut exister seul ou combiné avec le précédent.

Cette distinction est très importante, tant sous le rapport des *lésions anatomiques* et des *symptômes*, que sous celui du *pronostic* et du *traitement*.

Le déplacement cubito-radial a surtout préoccupé Dupuytren, qui le regardait à tort comme le plus ordinaire. C'est au contraire le déplacement antéro-postérieur que les pathologistes modernes se sont principalement efforcés de combattre dans l'application de leurs moyens thérapeutiques.

Le traitement de ces fractures ne nous paraissant pas avoir été établi sur des bases positives, nous pensons que quelques réflexions sur ces deux espèces pourront offrir de l'intérêt aux chirurgiens.

I. — FRACTURES AVEC DÉPLACEMENT CUBITO-RADIAL.

Ces fractures sont rares, comparativement à celles de l'autre espèce; elles exigent, pour se produire, une violence beaucoup moins considérable que ces dernières.

Le fragment inférieur y exécute, autour d'un axe antéro-postérieur, un mouvement de bascule qui porte sa partie externe en haut et en dehors. Ce déplacement donne aux fractures de cette espèce une physionomie particulière, bien décrite par Dupuytren, et caractérisée par l'*enfoncement en coup de hache* qui existe au-dessous de l'apophyse styloïde du radius, par la *saillie considérable du cubitus*, en dedans, et par la *direction de l'axe de la main*, qui, au lieu d'être dans l'adduction comme à l'état normal, se trouve inclinée en sens contraire.

Quelle est la cause de ce déplacement? Dupuytren invoquait, pour l'expliquer, la violence de la chute et l'action des muscles qui de l'avant-bras vont à la main ; ce seraient principalement les radiaux et le long supinateur. Mais on ne comprend pas, dans cette théorie, pourquoi ce genre de déplacement est si rare, car à peine l'observe-t-on dans un dixième des cas. Il doit donc exister une disposition anatomique particulière aux fractures de cette espèce, et qui manque dans les fractures ordinaires, où ce déplacement n'a pas lieu. Ce point d'anatomie pathologique n'a pas encore été étudié jusqu'ici. Dans les cas que j'ai examinés avec soin, j'ai constaté les lésions suivantes :

1° *La fracture de l'apophyse styloïde du cubitus, ou la déchirure du ligament latéral interne de l'articulation radio-carpienne.* L'observation suivante est un exemple de la première de ces lésions :

Reignier (Savinien), boulanger, âgé de 30 ans, fit une chute le 16 juillet 1852 ; entré le lendemain à l'hôpital Beaujon, il présenta une fracture du radius du côté gauche, avec le déplacement cubito-radial du fragment inférieur, combiné avec le déplacement antéro-postérieur dont nous parlerons plus bas. On constatait facilement, au côté interne du poignet, une fracture oblique du cubitus, qui avait séparé la base de l'apophyse styloïde du reste de l'os.

2° *La rupture du fibro-cartilage radio-cubital*, et le *diastasis des os de l'avant-bras*, reconnaissable à la grande mobilité de ces os l'un sur l'autre. J'ai observé deux fois cette lésion ; dans un cas, il y avait même un écartement assez considérable du radius et du cubitus, produisant un élargissement notable du poignet.

Dans ces deux espèces de lésions, le déplacement a lieu évidemment sous l'influence des muscles radiaux et grand supinateur ; le fragment inférieur n'étant plus fixé solidement au cubitus, cède facilement à l'action de ces muscles.

3° *L'écrasement du fragment inférieur*, plus marqué en dehors qu'en dedans. De cette lésion résulte une diminution notable de la hauteur de ce fragment à sa partie externe, et l'inclinaison nécessaire du poignet vers son bord radial, et comme cela a eu lieu dans le fait suivant observé sur un couvreur tombé d'un toit, et mort le lendemain de son entrée à l'hôpital. Entr'autres lésions, il présentait la fracture du radius des deux côtés. Celle de gauche s'accompagnait du déplacement latéral du poignet, combiné avec le déplacement antéro-postérieur. A l'autopsie on trouva que le fragment supérieur avait pénétré dans le fragment inférieur, *surtout en dehors et en arrière*, qu'il l'avait fait éclater en deux fragmens latéraux sensiblement égaux, et écartés l'un de l'autre de deux à trois millimètres, ce qui augmentait d'autant le diamètre transversal de l'articulation. Il y avait en outre arrachement de l'apophyse styloïde du cubitus.

En considérant la gravité de ces lésions et la violence considérable qui est nécessaire pour les produire, on en déduit facilement toute la *gravité du pronostic*. Rarement, en effet, ces fractures guérissent sans laisser des traces plus ou moins notables. Les *conséquences* ordinaires, dans ces cas, sont la *persistance d'une difformité* plus ou moins grande du poignet, une *raideur considérable* de la main, quelquefois même une *ankylose* complète de l'articulation radio-carpienne.

Quant au *traitement*, nous avons peu de chose à en dire; il doit surtout remédier au déplacement latéral du poignet. L'attelle coudée de Dupuytren est propre à remplir cette indication; malheureusement les résultats qu'on obtient sont rarement bien satisfaisans.

II. — FRACTURES AVEC DÉPLACEMENT ANTÉRO-POSTÉRIEUR.

Ce sont celles que l'on voit le plus communément. Ici, le *déplacement* consiste dans un mouvement de rotation qu'exécute le fragment carpien autour d'un axe transversal, mouvement tel, que sa partie inférieure se porte en arrière et en haut. Ordinairement les fragmens restent en contact en avant, ou même s'écartent l'un de l'autre, tandis qu'en arrière le fragment supérieur pénètre dans l'inférieur, qui remonte sur lui.

De ce déplacement résulte la *forme du poignet* dans ces fractures. La face antérieure de l'avant-bras, au lieu de se continuer directement jusqu'à la base des éminences thénar et hypothénar, arrivée à environ deux centimètres au-dessus de ces

---

Feuilleton.

EXPOSITION DE LA DOCTRINE DES IMPONDÉRABLES, OU NOUVEAUX PRINCIPES DE MÉDECINE TRANSCENDANTE ET ANALYTIQUE;

Par César-Auguste CHRISTOPHE, docteur en médecine, membre de plusieurs Sociétés savantes. — In-8°. Paris 1852.

On entend de temps à autre des doléances plus ou moins sincères sur l'abandon par la génération médicale actuelle des études philosophiques et doctrinales de la médecine. Il est des médecins qui s'affligent même de l'absence du système qui se fait généralement sentir à cette heure et qui se lèvent tous les matins avec l'espoir de voir poindre sur l'horizon un Paracelse, un Boerrhaave ou un Broussais.

Ces doléances sont injustes. On s'occupe aujourd'hui tout autant que jamais de philosophie, de littérature et d'histoire médicales. Les grandes théories doctrinales ne sont ni aussi négligées, ni aussi honnies qu'on le croit. Tout autant qu'autrefois il existe un certain nombre de médecins pour qui ces études ont de l'attrait et du charme; car il ne faut pas croire qu'à aucune époque de la science les Barthez, les Stahl, les Cullen, les Brown aient peuplé les écoles ou les corps savans. Toujours, en médecine, les esprits de ce genre ont été une exception et en minorité.

Quant à attendre la venue de quelque systématique, ceux qui en sont là ferment évidemment les yeux à la lumière. Il n'est pas d'année qu'on n'en puisse voir un ou deux. Sans les chercher, sans les espérer, sans les craindre, j'en trouve à tout instant sur ma route; à preuve qu'en voici un tout frais éclos et qui doit procurer une satisfaction complète aux amateurs du genre.

Je m'empresse de faire connaître au lecteur les principales données de ce système qui a nom *doctrine des impondérables*, et pour initiateur M. César-Auguste Christophe.

Afin de prendre les choses de très haut, M. César-Auguste Christophe s'élève jusqu'aux astres. La plus grande vérité qui frappe le philosophe astronome, dit-il, c'est que, parmi les milliards de corps célestes qui composent l'univers, les uns sont *enflammés* et les autres sont *opaques*. C'est que les corps célestes sont formés : 1° d'un principe matériel et actif qui produit la flamme et que l'auteur appelle *phlox* ; et 2° d'un principe matériel et passif qu'il nomme *aphlox*. Le phlox est la grande âme plastique, fluide et *impondérable*, qui a organisé et qui vivifie la nature. Et l'aphlox est le *substratum* inerte, et la base pondérable et modifiable avec laquelle le phlox a construit l'univers. Le phlox se présente sous trois formes principales qui sont : 1° le calorique ; 2° l'électricité ; 3° la lumière. L'aphlox s'offre à nous sous les formes pondérables des gaz, des liquides et des solides divers.

La terre est un produit du soleil et une annexe de notre système planétaire. Elle contient en elle les rudimens de tous les élémens aphloxiques et phloxiques qui constituent l'anatomie et la physiologie de l'univers entier. Elle n'est, en quelque sorte, qu'un extrait final et un dernier bourgeon du grand arbre de la nature.

Le corps de l'homme est le résumé final et l'extrait quintescencié des élaborations immenses et progressives de la nature. Son Phlox à lui est la somme de ses *impondérables* vitalisateurs, moteurs et sensibilifians. Son Aphlox est la somme de ses pondérables gazeux, liquides et solides.

Les trois principales fonctions de l'organisme sont : 1° celle qui sécrète et dépense le *calorique vital*; 2° celle qui forme et dégage le *fluide moteur*; 3° celle qui façonne et exhale le *fluide sensible*.

La vie n'est que la calorification ou le *pyrisme*.

L'auteur résume ainsi cette première partie de son livre : « Les médecins consciencieux qui voudront s'assurer de la vérité de l'*impondéralisme*, n'auront qu'à s'adresser les questions suivantes :

« 1° L'organisme est-il autre chose qu'un composé *chimique d'impondérables* et de *pondérables* ?

» 2° L'*anatomie* n'est-elle pas exclusivement formée d'appareils *convergens, centralisateurs* et *divergens* ?

» 3° La *physiologie* pourrait-elle s'exécuter, sans les trois lois générales et locales d'*attraction*, de *sécrétisme* et d'*expansion* ?

» 4° Est-il une source permanente de chaleur; une de motilité et une de sensibilité? Oui certes: donc le *pyrisme*, l'*électrisme* et le *lucisme* sont vrais.

» 5° La chaleur, la motilité et la sensibilité ne sont-elles pas trois agens *impondérables*, qu'on peut intercepter par la section et la ligature? Oui, certes : donc le *phlox*, le *phos* et l'*aristophos* sont réels.

» Ces principes fondamentaux de l'*impondéralisme* suffiront pour assurer son rationalisme, et pour établir sa prééminence sur le vitalisme abstrait, sur le gazisme ridicule, sur l'humorisme mensonger et sur le solidisme empirique. »

Si, à première vue, vous ne comprenez pas très bien, lecteur, voici qui va aider votre intelligence; c'est l'application de ces principes à la pathologie.

L'auteur base la pathologie : 1° sur l'activité de trois foyers fonctionnels, qui sont : le *pyrisme*, l'*électrisme* et le *lucisme*; et 2° sur l'activité fonctionnelle, mais locale, de trois agens impondérables, qui sont : le *phlox*, le *phos* et le *l'aristophos*. Le pyrisme supporte, excite et nourrit l'électrisme et le lucisme, qui sont soumis, dans leur activité, à une intermittence due à un besoin de repos et de réparation, après un temps de dépense et d'épuisement; tandis que l'activité fonctionnelle du pyrisme est permanente, sous peine d'extinction et de mort. Le phlox sert à faire du phos et de l'aristophos. L'électrisme et le lucisme sont dépendans et solidaires du pyrisme, dont ils partagent le plus souvent les états francs, viciés, exaltés, affaiblis, annulés. Les trois impondérables et leurs trois foyers sécréteurs sont les agens primordiaux de la physiologie; et ils sont les patiens ou les dépositaires principaux des maladies. Les pondérables, ou les gaz, les liquides et les solides, ne sont que passifs, ne s'affectent jamais que secondairement, et sont toujours subordonnés aux impondérables, à leurs lois, à leur nature et à leur activité saine ou viciée.

L'auteur établit un cadre où il a consigné et les provocations directes,

saillies, s'incline en arrière, et présente à ce niveau une surface convexe comparée, par M. Velpeau, à un dos de fourchette. En arrière, on observe une disposition inverse: la face dorsale du poignet est située sur un plan postérieur à celui de l'avant-bras, et à l'endroit où ces deux plans se rencontrent, on voit une saillie transversale, déterminée par la projection en arrière du fragment carpien; au-dessus est une dépression dans laquelle les doigts s'enfoncent aisément. Dans cette espèce de fracture, l'extrémité inférieure du cubitus n'est pas plus saillante que d'habitude, et l'axe de la main conserve sa direction à peu près normale.

Qu'est-ce qui produit ce déplacement? Il est probable que la violence qui fracture le radius, détermine également l'inclinaison du fragment inférieur en arrière. La direction de la fracture étant presque toujours oblique en bas et en avant, la face supérieure du fragment carpien constitue un plan incliné sur lequel glisse le fragment supérieur. Mais la cause la plus puissante et la plus incontestable du déplacement est assurément l'action des *muscles* qui vont de l'avant-bras à la main, et principalement des extenseurs. Ces muscles, irrités par la douleur et l'inflammation, deviennent le siége d'une contraction involontaire et continue qui entretient le déplacement une fois qu'il est produit, et qui le reproduit après la réduction, et lorsque les efforts de celle-ci sont discontinués. C'est donc ce spasme musculaire qu'il faut combattre avant tout, si l'on veut obtenir une guérison exempte de difformité.

Le *traitement de ces fractures* a varié considérablement. Les chirurgiens qui ont suivi Dupuytren ont imaginé des appareils plus ou moins ingénieux pour repousser le fragment inférieur en avant. On s'est contenté d'abord de l'appareil ordinaire des fractures de l'avant-bras, en ayant soin d'y embrasser le poignet. Certes, on conçoit que les deux fragmens, pressés entre les deux plans parallèles formés par les attelles, puissent reprendre leur direction rectiligne. M. Goyrand proposa de ne faire descendre les compresses graduées interosseuses que jusqu'à un pouce au-dessous de l'articulation; au-dessous de ce point, elles sont remplacées, la postérieure par un coussin épais qui descend jusque sur la face postérieure du métacarpe, l'antérieure, par un coussinet cunéiforme, à base tournée en haut, s'appliquant sur la concavité antérieure de l'extrémité inférieure du radius; l'attelle postérieure descend jusque sur la face postérieure du métacarpe, l'antérieure est taillée obliquement à son bout inférieur, l'angle aigu tourné vers le bord radial du membre. Le tout est fixé au moyen d'une bande assez serrée.

MM. Diday et Huguier ont imaginé chacun un *appareil à extension continue.*

M. Nélaton a modifié l'appareil de M. Goyrand, en plaçant des compresses graduées épaisses en arrière, transversalement sur le carpe et sur le fragment inférieur; en avant, longitudinalement sur le fragment supérieur. Il place ensuite deux attelles, qu'il fixe au moyen d'une bande.

M. Malgaigne applique les compresses graduées comme M. Nélaton; mais il ne prolonge les attelles que jusqu'au niveau des articulations carpiennes, et les maintient avec trois bandelettes de diachylon espacées, qui permettent de voir à nu les parties latérales du membre fracturé.

M. Velpeau s'est contenté d'immobiliser le membre au moyen d'un appareil inamovible embrassant le poignet.

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE LA SUETTE;

Par M. Bonnet, d.-m. p., professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Bordeaux, etc.

(Suite. — Voir le numéro du 13 Janvier 1853.)

Sueurs. — Nous venons de voir, par exemple, que les médecins de nos jours ne sont pas d'accord sur la conduite à tenir relativement à la sueur. Les uns veulent qu'on la provoque ou qu'on l'accroisse, les autres sont d'avis de la supprimer brusquement. Eh bien! Ces deux opinions ne me paraissent pas en harmonie avec les préceptes d'une bonne pratique: il ne faut pas, selon moi, provoquer les sueurs ou les rendre plus abondantes, parce qu'elles ne sont jamais critiques, parce qu'elles ne soulagent jamais, parce qu'elles sont une cause puissante de débilité, et qu'en privant le sang de sa partie séreuse, elles lui font perdre de ses qualités nutritives et stimulantes, ce qui ajoute à la faiblesse, rend l'hématose de plus en plus imparfaite, et favorise la formation de ces congestions pulmonaires qui précèdent et occasionnent la mort dans la suette. Mais s'il n'est pas indiqué de déterminer ou d'activer la diaphorèse, on ne doit pas non plus la supprimer prématurément, car il est impossible que la cessation subite d'une exhalation cutanée aussi générale et aussi copieuse ne contribue pas à produire les engorgemens viscéraux qui surviennent par redoublement ou par accès chez les suettiques, et qu'on a tant de motifs de redouter. On devrait donc ne rien faire pour provoquer ou accroître la sueur, et ne rien faire pour la supprimer. En d'autres termes, se tenir également éloigné de ceux qui étouffent les malades sous d'épaisses couvertures et de ceux qui les font lever et sortir, bien qu'ils soient en pleine transpiration. Ainsi, au lieu d'entasser sur eux couvertures sur couvertures, on ne les couvrira pas plus qu'à l'ordinaire, la chambre sera sans feu, le lit sans rideaux, les portes et les fenêtres ouvertes pendant les redoublemens, afin que l'air se renouvelle et se rafraîchisse. Il sera convenable également qu'on profite des intervalles de rémission pour faire le lit, changer de linge, essuyer la peau avec des serviettes très chaudes, etc.

Congestions sanguines. — Les congestions viscérale et dermoïque, qui ont lieu dans la suette, sembleraient ne pouvoir être mieux combattues que par la saignée. Cette dernière, cependant, ne réussit pas toujours, et c'est même parce qu'elle a eu chez quelques sujets de fâcheux résultats, que la plupart des médecins de la Dordogne et de l'Agénais en étaient venus à prétendre qu'elle est alors constamment nuisible et souvent mortelle. Mais cette condamnation absolue de la saignée n'est en réalité basée que sur une fausse appréciation des cas où il est permis et nécessaire d'y recourir. La vérité est que ces effets varient suivant l'époque où on la pratique; si c'est pendant que les malades présentent tous les signes d'une violente réaction, on n'a généralement qu'à se féliciter de son emploi; si, au contraire, on attend qu'il y ait une prostration considérable, que le pouls soit à peine sensible, et que les congestions internes, d'actives qu'elles étaient dans le principe, soient devenues passives, elle est toujours nuisible et dans quelques circonstances suivie d'une mort immédiate.

Voilà la source de l'erreur dans laquelle sont tombés les détracteurs de la saignée. Ils ne s'en sont mal trouvés que parce qu'ils y ont eu recours dans des cas où tout devait les engager à s'en abstenir.

Ce n'est pas seulement de nos jours, d'ailleurs, qu'on a préconisé les évacuations sanguines dans la fièvre miliaire. — Sydenham en faisait un usage fréquent; — Allioni dit dans son ouvrage: « *Si erysis pelas morbum inchoet, generosè mittendus sanguis est; præcipuè si caput obsideat. Vix credibile quantus fiat tunc, sanguinis impetus. Eo in casu plerumque repetit ex naribus hemorragia cum œgri utilitate* (1). » — Meyseray assure que la saignée est un remède précieux dans la suette, et donne d'excellens préceptes sur son emploi.—Boyne tient absolument le même langage; — s'il faut en croire Tessine, elle aurait eu le plus grand succès dans l'épidémie d'Hardivilliers; — les médecins de Toulouse, en 1782, la prescrivaient pour peu que le cas fût grave; — les commissions qui furent envoyées dans les départemens de l'Oise et de Seine-et-Marne, recouraient tantôt à la saignée générale, tantôt à la saignée capillaire, et recommandent beaucoup de les imiter; — à Périgueux, MM. les docteurs Galy et Pindray se sont parfaitement trouvés aussi des émissions sanguines; — M. le docteur Bonhomme, qui habite le village d'Escouarre, sur les bords de l'île, près Périgueux, m'a assuré avoir, par ce moyen, sauvé comme par enchantement deux ou trois suettiques qui paraissaient voués à une mort certaine; — M. Caillat, enfin, assure en avoir obtenu les plus heureux résultats à Sézanne (Marne), en 1849.

Remarquez ensuite que la nature elle-même nous dit qu'il est souvent avantageux de désemplir les vaisseaux dans la suette. N'est-ce pas là ce que signifient ces épistaxis, ces flux hémorrhoïdaux, ces menstrues abondantes, qui, survenant tout à coup au milieu des accidens les plus formidables, en amènent la solution ou procurent un grand soulagement? Sans aucun doute, et cela seul suffirait pour démontrer l'utilité des évacuations sanguines. D'après moi, donc elles peuvent être employées dans la fièvre sudatoire; on devra y avoir recours ou s'en abstenir, suivant que les sujets seront dans l'une ou dans l'autre des conditions que j'ai spécifiées plus haut.

La nécessité de tirer du sang une fois reconnue, il sera bien de donner la préférence à l'ouverture de la veine, surtout lorsque la suette est récente et que les viscères vers lesquels les fluides se dirigent n'ont pas eu le temps de s'enflammer. Il n'y a jamais eu phlegmasie quand la maladie ne dure que depuis 6, 12, 24 heures, ce n'est qu'après, et encore fort rarement, qu'un état réellement inflammatoire peut se déclarer. Dans ce dernier cas, d'ailleurs, la saignée capillaire ne serait indiquée que tout autant qu'il y aurait gastro-entérite, colite, etc.; ce qui est loin d'être fréquent. J'ajouterai qu'avant de piquer la veine ou de poser les sangsues, il est indispensable de changer les patiens de linge, afin qu'ils soient le moins possible en transpiration lorsqu'on les découvre.

Epigastralgie. — L'épigastralgie est un phénomène qui dénote plutôt une irritation des nerfs qui se distribuent à l'estomac qu'une phlegmasie de ce viscère. Les gastro-entérites véritables n'en produisent pas de pareils; et puis s'il en était ainsi, on devrait trouver, sinon toujours, du moins le plus souvent des traces de phlogose dans le tube digestif, et nous savons que ce dernier est pour l'ordinaire à l'état normal ou ne présente que de légères arborisations. Ce symptôme, par conséquent, ne réclame pas aussi fréquemment l'emploi de la saignée capillaire que MM. Barthez, Gueneau de Mussy et Landouzy l'ont prétendu. Pour mon compte, je pense qu'il sera

(1) *Allioni, tractatu de miliarum origine, progressu, naturâ et curatione. Augustæ taurinorum*, 1758, in-8°.

---

sympathiques et synergiques, et les provocations indirectes et de solidarité, des états morbides des trois foyers fonctionnels, et des états morbides des trois agens impondérables. Ainsi :

A l'hyperpyrisme correspondent l'hyperélectrisme, l'hyperlucisme, l'hyperphloxie.

A l'hyperphloxie correspondent l'hyperphosie, l'hypéristophosie.

A la cacophlogose correspondent la cacophosose, la cacoaristophosose, etc.

Tout cela doit vous paraître si clair, bien-aimé lecteur, que vous n'avez besoin ni d'explications, ni de commentaires. S'il se présentait quelque esprit exigeant, nous lui répondrions avec l'auteur :

« Maintenant, nous allons tirer, des principes précédemment établis, des conséquences théoriques avantageuses, j'oserai même dire une révélation bien féconde pour la pratique. En effet, désormais l'*impondéraliste*, ou le *phloxien*, n'aura plus qu'à s'enquérir des états du pyrisme, de l'électrisme, du lucisme, du phlox, du phos, de l'aristophos; et il n'aura plus qu'à reconnaître les *ordres nosologiques* coexistans, et dont le concours et la complication constituent la maladie actuelle, la *pathie* présentement cherchée.... Or, les symptômes par lesquels nous avons caractérisé nos *trente-six ordres* nosologiques, indiqueront sûrement ceux de ces trente-six ordres qui coexisteront et qui se compliqueront actuellement pour constituer la position pathologique du malade. Mais comme nous aurons, dans la thérapeutique, un cadre de trente-six méthodes curatives, qui correspondront parallèlement aux trente-six ordres nosologiques, et qui seront propres à les combattre individuellement, le praticien n'aura donc qu'à réunir et qu'à appliquer, *respectivement*, autant de *méthodes curatives* qu'il aura diagnostiqué d'*états morbides co-existans.*»

Et en effet l'auteur donne ses trente-six ordres de médicamens : les hypopyrisans, les hyperphloxans, les antilucétiques, les anticacoaristophosotiques, etc., car je m'arrête, craignant de commettre quelque énormité dans la transcription seule de cette nomenclature extraordinaire. Je crois devoir aussi renvoyer le lecteur à l'ouvrage lui-même, impuissant que je suis à lui exprimer une opinion quelconque, et cela par la meilleure de toutes les raisons, mais que je ne veux pas dire, pour ne pas m'attirer la pitié de l'auteur.

Amédée Latour.

NOMINATIONS DANS LA LÉGION-D'HONNEUR.

Nous publions, d'après le *Moniteur*, les nominations suivantes avec les motifs indiqués dans le journal officiel :

Par décret impérial, en date du 1er Janvier 1853, rendu sur la proposition de M. le ministre secrétaire d'État au département de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion-d'Honneur :

Au grade de chevalier,

M. Braive, médecin du bureau de bienfaisance du 3e arrondissement de Paris : plus de vingt ans de service comme interne dans les hôpitaux de Paris, médecin du bureau de bienfaisance, et médecin vérificateur des décès.

M. Pétroz, médecin à Paris : travaux scientifiques et services rendus depuis quarante ans.

M. Bazin, médecin des hôpitaux de Paris depuis 1836, auteur d'un traitement de la maladie de la gale.

M. Reis, médecin du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement de Paris : en fonctions depuis vingt-huit ans, ancien chirurgien militaire, a fait la campagne d'Espagne; ancien capitaine dans la garde nationale de Paris; quatre fois réélu; a obtenu deux médailles d'honneur à l'occasion du choléra de 1832 et de 1849.

M. Puche, médecin en chef de l'hôpital du Midi ; attaché depuis quinze ans au service médical de l'hôpital du Midi, et précédemment médecin des bureaux de bienfaisance de la ville de Paris pendant dix ans; a obtenu la médaille du choléra en 1832 et en 1849.

M. Siry, médecin du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement, de la salle d'asile de la rue de Ponthieu, et médecin fondateur de la crèche du Roule; donne depuis vingt ans des consultations gratuites aux pauvres.

M. B. de Laroque, médecin à Paris; ancien médecin des hôpitaux de Paris; services distingués.

M. Ysabeau, médecin des hospices de Bourges (Cher); chirurgien militaire pendant six ans; médecin de la maison d'arrêt de Bourges depuis 1842; chirurgien de la garde nationale pendant vingt ans.

M. Le Roux, adjoint au maire de Lamion (Côtes-du-Nord); chirurgien militaire pendant six ans; médecin de l'hôpital de Lamion depuis 1817 et des prisons depuis 1821; membre du conseil municipal de cette ville depuis 1830; maire provisoire ou adjoint,

M. Montaudon, membre du conseil général de la Creuse; médecin de l'hospice de la Souterraine depuis trente ans.

M. Duffour, médecin de l'hospice de Lectoure (Gers); en fonctions depuis quarante-trois ans; médecin des prisons depuis 1830, et des épidémies depuis 1835.

M. d'Agar de Bus, maire de Reboursin (Indre); médecin des épidémies; cinquante ans de services militaires ou civils.

M. Legros de Méricourt, médecin en chef de l'hôpital général d'Orléans (Loiret); en fonctions depuis treize ans; chirurgien militaire pendant dix-sept ans.

M. Maréchal, membre du conseil général de la Moselle; a présidé le conseil général pendant quatre sessions; membre du conseil municipal de Metz depuis 1831; médecin des hospices de cette ville depuis vingt ans.

M. Bourgneuf, médecin en chef de l'hospice du Havre (Seine-Inférieure); vingt ans de fonctions; chirurgien de la garde nationale pendant le même temps.

Par la même promotion, M. Vaudremer, chef du bureau sanitaire au ministère de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— M. le docteur Deval continue ses consultations cliniques, *sur les maladies des yeux*, à son dispensaire, rue de l'Échelle, n° 8, tous les jours, à onze heures du matin, excepté le dimanche et le mercredi.

— Le 18 janvier, à 7 heures 1/2 du soir, M. Édouard Robin commencera un cours de chimie générale, suivi d'applications nouvelles à la toxicologie, à la thérapeutique, à la physiologie et à l'agriculture.

beaucoup mieux combattu : à l'extérieur, par des cataplasmes laudanisés sur la région épigastrique; à l'intérieur, par des calmans, tels que le sirop de thridace, le musc, le castorium, l'eau de laitue, de laurier, de cerise, etc. Les opiacés sont à redouter, parce qu'ils pourraient favoriser ou provoquer un raptus de sang vers le cerveau et déterminer le coma. Il serait cependant permis et même utile d'y recourir chez les personnes sèches, nerveuses et qui n'offrent pas de congestions très prononcées, soit vers les poumons, soit du côté de l'encéphale.

Coma, délire. — Les agens thérapeutiques les plus propres à remédier au coma et au délire sont les saignées générales et locales, les sinapismes aux extrémités inférieures et les purgatifs, entre autres le calomel, l'eau de Sedlitz, etc. Toutefois, si le trouble des facultés intellectuelles dépendait d'une simple excitation nerveuse, on devrait préférer les antispasmodiques aux émissions sanguines.

Constipation. — La constipation, qui est sans contredit l'un des symptômes les plus constans et les plus opiniâtres de la suette, a l'inconvénient de distendre la cavité abdominale, d'aggraver le malaise, les anxiétés épigastriques, de rendre la difficulté de respirer plus grande et de favoriser le développement des congestions cérébrales, il serait donc important d'y obvier le plus promptement possible par des lavemens, soit simples, soit purgatifs. Mais il faut ici, comme pour la saignée, avoir soin de changer les malades de linge avant de les découvrir.

Complication gastrique. — Cette complication s'est montrée plus ou moins souvent dans les diverses épidémies qui ont précédé celle de 1849. Je ne sache pas cependant qu'on s'en soit étayé sérieusement pour préconiser la méthode évacuante, et à plus forte raison pour généraliser l'emploi des vomitifs. Les médecins de la Dordogne donnaient volontiers des purgatifs à la fin de la maladie, mais ils avaient rarement recours aux émétiques; ils les regardaient comme inutiles dans la suette bénigne, et comme pouvant être fort dangereux dans la suette maligne, à cause des congestions pulmonaire et cérébrale qui se forment si facilement alors. Ces congestions, la première surtout qui existe constamment dans les cas de ce genre (1), en constituent le principal danger, et il importe à tout prix de les prévenir ou du moins de ne pas en augmenter la violence quand elles se sont développées; or, on conçoit que les secousses que le vomissement imprime à l'économie ne soient pas très propres à atteindre ce but.

Ces réflexions ne se concilient guère, il est vrai, avec les résultats si heureux et si soutenus qu'ont procurés les vomitifs dans le département de l'Oise (1849), mais sans suspecter en aucune façon l'authenticité de ces résultats, il me semble qu'on ne peut s'en rendre un compte satisfaisant, qu'en les attribuant, soit à ces causes occultes et mystérieuses qui parfois font que les épidémies, sans cesser d'être elles-mêmes, réclament une thérapeutique différente; soit à ce qu'on n'a administré les vomitifs que dans des circonstances où toute autre méthode aurait réussi. Cette dernière hypothèse, je l'avouerai franchement, est celle qui me paraît réunir le plus de probabilités en sa faveur. La suette maligne est une affection si fréquemment et si rapidement mortelle; elle s'est jouée si invariablement, en quelque sorte, de tous les moyens de l'art dans les autres épidémies, qu'il me répugne beaucoup de penser qu'elle ait été plus aisée à combattre il y a deux ans. En admettant, au contraire, qu'on n'a opéré que sur des sujets légèrement atteints, tout s'explique d'une manière plausible et naturelle, car personne n'ignore que la suette bénigne guérit toujours ou à peu près toujours, quel que soit le traitement.

Une chose d'ailleurs qui me porterait à présumer qu'il en a été ainsi, c'est que les médecins un peu éloignés des localités où règne la suette, n'arrivent presque jamais à temps pour observer des cas graves.

La fièvre miliaire présente, en effet, cette particularité, qu'elle débute pour l'ordinaire par des cas légers. Ce n'est, en général, qu'après avoir persisté pendant un certain temps avec toutes les apparences d'une grande simplicité, qu'elle prend tout à coup un caractère pernicieux et qu'elle s'accompagne souvent d'une effrayante mortalité. Ce nouvel état ne dure le plus communément que trois ou quatre jours; la maladie reprend ensuite son caractère primitif de bénignité, et finit peu à peu par disparaître.

C'est ainsi que l'épidémie s'est comportée dans les diverses localités de la Dordogne qui en ont été frappées, et c'est ce qui fait que les médecins étrangers à ce département n'ont pu arriver à temps dans aucune d'elles pour observer des cas graves. A Périgueux, en 1841, la mortalité commença le 12 septembre. Le préfet, alarmé, demanda des secours de tous côtés, et de tous côtés on se hâta de répondre à son appel, mais lorsqu'on fut sur les lieux, il ne succombait plus personne; on n'eut, à proprement parler, qu'à se retirer. Dans le département de Lot-et-Garonne, la suette suivit une marche entièrement semblable : à Miramont, Beauville, Castillannés, Montflanquin, Villeneuve-d'Agen, qui sont les villes qui eurent le plus à souffrir, il n'y eut réellement de danger que pendant trois, quatre ou cinq jours, et ici comme dans le Périgord, les médecins des pays limitrophes n'arrivèrent qu'après coup, alors que leur présence était à peu près inutile.

(1) Ce qui le prouve, c'est que, quels que soient les autres symptômes, la dyspnée devient alors sur la fin plus considérable, la poitrine s'embarrasse, s'engorge de plus en plus, et cette difficulté toujours croissante de la respiration fait que la mort a lieu pour l'ordinaire d'une manière brusque, en quelque sorte par asphyxie.

Ce qui le prouve encore, c'est que dans toutes les autopsies qui ont été faites par les médecins de la Dordogne, et l'on en compte un assez bon nombre, on a trouvé les poumons remplis d'un sang noir, dans quelques cas même présentant un état véritablement apoplectiforme.

(La fin à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 11 Janvier 1853. — Présidence de M. Bérard.

Recherches expérimentales sur les anneaux de la rétine, considérés dans leurs rapports avec la physiologie et la pathologie de la vision.

M. Serre (d'Alais) a la parole pour exposer ses recherches expérimentales sur les anneaux de la rétine, considérés dans leurs rapports avec la physiologie et la pathologie de la vision.

Il débute par quelques considérations générales sur cette sensation lumineuse, annullaire, qui suit la compression de l'œil et à laquelle il a donné le nom de phosphène.

C'est dans cette vue interne, primitive, virginale, s'effectuant sans le concours de la lumière extérieure, que M. Serre a été chercher les lois physiologiques qui régissent la vision, lorsque les lois physiques ont été accomplies en produisant sur la rétine l'image renversée des objets. Là les phénomènes sont d'une grande simplicité; leur étude y a bientôt trouvé un *criterium* inattendu qui lui a servi à rectifier certaines notions acceptées pour vraies et à formuler des prémisses sûres pour aller plus en avant dans les mystères de la physiologie de la vision.

Appliquées à la pathologie de la rétine, les phosphènes se sont montrés comme son miroir le plus fidèle, accusant et localisant ses moindres altérations, donnant, en un mot, l'exacte mesure du mal; là où la science n'avait encore que des signes trompeurs, des conjectures incertaines.

M. Serre montre son procédé d'exploration rétinoscopique : il indique les précautions à prendre pour que l'anneau apparaisse dans ses conditions les plus normales et les plus significatives, explique par le degré d'avancement de doigt sur la membrane nerveuse les réductions différentes remarquées aux anneaux perçus vers les quatre points cardinaux de l'œil et dont l'échancrure augmente à mesure que le doigt s'arrête sur un point moins avancé de cette même membrane : il faut remarquer que cette échancrure, qui avait échappé à l'esprit investigateur de Müller, de Brewster et de Purking, est constamment tournée en arrière.

Il fait voir une planche lithographiée représentant les formes prises par les sensations sous l'influence des formes diverses des corps comprimant la sclérotique et fait encore remarquer qu'elles ont une position contraire à celle de leur pression.

De ces faits, il conclut que l'arbre cérébro-oculaire jouit de la propriété de sentir retournées les impressions faites sur la rétine; que ce retournement est le résultat nécessaire d'une fonction purement physiologique, sans intervention aucune de l'élément mental, sans soupçon d'éducation préalable, puisque les mêmes phénomènes existent chez les cataractés de naissance, dont le sens de la vue n'a pu être exercé, ni par conséquent rectifié par l'action des autres sens.

Appliquant ensuite ces données expérimentales au redressement des images objectives renversées sur la rétine, M. Serre fait sommairement connaître ses idées sur cette deuxième partie du mécanisme de la vision que la physiologie avait à peine effleurée.

Une loi *physique* ayant renversé l'image, celle-ci se trouve immédiatement redressée par une loi physiologique d'une extrême simplicité et constatée par une expérience curieuse et fort remarquable par la précision de son résultat géométrique.

Cette loi, il la formule ainsi :

« Tout point de la rétine sollicité par un corps ou un rayon lumineux » répond par une sensation qui est constamment perçue selon une ligne » qui, partant du point touché, traverse le centre du cristallin et le » dépasse d'une quantité quelconque. »

Le centre optique physiologique des rayons virtuels subjectifs, producteurs de nos sensations, est facile à déterminer; nous l'avons constamment rencontré dans le centre du cristallin.

Ainsi l'anneau lumineux, ce phénomène presque insaisissable, dont la durée n'excède pas 7 à 8 tierces, devient un moyen sûr pour connaître le point géométrique d'entrecroisement des sensations visuelles nées des points excités de la rétine à travers la sclérotique.

Cette circonstance est d'autant plus remarquable, que les rayons objectifs eux-mêmes, qu'on devrait pour ainsi dire suivre à l'œil, échappent, dans leur marche, à l'investigation des physiciens.

Les uns fixent le point de leur croisement au centre de la pupille, au milieu du cristallin; le plus grand nombre derrière ce corps lenticulaire; et quelques-uns le poussent jusqu'au centre de la sphère oculaire.

Et comme d'après eux la *direction* de la vue est subordonnée à cette première route ouverte, il s'ensuit une grande divergence dans leur opinion.

Cette direction physiologique n'a pas lieu selon le centre de la sphère ou son diamètre; s'il en était ainsi, nous rapporterions nos sensations, et par conséquent les objets eux-mêmes derrière la nuque, lorsque ceux-ci seraient nés sur la dernière limite du champ visuel.

Cette même direction ne peut se faire non plus selon le *dernier rayon obtenu*, puisque son trajet dans l'œil est formé par une ligne incessamment courbée, et courbée au point de former parfois dans les grandes obliquités un véritable Z, au dire de M. Vallé.

L'arbre nerveux oculaire sensoriel est, en quelque sorte, indifférent à la marche onduleuse des rayons lumineux objectifs, dont la mission se bornerait à faire une image nette et renversée des objets antérieurs. Cette image étant produite, un travail physiologique reprend en sous-œuvre chacune de ses parties, et les renvoie par une ligne droite, en les retournant aux points correspondans de l'objet radieux, sans tenir compte de la marche brisée de ses rayons, sans que le moindre vestige d'élément mental vienne se mêler à cette opération physiologique et machinale.

L'*extériorité* et le retournement appartiennent donc au domaine exclusif de la physiologie, tandis que l'appréciation du lieu, de la distance et de la grandeur des objets rentrent dans la partie psychologique de la vision.

La vision se compose en conséquence de trois temps bien distincts :

1° Renversement *physique* du mode extérieur sur la rétine;

2° Redressement ou retournement *physiologique* des impressions faites sur cette membrane;

3° Appréciation mentale de la situation réelle des objets, de leur grandeur et de leur distance.

L'heure avancée de la séance ne permet pas à M. Serre de continuer son intéressante communication.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 8 Décembre 1852. — Présidence de M. Bouvier.

Sommaire. — Correspondance; lettre de M. A. Bonnet, de Bordeaux; conditions d'admission des membres correspondans. — Observation d'abcès multiples dans le corps thyroïde et considérations sur les maladies de cet organe, par M. Ch. Bernard; rapport de M. Marrotte sur ce travail. — Communication de M. Bouvier relative à de nouveaux appareils électriques. — De l'antagonisme des fièvres intermittentes et de la fièvre typhoïde, par M. Barthez (Ernest); discussion : M. Trousseau.

M. Roger (Henri), secrétaire général, dépouille la correspondance qui comprend l'envoi des ouvrages suivans : 1° *Compte-rendu de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Montpellier*, par M. Chrestien; 2° le numéro de septembre des *Annales des maladies de la peau*, etc., par MM. Cazenave et Chausit; 3° un *Traité des fièvres intermittentes* et une brochure sur la *Monomanie du meurtre*, etc., par M. Auguste Bonnet, professeur de pathologie interne à l'Ecole de médecine de Bordeaux, qui les adresse à l'appui de sa demande du titre de *membre correspondant*.

La Société agrée les ouvrages dont M. Bonnet veut bien lui faire hommage, et elle ordonne qu'ils seront déposés honorablement dans ses archives; des remercîmens seront adressés à cet honorable professeur, en lui notifiant les articles du réglement qui concernent les *conditions d'admission pour les membres correspondans* (1).

M. Marrotte fait un rapport sur une *observation d'abcès multiples dans le corps thyroïde*, lue dans une des séances précédentes par M. Ch. Bernard.

La structure, les fonctions et les maladies du *corps thyroïde*, dit M. Marrotte, sont assez incomplètement connues, pour que l'on accueille avec faveur tous les matériaux qui peuvent éclairer un des points de son histoire. Nous devons remercier, à ce titre, M. le docteur Ch. Bernard, de l'observation qu'il nous a communiquée.

Cette observation a été recueillie sur une femme de 30 ans, qui est venue mourir dans mon service, après un séjour de trente-six heures. Les symptômes locaux étaient ceux que l'on a assignés à l'inflammation aiguë du corps thyroïde, savoir : gonflement de la partie antérieure du cou et spécialement du corps thyroïde; rougeur et douleur à la pression; respiration anxieuse et fréquente. Mais il s'y joignait de la fièvre, une chaleur âcre de la peau et une teinte jaunâtre qui devaient faire soupçonner une altération plus profonde et la présence du pus. Il existait en même temps aux doigts annulaire et auriculaire de la main gauche des collections sous-épidermiques de pus séro-sanguinolent.

A l'autopsie, nous avons rencontré, dans le corps thyroïde, les signes qui caractérisent les différentes phases des abcès multiples; dans les autres organes, ecchymoses, pus concret, collections purulentes de petite dimension et disséminées en grand nombre à la surface de la glande et dans son intérieur. Ces caractères se trouvaient confirmés par la présence d'abcès multiples dans le foie, dans les reins, et dans les muscles superficiels du cou. Par une exception qu'il est bon de noter, il n'en existait pas dans les poumons, quoi qu'il y eût eu du râle sous-crépitant en plusieurs points, notamment à la base du poumon gauche.

Quel était le point de départ de ces abcès multiples? Les abcès sous-épidermiques étaient-ils la cause de l'infection purulente, ou bien en étaient-ils eux-mêmes une manifestation? L'état grave de la malade ne nous a pas permis de prendre, à cet égard, des renseignemens assez étendus sur la filiation des différens phénomènes; et la nécessité de faire rapidement l'autopsie d'un cadavre réclamé ne nous a pas laissé le temps d'examiner le sacrum, qui avait supporté, quelque temps auparavant, une contusion violente.

Malgré ces lacunes, les autres circonstances de l'observation sont trop précises pour qu'elle perde de son intérêt. Les exemples d'abcès multiples du corps thyroïde sont rares, et dans les recherches bibliographiques auxquelles notre confrère s'est livré à l'occasion de ce fait, Rokitanski est le seul qui en ait fait mention comme d'une lésion qu'il avait rencontrée chez des femmes mortes de fièvre puerpérale.

La commission dont je suis l'interprète vous propose, en conséquence, d'adresser des remercîmens à M. Ch. Bernard et de faire insérer en entier sa communication dans le compte-rendu que publie l'Union Médicale.

Les conclusions du rapport de M. Marrotte sont adoptées par la Société.

Quelques considérations sur les maladies du corps thyroïde, et observation d'abcès multiples dans cette glande; par M. Ch. Bernard.

Le corps thyroïde, dont on ignore encore les véritables fonctions reste ordinairement étranger aux actes physiologiques ou morbides de l'économie. Malgré le grand nombre de vaisseaux qui le parcourent, les affections, peu nombreuses d'ailleurs, dont il devient le siége, présentent une marche lente et chronique, une forme indolente, et consistent presque dans le seul développement hypertrophique simple ou organique, connu sous le nom de goître. Cependant, si rarement on voit se produire un travail inflammatoire dans le corps thyroïde, si cette phlegmasie ne se trouve même pas indiquée dans les ouvrages

(1) Art. 17. La condition de toute candidature pour le titre de membre titulaire, associé ou *correspondant*, consiste dans la présentation à la Société d'un mémoire original inédit, joint à une demande écrite d'admission. — Art. 18. Toute élection a lieu au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présens. — Art. 21. Le prix du diplôme est fixé à 20 francs pour les membres titulaires, associés, et correspondans.

français, l'inflammation de la glande thyroïde, la thyroïdite, a été observée et signalée par les médecins étrangers, principalement par les auteurs allemands.

A l'occasion d'un cas de thyroïdite aiguë, survenu à la suite d'un refroidissement chez un jeune homme de 20 ans, d'une forte constitution et d'une bonne santé, et qui guérit au bout de vingt jours sans avoir éprouvé des symptômes bien graves, M. Merchie, médecin de Gand, s'est livré à des recherches bibliographiques qui ne lui ont pas fourni des renseignemens bien étendus. Il n'a, dit-il, rencontré aucune mention de cette maladie dans les auteurs français. Les médecins allemands, sans avoir gardé le même silence, ne sont pas entrés dans de grands développemens. Cependant, Joseph Franck a donné de la thyroïdite une description rapide dans sa pathologie interne. Mais il confond l'inflammation du corps thyroïde avec celle du tissu cellulaire qui l'environne, avec le flegmon du cou, par conséquent. D'après lui, Baillie et quelques autres en auraient déjà parlé. J. Franck en a observé cinq exemples qui paraissent s'être tous terminés par la guérison. Il assigne pour cause à cette maladie un refroidissement ou l'influence d'une constitution médicale analogue à celle qui donne lieu au développement des parotides.

Quatre cas de la même affection ont été publiés par le docteur Schoninger, dans un journal allemand, en 1842 (Wurtemberg, *corresp. blatt*, 1842, n° 13). Chez deux femmes de 35 et 36 ans, le gonflement inflammatoire de la glande parut occasionné par le refroidissement; il céda chez l'une à l'application de quelques sangsues, et chez l'autre il se termina par une suppuration évacuée à l'aide de vomissemens. Chez une petite fille de trois ans, ce fut un coup qui produisit la suppuration de l'organe. On trouve encore dans le même journal une observation publiée par M. Michel et que le docteur Merchie rapproche des précédentes. Dans ce dernier cas, cependant, il s'agit d'un goître qui s'enflamma, devint le siége d'un abcès et disparut après l'ouverture de la poche.

Dans tous les faits précédens, il y avait affection idiopathique de l'organe. Mais d'après M. Merchie, au travail duquel nous renvoyons (*Archiv. belges de méd. milit.*), ou à l'extrait que vient d'en donner la *Revue médico-chirurgicale* (numéro d'octobre), Rokitanski aurait observé quelquefois des foyers purulens métastatiques dans la glande thyroïde, quand il en existait de semblables et en grand nombre dans d'autres organes, surtout à la suite de la fièvre puerpérale.

Le fait que nous allons rapporter et que nous avons pu recueillir grâce à l'obligeance de M. Mariotte et de son interne, M. Laboulbène, est un nouvel exemple, selon nous, du développement d'abcès multiples dans le corps thyroïde, et peut-être doit-on le rapprocher des cas observés par Rokitanski. Il nous a paru, à ce titre, mériter quelque intérêt malgré la simplicité et le peu de développement des détails.

Le 26 octobre dernier est entrée à l'hôpital Sainte-Marguerite, salle Sainte-Geneviève, n° 15, une fille âgée de 30 ans, demoiselle de magasin. Elle avait une fièvre assez forte, une dyspnée très prononcée; la voix était très affaiblie, et l'action de parler fatiguait beaucoup la malade, qui, au lieu de s'agiter, comme les personnes qui suffoquent, se tenait parfaitement tranquille, ne se plaignait que de souffrir un peu du cou, et avait conservé toute sa raison. Le cou présentait, à la partie inférieure et moyenne, un gonflement considérable; la peau, en ce point, était rouge et tendue; la pression ne déterminait pas une douleur très vive. Tous les organes parurent sains, à l'exception du poumon, à la base duquel l'auscultation fit entendre des râles humides. On remarqua aussi à l'extrémité du doigt auriculaire et annulaire de la main gauche une petite tumeur noirâtre et livide, formée par l'épanchement d'un pus sanieux qui soulevait l'épiderme. Au doigt annulaire, la malade portait une large bague qui étreignait assez fortement les tissus, et qui pouvait, jusqu'à un certain point, expliquer la formation de l'abcès. La même explication ne pouvait avoir lieu pour l'auriculaire, qui était parfaitement libre (application de 20 sangsues le matin sur la tumeur).

La malade, entrée le 26 au soir, succomba presque tout à coup le 27 dans la soirée, sans avoir présenté d'autres phénomènes que ceux que nous venons de rapporter, et sans avoir offert les symptômes de l'asphyxie.

D'après les renseignemens fort incomplets fournis par la malade pendant son court séjour dans la salle, et par les parens après la mort, cette fille, depuis plusieurs mois, faisait des excès d'absinthe; elle avait des idées de suicide, et la menstruation, habituellement régulière, s'était dérangée. Un mois avant d'entrer à l'hôpital, elle fit une chute très violente sur le sacrum, dont elle souffrait encore, et qui l'empêchait de marcher librement au moment de son admission. Le 22 octobre, à la suite d'un dernier excès d'absinthe, elle fut prise d'un frisson; le lendemain, elle se plaignit d'une douleur au cou et de gêne pour respirer. Ces accidens augmentèrent, et l'obligèrent enfin à se présenter à l'hôpital le 26 octobre.

L'autopsie, faite trente-six heures après la mort, nous a montré un assez grand nombre d'altérations, dont les unes étaient les indices d'une infection purulente, à laquelle cette femme nous semble avoir plutôt succombé, qu'à l'inflammation du corps thyroïde.

Cou. En disséquant couche par couche, on trouve que presque tous les muscles qui recouvrent le corps thyroïde, ont subi une altération profonde. Le tissu est moins ferme et moins résistant; il ne présente pas la couleur rouge normale qu'offrent les muscles voisins. Çà et là, les fibres musculaires sont détruites et écartées par de très petits foyers purulens. Les différentes couches sont plus adhérentes qu'à l'ordinaire, et on éprouve quelque difficulté à découvrir le corps thyroïde, qu'on parvient néanmoins à dégager tout à fait. Les deux lobes de cet organe sont bien séparés; ils ont notablement augmenté de volume; le gauche est plus gros, et la lésion pathologique y est plus avancée que dans le droit. La surface de l'organe est d'un rouge livide, et présente un grand nombre de points blancs ou jaunes, formés par des dépôts pseudo-membraneux ou par de petits abcès creusés dans le parenchyme. Une coupe, faite dans le sens longitudinal, montre, en effet, que le corps thyroïde renferme une multitude de foyers purulens, variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'une petite lentille; on aperçoit aussi quelques petits points noirs fournis par des épanchemens sanguins. Autour de ces différens foyers, le tissu de l'organe est rouge et injecté. Les ganglions, qui longent la trachée et le larynx, sont le siége d'un gonflement inflammatoire évident.

Pensant que cette tumeur devait avoir comprimé le tuyau aérien, nous avons examiné ce dernier avec beaucoup de soin. La muqueuse trachéale présentait une injection très développée et d'un rouge vif; mais il nous a été impossible d'apercevoir de rétrécissement ou d'aplatissement ni dans le larynx, dont les cordes étaient saines, dont la glotte offrait des dimensions ordinaires, ni dans la trachée. Les poumons ne nous ont offert non plus qu'un engouement assez prononcé dans le lobe inférieur gauche. Du reste, nous n'avons rencontré d'abcès métastatiques ni à la surface, ni dans le parenchyme.

Des organes contenus dans l'abdomen, nous ne parlerons que de la rate, qui était transformée en une sorte de bouillie lie de vin, du foie, des reins et des organes génitaux. Le foie, aplati, allongé, était singulièrement flasque et décoloré. A sa surface, on apercevait une multitude de petits points d'un blanc laiteux, tout au plus gros comme des grains de millet, et ne faisant d'ailleurs qu'une très légère saillie. A côté de ces points, on en voyait quelques autres plus petits d'un noir foncé. L'incision a montré que les premiers étaient formés par du pus, réuni en petits abcès, et les seconds par du sang noir et foncé. Dans l'intérieur de l'organe, on rencontrait aussi un certain nombre d'abcès semblables. La même disposition s'observait à la surface des reins. On apercevait un assez grand nombre de petits abcès, soulevant à peine la membrane propre, et ayant le diamètre d'une lentille ou d'un gros pois. L'utérus était volumineux. Son tissu fortement injecté, comme il l'est ordinairement à la suite d'un accouchement. Sa cavité renfermait une certaine quantité de mucosités sanguinolentes; la muqueuse était épaissie et assez notablement injectée. Les trompes, fermées à leur extrémité libre, présentant avec les parties voisines (ovaires et ligamens larges) des adhérences multiples et déjà anciennes, étaient toutes les deux le siége d'une hydropisie peu considérable. Enfin, j'ajouterai que les ovaires, d'un volume normal, renfermaient un certain nombre d'anciens corps jaunes de menstruation, mais que, dans le gauche, on en a trouvé un du volume d'un gros pois, d'un rouge foncé, entouré d'une membrane blanchâtre froncée, et à laquelle M. Blot, qui s'est spécialement occupé de cette question, a reconnu les caractères du corps jaune d'une conception, remontant probablement à trois ou quatre mois.

Ainsi que nous avons déjà eu l'occasion de le déclarer, il nous paraît extrêmement probable que la femme qui fait l'objet de cette note a succombé à une *infection purulente.* En effet, il nous semble impossible de contester le caractère métastatique aux abcès trouvés dans le foie et les reins. Quant à l'altération du corps thyroïde, qui s'observe très rarement, qui n'a pas même été signalée en France, il faut, croyons-nous, lui accorder la même nature et lui assigner la même cause qu'aux lésions hépatiques et rénales. Ce qu'il y a ici surtout de remarquable, c'est le développement considérable que le mal a pris dans cet organe. Faut-il faire remonter l'affection qui a enlevé cette femme à la grossesse et à l'avortement qu'il n'est permis d'admettre qu'avec beaucoup d'hésitation? Si des renseignemens plus positifs avaient permis de résoudre cette question par l'affirmative, ce cas pourrait, comme nous le disions, être rapproché de ceux où Rokitanski a observé des abcès métastatiques dans la glande thyroïde à la suite d'un état puerpéral.

— M. Bouvier fait une communication verbale relative aux *applications de l'électricité à la thérapeutique.* On se rappelle, dit-il, qu'un des membres de notre Société nous a présenté, il y a quelque temps, un fabricant d'appareils électriques, M. Legendre, dont j'examinai les instrumens, comme plusieurs d'entre nous. Je priai M. Legendre de confectionner un appareil plus fort que ceux qu'il nous apportait et en même temps à plus bas prix. Il s'est mis à l'œuvre, et il a réussi : l'administration a bien voulu faire l'acquisition de ce nouvel appareil pour mon service à l'hôpital des Enfans malades, où on pourra le voir fonctionner. J'ai pensé que, dans un moment où il importe de vulgariser en quelque sorte l'emploi de l'électricité médicale, la Société apprendrait avec intérêt les facilités nouvelles d'application que nous donne le petit appareil de M. Legendre.

— M. Barthez (Ernest) fait connaître ce qu'il a observé à Montpellier, relativement à l'*antagonisme des fièvres intermittentes et de la fièvre typhoïde.*

Dans l'intéressante communication qu'il a faite à la Société, M. Fauvel a soulevé la question de l'antagonisme de la fièvre typhoïde et de la fièvre paludéenne. Contrairement à l'opinion de M. Boudin il croit que ces maladies peuvent exister simultanément, et il en donne pour preuve la fréquence de toutes deux, sous toutes leurs formes, dans la ville de Constantinople.

Je désire exposer sur ce sujet quelques remarques que j'ai pu faire à l'hôpital St-Éloi de Montpellier, pendant quelques mois que j'ai passés dans cette ville; c'est assez dire que mon observation aurait besoin d'être répétée, pendant un temps plus long, pour acquérir un degré de certitude suffisant.

A l'hôpital Saint-Éloi, on observe les fièvres typhoïdes et intermittentes sous toutes leurs formes; mais ces maladies s'y distribuent suivant l'espèce de population qui habite l'hôpital. En effet, les malades doivent être divisés en trois catégories très distinctes.

1° *Les habitans des environs de Montpellier*, vivant presque tous au milieu des marais et sous l'influence des miasmes paludéens. Leurs maladies habituelles sont les fièvres intermittentes. L'atmosphère au milieu de laquelle ils vivent a imprimé sur eux son cachet irrécusable et indélébile. Qu'ils aient ou non la fièvre intermittente, ils sont pâles, jaunes, étiolés, cachectiques. Je ne me rappelle pas avoir vu une seule fièvre typhoïde chez les gens qui portent ce cachet.

2° *Les soldats de la ligne.* — Ces hommes jeunes, bien portans, habitent Montpellier depuis peu de temps, et sont casernés dans un endroit sec et sain. Chez eux, la fièvre typhoïde est fréquente et revêt toutes les formes que nous sommes habitués à lui voir à Paris. Au contraire, la fièvre intermittente les épargne, et si j'ai quelque souvenir de l'avoir vue, elle était au moins très rare, simple et analogue aux fièvres passagères que nous observons à Paris.

3° *Les soldats du génie.* — Ces militaires (qui, je crois, font à Montpellier un séjour plus long que les soldats de la ligne) habitent la forteresse située sur les bords du Lez. Cette petite rivière exhale, à certaines époques de l'année, des miasmes abondans, et cause chez les personnes qui habitent ses bords, de nombreuses fièvres intermittentes. Les soldats du génie se trouvent donc placés dans des conditions hygiéniques qui tiennent le milieu entre celles auxquelles sont soumis les individus des deux catégories précédentes. Comme les soldats de la ligne, ils sont jeunes, bien portans, non cachectiques; comme les habitans des marais, ils sont soumis à l'influence des miasmes paludéens.

Chez eux, les deux maladies se développent indistinctement. Ils sont atteints par toutes les formes de la fièvre typhoïde, aussi bien que par toutes les formes de la fièvre intermittente. Bien plus, les deux maladies peuvent se réunir sur le même individu. On voit alors une fièvre continue avec tous les caractères de la fièvre typhoïde qui, en outre, est coupée par des accès réguliers, donnant à l'affection une apparence effrayante de gravité. Quelques doses de sulfate de quinine font disparaître ces accès, et l'affection typhoïde, devenue très bénigne, suit son cours ordinaire.

En présence de ces faits, il m'a paru évident que les fièvres, typhoïde et intermittente, pouvaient coexister non seulement dans la même ville, mais aussi sur le même individu. Mais je crois pouvoir ajouter que probablement les personnes qui sont soumises habituellement à l'influence des miasmes paludéens, et qui prennent la cachexie, perdent la prédisposition à la fièvre typhoïde. C'est ainsi que j'expliquerais pourquoi la fièvre typhoïde est réellement rare dans certains pays marécageux; et pourquoi l'on a pu faire à M. Boudin des objections très fondées, en démontrant la coexistence des deux espèces de fièvres dans certaines contrées.

M. Trousseau pense que les faits dont vient de parler M. Barthez, et qui semblent militer en faveur de l'antagonisme de la fièvre typhoïde et des fièvres intermittentes, doivent recevoir une interprétation différente. La rareté de la dothiénentérie, observée à Montpellier, chez les individus qui avaient la fièvre intermittente, tient à ce que ces individus avaient habituellement peu de rapports avec des foyers de dothiénentérie. De même, à l'hospice général de Tours (et M. Moreau a pu faire aussi cette remarque), on compte 300 malades, mais de catégories différentes : des soldats, des gens de la campagne et des citadins. Les gens de la campagne, venant des localités où la fièvre intermittente est endémique, ont rarement la fièvre typhoïde : mais c'est qu'ils ont d'ordinaire peu de communications avec la ville, où règne la dothiénentérie; les soldats, au contraire, qui sont casernés à Tours, sont fréquemment atteints de cette dernière affection, parce qu'ils demeurent au milieu d'un foyer perpétuel, comme il arrive à Paris pour les militaires et pour les ouvriers réunis en masse dans la capitale.

Qu'arrive-t-il encore dans les parties de la Touraine où la fièvre des marais se montre endémiquement? La dothiénentérie apparaît, à la vérité, à de rares intervalles: elle procède par épidémies; elle peut manquer pendant des années; mais, que commence une épidémie, et la maladie, qui est contagieuse, gagne de village en village, et elle sévit alors sur un nombre considérable d'individus; on peut suivre ses ravages (comme l'a fait précisément M. le docteur Gendron), et ces ravages sont aussi intenses dans les pays palustres que dans les autres parties de la contrée.

M. Barthez, sans nier tout à fait la contagion de la fièvre typhoïde, rappelle pourtant qu'à l'hôpital on ne rencontre point d'exemples de cette contagion : on voit des malades contracter dans les salles, la variole, la rougeole ou la coqueluche, mais point la dothiénentérie.

Une autre condition paraît à M. Barthez, donner l'explication de cette immunité, dont les individus cachectiques par fièvre intermittente semblent jouir relativement à la fièvre typhoïde, c'est leur état même de santé mauvaise : presque toujours la dothiénentérie s'attaque à des gens bien portans; on dirait que la bonne santé est une condition de son développement. Les individus en proie à la cachexie des fièvres marémateuses ont donc par cela même une force de résistance contre la dothiénentérie.

M. Trousseau : Le mode de contagion de la fièvre typhoïde diffère de celui des fièvres éruptives: la durée de l'incubation de la variole peut être appréciée rigoureusement, dans l'inoculation du virus varioleux, par exemple. De même, à l'hôpital des Enfans, lorsque vient un varioleux, on est à peu près certain que, 15 ou 17 jours après, quelque cas de petite vérole se manifestera. Il n'en est plus ainsi pour la dothiénentérie dont l'incubation est beaucoup plus longue. En ville, on voit quelquefois la rougeole ou la scarlatine se développer, dans la même famille, chez plusieurs enfans; si la fièvre typhoïde attaque plusieurs membres d'une même famille, ce ne sera, au contraire, que très lentement. Pareillement à l'hôpital, les jeunes sujets ne contractent pas cette pyrexie dans un premier séjour; mais parfois ils reviennent atteints de cette affection dont ils ont pris le germe dans l'établissement.

Sans doute, les conditions paludéennes semblent concéder l'immunité par rapport à la dothiénentérie, comme on voit devant les grandes diathèses, devant le choléra par exemple, toutes les autres maladies se taire; mais pour peu que survienne une épidémie de dothiénentérie, cette immunité apparente cesse: seulement la fièvre continue pourra subir l'influence des conditions palustres : elle simulera parfois, au début, la fièvre intermittente: elle se montrera avec des accès vraiment intermittens. En résumé, la fièvre paludéenne ne préserve donc point de la fièvre typhoïde: il n'y a pas, comme a cherché à l'établir M. Boudin, antagonisme réel entre ces deux affections.

Le secrétaire général, Henri Roger.

RÉCLAMATION.

Au lieu d'un froid et sec *erratum* qui nous est demandé par M. le professeur Bérard, au sujet de son allocution à la dernière séance de l'Académie de médecine, nous préférons publier la lettre qu'il nous a adressée pour nous signaler une inexactitude commise dans le dernier compte-rendu :

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

De grâce! mon cher et honoré confrère, ne souffrez pas qu'un de vos rédacteurs me fasse dire que le GÉSIER DU COUCOU BRISE ET BROIE LES SUBSTANCES LES PLUS DURES!!! C'est à propos d'égagropiles que j'ai parlé de l'*estomac membraneux* et non du *gésier* du coucou. J'ai cité ce fait curieux observé par Hunter, que les coucous, à l'époque où ils se nourrissent d'une chenille à longs poils, ont parfois des égagropiles dans l'estomac, et *que les poils y sont roulés comme dans les égagropiles du veau.* C'est sur le rapprochement de ces deux faits que Hunter avait fondé sa doctrine sur le mouvement particulier à l'estomac. Voilà, mon cher confrère, à quelle occasion j'ai parlé de l'estomac du coucou. L'allusion que j'ai faite ensuite aux fameuses expériences de l'Académie *del Cimento*, répétées par Réaumur, Spallanzani et autres, sur la force énorme développée par le gésier des dindons, ne pouvait, en aucune façon, être appliquée à l'*estomac membraneux* du coucou. Jusqu'au moment où vous aurez bien voulu insérer ma réclamation dans votre journal, je n'oserai regarder un zoologiste en face s'il m'arrive d'en rencontrer un.

Agréez, etc. Bérard.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltesteet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 7. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 18 Janvier 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............. 32 Fr
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOUSCRIPTION

ouverte en faveur de M. Orfila dans les bureaux de L'UNION MÉDICALE:

MM. Boinet, 10 fr.; Ch. Petit, 20 fr.; Pointe, professeur à l'École préparatoire de Lyon, 25 fr.; Aguilhon, à Riom, 10 fr.; Piogey, 5 fr.; Dumont (de Monteux), médecin de la maison du Mont-St-Michel, 5 fr.

Total de la 4me liste.	75 fr.
Listes précédentes.	735 fr.
Total de la souscription de l'UNION MÉDICALE.	810 fr.

Plusieurs de nos abonnés nous ont écrit pour nous inviter à les inscrire au nombre des souscripteurs pour la médaille à offrir à M. Orfila, en nous priant d'ajouter à leurs mandats d'abonnement que nous faisons toucher à leur domicile la somme dont ils veulent disposer. Cette mesure n'est pas praticable; il en résulterait pour notre comptabilité une complication d'écritures qui pourrait entraîner des erreurs. Nous prions nos souscripteurs de vouloir bien envoyer leur offrande par un mandat sur la poste.

Souscription ouverte soit au bureau central de M. Amette, soit dans les bureaux de divers journaux de médecine :

La *Gazette des hôpitaux*, 30 fr.; MM. Brun, 20 fr.; Poggioli, 10 fr.; Marchal (de Calvi), 100 fr.; Oliffe, 100 fr., Destrem, 10 fr.; Charrière père et fils, 20 fr.; J. Cloquet, 40 fr.; P. Dubois, 40 fr.; Deschamps (de Melun), 20 fr.; Amette, 20 fr.; Lüer, 20 fr.; J. Guérin, 20 fr.; A. Dechambre, 20 fr.; Diday, 20 fr.; Brochin, 5 fr.; le professeur Bouisson, 20 fr.; le professeur Lereboullet (de Strasbourg), 5 fr.; Maurice Raefz (de Strasbourg), 5 fr.; Maisonneuve, 25 fr.

CHIRURGIE PRATIQUE.

CONSIDÉRATIONS SUR LES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS ET SUR LEUR TRAITEMENT;

Par M. A. ROBERT, chirurgien de l'hôpital Beaujon, etc.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Tous ces appareils me paraissent *insuffisans* ou *dangereux*.

Ils sont insuffisans, lorsque la pression qu'ils exercent sur le poignet n'est pas très forte.

Ils sont dangereux, lorsque cette pression est assez forte pour rendre l'appareil efficace, parce qu'elle expose le malade à des accidens fort graves qu'il importe de ne pas perdre de vue.

La *peau du poignet* est mince et très peu doublée de tissu cellulaire graisseux; elle est appliquée presque immédiatement sur les os, surtout en arrière, et les parties fibreuses interposées sont très peu compressibles. Ainsi comprimée entre les os et les attelles, elle reçoit difficilement le sang nécessaire pour y entretenir la vie. Aussi l'a-t-on vue plus d'une fois s'enflammer, se gangréner même sous la pression d'un appareil. Dans un cas de ce genre, observé par moi en 1847, la gangrène s'était étendue à tout le bras, si bien que je me vis dans la nécessité de pratiquer la désarticulation scapulo-humérale.

Bien que ces accidens soient assez rares, ils n'en doivent pas moins contribuer à faire suspecter une méthode de traitement qui y expose.

Mais il est un autre inconvénient attaché à ces appareils, inconvénient d'autant plus grave, qu'il est la conséquence nécessaire de la structure du poignet et des altérations que la fracture y détermine : je veux parler de la raideur de la main, que l'on observe après le traitement. Les gaînes synoviales des tendons, qui sont en arrière du radius, sont nécessairement froissées, déchirées par suite de la fracture; elles sont, par conséquent, dans un état inflammatoire plus ou moins prononcé; que cet état ne soit pas combattu, et qu'une compression, même modérée, soit exercée sur les tissus malades, il en résultera des adhérences entre les gaînes et les tendons qui les traversent, adhérences que l'immobilité du membre et la durée du traitement ne manqueront pas de rendre très étendues et très solides. Ces adhérences produisent une raideur telle, dans les doigts et le poignet, que le moindre mouvement imprimé à ces parties détermine des douleurs qui se prolongent dans tout l'avant-bras, et arrachent des cris au malade.

Ordinairement cette raideur disparaît par degrés, mais avec une lenteur désespérante; à tel point, qu'il est rare que les malades en soient débarrassés et puissent reprendre leurs occupations avant cinq ou six mois. Mais il est des cas où elle persiste beaucoup plus longtemps; et il ne manque pas d'individus qui, après avoir été atteints de fracture simple du radius, n'ont pu se servir de leur main qu'après une ou plusieurs années. Cette persistance s'observe spécialement chez les personnes âgées.

Frappés de ces inconvéniens, plusieurs chirurgiens ont complètement renoncé à l'emploi des appareils dans le traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius; déjà nous avons vu M. Velpeau se borner à immobiliser l'articulation au moyen d'un appareil dextriné. Sans doute, en agissant ainsi, on échappe aux dangers que nous avons signalés; mais la fracture ne se trouve pas réduite, et une consolidation vicieuse, sans parler de la difformité qu'elle produit dans une partie souvent découverte, surtout chez les femmes, détermine dans la direction des tendons du poignet et des surfaces articulaires radio-cubitales, un changement d'où résulte une gêne plus ou moins grande des fonctions de la main.

On voit de temps en temps aux consultations publiques des hôpitaux, des individus qui, atteints antérieurement de fracture du radius, ont été traités pour une simple entorse, ou bien sont restés sans traitement. Toujours, dans ces cas, il existe une gêne des mouvemens. Chez une malade dont la fracture vicieusement consolidée remontait à trois semaines, j'ai pu rendre à la main toute sa mobilité en rompant le cal. Un appareil dut être appliqué pour maintenir la bonne direction des fragmens; mais dès le quatrième jour il put être enlevé sans inconvéniens.

Depuis longtemps j'avais supprimé les appareils dans le traitement des lésions dont il s'agit; je me contentais de placer l'avant-bras à plat sur un coussin, et d'appliquer des topiques résolutifs autour du poignet; j'obtenais ainsi, sans exposer les malades à aucun danger, une guérison, sinon parfaite, du moins accompagnée de peu de difformité, et lorsque M. Hervez de Chégoin montra, dans un article publié en 1847, dans l'UNION MÉDICALE, le parti que l'on pouvait tirer de la position pour la guérison de ces fractures. Depuis lors je n'ai pas cessé d'employer ce moyen de traitement; voici comment il est appliqué à l'hôpital Beaujon.

Il n'est pas besoin de réduire la fracture; ce serait faire souffrir inutilement le malade. Celui-ci étant couché dans son lit, l'avant-bras est étendu horizontalement, par sa face palmaire, sur un coussin bien rempli de balles d'avoine, et placé parallèlement au tronc. Ce coussin présente un bord épais qui répond à trois travers de doigt au-dessus du pli palmaire, c'est-à-dire un peu au-dessus du niveau de la fracture, de manière que la main, privée de soutien, soit pendante au-devant de ce bord, et que l'extrémité des doigts ne touche point au lit. L'état inflammatoire, quand il existe, est énergiquement combattu par des applications de sangsues, des réfrigérans, etc. Au bout de huit à dix jours, le blessé peut se lever, en ayant soin de soutenir son avant-bras au moyen d'une écharpe, et de laisser la main pendre au-dehors.

Depuis près de cinq ans, j'ai traité de cette manière de cinquante à soixante fractures du radius, et dans tous les cas,

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Suite de l'étiologie d'Hippocrate; des eaux. — Des marais; de leur influence sur l'état physiologique et pathologique des hommes qui les habitent. — Où en était, au temps d'Hippocrate, la question des miasmes paludéens. — Des saisons; de leurs rapports avec les maladies. — Hippocrate par-devant l'observation moderne. — Comment Hippocrate entend le mot *épidémie*. — Des constitutions médicales. — Peste d'Athènes. — Légendes sur Hippocrate.

V.

Exposition des doctrines hippocratiques. — Étiologie d'Hippocrate (suite).

Des eaux.—Après avoir parlé de l'air et de son influence sur l'homme, Hippocrate passe ensuite aux eaux et à leur action qui, suivant lui, est très grande sur la production des maladies. Il les divise en eaux de sources, eaux de rivières, eaux de pluie, eaux résultant de la fonte de la neige ou de la glace. On ne trouve dans les considérations auxquelles il se livre à ce sujet, rien qui puisse être comparé ou rattaché à nos connaissances actuelles, et, comme on doit s'y attendre, les erreurs de physique y fourmillent.

S'occupant ensuite d'une autre espèce d'eaux, eaux des marais, des étangs, etc., qu'il désigne sous la dénomination générale d'eaux dormantes, Hippocrate dit, avec raison, que ces eaux sont les plus nuisibles à la santé de l'homme; mais ne soupçonnant même pas que du sein de ces eaux s'exhalent des effluves délétères, il attribue leurs funestes effets à ce qu'elles sont prises en boisson. Ainsi, malgré ces deux faits remarquables de la pratique d'Empédocle, la question des miasmes paludéens n'a pas fait un seul pas à l'époque d'Hippocrate, et, après lui, elle reste pendant un grand nombre de siècles dans l'obscurité la plus complète, jusqu'au XVIIe siècle de l'ère chrétienne, où Lancisi, médecin exerçant et observant à Rome, met en évidence le mode d'action des marais, et l'influence véritable qui les rattache aux fièvres intermittentes. Jusqu'à Lancisi, la mauvaise influence des marais était rapportée par les uns à leur humidité, par les autres à ce que, de leur sein, s'élevaient des insectes qui, s'introduisant dans le corps, y faisaient naître des maladies.

Hippocrate se trompe donc sur la nature essentielle de l'action des marais, mais s'agit-il de montrer les résultats de cette action sur l'état physiologique et pathologique des hommes qui y sont soumis, on retrouve en lui les qualités éminentes du grand maître et du grand observateur.

1° *Etat physiologique.* — Dans les pays marécageux, dit Hippocrate, la durée moyenne de la vie est raccourcie, la vieillesse y est prématurée, les enfans viennent au monde gros, boursoufflés; il semble qu'ils sont forts, mais ce n'est qu'une apparence trompeuse; peu de temps après leur naissance ils perdent leur embonpoint factice, deviennent maigres, chétifs, et meurent en grand nombre. — Nous trouvons dans les relevés statistiques de M. Villermé la confirmation des observations d'Hippocrate. Les femmes, ajoute Hippocrate, ont des conceptions plus rares et des accouchemens plus difficiles, elles deviennent plus facilement leuco-phlegmatiques.

2° *Etat pathologique.* — La grande maladie des pays marécageux est la fièvre intermittente. Là, dit Hippocrate, on voit surtout des fièvres quartes, la rate est volumineuse et dure; par le palper, on la trouve facilement dans le ventre; dans ces pays, on voit beaucoup d'hydropiques qui doivent à ces fièvres les hydropisies souvent mortelles dont ils sont atteints. Voilà ce que nous observons aux environs des marais de la Sologne et de la Bresse. Mais Hippocrate signale dans les pays marécageux deux grandes maladies : 1° une fièvre non plus intermittente, mais qui semble continue sans l'être réellement; 2° un flux de ventre avec douleurs abdominales, épreintes, selles sanguinolentes, etc., la dyssenterie, en un mot. Ces deux maladies, nous ne les observons pas dans nos climats, mais pour les trouver, il faut chercher dans des climats analogues à ceux des pays où Hippocrate observait. Les médecins de nos armées d'Afrique n'ont-ils pas signalé à l'entour des marais de l'Algérie la dyssenterie et la fièvre pseudo-continue? Les médecins anglais n'ont-ils pas décrit la fièvre rémittente bilieuse des pays chauds, si semblable de tous points, comme la fièvre pseudo-continue de nos médecins d'Afrique, à la fièvre signalée par Hippocrate? Et d'ailleurs, les médecins qui ont accompagné l'expédition française en Morée, n'ont-ils pas retrouvé dans les mêmes lieux où Hippocrate observait, il y a plus de deux mille ans, les mêmes maladies dont le père de la médecine nous a laissé la description?... Hippocrate ajoute que les habitans des pays marécageux ont des varices et des ulcères aux jambes. Il attribue les calculs urinaires à l'usage des eaux riches en parties salines, théorie erronée, dont la science moderne a fait justice.

Des saisons. — Passant ensuite à l'influence des saisons, Hippocrate divise l'année en deux saisons, l'estivale et l'hivernale. Voici, à propos des saisons, les principes posés par Hippocrate : 1° l'arrivée de l'hiver *guérit* les maladies de l'été, et l'arrivée de l'été *change* les maladies de l'hiver. En effet, l'hiver fait disparaître les fièvres intermittentes qui règnent en été et surtout en automne; l'été amende, *change* les affections chroniques de poitrine, mais ne les guérit pas; il est, en outre, des maladies épidémiques qui se montrent en été, cessent en hiver, pour reparaître l'été suivant.

2° Un deuxième principe posé par Hippocrate est le suivant : les maladies qui se développent pendant une saison, sont souvent dues à l'influence de la saison précédente. La saison hivernale engendre les maladies de la saison estivale qui lui succède, et celle-ci, à son tour, donne naissance aux maladies de la saison hivernale qui suit.

D'après la doctrine d'Hippocrate, tour à tour admise et repoussée par les médecins, la constitution lentement modifiée par les conditions atmosphériques de l'une des deux grandes saisons, est ensuite brusquement influencée quand cette saison vient à être remplacée par l'autre. Dans la saison précédente existe la cause prédisposante, dans la saison actuelle, la cause occasionnelle des maladies qui se développent.

Hippocrate admet que, dans chaque saison, prédomine une humeur particulière, et comme, d'après ses idées, toutes les maladies dépendent de la prédominance des humeurs, c'est la prédominance de telle ou telle humeur qui donne naissance aux maladies de telle ou telle saison. Les saisons, en se remplaçant, font varier les quatre humeurs, le sang, la pituite, la bile jaune et la bile noire : 1° relativement à leurs propriétés; 2° relativement à la facilité de leur déplacement.

1° En hiver, dit Hippocrate, la pituite (sucs blancs, phlegme, mucosités) prédomine, ce que prouve l'abondance des sucs blancs qui s'écoulent du nez ou qui sont rejetés de la poitrine par l'expectoration, etc.

Hippocrate observait, dans un pays où les hivers sont doux et humides; or, que voyons-nous, à Paris, sous l'influence de pareilles conditions atmosphériques? des affections des membranes muqueuses, des maladies catarrhales, des flux muqueux. Les bronchites capillaires l'emportent en nombre sur les pneumonies, les diarrhées indolentes sur les dyssenteries, etc. Les catarrhes, les flux muqueux, la pituite enfin, pour parler comme Hippocrate, prédominent donc dans les hivers doux et humides. Or, les effets d'une pareille saison devaient être infiniment plus marqués dans les pays où Hippocrate observait, puisque les conditions atmosphériques auxquelles ces effets sont liés, étaient elles-mê-

ce traitement si simple a suffi pour amener rapidement une consolidation presque toujours exempte de difformité; aucun de ces malades n'a éprouvé le moindre accident, et, ce qui est inappréciable, tous ont récupéré bientôt la liberté des mouvemens des doigts et du poignet, et ont pu reprendre les travaux pénibles de leur profession.

En analysant le mode d'action de ce traitement, on voit que le poids de la main agit précisément en sens inverse du déplacement du fragment carpien du radius, et qu'il tend à lui faire exécuter un mouvement de bascule de haut en bas et d'arrière en avant, tandis que le coussin repousse le fragment supérieur en arrière. C'est donc, à proprement parler, un appareil à extension continuelle, appareil qui, sans exercer de violence aucune sur les parties soumises à son action, n'en agit pas moins d'une manière puissante et sûre; car cette action est constante et toujours égale. Et qu'on ne croie pas, du reste, que le poids de la main soit une puissance insignifiante : il résulte des recherches que j'ai faites à ce sujet, que le poids moyen d'une main d'adulte est de 350 à 400 grammes. On comprendra facilement qu'une traction continuelle de cette force parvienne à triompher des puissances musculaires qui agissent sur le fragment inférieur.

La réduction ne s'opère pas dès le premier jour; elle ne se fait que peu à peu, et lorsque les muscles de l'avant-bras sont relâchés par la chute du travail inflammatoire : il faut ordinairement trois à quatre jours pour produire cet effet; dans des cas très graves, la réduction peut être retardée jusqu'au septième ou huitième jour par l'intensité de l'inflammation, comme dans l'observation suivante :

Le 1er novembre 1851, le concierge de la maison n° 7 de la rue de l'Université, homme âgé de 30 ans environ, fit une chute dans un escalier et se fractura l'extrémité inférieure du radius du côté droit. Le poignet présentait une déformation très considérable, et la contusion qui accompagnait la fracture était des plus violentes. Le blessé fut mis dans la position indiquée, et le membre entouré de compresses imbibées d'eau froide. Quarante sangsues furent appliquées en deux fois sur le poignet dans les premiers jours. Le cinquième, la difformité n'ayant que peu diminué, moi qui ne l'avais jamais vue persister si longtemps, je commençais à m'inquiéter; mais voyant les muscles toujours douloureux et contractés, j'insistai sur les applications réfrigérantes. L'amélioration continua, et le huitième jour la coaptation était parfaite. Un mois après l'accident la consolidation était opérée, et le poignet droit aussi bien conformé que celui du côté opposé. Cet homme a pu reprendre sa profession de tailleur, et depuis longtemps il ne conserve aucune trace de ce grave accident.

Outre sa simplicité, ce mode de traitement a cet avantage qu'il laisse le membre découvert, qu'il permet par conséquent au chirurgien d'examiner son état à tout instant, et d'y appliquer les médications topiques indiquées par l'état des parties molles.

Mais son principal avantage consiste dans la facilité avec laquelle s'exécutent les mouvemens des doigts et du poignet lorsque la consolidation est effectuée. Les gaînes synoviales des tendons, n'étant soumises à aucune compression, ne contractent point d'adhérences avec ces derniers, ou bien les faibles adhérences qui peuvent s'établir, sont rendues très lâches par les mouvemens fréquens que les malades les plus raisonnables, ne peuvent s'empêcher de faire exécuter à leurs doigts.

Un reproche pourrait être adressé à ce traitement, celui de forcer le blessé à garder le lit pendant quelques jours. Ce reproche n'est pas fondé : rien ne s'oppose, en effet, à ce que, dès les premiers jours, le malade se lève, en plaçant son membre sur une table qui supporte le coussin de la manière que j'ai indiquée. Il peut encore s'asseoir dans son lit, en prenant la précaution d'élever suffisamment le coussin qui supporte l'avant-bras.

Comme je l'ai fait remarquer, la consolidation s'effectue *plus rapidement* lorsqu'aucune constriction n'entrave la circulation dans le membre fracturé. Sous ce rapport encore, le traitement par la position offre des avantages. Quinze à dix-huit jours suffisent en général pour obtenir une consolidation qui mette à l'abri de toute déformation ultérieure. Je viens de voir un malade chez lequel ce résultat a été atteint au bout de douze jours; et j'ai traité un jeune homme chez lequel j'ai pu, sans inconvénient, cesser tout traitement au bout de huit jours.

Dans les cas où le déplacement cubito-radial complique le déplacement antéro-postérieur, il semble rationnel d'utiliser la pesanteur, en plaçant la main dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination, de manière à l'incliner sur son bord cubital. J'ai essayé de ce traitement, et les résultats que j'ai obtenus sont peu satisfaisans.

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE LA SUETTE;

Par M. BONNET, d.-m. p., professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Bordeaux, etc.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 13 et 15 Janvier 1853.)

Type. — La suette peut affecter tous les types, c'est-à-dire qu'elle peut être continue, rémittente ou franchement intermittente. Le premier de ces types s'observe infiniment plus souvent que le second, et celui-ci que le troisième. Ce n'est que dans ces deux derniers cas qu'il est réellement indiqué de recourir au quinquina ou aux préparations de ce nom.

Il y a loin de là, sans doute, à la conduite que tenaient la plupart des médecins de Périgueux, qui, en 1841, en étaient venus à n'administrer contre la suette que le sulfate de quinine; mais les fébrifuges, je le répète, n'ont d'heureux résultats que lorsque la maladie prend la marche intermittente. Quand elle est continue, ou en d'autres termes qu'au lieu d'accès, il n'y a que de simples redoublemens, ils ne font généralement que la rendre plus grave et plus rapidement mortelle. A Miramont, l'une des villes du Lot-et-Garonne, où l'épidémie a fait le plus de ravages, le sulfate de quinine a constamment échoué. Ce défaut de succès, j'en ai la ferme persuasion, n'est dû qu'à ce que la suette a presque toujours affecté le type continu dans cette localité.

Les considérations auxquelles je viens de me livrer, comprennent, si je ne me trompe, tous les préceptes généraux qu'il est utile de donner sur le traitement de la fièvre miliaire. Voici maintenant les règles de conduite qui découlent de ces préceptes pour chaque espèce de suette en particulier.

SUETTE BÉNIGNE (1).

La plupart des médecins qui ont vu la suette s'accordent à dire qu'elle guérit, quel que soit le traitement, quand elle est bénigne. Elle guérit même alors malgré les imprudences des sujets, car on trouve dans le mémoire de M. le docteur Galy (1) le passage suivant: « Le nommé P..., scieur de long, à Champagne (Dordogne), se lève, se précipite dans l'eau fangeuse d'une mare, est rapporté dans son lit et n'en recouvre pas moins la santé. — Un portefaix repousse les médicamens qu'on lui offre pour boire deux bouteilles de vin; il continue à s'enivrer les jours suivans et guérit. — Un cultivateur des environs de la Tour-Blanche, se sentant malade, s'enveloppe de son manteau, court les champs, ne se couche ni le jour ni la nuit, passe par toutes les périodes de la suette sans avoir cessé un seul jour de prendre de la nourriture. » — On trouve encore dans l'opuscule de M. Galy qu'une foule de suettiques, légèrement atteints, se rétablirent sans les secours de l'art et qu'une foule d'autres revinrent à la santé par les moyens les plus simples. Sur trois cents malades qu'il soigna conjointement avec son père, soixante ne prirent que des tisanes rafraîchissantes, furent tenus modérément couverts, changés de linge souvent, purgés après la desquammation, et eurent une convalescence heureuse et courte.

Cette manière d'agir me paraît devoir être imitée, mais seulement pour les cas les plus simples. Lorsque la suette, quoique bénigne, s'accompagne d'une assez vive céphalalgie ou d'une dyspnée plus ou moins fatigante, on cherchera à y remédier par les sinapismes appliqués aux extrémités inférieures et par les moyens hygiéniques dont j'ai parlé plus haut, c'est-à-dire qu'il faudra que les patiens n'aient qu'une couverture, que la chambre soit sans feu, les rideaux, les fenêtres et les portes ouvertes, au moins pendant les redoublemens, afin qu'un air pur et frais puisse tempérer la chaleur de la peau et dominer la violence des congestions. — Si ces symptômes sont beaucoup plus prononcés, s'ils coïncident avec un picotement, une chaleur considérable de la peau, il sera bien de pratiquer une saignée du bras. — On tiendra une conduite analogue si l'oppression est très forte et menace de le devenir davantage. — Si le malaise, l'anxiété, les constrictions épigastriques sont portés à un certain degré d'intensité, on appliquera sur la partie douloureuse un cataplasme de farine de graine de lin, arrosé de laudanum. Ce moyen me semble préférable aux linges imbibés d'eau froide que M. Rayer recommande en pareil cas. Quant aux sangsues, l'épigastralgie, je le répète, en nécessite rarement l'emploi, presque toujours elle est mieux combattue. — A l'extérieur, par les topiques opiacés. — A l'intérieur, par le musc, le castoreum, l'eau de lau-

(1) La plupart des auteurs qui ont écrit sur la suette s'accordent à la diviser en *bénigne* et en *grave* ou *maligne*, en *simple* et en *compliquée*. Aujourd'hui plusieurs médecins s'élèvent contre cette distinction. Ils allèguent, à l'appui de leur opinion, que la suette la plus simple peut changer brusquement de caractère, prendre la marche la plus grave, et partant, qu'il est impossible de se prononcer *à priori* sur l'issue de cette affection. Mais à ce compte, on pourrait en dire autant de la fièvre intermittente qu'on divise généralement en bénigne et en pernicieuse, bien qu'il soit démontré que quelquefois les fièvres d'accès bénignes revêtent tout à coup les attributs de la fièvre intermittente pernicieuse et amènent avec eux les accidens les plus formidables. Remarquez d'ailleurs que les faits dont on argue ici sont extrêmement rares : dans la règle, les suettes bénignes restent telles pendant toute leur durée : lorsque la commission dont je faisais partie arriva à Périgueux, il n'y avait plus, à deux ou trois exceptions près, que des cas simples. Eh bien ! tous ces derniers eurent une terminaison heureuse et prompte. Les gens de l'art du lieu étaient persuadés qu'il en serait ainsi, et leur sécurité venait de ce que depuis six ans que la maladie régnait dans la Dordogne, ils avaient à peu près constamment vu la suette bénigne guérir quel que fût le traitement, tandis que la suette maligne s'était jouée en quelque sorte de tous leurs efforts. On ne saurait donc trop se pénétrer de la nécessité qu'il y a d'établir entre ces deux espèces de fièvre miliaire une ligne de démarcation tranchée, et c'est pour cela que je décris séparément la manière dont on doit agir dans chacune d'elles.

(1) Ce mémoire que M. Galy envoya dans le temps à la Société de médecine de Bordeaux, a été imprimé dans le journal de cette Société.

---

mes infiniment plus prononcées dans ces pays que dans les nôtres.

2° *Au printemps*, suivant Hippocrate, le sang augmente de quantité, d'où la prédisposition aux hémorrhagies. Or, qu'observons-nous, à Paris, en cette saison? Nous voyons naître beaucoup de maladies aiguës, la pneumonie encombre nos hôpitaux aux mois de mars et d'avril; les maladies du printemps sont remarquables par l'afflux du sang et l'immense utilité des émissions sanguines. Chez les jeunes gens, on observe à cette époque où le mouvement de la vie semble se réveiller dans la nature, où une sève abondante circule dans les plantes et ranime leur vigueur éteinte, on voit, surtout chez les jeunes gens, se manifester, une activité plus grande dans le mouvement circulatoire; des phénomènes de pléthore se manifestent, des hémorrhagies nasales se produisent, on voit survenir des fièvres qui durent deux, trois, quatre jours, fièvres éphémères qu'emportent soit une hémorrhagie nasale, soit une petite saignée. Donc, ainsi que le dit Hippocrate, au printemps, le sang prédomine, c'est-à-dire se distribue d'une autre manière, circule avec plus d'activité; et qui sait, en définitive, si ce liquide n'est pas augmenté de quantité, s'il n'est pas, à cette époque, plus riche en globules, ce qui expliquerait la pléthore momentanée, les hémorrhagies, et la forme inflammatoire que revêtent les maladies en cette saison? Il y a d'intéressantes recherches à faire sur ce point curieux de pathologie.

3° *En été*, dit encore Hippocrate, la bile prédomine. En effet, dans les pays chauds on voit un organe, le foie, dont nous connaissons à peine les maladies dans nos climats tempérés, devenir le siége d'inflammations aiguës fréquentes, de suppurations vastes et profondes. Qu'est-ce à dire? C'est que le foie, dans les régions équatoriales, devient le centre d'une vitalité plus grande, d'une activité fonctionnelle plus énergique. Mais alors la sécrétion de la bile est plus abondante, ou plutôt les élémens de ce liquide se forment dans le sang en plus grande quantité. Nous comprenons alors pourquoi les maladies dites bilieuses sont si fréquentes sous le ciel brûlant des tropiques, et comment l'expression de *polycholie*, dont la signification est nulle dans nos pays, en a une très grande sur les bords de l'Indus et du Gange. Il est donc vrai qu'en été, dans les climats analogues à celui des pays où Hippocrate observait, la bile prédomine.

4° *En automne*, dit Hippocrate, le sang diminue et la *bile noire* prédomine. Dans les livres hippocratiques, c'est tantôt l'*eau*, tantôt la *bile noire* qui constitue la quatrième humeur. Or, en automne, dans nos pays, on voit survenir les maladies qui se développent sous l'influence d'un hiver doux et humide, les affections catarrhales, les maladies des membranes muqueuses; c'est donc l'*eau* qui prédomine en automne.

Ainsi, il y a au fond une ressemblance parfaite entre l'observation ancienne et l'observation moderne, sauf le langage. Dans les idées anciennes il y a donc autre chose que de la fantasmagorie, et il devait en être ainsi, car ces idées ont vécu longtemps, et il est difficile de croire qu'une idée quelconque soit viable si elle ne contient pas quelque fraction de vérité.

Ces principes d'Hippocrate sur l'influence des saisons dans la production des maladies ont été appliqués par lui dans les livres des épidémies. Le mot épidémies n'a pas, pour Hippocrate, la même signification que pour nous. Nous entendons par ce mot des maladies toujours semblables à elles-mêmes, qui sévissent sur les populations, en frappant à la fois un grand nombre d'individus, et qui, après avoir duré un certain temps, disparaissent sans retour ou reparaissent au bout d'un intervalle plus ou moins long. Dans le livre des *épidémies*, ce mot veut dire maladies populaires, régnant pendant un certain temps au sein d'une population et n'ayant d'autres caractère communs que ceux qui résultent de l'influence des mêmes conditions atmosphériques.

Dans le traité des épidémies, Hippocrate s'occupe d'abord des constitutions atmosphériques pendant un certain nombre d'années, puis des maladies qui ont régné sous l'influence de ces constitutions. C'est là qu'on a voulu trouver, ce qui n'y est pas, l'idée d'une maladie générale aiguë, d'une fièvre toujours la même dans ses phénomènes fondamentaux ou dans sa nature, variable dans ses manifestations secondaires, sous l'influence de laquelle les diverses maladies qui se développent prennent des caractères particuliers qui modifient leur nature intime, leurs symptômes, leur marche, et exigent aussi des modifications dans leur traitement. L'influence particulière, occulte, qui imprime aux maladies ces modifications profondes, s'appelle une *constitution médicale*. Dans l'opinion des partisans des constitutions médicales, ces diverses maladies, les phlegmasies, par exemple, ne sont pas des maladies principales, mais bien des effets secondaires d'une maladie générale ou fièvre qui change de nature suivant les saisons ou les constitutions atmosphériques, tantôt fièvre *inflammatoire*, réclamant les antiphlogistiques; tantôt fièvre *catarrhale* dans laquelle l'élément phlogistique disparaît pour faire place à un ensemble de symptômes victorieusement combattus par les évacuans. De cette doctrine largement et complaisamment développée par les auteurs des XVIIe et XVIIIe siècles, il n'y a aucun germe dans les livres hippocratiques. On y trouve des affections diverses rapportées aux différentes saisons, mais nulle part il n'est question d'une maladie, générale, unique, variant suivant les constitutions atmosphériques, et imprimant son cachet aux diverses affections qui se développent sous son influence.

Ainsi, en résumé, l'air atmosphérique par ses divers degrés de chaleur ou de froid, de sécheresse ou d'humidité, par ses vicissitudes plus ou moins grandes et par les substances étrangères qu'il peut accidentellement contenir, est, suivant Hippocrate, la cause d'un grand nombre de maladies. Cette observation vraie, du temps d'Hippocrate, est encore vraie aujourd'hui et le sera toujours. Mais ce qui n'est pas moins vrai, c'est que, dans l'état actuel de la science, on ne peut se rendre compte toujours, par des vicissitudes atmosphériques d'une saison, des maladies qui règnent dans cette saison. Il y a des temps, par exemple, où toutes les plaies, toutes les blessures se compliquent d'érysipèle sans qu'on puisse trouver dans un changement des conditions atmosphériques la raison de la manifestation de ces accidens qui, en effet, se produisent indifféremment dans toutes les saisons. Indépendamment de toute modification atmosphérique appréciable, il existe pour une même maladie des séries de cas tous graves en un temps, tandis que dans un autre temps tous les cas sont légers; chose grave et digne d'attention, pour le dire en passant, quand on prétend établir sur des relevés statistiques les effets thérapeutiques de tel ou tel médicament.

En méditant sur les livres hippocratiques, on peut trouver dans les maladies des différences qui permettent de les classer d'après les influences atmosphériques, les climats, les saisons, etc. Ainsi, 1° une première classe se compose des *endémies*, c'est-à-dire des maladies qui dépendent de certains climats, et sont liées aux conditions des localités où elles se produisent.

2° Une deuxième classe comprend des maladies indépendantes des localités ou des climats, et dues uniquement à l'influence des saisons. Ce sont là les maladies *épidémiques* d'Hippocrate. Il n'est pas question, dans les ouvrages du père de la médecine, des *épidémies* prises dans le sens que nous leur donnons aujourd'hui; chose singulière, puisque Hippocrate a vécu à une époque où s'est déclarée la première de ces grandes épidémies. C'est, en effet, au temps d'Hippocrate qu'a sévi dans Athènes cette grave épidémie dont l'historien Thucydide nous a transmis la description intéressante et animée, sous le nom de peste d'Athènes, nom impropre, car nous ne trouvons parmi les symptômes assignés par Thucydide à cette maladie, aucun des caractères auxquels nous reconnaissons la véritable peste, c'est-à-dire les bubons inguinaux et axillaires. Suivant une vieille légende, Hippocrate aurait joué un grand rôle dans cette épidémie, qu'il aurait fait disparaître par la prescription de mesures hygiéniques. Mais cette légende n'est qu'une fable dont le pendant est cette autre légende qui représente Hippocrate refusant les présens du grand roi Artaxercès. Le pinceau de Girodet n'a donc pas immortalisé un fait historique, mais une fiction.

(*La suite prochainement.*)

rier-cerise, de laitue, etc. — Si, comme cela a lieu pour l'ordinaire, les malades ne vont pas à la selle, on leur donnera des lavemens, d'abord frais et mucilagineux, ensuite légèrement purgatifs, si l'on n'a pas obtenu de garderobes. — S'il y avait une rémittence ou une intermittence non équivoque, on devrait, après avoir mis en usage, suivant les médications, les divers moyens ci-dessus, prescrire le sulfate de quinine : huit, dix, douze, quatorze grains suffisent généralement pour supprimer les accès.

Quel que soit, au surplus, le type de la suette bénigne, on ne donnera que des boissons douces et tempérantes : l'eau de chiendent ou d'orge, édulcorée avec le sirop de gomme ; l'orangeade, la limonade, le bouillon de poulet, de maigre de veau, le petit-lait, etc. La diète sera de rigueur et l'on ne permettra que le bouillon de volaille ou de veau, le lait coupé, etc. Enfin il sera convenable, dans la grande majorité des cas, de terminer la cure par une ou deux légères purgations.

SUETTE MALIGNE.

La suette maligne réclame les mêmes moyens hygiéniques que la suette légère. Elle réclame également les mêmes boissons, le même régime alimentaire, les mêmes agens thérapeutiques. Seulement on se hâtera davantage d'en venir à ces derniers, et on les emploiera d'une manière plus énergique. Ainsi, lorsque les redoublemens sont marqués au début de la maladie par une dyspnée considérable, une céphalalgie des plus intenses, des battemens prononcés à l'épigastre, la sensation d'une colonne de sang qui se précipite vers le cerveau, il faudra sur-le-champ ouvrir la veine du bras, tirer une grande quantité de sang et promener des sinapismes sur les extrémités inférieures. La saignée sera plus nécessaire encore s'il y a délire, coma, et on la répétera s'il ne survient pas d'amélioration sensible. Par contre, elle conviendra moins aux personnes sèches, irritables, chez qui l'excitation des viscères est plutôt nerveuse qu'inflammatoire. Les rafraîchissans, les antispasmodiques et les révulsifs produisent alors de bien meilleurs effets. On remédiera également mieux à l'épigastralgie par les calmans internes et externes que par la saignée. Celle-ci, enfin, serait nuisible et pourrait amener des accidens mortels, lorsqu'il y a prostration extrême, insensibilité du pouls, etc. Dans ce cas les sinapismes et les vésicatoires, joints aux boissons froides, astringentes ou toniques, sont les seuls moyens qui offrent des chances de succès.

La suette maligne, quoique affectant principalement le type continu, comme la suette bénigne, est plus souvent rémittente ou intermittente que cette dernière. Toutes les fois que la périodicité sera parfaitement constatée, on devra, pendant l'accès, se régler sur la nature des symptômes : si les malades présentent les signes d'une ou plusieurs congestions viscérales actives, on n'hésitera pas à tirer du sang et à tâcher de diminuer autant que possible la réaction. Si, au contraire, les extrémités sont froides, le pouls imperceptible, la faiblesse portée à son plus haut degré, etc., on appliquera des sinapismes, des vésicatoires aux jambes, et l'on prescrira à l'intérieur des médicamens propres à stimuler l'organisme, surtout le cœur et le cerveau. Dans l'un et l'autre cas, lorsque l'accès sera terminé, ou sur le point de l'être, on prescrira le sulfate de quinine à la dose, non pas de 10 ou 12 grains, mais de 20, 24, 30, 36 grains. Ce n'est qu'à ce prix qu'on sauve les malades.

CONVALESCENCE.

Une chose, en outre, sur laquelle il est essentiel d'insister, c'est le besoin qu'ont les suettiques d'être convenablement dirigés pendant leur convalescence, qui, comme on sait, est longue, difficile, très souvent suivie de rechutes. On réussira presque toujours à prévenir ce dernier résultat, si l'on se borne, après la disparition des accidens, d'abord à rendre les bouillons plus nourrissans, puis à donner des potages, des gelées, des fruits cuits, etc., dont on facilitera la digestion par de l'eau sucrée, de l'eau de Seltz, ou par de l'eau mêlée avec un quart de vin vieux. Plus tard, on en viendra aux viandes légères, le poisson, le poulet, le riz de veau, d'agneau, etc. Ce ne sera que lorsque les forces seront revenues, et que les voies digestives auront repris leur activité primitive, que le mouton, le bœuf, les viandes noires pourront être permis. J'ajouterai que les malades devront être chaudement vêtus, ne pas s'exposer trop tôt au mauvais temps, faire chaque jour un peu d'exercice, et chercher, par des distractions douces et agréables, à se prémunir contre le souvenir de leurs souffrances, et la crainte qu'ils ont de les voir se reproduire.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Addition à la séance du 29 décembre 1852. — Présidence de M. GUERSANT.

Suite de la discussion sur les tumeurs fibro-plastiques.

M. LEBERT répond à M. Marjolin :

Dans tout le cours du travail que j'ai lu devant la Société, j'ai cherché à ne taire aucune des conséquences fâcheuses que pouvaient quelquefois entraîner les tumeurs fibro-plastique. Mais, malgré cela, je suis arrivé à tracer d'une manière nette et précise des différences fondamentales entre les productions fibro-plastiques et le cancer, tant sous le rapport anatomique, aidé du microscope, que sous celui de l'observation clinique et de la thérapeutique. Je ferai ici une remarque préliminaire à laquelle j'attache une grande importance, c'est que j'ai été obligé de fonder la plupart de mes doctrines sur un grand nombre d'observations que j'ai recueillies moi-même depuis un certain nombre d'années, tant dans les hôpitaux que dans ma pratique.

Je puis dire aujourd'hui, après de nombreuses recherches, qu'il n'y a point de désaccord entre l'anatomie pathologique et la clinique ; et, soyez bien persuadé que chaque fois que vous rencontrerez des différences anatomiques constantes entre deux tissus, c'est qu'avec quelque attention vous découvrirez toujours aussi une différence de marche et de mode d'être pathologique.

Vous vous étonnez de ce que le tissu fibro-plastique se rencontre dans des conditions si diverses. A mon tour, je ne comprends pas cet étonnement. Ne vous ai-je pas dit que le tissu fibro-plastique n'était autre chose que du tissu cellulaire ou connectif en voie de formation, et que les tumeurs fibro-plastiques renfermaient exactement les mêmes élémens que le tissu connectif de l'embryon ? Qu'y a-t-il donc d'extraordinaire qu'un tissu qui est une variété du tissu cellulaire le plus répandu dans l'économie, se montre dans des localités différentes ? Le contraire serait inexplicable. Et ici, je dois insister sur un des points des plus essentiels de la différence qui existe entre le tissu fibro-plastique et le tissu cancéreux, tandis que le premier se montre dans la vie embryonale, dans l'organisme à l'état de développement complet, dans les produits de l'inflammation, de l'hypertrophie, et, enfin, dans des productions autogènes, qu'il est, en un mot, homo-omorphe : le cancer est un tissu toujours étranger à l'économie, toujours hétéromorphe.

Les différences de gravité du reste entre le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire et celui des tumeurs, n'est pas aussi tranchée que veut bien nous le faire croire M. Marjolin. Bien des testicules doivent être extirpés par suite de l'organisation définitive de ce tissu dans leur trame, lors même que l'inflammation chronique en a été le point de départ. Quant aux arthrites chroniques, elles guérissent lorsque ce tissu passe à l'état fibreux ; mais malheureusement ce n'est pas le cas le plus fréquent. Souvent, au contraire, le tissu fibro-plastique qui constitue cette masse lardacée autour des articulations, et que tous les chirurgiens reconnaissent avec crainte, s'organise pour son propre compte, et si bien que l'amputation seule débarrasse le malade de ses souffrances. D'un autre côté, les tumeurs fibro-plastiques essentielles peuvent tout aussi bien se flétrir et disparaître, que le tissu fibro-plastique d'origine phlegmasique, prenne la kéloïde pour laquelle je l'ai observé.

Pour ce point de doctrine comme, du reste, je ne crains pas de le dire, pour tous les autres, M. Marjolin n'a opposé à mes analyses de faits que de simples assertions manquant de base, en ce sens qu'il n'a produit aucune espèce de pièce justificative et de statistique raisonnée, tirée de sa propre expérience.

Quant aux faits appartenant à d'autres, il faut avouer qu'il n'a pas eu la main heureuse dans son choix.

Passons un peu en revue plusieurs de ces faits et voyons ce qui en restera après une analyse complète.

L'observation d'un cancer à marche lente, héréditaire dans une famille, que Marjolin a tirée de l'ouvrage de Boyer, se rapporte à une pièce qui est conservée dans le musée Dupuytren. C'est une tumeur cartilagineuse pure et simple, un enchondrôme, comme peuvent l'attester mes honorables collègues MM. Lenoir, Houel et Follin. Les tumeurs dures que plusieurs membres de cette famille portaient aux orteils se rapportent admirablement bien aussi à l'histoire de l'enchondrôme, M. Marjolin a donc prouvé la thèse contraire, l'hérédité d'une tumeur non cancéreuse, et ce fait doit être élagué complètement de la discussion.

Le second fait est celui d'une hypertrophie de la mamelle, enlevée par M. Lenoir en 1845. M. Marjolin raconte qu'une portion de la tumeur avait été envoyée à M. Mandl, qui y avait trouvé les élémens du cancer, tandis que de mon côté j'avais trouvé les élémens de la mamelle à l'état hypertrophique. Je vais édifier la Société sur la valeur scientifique de ce fait qui, du reste, a déjà fait le sujet d'une longue lettre insérée en 1845, dans la *Gazette Médicale*, et qui se trouve reproduit très au long dans ma *physiologie pathologique*. Il s'agit d'une femme jeune encore, âgée de 32 ans, offrant toutes les apparences d'une fort belle santé, qui, dans l'espace de douze ans, a vu se développer cette tumeur du sein, et qui, pendant les derniers temps, était devenue douloureuse. Absence de tout retentissement ganglionnaire, absence de tout trouble fonctionnel, conservation des forces et de l'embonpoint. En un mot, mal local s'il en fut jamais. L'extirpation faite, on envoie quelques parcelles à M. Mandl, qui ne s'est jamais occupé d'anatomie pathologique avec suite. De mon côté, je reçois la tumeur tout entière qui était très volumineuse et qui pesait 650 grammes, et je n'y trouve absolument d'autres élémens que ceux d'une hypertrophie. Eh bien ! depuis huit ans bientôt que l'opération a été pratiquée, la malade continue à être exempte de toute récidive et à se porter parfaitement bien, d'après les renseignemens de M. Lenoir lui-même.

Nous arrivons à un des points importans de la discussion. Malgré toutes les preuves accumulées dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de lire devant la Société, sur les différences fondamentales qui existent entre les tumeurs fibro-plastiques et le cancer, M. Marjolin se refuse à les reconnaître, et il dit que parce que dans l'une et dans l'autre la récidive peut avoir lieu et la généralisation survenir, la mort même en être la terminaison, il y a identité entre les deux affections. Je rappellerai brièvement, cependant, toutes ces différences fondamentales. Comme tissu, nous l'avons vu, le tissu fibro-plastique est une reproduction d'élémens normaux, tandis que le cancer est un élément hétéromorphe. Comme dépôt local, la tumeur fibro-plastique se comporte comme les tumeurs fibreuses graisseuses et autres productions homéomorphes, c'est-à-dire qu'elle écarte les tissus voisins sans se les assimiler ; tandis que le cancer les fait disparaître par un véritable travail de substitution. Comme marche et développement local, les tumeurs fibro-plastiques ne s'ulcèrent que rarement, exceptionnellement et dans des conditions seulement où toute espèce de tumeur subirait la même altération. C'est lorsque l'emploi imprudent des caustiques en a dénudé la surface ou lorsque, devenues très volumineuses, elles ont usé les tégumens qui les recouvraient. Dans le cancer, l'ulcération est au contraire une propension naturelle, bien autrement fréquente. Dans les tumeurs fibro-plastiques, l'absence de retentissement sur les ganglions lymphatiques voisins, est la règle la plus commune, et vous en avez vu de beaux exemples chez les malades présentés encore récemment par deux de vos collègues. Dans le cancer, le retentissement ganglionnaire est un fait aussi commun pour les tumeurs de la surface aussi bien que pour celles situées dans la profondeur des organes.

Quant à l'infection générale et au dépôt secondaire, M. Marjolin prétend qu'elle a à peine lieu, pour le cancer, dans 1/10e de cas : erreur profonde, de simples souvenirs ne sauraient lutter ici contre une statistique qui est le résultat d'observations péniblement recueillies pendant onze ans, au nombre de 467. Pour le cancer bien confirmé seul, la moyenne totale des infections a été, d'après nos recherches, presque les 3/5es (0,56), et elle a oscillé, selon les divers organes, entre 1/3 et les 4/5es. Pour les tumeurs fibro-plastiques, au contraire, nous n'avons pu recueillir, dans toute la science, malgré les recherches bibliographiques les plus soigneusement faites, que 6 cas en tout, et nous n'allons évidemment pas trop loin en signalant ce fait comme tout à fait rare et exceptionnel.

Tout le monde sait à quel point la santé générale est profondément troublée lorsqu'une affection cancéreuse a duré depuis un certain temps, tandis que tous les observateurs sont frappés de l'intégrité de la santé générale dans les tumeurs fibro-plastiques même opiniâtres à la récidive. La durée totale des affections cancéreuses varie, en moyenne, entre 27 et 42 mois ; elle n'est que de 13 et de 16 mois pour le cancer de l'utérus et de l'estomac. Pour les tumeurs fibro-plastiques, au contraire, elle est souvent de 5 à 10, même 15 et 20 ans. Cette grande chronicité dans la durée moyenne constitue encore incontestablement une profonde différence. L'âge, dans le cancer, est différent également de celui des tumeurs fibro-plastiques. Rare avant 30 ans, le cancer commence à se montrer entre 40 et 50, atteint son maximum entre 40 et 60, et après 60 ans il est plus fréquent encore qu'avant 40. Les tumeurs fibro-plastiques se rencontrent à tout âge, mais elles sont plus fréquentes entre 35 et 50 ans, ce qui, d'après nos recherches statistiques, est le cas pour presque tous les produits accidentels.

Une des grandes objections de notre honorable collègue est l'opiniâtreté des récidives. Mais ici je ferai ressortir deux points qui démontrent toute la différence qui existe entre les deux affections.

La récidive, dans le cancer, est non seulement locale, mais souvent éloignée. Aucune règle fixe n'existe à cet égard. Elle est constamment locale dans les tumeurs fibro-plastiques, sans compter que j'ai péremptoirement démontré que, dans un grand nombre de cas, elle tient à des opérations incomplètes. Comparez donc, d'un autre côté, dans quelles circonstances vous faites une seconde, une troisième, une quatrième opération à un homme atteint d'une tumeur fibro-plastique, et quel est, par contre, le tableau des malades que vous opérez pour des récidives cancéreuses.

Je rappellerai ici un fait qui a vivement impressionné. C'est la mortalité proportionnellement bien plus grande dans les hôpitaux à la suite de l'opération des tumeurs cancéreuses, comparée à celle des opérations faites pour les autres tumeurs ; il meurt 1/6e des malades opérés du cancer du sein, tandis que la mort est la rare exception chez les femmes auxquelles on enlève des tumeurs hypertrophiques du même organe.

On m'objecte comme obstacle à ma différentiation la diathèse fibro-plastique générale que l'on voit quelquefois survenir. Mais ici encore je ferai observer à mon honorable collègue que la pathologie humaine, et plus encore la pathologie comparée, nous offrent de nombreux exemples de maladies diathésiques qui sont aussi différentes que possible du cancer. Chez l'homme, nous connaissons, sous ce rapport, la diathèse tuberculeuse ; nous voyons quelquefois des ganglions lymphatiques, des glandes sébacées s'hypertrophier en grand nombre, des tumeurs graisseuses et fibreuses apparaître sur un grand nombre de points du corps à la fois. J'ai eu l'honneur de communiquer à la Société de chirurgie dix-sept observations de véritable diathèse névromateuse et des milliers de ces tumeurs étaient répandues sur le trajet de tous les nerfs de l'économie.

M. Lebert joint à ces citations de nombreux exemples empruntés à la médecine comparée, et qui aident à comprendre la nature des tissus morbides et celle des diathèses. Puis il continue :

On a dit que l'acceptation du terme du cancer, telle qu'on la trouve dans Boyer, est bien plus satisfaisante que celle que nous donnent les travaux récens sur la matière. Faire compter les descriptions fort incomplètes de ce grand écrivain, on y trouve des contradictions flagrantes. C'est ainsi qu'il insiste sur l'incurabilité du cancer du sein, sur sa nature squirrheuse ou encéphaloïde, tandis qu'il nie ce tissu dans le cancer ulcéré de la face, auquel il donne, en outre, pour caractère, sa curabilité. C'est qu'en qualité de bon praticien, il avait été frappé de ces différences, mais ses recherches étant incomplètes, il n'a su les formuler en doctrines.

M. Marjolin a dit que le cancroïde de la lèvre inférieure produisait aussi bien l'infection cancéreuse que le véritable cancer. Or, ce fait n'est pas exact ; c'est un mal local grave qui, par ulcération, peut détruire les tissus voisins, et qui peut atteindre les glandes lymphatiques voisines ; mais jamais je n'ai rencontré un fait d'infection de l'économie, par suite d'un cancroïde de la lèvre. L'ulcération survient, du reste, comme nous l'avons déjà vu, dans toute espèce de tumeur, ainsi que l'hémorrhagie, lorsqu'un vaste ulcère existe. On oublie trop facilement que les tumeurs ordinairement les plus bénignes, composées d'un tissu évidemment non cancéreux, peuvent affecter, dans certaines circonstances, une marche très grave, sans que l'on soit pour cela en droit de les assimiler avec le cancer. C'est à cette occasion que je dois parler d'une opinion émise par notre honorable collègue, sur la transformation des tissus et la possibilité de leur dégénération. Or, c'est une hypothèse aujourd'hui complètement abandonnée, combattue non seulement par ceux que vous appelez les micrographes, mais aussi par un homme dont vous ne contesterez pas la grande autorité en anatomie pathologique, par M. Cruveilhier, qui n'a cessé de combattre cette manière de voir depuis trente ans. Par conséquent, pour faire revivre une pareille doctrine, il faut commencer par démontrer sa réalité.

M. Lebert signalant ici la manière vicieuse dont on use généralement du microscope dans les cliniques, saisit cette occasion pour exposer en quelques mots le but véritable de cet instrument, qui est, suivant lui, d'éclairer la pathologie et la thérapeutique, en confrontant ses résultats

avec ceux des autres moyens d'observer, et de remplacer de plus en plus en médecine les vues de l'esprit et les impressions vagues par les procédés exacts des naturalistes.

Vous avez cru, ajoute M. Lebert, pouvoir reprocher au microscope de ne pas toujours éclairer le chirurgien qui s'adresse à lui, pour se rendre compte de la nature de quelques parcelles extraites par une ponction exploratrice. Je dois dire, à cette occasion, que les ponctions exploratrices, en effet, ne fournissent pas toujours des résultats précis, parce qu'on peut tomber dans une cavité séreuse, dans une collection sanguine, dans une substance étrangère à la masse principale d'une tumeur. Je dirai de plus, que j'ai vu plusieurs fois des tumeurs s'enflammer après la ponction exploratrice. Il faut donc les pratiquer avec réserve; mais la cause du microscope n'y est pas pour cela en jeu. Quant au diagnostic microscopique avant une opération, c'est surtout dans les excroissances de la peau et des membranes muqueuses qu'il m'a rendu souvent de grands services. L'expérience m'a en effet démontré que l'on pouvait en enlever des parties suffisamment étendues pour permettre d'être fixé sur la nature des productions accidentelles et le choix de l'opération est ensuite notablement influencé par le résultat de cette exploration. Mais, je vous le répète, tous ces petits services que le microscope peut nous rendre, ne constituent qu'un mérite accessoire. Son but véritable est bien autrement élevé et philosophique, celui d'être une des colonnes de sustentation du vaste édifice de la pathogénie.

M. Marjolin demande à ajouter quelques mots en réponse à ce que vient de dire M. Lebert. J'ai eu principalement pour but, dit-il, de montrer que la science avait été bien faite avant nous; mais il n'est pas entré dans ma pensée de déprécier en quoi que ce soit les recherches micrographiques. Il est incontestable que les travaux des micrographes ont fait faire des progrès à la science, et on peut certainement prédire qu'à ce titre leurs noms passeront à la postérité. Mais je n'en persiste pas moins à dire que, jusqu'à présent du moins, ils n'ont pas sensiblement éclairé le point en discussion.

M. Lebert : Il me serait impossible d'entrer de nouveau dans les longs détails qui ont fait le sujet de mon argumentation de tout à l'heure. Ma conviction est qu'une discussion ultérieure ne saurait être fructueuse qu'autant qu'on opposerait l'analyse de faits nombreux à ceux sur lesquels je me suis appuyé pour arriver à mes résultats généraux.

(La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.)

PRESSE MÉDICALE.

Archives générales de médecine. — Juillet, Août, Septembre 1852.

Recherches physiologiques et pathologiques sur les sensations tactiles; par S. Landry, interne des hôpitaux.

L'auteur a résumé son travail de la manière suivante :

1° Il faut séparer soigneusement, en physiologie, la *sensation*, c'est-à-dire la faculté tout organique de percevoir passivement les impressions périphériques de la *notion* acquise au moyen d'altérations intellectuelles, sur les diverses perceptions formées par les sens, la *sensation* est la perception *non raisonnée* des modifications spéciales que les agens extérieurs impriment aux nerfs du sentiment.

2° D'après cette définition, un grand nombre de phénomènes tactiles cessent de mériter le titre de *sensations*.

3° Parmi ceux auxquels il est possible de conserver cette qualification, quelques-uns seulement doivent être considérés comme *sensations spéciales*; d'autres, auxquels il faut donner le nom de *sensations secondaires* ou dérivées, ne sont que des modifications des premières, comme les modulations et les couleurs sont des modifications des sensations spéciales de son et de lumières.

4° Il n'existe réellement que trois sensations cutanées, spéciales ou primitives; celles de *température*, de *douleur* et de *contact*, auxquelles il faut ajouter les trois sensations secondaires de *pression*, de *vibration* et de *chatouillement*, qui sont des sensations de contact modifiées.

5° Il existe aussi une sensation primitive ou spéciale d'*activité musculaire*, qui donne naissance à un certain nombre de sensations secondaires ou dérivées.

6° Cette sensation réside dans le tissu musculaire lui-même, c'est-à-dire est une perception par l'encéphale de l'état des extrémités nerveuses, qui se distribuent aux muscles.

7° Tous les phénomènes tactiles se réduisent donc aux quatre *sensations spéciales* de *douleur*, de *température*, de *contact* et d'*activité musculaire*, dont les modifications et les combinaisons entr'elles fournissent toutes les notions qui appartiennent au sens du toucher.

8° Les quatre sensations de douleur, de température, de contact et d'activité musculaire sont essentiellement distinctes, et diffèrent entre elles, autant que celles de lumière, de son, d'odeur et de saveur.

9° La *sensibilité générale* ne diffère pas du *tact*, quant à la nature de ses phénomènes essentiels.

10° Le *tact* est constitué par l'ensemble des sensations cutanées, spéciales, énumérées plus haut (§ 4). C'est la faculté de percevoir passivement et sans participation de l'intellect, les impressions des corps extérieurs à la surface des tégumens.

11° Entre le *tact* et le *toucher*, il existe une nuance de transition que l'on peut appeler le *tact attentif*, et qui consiste en l'appréciation par l'intelligence des perceptions propres au tact.

12° Le toucher est l'ensemble des facultés tactiles, mises en état d'activité de concours avec les facultés de l'entendement.

Annales d'hygiène et de médecine légale. — Octobre 1852.

Sur l'hygiène des ouvriers en général, et en particulier sur celle des cérusiers; par M. A. Chevallier.

Les ouvriers qui travaillent à la fabrication du blanc de plomb doivent se vêtir de manière à ce que la poussière du métal ne puisse se trouver en contact avec la peau, ni faire leurs opérations qu'avec des gants. Leurs habits doivent être faits d'étoffes qui permettent de leur faire subir des lavages de temps en temps. Après le travail, ils doivent avoir soin de se laver avec du savon noir; leurs repas ne peuvent, sous aucun prétexte, être pris dans la fabrique ou déposés dans les ateliers. Il importe que leur demeure soit à quelque distance de la fabrique. Enfin ils doivent s'abstenir de tout excès.

De la monomanie de persécution au point de vue de la médecine légale; par M. A. Brierre de Boismont.

L'auteur a eu pour but, dans ce travail, d'appeler l'attention des magistrats sur les dangers qui peuvent résulter, pour la sûreté publique, de ce genre de folie. Il arrive en effet très fréquemment que ces insensés blessent, tuent les autres ou attentent eux-mêmes à leur existence. Le danger est surtout à craindre quand leur idée de persécution longtemps vague, finit par se porter sur une personne véritable. L'isolement est alors une mesure de la plus haute nécessité.

VARIÉTÉS.

CONTAGION DES MALADIES DE PLANTES.

Bien qu'il nous paraisse douteux que la maladie des pommes de terre puisse engendrer les affections observées dans d'autres récoltes, telles que les raisins, les betteraves; cependant, cette idée ayant préoccupé un grand nombre de cultivateurs, nous croyons devoir reproduire un article adressé à ce sujet au journal l'*Agriculture pratique*, par M. Durand-Savoyat, ainsi que les reflexions qui précèdent cet article.

Des circonstances analogues ont pu amener des affections diverses sur les plantes, sans que la maladie de tel végétal influe sur la maladie de tel autre. La suppression de la maladie de la pomme de terre n'aurait pas pour conséquence nécessaire la disparition de la maladie de la vigne. Le remède un peu énergique proposé par M. Durand-Savoyat, contre la maladie des pommes de terre, ne serait donc pas d'une efficacité certaine à l'égard des autres récoltes. Est-il encore préférable d'avoir une partie de son champ atteint de la maladie que de renoncer à la culture des pommes de terre? C'est une question que chaque cultivateur peut résoudre dans la situation où il se trouve placé. Il faut laisser toute liberté à cet égard. Les agriculteurs sauront, sans aucun doute, quelque gré à M. Durand-Savoyat d'oser aborder aussi hardiment ce sujet; mais ils comprendront aussi que nous ayons voulu faire nos réserves.

Lorsqu'une maladie terrible envahit tout à coup et détruit presque complètement une plante alimentaire qui a été adoptée par l'agriculture de tous les peuples; lorsque cette plante, comme la pomme de terre, entre dans la consommation journalière d'une manière si fréquente, qu'on peut dire, sans crainte d'être taxé d'exagération, qu'en certains pays, l'homme en mange vingt-et-une fois par semaine, un grand devoir incombe à tous : c'est de rechercher, trouver et faire connaître des moyens sûrs de guérison d'abord, si c'est possible, et ensuite (ceci est une loi de salut public), des moyens certains de préservation.

La chose peut être difficile, et il faut bien avouer qu'elle l'est dans le cas de la maladie des pommes de terre, puisque voilà tantôt sept ans que toutes les sociétés d'agriculture du monde, qu'un grand nombre d'observateurs de tous les pays, zélés et capables, en ont fait l'objet constant de leurs études, sans être, je le crains, beaucoup plus avancés qu'à leur premier début. Mais est-ce à dire qu'il faille se laisser aller au découragement et s'arrêter en chemin? Non, tant s'en faut; c'est d'attention, d'activité qu'il faut redoubler; le remède sera trouvé; pour moi, je n'en doute nullement. De nombreuses tentatives peuvent encore échouer, bien des travaux peuvent être encore longtemps stériles, mais enfin on réussira.

La recherche des moyens de préservation est un devoir pour tous, non seulement parce que la pomme de terre est devenue un aliment de premier ordre, mais bien aussi parce que la richesse publique souffre considérablement de pertes incessantes. En effet, le travail, l'engrais sont perdus, avec la récolte qui serait venue à la place de la pomme de terre sur le terrain qu'elle a occupé.

Les cultivateurs sont les premières victimes du désastre; ils doivent donc tous porter leur attention sur ce sujet, et se communiquer leurs observations. Déjà j'ai cherché à remplir ma tâche en publiant, il y a cinq ou six ans, une petite brochure sur la question. Depuis lors, j'ai suivi les progrès du mal, et je n'ai négligé aucune occasion d'en étudier la marche. L'an dernier, aux mois d'août et de septembre, j'ai pu poursuivre mes études un peu au-delà de mon village. Au nord et à l'est de la France, en Belgique et en Hollande, dans le Wurtemberg, en Prusse, en Suisse, partout j'ai trouvé le mal procédant de la même manière, suivant les mêmes phases, causant les mêmes dommages, épargnant telle pièce pour en attaquer telle autre sans motifs apparens; et dans beaucoup d'endroits je découvris d'autres végétaux atteints à leur tour de taches ou de piqûres qui, selon moi, n'avaient point encore été observées.

Partout aussi j'ai trouvé des cultivateurs dans la consternation, et en aucun endroit je n'ai entendu donner d'explications satisfaisantes sur les causes de la maladie.

Un seul fait est certain, c'est que le mal étend ses ravages malgré les investigations de la science et les efforts de l'agriculture.

Mais pendant qu'ont lieu tous les travaux, tous les essais, les recherches des savans, les tentatives des praticiens, il me semble qu'il y a lieu d'examiner si le mal ne se prépare pas à passer, par contagion apparente ou secrète, directe ou indirecte, à d'autres végétaux.

Aux personnes qui regarderont mes craintes comme chimériques, je demande d'où vient et où va la maladie des raisins; quelles sont ses causes. Je demanderai si la même maladie ne s'est pas montrée sur plusieurs autres végétaux.

Quel est le mal qui, dans certains cantons, a causé au blé de cette année un dommage presque égal à celui de 1846? D'où est venue la maladie du sainfoin, du maïs, du chanvre, de la betterave, de la carotte, des pois, des haricots, de la scorsonère, du céleri, des choux cabus ou de Milan, du noyer, du peuplier, du groseiller et de tant d'autres plantes peut-être qui n'ont pas frappé mon attention?

Au printemps passé, j'ai consacré à la culture de diverses plantes une pièce contenant près d'un hectare, tout entouré d'autres pièces ensemencées en blé, avoine, orge et seigle.

Au centre de cette pièce, j'ai planté, à des époques différentes, trois qualités de pommes de terre; la petite jaune hâtive, la grosse jaune ordinaire, et la rouge commune, anciennement appelée *de Rohan*. Tout à l'entour, c'est-à-dire aux quatre faces du champ, sont venus se semer en leur temps des betteraves, des raves, des carottes, du chanvre, diverses plantes de jardinage, haricots nains ou à rames, céleri, laitue, petites raves, choux de Milan ou d'Alsace, choux, raves, turneps, etc.

Dans le courant de juillet, les pommes de terre précoces ont été envahies, la jaune ordinaire également, la rouge un peu moins, et presque aussitôt les haricots nains ou à rames, les raves, les carottes, les betteraves, les choux et le céleri même ont été atteints; enfin, presque aucune des plantes, dont j'ai fait l'énumération ci-dessus, n'a échappé à certaines maladies ayant des rapports plus ou moins éloignés avec la maladie des pommes de terre. Je dois cependant faire une exception pour les choux-raves, les tunules, les rutabaga.

Du maïs, des topinambours et des panais qui étaient un peu plus loin, ont été atteints.

Toutes les graminées malades que j'ai examinées étaient comme souillées, avaient la paille noire, fragile, et n'ont presque rien rendu.

Les haricots nains ou à rames ont été comme rouillés d'abord, tachés de noir ensuite; enfin ils sont tombés en pourriture, ainsi que les oignons.

Les choux ont été tachés de jaune et de noir sur les feuilles jusqu'aux pédoncules.

Le maïs a été, dans ses feuilles, dans sa tige, taché de noir, piqué de rouille, et sa croissance s'est arrêtée.

Les feuilles et les tiges du sainfoin sont devenues jaunes et noires; les racines, pourries, venaient à la main avec la plus grande facilité.

Les céleris ont été piqués de jaune, de rouille, de noir; les scorsonères ont été aussi endommagés que le céleri.

N'y a-t-il pas, dans cet envahissement, sujet à de sérieuses réflexions? Sans oser affirmer que la pomme de terre est la cause première de tous ces désordres, le végétal sur lequel il faut crier haro, je constate que sa tige est la première de toutes les plantes que la maladie attaque tous les ans, tantôt sur un point, tantôt sur un autre, ici sur quelques pièces seulement, ailleurs, comme cette année dans nos contrées, d'une manière générale. De cette tige attaquée d'abord et du tubercule qui le sera bientôt, comme d'un berceau, comme d'une terre promise, peuvent sortir des tribus nombreuses d'animaux inaperçus, de végétaux invisibles.

A mes yeux, cette maladie de la pomme de terre prend tous les jours une analogie plus frappante avec les maladies contagieuses qui attaquent l'espèce humaine, le choléra, la peste, les fièvres jaunes dans un autre continent, les fièvres de marais dans le nôtre (1).

J'ai la conviction que si les Indiens le voulaient, ils détruiraient le choléra dans sa source : il ne leur faudrait, pour cela, qu'empêcher le Gange et les autres grandes rivières d'inonder tous les ans, dans le temps des grosses chaleurs, leurs bords incultes; il leurs faudrait cultiver ces bords en prairies, au lieu de les laisser en marais stagnans.

Peut-être le remède à toutes les maladies qui nous semblent menacer toutes le récoltes serait-il tout simplement l'interdiction momentanée de la culture de la pomme de terre. De même que l'assainissement d'un marais chasse la fièvre d'une contrée, de même l'interdiction momentanée de la culture de la pomme de terre pourrait faire disparaître les maladies des autres plantes. (Extrait du *Moniteur officiel*.)

COURRIER.

Le concours pour l'agrégation, ouvert à l'École de pharmacie de Paris depuis le 15 novembre dernier, vient d'être terminé. Ont été nommés agrégés : en chimie, M. Louis Figuier; en physique, M. Edmond Robiquet; en toxicologie, M. Réveil. Les deux premières nominations ont été faites à l'unanimité.

La Faculté de médecine de Strasbourg voit augmenter, comme les autres Facultés, le nombre de ses élèves. Il a été de :

193	pour l'année	1848-49	dont 110	inscriptions régulières.
192	—	1849-50	dont 114	—
223	—	1850-51	dont 118	—
206	—	1851-52	dont 111	—

Le nombre des élèves n'avait pas dépassé 140 dans les quatre années antérieures à cette série; il était même tombé à 110 dans l'année scolaire 1847-48.

Les études médicales paraissent aussi en bonne voie. En 1849, les examens de fin d'année avaient fait ajourner 40 p. 100 des candidats. L'année suivante, le déchet n'était plus que de 22 p. 100; en 1851, il n'a été que de 11. De même pour les examens, la moyenne des ajournemens, prise sur les treize dernières années, était de 11 p. 100; elle est seulement de 5 p. 100 pour l'année scolaire 1851-52.

La *Gazette médicale de Strasbourg* donne également des détails sur le résultat des examens faits par le jury médical dans la session de 1852, dans la circonscription de la Faculté de médecine de Strasbourg, qui compte 17 départemens. Les examens ont eu lieu à Colmar, Besançon, Lyon, Metz et Châlons.

Officiers de santé examinés.	33;	reçus 16;	ajournés 17
Pharmaciens —	44;	— 28;	— 16
Sage-femmes —	160;	— 51;	— 19

M. le ministre de l'intérieur vient d'approuver l'ordonnance de M. le préfet de police qui nomme M. le docteur L. Duchesne membre adjoint du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

Nous apprenons à l'instant la mort regrettable de M. le docteur Devilliers, membre de l'Académie de médecine.

(1) Il est superflu de faire remarquer que cette opinion du savant agronome est ici reproduite sous sa seule responsabilité. (*Note du réd. en chef.*)

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltesteet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 8. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 20 Janvier 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............ 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOUSCRIPTION

ouverte en faveur de M. Orfila dans les bureaux de l'UNION MÉDICALE:

MM. Sandras, 20 fr.; Bourguignon, 10 fr.; Compérat, 10 fr.; Leroy, médecin aide-major à l'école militaire de St-Cyr, 5 fr.; Gallard, interne des hôpitaux de Paris, 5 fr.; Mialhe, 20 fr.; Requin, 30 fr.; Goupil, 20 fr.

Total de la 5me liste.	120 fr.
Listes précédentes.	810 fr.
Total de la souscription de l'UNION MÉDICALE.	930 fr.

Quelques confrères de Paris et des départemens nous ont demandé si la commission de la souscription pour offrir une médaille à M. Orfila, avait fixé un *minimum* au-dessous duquel les offrandes ne seraient pas reçues. Nous répondons que la commission a décidé, au contraire, que les offrandes étaient entièrement libres, volontaires, spontanées, et que pour elle, comme certainement pour l'illustre destinataire, la valeur du témoignage était entièrement dans l'intention et dans le but.

REVUE CLINIQUE.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — Service de M. le professeur PIORRY.

Sommaire. — Du diagnostic de la rachisophymie (affection tuberculeuse des vertèbres) par la plessimétrie; du traitement de cette même maladie par le phosphate de chaux.

La rachisophymie (affection tuberculeuse des vertèbres) est la forme la plus fréquente désignée sous le nom de *mal de Pott*. Cette maladie présente deux périodes : dans la première, la tuberculisation se fait lentement, infiltre les vertèbres, ou s'y creuse peu à peu des cavités aux dépens de la trame osseuse et quelquefois des disques inter-vertébraux. Dans la seconde, les corps des vertèbres plus ou moins détruits s'affaissent sous le poids des parties qu'ils supportent, et il se produit une gibbosité d'autant plus apparente, qu'il y a un plus grand nombre de corps des vertèbres ainsi supprimés. Les abcès par congestion, ossifluens, se manifestent souvent avant la seconde période, vers la fin de la première.

Le diagnostic de la rachisophymie, parvenue à la seconde période, n'offre aucune difficulté; il en est de même pour la première, lorsque les caractères de la maladie sont bien tranchés, lorsqu'elle est déjà très avancée, et surtout s'il s'est développé en même temps des abcès par congestion. Mais il n'en est pas toujours ainsi. La rachisophymie se déclare quelquefois chez des sujets qui n'ont point de tubercules dans les poumons; elle marche sourdement sans exciter des douleurs bien franches dans la région rachidienne, sans s'accompagner d'abcès. Le seul phénomène tranché consiste dans l'apparition de faiblesse dans les jambes, faiblesse progressive qui, au bout de quelque temps, constitue une véritable paraplégie. Dans ces cas, surtout si l'on a affaire à un malade peu intelligent qui rend mal compte de ce qu'il a éprouvé, le médecin est fort embarrassé.

M. Piorry, en créant la plessimétrie de la colonne vertébrale, a trouvé un moyen précieux pour fixer le diagnostic dont nous parlons. En ce moment, son service renferme plusieurs malades atteints de rachisophymie. Parmi eux, se trouve un homme chez lequel le diagnostic, qui n'était que probable avec les données fournies par l'examen ordinaire, est devenu certain par la percussion. Voici son observation résumée :

OBSERVATION I. — Caron, garçon épicier, âgé de 26 ans, entre à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Charles, n° 6, le 14 décembre 1852, Cet homme n'a point eu de maladies graves dans son enfance. Il est d'un tempérament lymphatique et d'une faible constitution. Il tomba malade une première fois, il y a cinq ans, et fut traité par M. le professeur Piorry, à l'hôpital de la Pitié. Il avait alors la même affection qu'aujourd'hui, seulement elle était beaucoup plus prononcée. Il avait une paralysie non seulement des jambes, mais encore des bras. Il était tellement perclus, que pendant plusieurs mois un infirmier était forcé de le faire manger. De plus, il ressentait des douleurs dans la région lombaire, surtout lorsque l'on pressait sur les apophyses épineuses des premières vertèbres de cette région. Il n'éprouvait que des fourmillemens dans les bras et les jambes, mais point de véritables douleurs. Il toussait un peu, mais n'avait pas maigri sensiblement, et n'avait point de sueurs nocturnes. Avant son entrée, on lui avait posé des cautères des deux côtés de la région lombaire; mais ce traitement était resté sans résultat.

Dès son entrée, M. Piorry institua le traitement qu'il emploie contre cette maladie; il lui prescrivit de l'iodure de potassium et du phosphate de chaux à doses croissantes jusqu'à 30 grammes. Ce fut à cette dose que le malade prit ensuite ce médicament pendant tout le temps qu'il resta à l hôpital.

Pendant cinq mois, on n'observa aucune amélioration. Ce ne fut qu'au bout de ce temps que la maladie commença à s'amender. Le malade put bientôt se servir de ses bras, puis exécuter quelques mouvemens avec ses jambes; enfin quatre mois ne s'étaient pas écoulés qu'il était complètement guéri, si bien guéri, qu'il sortit à ce moment pour passer devant le conseil de révision, et qu'il fut trouvé propre au service.

Il resta deux ans en France; puis, à la fin de 1848, il passa en Afrique. Il fut deux fois atteint de fièvre intermittente : une première fois en décembre 1849, une seconde fois en août 1850. Il fut traité par le sulfate de quinine à haute dose. La première fièvre n'avait duré qu'un mois, en décembre; la seconde dura six mois. Il fut exposé ensuite à de très grandes fatigues. Vers le commencement de 1852, il commença à sentir de nouveau des faiblesses dans les jambes. Le chirurgien lui fit faire des applications successives de ventouses, de vésicatoires, de cautères sur la région lombaire, mais sans succès.

Rentré en France en 1852, il prit l'état de garçon épicier qu'il ne put pas continuer longtemps. Lorsqu'il portait un fardeau, il sentait ses jambes fléchir. La faiblesse de ses jambes et de ses lombes fit des progrès assez rapides. Il ne fit plus rien pour tâcher d'en entraver la marche. Au bout de quatre mois, il a été de nouveau apporté chez M. Piorry. Alors il ne pouvait plus se soutenir sur ses jambes, mais ses bras conservaient toute leur liberté d'action. Il souffrait légèrement dans la région lombaire et vers la fin de la région dorsale, surtout du côté gauche. C'était aussi son membre inférieur gauche qui était le plus paralysé; mais dans l'un ni dans l'autre il n'éprouvait de douleurs. La sensibilité cutanée y était diminuée principalement à gauche. Il avait maigri depuis quelque temps, était sujet à des sueurs nocturnes beaucoup plus prononcées sur les membres inférieurs, notamment sur le gauche.

La percussion de la poitrine démontre une sonorité plus obscure sous la clavicule droite et dans les fosses sus et sous-épineuses droites que du côté gauche. Dans les points correspondans, l'expiration est prolongée, la voix retentissante. On trouve aussi quelques craquemens disséminés.

M. Piorry l'a soumis de nouveau à la médication qui, la première fois, avait si bien réussi. Depuis le lendemain de son entrée, il prend l'iodure de potassium et 30 grammes de poudre d'os pulvérisé. Déjà l'état du malade s'est bien amélioré; et aujourd'hui (12 janvier 1853) cet homme marche presque sans difficulté.

Nous ne voulons pas nous appesantir en ce moment sur la médication employée contre la maladie de cet homme, et sur le double succès si remarquable qu'elle a obtenu; nous y reviendrons tout à l'heure. Nous ne voulons parler maintenant que du diagnostic. Nous avons dit que, basé sur les données de l'examen ordinaire, le diagnostic de l'affection de cet homme n'était que probable : en effet, le malade ne présentait pas de tumeur, ni de déformation de la colonne vertébrale, appréciable à la vue ou au simple toucher. Il n'a jamais eu et n'a point d'abcès par congestion. Or, tous les autres phénomènes qu'on observe chez lui peuvent être rapportés à une maladie de la moelle ou des nerfs de la queue du cheval, sans altération des os.

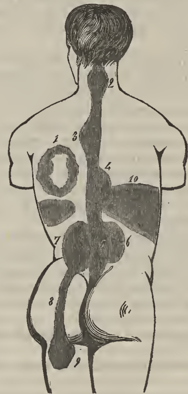
Ce n'est qu'en rassemblant tous les signes, et surtout en raison de la concomitance des tubercules pulmonaires, qu'on arrive à diagnostiquer une rachisophymie probable. Mais la plessimétrie vient changer la probabilité en certitude. Elle vient donner un des élémens qui manquent, elle montre la déformation que ni l'œil ni le toucher simple n'ont pu percevoir.

On connaît le mécanisme de la formation des gibbosités; mais avant que ces gibbosités aparaissent, et pendant le développement et la marche envahissante des tubercules, il se fait un gonflement des corps des vertèbres, des masses apophysaires, si la maladie les a gagnées, et aussi des parties molles environnantes. Il y a donc une déformation de la colonne vertébrale, déformation profonde et inaccessible le plus souvent à la palpation. C'est une sorte de tumeur en masse d'une partie de la colonne vertébrale, une tumeur qui peut porter plus sur une moitié que sur l'autre, ce qui explique comment les phénomènes sont quelquefois plus prononcés d'un côté, comme chez l'homme dont nous avons présenté l'histoire. A l'aide de la percussion exercée d'après les règles instituées par M. le professeur Piorry (1), on peut parvenir à limiter cette tumeur, à la dessiner, ce qui permet même, une fois l'affection bien reconnue, de suivre sa marche et de connaître les effets du traitement. C'est là une des conquêtes récentes du plessimétrisme.

La percussion du rachis est certainement très difficile à exécuter, elle demande une grande habitude, et c'est probablement ce qui a fait crier à l'impossible. On a bien de la peine à comprendre comment la percussion peut atteindre un appareil osseux profondément placé, entouré de couches épaisses de muscles et d'organes pleins comme les reins. Mais si l'on réfléchit que la percussion ne produit pas uniquement des sensations auditives, mais qu'elle excite des sensation tactiles du moins aussi importantes, la mensuration des os par le plessimétrisme ne paraîtra pas inadmissible. Pour le rachis, en particulier, lorsqu'on le percute et qu'on veut le limiter, c'est par des différences de résistance, de dureté, en un mot, par les modifications de l'ébranlement communiqué aux doigts qui frappent le plessimètre, qu'on fixe les limites, bien plus que par des différences de son. Cependant ces dernières différences s'apprécient très bien sous le doigt si exercé de M. le professeur Piorry.

La percussion du rachis s'exécute sur le malade préalablement couché sur le ventre, et ayant sous l'abdomen un oreiller qui repousse la partie lombaire de la colonne vertébrale (2). Chez le malade dont nous avons rapporté l'observation, la percussion, ainsi pratiquée, permit de reconnaître qu'il y avait une tumeur de la colonne vertébrale, affectant les dernières vertèbres dorsales et les premières lombaires, et proéminant à gauche.

Nous croyons utile de reproduire ici une des figures de l'atlas de M. Piorry. C'est la planche XXXVII qui représente, en même temps que diverses lésions dont nous n'avons pas à nous occuper, plusieurs tumeurs de la colonne vertébrale, produite par des tubercules (rachisophymie).



La tumeur que portait Caron, correspondait à celle qui est figurée au n° 5. On peut remarquer, dans son observation, que lors de sa première maladie, il avait les bras paralysés ainsi que les jambes. Or, il est probable qu'il avait alors une

(1) Voir *Atlas de plessimétrisme*, page 28, et les numéros 12,473, 12,474, 12,475 du *Traité de médecine pratique*.

(2) Voir le *Traité de médecine pratique et de pathologie iatrique*, tome VIII, article RACHISOPHYMIE. — Voir aussi l'atlas de plessimétrisme.

autre tumeur semblable à celle qui est au nº 2, tumeur dont les effets se portaient sur le bulbe cervical.

— Il y a quelques jours, il est entré dans le service de M. Piorry une jeune fille, Boizet (Julie), âgée de 14 ans, qui se présente à peu près dans le même état, si ce n'est que ses poumons sont plus malades, et à qui s'appliquent parfaitement toutes les réflexions qui précèdent; car, à part quelques douleurs dans la région dorso-lombaire, et des faiblesses dans les jambes, elle n'offre aucun signe positif de la rachisophymie. Mais la plessimétrie a découvert que la colonne vertébrale était très tuméfiée dans la région précédemment indiquée. Cette jeune fille a commencé à prendre, le 11 janvier, du phosphate de chaux et de l'iodure de potassium.

Observation II. — Au nº 6 de la salle Sainte-Anne, se trouve la nommée Mayer (Joséphine), fleuriste, âgée de 19 ans, entrée le 24 décembre 1852. Cette femme a déjà été dans le service de M. Piorry, il y a neuf mois. Elle est entrée avec une paralysie des membres inférieurs, et des douleurs dans la région lombaire. On découvrit, par la plessimétrie, qu'elle était atteinte de rachisophymie. Elle toussait déjà un peu. Elle fut mise au traitement par l'iodure de potassium et le phosphate de chaux, et on lui posa un vésicatoire sur la région lombaire.

Après trois mois de séjour à l'hôpital, et de traitement suivi sans interruption, elle recouvra la liberté entière de ses mouvemens, et se trouva assez bien pour retourner chez elle.

M. Piorry, craignant à cause de la courte durée du traitement, que la guérison ne fût pas stable, prescrivit à la malade de continuer à prendre chez elle du phosphate de chaux et de l'iodure de potassium; mais elle n'en fit rien. Pendant quatre mois, elle se trouva assez bien; mais, il y a deux mois, elle a ressenti de nouveau des fourmillemens et des faiblesses dans les jambes, des douleurs dans les reins. Ces phénomènes ne firent qu'augmenter jusqu'au moment où elle rentra à l'hôpital; alors elle ne pouvait plus qu'à peine se soutenir sur ses jambes et marcher en vacillant. Ses traits sont fortement altérés, elle a maigri considérablement, elle tousse davantage, elle est en proie à une fièvre ardente.

Quelques jours après son entrée, on s'aperçoit qu'il s'est formé un abcès qui, partant des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires, a fusé dans la paroi abdominale du côté droit, et est arrivé jusqu'à l'ombilic. Il occupe, dans les parois de l'abdomen, une zone ayant au moins un décimètre de hauteur. L'état général de cette malheureuse fille est aussi déplorable que possible; M. Piorry lui prescrit de nouveau du phosphate de chaux et de l'iodure de potassium, mais sans avoir cette fois beaucoup d'espoir, car la maladie est trop avancée.

Enfin, au point de vue du plessimétrisme, on pourrait rapprocher de ces malades, un homme couché au nº 6 de la salle Saint-Charles, qui offre aussi une paraplégie plus considérable dans le membre gauche que dans le droit. Le membre gauche est diminué un peu de volume. La maladie date de six mois. Il n'a jamais ressenti des douleurs dans la région rachidienne. Ici, la palpation a pu être employée avec fruit. Par son aide, on découvre une tumeur dure, procédant de la colonne vertébrale, et située à gauche de la région lombaire. La plessimétrie a pu dessiner cette tumeur. Elle est saillante et presque pédiculée, ce qui ne peut appartenir qu'à une exostose. Les antécédens présentent d'ailleurs d'anciens accidens syphilitiques, dont le malade porte encore des traces sur la verge.

Aussi le diagnostic n'est-il pas douteux. Il s'agit d'une exostose syphilitique comprimant les branches des nerfs crural et sciatique. Cet homme, qui prend deux pilules de protoiodure de mercure et en même temps de l'iodure de potassium à dose assez élevée (aujourd'hui il en prend 4 grammes), commence à voir déjà sa position s'améliorer. Il s'appuie plus fortement sur sa jambe gauche, et marche un peu mieux que quand il est entré.

Nous avons vu que les trois premiers malades dont nous avons parlé, avaient été ou étaient encore actuellement traités par le phosphate de chaux. La tuberculisation vertébrale (rachisophymie) est une maladie très grave, et contre laquelle l'art reste souvent impuissant. Les moyens employés sont ordinairement les cautères, les sétons, moxas, vésicatoires, d'une part, pour combattre l'irritation produite par le travail de tuberculisation dans les parties qui entourent la région malade; d'autre part, l'iode et les préparations ferrugineuses pour modifier la constitution et détruire, s'il se peut, la diathèse tuberculeuse.

M. Piorry a ajouté à ces moyens qu'il emploie, l'usage interne du phosphate de chaux, c'est-à-dire de la poudre d'os calcinés et pulvérisés. Ce professeur a formulé dans son *Traité de médecine pratique* les bases de son traitement contre la rachisophymie et les raisons qui l'ont conduit à prescrire le phosphate de chaux, et nous les rapportons ici :

« 1º Repos, surtout au lit. Éviter principalement la station prolongée.

» 2º Nourriture réparatrice, vin de bonne qualité, air pur, lumière vive.

» 3º Iodure de potassium contre la cause inconnue qui préside au développement des tubercules.

» 4º Phosphate de chaux à l'intérieur. Les os, dans la rachisophymie, contiennent peu de phosphate de chaux et sont généralement assez mous; les vertèbres malades surtout perdent presque complètement ce sel. Or, différens faits physiologiques prouvent l'absorption du phosphate de chaux introduit dans le tube digestif, de plus, la rachiso-malaxie (rachitisme) est améliorée et se guérit par l'usage de ce médicament : si, en outre, on considère que les phymies pulmonaires deviennent inoffensives quand les tubercules sont convertis en masses calcaires, que cette conversion arrive surtout dans l'âge avancé, quand il y a exagération dans les dépôts osseux normaux ou anormaux, on verra qu'il est parfaitement logique de donner du phosphate de chaux contre la rachisophymie, soit pour en rendre aux parties osseuses qui en sont plus ou moins dépouillées, en particulier au rachis, soit pour essayer de convertir les tubercules développés dans les vertèbres en masses crétacés. »

Il y a six ans que M. Piorry emploie ce traitement. Sur 24 malades atteints de rachisophymie bien constatée, il nous a dit en avoir guéri 17. Deux d'entre ceux-ci sont revenus le trouver, affectés une seconde fois de la même maladie. Ce sont les deux malades dont j'ai rapporté les observations, l'homme nº 6 de la salle St-Charles, et la femme nº 6 de la salle Ste-Anne. Cette dernière malade n'avait pas, comme on l'a vu, continué le traitement assez longtemps; quant au premier, il n'a subi une seconde atteinte que cinq ans après la première, et il n'est rentré dans les salles de M. le professeur Piorry que pour faire ressortir de nouveau, en quelque sorte, la puissance du traitement par le phosphate de chaux. On voit donc que si le raisonnement a conduit à employer ce sel contre la rachisophymie, les faits sont venus à l'appui de la logique et ont démontré l'efficacité de cette médication. A. V.

PATHOLOGIE.

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LA PATHOLOGIE DES AFFECTIONS DE L'OREILLE QUI PRODUISENT DES MALADIES DU CERVEAU;

Par le docteur J. Toynbee, membre du Collége royal des chirurgiens, et chirurgien auriste de l'hôpital Ste-Marie, à Londres.

La propagation des maladies de l'oreille à l'encéphale est un fait malheureusement trop connu et trop souvent vérifié par les médecins. Rien de plus commun, en effet, que d'observer des altérations profondes du cerveau et de ses membranes à la suite de maladies anciennes et chroniques de l'oreille. Morgagni, Itard, Lallemand en France, Abercrombie, Bright, Watson et Burn en Angleterre, ont publié sur ce point de pathologie des recherches importantes; mais tous les cas de cette espèce ont été décrits en bloc et indistinctement sous le nom de caries de la portion pétreuse du temporal suivies de maladies du cerveau. Or, en descendant dans l'étude des faits, j'ai pu me convaincre que cette généralisation, présentée d'une manière absolue, était inexacte. Je me propose, en conséquence, dans ce travail : 1º de déterminer la nature de plusieurs affections de l'oreille qui peuvent amener le développement d'une maladie du cerveau; 2º de montrer que chacune des cavités particulières de l'oreille a, si l'on peut s'exprimer ainsi, une circonscription morbide, autrement dit, qu'elle communique la maladie à une division particulière de l'encéphale. Ainsi :

1º Les affections du méat auditif externe et des cellules mastoïdiennes déterminent une maladie dans le sinus latéral et dans le cervelet;

2º Les affections de la cavité tympanique produisent une maladie du cerveau;

3º Les affections du vestibule et du limaçon produisent une maladie de la moelle allongée.

J'examinerai donc successivement à ce point de vue : 1º les affections du méat auditif externe; 2º celles des cellules mastoïdiennes; 3º celles de la cavité tympanique; 4º enfin celles du vestibule et du limaçon.

1º *Affections du méat auditif externe.*— Le méat auditif externe est revêtu par l'épiderme, le derme et le périoste. J'ai montré ailleurs que ces tissus se continuent avec la membrane du tympan, dont ils forment les trois couches les plus extérieures. La connaissance de ce fait que le derme du méat auditif se continue sur la membrane du tympan a une grande importance pour le chirurgien; car elle montre comment une maladie, prenant son origine dans ce diaphragme, se prolonge souvent au méat et par conséquent comment elle peut s'étendre aux os du crâne et au cerveau. La couche dermoïde de la membrane du tympan est bien pourvue de vaisseaux sanguins et de nerfs; elle adhère par un tissu cellulaire très fin à la surface externe de la lame fibreuse radiée. Dans le méat, le derme et le périoste sont si étroitement unis, qu'il est presque impossible de les séparer, et les vaisseaux sanguins qui se ramifient entre eux communiquent avec les vaisseaux de la paroi osseuse. La connexion intime qui existe entre le derme du méat auditif et l'épaisseur de l'os est donc une chose parfaitement démontrée.

Les rapports des parois osseuses du méat auditif avec la cavité du crâne offrent aussi beaucoup d'intérêt. Chez l'adulte, la paroi *supérieure* du méat est constituée par une couche osseuse solide, épaisse d'une à deux lignes, qui sépare la cavité de l'oreille externe de celle qui est occupée par le lobe moyen du cerveau. Dans certains cas, il y a une prolongation de la cavité tympanique qui s'étend dans l'épaisseur de cette paroi supérieure du méat. La paroi *postérieure* a des relations intimes avec le sillon latéral et la fosse cérébelleuse, surtout dans la jeunesse et avant l'âge de 25 ou 30 ans. A ces époques de la vie, on peut constater que la couche d'os, qui forme le tiers externe de la paroi postérieure du méat et qui sépare la cavité du méat de celle du sillon du sinus latéral, n'a souvent pas plus d'une demi-ligne d'épaisseur; souvent même elle est tellement mince, qu'elle en est transparente. Cette couche d'os est traversée par les orifices nombreux de vaisseaux sanguins qui s'étendent dans son épaisseur et qui communiquent avec ceux de la dure-mère. Dans les cas dans lesquels la paroi postérieure du méat est plus épaisse que nous venons de le dire, les vaisseaux sanguins qui se ramifient dans son épaisseur et qui naissent de la portion membraneuse du méat, semblent néanmoins être en communication avec ceux qui pénètrent l'os à sa face interne. Les deux tiers internes du méat auditif externe ont des relations intimes avec le sillon latéral par l'intermédiaire des cellules mastoïdiennes et encore par une portion très mince de ces cellules. Assez souvent, cette portion de la paroi osseuse du méat est si mince, qu'elle en est transparente, et quelquefois même elle manque dans certains points, de sorte qu'il y a communication directe entre le méat et les cellules mastoïdiennes.

De ces observations anatomiques, il résulte donc qu'une maladie, ayant son point de départ dans le méat auditif externe, pendant la première moitié de la vie, est susceptible de s'étendre à la fosse cérébelleuse, et en particulier à la portion de cette fosse qui contient le sinus latéral. Le résultat d'une observation attentive m'a montré également que, règle générale, toutes les fois qu'il se produit une maladie dans la fosse cérébelleuse dans le cours d'une affection de l'oreille, c'est le méat auditif qui a été primitivement affecté.

Il me reste à déterminer la nature de la maladie du méat auditif externe, qui s'étend le plus communément à la paroi osseuse, et de là à la cavité cérébelleuse. Avant de le faire, je rappellerai que dans ce mémoire, comme dans toutes mes recherches sur les maladies de l'oreille, je m'abstiendrai de faire usage du mot *otorrhée.* Lorsqu'il est prouvé que les écoulemens par le méat auditif externe peuvent reconnaître au moins sept sources différentes, n'est-il pas évident qu'il faut spécifier la maladie qui produit l'écoulement, au lieu de cacher notre ignorance sous le masque d'un mot sonore et trompeur?...

L'une des affections les plus communes du méat auditif externe est, sans aucun doute, l'*inflammation catarrhale chronique de la couche dermoïde du méat auditif.* C'est cette affection, dans laquelle la surface du derme devient rouge, et dans laquelle l'épiderme n'est plus sécrété en couche continue, les cellules composant ce tissu étant emportées dans un état incomplet de développement et constituant l'écoulement. Cette affection, si innocente en apparence, même sans aboutir à l'ulcération, est la cause la plus fréquente des maladies des os et du cervelet. Elle persiste souvent pendant des années sans que l'écoulement cesse jamais, ou seulement à de courts intervalles; la surface du derme perd souvent sa coloration rouge vif, mais elle reste tuméfiée, souvent au point d'obstruer presque la cavité du méat. Parallèlement à cette condition du derme, on voit le périoste se ramollir et se détacher de l'os, les vaisseaux sanguins se dilatent fortement, l'os s'enflamme, il survient une carie ou une nécrose; la dure-mère se détache de la face interne de l'os, le sinus latéral s'enflamme, de la matière purulente se dépose à sa surface externe aussi bien qu'à sa surface interne, et la mort survient par suite d'une infection purulente. Dans les cas dans lesquels le sinus latéral est moins profondément intéressé, le cervelet au voisinage de l'os malade est fortement ramolli, dans un état de dégénération purulente, ou bien un abcès occupe l'épaisseur de l'un de ses hémisphères. Pendant la durée de ce travail morbide, il n'y a souvent aucun symptôme qui puisse faire soupçonner au médecin la présence d'une maladie aussi redoutable et pouvant devenir aussi promptement mortelle.

Le malade ne souffre que peu ou point dans l'oreille ou vers la tête; la surface du méat ne présente aucune trace d'ulcération, même lorsqu'il existe une carie fort étendue de l'os. L'écoulement par l'oreille est le seul phénomène prédominant; en règle générale, il ne disparaît pas ou seulement pendant un temps très court. Chose étonnante! ces mêmes altérations qui, abandonnées à elles-mêmes, finissent, règle générale, par altérer lentement les os du crâne, et qui peuvent devenir causes de mort sous l'influence d'une cause occasionnelle insignifiante, telle qu'un refroidissement, un coup sur la tête ou une attaque de grippe; ces mêmes altérations peuvent persister quelquefois vingt ans et plus, toute la vie même, sans qu'il survienne le moindre symptôme inquiétant. J'ai dit plus haut que je donnais le nom d'inflammation catarrhale chronique de la couche dermoïde du méat auditif à cette forme de maladie du méat, qui peut entraîner des accidens funestes du cerveau; le fait est que dans l'immense majorité des cas que j'ai examinés, la mort est survenue *sans ulcération;* mais aussi lorsqu'une large portion d'os est nécrosée, le méat membraneux s'ulcère, et par cette ulcération on peut sentir distinctement la portion d'os nécrosée.

Je parlerai maintenant de quelques faits exceptionnels dans lesquels la maladie s'est propagée du méat auditif à la fosse cérébrale, sans que le cervelet ait été intéressé. Mais pour faire comprendre ce que j'ai à dire, j'ai besoin de présenter quelques observations sur la structure et les rapports du méat auditif externe pendant la première période de la vie.

(La suite au prochain numéro.)

2

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 Janvier 1853. — Présidence de M. DE JUSSIEU.

Emploi de l'oxygène électrisé (ozone) dans l'albuminurie et autres affections où il est nécessaire d'activer la combustion.

M. Éd. ROBIN adresse une note dont l'objet est de faire voir que mélangé avec l'air, l'oxygène électrisé, ou ozone, pouvait présenter des avantages dans l'albuminurie, en favorisant la combustion.

Au moment, dit l'auteur, où mes recherches et celles qu'elles ont fait naître, montraient l'extrême importance de la combustion lente dans l'activité des phénomènes de la vie, tant à l'état de maladie qu'à l'état de santé, d'autres recherches venaient présenter l'oxygène électrisé ou ozone comme beaucoup plus propre à exciter les phénomènes de combustion lente, que ne l'est l'oxygène obtenu par les moyens chimiques ordinaires. De là, des applications qui semblent d'un grand intérêt. L'ozone, tantôt libre, tantôt uni à l'air, se présente comme un agent précieux dans les asphyxies de nature quelconque, dans les scrofules, ou, en général, dans tous les empoisonnemens, dans toutes les maladies où il est utile soit de relever les forces, soit d'achever la combustion réduite au-dessous du terme normal, soit particulièrement de ranimer la vie dans les conditions où l'air et l'oxygène ordinaire seraient impuissans.

Causes de la vieillesse et de la mort sénile.

M. Éd. ROBIN adresse sous ce titre une deuxième communication, dans laquelle il se propose de faire connaître les causes qui concourent à hâter le terme naturel de la vie, et les moyens qu'il serait rationnel d'employer pour en reculer les bornes.

La combustion nécessaire à la naissance et à la conservation de la vie me paraît être encore, par son détritus, dit M. Robin, la cause qui impose un terme à l'existence, et rend actuellement nécessaires la vieillesse et la mort sénile. La vieillesse et la mort sénile proviendraient, suivant M. Robin, de ce que l'aliment nécessaire à l'entretien du mécanisme est accompagné de matières minérales qui en incrustent peu à peu les rouages, et finissent par mettre un terme à son activité.

L'auteur espère prouver qu'en ralentissant les phénomènes de combustion lente, il est facile, chez un grand nombre d'animaux, de retarder la vieillesse et la mort. Trois manières d'opérer doivent être particulièment mises en usage pour en retarder le terme. Prendre des animaux dont la vie est courte, et nourrir les uns avec ceux des alimens ordinaires qui contiennent le moins de matières minérales incrustantes; d'autres avec des alimens plus ou moins privés de ces matières, au moyen de dissolvans appropriés; d'autres encore avec les alimens ordinaires, mais à la condition d'administrer, à partir d'un certain âge de l'animal, de l'acide lactique qui paraît propre à dissoudre pendant la vie les matières minérales incrustantes déjà dépensées.

M. ROBERT-LATOUR adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président,

» A sa séance du 3, présent mois, l'Académie a reçu de M. le docteur Fourcault, une communication dont l'objet était de faire connaître les succès obtenus de l'emploi des enduits imperméables contre les affections inflammatoires, telles que l'érysipèle, la péritonite, le rhumatisme aigu, les phlegmasies traumatiques, etc., etc. Citant mon nom dans cette note, mais gardant le silence sur mes travaux, M. Fourcault prétend avoir été imité par moi, et se fait ainsi une large part dans cette heureuse invention. Cette méthode thérapeutique, lorsque je la rendis publique, au commencement de 1850, ne rencontra d'abord que surprise, incrédulité ou dérision, tant étaient éloignés des idées reçues les principes dont elle relève; et M. Fourcault ne songeait point alors à revendiquer, pour lui, l'honneur d'avoir concouru à la découverte. Aujourd'hui qu'un brillant avenir s'ouvre à ma médication, si j'en crois le témoignage des faits nombreux que j'ai déjà publiés, des faits plus nombreux encore que j'ai réunis dans un ouvrage sous presse en ce moment, il m'importe de bien fixer mes droits et de réduire ainsi à leur juste mesure toutes les prétentions intéressées qui tendraient à les amoindrir.

» Que M. Fourcault ait, le premier, annoncé le refroidissement immédiat des animaux revêtus d'un enduit imperméable, c'est un honneur qu'on ne saurait lui ravir; mais il y a loin de ce fait expérimental qu'il ne cherchait pas et que lui livra le hasard, à toute une doctrine fondée sur un enchaînement logique de faits et d'idées, dont le premier élément est à la physiologie, et le complément à l'application pratique. Ce qu'il y a de certain, c'est que, considéré simplement comme un phénomène curieux, le résultat expérimental signalé par M. Fourcault restait isolé dans la science, sans lien avec les faits connus, comme sans application, et n'était, en un mot, de la part des savans, que l'objet d'une attention toute platonique. C'est qu'un tel fait, qui nous dénonce, dans l'action de l'air sur la peau, une des conditions de la calorification, il fallait, pour en tirer parti, être initié à la destination physiologique de cette fonction vitale, destination dont l'objet est d'assurer la progression du sang dans les tuyaux prodigieusement ténus qui forment le réseau capillaire chez les animaux supérieurs; il fallait savoir qu'à cette faculté physiologique de produire du calorique, se lient, comme une sorte d'expiation, des facultés morbides dont l'inflammation est une expression frappante; il fallait avoir saisi le mécanisme de cette affection, dont l'injection sanguine n'est qu'un caractère matériel et secondaire, fatalement enchaîné à l'ascension locale de la température, qui en est le principe, le fait essentiel et initial. Tous ces dogmes, que, depuis vingt ans, je n'ai cessé d'énoncer dans diverses publications, conduisent naturellement à la recherche des moyens propres à combattre l'inflammation dans la chaleur animale qui en est l'élément indispensable, et c'est ainsi que le fait expérimental du docteur Fourcault, en révélant une des conditions de la production de cette chaleur, est venu s'ajuster de lui-même à ma doctrine, comme pour en faire ressortir la justesse avec éclat.

» Certes, je n'ai point la prétention d'avoir fait seul toute la science, et dans le cours de mes travaux j'ai fait des emprunts à bien des savans parmi lesquels se trouve le docteur Fourcault lui-même. Mais ce qu'on ne saurait me dénier, c'est que tout en profitant des faits connus, et ajoutant de mon côté aux notions acquises, j'ai produit une idée capitale dont j'ai développé tous les points, depuis l'élément physiologique jusqu'à l'application pratique; et que cette application pratique, je l'ai seul instituée, j'en ai seul formulé le principe.

» Agréez, etc. ROBERT-LATOUR. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 Janvier 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

La correspondance comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique, transmettant l'ampliation d'un décret qui autorise l'acceptation d'une donation faite par M. Nadau.

2° Une lettre du ministre de l'intérieur et du commerce, qui demande l'avis de l'Académie sur l'opportunité d'appliquer à l'opium indigène et au lactucarium les disposition du décret du 3 mai 1850.

3° Un rapport de M. BURCKARD, médecin des épidémies de l'arrondissement de Sarrebourg (Meurthe), sur l'épidémie de fièvres bilieuses qui a régné dans la commune de Lutzelbourg pendant les mois de juillet, août et novembre 1852.

4° Deux rapports de M. le docteur GERMAIN, médecin des épidémies de l'arrondissement de Poligny, sur l'épidémie de fièvre muqueuse typhoïde qui a régné en 1852 dans les communes de Chilly et de Thisy (Jura).

5° Un rapport de MM. FINAZ et COLRAT, médecins-inspecteurs des eaux minérales de Charbonnières (Rhône), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852.

6° Un rapport de M. le docteur MATOT, médecin-inspecteur des eaux minérales de Castéra-Verdurau (Gers), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852.

7° Un rapport de M. le docteur LOUBIER, médecin-inspecteur des eaux minérales de Propiac (Drôme), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852.

8° Une demande en autorisation d'exploiter une source d'eau minérale à Cusset (Allier).

9° Une nouvelle notice sur les eaux minérales de la Moldavie, par M. le docteur BASSEREAU.

10° Une lettre de M. le docteur GIRARD, ex-chirurgien élève de l'hôpital militaire de Strasbourg, relative à l'usage et à la nécessité de la vaccine.

11° Une observation d'ostéo-sarcôme de la mâchoire supérieure, opéré avec succès par M. LAURENCIN, 1er chirurgien en chef de la marine à Rochefort.

12° Un mémoire de M. le docteur DIDOT, de Liége, intitulé : Essai sur un nouveau mode de délivrance dans les cas de difformité grave du bassin au moyen du diatryptem et du céphalotome à chaîne.

13° Un mémoire de M. le docteur COZE fils, de Strasbourg, sur l'emploi du collodion dans les vomissemens nerveux.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire de l'un de ses membres, M. Devilliers.

M. BÉDOR, correspondant de l'Académie à Troyes, est présent à la séance.

M. LEBLANC, à l'occasion du procès-verbal, présente un égagropile de chien, sorte de concrétion que l'on rencontre rarement chez cet animal.

M. Cornac a la parole pour une proposition.

Proposition relative au règlement.

M. CORNAC rappelle qu'à deux époques, en 1848 et en 1851, il a été publié sous les auspices de l'Académie, une édition de son règlement. Dans chacune des ces publications, il a été fait des suppressions et des modifications, non seulement sans que l'Académie ait été consultée, ce qui était son droit, mais même sans qu'elle en ait été avertie. M. Cornac, voyant dans ce fait une sorte de mépris de l'autorité et des droits de l'Académie, propose qu'il soit nommé une commission de cinq membres qui aura à examiner cette affaire. (Appuyé.)

M. LE PRÉSIDENT pense qu'il suffirait peut-être que M. Cornac se mît en rapport avec le conseil d'administration pour en conférer.

Quelques membres, M. RENAULT, entre autres, proposent le renvoi pur et simple au conseil d'administration.

MM. ADELON et LARREY appuient vivement la proposition de M. Cornac.

Cette proposition est mise aux voix est adoptée.

MM. Adelon, Bégin, Larrey, Moreau et Cornac sont désignés pour faire partie de cette commission.

Traitement de la folie.

M. LONDE lit en son nom et celui de MM. Collineau et Falret, un rapport sur un travail de M. le docteur Scipion Pinel, intitulé : Considérations de la folie.

M. le rapporteur, après avoir rappelé l'opinion émise par M. Scipion Pinel, sur l'emploi de la douche dans le traitement de la folie, et évoqué celle de Pinel, de Georget et d'Esquirol, résume la question en ces termes : ce n'est ni la douche, ni l'affusion qu'il faut proscrire, mais seulement l'administration intempestive et l'abus de ces moyens. Plus d'une fois, en effet, on leur a dû la cure des affections nerveuses les plus redoutables, et votre rapporteur a vu lui-même céder à des affusions froides combinées avec l'administration intérieure de la thérébentine, des attaques quotidiennes d'épilepsie.

M. le rapporteur conclut en proposant le renvoi du travail de M. Scipion Pinel au comité de publication, et d'adresser des complimens à l'auteur. (Adopté.)

Recherches sur les eaux des casernes, des forts et des postes-casernes des fortifications de Paris.

M. POGGIALE, pharmacien principal et professeur au Val-de-Grâce, lit un travail intitulé : Recherches sur les eaux des casernes, des forts et des postes-casernes des fortifications de Paris.

L'administration de la guerre et du conseil de santé des armées ayant chargé M. Poggiale d'examiner les eaux qui alimentent les casernes et les hôpitaux militaires de la place de Paris, et de faire l'analyse de celles qui sont employées pour l'alimentation ou pour les usages journaliers des troupes casernées dans les forts et dans les postes-casernes des fortifications de Paris, c'est le résultat d'une partie de ce travail auquel il s'est livré pendant près de cinq ans, qu'il expose devant l'Académie.

En voici le résumé :

Les eaux des forts de Paris contiennent, comme toutes les eaux, des matières salines et des substances organiques. Les matières inorganiques qu'on y a rencontrées, sont les carbonates de chaux et de magnésie, les sulfates de chaux et de magnésie, les chlorures de sodium et de magnésium, les azotates de potasse de chaux et de magnésie, l'alumine, l'oxyde de fer, l'acide silicique et des traces d'iode.

La proportion des sels de magnésie est assez élevée, mais leur action ne paraît pas être dangereuse. Aucune observation ne m'autorise à penser, dit M. Poggiale, que ces eaux produisent le goître et le crétinisme, comme on l'a admis dans ces derniers temps, et qu'il y ait coïncidence, ainsi que le croit M. Grange, entre la présence de la magnésie dans les eaux et l'existence endémique de ces maladies.

La proportion d'eau et d'acide carbonique offre de grandes variations, et la quantité de cet acide n'est pas proportionnelle au chiffre qui représente les carbonates de chaux et de magnésie.

Les eaux du château de Neuilly, de deux puits du fort du Mont-Valérien, du fort de Noisy-le-Sec, du poste-caserne n° 4, du poste-caserne n° 6, de la caserne Marbeuf, du fort de l'Est, de la manutention de Compiègne, sont impropres à la plupart des usages économiques, en raison de la proportion considérable de matières salines ou de matières organiques altérées qu'elles renferment.

Les eaux des forts de Vanves, d'Issy, de Montrouge, de Bicêtre et d'Ivry offrent la plus grande ressemblance et ont une composition qui les rapproche singulièrement de celle d'Arcueil. On sait que cette dernière eau, qui est fournie par quelques sources de Cachan, de Rungis et de l'Hay, alimente le Luxembourg, plusieurs lycées, l'École polytechnique, l'École normale, le Val-de-Grâce et plusieurs fontaines du 11e et du 12e arrondissement. Comme l'eau d'Arcueil, les eaux des forts du sud sont fraîches, limpides et agréables à boire; exposées à l'air, elles laissent déposer également un sédiment plus ou moins abondant de carbonates de chaux et de magnésie, qui sont tenus en dissolution par l'acide carbonique qui se dégage en même temps.

Les collines qui s'élèvent au sud de Paris et qui prennent les noms de Vanves, d'Issy, de Montrouge, de Bicêtre, d'Ivry, etc., sont formées, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, d'argile plastique et de calcaire grossier. Leur constitution géologique étant à peu près la même, on comprend que la composition des eaux de puits, qu'on y a creusés, ne soit pas sensiblement différente. Cette identité de composition indique une origine commune.

Si l'on compare les eaux de puits des forts du sud à celles des forts de l'est et de l'ouest examinées jusqu'ici, on remarque que les premières donnent un résidu moins considérable, et que la différence porte principalement sur le carbonate et le sulfate de chaux.

On a rejeté toutes les eaux qui n'ont pas une saveur fraîche, qui ne sont pas limpides et qui présentent une odeur et une saveur même légères. Celles qui ne contiennent pas une suffisante quantité d'air oxygéné, qui précipitent abondamment par les réactifs, tels que l'oxalate d'ammoniaque, l'azotate d'argent, le chlorure de baryum qui ne dissolvent pas le savon, qui cuisent mal les légumes, ont été également considérées comme impropres aux usages domestiques. On n'a pas admis non plus les eaux qui contiennent près d'un gramme de matières fixes et beaucoup de sels calcaires. Parmi les substances que l'on trouve dans l'eau, les unes, telles que l'air, l'acide carbonique, le chlorure de sodium, sont nécessaires, en favorisant les fonctions digestives, les autres sont nuisibles, comme le sulfate de chaux, le chlorure de calcium, l'azotate de chaux. Quelques auteurs, Dupasquier notamment, pensent que le bi-carbonate de chaux est utile et donne à l'eau des qualités digestives.

Ces eaux renferment généralement peu de matières organiques, on sait que leur présence n'est pas nuisible, si elles s'y trouvent en faible quantité et non altérées. Mais si, au contraire, leur proportion est élevée et si elles ont subi un commencement de fermentation, l'eau doit être considérée comme insalubre. Des quantités même inappréciables de substances organiques putréfiées et de produits gazeux provenant de leur décomposition rendent les eaux très dangereuses. Tant que la température atmosphérique se maintient au-dessous de 15 à 20° centigrades, les matières végétales et animales contenues dans les eaux n'éprouvent aucune altération; celles-ci présentent même tous les caractères des eaux de bonne qualité. Mais dès que la chaleur augmente, la fermentation putride produit des principes gazeux, lesquels, en pénétrant dans l'économie, donnent naissance à la diarrhée, à la dyssenterie, ainsi qu'on l'a observé souvent. Aussi est-il indispensable, particulièrement pendant les chaleurs de l'été, de nettoyer les réservoirs avec le plus grand soin, et de clarifier complètement l'eau.

Si par suite de circonstances, qu'on ne saurait prévoir, on se trouvait dans la nécessité de faire usage des eaux séléniteuses, dont il a été question dans ce travail, il conviendrait d'y ajouter une très petite quantité de carbonate de soude, de carbonate de potasse ou de lessive de cendres de bois. On sait qu'il en résulte du carbonate de chaux, qui se précipite, et un sulfate alcalin qui ne peut produire aucun effet nuisible. En supposant que l'eau de puits soit saturée de sels alcalins, 150 grammes de carbonate de soude suffisent pour précipiter la chaux contenue dans un hectolitre d'eau.

Lorsque l'eau séléniteuse se trouble au contact de l'air, on la laisse reposer, et quand elle est bien claire, on la décante.

Si les eaux de puits renferment, outre les matières minérales, des substances organiques putréfiées, qui les rendent insalubres, il est indispensable de curer les puits, ce qui se pratique, comme je l'ai fait observer, en les épuisant de toute l'eau qu'ils contiennent et en enlevant les matières étrangères. Il est quelquefois utile de les creuser davantage et de jeter au fond des pierres sablonneuses. Les puits doivent rester ouverts, afin d'aérer l'eau qui s'y trouve. (Comm. MM. Michel Lévy et H. Gaultier de Claubry.)

Tatouage.

M. HUTIN, chirurgien en chef des Invalides, lit un travail ayant pour titre : Recherches sur le tatouage.

Ce travail a été entrepris à l'occasion d'un article publié dans l'UNION MÉDICALE du 16 novembre 1852, sur un procès criminel qui s'est jugé

en Prusse, et dans lequel la question de l'indébilité du tatouage était soulevée.

Des recherches nombreuses auxquelles il s'est livré à ce sujet sur les militaires invalides, M. Hutin est arrivé à conclure que les traces de tatouage ne sont point indélébiles; qu'il en est qui s'effacent sans qu'il soit possible de leur assigner aucune limite de durée; que leur disposition se trouve, selon toute probabilité, en rapport avec la profondeur des piqûres, la nature de la matière colorante employée, et les frottemens plus ou moins rudes que les parties tatouées peuvent subir.

Nouvelle méthode de traitement externe des névralgies faciales.

M. Poggioli lit un travail sur une nouvelle méthode externe pour les névralgies faciales.

Ayant remarqué que les combinaisons de substances médicamenteuses analogues donnaient de meilleurs résultats que les mêmes substances employées isolément, M. Poggioli a cherché un médicament réunissant un certain nombre de substances sédatives, combinées dans des proportions spéciales. Voici la formule qui lui a le mieux réussi;

Extrait de belladone. 4,0
Hydrochlorate de morphine. . . . 0,50
Onguent populéum. 16,0
Axonge macérée dans q. s. de feuilles D. st.
Eau de lavande (essence), q. s.

L'application des médicamens consiste en frictions douces et prolongées.

L'auteur rapporte dix observations qui constatent les bons résultats de cette méthode de traitement.

La séance est levée à cinq heures.

PRESSE MÉDICALE.

Archives générales de médecine. — Juillet, Août, Septembre 1852.

Mémoire sur quelques points de l'histoire de l'érysipèle, et en particulier sur son traitement par les applications du collodion; par le docteur Piachaud (de Genève), ex-interne lauréat des hôpitaux.

Voici les conclusions de ce travail :

1° L'érysipèle est, le plus souvent, une maladie générale, présentant une manifestation cutanée, de nature inflammatoire.

2° Le sexe influe peu sur le développement de l'érysipèle.

3° La durée moyenne de l'érysipèle de la face, donnée par les auteurs, est de douze à quinze jours.

4° Les applications du collodion sur les surfaces érysipélateuses, produisent des effets locaux primitifs et consécutifs.

5° Les cas traités avaient pour siége la face, le cuir chevelu et le tronc.

6° La durée de l'érysipèle, calculée à partir du début des prodrômes, a été de six jours en moyenne.

7° Aucune complication n'a été observée.

8° Le mode d'action du collodion est complexe : il produit de la réfrigération, de la compression, et préserve les parties du contact de l'air.

9° La principale action du collodion est la compression. C'est donc un moyen antiphlogistique.

10° Il agit d'une manière purement mécanique.

Etudes cliniques sur la maladie qui a reçu le nom de cirrhose du foie; par E. Monneret, agrégé libre de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital St-Antoine.

En l'absence de toute notion certaine et précise sur la nature intime de la lésion hépatique, il y a quelque avantage, dit M. Monneret, à définir la cirrhose, une affection chronique et apyrétique du foie, caractérisée par la gêne plus ou moins considérable de la circulation du sang dans la veine-porte hépatique, qui donne lieu à l'hydropéritonie, à la dilatation des veines collatérales, souvent à l'œdème des membres inférieurs et à des hémorrhagies par différentes voies. L'altération qui correspond presque toujours à ces symptômes, est l'induration, l'atrophie de tout le tissu de la glande, ou seulement l'atrophie de la partie vasculaire avec altération jaunâtre, granuleuse ou non du tissu. Le retrait de la substance hépatique amène la diminution de volume du foie, et en même temps que les veines portales deviennent moins nombreuses, la partie jaune prédomine sur l'autre et finit par constituer tout le tissu de l'organe. L'épaississement de la capsule de Glissen et du feuillet séreux qui tapisse le foie, achève de compléter les caractères anatomiques de la maladie.

Voici la description minutieuse que M. Monneret donne de cette maladie au point de vue symptomatique. La maladie s'annonce, dit-il, par des troubles de la digestion, des phénomènes dyspeptiques légers, des éructations, plus rarement de la douleur et de la gêne épigastriques et hypochondriaques, par de l'amaigrissement et une faible diminution des forces, qui n'attirent pas toujours l'attention du malade. Il ne commence à s'apercevoir de son mal que lorsque le ventre gonfle après le repas et que la tuméfaction persiste; souvent il n'est averti que par l'œdème des membres inférieurs, qui vient après l'ascite ou en même temps qu'elle. Des douleurs sourdes dans le ventre se manifestent chez quelques malades; d'autres n'éprouvent que les troubles gastriques notés plus haut. A mesure que l'hydropéritonie augmente, les tissus souscutanés et les plus fins vaisseaux de la paroi abdominale se dilatent, et l'œdème des membres s'accroît, ce qui annonce une gêne plus grande de la circulation du sang à travers la veine-cave inférieure. Souvent alors ou longtemps avant qu'on puisse les rapporter à la gêne de la circulation, apparaissent des hémorrhagies par les narines, la bouche, les intestins, les voies respiratoires. Le visage, le thorax, les membres supérieurs s'amaigrissent avec une rapidité d'autant plus grande, que le gonflement du ventre et des membres inférieurs fait paraître cette émaciation plus marquée qu'elle ne l'est réellement. La peau est pâle, anémiée, grisâtre, flasque, toujours aride. La sensibilité générale et spéciale est intacte. L'intelligence ne se trouble pas. Le pouls faible, petit, dépressible, régulier, a la fréquence normale et ne s'accélère qu'à la fin. La respiration est fréquente, gênée même, en raison de la quantité de l'épanchement; elle est aussi un peu sèche et rude, à cause du refoulement du poumon. L'appétit est très variable, faible ou bien conservé; chez un grand nombre de malades, il finit par se perdre. Des vomissemens surviennent, les selles sont régulières; plus tard la diarrhée succède; la matière bilieuse se montre dans les selles; l'urine est peu abondante, foncée, dense, laissant précipiter rapidement des sels formés surtout d'urates, mêlés à une forte proportion d'une matière colorante rose. A mesure que la maladie fait des progrès, c'est-à-dire à mesure que la circulation veineuse hépatique est plus gênée, tous les symptômes d'hydropisie augmentent, la sérosité remplit le ventre et l'on est obligé de pratiquer plusieurs fois la ponction; elle distend aussi les membres inférieurs, les tégumens du ventre et des parois thoraciques. La mort survient par des érysipèles, des gangrènes, des fissures sur la peau rompue, soit par la perte complète de l'appétit, la diarrhée, la fièvre hectique et le marasme qui en est la conséquence. Le foie, que l'on doit toujours mesurer avec le plessimètre, offre le plus ordinairement une diminution dans ses divers diamètres, qui ne va pas à plus de 5 centimètres.

M. Monneret mentionne, à propos du traitement, les bons effets des *pilules bleues* (de 5 à 10 centig.) que l'on donne à la dose de une à cinq par jour, ce qui n'empêche pas le malade de prendre des alimens. Sur huit malades, chez les uns, dès qu'on dépassait la dose minimum de 0,10, la diarrhée s'établissait, et ne cessait que lorsqu'on avait suspendu complètement les pilules; chez d'autres, pas d'autres effets physiologiques que la diminution de l'ascite ou la suspension de ses progrès; chez deux, il y a eu une salivation, suivie chez un d'eux d'une abondante hémorrhagie par les gencives ulcérées. L'amélioration qui a suivi l'emploi de ce moyen à dose altérante (5 à 10 centigrammes) engage M. Monneret à le recommander, en lui associant, lorsque l'état des organes digestifs le permet, les eaux alcalines de Vichy, l'eau de soude, et à l'extérieur, des bains également alcalins et sulfureux.

Sur les signes auxquels se reconnaît pendant la vie l'adhérence du cœur avec le péricarde; par le professeur J. Skoda.

Rejetant les signes donnés jusqu'ici par MM. Heim, Sander, Hope, Williams, Bouillaud, Aran et Simpson, M. Skoda donne à son tour pour signe que le cœur, pendant la systole, ne se porte pas en bas et à gauche, mais que la pointe est tirée en haut et à droite. Voici, du reste, ce qu'on lit dans les trois observations :

Observation I. — Matité s'étendant en hauteur du 2e espace intercostal à l'appendice xiphoïde. La tumeur est soulevée à chaque systole, et s'affaisse à la diastole; *les 3e, 4e et 5e espaces intercostaux sont déprimés notablement pendant la systole, et font saillie pendant la diastole.* On ne sent pas la pointe du cœur.

Observation II. — *A chaque systole, dans les 3e, 4e et 5e espaces intercostaux, dépressions qui s'effacent pendant la diastole.* De plus, dépression de la moitié inférieure du sternum, dépendant de la systole.

Observation III. — *Dans le 5e espace intercostal gauche,* dépression notable correspondant à la systole, s'effaçant après chaque systole; choc au même point coïncidant avec le commencement de la diastole.

Observation de fibro-plastie généralisée, simulant un cancer du poumon, suivie de réflexions sur ce genre de maladie; par le docteur Woillez, vice-président de la Société médicale d'observation, etc.

Le titre de cette observation en indique suffisamment le caractère et la portée. Elle est relative à un sujet âgé de 28 ans chez lequel une tumeur de la cuisse opérée quatre fois, repullule après ces quatre opérations; puis l'affection se généralise et se manifeste par des symptômes qui siégent principalement à la poitrine; et à l'autopsie on trouve une énorme tumeur fibro-plastique dans la cavité médiastine, des tumeurs semblables à la face interne de la plèvre gauche, trois tumeurs identiques dans l'épaisseur du poumon droit, une dans un ganglion bronchique, d'autres tumeurs enfin dans la cavité abdominale, le long de la colonne vertébrale. C'est donc un fait de plus à ajouter à ceux qui, sans renverser ce qui a été dit par les micrographes modernes de la localisation, de la simple extension locale, de proche en proche des cancroïdes, tendent à affaiblir la valeur des déductions absolues que l'on voudrait tirer des caractères micrographiques, en ce sens que les cancroïdes peuvent dans quelques cas exceptionnels, affecter la marche et les tendances du tissu cancéreux.

De l'urétrotomie périnéale de dehors en dedans par le procédé de M. Syme (d'Édimbourg); revue des travaux anglais sur cette question; par le docteur E. Follin, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris.

On sait que M. Syme est l'inventeur et le propagateur d'une méthode hardie de traitement, appliquée aux rétrécissemens de l'urètre, méthode renouvelée de l'opération des chirurgiens français, connue sous le nom de boutonnière, et qui consiste à inciser largement de dehors en dedans la peau, les tisssus sous-cutanés, enfin les parois rétrécies de l'urètre, puis à laisser la plaie se cicatriser par seconde intention, après avoir, pendant 48 heures seulement, placé dans l'urètre une sonde en argent. M. Syme réserve cette opération pour les rétrécissemens rebelles, mais néanmoins franchissables; cette dernière condition est de rigueur. Dans ces rétrécissemens il faut ranger surtout ceux où il existe une grande induration du corps spongieux de l'urètre et ceux où une lésion mécanique du canal a été le point de départ de cicatrices dures et peut-être de fistules périnéales. Ce qui est certain, c'est que l'on a obtenu par ce procédé des succès incontestables, mais chose non moins certaine, cette opération compte une mort sur cinq: c'est-à-dire que c'est une opération assez grave de la chirurgie et qu'on ne saurait la proposer que pour des cas excessivement rebelles ou qui menacent de se compliquer d'accidens sérieux.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Très honoré confrère,

La Société médico-pratique de Paris a saisi avec empressement l'occasion de sa première réunion pour décider, *par acclamation*, qu'une démarche serait faite auprès de M. Orfila, à l'effet de porter à ce maître vénéré l'expression des sentimens de gratitude et d'admiration dont elle est pénétrée pour le noble désintéressement dont il vient de donner un exemple si touchant et si beau!

Cette démarche a été faite dimanche matin par le bureau de cette Société savante.

Vous dire l'affabilité, la courtoisie et l'abandon avec lesquels l'illustre professeur nous a accueillis n'aurait rien qui pût vous surprendre, non plus que ceux qui ont le bonheur de l'approcher souvent; mais ce qui ne vous surprendra pas et que vous apprendrez avec une grande joie, j'en suis convaincu, c'est..... c'est..... je vais peut-être commettre une indiscrétion; n'importe: il est de ces élans de reconnaissance qu'aucune puissance humaine ne saurait arrêter; j'en fais dans ce moment la plus... agréable épreuve.

D'ailleurs, peut-on toujours imposer silence à son cœur?... C'est, en un mot, la réalisation du projet déjà conçu par d'autres honorables confrères, et que, dans sa sollicitude toute paternelle pour le corps médical, dont il veut faire une seule et grande famille, honorée et respectée, le généreux fondateur de l'Association de prévoyance des médecins de la Seine nourrit depuis bien longtemps dans son cœur, comme couronnement de son œuvre si philantropique et si moralisatrice à la fois.

Cette belle œuvre a pour objet la création d'une maison de santé uniquement consacrée aux membres du corps médical, dans laquelle l'étudiant loin de sa famille, le jeune praticien isolé, trouveraient, en cas de maladie, les soins nécessaires au rétablissement de leur santé, et nos vétérans de l'art, la paix et le calme si doux sur les vieux jours!

Puisse donc ce généreux bienfaiteur mener à bonne fin un projet si noble et si utile, et son nom béni dans le présent sera glorifié dans la postérité!

Agréez, etc.

Dr Alfred Compérat,
Archiviste de la Société médico-pratique, etc.

COURRIER.

Par décret de l'Empereur, en date du 10 janvier 1853, rendu sur la proposition du ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, ont été promus et nommés dans l'ordre impérial de la Légion-d'Honneur :

Au grade d'officier,

M. le docteur Ricord, chirurgien en chef de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie impériale de médecine.

Au grade de chevalier,

M. Jaumes (François-Anselme), professeur de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Montpellier.

M. Laborie, docteur en médecine, membre de la Société de chirurgie, a eu des médailles d'honneur pendant le choléra en 1832 et 1849.

M. Lebatard (Alphonse), médecin de l'asile-école Fénélon, a obtenu des médailles d'honneur pour services rendus pendant le choléra de 1832 et 1849.

Par décret impérial, en date du 14 janvier 1853, rendu sur la proposition du ministre secrétaire d'État au département de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion-d'honneur :

Au grade de chevalier,

M. Baret, chirurgien major: services longs et distingués dans la garde nationale; courageux dévouement en juin 1848 et lors du choléra en 1849.

E. Giboin, capitaine, ancien aide-major mentionné honorablement en juin 1848, médecin du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement pendant 10 ans; a obtenu la médaille du choléra en 1849.

M. de Laurès, chirurgien major: anciens services dans la garde nationale; a fait preuve d'un courageux dévouement en juin 1848.

M. Pinel, chirurgien-major au 35e bataillon (banlieue), ancien chirurgien militaire, huit ans de service et quatre campagnes.

M. Bellemain, chirurgien-major du 30e bataillon (banlieue), ancien chirurgien militaire, a fait plusieurs campagnes; dans la garde nationale depuis 1830.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, empereur des Français,

A tous présens et à venir, salut.

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de la guerre,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. Est nommé à l'emploi de directeur de l'École spéciale de médecine et de pharmacie militaires, M. Alquié (Jean-Dominique), médecin inspecteur.

Art. 2. Notre ministre secrétaire d'État au département de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais de Compiègne, le 21 décembre 1852.

Napoléon.

Par l'Empereur :

Le maréchal de France, ministre secrétaire d'Etat au département de la guerre,

A. de Saint-Arnaud.

Le docteur Scoutteten, médecin en chef de l'hôpital militaire de Metz, vient d'être envoyé en mission à Lunéville, par ordre du ministre de la guerre, dans le 6 courant, pour y rechercher les causes de l'épidémie de fièvre typhoïde qui, depuis quelques mois, sévit sur la garnison de cette ville.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Recherches sur les calculs de la vessie et sur leur analyse médico-chimique, par le docteur Samuel-Lee Bigelow, docteur en médecine, docteur de la Faculté de médecine de l'Université de Harvard, membre de la Société médicale du Massachusetz, etc. — Paris, 1853, 1 volume in-4° de 68 pages, avec atlas de 8 planches in-4°. Prix : 6 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

Précis théorique et pratique sur les **Diathèses**, par P. Baumès, docteur-médecin, ancien chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon. Un vol. in-8 de 464 pages, 1853. Prix : 6 fr.

A Paris, chez Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Influences des événemens et des commotions politiques sur le développement de la folie; par le docteur Belhomme, médecin d'un établissement d'aliénés, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.
En vente, chez Germer-Baillière. — Prix : 3 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltesteet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 9. SEPTIÈME ANNÉE. Samedi 22 Janvier 1853.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOUSCRIPTION

*ouverte en faveur de M. Orfila dans les bureaux de l'*UNION MÉDICALE :

MM. Brierre de Boismont, 30 fr.; Leroy-d'Étiolles père, 20 fr.; Leroy-d'Étiolles fils, 10 fr.; Vernois, 30 fr.; Gintrac père, docteur en médecine à Bordeaux, 60 fr.; Gintrac fils, à Bordeaux, 20 fr.

Total de la 6me liste .... 170 fr.
Listes précédentes .... 930 fr.

Total de la souscription de l'UNION MÉDICALE. 1,100 fr.

2me Liste des souscriptions effectuées à la Faculté de médecine de Paris : MM. Constantin, étudiant, 2 fr.; Labé, libraire-éditeur des œuvres de M. Orfila, 20 fr.; Grau, interne des hôpitaux, 20 fr.; Hugot, étudiant, 2 fr.; Sichel, 20 fr.; Loydreau, médecin à Chagny, 20 fr.; Fontan, à Bagnères-de-Luchon, 100 fr.; Azcarate, 20 fr.; Aubergier, professeur à Clermont, 20 fr.; Lauray, 5 fr.; Vongcheur, 8 fr.; Delpech, 10 fr. — École de médecine d'Angers : MM. Lacheze, directeur honoraire, Guépin, professeur honoraire, Négrier, directeur, Ouvrard, Bigot, Mirault, Laroche (Victor), Jouvet, Daviers, Castonnet, adjoint, Laroche (Edouard), id., Farge, chef des travaux anatomiques, 150 fr.

THÉRAPEUTIQUE.

NOUVEAU TOPIQUE CONTRE LES ULCÈRES MALINS DE LA FACE.

Pau, le 31 Décembre 1852.

Monsieur le rédacteur,

J'ai l'honneur de vous adresser ci-joint deux cas remarquables de guérison d'affection cancéreuse de la face. Le moyen thérapeutique auquel je dois ces deux succès dans une maladie d'ordinaire si tenace, m'a paru si merveilleux dans la rapidité de son action et dans ses résultats, que, dans la crainte de le voir injustement relégué dans une pharmacologie suspecte, je me suis empressé de le porter à votre connaissance. Je crois, du reste, que tout l'honneur en revient à M. Velpeau.

Agréez, etc. Ev. CAZENAVE, D.-M. P.

OBSERVATION I. — La nommée Jeanne X..., âgée de 58 ans, est d'une constitution détériorée par des excès de travaux et une mauvaise hygiène. Il y a environ cinq ans, elle vit se développer, sans cause appréciable, sur la face latérale droite du nez, un petit bouton en forme de verrue, de la grosseur d'un pois. Cette petite tumeur était le siége d'une démangeaison qui amenait la malade à y porter fréquemment la main et à la gratter. Irritée par des attouchemens réitérés, elle augmenta de volume et en étendue, s'ulcéra, et se recouvrit d'une croûte noirâtre.

Différens topiques furent appliqués; ils n'eurent d'autre résultat que de favoriser le développement de l'ulcère. Effrayée des progrès de la maladie, cette femme alla consulter un empirique qui lui conseilla de faire usage d'une pâte qu'il lui donna. Mais soit imprudence de la malade, soit ignorance du médicastre, des accidens d'intoxication se déclarèrent et nécessitèrent un traitement énergique. (Tout me porte à croire que la pâte employée contenait de l'arsenic.)

Il y a environ un an, cette femme vint me consulter. La tumeur était proéminente à son centre, et recouvrait tout le côté droit du nez, depuis le grand angle de l'œil, qu'il menaçait d'envahir, jusqu'au bord de la narine. Cet ulcère était d'un noir de suie, sanieux, à bords serpigineux et était le siége de douleurs aiguës, à caractère lancinant. La figure de cette malheureuse avait un aspect hideux.

(50 centigrammes de poudre de calomel et de scammonée.)

Le lendemain, je touchais l'ulcère avec un pinceau imbibé de nitrate acide de mercure. Je continuai l'usage de ce caustique pendant un mois, et malgré son énergie, je n'obtins pas d'amélioration. J'eus alors recours à un moyen thérapeutique que j'avais vu employer à la Charité par M. Velpeau, dans un cas à peu près semblable et avec succès.

On verse de l'acide sulfurique hydraté sur du safran pulvérisé, de manière à obtenir une pâte d'une consistance mollette, que l'on applique sur la surface ulcérée. L'action corrosive de ce topique se fit immédiatement sentir sur les tissus malades; cette pâte se dessécha au bout de deux ou trois jours, et tomba sous forme de croûtes noires et desséchées, entraînant avec elles l'escarre. Je fis successivement cinq applications du caustique; la plaie se détergeait, puis une teinte rosée, et les tissus entrèrent dans une voie franche de réparation. Quelques lotions alcalines consolidèrent l'impulsion médicatrice imprimée par le caustique. Les tégumens du nez se reconstituèrent. Un an s'est écoulé depuis la disparition de la tumeur cancéreuse. La guérison ne s'est pas démentie.

OBSERVATION II. — Catherine Ab..., atteinte de démence, entra dans mon service à l'asile des aliénés, il y a quelques années. A la suite d'une rixe qu'elle eut avec une de ses compagnes d'infortune, elle reçut, à quelques millimètres au-dessous du rebord palpébral inférieur droit, une égratignure irrégulière, de quatre centimètres de long dans son plus grand diamètre. Cette petite plaie suppura, et se recouvrit d'une croûte qui fut, à plusieurs reprises, arrachée et remplacée par une autre. Un engorgement dur, à teinte brunâtre, devint la base de cette ulcération, et la transforma en une tumeur ulcérée qui ne tarda pas à devenir le siége d'élancemens aigus.

Lorsque je vis cette femme pour la première fois, la tumeur se présenta à moi avec tous les caractères d'un ulcère franchement cancéreux, en analogie parfaite avec celui qui a fait le sujet de la première observation. Il affectait la forme d'un croissant, qui, par son bord supérieur, circonscrivait toute la paupière inférieure et le grand angle de l'œil, menaçant de s'étendre jusqu'aux tissus constitutifs de cet organe, et par son bord inférieur jusqu'au niveau de l'os malaire. Les douleurs étaient lancinantes; ses bords, serpigineux, rongeaient les tégumens environnans, sans intervention apparente d'inflammation.

Comme dans le cas précédent, j'eus recours aux applications du topique safrano-sulfurique, et l'ulcère se comporta de la même manière sous l'influence de quatre applications successives. Les tissus sous-jacens, débarrassés de la tumeur, présentèrent une surface rosée, et un travail de cicatrisation s'opéra.

Deux ans se sont écoulés, la tumeur n'a pas reparu.

PATHOLOGIE.

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LA PATHOLOGIE DES AFFECTIONS DE L'OREILLE QUI PRODUISENT DES MALADIES DU CERVEAU;

Par le docteur J. TOYNBEE, membre du Collége royal des chirurgiens, et chirurgien auriste de l'hôpital Ste-Marie, à Londres.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

A l'époque de la naissance, et pendant la première année, le seul rudiment du méat osseux est la dépression superficielle située au milieu de la partie externe et inférieure de la portion écailleuse du temporal, immédiatement en arrière de la racine de l'apophyse zygomatique. Cette dépression, qui peut, avec raison, être appelée *fossette auditive*, est en avant des rudimens de l'apophyse mastoïdienne. La surface de cette fossette auditive est plus lisse, sa surface est plus dense, et elle est percée d'un plus petit nombre de trous que l'os environnant. A l'époque de la naissance, la portion d'os qui forme cette fossette a une épaisseur tout au plus d'une demi-ligne ou de trois quarts de ligne; le méat membraneux est attaché à sa face externe, la dure-mère à sa face interne. Sa structure est loin d'être dense et compacte, et dans son épaisseur, les vaisseaux sanguins du méat communiquent avec ceux de la dure-mère. Après la première année, et durant la jeunesse, la substance de l'os situé entre la fossette auditive et la fosse cérébrale moyenne, augmente tellement d'épaisseur, que les surfaces externes et internes du crâne sont séparées par un espace dont l'épaisseur varie d'une ligne à une ligne et demie. A mesure que l'os approche de sa conformation définitive, la fossette auditive prend une position oblique, et forme la paroi

Feuilleton.

M. DEVILLIERS.

Ce n'est pas à un prince de la science que les lignes suivantes sont consacrées; le modeste corbillard que, mardi dernier, suivait une foule nombreuse et affligée, n'emportait pas dans sa dernière demeure une de nos renommées scientifiques éclatantes; c'est à l'homme de bien, au modèle des vertus professionnelles, au médecin secourable, au praticien éclairé, laborieux, exact, patient, charitable et toujours empressé auprès des malades; c'était à l'ami sûr et dévoué que s'adressaient ces regrets et que vont s'adresser les humbles lignes qui suivent.

M. Pierre-Gaspard-Alexandre Devilliers, membre de l'Académie de médecine, de la Société de médecine du département de la Seine, de plusieurs autres Sociétés médicales, chevalier de la Légion-d'Honneur, est né le 12 février 1781, à Avallon, département de l'Yonne. Sa famille comptait, parmi ses ascendans, des médecins, des chirurgiens et des pharmaciens, dont plusieurs avaient été attachés soit à la maison des rois de France, soit à la maison des princes de Condé. Son père, pharmacien lui-même et à la tête d'une nombreuse famille, l'envoya de bonne heure à Paris, auprès de son frère, M. Charles Devilliers, maître en chirurgie, membre de l'Académie de chirurgie, élève de Solayrès, ami de Baudelocque, de Desault et de Percy, et jouissant d'une grande considération que lui avaient valu sa science, son austérité de mœurs et son inépuisable bienfaisance. L'oncle se chargea de l'éducation du neveu; après les orages de la révolution, il dirigea ses études vers la médecine et le fit entrer, comme élève, à l'Hôtel-Dieu, où il suivit les leçons de Bosquillon, de Giroult, de Desault et de Bichat. Aussi le neveu considérait-il cet oncle comme un second père et n'en parlait-il jamais qu'avec l'expression du plus profond respect et de la plus vive reconnaissance. M. Devilliers devint plus tard un des élèves favoris d'Antoine Dubois et prevôt de Maygrier, qu'il suppléait dans ses cours d'accouchemens.

En 1805, les nécessités de la guerre forcèrent M. Devilliers, comme presque tous les médecins de cette époque, à entrer dans la chirurgie militaire. Il fut successivement chirurgien sous-aide, puis aide-major aux hôpitaux du Val-de-Grâce et de Saint-Denis, fit partie de l'armée envoyée sur les côtes de Flandre, dirigea le service de l'hôpital militaire établi à Bruges et rentra enfin au Val-de-Grâce en 1813. C'est pendant son dernier séjour dans cet hôpital que, devenu démonstrateur d'anatomie et de chirurgie, il compta parmi ses élèves les plus aimés, plusieurs célébrités de l'époque actuelle, les deux Cloquet, M. Bégin, etc. Le zèle qu'il apporta dans ses fonctions déterminèrent, chez M. Devilliers, une hémoptysie qui, à son grand regret, le força à renoncer à l'enseignement. Plus tard, il eut encore à supporter toutes les fatigues et les dangers de la terrible épidémie de typhus qui décima les nombreux blessés des armées française et étrangère. Les services militaires de M. Devilliers ont duré de 1805 à 1815.

M. Devilliers avait reçu le grade de docteur en médecine, à la Faculté de Paris, en 1807. En 1808, il est nommé médecin du bureau de bienfaisance dans le douzième arrondissement, fonctions qu'il a remplies pendant quarante-quatre ans, c'est-à-dire jusqu'à son dernier jour. En 1812, il est nommé membre de la Société de médecine de Paris, aux séances de laquelle il était un des membres les plus assidus. En 1823, trois ans après la fondation de l'Académie de médecine, il devint membre de cette compagnie, dans la section d'accouchemens. En 1825, il devint vérificateur des décès du douzième arrondissement, modeste place qui lui fut vivement disputée, malgré des droits incontestables. Il fut aussi nommé membre de la commission sanitaire instituée par le ministre de l'intérieur, en 1832, à l'occasion de l'épidémie de choléra. Dans cette épidémie, comme dans celle de 1849, qui sévit si cruellement dans les faubourgs Saint-Jacques et Saint-Marceau, M. Devilliers donna l'exemple du plus grand zèle et d'un dévoûment à toute épreuve. Le gouvernement, sur l'initiative officieuse et spontanée de l'ancien doyen de la Faculté de médecine, M. Orfila, lui accorda, en décembre 1849, la croix de chevalier de la Légion-d'Honneur, distinction bien méritée par les nombreux et incessans services rendus par cet honorable médecin, et qui étaient particulièrement connus de M. Dumas, alors ministre de l'agriculture et du commerce, sur la proposition duquel M. Devilliers reçut cette récompense.

Les travaux scientifiques de M. Devilliers, outre sa thèse inaugurale ayant pour titre : *Quelques propositions de médecine pratique sur l'emploi des saignées dans les fièvres et les phlegmasies*, consistent dans sa collaboration aux *Éphémérides des sciences naturelles*, au *Grand Dictionnaire des sciences médicales*, dans lequel on lit de lui plusieurs bons articles, entre autres les articles FROID, NITRE; plusieurs observations curieuses d'*hydropisies de la matrice*, de *kystes hydatiques du foie*, dans le *Journal général de médecine*, les *Transactions médicales*, etc. Ce fut M. Devilliers qui remit à M. Orfila une observation avec des calculs cystiques, à l'occasion desquels le savant chimiste fit ses premières découvertes du picromel.

Dans sa jeunesse, et au milieu de ses nombreuses occupations scientifiques et professionnelles, M. Devilliers avait trouvé le moyen et l'occasion de céder au penchant qui l'entraînait vers les arts et la poésie, qu'il cultiva non sans quelque succès. L'Athénée des Arts (ancien lycée) de Paris, dont il faisait partie depuis 1820, et dont il fut plusieurs fois président et secrétaire général, a entendu plusieurs odes échappées de sa plume. Une de ces pièces mérite d'être mentionnée ici, c'est celle où il chanta le dévoûment des médecins français pendant la fièvre jaune de Barcelone.

D'un caractère doux, égal, souvent enjoué, M. Devilliers avait pour amis presque tous ses cliens. Sa bonté pour les pauvres qui peuplaient son quartier était inépuisable. Depuis le peu de jours qu'il a cessé de vivre, sa famille a retrouvé plus d'une trace ignorée de sa bienfaisance. Il fut d'ailleurs un des fondateurs et l'un des membres les plus actifs de l'Association de prévoyance des médecins de Paris. Son empressement à rendre service était connu de tous. Poussant la dignité et l'austérité professionnelles jusqu'aux dernières limites, cet honorable confrère oubliait ses propres intérêts, et se condamna à vivre dans une position

supérieure du méat auditif externe; elle est séparée de la cavité de la fosse cérébrale moyenne par une couche osseuse dense, dans laquelle la cavité tympanique se prolonge assez souvent. Chez l'adulte, la fossette auditive a pris une direction oblique, et elle est constituée par une lamelle osseuse horizontale.

La considération attentive de ces rapports montre que, dans la première année, il n'existe entre le méat membraneux et la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne, qu'une lamelle osseuse très mince, à travers laquelle la maladie peut s'étendre du méat au cerveau. A mesure que le temporal se développe, le méat se trouve séparé de la cavité cérébrale par un espace de plus en plus considérable, et le méat se trouve en rapport des plus intimes avec le sinus latéral. On observe, en effet, que la maladie, qui se prolonge du méat auditif à la cavité *cérébrale*, se développe et affecte l'os *dans la première année de la vie*. Règle générale, cette maladie, lorsqu'elle n'est pas arrêtée, cause la mort à peu de mois de distance de son origine; mais en revanche, il est des cas, et j'en connais deux, dans lesquels la nature ayant fait de vigoureux efforts de réparation, la mort n'était pas survenue dans l'enfance, dans lesquels, toutefois, le cerveau et ses membranes étaient altérés profondément et depuis longtemps, bien que la mort ne soit survenue qu'à l'âge de 11 ans dans l'un, de 50 à 60 dans l'autre. Il semblerait, au premier abord, assez difficile de distinguer ces cas et ceux de maladie primitivement développée dans la paroi supérieure de la cavité tympanique, qui occasionnent la mort exactement par les mêmes altérations du cerveau et de ses membranes. Toute la différence se trouve dans ce fait que, lorsque la maladie a de bonne heure son point de départ dans le méat auditif, la portion d'os qui constitue alors la fossette auditive, et qui plus tard forme la paroi supérieure du méat, est primitivement affectée. De plus, lorsque la maladie commence de bonne heure, on trouve toujours des traces de réparation osseuse, sous forme d'os nouveaux déposés à la surface interne et externe de la portion supérieure et du méat, ce qui n'a pas lieu pour les cas ordinaires de carie occupant la paroi supérieure de la cavité tympanique.

Une seconde exception à la règle posée ci-dessus, à savoir, que la maladie du cervelet et du sinus latéral a son point de départ dans les affections du méat auditif, est la suivante : c'est lorsque la maladie, s'étendant en arrière de la cavité tympanique, envahit les cellules mastoïdiennes et produit une carie de leur paroi interne. Au reste, ce sont des cas rares, et, règle générale, ces cellules ne sont affectées que secondairement à une maladie du méat auditif externe.

Quant aux altérations pathologiques qui peuvent être la conséquence des maladies du méat auditif, ce sont les suivantes : 1° la formation de caillots dans le sinus latéral; 2° la présence du pus dans ce même sinus; 3° cette dernière altération, plus des abcès multiples; 4° du pus à la surface du cervelet; 5° enfin un abcès dans l'épaisseur du cervelet.

2° *Affections des cellules mastoïdiennes.* — Il me suffira d'indiquer ici que chez l'adulte la surface postérieure des cellules mastoïdiennes est tapissée par la dure-mère de la cavité cérébelleuse et que le sinus latéral est logé dans un sillon de cette cavité, pour faire comprendre la propagation facile des maladies des cellules mastoïdiennes au sinus latéral et au cervelet. La source des maladies de ces cellules est le plus ordinairement dans le méat auditif; mais il est des cas où ces maladies, primitivement développées dans ces cellules, détruisent l'entement la paroi postérieure et finissent par intéresser le sinus latéral et le cervelet, ainsi que je l'ai vu dans un cas récent, chez un homme de 29 ans, qui présentait en même temps un écoulement par l'oreille, mais sans altération du méat ou de la cavité tympanique proprement dite.

3° *Affections de la cavité tympanique.* — Les cas de maladie qui ont leur point de départ dans la cavité tympanique et qui s'étendent à travers la paroi supérieure à la dure-mère et au cerveau, sont bien plus fréquens que ceux qui font l'objet de la deuxième section. La fréquence des maladies du cerveau et de ses membranes qui ont leur point de départ dans la cavité tympanique s'explique très bien, 1° par la grande disposition de la membrane muqueuse de cette cavité à subir des altérations pathologiques; 2° par l'existence de relations des plus intimes entre cette cavité et la dure-mère. Deux mots sur ces relations :

La paroi supérieure de la cavité tympanique est formée par une lamelle osseuse qui s'étend de l'angle d'union de la portion squammeuse et de la portion pétreuse avec le vestibule et les canaux demi-circulaires, et des cellules mastoïdiennes en arrière jusqu'à la trompe d'Eustache en avant. Cette lamelle est longue d'un pouce, et son épaisseur la plus grande à sa partie moyenne est d'un tiers ou d'un demi-pouce. La structure de cette paroi supérieure varie aussi suivant les individus; il peut arriver, par exemple, qu'elle soit extrêmement mince et comme transparente, et même que cette lamelle soit percée de trous dans certains points, de manière à permettre à la membrane muqueuse de la cavité tympanique d'être en contact avec la dure-mère. Cette disposition explique comment les maladies de la cavité tympanique susceptibles d'intéresser cette paroi osseuse supérieure qui est au reste la plus ordinairement affectée, se propagent si facilement au cerveau.

Les affections de la muqueuse tympanique qui peuvent donner lieu à ces accidens sont l'inflammation aiguë, l'inflammation chronique et l'ulcération; mais la plus fréquente de toutes est bien certainement l'inflammation chronique. Celle-ci, généralement confondue dans le groupe commun et défectueux des otorrhées, se montre le plus fréquemment dans l'enfance et a généralement pour point de départ un refroidissement, une fièvre éruptive, telle que la scarlatine ou la rougeole, une fièvre grave. Quant à la cause prédisposante, elle se trouve dans cette tendance à l'engorgement glandulaire qui appartient à la scrofule, et lorsque cette affection existe en dehors de ces cas, jamais elle ne se prolonge plus de quelques semaines, jamais non plus elle ne se termine par une maladie de l'os.

A son origine, cette affection est caractérisée par une hypertrophie de la membrane muqueuse de la cavité tympanique; cet épaississement est accompagné d'une sécrétion muqueuse plus abondante qui distend la cavité. Par suite, la surface interne de la membrane du tympan est refoulée, comprimée, s'atrophie lentement plus dans un point que dans le reste de son étendue, et par ce point qui se perfore, le mucus, sécrété dans la cavité tympanique, s'écoule par le méat auditif externe. Si l'on déterge avec soin le méat et le tympan, on aperçoit facilement, à travers l'ouverture de la membrane, la muqueuse tympanique d'un beau rouge vif, luisante à sa surface, et assez fortement épaissie pour remplir une grande partie de la cavité tympanique. L'écoulement diffère de celui qui se fait dans le cas d'inflammation catarrhale chronique du méat, en ce qu'il est formé en grande partie de mucus visqueux, qui flotte dans l'eau sans se mêler avec elle, quelquefois sous forme de filamens extrêmement fins. L'inflammation catarrhale chronique de la muqueuse tympanique peut se prolonger des années, vingt ans et plus, sans qu'il survienne d'ulcération, mais sa présence est très souvent la cause d'une maladie de la portion pétreuse du temporal et du cerveau. Dans quelques cas aussi, l'irritation de la muqueuse tympanique paraît suffisante pour développer une maladie du cerveau et peut entraîner la formation d'un abcès dans son intérieur, sans aucune altération pathologique des os et de la dure-mère. Mais le résultat habituel de cette affection, lorsqu'elle se prolonge, est le suivant : la muqueuse de la paroi supérieure se détache de l'os, tandis que la dure-mère se décolle en même temps à sa face externe; l'os cesse de recevoir les matériaux nutritifs, se carie; une sécrétion purulente s'opère à son pourtour, les deux membranes d'enveloppe s'ulcèrent et la maladie s'étend de la dure-mère au cerveau. Quant aux altérations anatomiques qui peuvent se montrer en pareil cas, ce sont les suivantes : 1° inflammation de la dure-mère et son décollement à la surface de la portion pétreuse par de la sérosité; 2° l'ulcération de la dure-mère et son décollement complet de la portion pétreuse; 3° un abcès dans l'épaisseur du cerveau; 4° une infiltration purulente de la substance cérébrale.

4° *Maladies du labyrinthe.* — Les cas dans lesquels la maladie se propage des cavités du vestibule et du limaçon à celles du crâne sont beaucoup plus rares que les précédens. On sait quelle communication directe le nerf auditif établit entre ces deux cavités et la moelle allongée; on conçoit très bien, par conséquent, comment une affection qui a son siége dans ces cavités peut se prolonger à la moelle ou aux membranes qui l'enveloppent. Cette communication peut se faire sans aucune maladie de l'os, et par les petits orifices du plancher du méat, à travers lesquels pénètrent les filamens du nerf. Quant à l'affection qui donne lieu à ces accidens, autant que mon expérience me l'a appris, elle consiste dans l'ulcération de la muqueuse tympanique. Cette ulcération détruit la membrane fibreuse, détache l'étrier de la circonférence de la fenêtre ovale, qui est expulsé par le canal auditif, ou perfore la membrane de la fenêtre ronde. Tantôt ces deux altérations se produisent à la fois, tantôt une seule; dans l'un et l'autre cas, la membrane qui tapisse le labyrinthe participe au travail morbide qui a commencé dans la cavité tympanique, le labyrinthe se remplit de pus, l'expansion du nerf auditif est détruite par l'ulcération et son tronc s'enflamme, et l'inflammation s'étend en arrière jusqu'à la moelle allongée, qui se trouve, ainsi que ses membranes, envahie par la maladie, et la mort résulte d'un épanchement de pus et de sérosité.

Conclusion. — Les remarques qui précèdent, appuyées sur de nombreuses observations, me permettent d'établir que l'inflammation catarrhale chronique qui affecte la couche dermoïde de la membrane du tympan, le méat ou la membrane muqueuse de la cavité tympanique, est susceptible d'avoir des conséquences funestes, si elle est abandonnée à elle-même ou si on ne réussit pas à l'arrêter par des moyens convenables. Ces conséquences funestes peuvent se produire dans les premiers mois de la maladie, ou peuvent ne se présenter que 10, 20 et même 50 ans après; dans quelques cas, les malades meurent dans un âge très avancé, et de maladies tout à fait indépendantes de celles de l'oreille. Il résulte néanmoins de mes recherches que ces affections ne peuvent durer quelques années sans qu'il en résulte des altérations plus ou moins pro-

---

modeste, ne réclamant jamais, attendant toujours, et souvent, hélas ! vainement, que le public vînt spontanément lui offrir la juste rémunération de ses services.

C'est dans ces conditions d'abnégation, de dévoûment et de charité, que s'est écoulée placidement la vie du digne et honorable confrère que nous regrettons. Il a succombé le 15 janvier dernier à une affection rapide et pernicieuse contre laquelle les secours éclairés et affectueux de M. Bégin sont restés impuissans. Il a expiré entouré de ses enfans, pénétré des sentimens de respect qu'il a toujours eus pour la religion; les dernières paroles qu'il a pu comprendre sont celles qu'elle lui adressait par la voix d'un prêtre ami; le dernier regard qu'aient exprimé ses yeux ont été pour le Ciel.

Ses funérailles ont été simples comme fut simple la vie de cet homme de bien. Une foule attristée d'amis et de confrères a rendu les derniers devoirs à cet ami, à ce confrère que tous aimaient, honoraient et respectaient. Au nom de l'Académie de médecine, M. H. Larrey a dit sur sa tombe de nobles et touchantes paroles, inspirées par le cœur, et qui doivent rester dans la famille de M. Devilliers comme un souvenir pieux et honorable.

M. Devilliers laisse un fils qui a hérité de son père les qualités du cœur, et qui a pris, jeune encore, une place distinguée dans la science et dans la profession.

Il m'a paru que ce récit devait être simple comme fut simple et modeste la vie dont je viens de retracer quelques traits. Il m'a paru aussi que le bruit de la publicité ne devait pas être seulement réservé à ce que le monde appelle la gloire et la célébrité, et que je devais aussi consacrer quelques colonnes d'un journal qui s'honore d'avoir inscrit sur sa devise les intérêts moraux du médecin, au médecin digne, honnête et bienfaisant qui a honoré notre profession par la pratique de toutes les vertus professionnelles.

J'ajoute, et c'est par là que je termine, que c'est au culte reconnaissant et pieux de M. Devilliers pour la mémoire de son oncle, qui avait dirigé et protégé son enfance, que le Congrès médical dut de connaître exactement le lieu de la sépulture de Bichat et de retrouver ses restes précieux. L'oncle Devilliers avait été inhumé dans l'ancien cimetière Ste-Catherine, où Devilliers le neveu faisait de fréquens pélerinages. C'est dans une de ces visites que, rappelant ses souvenirs, il fixa la place où le corps de Bichat avait été déposé. Le lendemain, une modeste pierre où se trouvait inscrit le nom de l'immortel physiologiste, se trouvait dressée sur la place indiquée par M. Devilliers. C'était le bon, l'éloquent Pariset qui s'était empressé, prévenu par une confidence de M. Devilliers, de faire ériger ce simple, mais précieux monument, qui, plusieurs années après, permit au corps médical de France de faire cette solennelle exhumation, qui fut une apothéose.

Amédée LATOUR.

VARIÉTÉS.

LES GARNIS DE LONDRES. — On lit dans le *Daily-News* du 8 janvier 1853 :

Le capitaine Hay, un des commissaires de la police de Londres, a fait un rapport intéressant sur les garnis de la capitale; on y voit que 3,300 individus tenant des garnis où 50,000 personnes logent la nuit, sont sous la haute surveillance active de la police. Les agens ont à parcourir, pour ces inspections, une distance de 810 milles sur lesquels se trouvent répartis ces divers garnis.

Dans le bas quartier de Westminster, un homme loge 20 jeunes femmes tombées dans la plus affreuse détresse. La manière brutale dont il leur parle, même devant les agens de police, prouve que ces malheureuses sont entièrement à sa merci. Quand elles ne le paient pas suffisamment, il les meurtrit de coups.

Dans ces affreux repaires, hantés par les voleurs, on joue constamment aux cartes. C'est un lit qui sert de table. Une partie du lit est occupée par des femmes presque nues. La police n'entrerait là qu'en tremblant, sans le respect pour l'autorité, qui est une sauvegarde pour ses agens. Les officiers de police ont trouvé dans une seule chambre trente personnes, hommes et femmes (presque tous irlandais), buvant, jurant, se querellant; se livrant aux jeux les plus obscènes. Sur un grabat, dans un coin, une vieille femme, à peine vêtue, fumait sa pipe. Dans une chambre, sur un lit était étendu un cadavre. On l'avait orné de rubans. Autour du corps, on buvait, on chantait ! Pas de vitres, point de portes. Les habitans ont à peine l'air de s'en apercevoir.

Après minuit, dans une maison sise Church-lane Saint-Giles, on a trouvé 37 hommes, femmes et enfans, couchés pêle-mêle sur le plancher, comme des bêtes; il n'y avait d'air que celui qui pouvait venir par la cheminée. Une seule maison garnie, dans Pheatant-Court, Gray's Inn-lane, renfermait 17 familles, outre les logeurs, en tout 78 personnes. Une autre maison contenait 21 familles, en tout 103 personnes, maris, femmes, enfans, frères et sœurs; tous pêle-mêle sont couchés sans distinction d'âge ni de sexe. Il serait bien important de songer sérieusement à construire des modèles de maisons d'habitation pour les pauvres.

La plupart des malheureux qui se retirent la nuit dans ces bouges, trouvent encore de l'argent pour acheter des spiritueux. Les agens se retirent de ces lieux infects avec leurs vêtemens couverts de vermine. Quant aux fosses d'aisances, ce sont des foyers pestilentiels, par suite de l'extrême malpropreté qui y règne. On ne sait pas comment tous ces êtres humains peuvent résister aux effets des exhalaisons fétides qui s'en échappent.

fondes dans les os, dans la dure-mère ou dans le cerveau, et il est évident que dans les cas où les malades ont été emportés par des maladies indépendantes de celles de l'oreille, il eût suffi de la cause occasionnelle la plus insignifiante pour donner naissance à une maladie cérébrale funeste. Il est donc de la plus haute importance de se rappeler que les os du crâne, la dure-mère et la substance du cerveau peuvent subir une désorganisation lente, sans traduire leur souffrance par quelques symptômes de nature à faire prévoir une maladie aussi formidable, si l'on en excepte cependant l'otorrhée; et en terminant je n'hésite pas à poser, en règle générale, que *toute personne affectée d'inflammation catarrhale chronique de la couche dermoïde du méat, de la membrane du tympan ou de la muqueuse de la cavité tympanique, ne peut être considérée comme à l'abri de la propagation de la maladie aux os du crâne, au cerveau et à ses membranes, et qu'il suffit alors de la cause occasionnelle la plus insignifiante, d'un accès de fièvre, d'un rhume, d'un coup sur la tête, etc., pour amener l'explosion de symptômes aigus qui, règle générale, se terminent d'une manière funeste* (1).

OBSTÉTRIQUE.

DE LA DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DU PLACENTA ET DE L'INFLUENCE DE CETTE MALADIE DANS LA PRODUCTION DE L'AVORTEMENT, DE LA MORT DU FOETUS, DES HÉMORRHAGIES ET DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

On sait quel rôle important tendent à faire jouer à la dégénérescence graisseuse, en pathologie générale, les travaux de Rokitansky, de Bowman, de Johnson, de Quain, de Paget. Déjà, en 1850, le professeur Kilian avait signalé la présence de tumeurs graisseuses dans le placenta; mais il s'était gravement trompé dans l'appréciation de la véritable cause de leur production, lorsqu'il les avait regardées soit comme des altérations produites après la mort, soit comme le résultat de la conversion des globules sanguins en graisse. M. Barnes, dans le travail qu'il a publié dans l'un des derniers volumes des mémoires de la Société médico-chirurgicale de Londres, a restitué à la dégénérescence graisseuse du placenta sa véritable place à côté de la dégénérescence graisseuse du foie, du cœur, etc.

On ne saurait nier l'importance de cette altération particulière du placenta. Le rôle que joue ce dernier organe, par rapport à la mère et au fœtus, entre lesquels il établit la communication, explique les accidens graves dont une pareille dégénérescence peut être le point de départ pour le fœtus. A mesure que le développement de ce dernier réclame de jour en jour un développement de plus en plus marqué et des fonctions de plus en plus actives de la part du placenta, pour que le sang du fœtus puisse entrer en contact avec le sang de la mère, le placenta devient de jour en jour plus inhabile à remplir ses fonctions. Un moment doit donc arriver où la portion saine de cet organe sera insuffisante pour la production des phénomènes circulatoires indispensables à la vie et à l'accroissement du fœtus. Celui-ci doit donc périr, et un avortement ou un accouchement prématuré avoir lieu, à moins que ces derniers phénomènes ne surviennent, le fœtus étant encore vivant, par un mécanisme un peu différent.

Une des conditions essentielles à la parfaite cohésion du placenta avec l'utérus, est la conservation de la texture uniformément spongieuse du placenta. Si, par hasard, quelques portions du placenta ne peuvent pas s'accommoder à la distension subite dont l'organe peut être le siége, si elles ne sont pas assez élastiques pour suivre les mouvemens péristaltiques dont les parois de l'utérus sont plus ou moins agitées, à mesure que la gestation avance, il en résulte qu'elles peuvent se décoller. De plus, les portions dures dans lesquelles la graisse reste accumulée compriment la portion maternelle du placenta et oblitèrent les vaisseaux; de sorte que toute communication vasculaire étant interrompue à leur niveau, il suffit de quelques contractions utérines pour rompre les connexions du placenta, et ces connexions rompues, pour que le reste du gâteau placentaire se décolle à son tour, et soit expulsé avec le fœtus. De là un avortement ou un accouchement prématuré, le fœtus encore vivant ou mort, avec ou sans hémorrhagies, suivant que le décollement du reste du placenta s'est produit plus ou moins rapidement.

Les deux faits rapportés par M. Barnes sont tout à fait démonstratifs : dans le premier, le travail fut produit par le détachement partiel du placenta et par une hémorrhagie; dans le second, l'accouchement prématuré fut le résultat de la mort du fœtus; et dans les deux cas, la mort du fœtus fut certainement le résultat de l'obstruction graduelle de la circulation placentaire. Ce qu'il y a encore de curieux dans les faits de ce genre, c'est la rapidité de la transformation graisseuse du placenta. M. Barnes a décrit un placenta dans lequel, au septième mois, cet organe avait passé successivement de la simple infiltration graisseuse à la dégénérescence, et même à la désagrégation du tissu primitif. Quant à l'altération anatomique ellemême, elle est constituée par la présence des masses graisseuses d'un volume variable, depuis celui d'une aveline jusqu'à celui d'un œuf de pigeon, ayant pour siége principal la portion maternelle du placenta, s'étendant plus rarement dans la portion fœtale ou dans toute l'épaisseur de l'organe, et occupant souvent la plus grande étendue du gâteau placentaire, dans quelques cas avec altération, transformation graisseuse du tissu placentaire environnant.

Reste à savoir quelle peut être la cause de cette transformation. D'après M. Barnes, elle serait, dans quelques cas, le résultat de la transformation de la fibrine ou de l'albumine épanchée dans le cas d'inflammation, et dans quelques autres, la conséquence d'un trouble fonctionnel du placenta ou de tout autre organe éloigné, en dehors de toute lésion organique.

(1) Extrait des mémoires de la Société médico-chirurgicale de Londres (*Méd. chir. transactions*), tome XVI de la 2e série.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Addition à la séance du 5 Janvier 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

Suite de la discussion sur les tumeurs fibro-plastiques.

M. FOLLIN : Je ne prendrais pas la parole dans ce débat, si depuis un assez bon nombre d'années déjà il ne m'avait été donné de vérifier, le microscope à la main, l'exactitude des faits que M. Lebert a avancés dans son mémoire sur les tumeurs fibro-plastiques. Mais aujourd'hui ma conviction à cet égard est si intime, que je ne peux laisser sans réponse quelques-unes des allégations contenues dans l'habile plaidoyer rédigé par notre honorable secrétaire, contre certains résultats de l'observation microscopique. Je n'abuserai point des momens de la Société, et je ne m'arrêterai qu'à quelques points essentiels du débat, qui ont paru faire impression sur certains esprits et qu'on ne cesse de nous opposer comme argumens. Ces points qui fixeront surtout mon attention, ce sont les dissidences constatées entre certains observateurs dans l'examen microscopique, c'est cette question si importante de la récidive des tumeurs, c'est enfin l'étude comparative des caractères qui appartiennent aux tumeurs fibro-plastiques et aux tumeurs cancéreuses.

Mais avant d'aborder ces questions, permettez-moi de constater que nos adversaires nous ont combattus par des argumens pris pour ainsi dire hors de la cause. On n'a nié aucun des résultats anatomiques de l'observation microscopique, on n'a constaté aucun des faits matériels que nous soutenons. Dès lors, n'apportant ici aucune observation personnelle, mais bien des interprétations spéculatives, on a adopté, tacitement sans doute, mais on a adopté les faits qui servent de base aux doctrines que nous défendons. Nous pensions que nos honorables adversaires viendraient, le microscope à la main, soumettre à une vérification nouvelle les faits que nous avançons, il n'en a rien été, et c'est par de longs raisonnemens qu'on a cherché à détruire des faits qu'il eût été si facile de vérifier directement. Puisqu'on ne nous a point combattus par les armes de l'observation, j'en prends acte, et j'examine de suite l'objection qu'on tire des dissidences constatées entre différens micrographes dans l'examen d'une même tumeur.

Une tumeur, dit-on, est donnée par fragmens à plusieurs observateurs habiles, et ils arrivent à des résultats différens; donc le microscope est un instrument qui peut induire en erreur. Il serait facile de répondre que les micrographes n'ont aucune prétention à une infaillibilité absolue, et que des erreurs peuvent être commises aussi bien en microscopie que dans toute autre branche des connaissances humaines. Mais ces dissidences dont on fait si grand bruit et qui, chose assez singulière, frappent surtout ceux qui ne sont pas familiers avec les études micrographiques, ces dissidences existent, je ne les nie pas, mais elles ne sont souvent qu'une conséquence forcée d'un mode d'examen que pour mon compte je regarde comme vicieux. Je veux parler de ces examens qui portent sur des fragmens minces, isolés des tumeurs, et que certains chirurgiens aiment à jeter en pâture à plusieurs observateurs à la fois. C'est une erreur de croire qu'on puisse arriver à quelque résultat certain en n'examinant que des parcelles détachées de tumeurs qu'on n'a point entières sous les yeux. Ces examens partiels faits sur une tumeur à élémens complexes ne peuvent conduire qu'à des conclusions erronées; il suffit d'avoir vu que dans les mamelles, par exemple, à côté des masses cancéreuses les mieux caractérisées existent des hypertrophies glandulaires types, pour rester convaincu que les examens partiels sont insuffisans. A une certaine époque, avides de tout voir, les micrographes ont pu se livrer souvent à ces sortes d'observations; aujourd'hui il faut procéder autrement: une dissection par le scalpel des rapports et de la configuration de la tumeur doit précéder toute étude plus approfondie; elle permettra de mettre à nu toutes les parties qu'on veut examiner séparément; une macération convenablement faite démontrera des détails qu'on n'avait point tout d'abord aperçus. Un premier examen à l'aide de faibles grossissemens servira à apprécier, dans leur ensemble, certaines parties dont des lentilles plus fortes feront mieux distinguer tous les détails. C'est cette méthode d'observation qui a porté si haut les études anatomo-pathologiques. Procéder autrement dans l'examen des tumeurs, c'est se laisser conduire fatalement vers l'erreur, et je ne doute pas que si parfois des dissidences se sont montrées entre des observateurs également habiles, elles ne tiennent à ce que leur examen a porté sur des parties différentes. Donc ces dissidences ne prouvent pas grand'chose dans la question qui s'agite aujourd'hui devant la Société, et les micrographes qui procéderont comme nous l'indiquons ne manqueront pas de les éviter.

J'arrive maintenant à la question de récidive. L'on a dit dans la dernière séance : tout ce qui récidive est cancer. Si une telle proposition pouvait être acceptée par la Société, il faudrait faire table rase de ce que nous savons aujourd'hui sur l'évolution des tumeurs. La récidive peut bien être une des propriétés du cancer, mais elle ne peut servir à lui constituer un caractère spécifique; toutes les tumeurs récidivent, mais toutes ne récidivent pas de la même manière; il faudrait au moins dire de quelle récidive on veut parler, car il y en a plusieurs sortes dont aujourd'hui nous connaissons assez bien le mécanisme. Ces récidives si différentes dans leur essence, loin de servir à englober sous un même titre les diverses tumeurs, pourraient presque servir de caractères différentiels. Je distinguerai trois sortes de récidive : la *récidive sur place*, la *récidive dans les ganglions* et la *récidive par infection* dans des points éloignés du siége primitif du mal. Quand on dit que tout ce qui récidive est cancer, il serait, je le répète, urgent de s'expliquer sur l'espèce de récidive.

La récidive *in situ* appartient à toutes les tumeurs, qu'elles soient ou non cancéreuses. Une des conditions essentielles de ce mode de récidive, c'est l'extirpation incomplète du produit morbide; et qu'on ne croie pas qu'on doive toujours en accuser le chirurgien.

Presque toutes les tumeurs, à l'exception des cancroïdes épithéliaux, laissent assez bien reconnaître leurs limites, et à travers le tégument externe on peut souvent dire jusqu'où elles s'étendent; mais les cancroïdes épithéliaux se propagent d'une façon insidieuse en infiltrant la peau par des prolongemens qui se reconnaissent seulement à la coupe du tégument externe. Cette infiltration, toujours plus prononcée dans les parties profondes que dans les parties superficielles, ne se reconnaît qu'à la coupe de la peau, et alors qu'on se croyait au-delà des limites du mal, on constate dans l'épaisseur du derme des traînées épithéliales. Il faut donc inciser beaucoup au-delà du mal apparent pour être assuré de pénétrer dans de la peau saine; l'examen d'un grand nombre de tumeurs m'a convaincu de cette disposition anatomique, et je crois que la thérapeutique chirurgicale peut en retirer de précieuses indications. Un de nos honorables collègues, M. Michon, bien persuadé comme nous que les cancroïdes de la peau ont une marche plus sous-cutanée qu'extérieure, les enlève très largement, et compte dans sa pratique de remarquables succès.

Il est une autre espèce de récidive, c'est celle qui s'effectue dans les ganglions où aboutissent les lymphatiques de la partie malade. Cette récidive est fréquente dans les cancers, dans les cancroïdes, dans les tumeurs mélaniques; elle est rare dans les tumeurs fibro-plastiques; en détruisant les extrémités radiculaires des lymphatiques, ces masses morbides versent dans l'intérieur de ces canaux les produits les plus déliés du tissu malade. Ces molécules morbides cheminent ainsi vers les ganglions, elles s'y arrêtent et s'y développent; de là la récidive dans ces organes. Cette récidive, si fréquente dans le cancer et dans les cancroïdes, est fort rare pour les produits fibro-plastiques qui refoulent plutôt qu'ils ne détruisent les lymphatiques, au milieu desquels ils sont placés. Quoi qu'il en soit, cette pénétration du tissu cancéreux dans les lymphatiques n'a rien de spécial, puisque nous y voyons pénétrer des corps inertes comme les poudres colorées du tatouage. Est-ce encore de cette récidive dont on a voulu parler? Dans ce cas, j'affirme qu'elle a une physionomie spéciale dans ces diverses tumeurs et qu'elle ne peut servir à classer dans le même genre les cancroïdes, les cancers et les tumeurs fibro-plastiques. Enfin j'ai parlé d'une récidive par infection. Cette récidive, qui se traduit par des tumeurs multiples dans diverses parties de l'économie, n'a jamais été démontrée dans les cancroïdes épithéliaux; elle est fort rare, quoique possible dans les tumeurs fibro-plastiques; enfin elle est très fréquente dans les tumeurs cancéreuses. Cette récidive s'opère par un mécanisme qui a été bien étudié par mon collègue et ami, M. Broca, dans une des monographies les plus complètes sur l'*affection cancéreuse*. Les tumeurs cancéreuses qui détruisent si facilement les tissus, pénètrent dans les veines et versent ainsi dans le torrent circulatoire les élémens les plus vivaces du tissu cancéreux. Ces globules moléculaires qui s'identifient avec le sang, infectent l'économie et constituent un état diathésique sous l'influence duquel peuvent se produire ces manifestations diverses du cancer; cet état diathésique nous ne l'avons encore rencontré que six fois dans les tumeurs fibro-plastiques; il y a donc là une différence manifeste, au point de vue de cette récidive, entre les tumeurs cancéreuses et les tumeurs fibro-plastiques.

Ce rapide coup d'œil jeté sur la récidive par infection permet donc de reconnaître dans cette évolution du cancer plusieurs phases bien distinctes: 1° un cancer primitif et local; 2° un cancer secondaire dans les ganglions; 3° une infection du sang par les élémens moléculaires du cancer; 4° une repullulation du cancer devenu diathésique; 5° enfin une diathèse qui se transmet par l'hérédité. Cette série qui débute par un état local, et qui se traduit finalement par un état diathésique *héréditaire*, ne peut être suivie que dans l'affection cancéreuse. En résumant dans ma pensée tout ce que je viens d'établir sur les récidives, j'ai donc pu m'étonner qu'en disant : tout ce qui récidive est cancer, on n'ait pas précisé de quelle récidive on voulait parler. La récidive ne peut donc être la pierre de touche des affections cancéreuses, puisqu'on retrouve cette récidive dans des tumeurs qui, de l'aveu de tous, ne sont pas des cancers. Dès lors, ces récidives n'ont pas une égale valeur au point de vue du pronostic et si, guidé par elles, on confondait sous le nom de cancer des productions souvent si dissemblables, on arrêterait la main du chirurgien devant des cas où son intervention a été si heureuse. L'examen microscopique ne devient donc plus une simple curiosité d'anatomiste lorsqu'il est appelé à fixer la probabilité d'une récidive. S'il s'agit d'une tumeur épithéliale sans ganglions, si la partie a été enlevée au-delà de ces traînées qui infiltrent la peau d'une façon si trompeuse, la récidive n'arrivera guère. Les tumeurs fibro-plastiques pourront récidiver souvent sur place, mais elles ne produiront que rarement l'infection générale de l'économie. Quant au cancer, micrographes et chirurgiens sont d'accord sur sa fatale récidive.

Notre honorable secrétaire a soutenu dans la dernière séance que le cancer et le tissu fibro-plastique étaient en tout semblables et ne différaient que par de simples caractères de configuration. Je ne peux admettre avec lui qu'il s'agisse ici d'une seule et même affection. En me rappelant tout ce qui nous sert à établir les caractères des tumeurs, constitution anatomique, développement, terminaison, etc., tout cela me paraît différent dans le cancer et le tissu fibro-plastique. A l'œil nu, les tumeurs fibro-plastiques nous apparaissent sous la forme de masses lobulées, souvent d'un grand volume, assez régulièrement circonscrites d'un tissu blanc, élastique, renitent, qui repousse les organes au lieu de se les assimiler et ne laisse à la pression écouler aucun suc laiteux; elles diffèrent donc bien de ces cancers qui infiltrent les organes d'un tissu mat qui s'écrase assez facilement, et qui, par la pression, laisse écouler un suc blanchâtre, faisant émulsion avec l'eau et tout caractéristique de l'espèce. Au microscope, les caractères histologiques sont tellement tranchés entre les tumeurs fibro-plastiques et les tumeurs cancéreuses, que la chose n'a point été contestée dans cette enceinte. Ces tumeurs fibro-plastiques grossissent assez lentement et sans douleurs; elles déplacent les organes, mais ne s'infiltrent point dans leur tissu; elles ont

une durée illimitée; elles ne tendent point vers l'ulcération, peuvent récidiver sur place, rarement dans les ganglions, plus rarement encore dans d'autres points de l'économie. Combien elles diffèrent de ces tumeurs cancéreuses et épithéliales qui infiltrent les organes plutôt que de les déplacer, qui ont le plus souvent une marche rapide et une durée fatalement limitée, qui tendent vers l'ulcération et récidivent sous les trois formes que nous avons décrites. Par toutes ces considérations, Messieurs, j'ai cru pouvoir soutenir ici que les tumeurs fibro-plastiques devaient former, dans les cadres nosologiques, un genre à part, et j'ai puisé mes convictions dans huit années d'observations presque journalières.

M. Forget a la parole. (Voir l'Union Médicale des 11 et 13 janvier 1853.)

Réplique de M. Lebert à M. Forget.

M. Lebert s'exprime à peu près en ces termes : M. Forget est étonné que « s'il faut en croire le microscope, » comme il s'exprime, un même tissu puisse se montrer dans des conditions si différentes. L'identité du tissu fibro-plastique, dans diverses circonstances, est un fait reconnu par tous ceux qui se sont occupés de la matière; et, je l'ai déjà dit, que ce fait était tout naturel, puisqu'il s'agissait tout simplement de tissu connectif ou cellulaire de nouvelle formation. Par conséquent, le fait n'est pas infirmé par l'étonnement de M. Forget. Cette diversité de valeur physiologique, avec identité de structure, est, du reste, un fait commun en anatomie. Le cartilage, par exemple, tout en ayant toujours une structure analogue, se montre à l'état normal sous deux formes diverses, cartilage d'encroûtement, cartilage costo-sternal, fibro-cartilage; sous le rapport morbide, nous le voyons succéder, par masses considérables, à l'inflammation, dans certaines arthrites. Nous le voyons paraître, enfin, sous des formes très variées encore dans les tumeurs autogènes, connues sous le nom d'enchondrômes. Le reproche que me fait M. Forget, d'avoir trouvé un même tissu dans des conditions pathologiques différentes, est non seulement mal fondé, mais le fait en lui-même constitue peut-être un des principaux mérites de mon mémoire, puisqu'il démontre que d'un bout à l'autre la tendance clinique y prédomine, et que là où l'anatomie ne démontre pas de différence tranchée, l'observation au lit du malade en démontre d'incontestables.

M. Forget dit que la tumeur fibro-plastique finit presque toujours par attenter aux jours du malade. Tout mon mémoire prouve l'inexactitude de cette assertion, et j'en cherche vainement la preuve dans le discours de M. Forget. Il m'adresse ensuite la question naïve, si pour moi la cellule cancéreuse avait réellement une grande valeur dans la détermination des tumeurs? J'ai écrit un gros livre sur les maladies cancéreuses. Que M. Forget y recoure et qu'il s'instruise. Je l'engage également à lire le remarquable travail de M. Broca, sur le cancer, couronné par l'Académie de médecine.

La seule étude, faite dans un but de trouver des contradictions, que M. Forget ait entreprise pour être au fait de cette partie de la science, est celle des *Bulletins de la Société de chirurgie*. Il croit m'avoir mis en contradiction avec moi-même. Nous allons voir ce qui en est. Vers la fin de 1850, l'un de nos collègues opère une tumeur fibro-plastique de la mâchoire inférieure; je l'examine, et j'en rends compte à la Société en disant, comme l'ensemble de ce procès-verbal le prouve, qu'il s'agissait essentiellement d'un tissu fibro-plastique, dans lequel il y avait cependant par-ci par-là quelques noyaux qui, si on les avait vus isolément, auraient pu laisser du doute dans l'esprit de l'observateur. Si M. Forget était un tant soit peu au courant de la micrographie pathologique, il saurait que tous les hommes compétens sont d'accord sur le fait que, malgré l'aspect spécial des cellules, on peut quelquefois être embarrassé sur la nature spécifique d'une cellule isolée, ou altérée, ou incomplètement développée, ou boursoufflée par du liquide, ou infiltrée de granulations graisseuses, etc. C'est, en général, le tableau d'une préparation microscopique et l'étude de préparations suffisamment multipliées qui nous permet de fixer notre jugement, et c'est là un fait tout naturel; lorsqu'il s'agit de différences entre des corps qui oscillent entre 1/40ᵉ et 1/50ᵉ de millim., on ne peut évidemment pas trouver des caractères différentiels aussi tranchés qu'entre une graminée et un chêne.

M. Forget reprend l'argument réfuté de la transformation des tissus, et, semblable à un avocat, il s'imagine que c'est encore son unique livre, celui de nos procès-verbaux, qui va démontrer péremptoirement, que j'ai été en flagrante contradiction avec moi-même. Vous allez en juger, Messieurs. J'ai cité, dans une de nos séances, quelques exemples de tumeurs mixtes, dans lesquelles le cancer coexistait avec d'autres tissus. Ce fait prouve qu'une tumeur n'a pas une complète immunité contre le dépôt cancéreux qui peut se faire dans tous les points de l'économie. Mais dire, par exemple, que lorsqu'on rencontre dans une même tumeur du cartilage et du cancer, que le cancer est un cartilage transformé; dire, en un mot, que lorsque deux tissus fondamentalement différens coexistent dans une même tumeur, l'un est la transformation de l'autre, c'est là une hypothèse aussi vaine qu'hypothèse peut l'être.

M. Forget dit que la récidive est à peu près constante dans les tumeurs fibro-plastiques, qu'elle constitue la règle. Mais sur quoi se fonde-t-il? Il résulte de mes recherches qu'elle a à peine lieu dans un cinquième des cas. Je citerai de ma propre pratique plusieurs faits de guérison durable; celui entre autres d'une grande tumeur fibro-plastique que j'ai enlevée à une femme, à la partie inférieure de la jambe, en 1838; celui d'une femme à laquelle j'ai enlevé une tumeur fibro-plastique au col utérin, en 1841. L'une et l'autre étaient complètement guéries encore lorsque j'ai quitté la Suisse en 1846. Tous mes collègues pourraient citer des cas pareils. Dans les faits empruntés aux auteurs, un certain nombre de guérisons complètes ont été même obtenues après des opérations multipliées. Par conséquent, pour que j'admette, avec M. Forget, que la récidive est la règle dans ces cas, il faut de deux choses l'une, ou qu'il oppose une statistique contradictoire à la mienne, ou qu'il me démontre qu'il y a identité entre un cinquième et la totalité. On a de nouveau parlé du cas encore récemment présenté à la Société par M. Larrey. Eh bien! si vous voyez chez cet homme qui, depuis son enfance, portait une tumeur à la fesse, et qui a plusieurs fois récidivé sur place et dans la cicatrice, tout en laissant la santé générale superbe et les ganglions intacts; si vous y voyez, dis-je, une identité avec la marche du cancer, j'avoue franchement que je me permettrai de ne pas être de cet avis.

Vous prétendez, M. Forget, que le tissu squirrheux et le tissu fibro-plastique sont identiques. Permettez-moi d'ajouter : sauf les différences. Parmi les nombreux caractères, je ne vous en citerai qu'un seul. Si vous examinez une coupe fraîche d'une tumeur squirrheuse, la plus simple pression en fera sortir un suc trouble et lactescent, tandis que vous n'en trouverez point dans le tissu fibro-plastique. Cette différence est si facile à vérifier, qu'un infirmier pourrait la constater. Quant aux autres différences très nombreuses, lisez ce qui a été écrit là-dessus, et votre doute disparaîtra. Je vois que vous admettez encore, Monsieur, un cancer qui, avant de devenir plus mou, existerait d'abord à l'état cru. Permettez-moi de vous dire que ce n'est là qu'une simple croyance. Voyez combien de femmes arrivent promptement à la fin de leur triste et douloureuse maladie avec des squirrhes durs et peu volumineux de la mamelle. Comparez ensuite les trois petites tumeurs naissantes de l'affection cancéreuse, et même chez celles qui ne dépassent pas encore le volume d'une tête d'épingle, vous trouverez déjà dans les diverses autopsies, tantôt les caractères du squirrhe, tantôt ceux de l'encéphaloïde. Ce sont là des variétés d'emblée et nullement des phases obligatoires du développement.

Il paraît que j'ai fait frissonner M. Forget en parlant de l'excision de quelques parcelles d'une végétation de la peau ou des membranes muqueuses, pour arriver à un diagnostic précis avant l'opération. Il me reproche de faire ainsi des quarts d'opération qui ne peuvent qu'entraîner les conséquences les plus funestes. Je suis très heureux de pouvoir, encore une fois, rassurer complètement l'esprit timoré de mon honorable collègue, et de lui dire que rien au monde n'est plus exempt d'inconvéniens que ces excisions exploratrices. Un malade porte une petite tumeur verruqueuse à la surface du derme ou sur quelques points accessibles de la bouche. Outre les symptômes rationnels, on cherche à s'éclairer sur la nature du tissu, parce que le parti chirurgical à prendre en sera nécessairement influencé. Rien de plus facile que d'enlever avec des ciseaux courbes un fragment suffisant pour décider la question dans un grand nombre de cas, et jamais je n'ai vu le moindre accident en être la conséquence. Un de nos honorables collègues, que nous estimons et que nous affectionnons tous, M. le docteur Monod, pratique rarement l'opération d'une tumeur de la bouche sans m'envoyer les malades, que je soumets à cet examen, et il peut vous dire que cette méthode est utile et sans inconvénient aucun. D'un autre côté, je n'attache pas non plus une valeur exagérée à ce procédé, pas plus que ne doit avoir, en général, une mode d'exploration quelconque.

Vous reprochez, en dernier lieu, que le microscope abaisse le niveau de l'étude clinique et rend le pronostic obscur; il est impossible de formuler un reproche plus mal fondé, plus injuste, plus hostile au progrès scientifique. C'est le microscope, au contraire, qui nous a fait trouver des points de départ certains pour déterminer l'anatomie pathologique des produits accidentels, et qui, ensuite, nous a fait étudier avec plus de sûreté la symptomatologie correspondant aux différentes lésions. Si M. Forget en veut une preuve, qu'il lise mon *Traité des affections cancéreuses*. Quant au pronostic, il est de toute évidence que bien des nuances, délicates à la fois et importantes, ne nous ont été révélées que du moment où le microscope a commencé à intervenir. C'est depuis ce moment que les hommes vraiment au courant de la science formulent tout différemment le pronostic, qui, autrefois, aurait été indistinctement fâcheux pour le véritable cancer, pour le cancroïde épithélial et pour les tumeurs fibro-plastiques. C'est ainsi que, n'ayant jamais vu guérir un véritable cancer, l'incurabilité est pour nous la règle; de très nombreux exemples existent, au contraire, de guérisons du cancroïde des lèvres et de l'ulcère cancroïde de la face. Pour le premier, des opérations hardies, étendues, aidées de l'autoplastie, avec extirpation des ganglions malades, offrent des chances tout autres de guérisons que s'il s'agissait d'un véritable cancer. Pour l'ulcère rongeant de la face, nous savons également aujourd'hui que son incurabilité souvent n'est due qu'à l'impéritie du chirurgien. J'ai vu M. Manec, de la Salpêtrière, guérir un certain nombre de femmes atteintes de ces sortes d'ulcères, qui avaient été déclarées incurables par de grands chirurgiens. J'ai suivi ces femmes pendant bien longtemps, et j'ai pu me convaincre que la guérison se soutenait. J'ai dans ma pratique également des faits précis de cancroïdes de la face guéris d'une manière durable. S'agit-il d'une tumeur fibro-plastique, j'ai démontré également que le pronostic était bien meilleur que pour le cancer,; que la récidive, dans un grand nombre de cas, n'avait pas lieu; que, dans d'autres, elle ne survenait que très tardivement, et que, lors même que les récidives étaient plus rapprochées, la santé générale n'en était point influencée, les ganglions lymphatiques non infectés. Toutefois, le pronostic doit prévoir ici la possibilité d'une infection générale, bien que rare et exceptionnelle. Il faut ne pas être praticien pour nier l'évidence d'aussi grands services rendus par le microscope.

Il y aurait peut-être moyen de s'entendre, en ajoutant au terme de tumeur fibro-plastique celui de cancroïde, pour désigner que cette affection offre à la fois des analogies et des différences avec le cancer. Mais jamais je n'admettrai l'identité des deux affections, ayant, par mon travail, péremptoirement démontré le contraire.

PRESSE MÉDICALE.

Annales médico-psychologiques. — Octobre 1852.

D'une forme mal décrite du délire consécutif à l'épilepsie; par M. Delasiauve.

Sans méconnaître les désordres intellectuels qui sont la suite ordinaire de l'épilepsie, les auteurs ne paraissent pas avoir saisi la nature réelle de ces désordres. Suivant M. Delasiauve, « l'épilepsie engendre un état de *stupidité* dont on a eu tort de grossir démesurément le chiffre de la démence. » En outre, « on a confondu avec la manie certaine forme délirante que ses symptômes et parfois les conditions de son origine rapprochent plutôt de l'obtusion ébrieuse. »

Une double lacune existe dans la science. Cette lacune, M. Delasiauve s'est efforcé de la combler en étayant sa manière de voir de faits nombreux qu'il range dans deux catégories : 1° suivant que « l'ébranlement de l'épilepsie se trouve uni à l'action des alcooliques; » 2° suivant que « l'influence de l'épilepsie a été exclusive. »

Quelques mots de philosophie à propos d'aliénation mentale; par M. Buchez.

Une question de haute métaphysique qui se lie intimement à l'étude de la folie est celle de la liberté morale. L'homme est une force libre; « montrer que cette force, quoique unie à l'organisme, n'est pas cependant de la nature des forces organiques, » tel est le but que s'est proposé M. Buchez.

Dans l'organisme, tout est préétabli, tous les rapports sont déterminés d'avance. Donc la liberté ou le libre arbitre ne sont point une propriété de l'organisme ou de la vie; il en faut, nécessairement, chercher la cause, le *substratum*, en dehors de l'organisation.

L'homme qui a perdu son libre arbitre, sa responsabilité morale, qui n'est plus enfin une force libre, cet homme est sous la domination de son organisme, il est *fou*; son moi est induit en erreur par un délire, un rêve, une hallucination, phénomènes qui siégent essentiellement dans l'organisme nerveux.

Laissant de côté plusieurs considérations physiologiques dont il pourrait étayer la thèse qu'il soutient, M. Buchez se borne à rechercher « en quoi consiste le phénomène appelé *signe*; tout le monde sait ce qu'il est pratiquement, mais qu'est-il physiologiquement? Le signe, chez l'homme, est en général, de la nature des impressions qui se rapportent à la vue et à l'ouïe. »

Mais ce qu'il importe, avant tout, de ne pas perdre de vue, c'est que « le signe est toujours une abstraction ou une convention; il n'y a de rigoureux, d'absolument fixe, dans l'ordre des signes, que la loi de leurs rapports et de leur génération, parce que cette loi exprime la relation du principe actif ou spirituel avec la passivité organique..... L'homme crée des signes, comme il crée des ordres nouveaux d'idées..... Il n'existe pas de plus grande preuve de la présence, dans l'homme, d'une force active différente de l'organisme.

» Or, qu'arrive-t-il chez l'aliéné? Comment est il *trompé*?

» Ou il est trompé par un rêve..... Il raisonne encore bien, mais il est trompé; c'est le cas du délire ou de l'hallucination. Ou bien, il est la dupe de signes matérialisés dans le cerveau, qui sont maladivement émus et constamment remués..... De là l'idée fixe, c'est-à-dire l'expression la plus nette, la plus complète de la folie proprement dite. »

Après de courtes réflexions dans lesquelles il combat la définition vulgairement reçue de l'idée (*l'idée est une image*), et appelle l'attention sur une « circonstance où l'indépendance de la volonté vis-à-vis de l'organisme, et, en quelque sorte, sa séparation apparaissent d'une manière aussi évidente qu'habituelle : la résistance que l'homme apporte à ses passions, à ses appétits, etc. », M. Buchez termine en rappelant qu'il a voulu prouver dans son travail, « que l'homme avait le libre arbitre, que le libre arbitre était une faculté qui ne pouvait être attribuée à l'organisme, et, par suite, que la présence du libre arbitre démontrait l'existence, dans l'homme, d'une force ou d'un principe d'activité de nature spirituelle. »

COURRIER.

Le nombre des candidats à la chaire vacante de thérapeutique et de matière médicales, à la Faculté de médecine de Paris, augmente tous les jours dans des proportions considérables. Nous donnerons prochainement les noms des candidats avoués jusqu'à ce jour.

Les héritiers du marquis d'Argenteuil ont intenté un procès à l'Académie de médecine, en restitution de la somme qui aurait dû servir à être distribuée pour le prix de la première période sexennale. Par jugement motivé, l'Académie a été condamnée à restituer cette somme. Il paraît que la compagnie est décidée à faire appel de ce jugement, dont l'exécution la placerait dans une position singulière et embarrassante.

Nous sommes heureux de pouvoir annoncer que le conseil de surveillance de l'assistance publique, auquel avait été déférée une affaire malheureuse concernant un chirurgien honorable et distingué des hôpitaux de Paris, n'a voté qu'une peine minime, une suspension de quinze jours.

L'état de la santé publique, soit en ville, soit dans les hôpitaux de Paris, ne présente rien que de très rassurant. Les affections cholériformes qui ont été observées, n'ont rien offert de grave et d'alarmant, rien qui ne s'observe dans les mêmes conditions de température que nous éprouvons en ce moment. Quant au choléra de la Russie, loin de s'avancer vers l'Europe centrale, les dernières nouvelles démontrent au contraire qu'il paraît remonter vers sa source et qu'il s'avance de plus en plus vers le Caucase. Il n'est plus question de l'épidémie ni en Pologne, ni en Prusse, ni dans aucune localité de l'Allemagne.

On lit dans le *Courrier de Bayonne* : Le peuple de nos campagnes est malheureusement encore bien arriéré; chez lui souvent la superstition occupe la place du bon sens, la cruauté celle de l'humanité. En voici une preuve.

Les parens d'un jeune homme de la commune d'Andrer, atteint de la fièvre typhoïde, imaginèrent que le malade était ensorcelé; leur premier soin fut donc, non pas de recourir à un médecin, mais à une tireuse de cartes, qui porta, bien entendu, un pronostic à confirmer l'idée qu'ils avaient déjà que sa maladie avait été donnée par une sorcière, laquelle n'était autre qu'une jeune fille voisine du malade.

Un parent de ce dernier fit dire à cette jeune fille d'aller voir le malade, ce qu'elle fit avec empressement, ne se doutant nullement de ce qui allait lui arriver; mais elle ne fut pas plutôt entrée dans la chambre du malade, que celui qui l'avait fait venir engagea toutes les personnes, excepté la prétendue sorcière, à sortir de la chambre, dont il ferma la porte; et là, armé d'un grand couteau, il lui dit d'un ton menaçant : il faut guérir le malade.

Inutile d'ajouter que la jeune fille voulut se justifier, mais elle était à demi-morte de frayeur. Par bonheur, ce fanatique, en voulant moucher la chandelle, l'éteignit; la jeune fille profita de cet instant d'obscurité pour ouvrir la porte et s'échapper; mais elle tomba aux premières marches de l'escalier, où l'on vint à son secours.

L'Académie royale de médecine et de chirurgie de Madrid a élu, dans une de ses dernières séances, M. le docteur Blanchet, chirurgien de l'institution impériale des sourds-muets, membre correspondant, pour ses travaux sur la surdi-mutité. (*Gaz. méd. de Madrid.*)

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltesteet Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 10. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 25 Janvier 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An	32 Fr
6 Mois	17
3 Mois	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOUSCRIPTION

ouverte en faveur de M. Orfila dans les bureaux de L'UNION MÉDICALE:

MM. Monteils, d.-m. à Florac, 5 fr.; Bardinet, professeur à l'École préparatoire de médecine à Limoges, 20 fr.; Sestier, 10 fr.; Sucquet, 100 fr.; Guersant, 20 fr.; Perrier, d.-m. à Epernay, 10 fr.; Adolphe Richard, 10 fr.

Total de la 7me liste	175 fr.
Listes précédentes	1,100 fr.
Total de la souscription de l'UNION MÉDICALE.	1,275 fr.

SYPHILOGRAPHIE.

CHANCRES MULTIPLES DES ORGANES DE LA GÉNÉRATION; — UN CHANCRE SUR L'ÉPAULE GAUCHE; INOCULATION DE CE CHANCRE AVEC SUCCÈS.

Le nommé M..., âgé de 19 ans, menuisier, fut admis dans mon service, à l'hôpital du Midi, le 13 avril 1840.

Il était affecté de trois chancres, qui avaient pour siége le frein, le gland et l'impasse du prépuce. L'invasion de ces chancres, qui dès leur début avaient été pansés avec de l'onguent mercuriel, remontait à 68 jours, incubation comprise.

Sur l'épaule gauche de ce malade, presque au centre de l'omoplate, existait une ulcération ayant la forme d'un ecthyma; elle était large comme une pièce de dix sous et datait de douze jours. M..., qui en était à sa première affection vénérienne, ne pouvait assigner aucune cause déterminante à cette lésion.

Le 14 avril, les chancres sont pansés avec de la charpie sèche; la propreté des parties malades est entretenue par des lotions d'eau chlorurée. Pour traitement interne, je prescris 25 grammes de solution chloro-mercurique, à prendre tous les matins dans un verre de tisane commune.

Le même jour, le pus secrété par l'ulcère de l'épaule est inoculé à la cuisse droite. La piqûre s'enflamme, détermine une large pustule, qui bientôt s'ulcère et prend la forme ecthymateuse.

Le 25, le frottement des vêtemens irritant les plaies de l'épaule et de la cuisse, je les fais recouvrir avec une bande de sparadrap de Vigo *cum mercurio.*

Le 20 mai, les ulcérations artificielles, qui sont devenues proéminentes, passent à la période de réparation.

Une adénite, peu volumineuse, se développe dans la région inguinale gauche. Malgré le repos au lit et les cataplasmes émolliens, elle marche rapidement vers la suppuration.

Le 26, l'épaule et la cuisse sont guéries.

Le 30, les chancres sont cicatrisés.

Le 3 juin, je pratique une ponction à la partie la plus déclive de l'adénite; le pus qui s'écoule par la plaie est inoculé sans succès, à deux reprises différentes.

Le 19, M... quitte l'hôpital entièrement guéri. En cinquante-six jours il a pris 250 centigrammes de sublimé corrosif, qui n'ont produit aucun accident.

RÉFLEXIONS. — Ce qui doit surtout fixer l'attention, dans cette observation, c'est l'ulcération de l'épaule, dont le caractère ne peut être douteux malgré la place insolite qu'elle occupe.

Les antécédens du malade, l'aspect des autres chancres, la date de leur invasion, l'absence du cortége obligé des affections constitutionnelles, la forme de l'ulcération de l'épaule elle-même, son isolement, l'époque de son développement, les résultats de l'inoculation et leur persistance sont des faits qui, selon moi, prouvent la nature primitive de cette ulcération et ne permettent pas de la confondre avec l'ecthyma constitutionnel.

1° Ce jeune homme en est à sa première infection vénérienne; il n'a jamais eu ni uréthrite, ni chancre; la plaie du dos ne peut donc pas être rapportée à une maladie antérieure.

2° Des chancres qui occupent les organes de la génération, deux, ceux du gland et du frein, sont superficiels; un, celui de l'impasse du prépuce est térébrant, *aucun n'est induré.*

En 1840, je n'avais pas abandonné entièrement les erremens de ma première éducation médicale; dès cette époque, je commençais à remarquer que les affections constitutionnelles étaient des plus fréquentes après les chancres indurés; je n'en étais pas encore arrivé à constater que les chancres sans induration n'étaient jamais suivis de syphilides, et que, par conséquent, le traitement mercuriel préventif était entièrement inutile dans la grande majorité des affections chancreuses.

Depuis dix ans, mes opinions en syphilographie se sont bien modifiées, se sont bien arrêtées. J'ai renoncé, à mesure que les faits venaient modifier mes idées, à traiter indistinctement tous les chancres par le mercure, et je puis affirmer que pas un malade affecté de chancres non indurés, traité par moi sans mercure, n'est venu plus tard me consulter pour une syphilis constitutionnelle.

Je ne puis donc pas regarder comme secondaire l'ulcération ecthymateuse que notre malade porte à l'épaule.

3° Les dates de l'invasion des ulcérations de la verge et de l'épaule éloignent également toute idée que cette dernière soit secondaire; en effet, l'ecthyma syphilitique est un symptôme des plus tardifs; je ne sache pas qu'il ait été observé avant le huitième ou le dixième mois de l'infection, et ici il s'est montré au 56e jour de la maladie.

4° Chez mon malade, l'on n'observe ni pléiades inguinales, ni alopécie, ni ganglions cervicaux, ni douleurs rhumatoïdes; l'absence de ces symptômes, qui se montrent tantôt isolément, tantôt deux à deux, tantôt réunis en faisceaux, est encore une preuve négative de l'infection générale.

5° La forme de l'ulcération d'une plaie n'est malheureusement pas un signe certain de diagnostic; mais elle devient d'une grande valeur lorsque la présence ou l'absence de symptômes concomitans viennent plaider pour ou contre sa signification.

De ce qui précède et de ce qui doit suivre, je conclurai donc que la forme de cette ulcération la classe parmi les affections syphilitiques artificielles de la peau.

6° L'isolement d'une ulcération ne peut rigoureusement en caractériser la nature. Lorsque l'ecthyma constitutionnel débute par une seule pustule, cet état d'isolement est de peu de durée; bientôt de nouvelles pustules viennent s'ajouter à la première. Ainsi, lorsque l'on aura à caractériser une pustule unique, on pourra, sans danger de se tromper, la considérer comme primitive, si elle reste isolée pendant tout le cours de la maladie.

7° La piqûre faite à la cuisse du malade le 16 avril, s'enflamme, détermine une large pustule, qui, bientôt, s'ulcère et prend la forme ecthymateuse.

Ces caractères ne sont pas douteux pour moi : nombre de fois je les ai vus se produire à la suite de l'inoculation de chancres et d'adénites virulentes.

Ces phénomènes ne sont cependant pas tellement caractéristiques qu'ils puissent fixer irrévocablement mon diagnostic, qui a besoin d'être confirmé par la marche et la durée de l'ulcération.

8° Au début, la physionomie de la pustule vraie et de la fausse pustule est quelquefois si peu dissemblable, que le meilleur observateur peut s'y tromper. Mais en peu de jours, la différence devient sensible.

Lorsque la pustule artificielle est fausse, l'inflammation

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,
professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Étiologie d'Hippocrate (suite). — Quelques autres propositions sur l'influence des saisons dans les maladies. — Des climats; de leur influence sur l'état intellectuel et moral et sur les institutions politiques des peuples. — Opinions d'Hippocrate, de Platon et d'Aristote. — Opinion de Montesquieu. — Opinion de M. Andral. — Détails donnés par Hippocrate sur les Scythes et les Sauromates.

VI.

Exposition des doctrines hippocratiques. — Étiologie d'Hippocrate (suite).

Pour terminer tout ce qui a rapport à l'influence des saisons dans la production des maladies, il ne nous reste plus qu'à réunir quelques passages disséminés dans la collection hippocratique.

Dans la troisième section des aphorismes, nous lisons : Les maladies sont principalement engendrées par les changemens de saison, et, dans chaque saison, par les alternatives de chaud et de froid.

Hippocrate établit en principe que lorsque de grandes vicissitudes atmosphériques se produisent, il faut rarement purger, et surtout se garder de pratiquer des opérations, principalement celles qui ont pour siége la région abdominale.

Parmi les constitutions humaines, ajoute Hippocrate, les unes se trouvent mieux d'une saison, les autres d'une autre saison; il en est de même des âges. Les maladies sont comme les constitutions et les âges, il en est qui se développent toujours dans une saison et jamais dans les autres; il en est encore qui, légères dans telle saison, deviennent sérieuses et graves dans telle autre.

Hippocrate a ébauché une classification des maladies suivant les saisons. Il y aurait un travail intéressant à faire sur ce sujet, qu'Hippocrate ne fait qu'indiquer dans la troisième section des aphorismes.

Lorsqu'une saison est bien réglée, dit-il encore, les maladies de cette saison participent de sa régularité et ont une résolution plus facile; le contraire arrive lorsque la saison est irrégulière.

Lorsque, dans une saison, on voit alterner rapidement, dans la même journée, le chaud et le froid, on peut s'attendre à voir se développer, quelle que soit la saison, les maladies automnales.

Les temps secs sont plus salubres que les temps humides, et, sous leur influence, la mortalité est moindre, toutes choses égales d'ailleurs.

Des saisons de l'année, dit-il encore, l'automne est celle où la mortalité est la plus considérable; le printemps celle où la mortalité est la moindre.

M. Andral fait observer que cette loi n'est pas la même pour tous les pays. La loi posée par Hippocrate se vérifie dans les pays chauds, mais dans les climats tempérés, elle est en désaccord avec des relevés statistiques faits à Paris et à Londres, et d'après lesquels le printemps serait, dans ces pays, la saison la plus féconde en décès. Il en est de même de la loi posée par Hippocrate relativement à la mortalité des phthisiques aux différentes saisons. C'est en automne qu'il meurt le plus de phthisiques dans les pays chauds; à Paris et à Londres, c'est au printemps.

Arrivons maintenant à la dernière partie du *Traité des airs, des eaux et des lieux*, dans laquelle Hippocrate traite de l'influence du climat sur l'homme, au point de vue de la philosophie et de l'économie politique.

Hippocrate compare entr'elles l'Asie tempérée et l'Europe, sous le rapport du climat, et tout en donnant des détails géographiques sur la constitution physique de ces contrées, il présente des considérations étendues sur le caractère des peuples qui les habitent, leurs mœurs, leurs penchans, leur intelligence et les institutions sociales et politiques qui les régissent.

Deux idées principales dominent dans les considérations présentées par Hippocrate : 1° l'influence des climats sur le physique et le moral de l'homme; 2° l'influence des constitutions politiques des peuples sur les mœurs de ces peuples et le développement plus ou moins avancé de leur intelligence.

Si le père de la médecine fait jouer un grand rôle à l'influence du climat sur le développement intellectuel et moral des hommes, il attribue aussi une extrême importance à l'influence des institutions politiques, différant en cela de Montesquieu, qui subordonne tout, caractère, mœurs, intelligence, institutions sociales et politiques, à l'influence exclusive du climat.

Ainsi Hippocrate parlant de l'Asie tempérée : Là, dit-il, les mœurs sont douces et faciles, tout dans l'homme y est tempéré comme le climat; mais les peuples y manquent de courage, de constance, de patience et d'énergie morale; chez eux domine la mollesse et l'amour des plaisirs. Cela dépend, ajoute Hippocrate, des gouvernemens qui sont à leur tête, car le despotisme énerve l'homme, tandis que la liberté lui inspire un mâle courage et une indomptable énergie. Dans ce langage d'Hippocrate on voit s'épanouir le sentiment d'un noble orgueil national. Fier à juste titre de la gloire et de la puissance de sa patrie, de tant de créations dans les arts, les lettres et les sciences, de tant de merveilles nées sous un ciel où fleurit le principe de liberté, Hippocrate, dans sa fierté républicaine et nationale, attribue à l'influence de ce principe l'immense supériorité du peuple grec sur les autres nations soumises au principe de la monarchie absolue.

Pour juger cette question, dit M. Andral, ouvrons l'histoire et écoutons ses enseignemens. Pour ne parler que des temps anciens, nous trouvons d'abord que la forme monarchique plus ou moins absolue à régné successivement sur tous les pays du monde : la forme républicaine n'a été qu'une exception, purement démocratique à Athènes, contenue à Rome par une aristocratie forte et intelligente. Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur l'histoire de l'Europe moderne, nous voyons, au milieu de conditions climatériques si variées, se succéder tour à tour, dans les divers pays dont elle se compose, toutes les formes

s'apaise rapidement, le pus est impropre à reproduire une pustule analogue, et la cicatrisation se fait rapidement.

Lorsque, au contraire, la pustule est vraie, l'irritation ne tombe pas si vite, l'ulcération progresse, s'établit, et suit les phases du symptôme qui lui a donné naissance, et l'un et l'autre disparaissent d'habitude à peu de jours près, surtout lorsqu'ils occupent des tissus analogues.

Il y a ici un fait dont la cause n'est pas encore trouvée, mais qui tendrait à faire penser que les chancres non indurés ne sont pas seulement une affection locale, puisque le travail réparateur s'exerce simultanément, quelle que soit la différence d'ancienneté des lésions.

L'inoculation de l'ecthyma de l'omoplate a été pratiquée le 14 avril, l'ulcération, qui a en a été la conséquence, a persisté jusqu'au 26 mai. Les chancres étaient guéris le 30 mai.

Je sais que mon honorable collègue, M. Vidal (de Cassis), pense avoir déterminé des pustules vraies avec le pus recueilli sur des malades couverts de plusieurs pustules d'ecthyma, et que, d'après ses observations propres, il est en droit de contester un diagnostic différentiel basé sur l'inoculabilité ou la non inoculabilité d'un symptôme vénérien.

Pour moi, je suis loin d'avoir obtenu les mêmes résultats : j'ai inoculé, en douze ans, cinquante-cinq fois le pus d'ulcères d'ecthymas secondaires, et toujours sans succès; je n'ai pas été plus heureux dans l'inoculation de nombreux cas de papules muqueuses et de lupus syphilitique.

Nous sommes donc arrivés, mon collègue et moi, par la voie de l'expérimentation, à des conclusions entièrement opposées. M. Vidal est convaincu que les symptômes primitifs et les symptômes syphilitiques constitutionnels sont inoculables; M. Puche qu'il n'y a d'inoculable que le symptôme primitif, savoir : le chancre, seule porte d'entrée de la syphilis constitutionnelle.

Tous deux nous croyons avoir raison. Attendons que des faits nouveaux viennent affermir ou détruire l'une ou l'autre opinion.

9° En résumé, la nature chancreuse de l'ulcération du dos du nommé M... étant bien déterminée, il reste à savoir comment ce symptôme primitif a pu être ainsi détourné de son siége habituel. Le malade ne donne aucun renseignement à ce sujet, l'on en est donc réduit aux conjectures.

M... s'est-il écorché avec ses ongles imprégnés du pus des chancres qu'il portait à la verge? S'est-il excorié l'épaule contre des draps contaminés par du pus de chancre encore inoculable, comme j'en ai eu un exemple dans ma pratique? Enfin n'aurait-il pas été mordu en cet endroit soit par sa maîtresse, soit par un rival dont les lèvres auraient été malades.

Quoi qu'il en soit de ces suppositions, voici un chancre dont le siége est tellement insolite, que sa nature aurait pu être méconnue et l'existence même passer inaperçue.

Que ce chancre de l'épaule eût été seul, qu'il eût été induré, qu'il se fût cicatrisé sans avoir été constaté par un médecin, la syphilide qui serait survenue dans les quatre mois suivans aurait tout naturellement été considérée comme une affection constitutionnelle d'emblée.

Méfions-nous donc des faits exceptionnels et ne nous hâtons pas de nous en servir pour renverser les conséquences déduites de faits nombreux que chacun de nous est à même d'observer tous les jours dans sa pratique.

Les adénites primitives, les syphilides qui succèdent à des urétrites, les papules muqueuses primitives et les véroles d'emblée sont tellement rares, que je suis bien convaincu que leur porte d'entrée a été méconnue.

Mon cher collègue M. Ricord est si riche de son propre fonds, je lui ai tant emprunté dans les réflexions qui accompagnent cette observation, qu'il m'aurait fallu le citer presque à chaque paragraphe si j'avais voulu rendre en détail à César ce qui appartient à César; j'aime mieux lui faire ma restitution en masse, déclarer que j'ai vérifié au lit du malade toutes ses opinions et constater que les faits lui ont presque toujours donné raison.

P. Puche.

BIBLIOTHÈQUE.

Medico-chirurgical transactions, ou mémoires de la Société médico-chirurgicale de Londres. Tome xxxiv de la 1re série et vie de la 2me série. Un vol. in-8° de 361 pages. Londres, 1851.

Le nouveau volume des mémoires de la Société médico-chirurgicale de Londres est sur le point de paraître. Nous n'avons donc pas trop de temps pour rendre compte du 34e volume, avec lequel nous sommes véritablement en retard. Comme d'habitude, c'est la chirurgie qui domine dans les travaux communiqués à cette Société célèbre, et parmi ces travaux il en est plusieurs, comme on va le voir, tout à fait dignes de fixer l'attention de nos lecteurs. Nous passerons successivement en revue les travaux de chirurgie, de médecine et d'obstétrique.

1° Chirurgie. — *Observation d'une opération d'ovariotomie pratiquée avec succès*; par le docteur Duffin, *avec la description des altérations pathologiques du sac*; par M. Robert Lee. — Relation d'une ovariotomie pratiquée chez une femme de 38 ans, qui portait une tumeur remplissant l'abdomen. L'opération fut faite par le petit procédé, c'est-à-dire en ne faisant qu'une incision peu étendue, de 3 centimètres environ, par laquelle on fit sortir le kyste préalablement vidé des 130 onces de liquide qu'il contenait. La malade n'eut pas d'accidens aigus; il y eut seulement un peu de sensibilité de l'abdomen, qui céda à l'opium à haute dose. Le quinzième jour, la ligature et une partie du pédicule se détachèrent. Le vingt-deuxième jour, la cicatrisation était parfaite. Depuis le dix-huitième jour, la malade avait pu se promener dans sa chambre. La dissection du kyste ne montra pas autre chose qu'une hypertrophie de l'ovaire malade, avec conservation de sa structure élémentaire.

Analyse de cent opérations d'ovariotomie qui ont été pratiquées en Angleterre; par M. Robert Lee. — Nous ne faisons que mentionner ce travail dont M. Chéreau a reproduit dans ce journal les principales particularités.

Observation destinée à montrer les difficultés que présente le diagnostic des excroissances morbides de la mâchoire supérieure; par M. Prescott Hewett. — Tumeur du volume d'un œuf de dinde, occupant la plus grande étendue du maxillaire supérieur gauche, avec saillie de l'apophyse zygomatique repoussée en dehors par la tumeur dont on sentait le prolongement sous le muscle temporal. Il existait encore des petits corps aplatis à la partie inférieure de l'orbite, immédiatement au-dessous de la conjonctive et en apparence mobiles; des prolongemens de la tumeur furent aussi découverts dans la fosse nasale gauche; une petite masse arrondie faisait légèrement saillie dans le pharynx. La tumeur s'étendait également au-devant des arcades alvéolaires et soulevait la lèvre. L'opération de l'extirpation du maxillaire supérieur ne put pas être terminée, le malade étant tombé dans un grand état de faiblesse et ayant succombé presque sous le couteau du chirurgien (il avait été éthérisé). L'autopsie montra, dans les cellules aériennes et les tuyaux bronchiques, une grande quantité de sang écumeux que le malade n'avait probablement pas pu expulser par l'expectoration. La tumeur n'était autre qu'un polype fibreux.

Observations de rupture du foie et de la rate, avec des remarques; par Athal Johnson. — Cinq observations, la première de rupture du foie et du poumon droit; mort immédiate. — La deuxième, de rupture très étendue du foie, avec épanchement de sang et de bile dans le péritoine; la mort n'a eu lieu qu'au troisième jour. — La troisième, de déchirure très étendue de la rate, avec légère déchirure du foie; mort le troisième jour. — La quatrième, et la plus curieuse, offrait des ruptures très étendues du foie et du rein droit, mais parfaitement réunies, car l'individu ne succomba que trois semaines après l'accident, aux suites d'une fracture de la colonne vertébrale. Ces déchirures n'avaient pas été profondes : celle du rein était parfaitement réunie; celle du foie présentait encore une déchirure du péritoine; il n'y avait pas d'épanchement de lymphe plastique. — Dans le cinquième cas, on put supposer la rupture du foie, mais la guérison eut lieu. — Dans tous ces cas où, comme on le comprend, la déchirure fut consécutive à une cause mécanique, les symptômes furent les mêmes : collapsus extrême, avec aspect profondément exsangue de l'individu, douleur intense dans le ventre, surtout à la région du foie ou de la rate, survenue immédiatement après l'action de la cause contondante, puis distension excessive du ventre, qui n'était pas toujours due à la présence des gaz. L'auteur insiste sur ce point que ces ruptures ne sont pas inévitablement mortelles.

Observation de nécrose très étendue des os du crâne et d'extraction d'un large séquestre; par John Drummont. — Le séquestre comprenait 5 pouces carrés du côté droit du frontal, du pariétal et de la portion écailleuse du temporal, la totalité de l'occipital. La guérison n'était pas complète. Les os étaient encore cariés, mais la santé générale restait bonne, et le cerveau, dont les battemens étaient facilement appréciables, était protégé par une membrane fibreuse.

Observation de fracture et de distension du bassin, combinées avec une forme anormale de luxation du fémur; par le docteur Ch. Hewitt Moore. — Chez un homme de 60 ans, qui avait reçu, plusieurs années avant sa mort, une poutre sur le bassin et les membres inférieurs, on trouva après la mort, arrivée par suite d'une maladie du cœur, le bassin, qui avait été fracturé en plusieurs fragmens, ayant pris une forme triangulaire, et la tête du fémur entourée des fragmens de l'os innominé, et située entièrement dans le bassin.

Observation d'anévrysme poplité traité par la compression, avec quelques remarques sur cette méthode de traitement des anévrysmes, et une liste d'opérations de ce genre pratiquées à Dublin; par M. O'Bryen Bellingham. — Cette liste comprend 32 cas d'anévrysmes des artères poplitée et fémorale (26 de la première et 6 de la deuxième), 3 de l'artère brachiale et 1 de l'artère radiale, traités par la compression. Des trois anévrysmes de l'artère brachiale, 2 guérirent, et le troisième dut sa non guérison à une disposition particulière de l'artère qui était double. L'anévrysme radial guérit très bien aussi; il était traumatique comme les précédens. Des 6 anévrysmes de l'artère fémorale, 5 furent guéris par la compression. Le troisième, un anévrysme diffus, fut aussi traité sans succès par la ligature, et il fallut en venir à l'amputation. Des 26 cas d'anévrysmes poplités, 21 guérirent parfaitement; un de ceux guéris fut suivi de mort par maladie du cœur, quarante-huit heures après la cessation des battemens dans la tumeur. Des cinq autres malades, l'un ne put supporter la compression : ligature de l'artère, guérison; un autre ne put la continuer suffisamment; après trois années, la tumeur n'a pas sensiblement augmenté, au contraire. Un troisième, traité par la galvano-puncture associée à la compression, est mort d'un érysipèle très grave. Un quatrième a subi l'amputation, la tumeur augmentant rapidement de volume. Enfin, un cinquième est mort d'une affection pulmonaire; le sac était en grande partie oblitéré par un dépôt fibrineux. De ces malades, un a été opéré trois fois avec succès par la compression, deux fois pour des anévrysmes poplités aux membres opposés, et une fois pour un anévrysme de la fémorale. Quatre de ces malades ont déjà succombé, 3 à un anévrysme aortique, et probablement aussi à quelque anévrysme interne, 1 à une affection cérébrale.

Dissection de deux membres inférieurs chez un sujet chez lequel deux anévrysmes poplités avaient été traités par la compression; par Prescott Hewitt. — Très curieuse au point de vue du mode de ré-

---

possibles de gouvernement, depuis la plus pure démocratie jusqu'à l'absolutisme le plus outré. Ce n'est donc pas le climat qui régit la forme du gouvernement, comme le veut Montesquieu; il y a autre chose qui prime dans cette question. Cette condition principale, c'est l'état de la société, ce sont les besoins sociaux, les aspirations secrètes des peuples qui les poussent dans la voie des révolutions lorsque leurs gouvernemens ne répondent plus à ces besoins.

L'histoire tout entière est là pour rendre témoignage de la vérité de cette proposition, et détruire l'idée de l'influence des climats sur les formes de gouvernement adoptées par les peuples divers. Ainsi, nous voyons, d'une part, la forme républicaine fleurir sous le ciel riant de Venise et de Gênes, aussi bien que dans la basse et brumeuse Hollande et la Suisse froide et montagneuse; d'autre part, le principe d'une autorité sans limites s'est également développé sur les bords glacés de la Neva, comme sur les rives du Guadalquivir et du Bosphore.

Considérant ensuite les différens peuples de l'Europe, Hippocrate dit que les mœurs de ces peuples varient avec les climats des pays qu'ils habitent. Dans les pays montueux, dont le sol est inégal, élevé, où règnent des conditions atmosphériques très variables, les peuples sont courageux, ardens au travail, rudes à la fatigue, opiniâtres, capables de concevoir de grandes entreprises et de les exécuter; vous les trouverez, dit Hippocrate, indomptables dans leurs mœurs, fermes dans leurs résolutions, plus sauvages que civilisés, sagaces dans l'exercice des arts, intelligens, propres aux combats.

Au contraire, dans les pays situés dans les plaines, dont le sol est peu accidenté, où des vents chauds entretiennent constamment une température douce et peu variable, absence de courage, mollesse, indolence : tels seront les traits les plus saillans de la physionomie des peuples.

Dans les pays bas, humides, brumeux, l'intelligence et le moral des habitans sont aussi peu développés que leur constitution physique.

Ainsi, pour Hippocrate, l'influence du climat est la cause des différences qui existent dans l'état intellectuel et moral des peuples; c'est une autre influence capitale qu'il faut ajouter à celle des institutions politiques.

M. Andral ne peut partager, sur ce point encore, l'opinion d'Hippocrate. Si le climat, dit le savant professeur, a de l'influence sur l'état intellectuel et moral des peuples, cette influence est subordonnée à celle des états divers de la société dans les différens pays. En faisant abstraction des peuples qui habitent les climats extrêmes, on peut poser la loi suivante : les conditions sociales des peuples, les besoins qui les tourmentent ou les passions qui les agitent, ont, sur leur état intellectuel et moral, une bien plus grande influence que les conditions climatériques. L'histoire est encore là pour sanctionner cette loi incontestable.

Cette loi est d'ailleurs rendue évidente par la loi non moins incontestable qui préside au développement des nations. En vertu de cette loi, chaque peuple, placé toujours sous les mêmes conditions atmosphériques, a eu successivement son enfance, son adolescence, sa jeunesse, sa virilité, sa vieillesse; chaque peuple naît, grandit, acquiert toute la plénitude de sa force, puis, peu à peu, décroît, s'affaiblit et s'éteint.

Dans chacune de ces périodes d'enfance, de jeunesse, de virilité, de vieillesse, vous verrez les peuples continuant à vivre dans les mêmes climats, différer dans leurs mœurs, leur intelligence et leurs institutions. Ainsi, Rome, d'abord monarchique, devient ensuite républicaine, puis oligarchique et finit par revenir à la monarchie absolue. Eh bien! à chacune de ces transformations politiques correspondent des modifications intellectuelles et morales que nous pouvons suivre en étudiant les produits de l'intelligence romaine dans les lettres, les arts et les sciences.

Aux diverses périodes de la vie des peuples, comme aux divers âges de la vie des individus, on voit chez les peuples, comme chez l'individu, le caractère et les mœurs se modifier, en même temps que domine telle ou telle faculté de l'intelligence : dans la jeunesse, la brillante imagination, plus tard la sévère et froide raison. L'histoire nous montre également chaque peuple différant tour à tour, aux diverses époques, dans la part qu'il prend au gouvernement du monde : voyez l'Espagne, autrefois maîtresse de l'univers, presque nulle aujourd'hui dans la balance des destinées du monde.

Ainsi, les peuples changent et se modifient sans cesse sous le même ciel et les mêmes climats. Voilà la loi du passé. Sera-t-elle la loi de l'avenir? L'imprimerie, la vapeur, la communication rapide de la pensée d'un bout du monde à l'autre par l'éclair électrique, toutes ces brillantes découvertes établissent une limite bien tranchée entre la société ancienne et la société moderne. En face du mouvement nouveau qui se produit, l'esprit humain s'arrête indécis dans le jugement qu'il doit porter sur l'avenir. J'appliquerais volontiers, ajoute M. Andral, à cette société humaine divisée en deux fractions bien distinctes, depuis la découverte de l'imprimerie et de la vapeur, ce vers que le vieux Corneille met dans la bouche d'un barbare se ruant sur l'empire romain pour le renverser et élever sur ses ruines un empire nouveau :

Un grand destin s'achève, un grand destin commence.

Voilà le mot de la situation actuelle du vieux monde vis-à-vis du monde nouveau. La vieille Europe a-t-elle fait son temps et doit-elle être remplacée dans le gouvernement du monde par la jeune et industrielle Amérique? C'est ce que l'avenir apprendra. Comme l'intelligence, la valeur guerrière n'est pas sous la dépendance des climats. Tous les peuples se sont élevés et sont tombés tour à tour par la guerre. En Asie, en Afrique, en Europe, chaque nation a été tour à tour conquérante et conquise.

Ainsi, dit M. Andral, j'ai beau porter mes regards sur le monde ancien et sur le monde nouveau, vainement je parcours une foule de pays divers, nulle part je ne vois la puissance du climat dominer le génie de l'homme; partout, au contraire, je vois le génie de l'homme dominer la puissance du climat. Dans l'horizon que je viens de dérouler à vos yeux, le climat n'apparaît plus que comme un point infiniment petit au milieu des influences qui dominent les destinées humaines. Voyez encore, sous tous les climats possibles, les effets d'une grande passion qui vient agiter l'homme; malgré l'action énervante qu'exerce sur lui le climat, la passion le relève et le fortifie. Dans le climat

tablissement de la circulation collatérale. L'oblitération du sac était complète, et les artères fémorales perméables.

De l'emploi du calorique produit par l'électricité dans la pratique chirurgicale; par J. Marshall. — Travail destiné à montrer le parti que l'on peut tirer, dans la pratique chirurgicale, de l'élévation de température que produit l'électricité dans les fils conducteurs, comme moyen de cautérisation. C'est le *cautère électrique* qui pourrait être surtout employé pour le traitement des fistules, des tumeurs érectiles, des *nævi materni*. On se sert, pour obtenir ces effets, d'une batterie galvanique assez puissante, dont les pôles sont mis en communication avec des aiguilles ou des stylets introduits dans la profondeur de nos tissus.

Quelques observations sur la pathologie des affections de l'oreille qui produisent une maladie du cerveau; par J. Toynbee. — Nous avons publié *in extenso* ce remarquable travail de l'un des chirurgiens les plus versés dans la pratique des maladies de l'oreille. (Voir l'Union Médicale des 20 et 22 janvier 1853.)

Observation d'obstruction du colon, soulagée par l'ouverture d'un anus artificiel au pli de l'aine; par J. Luke. — Ce fait est d'autant plus remarquable, que huit mois après le malade était encore vivant, et que le cours des matières s'était en partie rétabli par l'anus.

Large kyste hydatique du cou, ouvert largement; mort par rupture de l'artère sous-clavière gauche; par J. Dixon. — Observation très instructive à ce point de vue surtout qu'elle montre les dangers de l'ouverture large des kystes hydatiques. On ne peut que regretter que le chirurgien n'ait pas eu recours aux ponctions sous-cutanées et surtout aux injections d'iode.

Observation de dilatation anévrysmale de la veine tibiale postérieure, communiquant indirectement avec la partie supérieure de l'artère poplitée; par L. Cock. — Les particularités principales de ce fait, observé chez un sujet de 28 ans, étaient les suivantes : 1° la veine et l'artère poplitées avaient été blessées à la fois, onze années auparavant, et une communication permanente s'était établie entre les deux vaisseaux, grâce à l'intervention d'un petit sac commun aux deux vaisseaux; 2° la veine poplitée était oblitérée au-dessus jusqu'au niveau du point où fut pratiquée l'amputation; 3° au-dessous de la blessure, elle était dilatée et épaissie, puis aboutissait à une dilatation anévrysmale de la tibiale postérieure, tandis que toutes les veines satellites de la jambe étaient complètement oblitérées; 4° plus tard les parois de cette espèce de sac anévrysmal veineux s'étaient rompues, et un épanchement de sang s'était fait au-dessous des muscles gastro-cnémiens; 5° de là formation d'abcès qui, après onze années, avaient obligé à recourir à un traitement chirurgical.

2° Médecine. — *Observation de ramollissement de la moelle épinière chez un jeune garçon affecté de chorée*; par Robert Nairne. — Observation remarquable, non seulement par la présence du ramollissement de la moelle, qui a été constaté déjà dans des cas semblables par Ollivier, Brera et Guersant, mais aussi par la coïncidence de la chorée avec un rhumatisme articulaire aigu, et par la présence d'altérations inflammatoires du côté du cœur.

Expériences sur les urines chyleuses ou chylo-séreuses; par J. Mayer et G. Pearse. — Ces expériences montrent d'abord combien on avait eu tort de donner le nom d'*urines laiteuses* à ces urines qui ne contiennent pas de *caséine*, mais de l'*albumine* et une *matière grasse* qui leur donne un aspect particulier. L'observation rapportée par le docteur Pearse tend en outre à montrer que ces urines peuvent apparaître à la suite de fatigues et d'appauvrissement du sang, après l'allaitement prolongé, par exemple, et que les toniques, les ferrugineux surtout, constituent un des meilleurs modes de traitement. Les urines de la malade de M. Pearse étaient blanches comme du lait et formaient une espèce de gelée épaisse, mais peu solide. Voici les caractères chimiques donnés par M. Mayer : urines d'un blanc de lait, semblables à une émulsion de gomme ammoniaque, formant un liquide plus consistant que le lait, d'une odeur très faible, à peine urineuse, d'un poids spécifique de 1,013, passant à travers un filtre sans altération, rougissant faiblement le papier de tournesol, déposant, après l'ébullition, sur le filtre, un abondant précipité blanc, à la surface duquel se trouvait un peu de graisse, ne fournissant ensuite aucun précipité par l'acide acétique, même bouillant, s'éclaircissant par l'addition d'un tiers d'éther sulfurique et se divisant en trois couches, l'une supérieure, c'était l'éther, l'autre demi-solide, formant une espèce de gelée tremblante, la troisième qui était de l'urine normale. L'acide nitrique précipitait en blanc cette urine; des morceaux de plomb agités avec elle ne déterminaient aucun précipité.

Observations pour servir à l'histoire du diagnostic des épanchemens pleurétiques; par le docteur T. A. Barker. — L'une de ces observations est remarquable précisément parce qu'il n'y avait pas d'épanchement. Néanmoins, la matité était considérable et presque universelle, le murmure respiratoire presque nul, excepté au sommet et à la base du poumon en avant, immobilité presque complète de ce côté, qui n'était pas rétracté. Très probablement il y avait eu autrefois une pleurésie, et le vide laissé par l'épanchement avait été rempli par le poumon gauche emphysémateux, par le cœur et par le foie déplacés. Dans le second cas, c'était un épanchement cloisonné dans la moitié postérieure de la plèvre gauche et dont le développement a été très rapide.

Des relations qui existent entre le sommeil et les affections convulsives; par W. F. Barlow. — Travail remarquable, et dont on ne saurait trop recommander la lecture à ceux qui s'occupent particulièrement des affections nerveuses. L'auteur fait voir d'une manière très claire l'influence particulière exercée par l'action réflexe sur la production des mouvemens convulsifs pendant le sommeil.

Des variations des sulfates et des phosphates excrétés dans le cours de la chorée aiguë, du delirium tremens et de l'inflammation du cerveau; par H. Bence Jones. — L'auteur signale l'augmentation des sulfates et des phosphates dans diverses maladies. Dans la chorée aiguë et le *delirium tremens*, les sulfates sont seuls augmentés, ce qui tient sans doute à l'agitation musculaire incessante des malades; on sait, en effet, que l'exercice continué augmente toujours la proportion des sulfates dans l'urine. Les phosphates sont, au contraire, en moindre quantité, tandis qu'ils sont augmentés dans les affections du cerveau.

3° Obstétrique. — *De la dégénérescence graisseuse du placenta et de l'influence de cette maladie sur l'avortement, la mort du fœtus, les hémorrhagies et l'accouchement prématuré*; par Robert Barnes. — Nous avons rendu compte avec détails de cet important mémoire, qui jette un jour tout nouveau sur les plus importantes questions de l'obstétrique. (Voir l'Union Médicale du 22 janvier 1853.)

Observation d'opération césarienne, avec des remarques sur les sources particulières de dangers qui accompagnent cette opération; par Ch. West.

Observation d'opération césarienne; par le docteur Oldham. — Deux observations, fort peu encourageantes, car toutes deux ont été suivies de mort dans un temps très court. M. West range les causes de mort qui se rattachent à cette opération dans les quatre catégories suivantes : 1° dangers de l'hémorrhagie (41 sur 147 cas de mort d'après Kayser) bien plus grands que dans toute autre opération; 2° dangers résultant de l'ébranlement nerveux (33 morts sur 147 cas); 3° dangers résultant de la péritonite, les plus graves de tous (56 sur 147); 4° enfin dangers qui dépendent de la lésion de l'utérus, qui ne se trouve pas dans des conditions favorables pour se cicatriser.

Dr Aran.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances de Septembre, Octobre, Novembre et Décembre 1852.

Présidence de M. le docteur Trèves.

L'importance et l'étendue du rapport qu'on va lire nous obligent à passer sous silence les communications, au reste peu importantes, faites à la Société pendant ces derniers mois. A part une discussion assez intéressante sur les perforations intestinales que l'on observe quelquefois dans le cours de la fièvre typhoïde, et à laquelle ont pris part MM. Dreyfus (l'auteur de la discussion), Charrier, Thirial, etc., les travaux de la Société ont consisté surtout dans la lecture de rapports écrits ou verbaux, et particulièrement dans la discussion des mémoires envoyés au concours pour le prix qu'elle a décerné récemment à l'auteur de l'un d'eux, M. le docteur Taufflieb, de Barr (Bas-Rhin).

M. le docteur Gaide lit le rapport suivant :

Messieurs,

J'ai à vous rendre compte d'un mémoire que M. Charles Dubreuilh, l'un de vos membres correspondans, a bien voulu vous adresser, et qui a pour titre : *De l'influence de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement sur le développement et la marche de la phthisie pulmonaire.*

Ce travail, déjà publié dans la *Revue médicale*, est probablement connu de plusieurs d'entre vous; je m'en réjouis, Messieurs, parce que dans le cas où mon jugement ne serait pas conforme au vôtre, la discussion que mon compte-rendu pourra provoquer me verrait bien vite revenir à des opinions plus favorables à M. Dubreuilh, si vous me démontriez que j'ai tort dans des conclusions qui m'ont été dictées par la lecture attentive et consciencieuse du mémoire que je vais analyser.

Il y a quelques années à peine, vous le savez, Messieurs, il était généralement admis que la grossesse suspendait la marche de la phthisie pulmonaire, et que cette maladie reprenait son cours après l'accouchement terminé.

Cette opinion générale, que M. Dubreuilh se contente d'appuyer du dire de Bordeu, de Cullen et de Dugès, et qui, d'ailleurs, avait cours dans la science, était telle, que quelques auteurs n'ont pas craint de conseiller la grossesse comme moyen curatif ou tout au moins suspensif de la phthisie; et cependant, au moment même où ces opinions, d'une exagération évidente, se produisaient, un homme qui a fait époque dans la science, un des accoucheurs les plus répandus et les plus justement influens, Dubois père, répétait dans ses leçons qu'une phthisique, quand elle devient enceinte, résiste quelquefois à un premier accouchement, très rarement au second, et jamais au troisième.

Comprend-on, je vous le demande, qu'en présence d'une énonciation pareille, et produite par un praticien d'une expérience aussi consommée, les faits ne se soient pas groupés pour l'appuyer; comprend-on que des hommes comme Bayle et Laennec soient venus sans faire mention de leur expérience à ce sujet.

Il faut venir jusqu'à M. Andral qui, dans sa première édition, attaque timidement l'opinion générale pour y revenir dans sa seconde, parce que, dit-il, son expérience lui a montré qu'elle était la bonne.

En 1843, M. Louis applique à cette question sa méthode exploratrice, et, semblant obéir à ce sentiment quelquefois exagéré, j'en conviens, qui le rend hostile à tout ce qui ne s'appuie pas sur sa propre expérience, bien qu'il n'ait qu'un seul fait en faveur de sa manière de voir, il tend à croire qu'il y a erreur dans l'opinion générale et fait appel au zèle des médecins pour trancher cette importante question.

Cet appel partait d'un homme trop haut placé pour qu'il n'y fût pas répondu : M. le docteur Hervieux fut le premier qui, en 1847, publia l'histoire d'une jeune femme chez laquelle une phthisie au premier degré existait au moment où elle devint enceinte; la maladie marcha lentement d'abord, les signes sensibles en étaient très obscurs dans les premiers mois de la grossesse, quand, vers le septième, la marche devint beaucoup plus rapide, entraîna un accouchement prématuré au huitième mois, et la mort quarante-huit heures après l'accouchement.

Il est juste d'ajouter que vers le septième mois de la grossesse, une pleurésie se développa chez la malade qui fait le sujet de cette observation, et que c'est conjointement avec cette maladie que la phthisie a marché avec la rapidité que nous venons d'indiquer. En présence de cette complication, Messieurs, est-il bien juste, je vous le demande, d'accepter, à l'appui de l'opinion que veut établir M. Dubreuilh, la précipitation que l'on trouve dans l'histoire de cette phthisique, et ne seraient-ils pas bien plus en droit de l'invoquer en faveur de leur manière de voir, ceux qui pensent qu'une maladie aiguë intercurrente, une maladie de la plèvre en particulier, vient le plus souvent accélérer d'une

---

brûlant du Mexique, à l'époque de la conquête espagnole, un spectacle étonnant fut donné au monde, celui des supplices atroces auxquels se soumettaient sans crainte et sans faiblesse ceux des Mexicains que l'ambition poussait à devenir les chefs de leurs compatriotes. N'a-t-on pas vu de tous temps, et ne voit-on pas encore aujourd'hui, sous les climats les plus divers, l'une des plus grandes passions qui agitent le cœur de l'homme, le fanatisme religieux, inspirer à des natures indolentes le mépris des tortures et le dédain de la mort? Voyez les martyrs d'autrefois, voyez encore aujourd'hui les *fakirs* de l'Inde.

Quelques philosophes de l'antiquité ont partagé les idées d'Hippocrate sur l'action des climats : tels furent Platon et Aristote.

« Il ne faut pas oublier, dit Platon, l'influence des lieux, et que certains pays sont plus propres que d'autres à l'établissement de certaines institutions. La législation ne doit pas se mettre en contradiction avec la nature des hommes. Ici des vents de toute espèce, des chaleurs excessives; là les qualités des eaux, ailleurs la nature des alimens que la terre produit, déterminent, dans les mœurs des peuples, des modifications dont il faut savoir tenir compte. »

Aristote est plus explicite que Platon dans son *Traité de la république*, et va plus loin; il s'attaque à l'Europe, dont les peuples, qu'il connaît à peine, ne sont pour lui que des barbares. Il établit que cette contrée est habitée par des hommes sans courage et incapables de se donner des institutions politiques. Aristote ne se doutait pas, en écrivant ces lignes, que de cette Europe dont il parle avec un dédain si superbe sortirait un jour un peuple conquérant qui asservirait à son tour cette même Grèce si fière de ses institutions et de ses conquêtes, et la remplacerait dans l'empire du monde.

Dans cette dernière partie du *Traité des eaux, des airs et des lieux*, Hippocrate donne des détails particuliers sur certains peuples, soit de l'Europe, soit de l'Asie. Il avait fait, sur les habitans de la Lybie et de l'Égypte, un aperçu malheureusement perdu. Nous trouvons dans le *Traité des eaux, des airs et des lieux*, une description pittoresque des habitans des bords du *Phase* et de leur pays marécageux, de la Scythie et des peuples qui l'habitaient. Les Scythes, dit Hippocrate, sont remarquables par leur petite taille et une sorte d'arrêt de développement dû à l'influence du climat. Cette influence du climat se fait sentir sur les animaux comme sur les hommes; les bœufs y sont petits et sans cornes. Hippocrate ajoute que les Scythes avaient pour habitude de se cautériser les articulations pour enlever l'humidité exubérante de leur corps. Il signale chez ce peuple une maladie singulière, maladie *féminine* ou *efféminée*, dans laquelle les hommes, frappés d'impuissance virile, quittaient les habits et toutes les marques extérieures de leur sexe, pour vivre au milieu des femmes, dont ils prenaient le costume et les habitudes. Ces peuples attribuaient cette maladie à une vengeance de Vénus, dont ils avaient pillé le temple. Hippocrate en trouve la cause dans l'habitude qu'avaient les Scythes de passer leur vie à cheval.

Hippocrate parle encore de ces femmes singulières, appelées *Sauromates*, espèces d'amazones qui habitaient les *Palus mæotides*. Ces femmes n'avaient qu'une mamelle, parce que, dès l'enfance, les parens leur brûlaient la mamelle droite au moyen de plaques de cuivre rougies au feu. Tant qu'elles n'étaient pas mariées, elles montaient à cheval, s'exerçaient au maniement de l'arc et du javelot, et faisaient la guerre. Une fois mariées, elles rentraient dans la vie ordinaire et se livraient aux travaux de leur sexe.

Là se termine tout ce qu'Hippocrate dit des causes extérieures des maladies. Nous allons passer maintenant au deuxième ordre de causes, ou causes *intérieures*, qui sont : les tempéramens, les habitudes, les âges, les sexes, l'hérédité, l'exercice musculaire, l'exercice des organes des sens, etc. L'exposition des idées d'Hippocrate, sur ce point important d'étiologie, fera l'objet de l'article prochain.

(La suite prochainement.)

COURRIER.

On a annoncé, dit le *Constitutionnel*, que M. Acar, de Ham, était nommé pharmacien de l'Empereur. Cette nouvelle est incomplète. Le décret du 31 décembre, concernant le personnel du service de santé de la maison impériale, attache à ce service M. Acar à titre de premier pharmacien, et MM. Marcotte, Cadet-Gassicourt et Mialhe, à titre commun de pharmaciens ordinaires de l'Empereur.

La Faculté de médecine de Paris a décerné une médaille d'or à M. Amette, secrétaire de la Faculté, à titre de remercîmens pour la publication qu'il vient de faire de l'ouvrage intitulé : *Code médical.*

Les Sociétés de tempérance commencent à s'introduire en France. Il en existe une à Rennes, et l'on va en établir une à Laval. Leur but, à ce qu'il paraît, n'est pas seulement d'arriver à détruire les habitudes d'ivrognerie, mais encore de procurer à peu de frais d'honnêtes et décentes récréations aux ouvriers, soit pour les jours fériés, soit même pendant la semaine, après les heures consacrées au travail.

Supposez que 1,286 enfans, en France, naissent au même instant. Voulez-vous savoir ce qu'ils deviendront successivement?

M. Mathieu, de l'Académie des sciences, vous le dit mathématiquement dans l'*Annuaire du bureau des longitudes* de la présente année 1853 :

Un sixième mourra dans la première année; un cinquième ne parviendra pas à l'âge de 2 ans; un quart, à l'âge de 4 ans; un tiers, à l'âge de 14 ans. Il en reste la moitié à 42 ans; le tiers à 62 ans; le quart à 69, le cinquième à 72, le sixième à 75.

Ainsi, sur 970,000 enfans qui naissent par an en France, 613,981 seulement parviennent à l'âge de 20 ans.

---

manière déplorable la marche de la phthisie pulmonaire. Ce que je dis de cette observation que M. Dubreuilh donne en quelque sorte comme le point de départ de l'opinion que bientôt M. Grisolle va établir plus solidement, je pourrais le dire de plusieurs des observations qui se rencontrent dans ce mémoire que j'analyse. Il en est, en effet, qui sont loin de prouver d'une manière solide la vérité des corollaires qui en sont déduits.

Certes, Messieurs, les ouvrages qui s'appuient sur l'histoire clinique des malades sont ceux qui portent le plus avec eux la conviction, mais c'est à condition que toutes ces histoires seront sévèrement recueillies et pesées par le médecin, qu'elles s'appliqueront bien exactement au point de la science qui fait litige, et surtout qu'elles ne renfermeront pas en elles-mêmes la preuve que les conséquences de la maladie n'eussent pas varié, que le fait principal existât ou qu'il n'existât pas.

C'est peut-être, Messieurs, l'oubli de ces règles qui a rendu si fatigante la lecture des ouvrages de cette nature. Que nous sert, en effet, à l'appui de ce qu'il avance, la lecture d'observations qui ne se rapportent pas nécessairement au fait que l'auteur veut prouver; et ne vaudrait-il pas mieux, pour corroborer ce fait, quelques rares exemples qui ne souffriraient aucune objection, que d'en trouver des douzaines qui souvent ne s'y rapportent pas plus les unes que les autres. L'auteur y gagnerait du temps, le mémoire de l'importance et le lecteur une conviction qu'il est loin de trouver toujours. Il est vrai, Messieurs, qu'en s'astreignant à la sévérité de ces conditions, bien des mémoires ne verraient pas le jour; serait-ce un bien, serait-ce un mal, je vous le laisse à décider.

Mais revenons à notre mémoire, dont déjà je me suis peut-être trop éloigné.

En 1847, M. Robert, préparateur des travaux anatomiques à la Faculté de Strasbourg, publia dans l'UNION MÉDICALE, et à propos de celle de M. Hervieux, une observation très remarquable dans laquelle il établit d'une manière précise l'influence fâcheuse de la grossesse sur la phthisie pulmonaire, et à la suite des remarques que lui suggère l'histoire de sa maladie, il déclare que depuis longtemps M. le professeur Stoltz est dans la conviction : 1° que chez une femme prédisposée à la phthisie pulmonaire, la grossesse pourra changer cette prédisposition en maladie confirmée; 2° que chez celle qui aura des tubercules crus, la grossesse, par l'activité exagérée imprimée à tout l'organisme, produira un travail d'inflammation qui certainement amènera le ramollissement des tubercules.

Vient enfin M. Grisolle, à qui il appartenait plus qu'à tout autre de répondre à l'appel de M. Louis. En octobre 1849, il lit à l'Académie de médecine et publie en 1850, dans les *Archives*, un mémoire sur cette intéressante question, et arrive à une conclusion à peu près analogue à celles de M. Stolz, de Strasbourg; il ajoute de plus qu'il ne lui paraît pas démontré que l'accouchement en lui-même ait une influence fâcheuse sur la phthisie pulmonaire. Nous reviendrons plus loin sur cette opinion.

Je ne dois pas insister sur le travail de M. Grisolle, qui a non seulement été publié dans les *Archives de médecine*, mais encore analysé par toute la presse médicale; qu'il me suffise de dire que M. Dubreuilh lui fait de larges et fréquens emprunts, mais toujours en citant de la manière la plus honorable la source féconde que lui fournit *le savant et laborieux académicien*.

M. Dubreuilh n'a pas pour seul objet de prouver l'influence fâcheuse de la grossesse sur la phthisie pulmonaire; le titre seul de son mémoire vous l'a dit, il veut envisager cette influence dans la grossesse, dans l'accouchement proprement dit et dans l'allaitement, triple période qu'il réunit sous le nom d'état puerpéral, et qui s'étend du moment de la conception jusqu'après le sevrage; ce sont donc trois chapitres distincts auxquels nous nous arrêterons successivement.

Comment, se dit M. Dubreuilh dans son premier chapitre, la grossesse ne serait-elle pas d'une influence fâcheuse sur la phthisie pulmonaire quand les trois symptômes les plus constans de cette maladie, la toux, la dyspnée et l'hémoptysie se présentent presque toujours dans la grossesse à l'une ou l'autre de ses périodes; cette remarque amène nécessairement l'auteur du mémoire à envisager ces trois symptômes avec quelques détails; et ici, je dois le dire, M. Dubreuilh n'a pas eu la prétention de présenter ces trois phénomènes pathologiques d'une manière nouvelle et appliquée à la question qui l'occupe, car après avoir simplement changé l'ordre dans lequel il les présente, il les a *textuellement* copiés dans l'article GROSSESSE du *Dictionnaire des sciences médicales*, avec quelques coupures, rares, j'en conviens, mais assez importantes quelquefois pour que M. Murat eût le droit de les regretter, s'il lui était donné de se voir revivre sous la plume de notre collègue.

Viennent ensuite huit observations que M. Dubreuilh donne comme prouvant l'influence fâcheuse de la grossesse sur la phthisie pulmonaire. Eh bien! Messieurs, il faut bien le dire, ces observations n'ont peut-être pas toute la valeur que l'on serait en droit d'exiger; la plupart sont tellement incomplètes, tellement écourtées, qu'elles ne suffisent pas pour amener la conviction. Dans l'une d'elles, par exemple, il est question d'une jeune femme qui, orpheline dès son bas-âge, s'est abandonnée de bonne heure à toute l'ardeur de son tempérament érotique, menant une vie vouée aux plaisirs et aux excès de tout genre. Elle résiste à tous ces excès, dit M. Dubreuilh, et ce n'est que lorsque la première grossesse se développe que la phthisie se déclare pour entraîner la malade, qui succombe à l'âge de 20 ans, et sept mois après l'accouchement. Peut-être eût-il fallu nous dire combien il s'était écoulé de temps entre cette vie de débauche et la grossesse elle-même; car les excès de tout genre, et en particulier ceux des plaisirs vénériens, M. Dubreuilh, avec la plupart des auteurs, les regarde comme une des causes les plus actives du développement de la phthisie; il eût donc été important d'isoler l'action de la débauche chez cette femme pour qu'il soit démontré que la grossesse avait bien eu l'influence exclusive qu'on lui prête ici d'une manière peut-être un peu gratuite.

Quelque précoce, en effet, qu'ait été le dévergondage de la malade de M. Dubreuilh, si on se rappelle qu'elle est morte à 20 ans, et sept mois après l'accouchement, il ne restera que bien peu de temps entre l'influence d'une vie désordonnée et celle de la gestation. Si, d'un autre côté, on veut bien ne pas perdre de vue que cette jeune femme, fille d'un père phthisique, a eu une enfance constamment maladive, il sera bien difficile de ne pas faire de toutes ces circonstances un ensemble dans lequel la plupart des causes de la phthisie se rencontrent agissant à l'envi sur la marche de la maladie, l'hérédité comme la vie dissolue, celle-ci comme la grossesse et la grossesse comme l'accouchement.

Je me suis peut-être trop étendu sur cette observation, Messieurs, mais cela tient à ce que le reproche que je lui fais, toutes les autres le méritent presque également et souvent à un degré plus prononcé, témoin l'observation quatrième, qui, à mon sens, ne prouve absolument rien, non plus que la sixième, qui a pour sujet une jeune femme, près du cadavre de laquelle M. Dubreuilh père a été appelé pour pratiquer l'opération césarienne; or, l'histoire de cette malade, notre collègue ne la tient que de son père, qui, lui-même, ne l'avait apprise que par quelques détails que lui avait fourni la sage-femme qui avait présidé au travail de l'accouchement, détails sur lesquels il n'est pas possible d'appuyer sérieusement une opinion relative, soit à la marche de la phthisie, soit aux diverses influences auxquelles elle a obéi.

Je suis tout acquis, je l'avoue, à l'opinion que défend M. Dubreuilh, je la crois vraie, et je suis presque étonné qu'elle ait été si longtemps à se faire jour dans la science, mais encore faut-il que la conviction dans laquelle on veut m'entraîner repose sur quelque chose; les observations que j'ai trouvées dans le mémoire que j'analyse n'ont en rien, je le déclare, contribué à faire mon opinion, et si, comme il le dit, M. Dubreuilh n'a choisi que les plus importans des faits qu'il aurait pu donner à l'appui de son mémoire, j'aurais préféré qu'il attendît, pour le publier, qu'il en eût recueilli de nouveaux, plus concluans et surtout plus complets. Quoi qu'il en soit, M. Dubreuilh tire des faits qu'il a publiés cette conclusion que, dans certains cas, la phthisie peut déterminer prématurément le travail de l'accouchement et même la mort de la mère pendant la grossesse; de plus, il lui est démontré qu'au lieu de s'arrêter après l'avortement, la phthisie fait de rapides progrès; et je ne m'explique pas, en vérité, pourquoi, dans la même phrase, il se pose cette question : dans le cas où la phthisie devrait s'arrêter après l'accouchement, y aurait-il lieu de provoquer, chez les femmes enceintes atteintes de cette maladie, le travail de la parturition ou celui de l'avortement? M. Dubreuilh ne répond pas à cette question; nous imiterons son silence, nous qui ne comprenons pas qu'elle puisse être posée par celui qui, deux lignes plus haut, constate les rapides progrès faits par la phthisie à la suite de l'accouchement ou de l'avortement.

Examinons maintenant le second chapitre du mémoire de M. Dubreuilh. Il traite de l'influence du travail de l'accouchement en lui-même sur la marche de la phthisie.

Vous vous rappelez, Messieurs, que M. Grisolle, à la suite de son mémoire, a dit qu'il ne lui paraissait pas bien démontré que l'accouchement en lui-même eût une influence fâcheuse sur la marche de la phthisie; c'est cette opinion que notre collègue veut combattre, et selon moi, il a parfaitement raison. Il serait difficile, en effet, de comprendre que la secousse inséparable de l'accouchement, surtout chez une femme plus ou moins affaiblie déjà, plus ou moins impressionnable aux moindres causes des maladies, il serait, dis-je, difficile de comprendre que cette secousse, les conséquences de l'hémorrhagie qui l'accompagne toujours, le mouvement fébrile qui précède et accompagne la sécrétion du lait ne devinssent pas funestes à la malheureuse qui, en état ordinaire, peut voir précipiter la marche de la maladie dont elle est atteinte par la cause la plus futile et la plus passagère.

Ce raisonnement, M. Dubreuilh le fait comme moi, mais il croit devoir l'appuyer de faits cliniques, et il donne deux observations qui, malheureusement, ne sont pas mieux choisies que celles que nous avons trouvées dans le chapitre précédent : la première démontre la possibilité d'un temps d'arrêt incomplet dans la marche de la phthisie pendant les quinze jours qui précèdent l'accouchement; mais chez cette femme, au lieu de reprendre son cours après la délivrance, la maladie se suspend d'une manière plus complète et n'entraîne la mort que quelques années plus tard.

La seconde observation a trait à une jeune femme phthisique chez laquelle la grossesse semble avoir tellement activé la marche de la maladie, que l'on craignait que la mort n'arrivât avant l'accouchement; elle n'eut lieu que trois mois après : ce n'est évidemment pas là l'indication exacte de la fâcheuse influence que l'accouchement peut avoir sur la phthisie pulmonaire.

Ainsi vous le voyez, Messieurs, le mémoire de M. Dubreuilh n'ajoute rien à ce qui était généralement admis dans la science, relativement au second point qu'il envisage : il en sera de même du troisième, de l'influence de l'allaitement sur la marche de la maladie : et cependant combien n'existe-t-il pas de faits concluans pour juger cette question : ceux que produit M. Dubreuilh n'ajoutent rien ou presque rien à ce que nous connaissons tous, et je suis tenté de me demander pourquoi il a cru devoir traiter ici ce point de pathologie généralement admis, puisqu'il n'avait aucun fait nouveau à fournir.

M. Dubreuilh, Messieurs, est, je crois, élève de Montpellier, et ce qui me le fait surtout penser, ce sont les théories qu'il présente de lui-même ou qu'il emprunte aux différens auteurs qu'il rencontre sur son chemin, et qui ont traité le même sujet que lui : ces théories, Messieurs, j'y attache peu d'importance, j'en conviens, parce qu'elles sont souvent plus vides que fertiles; j'ai dû cependant vous entretenir de cette disposition d'esprit de notre collègue, qui se complaît à produire des explications sur lesquelles il ne se prononce pas, mais qui sont évidemment de son goût, bien que, à mon sens, elles ne soient plus guère de notre époque.

Je m'arrête, Messieurs; si j'ai quelquefois, dans mon appréciation, été sévère avec M. Dubreuilh, c'est que ses travaux antérieurs, son titre de lauréat de plusieurs Académies, nous ont donné le droit d'être avec lui plus difficiles qu'avec d'autres : ce n'est à pas dire, malgré tout, que ce travail est dénué d'intérêt; loin de là, notre collègue, au contraire, a su rendre très intéressante la lecture de certains passages de son mémoire, l'historique de la question en particulier; et si les faits sur lesquels il s'appuie ne sont pas toujours aussi sévèrement choisis que je l'aurais désiré, à côté de théories que je n'ai pas le mérite d'apprécier, se trouvent des idées pratiques remarquables.

J'ai donc l'honneur de vous proposer :

1° Le dépôt honorable du mémoire dans nos archives;

2° Des remercîmens à l'auteur.

Après quelques réflexions de M. PERRIN, tendant à prouver que l'opinion de M. Grisolle n'est peut-être pas aussi généralement partagée que paraît le croire l'honorable M. Gaide, et que cette importante question de pathologie appelle encore de nouvelles et sérieuses observations, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Le secrétaire, Dr PERRIN.

PRESSE MÉDICALE.

Bulletin général de thérapeutique. — Nos de Novembre et de Décembre. *Considérations pratiques sur la pneumonie intermittente et sur son traitement;* par M. H. CONSTANT, d.-m., à la Française.

Dans ce travail, M. Constant a d'abord établi avec soin les *caractères distinctifs des pneumonies intermittentes :*

1° Comme les pneumonies ordinaires, elles débutent par un frisson, mais ce frisson est, en général, beaucoup plus intense et de plus longue durée.

2° Le point de côté est presque constant; il siége presque toujours au niveau du mamelon du côté affecté, et toujours en avant, quoique l'engorgement pulmonaire se localise presque toujours en arrière. Il apparaît ordinairement en même temps que le frisson, ou très peu de temps après. Ce point pleurétique ne se révèle presque jamais aux investigations de l'oreille, va s'affaiblissant avec les accès, et cède plus facilement encore à l'emploi des vésicatoires volans qu'à celui des saignées.

3° La céphalalgie apparaît aussi dès le début, presque aussitôt, quelquefois même plutôt que ce frisson. Elle est frontale ou sincipitale; et par sa violence, elle constitue un des symptômes qui tourmentent le plus le malade. Elle coïncide très souvent avec une douleur lombaire non moins vive; qui suit les mêmes phases d'augmentation et de diminution qu'elle-même.

4° La réaction fébrile qui succède au frisson est ordinairement très intense, et assez en rapport avec celle du frisson initial. Elle dure de six à douze heures, suivant les cas; après quoi elle va peu à peu s'affaiblissant, pour faire place à une sueur très abondante, qui inonde tout le corps, et coule sur la figure en gouttes grosses et nombreuses. La figure est rouge, animée, anxieuse.

5° Le pouls, pendant la fièvre (et c'est là un des caractères différentiels qui sont le plus utiles pour asseoir le diagnostic), le pouls, au lieu d'être plein, fort vibrant comme dans les pneumonies inflammatoires franches, est large, mou, dépressible, ondulant, mais il est tout aussi fréquent.

6° La toux n'offre rien de particulier. Elle se montre de bonne heure et augmente considérablement la douleur de côté par ses secousses. Sèche au début, elle ne tarde pas à s'accompagner d'une expectoration, tantôt jaune-safran clair, tantôt sanguinolente, qui n'a rien de particulier que son extrême abondance dans beaucoup de cas. Jamais M. Constant n'a vu l'expectoration purulente, ou jus de pruneaux, ce qui concorde bien avec cette autre observation, que jamais les pneumonies intermittentes, même mortelles, ne dépassent le deuxième degré, c'est-à-dire l'hépatisation rouge; ce que l'on doit probablement attribuer à l'absence ou au peu d'intensité de l'élément inflammatoire dans ces maladies. C'est que, en effet, l'engorgement pulmonaire tient plutôt de la congestion sanguine que de l'inflammation.

7° L'auscultation et la percussion ont fourni un caractère très précieux; car il a souvent permis à lui seul de reconnaître la nature de la maladie, alors que tous les autres signes me laissent dans le doute : c'est la rapidité avec laquelle s'opère le passage du premier au deuxième degré. Souvent, dit M. Constant, il m'est arrivé ceci : tous les caractères rationnels d'une pneumonie intense existaient : frisson initial, céphalalgie, point de côté, oppression, toux fréquente, fièvre violente; je percutais et j'auscultais très attentivement, et je ne trouvais rien, ou tout au plus quelquefois un peu de râle crépitant dans un point très circonscrit du poumon. Je revenais huit, douze heures après, et je trouvais tout un côté de la poitrine hépatisé, avec matité complète, respiration nulle, souffle tubaire, retentissement de la voix, expectoration sanglante. Cette rapidité d'hépatisation est, après l'état du pouls, un des meilleurs signes distinctifs à établir entre les pneumonies franches et les pneumonies intermittentes. Mais si l'hépatisation est prompte à venir, elle est prompte aussi à disparaître, sous l'influence des doses élevées du sulfate de quinine. On la voit alors faire place, comme par enchantement, au râle sous-crépitant de retour (pendant la rémission), pour reparaître, il est vrai, à l'accès suivant, si la fièvre n'est pas coupée.

8° Un des caractères du râle crépitant au premier degré d'une pneumonie intermittente, c'est d'apparaître presque toujours sous forme humide. M. Constant ne l'a vu que deux ou trois fois sur plus de soixante pneumonies intermittentes, craquer comme du parchemin; et encore ne resterait-il que fort peu de temps sous cette forme. Parti d'un point très limité, il envahit très rapidement de grandes surfaces. Son siége presque constant est aux parties postérieures, quelquefois sur les côtés, jamais en avant; du moins il ne l'y a jamais trouvé.

9° Les pneumonies intermittentes occupent presque toujours la partie postérieure des poumons, surtout le lobe inférieur, rarement les côtés sous les aisselles.

10° Elles règnent en été et en automne, c'est-à-dire dans la saison des fièvres paludéennes; tandis que les pneumonies franches s'observent principalement l'hiver et le printemps.

11° Elles attaquent tous les âges indistinctement, les petits enfans exceptés, sauf plus ample informé.

12° Si l'on pratique une saignée, le sang qui sort de la veine est manifestement au-dessous de la température normale. Il est très noir, plus fluide et moins plastique que dans l'état normal, et *à fortiori* que dans les phlegmasies pulmonaires. Dès qu'il est au repos dans le vase, il prend, à la surface, une teinte bleuâtre, teinte qui est beaucoup plus prononcée si le malade a déjà pris de la quinine. Ce caillot est lent à se former; il est mou, et se laisse facilement labourer en tout sens par le doigt, sans grande résistance; il n'y a pas ordinairement de couenne inflammatoire, et lorsqu'elle existe, elle est très mince, tirant sur le bleu, et facile à déchirer. La sérosité semble moins abondante qu'elle ne l'est en réalité, parce qu'elle reste, pour la plus grande partie, combinée avec le caillot. Le caractère tiré du sang (abaissement de température, diffluence, teinte noire bleuâtre, absence ou ténuité de la couenne) est un des meilleurs signes (les deux autres étant la mollesse du pouls et la rapidité de l'hépatisation) pour faire distinguer au praticien les pneumonies intermittentes des autres.

Les pneumonies intermittentes, ajoute M. Constant, ont été distinguées avec raison en : 1° pneumonies franchement intermittentes, et 2° pneumonies continues, avec accès intermittens, maladies compliquées, où les deux élémens, inflammatoire et intermittent, sont indépendans l'un de l'autre, se développent parallèlement sans se confondre, et exigent chacun un traitement spécial. Enfin, il en est une troisième espèce, celles qu'on peut appeler *mixtes*, et qui ne rentrent dans aucune des catégories précédentes. Ce sont des pneumonies où les deux élémens inflammatoire et intermittent, au lieu de marcher parallèlement, sans se confondre, comme dans les pneumonies compliquées, d'accès intermittens, sont tellement pondérés, combinés, enchevêtrés, qu'ils sont inséparables l'un de l'autre, qu'ils s'influencent réciproquement, et que, tout en ne pouvant guérir chacun que par son traitement approprié, ces deux traitemens, néanmoins, simultanément appliqués, se nuisent réciproquement l'un à l'autre.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 11. SEPTIÈME ANNÉE. **Jeudi 27 Janvier 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............. 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOUSCRIPTION

ouverte en faveur de M. Orfila dans les bureaux de L'UNION MÉDICALE:

MM. Blache père, 20 fr.; Blache fils, 10 fr.; Jules Roux, docteur en médecine à Toulon, 20 fr.; Dieulafoy, docteur en médecine à Toulouse, 20 fr.; Desmarres, 50 fr.; Marchal, docteur en médecine à Mondelange (Moselle), 10 fr.; Vosseur, 10 fr.; Droüet, docteur-médecin, chirurgien des hospices à Château-Thierry, 5 fr.; Lacaze, docteur-médecin-adjoint des hospices à Château-Thierry, 5 fr.; Droüet (Émile), étudiant en médecine à Paris, 5 fr.; M. Willemin, médecin sanitaire à Damas, 20 fr.

Total de la 8me liste . . . . 175 fr.
Listes précédentes . . . . . 1,275 fr.

Total de la souscription de l'UNION MÉDICALE. 1,450 fr.

PARIS, LE 26 JANVIER 1853.

BULLETIN DE LA SANTÉ PUBLIQUE.

Quelques rumeurs alarmantes ont circulé dans le public; il nous est permis d'assurer que toute inquiétude sur l'état de la santé publique, à Paris, n'aurait aucun fondement. Des renseignemens, sur l'exactitude desquels nous pouvons compter, nous autorisent à dire que les cas d'affections cholériformes qui se sont présentés dans les hôpitaux, n'ont pas dépassé le chiffre de 12 depuis six mois, et que ce chiffre n'est pas plus élevé que celui que l'on remarque d'ordinaire depuis un grand nombre d'années. Ces cas, à l'exception d'un seul, n'ont eu aucune gravité; les principaux symptômes caractéristiques du choléra indien faisaient défaut, et les malades ont tous guéri. Une seule circonstance a pu éveiller l'attention de l'assistance publique, c'est que cinq cas de ces affections se sont présentés le même jour à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans l'avant-dernière semaine. Mais tous ces cas légers ont facilement cédé à une médication convenable. Rien de semblable ne s'est offert depuis à l'observation des médecins des hôpitaux.

La grippe règne à Paris depuis la dernière quinzaine de décembre, et atteint, comme toujours, une grande partie de la population parisienne. Comme toujours aussi, mais peut-être plus dans l'épidémie actuelle que dans les précédentes, elle se présente sous deux formes : forme pectorale et forme intestinale. Sous cette dernière forme, elle donne lieu à des coliques, à du dévoiement, à une prostration des forces plus marquée, à une altération des traits et à un refroidissement général, qui rappellent de loin, et sous des proportions très réduites, quelques phénomènes du choléra asiatique. Mais ces accidens cèdent merveilleusement à l'emploi de quelque excitant diffusible, comme l'infusion de menthe et de camomille, et surtout à l'emploi de potions et de lavemens laudanisés. L'opium fait promptement justice de ces accidens, beaucoup moins rebelles au traitement que la forme pectorale de la grippe, dont la marche, d'ailleurs bénigne, est plus difficile à arrêter.

Il est très vrai qu'il existe, en ce moment, un très grand nombre de malades dans les hôpitaux. Il a fallu placer des lits supplémentaires à l'Hôtel-Dieu, et l'on craint un encombrement plus grand encore. Ce fait résulte de deux causes qu'il importe de faire connaître. La première cause a été la suppression de l'hôpital temporaire de Bon-Secours, qui a privé tout à coup l'administration, et dans une saison où les malades abondent, de trois à quatre cents lits dont elle disposait les années précédentes. La seconde cause a été la douceur de l'hiver, qui a permis de continuer, sans interruption jusqu'ici, les immenses travaux en voie d'exécution dans Paris, travaux qui ont retenu dans la ville un nombre considérable d'ouvriers qui rentraient ordinairement dans leurs foyers pendant l'hiver. Plus de malades, moins de lits, voilà la situation. Nous savons que l'administration de l'assistance publique s'occupe avec activité d'organiser des services supplémentaires partout où cette organisation sera possible, et l'on peut s'en rapporter à son zèle pour amoindrir les inconvéniens de l'état actuel des choses.

En résumé, malgré la grippe, malgré l'encombrement des hôpitaux où s'observe un grand nombre de fièvres typhoïdes, rien ne justifie les appréhensions qui ont été répandues dans le public. Le choléra asiatique n'existe pas à Paris; il s'éloigne tous les jours au contraire de l'Europe centrale, et tout nous confirme dans l'espoir que nous avons manifesté dès le mois de novembre dernier, que l'épidémie de Pologne et de Russie s'éteindrait dans son foyer. Amédée LATOUR.

8me LETTRE SUR LE CHOLÉRA.

Nature des Maladies; — Nature du Choléra.

Mon cher confrère,

En prenant la plume pour traiter le point de pathologie générale et spéciale qui doit faire le sujet de cette lettre, j'éprouve un léger sentiment de crainte et d'hésitation. J'hésite parce que je vais attaquer une doctrine presque universellement adoptée, sanctionnée par l'approbation des plus grands médecins des siècles passés, et enseignée dans toutes les écoles comme étant la vérité. J'hésite surtout, parce que cette doctrine est défendue, de nos jours, par un savant professeur qui joint à une vaste expérience et à la science la plus profonde, le jugement le plus net et le plus droit, dont le nom et la parole font, à juste titre, autorité en médecine, dont j'aime et honore le talent et le caractère, en un mot, par M. Chomel. En présence d'un assentiment aussi général et d'une autorité aussi imposante, je crains de venir défendre l'erreur, et je me demande s'il n'y aurait pas sagesse et prudence de ma part à garder le silence.

Et pourtant, mes convictions sont profondes. Je ne puis ni les refaire ni les abandonner sans lutte. Je crois à la vérité des opinions que je désire exposer, et à l'erreur de celles que j'ai l'intention de combattre : c'est par conséquent un devoir pour moi de le dire et d'essayer de le démontrer. Ces erreurs n'appartiennent pas d'ailleurs à M. Chomel. Il les a trouvées toutes faites dans les écrits de ses prédécesseurs. Elles y sont présentées sous la forme d'axiômes, pour ainsi dire. M. Chomel ne s'est pas donné la peine de les examiner de près : son excellent esprit en eût promptement fait justice. Il s'est contenté de les accepter avec tout le monde. C'est à elles et non pas à lui que mes critiques vont s'adresser. Je puis donc et je dois aborder la discussion en pleine liberté et dans toute l'indépendance de mon esprit.

A peine met-on le pied sur le terrain de la pathologie générale que l'on trébuche à chaque pas contre une foule de vieilles erreurs qui semblent y avoir élu droit de domicile. D'autant plus respectées, et, selon moi, qui crois au progrès continu, d'autant plus suspectes qu'elles sont plus anciennes, elles se transmettent d'âge en âge entourées d'une sorte d'auréole de respect et de vénération. Une foi presque mystique en la sagesse de nos pères les fait accepter sans contrôle, et l'esprit d'examen, oubliant son rôle, s'arrête, se tait, s'incline et s'humilie devant elles. On se comporte à leur égard comme on a coutume de le faire en présence de la vérité. Cela leur en donne les apparences.

Au premier rang de ces erreurs, il faut placer celle qui suit comme étant la plus grave par ses conséquences.

L'essence ou la nature intime des maladies nous est entièrement inconnue. Objet d'inutiles recherches et sujet de ridicules

Feuilleton.

SUR LES DEVOIRS PROFESSIONNELS DU MÉDECIN;

Discours prononcé à la Société médicale du 1er arrondissement, dans la séance du 13 Janvier 1853,

Par M. le docteur FOISSAC, président.

Messieurs,

En me confiant la tâche de diriger vos séances pendant l'année 1853, en me désignant pour vous présider après MM. Delens, Leroy-d'Étiolles, Mélier, Fauconneau-Dufresne, Trousseau, Piorry, Letalenet et Laugier, vous m'avez fait un honneur dont je sens tout le prix. Mais le souvenir même des savans collègues qui m'ont précédé, celui plus récent de M. le professeur Laugier, dont le caractère modeste et bon rehausse la science et le talent, rendent cette tâche plus difficile et cet honneur périlleux. Je me demande par quels services j'ai pu mériter de succéder à des hommes aussi haut placés dans l'estime du corps médical, et ne trouvant en moi qu'un dévoûment inaltérable aux intérêts de la Société et de notre profession, je ne me reconnais d'autre titre à cette distinction que votre bienveillance même. Ma vive et profonde reconnaissance ne pourra qu'incomplètement acquitter ma dette envers tant de bons collègues. Vous avez rencontré dans mes prédécesseurs un zèle soutenu et une assiduité religieuse à vos réunions si nombreuses et si intéressantes; sous ce rapport du moins, je m'efforcerai de vous faire oublier la distance qui me sépare d'eux, et de vous montrer le prix que j'attache à vos suffrages. Notre spirituel vice-président, notre secrétaire-général, dont le compte-rendu de la dernière année, riche de faits habilement exposés, a si bien répondu à l'attente de la Société, notre secrétaire particulier, dont le zèle est au-dessus de tout éloge, me permettront de compter sur leur utile coopération, afin que nous justifiions tous la confiance dont vous nous avez honorés.

En prenant possession du fauteuil de la présidence, chacun de mes prédécesseurs a constaté les résultats favorables déjà produits par les Sociétés d'arrondissement. Dans l'isolement où se trouvait le corps médical, l'esprit d'association éclos dans les séances du congrès de 1845 se répandit avec rapidité sur toute la France, et signala un besoin nouveau, à cette époque si inquiète et si tourmentée. Bientôt, des associations s'organisèrent en province comme à Paris; sous le rapport pratique, elles n'ont pas rendu moins de services à la science que les anciennes Sociétés; mais leur avantage est plus considérable encore au point de vue professionnel, en soumettant à une sorte de discipline des hommes jusque-là isolés, et surtout en recréant des mœurs médicales dont il ne restait plus aucun vestige.

Dans le collège, auparavant inconnu, assis à vos côtés, et suivant comme vous une route pénible, vous avez trouvé un guide, un soutien, un ami. Nous pouvons dire avec hardiesse que cette maxime: *Non est invidia supra medicorum invidiam*, se trouve démentie par votre exemple. Dans cet échange de rapports confraternels, dans cette union de vœux, d'aspirations et de souffrances, les préventions injustes s'effacent, les sentimens affectueux s'éveillent. Réunis par le lien puissant d'une estime éclairée, nous avons souvent demandé des conseils à l'expérience d'un collègue, notre égal peut-être en science et en mérite, mais placé alors au-dessus de nous par une confiance dont plus tard il nous honorait à son tour.

Comme vous, je fonde de grandes espérances sur l'avenir de l'Association; aussi ai-je cru devoir vous apporter également mon tribut d'idées pratiques, et vous soumettre quelques réflexions tracées à la hâte, mais sorties de ma conscience, sur le caractère, les qualités et les devoirs professionnels du médecin; elles vous prouveront, sans qu'il soit nécessaire de l'indiquer, l'influence incontestable de l'esprit d'association sur la conduite, les opinions, en un mot sur la vie morale du praticien et du savant.

Dans le monde, peut-être ne comprend-on pas assez l'importance du choix d'un état; cependant, ainsi que l'expérience le prouve tous les jours, de cette décision dépend en très grande partie la destinée de l'homme. Quelle ne devrait donc pas être l'anxiété des familles, dans ce moment solennel où il s'agit de prendre un parti décisif et ordinairement irrévocable! Malheureusement, au lieu de consulter la vocation et la position sociale, on se préoccupe presque exclusivement des chances de fortune. Nous voudrions que notre voix eût assez d'autorité pour faire comprendre aux familles, abusées par des apparences trompeuses, que de toutes les professions aucune ne conduit à la richesse aussi rarement que la nôtre. On ne peut même pas conserver l'espoir de voir s'améliorer prochainement une position aussi pénible. Quoique le nombre des médecins se trouve déjà hors de toute proportion avec les besoins des populations, il s'accroît cependant encore de jour en jour. On a publié récemment le tableau des étudians qui se sont fait inscrire depuis quelques années dans les facultés de médecine; comment ne pas être péniblement préoccupé, en voyant ce nombre presque doublé depuis l'année 1848? Il se trouvait alors de 784; il s'est élevé à 1437 en 1852.

On peut aisément se figurer quels doivent être les résultats de l'encombrement et d'une concurrence illimitée. Diverses mesures avaient été proposées, non seulement pour remédier à un mal devenu presque intolérable, mais pour conjurer un avenir plus fâcheux encore. Parmi ces moyens, on doit placer en première ligne la suppression des deux ordres de médecins et les garanties nouvelles imposées aux candidats qui sollicitent le grade de docteur. Je ne vous rappellerai pas, Messieurs, le naufrage de tous nos projets de réforme, et de nos espérances évanouies aussitôt que conçues. Et quant aux garanties de savoir et de capacité dont nous désirions que le titre de médecin fût environné, nous constatons avec douleur que, loin d'avoir été augmentées, on les a rendues plus faibles. La suppression du baccalauréat ès-lettres pour l'étude de la médecine, nous semble l'une de ces mesures dont il est impossible que le pouvoir, mieux éclairé, ne reconnaisse promptement les effets désastreux; car si elle n'était pas rapportée, il faudrait s'attendre à voir le niveau des études tristement abaissé, et, par conséquent, la profession plus encombrée encore.

Je craindrais, Messieurs, de faire injure à l'auditoire qui m'écoute, en cherchant à prouver l'utilité, la nécessité même pour le médecin

divagations dans tous les temps, elle nous échappe et nous échappera toujours. Il serait oiseux de chercher davantage à la découvrir. Elle est à jamais impénétrable.

Par la plus étrange des inconséquences, les médecins, tout en répétant à tour de rôle cette sentence, agissent comme s'ils n'y ajoutaient aucune foi. Pas un qui ne s'applique à la recherche de cette chose que l'on dit introuvable; pas un qui ne traite ses malades avec la prétention de connaître parfaitement la nature de leur mal; pas un qui ne redise avec Hippocrate : *Naturam morborum ostendunt curationes*, et ne croie à la vérité de cet aphorisme, qui n'a d'autre tort que d'être trop absolu; pas un, s'il s'érige en monographe, qui ne proclame bien haut qu'il a pénétré plus profondément l'essence de la maladie, dont il se constitue, pour cette cause, le nouvel historien; pas un, enfin, qui ne base ses nouveaux préceptes de thérapeutique sur la connaissance plus approfondie qu'il croit en posséder.

Explique qui pourra cette immense contradiction.

On la retrouve, au reste, presque partout en pathologie générale. L'histoire de la pathologie générale est à reprendre jusque dans ses fondemens. Les bases en sont fausses et reposent sur des nuages; elles sont toutes ontologiques.

C'est, en effet, l'ontologie qui l'inspire et lui dicte ses préceptes; elle la jette dans un monde d'abstractions où elles s'égarent de compagnie. Pour rechercher la nature des maladies, par exemple, voici comment l'ontologie procède. Elle commence par faire de la vie une force, une puissance, un être indépendant de la matière, qui peut exister sans elle, est supérieur à elle, et la gouverne. Après avoir créé cette première abstraction, elle en distille la quintessence et en tire d'autres entités qu'elle appelle les propriétés de la vie, puis elle fait consister dans les troubles invisibles, insaisissables de ces propriétés imaginaires, sur le nombre et la qualité desquelles ses adeptes n'ont pas même pu s'accorder encore, elle y place ou plutôt elle y relègue, comme au fond d'un sanctuaire impénétrable, la cause et la modalité de la nature des maladies. Enfin, après avoir ainsi entassé abstractions sur abstractions, elle arrive péniblement sur les hauteurs escarpées de sa métaphysique, et là, ne pouvant monter plus haut, et n'apercevant autour d'elle que le vide, elle se sent prise de vertige, la tête lui tourne, elle reconnaît son impuissance d'aller au-delà, et trop infatuée de ses mérites pour s'en prendre à elle-même, elle déclare doctoralement que le secret de la nature des maladies est à jamais introuvable, et qu'il faut renoncer à le chercher. C'est, suivant elle, la quadrature du cercle de la médecine. En vérité, c'est à confondre la raison de voir des hommes de science se fatiguer le cerveau à forger des problèmes fantastiques, pour se donner le singulier plaisir de déclarer ensuite qu'il est inutile d'en chercher la solution, attendu qu'ils ne sont pas susceptibles d'en recevoir une. Il n'y a qu'en médecine que l'on voit de ces choses-là.

Si cette sentence prétendue était vraie, si elle était irrévocable, il faudrait renoncer à la médecine. Ce ne serait plus qu'un grossier empirisme. On devrait la rayer du nombre des sciences.

Heureusement, il n'en est rien. Elle n'a pas le moindre fondement. Elle est fausse. Nous allons essayer de le démontrer.

Que doit-on entendre par ces mots : nature des maladies? En quoi peut-elle consister?

Interrogeons les faits. Choisissons le plus simple, celui dont toutes les particularités se passent sous nos yeux, dont nous pouvons apprécier toutes les circonstances, celui que l'on cite partout comme le type de l'inflammation : prenons l'*érysipèle*. Les métaphysiciens de la médecine prétendent que nous n'en connaissons pas même la nature de l'inflammation, que nous n'en connaissons que les effets sensibles et apparens. Voyons.

Un homme s'expose pendant quelque temps les épaules nues aux rayons d'un soleil ardent; un autre se brûle légèrement et superficiellement le bras; un troisième garde trop longtemps un corps irritant, tel que la moutarde ou un corps gras et rance, appliqué sur les jambes; un quatrième, enfin, a une partie quelconque de la peau soumise à un frottement rude et prolongé, et tous quatre contractent un érysipèle. C'est-à-dire que le point de la peau sur lequel ces causes ont porté leur action, s'échauffe, devient douloureux, rougit et se gonfle, puis qu'une fois développées, la *chaleur*, la *douleur*, la *rougeur* et la *tuméfaction* augmentent, s'étendent, et réagissent principalement sur le cœur, dont elles accélèrent les battemens; qu'ensuite, si les malades guérissent, ce qui est le plus ordinaire, les symptômes cités diminuent, s'effacent peu à peu, et ne tardent pas à disparaître; enfin que, s'ils succombent, on voit la peau qui a été le siége de l'érysipèle, infiltrée de sérosité sanguinolente, épaissie, d'un rouge brunâtre, et se laissant déchirer avec la plus grande facilité. Les médecins de tous les temps et de tous les lieux s'accordent à nommer cet ensemble et cette succession des phénomènes morbides : *une inflammation de la peau*. Il fallait lui donner un nom pour s'entendre, éviter les longues périphrases et la répétition continuelle de la définition, et le différencier des autres états anormaux de la même membrane. Le nom d'inflammation est parfaitement choisi, parfaitement approprié au fait complexe qu'il exprime; il en retrace très fidèlement l'image.

Eh bien! qu'y a-t-il donc de caché, d'impénétrable dans tout cela?

Est-ce la cause? Non, car elle est évidente. C'est l'insolation, la brûlure, l'application de la substance irritante, le frottement, qui ont évidemment produit le mal.

Est-ce le mal lui-même ou l'effet? Pas davantage. Tout se passe sous les yeux de l'observateur. Il voit, sous l'influence de ces causes, le tissu rougir et se gonfler, il constate qu'il est devenu plus chaud que dans l'état normal, et le malade lui-même en a la sensation; enfin le malade se plaint d'y éprouver de la douleur. Que cherche-t-on donc au-delà? Quel est donc ce chaînon mystérieux que l'on place entre la cause et l'effet, et dans lequel se cacherait la nature de la maladie? Ne voit-on pas que c'est une création purement imaginaire? En veut-on la preuve d'ailleurs? Empêchez les causes d'agir, l'inflammation ne se développera pas. Faites disparaître la douleur, la rougeur, la chaleur et le gonflement de la peau par un moyen thérapeutique quelconque, et la maladie sera guérie. Le serait-elle, pourrait-elle l'être, si ces symptômes n'étaient que les effets visibles et apparens, comme on dit, de ce *je ne sais quoi* qui constituerait sa nature, et qui devrait nécessairement persister après leur disparition, puisque l'on n'aurait rien fait pour le détruire? Donc, la nature de l'inflammation ne peut pas être dans la cause qui la produit, *à moins que cette cause ne soit de nature spécifique*, ce qui n'est pas dans le cas qui nous occupe. Donc, tout le secret de cet état morbide, sa nature, tout ce qui le constitue essentiellement, se trouve compris et contenu dans le changement matériel, sensible et apparent, survenu dans le tissu qui l'éprouve. Le chercher ailleurs, c'est le chercher dans les espaces nuageux de la métaphysique; c'est donner un corps à ses rêves; c'est prendre la bulle de savon pour un diamant, parce qu'elle décompose comme lui la lumière. L'inflammation, ainsi comprise, ne serait plus pour les médecins qu'*un de ces riens bobinant dans le vide*, dont parle Montaigne ou Rabelais, je ne sais plus lequel, tandis qu'elle resterait pour les malades une triste réalité.

Mais, objecte-t-on, l'érysipèle est souvent *spontané*. Qu'est-ce que cela signifie? Cela veut dire que l'on ne connaît ni ne peut découvrir la cause qui lui a donné naissance. Cela ne peut pas signifier autre chose, car je ne suppose pas que l'on veuille donner à entendre par là que l'érysipèle puisse se développer sans cause. On ne suppose pas l'absurde; c'est déjà trop de le constater quand il existe. Eh bien! de ce que l'on ne voit pas la cause d'une inflammation, s'ensuit-il pour cela que sa nature diffère de l'inflammation dont le premier mobile est évident? Non, sans doute. Leurs symptômes locaux se ressemblent, elles suivent la même marche dans leur développement, elles ont des modes identiques de terminaison, elles guérissent par des moyens semblables, enfin elles laissent dans le tissu de la peau les mêmes désordres anatomiques. Je ne vois donc pas où l'on pourrait trouver des différences entre elles, à moins de le chercher encore, comme on l'a fait jusqu'ici, dans la méditation de ses rêves et au fond de sa bouteille d'encre. La nature de l'une de ces inflammations ne diffère donc pas de celle de l'autre.

On fait une objection en apparence plus sérieuse. On dit : l'érysipèle se montre souvent de mauvaise nature. L'inflammation n'est donc pas toujours identique. Or, s'il y a plusieurs natures d'inflammation, une simple et franche, une autre fausse et maligne, car on l'affuble de toutes ces épithètes et de bien d'autres encore, vous êtes obligé de nous faire connaître les caractères visibles qui les distinguent, ou bien d'admettre avec nous qu'ils sont mystérieux et introuvables. Il n'y a pas d'autre alternative.

Je vais essayer de répondre. Mais qu'on n'exige pas de moi que j'en signale tous les caractères différentiels. Je veux indiquer seulement la direction dans laquelle on doit les chercher. La carrière est immense, elle n'est ouverte que d'hier, on ne peut donc pas vouloir que je l'aie parcourue dans toute son étendue.

Qu'est-ce donc qu'un érysipèle de mauvaise nature?

C'est celui dans lequel la douleur est peu vive, la chaleur modérée, la coloration de la peau livide ou bleuâtre, qui parcourt lentement ou irrégulièrement ses périodes, résiste aux moyens ordinaires de traitement, et se termine quelquefois par l'ulcération ou la gangrène de la portion du tissu qu'il affecte, si ce n'est même par la mort du malade.

Dans quelles circonstances revêt-il ces fâcheux caractères?

Lorsque la peau infiltrée, engorgée de sérosité, et par ce fait moins perméable au sang, a perdu une partie de sa chaleur normale et des autres conditions matérielles de sa vitalité;

Lorsque, par suite de la malpropreté, de la misère, du défaut de l'insolation, de l'humidité prolongée, d'une mauvaise nourriture, d'abus de liqueurs alcooliques, etc., les matériaux qui entrent dans sa texture sont nécessairement de mauvaise qualité;

Lorsque ces élémens ont été viciés de longue main par des maladies ou des suppurations qui ont appauvri la composition

---

d'être lettré. Sa vie tout entière doit être une vie de labeur, de méditation et de travail intellectuel. Sans les lettres, comment connaîtrait-il les chefs-d'œuvres de l'antiquité, et même les travaux modernes des nations voisines? L'étude n'est pas seulement pour lui un délassement délicat, mais encore elle forme son goût, fortifie son esprit et perfectionne son jugement. *Il n'y a pas d'état qui exige plus d'études que le leur*, écrit J.-J. Rousseau dans un jour de justice; *par tous les pays, ce sont les hommes les plus véritablement utiles et savans.* On peut citer, il est vrai, quelques médecins complètement illettrés, qui sont parvenus cependant à une assez haute célébrité dans l'art de guérir. Mais ces exemples, d'ailleurs si rares, ne doivent pas être proposés comme modèles à imiter. La nature avait doué ces hommes privilégiés d'une grande intelligence et d'aptitudes spéciales. Toutefois, quels obstacles n'ont-ils pas eu à surmonter, quel travail opiniâtre ne leur a-t-il pas fallu pour parvenir à obtenir un succès qui les ennoblit et les honore!

Je m'abstiens, Messieurs, de vous retracer les qualités de l'esprit et du cœur nécessaires à celui qui se destine à l'art de guérir. On a signalé en particulier le talent d'observation, le goût des études sérieuses, l'amour de ses semblables, le désir d'être utile et d'acquérir de la gloire. Certains auteurs, Hippocrate lui-même, n'ont pas dédaigné d'indiquer les avantages physiques qu'il est désirable de trouver en lui. Indépendamment d'une santé assez robuste pour résister à toutes les fatigues et aux causes d'insalubrité, le médecin, comme tous les hommes appelés à être fréquemment en contact avec leurs semblables, doit avoir un extérieur agréable et distingué, plutôt que vulgaire et repoussant. Heureux lorsqu'on peut dire de lui comme Voltaire de Silva :

> Il sait l'art de guérir autant que l'art de plaire.

Toutefois, le visage du médecin doit porter l'empreinte de la réflexion et de l'étude, plutôt que celle des grâces et de la frivolité! Une figure austère et grave imprime la confiance et un respect involontaire. Enfin, l'expérience a prouvé que le physique le plus disgrâcieux n'empêche point un homme d'un mérite réel de réussir.

J'ai toujours envisagé avec effroi le moment où le jeune médecin, quittant les bancs de l'école, justement fier d'un titre acheté par tant veilles et de fatigues, est jeté tout à coup dans un monde où il ne rencontre ordinairement que des inconnus, des indifférens ou même des jaloux. Il faut reconnaître, d'ailleurs, que les cours et les livres n'enseignent pas l'art de guérir; ils ne sont qu'une préparation développée et fécondée ensuite par la pratique. Combien nos premiers pas dans la profession sont hésitans et difficiles! On voit, il est vrai, des talens précoces et des hommes doués d'un tact particulier qui est presque un instinct de divination; mais quelque privilégiés et intelligens qu'on les suppose, la théorie, chez les médecins, ne remplace néanmoins jamais l'expérience, et l'on peut répéter avec Baglivi : *Multa sunt in praxi quæ nec dici nec scribi possunt.*

Dans l'antiquité, la médecine était une sorte d'initiation pour laquelle l'élève apportait au maître une rétribution proportionnée au service rendu (1). Mais celle-ci n'acquittait pas entièrement la dette de la reconnaissance. On voit dans le *Serment* d'Hippocrate que l'élève jurait en outre de ne point divulguer aux profanes les secrets de la science, et promettait de les communiquer gratuitement aux fils de ses maîtres. A cette époque, les grands médecins exerçaient sur les jeunes praticiens un salutaire patronage. L'histoire nous apprend même que plusieurs, à l'exemple de Ménécrate, qui se faisait ridiculement appeler *Jupiter sauveur*, ne visitaient les malades et ne paraissaient en public qu'accompagnés d'un grand nombre d'élèves.

(1) Platon, dans le *Protagoras*, s'exprime en ces termes : Dis-moi, Hippocrate, si tu voulais aller trouver ton homonyme, Hippocrate de Cos, de la famille des Asclépiades, et lui donner une somme d'argent pour ton compte; et si l'on te demandait à quel personnage tu portes de l'argent en le portant à Hippocrate, que répondrais-tu? — Que je le lui porte en sa qualité de médecin. — Dans quel but? — Pour devenir médecin moi-même.

Aujourd'hui, le patronage n'existe plus, et toute espèce de protection a disparu. Lorsque le jeune médecin se fixe à la campagne ou dans une petite ville, il peut encore, grâce aux relations de famille, se créer une clientèle. Mais dans une grande cité, comment attirer sur soi les regards sans l'emploi des moyens d'intrigue ou de publicité qui répugnent à tout cœur honnête? Je ne prétends pas, Messieurs, que les Sociétés d'arrondissement puissent entièrement suppléer à cette absence de patronage; cependant, je me persuade qu'elles deviendront un centre où tout nouveau venu trouvera des avertissemens et de bons conseils, des soutiens et des guides.

(La suite à un prochain numéro.)

Dans le comité secret qui a précédé la dernière séance de l'Académie de médecine, il a été donné communication d'une lettre de M. le docteur Conneau, premier médecin de l'Empereur, par laquelle il annonce l'intention de ne pas profiter des articles des statuts de la compagnie, qui lui confèrent le titre de président d'honneur perpétuel de l'Académie.

Le célèbre médecin anglais Pereira, auteur d'un ouvrage de *matière médicale* estimé, est mort subitement dans la nuit de jeudi, d'une attaque d'apoplexie. Il était médecin et professeur de l'hôpital de Londres.

Rôle de l'oxygène dans la respiration et la vie des végétaux et dans la statique des engrais. Cause essentielle de l'influence exercée par la chaleur dans la végétation, indication d'une nouvelle branche de culture. Statique de l'oxygène et de la chaleur atmosphérique; par Edouard ROBIN. In-8°, Paris, chez J.-B. Baillière.

Leçon d'introduction au cours de pathologie interne; par le docteur A.-J. GAUSSAIL, professeur titulaire à l'école préparatoire de médecine de Toulouse, etc. In-8°, Toulouse, 1852. Imprimerie Chauvin et compagnie.

Compte-rendu des travaux de la Société médicale du 1er arrondissement de Paris, par le docteur DEXPAULX-ADER, secrétaire général. In-8°, Paris, 1853. Imprimerie Malteste.

de tous les tissus de l'économie;

Lorsque les progrès de l'âge ont amené les mêmes résultats;

Lorsqu'une compression du cerveau, produite par un épanchement sanguin, une hémorrhagie cérébrale, un enfoncement des os du crâne, par la présence d'un corps étranger, ou toute autre maladie grave de cet organe, diminue l'influx nerveux et par suite la puissance de réaction de la partie enflammée;

Lorsque la composition même du sang est altérée, comme dans la chlorose, le scorbut, l'hémacélinose, etc.;

Lorsque le sang est vicié par l'introduction de matières putrides ou d'agens septiques, qui circulent avec lui et vont porter leur influence délétère sur tous les organes, comme dans la plupart des maladies miasmatiques et des maladies virulentes, et comme dans les salles de chirurgie des hôpitaux à certaines époques;

Dans une foule de circonstances, en un mot, qui témoignent toutes d'une altération plus ou moins profonde de la nutrition et des élémens eux-mêmes qui entrent dans la composition matérielle des organes, ou bien d'un trouble profond de l'innervation, ou enfin d'une altération du liquide sanguin.

Quand on étudie l'inflammation, il ne faut jamais la séparer dans sa pensée, jamais l'abstraire des organes. Les seules considérations générales auxquelles il soit permis de s'élever sur cet état morbide, doivent avoir uniquement pour but de signaler les caractères communs qu'elle présente partout, afin que l'on puisse la reconnaître partout à ce signalement. Quand on vient à descendre ensuite à l'étude de l'inflammation en particulier, on peut encore moins l'en isoler. Il n'est donc pas possible de s'occuper de l'érysipèle, sans tenir compte de l'état anatomique, normal et anormal de la peau. L'érysipèle, si l'on veut me permettre une comparaison, est une étoffe dont la peau est la chaîne, et dont le sang et l'influx nerveux forment la trame; il ne peut pas exister sans la réunion de ces élémens. Or, si la trame, sans cesser d'être parfaite, s'ourdit sur une mauvaise chaîne, et réciproquement si les fils de la trame sont altérés quand la chaîne est de bonne nature, l'étoffe n'aura pas le même aspect et ne possédera pas les mêmes qualités.

Mais parlons sans métaphore.

L'inflammation peut-elle se ressembler dans une peau saine et dans une peau dont la contexture ou la composition intime sont altérées? Le peut-elle, lorsqu'une innervation puissante réagit dans le tissu et quand au contraire l'influx nerveux fait défaut. Le peut-elle, quand elle est alimentée par un sang possédant toutes ses qualités normales, et quand elle l'est par un sang altéré, vicié, ou empoisonné? Enfin, peut-elle avoir des caractères parfaitement identiques, une marche pareille, et des modes semblables de terminaison, dans des conditions d'existence aussi différentes pour elle? Le bon sens et l'observation répondent d'un commun accord par la négative.

Ainsi donc, l'érysipèle de mauvaise nature est celui qui se développe sur une peau dont l'organisation est altérée, soit dans les élémens qui entrent dans sa composition, soit dans sa texture, ou bien altérée par défaut d'influx nerveux, ou parce qu'elle est traversée par un sang de mauvaise qualité, comme l'érysipèle de bonne nature est celui qui naît dans les conditions opposées. Il ne faut donc pas chercher la raison de leurs différences en dehors de l'organisme.

Si nous possédions à fond la connaissance de l'organisation normale et anormale des solides et des liquides du corps humain, le problème de la nature de l'érysipèle et de toutes les maladies serait complètement résolu. Ce doit nous être un puissant encouragement de nous livrer avec ardeur à son étude. Nous lui devons déjà tout ce que nous savons de positif et de précis sur ce point; elle nous réserve dans l'avenir une plus ample moisson de vérités.

L.-Ch. Roche,
Membre de l'Académie de médecine.

(La suite prochainement.)

REVUE CLINIQUE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. Clément.
Suppléant, M. Aran.

Sommaire. — Fièvre rémittente quotidienne chez une femme enceinte; avortement succédant à l'administration du sulfate de quinine et suivi de péritonite mortelle. — Congestion sanguine du foie et de la rate, avec rétention de la bile, guérie très rapidement par les antiphlogistiques et les évacuans.

La fièvre rémittente produite par les miasmes paludéens est une maladie rare, même dans les pays où la fièvre intermittente est endémique. A plus forte raison, est-elle rare à Paris, loin de tout foyer d'infection. On voit souvent, au contraire, ici comme ailleurs, des fièvres rémittentes symptomatiques engendrées par des lésions plus ou moins graves des organes profonds. Le type de ces fièvres est certainement celui qui se développe si souvent chez les phthisiques, à l'époque où la tuberculisation commence à faire des progrès rapides. Ce n'est donc qu'après un examen très détaillé de tous les organes, en particulier des poumons, que le médecin, s'il n'a rien trouvé, et si, de plus, il y a des antécédens évidens d'empoisonnement paludéen, pourra diagnostiquer une fièvre rémittente de marais. Nous avons eu l'occasion de voir et d'observer avec attention, pendant toute sa maladie, dans le service de M. Aran, à la Pitié, une femme atteinte de fièvre rémittente paludéenne bien caractérisée.

Ce fait, curieux par sa rareté, est non moins intéressant par les circonstances qu'il a présentées, et sur lesquelles nous aurons à revenir après avoir donné l'observation.

Observation. — La nommée Maître (Antoinette), âgée de 28 ans, domestique, entre à l'hôpital le 17 novembre 1852, salle du Rosaire, n° 6. Tempérament lymphatico-sanguin, constitution assez forte. Elle est réglée depuis l'âge de 17 ans. Au moment où elle entre à l'hôpital et où on l'interroge, elle répond qu'elle a toujours été bien réglée, qu'elle n'est pas enceinte, qu'elle n'a jamais eu d'enfant. Mais pendant son séjour à la Pitié, comme on le verra plus loin, elle a avorté d'un fœtus de cinq mois. Elle a eu, il y a quatre ans, une maladie qui a duré six semaines, et dont elle ne connaît pas la nature. Elle habite Nevers habituellement. Il y a cinq mois, elle a été habiter Decize, dans le département de la Nièvre, pays où les fièvres sont assez communes. Elle demeurait dans un château assez éloigné de la Loire, et n'était pas employée aux travaux des champs. Cependant, un certain jour, en enlevant de mauvaises herbes dans un jardin, elle a été mouillée; deux ou trois jours après, elle a été prise d'une fièvre intermittente d'abord mal caractérisée. L'accès n'a duré la première fois que quelques heures, pendant lesquelles la malade a éprouvé une grande chaleur, non précédée de frisson, non suivie de sueur; puis il y a eu deux jours d'intervalle; le troisième jour, un nouvel accès s'est manifesté, présentant au début un frisson bien marqué, puis une période de chaleur, mais pas de sueur. Pendant quinze jours, des accès semblables se sont succédé en suivant ainsi le type quarte, puis le type tierce, pendant huit jours; enfin, pendant quinze jours, elle avait un accès deux jours de suite, et après un jour d'intervalle, la fièvre reparaissait encore deux jours. Au bout de ce temps, un médecin a fait une saignée à la malade, et lui a prescrit d'abord un vomitif, et le lendemain un mélange de poudre de quinquina et de sulfate de soude. La fièvre a été coupée dès le premier jour de l'administration de ce mélange. La malade n'en a pris que trois jours.

Partie de Decize le 30 octobre en bonne santé, elle est restée dans un garni pendant huit jours; elle s'est placée ensuite dans une maison où elle a été bien nourrie, bien couchée, et où il n'y avait pas beaucoup de travail. Deux ou trois jours après son entrée dans cette maison, elle a été reprise de la fièvre qui a commencé, vers deux heures de l'après-midi, par un frisson de deux ou trois heures, suivi d'une très vive chaleur sans transpiration. L'accès ne s'est terminé que vers quatre ou cinq heures du matin. Le surlendemain, l'accès a reparu vers une heure de l'après-midi, toujours sans transpiration, et a duré jusqu'au jour suivant. Ce jour-là même, nouvel accès à cinq heures du soir; et pendant les trois jours suivans, accès commençant de même à cinq heures. Mais depuis que la fièvre a reparu, elle ne cesse jamais complètement dans les jours d'intervalle; elle est continue avec des accès paroxystiques très tranchés. La malade se décide à entrer à l'hôpital le 17 novembre. Cette femme paraît affectée d'une tristesse profonde produite par quelque chagrin secret. Plus tard, lorsqu'elle a avorté, on a découvert que sa grossesse, qu'elle cachait, était la source de cette tristesse.

Pendant les premiers jours, on ne fait que donner un lavement de miel de mercuriale pour remédier à un léger embarras gastrique qu'elle présentait au moment de son entrée, et on observe la fièvre qui, en effet, est continue, mais avec des exacerbations très marquées, exacerbations caractérisées par les trois périodes de froid, de chaleur et de transpiration, et qui apparaissent dans l'après-midi à des heures peu régulières. Le jour de son entrée, la malade avait 96 pulsations, les jours suivans 84.

Le 22, on examine le foie et la rate: le foie ne dépasse pas le rebord inférieur des fausses-côtes. La rate est très volumineuse; elle a au moins 15 centimètres dans son plus grand diamètre. Il y a de nouveau de l'embarras gastrique; le ventre est souple et indolent. La malade éprouve de la céphalalgie frontale et sus-orbitaire; elle ne tousse pas, mais au moment de ses accès, elle ressent un peu d'oppression. On lui administre: ipécacuanha 1 gr. 50 cent., et tartre stibié 0 gr. 10 cent., et l'on commence à lui donner 6 gr. de sel ammoniaque dans 100 gr. d'infusion de café.

Le 23, le 24, le 25, le 26 et le 27 novembre, elle prend la même quantité de la solution de sel ammoniaque. La première fois, elle l'avait vomi; mais les jours suivans, elle le garde parfaitement. Chaque nuit, vers minuit ou une heure, elle est prise de son accès qui ne subit que des modifications peu importantes sous l'influence du sel ammoniaque. Chaque matin, le pouls est toujours assez fréquent, la peau est chaude, quelquefois la transpiration qui suit l'accès s'est prolongée jusqu'à la visite. On a encore été obligé de prescrire à la malade un lavement de miel de mercuriale le 26.

Le 28, M. Aran prescrit à la malade une cuillerée de la solution suivante: eau 150 gr., acide arsénieux 0 gr. 10 cent. La malade a été prise à midi de frissons qui ont duré jusqu'à minuit, heure à laquelle elle a commencé à entrer dans le stade de chaleur qui a été suivi d'une transpiration assez abondante.

Le 29, la malade prend trois cuillerées de la solution arsenicale. L'accès vient à cinq heures du soir et se prolonge jusqu'à cinq heures du matin. Il a semblé à la malade que les différentes périodes, froid, chaleur, transpiration, avaient été moins accusées que dans les précédens accès.

Le 30, à l'heure de la visite, la malade a peu de fièvre, point de chaleur à la peau, mais elle est tourmentée par la soif et a perdu l'appétit. Elle prend quatre cuillerées de la solution. Accès commençant à trois heures, augmentant à cinq heures. Il dure aussi longtemps que celui de la veille.

Le 1er décembre, la malade présente 76 à 80 pulsations par minute à la visite du matin. Elle prend cinq cuillerées de la solution arsenicale, et comme son embarras gastrique s'est de nouveau reproduit, on lui prescrit un lavement de miel de mercuriale.

Le 3 décembre. La malade a pris tous les jours précédens cinq cuillerées de la solution. Hier, 2 décembre, l'accès a commencé, comme le jour précédent, à neuf heures du soir; mais il a été beaucoup plus violent, et il a duré jusqu'à 5 heures 1/2 du matin. Elle a 84 pulsations. M. Aran renonce à la solution arsenicale et ordonne 1 gr. 50 centig. de sulfate de quinine en quatre prises. L'accès se montre moins fort et moins prolongé que les jours précédens. Il commence par le froid à dix heures du soir, et finit à trois heures du matin. De plus, la fièvre continue, qui existe toujours dans les intervalles, a été nulle dans la soirée, avant l'apparition de l'accès.

Le 4 décembre, la malade prend encore 1 gr. 50 cent. de sulfate de quinine. A la visite du matin, elle avait un peu de fièvre. Le soir, elle a été prise de douleurs de l'avortement, et le 5, à cinq heures du matin, elle est accouchée d'un fœtus âgé d'environ cinq mois, et qui ne semblait mort que depuis quelques heures.

Le 5, tous les médicamens sont supprimés. On fait des applications de cataplasmes sur le ventre. La malade est mise à deux bouillons et deux potages. Elle n'a pas d'accès.

Le 6, à cinq heures du matin, elle est prise d'un accès qui commence par un frisson. Celui-ci dure jusqu'à sept heures. Au moment de la visite, elle est encore dans la période de chaleur. La peau est chaude et sèche, la soif vive. La langue est blanche et humide. On compte 108 à 112 pulsations. Le ventre est très sensible à la pression, surtout au niveau de la fosse iliaque droite. Les lochies sont peu abondantes.

Prescription: 30 sangsues mises 5 par 5.

Le 7 et le 8, le pouls s'élève encore. Il y a 120 pulsations. La peau est toujours très chaude, le ventre très douloureux, ballonné; pas de nausées ni de vomissemens.

Prescription: 30 sangsues, 5 par 5; purgation avec sirop de nerprun, 30 gr., huile de ricin, 30 gr., et huile de croton, 2 gouttes. Cette purgation produit un grand nombre d'évacuations alvines.

Le 9, le ventre est toujours sensible, un peu moins ballonné. La face est un peu altérée; la respiration est gênée, haute, exclusivement costale. On ne trouve rien dans la poitrine, ni par l'auscultation, ni par la percussion. 120 à 124 pulsations, pouls dur et développé.

Prescription: Très large vésicatoire sur l'abdomen, 6 pilules de 0 gr. 05 cent. d'opium chacune; en prendre une toutes les quatre heures.

Le 10, 36 respirations, 112 à 116 pulsations. Agitation, délire pendant la nuit du 9 au 10. Ce matin, la malade a des nausées et elle a vomi une fois de la bile, au milieu de laquelle se trouve un lombric. Le vésicatoire a bien pris. L'altération des traits est beaucoup plus grande: la face est amaigrie, le nez effilé. Ventre toujours très ballonné, un peu moins sensible à la pression. *Prescription*: Lavement purgatif avec séné, sulfate de soude et 0,g10 centigrammes d'émétique. — 8 pilules d'opium de 0,g05 chaque; en prendre une toutes les trois heures.

Le 11, la malade n'a pas dormi un instant: elle a été fortement agitée toute la nuit. Ce matin, elle est presque sans connaissance; la face est grippée, le pouls presque insensible; les extrémités sont froides. La respiration est très courte et plaintive de temps en temps. Le ventre est un peu plus souple que la veille. Elle meurt deux heures après la visite.

Autopsie, vingt-quatre heures après. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule près d'un litre de sérosité trouble, tenant en suspension des flocons pseudo-membraneux jaunâtres, dont quelques-uns sont assez volumineux. Cette sérosité était rassemblée surtout dans le petit bassin.

Le péritoine est généralement injecté, surtout dans la portion sous-ombilicale. Les anses intestinales sont agglutinées çà et là par des fausses membranes jaunâtres et molles.

Le foie, assez volumineux, un peu décoloré, est couvert de fausses membranes molles, semblables aux précédentes; de plus, des brides pseudo-membraneuses plus résistantes, comme demi-transparentes, séparées les unes des autres par des intervalles de 1 pouce, l'unissent au diaphragme.

La rate a 17 centimètres de long sur 8 ou 9 de large: elle est d'un rouge-grisâtre. A l'extérieur, elle résiste à la pression du doigt. A l'intérieur, elle est d'une couleur chocolat foncé et d'une consistance solide; les cloisons fibreuses sont très apparentes.

Les reins, d'un volume un peu plus considérable qu'à l'état normal, offrent une décoloration notable de la substance corticale qui est hypertrophiée. La substance tubuleuse a conservé son aspect ordinaire.

L'utérus a 11 centimètres de long sur 10 de large dans ses plus grands diamètres. Sa tunique péritonéale est enflammée et vivement injectée; sa tunique fibreuse propre n'offre aucune espèce d'altération. Ses parois peuvent avoir, dans certains points, près de 2 centimètres d'épaisseur; elles ont une consistance assez ferme: le tissu est grisâtre, offrant çà et là à la coupe des ouvertures vasculaires; mais, nulle part, les vaisseaux ne sont enflammés; nulle part, ils ne contiennent de traces de pus. La face interne de l'utérus est lisse, non injectée, si ce n'est à l'endroit où s'implantait le placenta. Là, on trouve des saillies brunâtres, vestiges de cette implantation. Les trompes et les ovaires sont sains.

Les poumons sont congestionnés à leur partie postérieure et inférieure. Ils ne contiennent pas de tubercules: le sommet du poumon présente des adhérences intimes avec la plèvre costale, et l'on trouve quelques cuillerées de sérosité dans la cavité libre des plèvres du même côté. Le cœur est volumineux, surchargé de graisse, sans transformation adipeuse des parois. Il y a une induration du bord libre de la valvule mitrale. L'endocarde de l'oreillette et du ventricule gauche est légèrement opaque.

(La suite au prochain n°.) A. V.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 Janvier 1853. — Présidence de M. de Jussieu.

De la saignée artérielle dans les plaies de tête.

M. Deleau jeune lit un mémoire intitulé: De l'indication de la quantité de sang qu'on peut verser par la saignée artérielle dans les plaies de tête.

Le but de l'auteur est de prouver que, dans les plaies de tête, il a trouvé les signes qui indiquent la quantité de sang qu'il faut verser pour empêcher toute réaction sur les organes encéphaliques.

Quatre individus d'âge et de sexe différens ont offert, en quelques mois, des lésions graves de la tête. M. Deleau a déduit de ces faits que, dans les plaies de tête, on doit maîtriser toute réaction. On atteint ce but par la saignée artérielle, et on juge de ses effets par la couleur pâle du tissu de la langue, des gencives et du pharynx; jusqu'à l'apparition de ces signes, on laisse couler le sang sans s'inquiéter de la quantité. Si une première saignée et l'écoulement de sang par la plaie n'ont pas été

suffisans pour empêcher toute réaction inflammatoire, qui, selon M. Deleau, est nuisible à une cicatrisation prompte et salutaire, il faut saigner de nouveau.

Tels sont, dit M. Deleau, les principes qui se trouvent justifiés par l'usage que l'on fait aujourd'hui de courans d'eau froide dirigés sur les parties du corps fortement contuses ou tiraillées.

Le docteur Baudens ne craint pas même d'appliquer la glace pendant plusieurs jours. Cette application ne retarde en rien le travail de la cicatrisation, tout en modifiant la réaction générale. Mais ces médications que l'on obtient par le froid ont des dangers quand on a affaire à des sujets atteints de phlegmasies chroniques, soit du poumon, soit du canal intestinal. Les saignées, au contraire, pratiquées avant la réaction générale, préservent les blessés des complications qui naissent toujours des fièvres traumatiques dans ces phlegmasies latentes.

Pour résumer ce qui a été dit dans cet écrit, M. Deleau ajoute :

Dans les plaies de tête, si vous êtes appelé à temps, empêchez toujours le développement de la fièvre traumatique, et, pour atteindre ce but, guidez-vous sur la décoloration des membranes muqueuses buccales. (Comm. MM. Velpeau, Roux et Andral.)

Composition du lait chez la femme dans l'état de santé et de maladie.

M. Payen présente, au nom de MM. Vernois et A. Becquerel, un mémoire sur la composition du lait chez la femme dans l'état de santé et dans l'état de maladie, suivi de recherches nouvelles sur la composition du lait chez la vache, l'ânesse, la chèvre, la jument, la brebis et la chienne.

Les auteurs n'ont eu pour but, dans ce travail, que l'étude de la composition chimique du lait.

Quand on vient à comparer entre elles, disent MM. Vernois et Becquerel, toutes les analyses publiées jusqu'à ce jour sur le lait de la femme, de la vache, de l'ânesse, on est frappé de ce fait qu'aucun résultat ne se ressemble, et que des différences énormes se remarquent à chaque instant.

Les variations sont telles, qu'elles doivent dépendre surtout du procédé d'analyse employé.

MM. Vernois et Becquerel se sont proposé, en conséquence, d'imaginer un procédé d'analyse du lait, ou perfectionner les indications déjà publiées sur ce sujet, et d'appliquer ce procédé d'analyse à l'étude du lait dans l'état de maladie de la femme et des principales espèces domestiques.

Parmi les observations nombreuses qu'ils ont réunies, MM. Vernois et Becquerel en ont choisi 89, entièrement uniformes et complètes, au point de vue des questions qu'ils voulaient résoudre. Elles leur ont servi à établir la composition physiologique du lait, qui, elle-même, est devenue le point de comparaison de toutes leurs analyses dans les divisions qu'ils ont successivement étudiées. C'est ainsi qu'ils ont pu donner la composition du lait, selon l'âge de la nourrice, de 15 à 45 ans, selon l'âge du lait lui-même, de 1 jour à 15 jours (jour par jour), et de 1 mois à 24. Ils ont ensuite passé en revue les influences déterminées par la constitution, par l'état des seins, par la primi ou la multiparité, par la menstruation (sa suspension, son retour; sa présence spéciale), par l'alimentation, bonne ou médiocre, par la quantité du lait, par le séjour dans les mamelles, etc., etc.

Voici les résultats qu'ils ont constatés :

A l'état normal, le lait de la femme donne, pour 1,000 grammes :

Eau	889,08
Parties solides	110,92
Sucre	43,64
Caséum et matières extractives	39,24
Beurre	26,66
Sels (par incinération)	1,38
La densité est de	1032,67

Les élémens sont ici rangés dans l'ordre de leur plus forte proportion. L'âge de la nourrice n'apporte en général pas de modifications sensibles dans la densité, le poids de l'eau et des parties solides; une différence réelle n'existe qu'aux points extrêmes,

Il y a dans le lait des nourrices de 15 à 20 ans plus de parties solides que dans celui des nourrices de 35 à 40 ans.

L'état colostral augmente notablement la quantité de beurre. La composition du lait dans la constitution *faible* reste à peu près normale. Dans la *forte*, le poids des parties solides diminue.

Chimiquement parlant, le lait des nourrices primipares se rapproche davantage de la moyenne physiologique de celui des nourrices multipares.

La gestation, vers sa fin, augmente la quantité des élémens solides du lait. Au début, elle n'altère pas sa composition.

La présence des règles diminue la densité, le poids de l'eau et du sucre. Elle augmente considérablement le poids des parties solides. C'est le caséum surtout qui profite de cet excès.

Le lait des femmes à cheveux noirs l'emporte sur celui des femmes à cheveux blonds.

L'alimentation médiocre laisse introduire trop d'eau dans le lait. Les élémens principalement frappés sont le beurre et le caséum.

Les excès de beurre ou de caséum accompagnent toujours un mauvais état de santé des nourrissons.

La première et la deuxième traite, chez les femmes, ne donnent pas lieu aux différences signalées chez la vache, la chèvre, etc., etc.

A l'instar de ce qui a lieu chez la vache, on peut dire qu'il y a des femmes dans le lait desquelles, en dehors de toute cause bien spécifiée, il existe constamment un excès de caséine ou un excès de beurre.

La deuxième partie de ce travail est consacrée à l'étude du lait dans l'état de maladie. Elle est basée sur 46 cas morbides, dont 19 à l'état aigu et 27 à l'état chronique.

MM. Vernois et Becquerel ont divisé ces deux espèces d'affections. Il existe entre elles, au point de vue de l'influence qu'elles exercent sur la composition chimique du lait, un antagonisme remarquable. Dans les affections aiguës, comme dans les affections chroniques, l'eau diminue, les parties solides augmentent. Mais là s'arrête l'analogie. En effet, dans les premières, le sucre baisse considérablement, les trois autres élémens augmentent dans une progression croissante depuis les sels et le beurre jusqu'au caséum, qui à lui seul répare presque toutes les pertes éprouvées par le sucre. Dans les secondes (affections chroniques), le beurre et les sels augmentent, le sucre reste stationnaire, le caséum diminue. Ainsi, d'un côté (affections aiguës), perte d'un élément respirateur et excès d'un élément nutritif. De l'autre côté, perte d'un élément nutritif, augmentation d'un élément respirateur.

Les auteurs ont successivement étudié et déterminé la composition du lait dans l'entérite, la pleurésie, la colite, le trouble moral, la courbature, la métro-vaginite, la métro-péritonite, la fièvre typhoïde, l'ophthalmie scrofuleuse, la bronchite, la phthisie pulmonaire, les abcès du sein, la syphilis.

Voici la composition du lait dans les affections aiguës et chroniques :

	Affections aiguës.	Affections chroniques.
Eau	884,91	885,50
Parties solides	115,09	114,50
Sucre	33,10	43,37
Caséum et matières extractives	50,40	37,06
Beurre	29,86	32,57
Sels (par incinération)	1,73	1,50
Densité	1031,20	1031,47

Parmi les résultats importans, les auteurs signalent que, dans les cas de tubercules pulmonaires sans diarrhée ni amaigrissement, il y a peu de modifications sensibles. Mais dans le cas contraire, le poids des parties solides est considérablement diminué, et c'est sur le beurre que porte toute la perte.

Dans la syphilis, la densité s'élève extraordinairement; le beurre diminue et les sels augmentent hors de proportion.

Les auteurs ont, en outre, fait l'histoire isolée de chacun des élémens constituans du lait. Ils ont, à l'aide de tous leurs documens, étudié comment se comportaient la densité, le sucre, le beurre, etc. Ils sont arrivés à cette conclusion que, comme dans le sang, comme dans l'urine, les élémens du lait ne sont pas solidaires entre eux.

Chaque élément semble avoir une existence à part que modifient tour à tour des influences spéciales. Il n'existe pas de proportionnalité régulière et constante dans leur développement, et jusqu'ici, ni par l'étude constante de la densité, ni par celle du beurre, ou de tout autre élément pris à part, on ne peut donner une idée juste et précise de ce qu'on appelle la richesse ou de la bonté du lait. Il faut de toute nécessité recourir à l'analyse complète du lait. (Comm. MM. Andral, Velpeau, Rayer et Payen.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 Janvier 1853. — Présidence de M. Bérard.

Présence du phosphore dans les huiles de foie de morue.

M. J. Personne adresse des recherches sur la présence du phosphore dans les huiles de foie de morue.

D'après les observations contenues dans ce travail, l'auteur conclut :

1° Que toutes les huiles de foie de morue ne renferment pas de phosphore ;

2° Que ce métalloïde se trouve à l'état de phosphate alcalino-terreux dans celles qui en contiennent;

3° Que la présence de ce phosphate est due à un mode vicieux de préparation de ces huiles, et indique leur mauvaise qualité. (Commission précédemment nommée.)

Goître et crétinisme.

M. Chevallier informe l'Académie que, s'occupant du goître et du crétinisme, il a profité d'un voyage qu'il a fait à Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), dans les Vosges et dans la Meurthe, pour demander, à diverses personnes, des renseignements sur des localités où le goître a été observé, et sur sa fréquence. M. Magnien, médecin inspecteur adjoint des eaux de Bourbonne, M. Pommier fils, de Mirecourt, se sont occupés de recherches à ce sujet.

M. Chevallier transmet les résultats de ces recherches, qui consistent : 1° en une note détaillée sur Rosières (Meurthe), recueillie par les soins de M. Fraisse, sur la demande de M. Pommier; 2° en une note recueillie à Senaide (Vosges), par les soins de MM. Magnien et Pommier; 3° en une analyse des eaux de Senaide par le même.

Dans les trajets qu'il a faits dans diverses parties du département de la Haute-Marne, M. Chevallier a observé et acquis la conviction que le goître n'est plus aussi fréquent qu'il l'était il y a quarante ans, et les détails qui lui ont été donnés par un grand nombre de personnes ont confirmé les observations qu'il avait faites. (Commission du goître et du crétinisme.)

L'Académie se forme en comité secret immédiatement après la correspondance pour entendre une communication relative à la proposition Cornac.

La séance publique est reprise à quatre heures moins un quart.

M. Bouchardat présente, de la part de MM. Vernois et A. Becquerel, un mémoire sur la composition du lait chez la femme dans l'état de santé et de maladie, etc. (Voir plus haut au compte-rendu de l'Académie des sciences.)

M. Bouchardat lit ensuite une série de rapports sur des remèdes secrets, adoptés sans discussion.

Histoire des corsets.

M. Bouvier lit la première partie d'un rapport sur les corsets sans coutures et sur un busc mécanique, dont l'examen a été soumis à l'Académie. Cette première partie, consacrée à l'histoire des corsets, est terminée par les conclusions suivantes :

1° L'histoire de l'habillement des principaux peuples de l'antiquité fait voir que le besoin d'une pièce de vêtement contentive plus ou moins serrée autour du tronc, chez la femme, s'est fait sentir dans les temps anciens comme dans l'Europe moderne ;

2° Autrefois, comme de nos jours, les femmes ont été disposées à outrer cette constriction circulaire au détriment de leur santé ;

3° Dans l'histoire de la civilisation moderne, on voit tour à tour, après l'abandon de la tunique ample des dames romaines, la taille simplement marquée par des corsages justes au corps, puis renfermée et comme étreinte dans les espèces de cuirasses appelées *corps à baleines*, et enfin de nouveau seulement dessinée et contenue par les corsets, dernière forme de ce vêtement spécial ;

4° Bien que l'emploi inconsidéré des corsets puisse déterminer à peu près les mêmes accidens que l'usage des corps, ils n'ont pas d'effet nuisible quand leur construction et leur application se font d'une manière convenable ;

5° C'est à tort que l'on a attribué uniquement à l'influence des corsets le resserrement de la partie inférieure du thorax, resserrement normal dans certaines limites, dans les deux sexes, et sujet à varier par d'autres causes que par la constriction qu'exerce ce vêtement. L'examen comparatif que j'ai fait d'un grand nombre de sujets, tend à démontrer que les corsets ne produisent que dans des cas exceptionnels un rétrécissement permanent de la base de la poitrine ;

6° On a avancé, sans preuves, que l'usage des corsets était une cause fréquente de déformation de la colonne vertébrale ;

7° Non seulement des motifs déduits de l'esthétique et de la destination sociale de la femme doivent engager les médecins à permettre l'usage des corsets, sauf les restrictions indiquées par l'observation de leurs effets; mais en outre, il est diverses circonstances, telles que le volume des seins, le relâchement ou la distension de la paroi musculaire de l'abdomen, la voussure habituelle du tronc, la déviation latérale du rachis, qui indiquent formellement l'emploi de cette sorte de bandage, soit comme moyen hygiénique, soit même pour aider la guérison de certaines lésions.

Vu l'heure avancée, la deuxième partie de ce rapport sera lue dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

PRESSE MÉDICALE.

Annales d'hygiène et de médecine légale. — Octobre 1852.

Une visite à la colonie de Gheel, en 1846, à l'occasion de la brochure de M. le docteur Parigot : *L'air libre et la vie de famille dans la commune de Gheel*; par M. Brierre de Boismont.

C'est à Esquirol que nous devons la première relation qui ait été publiée sur la colonie de Gheel. Il ne paraît pas, toutefois, que l'article du célèbre médecin de la Salpêtrière, inséré dans le *Grand Dictionnaire des sciences médicales*, ait éveillé l'attention des savans à l'égard de la colonie, car ce n'est qu'après une période de plus de vingt années, qu'un médecin français, élève d'Esquirol, M. Moreau (de Tours), vint de nouveau appeler les regards des médecins spéciaux sur ce curieux établissement.

En 1841, M. le docteur Moreau publia, dans la *Revue indépendante*, un travail dans lequel il prenait hautement la défense, non de la colonie telle qu'elle existait alors, *mais du principe sur lequel elle repose, de la colonie modifiée d'une manière convenable, et conforme aux idées saines de la science psychiatrique*. Dans son opinion, le système de colonisation réalise, et au-delà, les idées théoriques les plus hardies, émises par les hommes célèbres, dont le nom fait autorité en thérapeutique. M. Moreau a fait plus, il a proposé de créer en France un ou plusieurs établissements de ce genre, et il n'a pas dépendu de ses efforts auprès du gouvernement de l'époque, si cela n'a pas été exécuté.

Les idées du médecin de Bicêtre ont soulevé quelques objections de la part de divers médecins français, qui, depuis lui, ont visité la colonie. Parmi eux, nous devons citer M. le docteur Brierre de Boismont, qui la visita au mois de juillet 1846, M. le docteur Morel, médecin de l'asile de Maréville, M. le docteur Falret, médecin de la Salpêtrière.

En 1842, une commission d'enquête, nommée par le gouvernement belge, publia un excellent travail sur la colonie, travail dû à la plume de l'un des plus savans psychiâtres de l'époque actuelle, le docteur Guislain, de Gand. Enfin, tout récemment, un médecin belge, le docteur Parigot, a entrepris de défendre la colonie contre les attaques dont elle a été trop souvent l'objet, et a fait connaître les améliorations qui y avaient été introduites depuis quelques années.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Études cliniques sur l'herpès tonsurant; par M. Malherbe, d.-m., suivies de réflexions sur l'herpès tonsurant et d'une note sur le *porrigo scutulata*, par M. Leteuneur, d.-m. In-8°, Nantes, 1852. Imprimerie de madame veuve Caruelle-Messinet.

Du cancer externe, considéré surtout dans son diagnostic propre et dans son diagnostic différentiel ; par Fréd. Moutet, d.-m. In-8°, Montpellier, 1852. Pierre Grollier, imprimeur.

Mémoire sur le traitement de la fièvre typhoïde par les émissions sanguines au début et par l'eau froide (*intus et extrà*) pendant toute la durée de la maladie, par le docteur Leroy, médecin en chef de l'hospice de Béthune (Pas-de-Calais). — Broch. in-8, Paris, 1852. Aux bureaux de l'Union Médicale, 56, faubourg Montmartre. — Prix : 1 fr.

Ce travail, qui a été publié en grande partie dans l'Union Médicale, et qui a fait sensation, renferme plusieurs observations inédites.

Cours de Pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris par M. le professeur Andral; recueilli et publié par M. le docteur Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*; 2e édition entièrement refondue. — 3 volumes in-8° de 2076 pages. — Prix : 18 fr.

Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Traité pratique des Maladies des yeux, par W. Mackensie, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow; traduit de l'anglais, avec notes et additions, par G. Richelot et S. Laugier, docteurs en médecine de la Faculté de Paris. Un fort volume in-8. Prix : 6 fr.

Chez Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 17.

Traité de l'Affection calculeuse du Foie et du Pancréas (avec cinq planches lithographiées); par V.-A. Fauconneau-Dufresne, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies, des bureaux de bienfaisance et des crèches, membre de la Société de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur. — Un vol. format anglais. Prix : 4 fr. 50 c.

Paris, chez Victor Masson, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, et dans les bureaux de l'*Union Médicale*.

Essai sur l'Idiotie, propositions sur l'éducation des idiots, mise en rapport avec leur degré d'intelligence; par le docteur Belhomme, médecin d'un établissement d'aliénés, chevalier de la Légion d'Honneur, etc.

En vente, chez Germer-Baillière. — Prix : 4 fr.

Mémoire sur les maladies des ovaires, par le docteur Achille Chereau. Ce mémoire contient : 1° Les considérations anatomiques et physiologiques; 2° L'agénésie et les vices de conformation. 3° L'ovarite aiguë. In-8. Prix : 3 fr.

Cet ouvrage se trouve chez V. Masson, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 12. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 29 Janvier 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An.............. 32 Fr
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 28 JANVIER 1853.

8me LETTRE SUR LE CHOLÉRA (1).

Nature des Maladies ; — Nature du Choléra.

Ce que je viens de dire de l'inflammation de la peau, s'applique à celle de tous les autres organes. Toutes les inflammations ont cela de commun, de rendre douloureux, plus rouges, plus chauds, plus volumineux, ou plus épais, et plus faciles à déchirer, les tissus qu'elles affectent, et si quelques-uns de ces caractères fondamentaux s'effacent par la durée, cela ne change en rien leur nature. Elles se distinguent ensuite entre elles par le trouble des fonctions de l'organe qu'elles occupent, auquel vient s'ajouter le désordre fonctionnel des organes associés ou liés sympathiquement de souffrance avec lui. Elles se différencient encore par leur produits, suivant les tissus qui prédominent dans les parties malades, donnant lieu à la formation du pus dans celles où le tissu cellulaire abonde, à des accroissemens de sécrétion de mucus et à diverses altérations de ce produit dans les membranes muqueuses, à des épanchemens de sérosité dans les cavités des membranes séreuses, etc., etc. Mode d'altération du tissu malade, symptômes que cette lésion provoque, produits de sécrétion qu'elle modifie ou auxquels elle donne naissance, tout cela est donc connu dans l'inflammation; sa nature n'est donc pas un mystère. Car, je le répète, ces désordres matériels constituent si véritablement et si complètement sa nature, qu'il suffit de les dissiper pour que l'inflammation disparaisse, ce qui ne pourrait certainement pas avoir lieu, s'il y avait quelque chose au-delà. Essayez donc de faire croire à un homme guéri par vous d'une inflammation, que sa maladie existe encore, à l'état latent sans doute, attendu, direz-vous, que vous ne vous êtes pas attaqué à sa nature, à son essencc, à ce qui la constitue au fond, et que vous en avez dissipé seulement les signes apparens, vous serez bienheureux s'il se contente de vous répondre par un sourire d'incrédulité.

Il en est de même de toutes les maladies. Ce qu'on appelle leur nature réside entièrement dans l'altération matérielle des solides et des liquides qui composent l'organisme. Inflammations, hémorrhagies, hyperdiacrisies, hypertrophies, névroses, tubercules, cancers, productions morbides, maladies miasmatiques, venimeuses, virulentes, empoisonnemens, scorbut, chlorose, etc., etc., tout cela reconnaît un changement matériel pour point de départ; tout cela trouve sa raison d'être et par conséquent sa nature, dans une modification matérielle de l'organisme, plus ou moins profonde, plus ou moins facilement appréciable, connue ou ne l'étant pas encore. Nos moyens thérapeutiques n'ont d'ailleurs prise et puissance que contre ces désordres. Le but principal de la pathologie doit donc consister à approfondir de plus en plus leur étude. Plus nous pénétrerons profondément dans la connaissance de la structure intime du corps humain et de ses dérangemens matériels, et plus nous approcherons de la vérité sur la nature des maladies. Nous sommes plus avancés sous ce rapport que nos prédécesseurs, aussi connaissons-nous mieux le secret des maux physiques de l'humanité; les médecins qui nous succèderont le sauront mieux encore. Ne disons donc pas que notre ignorance à cet égard est absolue. C'est un blasphême et une erreur. Toute science, par cela même qu'elle est progressive, est aussi complète qu'elle peut l'être aux différens âges de la vie humanitaire, et chaque génération écrit son bon feuillet sur le livre à peine ébauché de l'histoire de ses conquêtes, sur ce livre qui ne sera jamais terminé. Ne disons pas non plus que nous ne saurons jamais rien de ce prétendu mystère qui couvrirait la nature des maladies. Attendons, pour prononcer ces paroles de découragement et de mensonge, qu'il ne reste plus de découvertes à faire en anatomie et en physiologie normales et pathologiques. En attendant ce moment, qui reculera toujours, étudions avec persévérance l'organisation.

Mais pour nous livrer à cette étude avec tout le zèle et l'ardeur convenables, nous devons nous débarrasser complètement des lambeaux d'ontologie que nous traînons encore avec nous et qui arrêtent notre essor. Beaucoup de médecins qui croient sincèrement avoir dépouillé ces langes du berceau de toutes les sciences, des anatomo-pathologistes même, admettent encore l'existence de certaines entités morbides, telles que les *fièvres essentielles*, les *principes goutteux*, *rhumatismal*, *dartreux*, *scrofuleux*, *cancéreux*, etc., etc., derniers survivans d'une légion d'êtres de raison dont on avait peuplé la pathologie, derniers vestiges d'une sorte de mythologie de dieux malfaisans. Quittons donc enfin les erremens trompeurs du *vitalisme*, qui n'est qu'une des formes de l'ontologie. Dirigeons toutes nos facultés vers l'étude de l'organisation *matérielle* de l'homme, étudions les propriétés *matérielles* des agens physiques ou chimiques qui le modifient, et les modifications *matérielles* qu'ils lui impriment, cessons d'y faire intervenir à tout instant des puissances occultes de notre invention, *matérialisons* notre science, en un mot, comme les astronomes, les physiciens, les chimistes, les géologues, ont matérialisé les leurs, *matérialisons* même comme eux nos théories, en ce sens que nous les fassions toujours reposer, à leur imitation, sur les propriétés connues ou supposées, réelles ou hypothétiques de la matière. Les progrès ultérieurs de la médecine sont à cette condition. Toute théorie scientifique qui ne prend pas cette base ne tarde pas à se perdre dans les brouillards de la métaphysique; elle est jugée et condamnée d'avance, parce que la matière et ses propriétés sont seules accessibles à l'observation et à nos expériences.

Loin de moi la pensée, cependant, de faire le procès au passé ontologique de la médecine. Il n'était pas possible qu'elle ne revêtit pas ce caractère à ses débuts. J'en ai dit les causes dans une de mes lettres précédentes. On ne peut lui faire un reproche d'avoir obéi à une nécessité. Toutes les sciences ont ainsi commencé; c'est la loi du progrès qui le veut. Mais toutes ont successivement abandonné les sentiers obscurs de cette fausse philosophie, et le moment est enfin venu pour la médecine de les quitter à son tour.

Au lieu d'envisager la vie comme une force et une cause, il faut la considérer comme une résultante et un effet. Au lieu de voir dans les maladies des puissances inconnues, existant par elles-mêmes, qui troublent l'organisation, il faut y voir au contraire autant de désordres matériels qui se manifestent et se dévoilent par des troubles fonctionnels particuliers. Au lieu d'en demander par conséquent la nature à des fictions, il faut la chercher laborieusement dans la réalité, c'est-à-dire dans les altérations matérielles survenues aux instrumens solides et liquides du mécanisme humain. La première méthode est plus facile à suivre, sans doute. Elle n'oblige qu'à se renfermer dans sa pensée et à rêver tout à son aise. Mais elle conduit à autant de divergences d'opinion qu'il y a de penseurs, quand elle ne mène pas à une négation absolue, comme dans la ques-

Feuilleton.

RÉSUMÉ et **CONCLUSIONS** du rapport sur la maladie de la vigne, adressé à M. le ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce, par M. Louis LECLERC.

(Le grand intérêt hygiénique de la question traitée dans le rapport de M. Leclerc, nous engage à en publier les conclusions.)

Permettez-moi, Monsieur le ministre, en résumant ce rapport, d'y attacher quelques conclusions qui reproduisent la pensée même et le vœu d'un très grand nombre de viticulteurs éminens.

Le mal est considérable, sans doute; il est surtout de nature à frapper les imaginations, et à faire naître de vives inquiétudes pour l'avenir ; mais le désastre est moins grand qu'on ne l'a fait, si ce n'est dans une région du sud, au Bas-Languedoc où l'on peut l'exagérer, tant il est grave. Si, partout ailleurs, la récolte est faible cette année, ou décidément mauvaise, l'oïdium n'est que partiellement cause dans ce malheur; en plusieurs vignobles étendus et précieux, il n'y concourt même pas : les gelées tardives, les insectes destructeurs, la coulure, la grêle, les caprices de température y prennent la plus large part.

L'origine réelle, la source primitive de la maladie des vignes, est encore un profond, peut-être un impénétrable mystère.

La cause prochaine du mal sera probablement encore l'objet de débats scientifiques prolongés. Pour qu'ils aient une issue satisfaisante et utile, il faudrait autre chose que des argumentations appuyées sur de simples apparences, sur des faits partiels, variables, observées à la hâte, sans suite ni méthode. Une étude intime et pénétrante de la constitution même de l'arbuste, cette étude entreprise simultanément sur plusieurs points, et régulièrement conduite, peut seule avoir quelque autorité; seule elle aurait le droit de conclure.

Un préjugé populaire explique le mal de la façon la plus absurde par l'influence délétère du gaz d'éclairage et de la vapeur des locomotives. On aurait tort de dédaigner cette erreur, si grossière qu'elle soit; elle a profondément pénétré dans les convictions d'un nombre incalculable d'hommes qui souffrent, s'irritent, et mêlent des menaces à leurs plaintes.

La haute température de l'atmosphère, la richesse et l'humidité du sol combinées, activent singulièrement la fructification de l'oïdium. La culture de la vigne dans les terres basses et humides est donc, en général, une circonstance désastreuse pour les vignobles secs et élevés.

Aucun moyen sérieux de prophylactique n'a encore été découvert.

Parmi les médications directes, plusieurs ont obtenu des succès partiels ou momentanés, aucune des résultats décisifs et définitifs. Le soufrage et les lotions d'hydrosulfate de chaux, procédés auxquels désormais est attaché le nom respectable de M. Gautier et de M. Grison, ces méthodes, employées habilement, sont le salut de l'importante culture des treilles. Une surélévation dans la valeur des vins distingués, dont l'importance atteint à peine dix pour cent du chiffre de la production totale, cette hausse, si elle est constante, pourra seule conduire les producteurs aisés à l'adoption de l'une ou de l'autre méthode.

Il sera certainement très utile d'encourager et même de provoquer des expériences comparatives et étendues sur les procédés que l'on propose ou qui ne manqueront pas de surgir. Il y faudrait un système bien arrêté et bien réglé. Beaucoup de viticulteurs, pleins de zèle et d'intelligence, s'y prêteront avec empressement.

Peut-être ferait-on mieux encore de proposer un prix magnifique. L'administration ne donnerait cette récompense qu'en cas de succès complet et définitif, après plusieurs années de preuves et sur l'avis motivé de cinq commissions composées de propriétaires viticulteurs à Bordeaux, Montpellier, Reims et Angers. La capitale, après celle du succès, serait qu'il n'exigeât pas l'intervention de l'autorité; en d'autres termes, que l'emploi du procédé ne fût pas obligatoire.

Deux demandes qui se rattachent à la question principale, mais moins directement, sont faites par un grand nombre de viticulteurs; voici ce double vœu :

1° La situation fâcheuse où se trouve la vigne, situation qui peut se prolonger, appelle l'intérêt de la France entière. La vigne est placée jusqu'ici, on ne sait vraiment pourquoi, en dehors des encouragemens et des récompenses accordés chaque année aux autres branches de l'agriculture, bien que l'industrie vinicole soit une précieuse et magnifique ressource pour le trésor public et qu'un grand intérêt national nous impose le devoir de veiller avec sollicitude à ce que de tels produits ne perdent rien de leur haute supériorité. La reprise des congrès vinicoles annuels, que 1848 a interrompus, serait accueillie avec satisfaction; ils coûtaient bien peu à l'état. Les congrès ont eu six sessions : à Angers, à Bordeaux, à Marseille, à Dijon, à Lyon et à Colmar. Les praticiens de la contrée où l'on s'assemblait y venaient en foule, beaucoup accouraient des vignobles lointains, et les actes publics témoignent de l'utilité réelle des conférences ouvertes sur mille questions d'ampélographie, de viticulture et de vinification.

Dans la situation actuelle, chacun apporterait, en ouvrant un congrès vinicole, son contingent d'observations sur la maladie de la vigne, et il en pourrait jaillir de vives lumières.

2° La falsification, ou même la dénaturation et la manipulation des vins dans les grands centres consommateurs, ne sont pas seulement un danger pour la santé publique, elles entraînent encore insensiblement la dégradation des bons produits. Beaucoup d'excellens vignobles peuvent être considérés maintenant comme des fabriques de matière première qui travaillent *sur commandes*; le mot est littéralement exact. Le 15 septembre, on vendangeait une vigne dans un grand pays vinicole. Je demandai pourquoi le propriétaire se pressait si fort, et voici la réponse qui me fut faite par une personne considérable, dont le nom seul est une garantie de vérité.

Il y a peu de jours, nous avions ici M. ***, fort gros marchand. Il alla voir mon voisin et lui dit :

— « Vendangez-vous ?

— » Oh ! non pas encore ; ce n'est pas assez mûr.

— » Bah ! vous avez du pourri ; tous les jours vous perdez peut-être une feuillette.

— » Mais le vin serait détestable.

— » La question n'est pas là. Faites-nous de la quantité. La qualité nous regarde, nous autres ; pour moi, je m'en charge. »

Cet état de choses mécontente le producteur et lui nuit profondément; il réclame une pénalité plus sévère contre les falsifications qui, assure-t-on, se pratiquent sur une très large échelle, et avec une audace toujours croissante.

Je vous prie, Monsieur le ministre, de recevoir mes remercîmens pour la confiance dont vous m'avez honoré, et d'agréer l'hommage du respect avec lequel je suis,

Monsieur le ministre,

Votre très humble et très obéissant serviteur,

Louis LECLERC.

Octobre 1852.

M. le docteur Willemin fils, médecin sanitaire à Damas, vient d'être nommé chevalier de l'ordre du Saint-Sépulcre de Jérusalem. Cette distinction lui a été conférée par le patriarche de la ville sainte, comme une juste récompense des services que notre compatriote a rendus à la population chrétienne de la Syrie.

tion qui nous occupe. La seconde est au contraire très pénible. Elle exige des travaux d'amphithéâtre auxquels certains médecins n'aiment pas à se livrer. Mais la sûreté de ses pas dédommage amplement de la fatigue qui les accompagne. Ne fût-elle pas la seule vraie, comme elle l'est en réalité, il faudrait encore la suivre exclusivement, puisque encore une fois elle seule donne un corps aux objets de notre étude, et que nos moyens tout matériels d'action ne peuvent avoir de prise que sur la matière de l'organisation.

Il existe sans doute un certain nombre de maladies qui ne laissent après elles aucune trace sensible sur les cadavres, et dont on ne peut pas caractériser la nature par la nature de lésions qui se dérobent à nos investigations. Mais le nombre en est peu considérable, si on le compare à celui des affections à la suite desquelles on observe des lésions anatomiques ou des altérations du sang qui les expliquent et les justifient, et l'exception, que je sache, n'infirme pas la règle. Ce nombre va diminuant sans cesse, et chaque progrès nouveau consiste précisément à le réduire encore. N'est-ce pas une preuve qu'il doit tout à fait disparaître un jour. On ne peut conclure, de ce que ces lésions ne sont pas appréciables, qu'elle n'existent pas en réalité. Il y aurait moins d'orgueil de notre part, ce me semble, à avouer que nous ne savons pas encore les reconnaître. Cela serait en même temps plus vrai, si, comme je l'espère, je suis parvenu à démontrer qu'il n'y a pas de vie sans organisation, de fonctions sans organes, et de troubles de ces fonctions sans troubles matériels dans les instrumens qui les exécutent. Enfin, pouvons-nous nous vanter de connaître assez bien l'organisation, l'arrangement et les propriétés de la pulpe nerveuse, et de tout savoir de la composition du sang, pour pouvoir apprécier sur les cadavres tous les changemens que sont susceptibles d'éprouver ces deux importans agens du mécanisme humain; l'un excitateur, l'autre nourricier de tous les organes. Eh! mon Dieu! l'anatomie et la physiologie normales ne sont pas finies, l'anatomie et la physiologie pathologiques sont à peine nées d'hier, et l'on voudrait qu'elles nous eussent déjà révélé tous leurs secrets.

Il est d'ailleurs certaines altérations de tissu qui, longtemps encore, échapperont à nos recherches. Quand nous sera-t-il donné, par exemple, de distinguer à l'œil, au scalpel, au microscope, à l'analyse chimique, les différences qui existent incontestablement entre les molécules constituantes et la texture des organes d'un homme qui traîne sa vie dans la malpropreté, la débauche, l'ivresse, la nudité, au milieu d'un air sombre, humide et malsain, et se nourrit d'alimens insuffisans et de mauvaise qualité, et les matériaux qui composent le corps de celui qui vit entouré des meilleures conditions de l'hygiène. Quand saurons-nous reconnaître de prime-abord les particularités, héréditaires ou acquises, qui vouent fatalement certains individus aux scrofules, à la phthisie, au cancer, à la folie? N'est-il pas évident, dès à présent, que ces différences et ces particularités existent, qu'en elles seules réside le secret de toutes ces inconnues de la science : *constitutions, tempéramens, idiosyncrasies, prédispositions, diathèses*, et que s'il est un moyen de parvenir à les dévoiler un jour, c'est de nous livrer exclusivement et persévéramment à l'étude de l'organisation.

Dans la plupart des maladies, une altération des solides est toujours associée à une altération des liquides, et réciproquement. Il n'est pas possible, en effet, qu'un organe ou un tissu soient enflammés ou malades de toute autre façon, sans que les liquides qui les baignent, ou leurs produits de sécrétion, n'éprouvent une modification plus ou moins profonde, et d'un autre côté, il n'existe pas une altération du sang qui ne se traduise par une lésion, appréciable ou non, des solides.

Dans le premier cas, le solide est le point de départ de la maladie, et c'est dans le mode de lésion qu'il subit, qu'il faut chercher la nature de celle-ci; l'altération des liquides n'est alors qu'un symptôme. Ainsi, par exemple, les changemens qu'on observe dans le mucus, la sérosité, la bile, le lait, l'urine, pendant le cours des maladies des membranes muqueuses, des membranes séreuses, du foie, des glandes mammaires, des reins et de la vessie, ne jouent qu'un rôle secondaire dans ces affections. Il importe d'en tenir compte cependant, parce qu'ils peuvent devenir des élémens précieux de diagnostic. Ces changemens peuvent en outre être quelquefois l'objet d'indications particulières de traitement. Mais en général ces indications n'ont pas la même importance que celles qui naissent de la nécessité de faire disparaître la lésion anatomique. A l'exception des cas dans lesquels la lésion de tissu ayant disparu, le produit de sécrétion morbide reste emprisonné et gêne l'exercice d'une ou plusieurs fonctions par sa présence, ou bien lorsque, résorbé et transporté dans le torrent de la circulation, il devient le mobile unique d'un désordre nouveau, la nature de l'altération anatomique constitue seule la nature de la maladie. Tous les efforts du médecin doivent se tourner contre elle, car, elle disparue, les liquides reprendront bientôt leurs qualités normales.

Dans le second cas, au contraire, l'altération du liquide, et c'est presque toujours celle du sang, ouvre la scène et la domine. Que le sang soit altéré dans sa composition intime, comme dans les scrofules, la phthisie, la chlorose, le scorbut, l'hémacélinose, etc., qu'il soit vicié par la présence d'un poison, d'un miasme, d'un virus, ou d'un venin, c'est toujours dans le genre d'altération qu'il éprouve que consiste la nature de la maladie. On doit donc s'appliquer à connaître cette altération, et en même temps chercher à signaler les caractères différentiels qui la distinguent dans chacune de ces affections. A cet effet, il ne faut pas recourir seulement à l'analyse chimique, il faut encore demander des lumières à l'étude des caractères physiques, à l'examen microscopique, à l'expérimentation, à l'observation clinique, à l'interprétation des symptômes, aux effets des agens thérapeutiques, et par dessus tout, s'efforcer de découvrir la nature de la cause qui produit et entretient le désordre morbide, quand cette cause est unique, spéciale, et spécifique. Dans ce cas, en effet, la cause persiste avec le mal, elle le fomente sans relâche, jusqu'à ce qu'elle ait vaincu l'organisme, ou se soit usée contre lui, ou en ait été chassée, comme dans les empoisonnemens ordinaires, et la plupart des intoxications miasmatiques, ou bien enfin, jusqu'à ce que l'art l'ait neutralisée par un spécifique, comme dans la syphilis et les fièvres intermittentes. Les principaux moyens de curation doivent être dirigés contre cette cause toujours présente, parce que c'est elle qui constitue la nature de la maladie. Toutefois, les viciations du liquide sanguin produites par ces agens, se manifestent généralement par des lésions anatomiques qui produisent à leur tour des accidens particuliers, telles que pustules, bubons, gangrènes de la peau, taches lenticulaires, pétéchies, parotides, chancres, ulcères rongeans, congestion et inflammation des organes intérieurs, etc., et ces lésions réclament une attention très sérieuse de la part du médecin et des moyens particuliers de traitement. Mais la nature de la maladie n'est pas changée pour cela. Si l'on se borne, en effet, à combattre les lésions de tissu, ce à quoi l'on est malheureusement réduit dans quelques-unes de ces affections, faute de connaître les moyens de détruire la cause, on aide sans doute à la guérison, mais on ne peut se flatter de la produire; les efforts de la réaction organique en usant ou expulsant le poison morbide, ont la plus forte part à ce résultat. C'est pour cela que les traitemens les plus opposés semblent réussir contre les affections de ce genre, pourvu qu'ils ne contrarient pas trop les efforts de la réaction, et c'est la manière dont ces maladies se comportent qui a donné naissance aux idées d'une nature médicatrice dont le médecin ne serait que le ministre. Si, au contraire, on parvenait un jour à attaquer ces agens morbides aussitôt qu'ils ont pénétré dans le sang et à les y neutraliser, comme la vaccine le fait probablement pour le virus de la variole, on ne verrait éclater aucun des désordres qu'ils ont coutume d'entraîner, ou bien ils seraient enrayés dès le début de leur apparition.

Or, soit que les maladies débutent par les solides, soit qu'elles commencent par les liquides, soit enfin qu'elles existent dans les solides et les liquides en même temps, toujours est-il que leur nature consiste dans le mode d'altération matérielle que les uns et les autres ont subi, que c'est là qu'il faut la chercher, et enfin que pour être difficile à trouver, elle n'est pas impénétrable.

En résumé donc, la *vie* dépend de l'organisation, la *santé* résulte de la parfaite intégrité des instrumens et de la bonne qualité des matériaux qui composent l'organisme, la *maladie* consiste dans les altérations matérielles qu'il éprouve, et la *nature des maladies*, dans les modes divers de ces altérations. Pour le médecin praticien, l'homme est un mécanisme délicat et compliqué, dont il doit apprendre à connaître, à entretenir, à réparer les rouages admirables, et dont il a mission aussi d'écarter les causes de dérangement. Il n'a d'ailleurs, je ne saurais trop le redire, d'empire que sur la matière. L'ignorance et l'orgueil ont pu seuls lui persuader que sa puissance était plus étendue. Son rôle est encore assez beau, s'il sait bien le remplir.

L.-Ch. Roche,
Membre de l'Académie de médecine.

(La suite prochainement.)

REVUE CLINIQUE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. Clément.
Suppléant, M. Aran.

Sommaire. — Fièvre rémittente quotidienne chez une femme enceinte; avortement succédant à l'administration du sulfate de quinine et suivi de péritonite mortelle. — Congestion sanguine du foie et de la rate, avec rétention de la bile, guérie très rapidement par les antiphlogistiques et les évacuans.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Ainsi, en résumé, une femme qui s'était toujours bien portée jusqu'à l'âge de 27 ans, et qui avait toujours habité des endroits sains, va s'établir dans un pays marécageux et où la fièvre intermittente est commune. Au bout de quelques mois, et à la suite d'une circonstance dans laquelle elle est exposée à une pluie abondante, elle est prise de fièvre intermittente d'abord mal définie. Une seule dose de quinquina suffit pour la couper. Elle vient à Paris quelques jours après et elle est de nouveau atteinte de fièvre qui, cette fois, devient franchement rémittente. On essaie de couper cette fièvre avec le chlorhydrate d'ammoniaque, elle résiste; on emploie l'arsenic; même insuccès; enfin on s'adresse au sulfate de quinine. La malade, qui est enceinte de cinq mois, avorte le second jour de ce nouveau traitement. Le surlendemain de cet avortement, une péritonite se déclare, d'abord localisée aux parties inférieures de l'abdomen, bientôt générale, et la malade meurt sept jours après sa fausse-couche.

Il ne peut pas y avoir de doute sur la nature de la fièvre dont cette malade a été affectée. En effet, cette femme a très certainement été exposée pendant un certain nombre de mois à l'influence des effluves marécageux. Ses accès ont commencé par être franchement intermittens avant d'être rémittens. Même après avoir revêtu ce dernier caractère, ils étaient bien tranchés. Chaque paroxysme commençait par un frisson assez prolongé, puis se continuait par une période de chaleur, période en général beaucoup plus longue que les autres, et enfin se terminait par une transpiration qui a manqué rarement. Une autre preuve que cette fièvre était vraiment une fièvre rémittente paludéenne, c'est que l'examen fait pendant la vie par M. Aran, examen confirmé par l'autopsie, n'a fait voir aucune lésion dans les organes importans, si ce n'est un développement très considérable de la rate, ce qui démontre encore l'origine paludéenne de la maladie. Nous avons noté dans les résultats de l'autopsie qu'on n'a point trouvé de tubercules dans les poumons.

Mais pourquoi, chez cette femme, l'empoisonnement paludéen s'est-il manifesté plutôt par une fièvre rémittente que par une fièvre intermittente. On ne peut guère accuser la condensation des miasmes qu'elle a respirés, ni le temps pendant lequel ils ont agi sur elle (c'est à ces circonstances que quelques auteurs attribuent le développement de la rémittence); nous avons vu qu'elle n'a vécu que cinq mois au milieu d'un pays marécageux, et que pendant les trois ou quatre premiers mois, sa santé n'a éprouvé aucune atteinte.

Ce que nous avons déjà dit doit aussi faire écarter l'explication que l'on pourrait chercher dans la doctrine de MM. Nepple et Maillot, à savoir que toutes les fièvres rémittentes sont produites par deux élémens : 1° une maladie locale qui produit les accidens continus, 2° l'empoisonnement paludéen, qui tient sous sa dépendance les accès intermittens. Chez la malade dont il est question, il n'y avait point de lésion capable d'expliquer la fièvre continue.

Peut-être l'état de grossesse où se trouvait la malade a-t-il eu une influence sur la forme rémittente de la fièvre. Quoi qu'il en soit, cette fièvre a duré un mois sans jamais présenter aucun phénomène pernicieux. Attaquée par trois médications successives, elle a résisté. Le sel ammoniac et l'acide arsénieux n'ont même pas modifié sensiblement sa marche. Quant au sulfate de quinine, l'on n'a pas eu le temps d'éprouver son efficacité dans ce cas particulier, puisque la malade, après en avoir pris deux jours de suite 1 gramme 50 centigrammes, a fait une fausse-couche. Cependant il faut dire que dès la première dose l'accès paroxystique a été notablement reculé et moins violent que les jours précédens.

L'avortement survenu chez cette femme est très intéressant au point de vue des causes qui ont pu l'occasionner. Ces causes sont ou bien la fièvre rémittente elle-même, ou bien la médication employée. Il est à croire que l'avortement n'est point dû à la fièvre seule, car rien, jusqu'au 4 décembre, ne faisait prévoir cet accident; la malade n'avait jamais accusé de douleurs de ventre, et sa grossesse semblait marcher régulièrement, lorsque le 3 et le 4 on prescrit le sulfate de quinine; le 4 au soir, la malade avorte. Or, des faits épars dans la science, mais bien observés, démontrent que le quinquina et le sulfate de quinine ont une action congestive très manifeste sur l'utérus; que, lorsque celui-ci est dans l'état de vacuité, les règles, sous l'influence de ce médicament, peuvent devenir plus abondantes ou même avancer de plusieurs jours. On peut donc admettre que le sulfate de quinine a pu ici contribuer beaucoup à l'avortement en amenant une congestion vive de l'utérus, surtout chez une femme affectée d'une grave maladie. Ce n'est là qu'une supposition, mais elle s'appuie sur des analogies que personne ne méconnaîtra, sans doute; et ce fait doit appeler l'attention des observateurs sur l'action du sulfate de quinine employé chez les femmes enceintes.

Enfin, nous avons une dernière circonstance à faire remarquer, c'est la péritonite mortelle qui est survenue chez cette malade le surlendemain de son avortement. Cette péritonite, comme cela ressort de l'autopsie, n'a point suivi la marche qu'elle affecte en général dans l'état puerpéral. On sait en effet qu'alors, le plus souvent, la maladie commence par une métrite et que l'inflammation s'étend plus ou moins rapidement au péritoine. Or, l'on n'a trouvé aucune lésion ni dans l'utérus, ni dans ses annexes. L'état puerpéral suffit-il pour expliquer le développement de cette péritonite, ou bien peut-on croire que le chagrin profond qui semble avoir miné cette femme pendant toute sa maladie, n'y a point été étranger? C'est là ce qu'il est difficile de décider.

— Dans les pays chauds, les embarras gastriques s'accompagnent très souvent de la rétention de la bile dans le foie et d'hypérémie de cet organe. Mais il n'en est pas de même dans les climats tempérés; aussi l'observation suivante présente-t-elle un fait curieux et assez rare. En effet, chez le malade dont nous allons parler et qui ne présentait d'autres phénomènes généraux que ceux d'un embarras gastrique assez intense, on a constaté une congestion sanguine, et probablement bilieuse, du foie, accompagnée d'un ictère léger, et une congestion sanguine de la rate. Ce qui augmente l'intérêt de cette observation, c'est la rapidité avec laquelle on a vu la maladie céder à un traitement rationnel, et le foie et la rate reprendre à peu près leurs dimensions normales.

Observation. — Le nommé Debonde (Louis-Pierre), âgé de 19 ans, serrurier, entre le 13 décembre 1852 à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Athanase, n° 12. Cet homme est d'une constitution médiocrement forte et d'un tempérament lymphatique; il a eu des glandes engorgées dans son enfance; il a été pris il y a quatre ans d'une fièvre typhoïde, qui, convalescence comprise, a duré quatre mois; il y a deux ans, il a été atteint d'un mal de gorge assez intense pour lequel il a été saigné. Depuis quinze jours, il avait du malaise, une diminution notable d'appétit, une répugnance marquée pour les alimens, des envies de vomir après avoir mangé, quelques frissons le soir en se couchant et enfin une douleur sourde aux limites de l'hypochondre droit et de l'épigastre, douleur qui augmentait beaucoup, lorsqu'il voulait se redresser.

Le 2 décembre, ces divers phénomènes se sont compliqués de soif vive, de douleurs orbitaires, d'insomnie, d'anxiété respiratoire, de chaleur à la peau sans transpiration, d'inaptitude au travail. Cet état de malaise se prolongeant, il est allé le 9 décembre consulter un médecin qui a reconnu chez ce malade un ictère et qui lui a prescrit 30 grammes de sulfate de soude; cette purgation a produit huit à dix selles et deux vomissemens. Les jours suivans, la fatigue et l'accablement, dont il souffrait déjà, ont encore augmenté. Cinq ou six jours avant son entrée, il avait eu quelques coliques sourdes autour de l'ombilic. Le 10 et le 11 décembre, jours qui ont suivi sa purgation, il a vomi des matières jaunâtres, et rendu deux à trois selles verdâtres. Les garderobes n'ont jamais été décolorées.

Interrogé sur son genre de vie habituelle, le malade répond qu'il n'a jamais fait d'excès d'aucune sorte. Depuis quinze jours, les urines sont fortement colorées et tachent la chemise en jaune. Le jour de son entrée, on a constaté une coloration ictérique très marquée, l'absence de fièvre, il a 64 pulsations par minute. On a pu reconnaître en outre un gonflement considérable du foie et de la rate; le foie présente une hauteur de 12 centimètres 1/2 en avant sur une ligne verticale tombant du mamelon, 8 centimètres sur la ligne médiane et 15 centimètres latéralement en dehors et à droite; la rate a 12 centimètres dans son diamètre vertical (le malade a pris une bouteille d'eau de Sedlitz, et huit ventouses scarifiées ont été appliquées sur l'hypochondre droit).

État actuel. 15 décembre. On a retiré 6 onces 1/2 de sang par les ventouses; le malade a eu neuf selles bilieuses, liquides, sans coliques et sans vomissemens. Aussitôt après l'application des ventouses, il a été soulagé, n'a pas souffert depuis hier, a bien dormi et aujourd'hui a bon appétit. La langue est pâle et humide, sans enduit; il n'y a point d'amertume de la bouche; on constate une légère teinte ictérique des sclérotiques, de la face, de la poitrine, de l'abdomen, de la partie interne des membres. Le foie a diminué de volume, en ce sens que le prolongement, qui dépassait la ligne médiane de plus de 5 centimètres ne se retrouve plus ce matin, il atteint la ligne médiane mais ne la dépasse pas; dans ses autres diamètres, le foie est resté le même; la percussion n'est pas douloureuse. Le volume de la rate a diminué de 2 centimètres dans le sens vertical, et presque autant dans le sens antéro-postérieur; de plus elle a remonté sous les fausses côtes. Peau fraîche; point de démangeaisons; la face est naturelle, très calme; le ventre est souple, indolent; on compte 60 pulsations à l'artère radiale. Sous les clavicules on constate une légère diminution de sonorité, avec allongement de l'expiration, retentissement de la voix, rudesse de la respiration à droite, à gauche elle est au contraire assez faible. (Chicorée sauvage, 6 ventouses scarifiées sur l'hypochondre droit, une portion).

16 décembre. Les ventouses ont produit 12 onces de sang; 72 pulsations; pas de chaleur à la peau; pas de douleur nulle part; bon appétit; la rate n'a pas notablement diminué depuis hier; quand au foie il a subi une diminution de près de deux centimètres, appréciable sur son bord inférieur; le bord supérieur n'a point changé de place; latéralement, il a diminué aussi d'un centimètre et demi au moins par en bas; l'ictère semble s'effacer; l'urine d'hier, d'une couleur foncée, verdissait légèrement par l'acide nitrique, elle est moins colorée aujourd'hui, elle passe néanmoins au vert-bouteille, puis au brun-rougeâtre par l'acide nitrique. (B. sulfureux, chicorée sauvage, deux portions).

17. La matité hépatique a encore diminué de deux travers de doigt; En avant cette diminution se constate par le déplacement du bord inférieur, latéralement par le déplacement du bord supérieur; La rate présente 2 à 3 centimètres de moins dans son diamètre vertical; il y a encore un peu d'ictère; bon appétit; face naturelle; langue humide; 64 pulsations. (Bain sulfureux, chicorée sauvage, trois portions).

20. Le malade sort en très bon état; le foie ne présente plus que 9 centimètres en avant et 12 à 13 environ latéralement; il dépasse à peine à gauche la ligne médiane de 2 centimètres. La rate a encore 8 à 9 centimètres; l'ictère a disparu; la face est naturelle quoique le teint soit toujours un peu blafard; les jambes sont un peu faibles; l'appétit est complètement revenu.

Ce malade n'est donc resté que sept jours à l'hôpital : il y avait quinze jours qu'il était souffrant avant d'y entrer. Le 14, lendemain du jour de son arrivée, son foie avait 12 centimètres de haut en avant et 15 sur le côté; sa rate offrait 12 centimètres mesurée suivant une ligne verticale; M. Aran lui a fait prendre une bouteille d'eau de Sedlitz, appliquer huit ventouses scarifiées sur l'hypochondre droit. Le lendemain, on constatait déjà une diminution du foie et de la rate. Nouvelle application de six ventouses sur l'hypocondre droit; nouveau retrait du foie en vingt-quatre heures de plus de 2 centimètres. Puis on fait prendre au malade des bains sulfureux, et le 20, il sort; son foie ne présente plus que 9 centimètres en avant, 12 latéralement; sa rate n'a que 8 centimètres de haut. De plus, tous les phénomènes qu'il ressentait ont disparu : douleur de côté, perte d'appétit, lassitudes, frissons vers le soir, insomnie. Il peut reprendre son travail.

Il est certain que les évacuans seuls n'auraient point produit un si prompt rétablissement chez ce malade, car ils avaient déjà été essayés avant son entrée à l'hôpital, et ils n'avaient pas amené une amélioration bien sensible.

A.-V.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 26 Janvier 1853. — Présidence de M. Guersant.

Incident.

Note du rédacteur en chef. — Le discours de M. Lebert, que nous avons publié dans notre dernier compte-rendu des séances de la Société de chirurgie, renfermait quelques passages qui ont paru blessans pour l'un de nos collaborateurs. Nous avions remarqué ces passages à la lecture du manuscrit de M. Lebert, et nous les avions signalés à notre honoré collaborateur. Nous avons été d'avis, l'un et l'autre, que nous devions donner, en cette circonstance, une preuve de notre respect pour le droit de libre discussion, et nous n'avons voulu rien supprimer d'un manuscrit écrit de la main de M. Lebert. M. Forget se proposait, d'ailleurs, d'en référer à la Société de chirurgie, et c'est ce qu'il a fait mercredi dernier, par la communication suivante, qui nous est transmise par notre rédacteur des séances :

M. Forget demande la parole sur l'ordre du jour; il s'exprime en ces termes :

Messieurs, vous vous rappelez sans doute que, dans la séance du 12 janvier, lorsque M. Larrey demanda à notre président si la discussion sur les tumeurs fibro-plastiques allait être continuée, il lui fut répondu qu'elle serait reprise dans la prochaine séance. Ce jour-là, c'est-à-dire mercredi dernier, j'aurais pu user de mon droit de réplique envers M. Lebert. Si je ne l'ai pas fait, c'est que, sous le rapport purement scientifique, rien dans sa réponse ne m'avait paru exiger que je reproduisisse les argumens que j'avais déjà exposés devant vous. J'aurais pu prendre la parole pour relever certaines vivacités de langage dont M. Lebert n'avait pas su se défendre en me répondant. Si je me suis abstenu, c'est par respect pour la Société qui a mieux à faire, que de prêter son attention à un débat personnel. D'ailleurs, ayant moi-même dit à M. Lebert, qui, dans la dernière séance, me demandait si mon intention était de prendre la parole de nouveau, que je ne voulais pas répondre à ce qu'il y avait de personnel dans son discours, j'avais lieu, dès lors, de penser qu'il en modifierait le ton et la forme, du moins dans plusieurs passages, et qu'au procès-verbal, toute personnalité désobligeante aurait disparu.

En lisant aujourd'hui ce procès-verbal, j'ai vu que M. Lebert n'en avait rien fait. Non seulement il n'a point atténué les vivacités que l'improvisation pouvait à peine justifier, mais encore il les a augmentées et exagérées; de plus, dans les notes qu'il a lui-même rédigées et envoyées à notre secrétaire, il me fait dire ce qui ne se trouve nulle part dans mon discours, et il se fait dire à lui-même des choses qui n'ont pas été prononcées dans cette enceinte, et auxquelles, par conséquent, je ne pouvais pas répondre.

M. Forget donne ici lecture de plusieurs passages de l'argumentation de M. Lebert; puis il continue :

Un tel langage, Messieurs, complètement inusité parmi nous, a dû m'émouvoir; et vous le comprendrez si vous voulez bien considérer qu'en figurant dans notre compte-rendu, ces phrases impliquent votre approbation pour tous ceux qui ne savent pas que l'impression du procès-verbal a été faite sans qu'il vous ait été lu. C'était donc une nécessité pour moi, Messieurs, d'appeler votre attention sur un fait qui est sans antécédent parmi nous, qui est tout à fait contraire à nos usages académiques, et qu'il me suffira d'avoir signalé pour que la conscience de chacun en fasse justice.

— Après cette allocution, écoutée avec une grande faveur par la Société, M. Lebert déclare que dans ce qu'il a dit, il n'a pas eu l'intention de se livrer à aucune personnalité blessante.

Séance du 12 Janvier 1853. — Présidence de M. Guersant.

M. Duval, élu dans la dernière séance, est présent et remercie de vive voix la Société de l'avoir admis dans son sein.

Cancer de la lèvre inférieure; — chéiloplastie.

M. Lenoir lit au nom d'une commission un rapport sur un travail adressé à la Société par M. Camille Bernard, dans le but d'obtenir le diplôme de membre correspondant de la Société de chirurgie.

Ce travail a pour titre : Cancer de la lèvre inférieure; restauration à l'aide de deux lambeaux latéraux quadrilatères; guérison. Il comprend l'observation d'un cas particulier qui s'est présenté l'an dernier à l'Hôtel-Dieu d'Apt, observation qui est précédée et suivie de réflexions sur la *chéiloplastie*.

Voici d'abord la relation du fait en peu de mots :

Un homme de 78 ans, d'une constitution athlétique, porte depuis environ un an une tumeur ulcérée à la lèvre inférieure; il ne donne aucun renseignemens ni sur la cause déterminante, ni sur la marche progressive de son mal. M. Bernard n'a trouvé aucune contre-indication à agir, dans l'âge avancé du malade, ni dans l'état actuel de l'ulcère, et il insiste pour étayer sa détermination, sur ces trois points principaux : 1° que, dans ce cas, l'induration du tissu cellulaire et la couleur violacée des tégumens et de la muqueuse s'arrêtent de chaque côté à 5 ou 6 millimètres en deçà des deux commissures des lèvres, et ne s'étendent par en bas que jusqu'au sillon mentonnier; 2° que les glandes sous-maxillaires sont saines; 3° enfin que la constitution de son malade est bonne. Voici maintenant le procédé opératoire que ce chirurgien a préféré : après avoir cerné les tissus affectés de cancer par deux incisions verticales partant du bord libre de la lèvre inférieure et les avoir réunies en bas par une troisième transversale occupant le sillon mentonnier, il détacha la partie moyenne de cette lèvre de ses insertions à l'os maxillaire, et l'enleva, puis il s'occupa de réparer la perte de substance qu'il venait de produire. Chez cet homme, l'ouverture de la bouche avait 60 millimètres d'étendue; or, comme par suite de l'opération, ce qui restait de la lèvre inférieure de cette bouche, était réduit à deux moignons ayant ensemble 15 millimètres, le chirurgien dut tailler dans le bas des joues deux lambeaux quadrilatères allongés, qu'il fit glisser sur l'os maxillaire inférieur, jusqu'à ce qu'ils arrivassent au contact l'un de l'autre sur la ligne médiane. De plus, afin de pouvoir doubler le bord libre de ces deux lambeaux avec la muqueuse buccale, et lui donner la forme et la structure du bord libre de la lèvre inférieure qu'il venait d'enlever, il dut exciser les tégumens seuls en dehors des deux commissures, de manière à conserver deux portions de la membrane muqueuse, assez longues et assez larges pour recouvrir le bord libre de la nouvelle lèvre. Enfin, comme par suite du rapprochement des deux lambeaux quadrilatères, exclusivement formés aux dépens de la partie inférieure des joues, la lèvre supérieure était trop proéminente en avant, et se plaçait en dehors des commissures, il dut enlever l'excédant de cette lèvre, en pratiquant en ces deux derniers points une perte de substance en forme de V, dont le sommet regardait en haut. L'opération achevée, les artères labiales furent tordues, et les lambeaux maintenus rapprochés à l'aide de quelques points de suture entortillée. Après le pansement, il restait trois plaies linéaires; l'une médiane, formée par les deux lambeaux quadrilatères réunis au-devant de la symphise du menton, et deux latérales partant de chaque commissure, et se dirigeant en haut et en dehors; elles résultaient de la double perte de substance faite à la lèvre supérieure.

La méthode employée pour restaurer la lèvre inférieure dans ce cas, est celle qui a été tour à tour appelée *méthode de Celse*, *méthode française*, et qu'il vaudrait mieux appeler, suivant M. le rapporteur, *méthode par glissement*, cette définition faisant de suite connaître le caractère du genre d'autoplastie dont on parle; méthode à laquelle M. Bernard a ajouté deux modifications importantes : la première, qui paraît appartenir au professeur Serre, de Montpellier, consiste à *ourler* le bord libre de la lèvre de formation nouvelle, au moyen d'un lambeau de la muqueuse buccale; et la seconde, qui se trouve indiquée pour la première fois dans ce travail, consiste à exciser la portion exubérante de la lèvre supérieure à l'aide de deux incisions en V renversé, faites en dehors et au-dessous des deux commissures.

La méthode suivie dans ce cas pour exciser le cancer et reconstituer la lèvre inférieure après cette excision, était-elle la meilleure à employer? L'auteur du travail a discuté longuement cette question, et M. le rapporteur déclare partager entièrement son opinion à cet égard. Il n'adresse à M. Bernard qu'un seul reproche, c'est d'avoir trop tôt publié son observation, et d'avoir donné comme définitif un résultat brillant aujourd'hui, mais qui peut-être, dans un avenir peu éloigné, pourra changer en un échec opératoire.

M. Lenoir, examinant à ce sujet la question de savoir si, à la suite de ces grands cancroïdes des lèvres enlevés par l'instrument tranchant, et réparés par l'autoplastie, il ne survient pas des récidives aussi fréquentes que lorsqu'on se borne à l'excision simple de la portion malade et au rapprochement des bords de la plaie qui résulte de cette opération, déclare compter plus sur l'ablation complète de la partie affectée, et sur la réunion immédiate après l'opération que sur un lambeau autoplastique, par quelque méthode qu'il soit façonné.

M. le rapporteur, enfin, après avoir rappelé les principales publications de l'auteur, conclut en proposant :

1° De déposer l'observation de M. Bernard aux archives;

2° De lui accorder le titre de membre correspondant de la Société.

La première de ces conclusions est mise aux voix et adoptée.

La Société procède immédiatement au scrutin pour la nomination de M. Bernard au titre de membre correspondant.

Cette nomination est proclamée.

Luxation incomplète du tibia en avant.

M. Richet lit au nom d'une commission un rapport sur un travail de M. le docteur Désormeaux, intitulé : Recherches sur la luxation incomplète du tibia en avant.

Un extrait du mémoire de M. Désormeaux ayant été inséré dans l'Union, nous croyons devoir nous dispenser de reproduire la partie analytique du rapport. Mais en raison de l'intérêt du sujet, nous reproduirons les observations historiques et critiques dont M. Richet a fait suivre cette analyse.

L'observation de luxation incomplète du tibia qui vous est aujourd'hui soumise, doit avoir une grande importance, car c'est la seule d'après laquelle il soit permis de décrire la symptomatologie de cette affection.

Le mécanisme de la production de luxation du tibia en avant peut recevoir deux explications : selon Boyer, M. Velpeau et la plupart des auteurs qui les ont précédés, il faut, pour que le déplacement se produise ou bien que la jambe soit solidement fixée pendant qu'une violence extérieure pousse la cuisse en arrière, ou bien que la cuisse étant maintenue immobile, l'effort s'exerce sur la partie supérieure de la jambe. Dans le premier cas, ce sont les condyles fémoraux qui glissent en arrière sur le tibia, tandis que dans le second, c'est l'extrémité supérieure du tibia qui est chassée en avant d'eux.

Selon M. Malgaigne, au contraire, le déplacement en avant s'effectuerait le plus souvent par une extension forcée de la jambe sur la cuisse, ou, en d'autres termes, par une flexion en avant. Le fémur ou le tibia, selon que la violence s'attaque à l'une ou à l'autre, se comportant alors à la manière d'un levier du premier genre, c'est-à-dire que la puissance étant appliquée à l'extrémité la plus éloignée du genou, le point d'appui se trouvant à la partie antérieure de l'articulation, et la résistance dans le lieu où s'attachent les ligamens croisés latéraux et postérieurs, le lieu de la résistance représenté par l'intervalle qui répare la partie antérieure du condyle du point d'insertion des ligamens croisés, se trouve être infiniment plus court que celui de la puissance dont la longueur est mesurée par celle de l'os lui-même. Aussi la déchirure des ligamens, et par suite le déplacement du tibia en avant, sont-ils la conséquence de cette inégalité.

M. Désormeaux a été conduit à adopter exclusivement cette dernière explication, mais plutôt par le raisonnement et l'expérimentation sur le cadavre, que d'après ce qui s'est passé chez son malade duquel il n'a pu obtenir aucune explication satisfaisante sur la manière dont l'accident s'était produit.

La commission n'a pu laisser passer quelques-unes des assertions de l'auteur sans les combattre; elle pense que si la luxation a beaucoup plus de chance de se produire par l'extension forcée de la jambe en avant, il ne faut pas cependant repousser d'une manière absolue le mécanisme indiqué par Boyer et M. Velpeau; elle croit de plus qu'il n'est pas possible que, dans l'extension forcée, si la violence tend à repousser l'extrémité supérieure du tibia *en arrière*, il puisse se produire une luxation en avant.....

Dans le but d'éclairer la question, M. le rapporteur a tenté quelques

expériences sur le cadavre, dont voici le résumé succinct : ayant fixé la cuisse dans un étau, d'une manière tout à fait immobile jusqu'à quelques centimètres de l'articulation fémoro-tibiale, et ayant alors cherché, après avoir étendu la jambe sous la cuisse, à la fléchir en avant, tout en repoussant l'extrémité supérieure du tibia en arrière, afin de se mettre dans les conditions indiquées par M. Désormeaux, il entendit un fort craquement et obtint une luxation incomplète du tibia en arrière. Pour éviter toute cause d'erreur, l'expérience fut répétée du côté opposé et le résultat fut le même.

Il croit donc, pour ces diverses raisons, devoir rejeter la modification apportée par l'auteur du mémoire à la théorie du mécanisme des luxations en avant par extension forcée, les expériences qui viennent d'être rapportées prouvent, contrairement à sa manière de voir, que dans la flexion en avant, si la violence est appliquée sur la face antérieure et supérieure du tibia, la cuisse restant immobile, on obtient une luxation du tibia en *arrière*, et non un déplacement en *avant*.

L'examen des symptômes présentés par son malade, a fourni à M. Désormeaux l'occasion de remarques aussi neuves que judicieuses ; il démontre que non seulement il n'y a pas eu de raccourcissement, mais encore qu'il y avait plutôt un léger allongement, par cette raison anatomique, que l'épine du tibia venant se placer sur la partie antérieure de la gorge fémorale, au lieu d'être reçue dans l'espace intercondylien, les saillies articulaires du fémur et du tibia sont éloignées l'une de l'autre de toute la longueur de cette saillie osseuse ; il résulte de là que la jambe n'ayant plus d'autre point d'appui que le pivot, jouit d'une grande mobilité en tous sens, qu'on peut la fléchir, l'étendre et lui imprimer des mouvemens modérés de latéralité et de rotation. C'est, en effet, ce qui avait lieu sur son malade. Cette mobilité doit-elle être regardée comme un signe constant, ou bien est-elle exceptionnelle? En présence d'un seul et unique fait, il était impossible de résoudre la question, l'avenir seul répondra. Toujours est-il, ainsi que le remarque l'auteur, qu'il y a là opposition entre ce que la théorie avait prévu et ce qu'a démontré l'expérience ; il ne faudrait plus donner l'immobilité comme signe des luxations incomplètes.

La position de la rotule a aussi attiré l'attention de M. Désormeaux ; il attribue la position verticale, c'est-à-dire normale qu'avait conservée la rotule, à l'épanchement considérable qui s'était fait dans l'articulation; il pense, contrairement à ce qu'il a observé, qu'il ne doit pas en être ordinairement ainsi, M. Malgaigne, dans ses expériences cadavériques, l'ayant toujours trouvée plus ou moins obliquement couchée sur la face supérieure du tibia. Mais on a déjà pu voir que, dans l'observation de M. Deguise fils, où la luxation en avant était cependant complète, ce signe avait fait défaut; d'autre part, il a également manqué dans d'autres observations de luxations qualifiées complètes par leurs auteurs et que, pour cette raison, M. Malgaigne regarde comme incomplètes, en sorte qu'il devient de plus en plus important de bien noter dorénavant la position de cet os. Mais dès à présent on peut dire, en se fondant surtout sur des faits observés par MM. Deguise et Désormeaux, que dans la luxation complète comme dans l'incomplète, la position de la rotule n'est pas toujours la même et ne saurait, en conséquence, constituer un signe pathognomonique, comme le voudrait M. Malgaigne.

Quant à la réduction, l'auteur s'applaudit, après deux tentatives infructueuses d'extension directe et de coaptation, d'avoir pu réussir par la flexion des membres associés à des tractions légères ; la commission, tout en donnant son approbation à cette méthode de traitement, pense que le chirurgien n'eût pas éprouvé ces difficultés, s'il se fût servi des agens anesthésiques. Il est bien évident que le seul obstacle à la réduction était ici la contraction musculaire, puisque les surfaces articulaires ne présentent au genou aucune de ces anfractuosités dont l'accrochement peut s'opposer au glissement des os, et que d'autres par les ligamens et autres tissus fibreux trouvés à peu près intacts à l'autopsie, ne pouvaient non plus s'interposer ; en sorte que si, avant toute tentative, et à plus forte raison après un premier essai infructueux, on eût anéanti la contraction musculaire par les inhalations de chloroforme, la coaptation par refoulement eût été faite, et l'on eût épargné au malade des souffrances inutiles.

M. le rapporteur termine en signalant celles des propositions de M. Désormeaux qui ont paru à la commission devoir être modifiées :

1° Nous pensons, avec M. Désormeaux, dit M. le rapporteur, que si les luxations du tibia en avant sont le plus ordinairement le résultat de l'extension forcée de la jambe sur la cuisse, elles peuvent cependant reconnaître encore d'autres causes, et que le mécanisme indiqué par Boyer et M. Velpeau peut être invoqué dans quelques cas; que de plus l'extension forcée ou flexion en avant peut, lorsqu'elle s'accompagne de violences agissant sur l'extrémité supérieure du tibia, repousser cet os dans le creux du jarret et déterminer une luxation en arrière.

2° Que la direction de la rotule ne constitue pas un signe pathognomonique des luxations incomplètes du tibia en avant, puisqu'on l'a trouvée tantôt verticalement située, d'autres fois plus ou moins inclinée sur la face supérieure du tibia.

3° Qu'enfin il importe, avant tout, pour réduire les luxations, d'anéantir l'action musculaire par les inhalations du chloroforme, ce qui permet d'employer avec succès la méthode du *refoulement* ; que cependant, en l'absence des anesthésiques, la flexion combinée avec l'extension doit être employée de préférence aux tractions directes.

La commission propose à l'unanimité :

1° De renvoyer le travail au comité de publication, pour être inséré dans les mémoires de la Société ;

2° De nommer M. Désormeaux membre titulaire.

Après une courte discussion, ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Il sera procédé au scrutin pour la nomination dans la prochaine séance.

Plaie de la tête avec dénudation des os du crâne; — abcès consécutif du cerveau; — opération du trépan.

M. Maisonneuve présente le cerveau d'un homme auquel il a pratiqué l'opération du trépan, pour donner issue à une collection purulente développée dans l'épaisseur même de la substance cérébrale. Le malade était un homme âgé de 38 ans, qui, en travaillant dans une carrière, le 16 octobre 1852, fut frappé à la tête par une pierre volumineuse détachée de la voûte. Il en résulta une large plaie contuse avec décollement de toute la moitié latérale gauche des tégumens du crâne, qui furent renversés sur l'épaule, laissant ainsi à découvert une grande partie du frontal, la portion écailleuse du temporal, et le pariétal tout entier. Le muscle temporal était détaché de son insertion supérieure, et le périoste décollé dans une grande étendue.

Ce vaste lambeau fut remis en place et maintenu au moyen de plusieurs points de suture. Des cataplasmes froids furent appliqués en permanence, en même temps qu'on soumit le malade à un traitement antiphlogistique rigoureux. Pendant les quinze premiers jours, il ne survint aucun accident; la réunion de ce vaste lambeau s'était opérée dans presque tous les points de la circonférence; la suppuration diminuait de jour en jour, et tout présageait une prochaine guérison; lorsque, le 3 janvier, le malade accusa de l'embarras dans la parole et de l'engourdissement dans le bras droit.

Le lendemain, la parole était abolie ; la paralysie complète dans tout le côté droit du corps, sauf le visage. Le pouls battait 95. L'urine s'écoulait involontairement. En présence de ces phénomènes, M. Maisonneuve diagnostiqua l'existence d'un abcès dans la substance cérébrale, et crut devoir pratiquer l'opération du trépan. La circonstance de la perte de la parole dès le début des accidens jointe à la dénudation du frontal, lui fit penser que l'abcès pouvait siéger dans les lobes antérieurs du cerveau. C'est là qu'il appliqua la première couronne du trépan.

Cette première ouverture ne laissant rien apercevoir, malgré l'incision de la dure-mère, M. Maisonneuve appliqua successivement quatre autres couronnes de trépan sur les parties dénudées, en procédant d'avant en arrière. Bien que chacune de ces ouvertures fût accompagnée de l'incision cruciale de la dure-mère, on n'aperçut aucune collection.

M. Maisonneuve ne se contenta pas d'inciser la dure-mère; il fit encore une ponction d'un centimètre de profondeur dans la substance cérébrale. Toutes les recherches étant infructueuses, on ne crut pas devoir les pousser plus loin.

Aucune amélioration ne survint dans l'état du malade. Les accidens continuèrent à s'aggraver.

Le 9, il survint un mouvement fébrile, et le malade succomba le 11, à une heure du matin, quatre jours après l'opération.

L'autopsie ne fit reconnaître aucune lésion apparente à l'extérieur du cerveau, autre que celle produite par l'opération elle-même; mais en le divisant, on reconnut, au niveau de la dernière couronne du trépan, un abcès du volume d'un œuf de pigeon, parfaitement circonscrit, dans l'épaisseur du lobe moyen. La partie antérieure de cet abcès n'était distante que de quelques millimètres de la ponction faite à la substance cérébrale à l'aide de la cinquième couronne de trépan, de sorte que si la ponction eût pénétré un centimètre plus profondément, le pus eût trouvé une issue au-dehors.

La séance est levée à cinq heures et demie.

PRESSE MÉDICALE.

Bulletin général de thérapeutique. — N°s de Novembre et de Décembre.

Observations de thoracentèse; par M. Legroux, médecin de l'hôpital Beaujon.

Les observations publiées par M. Legroux sont au nombre de trois; dans l'une, il s'agit d'un empyème terminé par la mort ; dans l'autre, d'une hydro-pleurie manifestement amendée par la thoracentèse ; dans la troisième, d'une hydro-pleurie symptomatique, simplement palliée par trois opérations successives. La première offre également un cas d'adhérence du poumon vers la partie moyenne de la paroi costale et la division en deux compartimens distincts de la cavité gauche de la poitrine. Dans la deuxième, l'opération a été bien simple : elle a eu pour résultat un soulagement immédiat et la cessation de la suffocation ; elle a empêché l'asphyxie en plaçant la malade dans des conditions favorables à la résolution de l'épanchement pleural. Enfin, dans la troisième, l'opération n'a eu qu'un but, celui de soulager et de prolonger l'existence ; ce but a été atteint.

En résumé, dit M. Legroux, si j'avais à formuler les indications de la thoracentèse, je les formulerais dans les propositions suivantes :

1° Elle est *commandée*, elle est de *nécessité* dans les cas d'épanchemens qui menacent le malade de suffocation, qu'elle doive être curative ou simplement palliative. Quelle que soit d'abord la nature du liquide épanché, soulager d'abord, aviser ensuite.

2° Elle est *utile*, *opportune* dans les cas d'épanchemens considérables, qui cependant ne déterminent pas d'accidens graves, de dyspnée extrême, mais qui résistent longtemps aux moyens thérapeutiques généraux, et surtout quand la nutrition souffre de cet état de choses.

3° Elle est inutile, inopportune, on pourrait presque dire blâmable, dans les épanchemens peu considérables, aigus et dont on obtient d'ordinaire la prompte résorption par les moyens médicaux. J'ajouterai, dit M. Legroux, qu'un épanchement aigu, récent, même assez considérable pour produire une dyspnée sérieuse, ne doit pas être abordé par l'opération, à moins de *nécessité*, avant d'avoir été attaqué médicalement ; car souvent un épanchement de cette nature se modifie rapidement sous l'influence d'évacuans énergiques, de larges vésicatoires. Il faut, du reste, pour juger de la nécessité et de l'opportunité de l'opération, beaucoup de circonspection ; mais, en ce cas, un peu de hardiesse vaudrait mieux qu'une timidité exagérée. Mieux vaut pratiquer une opération inutile que livrer pendant trop longtemps un malade aux chances de l'asphyxie.

4° Combien de fois doit-on la pratiquer sur un même malade? Aussi souvent que la nécessité l'exige. Mais quand après une première ponction le soulagement persiste, que l'épanchement n'augmente pas sensiblement, qu'il survient des évacuations exonératives, on doit s'en tenir là; l'opérateur a placé le malade dans des conditions favorables à la guérison. C'est à la thérapeutique médicale qu'il appartient de diriger, d'activer les efforts médicateurs de l'organisme.

Bons effets du pain de son contre la constipation qui complique les maladies de l'utérus; par M. le dr Labariller, à Bordeaux.

On sait que le pain de son, peu usité parmi nous, est au contraire d'un usage vulgaire chez nos voisins d'outre-Manche. M. Labariller pense qu'on pourrait s'en servir avec avantage pour combattre la constipation si fréquente dans le cours des maladies utérines et qui est en partie le résultat du séjour au lit. Dans dix cas de rétroversion ou de prolapsus utérin, qui ont nécessité le séjour des malades au lit ou sur une chaise longue, l'action du pain de son ne lui a fait défaut qu'une fois. La constipation liée à un état maladif du foie ou de l'estomac, dans le cas surtout où les matières excrémentitielles sont compactes et noirâtres, sera combattue avec succès par le pain de son. Son abus peut avoir quelques inconvéniens, amener une perte complète de l'appétit et provoquer un dégoût qui force à en cesser l'usage. Le pain de son, agissant d'une manière mécanique, il est préférable de le conseiller au commencement du repas : huit ou dix bouchées suffisent. Le pain de son est rarement bien préparé ; le meilleur, celui que les malades trouvent le plus agréable et dont l'effet est le plus marqué, est préparé en incorporant à la pâte du pain bis une quantité égale en poids de son ordinaire.

COURRIER.

M. le docteur Trolliet, médecin en chef de l'hôpital civil d'Alger, praticien des plus recommandables et des plus estimés, vient de mourir. Ses obsèques ont été célébrées dans la petite église de St-Augustin, au faubourg Bab-Azoun. Une foule nombreuse, et qui réunissait dans ses rangs les principaux fonctionnaires, magistrats, et l'élite de la population civile, assistait à cette triste cérémonie.

M. le docteur Foley, qui depuis onze ans exerce en Algérie et depuis neuf ans remplit les fonctions de médecin en second de l'hôpital civil d'Alger, vient d'être nommé médecin principal de cet établissement, en remplacement de M. Trolliet, décédé.

La Société de médecine de Bordeaux, dans le banquet d'installation de son bureau, qui a eu lieu mardi dernier, après une allocution chaleureuse du président, M. le docteur Gintrac père, a couvert de ses bravos les plus sympathiques des couplets improvisés par M. le dr J. Venot, dans lesquels notre confrère a chanté l'acte de générosité que M. Orfila vient d'accomplir.

On lit dans le *Progrès du Pas-de-Calais* :

« Quand un homme s'élève au-dessus du niveau de la foule, à quelque titre que ce soit, on est naturellement porté à se demander d'où il vient et quels sont ses droits à la fortune. Trois hommes sont actuellement, d'une manière toute particulière, dans la familiarité de Napoléon III. Ce sont : MM. Conneau, son premier médecin ; M. Acar, de Ham, son premier pharmacien ; M. Charles Thélin, attaché à sa personne, et chargé de distribuer les secours que beaucoup de gens, toujours prêts à solliciter, ne manquent pas de demander.

» MM. Conneau et Charles Thélin sont connus ; tous deux ont partagé la captivité du prince Louis-Napoléon à Ham, et c'est à leur zèle, à leur dévouement qu'il dut la sécurité de son évasion. Nos lecteurs se le rappellent sans doute, les premiers renseignemens certains que le public connut sur cette évasion, qui fit une si profonde sensation, lui vinrent d'une lettre écrite de l'étranger par le prince lui-même. Dans cette lettre on lisait : « Mon bon et fidèle Thélin..... » Plus loin, on lisait encore : « Pendant ce temps là, Conneau, *toujours si dévoué*, restait en prison » et faisait croire que j'étais malade, afin de me donner le temps de » gagner la frontière. J'espère qu'il n'aura pas été maltraité. Ce serait » pour moi une grande douleur, vous le comprenez. » M. Conneau ne fut pas maltraité, mais il dut subir préventivement la prison, et, deux mois après le tribunal de Péronne le condamnait à quelques mois d'emprisonnement.

» Les faits que nous venons de citer, et leur appréciation par le prince Louis-Napoléon, aujourd'hui Empereur, justifient assez la faveur dont jouissent en ce moment M. Conneau, homme de science autant que de dévouement, et M. Charles Thélin.

» M. Acar, de Ham, premier pharmacien de l'empereur, est moins connu du public, et sa faveur inattendue a dû nécessairement étonner. C'est que le public ne sait pas que M. Acar, pharmacien à Ham, a toujours été, pendant les six années de la captivité du prince Louis-Napoléon, en tiers avec MM. Conneau et Charles Thélin, dans leur fidélité et leur dévouement au captif. C'est par l'intermédiaire de M. Acar que le prisonnier de Ham a pu correspondre sûrement avec ses amis. Ces services d'ami dévoué ne justifieraient pas cependant la position tant ambitionnée de premier pharmacien de l'empereur que M. Acar a obtenue, si M. Acar n'était pas en même temps un homme remarquable dans la science; bien que sa modestie ait toujours évité le bruit et l'éclat que tant d'autres recherchent. Cependant, si modeste que soit M. Acar, il y a longtemps que quelques-uns de ses travaux sont connus du public en général, et de nos lecteurs en particulier.

» Ainsi, dans le *Progrès*, du 1er avril 1844, on a lu un article ayant ce titre : *Le sucre indigène ne périra pas*, et consacré à décrire un procédé nouveau de défécation trouvé par MM. Acar, pharmacien à Ham, et Giraud, son associé.

» L'article que nous citons se terminait ainsi :

« Nous qui connaissons depuis longtemps M. Acar comme un homme » plein de patriotisme, que ses lumières et son éducation mettent bien » au-dessus de la carrière qu'il a embrassée, nous sommes heureux de » trouver cette circonstance qui nous permet d'initier le public à nos » sentimens et de lui faire partager notre sympathie envers ceux que » nous aimons. » XX.

» Ces deux XX voulaient dire Louis-Napoléon Bonaparte. Le futur empereur, en écrivant ces lignes, signait le brevet de la fortune dont jouit aujourd'hui M. Acar.

» En résumé, l'empereur Napoléon III a réuni autour de sa personne, pour les fonctions les plus délicates, les trois hommes sur l'amitié et la fidélité desquels il peut compter de la manière la plus absolue. Peu de souverains peuvent en dire autant. »

La dame Bouillé, sage-femme, rue de Montholon, après avoir opéré l'accouchement d'un enfant du sexe masculin, omit de faire la déclaration à la mairie. Traduite, pour ce fait, en police correctionnelle, le tribunal a prononcé contre elle, par application de l'art. 344 du Code pénal, six jours de prison, 16 fr. d'amende.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.— Typographie Félix Maltesté et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 13. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 1er Février 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An.............. 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur AMÉDÉE LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOUSCRIPTION

ouverte en faveur de M. Orfila dans les bureaux de L'UNION MÉDICALE:

MM. Senac, directeur de l'École de médecine et de pharmacie de Lyon, 10 fr.; Venot, chirurgien en chef de l'hospice Saint-Jean, à Bordeaux, 10 fr.; Picglowski, médecin en chef de l'établissement des eaux de Vernet, 10 fr.; Foissac, 20 fr.; Barrilleau, directeur, Jolly, Bas, Gaillard, Bonnet, Orillard, Pinganld-Malapert, Chevallier, tous professeurs à l'École de médecine de Poitiers, 200 fr.; Mélier, 20 fr.; Ecot, d.-m. à Feneu, et son fils, élève à l'École de médecine d'Angers, 4 fr., Richard (de Nancy), 10 fr.; Janson, 5 fr., Bonnet, 10 fr., Brachet, 5 fr., Colrat, 10 fr., Glenard, 5 fr., Bouchacourt, 10 fr., Mortain, 5 fr., Davallon, 5 fr., ces neuf derniers tous professeurs à l'École de médecine et de pharmacie de Lyon; Blatin, 10 fr.; Mallet, à la Rochelle, 10 fr.

Total de la 9me liste . . . . 359 fr.
Listes précédentes . . . . . 1,450 fr.

Total de la souscription de l'UNION MÉDICALE. 1,809 fr.

Souscriptions reçues aux bureaux de M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine :

MM. Barth, 20 fr.; Falret, 50 fr.; Voisin, 50 fr.; Verneuil, 5 fr.; Rignoux, imprimeur de la Faculté, 10 fr.; Petit (Auguste), étudiant, 5 fr.; Blondeau (Léon), 10 fr.; Roque, pharmacien, 10 fr.; H. Combes, professeur à l'École de Toulouse, 20 fr.; Dop, 5 fr.

État de la souscription au 31 janvier :

Souscriptions reçues dans divers bureaux. 1,125 fr.
Souscriptions reçues à l'UNION MÉDICALE. 1,809
Total général. . . . 2,934

— *A M. B...*, à Poitiers. Votre proposition, honoré confrère, sera soumise à la commission.

PARIS, LE 31 JANVIER 1853.

9me LETTRE SUR LE CHOLÉRA (1).

Nature des Maladies; — Nature du Choléra.

Entre les causes naturelles des maladies, telles que le froid, le chaud, les écarts de régime, les miasmes, les virus, etc.; entre ces causes, dis-je, et les altérations des solides et des liquides qu'elles déterminent, il n'y a pas autre chose que le rapport abstrait qui existe entre un effet et sa cause, et c'est folie que de lui donner un corps pour y placer la nature des affections morbides. Entre l'inflammation du poumon et le froid qui la produit, l'inflammation de l'estomac et la substance irritante qui la provoque, l'altération du sang dans la syphilis et le virus qui lui donne naissance, il est inutile, il est absurde, disons le mot, de venir jeter un intermédiaire mystérieux qui n'a d'existence que dans l'imagination de ses inventeurs. C'est se créer à plaisir des difficultés factices dans une science qui en renferme déjà bien assez de réelles. Chose digne de remarque, ce sont précisément les partisans exclusifs de l'observation pure, les ennemis déclarés de l'hypothèse, qui créent de semblables suppositions, hiéroglyphes indéchiffrables, énigmes qui, de leur propre aveu, n'ont pas de mot.

A plus forte raison, devons-nous chercher dans les altérations matérielles la nature des affections dont la cause échappe et que l'on appelle pour cela *spontanées*, maladies beaucoup plus nombreuses qu'on ne le pense généralement. Ces altérations se développent sourdement, dans la texture intime, encore peu connue, des tissus, ou dans les matériaux qui concourent à sa formation, elles grandissent peu à peu, éclatent tout à coup, au moment où le désordre atteint ce degré avec lequel la santé cesse d'être compatible.

Sans doute, on ne peut pas encore se rendre compte de tous les phénomènes des maladies par l'anatomie et la physiologie; la raison en est qu'il nous reste encore beaucoup de choses à apprendre dans ces deux sciences. Mais combien de progrès n'avons-nous pas faits sous ce rapport depuis un demi-siècle. La plupart des *fièvres essentielles*, des *hydropisies*, quelques *névroses*, n'ont-elles pas été rattachées à des lésions matérielles, et expliquées par elles d'une manière satisfaisante pour les esprits les plus sévères. Ces conquêtes de l'anatomisme naissant en font présager de plus importantes dans l'avenir. Le vitalisme est-il bien venu d'ailleurs à nous reprocher notre impuissance à expliquer certains phénomènes, lui qui n'explique rien, qui substitue de grands mots, bien creux, *nature*, *archée*, *force vitale*, *principe vital*, etc., à la place de solutions véritables, lui qui croit avoir enseigné quelque chose d'ingénieux et tout à la fois de sublime, quand il a dit que l'homme et les animaux vivent parce qu'ils portent en eux *un principe de vie*, lui qui ne sait faire aux problèmes de la santé et de la maladie que des réponses aussi naïves qu'il a l'ingénuité d'admirer comme des vérités profondes, réponses tout au plus propres pourtant à ébahir des enfans, lui, en un mot, dont l'impuissance à rien expliquer saute aux yeux et ne demeure cachée qu'à ceux qui ne veulent pas la voir.

Eh! quoi, dira-t-on. Nous reste-t-il donc beaucoup de découvertes à faire en anatomie et en physiologie? N'a-t-on pas compté et décrit tous les os et tous les muscles du corps humain, et n'en a-t-on pas assigné les usages? N'a-t-on pas injecté tous les vaisseaux, disséqué tous les nerfs jusque dans leurs plus petites divisions, et décrit tous les tissus et tous les organes? Ne connaît-on pas, à peu de chose près, tous les instrumens et toutes les fonctions de cet admirable mécanisme? Qu'avons-nous donc à apprendre encore qui puisse jeter des lumières nouvelles sur les questions qui nous occupent? Présomptueux que nous sommes! Il y a soixante-dix ans à peine, nous ne soupçonnions pas l'existence du système lymphatique, et aujourd'hui même la fonction nous en est encore inconnue; nous ne connaissons le nombre et quelques-uns des usages des tissus de l'économie que depuis les commencemens du XIXe siècle seulement; nous ne savions pas, il y a une quarantaine d'années, qu'il existât des nerfs pour le sentiment et des nerfs pour le mouvement; nous savons d'hier à peine que le foie fabrique du sucre, et qu'en irritant un certain point de la moelle allongée on en augmente singulièrement la formation; nous ignorions, il y a peu de jours encore, que le pancréas sécrétât un liquide ayant pour usage d'émulsionner les graisses et de les rendre digestibles; une des fonctions des ovaires vient à peine de nous être révélée; nous ne savons pas à quoi servent la rate et la glande thyroïde; le système nerveux est encore pour nous plein de mystères; nous ne sommes pas d'accord sur les voies et moyens de l'absorption; nous refaisons tous les vingt-cinq ans nos théories de la digestion; le doute règne encore sur les fonctions du système capillaire sanguin; enfin, nous ne savons pas le premier mot de ce qui se passe dans le grand acte de la nutrition, cet acte dans lequel se préparent les germes de plus d'une maladie, et nous dirions que l'anatomie et la physiologie n'ont plus rien à nous dévoiler, et nous douterions de l'immense clarté que l'acquisition de ces lumières qui nous manquent, répandrait sur la connaissance de l'homme sain et de l'homme malade, et nous nous laisserions décourager par l'effrayante immensité d'un labeur sans terme et détourner de notre voie par les déclamations d'une doctrine stérile et sans avenir!

Non, cela ne se peut pas. Laissons dire à quelques esprits stationnaires ou rétrogrades, mécontens de voir crouler le vieil

(1) Voir les numéros des 27 et 29 Janvier.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — *Étiologie* d'Hippocrate (suite). — Des causes intérieures des maladies : tempéramens, habitudes, âge, sexe, hérédité, exercice. — *Pathogénie* d'Hippocrate ou théorie sur la cause prochaine des maladies. Exposition des systèmes philosophiques de l'antiquité sur la composition de l'univers et sur les forces qui en dirigent les phénomènes. — Système des quatre élémens. — Système d'un seul élément, système des atomes — Explication du monde et de ses phénomènes : 1° par l'activité de la matière (Leucippe, Democrite, Épicure, Asclépiade), variante introduite par Empédocle; 2° par une force supérieure et générale placée en dehors de la matière inerte. — Application de ce système à la médecine par Hippocrate.

VII.

Étiologie d'Hippocrate (suite). — *Causes intérieures des maladies.*

1° *Des tempéramens ou complexions.* — Hippocrate en compte trois : les complexions sanguine, bilieuse, phlegmatique. Il ne dit rien du tempérament nerveux, chose facile à comprendre, si l'on se rappelle que l'anatomie et la physiologie du système nerveux étaient à peu près inconnues à cette époque. Hippocrate remarque que ces complexions diverses peuvent faire varier les effets des constitutions atmosphériques, fait vrai dont l'exactitude a été confirmée par l'observation des médecins de tous les pays. Il signale certaines complexions qui favorisent le développement de certaines maladies, entr'autres celle qui est liée à la phthisie pulmonaire.

2° *Des habitudes.* — Au livre des aphorismes, section II, aphorisme 50, Hippocrate dit : Les choses auxquelles on est accoutumé depuis longtemps, lors même qu'elles sont moins bonnes, nuisent moins que celles auxquelles on n'est pas habitué. Nous voyons là le germe des travaux nombreux et intéressans accomplis depuis sur ce sujet.

3° *Des âges.* — Hippocrate insiste sur les rapports des âges avec la nature, la forme, la gravité, la marche, la durée et le mode de terminaison des maladies. Les détails qu'il donne à ce sujet, sont consignés dans le livre des *aphorismes*. Beaucoup sont vrais, beaucoup sont incomplets, un grand nombre sont erronés. Ce serait un beau travail, dit M. Andral, que celui qui consisterait à étudier les maladies relativement à leur fréquence et aux différentes formes qu'elles affectent aux différens âges. Il faudrait surtout insister sur les modifications particulières que l'âge imprime à la même affection. Ainsi, chez les vieillards, la pneumonie offre ce caractère particulier d'être presque toujours latente, et de ne présenter d'autres symptômes qu'une prostration considérable des forces. Quant aux phénomènes locaux, point; et, n'étaient les signes révélés par la percussion et l'auscultation, on ne saurait à quoi l'on a affaire. Avant la découverte de l'auscultation, on devait donc méconnaître la pneumonie des vieillards, ainsi que nous semble l'avoir fait Pinel dans sa *clinique*, où nous trouvons la description d'une *fièvre adynamique* observée sur des vieillards de Bicêtre, fièvre dont les symptômes se rapportent de tous points à ceux de la pneumonie des vieillards.

4° *Des sexes.* — On trouve disséminées, dans les livres de la collection hippocratique, des considérations sur les différences que les sexes impriment à la physionomie des maladies sous le rapport de leur nature, de leurs symptômes et de leur gravité relative.

5° *De l'hérédité.* — Dans le *Traité des eaux, des airs et des lieux*, et à propos d'un vice de conformation de la tête qu'il avait observé chez les *macrocéphales*, ainsi nommés précisément à cause de ce vice de conformation, Hippocrate dit : Puisque les individus nés de parens à yeux bleus, ont les yeux bleus, et que ceux qui sont nés de parens chauves sont chauves, il n'est pas étonnant que des parens ayant une déformation de la tête donnent naissance à des enfans affectés du même vice de conformation, puisque, dit-il encore, on voit des bilieux engendrer des bilieux, des phlegmatiques engendrer des phlegmatiques, etc., il n'est pas surprenant que les maladies se transmettent des parens aux enfans. Hippocrate admet l'hérédité d'un grand nombre d'affections, entr'autres de l'épilepsie et de l'affection calculeuse.

6° *De l'exercice musculaire.* — Suivant Hippocrate, l'exercice musculaire peut devenir cause de maladie de deux manières : 1° par excès; 2° par défaut. Il signale les maladies d'une classe spéciale d'hommes, les athlètes qui, de leur vie, ne faisaient qu'exercer leurs muscles. Ces hommes avaient des maladies particulières, comme ils avaient un tempérament particulier.

7° *Exercice d'autres organes.* — Hippocrate signale encore, parmi les causes de maladies, l'exercice d'autres organes, tels que les yeux, l'oreille, etc. Il note l'influence d'un coït exagéré sur la production de certaines maladies.

Dans le *Traité de la nature de l'homme*, Hippocrate insiste sur les inconvéniens de la transition brusque d'une vie laborieuse à une vie inoccupée, et réciproquement. C'est là un point d'une très grande importance étiologique.

Telle est l'*étiologie* d'Hippocrate, divisée philosophiquement, suivant la méthode d'observation, en deux parties, l'une dans laquelle il considère les influences extérieures à l'homme, l'autre dans lesquels il étudie les influences qui naissent de l'homme même, dans les circonstances où il se trouve placé. Il n'y a pas de meilleure philosophie physiologique et étiologique; aussi avons-nous conservé ces grandes divisions depuis longtemps tracées par Hippocrate.

Pathogénie d'Hippocrate. — Comment les influences, soit extérieures, soit intérieures, produisent-elles les maladies? Par quel mécanisme agissent-elles? Quelle est, sous l'empire de chacune de ces influences la modification intime primitive qui s'accomplit dans l'organisme et y jette le trouble qui produit la maladie? Que se passe-t-il dans l'économie entre le moment d'application de la cause et celui où se produit l'altération d'où résulte la maladie? On a cherché à répondre par les hypothèses à cette éternelle question toujours débattue, jamais résolue.

édifice dans lequel ils rendent leurs oracles ambigus et souvent trompeurs, laissons-les dire que l'on n'expliquera jamais la vie, la santé, la maladie chez l'homme, les animaux et les plantes, par l'organisation, et, sans nous en émouvoir, appliquons-nous à donner chaque jour de nouveaux démentis à leurs prédictions, en faisant chaque jour, s'il se peut, de nouvelles découvertes dans le champ inépuisable de l'organisme. Causes premières de la vie, raisons de la santé, explication de la nature des maladies, toute la science de l'homme physique est là.

S'il faut voir dans les désordres de l'organisation la nature et la raison d'être des maladies, c'est aussi sur cette base que doit reposer toute bonne classification en médecine. Sans une base unique et constante, il n'y a pas de bonne classification dans les sciences. Quand cette base est variable, tout y est confusion sous une apparence de régularité. On fait de l'ordre avec le désordre, suivant une expression célèbre. Voyez au contraire les botanistes et les zoologistes, nos maîtres en classification? Où puisent-ils les règles de l'ordre qu'ils établissent parmi les diverses espèces de plantes et d'animaux? Dans l'organisation de ces êtres, et uniquement dans leur organisation. N'en est-il pas de même en anthropologie? N'essaie-t-on pas de classer les hommes par races, genres et espèces exclusivement, d'après les caractères physiques qui les distinguent? En pathologie, il n'en saurait être autrement. Les caractères fondamentaux de chaque maladie résidant, je crois l'avoir prouvé, dans le mode d'altération survenue dans un ou plusieurs des instrumens de l'organisme, on doit classer les maladies en prenant pour première base ce mode d'altération tel qu'on le connaît ou le suppose; et pour seconde base l'organe, le tissu, ou le liquide, qui en est le siége. Il faut donc renoncer à ces classifications bigarrées, à bases mobiles et changeantes, qui, établissant un ordre de maladies sur la considération des causes, un autre sur celle des symptômes dominans, un troisième sur la nature de la lésion, etc., etc., n'ont pas le caractère d'unité qui en fait le principal mérite.

Les mêmes règles devraient sans doute présider à la formation de la nomenclature médicale. Chaque science ayant ses faits spéciaux, doit nécessairement posséder sa langue particulière. Cette langue est son histoire écrite; elle porte l'empreinte de ses imperfections au début; elle en retrace successivement les progrès, et l'on pourrait lire la date de chacun de ses perfectionnemens et de ses variations dans les changemens de nom que subissent tour à tour les faits de son domaine et ses propres doctrines. Elle ne peut jamais être parfaite, si, comme nous le croyons, le progrès est indéfini. Nous ne dirons donc pas, avec Condillac, qu'une science n'est qu'une langue bien faite. C'est évidemment une exagération de grammairien. Mais nous pensons que le langage doit s'y mettre toujours en harmonie avec les faits et les théories, et en être l'expression aussi nette et aussi fidèle que possible. Ainsi, de même que, dans la nomenclature chimique, le nom des corps composés exprime leur composition, de même les noms des maladies devraient rappeler les deux élémens dont elles sont formées, savoir : la nature et le siége du mal. C'est ce qu'a pensé notre savant et honorable ami, M. le professeur Piorry. Nous partageons entièrement son avis à cet égard.

Mais une telle nomenclature peut-elle être créée dans l'état actuel de la science. Je ne le pense pas. Il n'en est pas des choses de la médecine comme de celles de la chimie. Un oxide de fer sera toujours un oxide de fer, l'acide sulfurique sera toujours de l'acide sulfurique; on peut donc hardiment donner le nom de sulfate de fer au composé qui résulte de la combinaison de ces deux corps; ce nom ne changera probablement jamais. Les deux élémens des maladies ne sont ni aussi simples, ni aussi bien connus. Le siége ne peut guère varier, sans doute. Il y aura toujours autant de siéges de maladies que de tissus, d'organes et de liquides dans le corps humain, ni plus, ni moins. Mais leur nature ne se dévoile que graduellement à nos regards, et le moment est encore bien éloigné où nous en posséderons la connaissance parfaite.

Nous pouvons bien désigner les inflammations par le nom composé du siége qu'elles occupent et du mode d'altération qui les caractérise, sauf à y ajouter au-besoin une épithète destinée à signaler les particularités importantes qu'elles peuvent offrir. Une pleurite, une gastrite, une hépatite, une péritonite, une cystite, etc., seront toujours des inflammations de la plèvre, de l'estomac, du foie, du péritoine, de la vessie. Le tissu ou l'organe affecté, et le mode d'altération qu'ils éprouvent, resteront les mêmes dans les siècles. Mais cela n'est plus possible, dès qu'il s'agit de cette foule de maladies dont la nature ne nous est que très incomplètement connue, telles que les névroses, les cancers, les tubercules, les mélanoses, les diabètes, toute la classe nombreuse des altérations du sang et les maladies de la lymphe. Vouloir imposer à ces affections morbides des dénominations qui expriment leur nature telle que nous la supposons aujourd'hui, c'est prendre l'obligation de refaire la langue médicale à chaque progrès nouveau, c'est s'exposer à la surcharger d'une synonymie qui, se renouvelant sans cesse, finirait par remplir des volumes de vocabulaires, deviendrait bientôt aussi longue à apprendre que la science elle-même, ou bien rendrait inintelligibles à la génération du jour les œuvres des générations passées. Que l'on se figure, s'il est possible, la quantité de noms que porterait aujourd'hui la même maladie, si tous ses historiens avaient eu la pensée de la dénommer d'après les idées qu'ils s'étaient faites de sa nature, ce qui est malheureusement trop souvent arrivé, et l'on n'aura qu'une bien faible idée du nombre infini d'appellations auxquelles donneraient naissance, dans un avenir même assez prochain, la rapidité croissante du progrès et le nombre de jour en jour plus considérable des pionniers de la science. Il vaut donc mieux laisser à ces maladies les noms insignifians par lesquels on a coutume de les désigner, et qui ne préjugent rien sur leur nature. Ajournons la réalisation de nos rêves de perfection des nomenclatures, jusqu'à l'heure, qui ne sonnera pas de si tôt, où nous saurons le dernier mot du secret de la nature des maladies.

Et maintenant, résumons-nous.

La nature des maladies réside dans l'altération matérielle des élémens solides et liquides du corps humain. Dans la plupart des cas, cette altération est accessible à nos moyens d'investigation. Des travaux importans nous les ont déjà fait connaître en partie. Il est permis d'espérer que des recherches ultérieures achèveront de nous en dévoiler le mécanisme et l'essence, et nous apprendront à découvrir celles qui se sont dérobées jusqu'ici à notre curiosité, car le progrès accompli depuis un demi-siècle nous en est garant. La nature des maladies n'est pas impénétrable. Il faut les classer en prenant pour bases cette nature telle qu'on la connaît ou la suppose à la date où l'on écrit, et le siége qu'elles occupent. Une nomenclature parfaite est ajournée à deux mille ans. En continuant de suivre les doctrines du vitalisme, l'ajournement serait éternel.

Il serait superflu de s'appesantir davantage sur la démonstration de ces principes. Faisons-en donc l'application à l'étude du choléra.

Le choléra appartient à cette classe de maladies qui reconnaissent une cause unique, spéciale, toujours la même. Il est plus que probable que cette cause n'est dans le sang qu'à l'état de mélange, puisqu'elle peut en être éliminée sans avoir rien perdu de ses propriétés funestes, et qu'en outre, le sang en est à peine débarrassé qu'il reprend ses qualités normales, de la même manière qu'il les recouvre toutes après l'expulsion de l'arsenic à la suite de l'empoisonnement par cette substance. C'est donc en elle que réside la nature du mal. Le sang est certainement altéré par sa présence, mais il ne l'est pas dans sa composition intime. Enlevez ou neutralisez cette cause, et le sang reprendra sa pureté. Il faut donc chercher la nature du choléra dans la nature du miasme qui le produit.

Malheureusement, nous ne connaissons aucun moyen direct de résoudre ce problème. Ni les caractères physiques, ni les caractères chimiques ne peuvent encore nous en donner la solution, et l'examen microscopique que j'ai proposé ne nous fournirait peut-être pas plus de lumières. Quelle marche faudrait-il donc suivre pour parvenir à percer ce mystère? Dans l'impossibilité où nous sommes de descendre de la connaissance de l'essence de la cause à celle des effets, ne pourrions-nous pas faire l'opération inverse, c'est-à-dire remonter des effets à la cause, et déduire la nature de celle-ci de la nature de ceux-là, considérer *provisoirement* le miasme du choléra comme un corps simple ou indécomposé, et en étudier par les effets les propriétés et les caractères distinctifs, comme le font les chimistes pour les corps supposés simples de la nature? C'est au reste de la sorte que nous avons procédé jusqu'ici; c'est ainsi que nous allons procéder encore.

Faisons bien la part d'abord des effets qui appartiennent en propre et directement au miasme dans les symptômes et les lésions anatomiques du choléra.

L.-Ch. Roche,
Membre de l'Académie de médecine.

(La fin prochainement.)

THÉRAPEUTIQUE.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR L'EMPLOI TOPIQUE DE LA PATE D'ENCENS (BOSWELLIA THURIFERA) DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS CHARBONNEUSES; par le docteur Caifassi, médecin à Pian-Castagnaio (Toscane).

Le hasard et l'empirisme, plus que tous les raisonnemens, *à priori*, ont enrichi la science de la plupart des moyens thérapeutiques puissans qu'elle possède. C'est le hasard qui a fait découvrir le quinquina et l'empirisme qui nous a donné le mercure. Pour être plus simple et plus modeste, le moyen si efficace contre les affections charbonneuses que je me propose de faire connaître aujourd'hui, n'en est pas moins dû à l'empirisme d'un paysan de S. Fiora, le nommé Duchi, qui en fit longtemps un secret de famille, et qui s'était assuré avec son aide d'assez bons revenus dans nos pays. Instruit de ces heureux résultats, mon ami, M. le docteur Romei, chercha à savoir quel était le moyen employé par Duchi, et n'ayant pas tardé à le découvrir, il s'en servit dans sa pratique et en reconnut toute l'efficacité. Moi-même, à qui il en avait fait communication, je n'ai pas voulu en instruire le public avant d'avoir expérimenté. Mais aujourd'hui, où les faits sont si nombreux, je croirais manquer à mes devoirs en ne faisant pas connaître un moyen appelé à

Nous allons examiner l'hypothèse ou le système institué par Hippocrate, pour expliquer la cause prochaine des maladies. Cette théorie n'est pas exposée dogmatiquement par le père de la médecine, mais c'est celle que l'on peut extraire de l'ensemble des livres qui composent la collection. Cette théorie n'est que le reflet des idées philosophiques professées au temps d'Hippocrate. Pour comprendre la pensée des livres hippocratiques, il faut donc remonter à l'étude des systèmes des philosophes qui ont précédé les auteurs de ces livres ou qui ont été leurs contemporains.

Examen des systèmes philosophiques de l'antiquité. — De 600 à 400 ans avant J.-C., la Grèce, quelques parties de l'Asie-Mineure, la Sicile, etc., présentent un spectacle digne d'admiration. Là on voit des hommes désignés d'abord sous le nom de sages, puis sous le titre plus modeste d'amis de la sagesse, de philosophes, consumer leur vie à méditer à la fois sur l'univers et sur l'homme. Ne croyez pas qu'ils passent leur temps en pures spéculations. Non, plusieurs étaient des observateurs attentifs. Ils observaient et recueillaient les faits que la nature offrait à leurs regards; mais ils ne connaissaient pas l'art de les faire naître, cet art expérimental si cultivé et si perfectionné aujourd'hui, qui a pris naissance au milieu des extravagances et des folies, pour ainsi dire, de l'intelligence humaine, dans les laboratoires des alchimistes du moyen-âge.

Les philosophes embrassaient à la fois, dans leurs études, le monde physique, le monde physiologique, le monde intellectuel et le monde moral. C'étaient les mêmes hommes qui étudiaient les phénomènes astronomiques, se livraient à des spéculations hasardées, mais toujours brillantes sur la formation de l'univers et la composition intime de la matière; qui examinaient les organes des animaux, cherchaient à découvrir, par l'observation ou par l'hypothèse, la cause des phénomènes qui se passent dans les corps vivans, suivaient ces phénomènes dans leurs aberrations, les maladies, analysaient l'intelligence et ses actes, sondaient les mystères de l'homme moral, dissertaient sur les institutions politiques des peuples, et s'élevaient jusqu'à la connaissance de Dieu et de l'âme. Le caractère essentiel, le cachet de la philosophie ancienne est l'universalité des connaissances. Cette universalité était chose possible à une époque où les faits scientifiques étaient peu nombreux, étudiés sous un petit nombre de faces; où l'on ne savait pas combien il faut que l'observation soit laborieuse, patiente, multipliée, pour qu'un fait soit bien connu, observé dans toutes ses circonstances, étudié sous toutes ses faces, afin de séparer tout ce qui lui est propre, essentiel, de ce qui ne lui est qu'accidentellement attaché.

Aujourd'hui, par suite des immenses progrès des connaissances humaines, on a senti le besoin de les scinder; la science est divisée à l'infini, et loin qu'un seul homme puisse en embrasser l'ensemble, la fraction la plus minime de cet ensemble suffit pour absorber la vie entière de plusieurs savans. Le cachet de la philosophie ancienne était l'universalité des connaissances, le cachet de la science moderne est la division de ces mêmes connaissances. Cette division à l'infini de la science est à la fois un bien et un mal. C'est un bien, parce que les détails des faits conduisent à une généralisation plus exacte et plus parfaite. Il n'y a rien de plus fâcheux, dit M. Andral, que la direction de certains esprits qui s'obstinent dans la contemplation des idées générales, sans se préoccuper de rechercher des faits qui leur servent de preuve et d'appui. C'est vouer la science à l'impuissance et à la stérilité que de suivre une pareille direction. Mais si la division à l'infini de la science a de grands avantages, elle a aussi un grave inconvénient, l'isolement des connaissances humaines. En effet, tout se tient dans la science; c'est un arbre qui se divise en innombrables rameaux, mais ces rameaux aboutissent tous à un tronc commun. L'inconvénient de l'isolement des connaissances humaines apparaît avec une extrême évidence en physiologie et en médecine, sciences qui se composent à la fois de faits physiques, de faits chimiques et de faits vitaux. Les connaissances physiques et chimiques sont donc nécessaires au physiologiste et au médecin, mais les faits innombrables dont se composent la chimie, la physique, la physiologie, la médecine, exigent que chacune de ces sciences soit cultivée à part. Voilà le mal, mais à ce mal il y a un remède et ce remède c'est l'association qui est devenue aujourd'hui une nécessité. Ainsi, le médecin, le physiologiste, doivent s'associer dans leurs travaux des physiciens et des chimistes, sous peine de ne comprendre que d'une manière incomplète les faits des sciences qui font l'objet de leur étude.

Dès l'origine des sciences naturelles, un des premiers points sur lesquels se portèrent les esprits des observateurs fut l'étude de la constitution intime des différens corps de la nature. Les premiers observateurs furent frappés de ce que les corps de la nature se présentent sous trois états : l'état solide, l'état liquide et l'état gazeux. Les solides furent désignés par le terme générique *terre*, les liquides par le terme générique *eau*, et les gaz par le terme générique *air*. La terre, l'eau et l'air furent les trois principes ou élémens primitifs de la matière, auxquels ils ajoutèrent un quatrième principe, le *feu*. Les premiers observateurs virent que ces principes entraient en proportions diverses dans la composition de tous les corps de la nature, et ils déduisirent de cette observation cette conséquence, que tout corps est composé de quatre substances simples, ne pouvant se transformer les unes dans les autres. De l'arrangement de ces divers élémens, de leurs combinaisons et de leurs proportions relatives résultaient les diverses qualités des corps, qualités de chaud, de froid, de sécheresse, d'humidité, etc.

Telle était la croyance générale des philosophes de l'antiquité au sujet de la composition des corps de la nature. Mais au milieu de cette croyance générale surgissaient cependant quelques opinions particulières. Pour quelques philosophes, les quatre élémens étaient réductibles en un seul, et cet élément unique variait pour chaque philosophe. Pour les uns, c'était la terre, pour d'autres l'eau, pour d'autres l'air, pour d'autres le feu. L'observation de la transformation de ces élémens les uns dans les autres, de l'eau, par exemple, soit en solide ou *terre*, soit en vapeur ou *air*, avait conduit ces philosophes à cet excès de généralisation.

Pendant que ces philosophes généralisaient, d'autres poussaient l'analyse plus loin que ceux qui admettaient les quatre élémens, et, par une simple vue de leur esprit, ils trouvaient et établissaient que chacun de ces élémens prétendus simples était composé lui-même de molécules semblables entr'elles et différentes des molécules des autres élémens. Ces molécules étaient désignées par eux sous les dénominations diverses d'*élémens des élémens*, d'*atomes*, d'*homœoméries* ou parties semblables des élémens. Telle était l'opinion d'Anaxagore, de Leucippe, de Démocrite, d'Empédocle, etc., qui, par une simple vue de leur génie,

rendre de si grands services parmi les populations pauvres des campagnes. Voici d'abord les observations que j'ai recueillies :

Observation I. — Le 1er septembre 1848, on me conduisit un jeune garçon de 16 ans, le nommé Boni, gardeur de troupeaux, qui était dans un état affreux ; tant la face était tuméfiée et déformée, ainsi que le cou, par un énorme gonflement. En l'examinant plus attentivement, j'aperçus sur la partie moyenne de la paupière inférieure gauche, une bulle grande comme une pièce d'un centime, de forme elliptique, bordée à sa circonférence d'un grand nombre de petites vésicules, pleines d'une sérosité blanchâtre et transparente, lesquelles s'élevaient de deux lignes environ au-dessus de la partie centrale, qui avait une couleur noire et une consistance charnue. En déchirant les vésicules, je trouvai au-dessous une substance blanchâtre, qui semblait formée d'albumine concrète. Les parties tuméfiées offraient l'élasticité, l'aspect luisant, la transparence et la couleur spéciale à l'affection charbonneuse. En outre, l'état général était fort grave : fièvre avec pouls petit, fréquent, dépressible ; respiration et déglutition difficiles ; chaleur brûlante à la peau, prostration considérable.

Interrogé sur l'origine et le début de sa maladie, le malade m'apprit que, trois jours auparavant, pendant qu'il était endormi la tête appuyée sur un vieux coussin, hors de service, il avait été réveillé tout d'un coup par une sensation vive de piqûre à la paupière gauche, celle qui était appuyée, avec la joue correspondante, sur le vieux coussin. Portant alors la main à l'endroit douloureux, il sentit une petite ampoule qu'il déchira ; puis pas d'autre accident ; mais seulement, il s'aperçut que d'un jour à l'autre l'écorchure s'agrandissait et que la face gonflait jusqu'au point où nous la voyons en ce moment.

C'était le premier charbon que j'avais à traiter dans ma pratique ; aussi ne fut-ce pas sans un vif serrement de cœur que je m'abstins de faire usage du cautère actuel et que je me décidai à employer ce nouveau traitement. Ayant fait une pâte avec de la poudre d'encens, je l'appliquai sur le charbon et j'attendis avec anxiété les résultats. Toutefois, comme le malade offrait des signes non équivoques d'un état gastrique bilieux, je prescrivis un éméto-cathartique qui produisit d'abondantes évacuations bilieuses tant par en haut que par en bas, et qui fut suivi d'une amélioration notable dans l'état général. Mais l'enflure de la tête, du cou et de la face était tellement augmentée, qu'il était presque impossible d'écarter les paupières l'une de l'autre, même en employant beaucoup de force. Pour remédier à l'état de faiblesse du malade, je lui fis donner du vin généreux et une décoction d'une once de quinquina dans une livre d'eau.

Vingt-quatre heures après, j'enlevai la pâte d'encens et je reconnus que le charbon s'était un peu étendu. Un grand nombre des petites vésicules qui en formaient la partie périphérique s'étaient ouvertes et avaient donné lieu à l'écoulement sur la face d'une humeur âcre et liquide, couleur de lavure de chair, et dans un point de la périphérie du charbon, précisément vers l'angle interne de l'œil, il y avait un contraste frappant entre la couleur de la peau saine et celle du charbon ; autrement dit, une petite ligne d'une couleur rouge vif établissait la distinction entre les deux. Je réappliquai la pâte d'encens et prescrivis, pour le lendemain, un autre vomitif qui produisit, comme la veille, d'abondans vomissemens, et à la suite beaucoup de soulagement. La prostration des forces diminuait aussi, le pouls devint moins fréquent et plus développé, la peau moins brûlante.

Vingt-quatre heures après la seconde application de la pâte, je l'enlevai de nouveau, et je remarquai que cette ligne de couleur rouge vif, notée plus haut, entourait presque toute la périphérie du charbon, qui était séparé de celle-ci par un sillon rempli d'un ichor jaunâtre, et que par suite de la déchirure des petites vésicules qui en constituaient la partie périphérique, celle-ci s'était déprimée au point de se trouver de niveau avec la partie centrale, et de ne se distinguer de celle-ci que par sa coloration lie-de-vin et sa mollesse ; tandis que la partie centrale était noire et d'une consistance coriace. La peau saine, qui entourait le charbon, et qui se trouvait au contact de la pâte, offrait d'assez nombreuses phlyctènes remplies d'une humeur séro-sanguinolente et de dimensions diverses, mais sans aucun dépôt particulier au fond de ces phlyctènes. Le lendemain, la fièvre avait cessé, l'enflure avait beaucoup diminué. Dans la nuit, un grand nombre des phlyctènes cutanées s'étaient ouvertes et déchirées, et avaient versé le long de la joue l'humeur séro-sanguinolente qu'elles contenaient. Tout cela dura plusieurs jours, pendant lesquels tandis que les unes se rompaient, d'autres apparaissaient. Enfin, peu à peu, les parties malades commencèrent à dégonfler, l'ichor sanguinolent cessa de couler. Mais ce ne fut qu'avec une assez grande lenteur que le malade reprit ses forces, et que le travail d'élimination s'accomplit ; il fallut même, après avoir employé sans succès les pommades détersives et les emplâtres émolliens, exciser l'escarre avec les ciseaux.

Le succès si remarquable que je venais d'obtenir, était bien de nature à m'engager à revenir à ce traitement, et c'est ce que je fis dans douze autres cas, tous conduits à une heureuse fin, sauf un seul au sujet duquel j'aurai à dire quelle me paraît être la cause de l'insuccès. Mais m'étant fortement étendu sur la première observation, je serai très bref sur les autres.

Observation II. — Une femme de 36 ans, tisseuse, d'un tempérament lymphatique, éprouva, le 2 avril, une sensation de prurit désagréable à la tempe gauche. Elle y porta la main, sentit une petite vésicule, qu'elle déchira, et le prurit disparut. Deux jours après, je trouvai sur cette région un charbon presque circulaire, d'un demi-pouce d'étendue. La face était fortement tuméfiée, fièvre, prostration, état gastrique bilieux, lipothymies. (Même prescription qu'au malade précédent.)

Quarante-huit heures après l'application de la pâte d'encens, le travail d'élimination était établi, et la ligne de démarcation entourait tout le charbon. Deux jours après, il n'y avait plus de fièvre, et la face était dégonflée. Il faut noter que, chez cette malade, la gangrène de la peau de la paupière supérieure gauche, survenue au milieu d'une tuméfaction considérable, laissa un peu de difformité.

Observation III. — Un enfant de 12 ans, d'un tempérament lymphatique, alla le 8 août 1849, avec des enfans de son âge, cueillir des mûres dans la campagne, et tout en les cueillant, il ressentit un picotement violent et fugitif à la paupière supérieure gauche. La nuit suivante, il fut pris de frisson, et le lendemain, la face était gonflée. Lorsque je le vis dans la soirée, j'aperçus sur la paupière un petit tubercule semblable à une lentille, brun, consistant, avec un petit point noir central. J'appliquai la pâte d'encens ; et comme il n'y avait qu'un état gastrique simple, je me bornai à un vomitif et à une décoction vineuse de quinquina. Le cinquième jour, la fièvre avait cessé ; mais la face ne dégonfla que le septième jour.

Je noterai, au sujet de ce malade, que le 7 août, il avait fait un abondant repas avec de la viande provenant d'un animal mort de maladie, et que le tubercule charbonneux ne se détacha pas comme d'habitude par voie d'élimination, mais que, parvenu au volume d'une grosse fève, il devint noir, prit une consistance cernée, et tomba après vingt jours, laissant une forte cicatrice.

Observation IV. — Un jeune campagnard, âgé de 21 ans, fut pris de charbon à la tempe gauche, le 4 juin 1850. Fièvre adynamique, énorme tuméfaction de la tête, de la face, du cou et de la poitrine, jusqu'au-dessous de la région mammaire des deux côtés ; anxiété et déglutition difficile. (Même prescription que chez les malades précédens.)

Ayant remarqué que la peau de la paupière, fortement gonflée et distendue, prenait une couleur rouge vif foncé, et menaçait de se gangréner, comme cela était arrivé chez la malade de l'observation II, je pratiquai, pour obvier à cet inconvénient, et à diverses reprises, des scarifications avec la pointe d'une lancette ; par suite, abondant écoulement de sérosité, et affaissement de la paupière : j'éloignai ainsi un danger imminent.

Observation V. — Une petite fille du malade précédent, âgée de 3 ans, tomba malade six jours après lui, présentant une vésicule phlycténoïde arrondie, semblable à une grosse lentille, remplie d'une humeur brune, et ayant son siége à la face ; celle-ci était fortement tuméfiée. J'appliquai la pâte d'encens, sans autre prescription. Peu de jours après, la guérison était obtenue, presque sans cicatrice.

Le fait de ces deux individus de la même famille, frappés à si peu d'intervalle d'une maladie presque identique, m'engagea à faire quelques recherches, et j'appris que tous deux avaient mangé et fait servir aux usages domestiques de la graisse et de la viande d'animaux morts de maladie.

Observation VI. — Un cultivateur, âgé de 24 ans, fut atteint de charbon le 15 juillet 1850. Le charbon était situé à la joue gauche. Fièvre avec léger état gastrique et un peu de turgescence de la face. J'appliquai la pâte d'encens et j'administrai un purgatif composé de sulfate de magnésie et de rhubarbe. Le malade avait écorché des animaux morts de maladie.

Observation VII. — Une femme de 44 ans, employée aux travaux des champs, me fit voir, le 7 août 1850, une vésicule grande comme un centime, pleine d'une humeur brune ou couleur de lavure de chair, ayant son siége à la face dorsale de la main droite, entre le pouce et l'index, coïncidant avec une tuméfaction légère de la main et de l'avant-bras. J'appliquai la pâte d'encens et je lui dis de revenir, ce qu'elle ne fit pas. J'appris, quinze jours après, qu'elle était guérie.

Observation VIII. — Le 12 juin 1851, un campagnard, âgé de 50 ans, écorcha une brebis morte de maladie : deux jours après, charbon à la joue gauche, fièvre, état gastrique, gonflement considérable de la face. Application de la pâte d'encens ; un purgatif.

Observation IX. — Le 18 juillet 1851, un campagnard, âgé de 40 ans, vint me consulter pour un petit mal qu'il portait au menton. J'examinai la partie et j'y découvris une tumeur du volume d'une petite aveline, fortement saillante au-dessus du niveau de la peau, arrondie, dure, noire au centre et d'un rouge foncé à la circonférence, mais sans phlyctène comme d'habitude.

Cette grosseur avait commencé trois jours auparavant par une petite vésicule accompagnée de prurit, qu'il avait déchirée ; puis elle avait augmenté de volume, et il était survenu du gonflement de la face et du cou jusqu'à la région claviculaire. Abattement moral considérable ; pouls petit, fréquent, irrégulier ; sueur froide, abondante ; pas de fièvre. Application d'un emplâtre émollient. Dans la soirée, la tuméfaction avait considérablement augmenté ; fièvre, anxiété considérable ; respiration et déglutition difficiles ; douleur aux amygdales que je ne pus examiner ; le malade n'ouvrant pas suffisamment la bouche pour cela. Je substituai à l'emplâtre émollient la pâte d'encens ; je prescrivis un purgatif pour le lendemain, ainsi que le traitement suivi chez les malades précédens. Deux jours après, il n'y avait plus de fièvre ; la ligne de démarcation circonscrivait le charbon, qui s'était peu à peu aplani, et n'avait plus que la grosseur d'une noix. Le lendemain, le malade retournait chez lui, et douze jours après, il revenait se faire détacher l'écorce charbonneuse. Ce malade avait écorché un mouton mort de maladie.

Observations X et XI. — Homme de 45 ans, campagnard, charbon à la joue gauche, avec légère tuméfaction de la face. Application de la pâte. Guérison quinze jours après.

Jeune fille de 18 ans, affectée d'un charbon à la face externe de l'avant-bras gauche. Je la vis trois jours après. Le bras était fortement tuméfié, fièvre avec un léger embarras gastrique. Un cathartique et application de pâte d'encens. Deux jours après, le travail d'élimination avait commencé, fièvre modérée ; le membre commençait à dégonfler. Au vingtième jour l'escarre était tombée. Cette jeune fille était au service d'un marchand de peaux non préparées.

Observation XII. — Une femme de 35 ans, journalière, fut transportée à Piano le 29 avril 1852, pour être traitée d'un charbon. Appelé le lendemain, je constatai à la partie antérieure du cou, au-dessous du larynx, un charbon de figure elliptique, grand comme la moitié d'un baïoque. La face, le cou, la poitrine jusqu'au-dessous des mamelles,

---

avaient découvert l'une des vérités fondamentales de la physique et de la chimie modernes.

Ainsi, les philosophes de l'antiqnité pouvaient se diviser en trois catégories, relativement à leur manière de comprendre la composition intime des corps de la nature. La première catégorie, la plus nombreuse, se composait des philosophes qui admettaient l'existence de quatre élémens irréductibles les uns dans les autres. Dans la deuxième catégorie se rangeaient ceux qui réduisaient tous les élémens en un seul. Dans la troisième catégorie rentraient ceux pour lesquels chacun des quatre élémens était divisible en un certain nombre de molécules semblables entr'elles et différentes des molécules des autres élémens.

Voici d'ailleurs de quelle manière remarquable, à plus d'un titre, les anciens philosophes comprenaient la formation et la destruction apparentes des corps de la nature : « La matière est impérissable, disaient-ils ; si certains corps semblent disparaître, ce n'est là qu'une apparence ; c'est que leurs élémens sont entrés dans de nouvelles combinaisons. Quant à la matière, elle reste toujours la même. Rien ne naît, rien ne périt absolument ; tour à tour les élémens se réunissent et se séparent, tout passe de l'un au multiple et du multiple à l'un, de telle sorte que ce qui périt ce ne sont pas les élémens, mais leurs associations diverses, et que dans le monde il n'y a en réalité que mélange et séparation de parties. » Admirable langage, qui de la spéculation est passé dans la langue de la science la plus positive.

Ces idées furent bientôt transportées des livres des philosophes dans les ouvrages des médecins de l'époque. « Rien ne se produit, dit Hippocrate dans le *Traité du régime*, rien ne se détruit dans le monde ; rien ne s'anéantit absolument et rien ne naît qui ne fût auparavant ; mais se mêlant et se séparant, ces choses changent. »

Une autre question capitale, étudiée et discutée dans tous les temps, a été soulevée par les anciens philosophes ; la voici : ces particules, ces atomes, ces homœoméries, comment s'unissent-ils, comment se séparent-ils ? Où et quelle est la force qui tantôt les pousse les uns contre les autres, et tantôt les sépare et les dissocie ? Ces astres que les lois immuables fixent ou entraînent dans l'espace, ces corps organisés où tout concourt vers un même but, comme si tout était dirigé par une intelligence supérieure, où est et quelle est la force qui les régit ? Où est et quelle est la cause des mouvemens et des phénomènes dont ils sont le siége ? On peut répondre et on a répondu de deux manières à cette question.

1° Les uns ont pensé que cette force réside dans la matière. Pour eux, la matière est active et susceptible de se donner à elle-même tous les changemens et toutes les modifications qu'elle éprouve.

2° D'autres, au contraire, ont pensé que la force motrice est placée en dehors de la matière. Pour eux, la matière est inerte, c'est-à-dire incapable de sortir par elle-même de son état, et par conséquent ne pouvant être modifiée que par l'intervention d'une force qui s'ajoute à elle, force qui domine l'univers, en remplit toutes les parties dans lesquelles elle suscite le mouvement et la vie. Ces deux systèmes se disputent encore aujourd'hui le monde entier.

Dans le premier système, il n'y a dans l'univers qu'une matière existant de toute éternité dans l'espace. Elle est composée de particules actives ou atomes, qui, par leurs mouvemens divers, sont la cause des mouvemens et des changemens que la matière éprouve. Ce système, conçu et composé vaguement par Leucippe (d'Abdère) et par Démocrite, fut repris et popularisé par Epicure, pour servir plus tard de fondement aux doctrines médicales du célèbre Asclépiade.

Empédocle n'était pas absolument partisan des idées de Leucippe et de Démocrite, puisqu'il admettait une intelligence supérieure, régulatrice du monde. Mais il faisait jouer un grand rôle à l'activité de la matière. Pour lui, la matière était composée d'atomes doués d'activité et de mouvemens. Voici comment, dans son langage poétique, Empedocle faisait accorder ensemble l'existence d'une intelligence suprême et l'activité de la matière : « Les vrais élémens, dit-il, ne sont pas ceux que que nos sens grossiers perçoivent ; ces élémens des élémens sont des êtres vivans, des âmes (ψυχαί), des Dieux. »

Dans le deuxième système, l'espace et la matière n'expliquent pas tout. En dehors de la matière, existe une intelligence supérieure qui régit l'univers, et donne à la matière inerte le mouvement et la vie. Les partisans de ce système se fondent sur la merveilleuse harmonie qui règne dans l'univers. Pour les Grecs, l'idée du monde est inséparable de l'idée d'ordre ; aussi ont-ils réuni ces deux idées dans une même expression, Κοσμος, qui signifie à la fois monde et ordre, et dans une autre expression, οἰκονομία, en français économie, qui veut dire gouvernement intérieur, gouvernement du petit monde, par opposition au gouvernement du grand.

Ainsi, pour les partisans du deuxième système, tout en nous et hors de nous est sous la dépendance d'une intelligence supérieure, dont la nôtre n'est qu'un pâle reflet, d'une force régulatrice générale, dont les forces particulières qui meuvent les corps de la nature ne sont que des émanations. Voici en quel magnifique langage ils rendent leurs pensées : « Sous cet assemblage infini de forces diverses, disent les uns, ne se cache-t-il pas une force absolue qui crée, soutient, unit ces forces les unes aux autres, et en est tout à la fois la cause, l'appui et le lien harmonique ? » « Le monde, disait Anaxagore, est mû par une intelligence suprême. De ce mouvement est née la séparation de l'esprit d'avec la matière inerte. L'intelligence est la force ordonnatrice, elle possède la grandeur, la puissance et l'énergie ; elle est pure, elle pénètre toutes choses ; elle est le principe de toute vie, de tout sentiment dans le monde ; elle est l'âme du monde. (ψυχη του Κοσμου).

La même pensée est reproduite par Virgile dans ces vers admirables gravés dans la mémoire de tous :

Principio cælum ac terras, camposque liquentes,
Lucentemque globum lunæ, titaniaque astra,
Spiritus intus alit, totamque infusa per artus
Mens agitat motem et magno se corpore miscet.

(*Énéide*, liv. VI.)

Cette pensée, cette théorie, ce système, sont la pensée, la théorie, le système d'Hippocrate. Après avoir établi avec les philosophes que la composition du corps humain est semblable à celle de l'univers, que les mêmes élémens constituent le grand et le petit monde, Hippocrate pose un deuxième principe fondamental, à savoir, que ces divers élémens sont rassemblés dans le corps, distribués, ordonnés par la même force qui régit l'univers, force qui n'est pas le corps lui-même, dont elle est parfaitement distincte. Si ces élémens viennent, sous une influence quelconque, extérieure ou intérieure, à subir un dérangement, l'harmonie du corps humain est dérangée, l'ordre est troublé, il y a désordre ou maladie. Cette même force qui présidait à la distribution régulière des élémens et au jeu normal des fonctions, continue toujours son action. Elle tend à ramener l'harmonie, à rétablir l'ordre, au moyen d'une série d'actes qui ont, comme les actes normaux, leur ordre de développement, de succession et de durée. Mais la force qui dirige ces actes, qui les fait tous concourir vers un même but, la conservation de l'individu ; cette force reste inaltérée et inaltérable. Pour Hippocrate, la maladie est donc un trouble physiologique constitué par un ensemble d'actes que dirige une même force, la nature. La thérapeutique doit avoir pour but de prévoir quel sera l'ensemble des phénomènes manifestés par la nature, de voir quelle direction la force ordonnatrice imprimera à ces phénomènes, pour le rétablissement de l'ordre et de l'harmonie. Tantôt ces phénomènes auront une intensité trop grande, la thérapeutique interviendra pour les modérer ; tantôt ils seront trop faibles, la thérapeutique aura pour but de les activer ; enfin, dans le plus grand nombre des cas, les phénomènes se développeront régulièrement et dans une juste mesure ; alors, la thérapeutique, loin d'intervenir activement, devra, par une sage expectation, laisser la nature accomplir librement son œuvre.

(La suite prochainement.)

étaient énormément tuméfiés et d'un rouge sombre, dont l'intensité diminuait à mesure qu'on s'éloignait du charbon; grande anxiété, respiration difficile, voix croupale, vomituritions, vomissemens, diarrhée et sensation de constriction thoracique, sueurs froides, pouls fréquent, petit, intermittent. Traitement des cas graves, seulement je remplaçai l'émétique par le sulfate de magnésie. La malade refusa de prendre du vin et du quinquina.

Le 31, dans la matinée, la tuméfaction s'était étendue jusqu'au-dessous des mamelles, et l'oppression thoracique avait beaucoup augmenté. Dans la soirée, la malade s'agita beaucoup dans son lit, sans pouvoir trouver une position. Lypothimie et suffocation. Face plombée, regard éteint, œil fortement injecté, extrémités inférieures froides et agitation continuelle. Coma et mort une heure après.

Je ferai remarquer que cette malade, qui était dans la misère la plus profonde, et qui, à ce titre, se nourrissait de la manière la plus insalubre et la plus insuffisante, avait perdu trois jours entiers dans l'emploi de toute espèce de remèdes de commères, lorsqu'elle se présenta à moi dans l'état si grave que j'ai décrit. Probablement sa constitution avait éprouvé déjà une trop profonde atteinte pour qu'elle pût résister vigoureusement à l'action du virus charbonneux. Tout autre moyen eût probablement échoué comme le mien.

Observation XIII. — Enfant de 8 mois, portant à la région pariétale gauche un charbon de la dimension d'une demi-baïoque, presque circulaire, avec fièvre et grave tuméfaction de la tête et de la face. Toute la famille de cet enfant maniait continuellement des peaux d'animaux morts de maladie, et suivant toute probabilité, on la lui avait communiquée en le portant dans les bras ou en appuyant sa tête sur la poitrine. Application de pâte d'encens. Vingt jours après l'escarre charbonneuse était tombée.

Tels sont les faits que j'ai recueillis; rapprochés de ceux de M. le docteur Roméi, qui n'en compte pas moins de 32 et autant de succès, ils sont bien dignes de fixer l'attention des médecins, d'autant plus que c'est là un traitement extrêmement simple qui peut être mis en usage par la première personne venue, et à une époque où la maladie n'est pas encore fort avancée.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 22 Décembre 1852. — Présidence de M. Bouvier.

Sommaire. — Observation de guérison spontanée d'ascite communiquant avec la tunique vaginale, par M. Barth. Observation analogue, par M. Barthez (François). — De la toux convulsive qui se montre pendant la thoracentèse; opportunité de cette opération : MM. Guérard, Valleix, Marrotte.

M. Barth rapporte une *observation de guérison spontanée d'ascite communiquant avec la tunique vaginale.*

Il y a environ trois mois, je racontai à la Société l'histoire d'un homme de 25 ans, atteint d'une *ascite avec communication de l'abdomen et de la tunique vaginale* (sans qu'il existât de hernie). J'avais fait, sur ce malade, quelques expériences relatives à un bruit qui se passait au niveau de l'orifice de communication; si, après avoir refoulé le liquide, on appliquait le stéthoscope sur la région correspondant à cet orifice, on entendait, en laissant retomber le liquide, un murmure continu qui devenait plus intense par une pression sur le ventre. Je comptais me livrer à des expériences nouvelles, dans le cas où l'épanchement se reformerait, comme il arrive d'ordinaire.

La ponction fut faite par le scrotum, et l'ascite fut vidée par la tunique vaginale.

L'épanchement s'étant reproduit, je renouvelai les expériences précitées et je pus constater que le bruit dû au refoulement du liquide de l'abdomen dans la tunique vaginale prenait un ton plus élevé en même temps qu'il acquérait une intensité plus grande.

Une nouvelle évacuation devenant nécessaire, je songeai à faire une ponction double au scrotum, et à laisser pendant quelque temps une sonde à demeure; sonde flexible en caoutchouc vulcanisé, dont les deux extrémités ressortaient au dehors; tandis que la partie médiane, complexe et munie d'un trou, resterait à l'intérieur de la tunique vaginale pour recevoir le liquide et l'évacuer. Le malade, sur ces entrefaites, fut pris d'une fièvre continue, analogue à la fièvre typhoïde (diarrhée, prostration, etc., sans localisation évidente), tant que dura cet état fébrile, aucune médication particulière ne fut dirigée contre l'ascite, et au bout de trois semaines, quand la fièvre fut tombée, le liquide avait diminué spontanément, et il disparut enfin complètement. L'orifice de communication de l'abdomen avec la tunique vaginale s'était fermé; seulement, en même temps que la nature opérait ce travail de réparation, il se formait, dans la tunique vaginale, un kyste du volume d'un œuf, qui fut réduit à celui d'une noix sous l'influence de l'iodure de plomb. Le malade n'éprouvait plus aucune souffrance, et il est sorti guéri.

En résumé, ce fait, qui complète l'observation présentée antérieurement à la Société, est très curieux au point de vue de la guérison spontanée d'une ascite communiquant avec la tunique vaginale; le liquide épanché (la cause de l'ascite est restée obscure pour nous), ce liquide a été résorbé à la suite d'une fièvre, et en même temps que se bouchait l'orifice de communication : puis un kyste s'est formé au scrotum, lequel a diminué graduellement, et la guérison de ce kyste a été obtenue, de même que celle de l'épanchement abdominal.

M. Barthez (François) rapproche de l'observation précédente un fait assez semblable qu'il a constaté sur un postillon atteint pareillement d'une ascite avec communication dans la tunique vaginale; le malade fut opéré par le même procédé que M. Barth vient d'indiquer; mais il succomba à une péritonite qui était tuberculeuse; chez lui il n'existait pas non plus de hernie.

M. Barth communique l'histoire d'un second malade sur lequel il a déjà appelé l'attention de la Société, et à qui il a pratiqué trois fois la thoracenthèse pour un épanchement de la plèvre gauche, si considérable, que le refoulement extrême du cœur à droite aurait pu faire croire un instant à une transposition du viscère. A la première ponction, il retira cinq litres de liquide; le malade s'étant refroidi dans le jardin de l'hôpital Beaujon, il y eut une récidive. A la deuxième thoracentèse, pratiquée au mois de juillet dernier, on évacua deux litres de sérosité, au moyen d'un trocart à robinet, de manière à obtenir un écoulement continu et plus lent, et à éviter la pénétration de l'air qui est si facile. L'amélioration de la santé fut telle, que bientôt le malade allait et venait dans l'hôpital, remplissant les fonctions d'infirmier. Cependant un peu d'oppression revint, qui augmenta par degrés, et récemment une troisième ponction donna issue à un liquide toujours un peu plus pesant que l'eau, très albumineux, dont l'évacuation demanda trois quarts d'heure. Cette opération fut, comme les précédentes, supportée si bien, que le jour même, le patient pouvait se promener. Mais la fièvre est survenue sans qu'il fût possible de la rattacher à une altération évidente.

De ces succès incomplets, de ces récidives, il faut conclure qu'il y a des fausses membranes épaisses qui enveloppent le poumon, qui l'étreignent, s'opposent à son ampliation et l'empêchent de revenir à son état primitif. Une circonstance assez curieuse a été constatée après la thoracentèse, c'est que le bruit respiratoire n'est revenu que dans la moitié supérieure de la poitrine; en bas, le silence du murmure vésiculaire persiste comme avant la ponction. Avant cette opération, il n'y avait ni égophonie, ni bronchophonie; à la fin, après évacuation du liquide, on a perçu une égophonie évidente.

M. Barth se demande ce qu'il faut faire dans le cas présent. Faut-il insister sur la thoracentèse ou s'abstenir et attendre la guérison de la nature? Si cette guérison est possible, elle sera toujours très lente, en raison des obstacles anatomiques à la dilatation du poumon, de la difficulté du retour des organes voisins à leur volume normal, et de la lenteur avec laquelle pourra s'opérer le retrait des parois thoraciques.

M. Guérard pense que la guérison n'est plus possible sans opération nouvelle chez le malade dont il vient d'être question; si on l'abandonne à lui-même, la suppuration surviendra et se terminera par la mort. En conséquence, il conseillerait de répéter encore la thoracentèse.

M. Guérard ajoute que dans les cas de thoracentèse pour pleurésie, qu'il a observés en petit nombre d'ailleurs, il a fait la remarque suivante : quand il n'y avait pas encore de pseudo-membranes pulmonaires épaisses, quand on pouvait évacuer par la ponction presque tout le liquide, il y avait un phénomène qui lui a paru prouver le retour prompt du poumon à son volume normal, c'est une *toux convulsive* aux premières ampliations de l'organe naguère comprimé. Ne pourrait-on pas, de l'absence de ce phénomène, conclure que des fausses membranes se sont déjà formées.

M. Barth croit que chez son malade le poumon doit être couvert d'une coiffe épaisse de fausses membranes; il n'y a pas eu de toux pendant les opérations, qui ont été supportées plus facilement que ne le serait une saignée.

M. Valleix : J'ai vu récemment un homme de 24 ans, d'une constitution médiocre, malade depuis à peu près cinq mois, et qui, notamment depuis six semaines, avait présenté des phénomènes aigus (toux, dyspnée, etc.) traités d'une manière insuffisante; il avait repris son travail, mais restait essoufflé, pâle et amaigri. Quand je l'examinai, je constatai du côté gauche un épanchement pleurétique énorme, ayant refoulé la pointe du cœur à deux travers de doigt en dehors du mamelon droit. Chez lui, l'auscultation sous la clavicule manifestait une respiration amphorique des plus intenses, avec pectoriloquie comme dans les faits récemment cités par M. Barthez. A la base du poumon, il y avait de la faiblesse du murmure respiratoire, et du souffle plus haut, avec égophonie. Le pouls n'était qu'à 84, mais la dyspnée était remarquable; il y avait presque orthopnée. Un traitement approprié (ventouses, diurétiques, calmans) n'ayant amené aucun amendement, l'épanchement restant aussi considérable avec plus de fièvre et de dyspnée, je fis la thoracentèse entre la septième et la huitième côte, et je tirai 2,600 grammes d'un liquide louche, un peu citrin. Après l'évacuation de ce liquide, survinrent des secousses convulsives, de la suffocation, avec pâleur, anxiété, soulèvement des côtes, etc. On termina l'opération. Le lendemain, amélioration notable, pouls à 80, respiration à 20 au lieu de 40; sentiment de bien-être. La matité n'était pourtant pas notablement diminuée, bien que la respiration ne fût plus amphorique, et se rapprochât de l'état normal. Au moyen de quelques médicamens, des diurétiques et des calmans, la résorption de l'épanchement fut plus complète; le malade sortit au bout de quinze jours.

Mais il y a eu récidive : le malade est rentré dans nos salles, avec de la dyspnée, avec les signes d'une collection liquide considérable, et une seconde ponction sera faite.

M. Marrotte : Quoique le rapport de la commission nommée pour étudier la question de la thoracentèse ne soit pas encore prêt, je suis à même de donner quelques détails précis relativement à la toux qui se manifeste souvent, après l'évacuation du liquide par la ponction, dans les cas d'épanchemens pleurétiques considérables. Cette toux, autant que j'ai pu le voir d'après les faits, se montre quand l'air commence à arriver dans le poumon qui était comprimé par le liquide. La ponction étant pratiquée lorsque la collection séreuse est considérable et le thorax très dilaté, il y a d'abord, dans un premier temps, retrait physiologique des parois, retrait du diaphragme et des côtes, à mesure que le côté malade se vide; puis, dans un second temps, le poumon, dont l'ampliation n'est pas immédiate, se dilate; c'est à ce moment que la toux se manifeste, sous la première impression produite par l'air sur les bronches.

Quant à la question posée par M. Guérard, de savoir si on ne pourrait pas inférer de l'absence de cette toux l'existence de pseudo-membranes plus ou moins épaisses sur le poumon, je dirai qu'en effet la toux par quintes, convulsive, est moins fréquente et moins intense alors qu'existent ces pseudo-membranes, et que le liquide ne peut être évacué complètement.

Du reste, on s'est trompé quand on a prétendu que par l'évacuation du liquide, le poumon reprenait tout son volume normal; c'est très variable. La dilatation s'opère inégalement, elle n'est pas complète. La preuve que le poumon ne reprend pas en entier ses dimensions premières, c'est le retrait des parois thoraciques observé consécutivement du côté où l'épanchement siégeait.

Relativement à l'*opportunité de la thoracentèse*, il sera de règle de ne pas trop se presser, et de ne pas se laisser guider exclusivement par la non-diminution apparente de la collection liquide. Il ne faudrait ni pratiquer la ponction, ni la répéter, parce qu'au bout de quelques jours on n'aurait pas vu l'épanchement éprouver de diminution notable : d'abord quand le thorax a été dilaté outre mesure, la disparition d'une petite quantité de liquide est à peine sensible; puis, dans les pleurésies très chroniques, la résorption du liquide resté dans la plèvre, après la ponction, est souvent tardive; il semble qu'il faille un certain temps pour ébranler, pour ainsi dire, ces vieux épanchemens. Dans le fait qu'il vient de nous rapporter, M. Valleix s'est décidé promptement à une seconde opération, parce que la plupart des accidens augmentaient au lieu de diminuer; parce qu'il y avait plus de fièvre, de dyspnée, etc. Mais on peut voir, dans quelques-unes des observations publiées, qu'on s'est décidé peut-être un peu vite, sans raisons aussi impérieuses, et nous croyons, qu'en thèse générale, on doit recommander au praticien un peu de patience.

Le secrétaire général, Henri Roger.

RÉCLAMATION.

Dans une lettre que nous regrettons de ne pouvoir publier, M. le d^r Lebert nous signale une erreur commise dans le dernier compte-rendu de la *Société de chirurgie*. Renseignemens pris, nous reconnaissons que cette erreur est réelle, et nous nous empressons de la réparer.

Après l'allocution de M. Forget, le compte-rendu fait prononcer à M. Lebert des paroles qu'il n'a pas prononcées en séance publique.

Ces paroles, si honorables d'ailleurs dans la bouche d'un savant, et auxquelles personne ni dans la rédaction de l'Union Médicale, ni parmi nos lecteurs, ne peut donner un caractère qui blesse les susceptibilités de M. Lebert, n'ont été que l'expression spontanée d'une bonne pensée confraternelle qui s'est traduite dans une conversation particulière, et qui s'est résumée en une note remise par M. Lebert à M. le secrétaire de la Société. C'est par erreur de lieu qu'elle a été introduite dans le compte-rendu où elle n'avait que faire, et où elle a figuré sans intention désobligeante pour l'honorable M. Lebert.

Amédée Latour.

TRIBUNAUX.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE, PHARMACIENS NON REÇUS.

Le 25 octobre dernier, un commissaire de police se transporta, sur la réquisition de M. Chevallier, professeur à l'École de pharmacie, dans l'officine sise passage du Saumon. Une enquête minutieuse ayant amené la preuve que cette pharmacie était tenue d'une manière fort irrégulière, M. le commissaire de police la fit fermer.

En effet, les véritables gérans de l'officine étaient les sieurs Estariaa, négociant, propriétaire de la pharmacie, et Pellegrin, ancien pharmacien de province. Au moment de la perquisition, Estariaa avait déclaré d'abord être le sieur Lambert, titulaire apparent, mais il se rétracta. Bientôt Lambert survint et déclara qu'il n'était qu'un prête-nom; qu'il recevait pour ce fait 50 fr. par mois, et qu'il était étranger à la manipulation des drogues.

M. le commissaire de police saisit diverses préparations, que des experts ont déclaré constituer des remèdes secrets, notamment la potion de Brou, déjà condamnée.

Le sieur Brou-Laveyssière, qui a été condamné dans les premiers mois de 1852, a prétendu qu'il n'avait pas livré de remèdes postérieurement à sa condamnation; mais il résulte de deux lettres qui ont été saisies dans la pharmacie, et qui sont datées du 4 septembre et du 23 octobre, que ledit Brou a livré, à cette époque, douze flacons de sa potion.

Il résulte encore du procès-verbal et de l'expertise, qu'Estariaa et Pellegrin ont négligé de renfermer sous clé une solution de sublimé corrosif, substance vénéneuse.

Enfin, non seulement Estariaa et Pellegrin se livraient à l'exercice illégal de la pharmacie et au débit des remèdes secrets, mais les prospectus de la pharmacie annonçaient des consultations gratuites par un ancien interne des hôpitaux, ne traitant que d'après les principes de la méthode Raspail.

Le sieur Tessier, officier de santé, a avoué qu'il donnait chaque jour des consultations gratuites, aux appointemens de 50 fr. par mois.

Pellegrin donnait aussi des consultations; il faisait des prescriptions médicales qu'il écrivait sur les prospectus de la pharmacie, et les signait de la lettre initiale T... Pellegrin et Estariaa ont déclaré que Tessier les avait autorisés à signer les ordonnances de l'initiale de son nom.

Tessier a prétendu n'avoir jamais donné cette autorisation.

Il semblerait résulter de ces diverses allégations, que Pellegrin et Estariaa, en s'autorisant du nom de Tessier et de sa qualité d'officier de santé, se livraient, sur une large échelle, à l'exploitation des remèdes secrets et à l'exercice de la médecine.

Tels sont les faits qui amènent devant la 7me chambre, présidée par M. Pasquier, Pellegrin, Estariaa, Brou-Laveyssière, Lambert et Tessier.

Trois prévenus ont comparu, ce sont les sieurs Estariaa, Pellegrin et Brou-Laveyssière. Quant à Lambert et Tessier, ils ont fait défaut.

M. le substitut Dupré-Lasalle a soutenu les préventions contre les cinq prévenus, et réclamé contre eux une sévère application de la loi.

Le tribunal a condamné Pellegrin et Estariaa, chacun à 500 francs d'amende; Brou-Laveyssière, qui se trouve en état de récidive, à 500 fr. d'amende et six jours de prison; Lambert, à 100 fr., et Tessier à 5 fr. d'amende.

La loi interdit formellement aux épiciers, herboristes ou tous autres commerçans qui ne sont pas reçus pharmaciens, de débiter au poids médicinal des préparations pharmaceutiques ou médicamenteuses.

Dans l'audience de ce jour, la 7me chambre a condamné, pour avoir contrevenu à cette disposition de la loi, en débitant du miel rosat, du baume tranquille, de l'eau de Sedlitz, du sirop de chicorée, etc., 1° la dame Bordier (Joséphine), herboriste, demeurant à Belleville, rue de Paris, 66, à 50 fr. d'amende; 2° la dame Gelin, épicière-herboriste, rue de Flandres, 167, à la Villette.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.— Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 14. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 3 Février 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............ 32 Fr
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 2 FÉVRIER 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Les deux dernières séances de l'Académie de médecine ont été presque entièrement consacrées à la lecture et à la discussion d'un rapport de M. Bouvier, sur les corsets en général, et en particulier sur un corset inventé par un fabricant de Lyon, dont l'invention avait été soumise à l'examen de l'Académie par M. le ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce.

M. Bouvier avait écrit son rapport en partie double. Sa première partie est un très remarquable chapitre d'hygiène, dans lequel le savant rapporteur a fait preuve de connaissances étendues sur l'histoire et la littérature du corset. Ce travail, qui méritait à beaucoup de titres l'examen sérieux de l'Académie, et dans lequel M. Bouvier a formellement innocenté le corset de toutes les accusations pathogéniques accumulées contre ce moyen de la cosmétique, ainsi que disaient les anciens hygiénistes, n'a pas été même abordé dans la discussion qui a suivi la lecture.

Mais toutes les écluses de l'éloquence académique se sont ouvertes à l'occasion de la seconde partie dans laquelle M. Bouvier avait décrit et avait osé approuver une modification de ce vêtement, que d'éminens confrères de Lyon avaient crue digne d'encouragement. Une véritable tempête, dont M. Malgaigne a été le *quos ego*, s'est élevée contre les conclusions favorables du rapport, qui ont fait le plus piteux naufrage sur ces côtes inhospitalières. En vain M. Michel Lévy, avec un grand sens et une véritable appréciation des choses, a-t-il voulu envoyer à la commission un canot de sauvetage porteur d'un amendement très raisonnable, canot et navire ont été submergés par les flots courroucés.

Cet incident nous a remis en mémoire quelques réflexions que nous avons présentées autrefois sur le rôle de l'Académie, en présence des demandes qui lui sont officiellement transmises par les pouvoirs publics. Il nous semble qu'il y a lieu de revenir sur ce sujet, et c'est ce que nous ferons prochainement.

Un mémoire très original, sur l'hypertrophie du cœur, a été lu par M. Beau. Nous aurons occasion d'y revenir.

Amédée LATOUR.

9me LETTRE SUR LE CHOLÉRA (1).

Nature des Maladies; — Nature du Choléra.

Une maladie n'est jamais un fait simple et immuable depuis le début jusqu'à la fin. Elle se compose toujours, au contraire, d'une succession de phénomènes enchaînés les uns aux autres par les lois de l'organisme dans un ordre de dépendance et de causalité nécessaires, et groupés quelquefois entre eux en séries distinctes, destinées à accomplir autant d'actes particuliers dans le drame commun. C'est toujours un fait complexe. Ceci est surtout vrai des maladies miasmatiques. On y peut facilement reconnaître, dans la plupart des cas, trois phases bien distinctes, une qui correspond au moment de la mise en contact du miasme avec les organes et au trouble qu'ils en éprouvent dans l'exercice de leurs fonctions, la seconde, signalée par la réaction ou la révolte de l'organisme contre l'agent morbide, et la troisième, enfin, par les efforts d'élimination de cet agent. J'ai tort peut-être de dire : trois phases. Cela suppose une succession régulière dans les phénomènes, qui ne paraît pas exister pour l'œil de l'observateur. Ces actes sont généralement simultanés. Mais l'élimination du miasme ne peut venir évidemment qu'après la réaction, celle-ci ne peut pas précéder le contact du poison, et les lésions cadavériques dont ces appareils symptomatiques sont en partie l'expression, doivent suivre le contact du poison et les efforts de réaction. On conçoit facilement cette simultanéité des accidens morbides. A peine l'empoisonnement a-t-il lieu que la réaction et les efforts d'élimination commencent. Il doit donc être impossible d'en saisir la succession. Mais le raisonnement, l'analyse et l'interprétation des faits viennent suppléer à ce que l'observation ne nous permet pas d'apercevoir.

Il suit de là, que ce n'est ni la nature des lésions cadavériques des périodes de réaction et d'élimination, ni la physionomie symptomatique qui leur correspond, qu'il faut consulter pour connaître la nature de la cause des maladies miasmatiques et par conséquent de celle du choléra. On s'exposerait à recevoir des réponses mensongères. Les lésions et les symptômes de réaction feraient croire que la maladie est de nature inflammatoire, ceux de la période d'élimination donneraient à penser qu'elle consiste en une irritation sécrétoire, et, dans l'un et l'autre cas, on serait conduit à supposer que la cause du choléra, par exemple, est de nature irritante. Cette erreur a été commise.

Il est donc rationnel et indispensable de remonter par l'analyse aux phénomènes initiaux, à ceux qui dérivent directement de l'action de la cause, lui succèdent sans intermédiaire, en dépendent d'une manière immédiate, et seuls peuvent nous éclairer sur sa nature. Ces phénomènes, quels sont-ils dans le choléra ?

Ce sont : des vertiges, des étouffemens, des défaillances, quelquefois de véritables syncopes, un refroidissement général, peu senti d'abord par les malades eux-mêmes, mais qui ne tarde pas à s'accroître jusqu'au froid glacial, débutant d'ailleurs parfois avec une intensité qu'il ne dépassera plus. C'est encore le froid de la langue et de l'haleine, la petitesse et la concentration du pouls, le tumulte et le désordre des mouvemens du cœur, la teinte plombée et livide de la face, l'expression de terreur répandue sur la physionomie, la diminution ou la suppression complète de la sécrétion des larmes, de la bile, de l'urine et de la sueur, l'anxiété, l'oppression, et enfin la coloration bleue de toute la peau.

On me demandera sans doute sur quelles preuves je m'appuie pour soutenir que ces symptômes dépendent exclusivement de l'impression première du miasme cholérique sur les organes. Ne sont-ils pas accompagnés, dira-t-on, et quelquefois même, en apparence du moins, précédés par d'autres accidens, que l'on peut regarder à aussi bon droit comme émanant directement de l'action de l'agent morbide? Qu'est-ce qui m'autorise à faire ce triage parmi des phénomènes que j'ai reconnu moi-même être en général simultanés? Qu'est-ce qui le justifie?

C'est une suite de raisonnemens et de réflexions très simples, que voici :

Absorbé par les voies pulmonaires et mêlé immédiatement au sang, le miasme du choléra doit porter d'abord son action sur le cœur et sur les centres nerveux. Or, les symptômes dont il s'agit expriment tous le trouble profond des deux principales fonctions de l'organisme, la circulation et l'innervation, et consécutivement, celui des fonctions sécrétoires, qui ne peuvent s'exercer en liberté et dans toute leur plénitude que

(1) Voir les numéros des 27, 29 Janvier et 1er Février.

Feuilleton.

SUR LES DEVOIRS PROFESSIONNELS DU MÉDECIN (1);

Discours prononcé à la Société médicale du 1er arrondissement, dans la séance du 13 Janvier 1853,

Par M. le docteur FOISSAC, président.

Les médecins ont des devoirs sacrés à remplir les uns envers les autres. Et d'abord, le titre de confrère, n'indique-t-il pas que nous appartenons tous à une famille créée par la science, unie par une charité intelligente, à laquelle nous devons sans cesse affection et dévouement? *Faisons à autrui ce que nous voudrions qui nous fût fait* : aimons-nous; tel est le précepte dont le médecin doit faire sa règle invariable. Le jour où, grâce à l'association, cette maxime sera gravée dans tous les cœurs, nous n'aurons plus d'autre devoir à proposer aux médecins dans leurs relations confraternelles. Du reste, nous le constatons avec bonheur, et nous le proclamons bien haut : on trouve souvent des amis entre les médecins. Espérons mieux encore. Il faut que nos rapports avec des confrères, même inconnus, deviennent un échange de bons procédés. Ce serait peu de démasquer la calomnie, de repousser la médisance et le blâme qui s'attaquent à eux; on doit même s'interdire sévèrement ces demi-mots de louange, qui sont une critique hypocrite, accueillir leur éloge avec joie et faire respecter partout leurs actes et leur caractère.

Dans toute maladie dont l'issue paraît douteuse, dans toute opération chirurgicale de quelque gravité, dans toute circonstance enfin où la confiance des familles n'est point entière, le médecin mettra sa responsabilité à couvert en s'éclairant des conseils ou en s'appuyant sur l'autorité d'un confrère expérimenté. La conduite de ce dernier ne serait pas celle d'un honnête homme, si une seule de ses paroles pouvait devenir préjudiciable à la réputation du médecin ordinaire, dont la plupart des consultations ont pour résultat de confirmer le diagnostic et le traitement. Pourquoi donc celui à qui revient le principal mérite se trouve-t-il à un rang secondaire, tandis que les consultans sont presque exclusivement honorés?

Il est peu de médecins de nos jours qui ne reprochent à quelque praticien célèbre des moyens peu délicats de capter la confiance des malades et d'en augmenter le nombre. Nous sommes porté à taxer d'exagération, sinon d'injustice, des accusations aussi graves. Tout médecin appelé en consultation qui consent à continuer des soins en l'absence et au détriment d'un confrère qui l'avait honoré de sa confiance, commet un acte d'indélicatesse injustifiable. Nous sommes persuadés que si ces faits blâmables se sont présentés quelquefois, nos mœurs actuelles, et surtout la salutaire influence de l'association doivent les rendre de plus en plus rares. Il suffit toutefois qu'un tel reproche ait été formulé pour nous mettre en garde contre toute espèce d'empiètement. Le médecin doit respecter les droits de ses confrères, et principalement ceux des plus jeunes. Il doit même se servir de l'autorité que lui donnent la science et l'âge pour éclairer les malades sur leurs injustes préventions, en faisant ressortir le mérite des jeunes praticiens.

Je ne parlerai pas de ces animosités implacables suscitées quelquefois par la rivalité de science, de réputation et d'intérêt. Chacun se rappelle le mot cruel de Bouvart qui ne déposa point sa haine, même sur la tombe de Bordeu : *Je n'aurais jamais cru*, s'écria-t-il, *qu'il fût mort horizontalement.* Jacques de le Boë, professeur au Collége de France, ne pardonna point à son élève Vésale de l'avoir surpassé; mais celui-ci, appréciant les hommes à leur juste valeur, dédaigna toujours de répondre à ses ennemis. Passons également sous silence les tristes effets des blessures d'amour-propre dont nous avons été témoins entre des savans également recommandables par le mérite, et reposons nos regards sur l'amitié, qu'on a vu régner entre des rivaux de gloire et de renommée. Citons enfin un seul trait, mais l'un des plus honorables, de dévouement confraternel : Freind, nommé en 1722 député au Parlement, s'éleva avec tant de force contre le ministère, qu'il fut accusé de haute trahison et renfermé à la Tour de Londres. Six mois après, le ministre étant tombé dangereusement malade, appela le célèbre Mead. Celui-ci refusa ses soins au ministre jusqu'à ce qu'il eût mis en liberté Freind son ami, ce qui fut accordé sur-le-champ. Le soir même Mead remit à Freind cinq mille guinées qu'il avait reçues en traitant les malades de son ami pendant sa détention.

L'ardeur généreuse que vous montrez pour l'étude est digne d'être proposée pour exemple à tous les médecins. Comme vous, ils doivent faire des efforts continuels pour se maintenir au courant de la science qui marche sans cesse, et dont il n'est donné à personne d'entrevoir les dernières limites. Dans notre carrière, plus encore que dans toute autre, s'arrêter serait reculer; et le médecin, stationnaire au milieu du mouvement universel, deviendrait bientôt un praticien routinier. Ainsi donc, il ne faut espérer, il ne faut demander ni trêve, ni relâche dans notre laborieuse profession. Est-ce à dire que tout plaisir, toute distraction, soient défendus au médecin? Non, sans doute; quoique pratiquant un art sérieux, il n'est pas tenu de vivre éloigné de la société; il peut même y porter un aimable enjouement; mais comment acquérir une érudition profonde, comment aspirer à devenir un Frédéric Hoffmann, un Haller, un Barthez, un Boerhaave, un Bichat, un Astley Cooper, un Dupuytren, si l'on fréquente constamment les salons, les théâtres et les autres lieux publics? Homme de bonne compagnie, le médecin doit donner partout l'exemple de la modération, et se faire remarquer dans le monde par sa tenue et non par la bizarrerie. L'excentricité des manières et des vêtemens a pu ne pas nuire à de véritables savans, mais elle ne sauve pas du ridicule les gens médiocres. Hippocrate conseille de se parfumer d'odeurs agréables. L'expérience a prouvé que les plus suaves ont leurs inconvéniens; le médecin ne doit demander à l'art qu'une exquise propreté.

Quelques-uns, à l'exemple d'Hippocrate et des anciens philosophes, aiment à fréquenter les pays lointains, et savent en rapporter de précieux matériaux pour la science. Si les voyages ont leur utilité, surtout pour l'étude des eaux thermales, ils ne sont pas indispensables, toutefois, dans un siècle où la presse et l'imprimerie mettent sans cesse en

(1) Voir le numéro du 27 Janvier.

sous l'influence des deux premières ;

Dans les cas où le choléra donne la mort en quelques minutes, les seuls symptômes qui se manifestent, sont : les vertiges, les syncopes, le froid glacial de tout le corps, et la cyanose générale ;

Aucun des phénomènes de cette catégorie n'a le caractère d'activité qui appartient généralement aux symptômes de réaction, puisqu'ils témoignent tous au contraire d'un affaiblissement des principaux actes fonctionnels ; aucun ne ressemble à un symptôme d'élimination, puisqu'au contraire ils consistent en partie en une suspension des fonctions sécrétoires au moyen desquelles l'expulsion des matières nuisibles a coutume de s'opérer ;

On les retrouve presque tous, en miniature, dans la première période des accès des fièvres intermittentes : frisson, étouffement, froid général de la peau, diminution ou suspension de toutes les sécrétions, teinte livide et plombée de la face, et coloration bleue des ongles, ce qui prouve bien qu'ils sont les premiers effets de l'intoxication miasmatique ;

Enfin, si les symptômes d'élimination semblent souvent ouvrir la scène, c'est dans les cas où la dose du miasme absorbé étant peu considérable d'abord (elle peut s'augmenter plus tard, puisque les maladies vivent au sein de l'athmosphère épidémique), les phénomènes d'action du poison et de réaction de l'organisme passent inaperçus et sont confondus avec le malaise qui accompagne tout travail éliminateur un peu sérieux ;

Et ce sont toutes ces considérations qui m'ont amené à la conviction que les symptômes cités appartiennent bien en propre à la première impression du miasme sur les organes.

Voyons donc quelle est la valeur de ces symptômes, et s'il ne serait pas possible d'en déduire la connaissance de la nature du poison qui les engendre.

Tous indiquent une dépression du système nerveux, une entrave apportée à l'accomplissement libre et régulier de l'innervation, et une diminution de la force contractile des fibres musculaires du cœur, d'où proviennent l'abaissement de la température du corps, la stase du sang dans les vaisseaux capillaires, une hématose incomplète, et la suspension de toutes les sécrétions. Quelle peut donc être la nature d'une cause qui produit de tels effets ? Évidemment, c'est un agent *septique*, un de ces agens qui frappent les organes de stupeur et d'engourdissement, un de ces fermens qui disposent les tissus à la décomposition. Son origine et son développement au milieu de matières animales et végétales en putréfaction et en fermentation, pouvaient déjà le faire présumer. Les caractères des principales altérations cadavériques qu'elle produit, tels que : l'état noirâtre et cailleboté du sang, sa consistance de gelée de groseilles dans le ventricule gauche du cœur, sa liquidité, sa viscosité et sa coloration noire dans le ventricule droit, les taches rouges, violettes, ecchymotiques, que l'on rencontre quelquefois le long du bord gauche du cœur, sur l'oreillette du même ventricule, dans la rate, dans les reins, la couleur plus foncée de la substance grise du cerveau, etc. ; ces caractères, dis-je, le confirment. Ainsi, origine de la cause morbide, nature des symptômes qui en dérivent directement, caractères des lésions cadavériques qui paraissent lui appartenir spécialement, tout s'accorde à dire que la cause du choléra est de nature *septique*.

Est-ce à dire que cette cause soit irritante ou débilitante. Il semble, en vérité, que les agens provocateurs de maladies ne puissent produire que ces deux effets : irriter ou débiliter, et que les indications générales de la thérapeutique se réduisent à affaiblir ou fortifier les malades. Cette dichotomie, tant et si justement reprochée à Brown et à Broussais, qui se déguise aujourd'hui sous le nom de dynamisme, découle comme conséquence obligée des doctrines du vitalisme. En effet, quand on admet l'existence d'une *force vitale*, chargée de régir et gouverner la matière, une force n'étant susceptible que de diminution ou d'augmentation, on ne peut concevoir que des causes qui l'exaltent ou la dépriment, et l'on ne voit plus que deux indications à remplir en médecine, augmenter cette force ou l'amoindrir. En vain l'intelligence veut échapper à cette inévitable conséquence. Elle se débat en vain contre la logique qui la presse. Malgré ses efforts, malgré sa résistance, le principe une fois consenti, il faut accepter de bon ou de mauvais gré toutes les erreurs qui en découlent. La logique lui dit qu'une *force* ne peut être comprise que produisant régulièrement les effets qu'elle comporte, ou bien les exagérant, ou bien les diminuant, donc les causes qui la modifient doivent lui imprimer une plus grande énergie, l'atténuer, ou la briser, donc les moyens de remédier à ses écarts en plus ou en moins et de la ramener à sa normalité, doivent se proposer pour but de mettre un frein à son excès ou d'aiguillonner ses défaillances. Enfermée dans ce cercle fatal, l'intelligence ne peut pas le briser. Et telle est même la profondeur et la vivacité des impressions d'une première éducation scientifique, que les médecins qui, comme nous, ont abandonné depuis longtemps les erreurs de cette fausse doctrine, en gardent cependant encore une telle empreinte dans l'esprit, qu'ils ont beaucoup de peine à en faire disparaître les traces de leur langage et de leurs écrits. Tant il est difficile de dépouiller complètement le vieil homme.

Cependant, personne ne se demande aujourd'hui si l'arsenic, si le sublimé corrosif, les champignons, la nicotine, etc., irritent ou débilitent, augmentent la force vitale ou la diminuent. Pourquoi cela ? Parce que tout le monde comprend que ces poisons étant tous différens de nature, doivent exercer sur les organes et sur le sang des effets aussi variés qu'ils le sont euxmêmes. On comprend que ces effets ne peuvent pas se réduire à deux, la diminution ou l'accroissement de l'activité organique. On comprend enfin que l'action de ces agens doit être spéciale à chacun d'eux. Pourquoi donc se faire une pareille question à l'occasion des miasmes ? Pourquoi se l'est-on posée à l'occasion du miasme du choléra ? Deux traitemens opposés, l'un débilitant, l'autre tonique, déduits bien certainement de l'idée que l'on s'était faite de la nature de la maladie, et par conséquent de celle de sa cause, puisque tous deux étaient arrêtés d'avance, avant l'observation clinique, dans l'esprit de leurs inventeurs, ont été préconisés et mis en pratique à l'exclusion l'un de l'autre. Il faut abandonner cette étroite dichotomie, et chercher dans d'autres directions la nature de la cause du choléra et du choléra lui-même. A cette condition seulement nous pouvons espérer d'imprimer un progrès au traitement de cette maladie.

Commençons donc par nous dire, une bonne fois pour toutes, que les épithètes d'irritantes et de débilitantes appliquées aux causes spécifiques, et les idées de force et de faiblesse transportées aux maladies qui en sont l'effet, constituent autant de non-sens, pour ne pas en porter un jugement plus sévère. Le miasme du choléra n'est ni exclusivement excitant, ni exclusivement dépressif ; il est tout cela à la fois, ou plutôt, il est tout autre chose. C'est un miasme paludéen ; comme tous les miasmes paludéens, il doit être *septique*. Ce miasme possède, en outre, des propriétés particulières, puisqu'il produit des effets qui n'appartiennent qu'à lui, il est donc *spécial*. Il faut l'étudier en lui-même, le comparer aux autres miasmes, et chercher, par tous les moyens possibles, à en mieux connaître la nature, puisque ce sera le moyen de découvrir celle du choléra ; la nature des maladies spécifiques se confondant avec la nature de la cause qui les produit, ou plutôt ne faisant qu'un avec elle.

Septique et spécial. Qu'est-ce que cela nous apprend sur la nature du miasme cholérique ? vont s'écrier les hommes qui veulent à toute force des solutions définitives, sans songer qu'il n'y en a aucune qui ait ce caractère dans les sciences. En toutes choses, la solution du jour n'est pas celle de la veille, elle peut encore moins être celle du lendemain. En disant que le miasme du choléra est *septique* et *spécial*, j'établis l'analogie qui le rapproche des agens morbigènes de même espèce, j'indique qu'une différence les sépare, ce que prouvent ses effets particuliers, et je fixe le point de départ des recherches ultérieures qui doivent nous apprendre à le mieux connaître. C'est tout ce qu'il est permis de faire dans l'état actuel de la science. Comme l'âge d'or de l'humanité, que l'ignorance et la crédulité relèguent encore dans le passé, l'âge d'or de la science est devant nous ; sot et présomptueux, qui l'exige et le cherche dans le présent.

La nature des maladies spécifiques résidant entièrement dans la nature de leur cause, nous dirons donc :

Dans l'état actuel de la science, sous la réserve des progrès ultérieurs, le choléra doit être provisoirement considéré comme un *empoisonnement miasmatique, septique*, ayant les plus grandes analogies avec les fièvres intermittentes, la peste et la fièvre jaune, n'en différant que par la spécialité de sa cause ou de son miasme. Une attaque de choléra est, pour ainsi dire, un accès *unique* de fièvre intermittente pernicieuse algide.

On pressent déjà les conséquences thérapeutiques que je me propose de déduire de cette nouvelle manière d'envisager la maladie. Le quinquina et ses succédanés, sous toutes les formes et par toutes les voies possibles, me paraissent devoir faire la base du traitement préservatif et curatif de cette affection ; j'essaierai de le démontrer plus tard. Mais auparavant, je dois encore fortifier, par l'étude raisonnée des symptômes, du diagnostic et du pronostic du choléra, les vues théoriques que j'ai cherché à faire prévaloir. Si je parviens à mettre tous les faits en harmonie parfaite avec elles, mes hypothèses seront bonnes, puisqu'elles auront été vérifiées. Elles seraient fausses, si elles ne supportaient pas ce contrôle. Je ne puis donc pas, malgré la lassitude et l'ennui qui me gagnent, reculer devant l'obligation de le leur faire subir.

A vous, mon cher confrère, de cœur et d'âme,

L.-Ch. Roche,

Membre de l'Académie de médecine.

THÉRAPEUTIQUE.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR L'EMPLOI TOPIQUE DE LA PATE D'ENCENS (BOSWELLIA THURIFERA) DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS CHARBONNEUSES; par le docteur Caifassi, médecin à Pian-Castagnaio (Toscane).

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Deux mots maintenant sur la manière d'appliquer ce traite-

---

communication les hommes et les idées. D'ailleurs, la principale étude du médecin, c'est l'homme. A l'exception de certaines maladies spéciales, celui-ci présente en tous lieux les mêmes caractères essentiels et à peu près les mêmes infirmités. Tout praticien doit donc étudier avec un soin particulier la localité qu'il habite, afin de bien connaître le génie des maladies régnantes et la méthode curative dont l'expérience a le mieux démontré l'efficacité.

Parmi les délassemens permis au médecin, nous citerions volontiers la musique, *cet art vénérable et cher aux dieux*, selon Plutarque, si elle ne lui dérobait pas un temps précieux, et si le renom même de grand artiste ne pouvait nuire à sa réputation comme savant et comme praticien. Cependant, plusieurs grands médecins dans l'antiquité, Hérophile en particulier, furent des musiciens habiles. Boerhaave avait un goût passionné pour la flûte ; Fournier Pescay et notre célèbre Laennec excellèrent aussi dans cet art ; et si je ne m'étais interdit de prendre des exemples parmi nos contemporains, j'aurais cité en première ligne l'un des anciens doyens de la Faculté, le savant toxicologiste, l'administrateur habile dont la belle voix a fait longtemps l'admiration des *dilettanti* parisiens. Enfin, les anciens poètes avaient réuni dans Apollon l'art de la musique et celui de la médecine, attendu, dit Bacon, que le génie de ces deux arts est presque semblable, et que l'office du médecin consiste proprement à monter et à toucher la lyre du corps humain, de manière qu'elle ne rende que des sons doux et harmonieux.

On ne rencontre pas, dans la famille médicale, un moins grand nombre de poètes que de musiciens. Il ne faut point s'en étonner, en songeant que si notre science exige la réunion des qualités solides du raisonnement, l'imagination devient la source des découvertes, et l'inspiration seule fait les grands praticiens, comme elle forme les musiciens et les poètes. Dans l'antiquité, Nicandre de Colophon, de la secte des empiriques, décrivit en vers les animaux venimeux, ainsi que les plantes toxiques, les accidens qu'ils occasionnent et les remèdes auxquels on doit recourir. L'empereur Sévère aimait à lire les poésies de son médecin Serenus Sammonicus, qui plus tard fut mis à mort par ordre de Caracalla. Le bénédictin Œgidius, médecin de Philippe-Auguste, écrivit en hexamètres latins sur la vertu des médicamens et la connaissance du pouls, un poème que l'on enseigna longtemps dans les écoles. Grevin, médecin de Marguerite de France, avait fait paraître deux tragédies et deux comédies avant l'âge de 14 ans. Ami d'Addisson et protecteur de Pope, qui a souvent fait l'éloge de ses compositions, Garth, médecin en chef de l'armée anglaise, faisait marcher de front les sciences et les belles-lettres ; son poème *the Dispensary*, imité du *Lutrin*, eut une grande vogue ; le sujet est une bataille entre les médecins et les pharmaciens ; on y trouve de fines critiques et des descriptions charmantes dont quelques digressions déplacées ne peuvent faire oublier le mérite. Les deux frères Gaspard et Scipion Abeille, souvent loués par Percy, cultivèrent à la fois la poésie et la chirurgie militaire, sans laisser, toutefois, une véritable réputation dans aucun de ces deux arts. Tout le monde sait que la *Callipédie*, si remarquable par sa belle versification, a été inspirée par les études médicales de son auteur. Fracastor, médecin du pape Paul III, a rendu son nom immortel par le poème de la *Syphilis*, que l'élégance du style, la richesse des images et la beauté des descriptions ont fait placer à côté des *Géorgiques*. Enfin, le grand Haller réunit à des connaissances encyclopédiques un talent remarquable pour la poésie ; il publia la première édition de ses odes et de ses lettres en vers, peu de temps après que le grand conseil de Berne lui eut décerné le titre de professeur d'anatomie.

La poésie a des entraînemens auxquels ne résistèrent pas Richelieu et Louis XIV (1), parmi les modernes, Cicéron, Brutus et César (2), chez les anciens. « César et Brutus ont aussi fait des vers, dit Tacite, et les ont placés dans les bibliothèques publiques. Poètes aussi faibles que Cicéron, mais plus heureux, parce que moins de personnes ont su qu'ils le furent. » La publication de mauvais vers pourrait devenir fatale à la réputation d'un homme d'état et d'un savant. Le jour où Gœthe et Schiller devinrent les deux premiers poètes de l'Allemagne, ils cessèrent d'être médecins. Nous devons imiter la réserve de Marc-Antoine Petit, qui combattit son goût presque irrésistible pour la poésie, et ne laissa imprimer que des pièces fugitives, préférant devenir l'un des chirurgiens les plus accomplis de son époque ; et celle de Pariset, qui eut le bon sens de ne pas publier la tragédie de sa jeunesse, se contentant de la lire à quelques amis, et la déclamant d'une manière admirable. Nous conseillons donc aux médecins de ne jamais oublier les préceptes de Boileau et de Molière, au sujet des vers que l'on a la tentation de livrer à la publicité, et même de ne cultiver la poésie qu'à titre de distraction et pour satisfaire le besoin impérieux du cœur.

« Autrefois, dit Celse, la médecine fut considérée comme une branche de la philosophie, et ceux qui les premiers s'adonnèrent à l'étude de la nature, s'occupèrent aussi du traitement des maladies. Plusieurs philosophes célèbres étaient très instruits en médecine, et principalement Pythagore, Empédocle et Démocrite. Disciple de ces derniers, Hippocrate sépara la médecine de la philosophie. » Oui, assurément, médecine et philosophie sont deux sciences essentiellement distinctes. Mais comment le médecin ne serait-il pas philosophe ? Il voit à chaque instant se dérouler devant lui les grands mystères qui portent son esprit à la recherche des causes, la génération des êtres, la vie, l'organisation, le sommeil, la maladie, et enfin la mort, ce redoutable problème de la destinée humaine. Sans l'esprit d'observation, sans philosophie, les œuvres du médecin ne seraient que des matériaux sans vie et sans coordination ; les grandes vues, l'esprit de synthèse et de généralisation ne se trouvent que chez le savant vraiment philosophe. Et puis, combien cette étude ne lui est-elle pas nécessaire, non seulement pour étendre et fortifier son intelligence, mais encore pour consoler son cœur et verser un peu de baume sur les amertumes, les tristesses et les déceptions d'une carrière où les plus heureux mêmes trouvent des larmes, où les routes les plus faciles sont semées de rudes épines ?

(La suite prochainement.)

(1) Louis XIV consulta Boileau sur quelques vers de sa façon : Sire, lui dit l'auteur des satires, rien n'est impossible à Votre Majesté. Elle a voulu faire de mauvais vers, et elle a réussi.

(2) Auguste, auteur lui-même d'une tragédie d'Ajax, défendit de publier la tragédie d'Œdipe de son oncle J. César.

ment. On prend de l'encens de l'Inde en larmes, *Boswellia thurifera*, de première qualité, on le réduit en poudre très fine, puis avec de la salive on fait une pâte que l'on étend, en guise de pommade, sur un morceau de toile ou de lin, auquel on a donné la forme convenable, en ayant soin qu'il dépasse en tous sens d'un demi-pouce la circonférence du charbon; puis on l'applique sur celui-ci. Douze ou vingt-quatre heures après, on renouvelle l'application, jusqu'à ce que le travail d'élimination soit pleinement établi; après quoi on traite l'escarre charbonneuse, soit avec des emplâtres émolliens, soit avec des pommades détersives; enfin, quand elle tarde trop à tomber, on l'excise.

Quelle est l'action de l'encens sur les tissus animaux? Si l'on applique la pâte précédente sur la peau saine, on éprouve quelques minutes après une sensation légère de chaleur, laquelle se convertit en une sensation de tiraillemens plus ou moins intense qui dure jusqu'à ce que cette pâte soit détachée. Pour la détacher, il faut même employer une certaine force, parce qu'elle adhère fortement à la peau. Celle-ci offre un cercle rouge de trois lignes environ, qui marque le périmètre d'extension de la surface occupée par la pâte d'encens. La peau sous-jacente à l'emplâtre et celle au-de là du cercle sont d'une couleur naturelle.

Si maintenant nous portons notre attention sur les changemens qui se produisent dans le charbon, sous l'influence de ce traitement, nous voyons que, vingt-quatre heures après l'application, plusieurs des petites vésicules, qui constituent la partie périphérique, se sont ouvertes et ont versé sur les parties saines l'humeur âcre et transparente qu'elles contenaient. La peau saine, à son tour, qui entoure le charbon et qui est au contact de la pâte, a pris une couleur rouge vif, et sa température s'est élevée. Ensuite, et à mesure que les autres vésicules de la partie périphérique se sont ouvertes, celle-ci s'abaisse au niveau de la partie centrale, perd sa couleur blanchâtre pour passer au rouge vineux et au brun. La peau saine, à l'entour de la pâte, devient de plus en plus rouge et se couvre de vésicules phlycténoïdes remplies d'un liquide séro-sanguinolent, assez grosses, mais qui ne dépassent pas la dimension d'un centime. L'apparition de ces phlyctènes accompagne ou suit de très près la formation d'une ligne rouge qui circonscrit le charbon; la première, comme la seconde, ne tardent pas à se montrer plus de quarante-huit heures après l'application de la pâte. Leur apparition annonce la terminaison favorable de la maladie, que l'on peut considérer comme jugée, quand, entre le cercle rouge et le charbon, il s'est formé un sillon de deux lignes environ, rempli d'une humeur jaunâtre, qui indique l'établissement du travail de suppuration qui doit éliminer plus ou moins rapidement l'escarre charbonneuse. On remarquera cependant que chez la malade de l'observation XII, on ne vit paraître ni les phlyctènes cutanées, ni le cercle rouge, ni le sillon dont il vient d'être question; les vésicules de la partie périphérique ne s'ouvrirent pas non plus, mais s'élevèrent un peu au-dessus de la partie centrale, et le liquide qu'elles contenaient passa au noir.

En résumé, il semble résulter de ce que nous avons observé que l'encens a une action stimulante. Voici du reste ce qu'en pensaient les anciens: Galien le regarde comme un moyen chaud, siccatif et astringent. Mathiole, dans ses commentaires sur Dioscoride, dit que l'encens échauffe, resserre, guérit les troubles de la vue, fait marcher vers la cicatrisation les ulcères profonds, améliore l'état des ulcères malins du siége et de toute autre partie du corps, lorsqu'il est appliqué en cataplasmes avec du lait, que l'écorce de l'encens est plus chaude, plus excitante et plus astringente, qu'elle convient par conséquent aux ulcères sordides et concaves, que les fumées de l'encens purgent les ulcères, en remplissent la cavité et ferment les cancers. L'encens était donc, pour les anciens, un stimulant, un astringent, un détersif, un antiseptique très utile dans les inflammations chroniques, les ulcères sordides et phagédéniques, la gangrène par décubitus, etc. Il n'est donc pas surprenant qu'il possède une action si remarquablement utile contre le charbon.

Peut-être dira-t-on que je me suis fait illusion, avec M. Romei, relativement aux propriétés de l'encens, et que le charbon pouvant guérir de lui-même, nous avons mis sur le compte du médicament ce qui est le fait de l'évolution naturelle de l'affection. Dans ce cas, qu'on veuille bien nous dire pourquoi les chirurgiens se hâtent tant de recourir au cautère actuel. Pour moi, convaincu comme je le suis de l'efficacité de l'encens, je supplie les personnes qui auraient à traiter des affections charbonneuses de vouloir bien mettre ce traitement en usage, et je ne doute pas qu'après avoir vu, elles diront avec nous que la pâte d'encens l'emporte sur le cautère actuel et les autres moyens chirurgicaux dans le traitement des affections charbonneuses. J'ajouterai que l'encens a encore ce grand avantage sur le cautère actuel, qu'il ne laisse que des cicatrices peu profondes et peu étendues, tandis que le cautère actuel, pour arrêter la maladie, doit porter son action sur les parties périphériques dans une grande étendue en dehors de l'affection charbonneuse.

Il me reste à dire comment s'opère la chute de l'escarre charbonneuse après l'application à plusieurs fois répétée de la pâte d'encens. Après la formation du sillon rempli d'une sérosité jaunâtre qui a été mentionné plus haut, et que nous avons dit indiquer l'établissement du travail de suppuration, qui doit éliminer l'escarre, celle-ci se sépare des tissus sains sous-jacens, en progressant lentement de la périphérie au centre. Là, la séparation est arrêtée par un faisceau de tissu cellulaire, compact et presque fibreux, d'une étendue variable, qui plonge dans le tissu dermoïde. Aussi, tandis que la partie périphérique est déjà séparée, le centre ne se détache que cinq ou six jours après et laisse une perte de substance proportionnée, par son étendue et sa profondeur, à celles de ce faisceau, perte de substance qui est d'autant moins marquée, que les tissus détruits se reproduisent en partie. En dernière analyse, même dans les charbons les plus vastes, je n'ai jamais vu de cicatrice ni fort étendue, ni fort profonde, la perte de substance étant toujours presque insensible à la partie périphérique.

Je n'ajouterai plus que quelques mots, relativement au grand nombre d'affections charbonneuses que j'ai pu observer. Vivant dans un pays dont les habitans sont exclusivement livrés à l'élève du bétail, et ne prennent littéralement aucune précaution relativement aux soins qu'ils donnent à leurs bêtes malades, pas plus que lorsqu'ils en manient le sang et les dépouilles, il n'est vraiment pas étonnant que j'en aie pu rassembler un si grand nombre de cas en quelques années. Pour ma part, je n'hésite pas à penser que tous ou presque tous ces cas doivent être rapportés, non pas au charbon malin ou spontané, mais à cette variété de l'affection charbonneuse qui a reçu le nom de charbon communiqué, ou pustule maligne. C'est aussi ce qui explique comment un traitement local a suffi presque toujours à la guérison (1).

(1) Extrait de la *Gazzeta medica Toscana*, janvier 1853.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 Janvier 1853. — Présidence de M. DE JUSSIEU.

Hydrocèle spermatique.

M. SÉDILLOT, de Strasbourg, communique une note sur l'hydrocèle spermatique.

M. Sédillot a eu l'occasion de rencontrer deux fois, chez des hommes adultes jouissant de toutes leurs facultés viriles, des hydrocèles volumineuses, pyriformes, lentement développées, dont le contenu lactescent était formé de sérosité dans laquelle nageaient d'innombrables zoospermes.

Il résume en ces termes les considérations contenues dans cette note :

1° L'existence d'hydrocèles spermatiques ne saurait plus être mise en doute, et cette variété nouvelle doit prendre rang dans l'histoire pathologique des tumeurs des bourses.

2° La dénomination d'hydrocèle spermatique est celle qui convient le mieux en raison de la nature de l'affection (tumeur liquide des bourses) et de l'impossibilité de la distinguer nettement aujourd'hui des hydrocèles ordinaires.

3° La cause de ces hydrocèles paraît devoir être attribuée à une rupture d'un des canaux efférens du testicule.

4° La présence d'un kyste primitivement développé autour du produit épanché, explique la difficulté du traitement.

5° Toutes les fois que le liquide des hydrocèles sera lactescent, on devra l'examiner au microscope, et en noter avec le plus grand soin tous les caractères particuliers, pour arriver à quelques symptômes nouveaux et pathognomoniques de cette espèce d'hydrocèle, qu'une ponction exploratrice peut seule faire constater aujourd'hui.

6° Le pronostic devra rester très réservé dans tous les cas d'hydrocèle spermatique, en raison de la fréquence des récidives et de la persistance de la tumeur.

7° Le traitement aura pour principale indication de provoquer une inflammation suppurative dans l'intérieur du kyste spermatique, pour en déterminer l'oblitération.

Présence du sucre dans l'urine des épileptiques.

MM. MICHÉA et ALVARO-REYNOSO adressent une note sur la présence du sucre dans l'urine des épileptiques. Voici cette note textuelle :

L'urine des épileptiques, après leur attaque, contient du sucre. C'est, disent les auteurs, un fait positif qui résulte d'un assez grand nombre d'expériences qui nous sont propres. Seulement, tous les procédés ne sont pas aptes à déceler la présence du sucre dans ce liquide. La solution de potasse, qui suffit ordinairement à révéler cette présence dans l'urine des diabétiques, ne produit aucune réaction dans celle des épileptiques.

Le saccharimètre n'est pas d'une utilité plus grande; ce moyen n'est ni assez sensible, ni assez commode. Les meilleurs procédés, les procédés les plus décisifs, sont la fermentation et la liqueur de M. Barreswil. Pour que le liquide de M. Barreswil fournisse des résultats nets et incontestables, il faut prendre certaines précautions. On doit traiter préalablement l'urine d'abord par l'acétate de plomb qui précipite les matières organiques, et ensuite par le carbonate de soude qui précipite l'acétate de plomb; après quoi on concentre l'urine, on ajoute la liqueur de M. Barreswil, et on fait bouillir.

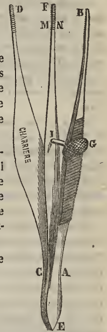
Sans ces précautions indispensables pour priver l'urine de ses matières organiques, la présence du sucre ne se trouve pas assez nettement accusée, ou même il se produit des réactions capables de faire soupçonner l'existence de ce principe, quand il n'y en a pas un atome dans l'urine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er Février 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

La correspondance officielle comprend :

1° Deux lettres du ministre de l'intérieur et du commerce, transmettant : 1° des échantillons d'eaux minérales puisées à deux sources situées à Dammartin-sur-Tigeaux (Seine-et-Marne). (Comm. des eaux minérales.) 2° Un mémoire de M. le docteur DUBOURG, médecin des épidémies de l'arrondissement de Marmande (Lot-et-Garonne), relatif à une épidémie d'angines couenneuses et gangréneuses qui a sévi dans cet arrondissement. (Comm. des épidémies.)



2° M. le docteur BONNEFIN présente à l'Académie une pince qu'il destine à faciliter l'application des sutures faites au moyen d'épingles, d'aiguilles, de fils ou de serre-fines. Cette pince est composée de trois branches, dont une centrale EF, servant de point d'appui aux deux latérales AB CD.

Au milieu de la branche centrale est fixée une petite tige J, terminée par un bouton quadrillé G, qui sert de point d'appui, lorsque l'on veut saisir une des lèvres d'une plaie, puis, avec la branche restée libre, on va saisir la seconde lèvre, qui se trouve ainsi réunie à la première et permet de faire la suture sans le secours d'aucun aide.

Cet instrument a été fabriqué par M. Charrière fils.

3° Une note de M. SAUVÉ, de La Rochelle, qui présente un forceps auquel il attribue l'avantage de s'articuler dessus et dessous à volonté, afin d'éviter le décroisement des branches, et que quelques accoucheurs ont déjà cherché à perfectionner.

M. Sauvé fait remarquer qu'avec son agencement d'articulation de pivot, celui-ci a l'avantage de conserver aux deux cuillers la même longueur dans l'une et l'autre position d'articulation. Cet instrument a été fabriqué dans les ateliers de M. Charrière. (Comm. MM. Moreau, Danyau et Cazeaux.)

4° Un travail de M. Ch. DUMONS, de Montpellier, contenant l'état des vaccinations qu'il a pratiquées dans les postes de la douane des environs de Montpellier. (Comm. de vaccine.)

5° Enfin, un mémoire de M. BLOARVILLAIN (d'Angers), médecin aide-major de 1re classe, sur les dilatations pathologiques du système vasculaire sanguin, et leur traitement par l'électro-puncture. (Comm. MM. J. Cloquet et Robert.)

Corsets sans coutures et busc mécanique.

M. BOUVIER lit la deuxième partie du rapport sur les corsets, dont il a lu la première partie dans la précédente séance.

Le rapporteur propose, au nom de la commission, de répondre au ministre :

1° Que les corsets sans couture de MM. . . . . . peuvent, dans certains cas, remplacer avantageusement les corsets cousus; qu'ils réunissent les conditions les plus capables d'en faciliter l'emploi, et qu'ils présentent un mode de construction propre à en assurer l'innocuité.

2° En ce qui concerne le busc mécanique de MM. . . . . . , que ce busc, quoique d'un mécanisme ingénieux, est rarement applicable et n'est pas, en général, préférable aux moyens déjà employés pour produire un effet analogue.

Une discussion très vive s'élève au sujet de la première conclusion. Plusieurs membres proposent des amendemens tendant à en modifier plus ou moins profondément le sens.

La proposition suivante, faite par MM. Bégin et Malgaigne, et appuyée par un grand nombre de membres, est mise aux voix et adoptée : « L'Académie déclare que les corsets de MM. . . . . ne présentent, au point de vue médical, aucun avantage spécial. »

La deuxième conclusion est adoptée.

Hypertrophie du cœur.

M. BEAU, candidat pour la section d'anatomie pathologique, lit un mémoire ayant pour titre : Quelques considérations sur l'hypertrophie du cœur.

Une première partie de ce mémoire est consacrée à l'historique de cette lésion. Nous reproduisons à peu près textuellement la deuxième partie, plus spécialement consacrée à la description et à l'étude du mécanisme de l'hypertrophie du cœur.

Nous avons établi, dit M. Beau, avec la plupart des auteurs, que l'hypertrophie du cœur était tout simplement, comme son nom l'indique, une augmentation survenue dans la substance musculaire du cœur. Donc, devions-nous dire, cette augmentation de matière contractile doit entraîner avec elle une augmentation des fonctions cardiaques; et, par conséquent, le cœur frappé d'hypertrophie devrait toujours donner lieu à une grande excitation de la circulation.

Si l'on s'en rapporte à Corvisart, il en serait toujours effectivement ainsi; car l'on sait que son *anévrisme actif* est censé avoir pour symptômes tous les caractères d'une grande activité des fonctions circulatoires.

Cependant, cette opinion de Corvisart est journellement démentie par les faits. Et l'on constate habituellement une hypertrophie souvent considérable d'une ou de plusieurs cavités du cœur chez des sujets qui, pendant la vie, présentaient des symptômes d'enrayement de la circulation, tels que bouffissure, congestion de la face, pouls petit, gonflement des veines, etc....

Cette coïncidence habituelle de l'enrayement des fonctions cardiaques et de l'hypertrophie du cœur a frappé de tout temps par son étonnante apparence de contradiction. C'est pour cela que certains auteurs n'ont pas voulu voir une augmentation de structure musculaire dans l'épaississement des parois du cœur. Ainsi Lancisi compare cet épaississement des parois cardiaques à l'engorgement passif qui affecte certains viscères, tels que la rate, le foie, etc.

Portal comprend aussi de la même manière l'hypertrophie du cœur.

Voilà donc des auteurs recommandables qui adoptent en principe la coïncidence de l'épaississement des parois du cœur avec la gêne de ses

onctions, et qui regardent cet épaississement comme le résultat d'une altération profonde du muscle cardiaque.

On pourrait peut-être dire que ces auteurs, bien que tenant une place glorieuse dans la science, ne sont plus à la hauteur des connaissances actuelles, et que, depuis eux, on a pour ainsi dire changé la pathologie du cœur.

Cependant nous retrouvons des idées analogues aux leurs, même dans la science actuelle. C'est ainsi que M. Legroux a soutenu, dans un travail publié en 1837 (*Expérience*), que l'hypertrophie considérable du cœur était accompagnée de symptômes de stase sanguine, tels que dyspnée, congestion faciale, hydropisie, etc., et que cette hypertrophie n'était pas une simple augmentation de substance musculaire, mais bien le résultat d'une altération inflammatoire de la fibre musculaire.

Certes, je ne pense pas qu'on puisse nier, depuis les travaux de M. Bouillaud, la large part d'influence que l'inflammation exerce sur le développement des maladies du cœur. Mais l'inflammation agit seulement sur la partie fibro-séreuse du cœur, pour donner lieu aux différens obstacles qui enrayent la circulation cardiaque; et ce n'est que d'une manière médiate que se développe l'hypertrophie de la partie musculaire.

Je n'adopte donc pas que l'hypertrophie du cœur dépende d'une désorganisation de nature inflammatoire; je n'adopte pas davantage l'opinion de Lancisi et de Portal qui expliquent l'hypertrophie par une infiltration passive de liquide. Mais j'accepte pleinement ce fait de coïncidence établi par eux, que l'épaississement des parois du cœur, c'est-à-dire l'hypertrophie, l'augmentation de la substance musculaire du cœur, s'accompagne habituellement des symptômes qui indiquent un enrayement des fonctions du cœur.

Mais alors comment concilier ce résultat d'expérience clinique avec la théorie que M. Beau a restituée, dans la partie historique de son travail, à Mayow? Pourquoi, en un mot, n'y a-t-il pas nécessairement, comme le voulait Corvisart, augmentation d'action s'il y a augmentation de muscle? Telle est la question qui reste à éclaircir.

Nous avons dit, continue M. Beau, que l'hypertrophie était une lésion providentielle qui avait pour but de renforcer l'action du cœur toutes les fois que ce viscère a un obstacle à vaincre et qu'il est affaibli par une cause quelconque. Nous ajouterons maintenant que ce renforcement d'action, dû à l'hypertrophie, s'épuise à contrebalancer l'effet de l'obstacle ou l'affaiblissement initial des fonctions cardiaques. Il y a même plus, l'affaiblissement augmente peu à peu par suite de la persistance de sa cause; l'hypertrophie augmente aussi proportionnellement. Néanmoins, il arrive un moment où l'hypertrophie ne peut plus croître assez pour parer à la faiblesse qui est devenue excessive. Celle-ci domine alors entièrement, et le sujet succombe à un arrêt des fonctions cardiaques, avec une hypertrophie considérable qui pourtant a été insuffisante.

On voit donc qu'on ne meurt pas d'hypertrophie, mais malgré l'hypertrophie. On meurt parce que l'hypertrophie n'a pas suffi à renforcer l'action du cœur affaiblie par une cause antécédente, telle que dilatation, rétrécissement, etc. Toutefois, l'hypertrophie n'a pas été inutile; elle a rendu ce service, d'assurer pendant longtemps l'exercice des fonctions du cœur, et par conséquent de prolonger la vie.

S'il fallait une preuve de plus à l'appui de la thèse que je soutiens, je la puiserais dans un mémoire de M. Bizot sur le volume du cœur, comparé dans la vieillesse et l'âge adulte. M. Bizot, après des recherches nombreuses et persévérantes, a démontré qu'à mesure que l'on avançait en âge, les cavités du cœur se dilataient et leurs parois s'hypertrophiaient de telle sorte, que dans l'extrême vieillesse, le volume du cœur est considérable et égale à peu près celui que ce viscère nous présente à l'état d'*anévrisme* ou de maladie organique. M. Bizot, frappé de ce fait singulier signalé déjà par Fischer, demande comment il est possible d'accorder cette hypertrophie sénile du cœur, avec l'affaiblissement si notoire de la circulation chez les vieillards.

Nous répondrons en fait que la chose n'a rien d'extraordinaire, puisque à l'état pathologique, c'est-à-dire dans les cas d'anévrismes, il y a habituellement hypertrophie du cœur et enrayement des fonctions cardiaques.

Quant à la théorie du fait, nous dirons que, chez le vieillard, le cœur s'affaiblissant comme tous les autres muscles, l'ondée sanguine a de la peine à franchir les orifices du cœur; elle en dilate peu à peu les cavités, dont les parois aussi peu à peu s'hypertrophient.

Cette hypertrophie diminue la faiblesse antécédente du cœur, mais pourtant elle ne va pas jusqu'à imprimer de l'activité aux fonctions cardiaques qui, en somme, sont beaucoup moins énergiques que chez l'adulte.

Pour résumer la seconde partie de cette lecture, je dirai que l'hypertrophie du cœur n'est pas une infiltration passive de liquide; ce n'est pas davantage une altération inflammatoire du muscle cardiaque; c'est une augmentation de tissu, une hypertrophie, en un mot, semblable au développement des muscles des membres, ainsi que Mayow l'a le premier établi.

Cette hypertrophie entraîne après elle une force de contraction qui s'épuise à annuler l'effet d'une faiblesse antécédente, et qui, le plus souvent, est insuffisante pour cela; de telle sorte que les fonctions cardiaques restent enrayées, non pas à cause de l'hypertrophie, mais bien malgré l'hypertrophie.

Plaie du cerveau.

M. le docteur de BARBE, médecin à Chaunes, fait une communication sur un cas de fracture du crâne par explosion d'une arme à feu; plaie pénétrante du cerveau avec lésion et perte de substance du lobe antérieur gauche, coïncidant avec l'intégrité de l'intelligence, de la sensibilité, du mouvement et de la parole; guérison.

Nous reviendrons sur cette communication.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS.

LES EAUX THERMALES DE L'ALGÉRIE.

L'Algérie, dont l'heureux climat se prête si bien à l'exploitation de toutes les cultures, et dont le sol recèle d'immenses richesses minéralogiques, possède aussi des sources minéro-thermales qui, sous le rapport de l'abondance, de la diversité et des propriétés thérapeutiques, paraissent ne le céder à aucune de celles qui font aujourd'hui la prospérité de plusieurs contrées de l'Europe.

A l'endroit où sourdent la plupart de ces eaux, on remarque des ruines considérables, des bassins, des piscines encore debout qui attestent l'usage qu'en ont fait les Romains, en même temps qu'elles témoignent de leur efficacité.

Les Arabes continuent de nos jours à visiter les sources thermales, et leur empressement à venir y chercher des moyens curatifs contre les maladies dont ils sont atteints, dénote qu'elles n'ont rien perdu de leurs propriétés salutaires. Quelques-unes d'entre elles, mieux placées ou plus renommées, reçoivent particulièrement, chaque année, un concours considérable d'indigènes auxquels commencent à se mêler aussi les malades européens.

Le département de la guerre a, de son côté, pris des dispositions pour utiliser ces précieuses ressources médicales au profit de l'armée. Par ses soins, des établissemens provisoires ont été installés près des sources les plus en réputation. Dans la province de Constantine notamment, les sources d'Hammam-Meskhatinn sont affectées à cette destination depuis plus de huit ans.

Des expériences de toute nature y ont eu lieu, et les résultats obtenus ont confirmé toutes les espérances qu'on en avait conçues.

Ces créations, qui deviendront plus tard définitives, ne sont en quelque sorte que des jalons posés pour l'avenir; car le moment n'est certainement pas éloigné où les eaux de l'Algérie, mieux connues en France, deviendront l'objet d'une exploitation sérieuse de la part de l'industrie privée.

Alors on verra se diriger sur notre belle colonie, appelées par le double attrait d'une nature luxuriante sous un magnifique climat, ces nombreuses caravanes de malades et de désœuvrés qui, chaque saison, vont peupler les bains étrangers, où ils ne rencontrent ni cette divergence de mœurs, ni ce contraste d'habitudes qu'aiment tant à étudier chez les indigènes ceux qui voyagent en Algérie.

Le ministre de la guerre, qui s'applique à prendre les mesures réellement utiles, n'a rien négligé pour préparer et hâter cet avenir. Par son ordre, un laboratoire central d'analyse a été institué à Alger. Soumises à l'observation de ce laboratoire, dont font partie les praticiens les plus éclairés de l'armée d'Afrique, les eaux thermales et minérales de nos possessions algériennes seront successivement examinées, analysées, puis classées d'après leur nature et leurs qualités respectives.

Là ne se sont pas bornées la sollicitude et la prévoyance du ministre de la guerre; pour éloigner tous les doutes, pour donner une consécration certaine, irrécusable aux observations faites sur les lieux, il a jugé nécessaire d'invoquer le contrôle et l'appréciation souveraine de l'Académie impériale de médecine, qui a bien voulu prêter son concours à cette œuvre éminemment utile. Des échantillons des diverses sources algériennes lui seront adressés. Déjà un premier envoi lui est parvenu et va lui permettre de commencer ses travaux d'analyse, dont la continuation aura lieu sans interruption.

Bientôt donc on sera fixé en France sur le mérite des eaux de l'Algérie, et tout fait présager qu'elles n'auront qu'à gagner à être comparées aux sources les plus riches de l'Europe.

Après cet exposé sommaire, il paraît intéressant d'indiquer quelques-unes des sources thermales de l'Algérie, dont l'existence mérite surtout d'être mentionnée.

Chacune des trois provinces algériennes possède un certain nombre de sources qui, presque toutes, sont très fréquentées et très appréciées par les indigènes.

Dans la province d'Alger, il ne s'en trouve que deux: celle d'Hammam-Melouan et celle d'Hammam-Righa; l'une et l'autre sont fort recherchées.

La *source thermale d'Hammam-Melouan* se trouve près du village de Rovigo, à 40 kilomètres d'Alger, et l'analyse qui a été faite de ces eaux par le conseil de santé des armées, les a fait mettre sur la même ligne que celle de Bourbonne, avec cette différence qu'elles agissent plus activement, parce qu'elles contiennent une plus grande quantité de chlorure de sodium.

Plusieurs demandes, tendant à obtenir la concession de l'exploitation de ces eaux thermales, ont été adressées au gouvernement, mais il y a lieu de penser qu'elles seront mises en adjudication, quand toutes les études préparatoires auront été faites.

Les eaux thermales d'Hammam-Righa jaillissent d'une source que l'on découvre à quelques lieues de Milianah. Les indigènes en font un fréquent usage, et les Européens auxquels ces eaux en ont été données, ont éprouvé les meilleurs effets. Leur température la plus élevée est de 45 degrés, et leur action est tonique, stimulante et énergique, notamment pendant les premiers jours. On a surtout remarqué la rapidité avec laquelle ces eaux font disparaître les gonflemens articulaires. Outre cette action immédiate des eaux, il y en a une autre qu'on peut appeler secondaire, produite par l'excitation exercée sur l'organisme. Ainsi plusieurs malades sont partis à la fin de la saison dans un état d'amélioration sensible, et leur guérison a eu lieu peu de temps après sans autre traitement.

La province d'Oran a une bonne part des richesses thermales et minérales de l'Algérie, et la plus renommée de ses sources est certainement celle des Bains-de-la-Reine.

La *source thermale des Bains-de-la-Reine* est située sur le bord de la mer, entre Mers-el-Kébir et Oran, à deux kilomètres au plus de cette ville. Ces eaux ont au bouillon 47°50 de température; elles se montrent au jour à trois mètres au-dessus du niveau de la mer, et tombent à la sortie de la roche dans un bassin creusé dans une grotte, où sont disposées onze baignoires, et où elles se montrent très limpides et franchement salines.

Sur 1 kilogramme 856 grammes d'eau, on a trouvé:

Chlorure de sodium. .	2 gram.	00 cent.	6 gram. 28.
Carbonate de chaux. .	2 »	00 »	
Sulfate de magnésie. .	0 »	78 »	
. . .	1 »	50 »	

Ces eaux sont bonnes contre un grand nombre d'affections internes et externes, telles que les débilités de l'estomac, les lenteurs digestives, les rhumatismes simples et goutteux, etc.

On construit sur le bord de la mer, près du bassin des Bains-de-la-Reine, un établissement destiné à la population d'Oran et aux malades de l'intérieur de la province qui viennent y rétablir leur santé. Les officiers de l'armée fréquentent ces eaux de préférence à celles de la métropole, et l'hôpital militaire d'Oran y fait transporter ses malades. Cet établissement est appelé à prendre un grand développement, et à recevoir, au besoin, des malades de France et des autres contrées européennes.

Les autres sources de la province d'Oran sont:

Aïn-Merdja, sources d'eaux minérales sur la rive gauche de la Tafna, à 1,500 mètres sud des ruines de Tikembrit, et dont la température est de 23 1/2.

Aïn-el-Hammam, source d'eaux minérales d'une température de 50° à leur sortie du rocher, et de 44° dans l'intérieur des piscines. Cette source se trouve à égale distance de Bab-Mteurba et de la tribu des Hachem, dans laquelle est né Abd-el-Kader, et à environ 20 kilomètres de Mascara. Les eaux d'Aïn-el-Hammam sont très limpides, incolores, sans odeur, d'une saveur un peu crue, et légèrement âpre. Elles sont aussi un peu alcalines, et leur pesanteur spécifique est de 1,103 2 p.

Hammam-Sidi-bel-Kreir, source d'eau thermale d'une température de 36°, sur la rive gauche de la Tafna, à 10 kilomètres N. E. de Lalla-Maghrinia.

Hammam-Bou-Gh'rora, source d'eau thermale d'une température de 48°, sur la rive gauche de la Tafna, à 12 kilom. N.-E. de Lalla-Maghrinia.

Hammam-Sidi-Chighr, source d'eau thermale d'une température de 34°, sur la rive gauche de l'Oued-Mouilha, à kilomètres de Lalla-Maghrinia.

Sidi-Obdli, source d'eau thermale d'une température de 38°, sur la rive gauche de l'Isser, à 7 kilomètres du Pont-des-Pierres.

Hammam-Sidi-Aït, groupe de sources d'eaux thermales d'une température variable de 52 à 55°, sur la rive droite de l'Oued-Soughaï, près de son confluent avec le Rio-Salado.

Hammam-Bou-Hadjar, autre groupe de sources d'eaux thermales, d'une température variable de 48 à 61°, non loin de l'extrémité orientale du Sebkha d'Oran.

Il existe encore dans la province d'Oran:

Deux sources d'eaux minérales d'une température de 25°, à 6 kilom. N.-O. de Sebdou, sur la rive gauche de la Tafna;

Et une autre source d'eaux salines et sulfureuses, d'une température de 30°, à 8 kilomètres N.-O. de Lalla-Maghrinia, auprès d'un gîte de terre à porcelaine.

(La suite au prochain numéro.)

COURRIER.

Nous apprenons à l'instant que la mort vient de faire une nouvelle victime dans le corps médical de Paris et parmi les membres de l'Académie de médecine, en la personne de M. Andral père, officier de la Légion-d'Honneur, décédé aujourd'hui, dans un âge avancé.

— La séance annuelle de l'Association de prévoyance des médecins du département de la Seine aura lieu, dimanche 6 février, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, à deux heures précises.

— Les épreuves cliniques du concours de l'agrégation, momentanément suspendues, seront reprises vendredi prochain, 4 février, à quatre heures de l'après-midi, à l'Hôtel-Dieu.

— On lit dans la *Gazette médicale de Toulouse* qu'une commission analogue à celle de Paris a été nommée pour provoquer une manifestation en l'honneur de M. Orfila. Les membres de cette commission sont:

MM. Massabiau, député au Corps législatif;
Dassier, directeur de l'Ecole de médecine;
Gaussail, président de l'Association médicale;
Perpère, président de la Société de médecine;
Magnes, président de l'Association des pharmciens;
H. Combes, professeur à l'Ecole de médecine;
Filhol, professeur à l'Ecole de médecine;
Teillier, conseiller municipal;
Laforgue, Chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu;
Lacassin, secrétaire de l'Association des pharmaciens;
Parant, rédacteur du *Journal de médecine* de Toulouse;
Giscaro, rédacteur-gérant de la *Gazette médicale*;
Guitard, *Idem*;
Augé, interne lauréat de l'Ecole;
Videt, *Idem*;
Ticier, étudiant, membre de la Société médicale d'émulation.

Cette commission s'est constituée de la manière suivante: président, M. Dassier; secrétaire, M. Giscaro. Elle a décidé qu'une lettre de félicitation et de remerciemens serait adressée à l'illustre professeur. Cette lettre est dès aujourd'hui déposée au secrétariat de l'Ecole de médecine, pour recevoir les adhésions des médecins, pharmaciens et étudians de Toulouse et de la Haute-Garonne.

— M. le ministre a signé la nomination de M. Wurtz comme professeur de chimie organique à la Faculté de médecine de Paris. On sait que M. Wurtz avait été présenté le premier sur les deux listes de la Faculté et du Conseil académique.

— Le décret sur la suppression des concours pour la nomination des professeurs, en le conservant pour la nomination des agrégés, avait laissé dans l'incertitude sur le mode qu'on suivrait touchant la nomination du chef des travaux anatomiques. M. le ministre a décidé que cette place continuerait à être donnée au concours.

— M. le professeur Magendie, membre de l'Institut, commencera le cours de médecine au Collége de France, vendredi 4 février, à midi, et le continuera le mercredi et le vendredi de chaque semaine.

Le professeur traitera dans ce semestre de l'application des sciences physiques à la médecine pratique.

— Par ordonnance ministérielle du 11 janvier, la nomination de M. le docteur E. Duchesne, comme membre adjoint du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, a été approuvée.

M. Duchesne est auteur d'un livre *sur la prostitution dans la ville d'Alger*, qui vient de paraître.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 15. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 5 Février 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............ 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOUSCRIPTION

ouverte en faveur de M. Orfila dans les bureaux de L'UNION MÉDICALE:

MM. Véron, 40 fr.; Lucien Corvisart, 15 fr.; Perdrix, secrétaire général de l'Association de prévoyance des médecins du département de la Seine, 15 fr.; Arthaud-Beaufort, 20 fr.; Caussé, docteur en médecine, à Albi, 10 fr.; Souchard de Lavoreille, docteur en médecine, à Batignolles, 10 fr.; Rossen, docteur en médecine, maire de la ville de Vesoul, 10 fr.; Vidal Beaudrant (de Poitiers), 10 fr.

Total de la 10me liste. . . .	130 fr.
Listes précédentes	1,809 fr.
Total de la souscription de l'UNION MÉDICALE.	1,939 fr.

PATHOLOGIE MENTALE

MÉMOIRE SUR LES CAUSES PRÉDISPOSANTES HÉRÉDITAIRES DE L'IDIOTIE ET DE L'IMBÉCILLITÉ;

Par M. le docteur MOREAU (de Tours), médecin de l'hospice de Bicêtre.

Que doit-on entendre par ces mots : *idiotie*, *imbécillité*? L'opinion des auteurs varie sur ce point; ce qui nécessite de notre part quelques mots d'explication préliminaire.

Bien que constituant deux états morbides différens, l'idiotie et l'imbécillité se confondent entr'elles sous beaucoup de rapports, et, en tout cas, s'isolent absolument de tous les autres désordres qui intéressent particulièrement les centres nerveux dans leur dynamisme intellectuel.

Il est des individus chez lesquels les facultés morales n'ont pas même eu un commencement de développement, des enfans mort-nés, au point de vue intellectuel, et qui n'ont guère de l'humanité que les formes extérieures, et quelles formes encore?

Ce sont les idiots proprement dits.

Il en est d'autres chez qui les facultés morales se sont développées à un certain degré. Vicié dès le principe de sa formation, l'organe intellectuel, sans être dénué de toute activité, n'a jamais fonctionné que d'une manière plus ou moins défectueuse et imparfaite.

Ici, le désordre fonctionnel est congénial, c'est-à-dire remonte à la vie fœtale, comme dans l'idiotie, mais il est moindre, et il en diffère sensiblement, au point de vue symptomatologique.

C'est l'*imbécillité* congéniale.

Enfin, il est une classe d'individus dont les facultés morales se sont, d'abord, développées avec la plus parfaite régularité, puis se sont arrêtées tout à coup; ou si elles ont continué de croître, ainsi qu'il arrive le plus ordinairement, ce n'a été qu'au sein du trouble et de la confusion.

Ces individus sont atteints d'imbécillité *accidentelle* ou *acquise*.

Cette dernière affection a plus d'un point d'analogie avec la *démence*; mais c'est à tort, selon nous, qu'on a voulu en faire une seule et même maladie. Imbécillité et démence sont deux états pathologiques qui ne diffèrent pas moins sous le rapport de leur origine, de leurs causes, que des symptômes qui les caractérisent.

Les trois catégories de malades que nous venons d'indiquer, forment cette partie de la population des hospices dont se composent les sections dites des enfans idiots. Nos recherches sur l'hérédité, comme cause prédisposante de l'idiotie en général, leur sont communes.

J'arrive maintenant aux résultats de ces recherches.

Il est peu de maladies qui aient été moins étudiées que cet état spécial de l'organisme auquel on a donné le nom d'*idiotie*; aucune qui ait rencontré plus d'indifférence de la part des savans.

En fait d'étiologie surtout, la science est d'une pénurie extrême; les auteurs ou bien ont gardé le silence, ou bien n'ont porté leurs investigations que sur des points d'un intérêt secondaire.

Sur la foi de faits mal observés, sans portée scientifique réelle, on a fait dépendre l'idiotie d'impressions morales subies par la mère pendant sa grossesse, par la nourrice pendant l'allaitement, de coups, de chutes sur l'abdomen, de tentatives d'avortement, ou de manœuvres dangereuses pratiquées au moyen du forceps, quelquefois d'une éducation mal dirigée, de travaux intellectuels hâtifs et forcés, etc., toutes causes, comme le fait sagement observer un auteur moderne, « dont l'influence est encore tout entière à démontrer. » (Grisolle, *Traité de pathologie.*)

Enfin, et à plus juste titre cette fois, on a accusé certaines anomalies d'organisation, certains vices de constitution qui se rencontrent, non pas chez les idiots, il s'en faut, mais chez un certain nombre d'entre eux.

Dans beaucoup de cas, en effet, cela ne peut faire doute, l'idiotie, l'imbécillité de naissance se lient à un développement imparfait, vicieux, à une lésion quelconque de l'organe chargé des fonctions, ou, si l'on aime mieux, des manifestations intellectuelles.

Mais les investigations de la science sur l'état de la pathogénie de l'état morbide que nous étudions, doivent-elles s'arrêter là? N'importe-t-il pas davantage encore de connaître, ou du moins de chercher à connaître les causes mêmes de ces désordres, de ces perturbations de l'organisme que l'être humain apporte avec lui en naissant?

Ces causes, il est évident qu'il faut les aller chercher non plus chez le sujet lui-même, mais bien en dehors de lui, chez ceux dont il tient l'existence, en un mot, dans les conditions d'hérédité.

Ces conditions recèlent en elles la véritable origine de l'idiotie; elles sont la cause primordiale des vices ou imperfections d'organisations incompatibles avec l'exercice régulier des fonctions intellectuelles.

L'influence héréditaire doit donc occuper le premier rang parmi les causes prédisposantes, nous devrions dire les causes absolues de l'idiotie. Ce qui le prouve, c'est que, dans la très grande majorité des cas où il est impossible de découvrir aucune autre cause, aucune espèce d'anomalie des organes nerveux, l'influence de l'hérédité, elle, ne fait jamais ou presque jamais défaut, et qu'au contraire, on a toujours lieu de constater une prédisposition plus ou moins active, plus ou moins puissante, dont l'origine se dévoile manifestement chez les pères et mères ou autres ascendans.

La question de l'hérédité, c'est-à-dire des influences pathogéniques puisées dans le sein maternel, doit dominer toutes les autres dans l'étude de l'idiotie.

Qu'on n'oublie pas que l'idiot n'est pas un malade au même titre que tout autre malade. Il n'est point devenu malade, il l'était au moment même où s'accomplissait son développement physique et moral. C'est donc à une époque antérieure à sa

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Sommaire. — Mort de M. Andral père. — De M. Louis Lepelletier. — L'homœopathie gagne du terrain. — Banquet singulier. — Le costume.

Encore un deuil dans la famille médicale parisienne; un vide nouveau dans le sein de l'Académie de médecine. M. Andral père vient de s'éteindre octogénaire. Ce respectable confrère était un des rares médecins survivans qui eussent pris leurs grades dans une de ces nombreuses Facultés de médecine disséminées en France avant la révolution. M. Andral était docteur de la Faculté de Valence, et sa réception datait de l'année 1790. Il est donc mort dans sa 63me année de doctorat. Longue vie d'honneur et de dignité professionnelle! On s'inclinait avec respect, comme devant la vertu, devant cette tête vénérable qui annonçait la bonté, la tolérance, la modestie et l'éloignement pour le faux bruit et l'éclat trompeur qui séduisent le vulgaire. M. Andral avait rempli des fonctions éminentes dans la médecine militaire; il fut médecin en chef de l'armée d'Italie pendant les héroïques campagnes du général Bonaparte. Ami et compatriote de Murat, il devint son premier médecin quand le beau-frère de l'Empereur monta sur le trône de Naples. M. Andral resta fidèle au malheur, quand le malheur s'appesantit sur la famille napoléonienne. Il a pu voir, avant de mourir, la famille de son ami le roi de Naples gravir de nouveau la montagne de la puissance et des honneurs. Mais la plus grande joie de notre respectable confrère, il l'a trouvée dans sa famille, dans l'élévation de son fils, M. le professeur Andral, à une des plus hautes positions scientifiques de l'époque; bonheur rare pour un père, et qui doit être une des plus ineffables jouissances dont le cœur humain soit susceptible, de pouvoir assister vivant à la célébrité légitime de son fils.

Une autre tombe vient de s'ouvrir, celle d'un de nos jeunes confrères, de M. Louis Lepelletier, ancien interne des hôpitaux, dont les lecteurs de l'UNION MÉDICALE peuvent se rappeler quelques bons articles de clinique que nous devions à ce jeune et laborieux collaborateur. Une maladie impitoyable, la phthisie pulmonaire, a tranché les jours de Louis Lepelletier, à l'âge de 29 ans. Il est mort à Nice, et sa mère désolée a voulu que sa dépouille mortelle fût rapportée à Paris, où les derniers devoirs lui sont rendus au moment même où j'écris ces lignes, qui m'empêchent de me réunir à sa famille et à ses amis affligés.

Si des tristes pensées que fait naître la mort, je voulais passer à des idées moins sombres, je chercherais vainement une transition heureuse. J'aime mieux dire carrément : Mes chers confrères, l'homœopathie gagne du terrain. Le flot monte, monte à vue d'œil. La voilà, dit-on, avec la jeune et belle Impératrice, entrée dans le palais de César. De temps en temps, nos Sociétés médicales voient s'éloigner de leur giron des membres jusque-là restés fidèles. Le mois dernier encore, une de ces Sociétés a été affligée par une lettre de démission, basée sur une désertion vers l'homœopathie, et adressée par un confrère qui avait donné des gages à la science sérieuse. Où allons-nous, où allons-nous? Pas plus tard qu'hier, on me racontait qu'un de ces nouveaux convertis à la religion d'Hahnemann n'abordait un nouveau client qu'en lui disant : Par quelle médecine voulez-vous être traité, par l'ancienne ou par la nouvelle? Et le client de lui répondre inévitablement : Quelle est la meilleure? A quoi il ne manquait pas de répondre lui-même : C'est la nouvelle, mais c'est plus cher. O sacerdoce! O dignité médicale, qu'êtes-vous devenus?

Mais, à propos d'homœopathie, voici une piquante aventure :

C'était jeudi dernier. La Société médicale du 1er arrondissement se réunissait pour son banquet annuel chez Véfour. Cette Société est précisément celle d'où est partie avec courage l'initiative de la réaction contre de trop fréquentes faiblesses à l'égard de l'homœopathie.

Le même jour, à la même heure, dans le même établissement et dans une salle voisine, se réunissaient aussi, en banquet, les médecins homœopathes de Paris.

Les quiproquos les plus étranges naquirent de ce rapprochement. Ce fut d'abord un lithotriteur célèbre, qui, croyant entrer dans la salle de ses confrères du premier arrondissement, fut introduit dans le salon des homœopathes. Un grand cercle se forme autour de lui, on l'interroge du regard, il interroge de même. Il ne reconnaît pas là les figures qu'il cherche. Enfin, le plus spirituel de la réunion s'avance vers lui en lui disant : Monsieur Le Roy, seriez-vous venu pour sonder nos mystères, afin de nous jeter la pierre? — Où suis-je donc? s'écrie M. Le Roy. On lui explique sa méprise, et il se sauve en s'adressant au président du banquet homœopathique : *Super hunc Petroz non edificabo domum meam.*

Pendant le repas, garçons de service et maître-d'hôtel brouillent et confondent les deux tables. Un salmis de bécasses, destiné aux bouches homœopathiques, va s'engloutir dans les estomacs allopathiques. La gélinote d'Écosse, attendue par ces derniers, est consommée sans remords par les disciples d'Hahnemann.

Mais c'est au dessert, c'est au moment des toasts, que j'aurais voulu posséder le rameau d'or qui faisait s'écrouler les murailles, pour embrasser dans un même coup d'œil le spectacle de ces deux réunions, et pour ouïr à la fois les allocutions qui ont dû être prononcées aux deux tables. Vous les figurez-vous, lecteur? oui, beaucoup mieux que je ne pourrais les dire, et j'aime mieux laisser à votre esprit, dans sa virginité, l'idée de ce piquant contraste.

Donnez-vous donc de la peine et suez sang et eau pour vos ingrats confrères! J'ai exhumé un vieux décret relatif au costume des médecins. Je m'attendais naïvement à le voir promptement adopté dans les réunions officielles. Grande erreur était la mienne! Deux confrères parisiens, il n'en est pas trois, mais deux seulement, que je pourrais nommer, ont pris le costume, non la robe et l'hermine, mais l'habit de velours, la culotte courte, et l'épée. L'un a été vu dimanche à Notre-Dame, le second au bal du ministre de l'intérieur. Le premier portait l'habit noir, avec boutons d'acier; l'autre, habit marron et pareille garniture. Ils étaient gentils comme de petits amours..... de cinquante-cinq ans.

Amédée LATOUR.

naissance qu'il faut remonter pour trouver les causes de sa maladie; c'est dans les conditions pathologiques au milieu desquelles il a pris naissance et s'est développé, qu'il faut chercher ces causes, ce sont elles qu'il faut interroger, c'est d'elles qu'il faut prendre avis, avant de se livrer à aucune tentative pour améliorer son état, en faisant subir à l'organisme de profondes et salutaires modifications.

Cependant, cette grave question de l'hérédité a à peine éveillé l'attention des auteurs. Aucun d'eux n'en a fait l'objet de recherches spéciales. En général, elle n'a été envisagée que dans son sens le plus restreint, dans le sens ordinaire de la transmission directe; elle n'a pas été étudiée dans ses origines extrêment variées.

Sur ce point comme sur tant d'autres, c'est à Esquirol qu'il faut s'adresser pour connaître l'état courant de la science, le bilan des acquisitions scientifiques.

Or, cet observateur si fin et si délié, qui a laissé si peu à glaner, après lui, dans le champ de l'observation, chose digne de remarque! paraît avoir à peine songé à l'action de l'hérédité, au rôle qu'elle joue dans la pathogénie de l'affection qui nous occupe; c'est tout au plus s'il signale, comme en passant, quelques faits qui s'y rapportent; encore parle-t-il bien plus d'après le dire des auteurs qui l'ont précédé, que d'après sa propre expérience.

En veut-on la preuve? Sur vingt-cinq observations que contient son article sur l'idiotie, observations aussi complètes que possible sous le rapport symptomatologique, on n'en compte pas moins de *dix-huit* complètement dépourvues de documens relatifs à l'étiologie.

L'influence héréditaire de la mère n'y est notée que quatre fois.

Stupeur de la mère.	1 fois.
Imbécillité du père.	1 fois.
Ivrognerie du père	1 fois.
État cachectique du père. . .	1 fois.

Un auteur contemporain d'Esquirol, mais dont les travaux sont de beaucoup postérieurs à ceux du célèbre aliéniste, paraît avoir mieux compris l'importance qui s'attache à la question de l'hérédité. « Parfois, dit M. Piorry (*Traité de méd. prat.*), l'hérédité *semble* surtout influer sur l'apparition des circonstances organiques qui causent l'*apsychismie* congéniale, car l'on voit fréquemment des idiots naître de parens dont l'intelligence est peu développée, ou qui sont eux-mêmes atteints d'épilepsie, d'hystérie, d'anamo-psychismie, etc. »

Les choses étant dans cet état, on comprendra que la pensée nous soit venue de nous livrer à des recherches toutes particulières sur la question dont il s'agit, de vérifier, en nous aidant de faits nombreux et rigoureusement observés, quelle part légitime d'influence revient à l'hérédité dans le développement de l'idiotie.

Ainsi que nous l'avons fait déjà au sujet d'autres affections, qui, comme cette dernière, ont leur siége dans les centres nerveux, nous avons été chercher la source de l'influence héréditaire dans les divers états pathologiques quels qu'ils soient, qui intéressent ces mêmes organes.

Nous avons dit, et nous ne saurions trop le répéter, que les différens modes de manifestation du dynamisme nerveux ou des fonctions encéphalo-rachidiennes, se confondent toutes à leur origine (*in radice*); il s'ensuit nécessairement que toute lésion qui atteint la source organique de ces mêmes fonctions, devra, par un effet de la transmission héréditaire, se traduire à peu près indifféremment par le désordre, le trouble de l'une ou de l'autre de ces fonctions chez deux ou plusieurs individus issus de la même souche, se succéder les unes aux autres, se remplacer réciproquement, etc., etc.

De cette manière s'élargit considérablement le cadre des états pathologiques qui peuvent être le point de départ héréditaire de l'idiotie.

Après avoir dit comment nous comprenions la question de l'hérédité, voyons à quels résultats nos recherches nous ont conduit.

Elles ne comprennent pas moins de *cinquante-six* faits d'idiotie recueillis par nous dans la section des enfans idiots de Bicêtre.

Bien que les conditions d'hérédité fussent partout les mêmes, j'ai cru devoir diviser ces faits en deux catégories.

Dans la première, j'ai rangé les idiots dont l'affection, restée exempte de toute complication, était le plus souvent manifestement congéniale, c'est-à-dire datait de la naissance, ou plutôt de l'époque même du développement de l'enfant dans le sein maternel.

J'ai rangé dans la deuxième catégorie les enfans qui, à une époque plus ou moins rapprochée de leur naissance, ont eu des attaques d'épilepsie, soit que cette affection ait simplement coïncidé avec l'imperfection native des fonctions mentales, soit que précédant le trouble des facultés, elle ait apparu, ainsi, comme le premier signe sensible, le premier symptôme de la lésion organique, qui est la condition matérielle de l'idiotie.

Je ne suis entré que le moins possible dans les détails relatifs à la symptomatologie; ils n'étaient ici presque d'aucune utilité; en conséquence, je me suis borné, pour chaque fait, à faire connaître ce qui avait un rapport plus ou moins immédiat avec ces conditions de causalité héréditaires auxquelles on peut rattacher la maladie.

FAITS :

OBSERVATION Ire. — Marceler, âgé de 12 ans. Idiot; convulsions dès les premiers jours de la naissance; durant trois ans et demi environ, puis disparaissant pour ne plus revenir.

Parenté : Père ivrogne, mort à 49 ans.

La mère a eu des convulsions jusqu'à l'âge de sept mois.

OBSERVATION II. — Surment, 16 ans. Imbécille.

Parenté : Père goutteux.

La mère est morte paralysée.

Oncle (maternel), mort également en état de paralysie.

Frère aîné mort de convulsions à l'âge de treize mois.

Un autre frère, âgé de 10 ans, est *idiot*.

OBSERVATION III. — Richaud, 14 ans; a eu des convulsions pendant les premiers mois de son existence. Mobilité singulière, irritabilité, habitude de proférer des cris inarticulés; fréquens emportemens, etc.

Parenté : Le père « est comme le fils (ainsi s'exprime la mère), toujours en mouvement, violent, irritable, nerveux à l'excès, sujet à des tics singuliers, etc. »

OBSERVATION IV. — D..., idiot dès la naissance; convulsions très violentes, sans perte de connaissance.

Parenté : Sa mère, étant enceinte, a fait une chute.

Le père est d'une extrême irritabilité, *à moitié fou*, ne faisant rien comme tout le monde.

Un frère mort de fièvre cérébrale à l'âge de deux ans.

OBSERVATION V. — R..., 13 ans, a été perdu de vue par les parens jusqu'à l'âge de 14 mois; il était en nourrice. A son retour, c'était, suivant la manière de s'exprimer de la mère, *un vrai petit maniaque*; il n'était pas une minute en repos, criait sans cesse, ne « *décolérait* » pas. Les facultés se sont de plus en plus dégradées.

Parenté : La mère dit avoir éprouvé de violens chagrins pendant sa grossesse.

Le père est d'un caractère sombre, violent, bizarre à l'excès, ivrogne.

Le grand-père (paternel) « était *renommé* pour son ivrognerie. »

OBSERVATION VI. — B..., 11 ans. Tête volumineuse, à forme *hydrocéphalique* (aplatie d'avant en arrière, très développée latéralement); mouvemens choréiques très prononcés; cheveux blonds, peau blanche et fine; petit de taille, assez bien conformé. B... a eu des convulsions en bas-âge.

Parenté : Père ivrogne.

Grand'mère paternelle *très nerveuse*, très impressionnable, très bizarre, mais non aliénée. La mère à haute stature, la tête très forte; elle jouit d'une bonne santé.

OBSERVATION VII. — C..., 16 ans. Dès l'âge de 7 ou 8 mois, accidens nerveux, convulsions fréquentes, de peu de durée, sans caractère déterminé.

Parenté : Deux frères sont idiots comme lui; comme lui, ils ont eu des convulsions dès les premiers mois de leur vie.

Grand-père paternel ivrogne.

Père ivrogne. Je remarque qu'il a le front très proéminent, les yeux vifs, brillans, comme *égarés*. Deux oncles paternels ont passé pour aliénés.

OBSERVATION VIII. — Desauchelles, âgé de 8 ans, est né avec une tête très volumineuse; n'a commencé à se tenir sur ses jambes que vers l'âge de trois ans; pendant les premiers mois, gourmes à la tête, qui disparaissent sans traitement.

Parenté : Deux frères et deux sœurs bien portans. Père jamais malade, mais se disant *nerveux; touché des deux yeux.*

Les deux sœurs sont également atteintes d'un *strabisme double.*

OBSERVATION IX. — C..., 16 ans; crâne étroit, front bas, saillant; n'a marché qu'à deux ans. A cette époque, convulsions qui mettent ses jours en péril; dégradation de plus en plus sensible de l'intelligence.

Parenté : Père ivrogne, débauché, violent et dangereux dans ses colères.

La mère est sujette à des douleurs gastralgiques, à des accidens hystériques, tels que : étouffemens, constriction du gosier, palpitations, etc.

Tante maternelle atteinte de convulsions *hystériques* ou *épileptiques.*

Cousin (maternel) idiot.

OBSERVATION X. — L..., 11 ans; tête volumineuse. Jusqu'à 5 ans, L... ne diffère, sous aucun rapport, des autres enfans. A cette époque, convulsions suivies d'une *fièvre cérébrale*. Le caractère se modifie : L... devient irritable, emporté, indocile, opiniâtre, d'une mobilité extrême dans ses désirs, dans ses actions; par moments, on dirait qu'il est fou. Il est impossible de lui faire rien apprendre.

Parenté : Mère bien portante.

Grand-père paternel ivrogne à l'excès.

Père ivrogne, emporté, colère, enclin à la mélancolie, « un peu maniaque. » Une particularité digne d'être notée dans les habitudes de cet homme : chaque année, vers les premiers jours du mois d'avril, il se sent dominé par le plus impérieux besoin de courir le monde. Rien ne le retient alors; il quitte femme, enfans, travaux, pour aller..... n'importe où; mais il faut qu'il parte. Le mois est à peine écoulé que L... n'aspire plus qu'à retourner chez lui.

OBSERVATION XI. — Bailleul, 16 ans; tempérament scrofuleux; n'a pas eu de convulsions. Idiot de naissance.

Mère phthisique.

Père et sœur bien portants.

OBSERVATION XII. — Lucien, 19 ans; n'a marché que vers l'âge de quatre ans.

Père bien portant.

Mère (pas de renseignemens),

Cousine (maternelle) *idiote.*

OBSERVATION XIII. — E..., 27 ans; cul-de-jatte de naissance; n'a pas eu de convulsions.

Père adonné toute sa vie à l'ivrognerie la plus dégoûtante.

Mère bien portante.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

OBSERVATION D'UN CAS DE VARIOLE GRAVE, SANS ÉRUPTION CARACTÉRISTIQUE ET TERMINÉE PAR LA MORT; — QUELQUES MOTS AU SUJET D'UNE ÉPIDÉMIE VARIOLEUSE; par M. le docteur J. MALICHECQ, à Mont-de-Marsan (Landes).

L'observation d'un cas de purpura hémorrhagica-fébrilis suivi de mort, publiée par le journal l'UNION MÉDICALE (1), m'a rappelé un cas de variole anomale d'un caractère malin, qui s'est présentée dans le cours d'une épidémie de petite vérole, laquelle a régné à Mont-de-Marsan et dans une grande partie du département des Landes, pendant l'hiver et l'été de 1851. Cette observation, quoiqu'incomplète, rapprochée de celle de M. le docteur Hérard, si remarquable sous plus d'un rapport, ne sera pas, peut-être, dépourvue de tout intérêt.

Voici le cas tel que je le trouve dans mes notes :

Un maçon, âgé de 35 ans, d'une assez forte constitution, d'un tempérament mixte, habitant Mont-de-Marsan, tomba malade le 6 juillet 1851; il n'avait jamais été vacciné. Quinze jours avant, un membre de la même famille avait eu la petite-vérole et en était guéri; il avait été vacciné.

Les 6, 7 et 8 juillet, notre malade présenta, à un haut degré d'intensité, tous les principaux symptômes qui précèdent la période de l'éruption variolique : violente céphalalgie, maux d'estomac avec nausées et quelques vomissemens, lumbago intense, chaleur vive, agitation générale, pouls fréquent et dur. Saignée de 400 grammes pratiquée le 7 et renouvelée le 8. Le sang de la première saignée offrit un caillot sans traces de couenne; celui de la seconde saignée ne présenta pas la formation d'un caillot séparé du sérum; il était noir et diffluent, sans consistance, d'après les renseignemens donnés par mon confrère, M. Lartigau, médecin de la famille; car je ne fus appelé à voir le malade que le 9 en consultation, conjointement avec le docteur Dufour.

Le 9, la céphalalgie et les violens maux de reins ont perdu beaucoup de leur intensité; la fièvre cependant reste toujours aussi prononcée, ainsi que l'anxiété générale. Sur toute la surface du corps, à l'exception du visage et du cou, il existe une rougeur vive scarlatiniforme; sur quelques points de la peau il y a même suffusion sanguine, véritable extravasation de sang, en l'absence de toute éruption qui pût bien caractériser la variole; seulement, à la face dorsale des pieds, d'ailleurs très rouges et tuméfiés, il se présente de petits boutons très confluens, du volume de grains de millet. (Nous jugeâmes le cas très grave, et nous ne pouvions rapporter l'affection de ce malade qu'à la variole maligne, bien qu'il n'y eût pas de boutons varioleux, *morbus variolicus sine pustulis*, comme on pourrait dire avec Sydenham, nous décidâmes qu'il fallait s'en tenir à l'expectation.)

Le 10, la rougeur de la peau est plus intense et plus uniforme sur toute la surface du corps, à l'exception toujours du visage et du cou, où la peau n'offrait rien d'anormal. Fièvre aussi intense, même anxiété générale; deux selles diarrhéiques dans la nuit, le malade cependant ne se plaint pas du ventre.

Le 11, dans la matinée, la peau n'est plus d'un rouge vif, mais d'un noir violacé; la fièvre toujours forte, le pouls un peu plus fréquent que les jours précédens, 135 à 140 pulsations, est moins fort et moins dur; encore une selle diarrhéique; langue et bouche très sèches. Le malade, qui a toujours conservé sa raison, se sent faible. Tout à coup, dans la nuit, grand état de prostration, le malade succombe.

Il n'a pas été possible de faire l'autopsie, malgré tout l'intérêt qu'elle aurait pu avoir pour compléter l'observation.

Douze jours plus tard, un autre membre de la même famille était atteint d'une variole discrète, bénigne; il avait été vacciné.

Durant le cours de la même épidémie, quelques mois plus tôt, dans la même ville, deux jeunes femmes avaient également succombé à la période de l'éruption varioleuse qui, chez elles, ne put non plus se produire autrement que sous la forme de suffusion sanguine dans l'épaisseur de la peau et au-dessous de presque toutes les muqueuses; il y eut même de véritables hémorrhagies à la surface de quelques-unes de celles-ci, la métrorrhagie entre autres. Pour sûr, l'une de ces deux femmes avait été vaccinée.

En lisant l'observation du malade de M. le docteur Hérard, et, en réfléchissant aux symptômes pathologiques qu'il a présentés, je me suis souvenu de ce que j'avais observé d'analogue, et je me suis rappelé le caractère de malignité que l'affection varioleuse, au moins en temps d'épidémie, peut présenter au moment de la période d'éruption qui est entravée dans sa marche régulière et s'écarte de l'ordre physiologico-pathologique. L'observation du maçon et des deux femmes dont il vient d'être question, prouve ce fait d'une manière suffisante. Si l'on compare l'histoire de ce maçon à celle du malade de M. Hérard, on peut remarquer chez le premier, comme différences légères, l'absence de toute rougeur ou de suffusion sanguine à la peau du cou et du visage, parties du corps qui étaient à découvert, et, d'un autre côté, la diffluence moins prononcée du sang tiré de la veine; mais il faut noter que les saignées furent pratiquées les deux premiers jours de la maladie, avant l'éruption scarlatiniforme ou la suffusion sanguine cutanée. L'autopsie, si elle eût été pratiquée, ne nous aurait montré probablement qu'un engouement ou une infiltration sanguine des poumons ou de quelques autres viscères de l'économie.

A ne considérer que les phénomènes pathologiques qui, chez notre malade, se sont produits du côté de la peau, sans doute je n'aurais pas chez lui diagnostiqué une variole, mais l'existence d'une épidémie régnante par laquelle passèrent,

(1) Voir l'UNION MÉDICALE, n° 1, Janvier 1853.

presque en même temps, deux autres membres de la même famille, et de tous les symptômes principaux, à marche aiguë, qu'on observe avant la période d'éruption varioleuse, nous a autorisé à établir ce diagnostic : *variole maligne* avec *purpura hémorrhagica*. Dans cette variété de variole, plus que dans toute autre, il y a certainement une altération morbide et profonde du sang, et peut-être des liquides de l'économie en général.

THÉRAPEUTIQUE.

SI LA SAIGNÉE EST QUELQUEFOIS DANGEREUSE DANS L'APOPLEXIE; par M. Aussaguel.

La question posée en tête de cet article frappera assurément tous les praticiens. M. Aussaguel a réuni dans sa thèse inaugurale, à laquelle nous faisons cet emprunt, quelques faits qui réclament une mûre considération à cet égard.

« Dans ses leçons orales, dit-il, M. le professeur Cruveilhier, toutes les fois qu'il est question du traitement de l'hémorragie cérébrale, ne manque pas de dire : « *Sans doute, il faut saigner, mais soyez circonspects...* » Et alors il raconte volontiers qu'ayant été mandé en ville auprès d'une personne qu'il trouva sous l'imminence d'une attaque d'apoplexie cérébrale, il se hâta de pratiquer une saignée; la veine était à peine fermée, que le malade était hémiplégique : « aussi, ajoute-t-il, les parens du malade ne manquèrent pas de dire que c'était mon coup de lancette qui avait fait le mal.

» Depuis, nous avons lu dans la thèse de M. Cornil (avril 1851) : « Une femme, dit-il, que j'observai, l'année dernière, dans le service de M. Rostan, était occupée du soin de son ménage, lorsqu'elle éprouva tout à coup de la faiblesse dans les membres thoracique et pelvien du côté gauche; cependant elle put se rendre, quoique avec peine, chez son médecin qui demeurait à une assez grande distance. Celui-ci la saigna immédiatement; mais, après la saignée, la malade ne put quitter la chaise sur laquelle elle s'était assise : elle était complètement hémiplégique.

« En outre, le fait suivant s'est passé sous nos yeux : Le 24 février, un de nos amis, L. D..., se présenta à nous dans un état de bredouillement tel, qu'il eût besoin d'un bon quart d'heure pour nous faire comprendre que, le matin du même jour, il avait été lui-même fort surpris de se réveiller dans cet état. Il ne présentait, du reste, qu'un peu de faiblesse dans les mouvemens du côté droit, et surtout dans le membre supérieur, qui était également moins sensible que celui du côté opposé. Le docteur Batailhé ayant été appelé, une large saignée fut pratiquée; le lendemain le bredouillement ayant plutôt augmenté que diminué, une seconde saignée fut pratiquée, à la suite de laquelle le malade tomba dans une syncope qui se prolongea durant quinze minutes, et dont il ne se réveilla que complètement hémiplégique. Depuis ce moment également, le malade n'a plus parlé; et au moment où j'écris ces lignes, bien que le membre inférieur ait recouvré tous ses mouvemens, l'articulation du moindre monosyllabe est encore impossible.

» Eh bien ! ajoute notre jeune confrère, je le demande, si les faits de ce genre étaient nombreux, n'auraient-ils pas une certaine éloquence accusatrice contre l'emploi de la saignée; et quand, témoin impartial, on assiste à leur mode de développement, n'est-on pas tenté de dire, avec les parens du malade de M. Cruveilhier : *C'est le coup de lancette qui a fait le mal?* »

Il cherche ensuite à se rendre compte de ces faits exceptionnels; et l'explication à laquelle il s'est arrêté, ne manque peut-être pas d'une certaine valeur.

« Que se passe-t-il dans certaines pneumonies, à la suite d'une saignée ? Est-ce que le pouls, de petit, de concentré, qu'il était *avant*, ne devient pas plein, fort, développé *après*? N'observe-t-on pas, en un mot, ce qu'on appelle le *redressement* des forces, et ne pense-t-on pas généralement que c'est alors qu'un nouveau mouvement fluxionnaire a lieu vers le poumon? Aussi est-ce sans doute pour traiter en quelque sorte les accidens de la saignée par la saignée elle-même, que M. Bouillaud recommande les saignées répétées; en d'autres termes, la même quantité de sang étant d'une plus grande efficacité, évacuée en plusieurs saignées qu'en une seule.

» S'il en était ainsi pour le cerveau, comment s'en étonner? Comment s'étonner que cet organe, maintenu dans une boîte inextensible soumis à de faibles mouvemens, tuméfié qu'il est par la grande quantité de sang qui l'engorge, résiste pendant un temps à l'hémorrhagie, et qu'ensuite il cède tout à coup, quand, à la suite d'une saignée, la circulation y devient plus active et les mouvemens plus étendus? En d'autres termes, et pour mieux faire saisir notre pensée, n'y a-t-il pas pour la production de l'hémorrhagie cérébrale deux puissances parfaitement distinctes : d'un côté la masse sanguine; de l'autre, la force avec laquelle elle se meut? et ne semble-t-il pas *qu'on ne puisse diminuer la première sans accroître la seconde*?

» Diminuer la première sans accroître la seconde, tel doit être le but du praticien.

» C'est dans le but d'atteindre un pareil résultat que, pour notre compte, nous nous proposons bien de ne jamais ouvrir la veine sans avoir préalablement mis la tête du malade dans une position élevée, refoulé le sang de cet organe par l'application du froid (vessie remplie de glace), l'avoir attiré au contraire vers les extrémités inférieures par des sinapisme ou des pédiluves, et fait prendre au malade une potion calmante avec quelques gouttes de digitale. »

(*Revue médico-chirurgicale de Paris.*)

PATHOLOGIE.

EMPOISONNEMENT PAR LE LAUDANUM CHEZ UN ENFANT DE TROIS ANS; — GUÉRISON AU MOYEN DE LA RESPIRATION ARTIFICIELLE, ENTRETENUE PENDANT PLUSIEURS HEURES AVEC UNE BATTERIE GALVANIQUE.

Le fait suivant est un des exemples les plus surprenans des succès que l'on peut obtenir par la persévérance dans l'emploi des moyens thérapeutiques, dans les cas en apparence les plus désespérés. Il est aussi un exemple remarquable des effets avantageux des batteries galvaniques, employées à l'entretien de la respiration artificielle. On sait que l'une des conséquences les plus fâcheuses de l'opium et des narcotiques, donnés a haute dose, est le ralentissement de la respiration; ralentissement dont l'asphyxie est la conséquence nécessaire dans un temps plus ou moins éloigné. Aussi, tous les physiologistes qui ont étudié avec soin l'empoisonnement par les narcotiques, ont-ils insisté sur la nécessité d'entretenir la respiration artificielle dans les cas graves, alors qu'on ne peut guère songer à faire prendre au malade quelques-uns de ces médicamens qui combattent cependant avec efficacité les effets des narcotiques, nous voulons parler du café et de l'eau vinaigrée. Il résulte bien évidemment du fait qu'on va lire que la respiration artificielle a été entretenue efficacement à l'aide d'une batterie galvanique, et peut-être ce moyen, par sa régularité même, présente-t-il au médecin plus de sûreté que la pratique suivie habituellement, et qui consiste, comme on sait, soit à faire des insufflations de bouche à bouche, soit à dilater la poitrine en refoulant les viscères abdominaux, et en agissant par conséquent sur le poumon, que l'on vide d'air en partie et qui se remplit de nouveau.

Le 5 mars dernier, M. W. Bird Herapath fut appelé pour donner des soins à un enfant de trente-neuf jours, qu'il trouva presque *in articulo mortis*, froid et sans pouls, la face et les extrémités cyanosées, la dyspnée extrême, la respiration se faisant seulement par saccades irrégulières et convulsives, pupilles excessivement contractées, yeux roulés en haut sous les paupières. L'enfant était immobile, et sauf un mouvement respiratoire de temps en temps, on eût pu croire qu'il était mort.

M. Herapath apprit alors que l'on avait donné à l'enfant, quatre heures auparavant, une petite cuilerée à café de ce qu'on avait cru être une potion contre la toux, mais qui en réalité était du laudanum. Tout le laudanum avait été conservé dans l'estomac; quatre heures s'étaient écoulées depuis l'administration du poison; il y avait donc peu d'espoir de rappeler l'enfant à la vie; cependant, dans le désir de faire quelque chose pour lui, ce médecin fit appliquer de larges cataplasmes sinapisés sur la colonne vertébrale, et ordonna une forte infusion de café, contenant un peu d'esprit d'ammoniac composé; l'enfant n'avalait que par intervalle et avec une grande difficulté. En même temps, la nourrice reçut l'ordre de le tenir constamment levé et dans une agitation continuelle. Après un certain temps, il parut un peu se ranimer, remua de temps en temps un membre et commença à ouvrir les yeux; la respiration était un peu moins embarrassée, et il put avaler plus facilement le café; on en profita pour lui en faire prendre de une à deux onces. Dans l'intervalle, les cataplasmes sinapisés avaient fortement rougi la peau.

L'enfant paraissait mieux, la respiration était plus facile et plus régulière, mais toujours il témoignait peu de connaissance. Aussi ne tarda-t-il pas à retomber dans son premier état. Un sinapisme appliqué sur la poitrine et sur l'abdomen n'eut aucun effet, et l'enfant paraissait sur le point de s'éteindre, lorsque M. Herapath songea à l'électricité. En attendant que l'appareil galvano-électrique fût en action, il fit administrer par ses élèves des décharges électriques, provenant d'une petite bouteille de Leyde, et traversant le corps du cou au diaphragme; l'enfant ne parut pas éprouver d'action bien notable de cette stimulation. A six heures et demie du soir, par conséquent plus de cinq heures après l'accident, on commença l'action des courans continus. Après plusieurs essais, on reconnut que c'était en plaçant le pôle zinc ou positif sur la membrane muqueuse buccale et le pôle cuivre ou négatif sur le cartilage xiphoïde, que l'on parvenait à entretenir la respiration de la manière la plus régulière. Aussitôt que le courant était déplacé, que par exemple le pôle zinc glissait de la joue sur la langue, les mouvemens respiratoires redevenaient difficiles et convulsifs; il survenait du spasme de la glotte, et l'asphyxie n'eût pas tardé à se produire. Le courant électrique fut ainsi continué pendant plusieurs heures, avec une seule interruption. Tant que l'appareil marchait régulièrement, tout allait bien, l'enfant respirait largement et régulièrement, et presque sans difficulté. Mais quand le courant primitif s'affaiblissait, faute d'une suffisante quantité d'acide, ou que l'interruption ne se faisait plus d'une manière régulière, le petit malade retombait dans un état alarmant.

A onze heures du soir, il n'y avait cependant pas grande espérance, sauf que les battemens du cœur s'entendaient faibles, mais distincts, trente fois par minute; c'était le seule signe de la vie. On reprit de nouveau la galvanisation, momentanément interrompue, et on ne la cessa plus pendant trois heures. A ce moment on interrompit encore pendant quelques instants, parce que la connaissance semblait reparaître; le pauvre petit ressuscité semblait souffrir beaucoup des sinapismes qu'on avait promenés sur son corps, il poussa même un petit cri. Dix minutes après les symptômes semblaient reprendre : la batterie fut encore employée pendant quelques minutes et un lavement composé de 4 grammes d'essence de térébenthine, 24 grammes d'huile de Ricin et 125 grammes d'infusion de café fut administré, tandis qu'on faisait prendre par la bouche du café avec un peu d'eau-de-vie. Il avala avec difficulté; une partie passa dans le larynx, et donna lieu à un accès de dyspnée, mais le malade n'était pas assez fort pour tousser. A trois heures et demie du matin, l'amélioration était telle, que les courans électriques furent interrompus. Il continua encore à respirer avec assez de calme, pendant une demie-heure, puis il fallut de nouveau revenir à la batterie galvanique, et de quatre à huit heures du matin, on y revint encore deux fois, à d'assez courts intervalles, et la dernière fois pendant dix minutes. A huit heures du matin, la respiration était assez naturelle et assez régulière, sauf une espèce de temps d'arrêt, de temps en temps, qui disparaissait lorsqu'on lui soufflait à la face ou qu'on le secouait. A une heure de l'après-midi, il y avait encore du coma et de la respiration stertoreuse de temps en temps; mais trois heures après, l'amélioration avait fait beaucoup de progrès, le petit malade avait pu prendre quelques cuillerées de lait coupé, la respiration était plus calme, et les temps d'arrêt moins marqués, la peau d'une coloration et d'une température naturelles; sommeil profond, mais peu de sterteur. Le lendemain, il était complètement rétabli.

(*The Lancet.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 19 Janvier 1853. — Présidence de M. Guersant.

La correspondance comprend une lettre de M. Lebert, qui informe la Société qu'il vient d'être nommé professeur de clinique à l'Université de Zurich et médecin de l'hôpital de cette ville. M. Lebert sollicite de la Société le titre de membre associé étranger en échange de celui de membre titulaire, dont il se voit à regret obligé de se démettre.

Sur la proposition du bureau, M. Lebert est nommé immédiatement et par acclamation, membre associé étranger de la Société de chirurgie.

La Société procède au scrutin pour la nomination de M. Désormeaux, conformément aux conclusions du rapport lu dans la dernière séance par M. Richet.

M. Désormeaux, réunissant la majorité des suffrages, est nommé membre titulaire de la Société.

M. Roux a la parole pour une communication.

Vessie comprise dans une hernie inguinale étranglée.

M. Roux expose le fait suivant : Un homme d'une cinquantaine d'années, portant depuis son enfance une hernie inguinale volumineuse du côté droit, qui n'avait jamais été bien maintenue, entra récemment à l'Hôtel-Dieu avec des symptômes d'étranglement, qui duraient depuis quatre jours. Après quelques tentatives infructueuses de réduction, M. Roux se décida à opérer. Il commença avec une grande confiance, convaincu qu'il avait affaire à une hernie inguinale ordinaire. Les premiers temps de l'opération furent, en effet, très simples; le sac mis à découvert et le débridement opéré, on reconnut une anse intestinale qui fut aussitôt réduite sans aucune difficulté. Mais à côté et en dedans de cette anse, il restait une seconde tumeur globuleuse qui soulevait la paroi antérieure du sac; convaincu, à l'aspect de cette tumeur d'une apparence lisse et unie, qu'il avait affaire à une portion d'épiploon, M. Roux essaya de la faire rentrer dans la cavité abdominale; mais à peine la tumeur avait-elle été refoulée qu'elle ressortait aussitôt. Après des tentatives réitérées et toujours infructueuses, il fallut y renoncer. M. Roux se détermina alors à pratiquer la rescision de ce corps qu'il n'hésitait pas à regarder comme une portion d'épiploon. A peine eut-il donné le premier coup de bistouri, qu'il s'échappa tout à coup un jet de liquide qu'à son aspect et à son odeur il reconnut de suite être de l'urine. Il ne pouvait pas y avoir plus longtemps de doute, c'était la vessie qu'il venait d'ouvrir. Il se hâta de saisir les lèvres de l'incision pour les affronter et les réunir; la plaie fut tamponnée au niveau de l'anneau.

Le lendemain, le malade fut trouvé dans un état de prostration qui fit présager une fin prochaine. Il succomba, en effet, deux heures après la visite, et quinze ou seize heures environ après l'opération.

L'examen des parties, fait hâtivement, fit reconnaître que c'était en effet la vessie qui avait été incisée. La moitié environ de ce réservoir faisait saillie dans le sac herniaire, à travers l'anneau inguinal. La portion de vessie herniée ne paraissait pas, du reste, sensiblement altérée ni augmentée d'épaisseur.

C'est le premier exemple de cystocèle inguinale qui s'est offert à l'observation de M. Roux. Comment cette hernie s'est-elle formée? C'est ce qu'il ne saurait s'expliquer en ce moment, l'examen des pièces n'ayant pas été fait d'une manière assez complète. M. Roux est porté à croire que le déplacement de la vessie date de l'origine même de la hernie, bien qu'elle soit restée étrangère aux symptômes d'étranglement, et que rien, du vivant du malade, n'ait pu en faire soupçonner l'existence. M. Roux pense, enfin, que cet accident n'a rien ajouté à la gravité de l'état du malade, et qu'il eût succombé dans tous les cas aux conséquences seules de l'étranglement,

M. Roux soumettra les pièces à la Société dans la prochaine séance. Une discussion pourra s'ouvrir alors avec plus de fruit sur cette communication.

Luxation de la tête du fémur en haut et en avant.

M. Maisonneuve lit un rapport sur une observation de M. le docteur Aubry, relative à un cas de luxation de la tête du fémur en haut et en avant. M. le raporteur, à l'occasion de ce fait, se livre à un examen critique de l'opération de M. Malgaigne sur ce que l'on doit entendre par luxation complète et luxation incomplète; et, contrairement à l'opinion de ce chirurgien, il s'élève contre la désignation de luxation incomplète affectée aux déplacemens des articulations orbiculaires.

Après une assez longue discussion sur ce sujet, la question ne paraissant pas suffisamment élucidée, la Société, sur la proposition d'un de ses membres, décide que le rapport ne sera point publié dans les fascicules.

Les conclusions du rapport consistant : 1° à adresser des remercîmens à l'auteur du mémoire, 2° à proposer l'élection de M. Aubry comme membre correspondant, sont adoptées.

Le scrutin pour la nomination de M. Aubry, comme membre correspondant, aura lieu dans la séance prochaine.

Trachéotomie dans un cas de croup; — guérison.

M. Combes, de Saint-Germain, présente une petite fille à laquelle il a pratiqué, il y a trois mois, l'opération de la trachéotomie pour un cas de croup. Voici la relation succincte de ce fait :

Albertine D..., âgée de cinq ans et demi, de Bougival, près St-Germain, fut affectée de croup le 1er octobre 1852. Le 5, après midi, quand M. Combes la vit pour la première fois, elle avait eu une application de six sangsues, un vésicatoire volant et trois potions contenant chacune 10 centigrammes d'émétique; elle présentait, comme symptômes prédominans, des plaques couenneuses dans le pharynx, la toux croupale, l'aphonie, le sifflement laryngo-trachéal, une agitation extrême, mais surtout l'asphyxie déjà avancée, menaçant à tout moment d'une terminaison funeste. M. Combes pratiqua sans différer la trachéotomie, qui procura l'expulsion immédiate d'une grande quantité de lambeaux membraneux entourés d'épaisses mucosités, et finalement un bien-être considérable.

Avant l'opération, l'imminence du danger n'ayant pas permis à l'opérateur de se pourvoir des pièces ordinaires du pansement, il mit au bout d'une sonde dans l'ouverture artificielle de la trachée, et se retira

pour ne revenir que quatre heures plus tard, alors l'enfant avait dormi; des fausses membranes nouvelles s'étaient offertes au-dessus et au-dessous de la sonde entre les lèvres de l'incision; elles avaient été extraites avec des p nces; d'autres adhéraient encore aux parois de la trachée, et se voyaient à l'aide du dilatateur. (Ecouvillonnement de la trachée jusqu'à dermication, cautérisation avec une solution concentrée d'azotate d'argent, mise en place d'une canule double recouverte en avant avec de la gaze; de plus, cautérisation du pharynx avec acide chlorhydrique et miel rosat. Infusion béchique, bouillon.)

Le 6 octobre, à sept heures du matin. Il y avait eu du sommeil; les matières expectorées, recueillies sur du linge, ressemblaient à celles d'hier; le larynx paraissait tout à fait imperméable à l'air; fièvre modérée. Même pansement.

Du 7 au 11. Le traitement a peu varié; seulement, le caustique liquide a été porté une fois dans le larynx de bas en haut, et la trachée a été nettoyée avec l'écouvillon trois fois par jour. La petite fille a mangé comme avant d'être malade.

Le 12 octobre, l'air traversait librement le larynx. Une maladie ayant retenu M. Combes à Saint-Germain jusqu'à la fin du mois, la réunion n'a été obtenue seulement que le 5 novembre, un mois après l'opération, six jours après l'application des premières bandelettes. Du 12 au 31, on s'était borné à nettoyer la canule de temps à autre.

La guérison ne s'est pas démentie. La cicatrice ne se voit pas, à moins qu'on ne la cherche.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 26 Janvier 1853. — Présidence de M. Guersant.

La Société procède au scrutin pour l'élection de M. Aubry, de Rennes, comme membre correspondant. M. Aubry réunissant la majorité des suffrages, est déclaré élu.

Anatomie pathologique d'une cystocèle inguinale.

M. Roux présente la pièce d'anatomie pathologique relative à la cystocèle inguinale dont il a entretenu la Société dans la précédente séance. La partie de la vessie herniée offrait un prolongement d'environ 4 pouces, communiquant avec le reste de l'organe par un rétrécissement qui admettait à peine l'extrémité du doigt.

M. Morel-Lavallée cite un fait analogue qu'il a eu l'occasion d'observer.

M. Marjolin a vu à l'hôpital de Prague l'autopsie d'un malade qui avait succombé aux accidens d'une hernie étranglée. On trouva, à l'examen cadavérique, une infiltration urineuse sous le péritoine, et qui avait en partie décollé le sac. En ouvrant le sac, on trouva d'abord une très petite tumeur formée par une anse intestinale, et disproportionnée avec le volume de la hernie, puis une seconde tumeur très volumineuse constituée par la vessie.

Le rapprochement de ces deux observations peut offrir quelque intérêt au point de vue clinique.

De l'arthrite suppurée et de sa guérison possible *avec conservation des mouvemens.*

Sous ce titre, M. le docteur Hippolyte Blot lit un travail dont nous donnerons plus tard l'analyse complète; nous nous contenterons, aujourd'hui, d'en indiquer les points principaux.

Le mémoire de M. Blot est divisé en trois parties : la première renferme un historique de la question dont il s'occupe; il y cite l'opinion des chirurgiens sur les différens modes de terminaison de l'arthrite suppurée, et il fait voir qu'ils sont unanimes pour admettre que *toujours* cette terminaison est plus ou moins fâcheuse, et que, dans des cas semblables, ce qu'on peut espérer de plus heureux, c'est une *ankylose*.

La deuxième partie est consacrée au récit des observations sur lesquelles s'appuie l'auteur pour démontrer que le chirurgien, dans les cas d'arthrite suppurée, ne doit pas désespérer *toujours* d'obtenir une guérison complète, c'est-à-dire une guérison avec conservation des mouvemens de la jointure malade.

Dans la troisième partie, M. Blot se livre à quelques réflexions; il cherche à interpréter les heureuses exceptions dont il rapporte des exemples; et, après avoir fait ressortir l'influence probable du traitement mis en usage, il termine par les deux conclusions suivantes :

1° L'arthrite suppurée, franchement inflammatoire, *peut*, particulièrement chez les femmes en couches, se terminer par la guérison complète, c'est-à-dire par la guérison avec conservation des mouvemens de l'article malade.

2° Il serait peut-être utile, pour avoir plus de chance d'obtenir cet heureux résultat, de pratiquer au pus une issue facile par des incisions suffisantes, faites à un moment aussi rapproché que possible de celui où l'inflammation articulaire s'est compliquée de suppuration.

Destruction du nerf sous-orbitaire avec conservation presque complète de la sensibilité de la face.

M. Gerdy communique une observation de tumeur développée dans le sinus maxillaire gauche obstruant la narine du même côté. Cette tumeur ayant été reconnue de nature cancéreuse, M. Gerdy procéda à son ablation. La tumeur enlevée, on reconnut que le plancher de l'orbite avait été en partie détruit; le nerf sous-orbitaire était également détruit; une partie de ce nerf s'était trouvée englobée dans la tumeur, et cependant c'est là le fait sur lequel M. Gerdy appelle spécialement l'attention de la Société, la sensibilité était conservée presque intacte. Il n'y avait peut-être pas dans toute la face une étendue de quelques centimètres qui eût perdu la sensibilité.

M. Gerdy croit voir là un fait pathologique qui renverse les idées reçues en physiologie depuis Ch. Bell, et qui, joint avec d'autres faits analogues dont il rappelle quelques exemples, tend à infirmer une doctrine mal assise.

M. Gerdy entretient la Société d'un second fait relatif à une tumeur de la région maxillaire supérieure qu'il a extirpée chez une jeune femme. La tumeur n'offrait par elle-même aucune circonstance particulière intéressante. Cette communication a pour objet de faire connaître le procédé que M. Gerdy a suivi pour dissimuler le plus possible les cicatrices que laissent après elles ces sortes d'opérations. Ce procédé consiste à faire suivre au bistouri les sillons naturels de la face. Ainsi, chez la malade dont il s'agit, l'incision a d'abord longé le tissu longitudinal du nez; puis arrivé à la narine, il l'a continuée pour venir horizontalement gagner le sillon médian de la lèvre supérieure, qu'elle a suivie jusqu'à son bord libre. De cette manière, les cicatrices, confondues avec les sillons naturels de la face sont à peine visibles et ne constituent pas de difformité sensible. M. Gerdy met sous les yeux de la Société le moule en plâtre pris sur la face de cette opérée, et qui permet de juger des traces très légères qu'a laissées cette opération.

Cancer de la vessie chez un enfant.

M. Guersant présente, à la fin de la séance, une pièce d'anatomie pathologique provenant d'un jeune garçon qui a succombé dans son service de l'hôpital des Enfans. C'est un cancer de la vessie, accompagné de l'altération profonde des reins, lésions très rares à cet âge.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS.

LES EAUX THERMALES DE L'ALGÉRIE.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

La province de Constantine est celle des trois provinces de l'Algérie qui possède le plus grand nombre de sources thermales et minérales. Ces sources, pour la plupart, sont très fréquentées par les indigènes; mais la source la plus renommée de la province de Constantine est incontestablement celle d'Hammam-Merkhoutinn, dont les eaux ont des propriétés analogues à celles de nos établissemens métropolitains les plus recherchés.

Hammam-Merkhoutinn est le nom d'une source thermale d'où l'eau s'échappe en abondance par une ouverture principale, à une température de 95° centigrades. Les eaux qui jaillissent des autres ouvertures varient de 35 à 46°, mais elles sont indistinctement d'une limpidité et d'une cristallisation remarquables. D'après les analyses, elles sont d'une nature saline, avec odeur sulfureuse, et se rapprochent, par leur composition chimique, des eaux de Balaruc, de Plombières et de Bagnères-de-Bigorre, qu'elles peuvent remplacer au besoin.

Au milieu des bains d'Hammam-Merkhoutinn existent des ruines qui témoignent que les Romains avaient là des établissemens très importans. Il a été question de construire un hôpital militaire et un centre de population qui se trouveraient admirablement placés en cet endroit, au milieu d'excellens terrains et sous une température fort saine, mais il n'y a été organisé jusqu'à présent qu'un service médical à titre d'essai. Hammam-Merkhoutinn est situé près de Metzez-Ammar, non loin de Guelma, et à mi-chemin de la route de Bone à Constantine. A une certaine distance et vers le sud d'Hammam-Merkhoutinn, on retrouve plusieurs bassins romains, dont l'un a jusqu'à 55 mètres de longueur.

Les autres sources de la province de Constantine sont :

Hammam-Sidi-Mimoun, situé au sud de la ville de Constantine, près du Rummel, et un peu en avant de la porte Vallé; elle projette une eau thermale d'une température de 26°. Les Romains avaient couvert ce bain, très fréquenté encore aujourd'hui par les indigènes et par les Européens, d'une voûte en pierre de taille, et ils l'avaient entouré de telle sorte, que l'on n'y peut pénétrer actuellement encore que par une entrée assez étroite qui regarde le nord; aucune ouverture n'éclaire l'intérieur, où l'on ne peut se mouvoir sans être muni d'une lampe.

Non loin de là, toujours sur la rive droite du Rummel, on trouve une source thermale qui sort d'un rocher creusé tout à la fois par la nature et par la main de l'homme. Elle a la forme d'une salle circulaire recouverte de sa voûte sphérique.

Au delà de la porte d'El-Kantara, sur la rive gauche du Rummel et sur la hauteur de Sidi-Mecid, on trouve encore une source d'eau chaude sulfureuse, d'une température de 34° et de 40° à son origine. Il est probable que ce bain a été autrefois entouré de constructions, mais il n'en reste aucune trace. La piscine, naturelle, mais irrégulière, où l'on se baigne, peut contenir trente ou quarante personnes.

Hammam-Bou-Hallouf, source d'eau légèrement sulfureuse, d'une température d'environ 40°, vers le Djebel-Medjada, et non loin du Djimilah. Le bassin carré qui entoure cette source est de construction romaine.

Hammam-Bou-Sellam, situé à 19 kilom. S.-O. de Sétif. Les sources de l'Oued-Hammam-Bou-Sellam sortent de plusieurs bassins avec un grand dégagement de gaz. Les moins chaudes marquent 41° 1/2, et les plus chaudes 49°, mais la composition du gaz et celle des eaux n'est pas encore connue.

On rencontre encore sur la route de Guelma à Tifech, soit à environ 1,000 mètres de l'embouchure de l'Oued-Hammam, dans l'Oued-Rhiba, une magnifique source dont les eaux marquent environ 32° centig., et qui sort d'une large fente ouverte dans la roche, qui n'est elle-même qu'un dépôt de ces eaux. La partie inférieure de la fente forme une véritable baignoire naturelle dont l'eau s'écoule incessamment en assez grande abondance pour former un ruisseau qui se jette immédiatement dans l'Oued-Rhiba. Des restes importans de constructions romaines existent encore auprès de cette source, et de jolis coteaux cultivés et boisés bordent vers ce point la rive droite de l'Oued-Rhiba.

Enfin, il existe encore dans la province de Constantine d'autres sources qui sont moins recherchées par les indigènes, et qui ne portent aucun vestige des temps romains. Ce sont : les sources thermales d'Hammam-Breda, sur le territoire d'Éliopolis, d'une température de 29°; celles de Kasbaït, à mi-chemin de Djimilah à Sétif; la source d'El-Hamma-Kabès, sulfureuse, à 47°, dans le Bordz-el-Melh, et située à l'est du Sahara; la source ferrugineuse de Ma-Allah, entre Milah et Djimilah, au sud de Ferdjouïa; et la source d'El-Hamma-Tozer, au nord et à quelques kilomètres de Tozer.

Il ressort en outre, du dernier travail envoyé au ministre de la guerre par l'ingénieur en chef des mines de la province de Constantine, que les autres sources de cette partie de l'Algérie sont :

Dans le cercle de Constantine, El-Garsa, sur la tribu des Ouled-Daoud, sulfureuse, à 32°; Hammam-Grouss, sur la tribu des Tuenia; Hammam-Béni-Hechia, sur la tribu des Beni-Zédia.

Dans le cercle de Sétif, Hammam-Bou-Thaleb, sur la tribu des Ouled-Sénan, d'une température de 50°; Hammam-Msilusan, sur la tribu des Ouled-Salthan.

Dans le cercle de Bordj-Bou-Arirdhj, Hammam-Mta-el-Biben, sur la tribu des Ouemoura, sulfureuse à 70°; Hammam-Oued-el-Kersab, sur la tribu des Maadid.

Dans le cercle de Biscara, Hammam-Kourbeizet, sur la tribu d'El-Outhaïa, sulfureuse, à 40°.

Dans le cercle de Guelma, Hammam-Rellaïa, sur la tribu des Zardezas, d'une température de 40°; Hammam-Mta-Achaich, sur la tribu des Ouled-Cheudam, d'une température de 60°; Hammam-Ubaïls, sur la tribu des Ubaïls, d'une température de 37°; Hammam-Ouled-Zeir, sur la tribu des Hanencha.

Dans le cercle de la Calla, Hammam-Ouled-Messaoud, sur la tribu des Ouled-Messaoud, sulfureuse, à 42°; Hammam-Sidi-Traah, sur la tribu des Ouled-Nasseur; Hammam-Amiga, sur la tribu des Beni-Amar, sulfureuse, à 37; et Kef-el-Hammam, sur la tribu des Braptia, sulfureuse, à 35°.

On vient de voir que l'Algérie ne le cède point en richesse à la métropole, sous le rapport des sources thermales et minérales. On croit devoir répéter qu'un service médical a été organisé récemment, à titre d'essai, par ordre du ministre de la guerre, aux sources thermales d'Hammam-Mélouan, d'Hammam-Righa et d'Hammam-Mesthoutina; le conseil de santé des armées s'est également occupé de cette question, en vue d'éclairer le département de la guerre sur les moyens de créer des établissemens hygiéniques propres à améliorer la santé des populations civiles de l'Algérie et des soldats de l'armée d'occupation.

Il y a donc lieu d'espérer que, grâce aux mesures que dicte la persévérante sollicitude du gouvernement, cette terre d'Afrique, si mal à propos redoutée comme une contrée malsaine engendrant les fièvres et les maladies, sera le refuge des malades, qui iront y chercher, avec un beau ciel, de splendides paysages, des mœurs originales et pittoresques, et mieux que cela encore, la santé, qu'ils devront à ses eaux bienfaisantes. (*Moniteur universel.*)

COURRIER.

Les concours pour les places d'aides-majors provisoires ont eu lieu à Montpellier et à Strasbourg, sous la présidence de M. Michel Lévy, membre du conseil de santé.

A Montpellier, quatre candidats se sont présentés : 3 médecins et 1 pharmacien.

Le nombre des candidats a été de cinq à Strasbourg : 4 médecins et 1 pharmacien. Mais le pharmacien, n'ayant pas atteint l'âge de vingt-cinq ans, n'a pu être admis au concours.

Les quatre candidats qui ont subi les épreuves ont été déclarés admissibles dans l'ordre suivant : MM. Weber, Worms, Kiener et Goureau.

— Voici le programme des questions proposées par la Société de médecine de Gand, pour le *concours* de 1853 :

1re question : Peut-on admettre des hyposthénisans moraux parmi les modificateurs de la vie? Dans le cas affirmatif, quelle est leur influence au point de vue physiologique et thérapeutique? — Prix : 200 fr.

2me question : Du rachitisme considéré dans sa nature, ses causes et son traitement. — Prix : 200 fr.

3me question : Exposer l'état de nos connaissances sur l'astrophie musculaire progressive, en insistant principalement sur l'étiologie et le traitement de cette affection. — Prix : 100 fr.

4me question : Décrire les vertus thérapeutiques de l'arnica montana; s'appuyer sur des faits pratiques. — Prix : 100 fr.

5me question : Quelle doit être la conduite de l'accoucheur dans les cas d'adhérence morbide du placenta? Existe-t-il des signes auxquels on peut reconnaître cette adhérence pendant la gestation? — Prix : 100 fr.

6me question : Quelles sont les modifications que la vieillesse imprime au traitement des maladies? — Prix : 100 fr.

Les mémoires envoyés au concours, écrits en français, latin ou en flamand, devront être adressés, francs de port, dans les formes académiques usitées, avant le 1er octobre 1853, à M. le professeur Teirlinck, secrétaire de la Société, rue Basse (Onderstraet), n° 48, à Gand.

— Par décret impérial, en date du 14 janvier, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce, a été nommé chevalier de l'ordre impérial de la Légion-d'Honneur :

M. Magail, médecin à Marseille (Bouches-du-Rhône), 34 ans de services gratuits dans les établissemens charitables de cette ville, a obtenu la médaille du choléra.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Maltestet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 16. SEPTIÈME ANNÉE. **Mardi 8 Février 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............. 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOUSCRIPTION

ouverte en faveur de M. Orfila dans les bureaux de L'UNION MÉDICALE:

MM. Ducasse, docteur-médecin, ex-directeur de l'École de médecine de Toulouse, 20 fr.; Durand, docteur-médecin à Saint-Gaudens, 5 fr.; Auguste Godard, 5 fr.; Chrétien, médecin en chef de l'hôpital de Thann, 5 fr.; Mairel médecin-adjoint de l'hôpital de Thann, 5 fr.; Fauchon, médecin aide-major au 18e de ligne, à Tulle, 5 fr.; Coqueret, 10 fr.; Baillarger, 20 fr.

Total de la 11me liste. . . . 75 fr.
Listes précédentes . . . . . 1,939 fr.

Total de la souscription de l'UNION MÉDICALE. 2,014 fr.

Souscriptions reçues au bureau de M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine :

MM. Lebert, 10 fr.; Foucart, 10 fr.; l'École de Bordeaux, 150 fr.; Houël, 5 fr.; Cusco, 10 fr.; Jules Béclard, 10 fr.; Bouchut, 10 fr.; Bérard, doyen de la Faculté de Montpellier, 20 fr.; Rostan, 40 fr.; Lucas-Championnière, 20 fr.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

Sommaire. — Cas de variole; pronostic de cette affection; vertu préservative de la vaccine; revaccination.

Dans un moment où la variole sévit à Paris avec une certaine violence, il me paraît opportun de discuter avec quelque soin les principales questions qui se rattachent au pronostic de cette affection et surtout à son préservatif par excellence : la vaccine. Cette tâche me sera d'autant plus facile, que les cas que vous avez pu observer dans le service pendant le cours de cette année, ont été assez nombreux et assez variés pour vous permettre de suivre les diverses phases de cette maladie. Quelques-uns de ces cas se sont terminés par la mort; dans d'autres, au contraire, les symptômes ont été d'une grande bénignité, et la dessication des pustules s'est effectuée en très peu de temps.

Parmi ces derniers faits, il en est un bien remarquable et que vous vous rappelez certainement. Il s'est produit chez une jeune femme qui, après avoir éprouvé tous les symptômes caractéristiques du début de la variole : fièvre, céphalalgie, douleurs lombaires, et après avoir eu toute la surface du corps couverte de petites papules rouges, nous a présenté ce phénomène extraordinaire de la *disparition complète de l'éruption, sans qu'il se soit formé de pustules, sans que nous ayons même pu distinguer, à l'œil nu, un commencement de vésicule* au sommet des petites papules dont je viens de parler.

En présence d'un fait aussi insolite d'avortement complet de toutes les pustules au deuxième jour de leur apparition, on aurait pu, malgré les symptômes du début, douter de l'existence réelle de la variole chez cette femme; mais une circonstance particulière est venue lever tous les doutes. Une autre malade qui, s'étant liée avec elle, lui avait donné des soins et était venue souvent auprès de son lit, ne tarda pas à être atteinte de la variole. La maladie s'était communiquée par contagion, et l'éruption parcourut toutes ses périodes chez chez cette seconde malade, qui était affectée d'une chorée pour le traitement de laquelle elle était entrée dans nos salles. La démonstration est donc complète et je n'insiste pas davantage sur ce fait. Mais permettez-moi, puisque l'occasion s'en présente, une courte digression sur l'influence qu'a exercée la maladie fébrile sur l'affection nerveuse.

Après la guérison de la variole, la chorée s'est trouvée également guérie, bien que le traitement dirigé contre cette dernière ait été nécessairement suspendu.

Ne croyez pas cependant que la guérison de la chorée ait coïncidé avec le début de la fièvre éruptive; bien loin de là, les phénomènes choréiques sont, à ce moment, devenus plus marqués, et c'est seulement plus tard, au moment de la cessation de la fièvre, que l'agitation a diminué graduellement avec elle. Ce fait là ne sort pas de la règle, car comme l'a démontré M. Sée dans sa thèse (thèses, Paris, 1850), c'est ainsi que la marche de la chorée se trouve habituellement influencée par les phénomènes fébriles intercurrens, et c'est ainsi qu'il faut entendre ces mots d'Hippocrate : *febris spasmos solvit.* S'il y a eu des discussions à ce sujet, c'est qu'on n'avait pas, comme M. Sée, suivi les maladies dans tout leur cours, et qu'en voyant, au début de la fièvre, les symptômes nerveux augmenter, on avait pu regarder comme erronée la proposition précédente. Ce fait vient donc à l'appui des observations de M. Sée.

Mais je ne veux pas vous entretenir plus longuement, Messieurs, de malades qui ont depuis longtemps quitté l'hôpital; car l'histoire de ceux qui sont encore actuellement soumis à notre observation, suffira pour nous permettre de présenter quelques considérations sur les questions si controversées de la vaccine et de son influence préservatrice : sujet que je me propose de traiter principalement aujourd'hui.

OBSERVATION I. — Des deux sujets sur lesquels je veux attirer votre attention, le premier est une femme couchée au n° 13 de la salle Ste-Geneniève.

Elle est âgée de 33 ans, couturière, et ne peut pas nous dire si elle a été vaccinée; du reste, nous ne trouvons ni sur ses bras, ni sur ses cuisses de traces évidentes de vaccine.

Elle est entrée dans nos salles le 8 novembre 1852, pour y être traitée d'une déviation utérine (antéversion avec flexion), dont elle présente tous les symptômes généraux et locaux. Le traitement, commencé immédiatement, fut très bien supporté. Après avoir pratiqué le cathétérisme avec la sonde utérine à quatre reprises différentes, nous avions le 23 novembre introduit un redresseur à tige articulée, et jusqu'au 30 il ne s'était rien passé de particulier. La malade se trouvait sensiblement mieux; elle avait conservé sa gaîté, et son appétit était plus vif que précédemment; lorsque le 30 au soir, elle fut prise de frissons, d'agitation, d'anxiété avec faiblesse et courbature générale; la fièvre s'alluma; le pouls fréquent, concentré, était à 124; il y eut un peu de toux sèche, avec oppression considérable et douleurs vives, surtout aux lombes, se propageant le long des parois abdominales jusqu'à l'épigastre. En même temps, il y avait de la constipation, de l'inappétence et une soif ardente.

La première chose que nous fîmes, fut d'enlever le redresseur utérin, puis on administra 2 grammes d'ipéca. Le soir, 1 pil. d'op. de 0,03. Pour tisane, gomme sucrée, deux bouillons.

Le 1er décembre, la fièvre avait augmenté, et avec elle les douleurs des reins et la courbature. Le pouls avait conservé les mêmes caractères. Le ventre n'était plus douloureux, il restait souple et bien conformé. Nous vîmes sur la partie antérieure du tronc, et principalement du thorax, des taches rouges, peu saillantes, vaguement disséminées, plutôt sous forme de plaque, que par points isolés.

Le 2 décembre, ces taches étaient devenues de petits boutons bien isolés, rouges, saillans, distincts, acuminés pour la plupart, répandus en plus grand nombre à la face, au tronc et sur les membres. Dès lors, l'existence de la variole devint évidente, et *nous enduisîmes la face d'un mélange d'onguent mercuriel et de poudre d'amidon.*

Le 3 décembre, la douleur et l'agitation étaient moindres, les forces étaient moins abattues; le pouls était descendu à 104. De petites vésicules saillantes, bien visibles, surmontaient les petits boutons rouges, dont le nombre avait augmenté.

Le 4 et le 5, les vésicules s'aplatissent et se transforment en pustules; elles commencent à s'ombiliquer, et sont entourées d'un cercle rougeâ-

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL, professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire — Exposition des doctrines hippocratiques. — De l'anatomie avant Hippocrate; absence d'anatomie en Égypte; état de cette science en Grèce, dans les *asclépions* et dans les écoles philosophiques. — Alcméon, Démocrite, Anaxagore. — De l'anatomie depuis Hippocrate jusqu'à la fondation de l'école d'Alexandrie : Hippocrate, Dioclès, Platon, Aristote, Praxagoras. — Physiologie d'Hippocrate.

VIII.

Exposition des doctrines hippocratiques.

Les doctrines d'Hippocrate, relativement à la nature intime des maladies, ne sont, avons-nous dit, que le reflet des théories philosophiques des époques auxquelles vivaient les divers auteurs des livres de la collection. C'est, si l'on veut, la philosophie générale de ces différentes époques, appliquée à la médecine. Mais une circonstance qui a été d'une influence majeure sur la direction des doctrines hippocratiques, leur imperfection et leurs erreurs, c'est l'imperfection de l'anatomie et de la physiologie aux temps où vivaient les auteurs hippocratiques. Il n'est pas sans intérêt de passer rapidement en revue les connaissances anatomiques et physiologiques de ces temps, ainsi que celles des temps antérieurs.

1° *De l'anatomie avant Hippocrate.* — Ce n'est pas en Égypte qu'il faut aller chercher des traces de la culture de l'anatomie dans l'antiquité. D'une part, le respect superstitieux des Égyptiens pour les morts; d'autre part, le culte ridicule qu'ils vouaient à presque tous les animaux, leur interdisaient également l'étude de l'anatomie humaine et de l'anatomie animale. La critique moderne, d'accord avec ce que nous apprend l'histoire sur les mœurs et les coutumes du peuple égyptien, a porté son flambeau sur les assertions erronées de Manathon, prêtre égyptien, et de St-Clément d'Alexandrie; elle a montré que les ouvrages scientifiques, dont ils rapportent la composition aux Égyptiens, sont apocryphes, et de beaucoup postérieurs à la date qui leur est assignée par ces historiens.

Si de l'Égypte nous passons en Grèce, nous trouvons des conditions différentes qui doivent favoriser l'étude de l'anatomie, ou du moins de l'anatomie des animaux. En Grèce, en effet, loin d'adorer les bêtes, on les immole, on les offre en sacrifice à la divinité. On peut donc conclure *à priori*, que les prêtres des *asclépions* ne devaient pas négliger l'examen des parties des animaux qu'ils avaient si fréquemment l'occasion d'observer. Quant à la culture secrète, clandestine, mystérieuse, de l'anatomie humaine dans les temples d'Esculape, elle est loin d'être prouvée, quoi qu'en disent Galien et Haller, et malgré le passage du *serment* relatif aux *connaissances secrètes* de la médecine.

Si nous sortons des temples pour entrer dans les écoles des philosophes, nous trouvons des traces évidentes d'anatomie animale, mais nous ne rencontrons que des vestiges obscurs et problématiques d'anatomie humaine.

Parmi les philosophes qui ont cultivé avec plus ou moins d'éclat l'anatomie des animaux, on compte *Alcméon*, pythagorien, cité par Platon et par Aristote qui le critique; *Démocrite* (1), que la tradition populaire présentait comme passant sa vie au milieu des tombeaux; *Anaxagore*, qui, au rapport de Plutarque, disséqua publiquement un bélier unicorne, en présence de Périclès, et attribua, chose remarquable, le vice de conformation de ce bélier à un arrêt de développement du cerveau!

2° *De l'anatomie depuis Hippocrate jusqu'à la fondation de l'école d'Alexandrie.* — Les notions anatomiques contenues dans les livres hippocratiques, ne diffèrent pas beaucoup de celles des temps antérieurs. Les dissections des animaux continuent, mais il est douteux qu'Hippocrate et les autres auteurs de la collection aient disséqué des cadavres humains. Vainement Galien et Haller ont soutenu qu'Hippocrate avait disséqué des hommes; vainement a-t-on rassemblé à l'appui de cette opinion de nombreux argumens tirés de diverses sources : 1° de l'examen même des livres hippocratiques; 2° de l'art de la sculpture antique; 3° d'un passage de Pausanias, relatif à un squelette d'airain, offert, dit-on, par Hippocrate aux prêtres du temple de Delphes; toutes ces opinions ont été combattues, tous ces argumens ont été réfutés, de telle sorte qu'aujourd'hui, plus que jamais, il est de toute impossibilité de donner de cette question une solution satisfaisante.

Du reste, dans les livres de la collection, on trouve peu de détails anatomiques, et le peu qu'ils renferment est fort imparfait. Les viscères, quoique bien incomplètement connus, le sont mieux que les autres organes. On trouve dans les livres hippocratiques les noms de tous les viscères, noms dont l'origine se perd d'ailleurs dans la nuit des temps et remonte jusqu'au berceau même de l'humanité. Dans ces livres, on rencontre des descriptions fort inexactes des os, les *muscles* y sont désignés sous le nom collectif de *chairs*, les *vaisseaux* y sont à peine connus, et désignés par la dénomination générale de *veines*; et l'on y confond sous le nom de *nerfs* : 1° les nerfs véritables; 2° les tendons; 3° les ligamens.

Cependant, au milieu de cet état d'imperfection de l'anatomie, un ouvrage *ex professo* avait paru sur cette branche des sciences médicales. Galien en parle dans son livre *De administratione rei anatomicæ.* L'auteur de ce traité d'anatomie est Dioclès, surnommé, de son temps, le second Hippocrate, titre qu'il méritait sous le double rapport de la chronologie et de la science.

Le philosophe Platon s'occupa aussi d'anatomie, mais d'une manière purement spéculative. L'anatomie de Platon, tout étrange et toute bizarre qu'elle est, est cependant curieuse à lire, comme œuvre d'imagination.

(1) Démocrite, esprit véritablement encyclopédiste, qui avait écrit 72 volumes dont le style, au dire de Cicéron, rivalisait avec celui du divin Platon.

tre; hier, 5, la malade a commencé à souffrir de la gorge, et nous avons vu des pustules qui s'étaient formées sur la muqueuse buccale et pharyngienne.

Enfin, aujourd'hui 6, la malade est plus calme, l'anxiété a diminué, le pouls est à 96. La plupart des pustules sont ombiliquées, la variole est très confluente, surtout aux parties génitales externes, qui sont extrêmement tuméfiées et douloureuses. Nous remarquons que la face seule n'a pas subi de tuméfaction; les pustules de cette région, couverte par le mélange mercuriel, sont restées stationnaires et ont avorté, tandis que les autres continuent à se développer.

En voyant cette affection prendre naissance dans nos salles, nous devons d'abord nous demander : s'est-elle développée spontanément ou par suite de la contagion? et, dans ce dernier cas, à quelle époque remonterait la contagion? Il faut reconnaître qu'à ces trois questions nous n'avons pas de réponse satisfaisante. Nous avons eu une malade qui a quitté l'hôpital en convalescence d'une variole confluente un ou deux jours avant l'entrée de celle qui nous occupe, et une autre dont je vais vous parler, qui est entrée le 29, avec une très simple varioloïde. Quelle est celle des deux qui peut avoir communiqué la contagion? Aucune n'a communiqué directement avec cette malade; il n'y avait pas eu, avant elle, de varioleuse dans le lit qu'elle occupe, et elle n'a eu que peu de rapports avec les autres malades. La durée de l'incubation nous échappe donc ici.

Quant au diagnostic, c'est avec intention que je n'insiste pas sur celui de la déviation utérine, puisque cette affection est évidemment complètement étrangère à ce qui s'est passé dans le cours de la variole, et celui de la variole est tellement facile une fois la maladie confirmée, que je veux seulement attirer votre attention sur les symptômes du début, justement à cause des circonstances particulières dans lesquelles se trouvait cette femme. On aurait pu, en effet, être tenté de croire à l'apparition d'une phlegmasie des organes abdominaux, et en particulier du péritoine, déterminée par le séjour d'un corps étranger dans la cavité utérine; mais remarquez qu'avec ces douleurs lombaires et épigastriques, nous n'avions ni tension, ni déformation du ventre, ni vomissement, comme cela eût eu lieu s'il y avait eu péritonite, soit par perforation de l'utérus, soit par extension d'une inflammation de cet organe au péritoine. En pareil cas, au lieu du facies animé que nous présentait la malade, elle aurait eu la face grippée, caractéristique de la péritonite, et enfin ces accidens, au lieu de survenir sept jours après l'application de l'instrument, qui était bien supporté, se seraient probablement manifestés plus tôt. Enfin, s'il y avait eu des doutes, l'apparition des pustules les aurait levés.

J'entre dans toutes ces considérations, parce que ces coïncidences dans le traitement des affections chroniques sont souvent très remarquables. J'ai cité un fait tout semblable observé chez une femme qui avait une rétroversion. (*Leçons sur les déviations utérines*; UNION MÉDICALE de mai à novembre 1852, obs. XV.) Cette femme a heureusement guéri de sa variole, et la guérison de sa rétroversion, encore incomplète au moment où je vous en parlais, est aujourd'hui radicale. Dans un autre cas, c'est une *scarlatine* qui est survenue pendant que le redresseur était en place.

Revenant à la malade qui nous occupe, je vous ferai remarquer que ce cas est un de ceux qui présentent le plus de difficulté pour le pronostic, justement parce qu'il reste des doutes relativement à la vaccination.

Si j'étais certain que cette malade eût été vaccinée et bien vaccinée, malgré l'intensité des symptômes du début, je ne conserverais aucune inquiétude; mais si, au contraire, elle ne l'a pas été, nous avons tout à redouter, bien qu'il y ait aujourd'hui un peu d'amélioration dans l'état général. Car ce n'est pas cette première période de la variole qui est le plus meurtrière.

Généralement, à moins de circonstances exceptionnelles, l'apparition et le développement des pustules ne font pas courir de danger au malade; mais lorsqu'il n'a pas été vacciné, il en court un bien réel au moment où s'établit la fièvre de suppuration, c'est-à-dire vers le septième ou le neuvième jour. Jusqu'à présent, nous ne pouvons savoir comment notre malade traversera cette période (1).

Le traitement mérite de nous arrêter un instant.

Vous nous avez vu, chez cette malade, de même que chez beaucoup d'autres, recouvrir la face d'un mélange d'onguent mercuriel et d'amidon. Ce moyen est conseillé par M. Briquet, pour s'opposer au développement des pustules. Vous voyez qu'il nous a réussi, puisque dans les points qui ont été recouverts par la pommade, les pustules sont moins nombreuses et moins développées que sur les autres parties du corps. L'amidon entre dans cette composition uniquement pour diminuer la fluidité de la pommade mercurielle, qui, se fondant trop rapidement sous l'influence de la température du corps, ne couvrirait plus les pustules d'une couche assez épaisse. M. Briquet fait entrer la poudre d'amidon pour un tiers dans le mélange; mais, ainsi composé, il ne nous a pas encore paru présenter une assez grande consistance, et nous avons dû employer l'amidon et l'onguent mercuriel à parties égales.

Il y a longtemps que l'on a cherché à faire avorter les pustules de variole pour éviter les difformités qui en sont la conséquence quand leur développement a été complet. C'est surtout contre les pustules du visage qu'ont été dirigés les divers traitemens abortifs, parmi lesquels vient en première ligne la cautérisation par le nitrate d'argent, qui, depuis Cotugno, a été employée de diverses manières, par MM. Bretonneau, Velpeau et Serres. Les deux premiers ouvraient les pustules et les cautérisaient directement. M. Bretonneau, avec une solution de nitrate d'argent dans laquelle il trempait d'abord l'aiguille d'or qui lui servait à ouvrir les pustules; M. Velpeau en touchant avec le crayon de nitrate d'argent le fond de la pustule qu'il avait préalablement épointée; M. Serres n'ouvrait pas les pustules, il les cautérisait en passant sur elles un pinceau imbibé d'une solution de 2 grammes de nitrate d'argent dans 30 grammes d'eau distillée. Ces divers procédés ont rendu quelques services, et celui de M. Velpeau doit encore être employé lorsqu'on veut faire avorter des pustules développées au bord libre des paupières, sur les conjonctives ou au pourtour de la bouche. Excepté ce cas particulier, ils sont généralement abandonnés, et M. Serres lui-même a renoncé à sa méthode, à laquelle il avait donné le nom d'*ectrotique*, pour recourir à l'emplâtre de Vigo, complètement tombé dans l'oubli depuis Zimmermann. De ces expériences qui ont été publiées dans la thèse de M. Gariel, en 1837, et reprises depuis par M. Briquet et M. Nonat, il résulte qu'à l'aide de bandelettes d'emplâtre de Vigo appliquées exactement sur la face, et imbriquées les unes sur les autres, de façon à ne laisser à découvert que les yeux, les narines et la bouche, on parvient à faire avorter complètement les pustules si l'on agit à une époque assez voisine du début, et que même si les pustules contiennent déjà du pus, il peut arriver que celui-ci soit résorbé sans rupture de l'épiderme et sans que le malade en soit aggravée. Dans tous les cas, elles cessent complètement de s'accroître après l'application de l'emplâtre. Mais il est bien difficile de recouvrir ainsi toute la face; les bandelettes peuvent chevaucher les unes sur les autres et laisser à découvert des portions de peau; le masque lui-même, fût-il très bien appliqué, peut se détacher complètement, et il est très long d'en refaire un autre. C'est pour obvier à tous ces inconvéniens que M. Briquet a eu l'idée de le remplacer par la pommade dont je vous ai donné la composition, et que nous avons employée, en ayant grand soin, suivant ses recommandations, d'en maintenir constamment une couche de 1 à 2 millimètres d'épaisseur sur les pustules qu'il s'agissait de faire avorter.

A la suite des succès obtenus par ce traitement, on s'est naturellement posé cette question importante : le mercure a-t-il une action spéciale, ou bien les pustules n'avortent-elles que parce qu'elles sont mises à l'abri du contact de l'air et de la lumière. M. Serres et M. Briquet pensent que la présence du mercure est indispensable. Cette opinion a été vivement combattue, et nous-même, nous fondant sur les résultats obtenus à l'aide du collodion, qui a été mis en usage par M. Aran, et que nous avions également expérimenté, nous avions pensé qu'il suffisait d'abriter les pustules pour les faire avorter. Mais de nouvelles expériences nous ont démontré que nous nous étions laissé induire en erreur. Nous avons vu les pustules ne pouvant plus s'élever, comprimées qu'elles étaient par le collodion, s'aplatir et s'étendre en gagnant en surface ce qu'elles perdaient en élévation. Nous avons rendu le collodion plus souple en lui incorporant une petite quantité d'huile de ricin, nous l'avons mélangé avec du noir de fumée pour le rendre imperméable à la lumière, et dans tous les cas les pustules ont suppuré, tandis qu'elles ont, pour la plupart, avorté chaque fois que nous avons employé le mercure. Nous sommes donc forcé de reconnaître à cet agent une vertu spéciale.

Le reste du traitement est extrêmement simple, la variole étant une de ces affections dont la marche est réglée et invariable. Je dois pourtant justifier l'emploi de deux médicamens que j'ai mis en usage dans ce cas. D'abord le vomitif au début, et alors que la nature de la maladie était encore inconnue. C'est une médication qui n'est pas généralement admise, mais que je n'hésite pas à employer même dans les cas de variole confirmée, quand les voies digestives sont embarrassées; et je n'ai jamais vu que ce moyen produisît le moindre trouble dans la marche de la maladie.

J'en dirai autant de l'opium à petite dose, que j'administre quand je vois survenir de l'agitation ou même du délire. Je diffère en cela de beaucoup de praticiens qui, bien loin d'y avoir recours en semblable circonstance, le rejettent complètement, de crainte qu'il n'augmente les accidens cérébraux.

J'ai toujours vu, au contraire, même lorsqu'il y avait délire, une petite dose d'opium calmer en peu de temps les malades, et leur procurer un peu de sommeil et de repos. C'est, au reste, un moyen mis en usage, et principalement par M. Louis.

(1) Le 8 decembre, le pouls est remonté à 104. La fièvre de suppuration a été très vive; il est survenu un abattement considérable, et la malade est morte le 13. L'autopsie n'a pu être faite, la famille s'y étant formellement opposée.

T. GALLARD.

Vers la fin de cette période de cent ans qui sépare Hippocrate de l'école d'Alexandrie, parurent deux hommes illustres, précurseurs de cette école célèbre, Aristote et Praxagoras.

Aristote, l'un des plus rares et des plus beaux génies qui aient honoré l'humanité, donna à l'anatomie une impulsion féconde, moins par la découverte de nouveaux faits que par la direction nouvelle et puissante qu'il lui imprima. Aristote est le créateur de l'anatomie comparée, c'est lui qui, le premier, eut l'idée heureuse de mettre en regard les organes des divers animaux, et de voir en quoi ces organes diffèrent les uns des autres ou se ressemblent, pour tirer de cette comparaison une classification naturelle des animaux. Aristote a, ainsi, ouvert à l'anatomie une voie nouvelle, dans laquelle se sont engagés, depuis, tant d'hommes illustres et qui, de nos jours, a été si brillamment parcourue par notre immortel Cuvier.

Du reste la munificence d'Alexandre, ce roi si grand comme guerrier, plus grand encore comme civilisateur, fournit à Aristote les moyens de travailler sans interruption à l'œuvre immense qu'il avait entreprise. Par l'ordre du grand roi, de toutes les parties du monde connu, les animaux les plus rares étaient envoyés à Aristote; Alexandre avait mis ses trésors à la disposition du savant, l'invitant à y puiser largement tout ce qui lui serait nécessaire pour mener à bonne fin une œuvre si dispendieuse.

Parmi les ouvrages qui nous restent d'Aristote (car beaucoup ont été perdus), le plus important sans contredit est son *Histoire des animaux*, ouvrage qui, malgré des erreurs sans nombre, est, comme plan, comme vue d'ensemble, comme grandeur de conception, l'un des plus beaux monumens élevés aux sciences zoologiques.

Après Aristote parut Praxagoras, maître d'Hérophile, l'un des deux grands anatomistes de l'école d'Alexandrie. Un espace de 60 à 80 ans sépare à peine Hippocrate de Praxagoras, et déjà de grands progrès ont été faits en anatomie. Du temps d'Hippocrate, on croyait que tous les vaisseaux partaient de la tête, Aristote établit que les grands vaisseaux prennent leur origine dans le cœur; il en distingue deux, la veine cave et l'aorte, mais pour lui ces deux vaisseaux étaient également des veines. Praxagoras déclare que les ramifications de *l'aorte seule* constituent les vaisseaux donnant des pulsations sensibles, fait capital dans l'histoire de l'anatomie ancienne. Il divise alors les vaisseaux en deux ordres, la veine cave et l'aorte; laisse le nom de *veines* à la veine cave et à ses ramifications, et donne celui d'*artères* à l'aorte et à ses dépendances. C'est la première fois que le mot *artère* est appliqué à des organes autres que la trachée, malheureusement en vertu de la croyance erronée de Praxagoras à la présence de l'air dans les artères.

Ce n'est pas la première, ni la dernière fois que nous rencontrons dans l'histoire de ces temps reculés, à côté de grandes erreurs, de brillantes vérités et des idées d'une portée remarquable. Si l'on demandait à un homme, versé dans l'étude de l'anatomie, le nom de l'auteur qui a écrit la phrase suivante : « Le cerveau n'est qu'un prolongement et une simple expansion de la moëlle épinière »; à coup sûr il répondrait que c'est Gall. Oui sans doute, Gall a écrit cela au XIX[e] siècle, mais Praxagoras l'écrivait aussi, plus de 300 ans avant l'ère chrétienne! Chose singulière! Galien se moque, à ce sujet de Praxagoras, et tourne son idée en ridicule, ne prévoyant pas que cette idée qu'il poursuit de ses sarcasmes et des traits malins de sa verve railleuse, deviendra deux mille ans plus tard, sous la plume d'un anatomiste célèbre, le sujet d'admirables développemens.

Il résulte bien clairement de l'inventaire que nous venons de faire des connaissances anatomiques d'Hippocrate et des autres auteurs de la collection, que l'anatomie ne devait entrer que pour une bien faible part dans l'explication des faits pathologiques, au temps d'Hippocrate. Le médecin de Cos ne pouvait donc chercher dans l'anatomie la base de ses théories et de son systètme médical.

La *physiologie* d'Hippocrate n'était pas plus avancée que l'anatomie dont elle n'est que le corollaire. Ce qui joue le principal rôle dans la physiologie des livres hippocratiques, c'est une force générale qui, sous les noms divers d'ενορμον, *cause de mouvement*; de φυσισ, *nature*; de δυναμισ, *force*; régit l'ensemble des actes qui se passent dans les êtres vivans, comme elle gouverne l'ensemble de l'univers. Sous l'influence de cet ενορμον, l'économie animale forme un seul tout, dont les diverses parties sont subordonnées les unes aux autres et dans une dépendance mutuelle; de là le nom d'économie, οἰκονομία, c'est-à-dire administration intérieure, gouvernement intérieur, appliqué à l'ensemble des fonctions de l'organisation animale, gouvernement dont le principe est le même que celui qui régit le reste de l'univers.

Hippocrate admet, outre l'ενορμον, une chaleur innée à laquelle il fait jouer un certain rôle dans les phénomènes vitaux.

Les élémens dont l'ensemble compose l'univers se retrouvent dans les corps, donnés d'un côté par l'air, de l'autre par les alimens. Ces élémens de l'univers s'introduisent dans l'intérieur du corps et s'y arrangent sous l'influence du principe coordinateur et de la chaleur innée. De cet arrangement résultent les solides et les liquides dont l'organisme est composé. Ainsi la manière de comprendre l'organisation animale et la source à laquelle sont puisés les élémens de cette organisation, sont les mêmes dans les idées d'Hippocrate et dans celles des physiologistes modernes, de telle sorte que la physiologie ancienne et la physiologie moderne, si divergentes dans les idées secondaires, convergent l'une vers l'autre et se confondent dans les idées générales qui les dominent.

(*La suite à un prochain numéro.*)

A Monsieur le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

7 Février 1853.

Monsieur et cher confrère,

Permettez-moi d'emprunter la publicité de l'UNION pour faire savoir aux confrères qui m'écrivent fréquemment au sujet de la *Gazette médicale*, que j'ai cessé d'appartenir à la rédaction de ce journal.

Veuillez agréer, etc. A. DECHAMBRE.

dans le délire de toutes les maladies aiguës.

T. GALLARD,
Interne.

(*La suite au prochain n°.*)

PATHOLOGIE MENTALE

MÉMOIRE SUR LES CAUSES PRÉDISPOSANTES HÉRÉDITAIRES DE L'IDIOTIE ET DE L'IMBÉCILLITÉ ;

Par M. le docteur MOREAU (de Tours), médecin de l'hospice de Bicêtre.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

OBSERVATION XIV. — Richard, 16 ans. Convulsions vers la fin de la première année.

Grand'mère maternelle morte d'apoplexie à 64 ans.

Un frère et une sœur ayant eu des convulsions dans leur enfance.

OBSERVATION XV. — Pourcin, 8 ans. Bien d'irrégulier dans la conformation du crâne ou des autres parties du corps. Pas de scrofules, s'est développé tardivement ; à 3 ans, se tenait à peine sur ses jambes.

La mère étant enceinte, a éprouvé de violens chagrins. L'accouchement a été naturel. Impossible de découvrir dans la famille rien qui puisse expliquer la maladie de l'enfant.

OBSERVATION XVI. — Delcroix, 5 ans. Crâne volumineux, à surface très irrégulière, bosselée. Peu après sa naissance, un médecin manifesta la crainte qu'il ne fût hydrocéphale. Dernier degré de l'idiotie ; n'a jamais eu de convulsions.

Mère sujette à des attaques de nerfs, de nature hystérique, selon toute apparence.

Oncle maternel aliéné.

Grand'mère (même côté) morte folle.

OBSERVATION XVII. — Sonner, 16 ans. Croûtes abondantes à la figure et au cuir chevelu, pendant les six premiers mois ; 3 ans, convulsions ; 7 ans, « fièvre cérébrale. » A dater de cette époque, l'intelligence baisse rapidement ; elle avait été très développée jusque-là.

Lorsque sa mère l'a conçu, elle avait cessé d'être réglée depuis deux ans. Après l'accouchement, elle le fut de nouveau pendant trois ans. Lorsque les règles se supprimèrent pour la première fois, son caractère (elle-même en fit la remarque) se modifia sensiblement ; elle devint irritable, pusillanime. La moindre émotion lui occasionnait des tremblemens nerveux. Ces accidens durent encore aujourd'hui.

Un frère cadet a eu des convulsions étant enfant ; présentement, il ne peut faire le moindre excès de boisson sans avoir de « véritables attaques de nerfs. »

Père bien portant.

OBSERVATION XVIII. — P..., 13 ans. Était idiot « en venant au monde », suivant l'expression de la mère. N'a jamais eu de convulsions. Crâne bien conformé. Pas de signes de scrofules. Sa mère étant enceinte de lui de huit mois, est vivement effrayée par un singe qui lui était sauté sur ses épaules.

Grand-oncle maternel aliéné.

Père adonné à la boisson.

Une sœur, âgée de 17 ans, *menacée de phthisie pulmonaire* ; d'une intelligence plus qu'ordinaire.

OBSERVATION XIX. — D..., 11 ans. Crâne irrégulier, étroit. Convulsions en nourrice. N'a pu marcher que vers 3 ans. Certains signes de rachitisme. L'intelligence ne s'est jamais développée. Imbécile, d'un caractère violent jusqu'à la fureur ; maniaque, dangereux dans ses colères, etc.

Père doué d'une rare intelligence, mais d'une extrême mobilité de caractère et d'idées. Nerveux, saisi de tremblemens par tout le corps, à la moindre contrariété ; violent au-delà de tout ce qu'on peut dire ; sobre, très adonné aux femmes.

Sa mère, un frère et cinq sœurs sont morts phthisiques.

OBSERVATION XX. — Colliot, 12 ans. Crâne rétréci, front fuyant, cheveux roux, en brosse. A eu la teigne d'un à quatre ans. L'intelligence ne s'est jamais développée. N'a pas eu de convulsions. Une espèce de manie qui ne l'a jamais quitté : c'est de refuser de manger ce qui a été touché par d'autres, même par ses parens ; il se serait, dit la mère, plutôt laissé mourir de faim.

Père aliéné, sujet à des attaques de nerfs (de nature épileptique, selon toute apparence).

Sœur aliénée.

Trois frères morts de convulsions avant la fin de la première année de leur existence.

OBSERVATION XXI. — Faure, 16 ans. Est revenu de nourrice paralysé du bras droit et des jambes. Des convulsions avaient précédé cet état ; elles continuent pendant plusieurs années, et finissent par disparaître. L'idiotie remonte à une époque indéterminée.

Un frère mort à l'âge de 2 ans.

Un autre frère de 11 ans et une sœur de 19, bien portans, d'une intelligence peu commune.

Père cuisinier de profession, sujet à de violentes névralgies faciales. Cet homme s'exprime avec une incroyable rapidité de paroles. Il y a quelque chose de saccadé ou plutôt de *convulsif* dans la manière dont il articule les mots ; de plus, la tête est dans une continuelle agitation.

La mère, grande femme sèche et maigre, se dit sujette à des vomissemens *nerveux*.

OBSERVATION XXII. — Taboureux, 10 ans. Convulsions en nourrice. N'a jamais parlé. Tête volumineuse, régulière, front saillant.

La mère a les yeux petits, de grandeur inégale ; louche horriblement.

Un frère plus jeune de deux ans, épileptique.

Père bien portant.

OBSERVATION XXIII. — Hervy, 15 ans. Constitution scrofuleuse ; glandes autour du cou. N'a pas eu de convulsions ; il avait près de 3 ans, qu'il se tenait à peine sur ses jambes, et bégayait quelques mots au plus. Intelligence toujours en retard.

Une sœur morte de convulsions à 9 mois.

Un frère mort-né.

La mère est sujette à des névralgies de la face d'une indicible violence, qui lui font craindre de devenir folle.

Grand-père maternel mort d'un cancer de l'estomac.

OBSERVATION XXIV. — Milleret, 16 ans. Imbécillité datant de la naissance. A eu par deux fois des convulsions à 5 ans et à 7. La première fois, elles n'ont pas duré moins de cinq jours ; l'enfant a failli en mourir ; la deuxième fois, elles n'ont duré que dix ou douze heures environ.

La mère se porte bien.

Oncle maternel mort paralytique.

Sur cinq frères, trois sont vivans et d'une bonne santé. Deux sont morts de convulsions, l'un à 3 ans, l'autre à 6.

Père (aucun renseignement).

OBSERVATION XXV. — Leportier, 15 ans. N'a rien présenté d'extraordinaire jusqu'à 6 ans. A cette époque, son caractère se modifie sensiblement. Leportier devient irritable, ne peut plus rester en place. « Il semblait, dit la mère, que quelque chose le forçait à changer continuellement de place, sans lui permettre de rester un instant tranquille ; *on eût dit qu'il était à ressorts.* » Ramassé un soir dans la rue, il est enfermé comme vagabond à la Roquette. Son état s'aggrave ; il devient tout à fait *stupide*, violent et des plus orgueilleux. Depuis un an environ est sujet à des spasmes, à des *demi-convulsions.*

Le père est d'une telle violence de caractère que, pour la plus légère contrariété, il casse et brise tout ce qui se trouve sous sa main.

Grand oncle paternel mort fou.

Depuis quelques années, sa mère est sujette à des étouffemens que la moindre émotion fait naître, et parfois si violens, qu'il lui semble qu'elle va mourir.

OBSERVATION XXVI. — Linier, 6 ans. Idiot de naissance ; a eu quelques convulsions dans sa première année.

Sa mère était enceinte de lui de trois mois, lorsqu'elle fut témoin d'un accident épouvantable. Un de ses enfans, âgé de sept ans, précipité d'un cinquième étage, était venu se briser sur le pavé, sous ses yeux. Elle était tombée dans un état de stupeur et de mélancolie ; elle avait, dit-elle, sans cesse, le corps de son enfant devant les yeux. Syncopes fréquentes jusqu'à l'époque de l'accouchement, qui fut laborieux.

Le père est d'une constitution éminemment scrofuleuse. Il dit avoir eu, à 29 ans, une « fièvre cérébrale » fort grave. Il resta sans connaissance pendant vingt-et-un jours.

OBSERVATION XXVII. — Petit, 10 ans. Idiotie congéniale. Est sujet à des accidens nerveux (convulsions simples) qui ont commencé vers l'âge de cinq à six mois. On observe, à la région antérieure du col, un empâtement qui paraît être de nature goîtreuse.

Père mort fou à Bicêtre.

Deux sœurs mortes dans les convulsions.

Une autre (l'aînée) a succombé à une « fièvre cérébrale. »

Deux cousines (côté paternel) idiotes.

OBSERVATION XXVIII. — Bonvallet, 9 ans. Tempérament scrofuleux, rachitique. N'a marché qu'à près de 3 ans. A 5 ans, maladie que le médecin caractérise d'*hydrocéphalie aiguë*, délire, agitation, cris, etc. ; durée, 3 mois. L'intelligence, déjà très bornée, se dégrade de plus en plus.

La mère est sujette à de violentes névralgies de la face et à des palpitations *nerveuses*.

Grand-père (côté maternel), mort d'apoplexie.

OBSERVATION XXIX. — B..., 15 ans. Imbécile. De temps à autre, sujet à des espèces d'accès de manie. Il aime à se nourrir des substances les plus dégoûtantes.

Père Suisse d'origine, ancien militaire, ivrogne fieffé, adonné au libertinage, avait la vérole lorsqu'il *connut* sa femme.

Deux frères morts de convulsions entre 18 et 20 mois.

OBSERAVTION XXX. — Nicolas, 15 ans. Imbécile ; n'a jamais pu rien apprendre ; n'a commencé de prononcer quelques mots qu'à 9 ans ; bégaie ; est devenu *comme maniaque* en grandissant ; pour un rien se met en colère, frappe sa mère, etc. ; vingt fois par jour, il lui arrive de se mettre la tête en bas, essayant de se tenir les pieds en l'air, à la manière des saltimbanques ; il assure qu'il en éprouve un grand bien ; est adonné à la masturbation.

Sa mère est irritable et « *nerveuse* » à l'excès, mais n'a jamais eu de convulsions. Etant enceinte de Nicolas, elle a eu « un regard. » Il lui était arrivé de rencontrer sur son chemin un mendiant sourd-muet jouant de la vielle. Une fois que ses yeux s'étaient portés sur cet homme qui excitait au plus haut point sa commisération, elle ne pouvait plus les en détacher ; c'était plus fort qu'elle.

Elle prétend que son fils lui ressemble : c'est, dit-elle, tout son portrait. De plus, a-t-elle soin d'ajouter, comme le mendiant, il est resté muet jusqu'à 9 ans, et c'est à peu près de même encore aujourd'hui. Pendant longtemps, on l'a vu faire les mêmes gestes, les mêmes gambades que faisait ce mendiant, pour appeler sur lui l'attention du public, remuer le bras droit comme s'il eût tourné une manivelle. Je rapporte à peu près textuellement les paroles de cette femme.

Elle a eu deux fausses couches, et mis au monde onze enfans. Elle a eu, durant quelques-unes de ses grossesses, ce qu'on appelle des « envies de femme grosse ; » celle entre autres, de manger des betteraves crues. Elle a 51 ans, est encore parfaitement réglée.

Son fils aîné est mort à 28 ans, « de chagrin ; » il était sujet à des palpitations.

Une fille de 21 ans est sujette à des attaques de nerfs, *épileptique*, probablement.

Une autre est nouée, rachitique. Père bien portant.

OBSERVATION XXXI. — Larroque, 21 ans. Intelligence arriérée ; demi-imbécillité, caractère sombre, idées de suicide. Il paraît qu'il éprouve habituellement au côté droit de la tête une vive douleur qui le porte à s'arracher les cheveux dans cette partie.

Grand'mère maternelle extravagante, sans être précisément folle. Aïeule maternelle morte aliénée.

OBSERVATION XXXII. — S..., 15 ans. Constitution lymphatique ; a eu des glandes qui ont suppuré. Convulsions à neuf mois, en nourrice. N'a marché seul qu'à quatre ans passés. Les convulsions, qui avaient acquis une grande intensité (il nous est impossible d'en bien connaître la nature) ; l'ont quitté depuis quatre ans environ. Imbécile.

La mère dit avoir eu de grands chagrins lorsqu'elle était enceinte de S...

Sœur de 30 ans, sujette à de violentes migraines (*sourde*).

Père bien portant.

OBSERVATION XXXIII. — X..., d'Ivry-sur-Seine, âgée de 16 ans. Idiote. Constitution lymphatique ; pas de signes de scrofules ; bien développée.

La mère, aujourd'hui âgée de 40 ans, est bien portante ; elle a un *goître* de la grosseur d'un gros œuf de poule.

Elle a eu cinq enfans. Les trois premiers sont morts avant sept ans ; ils étaient tout à fait idiots, et sujets aux convulsions.

Il reste une jeune fille de 15 ans, qui jouit d'une bonne santé, tant au physique (elle est pourtant un peu chlorotique) qu'au moral.

Grand-père maternel, 89 ans, jamais malade.

Grand'mère (même côté) morte à 50 ans des suites de la frayeur que lui occasionnèrent des soldats qui s'étaient jetés sur elle pour assouvir d'infâmes désirs.

Une sœur de sa mère a eu douze enfans ; dix sont morts peu après leur naissance.

Elle a une cousine (fille d'un frère de sa mère) qui a 18 ans, se porte bien, est d'une intelligence ordinaire, et n'a pas *deux pieds de haut.*

Père bien portant.

OBSERVATION XXXIV. — X..., 9 ans. Idiotie congéniale ; légères convulsions vers l'âge de 2 ans.

Père bien portant.

Mère très *nerveuse*, mais jouissant généralement d'une assez bonne santé.

OBSERVATION XXXV. — Q..., 11 ans. Idiotie congéniale.

Le père est un homme violent, de mœurs extrêmement dissolues, non ivrogne ; sa femme a dû se séparer de lui, à cause de ses mauvais traitemens.

La mère a été *lypémaniaque*.

Aïeul (côté maternel) mort fou.

Petit cousin (côté paternel) épileptique.

Frère aîné épileptique.

(*La suite au prochain numéro.*)

PRESSE MÉDICALE.

Archives générales de médecine. — Numéros d'Octobre, Novembre et Décembre 1852.

Recherches sur le sperme des vieillards ; par le docteur A. DUPLAY, médecin de l'hospice des Vieillards (hommes).

Ce mémoire est résumé par l'auteur dans les conclusions suivantes :

1° La sécrétion du sperme continue à s'effectuer chez les vieillards. Quoique parmi ceux qui ont été soumis à notre observation, dit M. Duplay, le plus âgé eût 86 ans et que nous n'ayons pas eu l'occasion d'étendre nos recherches au-delà de cet âge, tout porte à croire que la sécrétion spermatique se prolonge jusque dans un âge beaucoup plus avancé.

2° Cette sécrétion est généralement moins abondante que chez l'adulte ; ce qui le prouve, c'est la prédominance du liquide sécrété par la membrane muqueuse des vésicules séminales, dans le sperme que renferment ces réservoirs. Cependant par une exception, rare à la vérité, et même chez les octogénaires, la sécrétion du sperme paraît aussi abondante que chez l'adulte ; car le liquide que renferment les vésicules de ces sujets privilégiés paraît aussi consistant que chez les sujets encore dans la force de l'âge.

3° Contrairement à l'opinion généralement admise par les physiologistes, les spermatozoïdes se retrouvent dans le sperme des vieillards. Les cas contraires, loin d'être la règle, doivent être considérés, d'après nos recherches, comme l'exception. Si, dans certains cas, les spermatozoaires sont moins nombreux que chez l'adulte ou répandus moins uniformément que chez ce dernier dans toute l'étendue des veines spermatiques, si dans certains cas ils présentent une conformation moins parfaite, dans d'autres aussi, et quelquefois chez des sujets très âgés, on les retrouve avec tous les caractères qu'ils présentaient pendant la période moyenne de la vie.

4° Si les vieillards ne sont plus aptes à se reproduire, ce que l'on observe le plus généralement, et si d'un autre côté, la présence des spermatozoaires constitue la qualité fécondante de la liqueur séminale, c'est moins à la composition de leur sperme qu'aux autres conditions de l'acte reproducteur qu'il faut attribuer l'infécondité des vieillards.

Recherches et expériences sur la transfusion du sang ; par le docteur POLLI.

Ce mémoire, dans lequel l'auteur a rassemblé, avec des expériences physiologiques, on ne peut plus, favorables à la transfusion du sang, tous les faits connus de transfusion chez l'homme, est terminé par les six conclusions suivantes, qui résument l'état actuel de la question :

1° La transfusion ou l'injection du sang convient dans les cas dans lesquels l'individu se trouve en grave danger *par suite d'une perte très abondante ou rapide de sang*, comme cela a lieu chez les femmes en couche et chez les blessés.

C'est chez les femmes en couches qui sont prises d'une hémorrhagie grave dans le travail de l'accouchement, ou peu après celui-ci, que la transfusion a eu le plus souvent des succès. Dans la deuxième série de faits cités plus haut, il en est 11 qui témoignent de son efficacité. Nous avons donc le droit de faire des vœux pour que cette opération se naturalise dans la pratique.

Dans le cas d'hémorrhagies artérielles, consécutives à des plaies d'armes à feu ou d'armes blanches, dans lesquels, même après la ligature des artères, la vie se trouve mise en péril par l'abondance et la durée de l'écoulement sanguin, la transfusion même d'une petite quantité de sang peut donner au malade des chances de plus. En l'absence de faits empruntés à la clinique humaine, je citerai en faveur de cette pratique mes expériences sur les chiens et sur les chevaux, celles de Rosa sur les agneaux.

2° L'injection du sang convient *dans les cas d'hémorrhagies spon-*

tanées ou constitutionnelles que rien ne peut arrêter et que l'on comprend sous le nom d'*hémorrhaphilie*. Les cas que nous avons rapportés plus haut montrent les avantages de la transfusion dans cette circonstance; ils montrent aussi que, tout en assurant le salut des malades dont la vie était grandement menacée par des hémorrhagies abondantes et répétées, elle peut amener une guérison radicale de la tendance hémorrhagique. La modification introduite dans la composition du sang hémorrhaphilique par le nouveau sang injecté est certainement pour beaucoup dans cette guérison.

3° La transfusion du sang convient *dans les cas d'épuisement et de dépérissement dus à un défaut ou à une suspension de la nutrition*, par suite d'une lésion intestinale ou d'un langueur générale dans l'innervation. En faisant immédiatement parvenir dans l'arbre circulatoire le résultat ultime et le plus parfait de la digestion alimentaire au moyen de la transfusion d'un bon sang, qui sait, dit Denis, si beaucoup d'enfans, épuisés par l'inanition seulement, ne pourraient pas être sauvés, tandis que, abandonné à lui-même, l'enfant périra infailliblement dans un temps donné et avant la résolution de la maladie intestinale qui trouble sa nutrition; avec une transfusion méthodique du sang, on pourrait le soutenir assez longtemps pour permettre à l'assimilation de reprendre sa marche naturelle. Pour ma part, je crois cette opération très difficile, pour ne pas dire impossible, chez les enfans; mais ce que je ne regarde ni comme aussi difficile, ni comme aussi impossible, c'est l'emploi de cette opération dans des cas analogues chez l'adulte. Je ne connais cependant aucune expérience qui confirme cette opération; mais c'est une tentative à faire.

4° L'injection du sang, dans les veines d'individus *cachectiques* ou *dyscrasiques*, peut donner lieu à une régénération normale des humeurs et des tissus. Dans la *chlorose*, le *rachitisme*, la *scrofule*, l'injection d'un bon sang, dans l'arbre circulatoire, peut être regardée comme le dépôt d'un germe nouveau destiné à favoriser une reproduction plus normale des tissus, et par conséquent une modification dans la constitution tout entière. En injectant quelques onces de sang sain dans un organisme vivant, nous introduisons des milliards de globules sanguins qui, à leur tour, produisent d'autres globules de bonne nature, à la place de ceux altérés et qui établissent une génération nouvelle de ces globules qui jouent le rôle le plus important dans l'excitation et la nutrition des solides. Il suit de là qu'en répétant méthodiquement les injections à certains intervalles, on pourrait peut-être faire prévaloir les bons élémens de la vie et reconstituer peu à peu un organisme altéré.

5° L'injection du sang *préalablement battu et imprégné d'air*, convient comme moyen révivificateur énergique *dans toutes les asphyxies et dans toutes les morts apparentes*.

L'observation de Phillips Key, qui a démontré, il y a vingt ans, que les membres qui ont perdu leur irritabilité peuvent la recouvrer moyennant une injection de sang artériel ou veineux, les expériences récentes de M. Brown-Séquard, qui est parvenu à rétablir l'irritabilité musculaire dans les membres déjà raides d'un cadavre, au moyen d'une injection de sang dans les veines, les expériences de Fontana, de Humboldt, de Tiedeman et les miennes sur l'action de l'oxygène, de l'acide carbonique et des autres gaz sur la contractilité du cœur des grenouilles, finalement les faits rapportés par Liébig fils, sur la respiration des muscles, et qui démontrent que ceux-ci absorbent l'oxygène et produisent de l'acide carbonique; tout cela met hors de doute l'action puissante de l'oxygène renfermé dans le sang pour rendre aux muscles éteints leur contractilité. La transfusion ne devrait donc pas être négligée dans tous les cas d'asphyxie par l'acide carbonique, par l'oxyde de carbone, par submersion, par la foudre, etc.

6° Enfin, puisque les conditions du sang modifient plus ou moins profondément et rapidement le mode de fonctionner des nerfs, nous osons proposer, à l'exemple des premiers transfuseurs, et comme l'ont fait plus tard Schneider et Hufeland, de tenter les injections sanguines *dans certains cas d'aliénation mentale et de folie, qui ne se lient à aucune altération organique évidente de l'appareil sensitif ou des viscères qui peuvent réveiller ses sympathies.*

COURRIER.

Par décret impérial, M. Wurtz est nommé professeur de chimie organique et de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris.

— L'Association de prévoyance des médecins de la Seine a tenu hier, dimanche, sa séance annuelle, sous la présidence de M. Orfila. L'assemblée, plus nombreuse que les années précédentes, a eu plusieurs fois occasion, dans cette séance, de faire éclater ses sentimens de gratitude envers son digne fondateur-président qui vient de doter cette institution d'une manière si généreuse. Un incident s'est présenté, sur lequel l'Association a eu à prendre une décision. Un nouveau décret sur les sociétés de secours mutuels dispose que la nomination du président de ces sociétés appartient à l'empereur. Or, les statuts de l'Association qui n'ont pas été modifiés sur ce point, disposent que la nomination de son président serait faite par l'Association. Ces dispositions contradictoires ont engagé la commission générale à s'adresser à M. le ministre de l'intérieur, pour qu'il indiquât à l'Association ce qu'elle avait à faire dans cette circonstance. M. le ministre de l'intérieur a répondu qu'il laissait l'Association libre de faire nommer son président par l'Empereur ou de le nommer elle-même. L'Association consultée a décidé, à l'unanimité, qu'elle continuerait à nommer son président, et le scrutin, immédiatement ouvert, a donné l'unanimité des suffrages à M. Orfila. Les autres membres du bureau ont été aussi confirmés, à la même unanimité, dans leurs fonctions. Après le tirage au sort des membres de la commission générale, pour l'année 1853, M. Perdrix, secrétaire général, a donné lecture de son compte-rendu. Tous ceux de nos lecteurs qui ont assisté à cette séance comprendront les motifs qui nous privent du plaisir d'applaudir avec eux à cette œuvre d'un homme de talent et de cœur. Dans un prochain numéro nous donnerons des détails sur la situation de l'Association, qui, en prenant tous les jours de nouveaux développemens, peut secourir un plus grand nombre d'infortunes.

SOMMATION JUDICIAIRE.

C'est avec un sentiment de profonde affliction pour la presse et pour la critique scientifique que nous cédons à la sommation judiciaire qui nous est adressée. Nous pensons que la loi, bien interprétée, nous donnerait le droit de refuser la lettre qui va suivre; il est hors de doute qu'elle nous donnerait au moins celui d'en rejeter tout ce qui excède le double de l'article auquel elle répond. Nos lecteurs comprendront et excuseront le sentiment qui nous empêche d'exposer l'honorable gérant de l'UNION MÉDICALE aux chances et aux désagrémens d'un procès. Mais comme écrivain, comme rédacteur en chef de ce journal, nous protestons de toute notre énergie contre cet abus du droit de réponse; nous le signalons à la justice de nos lecteurs, qui n'éprouveront pas plus de peine à lire la lettre suivante, que nous n'en éprouvons à la publier.

Amédée LATOUR.

L'an mil huit cent cinquante-trois, le cinq février.

A la requête de M. Auzias-Turenne, docteur en médecine, demeurant à Paris, rue Saint-Thomas-d'Enfer, n° 5.

J'ai Louis-Joseph-Désiré Desruelle, huissier près le tribunal civil de la Seine, séant à Paris, y demeurant, rue de la Harpe, n° 65, soussigné.

Fait sommation à M. Richelot, docteur en médecine, gérant du journal l'UNION MÉDICALE, au siége de l'administration, sis à Paris, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56, où étant et parlant à la concierge de la maison ainsi dénommée.

D'insérer dans le plus prochain n° dudit journal la lettre du requérant, commençant par ces mots: A M. Melchior Robert. Les injures, etc...., et finissant par ceux-ci: ..... La double égide de mes épigraphes — dont je lui remets le manuscrit, en réponse à une lettre de M. Melchior Robert, parue dans le même journal, courant de décembre dernier.

Lui déclarant que, faute par lui de ce faire, le requérant l'y contraindra par les voies légales.

Et sous toutes réserves, j'ai à M. Richelot, ès-nom, laissé cette copie dont le coût est cinq francs quarante centimes.

DESRUELLE.

A Monsieur Melchior ROBERT.

« Les injures ne touchent point à la vérité d'un fait; elles ne font même que le constater. »

(Le professeur Risuêno d'Amador.)

« La polémique injurieuse est d'un succès si facile, et ce succès si accessible aux intelligences les moins distinguées, que nous avons l'immodestie de ne pas y aspirer. »

(A. Latour.)

Monsieur,

Je n'ai point écrit ma lettre du 19 décembre dernier, dans le but de vous désobliger, mais dans celui de me défendre. Vous m'aviez piqué au vif après avoir altéré mes doctrines: *Ubi stimulus, ibi fluxus*. Vous avez donc fait une faute en prenant le signe d'une réaction favorable pour un symptôme de mauvais caractère.

J'ai voulu prouver (cela soit dit sans vous déplaire, car je n'emploie cette comparaison que pour être clair et précis) qu'au rebours de M. Jourdain *qui faisait de la prose sans le savoir*, vous *ne faisiez pas de la syphilisation, croyant en faire*. Vous ne faisiez peut-être pas non plus de la *bonne prose*, j'entends de la *prose courtoise* (permettez-moi encore de le vous dire sans vous offenser) en parlant de me *flétrir*, absolument comme vous auriez dit d'un fripon de la bourse ou d'un bandit des grands chemins. Avez-vous bien songé, Monsieur, avant de vous servir à mon égard d'un pareil langage, à la gravité du propos que vous alliez tenir? Je veux bien croire que vous avez été plus irréfléchi que coupable ou méchant. Mais puis, quand je réponds d'une manière où mon indignation contre un pareil affront, se voile de la pudeur de l'ironie, vous vous prenez à me trouver bien discourtois, bien *virulent*. Tant d'injures, il est vrai, m'ont assailli dans ces derniers temps, que vous avez pu croire user d'un droit légitime en m'outrageant!

J'ai voulu encore vous indiquer ce que vous auriez dû faire, afin de convertir vos deux inoculations désastreuses en inoculations syphilisatrices, et vous donner ainsi l'occasion de me *rendre grâce* au lieu de me *flétrir*.

Ma démonstration, paraît-il, n'a pas eu de succès, auprès de vous, du moins; j'y reviens donc. Aussi bien, je ne veux pas porter la peine de l'erreur que vous avez commise en vous inoculant autrement qu'il n'aurait fallu. Ne savez-vous pas qu'aujourd'hui on rejette sur moi toutes les inoculations qui se font à contre-temps? Je voudrais bien qu'on me dise, ce qu'on pensait de celles-là, avant la syphilisation! Sur qui en reversait-on la faute? Qu'advint-il, que dit-on, notamment, de ce malheureux qui s'est noyé, pour en finir avec un chancre d'inoculation devenu phagédénique, de ce malheureux que la *syphilisation* aurait pu sauver plus tard? On vient précisément de dire qu'il en est mort victime! La *syphilisation* s'est récriée:

Je n'étais pas encore née;
— Si ce n'est toi, c'est donc ton frère.

a-t-on répliqué, c'est-à-dire qu'on a prétendu que *c'était la même chose.*

Il est un point que vous m'accordez implicitement par votre silence (*qui ne dit mot consent!*). C'est que vous avez été mal inspiré en choisissant les parages du coude pour y faire des inoculations. Passons.

Vous ne paraissez pas, à beaucoup près, aussi convaincu des avantages que vous auriez eus à vous faire d'autres inoculations pour concourir à tempérer la conflagration des premières. Vous me dites triomphant et comme pour pulvériser ma réplique: « Vous oubliez que ces chancres m'ont occasionné un bubon qui a suppuré. » Je ne l'oublie pas, Monsieur, bien au contraire! Mais sachez que les syphilisateurs attaquent le bubon suppuré par des inoculations, et qu'ils peuvent faire ainsi disparaître, sans le vider par une ouverture, le foyer virulent.

Voici, à ce propos, un échantillon clinique:

A cette époque-ci de l'année dernière, vient chez moi un ouvrier. — Qu'avez-vous? lui dis-je. — Vous allez le voir, me répond-il..... Il se dépouille alors de ses vêtemens, et me montre sur la partie externe de son bras gauche un chancre large et enflammé. Il lève ensuite douloureusement le membre malade et me fait sentir un bubon fluctuant dans l'aisselle correspondante. Voici comment il répondit à la question que je lui adressai sur ses antécédens:

« Nous sommes plusieurs ouvriers qui nous syphilisons mutuellement. Tout se passe bien chez mes camarades, mais vous voyez ce qu'il m'arrive, et j'ai recours à vous. »

J'appris ensuite qu'il avait été inoculé d'un seul chancre quinze jours auparavant, et qu'il avait beaucoup travaillé de ses bras. Le bubon virulent s'explique de reste.

Voici ce que je fis:

Je ponctionnai, au moyen d'un petit trocart, le centre du bubon, et je mis l'extrémité libre de la canule en rapport avec le goulot d'une fiole homœopathique, que je remplis ainsi de pus virulent. Ensuite, je retirai le trocart et je bouchai la petite plaie par une mouche de taffetas d'Angleterre.

Séance tenante, j'inoculai quarante fois mon sujet sur le devant de la poitrine, en partie avec le pus du bubon et en partie avec celui du chancre. Je prescrivis le repos, des boissons délayantes, un cataplasme de farine de graine de lin sur le chancre, et un autre sur le bubon. Trente-six pustules chancreuses répondirent en deux ou trois jours à mes quarante inoculations. Le bubon et le chancre marchèrent vite, l'un à la résolution, et l'autre vers la cicatrice.

Au bout d'une semaine, l'ouvrier en question reprit son travail, très satisfait d'une méthode qui avait été son *palladium* contre l'hôpital et le bistouri.

Cet exemple de gens qui s'inoculent eux-mêmes est un bon présage pour l'avenir de la syphilisation. Elle n'inspire donc pas autant de répugnance que le disent ses calomniateurs.

Cet exemple vous montre aussi que je ne désapprouve pas les moyens ordinaires par lesquels vous avez combattu vos deux chancres et votre bubon. Mais pourquoi n'y avez-vous pas ajouté deux ou trois douzaines d'inoculations? Vous seriez à présent converti à la syphilisation!

Je me sentirais, pour mon compte, doublement heureux de ce résultat, parce que j'aurais soulagé un homme souffrant et gagné à la cause de la vérité un médecin d'intelligence et de savoir. Ah! Monsieur, je suis bien sûr qu'aujourd'hui vous ne me jetteriez pas la pierre!

Vous revenez encore avec un air de triomphe sur une de mes phrases qui se mêlait sans prétention à une foule d'autres, et que vous allez rendre célèbre: « Je n'expérimente pas sur mes semblables, je les *soigne* et je les *guéris*, ou bien je les *vaccine* et je les *préserve*. » Qu'a d'extraordinaire cette phrase? Est-ce qu'une personne guérie de la vérole par des inoculations n'a pas été *soignée* et *guérie*? Quand les insertions sont poussées jusqu'à l'immunité, cette personne n'est-elle pas *vaccinée* et *préservée* de contaminations ultérieures? Vous, Monsieur, si vous aviez invoqué et suivi mes conseils dans votre mésaventure, vous auriez été *soigné*, *guéri*, *vacciné* et *préservé*. Au lieu de critiquer ma phrase, vous la porteriez dans le cœur!

Vous croyez sans doute m'embarrasser beaucoup en alléguant l'histoire d'un de mes cliens qui est mort d'une épidémie, et celle d'une fille qui m'est échappée pendant son traitement. Cependant, Monsieur, il est bien facile de comprendre que la syphilisation ne doit pas empêcher de mourir, et qu'avant d'être guéris par elle, les gens sont encore malades! C'est du *La Palisse* le plus pur! Les deux observations que vous citez sortiront un jour du secret de mes cartons.

J'ai ouï avec étonnement et regret une plainte qui s'exhale de votre lettre: quoi! l'éloge d'un de vos amis vous paraîtrait un blâme contre vous! Louer M. Diday, serait-ce donc offenser M. Melchior-Robert? J'avais espéré, bien au contraire, que mes raisons triompheraient plus facilement des répugnances de votre esprit en passant par le chemin de votre cœur!

Je veux pourtant vous le dire, sans que vous y trouviez la moindre allusion qui vous choque. J'aime en M. Diday son indulgente franchise. Il a discuté ma doctrine, sans toucher à ma bonne foi ni à ma dignité, et a gagné ma confiance en me donnant la sienne. Il sera désormais encore mon adversaire, mais je saurai découvrir le bon côté de ses critiques pour lui en savoir gré. On m'a tant blâmé et injurié que j'ai de la reconnaissance pour ceux qui s'abstiennent envers moi de blâme et d'injures. Vous vous écriez néanmoins que *je ne laisse pas même mettre en question ma doctrine à l'aide de l'expérimentation.*

Je n'exagère pas, Monsieur, dans le récit des déboires qu'on m'a fait éprouver.

On m'a mis, en quelque sorte, hors la loi des médecins, dans la presse, les Sociétés, les Académies, les cours, les commissions!

On a faussé la vérité pour me nuire, on a violé contre moi la foi médicale et le secret des familles: on a enfin accumulé injustices sur injustices, et injures sur injures!

Mais vous, Monsieur, consentirez-vous à suivre ce courant de réprobation que remontent avec énergie des hommes qui s'appellent Dechambre, Depaul, Flourens, Malgaigne, Seutin, etc.? Permettez-moi d'en douter encore. Vous vous êtes déjà distingué par votre savoir, vos travaux et votre esprit; vous voudrez vous élever par le cœur. Vous répudierez, n'est-ce pas? le rôle sans courage d'attaquer un homme assailli de tous côtés, et vous traiterez désormais avec considération un confrère qui n'a commis d'autre crime qu'une conquête laborieuse de la vérité sur l'erreur!

C'est pourquoi je consens à vous donner quelques explications sur mes observations, dont vous trouvez que la publication se fait trop attendre.

Vous conviendrez, d'abord, qu'il en est des observations de syphilis comme de certaines liqueurs. Elles deviennent meilleures en vieillissant, c'est-à-dire plus probantes, au point de vue des récidives.

Tenez compte ensuite des longueurs indispensables dans la rédaction des détails d'une syphilisation qui a pu durer plusieurs mois; tenez compte de la peine qu'on trouve à revoir certains malades dont l'histoire a besoin d'être complétée; tenez compte enfin de l'importance et des difficultés du groupement des observations. Ne comprenez-vous pas, par exemple, que des *lois*, permettez-moi l'usage de ce mot tant critiqué, peuvent être rendues claires par le rapprochement synoptique d'inoculations d'un même pus faites à diverses personnes qui sont placées dans des circonstances dissemblables?

J'ai différentes catégories d'observations groupées ainsi: 1° cas très favorables à la syphilisation; 2° cas douteux (*apparent rari nautes*), soit parce que la guérison n'a pas eu lieu, soit parce qu'il s'est montré une récidive ou quelques accidens; 3° cas d'intervention des préparations mercurielles et surtout des préparations iodurées; 4° enfin, cas divers qui ne rentrent dans aucune des trois catégories précédentes.

Laissez-moi, pour produire tout cela et en tirer un bon parti au profit de la science et de l'humanité, choisir mon temps et mes moyens. « On ne me demandera pas, disait un auteur, le temps que j'aurai passé » à composer mon œuvre, mais on la jugera telle que je l'aurai faite. » Faut-il que j'aie à me défendre de vouloir mettre au jour un travail digne de mes confrères? Est-ce donc moi qui ai précipité les choses? Est-ce moi qui suis allé au-devant de la presse, des Académies, des commissions? Me suis-je d'abord adressé au public autrement que pour poser des jalons et fixer des dates? Ah! si vous saviez, Monsieur, la répugnance que j'éprouve à me mettre en scène, vous parleriez moins cavalièrement de ce qu'il vous plaît d'appeler mes *réclames!*

Bien au contraire de ce que vous paraissez croire, je ne tiens pas à ce succès éphémère et précoce qui donne des palmes académiques et procure des cliens.

Je ne tenterai pas non plus d'inutiles efforts pour chercher à convaincre ces mélanges de gens de toutes opinions que dominent des préjugés, et inspirent des passions diverses. En même temps qu'ils réclament à chaque instant des preuves, ils ont prudemment le soin perfide de me refuser les moyens d'en fournir!

Ils savent très bien que la vérole est une maladie *secrète*; mais ils feignent d'ignorer que la réserve vis-à-vis des malades et la discrétion vis-à-vis du public sont les premiers devoirs de notre profession. Croient-ils donc avoir fait preuve d'un grand désir de connaître la vérité, quand ils m'ont demandé sans cessé à voir ceux que je soigne, tandis qu'ils me ferment leurs services d'hôpitaux, dont ils inoculent pourtant les malades depuis vingt ans par pure curiosité?

Je désire avant tout que le temps ne me donne pas de démenti et que les efforts que je fais soient un jour appréciés par les vrais savans. « Persévérance, m'écrit M. Sperino, courage, prudence et loyauté, voilà » les titres qui feront tôt ou tard triompher la syphilisation. »

Je suis prêt à vous suivre, Monsieur, dans une discussion fructueuse sur le terrain de la loyauté et du bon goût; mais autrement portez aussi bas qu'il vous plaira, votre enseigne de la transplantation, sur la pente des personnalités, semée d'indignités et d'erreurs, et vous pourrez être certain de ne pas m'avoir pour adversaire; car je resterai derrière la double égide de mes épigraphes.

Agréez, etc.

AUZIAS-TURENNE.

Paris, 5 Février 1853.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 17. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 10 Février 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............ 32 Fr
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

Avis à MM. les Actionnaires de L'UNION MÉDICALE.

M. le Gérant de la Société l'UNION MÉDICALE a l'honneur de prévenir MM. les Actionnaires, qu'aux termes des statuts de la Société, l'assemblée annuelle des Actionnaires aura lieu le lundi 21 février prochain, à 7 heures 1/2 précises du soir, au siége de la Société, 56, rue du Faubourg-Montmartre.

L'objet de l'assemblée est d'entendre le rapport du Gérant sur l'exercice 1852, et le rapport du Conseil de surveillance.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

Sommaire. — Cas de variole; pronostic de cette affection; vertu préservative de la vaccine; revaccination.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

OBSERVATION. — Notre deuxième malade, couchée au n° 41 de la même salle, est une femme de 26 ans, bien constituée, bien portante, ayant été vaccinée, et en portant de bonnes traces. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, elle a logé chez elle, pendant quatre jours, sa sœur, qui n'a pas été vaccinée et qui était atteinte d'une variole très confluente.

Elle fut prise le 25 novembre de céphalalgie, de malaise, de courbature, avec soif modérée, inappétence, frissons légers et irréguliers. Le 26 et le 27, la céphalalgie augmente; il survient de la douleur à la gorge; les pustules commencent à se montrer au visage d'abord, puis au tronc, et c'est seulement le lendemain 28 que la malade éprouve des douleurs lombaires.

Elle entre à l'hôpital le 29; et le 30, à la visite du matin, nous lui trouvons l'expression de la face naturelle, la peau médiocrement chaude; le pouls ne dépasse pas 80. Il n'y a plus de douleurs lombaires. Des pustules blanches, acuminées, sont dispersées, en petit nombre, sur la surface du corps; elles sont un peu rapprochées seulement au front, et il n'en existe pas sur le bord libre des paupières.

Les jours suivans, un petit nombre de ces pustules seulement s'ombilique, les autres restent à l'état de papules ou de vésicules; et le 3 décembre (7me jour) l'appétit est revenu; il n'y a plus de fièvre; la dessication commence à se faire partout. Enfin, aujourd'hui, la malade est en état de quitter l'hôpital sans avoir eu de fièvre de suppuration.

Dans ce cas, où la contagion est bien évidente, l'incubation a été de 20 à 22 jours; elle a donc dépassé la limite de 9 jours que Guersant et M. Blache lui assignent, et est restée dans celles qui ont été posées par MM. Rilliet et Barthez, c'est-à-dire entre 3 et 46 jours.

Ce qui nous intéresse le plus dans l'histoire de cette malade, a rapport à la marche et au pronostic de son affection. Nous voyons, en effet, sa sœur qui n'a pas été vaccinée être atteinte d'une variole très confluente et lui communiquer à elle, qui a été vaccinée, une simple varioloïde, extrêmement discrète, se terminant en moins de 9 jours par la dessication sans fièvre de suppuration. Que penser de ce fait, si ce n'est que notre malade a ressenti les heureux effets de la vaccination, et qu'en conséquence elle a vu une maladie grave pour une autre se transformer chez elle en une affection excessivement peu inquiétante?

Ceci me conduit naturellement à vous présenter quelques *considérations relatives à la vaccine*.

On a dit, on a écrit, et quelques personnes répètent chaque jour que la vaccine, en se transmettant d'une génération à l'autre, a perdu de son efficacité et que sa vertu préservatrice a diminué. Craignant qu'il n'en soit ainsi, et désirant prévenir l'altération qui pourrait résulter pour le virus-vaccin de sa transmission d'individu à individu, quelques médecins ont vacciné directement à l'aide du cow-pox; mais s'ils ont eu des boutons plus volumineux, avec une fièvre plus intense, ils n'ont pas pour cela obtenu de résultat prophylactique plus heureux que par la vaccination ordinaire.

Non seulement on a nié l'efficacité de la vaccine, mais on a même prétendu que, depuis qu'elle est employée, il y a eu plus de malades atteints de variole qu'il n'y en avait avant. Cette assertion ne doit pas être émise d'une manière aussi absolue, parce que, en premier lieu, depuis que l'usage de la vaccine est généralement répandu, on voit un bien plus grand nombre de varioloïdes ou de varicelles, maladies que l'observation démontre être de même nature que la variole (puisque le contact d'un varioleux peut communiquer une de ces maladies, *et vice versâ*); et il n'est pas douteux qu'elle ne se soit ainsi modifiée avantageusement, par suite de l'influence de la vaccine. Autrefois, quand on voyait des cas de la maladie ainsi mitigée, on pouvait bien ne pas se figurer que ce fussent des cas de variole, et les laisser passer inaperçus, tandis que maintenant comme on les recherche avec beaucoup de soin, on compte même les plus légers, et dès lors, il n'est pas étonnant d'en trouver une plus grande proportion.

Mais ce n'est pas ainsi qu'il faut envisager les faits. Ce qui est important, en effet, c'est de savoir si l'affaiblissement prétendu de la vaccine est démontré non par le plus grand nombre des sujets qui contractent la maladie, mais par une gravité plus grande de cette maladie (car, peu importe cette contagion, si elle ne donne lieu qu'à une simple indisposition), et en second lieu, de voir ce que deviennent les épidémies. Or, en examinant les faits sous ce point de vue, on est conduit à penser que la vaccine n'a pas perdu ses propriétés, et qu'elle exerce une influence très heureuse.

Voyez d'abord les varioleux rester en contact, *dans nos hôpitaux*, avec vous, Messieurs, avec les autres malades, *en ville*, avec leurs parens et leurs amis. Or, il est évident que si la vaccine avait perdu de son efficacité, chacun de ces malades formerait un foyer de contagion d'où partiraient des épidémies qui se répandraient rapidement. Or, ces épidémies, communes autrefois, nous ne les voyons plus maintenant, ou du moins n'apparaissent-elles que très rarement et avec moins d'intensité; car, il y a plusieurs années, on a eu occasion d'en observer une à Marseille.

Durant cette épidémie, on a pu remarquer un fait très important, et qui se retrouve dans les cas isolés de variole : c'est que, chez les sujets vaccinés, même dans les cas de variole confluente débutant avec beaucoup d'intensité, on a vu du septième au huitième jour, précisément au moment de cette fièvre de suppuration dont je vous parlais, tous les symptômes cesser ou s'amender rapidement, et la dessication commencer sans qu'il y ait eu suppuration. Aussi, pendant cette épidémie de Marseille, la plus grave qui ait eu lieu depuis que l'usage de la vaccine est répandu, tandis que la mortalité n'était que de 2 1/2 pour 100 environ parmi les sujets atteints de variole après avoir été vaccinés, elle était de 50 ou 60 pour 100 pour ceux qui n'avaient pas été vaccinés. A quoi attribuerez-vous cette différence, si vous ne reconnaissez pas l'efficacité de la vaccine? Je vais même plus loin, et je dis qu'en présence de proportions si différentes, on est porté à penser que quelques-uns des sujets qui ont succombé avaient eu une mauvaise vaccine.

Niera-t-on cette efficacité, parce qu'on voit des individus vaccinés atteints de variole? Mais n'a-t-on pas vu des sujets ayant eu déjà la variole, et en portant des traces manifestes,

Feuilleton.

SUR LES DEVOIRS PROFESSIONNELS DU MÉDECIN (1);

Discours prononcé à la Société médicale du 1er arrondissement, dans la séance du 13 Janvier 1853,

Par M. le docteur FOISSAC, président.

J'ose à peine énoncer, Messieurs, les vertus qu'on doit s'attendre à trouver chez le médecin vraiment digne de ce nom; car, il faudrait les nommer toutes, tant l'exercice de ses fonctions délicates exige de patience, de sagesse, de courage, de dévouement et d'abnégation. Ne lui demande-t-on pas la douceur, la modération, la modestie, la décence, la charité, etc? Je craindrais d'offenser votre délicatesse en nommant la probité; car, ainsi que nous l'avons dit autre part, dans les comptes-rendus de la justice criminelle en France, aucune profession ne fournit un aussi petit nombre d'accusés que la nôtre. Quintilien a défini l'orateur : *Vir bonus dicendi peritus*; on pourrait, avec plus de vérité encore définir le médecin : *Vir bonus medendi peritus*?

Vous parlerai-je de ce redoutable pouvoir du médecin sur la vie de ses semblables? Il deviendrait criminel, non seulement en donnant des poisons capables de donner la mort, mais encore en s'abstenant de prescrire les remèdes qui pourraient la prévenir. Heureusement que dans notre profession les crimes sont aussi rares que les exemples de vertu et de grandeur d'âme sont fréquens; et cependant, la calomnie n'a pas toujours épargné les plus nobles caractères. Aristote ne fut-il pas accusé, suivant Pline, d'avoir fourni le poison dont périt Alexandre? On rapporte qu'après avoir battu Antoine devant Modènes, Auguste, voulant se débarrasser de deux rivaux de gloire, avait tué de sa propre main le consul Hirtius, et fait empoisonner Pansa par Glycon, son médecin; mais Brutus, dans une lettre à Cicéron, réfute cette accusation, en rendant pleine justice à la loyauté et à la droiture de cœur de Glicon. Bilguer, chirurgien général des armées prussiennes, ayant développé et mis en pratique une doctrine pleine de réserve sur l'amputation immédiate après les fractures occasionnées par les coups de feu, ne fut-il point accusé, lui, honnête et loyal chirurgien, d'avoir sacrifié les pauvres soldats aux calculs d'une criminelle avarice? Quand on connait l'épouvantable dépravation qui régnait dans l'ancienne Égypte, on ne saurait s'étonner des méfaits reprochés aux lithotomistes d'Alexandrie. Quelques-uns d'entre eux, à l'instigation de l'usurpateur Triphon, répandirent, dit-on, le bruit que le jeune Antiochus étaient atteint de la pierre, et, sous le prétexte de l'en délivrer, ils le firent périr dans l'opération. Plaçons en regard de ce crime la belle conduite d'un médecin arabe trop peu connu, quoique l'un des hommes les plus savans du IXe siècle. Un calife offrit à Honain une somme d'argent considérable, à la condition qu'il lui indiquerait un poison capable de tuer sans laisser aucune trace. Le médecin répondit qu'il connaissait des médicamens et non des poisons. Plongé dans un cachot pendant plusieurs mois, Honain s'y livra opiniâtrement à l'étude. Les mêmes offres lui ayant été renouvelées, avec menace de mort en cas de refus : la religion, répondit le savant, m'ordonne de ne pas faire de mal; la médecine est exclusivement destinée à soulager l'humanité. Vos lois sont sublimes, s'écria le calife étonné de tant de vertu, et il fit rendre au médecin des honneurs dignes de son courage.

En faisant le panégyrique des hommes versés dans l'art de guérir, on vante presque toujours leur désintéressement; cette vertu, en effet, est une de celles qu'ils pratiquent le mieux. *Lauri plusquam auri* était la devise particulière de Guillaume Duval, mort en 1646, doyen des professeurs du Collége de France. Van-Helmont, après avoir fait l'abandon de sa fortune à sa sœur et renoncé aux priviléges que lui assurait sa naissance, n'avait appris la médecine que pour la pratiquer comme une œuvre de charité. Garth, comblé des faveurs de la fortune, ne recevait que pour donner, et son désintéressement était tel qu'on disait de lui que nul médecin ne savait mieux son état et moins son métier. De toutes les professions, soit manuelles, soit libérales, il n'en est pas une seule, avons nous dit, qui exige d'aussi grands sacrifices, entraîne plus de fatigues, condamne à de plus rudes épreuves et conduise plus rarement à la fortune. Le médecin, sans aucun doute, doit se montrer désintéressé, il le fait chaque jour, et sa charité est vraiment inépuisable. Tous, nous blâmons certainement la conduite de P. d'Albano, qui ne voulait jamais sortir de Bologne, pour aller voir un malade, à moins de 50 écus à la couronne par jour. Il en demanda 400 par jour, pour aller à Rome soigner Honoré IV, ce qui ne fut point accepté. Nous reconnaissons toutefois que, la plupart du temps, les honoraires dont on paie les services du médecin sont dérisoires. On voit des personnes, méconnaissant la dignité de son caractère et les véritables mobiles de son cœur, mettre leur fortune à sa disposition, dans le cas où il parviendrait à sauver un être adoré. La guérison obtenue, il ne reste parfois, comme dette de reconnaissance, qu'une amitié douteuse et, peut-être, un souvenir importun; car, ainsi qu'Aristote le fait observer, *le bienfait est ce qui vieillit le plus tôt*.

Remarquez, Messieurs, que les gens riches prodiguent souvent pour satisfaire un vice ou pour une fête de vanité, plus d'or qu'ils n'en accordent au sauveur de leur femme ou de leur fils. Cependant il faut de la fortune au médecin, non seulement pour élever sa famille et tenir son rang, mais encore pour accomplir sa tâche. Le bonheur de donner est la plus agréable jouissance de la richesse. Quel est le praticien de nos jours, assez favorisé de la fortune, pour pouvoir, à l'exemple de Bouvart, guérir un mélancolique, dont les affaires étaient dérangées, en lui donnant 30,000 fr.? La rémunération trop faible de ses services le met dans l'impuissance d'achever la guérison du pauvre. Ainsi, Messieurs, afin de pouvoir se montrer désintéressé et charitable, il faut que le médecin soit riche, et lui refuser des honoraires proportionnés aux services rendus, c'est lui ôter les moyens de suivre la plus douce inclination du cœur : *la charité*!

Il n'est pas assurément de vertu plus nécessaire aux médecins que la pureté des mœurs. Du temps de l'empire romain, on leur reprocha d'avoir introduit l'adultère jusque dans les familles impériales. Une telle accusation ferait supposer que les calomniateurs de notre art ne con-

(1) Voir les numéros des 27 Janvier et 3 Février.

en être affectés de nouveau dans certaines épidémies, et succomber à la suite de cette nouvelle atteinte, malgré l'influence préservatrice incontestée et incontestable de la première?

Enfin, Messieurs, vous avez vu récemment dans nos salles trois malades atteints de variole, et vous avez pu vous assurer que, par le fait seul de l'existence ou de la non-existence du vaccin, nous avons pu prévoir à coup sûr ce qui arriverait. Un seul avait été vacciné, et cependant se trouvant tous les trois au deuxième jour de l'éruption, ils étaient sans fièvre (de 60 à 64 pulsations), ils avaient, à très peu près, un nombre égal de pustules; on aurait pu croire qu'on avait affaire à des cas identiques. Or, chez le vacciné, le huitième jour tout se termina par la dessication et sans fièvre. Chez les deux non-vaccinés, le septième jour le pouls augmenta de vingt pulsations, le huitième et le neuvième d'autant (60 puls. en trois jours!), il y eut bouffissure de la face, douleur de gorge, agitation, accablement, augmentation considérable des pustules; et chez l'un d'eux, la maladie devint très grave, à cause d'une diarrhée prolongée et de nombreux abcès dans diverses parties du corps. L'influence de la vaccination n'est-elle pas ici bien évidente?

Après avoir nié l'efficacité du vaccin, on a été conduit à penser qu'il faudrait peut-être revenir à l'inoculation pour se préserver de la variole. Si de pareilles idées prévalaient, Messieurs, rien ne serait plus pernicieux que leur application. Aussi devons-nous nous élever contre elles de toutes nos forces, afin d'éviter les désastres qui pourraient en être la conséquence. Vous savez comment et avec quelles précautions se pratiquait autrefois l'inoculation. On choisissait un sujet ayant une variole discrète, bénigne, puis, soit par l'inoculation à l'aide de la lancette, soit par un contact immédiat, on s'efforçait de transmettre cette maladie à l'individu qui n'en avait pas encore été atteint. Or, il résulte des relevés de Thompson, qui a comparé les chiffres de la mortalité par la variole, pendant les dix mois qui ont précédé et les dix années qui ont suivi l'emploi de l'inoculation, que pendant la deuxième période, la mortalité s'était accrue dans une proportion effrayante.

Comment en serait-il autrement, quand, d'une part, on sait qu'un sujet atteint de variole discrète, peut en communiquer une très confluente qui pourra amener la mort en peu de temps; et que, d'une autre part, en pratiquant des inoculations, on s'expose, en multipliant les chances de la contagion, à donner la variole à un grand nombre d'individus qui n'en auraient peut-être pas été atteints.

Ces raisons me paraissent plus que suffisantes pour faire rejeter absolument l'inoculation.

Mais s'il était vrai, comme on l'a supposé, que la vertu préservatrice diminue à mesure que l'on s'éloigne du moment où l'on a été vacciné, que doit faire le médecin? Doit-il revacciner oui ou non? Selon moi, sa manière d'agir doit varier suivant les circonstances et suivant les temps.

Y a-t-il ou n'y a-t-il pas d'épidémie de variole?

S'il n'y a pas d'épidémie, comme nous ne sommes pas assurés que le vaccin perde réellement son efficacité au bout d'un certain temps, et que du reste s'il la perd en effet, nous ne savons pas au bout de combien de temps elle a disparu; le médecin n'a rien à faire. Il doit se contenter d'interroger les personnes qu'il est appelé à soigner pour s'assurer qu'elles ont été bien réellement vaccinées et que la vaccine a parcouru toutes ses périodes. Il doit surtout insister pour savoir, soit des malades eux-mêmes, soit de leurs parens, si l'apparition des pustules du vaccin a été accompagnée de symptômes généraux, et si ces symptômes généraux ont été bien marqués. Dans ce cas et surtout lorsqu'il aura constaté par lui-même l'existence des traces indélébiles que laissent après elles les pustules de vaccine, il doit ne rien faire et ne pas revacciner, à moins qu'on ne le lui demande. Néanmoins si, même au milieu de ces circonstances favorables, un sujet désirait être revacciné, vous ne le lui refuseriez pas, car vous savez que la vaccination n'entraîne aucun accident sérieux, tandis que si la variole survenait après un refus pareil, vous vous attireriez de très graves reproches. Ne croyez pas cependant qu'en revaccinant une personne vous éloignez d'elle toutes les chances qu'elle peut avoir de contracter la variole; si le vaccin prend une deuxième fois chez elle, vous avez la certitude de l'avoir mise à l'abri d'une atteinte possible; mais s'il ne prend pas, vous pouvez seulement en conclure que pour le moment actuel votre malade n'est pas encore arrivé à la période de *réceptivité*, comme l'appellent les Allemands; c'est-à-dire qu'il est encore sous l'influence de la vertu prophylactique de la première vaccination, et qu'il n'est nullement prédisposé à contracter la variole. Mais en sera-t-il toujours ainsi? La période de réceptivité ne reviendra-t-elle pas? Et dans un temps plus ou moins long, votre client ne pourra-t-il pas être affecté de variole? C'est ce que rien ne vous indique et ce qui pourtant peut très bien arriver comme j'ai eu occasion de l'observer à plusieurs reprises, notamment dans le courant de l'année dernière.

J'ai été appelé à soigner, dans la même famille, trois personnes qui ont été atteintes de variole et de varioloïde deux ou trois mois après avoir été revaccinées pour la troisième ou quatrième fois, et sans que le vaccin eût repris depuis la première vaccination qui avait été très bonne.

Donc, puisque vous ne savez pas à quelle époque cesse l'action préservatrice résultant d'une première vaccination, et que si vous vaccinez avant la période de réceptivité, vous vous exposez à faire une opération inutile; je vous conseille de ne jamais revacciner en temps ordinaire, à moins qu'on ne vous le demande.

Mais, en temps d'épidémie, votre conduite doit être toute différente. Le médecin doit se départir de cette réserve, et c'est de lui que doit venir l'initiative; il est de son devoir d'engager toutes les personnes qui ont été vaccinées il y a dix ou quinze ans à se faire revacciner de nouveau; dût cette nouvelle vaccination ne produire aucun résultat.

C'est une précaution que les circonstances commandent et que vous seriez coupable de négliger, puisqu'à côté d'avantages réels elle ne présente aucun inconvénient.

T. GALLARD,
Interne.

PATHOLOGIE MENTALE

MÉMOIRE SUR LES CAUSES PRÉDISPOSANTES HÉRÉDITAIRES DE L'IDIOTIE ET DE L'IMBÉCILLITÉ;

Par M. le docteur MOREAU (de Tours), médecin de l'hospice de Bicêtre.

(Suite. — Voir les numéros des 5 et 8 Février.)

DEUXIÈME SÉRIE; — IDIOTIE; — ÉPILEPSIE.

OBSERVATION I. — M..., a eu des convulsions épileptiformes dès ses premières années; l'intelligence ne s'est jamais développée. Crâne étroit, bosselé; constitution chloro-anémique.

Mère morte phthisique. Pas de renseignemens sur les autres parens.

OBSERVATION II. — A..., 13 ans. L'épilepsie et l'altération des facultés morales remonte à plus de douze années.

Pas de renseignemens sur la mère.

Une sœur de son père est hystérique; elle a eu des convulsions, mais ne perd pas connaissance.

OBSERVATION III. — D..., 12 ans. Bien portant jusqu'à l'âge de 3 ans. A cet âge, convulsions avec délire; « devient hébété; » est pris d'attaques épileptiques vers 8 ou 9 ans.

Un de ses frères est mort d'un transport au cerveau; auparavant, il y avait eu des convulsions.

OBSERVATION IV. — X..., âgé de 17 ans. La dégradation des facultés morales n'a été bien manifeste que vers l'âge de 8 ou 9 ans, époque à laquelle X.., a eu une fièvre typhoïde, suivie de plusieurs convulsions que les médecins s'accordent à déclarer de nature épileptique.

La mère, étant jeune, a eu des convulsions; elle assure qu'elle ne perd jamais connaissance.

Oncle maternel épileptique.

Une sœur « contrefaite et pleine d'humeurs. »

OBSERVATION V. — Gou... Idiotie congéniale, attaques épileptiformes dès les premiers mois de son existence.

Père fou (mélancolique).

Mère sujette à des gastralgies.

OBSERVATION VI. — O... Idiot de naissance; a commencé d'avoir des attaques de nerfs le jour même où il vint au monde. Crâne à petites dimensions; développement latéral exagéré.

Sa mère prétend avoir éprouvé une grande frayeur étant enceinte de six ou sept mois.

Grand-père (maternel) mort aliéné.

OBSERVATION VII. — G..., est venu au monde à sept mois. A deux ans, chute sur la tête, qui est suivie de fièvre avec délire, convulsions épileptiformes. Imbécile.

Aucune trace d'hérédité directe ou indirecte.

OBSERVATION VIII. — P... Idiot. Tempérament scrofuleux, convulsions à deux mois, cécité qui dure près de quatre années. Présentement : attaques violentes d'épilepsie.

Une cousine (du côté de son père) est morte à 17 ans de *fièvre cérébrale*.

Deux frères ont eu des convulsions.

Père bien portant. Aucun renseignement sur la mère.

OBSERVATION IX. — D... Idiote. Vers l'âge de deux ans, convulsions, fièvre intense avec délire, cris, agitation extrême, tombe dans un état de stupidité qui n'a fait que s'aggraver depuis.

Père épileptique.

Grand-père (paternel) mort paralytique.

OBSERVATION X. — H... L'imbécillité ne s'est déclarée que vers l'âge de quatre ou cinq ans, à la suite de convulsions épileptiformes. Dès les premiers mois, phénomènes nerveux considérés comme présageant l'épilepsie.

Père et oncle paternel bègues et atteints de strabisme.

Grand-père (paternel) lypémaniaque.

Grand'mère (id.) rachitique.

Mère incommodée par le sang.

Grand-père (maternel) id.

OBSERVATION XI. — V..., idiotie congéniale. Accidens épileptiformes dès sa naissance. Scrofuleux. On a lieu de craindre que le père de V... ne soit attaqué de la poitrine.

Mère jouissant d'une bonne santé.

OBSERVATION XII. — C..., idiot de naissance, épileptique depuis un an seulement (C... a 16 ou 17 ans).

Mère (elle dit avoir eu du chagrin étant grosse).

Grand'mère (maternelle) asthmatique.

Grand-père (même côté) mort apoplectique.

OBSERVATION XIII. — C..., imbécile et épileptique depuis l'âge de 2 ans.

---

naissaient point l'histoire de cette époque où le vice s'était infiltré dans les veines de ces vainqueurs du monde, où, comme le dit avec tant de vérité le poète :

Luxuria incubuit, victumque ulciscitur orbem.

Mais tout en repoussant comme injustes les reproches adressés au médecin, nous lui recommandons de se pénétrer des préceptes d'Hippocrate, de se montrer respectueux envers les femmes, plein de réserve et de décence dans l'intérieur des familles, de ménager enfin dans toutes ses questions, et dans l'exploration des organes souffrans, la pudeur des personnes du sexe. Sans une sévérité scrupuleuse, combien l'homme qui entre à toute heure dans le sanctuaire des familles dont la santé et parfois l'honneur lui sont confiés, ne pourrait-il pas devenir dangereux! Initié à toutes les faiblesses, à toutes les défaillances de la nature, et confident sans le vouloir des plus terribles secrets, le cœur du médecin doit être scellé et impénétrable comme la tombe.

Je parle du secret, Messieurs, à vous qui, en toute occasion, l'avez placé au rang de vos plus impérieux devoirs, à vous qui vous êtes révoltés, lorsque dans un moment de passion politique, le gouvernement voulut vous imposer l'obligation de dénoncer le blessé dont vous aviez pansé la plaie encore saignante, et de trahir l'hôte qui venait avec confiance se réfugier sous la protection de votre cœur généreux. Alors, il vous en souvient, nous protestâmes avec énergie contre les prétentions de l'autorité, contre des doctrines faites pour abaisser notre caractère et avilir une profession dont l'indépendance seule compense les pénibles épreuves et les rudes fatigues. Une juridiction plus en harmonie avec nos principes est sortie des luttes courageuses entreprises par quelques médecins pour sauvegarder nos droits et notre dignité ! Aujourd'hui, appuyés sur plusieurs arrêts de la cour souveraine, nous pouvons le proclamer avec assurance : le médecin, maître des secrets des malades, ne doit jamais les trahir, et demeure seul juge de ce qu'il doit taire et de ce qu'il peut avouer.

Nous avons cité la modestie parmi les qualités nécessaires du médecin ; ajoutons toutefois qu'un désir modéré de gloire et de réputation, loin de lui être interdit, prouve au contraire l'élévation de ses sentimens et le pousse à s'illustrer par d'éclatans services et par des ouvrages où se consume sa vie laborieuse. Mais il est rare que, même parmi les plus instruits et les plus capables, un grand nombre de médecins parviennent à la célébrité. Nous avons vu de nos jours des praticiens éminens, dont le nom assurément ne survivra pas au souvenir de leurs contemporains et des malades qu'ils ont en quelque sorte rappelés à l'existence. On peut dire d'eux ce que Réveillé-Parise disait d'Alibert : *qu'il avait placé sa gloire en viager*. Un petit nombre de savans à peine, laissent un nom que répète la postérité; la vie de la plupart des praticiens est toute dans leurs œuvres; elles disparaissent de la mémoire des hommes comme l'arbre qui dans sa verdeur a poussé des fleurs et des fruits; parvenu à la vieillesse, le bois infécond tombe sous la cognée, est jeté dans l'âtre; de l'arbre qui nous a nourris, il ne reste bientôt que des cendres balayées par le vent.

Il est peu de carrières dans la vie qui n'exigent une certaine habileté. Nous connaissons quelques hommes d'un savoir profond et d'un mérite incontestable qui languissent à peu près ignorés et finissent presque par douter d'eux-mêmes, tandis que des médecins d'un mérite très problématique réussissent quelquefois, et usurpent effrontément la confiance publique. Il est pénible de l'avouer, un certain fond de charlatanisme a contribué parfois au succès. D'ailleurs, pourquoi ne pas le dire? Les gens du monde sont impropres à discerner le mérite réel du médecin, et c'est dans les classes élevées qu'on trouve les plus faux jugemens. La discussion de la Chambre des pairs, en 1847, sur la loi relative à l'exercice et à la pratique de la médecine fournit plus d'une preuve de ce que j'avance ici.....

Dans le monde où l'esprit superficiel et le savoir-faire passent avant le mérite et le talent, on ne croit habile que le médecin en vogue, celui qui affiche le faste et fait parler de lui, soit en bien, soit en mal : c'est dans tous les temps qu'on voit, dit Bacon, du moins quant à l'opinion vulgaire et à la renommée, les charlatans, les vieilles femmes et les imposteurs, rivaliser en quelque manière avec les médecins et lutter avec eux pour la célébrité des cures. Mais qu'en arrive-t-il? Que les médecins se disent à eux-mêmes comme Salomon : si le succès de l'insensé et le mien sont absolument les mêmes, à quoi m'aura servi de m'être appliqué davantage à la sagesse? »

Toutefois, on doit faire une distinction importante entre le médecin proprement dit et le chirurgien. Le premier réussit quelquefois avec peu de science mais avec beaucoup de savoir-faire; le chirurgien inhabile ne réussit jamais; les qualités de celui-ci sont promptement jugées et appréciées, même par les personnes étrangères à l'art de guérir. Ainsi le coup d'œil, la dextérité, le sang-froid imperturbable révèlent le chirurgien de mérite; le grand Haller n'osa jamais pratiquer une opération sur le vivant; Richerand le fit toujours avec maladresse. Des qualités moins extérieures, si je puis ainsi dire, et plus difficiles à apprécier sont le partage du médecin. Doit-on attribuer le succès de ceux qui réussissent, malgré leur peu de savoir, uniquement à *l'art de mettre en œuvre de médiocres qualités*? L'avenir de l'homme est souvent livré au hasard ou du moins à des circonstances fortuites qui n'empruntent rien à sa prévoyance et à sa sagesse. Quoi qu'il en soit, on doit flétrir toute intrigue, toute manœuvre, tout artifice employés pour fixer l'attention publique et capter la confiance des malades. La fin même ne justifie pas toujours les moyens; il faut que ceux-ci soient honorables et puissent être avoués par la probité la plus rigide.

On veut généralement que le chirurgien soit jeune encore, tandis qu'on accorde plus de confiance au vieux médecin. Ces jugemens ne sont-ils pas trop absolus? Oui, le meilleur médecin est celui qui a beaucoup appris, beaucoup vu, beaucoup observé; mais il ne mérite la préférence qu'à la condition d'avoir conservé intacts ses facultés et surtout son jugement. Plusieurs médecins quoique jeunes sont déjà vieux de savoir et d'expérience; Baglivi mourut à 39 ans et Bichat à 31. Il y a des hommes chez qui la nature supplée au nombre des années, et qui, malgré leur jeunesse, se montrent féconds en ressources et remarquables par la prudence et la sagacité. D'un autre côté, nous avons vu de grands chirurgiens et en particulier Dubois, Boyer, Dupuytren, Lisfranc, Larrey, etc., conserver dans la maturité de l'âge une sûreté de coup d'œil et une habileté manuelle qu'auraient pu envier tous les jeunes opérateurs.

(*La suite prochainement.*)

Le père est atteint d'un *tic* général, non douloureux des muscles de la face.

La mère était phthisique.

OBSERVATION XIV. — Th... Idiotie et convulsions épileptiformes datant de la naissance. La mère se dit très impressionnable, très *nerveuse*, d'un caractère très porté à la mélancolie.

Grand'mère (maternelle) a succombé à une maladie de la moelle épinière.

OBSERVATION XV. — J... L'épilepsie date de la troisième année, est survenue sans aucune cause appréciable. J... avait déjà eu des convulsions. La mère est hystérique.

Grand'mère (maternelle) idem.

Grand-père (même côté) mort fou.

Grand-père (côté paternel) a été aliéné.

Le père de J... se porte bien.

OBSERVATION XVI. — R..., imbécillité et épilepsie de 2 ans. L'épilepsie a précédé l'aliénation des facultés mentales.

Mère,
Grand-père, } morts de phthisie pulmonaire.
Grand'mère,

OBSERVATION XVII. — L..., 7 ans. Idiotie et épilepsie, ou du moins convulsions épileptiformes datant de la naissance.

La mère, étant enceinte de L..., a éprouvé de fréquens évanouissemens : elle est certaine de n'avoir pas eu de convulsions.

Deux de ses frères (ils étaient cinq enfans) sont morts dans des attaques de nerfs.

OBSERVATION XVIII. — D... L'épilepsie et la dégradation du moral ne datent que de cinq années. (D... a 22 ans.)

Tante (côté du père) phthisique.

Sa mère est sujette à des accidens hystériques, affectant plus particulièrement le moral; les passions affectives plutôt que l'intelligence.

OBSERVATION XIX. — V... a 5 ans; début des attaques épileptiques, bientôt suivi d'imbécillité; le mal paraît avoir débuté par des évanouissemens, de la somnolence, de la faiblesse dans les jambes.

Mère bien portante.

Père épileptique.

OBSERVATION XX. — R..., âgé de 5 ans. L'idiotie et l'épilepsie datent des premiers mois. Il paraît certain qu'avant d'avoir des *attaques*, le moral de R... n'était lésé d'aucune manière.

Mère hystérique, a eu un accès de folie par suite de couches.

Père phthisique, ainsi que *plusieurs* de ses parens.

OBSERVATION XXI. — J... L'affaiblissement des facultés intellectuelles a suivi d'une année les premières *attaques* d'épilepsie. J... est âgé de 11 ans, est tout à fait imbécile.

La mère se dit sujette à des *tremblemens nerveux* qui, parfois, ne durent pas moins d'une demi-heure.

Grand'mère (maternelle) sujette à des *attaques de nerfs* qui surviennent pour la première fois après un accouchement laborieux.

Grand-père (même côté) aliéné.

En parcourant les observations qui précèdent, on est étonné, tout d'abord, du nombre considérable d'états pathologiques divers qui ont été la source héréditaire de l'idiotie.

On n'en compte pas moins de 132, pour un total de 56 idiots et imbéciles; c'est, en moyenne, plus de deux causes d'hérédité pour chaque individu.

En voici la liste par ordre de fréquence :

La folie a été observée.	25 fois.
Les convulsions.	21
Ivrognerie.	12
Hystérie.	10
Idiotie.	10
Phthisie.	9
Chagrins, émotions, impressions pénibles de la mère enceinte.	5
Épilepsie.	7
Strabisme.	6
Paralysie.	4
Névralgies.	4
Scrofules.	4
Apoplexies.	3
Fièvres cérébrales.	3
Excentricité, bizarrerie de caractère.	2
Tics divers.	2
Bégaiement.	1
Asthme.	1
Surdité.	1
Maladies de la moelle épinière. . . .	1
Goître.	1
Total.	132 fois.

En répartissant ces affections d'après les divers membres des familles chez lesquels elles ont été observées, nous trouvons qu'elles se sont montrées :

La folie :	Du côté du père.	2 fois.
	de la mère.	2
	des grand-pères. .	6
	des grand'mères. .	5
	des oncles.	6
	des aïeux.	2
	de la sœur.	1
	chez un petit-cousin	1
		25 fois.
Les convulsions :	Du côté de la mère. . .	2 fois.
	des frères.	14
	des sœurs.	5
		21 fois.
L'ivroguerie :	Du côté du père.	8 fois.
	des grand-pères. .	5
		13 fois.
L'histérie :	Du côté de la mère. . . .	6 fois.
	de la tante.	2
	de la grand'mère. .	2
		10 fois.
L'idiotie :	Du côté des frères.	5 fois.
	des cousins.	1
	des cousines. . . .	3
	de la sœur.	1
		10 fois.
La phthisie :	Du côté du père.	2 fois.
	de la mère.	4
	de la sœur.	1
	du grand-père. . .	1
	de la grand'mère. .	1
	chez une tante. . .	1
		10 fois.
L'épilepsie :	Du côté du père.	2 fois.
	chez un oncle . . .	1
	chez un frère. . . .	2
	chez une sœur . . .	1
	chez un petit-cousin	1
		7 fois.
Divers accidens de grossesse.		1 fois.
Le strabisme :	Du côté du père.	2 fois.
	de la mère.	2
	des sœurs	2
		6 fois.
Des névralgies :	Du côté du père. . . .	1 fois.
	de la mère.	3
		4 fois.
Les scrofules :	Du côté du père.	1 fois.
	de la mère.	1
	des sœurs	2
		4 fois.
L'apoplexie :	Chez les grand-pères. . .	2 fois.
	une grand'mère. .	1
		3 fois.
La fièvre cérébrale :	Chez les frères. . .	2 fois.
	chez un cousin. . .	1
		3 fois.
L'excentricité :	Du côté du père. . . .	2 fois.
Tics divers :	Du côté du père	2 fois.
Le bégaiement :	Du côté du père . . .	1 fois.
L'asthme :	Du côté de la mère.	1 fois.
La surdité :	Chez une sœur.	1 fois.
Affections de la moelle épinière :	Chez une grand'mère.	1 fois.
Le goître :	Chez la mère	1 fois.
	Total. . . .	132 fois.

Du tableau statistique que nous venons d'exposer, on peut tirer deux sortes d'inductions relativement au fait d'hérédité dans l'idiotie,

Les unes générales,
Les autres particulières.

1° Et d'abord, en présence de ces nombreuses et graves lésions de l'innervation et de ses appareils, qui se rencontrent chez les ascendans des idiots, souvent dans plusieurs générations à la fois; on se refuserait difficilement à reconnaître à l'idiotie tous les caractères d'une maladie, ou si l'on veut d'une anomalie d'organisation éminemment héréditaire.

Aucune des affections qui lui sont congénères ne présente ces caractères à un plus haut degré.

Comme la folie, l'hystérie, l'épilepsie, l'idiotie puise la raison de son existence dans une lésion primordiale, originelle du système nerveux encéphalique; lésion qui, par la transmission héréditaire, imprime son cachet sur l'être humain, et se traduit en désordres fonctionnels dès l'origine même de sa formation pendant la vie utérine, ou bien quelques mois, quelques années après la naissance.

2° L'aliénation mentale, la folie sous toutes ses formes, mais plus particulièrement à type lypémanique, paraît être la source héréditaire la plus féconde de l'idiotie.

En ne tenant compte que des ascendans proprement dits, nous trouvons que des 56 idiots dont nous avons recueilli l'observation, 24, près de la moitié, avaient des parens aliénés!

Viennent ensuite :

L'ivrognerie dans la proportion d'un quart.

L'épilepsie et l'hystérie dans la proportion d'un cinquième environ; puis d'autres affections névrosiques d'une gravité moindre.

3° Les divers états pathologiques, dont il est fait mention dans nos tableaux, n'apparaissent pas toujours isolément chez les ascendans des idiots. On peut voir, au contraire, par la lecture de quelques-unes de nos observations, qu'ils se présentent parfois en groupes de deux, trois et quatre, disséminés chez les divers membres de la famille.

Ces réunions d'affections ayant toutes une même origine, indiquent, selon nous, l'importance qu'il faut attacher, au point de vue de la prédisposition héréditaire, à celles de ces affections qui offrent le moins de gravité apparente, par exemple, aux névralgies, aux mouvemens choréiques, *quelque légers qu'ils soient*, à ces convulsions partielles des muscles de la face, qui ont reçu le nom de *tics*, ou bégaiement, ou strabisme, etc., affections qui, dans notre résumé statistique, figurent pour un *cinquième*, ou dans la proportion de 11 à 56.

A ce propos, nous devons appeler l'attention sur un fait curieux de pathogénie, que nous avons déjà eu occasion de constater en étudiant la filiation héréditaire de la folie, de l'hystérie, de l'épilepsie, et dont l'idiotie nous offre également des exemples.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

DEUX CAS DE FARCIN CHRONIQUE TRAITÉS PAR L'EXTRAIT D'ACONIT; par M. le docteur HAMOIR, médecin de bataillon au 2e régiment de chasseurs à cheval.

La science a été jusqu'à présent si radicalement impuissante contre le farcin chronique, l'effet des médications a été si douteux dans les rares exemples de guérisons cités par MM. Rayer, Monneret, etc., que nous ne pouvons qu'accueillir avec empressement deux observations où l'art ne paraît pas avoir été stérile. M. Hamoir a imaginé d'employer contre le farcin un remède depuis longtemps vanté par J.-P. Tessier contre l'inflammation purulente, c'est-à-dire l'extrait d'aconit. Voici un abrégé des deux observations.

OBSERVATION I. — Un soldat de 27 ans, qui avait déjà passé par l'hôpital en 1848 pour une diarrhée et une variole, et en 1849 pour une contusion à la jambe, suite d'un coup de pied de cheval, y revint en 1850 pour un abcès situé au niveau de l'omoplate gauche. Cet abcès était volumineux, et la peau qui le recouvrait avait une teinte violette. Le malade n'assignait aucune cause spéciale à sa maladie; mais il raconta qu'il était employé depuis onze mois à l'infirmerie des chevaux farcineux. C'était lui qui lavait les abcès des chevaux; il a eu pendant très longtemps des gerçures aux mains, alors qu'il avait deux ou trois chevaux farcineux à soigner. L'abcès fut ouvert. La plaie loin de diminuer, s'agrandit; ses bords étaient blafards, renversés, irréguliers; son fond grisâtre; la suppuration était fétide. On administra alors l'iodure de potassium; on cautérisa avec le nitrate d'argent; on eut recours aux injections avec la teinture d'iode, avec celle de myrrhe; on lotionna avec le chlorure de chaux liquide. La plaie diminua beaucoup, mais ne se cicatrisa pas complètement; il resta une fistule.

Sur la demande du malade, il sortit de l'hôpital, mais il y revint cinq mois après, le 21 mai 1851.

Depuis sa sortie, il avait été replacé à l'infirmerie des chevaux. Il se plaignait actuellement d'une névralgie frontale très violente, du côté droit seulement. Purgatif; vésicatoire pansé à la morphine; sulfate de quinine uni au carbonate de fer. Aucune amélioration. La douleur fut enlevée par un emplâtre émétisé sur le lieu malade.

Le sujet était en pleine convalescence, lorsqu'il s'aperçut qu'il portait un abcès un peu au-dessus de l'articulation huméro-cubitale, à la partie externe de chaque bras. Il n'avait jamais eu de coryza et la peau n'avait jamais offert d'éruption. Quelques jours après, nouvelle tumeur au sommet de la tête. Le pus des deux poches fut évacué; il était fétide, semblable à de l'albumine, trouble et sanieux. On revint à l'iodure de potassium; on administra concurremment l'huile de foie de morue; régime tonique.

Le 22 novembre, les deux plaies n'étaient pas cicatrisées. La plaie de l'épaule suppurait toujours (elle datait de vingt-sept mois).

C'est à ce moment (1er décembre) qu'on eut recours à l'extrait d'aconit à dose progressivement croissante : on arriva rapidement à celle de 75 centig. par jour.

Au commencement de janvier, la provision d'aconit étant épuisée à la pharmacie, on fut obligé d'en suspendre l'emploi; une amélioration notable avait été obtenue. On revint à l'aconit à la fin de février, mais seulement pour quelques jours, et le malade sortit de l'hôpital le 1er mars dans l'état suivant :

Embonpoint très marqué, figure dénotant une bonne santé, caractère très gai; les abcès du bras et ceux de l'épaule sont complètement cicatrisés; celui de la tête laisse encore suinter tant soit peu d'un liquide séro-purulent. « Depuis cette époque, ajoute l'auteur, le malade, que nous avons été à même de revoir souvent, a repris son service. »

OBSERVATION II. — Un soldat de 24 ans entre à l'hôpital de Namur le 22 septembre 1851. Après quelques jours de malaise, une tumeur s'était formée depuis six jours vers le milieu de la jambe droite. Cette tumeur, ouverte, donne issue à du pus mélangé de sang. Le malade accusait également une douleur le long du nerf sciatique. On apprit alors qu'il avait été employé à l'infirmerie des chevaux farcineux pendant un mois; mais il ne pouvait dire s'il avait eu des écorchures aux mains. L'ulcère présente un aspect tout particulier; le tissu cellulaire ressemble au parenchyme de la rate; les bords de la plaie se sont renversés. Quelques jours après, nouveaux abcès un peu au-dessous du précédent; il en sort un pus d'un blanc sale, abondant et fétide. Iodure de potassium et régime tonique (11 novembre).

Six jours plus tard, une tumeur fluctuante à la partie externe de chaque cuisse; on applique un bandage ouaté; les tumeurs disparaissent d'elles-mêmes, laissant des indurations assez volumineuses.

A quelque temps de là, deux nouvelles tumeurs à la partie externe de l'avant-bras gauche. Bandage ouaté.

Le 1er décembre, il n'existait plus qu'une tumeur, qui fut ouverte et laissa couler un liquide semblable à de l'albumine.

C'est ce jour-là, 1er décembre, qu'on commença l'emploi de l'extrait d'aconit.

Le lendemain et les jours suivans jusqu'au 18, trois nouvelles collections en différens points du corps.

A la fin de décembre, une amélioration notable était survenue. Toutes les plaies bourgeonnaient et marchaient à la cicatrisation. La constitution devenait meilleure.

Le 1er janvier, le manque d'aconit oblige à suspendre le traitement.

A partir de ce moment, le mal s'aggrave, les ulcères se renversent, la peau se décolle, une suppuration sanieuse s'établit.

En février, on revient à l'aconit à la dose de 40 centigrammes.

Le 18, on est tout étonné du changement opéré; les ulcères prennent de nouveau un bon aspect et marchent à la cicatrisation. Bientôt le malade peut se lever et se promener dans les corridors. L'extrait d'aconit était toujours continué; on en augmentait progressivement la dose, au point que le 17 mars cette dose était de 2 gr. 25 centig. par jour. A cette époque, les ulcères étaient cicatrisés, à l'exception d'un seul. Les forces étaient revenues, ainsi que l'embonpoint; tout allait pour le mieux, quand le malade fut pris d'une fièvre typhoïde qui l'emporta le 8 avril.

A l'autopsie, on constate :

1° Abcès non encore cicatrisé à la cuisse gauche, donnant à l'incision du pus mêlé de sang noir;

2° Plusieurs onces de sérosité claire à la base du cerveau, et une sorte d'infiltration du cerveau par un liquide semblable;

3° État sain des fosses nasales;

4° Poumons d'une teinte livide et marbrée en noir; cinq petites ulcérations dans la trachée;

5° Corps charnu, ressemblant à un polype, à l'entrée du larynx; luette infiltrée (la voix du malade était devenue rauque dès le début du farcin);

6° Aspect très noir et fluidité du sang contenu dans les gros vaisseaux;

7° Lésions intestinales propres à la fièvre typhoïde.

Nous ne croyons pas qu'on puisse élever de doutes sur l'existence du farcin, principalement chez le second sujet. Or, chez celui-ci, plus encore que chez le premier, l'action de l'aconit a paru bien tranchée. Le premier usage qui en a été fait a été suivi d'une amélioration très marquée et très rapide. On le suspend, tous les accidens reprennent une nouvelle intensité; on y revient, et l'amélioration se prononce de nouveau, et presque immédiatement. Sans méconnaître toutes les déceptions qu'amène trop souvent l'expérimentation un peu prolongée des remèdes les plus vantés, il nous semble que ces résultats sont du moins de nature à fixer sérieusement l'attention (1).

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 Février 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

La correspondance comprend :

1° Une note de M. le docteur DUJARDIN, de Lille, faisant connaître à l'Académie qu'il a imaginé un instrument destiné à faciliter l'application des caustiques sur le col de l'utérus. (Comm. MM. Laugier, Velpeau et Amussat.)

2° Une lettre de M. le docteur LETELLIER, de St-Leu, relative aux inhumations précipitées.

3° Une lettre de M. DUBLANC, pharmacien, relative au titrage de l'opium.

4° Une note de M. POGGIALE, sur le dosage du sucre de lait et sur les moyens de reconnaître les falsifications de cette substance.

L'auteur réclame, dans cette note, la priorité à l'égard du procédé de dosage du sucre de lait employé par MM. Vernois et Becquerel, et expose quelques doutes sur l'exactitude des résultats constatés par ces observateurs. (Renvoyé à la commission désignée pour l'examen de MM. Vernois et Becquerel.)

— M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la nouvelle perte qu'elle vient de faire de l'un de ses plus vénérables membres, M. Andral père, mort à la suite d'une courte maladie. Une députation de l'Académie a assisté à ses obsèques. Conformément au vœu exprimé dans son testament, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe.

M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie que, par suite de plusieurs décès survenus parmi les membres associés libres de l'Académie, il y a lieu à pourvoir à quatre places vacantes. Une commission a été nommée pour la présentation des candidats; cette commission étant actuellement incomplète par la mort récente de M. Richard, l'Académie va procéder au scrutin pour la nomination d'un membre qui la complètera.

Le scrutin donne la majorité à M. Caventou.

Eaux minérales.

M. O. HENRY lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport officiel au sujet d'une source d'eau sulfureuse découverte à Belleville (près Paris). La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'ajourner la demande d'exploitation jusqu'à ce que les travaux d'aménagement nécessaires à la pureté de la source soient terminés. Ces conclusions sont adoptées.

Le même rapporteur lit un rapport sur deux sources d'eaux sulfureuses découvertes à Vernet-les-Bains, dont les conclusions favorables sont adoptées.

Le même rapporteur fait un troisième rapport sur l'eau minérale de Garost (Hautes-Pyrénées). Conclusions : Il n'y a pas lieu d'accorder l'autorisation demandée, avant que l'Académie ne soit fixée sur la véritable composition chimique et sur les propriétés médicales de cette eau minérale. (Adopté.)

Un quatrième rapport sur un appareil servant de burette portative pour l'eau sulfureuse de la source de la Bassère (Hautes-Pyrénées), dont les conclusions tendent à donner à la description de cet appareil la publicité du *Bulletin*, et à adresser des remercîmens à leur inventeur, sont adoptées.

M. DURAND-FARDEL lit un mémoire sur l'alcalisation par les eaux de Vichy. (Nous publierons un extrait de ce mémoire.)

M. DEPAUL commence la lecture d'un rapport sur des observations diverses d'obstétrique de M. le docteur Meslieurat-Lagémard. La lecture de ce rapport très étendu sera continuée dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 2 Février 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

M. DENONVILLIERS déclare avoir quelques observations à présenter à la Société à l'occasion du procès-verbal, sur un incident de la dernière séance. Il demande que ces explications soient entendues en comité secret.

La Société se formera en comité secret à quatre heures et demie.

— M. BROCA fait connaître à la Société le résultat de l'examen microscopique auquel il a soumis les pièces pathologiques présentées dans la dernière séance par M. Guersant (tumeur présumée cancéreuse de la vessie, compliquée de dégénérescence des reins chez un enfant). Il est résulté de cet examen que la tumeur en question était de nature fibro-plastique et non cancéreuse.

La parole est à M. Huguier pour une présentation.

Amputation et désarticulation de la moitié de la mâchoire inférieure par un nouveau procédé (simple incision transversale continuant la commissure buccale), pour un ostéosarcôme; — guérison.

M. HUGUIER présente un jeune garçon auquel il vient récemment de pratiquer la désarticulation de la moitié gauche de la mâchoire inférieure, pour un ostéosarcôme. L'opération, pratiquée par un procédé nouveau, consistant en une simple incision transversale dans la continuité de la commissure labiale, a donné un résultat très satisfaisant, qui peut être rapproché du résultat obtenu dans une circonstance analogue chez une femme que M. Huguier a présentée dans le temps à l'Académie de médecine.

Voici la relation succincte de cette observation :

Le 2 novembre 1852, est entré à l'hôpital Beaujon le nommé Cordier, âgé de 17 ans, horloger, pour une tumeur qu'il porte à la joue gauche, sur le maxillaire inférieur.

Cette tumeur date de treize ans; il paraîtrait qu'elle est survenue à la suite d'un coup qu'il reçut à cette époque, sur la région du maxillaire inférieur. Grosse d'abord comme une petite noix, elle a fini par s'accroître et par prendre le volume qu'elle a aujourd'hui.

C'est alors que le volume considérable que prenait la tumeur, la déformation du visage engagèrent ce jeune homme à venir à Paris.

Il était dans l'état suivant : la joue gauche offrait une tumeur qui présentait le volume d'une grosse orange; elle siégeait sur toute la moitié de la *branche* latérale gauche de l'os maxillaire inférieur; la saillie qu'elle présente à l'extérieur est très prononcée. Cette saillie est brusque et forme avec la partie antérieure de l'os resté saine, une assez grande dépression en arrière du trou mentonnier.

Si on vient à mesurer cette tumeur, d'avant en arrière, et en dehors, elle présente une étendue de six centimètres, et de sept, de haut en bas. Le bord gauche de l'os maxillaire inférieur descend un centimètre plus bas que le bord du côté opposé. Cette tumeur se limite assez bien en avant, en bas et en arrière; dans ce dernier sens elle repousse en arrière la glande parotide. Le pli cervico-facial est effacé en partie à gauche. En tout temps elle semble remonter au col du condyle et jusqu'à l'apophyse coronoïde.

Cette tumeur fait saillie en dedans de la bouche; mais la saillie est moins prononcée qu'en dehors. Les dents sont tassées, accumulées les unes sur les autres, renversées en dedans et poussées d'arrière en avant. La première incisive est placée dans la même direction que la première mollaire et à peine séparée de cette dernière. On trouve, en avant et en dehors de ces deux dents, la canine. En arrière et en dedans la deuxième incisive. Plus en arrière, la première petite molaire est suivie de la première grosse molaire dans la direction de l'arcade dentaire. En dehors et dans l'intervalle de ces deux dernières dents, on trouve la deuxième petite molaire.

En dehors de l'arcade dentaire, on sent, à travers la muqueuse, la tumeur qu'on a déjà sentie en dehors à travers la peau. On peut, du reste, en plaçant le pouce de la main droite dans la bouche, et un autre doigt, l'indicateur de la même main, en dehors, s'assurer facilement qu'on a, sous la pression du doigt, la même tumeur, dont on peut aussi apprécier l'épaisseur, qui peut être de quatre à cinq centimètres environ. Du reste, qu'on examine cette tumeur en dedans ou en dehors, on la trouve partout régulière à sa surface, très dure, très ferme, très résistante et ne se laissant nullement déprimer.

Les parties molles sont saines et ne participent en rien à la lésion de l'os.

Le 5 novembre, M. Huguier pratique l'opération par un procédé particulier employé déjà par lui sur une jeune fille, le 26 avril 1851. Voici en quels termes il décrit lui-même l'opération :

Le malade est médiocrement chloroformé. J'enlève alors la deuxième dent incisive; puis, prenant un bistouri droit, je divise rapidement de dehors en dedans et d'arrière en avant, toute la joue gauche et le masséter du même côté; à partir des deux tiers antérieurs de la branche montante du maxillaire inférieur jusqu'à la commissure labiale. L'incision est placée à 1 centimètre au-dessous du canal de Stenon et du tronc du nerf facial. On évite ainsi la section de ces deux organes importans. Il est probable cependant que quelques filets insignifians du nerf facial sont coupés.

Les parties molles de la partie postérieure de la joue sont divisées, allant de la superficie vers la profondeur. Je prolonge l'incision jusqu'à 1 centimètre du lobule de l'oreille, en ne divisant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, afin de ne pas couper l'épanouissement du facial placé dans l'épaisseur de la parotide.

Cette incision me donne un lambeau inférieur facilement disséquable, et un supérieur.

Avec un bistouri convexe, je rase l'os d'abord à sa branche, puis à son corps, et je dépasse même la ligne médiane du côté droit.

Une branche de la faciale est ouverte, mais le jet de sang cesse bientôt sans que la ligature en soit faite. Un aide renverse les parties molles disséquées.

Un autre aide pressant sur l'angle de la molaire, la fait saillir en avant.

Je passe une aiguille armée d'un fil quadruple au niveau de la canine du côté droit, à travers le plancher de la bouche, immédiatement en arrière de l'os.

Un aide tire ce fil et fait saillir l'os maxillaire inférieur en haut et en avant, et le fait dévier du côté gauche.

Un quatrième aide relève et déprime en avant et en arrière la lèvre supérieure, afin de la garantir de l'action de la scie. C'est alors que, placé derrière la tête du malade, je scie le maxillaire de haut en bas, d'avant en arrière, de droite à gauche, et à deux lignes environ de la ligne médiane; mais à peine l'os est-il scié, que je m'aperçois que l'artère sous-mentale est divisée; le jet artériel ne m'empêche cependant pas de continuer l'opération. Bientôt même le jet cesse. Saisissant alors la partie gauche du maxillaire inférieur, je plonge mon bistouri dans le plancher de la bouche, en passant de l'intervalle que la section de l'os laisse entre les segmens pour raser la face interne de l'os de la même manière que j'ai rasé la face interne; je coupe ainsi le ventre antérieur du digastrique, le mylohyoïdien et le pterygoïdien interne, faisant alors basculer la portion gauche du maxillaire inférieur.

Je tends le muscle temporal.

Le lambeau supérieur de notre première incision est disséqué rapidement.

Je cherche alors à couper les attaches du muscle temporal à l'apophyse coronoïde, mais cette apophyse est remontée très haut au-dessous de l'apophyse zigomatique et j'éprouve, à cause de cette circonstance, une difficulté qui retarde l'opération; cependant, à l'aide d'un bistouri boutonné, je parvins à diviser le muscle. Alors je plonge mon bistouri directement en avant de l'articulation temporo-maxillaire que j'ouvre ainsi à la manière de M. Maisonneuve.

Puis, faisant basculer le condyle, je termine l'opération, explorant avec soin toute l'étendue de la plaie; je fais la ligature des artères, dont le jet est très peu considérable et dont le nombre s'élève à trois environ.

Une éponge est maintenue sur la surface saignante et empêche le sang de s'écouler. Puis enfin je procède au rapprochement des portions molles. Je place quatre épingles pour maintenir le rapprochement.

Aucun accident notable ne traverse le travail de cicatrisation, et près de trois mois après, le 2 février, le malade, tout à fait guéri, est en état de quitter l'hôpital.

Le résultat de l'opération est tel, qu'on croirait à peine, en le voyant, qu'il a subi une pareille mutilation. La sensibilité du côté opéré est parfaite, ce dont M. Huguier s'est assuré en promenant une épingle tout autour de la cicatrice. Le malade, à chaque coup d'épingle, éprouve une vive douleur.

La cicatrice est encore un peu prononcée, et le bord supérieur, encore un peu saillant, s'effacera peu à peu. Quand le malade rit, la contraction de la face se fait presque aussi bien du côté opéré que de l'autre. La prononciation est normale et facile; la mastication finira aussi par se faire aussi bien d'un côté que de l'autre, et il y a tout à penser que quand ce jeune garçon aura de la barbe, la cicatrice se trouvant cachée par les favoris, il ne conservera qu'une faible trace extérieure de l'opération si grave qu'il a subie.

La parole est à M. Serre, d'Alais.

Phosphène.

M. SERRE expose de vive voix devant la Société l'histoire et la théorie du phénomène d'optique qu'il a désigné sous le nom de phosphène.

A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret.

COURRIER.

La séance du *comité de rédaction* de l'UNION MÉDICALE ne pourra pas avoir lieu demain vendredi; elle est renvoyée au vendredi suivant.

— Par une disposition testamentaire, M. Andral père avait voulu qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe. Ses obsèques ont donc eu lieu dans un religieux silence, mais au milieu d'un grand concours de médecins et d'amis.

— La liste des candidats au concours pour l'agrégation en chirurgie et en accouchemens a été close le 6 février. Les candidats inscrits sont,

Pour la chirurgie : MM. Richard, Jamain, Désormeaux, Verneuil, Morel-Lavallée, Demarquay, Cusco, Houël, Broca, Follin.

Pour les accouchemens : MM. Moreau (Alexis), Pajot, Salmon, Blot, Cahen.

Le nombre des places à donner étant de trois en chirurgie et d'une en accouchemens, il y aura lieu à une élimination parmi les candidats de la première catégorie, et à deux parmi ceux de la deuxième.

— M. Laurillard, garde du cabinet d'anatomie comparée au Muséum vient de mourir. C'est une grande perte pour les sciences.

— Des réparations à l'appareil de chauffage du Collége de France n'ayant pu être terminées à temps, M. Magendie ne pourra commencer son cours que demain, vendredi, à midi.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'homme et des races humaines; par H. HOLLARD, docteur en médecine et docteur ès-sciences, professeur suppléant à la Faculté des sciences de Paris. Un vol. in-18, format Charpentier. Prix : 3 fr. *franco* par la poste.
Chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.— Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

(1) *Arch. belg. de méd. milit.*

Tome VII. — N° 18. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 12 Février 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An.................. 32 Fr
6 Mois.................. 17
3 Mois.................. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOUSCRIPTION

ouverte en faveur de M. Orfila dans les bureaux de L'UNION MÉDICALE:

MM. E. Barthez, 10 fr.; Ferdinand Le Beuf, pharmacien à Bayonne, 40 fr.; Louis Frère, pharmacien, 19, rue Jacob, 20 fr.; Camille Labarthe, médecin du collége de Juilly, 10 fr.; Bigot, 5 fr.; Lhomme, docteur en médecine à Bourges, 5 fr.

Total de la 12me liste. . . .	90 fr.
Listes précédentes	2,014 fr.
Total de la souscription de l'UNION MÉDICALE.	2,104 fr.

MÉTÉOROLOGIE MÉDICALE.

RECHERCHES SUR QUELQUES EFFETS PHYSIOLOGIQUES SECONDAIRES PRODUITS PAR L'ÉLECTRICITÉ ATMOSPHÉRIQUE;

Par C.-F. SCHONBEIN, professeur de chimie à Bâle, etc., etc.

(Nous sommes heureux de pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs ce nouveau travail du célèbre professeur de Bâle, si connu par la découverte de la poudre-coton, de l'ozone, etc., travail dans lequel l'auteur s'est proposé de jeter un coup d'œil général sur le rôle que l'ozone joue dans la production des maladies, et surtout dans la purification de l'air atmosphérique, continuellement vicié par des émanations putrides.)

Les effets assez remarquables, que produit sur l'économie animale l'électricité développée artificiellement, ont fait généralement supposer que l'électricité atmosphérique devait également exercer une influence puissante sur les êtres vivans en général, et sur le corps humain en particulier. On a, par suite, beaucoup parlé et beaucoup écrit relativement à cette prétendue influence. Je ne crains pas d'affirmer néanmoins que ce que nous savons le mieux en ce genre ne va pas au-delà de simples conjectures, et que pour la plus grande partie, les assertions qui ont été émises sur ce point, non seulement ne rentrent pas dans le cercle de ce qu'on appelle des vérités douteuses, mais encore ne sont que de grossières erreurs. S'il était permis à un chimiste de donner son opinion sur un sujet physiologique, je dirais que l'importance physiologique de l'électricité me paraît avoir été, en somme, fortement exagérée, et que cet agent, comparativement à la chaleur et à la lumière, ne joue qu'un rôle inférieur dans l'économie des êtres organisés. Que le lecteur ne s'effraie pas, je n'ai pas l'intention d'entrer dans les détails d'un sujet aussi difficile; je me bornerai à signaler quelques effets indirects de l'électricité, qui, dans mon opinion, offrent un intérêt particulier au médecin et au physiologiste.

Les physiciens distinguent en immédiats et en indirects les effets d'une cause donnée, et ils sont certainement dans la vérité en le faisant; mais, dans beaucoup de cas, il est très difficile, pour ne pas dire impossible, d'établir cette distinction. Ainsi, relativement à l'électricité, il semble qu'elle peut exercer une action directe sur tous les organes des sens, l'odorat, le goût, etc. Si cependant on recherche la cause de la sensation particulière qui semble produite par l'électricité dans les nerfs olfactifs, on peut établir comme une chose démontrée que ce qu'on a appelé l'odeur électrique n'est autre qu'une substance gazeuse particulière, à laquelle j'ai donné le nom d'*ozone*, et qui paraît formée aux dépens de l'oxygène, lorsque celui-ci est soumis à l'influence électrique.

La preuve la plus frappante de l'exactitude de mon assertion se trouve dans ce fait, que l'oxygène chimiquement pur de l'air atmosphérique, lorsqu'il est renfermé dans un tube ou dans une petite bouteille et qu'il est exposé à l'action de l'étincelle électrique, devient *ozonifère*, autrement dit, qu'il prend et conserve l'odeur que l'on perçoit au voisinage des pointes électriques ou des batteries électriques qui viennent d'être déchargées, ou dans les lieux qui ont été frappés par la foudre, ou près des plateaux de verre, frottés à l'air libre, ou aux électrodes positifs, pendant la décomposition de l'eau, ou bien enfin lorsque l'oxygène humide raréfié ou l'air atmosphérique restent en contact avec du phosphore à la température ordinaire. La question de l'odeur électrique, autrement dit, de savoir si l'électricité affecte immédiatement les nerfs olfactifs, est donc définitivement jugée.

Le goût acide que l'on perçoit lorsqu'on fait traverser la langue par des étincelles électriques provenant de conducteurs chargés d'électricité positive ou négative, rentre dans le même ordre d'explications. Ce n'est pas non plus un effet immédiat de l'électricité, mais bien le résultat de la production d'un peu d'acide nitrique qui s'est formé sous l'influence électrique, aux dépens de l'air atmosphérique que les étincelles ont traversé. Comme preuves à l'appui, je citerai l'expérience de Cavendish, ou ce qui revient au même, ce fait que le papier de tournesol rougit ou qu'une bande de papier à filtre, imprégnée d'une solution de potasse, passe à l'état d'azotate, si on les expose à l'action d'étincelles électriques traversant l'air atmosphérique.

Par toutes ces raisons, je crois pouvoir affirmer que l'électricité n'affecterait ni l'odorat, ni le goût, si l'air atmosphérique ne contenait pas de l'oxygène et de l'azote; je dirai cependant qu'à ma connaissance, l'expérience n'a pas encore été faite. Restent les sensations de bruit et de lumière, si souvent perçues par notre oreille et par notre œil pendant les décharges électriques... Mais il n'y a pas de doute à cet égard, l'électricité n'a rien à voir dans ces phénomènes, qui sont dus aux vibrations dans lesquelles entrent les molécules de l'air, etc., à la suite des décharges électriques.

Faut-il davantage regarder comme un effet primitif de l'électricité, les sensations bien connues et si particulières qui se montrent vers les nerfs du toucher, le choc électrique à ses divers degrés? Mon opinion n'est pas fixée à cet égard; mais il est cependant fort possible que la cause prochaine de ces phénomènes physiologiques ne soit pas l'électricité, et qu'en somme, cet agent n'exerce d'action directe sur aucun organe de sensation.

Avant d'aller plus loin, qu'il me soit permis d'appeler l'attention des médecins sur un fait qui, relativement à la question en litige, est digne de toute leur attention : aucun des effets dits électriques, tels que les combinaisons chimiques, ou la séparation des corps élémentaires, la génération de la chaleur, de la lumière et de l'aimantation, les contractions des muscles, etc., n'est déterminé par ce qu'on appelle l'électricité statique; c'est seulement lorsque l'état d'antagonisme électrique, excité d'une manière ou d'autre dans la matière pondérable, est en voie de disparaître, autrement dit, lorsque les deux électricités se réunissent, que ces phénomènes se produisent; quant aux effets produits par l'électricité de tension, positive ou négative, ils nous échappent complètement, sauf leurs actions inductives.

Après ces remarques préliminaires, j'entre dans les détails de mon sujet principal. Mes propres expériences, celles postérieures de MM. De la Rive, Marignac, Berzélius, Erdman et Marchand, ont, je crois, établi de la manière la plus concluante que l'oxygène pur ou l'air atmosphérique, exposé à l'action des étincelles électriques, se transforme en cette matière odorante, que les physiciens éminens que je viens de nommer regardent comme n'étant autre chose qu'une modification allotropique de l'oxygène; tandis que pour moi c'est un oxyde

Feuilleton.

L'ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

En présence des résultats tous les jours plus évidens, des bienfaits plus étendus, des infortunes mieux secourues et en plus grand nombre, il n'est pas de médecin sensible et charitable qui ne rende un légitime hommage à la pensée créatrice de l'Association de prévoyance des médecins de la Seine. Il n'est pas non plus de membre de cette Association qui ne doive considérer comme un devoir impérieux pour lui de concourir de tout son pouvoir à l'extension de cette pieuse institution. C'est ce devoir que je veux remplir aujourd'hui et que je prends l'engagement de remplir annuellement, tout le temps que je pourrai disposer des colonnes d'un journal. S'acquitter des charges qu'impose le titre d'associé, c'est bien, mais ce n'est pas tout ce qu'il y a à faire. Se constituer le propagateur ardent et zélé de l'œuvre, réchauffer les tièdes, intéresser les indifférens, éclairer les détracteurs, telle est, ce me semble, la mission que nous avons tous à remplir. La presse surtout ne peut décliner cette obligation, je dirais presque cet honneur. Heureux mille fois serait-il, le journaliste, de n'avoir à traiter que de pareils sujets! Pour moi, outre le bon résultat local que j'en espère, je vois de plus dans mes humbles efforts un encouragement à donner à nos confrères des départemens, où de pareilles institutions n'existent pas encore et pour lesquels l'exemple de Paris peut et doit être profitable. Et qui sait s'il ne me sera pas donné d'assister à la mise en œuvre et à la réalisation d'une de mes pensées les plus aimées, l'Association générale des médecins de France? Il m'est consolant au moins de voir que cette pensée, qui fut outrageusement traitée ailleurs, n'a pas rencontré une opposition systématique et inintelligente dans le sein de l'Association de prévoyance de la Seine; toutes les fois, au contraire, que son digne fondateur et que ses habiles coopérateurs ont eu à s'expliquer à cet égard, ils ont laissé poindre le vœu de l'extension de l'Association actuelle, et ce n'est pas moi qui les blâmerai de la réserve et de la prudence dont ils doivent faire montre sur ce sujet. D'ailleurs, c'est à nos confrères des départemens à préparer, par des fondations locales, l'accomplissement de ce vœu. Déjà Strasbourg, Bordeaux, Toulouse, Le Mans, Lyon, — et j'en oublie peut-être, — possèdent des Associations de prévoyance. Que tous les départemens imitent leur exemple, et il sera bientôt possible de relier toutes ces Associations par une action commune et par un but identique.

En attendant, parlons de l'Association du département de la Seine. Ce n'est pas le compte-rendu des actes de l'Association pendant l'année qui vient de s'écouler, que j'ai à présenter. Cette tâche a été si bien et si éloquemment remplie par l'honorable secrétaire général, que je ne pourrais mieux faire que de le copier. Ce que je voudrais pouvoir faire ressortir de ce compte-rendu, ce sont deux pensées, qu'avec une grande réserve et une discrétion exquise M. le secrétaire général n'a fait qu'indiquer, et sur lesquelles je peux insister peut-être avec plus de liberté.

L'Association est parvenue à la vingtième année de son existence; elle possède aujourd'hui un capital de cent mille francs; elle capitalise tous les ans de cinq à six mille francs, et dépense tous les ans pareille somme en secours ou en pensions. C'est un résultat admirable, et qui témoigne d'une gestion aussi intelligente qu'économe. Car, il faut le dire, à part le don magnifique dont elle vient d'être l'objet par M. Orfila, l'Association n'a encore reçu que des sommes sans véritable importance, en dons ou legs. Toutes ses ressources ont été bornées jusqu'ici aux seuls produits des cotisations annuelles. C'est en capitalisant tous les ans, d'après les dispositions formelles de ses statuts, la moitié du produit des cotisations, qu'elle est graduellement parvenue à se créer un fonds inaliénable qui s'accroît tous les ans.

Mais cet accroissement est lent, et c'est précisément ce qui me frappe dans les comptes-rendus annuels. Il est lent, parce que, ainsi que je le disais tout à l'heure, l'Association ne possède à peu près qu'une seule ressource, celle des cotisations, et que les dons et legs ont été jusqu'ici rares et sans importance.

Ce qui importerait, ce serait que cette ressource des dons et legs pût augmenter dans une proportion sensible. M. Orfila vient de donner à cet égard un bel et noble exemple. Espérons qu'il sera imité par nos heureux confrères que la fortune a comblés de ses dons. Leur nombre est assez considérable, à Paris, pour que les ressources de l'Association soient considérablement accrues, si chacun d'eux voulait lui faire un don proportionnel à sa fortune. N'est-ce pas le plus noble et le plus touchant usage que l'on puisse faire du superflu, d'une partie seulement de ce superflu, que de le consacrer au soulagement des infortunes confraternelles? Allons, princes de la clientèle, qu'un généreux élan vous emporte! Représentez-vous de malheureux médecins, vieux, infirmes, ayant consacré une longue vie de dévoûment et de charité au service des pauvres malades, voyez-les dans l'abandon et le dénûment. Que de veuves encore et d'enfans à secourir! L'Association n'est pas assez riche pour leur venir en aide d'une manière durable et efficace; elle n'accorde que de rares, que de modiques pensions. Faites, cela dépend de vous, qu'il n'y ait pas de médecin dans le département qui, victime d'un malheur immérité, conserve les appréhensions et les angoisses de la misère pour lui ou pour les siens. Ouvrez vos cœurs à ce pieux sentiment de la confraternité. Chaque écu retiré de votre bourse, c'est une larme séchée, c'est une douleur calmée. Grâce à vous, l'Association peut prendre des proportions si élevées, son but peut tellement s'agrandir, ses bienfaits si considérablement s'étendre, que votre ambition va s'enflammer pour ce beau résultat qu'il vous est possible de réaliser.

Vous verrez, digne secrétaire-général, que vous aurez à célébrer l'année prochaine plusieurs grands actes de munificence.

Un autre sujet de réflexions est fourni par le compte-rendu; il est relatif au nombre des associés. Il existe quinze ou seize cents docteurs en médecine dans le département de la Seine, et l'on voit avec étonnement et affliction que la liste des membres de l'Association ne s'élève pas encore au chiffre de cinq cents. On ne s'explique pas bien ce fait, aujourd'hui surtout que quelques objections qui pouvaient être faites aux statuts de l'Association n'ont plus de prétexte, puisque pour être

particulier d'hydrogène, analogue, sous quelques rapports, à l'eau oxygénée de Thénard. J'ajoute incidemment que les résultats des dernières recherches que j'ai faites pour éclairer la question de la véritable nature chimique de l'ozone sont plutôt en faveur de l'opinion de De la Rive et de Berzélius que de la mienne. Mais au point de vue qui nous occupe, il nous importe peu de savoir quelle est de ces deux opinions celle qui est exacte, puisque nous n'avons à nous préoccuper que des effets et non de la nature de l'ozone.

Relativement aux caractères chimiques de ce corps énigmatique, je puis dire que c'est l'agent d'oxydation le plus puissant que nous connaissions : il transforme, même à froid, l'argent métallique en péroxyde, l'iode en acide iodique, l'azote, lorsqu'il est en présence d'une forte base, en acide azotique, les acides en *eux* en acides en *ique*, les sels en *ites* en sels en *ates*, les sulfures métalliques en sulfates. L'ozone détruit instantanément les hydrogènes sulfuré, séléniuré, phosphoré, ioduré, arséniqué et antimonié, dont il oxyde les parties constituantes; il élimine l'iode d'un grand nombre d'iodures, transforme le cyanure jaune de potassium en cyanure rouge, précipite la base des sels de protoxyde de manganèse, sous forme d'hydrate de peroxyde, etc.

L'ozone agit aussi d'une manière puissante sur la plupart des matières organiques : comme le chlore, il altère la couleur des pigmens organiques et est rapidement absorbé par un grand nombre de substances végétales et animales, telles que l'albumine, la caséine, la fibrine, la glu, le sang, l'amidon, la fibre végétale, etc. L'ozone possède une puissance électromotrice des plus remarquables, semblable à celle dont jouissent le chlore, le brome, l'iode et un grand nombre de produits métalliques. Mais ce qu'il y a de plus intéressant dans l'histoire de l'ozone pour le médecin et le physiologiste, ce sont les effets physiologiques produits par cet agent subtil sur l'économie animale. Ces effets, comme on va le voir, ont beaucoup de rapports avec ceux du chlore et du brome.

Lorsque je commençai mes recherches sur la génération chimique de l'ozone, il y a dix ans, il m'arriva de respirer souvent de l'air fortement ozonisé, et à la suite je fus atteint d'une affection de poitrine vraiment douloureuse, d'une sorte d'asthme associé à une toux violente, qui me força à interrompre mes expériences pendant un certain temps. Je ne mets donc pas en doute que l'ozone pur, ne fût-il que de l'oxygène allotropisé, comme le pensent De la Rive et Berzélius, agirait comme un poison très puissant et détruirait rapidement la vie des animaux les plus forts qu'on soumettrait à son action. Quant à moi, j'ai vu une souris, placée dans un air fortement ozonisé, succomber en très peu de temps.

Les faits que je viens de mentionner tendent à montrer que l'ozone, peut-être à cause de l'exaltation de ses propriétés oxydantes, est une substance toxique, capable de produire, même à petites doses, des effets délétères sur l'économie, lorsqu'elle est introduite dans les poumons, effets assez voisins de ceux que détermine l'inhalation du chlore ou du brome.

Si, par quelque cause naturelle, le chlore, par exemple, venait à être versé ou à se former dans l'atmosphère à certaines époques et en quantités diverses, quel est le chimiste ou le physiologiste qui mettrait un instant en doute qu'une atmosphère ainsi chargée de chlore produirait des effets chimiques et physiologiques proportionnels, pour leur intensité, à la quantité de chlore existant dans l'air atmosphérique à un moment donné? A la vérité, il n'existe rien de pareil pour le chlore; mais par suite des décharges électriques qui s'opèrent continuellement dans l'atmosphère, il se forme nécessairement, aux dépens de l'air atmosphérique, de l'ozone qui a tant de rapports avec le chlore. Mes observations ozonométriques montrent que la quantité d'ozone existant dans l'atmosphère au même endroit, varie en différens temps, et est en rapport avec la quantité de décharges électriques qui se sont produites dans un temps donné, et aussi jusqu'à un certain point avec la direction des courans d'air.

Si, à des époques et à des endroits déterminés, il vient à se former des quantités d'ozone considérables au moins relativement, et que ces quantités d'ozone viennent à être respirées, rien de plus facile à comprendre qu'il survienne des irritations et des inflammations des membranes muqueuses avec lesquelles l'ozone se trouve en contact, de même que la pâte d'amidon, contenant un peu d'iodure de potassium, passe au bleu un certain temps après avoir été exposée à l'action de cet air ozonifère. Après m'être assuré de l'identité de l'ozone produit, au moyen du phosphore, aux dépens de l'oxygène commun ou atmosphérique, avec celui produit par le passage d'un grand nombre d'étincelles électriques dans un vase fermé rempli d'air, après avoir de plus remarqué que l'ozone, produit chimiquement, agit d'une manière puissante et fâcheuse sur l'économie, et après m'être convaincu enfin qu'il existe toujours de l'ozone dans l'atmosphère, bien qu'en quantité variable, j'en vins à penser que cet air ozonifère devait produire sur la constitution animale des effets plus ou moins considérables, suivant la quantité d'ozone existant dans l'air à un moment donné. Je soupçonnai que certaines affections catarrhales n'étaient autre chose que les effets physiologiques principaux développés par l'ozone atmosphérique.

Pour vérifier, autant que mes moyens me le permettaient, cette manière de voir, j'engageai, il y a quelques années, plusieurs médecins de Bâle à comparer avec moi la liste de leurs malades affectés de catarrhe avec les tables de mes observations atmosphéro-ozonométriques, et nous fûmes frappés de la coïncidence de ce que j'appelai mes jours bleus avec un nombre considérable de catarrhes. Je suis loin de penser que la question soit jugée par ces observations isolées; car pour arriver à la certitude, il faudrait multiplier beaucoup ces observations comparatives. Il me semble cependant qu'il serait désirable que médecins et physiologistes voulussent bien se livrer à de semblables observations, en comparant les données ozonométriques avec la fréquence des affections catarrhales (1). Il faudrait aussi tenir compte de la température et de l'humidité de l'atmosphère, des vents et de leur direction, etc.

C'est un fait bien connu aujourd'hui que certaines substances, même en très petite quantité, peuvent agir de la manière la plus énergique sur l'organisme, et nous avons de bonnes raisons pour soupçonner que çà et là des matières toxiques sont répandues dans l'atmosphère; mais à ma connaissance, la démonstration n'en a pas été faite avec suffisamment de certitude. Or, comme il n'est pas douteux que l'ozone fait régulièrement partie constituante de l'air atmosphérique libre, il me semble que cette substance pourrait servir, en quelque sorte, de point de repère pour constituer des recherches sur le terrain inconnu des miasmes. Je recommande ce sujet à l'attention des médecins et des physiologistes. Je vais maintenant chercher à démontrer que la condition électrique de l'atmosphère touche de la manière la plus intime à un autre sujet fort important au point de vue physiologique.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) M. Bürgy, relieur à Bâle, fabrique, d'après mes instructions, des ozonomètres qui ne coûtent que quelques francs. Ces ozonomètres consistent en une boîte contenant des bandes de papiers-réactifs pour l'ozone, en treize paquets; douze de ces paquets contiennent soixante bandes chaque, et le treizième trente seulement; c'est donc de quoi faire deux observations par jour pendant douze mois. Il y joint une échelle chromatique et des instructions pour faire usage de l'ozonomètre.

(Note de M. Schonbein.)

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — Service de M. RAYER.

Sommaire. — Ankylose de la portion cervicale de la colonne vertébrale produite par un rhumatisme articulaire chronique.

Le rhumatisme articulaire chronique se termine de diverses façons. Tantôt, au bout d'un espace de temps ordinairement très long, le malade guérit; mais il est toujours exposé à des récidives; tantôt le rhumatisme se perpétue et produit des désordres plus ou moins étendus dans les articulations où il siége. Je ne parle pas de la terminaison par la mort; elle est extrêmement rare. Les altérations anatomiques produites par le rhumatisme articulaire chronique sont quelquefois légères; quelquefois, au contraire, elles sont très graves, et l'on peut trouver alors dans les articulations toutes ces lésions complexes décrites dans les traités de chirurgie sous le nom de tumeurs blanches. Dans certains cas, les jointures malades se soudent, et les ankyloses qui en résultent peuvent tenir soit à l'union intime des os, soit à la rétraction et à l'induration des tissus fibreux péri-articulaires.

Ce dernier mode de terminaison n'est point très fréquent; cependant il en existe plusieurs exemples consignés dans les recueils de médecine. Ce qui frappe surtout, dans quelques-uns de ces faits, c'est la tendance singulière de toutes les articulations affectées chez un malade à se souder les unes après les autres, de sorte que, dans quelques cas, presque toutes les grandes articulations des membres supérieurs et inférieurs ainsi que la colonne vertébrale, ont été successivement frappées d'immobilité. C'est à cette forme de rhumatisme articulaire chronique que l'on doit vraisemblablement rapporter les exemples si remarquables cités par différens auteurs, Samuel Cooper, Larrey, de Toulouse, Percy, Velpeau. Chez le malade observé par Percy, toutes les jointures du tronc et des membres étaient ankylosées : les articulations temporo-maxillaires l'étaient aussi, de telle sorte qu'on avait été obligé de lui arracher deux dents pour pouvoir lui donner à manger.

Nous avons eu occasion de voir, dans le service de M. Rayer, un malade chez qui les diverses articulations de la région cervicale de la colonne vertébrale sont soudées. Nous rapportons ici son observation :

OBSERVATION. — Le 16 décembre 1852, est entré à l'hopital de la Charité, salle Saint-Michel, n° 35, le nommé Doublet (Charles), carrier, âgé de 64 ans. Cet homme, qui est d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin et présente un embonpoint assez considérable, s'est toujours bien porté dans sa jeunesse et, plus tard, jusqu'à l'âge de 55 à 56 ans. Sa profession le forçait à être très souvent exposé à l'humidité; malgré cela, il n'avait jamais été atteint de rhumatisme. Il y a 7 ou 8 ans, pendant son travail, il ressentit quelques douleurs sous la plante des pieds; ces douleurs, accompagnées de fourmillemens, remontèrent le long des jambes jusques dans les genoux, où elles se fixèrent. Il n'eut point ces jointures gonflées, et il pouvait encore continuer son travail, quoique avec peine. Il n'avait ni fièvre, ni diminution de l'appétit. Bientôt ses douleurs augmentèrent jusqu'à l'empêcher de travailler. Il se décida à entrer à l'hôpital Beaujon où il resta un mois. On lui fit des

---

reconnue comme institution d'utilité publique, elle a été obligée de renoncer à toute action en dehors de la bienfaisance. Il m'est permis de dire, à moi qui depuis plus de quinze ans suis en position de connaître tous les embarras, toutes les difficultés, tous les mécomptes, les espérances perdues, les illusions évanouies, et les tristes et inexorables réalités de la vie professionnelle, il m'est permis de dire qu'un très grand nombre de ceux de nos confrères qui s'éloignent de l'Association font acte d'imprévoyance pour eux ou pour leur famille. Et qui donc peut d'ailleurs se croire à l'abri de toute catastrophe? Qui donc peut se promettre de ne pas perdre ce bien si précieux, mais si fragile, la santé? Que chacun de nous se pose cette terrible interrogation : si une infirmité incompatible avec l'exercice de mon art venait m'atteindre, dans quelle situation me trouverais-je placé, que deviendraient ma femme et mes enfans? Y en a-t-il beaucoup parmi nous qui se trouvent bien rassurés? Je le désire, mais hélas! je ne le crois pas. Pourquoi donc penser si peu à cette cruelle éventualité, et pourquoi ne pas se prémunir contre elle! Demandez à l'Association et elle vous répondra que ce n'est pas seulement la vieillesse qu'elle a eu à secourir, mais que depuis son existence un grand nombre de carrières se sont brisées soit par la mort, soit par l'infirmité inattendue, soit par des revers imprévus, et à cet âge où le présent se colore de toutes les espérances de l'avenir, où le présent tenait les promesses du passé. Ce sont de jeunes veuves, de tout petits enfans que l'Association a dû prendre sous sa bienfaisante tutelle. Pensons à tout cela, mes chers confrères, et secouons ce lourd manteau de l'indifférence qui comprime et étouffe les plus généreux élans.

Espérez, espérez, très honorable secrétaire général, que vous aurez à indiquer, l'année prochaine, une très longue liste d'adhérens nouveaux.

Puis-je terminer cet article sans encourager l'Association et son généreux fondateur à persévérer dans la pieuse et confraternelle pensée de fonder une maison de retraite pour les médecins vieux et infirmes. Excellent ami, Dumont (de Monteux), que votre cœur ardent et charitable a dû bondir de joie, vous qui, le premier, avez écrit d'éloquentes pages sur ce sujet, quand la nouvelle vous est arrivée que ce projet trouvait enfin de puissans patrons! Et vous, bon, spirituel et courageux docteur Munaret, vous qui écriviez naguère, et dont nous reproduisions ici une ardente supplique au chef du gouvernement, pour l'intéresser à une fondation semblable, n'avez-vous pas éprouvé un moment d'indicible jouissance en apprenant que cette idée fera son chemin? Oui, elle le fera, excellens amis, et je n'en veux pour preuve que cette indiscrétion que je vais commettre, mais que tout le monde me pardonnera, je l'espère, en vous disant :

La fondation d'une maison de retraite peut réaliser déjà un commencement important de souscription;

M. Orfila veut donner encore une somme de dix mille francs pour cette fondation;

M. le docteur L. Véron est prêt à donner pareille somme de dix mille francs, avec destination semblable.

Mes bien-aimés lecteurs, je vous laisse sous l'impression de ces bonnes nouvelles, que tout commentaire ne pourrait qu'affaiblir.

Amédée LATOUR.

COURRIER.

Les professeurs de l'École préparatoire de médecine de Toulouse, les médecins, pharmaciens et élèves en médecine du département de la Haute-Garonne, ont adressé la lettre suivante à M. Orfila :

Toulouse, le 3 Février 1853,

A Monsieur le professeur ORFILA.

Monsieur et illustre professeur,

L'acte de libéralité que vous venez d'accomplir en faveur des institutions médicales, scientifiques et professionnelles, a été accueilli avec un profond et unanime sentiment de reconnaissance.

Les médecins et les pharmaciens de Toulouse et du département de la Haute-Garonne, auxquels ont désiré se joindre, dans cette circonstance solennelle, les étudians de l'École de médecine, s'empressent de vous adresser l'expression de leurs sentimens de gratitude et d'admiration pour les services que vous avez rendus à la science, dont vous êtes une des gloires, et pour le bien que vous faites à la profession médicale, dont vous êtes le bienfaiteur.

Puissent, au milieu des éclatans témoignages de sympathie que vous recevez de toutes parts, puissent ces quelques mots partis du cœur, simples, comme il convient pour glorifier tout ce qui est grand, tout ce qui est beau, arriver jusqu'à vous pour vous répéter, Monsieur et illustre professeur : la science et la profession reconnaissantes vous admirent et vous bénissent.

Vos très humbles et très obéissans serviteurs,

Signé : MASSABIAU, membre du Corps législatif
DASSIER, directeur de l'École, et 169 professeurs, médecins, pharmaciens ou élèves de la Haute-Garonne.

HOSPICE CIVIL DE SECLIN. — Avis de la commission administrative : L'emploi de médecin en chef de l'hospice de Seclin est actuellement vacant. Le traitement annuel est de 1,200 francs. Le titulaire doit être reçu docteur et il est chargé, dans le service, des opérations chirurgicales.

La population de la ville, chef-lieu de canton, est de 35,000 habitans. Le canton est complètement dépourvu de docteurs.

Les demandes doivent être adressées à M. le maire de Seclin, président de la commission administrative.

DURIEZ.

Avis à MM. les Actionnaires de L'UNION MÉDICALE.

M. le Gérant de la Société l'UNION MÉDICALE a l'honneur de prévenir MM. les Actionnaires, qu'aux termes des statuts de la Société, l'assemblée annuelle des Actionnaires aura lieu le lundi 21 février prochain, à 7 heures 1/2 précises du soir, au siége de la Société, 56, rue du Faubourg-Montmartre.

L'objet de l'assemblée est d'entendre le rapport du Gérant sur l'exercice 1852, et le rapport du Conseil de surveillance,

frictions qui furent sans effet. Les douleurs s'étendirent aux cuisses, de là aux lombes puis gagnèrent le dos et enfin le cou; dans le cou, le malade ressentait plutôt de la gêne qu'une véritable souffrance. Il resta quelques mois chez lui sans essayer aucun moyen de traitement, puis il vint dans les salles de M. Cruveilhier où il resta 3 mois. On lui mit des sangsues et des ventouses scarifiées sur la nuque à plusieurs reprises.

Lorsqu'il sortit, son état était notablement amélioré; mais cette amélioration fut de courte durée, et il fut bientôt forcé de revenir trouver M. Cruveilhier, qui lui fit subir le même traitement et, de plus, lui fit administrer un certain nombre de bains de vapeur et de bains sulfureux. Au bout de trois mois de séjour à l'hôpital, sa position n'avait point changé. Il sortit, et, pendant deux ans, il ne fit rien contre sa maladie qui ne fit qu'augmenter. Les douleurs dans la région cervicale, la raideur de cette région furent les phénomènes qui suivirent surtout une marche croissante. Quant aux douleurs des membres-inférieurs, elles avaient quitté presque entièrement le genou et la jambe gauche, la jambe et le genou du côté droit étaient seuls affectés, et, depuis ce temps, il en a toujours été de même.

En 1848, il entra une première fois chez M.Rayer, et y resta trois mois, pendant lesquels il suivit un traitement qu'il ne se rappelle pas, mais qui produisit un soulagement très sensibles dans les douleur du membre droit et du cou. Au bout de 8 à 10 mois, il revint dans le même service, on employa les mêmes moyens qui furent suivis du même succès. Il resta quatre mois à l'hôpital, puis il sortit et retourna chez lui. Il y a trois mois, il était entré à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Grisolle, mais il l'a quitté au bout de cinq jours. Enfin il est de nouveau venu, et pour la troisième fois, dans le service de M. Rayer, le 16 décembre 1852.

État actuel, le 1er février 1853. — La tête est fixée sur la colonne vertébrale, de manière à ne pouvoir exécuter aucun mouvement ni en arrière, ni en avant, ni latéralement. La rotation est complètement impossible. Toutes les vertèbres de la région cervicale sont immobiles, et la région cervicale tout entière semble formée d'une seule pièce. Le cou, qui est naturellement court chez ce malade, paraît avoir augmenté de volume : les muscles qui l'entourent ne sont nullement rétractés, La pression exercée d'un côté à l'autre sur les parties latérales du cou est douloureuse, surtout à la partie supérieure; elle excite aussi des douleurs assez vives quand on agit sur les apophyses épineuses à partir de la proéminente jusqu'à l'axis. Les mouvemens que le malade cherche à imprimer à sa tête sont aussi douloureux; il n'y a d'ailleurs aucune déviation ou inclinaison de la tête : la face regarde directement en avant; si le malade garde cette position, ce n'est pas parce que les moindres mouvemens imprimés aux articulations vertébrales exciteraient de vives souffrances; car, d'une part, les souffrances ressenties par le malade dans les efforts qu'il fait pour remuer la tête ne sont pas très violentes, et, d'autre part, si l'on détourne son attention par des questions, et si l'on essaie, en même temps, d'imprimer à la tête un mouvement quelconque on éprouve la même résistance. Quand il est couché, et c'est la position qu'il garde presque toujours, il ne peut point appuyer sa tête sur son oreiller, autrement, sa tête étant maintenue sur l'oreiller, le poids de son corps porte en partie sur son cou, tend à le fléchir et y détermine une douleur insupportable; les douleurs du malade s'exaspèrent beaucoup lorsque le temps change et devient humide.

La région lombaire de la colonne vertébrale présente aussi une sensibilité assez notable et une raideur très marquée. Le malade ne peut pas s'asseoir dans son lit, parce que cette position demande une certaine flexion en avant de la colonne vertébrale. Au contraire, il peut s'asseoir, quoique avec peine, sur une chaise, parce que les jambes étant alors fléchies sur les cuisses ou bien pendantes, il peut s'asseoir et garder cette attitude par la seule flexion des cuisses sur le bassin. Du reste, la pression faite sur les apophyses épineuses de la région lombaire et de la région dorsale, n'excite aucunement douloureuse.

La jambe gauche est saine ou à peu près. Le membre inférieur droit, au contraire, est d'une faiblesse extrême. Le malade ne peut pas s'y appuyer, et il ne peut marcher qu'avec des béquilles. Il ne peut fléchir qu'avec beaucoup de peine la jambe sur la cuisse. Il est obligé, pour le faire, de prendre sa cuisse avec ses deux mains et de l'attirer à lui. Il n'étend de même que difficilement la jambe. Ces deux mouvemens sont douloureux, et si l'on tient la main appliquée sur le genou pendant le second, on sent distinctement des craquemens. Cependant le genou n'est pas augmenté de volume, et il ne contient pas de liquide.

Depuis qu'il est à l'hôpital, il éprouve de temps en temps un peu de gêne dans les épaules. Mais les autres articulations du membre supérieur sont parfaitement libres.

Il n'y a aucun trouble de l'intelligence ou de la mémoire; la parole est facile; la vue et l'ouïe sont intactes : de temps en temps, il a des maux de tête qui semblent être excités par les douleurs de la région cervicale de la colonne vertébrale. La sensibilité est conservée partout; elle est aussi parfaite sur le membre inférieur gauche que sur le droit. L'appétit est normal, les digestions se font parfaitement bien. Jamais le malade n'a eu de miction ou de selles involontaires.

La respiration n'est point gênée; il y a quelques râles disséminés; le malade tousse un peu. Le cœur n'est pas augmenté de volume; les bruits sont nets : le second est un peu claquant, de telle sorte qu'il pourrait bien y avoir une très légère induration des valvules sigmoïdes.

Depuis que ce malade est entré à l'hôpital, on lui fait prendre des bains sulfureux; jusqu'à présent, son état ne s'est point modifié.

Nous venons d'exposer l'histoire d'un homme d'un âge assez avancé (il est âgé de 64 ans), qui a exercé pendant toute sa vie un état dans lequel on est exposé très souvent à l'humidité. Il a ressenti, il y a huit ans, des douleurs d'abord limitées dans la jambe et le genou du côté droit, mais qui vinrent se fixer, au bout de quelques mois, dans la région cervicale. Peu à peu, la gêne douloureuse qu'il éprouvait dans le cou augmenta, malgré le traitement antiphlogistique qu'on lui fit subir à plusieurs reprises. Au bout de deux ans, il ne pouvait plus remuer la tête. Il rentra de nouveau à l'hôpital de la Charité, où il était déjà venu deux fois dans le service de M. Cruveilhier. Cette fois, ce fut dans le service de M. Rayer. Il sortit après trois mois de traitement, revint encore huit mois après; mais il fut impossible d'arrêter la marche de la maladie, et il est aujourd'hui dans l'état que nous venons d'exposer.

Il est facile, lorsqu'on examine ce malade, de voir qu'il a les articulations vertébrales de la région cervicale ankylosées. En effet, comme nous l'avons dit dans l'observation, la tête est fixée sur la tige vertébrale dans une complète immobilité. Il n'y a ni déviation, ni inclinaison de la tête. Quelle est la lésion qui a produit l'ankylose? Est-ce une soudure des parties osseuses en rapport, ou bien est-ce une induration avec rétraction des ligamens articulaires et des muscles qui entourent la jointure?

Lorsqu'une articulation affectée d'ankylose est assez superficielle, comme par exemple le genou, on conçoit que l'on puisse, avec beaucoup d'attention et de précautions, arriver dans quelques cas à bien distinguer où siége exactement la lésion.

La plupart du temps, même dans ces articulations superficielles, il est impossible d'arriver à cette détermination. Dans les articulations profondes, comme celles de la colonne vertébrale, cette recherche ne peut donner aucun résultat lorsqu'il y a immobilité complète de la partie affectée. Cependant, chez le malade dont nous parlons, il est une circonstance que nous avons notée, et qui pourrait donner à penser que l'ankylose n'est pas complète, et qu'elle est due en grande partie, sinon uniquement, à l'altération des divers tissus péri-articulaires.

Nous avons vu que le malade étant couché de telle sorte que sa tête repose sur l'oreiller, il est obligé de quitter immédiatement cette position à cause des douleurs qu'il éprouve au même instant. Dans cette position, le cou ne porte sur aucun appui, et la tête étant au contraire fixée sur l'oreiller, une partie du poids du corps fait effort sur le cou pour le plier. Si l'ankylose était due à la soudure des os, on expliquerait la douleur ressentie alors par le malade, bien plus difficilement que dans la supposition contraire; car si les ligamens et les tissus fibreux sont seuls affectés, ces tissus sont tiraillés, et de là naît la douleur.

Ce qui est bien remarquable dans les affections de ce genre, c'est la lenteur avec laquelle elles marchent, et le peu de sympathie qu'elles éveillent dans l'économie. Il est rare de voir un rhumatisme articulaire chronique se terminer par ankylose avant une durée de deux à trois ans. Il n'est pas non plus fréquent de trouver chez les malades des phénomènes généraux de quelque intensité. Cette remarque est surtout juste, si on l'applique au rhumatisme articulaire primitivement chronique. L'homme dont nous avons présenté l'observation en est un exemple : chez lui, les premiers phénomènes se sont montrés peu à peu; il n'est arrivé à l'état où il est maintenant que graduellement. Jamais il n'a eu de fièvre ni de perte d'appétit; son embonpoint non seulement s'est conservé, mais encore a augmenté, par suite du repos absolu qu'il a été obligé de garder.

On n'a point assez insisté sur les différences qui existent entre le rhumatisme articulaire chronique d'emblée et celui qui succède au rhumatisme articulaire aigu; et cependant nous croyons que cette distinction a une grande importance sous plusieurs points de vue. D'abord, il serait intéressant de rechercher si dans les deux cas les altérations anatomiques produites sont les mêmes, ou si au contraire elles ne sont pas plus ou moins spéciales à chacune de ces deux formes. Il est certain que dans la première, on rencontre bien plus souvent que dans la seconde l'absence complète des phénomènes généraux. Si nous comparons les complications dans les deux cas, nous voyons que dans le rhumatisme articulaire chronique consécutif, les lésions de l'endocarde, des valvules ou du péricarde sont la règle, tandis que dans la forme chronique primitive on les rencontre très rarement. Chez le nommé Doublet, l'examen stéthoscopique du cœur confirme ce que nous venons de dire, car à part un timbre légèrement claquant du second bruit, on ne trouve aucun phénomène morbide.

Ce malade, outre l'ankylose de la portion cervicale de la colonne vertébrale, a des douleurs dans le genou droit, une grande faiblesse dans la jambe et la cuisse du même côté, de telle sorte qu'il ne peut marcher sans béquilles. Il est à croire que cette douleur du genou et cette faiblesse du membre inférieur, qui datent du commencement de la maladie, et qui n'ont jamais cessé entièrement, tiennent encore à une continuation de l'influence rhumatismale; celle-ci semble d'ailleurs être sur le point de se porter sur d'autres articulations, car le malade ressent, depuis qu'il est rentré à l'hôpital, des douleurs dans les épaules. Dans ces jointures, on ne perçoit point de craquement ni de frottemens; mais il n'en est pas de même dans le genou droit : lorsque Doublet a fléchi sa jambe sur sa cuisse et qu'il l'étend, si l'on applique la main sur le genou, on reconnaît facilement un frottement assez rude.

La maladie arrêtera-t-elle ses progrès chez cet homme? Ou bien les différentes articulations qui sont affectées deviendront-elles ankylosées à leur tour? C'est ce qu'il n'est pas possible de décider pour le genou et pour les épaules; car si l'on considère que le genou a été la première jointure malade, et qu'aujourd'hui, après huit ans, il présente à peu près le même état que quelques mois après le début du rhumatisme, il est permis de supposer qu'il ne sera point frappé d'ankylose avant longtemps. Il en sera de même, nous le croyons, pour les épaules. Mais la portion lombaire de la colonne vertébrale, au contraire, qui a perdu en peu de temps une grande partie de sa mobilité, et qui est devenue douloureuse, se soudera probablement assez rapidement.

Il nous reste un dernier mot à dire pour montrer combien la thérapeutique est désarmée en présence de cette maladie, qui semble résister à tous les moyens de traitement, et suivre, pour ainsi dire, une marche fatale. Doublet a été traité à cinq reprises différentes, par trois médecins. On lui a fait subir chaque fois, et surtout au début, un traitement actif. On lui a appliqué des sangsues et des ventouses en grand nombre sur la région cervicale; on lui a donné des bains sulfureux très souvent répétés; on lui a fait faire des frictions : on n'a obtenu aucun résultat. Actuellement, M. Rayer lui fait prendre de nouveau des bains sulfureux; il est à craindre qu'ils n'aient pas plus d'efficacité contre les douleurs des épaules, de la jambe et du genou droits qu'ils n'en ont eu précédemment contre la maladie de la région cervicale de la colonne vertébrale.

A. V.

PATHOLOGIE MENTALE

MÉMOIRE SUR LES CAUSES PRÉDISPOSANTES HÉRÉDITAIRES DE L'IDIOTIE ET DE L'IMBÉCILLITÉ;

Par M. le docteur MOREAU (de Tours), médecin de l'hospice de Bicêtre.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 5, 8 et 10 Février.)

C'est l'accroissement, l'aggravation de la lésion nerveuse par le fait de sa transmission d'une génération à la génération suivante. En sorte que cette lésion envisagée dans l'arbre généalogique, apparaît de plus en plus grave, à fur et à mesure que l'on s'éloigne de sa souche.

C'est ainsi que beaucoup d'aliénés comptent parmi leurs ancêtres de ces individus à caractère bizarre, original, très communs, à ce qu'il paraît, chez un peuple voisin, qui a inventé pour eux le mot *excentrics*, que nous avons adopté; qu'il n'est pas rare de rencontrer chez les parens des épileptiques ces troubles de la névrosité, de formes si variées qui constituent ce que l'on a appelé : *état nerveux*.

Fodéré a fait une remarque analogue relativement à la propagation par hérédité du crétinisme. « On rencontre, dit cet auteur (*Traité du goître*, p. 129), des individus qui, avec un goître volumineux, ne manquent pas d'intelligence; ils sont, en échange, sujets à avoir des enfans crétins. »

4° On peut encore, à l'aide des tableaux ci-dessus, sinon résoudre (il faudrait pour cela des masses de faits que la science ne possède pas encore), du moins éclairer diverses questions relatives à l'influence héréditaire des sexes, des degrés de génération ou de parenté, etc., etc.

A. Cette influence paraît être égale des deux côtés paternel et maternel. Elle est quotée : 21 pour les pères et 20 pour les mères; la différence est insignifiante.

B. La proportion n'est plus la même des grand-pères aux grand'mères. Une part relativement bien plus considérable est revendiquée par les premiers dans les proportions : : 18 : 11.

C. Quant aux sexes, le sexe masculin fournit un contingent d'affections héréditaires bien plus élevé que le sexe opposé : : 53 : 37.

D. Il est généralement admis, en pathologie mentale, que la folie est plus fréquemment transmise par les grands parens que par les pères et mères : *elle saute*, dit-on, *une génération*.

J'ignore si cette proposition est fondée sur des documens statistiques; mais il est certain qu'elle est loin d'être vraie quant à l'idiotie; c'est ce que démontrent les chiffres 41 et 29 assignés dans nos tableaux, le premier aux pères et mères, le second aux grand-pères et grand'mères.

De ce que l'idiotie puise son origine dans des conditions de prédispositions héréditaires toutes spéciales, sans doute nous ne sommes pas pour cela mieux éclairés sur ce que l'on pourrait appeler la nature essentielle du mal que nous étudions; nous n'en savons guère davantage sur la manière dont l'organe de la pensée est enrayé, troublé dans son action dynamique.

Cependant il est possible, d'après ce qui a été dit, de se faire une idée assez exacte du genre de lésion, de trouble organique auxquels il faut rattacher l'idiotie.

Nous avons déjà constaté ce fait que les conditions d'hérédité étaient absolument les mêmes pour l'aliénation mentale et l'idiotie; ce qui, à beaucoup d'égards, nous paraît entraîner une grande analogie, sinon une identité de lésion dans les deux cas.

Si les résultats diffèrent, cela tient à ce que les mêmes causes morbides ont agi à des époques différentes, ont exercé leur influence perturbatrice au début et dès le principe de la formation des organes, ou bien lorsque ces mêmes organes avaient acquis tout leur développement, les fonctions toute leur énergie et leur perfection relative.

Esquirol a dit qu'il y avait *arrêt* de l'intelligence dans l'idiotie; cela n'est absolument vrai que dans un petit nombre de cas. Il est bien peu d'idiots dont les facultés ne se soient développées à un certain degré et ne continuent à croître durant un nombre déterminé d'années, ainsi que cela a lieu chez les autres enfans.

Mais en même temps que, conformément aux lois générales

de l'organisme, s'effectue leur développement, que le cercle intellectuel tend à s'élargir, il y a trouble, perversion, irrégularité d'action, d'où résulte un état intellectuel spécial qui ne ressemble qu'à lui-même et ne saurait exister chez l'adulte.

Tel est, en effet, l'état mental de beaucoup de ces petits malades que l'on appelle des idiots, et qui ne sont, à proprement parler, que des enfans atteints de délire.

Je parle ici, il importe de le faire remarquer, d'un état morbide, permanent, qui date souvent de la naissance, et non de ces désordres d'esprit passagers, de ces folies véritables qui frappent quelques enfans à un âge plus ou moins voisin de la puberté.

Les questions d'hérédité, en général, se prêtent peu aux inductions thérapeutiques; si elles apprennent comment s'engendre le mal, elles n'enseignent guère les moyens de le guérir.

Cependant les connaissances (si incomplètes qu'elles soient) que nous avons acquises sur les conditions organiques les plus propres a développer, par voie héréditaire, l'idiotie et l'imbécillité, peuvent être mises à profit dans le choix de la meilleure médication à employer pour combattre ces grandes infirmités.

Tous les efforts de la thérapeutique, cela ressort de tout ce que nous avons dit, doivent tendre à modifier le système nerveux dans sa vitalité, dans son énergie fonctionnelle, à placer l'organisme dans des conditions de développement aussi opposées que possibles à celles d'où il tire son origine.

Nous n'avons pas, assurément, la prétention de dire ce qu'il y a à faire pour obtenir ce résultat; mais nous affirmons qu'il y a quelque chose à faire; autre chose du moins que ce qui a été fait jusqu'ici.

Pourquoi désespérer?

Qui n'a été témoin de ces changemens profonds, radicaux, qui s'opèrent parfois dans les facultés intellectuelles et affectives d'individus dont l'économie n'a pas atteint son complet développement, à la suite d'une maladie, d'une secousse morale, d'un changement de vie, de la cessation d'habitudes vicieuses, etc., etc.

Qui ne connaît les succès obtenus par Niepce, et surtout par le docteur Guggenbülh à l'hospice de l'Abendberg, dans le traitement de cette variété d'idiots qu'on appelle *crétins*, auxquels la science n'a songé qu'après des siècles d'abandon?

Est-il irrationnel d'attendre de moyens sinon identiques, du moins analogues et appropriés aux idiots de notre pays, des résultats non moins satisfaisans.

Ce n'est pas que, dans ces derniers temps, sous l'inspiration d'hommes éminens dans la science, d'administrateurs éclairés, on n'ait fait de louables efforts pour améliorer la condition des idiots.

Mais dans ce cas, comme dans tous ceux où il s'agit d'états morbides, dont le principal symptôme réside dans l'altération des facultés intellectuelles, on ne s'est guère occupé que du moral. Tout le traitement a été dirigé dans ce sens; on a recherché, on a inventé des méthodes particulières pour *instruire* les idiots.

Nous nous empressons de le reconnaître, toute peine n'a pas été perdue, et la nature aidant, on a tiré quelque parti des facultés ou dispositions intellectuelles qui se rencontrent chez la plupart des imbéciles.

Mais est-il interdit à la science d'ambitionner des résultats moins imparfaits.

Jusqu'ici on s'est appliqué à donner, ainsi que nous le disions tout à l'heure, de l'*instruction* aux idiots, c'est-à-dire à les façonner, à les dresser à tel ou tel exercice, à une besogne quelconque; on est parvenu, dans des limites très restreintes, à régulariser leurs actions, etc.; mais, si l'on ne s'en tient pas aux apparences, qui oserait affirmer, au fond, qu'ils ont cessé d'être ce qu'ils étaient auparavant, des idiots.

C'est qu'on ne leur aura pas donné, si je puis m'exprimer ainsi, un atome de spontanéité, d'initiative intellectuelle, de volonté éclairée, et pour tout dire, en un mot, c'est qu'on ne leur aura pas appris à *réfléchir*.

Instruire des idiots, des enfans imbéciles, ou *arriérés*, et les *traiter*, sont deux choses distinctes, dont l'une n'implique pas absolument l'autre, comme on paraît le croire.

L'instruction prend les facultés au point où elles sont de leur énergie, et, si je puis dire ainsi, de leur vitalité native, elle aide peut-être au développement de quelques-unes; sa puissance ne va pas au-delà.

Le *traitement* de l'idiotie doit viser plus haut; par lui, il faut s'efforcer de refaire (*reficere*), pour ainsi dire, le moral, en modifiant ses conditions organiques, en changeant, par une sorte de rénovation, les tendances vicieuses que l'organisation a puisées dans l'hérédité.

Pour cela, on sent qu'il ne saurait suffire, ainsi qu'il a été fait jusqu'ici, de tâcher de tirer parti de ce qui est, de faire jouer tant bien que mal un instrument, de sa nature imparfait, originairement faux. Sans méconnaître l'utilité qu'il peut y avoir à exercer les facultés rudimentaires des idiots, à soumettre ces derniers à une sorte de gymnastique intellectuelle, nous pensons qu'il serait bon de s'efforcer, avant toute chose, ou au moins concurremment, d'atteindre le mal dans sa source, dans ses conditions matérielles.

Écoutons les avis d'un homme compétent dans la matière. Que dit le docteur Guggenbühl, au sujet de l'éducation des idiots des montagnes, des crétins? « Il faut se garder, dit-il, d'essais pédagogiques, ou du moins ne les tenter qu'avec la plus grande circonspection : avant d'avoir relevé les forces physiques, tout exercice de ce genre mal appliqué débilite. C'est ici que se révèle clairement la dépendance de l'âme de l'état matériel, *et vice versâ*...., etc. » (*Du goître et du crétinisme*, par Ed. Carrière. *Annales médico-psychologiques*, avril 1852.)

Ici se présente naturellement une question : Comment, par quels moyens hygiéniques, thérapeutiques, agir sur une organisation héréditairement et aussi profondément viciée que l'est celle des idiots?

Ce n'est point, assurément, avec l'intention de la résoudre, que nous avons posé cette question. Jusqu'ici, nous n'aurions à faire connaître que des tentatives, sans énoncer de résultats.

Mais à une époque où l'on est disposé à regarder la médecine *morale* comme le dernier mot de la thérapeutique des affections cérébrales, y compris l'idiotie, où l'on a inventé (il est vrai que l'inventeur n'était pas médecin) le *traitement moral* des idiots, nous avons voulu rappeler simplement ceci : qu'il y avait un autre genre de médecine, un autre genre de traitement à essayer, lesquels s'adressent directement à l'organisation.

Nous avons pensé qu'il pouvait y avoir utilité à s'enquérir, en attendant plus et mieux, à quelle influence, à quelles conditions organiques, héréditaires, il était possible de rattacher l'anomalie d'organisation psycho-cérébrale, désignée communément sous le nom d'*idiotie*, d'*imbécillité*.

C'était, d'ailleurs, un point de plus à explorer, dans la grande et importante question de l'hérédité des maladies en général, et en particulier des affections propres aux centres nerveux. FIN.

CHIMIE MÉDICALE.

RECHERCHES SUR LA PRÉSENCE DU PHOSPHORE DANS LES HUILES DE FOIE DE MORUE;

Par M. Jacques Personne.

La présence du phosphore dans les huiles de foie de morue a été tour à tour affirmée par les uns, niée par les autres. Le docteur Jongh, le premier, annonça avoir rencontré du phosphore dans les huiles qu'il soumit à l'expérience; plus tard, M. Gobley l'a constaté dans quelques-unes et n'a pu le trouver dans d'autres; moi-même, dans un travail que j'eus l'honneur de présenter à l'Académie en 1850, je niais l'existence de ce métalloïde dans ces huiles. Depuis, M. Berthé, dans une note envoyée à l'Académie, et M. Riégel, dans le *Journal de pharmacie*, ont avancé que le phosphore existait dans toutes les huiles de morue.

Cette divergence d'opinions m'a engagé à reprendre ce travail et à chercher tous les moyens possibles de résoudre cette question.

Je pus me procurer onze échantillons de ces huiles, sur l'origine desquelles j'eus des données à peu près certaines, et je viens, aujourd'hui, consigner dans cette note les résultats de l'examen auquel je les ai soumises.

Voici le procédé que j'ai employé, après bien des essais ne donnant rien de satisfaisant : je brûle l'huile dans une capsule de platine placée sur une lampe à alcool à double courant, afin d'éviter les cendres du charbon de bois, cendres qui pourraient altérer les résultats.

Cette combustion se fait très facilement, en ayant la précaution de ne brûler à la fois qu'une quantité d'huile proportionnelle à la capacité de la capsule; en appliquant la chaleur, l'huile entre bientôt en ébullition, répand des gaz qui s'enflamment et laisse enfin un résidu charbonneux au fond et sur les parois de la capsule. Ce résidu charbonneux est ensuite placé sur un petit couvercle concave de creuset de platine, et porté dans le moufle d'un fourneau de coupelle chauffé au rouge vif; par ce moyen, la combustion de la masse charbonneuse se fait rapidement et complètement, et il ne reste sur le vase de platine que les matières fixes, que l'on peut peser quand leur quantité est appréciable à la balance.

Je calcinai ainsi 200 grammes de chacune de ces huiles, et voici les résultats que j'ai obtenus :

1° *Huile des hôpitaux*, qui m'avait servi antérieurement de type, comme étant une des meilleures, pour la recherche du phosphore. — *Résidu*, 0,gr003.

2° *Huile Jongh*, que je dois à l'obligeance de M. Guibourt. — *Résidu impondérable avec traces d'oxyde de fer.*

3° *Huile blonde de Jongh*, provenant du dépôt que le docteur Jongh a établi à Paris; on sait que c'est cette huile qui a servi à l'étude du docteur Jongh, et celle qu'il préconise comme devant être préférée. — *Résidu impondérable avec traces de peroxyde de fer.*

4° *Huile blanche* donnée par M. Guibourt, portant l'origine de Bruxelles. — *Résidu, 0,0025 de peroxyde de fer.*

5° *Huile blanche* de Hog, *pharmacie Castiglione*, huile dite anglaise. — *Résidu impondérable, offrant cependant une légère réaction alcaline.*

6° *Huile blanche anglaise* (Thol et Comp.) de Londres. Ces messieurs disent avoir établi à Terre-Neuve une usine pour extraire l'huile par ébullition dans l'eau. — *Résidu impondérable avec traces de fer.*

7° *Huile blanche* de Dunkerque (M. Coller Taverne) qui affirme qu'elle est obtenue par l'expression des foies de morue à l'état frais. *Résidu impondérable.*

8° *Huile blonde*, même origine que le n° 7. — *Résidu* 0,003, *légèrement alcalin.*

9° *Huile brune*, même origine que les deux précédentes. — *Résidu*, 0,031,

10° *Huile brune foncée.* Je l'ai trouvée chez M. Ménier, qui l'a retirée de la vente à cause de son odeur repoussante de viande pourrie, odeur qui s'exhale surtout quand on la chauffe fortement. — *Résidu*, 0,038.

11° *Huile brune* provenant de chez M. Berthé, qui dit l'avoir préparée lui-même; elle présente, quand on la chauffe, l'odeur désagréable de pourri comme la précédente, seulement avec moins d'intensité. — *Résidu*, 0,02.

12° *Même échantillon.* — *Résidu*, 0,018.

Tous ces résidus pondérables sont fusibles, et donnent des gouttelettes vitreuses appliquées sur le vase de platine. Ils sont tous solubles dans l'eau, aiguisés d'acide nitrique. Dans tous, j'ai parfaitement constaté la présence de la chaux, de la potasse et de l'acide phosphorique.

Il est donc maintenant, pour moi, un fait hors de doute, c'est que certaines huiles de morue renferment du phosphore, puisque sur onze échantillons employés, j'ai pu le constater dans six, en quantités cependant bien variables; car on voit, en effet, que les résidus obtenus varient depuis 0,038 jusqu'à 0,003 pour les mêmes quantités d'huile.

A quel état le phosphore existe-t-il dans ces huiles? Est-ce à l'état élémentaire ou à l'état d'acide phosphorique?

Le docteur Jongh et M. Riégel prétendent qu'il s'y trouve sous ces deux états.

J'avoue que la question est difficile à décider; cependant, je crois pouvoir la résoudre en disant : *Le phosphore contenu dans certaines huiles de morue, s'y trouve à l'état d'acide phosphorique, ou plutôt de phosphate alcalino-terreux.*

En effet, si, d'un côté, on calcine du foie de morue ou de raie, on obtient un résidu tout-à-fait semblable à celui fourni par les huiles : ainsi, de 40 grammes de foie de raie frais, j'ai obtenu 0,285 de résidu vitreux; de 1 gramme de foie de raie, duquel l'huile avait été extraite par la chaleur, j'ai eu 0,030 de résidu vitreux et de 3 grammes de foie de morue privé d'huile par la chaleur, j'ai eu 0,105 de résidu vitreux. Le foie de bœuf donne aussi un résidu vitreux très abondant, contenant plus de potasse que de chaux, mais comme tous les autres, beaucoup d'acide phosphorique.

D'un autre côté, si on examine toutes les huiles que j'ai étudiées, on voit que toutes sont acides plus ou moins fortement. C'est un fait facile à vérifier en agitant une certaine quantité d'huile avec de l'alcool, et plongeant dans le mélange un papier bleu de tournesol mouillé, on le voit à l'instant rougir avec plus ou moins d'intensité.

Enfin, comme corollaire, j'ai pris de l'huile d'amandes douces, que j'ai rendue acide par l'addition d'un peu d'acide oléique; je l'ai fait digérer à chaud avec du phosphate de chaux des os, du phosphate obtenu de la précipitation du biphosphate de chaux par l'ammoniaque, avec le résidu vitreux fourni par le foie de raie, et j'ai toujours obtenu une dissolution de ces corps dans cette huile, ce que l'on peut constater facilement par le procédé que j'ai indiqué plus haut.

J'ai varié cette expérience en ajoutant un peu d'acide stéarique à l'huile d'amandes, en employant de l'huile d'amandes seule, mais rance et acide, et j'ai toujours obtenu les mêmes résultats.

Si on observe en outre que les huiles qui renferment le plus de phosphate offrent une réaction plus acide que les autres, que leurs propriétés physiques sont différentes, qu'en un mot, ce sont les plus mauvaises, on est forcé de conclure avec moi que ces phosphates proviennent du mode de préparations de ces huiles.

Il y a, en effet, trois modes de préparation de l'huile de morue :

1° Par ébullition des foies dans l'eau;

2° Par la simple action de la chaleur sur les foies sans le secours de l'eau;

3° Enfin par la séparation spontanée, ce qui exige un temps assez long pendant lequel le foie se putréfie, se désagrège; alors l'huile, qui a eu le temps de rancir, de s'acidifier, se trouve dans les conditions les plus favorables pour dissoudre les phosphates contenus en assez grande quantité dans le foie.

Je conclus donc de toutes ces observations :

1° Que toutes les huiles de morue ne renferment pas du phosphore;

2° Que ce métalloïde se trouve à l'état de *phosphate alcalino-terreux* dans celles qui en contiennent;

3° Que la présence de ce *phosphate* est due à un mode vicieux de préparation de ces huiles, et qu'il est un caractère de mauvaise qualité.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltesteet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 19. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 15 Février 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............. 32 Fr
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

HISTOLOGIE.

LETTRE SUR LES TUMEURS CANCÉREUSES.

A M. le docteur Am. FORGET.

Paris, ce 10 Février 1853.

Monsieur et très honoré confrère,

Je trouve dans le discours que vous avez prononcé devant la Société de chirurgie, le 5 janvier dernier, lors de la discussion relative aux tumeurs dites fibro-plastiques, un passage qui rappelle une ancienne dissidence de diagnostic entre M. Lebert et moi. Vous citez en même temps quelques phrases d'un discours de M. Lebert (13 novembre 1850), où il est question de tumeurs fibro-plastiques dégénérées; et puisque le fait, à l'occasion duquel mon nom a été mêlé à cette discussion, devrait être classé, suivant vous, dans la même catégorie, permettez-moi de vous exprimer à cette occasion l'opinion que je me suis formée depuis longtemps sur les tumeurs cancéreuses en général, et particulièrement sur celles dites fibro-plastiques.

Si je n'ai pas fait connaître plus tôt mes recherches à ce sujet, c'est que depuis plusieurs années j'ai pris la résolution de ne rien publier sur l'anatomie pathologique, sans cependant avoir cessé de m'en occuper activement; cependant on a dit le contraire, je ne sais de quel droit, car je ne crois devoir rendre compte à qui que ce soit de l'emploi de mon temps. Je n'ai rien publié, parce que j'ai cru inutile de troubler les cliniciens par des travaux incomplets et des conclusions prématurées, et surtout, parce que je suis fermement convaincu que l'étude de l'anatomie pathologique ne conduit qu'à des résultats imparfaits sans la connaissance exacte de la structure et du développement normal des tissus : c'est cette étude que j'ai voulu posséder et répandre auparavant.

Ceux qui se sont occupés de ces dernières recherches savent fort bien que jamais fibre ne peut se transformer en cellule. Ce fait, je dirais presque cet axiome d'histogénèse, nous autorise à repousser nettement toute idée de dégénération de tumeur fibreuse, si sous le nom de dégénération on veut entendre transformation des élémens fibreux déjà formés en cellules cancéreuses.

Cependant, Monsieur et très honoré confrère, je suis loin de combattre les idées de dégénération, et je serais peut-être même porté à les accepter dans un sens beaucoup plus large que quelques anatomistes ne voudraient l'admettre. Quelques mots d'explication à ce sujet.

Lorsque J. Müller publia la découverte de la cellule cancéreuse, découverte oubliée par quelques auteurs, au point de se l'attribuer à eux-mêmes, deux questions se présentèrent nécessairement à l'esprit des investigateurs, à savoir : ces cellules sont-elles de nouvelle formation? ces cellules sont-elles caractéristiques du cancer? Tous les histologistes regardent actuellement avec Müller ces cellules comme des élémens d'une nouvelle production qui suivent les mêmes lois de développement que les élémens normaux. Mais, d'un autre côté, n'ayant trouvé ces cellules que dans le cancer, quelques auteurs ont affirmé que le cancer devait toujours les présenter. Conclusion précipitée, hasardée, car rien ne prouve que la tumeur cancéreuse, c'est-à-dire le *produit de la diathèse cancéreuse*, doit toujours revêtir les mêmes formes. Examinons séparément chacune de ces questions.

La *cellule cancéreuse* est, dit-on, caractéristique du cancer, et le cancer ne peut exister sans présenter cet élément. Avant que l'anatomiste se permette de se prononcer de telle sorte, le clinicien, il nous semble, a le droit de définir la famille des cancers. Or, une famille nosologique se détermine d'après ses symptômes, sa marche, sa terminaison, le pronostic, l'étiologie, etc., et aussi d'après ses caractères anatomiques. Ce n'est que l'ensemble de tous ces caractères naturels qui permet de classer une maladie, comme on classe une plante, un animal. Déterminer uniquement d'après les caractères anatomiques, c'est une présomption qui peut induire dans les plus graves erreurs et dont certes les anatomistes ne devront point se rendre responsables. En effet, quel rôle jouerait le micrographe, qui défend une opinion contraire, dans les cas où la tumeur ne se compose que de fibres ou de lamelles, et lorsque la maladie a présenté tous les caractères nosologiques du cancer? Lui serait-il permis de contester le diagnostic du clinicien? Ne sera-t-il pas plus sage d'admettre plusieurs espèces de cancer, l'un à cellules, l'autre à fibres, un troisième à lamelles, procédant tous du même principe, de la même source, de ce que nous appelons la *diathèse cancéreuse*? Ne sera-t-il pas plus conforme aux principes pathologiques de voir dans ces variétés des espèces diverses de la même famille, et non pas des familles complètement distinctes les unes des autres?

Cependant, certaines différences tirées d'autres caractères nosologiques, qui frappent aussi bien l'esprit du clinicien que celui du micrographe, pourraient au premier abord, à un examen superficiel, induire en erreur l'anatomiste et lui faire supposer des différences essentielles, pathologiques, là où il n'y a que des différences suivant les espèces. Je veux parler de la fréquence et de la gravité des récidives, de la compatibilité de la tumeur avec un état général de santé satisfaisant. Quoique ces caractères n'aient pas de valeur absolue pour les cliniciens, ils sont cependant assez importans pour mériter toute l'attention, et ce sera précisément un service rendu par le microscope à la pathologie, que de démontrer la cause de ces différences.

En effet, tous les histologistes savent que nul élément ne se produit, ne se développe, ne se multiplie, ne se régénère avec plus de facilité, plus de rapidité que la cellule. La fibre est beaucoup plus lente à parcourir les divers degrés de son développement. Quelle espèce de cancer aura donc les récidives les plus faciles, les plus graves, quelle espèce s'étendra avec plus de véhémence, envahira plus promptement les organes voisins, compromettra plus facilement l'économie tout entière, si ce n'est le cancer à cellules? A la rigueur même, on pourra comprendre, sous le point de vue purement anatomique, comment une seule cellule cancéreuse restée, après l'opération, dans l'économie, est capable, en peu de temps, de donner lieu au développement d'une nouvelle tumeur, tant est puissant son pouvoir reproducteur, comme, dans un autre ordre des faits, nous voyons un seul infusoire produire des milliers d'individus avec une rapidité prodigieuse. Que sera-ce si, à ces dispositions anatomiques, vient se joindre cette disposition générale de l'économie, que nous appelons la diathèse?...

Les conditions sont complètement changées, lorsque le produit de la diathèse cancéreuse est cette fibre incomplètement développée, que l'on a appelée *élément fibro-plastique*. La fibre se développe en général lentement. Un *blastème*, c'est-à-dire une masse amorphe, homogène, à laquelle sont inhérens des nucléus ou noyaux qui ne se transforment point en cellules parfaites, se fend et se subdivise en fibres de plus en plus déliées, pour constituer finalement un tissu fibrillaire (1). Ce développement procède très lentement. J'ai vu un tendon régénéré, au bout de sept ans, présenter encore des

(1) Voyez mon *Anatomie générale*. Paris, 1843, p. 552.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire — Exposition des doctrines hippocratiques. — De l'anatomie avant Hippocrate; absence d'anatomie en Égypte; état de cette science en Grèce, dans les *asclépions* et dans les écoles philosophiques. — Alcméon, Démocrite, Anaxagore. — De l'anatomie depuis Hippocrate jusqu'à la fondation de l'école d'Alexandrie : Hippocrate, Dioclès, Platon, Aristote, Praxagoras. — Physiologie d'Hippocrate.

VIII.

Exposition des doctrines hippocratiques. (Voir le n° du 8 février.)

C'était principalement aux humeurs qu'Hippocrate et son école rapportaient les divers phénomènes de la vie. Du mélange de ces humeurs en proportions égales ou inégales résultait l'état de santé ou de maladie.

Ces humeurs étaient au nombre de quatre : le sang, la pituite, la bile et l'atrabile ou l'eau. Chacune de ces humeurs avait dans le corps sa source particulière ou son laboratoire spécial de fabrication, le cerveau pour le phlegme ou la pituite; le cœur pour le sang; le foie pour la bile; la rate pour l'atrabile. De ces quatre sources ou réservoirs, les humeurs se répandaient dans toutes les parties du corps qui, dans les idées anatomiques d'Hippocrate, communiquaient librement ensemble au moyen d'espaces ou de cavités ouvertes les unes dans les autres, de telle sorte qu'une humeur pouvait facilement et rapidement passer d'un endroit dans un autre et se mêler aux autres humeurs. Ce mélange pouvait, quand il se faisait en proportions convenables, n'amener aucun trouble dans les fonctions; mais dans des circonstances opposées, il devenait un sujet de désordre et la cause des diverses maladies. C'est du principe de la libre communication des parties du corps entr'elles, de l'arrivée et du mélange des humeurs dans ces parties, qu'est née la théorie des *fluxions* encore debout malgré la chute des principes anatomiques et physiologiques sur lesquels elle avait été élevée.

Une question fréquemment soulevée dans les livres hippocratiques, et un peu différemment jugée par les différens auteurs de la collection, est celle de l'importance de la connaissance des élémens du corps dans les théories et la pratique de la médecine. Ainsi, dans le *Traité des lieux dans l'homme*, on lit : « La connaissance de la matière du corps doit être le point de départ de tout raisonnement en médecine. » — « Celui qui veut, dit l'auteur du *Traité du régime*, faire un bon traité sur le régime de l'homme, doit d'abord connaître la nature humaine, et, pour cela, s'appliquer à connaître deux choses essentielles; d'abord la composition intime, primitive du corps ou ses élémens; ensuite les parties dont ce corps est secondairement composé, c'est-à-dire les solides et les liquides qui résultent de l'arrangement des élémens. »

L'auteur du *Traité de l'ancienne médecine*, qui, au dire de tous les critiques, n'est autre qu'Hippocrate lui-même, ne veut pas que les médecins s'appuient sur la connaissance de la nature de l'homme. « La médecine n'a pas besoin, dit-il, de cette connaissance, ce n'est pas là son point de départ, elle peut s'en passer; les faits médicaux éclairent plus la nature humaine, que la nature humaine n'éclaire les faits médicaux. » Il ne faudrait pas conclure de ce passage qu'Hippocrate proscrit de la médecine l'étude qui aurait pour objet la connaissance de l'organisation humaine. Sa critique s'adresse aux philosophes qui prétendaient fonder sur une connaissance toute spéculative de cette nature humaine, leurs théories médicales. Il dit qu'il ne faut pas s'occuper de disserter sur les modifications que peuvent éprouver les élémens, puisqu'on ne peut pas constater ces modifications par l'observation; mais il veut que les médecins, tout en admettant en principe l'existence de ces élémens, ne s'occupent en pratique que des formes secondaires sous lesquelles ces élémens se cachent, c'est-à-dire des solides et des humeurs. Il faut donc, selon lui, s'attacher à l'étude des altérations des formes secondaires, les seules qui soient observables, et négliger les modifications des élémens qui échappent à l'observation et par conséquent ne peuvent jeter aucune lumière sur la pratique de la médecine.

L'auteur du livre de l'*ancienne médecine* avait raison dans son temps, mais il a tort dans le nôtre, tandis que les auteurs du *Traité des lieux dans l'homme* et du *Traité du régime* avaient tort dans leur temps et ont raison aujourd'hui. En effet, la tendance de la chimie moderne est de passer par-delà les formes secondaires pour arriver à la connaissance des élémens qui se cachent derrière ces formes, et de même que Bichat étudiait, dans les organes, les divers tissus, et dans chaque tissu les élémens anatomiques qui les forment, la fibre et la cellule; de même les chimistes modernes descendent de l'étude chimique des organes à celle des principes immédiats, de celle des principes immédiats à celle des principes médiats eux-mêmes, dont ils cherchent les modifications. On cherche, par exemple, combien il entre, en un temps donné, d'azote dans le corps humain; combien il y a d'oxygène absorbé et de carbone brûlé pendant un certain espace de temps; combien le sang contient de fer, etc., etc. Ainsi, l'on voit une idée bien vieille, qu'Hippocrate combattait avec raison, de son temps, devenir de nos jours, à mesure que se sont perfectionnés les moyens d'observation et d'analyse, l'origine de découvertes précieuses en physiologie et en pathologie. De là, dit M. Andral, cette conclusion que j'aime à reproduire, parce qu'elle constitue en définitive tout l'intérêt de ce cours, que le présent se trouve souvent renfermé dans le passé où il a été entrevu, ébauché, commencé, pour se développer peu à peu et mûrir enfin après des siècles d'investigations patientes et de pénibles labeurs.

Suivant Hippocrate, le médecin doit donc s'occuper d'abord de l'étude des solides et surtout de celle des humeurs. Il ne lui est pas moins nécessaire d'étudier les *qualités* ou *propriétés*, *δυναμεις* de ces solides et de ces liquides.

D'après l'auteur du *Traité de l'ancienne médecine*, les modifications de ces qualités ou propriétés sont subordonnées aux modifications des

fibres incomplètes, c'est-à-dire un blastème dans lequel la scission fibrillaire n'avait pas atteint son terme. Dès 1846, dans les cours que je faisais à l'École pratique, ces caractères anatomiques m'avaient fait placer les tumeurs fibro-plastiques parmi les tissus fibrillaires incomplètement développés, et je ne croyais pas alors, pas plus qu'aujourd'hui, que l'élément dit fibro-plastique méritât de former une classe anatomique particulière.

Je crois donc que le cancer peut exister sans la cellule dite cancéreuse. Le produit de la diathèse cancéreuse peut être une cellule, une fibre, une lamelle. Ce seront autant d'espèces diverses, et ce ne sera pas l'anatomiste qui contestera au clinicien le droit de les réunir en une seule famille. Le microscope enseignera au praticien la gravité de l'affection, il le guidera dans son pronostic sur la marche et la durée de la maladie, en lui faisant connaître exactement les élémens constituans de la tumeur. Là se borne son rôle : il est assez beau pour mériter l'intérêt et pour pouvoir se passer de toute exagération.

Cependant, on pourrait se demander pourquoi la diathèse cancéreuse produit tantôt des cellules, tantôt des fibres, tantôt des lamelles. Sans doute, je n'ai pas la prétention de résoudre ces questions qui touchent à l'étiologie du cancer, dont, hélas! nous ne possédons point les premiers élémens. Toutefois, j'oserais, à ce sujet, vous communiquer les résultats de mes recherches, sur lesquelles j'appelle toute l'attention des anatomistes et des praticiens.

En analysant les diverses espèces de cancer, j'ai vu que l'espèce qui présente les cellules dites cancéreuses, se développe dans les tissus composés de cellules, l'espèce à fibres dans les tissus fibrillaires, et enfin le cancroïde à lamelles épithéliales dans les tissus qui présentent ces derniers élémens. Je dois me borner ici à la simple exposition de ces faits, en me réservant la publication des détails à une époque plus éloignée.

On comprend alors dès à présent la présence des cellules cancéreuses dans les tumeurs fibro-plastiques; c'est une combinaison des deux formes de cancer, sans que nous ayons besoin de recourir à une dégénérescence particulière.

Mais les nouveaux faits que je viens d'exposer, et que je crois exacts, nous entraînent nécessairement à l'examen de cette autre question que j'ai posée au commencement de cette lettre, et qui est relative au mode de production des cellules cancéreuses, des fibres cancéreuses, des lamelles cancéreuses. Assurément, la coïncidence de la forme de nouveaux élémens avec ceux qui se développent habituellement aux mêmes endroits, pouvait faire supposer au premier abord une transformation, une dégénérescence des élémens normaux. Cependant, on repoussera bientôt cette idée si l'on réfléchit que par exemple le cancer à fibres (tumeur fibro-plastique) se compose de fibres incomplètement développées, et que par conséquent les anciennes fibres déjà formées complètement ne peuvent rétrograder, se transformer en élémens incomplets, plus jeunes pour ainsi dire. On arrivera à des résultats analogues, en analysant les autres espèces de cancer. Mais la solution devient plus facile si l'on se rappelle que tous les élémens normaux tirent leur origine d'une masse amorphe appelée *blastème*, qui dans chaque endroit produit des élémens déterminés et n'y peut produire que ces élémens. Ainsi, le blastème des glandes ne donnera jamais lieu au développement de fibres musculaires, celui des os ne produira point des nerfs, etc. Or, c'est ce même blastème qui est frappé par la diathèse cancéreuse, tantôt dans les glandes, tantôt dans les tissus fibreux, tantôt dans les lamelles épithéliales. Et, suivant l'endroit d'élection, ce blastème produira encore des cellules, des fibres, des lamelles, mais altérées, pathologiques, dégénérées. Si nous parlons par conséquent de la dégénérescence cancéreuse, il faut sous-entendre dégénérescence de blastème, et le produit sera caractérisé suivant l'espèce du blastème affecté; nous aurons tantôt le cancer (*tumeur cancéreuse à cellules*), tantôt les tumeurs fibro-plastiques (*tumeur cancéreuse à fibres*), tantôt le cancroïde (*tumeur cancéreuse à lamelles*), ou d'autres espèces encore sur lesquelles je ne puis m'étendre ici.

Tous ces produits se développent avec une rapidité relativement plus grande qu'à l'état normal, ce qui fait précisément qu'ils forment des tumeurs. Quant à la distinction des élémens en *hétéromorphes* ou *homologues*, je ne la crois pas encore possible dans l'état actuel de la science; car s'il nous est permis, dans la plupart des cas, de reconnaître les cellules cancéreuses et de les distinguer d'autres élémens analogues, il n'en est plus ainsi pour les élémens des tumeurs cancéreuses à fibres, et peut-être même pour les espèces à lamelles. Tant que nous ne connaîtrons pas exactement en quoi la fibre, la lamelle, etc., est altérée lorsqu'elle se produit sous l'influence de la diathèse cancéreuse, nous ne pourrons l'appeler *hétéromorphe*. Et pour la cellule cancéreuse même, — toute présomption à part, — bien des observateurs, et des meilleurs encore, ne conviennent-ils pas que l'ensemble de tous les élémens est nécessaire pour permettre d'énoncer un jugement sûr, infaillible.

Aussi, croyons-nous le chirurgien très mal inspiré lorsqu'il s'adresse au micrographe pour lui demander de déterminer la nature maligne ou hétéromorphe de la tumeur. C'est au médecin, au chirurgien de se prononcer sur la nature de la maladie: le microscope indiquera l'espèce. Qu'est-il arrivé lorsque l'anatomiste n'a pas découvert les élémens que l'on croit caractéristiques du cancer dans des tumeurs qui, dans l'opinion du chirurgien, étaient nécessairement le produit de la diathèse cancéreuse? On a imputé au microscope les erreurs systématiques de l'observateur, on s'est récrié contre l'emploi de cet instrument, et on a voulu de nouveau le bannir du domaine de la médecine.

Voilà pourquoi, Monsieur et très honoré confrère, voulant combattre cette défiance que le microscope n'a pas méritée comme moyen d'investigation, je prends la liberté de vous adresser ces quelques lignes que l'étude des produits pathologiques m'a permis de formuler. Peut-être ces idées ne sont-elles pas encore assez mûres pour être mises au grand jour; mais l'accord qui, si je ne me trompe, règne entre elles et les opinions de tous les sages praticiens, m'a déterminé à vous les communiquer. Peut-être était-ce même un devoir dans un moment où une malheureuse direction donnée aux études microscopiques en anatomie pathologique, pouvait avoir une influence fâcheuse sur l'emploi d'un instrument à l'usage duquel je ne suis pas resté tout à fait étranger, et compromettre la confiance que peuvent accorder les médecins aux études histologiques.

Agréez, etc. Dr Mandl.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Hôpital des cliniques. — Clinique de M. le professeur Nélaton.

Sommaire. — Leçon sur les corps fibreux de l'utérus; leur évolution, leurs conditions diverses, leur traitement.

Au no 3 de la salle des femmes est couchée une jeune femme présentant une affection fort commune que l'on rencontre à chaque pas dans la pratique. C'est une jeune femme de 22 ans, mariée à l'âge de 18 ans, et ayant eu un enfant dès la première année de son mariage. Peu de temps après ses couches, elle commença à souffrir, et entra dans mon service à l'hôpital Saint-Louis. Je l'examinai par le toucher vaginal, je trouvai l'utérus dans des conditions normales; mais, en palpant l'abdomen, je reconnus dans le ventre une tumeur faisant corps avec l'utérus. Cette femme sortit de l'hôpital, et je la perdis de vue. Ces jours derniers elle m'est revenue, et voici ce que j'ai constaté dans un nouvel examen : par le toucher vaginal, à une profondeur de 3 à 4 centimètres, on trouve une tumeur volumineuse, ayant à peu près le volume des deux poings, extrêmement dure, comme cartilagineuse. Lorsqu'on cherche à préciser son siége, on trouve qu'elle est située au-dessus du col, au-devant de la lèvre postérieure. Le col n'est pas complètement effacé, il conserve une longueur d'un centimètre à peu près au-dessous de la partie saillante de la tumeur. On sent la lèvre postérieure du col, et, derrière elle, le vide ou cul-de-sac vaginal. La tumeur est située entre la vessie et la paroi antérieure de l'utérus.

Par le palper abdominal, on constate, au-dessus de la ceinture pelvienne, une tumeur ayant les mêmes caractères que ceux indiqués par le toucher vaginal, c'est-à-dire une tumeur volumineuse, du volume d'un gros œuf de poule, remontant de 6 à 7 centimètres au-dessus de la ceinture pelvienne, plus saillante à droite qu'à gauche, très dure, compacte, mobile; les doigts l'embrassent et la portent dans tous les sens, à droite, à gauche, en haut, en bas. Si, pendant que l'on maintient la tumeur entre les deux mains, les doigts de l'une étant appliqués sur la portion abdominale, un doigt de l'autre sur la portion saillante dans le vagin, on imprime à la tumeur des mouvemens, on voit que la tumeur abdominale suit les mouvemens de la tumeur vaginale, et réciproquement. Un point important à noter, c'est que le col utérin se meut en sens inverse de la tumeur abdominale, se porte en avant quand celle-ci est refoulée en arrière, *et vice versâ*; il y a un véritable mouvement de rotation de ces deux parties autour d'un axe antéro-postérieur.

Quelle est la nature de cette tumeur? Appartient-elle à l'utérus, à ses annexes, ou aux parties voisines? Voilà autant de questions que l'on peut se poser; mais, pour nous, dit M. Nélaton, la solution n'est pas douteuse, et nous croyons que la tumeur s'est développée dans l'épaisseur même de la paroi antérieure de l'utérus. Nous en trouvons la preuve : 1o dans le développement de cette même paroi antérieure, développement que l'on constate par le toucher vaginal; 2o par la corrélation parfaite des mouvemens de la tumeur avec les mouvemens imprimés à l'utérus; 3o par la corrélation des mouvemens imprimés au col de l'utérus avec ceux que la tumeur exécute sous l'influence de ces mouvemens. Il s'agit donc là bien évidemment d'une tumeur faisant corps avec l'utérus, et située dans l'épaisseur de la paroi antérieure de cet organe. Quelle est cette tumeur? Allons droit au but, et disons tout d'abord qu'il s'agit d'une tumeur fibreuse interstitielle. Nous allons saisir l'occasion de parler de ces tumeurs, de leur évolution, de leurs conditions diverses, et des indications thérapeutiques qui leur sont applicables.

La paroi utérine a, comme vous le savez, une épaisseur considérable; dans l'épaisseur de cette paroi, il se développe

---

parties constituantes des solides et des liquides. S'il y a dans le corps plus de chaud, plus de froid, plus de sec, plus d'humide, c'est qu'il y a, dans les humeurs, plus des élémens qui donnent le chaud, le froid, le sec, l'humide.

Nous avons dit qu'Hippocrate admet dans le corps humain une chaleur innée. Cette chaleur est répandue dans toutes les parties du corps, commence à la naissance, diminue avec les progrès de l'âge et ne disparaît qu'avec le dernier souffle de la vie. Elle joue un certain rôle dans le développement des phénomènes de la maladie. Il est dit en quelque endroit de la collection hippocratique que, dans certains cas, cette chaleur s'accumule dans les humeurs du corps et y engendre une augmentation de la température générale d'où résulte la *fièvre*.

Ainsi constitué par un mélange de parties liquides et de parties solides, recelant en lui une certaine quantité d'air qui lui est sans cesse apporté du dehors, animé par une chaleur intérieure qui s'allume avec la vie et ne s'éteint qu'avec elle, doué de qualités ou de propriétés qui sont elles-mêmes en rapport avec la composition de ses parties constituantes, qui changent et se modifient lorsque ces parties constituantes changent et se modifient; dirigé dans l'ensemble de ses actes soit physiologiques, soit pathologiques, par la force régulatrice de l'univers, ce corps vivant ainsi doué, ainsi constitué, avec cet ensemble de circonstances, avec cette force qui le dirige, cette chaleur qui l'anime, ces élémens qui se modifient et se transforment; ce corps vivant présente une propriété qui lui appartient en propre, qui le caractérise, c'est la propriété d'être impressionné, troublé dans sa totalité, dès qu'une de ses parties est atteinte, bien différent, dit Hippocrate, d'une pierre qui, altérée dans une de ses fractions, demeure parfaitement intacte dans le reste de son étendue.

Cette idée du *consensus* unanime de toutes les parties du corps vivant, idée fondamentale de la doctrine hippocratique, se trouve reproduite en cent endroits divers de la collection dont nous extrayons au hasard les passages suivans : « Le corps vivant est un cercle dont on ne peut trouver le commencement ni la fin. Tout, dans le corps vivant, concourt, tout conspire pour le même but. Le corps vivant est un tout harmonique dont les diverses parties se tiennent et sont solidaires les unes des autres, dont tous les actes s'enchaînent et sont dans une dépendance mutuelle. Les parties du corps, quel que soit le point où la maladie s'est manifestée primitivement, se la communiquent aussitôt de l'une à l'autre, le ventre à la tête, la tête au ventre et à tout le reste du corps. »

Pourquoi ce retentissement de la souffrance d'une partie dans toute le reste de l'économie vivante? C'est, dit Hippocrate, parce que les diverses parties du corps, quoique n'étant pas disposées de la même façon, sont identiques dans leur nature et leur composition intime; la forme est différente, mais la nature intime est la même.

C'est ainsi qu'Hippocrate se rendait compte de la communauté d'action et de vie des diverses parties du corps, par leur communauté de nature et de composition. Dans notre langage moderne, nous disons qu'il y a dans toutes les parties du corps des vaisseaux, des nerfs, du tissu cellulaire, etc.; que tous les organes sont composés des mêmes principes immédiats : fibrine, albumine, etc., résultant eux-mêmes de la combinaison des mêmes élémens : oxygène, hydrogène, carbone, azote. C'est donc en définitive la même idée générale exprimée en termes infiniment plus vagues et plus généraux dans les livres hippocratiques, infiniment plus certains et plus précis dans nos traités modernes d'anatomie, de chimie, de physiologie.

Si tout cela est, dit Hippocrate, s'il est vrai que la lésion de la plus petite partie du corps retentit dans le corps tout entier; dans le traitement des maladies, il faut s'adresser à tout le corps. Mais si le médecin doit traiter tout le corps, quelque limitée que soit la lésion, il n'en doit pas moins rechercher, en face d'une maladie, s'il n'y a pas une partie primitivement atteinte. Car, ajoute Hippocrate, en portant les remèdes là où a commencé la lésion, on fera plus facilement disparaître la maladie. Il n'est pas de praticien, dit M. Andral, qui n'adopte aujourd'hui ces principes posés par Hippocrate, comme des préceptes de la plus saine et de la plus sage pratique; jusque-là, nous sommes de l'école d'Hippocrate, car jusque-là, cette école s'appuie sur les vérités fondamentales et éternelles de la médecine, sur les principes consacrés par l'expérience de tous les pays et de tous les temps; mais, dans ce qui va suivre, l'accord cesse entre nous et cette école, car elle va entrer dans la voie de l'hypothèse. Ici finit la gloire de l'école hippocratique, ici commencent sa décadence et ses erreurs.

(*La suite prochainement.*)

Cancer de l'utérus. — Quelle est l'influence de l'âge sur la production du cancer de l'utérus? Telle est la question qui a été examinée par M. F. Kiwieser, professeur d'obstétrique à l'Université de Prague. Sur 122 cas observés par ce professeur, on en comptait 2 à 25 ans, 2 à 27, 1 à 28, 2 à 30, 4 à 31, 2 à 33, 1 à 34, 1 à 35, 3 à 37, 2 à 38, 4 à 39, 10 à 40, 16 de 41 à 45, 22 de 45 à 50, 33 de 50 à 60, 16 de 60 à 70 et 1 à 91 ans, ce qui donne les proportions suivantes :

De 25 à 30 ans,	5 ou	4	p. 100.
De 30 à 40 ans,	19 ou	14	p. 100.
De 40 à 50 ans,	48 ou	38	p. 100.
De 50 à 60 ans,	33 ou	27	p. 100.
De 60 à 70 ans,	16 ou	13	p. 100.
A 90 ans,	1 ou	0,81	p. 100.

Ces chiffres concordent avec ceux de Mme Boivin et Dugès, qui sur 409 cas en comptent :

Avant 20 ans,	12 ou	près de 3	p. 100.
De 20 à 30 ans,	83 ou	20	p. 100.
De 30 à 40 ans,	102 ou	24	p. 100.
De 40 à 50 ans,	201 ou	48	p. 100.
De 50 à 60 ans,	7 ou	1,71	p. 100.
De 60 à 70 ans,	4 ou	près de 1	p. 100.

Il est donc bien démontré par ces relevés que c'est entre 40 et 50 ans que la femme est le plus exposée à cette cruelle maladie, et comme cette époque de la vie correspond, dans nos climats, à ce qu'on appelle le temps critique, on peut donc établir que l'âge critique est une cause prédisposante et peut-être même déterminante de la production des cancers utérins.

assez souvent des tumeurs fibreuses. Ces corps fibreux commencent en général sous forme d'un noyau arrondi, dur, dont la coupe ressemble à celle des fibro-cartilages inter-vertébraux. Dans les premiers temps, la paroi utérine est à peine modifiée dans sa forme, elle ne l'est pas dans sa texture; et l'on ne pourrait pas, par le plus minutieux examen, prévoir la lésion commençante dont elle va être le siége. Peu à peu ce noyau grossit, prend plus de développement, et alors deux choses peuvent arriver : ou bien ce noyau est placé près de la surface externe ou séreuse de la paroi utérine, ou bien il est plus rapproché de la surface interne ou muqueuse. Suivant le sens de son développement, la tumeur devint saillante à l'extérieur ou à l'intérieur de l'organe. Si c'est du côté de la surface péritonéale, le noyau, en grandissant de plus en plus, déprime la paroi utérine, l'amincit peu à peu, et finit par venir faire saillie sous le péritoine, qu'elle soulève.

Si nous supposons le noyau initial très superficiellement placé, il pourra, en se développant, former une tumeur pédiculée à la surface externe de l'utérus. Dans quelques cas, le pédicule s'allonge, devient très grêle et finit par se rompre, en sorte que la tumeur tombe dans la cavité péritonéale. On ne peut expliquer que de cette manière la présence de tumeurs fibreuses trouvées dans la cavité du péritoine, et, chose singulière, nullement altérées. C'est un problème que de savoir comment ces corps fibreux trouvant dans la cavité péritonéale plusieurs conditions d'altération, la chaleur et l'humidité, ne tombent pas en putréfaction et se conservent inaltérées.

Le développement du noyau fibreux, au lieu de se faire vers la surface externe de l'utérus, peut prendre une autre direction et se faire du côté de la cavité muqueuse. Alors le noyau, en grandissant, vient faire dans la cavité utérine une saillie qui augmente petit à petit et se comporte, dans son évolution, exactement comme dans le cas précédent. Il arrive un moment où la tumeur forme, dans l'intérieur de la cavité utérine, une saillie considérable qui s'avance peu à peu vers l'extérieur, remplit la cavité du col, où on peut la toucher, puis, fran·hissant le col, vient s'épanouir dans le vagin. Il peut arriver .. moment où la tumeur, après avoir parcouru toute la longueur du vagin, son pédicule se rétrécissant de plus en plus, se détache et tombe à l'extérieur, soit pendant les efforts de la défécation, soit dans d'autres circonstances. On est convenu de donner le nom de *polype fibreux* de l'utérus à ces tumeurs fibreuses munies d'un pédicule, tandis que les tumeurs sessiles interstitielles gardent le nom de corps fibreux. Mais cette distinction est purement arbitraire, et la lésion est la même. Chez notre malade, il existe donc une tumeur fibreuse développée dans la paroi antérieure de l'utérus, repoussant le péritoine en avant.

Dans le cas actuel, la lèvre antérieure du col n'est pas complètement effacée, circonstance qui se rencontre exceptionnellement dans ces sortes d'affections. Généralement on trouve, dans des cas semblables, la lèvre antérieure complètement déplissée, de sorte que l'on ne constate pas, comme ici, un sinus ou enfoncement entre deux reliefs formés, d'un côté, par la tumeur, de l'autre par la lèvre antérieure du col.

Ces tumeurs fibreuses sont la source d'accidens variés pour les sujets qui en sont atteints. Quelques femmes ont des hémorrhagies abondantes, survenant principalement aux époques menstruelles; ces femmes ont leurs règles, puis immédiatement après elles éprouvent une perte, quelquefois très abondante de sang avec des caillots. Chez d'autres, et c'est le cas de notre malade, les règles sont troublées, elles sont moins abondantes, et les époques s'éloignent. Ces tumeurs sont tantôt douloureuses à la pression exercée soit du côté du vagin, soit à travers la paroi abdominale; tantôt elles sont complètement indolentes, même à une forte pression; quelques femmes éprouvent spontanément des douleurs, qu'elles comparent à celles de l'enfantement; en un mot, rien de fixe dans la symptomatologie de cette affection. Cette symptomatologie comprend d'ailleurs plusieurs autres symptômes résultant de la compression exercée par la tumeur sur les organes placés à son voisinage. C'est tantôt la constipation produite par la compression et l'effacement du rectum, tantôt l'envie fréquente ou la difficulté d'uriner, lorsque la tumeur comprime la vessie ou le col de ce réservoir. Chez notre malade, il n'existe pas de constipation, mais il y a difficulté à l'émission des urines, ce qui s'explique par la situation de la tumeur à la paroi antérieure de l'utérus, derrière la vessie.

Traitement des corps fibreux. — C'est ici le point le plus embarrassant de l'histoire de cette affection. On est souvent consulté pour des affections de cette nature et fréquemment par des femmes encore jeunes, le médecin est fort embarrassé, car la science, il faut bien le dire, ne possède aucun moyen efficace d'obtenir la disparition de ces tumeurs. Il est triste pour le médecin d'avoir à dire à des femmes encore jeunes qu'elles n'ont rien de mieux à faire que de garder leur mal et de le prendre en patience. C'est cependant, en définitive, le conseil le plus sage que le médecin puisse donner à ses malades.

Ces opérations, pour être faites, exigent des dispositions locales toutes particulières, qu'il est très rare de rencontrer. Le médecin se borne donc le plus souvent à porter un pronostic qui, en général, n'est jamais grave. Il devra dire aux personnes qui le consultent, que leur affection n'est pas dangereuse, et surtout qu'elle ne dégénérera ni en cancer, ni en ulcère de mauvaise nature, car c'est là le sujet des plus vives inquiétudes des malades. Il devra aussi leur dire hardiment que la tumeur persistera, qu'elle conservera son volume, et même que ce volume augmentera très probablement, en ajoutant, comme correctif, qu'ordinairement à l'époque de la cessation des règles, ces tumeurs ne font plus de progrès, restent stationnaires, et même se flétrissent, se ratatinent et restent dans l'utérus comme des corps inertes; qu'à cette époque également, les accidens occasionnés par ces tumeurs, à savoir : les douleurs, les pertes, etc., disparaissent, et que les femmes qui les portent parviennent à une vieillesse très avancée. Tous les médecins qui ont passé quelque temps dans les hospices de vieilles femmes, à la Salpêtrière, par exemple, savent combien il est commun de voir sur des femmes mortes à un âge très avancé, des corps fibreux atrophiés, ayant quelquefois subi une transformation particulière, l'état crétacé, qui leur donne l'apparence de pierres. Ce sont là les *pierres utérines* décrites par Louis.

Le rôle du médecin se trouve donc souvent réduit, dans de semblables affections, à celui de consolateur, rôle difficile à jouer vis-à-vis de femmes encore jeunes, qui voient dans un avenir lointain l'époque de la ménopause, terme assigné par le médecin à leurs souffrances.

Cependant, il est des cas dans lesquels une opération est praticable, ce sont ceux dans lesquels la tumeur pédiculée pend hors de la vulve ou dans le vagin, ou enfin dans la cavité utérine. On se contentait d'abord d'exciser les tumeurs à leur sortie du vagin; Levret alla les chercher et les couper dans le vagin; Dupuytren, plus hardi, n'attendait pas qu'elles fussent épanouies dans le vagin, mais, lorsqu'il pensait qu'elles s'étaient circonscrites et pédiculées dans l'intérieur de la cavité utérine, il fendait le col et allait les chercher dans la cavité utérine même.

Jusqu'à présent ces moyens chirurgicaux ne se sont adressés qu'aux tumeurs pédiculées; on n'a rien tenté contre les tumeurs sessiles interstitielles. Dans ces derniers temps, M. Amussat est venu ajouter quelque chose à la médecine opératoire de cette affection. Après avoir étudié l'évolution des corps fibreux de l'utérus et leur mode de migration, M. Amussat s'est demandé si l'on ne pourrait pas favoriser leur tendance à se porter à l'extérieur à travers la cavité utérine et la cavité vaginale. Il a imaginé alors d'inciser la couche de tissus qui sépare la tumeur interstitielle de la cavité utérine, afin de diminuer la résistance qu'éprouve le corps fibreux à se porter vers cette cavité. La tentative a été faite plusieurs fois, et les journaux de l'époque, 1844, contiennent quelques observations de polypes utérins traités et guéris par ce moyen.

Enfin, plus récemment encore, dit M. Nélaton, M. Maisonneuve et nous-même avons été plus loin que M. Amussat. Après avoir, comme lui, incisé la couche de tissu utérin qui recouvrait le polype, nous avons, séance tenante, énucléé et extirpé la tumeur. Pour nous, nous avons pratiqué une fois cette opération à l'hôpital Saint-Louis. Il s'agissait d'un corps fibreux siégeant au fond même de l'utérus. Après avoir incisé le tissu utérin jusqu'à la tumeur, nous avons pu, avec les doigts, énucléer la tumeur et l'amener au dehors.

M. Maisonneuve compte, dans sa pratique, deux faits de ce genre. Dans l'une de ces opérations, sous l'influence des tractions exercées par ce chirurgien, l'utérus s'est renversé à l'extérieur, en sorte que M. Maisonneuve a pu, ayant la tumeur sous les yeux, l'énucléer de sa coque utérine. Mais ce sont là, ajoute M. Nélaton, des opérations fort graves, qui nécessitent, pour être tentées, des dispositions favorables tout exceptionnelles; lorsque, par exemple, la tumeur n'a aucune tendance à faire saillie du côté de la cavité péritonéale. On comprend que lorsque le péritoine seul recouvre le corps fibreux, les tractions opérées par le chirurgien amèneront infailliblement la déchirure du péritoine et les accidens terribles qui en sont la conséquence. Or, comme le diagnostic ne peut presque jamais être assez précis pour permettre de ne pas craindre un pareil accident, il est du devoir du chirurgien de ne pas s'y exposer. Mais revenons à l'opération de M. Amussat; elle est séduisante par sa simplicité et son apparente innocuité. On sait que les incisions pratiquées sur l'organe utérin ne sont pas ordinairement suivies d'accidens redoutables; pas d'hémorrhagie, pas d'inflammation intense, mais seulement une inflammation favorable à l'énucléation de la tumeur. On serait donc tenté, *à priori*, d'accueillir favorablement cette pratique. Mais si les journaux de 1844 ont montré quelques faits heureux, l'expérience subséquente a eu à déplorer un bien plus grand nombre de revers, à tel point que la plupart des chirurgiens ont abandonné cette opération. D'où viennent les accidens si redoutables dans une opération en apparence si bénigne? Ils viennent de l'infection putride produite par la décomposition des liquides qui abreuvent le tissu du polype, et par l'absorption des produits toxiques de cette décomposition; c'est à l'infection putride qu'ont succombé la plupart des malades soumises à l'opération de M. Amussat. Il faut donc la proscrire de la médecine opératoire.

De cet examen critique auquel nous venons de nous livrer au sujet des opérations proposées jusqu'à ce jour contre les corps fibreux de l'utérus, il résulte qu'aucune ne leur est applicable et qu'il faut, ainsi que nous l'avons déjà dit, conseiller aux malades de prendre leur mal en patience en attendant l'époque de la ménopause. Tel est le conseil que, pour tout traitement, nous sommes malheureusement obligé de donner à notre malade.

THÉRAPEUTIQUE.

DES INJECTIONS NASALES COMME MOYEN D'ALIMENTER LES NOUVEAU-NÉS ET DE LEUR ADMINISTRER DES MÉDICAMENS.

Tel est le titre d'un mémoire très intéressant que notre honorable et savant collègue, M. le docteur Henriette, a présenté à l'Académie royale de médecine de Belgique. Nous regrettons de ne pouvoir le reproduire en totalité : son étendue nous force à nous contenter d'en donner l'analyse, d'ailleurs très bien faite, que M. le docteur Lequime a présentée à l'Académie :

Le travail de M. Henriette, dit M. le rapporteur, renferme trois parties que nous allons successivement passer en revue.

Dans la première, l'auteur rappelle :

1° Qu'il est des enfans *nés avant terme*, ou bien *nés à terme*, mais d'une constitution très chétive qui, sans présenter des lésions physiques ou anatomiques capables de s'opposer à l'accomplissement de la lactation, refusent le sein de prime abord ou qui rejettent d'une manière absolue les boissons qu'on leur offre, ou enfin, qui n'en prennent pas en suffisante quantité pour l'entretien de la vie.

2° Qu'il en est d'autres qui, ayant pris le sein pendant quelques jours, y renoncent et succombent dans le marasme.

Frappé de la grande mortalité que l'on observe dans les hospices parmi cette catégorie d'enfans et de l'impuissance de l'art à les secourir efficacement par les méthodes ordinaires, l'auteur a cherché un remède à un mal aussi grave : dans ce but, il a imaginé d'introduire par les fosses nasales le lait nécessaire à l'alimentation de ces faibles créatures et les médicamens que le dégoût ou le caprice ferait repousser par celles qui sont plus avancées en âge.

Voici dans quelles circonstances le hasard, père de tant de découvertes, a conduit l'auteur à mettre en pratique le procédé qu'il préconise.

Un enfant atteint d'ozène avait les narines tellement obstruées par le muco-pus, qu'il lui était impossible de tenir le mamelon de la nourrice, la respiration ne pouvant s'effectuer pendant la succion. Pour obvier à cet inconvénient, qui n'était pas sans danger, notre honorable confrère conçut l'idée de pousser des injections dans les fosses nasales, tant pour arriver à leur désoblitération qu'à la guérison de l'affection morbide; il ne fut pas peu surpris, dit-il, de voir le liquide descendre dans l'estomac sans occasionner la moindre gêne; il répéta l'expérience plusieurs fois de suite, et toujours avec le même succès. Encouragé par cet heureux résultat, il attendit avec patience une occasion nouvelle qui ne tarda pas à se présenter. Mais n'anticipons pas davantage sur l'énumération des faits qu'il rapportera à l'appui de sa méthode.

Avant de décrire son procédé opératoire, l'auteur a cru utile d'émettre quelques considérations générales propres à faciliter l'intelligence de son sujet : ainsi qu'il le fait remarquer, les injections nasales ne sont pas applicables, comme mode d'alimentation, à tous les nouveau-nés indistinctement; aussi en restreint-il l'usage à quelques cas spéciaux, et signale-t-il ceux dans lesquels il les a employées avec succès, et ceux dans lesquels il a échoué.

A cette occasion, il entre dans de longs détails, et établit d'abord que « la faiblesse de naissance peut être primordiale ou bien n'être que l'expression de phénomènes morbides plus ou moins graves des organes de la digestion ou de la respiration.

» Lorsqu'elle est primitive, elle est le résultat d'une évolution incomplète du fœtus : aussi l'observe-t-on le plus généralement chez les nouveau-nés avant terme, ou chez les jumeaux nés à terme.

» C'est pour les enfans qui viennent de naître dans ces conditions diverses, que les injections nasales sont d'une grande utilité; tandis que la seconde condition, c'est-à-dire quand la faiblesse de constitution dans est l'expression de la souffrance de l'organisme, elles ne sont suivies d'aucun effet salutaire; elles n'empêchent pas les enfans de succomber, un peu plus tôt, un plus tard, aux progrès du mal dont ils sont atteints. »

Voici comment il procède.

L'enfant étant couché horizontalement dans son berceau, ou mieux encore sur les genoux de sa nourrice, le médecin, placé à la droite du nouveau-né, appuie la paume de la main gauche sur son front, afin d'assujettir la tête; puis, tenant le corps d'une seringue entre l'indicateur et le médius de la main droite, l'extrémité du pouce étant d'autre part engagée dans l'anneau du piston, il présente le bout de la canule à l'entrée des narines, sans jamais l'introduire de plus d'une ligne de profondeur, et injecte ensuite très lentement le liquide, qui tombe goutte à goutte à travers les fosses nasales sur la partie postérieure du pharynx et de là dans l'œsophage et l'estomac. Aucun effort de toux ni d'éternûment ne vient contrarier cette opération inoffensive, et les liquides arrivent à destination sans que l'enfant puisse se soustraire à leur passage.

Une circonstance bonne à noter, c'est qu'une faible partie du liquide injecté revient dans la bouche et y impressionne le sens du goût : le nouveau-né, jusqu'alors n'avait fait aucun mouvement de succion, commence par se lécher les lèvres, puis se met à sucer et exécute bientôt les mouvemens d'une déglutition complète et régulière; les changemens qui s'opèrent dans sa physionomie, les mouvemens des membres démontrent, d'autre part, qu'il éprouve une sensation agréable, et annoncent qu'il prendra bientôt le sein.

Il arrive, parfois, qu'au bout de trois ou quatre jours, l'enfant refuse de nouveau le mamelon : il retombe alors très promptement dans l'état que nous avons décrit plus haut; dans ce cas, il faut recommencer les injections nasales pour y renoncer complètement, quand le mouvement de succion est rétabli. Il est rare, toutefois, qu'on doive recourir plus de deux fois à ce moyen.

Le choix du lait est une condition nécessaire au succès du mode d'alimentation dont nous nous occupons : dans le but de proportionner celui-ci à l'âge des nouveau-nés, M. Henriette préfère toujours le premier lait des nourrices, comme moins riche en globules; peu à peu il fait prendre celui sécrété pendant la montée. De cette façon, il évite le

roubles digestifs qui résulteraient de l'inobservance de ce précepte.

La quantité de liquide à injecter doit varier en raison des besoins de l'enfant : en général, on injecte à chaque opération la valeur d'une cuillerée à soupe, quelquefois devantage, et aussi souvent que le besoin de nourriture se fait sentir. Une injection, pratiquée toutes les deux heures, lui a paru suffire; la dose du liquide peut être ainsi évaluée à six onces par jour.

La durée du temps ordinaire, pendant lequel il faut continuer l'opération, ne dépasse pas quatre jours ; cependant, on pourrait, au besoin, la prolonger au-delà.

L'auteur signale encore quelques précautions accessoires à prendre pour rendre les injections nasales salutaires; ainsi, le lait retiré du sein de la nourrice doit être reçu dans un vase chauffé, afin de lui conserver une température douce. La seringue, plongée constamment dans de l'eau fraîche, en est retirée au moment de s'en servir pour passer à son tour dans un vase rempli d'eau chaude. L'auteur insiste beaucoup sur les grands soins de propreté qu'il faut apporter dans l'entretien des instrumens, si l'on veut éviter les maladies de la bouche, communes surtout dans les hospices.

Deuxième partie. M. Henriette ne se borne pas à nourrir les nouveau-nés à l'aide des injections nasales, il s'en sert encore pour introduire, à volonté, dans leur estomac des préparations médicamenteuses, que la répugnance déterminée par leur saveur désagréable, ou l'impossibilité physiologique pourrait les empêcher d'avaler.

C'est ainsi qu'il a administré :

1° Le protoiodure de mercure;

2° L'iodure de potassium;

3° L'huile de foie de morue, soit pure, soit mélangée à l'iodure de fer;

4° Divers purgatifs sous forme de sirop.

Ni les cris poussés, ni les pleurs versés au moment même des injections ne constituent un obstacle à l'introduction des agens thérapeutiques dans le ventricule : les liquides s'y précipitent sans dévier de la route naturelle qu'ils doivent suivre : nous avons pu nous convaincre par nous-même de la réalité de ce fait, M. Henriette ayant injecté en notre présence du vin de Bordeaux dans les narines d'une jeune fille âgée de douze ans.

Dans la troisième partie de son mémoire l'auteur envisage les injections nasales au point de vue de leurs applications à la médecine et à la chirurgie : ne pouvant invoquer, à cet égard, son expérience personnelle, il se borne à énumérer les cas où elles lui paraissent devoir être mises en usage avec chances de succès. Tels sont :

1° L'asphyxie des nouveau-nés, dans laquelle ce moyen pourra avantageusement remplacer la sonde œsophagienne dont l'application offre tant de difficultés, surtout chez les enfans;

2° Les empoisonnemens;

3° L'état comateux profond;

4° Les maladies nombreuses de la bouche qui s'opposent d'une manière plus ou moins absolue à l'ingestion volontaire des liquides; nous citerons, entre autres, son occlusion, les adhérences de la langue, la division du voile du palais, la glossite, la salivation mercurielle, l'amygdalite, la luxation ou la fracture du maxillaire inférieur et le bec-de-lièvre.

L'auteur termine son mémoire en rapportant douze observations à l'appui des idées qu'il a émises.

Depuis la présentation de ce travail, M. Henriette a encore eu plusieurs fois l'occasion de constater l'efficacité des injections nasales. M. le rapporteur a ajouté qu'il pourrait rapporter une foule de faits puisés dans sa pratique, et qui sont tous favorables au procédé de M. Henriette. C'est ainsi qu'il y a eu recours dans l'état comateux que l'on observe dans le cours de quelques apoplexies cérébrales, de certaines méningites, du typhus, de l'amygdalite aiguë, etc., etc. Il pense encore que ce moyen pourrait être utilisé dans certains cas d'aliénation mentale et dans la rage.

(*Journ. de méd., de chir. et de pharm. de Bruxelles.*)

DE L'EMPLOI DU SUCRE CANDI DANS LES LÉGÈRES IRRITATIONS GASTRIQUES OU FAIBLESSES DIGESTIVES DE L'ESTOMAC; par M. PLOUVIEZ, de Lille.

La pratique offre souvent de ces affections gastriques contre lesquels nos ressources thérapeutiques viennent échouer; ainsi, il arrive qu'un remède guérit incontinent, et s'il y a rechute, il n'a plus d'action. C'est, du reste, ce que l'on voit pour une foule d'autres moyens. Nous ne voulons pas parler de cas graves instantanément violens, contre lesquels on est parfois forcé d'en venir de suite à une médication prompte et énergique, à l'opium et aux sels de morphine, par exemple. Nous voulons tout simplement dire quelques mots de ceux qui se présentent chez des personnes délicates, nerveuses, dont les digestions sont difficiles, qui éprouvent des douleurs, de la gêne avant ou après le repas. Le moyen dont nous faisons usage avant d'en venir à tout autre est le *sucre candi*, employé comme nous le dirons en citant deux faits à l'appui de nos réflexions.

1° Une dame de vingt-neuf ans, d'un tempérament nervoso-bilieux, mariée à vingt-deux ans, éprouvait depuis plusieurs années, des pesanteurs, des tiraillemens, et parfois de vives douleurs d'estomac. Cet état maladif augmentait l'hiver par suite de la fatigue des bals, des soirées. Les indispositions lui venaient après ou dans l'intervalle des repas. Elle prit longtemps des infusions de thé, de menthe, des potions antispasmodiques, etc., et rarement avec succès; elle prétendait même que toutes ces boissons la gonflaient et augmentaient son malaise. Depuis que nous lui avons conseillé de prendre quelques morceaux de *sucre candi* aussitôt qu'elle est souffrante et de le sucer jusqu'à leur entière dissolution, elle se soulage à l'instant ; les digestions se font mieux, et elle s'en trouve également bien hors des repas.

2° Une autre dame, âgée de vingt-sept ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, mariée à vingt-trois ans, fit une maladie des plus graves des suites de sa première couche, et resta faible depuis cette époque (quatre ans). Les digestions étaient très pénibles, quoique l'appétit fût bon : beaucoup de moyens thérapeutiques ont été employés sans succès; le *sucre candi seul*, jusqu'ici, lorsqu'elle souffre, calme ses douleurs.

Nous bornerons là nos citations, qu'il est inutile de multiplier, les faits de ce genre pouvant d'ailleurs se vérifier journellement.

Le sucre candi employé dans les circonstances dont nous venons de parler, ne peut cependant pas être considéré comme remplissant à lui seul l'office d'un digestif; mais il est probable que, par sa dissolution dans la salive et le mucus buccal, il favorise des réactions chimiques utiles aux changemens organiques de quelques alimens. Voici comment s'exprime M. Mialhe à propos du mélange du sucre à la magnésie, explications qui pourraient peut-être bien s'appliquer à la question que nous agitons : « Ce corps, dit-il (le sucre), se transforme dans l'estomac, en tout ou en partie, en acide lactique, lequel agit sur la magnésie de concert avec l'acide hydro-chlorique contenu dans le suc gastrique, la rend soluble et par conséquent active. »

M. Blondlot prétend, au contraire, que le sucre n'est pas altéré par le suc gastrique ni dans l'estomac, ni hors de ce viscère. Chossat dit qu'il aide, tantôt à la formation de la bile, tantôt à celle de la graisse. On voit par là qu'on est aussi peu d'accord sur les réactions du sucre que sur celles de la salive. Ce que l'on sait positivement pour le premier, c'est qu'il éprouve deux sortes de métamorphoses sous l'influence de certaines matières organiques, la formation alcoolique et la formation lactique.

D'après ces seules données, il est difficile, dans l'état actuel des choses, et au milieu d'opinions si diverses et si contradictoires sur les propriétés du sucre, et le rôle que la salive joue dans l'acte digestif, de donner l'explication de leurs transformations et de leurs réactions dans les dissolutions dont nous venons de parler.

Que le sucre ait seul la propriété d'être digestif, que ce soit la salive ou que ce soit à la réunion de ces deux agens, réunion donnant peut-être encore lieu à des produits nouveaux, en contact avec les fluides de l'estomac, le fait de l'obtention du calme dans les cas dont il s'agit, est trop fréquent pour ne pas être pris en considération.

Le sucre blanc n'a pas le même effet, il dessèche la bouche et la gorge, et la sécrétion salivaire est infiniment moindre. On ne doit donc pas être surpris que M. Londe le trouve plus nuisible qu'utile aux personnes qui offrent des symptômes de gastralgie. Dissous dans l'eau, il ne réussit pas davantage; ce qui tient à ce que les boissons aqueuses sont dans ces circonstances mal supportées. Il est vrai que le sucre candi, employé comme nous venons de le dire, n'est, la plupart du temps, qu'un palliatif; mais parce qu'il faut y revenir sans cesse, en est-il moins précieux pour cela ?

(*Ann. méd. de la Flandre occid.*)

PRESSE MÉDICALE.

Gazzetta medica toscana. — Décembre 1852.

Emploi topique du chloroforme dans le traitement de la goutte; par le docteur Raimond BARTELLA.

M. le docteur Bartella, qui s'est livré, dans ces derniers temps, à quelques essais thérapeutiques sur l'emploi topique du chloroforme, a pensé qu'on pourrait en faire usage avec succès dans le traitement de la goutte, et les résultats de ces applications ont été, suivant lui, des plus remarquables. Ces résultats trouvent du reste leur confirmation dans les expériences faites, il y a quelques années, par notre collaborateur, M. le docteur Aran, avec les applications anesthésiques, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, maladie qui offre tant de points de contact avec la goutte. Quoi qu'il en soit, comme dans une question de ce genre, les faits valent mieux que les paroles, nous donnerons en substance les faits rapportés par M. Bartella.

OBS. I. — Un malade, qui avait été guéri de la goutte une première fois avec le chloroforme en applications topiques, au mois de mai 1850, fut pris tout d'un coup, le 17 juillet dernier, de douleurs goutteuses si vives dans les extrémités inférieures, qu'elles lui rendirent tout mouvement impossible. J'appliquai immédiatement sur le pied gauche, dit M. Bartella, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, 50 gouttes de chloroforme, et 25 gouttes seulement sur l'articulation homologue du côté opposé. Le malade éprouva les mêmes phénomènes que l'année précédente, c'est-à-dire de la chaleur, du picottement, de la brûlure; le tout dura de 8 à 35 minutes. Dix minutes après, l'appareil fut enlevé, la peau était rouge, la douleur avait diminué au point que la pression et les mouvemens violens du pied avaient peine à la réveiller, et le malade passa une nuit très calme. Le lendemain à la même heure, nouvelle recrudescence de la douleur, qui ne tarda pas à céder à une nouvelle application de 25 gouttes de chloroforme seulement. Mêmes phénomènes physiologiques, mais aussi même soulagement; nuit calme, et le lendemain le malade pouvait se lever et marcher sans autre incommodité qu'une sensation d'engourdissement dans les deux pieds. Depuis cette époque, le malade n'a pas eu de rechute.

OBS. II. — Un négociant, homme presque septuagénaire, d'un tempérament sanguin veineux, me consulta le 17 août dernier, dit M. Bartella, pour une douleur ayant son siége au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, aux deux pieds, douleur dont il avait été atteint la veille. Effectivement, cette articulation était gonflée, rouge et douloureuse. Du reste, pas de cause connue, pas de troubles manifestes des fonctions, pas d'antécédens goutteux; de sorte que, restant dans le doute, je me bornai à prescrire une boisson tartarisée, et l'application topique de feuilles de laitue. Dans la journée, les phénomènes locaux se dessinèrent davantage avec les symptômes généraux, de sorte que je me décidai à appliquer 40 gouttes de chloroforme sur l'articulation du gros orteil des deux pieds. A la suite, le malade éprouva les phénomènes physiologiques ordinaires, plus marqués cependant au pied gauche (chaleur après 10 minutes, picottemens après 18 minutes, brûlure à 30 ou 40 minutes). Enfin, après trois quarts d'heure, l'application fut enlevée; la peau était rouge et la douleur sensiblement moindre. La nuit fut calme, sans retour des douleurs. Mais le lendemain, à la même heure, la douleur augmenta sensiblement. Nouvelle application de 50 gouttes; mêmes effets physiologiques, mais effets thérapeutiques plus marqués, de sorte que la journée et la nuit furent tranquilles. La douleur s'étant de nouveau exaspérée le lendemain matin, et le malade présentant un peu de dureté du pouls (il avait omis de se faire pratiquer une saignée habituelle), on lui fit une saignée du bras, puis une seconde dans la même journée, sans que le sang offrît rien de particulier. Ces deux saignées n'ayant rien fait, on revint à une troisième application de 60 gouttes. Cette fois, les phénomènes physiologiques se développèrent avec rapidité et la sensation de brûlure dura 35 minutes. En revanche, après 45 minutes, la peau, qui était très rouge, était indolente et insensible à la pression. Le jour d'après, le malade se levait et marchait, conservant seulement, comme le premier, une sensation d'engourdissement. Rétablissement complet.

OBS. III. — Un capucin, âgé de 50 ans, me fit appeler le 6 octobre dernier pour une douleur qui lui était survenue depuis dix jours à l'articulation du gros orteil du pied droit, au milieu d'une santé parfaite, et qui l'empêchait de marcher (il était sujet d'ailleurs à des douleurs qui avaient été caractérisées par les uns de goutteuses ou d'arthritiques, par les autres de rhumatismales). L'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil était en effet gonflée, rouge, douloureuse même au moindre contact; phénomènes qui, dans le courant de la nuit précédente, s'étaient étendus jusque sur le dos du pied. Application immédiate de 50 gouttes de chloroforme ; chaleur 8 minutes après, picottemens après 15 minutes, brûlure après 20 minutes, qui dura jusqu'à 35 minutes. Je levai l'appareil comme dans les cas précédens, trois quarts d'heure après, et je trouvai la peau rouge, la partie malade peu sensible même à la pression. La journée et la nuit se passèrent sans douleur ; mais le lendemain, la douleur ayant augmenté, je fis une nouvelle application. Mêmes phénomènes physiologiques, seulement moins intenses. A la suite, le malade put mouvoir librement son pied sans douleur. Le lendemain il se levait et pouvait marcher sans douleur, à l'exception de l'engourdissement noté plus haut, qui, ainsi que dans les cas précédens, alla toujours en diminuant.

On voit, dit en terminant M. Bartella, quels ont été les avantages du chloroforme dans ces trois cas. En peu de temps, on est venu à bout d'accès de goutte qui, traités autrement, auraient certainement suivi une marche plus grave et plus prolongée, et qui auraient sans doute laissé les parties souffrantes bien plus disposées aux rechutes et à de longs accès goutteux.

VARIÉTÉS.

LA MÉDECINE EN CALIFORNIE. — Nous trouvons dans un journal allemand, le *Medicinische neuvikeiten ein intelligenzblatt fur praktische aertze*, une lettre venant de la Californie et qui donne une idée de l'état de la médecine dans le pays de l'or. Les médecins qui habitent ce pays, et principalement ceux de San Francisco, ont formé une Société et dressé un réglement des honoraires pour les différens services qu'ils peuvent être appelés à rendre aux malades. Voici ce tableau curieux :

Pour une consultation médicale à domicile et pour une visite, 32 dollars (160 fr.).

Pour une visite simple, 12 d. (60 fr.)

Pour une consultation, 16 d. (80 fr.)

Pour une visite extraordinaire durant plus d'une heure, 32 dollars (160 fr.)

Pour une consultation de nuit, 100 d. (500 fr.)

Pour une consultation hors la ville, 10 d. par mille (50 fr.)

Pour un certificat judiciaire, 150 d. (750 fr.)

Pour une déclaration devant le juge, 200 d. (1,000 fr.)

Pour un certificat mortuaire sur demande de la famille, 100 d. (500 fr.)

Pour un accouchement, 3,000 d. (15,000 fr.)

Pour une réduction de luxation, 300 d. (1,500 fr.)

Pour l'extraction d'un calcul vésical, 1,000 d. (5,000 fr.)

Pour une opération de cathétérisme, 32 d. (160 fr.)

Pour une dilatation de l'urètre, 300 d. (1,500 fr.)

Pour une exploration de l'anus et de la vessie, de 50 à 100 d. (de 250 à 500 fr.)

Pour l'amputation d'un doigt, 100 d. (500 fr.)

Pour l'opération du trépan, 2,000 d. (10,000 fr.)

S'il n'y a pas d'exagération dans le chiffre, et si les cliens veulent se soumettre à ce réglement, la médecine serait une belle chose en Californie.

Une lettre d'un médecin anglais, établi en Californie, montre les choses sous un aspect moins favorable. Ainsi, les maladies y sont très communes, principalement la diarrhée, qui se termine par la dyssenterie, le choléra, le typhus et les fièvres intermittentes pernicieuses. Triste situation que celle de ce malheureux qui se trouve pris par la maladie au milieu des mines, payant dans un bouge, pour se loger, 60 francs par semaine, sans une âme qui s'intéresse à lui, sans un ami charitable qui veuille bien lui donner une goutte d'eau pour humecter ses lèvres brûlantes ! S'il a de l'argent, il appelle un médecin, et quel médecin! qui lui prend immédiatement 25 fr. et ne revient que si la bourse du malade est bien garnie. Les choses qui valent 1 franc en France en valent de 15 à 30 dans ce pays. S'il meurt, il est jeté dans une fosse comme un malfaiteur, après avoir été abandonné de tout le monde s'il a épuisé ses ressources avant de mourir.

Rien de plus facile à comprendre, dit ce médecin, que le nombre des maladies : c'est l'or qui est le but de toutes les recherches, mais l'or ne se trouve qu'au prix de mille fatigues ; il faut descendre dans des mines de 20 à 30 pieds de profondeur, avoir de l'eau jusqu'au genou, mettre les mains dans l'eau et dans la fange, et rester ainsi un grand nombre d'heures au milieu de l'humidité, bravant la faim, la soif, le soleil, sans parler des déceptions amères qu'entraîne une pareille situation. Pour comble de malheur, le vol et l'assassinat sont à l'ordre du jour. Voleurs et assassins ne redoutent pas la justice qui les craint. Le pays de l'or est donc l'enfer sur la terre.

Peut-être le tableau est-il exagéré; mais ce que nous en savons aujourd'hui est bien suffisant pour détourner les jeunes médecins d'aller chercher fortune dans un pareil pays. Les charlatans et les empiriques y pullulent, d'ailleurs, comme dans tous les pays nouveaux, et un médecin honnête homme aurait bien peu de chance d'y faire son chemin.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 20. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 17 Février 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An.............. 32 Fr
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 16 FÉVRIER 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La séance était à peine ouverte, que M. le président, avec des formes très polies, sans doute, a annoncé à l'assistance un comité secret. Ce secret intriguait beaucoup quelques personnes; mais il est bientôt devenu le secret de tout le monde. Il s'agissait d'un rapport fait par M. Dubois (d'Amiens), pour proposer la nomination de M. le docteur Conneau, premier médecin de l'Empereur, au titre d'académicien libre. L'Académie, comme on le comprend, a voté par acclamation; et véritablement l'on ne comprend pas bien le comité secret pour un témoignage d'estime envers un confrère modeste, qui, loin d'abuser de son éminente position pour rechercher les honneurs, les décline au contraire avec autant de goût que de convenance. L'assistance aurait applaudi à cet acte honorable de l'Académie, et on l'a privée du plaisir de s'y associer.

M. Depaul a terminé la lecture de son rapport étendu sur les communications de M. Maslieurat-Lagémard, relatives à plusieurs points d'obstétrique. La discussion de ce rapport a été renvoyée à la prochaine séance.

Il en a été de même d'un rapport de M. Bouchardat, qui, au nom de la commission des remèdes nouveaux et secrets, demandait l'application favorable du décret du 3 mai 1850 au lactucarium et à l'opium indigène de M. Aubergier, de Clermont. La manière dont la discussion a été engagée dans cette première action, nous fait craindre que l'Académie ne puisse se rendre bien compte et de ce qu'on lui demande, et des conséquences du vote négatif dans lequel on voudrait l'entraîner. Puisque la discussion a été renvoyée à la séance prochaine, nous donnerons quelques éclaircissemens sur ce sujet dans un prochain numéro.

Amédée LATOUR.

HYDROLOGIE.

DE L'ALCALISATION DE L'URINE CONSIDÉRÉE COMME PHÉNOMÈNE D'ÉLIMINATION, CHEZ LES MALADES SOUMIS AU TRAITEMENT THERMAL DE VICHY.

Deux communications intéressantes viennent d'être adressées sur ce sujet à l'Académie de médecine, l'une par M. le docteur Durand-Fardel, médecin-inspecteur des sources d'Hauterive, près Vichy; l'autre, qui est une réponse à la première, par M. le docteur Ch. Petit, médecin-inspecteur-adjoint des eaux de Vichy. Nos lecteurs nous sauront gré de leur présenter, dans le même article, les opinions de nos deux savans confrères :

1° NOTE DE M. DURAND-FARDEL.

On sait que l'urine des personnes qui font usage des boissons alcalines en certaine quantité, perd de ses qualités acides et devient elle-même alcaline; c'est ce que l'on observe principalement à Vichy, sous l'influence du traitement thermal.

Ce phénomène n'a guère encore été considéré que sous un point de vue qui nous paraît manquer d'exactitude. On a supposé que, sous l'influence des principes alcalins introduits dans l'économie, les qualités de nos humeurs, du sang en particulier, se trouvaient modifiées, et que par suite de cet état auquel on a donné le nom de *saturation alcaline* de l'économie, les acides qui font la base de nos sécrétions les plus importantes, les sécrétions excrémentitielles en particulier, neutralisés par ce changement de milieu, disparaissaient et se trouvaient remplacés par des produits alcalins.

Une autre interprétation du phénomène qui nous occupe, plus conforme, suivant nous, aux notions de la physiologie, comme aux faits pathologiques auxquels il s'applique, nous a paru mériter d'être exposée devant l'Académie. Tel sera l'objet de cette courte note.

Il est une loi de l'organisme, d'après laquelle les principes non assimilables, c'est-à-dire non susceptibles d'être convertis en notre propre substance par le fait de la nutrition, tendent à être rejetés au dehors; les organes de cette élimination sont les organes des sécrétions excrémentitielles, et en particulier les reins. C'est une idée aussi ancienne que la médecine que celle de cette tendance de l'organisme à expulser les substances nuisibles ou inutiles, qui peuvent exister dans son sein; manifestation palpable de la nature bienfaisante et médicatrice, il était réservé à la médecine moderne de la mettre en lumière par une démonstration qui emprunte à la chimie ses procédés et son évidence.

C'est à la toxicologie et au savant éminent qui en est pour ainsi dire le créateur, que revient l'honneur de cette démonstration, assurément un des faits les plus intéressans de la science contemporaine. C'est en poursuivant la recherche des poisons chez l'homme vivant, comme sur le cadavre, que M. Orfila a retrouvé dans l'urine, et peu de temps après leur introduction, la trace de toutes les substances toxiques minérales introduites dans nos organes par quelque voie que ce soit, et c'est le même ordre d'idées et d'expérimentations, qui a fait retrouver dans l'urine la trace des substances médicamenteuses prises dans un but tout différent.

Ce n'est pas tout : revenant par un cercle d'idées dont l'histoire de la science nous fournit tant d'exemples, aux plus anciennes croyances de la médecine, vous avez vu, dans une circonstance récente et destinée à laisser de si profonds souvenirs, notre illustre collègue supposer que les maladies épidémiques, les maladies contagieuses, les maladies sporadiques même d'un certain caractère, n'étaient que le résultat d'une cause matérielle et palpable infectant nos organes et dont la nature, empressée de nous débarasser, laisserait saisir, à de savantes analyses, des traces reconnaissables dans les résidus de l'économie.

C'est donc un fait acquis à la science, Messieurs, sans invoquer davantage ces dernières hypothèses, dignes cependant de toutes nos méditations, que toute substance non assimilable, introduite dans l'organisme, tend à être éliminée, par la voie de certaines sécrétions, dont les reins et la peau sont les organes essentiels.

Pourquoi les alcalins échapperaient-ils à cette loi? Vous allez voir qu'il n'en est rien et qu'ils obéissent, comme tant d'autres principes, à cette règle conservatrice de l'organisme.

L'usage des eaux de Vichy pendant la durée ordinaire d'un traitement thermal, sujet dans lequel je renfermerai cette étude, a pour effet d'introduire dans l'économie des quantités considérables de bicarbonate de soude, les autres principes minéralisateurs pouvant être négligés.

C'est ainsi qu'en supposant la dose modérée de cinq verres d'eau minérale par jour, nous trouvons qu'au bout de vingt-cinq jours, durée moyenne d'un traitement, 150 grammes de bicarbonate de soude auront été introduits dans nos organes (1);

(1) On peut évaluer à 250 grammes en moyenne la contenance des verres dont se servent les malades à Vichy.

Feuilleton.

SUR LES DEVOIRS PROFESSIONNELS DU MÉDECIN (1);

Discours prononcé à la Société médicale du 1er arrondissement, dans la séance du 13 Janvier 1853,

Par M. le docteur FOISSAC, président.

On se demande quelquefois s'il est convenable qu'à un certain terme de sa carrière, le médecin renonce à l'exercice d'un art bienfaisant, et à quel âge il doit songer au repos et à la retraite. Le soldat qui a glorieusement servi son pays, criblé de blessures et accablé de fatigues, dépose son épée sans honte; le magistrat descend parfois du siége où ses cheveux ont blanchi; dans toutes les conditions, celui qui a payé sa dette à la société, a le droit incontestable de demander la tranquillité pour sa vieillesse, et de passer loin des agitations du monde et des affaires les instans si courts qui le séparent de la tombe. Non seulement le médecin peut en agir ainsi sans manquer à ses devoirs professionnels, mais encore il le doit lorsque sa vigueur s'éteint, quand ses facultés actives l'abandonnent, quand la vieillesse s'appesantit sur lui et enlève un à un les dons brillans que la nature lui avait prodigués. Mais de même que la patrie, dans un péril suprême peut demander au vieux guerrier sa dernière goutte de sang, de même aussi la société, décimée par quelque fléau, a toujours le droit de faire appel au courage et à l'expérience du praticien au fond de sa retraite, et jamais la voix du malheur ne les réclame en vain.

Lorsque le médecin conserve, en dépit des ans, la plénitude de ses facultés, il lui est loisible, sans doute, de continuer l'exercice de sa profession. Ajoutons avec douleur que la nécessité lui en impose souvent la dure obligation. L'homme qui a consacré toute son existence au soulagement de ses semblables, n'a pas toujours rencontré dans leur cœur assez de reconnaissance pour que sa vieillesse se trouve à l'abri des premiers besoins de la vie. On voit des praticiens, tels que Double, Fouquier, Hufeland, se livrer aux consultations et visiter des malades quelques jours avant leur mort, Bordeu et Récamier quelques heures même auparavant. Bouvart, dont la gloire comme praticien aurait été si pure s'il avait connu la douceur et l'indulgence, préférait renoncer à la vie qu'à sa profession; lorsqu'il s'aperçut que ses facultés baissaient, l'existence lui devint à charge; dans sa dernière maladie, il consentit à voir Mac-Mahon, mais il refusa toute espèce de remèdes en ajoutant : « Tant que j'ai pu être utile, la vie a eu quelqu'attrait pour moi, mon jugement est déjà prononcé; j'ai oublié le passé; le présent n'est plus pour moi qu'un point imperceptible; le futur est ce qui m'occupe. » Il rendit le dernier soupir le 19 janvier 1787.

Combien de glorieux exemples nous offre la fin de la carrière de certains médecins! Ici, c'est Hamon donnant son bien aux pauvres, vendant même sa bibliothèque et se retirant dans la solitude de Port-Royal pour y mener pendant trente ans la vie la plus austère; il ne sortait que pour aller visiter, secourir et consoler les pauvres malades de la campagne. Là, c'est Geoffroy (Etienne-Louis), non moins célèbre zoologiste que praticien distingué. Pendant cinquante ans, il ne cessa de donner des soins à tous les malades riches et pauvres. Désignant à son confrère Andry ceux qu'il lui confiait pendant une absence, il en avait marqué quelques-uns d'un signe particulier, et lui recommandait de les visiter avec plus de soin, *attendu*, dit-il, *qu'ils ne payaient pas.* Ruiné par la révolution et conservant à peine une modeste aisance, il se retira à Chartreuve, près de Soissons, où il mourut en 1810, âgé de 85 ans. Dans sa modeste retraite, il ne refusa jamais ses avis aux pauvres. Forcé, par les vœux des habitans de Reims et de Soissons, de se rendre une fois par an dans ces deux villes, Geoffroy donnait aux plus nécessiteux de ses consultations l'argent que lui laissaient les riches, ne le regardant pas comme son bien propre.

Le médecin peut donc choisir entre tant de modèles également honorables. Cependant, je ne crains pas de l'avouer, il m'a toujours paru plus digne de sa noble mission de ne point attendre que la confiance se retire de lui pour aller dans la retraite demander à l'étude, à la philosophie et à la religion de la force et des consolations pour la vieillesse. Un grand poète qui était médecin lui-même, et qui par conséquent aurait dû connaître mieux les hommes de sa profession, Goëthe a osé dire : *la destinée du médecin est de vivre heureux; de faire le bien et de mourir avec grâce.* Vivre heureux, quelle dérision! Mourir avec grâce.... Jouons-nous donc la comédie comme Octave (1)? Non, assurément, et quoique, suivant l'abbé de Rancé, ceux qui meurent, bien ou mal, meurent souvent plus pour ceux qu'ils laissent dans le monde que pour eux-mêmes; cependant l'homme qui, à l'exemple du médecin, a vu la fragilité de toutes les choses humaines, de la grandeur, de la richesse, de la santé, du bonheur même, cet homme n'arrive jamais sans des pensées graves et sérieuses devant cette seule réalité de la vie : *la mort, ce rien de tout*, ou plutôt cette initiation à la seule vraie science, la destinée de l'Ame. Le médecin n'a-t-il pas besoin de se recueillir devant cette épreuve suprême, à moins qu'on ne pense de lui que toute sa vie, comme celle du véritable philosophe, a dû être une méditation de la mort?

J'arrive, Messieurs, aux devoirs des médecins envers les malades dont la vie et la santé sont un dépôt sacré sur lequel on ne saurait veiller avec trop de sollicitude. Combien cette responsabilité est pesante pour l'homme de bien! N'a-t-il rien négligé pour prévenir le mal, pour le combattre, pour en arrêter les progrès? Le malheur survenu ne peut-il être attribué à son ignorance, ou seulement même à son imprévoyance? Deux ennemis implacables lui font une guerre à outrance, l'opinion et sa conscience; cette dernière même n'est pas la plus facile à apaiser. Aussi, toujours vigilant dans son apparente insouciance, toujours inquiet, malgré la sécurité de son front, le médecin ne goûte jamais de repos. S'éloigne-t-il pendant quelques jours du théâtre habituel de sa pratique,

(1) Voir les numéros des 27 Janvier, 3 et 10 Février.

(1) Auguste mourut à Nole d'un flux d'entrailles. Sa fin, comme il l'avait toujours désiré, fut douce et prompte. Le dernier jour, il chercha par des soins de toilette à dissimuler la pâleur de ses joues, fit venir ses amis et leur demanda s'il leur paraissait avoir bien joué le drame de la vie, ajoutant cette finale : Si tout est bien, donnez vos applaudissemens à ce jeu, et tous ensemble battez des mains avec plaisir.

si l'on suppose la dose plus considérable de douze verres par jour, 375 grammes; enfin si l'on admet la dose de vingt verres, que nous voyons prescrire, malgré ce qu'elle peut avoir d'excessif, nous trouvons que 600 grammes ou 25 grammes par jour auront été absorbés, et cela sans compter la proportion considérable encore qui en doit pénétrer, pendant le séjour d'une heure au moins par jour, dans un bain minéral.

Supposer que ces centaines de grammes de bicarbonate de soude, introduits pendant une durée de temps très limitée, sont demeurés dans l'organisme, pour y imprégner nos organes de principes alcalins et les saturer, comme on dit, est sans doute inacceptable. Il a bien fallu que ce sel, corps étranger pour l'économie, en disparût sous une forme quelconque; mais il y a dans ce sel une partie fixe, la soude, qui n'a pu se décomposer, elle a dû être éliminée. En effet, l'urine, sous l'influence de ce traitement, devient neutre, puis alcaline, la sueur elle-même s'alcalinise, nous saisissons en quelque sorte au passage l'élément minéralisateur de l'eau de Vichy.

Mais ce phénomène d'élimination, quelle en est la signification, et dans quelles circonstances se produit-il? Voici ce que nous avons surtout à examiner, car, pour le fait lui-même, il est patent et vulgaire.

On a supposé que l'alcalisation de l'urine n'avait lieu qu'alors que l'économie, se trouvant *saturée* de sels alcalins, ne rencontrait plus d'acides à éliminer, et rejetait au-dehors des sécrétions alcalines, au lieu des sécrétions acides qui appartiennent à l'état physiologique.

Ce mot de *saturation*, dont on abuse assez généralement au sujet des traitemens thermaux, se comprend dans le sens physiologique : il signifie alors qu'il est une certaine limite dans laquelle l'économie accepte les substances qu'on y introduit, limite variant sans doute suivant les conditions individuelles, et qui se mesure par ce qu'on appelle la tolérance. Mais la cessation de la tolérance ne s'annonce pas ordinairement par des phénomènes paisibles et indéfiniment continus d'élimination : elle se traduit au dehors par des phénomènes pathologiques?

Prendrons-nous le nom de saturation dans le sens chimique? Comprenez-vous, Messieurs, nos organes baignés de toutes parts dans des liquides alcalins, le sang *fluidifié*, nos tissus *délayés*, le bicarbonate de soude imprégnant tout notre être, enfin la saturation réalisant pour l'organisme une dissolution générale, et lui faisant regretter sans doute l'injection, conservatrice au moins, dont il est facile aujourd'hui de protéger nos restes.

Telle est, en effet, Messieurs, la traduction littérale du mot *saturation*, pris dans le sens chimique, c'est-à-dire dans l'acceptation qui l'a fait indiquer, comme l'œuvre à poursuivre dans le traitement par les eaux de Vichy.

Nous ne supposerons donc pas que l'alcalisation de l'urine puisse être considérée comme le symptôme d'un état de saturation chimique de l'économie, car cette saturation serait plus qu'un état toxique, elle serait incompatible avec la vie. Mais est-elle l'indice d'un état de saturation physiologique, c'est-à-dire de cet état que l'on peut supposer exister lorsqu'on vient à cesser la tolérance de l'économie pour un médicament.

Non sans doute, car voici ce qui s'observe.

Aussitôt que l'on absorbe de l'eau de Vichy, l'urine prend, ou du moins peut prendre des caractères alcalins.

C'est-à-dire qu'avant une heure passée dans un bain d'eau de Vichy, et sans avoir bu un seul verre d'eau minérale, l'urine est devenue neutre ou même alcaline.

Il n'y a sans doute encore aucune espèce de saturation de l'économie, au bout d'un temps très court, que M. Chevallier a vu ne pas dépasser dix-neuf minutes, et nous-même trente minutes. Que signifie donc ce phénomène? Il signifie que le bicarbonate de soude est, pour nos organes, un corps étranger dont ils ont hâte de se débarrasser, par les voies ordinaires d'élimination.

Il arrive ici ce que l'on observe après une injection d'iode, qui suffit pour que la présence de ce corps se retrouve dans l'urine, bien qu'assurément l'économie ne soit pas encore saturée de préparations iodées.

A mesure que le traitement se poursuit, cette élimination devient plus active; l'urine, de neutre, devient franchement alcaline, et, d'après d'Arcet, cité par M. Chevallier, dans son travail si complet et si intéressant sur la dissolution de la gravelle, un litre peut saturer jusqu'à 2 grammes 4 décigrammes d'acide sulfurique (1); la sueur, la salive, toutes les sécrétions enfin, empruntent le même caractère aux principes qu'elles contribuent à éliminer.

L'activité de cette élimination n'est pas la même chez tout le monde. En effet, lorsque, pendant le cours du traitement thermal, on examine l'urine du matin, on trouve que, chez un certain nombre d'individus, elle est encore bien alcaline; chez d'autres, elle n'est plus que neutre; chez d'autres, enfin, elle a repris un certain degré d'acidité. Il est remarquable que ces différens résultats ne présentent de rapports certains ni avec la quantité d'eau minérale absorbée, ni avec la durée du traitement, ni avec la nature de la maladie. Il est au contraire un instant de la journée où tout le monde a l'urine franchement alcaline, c'est l'heure où l'on boit. C'est en général à jeun, le matin, et aussi avant le dîner, que les malades boivent les verres d'eau minérale qui leur ont été prescrits; alors l'urine est alcaline. Ceci prouve, comme l'avait prouvé l'effet si remarquable d'un bain sur l'urine, que l'élimination des alcalins se fait avec une grande rapidité; mais que, suivant qu'elle est plus ou moins active, elle s'achève alors et se continue pendant les heures qui suivent, ce que l'on reconnaît au degré d'alcalinité que conserve l'urine, ou à l'acidité qui y reparaît. M. Orfila neveu, dans les intéressantes recherches communiquées l'année dernière à l'Académie des sciences, avait également reconnu que l'activité éliminatrice d'une même substance variait individuellement chez les animaux d'une même espèce.

Il s'établit donc, chez les individus qui suivent le traitement thermal, un double courant, l'un introduisant des principes minéralisateurs dans l'économie, l'autre les rejetant; et c'est cette seule circonstance qui, seule, permet de porter à des doses énormes, de 10 à 30 grammes, la proportion des matériaux solides absorbés en un jour.

Maintenant, il est vraisemblable que tout n'est pas éliminé. Quelle proportion en conserve l'économie? Quel rôle y joue cette proportion retenue? Ceci ne nous paraît pas plus aisé à définir que s'il s'agissait de principes salins, de principes sulfureux, que s'il s'agissait des préparations iodurées, mercurielles, etc. Il est vrai que l'on ne s'est pas toujours exprimé avec la même réserve. On a cru que, par l'entremise de nos humeurs changées en de véritables menstrues chimiques, toutes sortes de choses se dissolvaient en nous, et réalisant en imagination cette idée de dissolution de l'économie, que nous présentions tout à l'heure comme un fantôme vain, on a écrit que l'eau de Vichy dissolvait les muscles et la graisse des personnes qui en font usage, ce qui fait que, s'il en était ainsi, on s'en irait de Vichy dans un fort triste état.

Qu'avait-on vu de tout cela? On avait vu des graviers d'acide urique se dissoudre dans l'eau de Vichy. En fait d'expériences et d'observations sur ce sujet, on n'a pas encore été plus loin. Mais la vraie raison de ces théories, que l'on n'a pas craint de développer à l'instar de choses observées et expérimentées surabondamment, c'est que l'on ne concevait pas comment tant de bicarbonate de soude pouvait se trouver dans l'économie, sans dissoudre quelque chose, dût-il nous dissoudre nous-mêmes. Mais si l'on reconnaît que les principes minéralisateurs de l'eau de Vichy sont éliminés au moins en partie, non pas quand il existe une saturation imaginaire, mais à mesure qu'ils sont introduits, alors on renoncera sans doute à dire que la médication par les eaux de Vichy est une médication *fluidifiante* ou *dissolvante*, parce que de tels mots deviennent un contre-sens absolu, du moment qu'on en fait l'application aux malades qui s'y soumettent.

Tout ceci ne veut pas dire, bien entendu, que l'action médicamenteuse de l'eau de Vichy soit une action purement dynamique, qu'aucun phénomène de réaction chimique n'y prenne part, et qu'enfin les qualités alcalines de ce médicament ne trouvent aucune occasion de s'exercer une fois introduites dans nos organes! Les phénomènes de sécrétion, de nutrition, dont l'organisation est, dans sa révolution constante, le siége incessant, ne sont autres, en définitive, que des actions chimiques, que dirige la vie. Mais si nous devons attendre encore avant d'accepter la merveilleuse traduction que Berzélius, Liébig et Dumas nous ont donnée de cette chimie vivante, à plus forte raison nous abstiendrons-nous de formuler l'action encore ignorée des eaux minérales sur nos organes sains ou malades.

Quoi qu'il en soit de ces questions, que nous n'avons dû toucher qu'incidemment, l'éliminination des principes minéralisateurs introduits par l'eau de Vichy est, comme nous avons dit, la conséquence d'une loi physiologique, et en même temps une garantie contre le danger d'introduire dans l'économie un excès de principes étrangers. C'est là ce qui permet sans doute à la tolérance de s'entretenir pendant un temps souvent prolongé. Cependant, nous voyons cesser la tolérance elle-même.

On peut observer, pendant la durée des traitemens thermaux, plusieurs séries d'accidens dont il importe de connaître la signification.

Il y a d'abord une période, ou d'excitation, ou même de *fièvre thermale*, qui s'observe peu après le début du traitement, et qui, du reste, manque souvent. C'est le résultat du défaut d'habitude de nos organes, lesquels réagissent d'abord contre une médication stimulante; mais ils s'habituent, et la tolérance s'établit.

Puis vient une époque où la tolérance disparaît. Cela veut-il dire que nos organes sont saturés? Saturés physiologiquement, si vous le voulez, et ce mot alors n'a pas grand sens, à vrai dire; mais pour chimiquement, non sans doute. Car, dans ce dernier cas, on observerait autre chose que du dégoût, de la pesanteur, de l'anorexie, de la peine à digérer les eaux.

Cependant, on peut observer aussi la saturation chimique, non pas sans doute dans un sens absolu, ce qui ne pourrait

(1) Chevallier, *Essai sur la dissolution de la gravelle et des calculs de la vessie*, 1837, p. 92.

---

il craint, pendant cette absence, les malheurs imprévus qui peuvent frapper ses cliens, il redoute même de s'en voir imputer une partie, car on sait que la connaissance du tempérament des malades peut inspirer au médecin habituel des moyens de guérison inespérés?

Combien le caractère, et nous pouvons dire les préjugés et les caprices des malades n'exigent-ils point tout à la fois de prudence, de souplesse et de fermeté de la part du médecin? Les uns, craintifs à l'excès, se perdent en divagations, exagèrent leurs plus légères douleurs; d'autres, par leur taciturnité et des réticences calculées, semblent vouloir le tromper et lui laisser ignorer l'origine du mal. Ceux-ci se fâchent lorsqu'on les rassure, ceux-là quand on ne leur cache pas assez ses alarmes; on vous reproche votre physionomie triste ou gaie, on interprète votre silence, on veut que l'avenir n'ait pour vous aucun voile, aucun nuage. Quelques malades demandent des explications sans fin, et se montrent d'une exigence intolérable; le médecin leur appartient, ils prétendent disposer de son repos, de ses occupations et même de ses plaisirs. Et comme si ce n'était pas assez des malades, les parens, les amis, les indifférens même mettent la longanimité du médecin à l'épreuve, scrutent ses regards, interprètent ses moindres paroles et veulent parfois exiger qu'il désigne une maladie qui n'est pas encore caractérisée, et prévoie une issue qui est connue de Dieu seul.

Entouré de tant de difficultés, le véritable praticien a besoin d'une grande circonspection et d'une rare sagacité. Maître de la confiance des malades, il saura la faire tourner habilement à leur profit : « Les maladies, dit Celse, ne se guérissent pas par de beaux discours, mais par des remèdes. Un homme sans facilité pour s'exprimer, mais qui connaîtrait bien les préceptes consacrés par l'expérience serait bien plus grand médecin que celui qui, négligeant cette connaissance, aurait exclusivement cultivé l'art de la parole. » Celse a raison. Toutefois, l'art de la parole, dont on use sobrement, peut devenir l'art de persuader. La confiance qu'on inspire aux malades, et l'espérance dont on les nourrit viennent en aide aux bons soins et secondent puissamment l'action des remèdes sagement prescrits. Sans heurter leurs opinions, en respectant même leurs préjugés, on peut faire entendre la vérité. Complaisant sans faiblesse, cédez parfois à quelques exigences qui ne seraient point préjudiciables. Vous rencontrez chez certains malades une rare indocilité, une inconstance perpétuelle, une résistance blessante. Si l'un d'eux désobéit avec opiniâtreté, s'il porte ailleurs sa confiance, ne montrez ni colère, ni indignation. Plaignez même doucement une erreur parfois chèrement expiée, et retirez-vous avec dignité. *Le temps venge.* Si le malade revient à vous, ne témoignez ni froideur, ni empressement, ni rancune. Quels que soient les torts, vous ne pouvez jamais refuser vos soins à qui les réclame. Aucun sentiment d'animosité et de vengeance ne doit approcher d'un cœur dont l'amour de l'humanité a pris possession.

Le médecin s'attache davantage au malade qu'il a guéri que celui-ci ne s'affectionne à son bienfaiteur. Si quelques personnes, en effet, montrent un cœur reconnaissant, on en voit d'autres, à peine arrachées au danger, s'efforcer d'amoindrir le service rendu, ou faire honneur de la guérison à la nature. Dans ces circonstances, il est permis au médecin, sinon de s'élever un piédestal, du moins de faire respecter la puissance de l'art dont il est le dispensateur, et de rappeler des ingrats au sentiment de la justice et de la reconnaissance. D'autres, atteints d'une indisposition légère, qui les avait vivement effrayés, prétendent avoir été sauvés d'un grand danger, et veulent faire honneur au médecin d'une guérison qu'ils regardent comme miraculeuse. Le praticien consciencieux ne profitera pas de cette faiblesse. L'art de faire valoir ses succès dans le monde, ne doit rien emprunter au mensonge et au charlatanisme.

L'expérience nous a appris, Messieurs, que, dans l'économie animale, pour nous servir des expressions de Galien, il n'y a point de lois invariables: *Nil in corpore vivente plane sincerum.* En effet, sans être un art conjectural, comme on lui en fait le reproche, la médecine ne possède pas de règles sûres et infaillibles. Toute maladie offre à son début quelque incertitude, et souvent l'obscurité des symptômes ouvre un vaste champ à l'erreur. Le médecin doit donc ne rien négliger, et se prononcer même avec une extrême circonspection. Je ne prétends pas qu'avec les moyens de diagnostic de la science moderne, on puisse méconnaître à leur début une pneumonie menaçante, le croup, la pustule maligne, une fièvre pernicieuse, ou comme les médecins de Louis XV, la variole. Il importe alors de voir juste et d'agir vite et énergiquement. Mais lorsqu'une fièvre peu caractérisée se présente avec quelques symptômes désordonnés, on ne doit pas annoncer aussitôt de la gravité, car tout ce cortége de souffrances se dissipe quelquefois avec rapidité, et la fièvre éphémère se trouve jugée par quelques heures d'un sommeil réparateur, une sueur bienfaisante, ou toute autre crise salutaire. Néanmoins, on ne se hâtera pas de porter un pronostic trop favorable, car une indisposition, peu grave d'abord, peut rapidement devenir sérieuse; bientôt la maladie se caractérise, les symptômes alarmans se déclarent, les complications arrivent et la mort finit par se jouer des traitemens que la science avait cru les plus propres à la conjurer. Dans ces circonstances, toute imprévoyance pourrait devenir fatale à la réputation du médecin comme à la vie même du malade.

(La suite à un prochain numéro.)

Le jury du concours pour l'agrégation en chirurgie et en accouchemens vient de commencer à se constituer. Les juges-professeurs désignés par le réglement ou par le sort sont MM. Laugier, Nélaton, Gerdy et Cloquet.

Les suppléans étaient MM. Malgaigne et Moreau. Mais M. P. Dubois ne pouvant siéger à cause de sa parenté avec un compétiteur, il sera remplacé par M. Malgaigne. M. Moreau ne pouvant devenir juge pour la même raison, il y aura lieu de nommer deux nouveaux suppléans.

Les juges-agrégés désignés par la Faculté sont : 1° MM. Gosselin, Cazeaux et Voillemier, suppléant; 2° MM. Depaul, Jarjavay et Richet, suppléant. C'est parmi ces six noms que M. le ministre choisira les trois juges.

guère se concevoir, mais à un certain degré. C'est alors que, par un abus prolongé des alcalins, il se développe ce qu'on a appelé *cachexie alcaline*, que Cullen avait parfaitement décrite, et que M. Trousseau et M. Magendie ont observée. C'est bien alors que l'on a réalisé la médication dissolvante; seulement, ce n'est plus une médication, c'est un empoisonnement.

Mais, Messieurs, nous ne voyons pas à Vichy de ces saturations, ni de ces cachexies, ou de ces empoisonnemens, car c'est tout un. Et ce qui nous préserve de voir cela, malgré tous les excès journaliers faits avec l'eau de Vichy, c'est l'élimination d'une grande partie des principes absorbés d'abord, et ensuite c'est la cessation de la tolérance, circonstance dont les symptômes, non pas chimiques, mais purement physiologiques, forcent nécessairement d'interrompre un traitement contre lequel l'organisme se révolte.

Messieurs, ces divers points de vue sous lesquels je viens de vous présenter l'élimination des principes minéralisateurs des eaux de Vichy, n'ont rien de neuf, dans ce sens qu'ils sont absolument conformes à ce qui s'observe journellement au sujet des poisons ou des médicamens, introduits par expérience ou autrement dans l'économie. Mais ces mêmes observations n'avaient pas encore, à ma connaissance, été appliquées aux eaux minérales, et en particulier aux eaux de Vichy. C'est là ce qui m'a décidé à les exposer devant vous. Elles ont d'ailleurs, ces observations, une portée plus étendue que le simple fait qu'elles concernent, car elles peuvent aider à rectifier des idées, trop facilement acceptées, malgré leur peu de fondement, sur la partie physiologique comme sur la partie thérapeutique de la médication thermale.

2° LETTRE DE M. PETIT A M. LE PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Monsieur le Président,

Il m'est impossible de laisser passer, sans y répondre, le mémoire qui vous a été lu, dans la dernière séance de l'Académie, par M. Durand-Fardel.

Il s'agit, dans ce mémoire, de l'alcalisation de l'urine et de la saturation de l'économie par les eaux de Vichy, et M. Durand, sans doute pour se faire un thème plus facile, s'est imaginé de présenter ses confrères qui l'ont précédé dans l'étude de l'action des eaux de Vichy, comme n'étant guidés, dans les applications qu'ils font de ces eaux, que par une seule pensée, celle de *saturer* les malades de bicarbonate de soude.

C'est là leur prêter fort gratuitement, comme vous allez le voir, une absurdité.

Pour mon compte, dans ma pratique médicale à Vichy, je n'ai jamais pris pour guide d'autre *saturation* que celle qui se règle sur la *tolérance* des malades, et cette saturation existe pour moi dès que la tolérance commence à diminuer.

Je n'ai même jamais pris pour règle la *neutralisation* de l'acidité des sécrétions. En effet, si j'ai dit que, chez certains individus et dans certaines diathèses, la tolérance permettait d'élever la dose d'eau minérale en boisson à un degré élevé, non seulement sans inconvénient, mais même, dans quelques cas, avec un grand bénéfice pour les malades, j'ai eu soin de signaler aussi le danger qu'il y aurait, dans beaucoup d'autres cas, à dépasser dans les prescriptions, des doses très minimes. J'ai dit, par exemple, que « dès que la tolérance commence à diminuer, les sécrétions des malades restent difficilement alcalines; que le plus souvent même elles reprennent tout à fait le caractère acide; que si les malades sont mal surveillés, mal conseillés, ou veulent persister à boire, malgré l'avis des médecins, ils ne font qu'augmenter leur mal au lieu de le guérir, et que, ce qui semble extraordinaire, leurs sécrétions deviennent alors d'autant plus acides qu'ils cherchent davantage à se saturer de boissons alcalines. Aussi, ai-je ajouté, pourrait-on commettre des fautes très graves, si l'on voulait, dans tous les cas, diriger le traitement des malades seulement d'après l'état d'acidité ou d'alcalinité de l'urine et de la transpiration cutanée. » (*Du mode d'action des eaux minérales de Vichy*, etc., pages 50 et 51. Paris, 1850.)

Est-ce donc là la saturation chimique, absolue, aveugle que l'on vous a présentée comme étant celle *qui aurait été indiquée comme l'œuvre à poursuivre dans le traitement par les eaux de Vichy?*

Lorsqu'à l'avenir M. Durand éprouvera le besoin de critiquer ce que font ses confrères, je le prierai de vouloir bien exposer avec un peu plus d'exactitude ce qu'ils ont écrit; car ce n'est pas la première fois qu'il dénature ce que j'ai dit, et je craindrais que cela ne dégénérât en habitude.

Mais ce n'est pas la seule attaque que son mémoire renferme à mon adresse. Il a surtout critiqué ce que j'ai dit de l'action chimique des eaux de Vichy dans les diverses applications qui en sont faites, comme moyen thérapeutique.

Je n'abuserai pas des instans de l'Académie en venant défendre devant elle ce que j'ai écrit à ce sujet; car, sans contester le moins du monde l'intervention de l'influence nerveuse dans l'accomplissement des phénomènes qui se passent dans nos organes, je ne crois pas que, dans l'état actuel de la science, l'on puisse mettre en doute l'action chimique d'un grand nombre de médicamens, et ne pas voir dans toutes nos fonctions une suite de phénomènes de cette nature, soit qu'ils se reproduisent exactement comme ils se passent en dehors de l'économie, ou qu'ils soient plus ou moins modifiés par l'organisme vivant.

M. Durand a surtout cru trouver un excellent argument pour pouvoir nier l'action *fondante* et *résolutive* des eaux de Vichy, lorsqu'il vous a dit que *le bicarbonate de soude était, pour nos organes, un corps étranger dont ils ont hâte de se débarrasser par les voies ordinaires d'élimination.*

Ce médecin n'a sans doute pas cru nous apprendre quelque chose de nouveau, en nous disant que le bicarbonate de soude ne séjourne pas longtemps dans l'économie. Qui ne sait qu'en effet les sels alcalins ne font que passer dans l'économie? Votre chef des travaux chimiques lui-même, M. O. Henry, ne vous a-t-il pas dit, à la suite de recherches dont il avait été chargé par l'Académie, à l'occasion d'une communication que je lui avais faite, non seulement qu'on retrouvait alors, du moins en très grande partie, la soude dans l'urine, mais qu'on la retrouvait à l'état de carbonate, et non plus à celui de bicarbonate, sous lequel on l'administre aux malades.

Mais, parce que les sels alcalins ne séjournent pas longtemps dans l'économie, est-ce une raison pour qu'ils ne puissent pas y exercer une action chimique, de nature fondante et résolutive? Est-il donc beaucoup de médicamens qui séjournent longtemps dans l'économie, et nie-t-on pour cela leur action?

Où d'ailleurs M. Durand a-t-il donc puisé *que la soude était, pour nos organes, un corps étranger?*

Qui ne sait pas, je vous le demande, le rôle si important que jouent précisément les sels alcalins dans l'accomplissement de toutes nos fonctions; que leur intervention, sans pourtant rien fournir par eux-mêmes, sans rien abandonner de leur propre substance, est une des premières et des plus importantes conditions de la combustion, de la production de la chaleur et de la transformation des tissus organiques; que, sans cette intervention, l'assimilation ne peut pas se faire; que, par conséquent, si le sang n'en contient pas une proportion suffisante, les fonctions languissent, se font incomplètement, et que de là résultent souvent de graves altérations de la santé?

Pense-t-on que nos organes aient une *si grande hâte de se débarrasser de la soude* que le sang ne puisse en retenir la proportion qu'il peut en contenir à l'état normal, et qui est, suivant moi, une des conditions d'un bon état de santé?

Maintenant, si l'on admet que le sang, pendant l'usage des eaux de Vichy, contient un peu plus de soude qu'à l'état normal, et qu'il ait acquis par là une plus grande alcalinité, ne peut-on pas admettre aussi qu'alors il a acquis des propriétés particulières, qu'il est devenu plus fluide et plus fluidifiant; qu'il peut alors mieux pénétrer dans les tissus malades, engorgés, et agir comme agent fluidifiant sur la matière coagulée qui constitue les épaississements des tissus, ce que l'on nomme les engorgemens, la ramollir, la faire passer de l'état concret, où elle est à l'état liquide, et la mettre ainsi dans des conditions favorables à l'absorption.

En admettant cette théorie que je me suis faite de la médication par les eaux de Vichy, ne voit-pas le rôle que peut jouer cette médication dans les affections chroniques, et comme moyen de combattre certaines diathèses? Cette théorie ne rend-elle pas parfaitement compte des résultats thérapeutiques que l'on obtient à Vichy? La diminution de l'obésité, que l'on observe ordinairement pendant l'usage des eaux de Vichy, ne peut-elle pas, elle-même, s'expliquer par une plus grande activité imprimée à la combustion, et qui serait le résultat de la présence dans le sang d'une plus grande proportion de soude?

Je le demande aux chimistes et aux physiologistes éminens qui siégent à l'Académie, cette interprétation a-t-elle quelque chose qui répugne à l'esprit? N'est-elle pas conforme à la science, à tout ce que nous apprend aujourd'hui la physiologie aidée et éclairée par la chimie?

Si l'on m'objecte que l'amélioration obtenue par les malades qui ont fait usage des eaux de Vichy, continue à faire des progrès pendant quelque temps encore après la cessation complète du traitement, que, par exemple, la résolution des engorgemens continue à se faire, je répondrai que cela prouve seulement que, par l'emploi de ces eaux, l'on peut modifier le sang d'une manière durable, et qu'il suffit de lui restituer certains principes qu'il ne contenait plus en suffisante quantité, pour qu'il recouvre les propriétés qui lui sont nécessaires pour exercer ce qu'on a appelé la *puissance médicatrice de la nature*, et maintenir l'économie dans un état physiologique, normal, c'est-à-dire de bonne santé.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Ch. PETIT,
Inspecteur-adjoint des eaux de Vichy.

Paris, le 14 Février 1853.

Note du rédacteur en chef. — L'impartialité nous faisait un devoir de reproduire les deux communications qui précèdent; mais nous ne nous croyons pas obligé à formuler précipitamment un jugement sur cette question grave; nous avouons même n'être pas en mesure de le faire. Nous avons lu avec attention et déférence ce que nos collègues de la presse médicale ont écrit à l'occasion de la note de M. Durand-Fardel, et nous n'y avons pas trouvé des motifs suffisans pour nous déterminer à prendre parti pour le vitalisme séduisant de M. Durand-Fardel, contre le chimisme raisonnable de M. Petit. Le sujet est d'ailleurs loin d'être épuisé, et nous aurons occasion d'y revenir.

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ DES FIÈVRES INTERMITTENTES;

Par A. BONNET, d.-m., professeur à l'École préparatoire de Bordeaux, etc.; 2me édition, revue, corrigée et augmentée. — Un volume in-8°. Paris, 1853, J.-B. Baillière.

Que de questions encore obscures dans cette grande question des fièvres intermittentes! Et je ne parle même pas de celle qui de toutes est la plus obscure, de l'intermittence, le plus mystérieux phénomène de la pathologie, sur lequel notre savant ami, M. Pidoux, nous avait promis quelques pages, promesse que je lui rappelle par incidence. Sans descendre dans ces profondeurs médicales, voyez que d'incertitudes sur le siége, la nature de l'affection, sur le mode d'action de sa cause, et sur les avantages comparatifs de ses agens thérapeutiques! On peut écrire et on écrira longtemps sur ce sujet sans épuiser la matière, mais aussi, je le crains, sans fixer la doctrine. C'est cependant cette dernière ambition qui domine les auteurs de quelques écrits récens; c'est assurément celle qui a excité l'honorable auteur de l'ouvrage auquel je dois consacrer les lignes qui suivent et qui mettront le lecteur en mesure de juger s'il a rempli les nombreuses et difficiles exigences d'une œuvre à la fois pratique et doctrinale.

Écrire un *traité* sur les fièvres intermittentes, c'est se soumettre à l'obligation de reproduire un grand nombre de points connus et des choses de science courante. M. Bonnet n'a pu se soustraire à ce devoir. Mais l'analyste n'est pas tenu de suivre l'auteur dans l'exposition de la partie que j'appellerai classique de son œuvre; il doit lui suffire de reconnaître qu'il l'a traitée avec les développemens nécessaires, avec l'intelligence et l'appréciation d'un médecin familiarisé avec les difficultés de la vulgarisation. Ce que le critique doit mettre en lumière, ce sont les opinions propres de l'auteur, les points de doctrine ou de pratique sur lesquels il émet des idées particulières. C'est le seul rôle dont j'aie à m'acquitter, ce me semble, à l'égard du livre de M. Bonnet.

Je laisse donc de côté les quatre premiers chapitres de l'ouvrage, qui ne contiennent d'inédit que les observations propres à l'auteur. Je suis bien aise de dire cependant qu'un grand mérite se remarque dans ces chapitres, c'est l'exactitude des tableaux, l'impartialité des détails et le choix des observations. Je signalerai encore cet avantage d'y trouver réunies, dans un cadre assez rétréci, une foule de remarques judicieuses, qu'il est bon de ne pas ignorer, et qui, dispersées çà et là dans les auteurs tant anciens que modernes, échappent presque toujours à l'attention des lecteurs.

Le chapitre consacré à l'anatomie pathologique est très riche de faits empruntés à un grand nombre d'auteurs, et recueillis dans l'observation propre de M. Bonnet. Je ferai à notre savant confrère le petit reproche de n'avoir pas usé, dans ce chapitre, de la grande aptitude critique dont il a fait preuve dans plusieurs parties de son ouvrage. Quelques observations qu'il a rapportées, — je ne parle pas des siennes, — sont évidemment insuffisantes et manquent des détails indispensables aujourd'hui aux relations nécroscopiques. Je récuse, pour mon compte, les observations empruntées à Lieutaud, dont je ne veux pas, à l'exemple de quelques critiques, suspecter la véracité; mais qui certainement a brouillé et confondu, dans une technologie commune, les altérations les plus dissemblables par leur nature et par leurs résultats. Je demande de plus à l'honorable professeur de Bordeaux de vouloir relire, avec toute l'attention dont il est susceptible, plusieurs observations qu'il rapporte, et de voir si bien légitimement on peut imputer à la fièvre intermittente les altérations graves trouvées à l'autopsie. Il me semble, sauf meilleur avis de sa part, qu'il y a dans les détails de l'observation souvent des raisons suffisantes pour rendre la fièvre d'accès indemne des désordres considérables que l'autopsie a révélés. C'est une simple remarque que je me permets de lui soumettre.

Du reste, toutes les altérations pathologiques n'ont été encore étudiées que sur les solides, et l'auteur fait remarquer avec raison que la science ne possède pas encore de données sur les modifications intimes que les fluides sont susceptibles d'éprouver dans les pyrexies intermittentes. Il rapporte les résultats de l'analyse du sang faite par le professeur André Cossi, de Florence, dans quatre cas de fièvres intermittentes anciennes, et desquelles il résulte que le sang avait subi chez tous une diminution considérable dans les proportions normales de fibrine, d'albumine et de matière grasse; que chez trois ce fluide offrait une forte proportion de cholestérine et l'absence complète de phosphates; que chez un quatrième il contenait des phosphates dans une certaine proportion, mais était à peu près dépourvu de cholestérine. Ce champ de recherches est, comme on le voit, à peu près intact pour nos hématologues.

Contrairement à l'opinion de plusieurs pathologistes, M. Bonnet professe l'identité de nature des fièvres intermittentes et des fièvres continues. Il se fonde sur les considérations suivantes.

Les fièvres intermittentes et les fièvres continues laissent à leur suite des désordres organiques absolument semblables, proposition qui est bien loin d'être prouvée par les faits mêmes rapportés par l'auteur.

Les signes des unes et des autres offrent la plus grande analogie, opinion que l'observation quotidienne ne peut pas accepter;

Les exhalaisons marécageuses déterminent fréquemment, dans le même temps et dans le même lieu, des fièvres continues, des fièvres rémittentes et des fièvres intermittentes; oui, en apparence; mais l'expérience et le tact médical consistent précisément à ramener ces prétendues fièvres continues et rémittentes à une pathogénèse vraie, à l'influence maremmateuse, et à les traiter en conséquence, ce qui fait la gloire et l'honneur du médecin;

Une fièvre d'accès peut devenir continue, puis redevenir intermittente; proposition qui n'est vraie que quand le *génie* de la maladie a été primitivement méconnu;

Une fièvre continue se change souvent en rémittente, et devient quelquefois parfaitement intermittente; cela est vrai, mais dans quelles conditions? En les cherchant, on trouvera presque toujours l'influence

miasmatique, et dès lors ces prétendues exceptions viennent confirmer la règle.

M. Bonnet résume ainsi, dans le passage suivant, le chapitre étendu qu'il a consacré à la nature et au siége de la fièvre intermittente :

« Les considérations auxquelles je viens de me livrer sur le siége respectif des diverses espèces de fièvres intermittentes, confirment pleinement ce que j'avais déjà avancé à leur égard, savoir : qu'elles sont de nature sthénique, et que l'irritation qui les constitue n'occupe pas toujours le tube gastro-intestinal; le cerveau, le poumon, le cœur et les vaisseaux artériels, tous les viscères abdominaux, les membranes séreuses, muqueuses et fibreuses, la peau, quelquefois même le tissu cellulaire sous-cutané, peuvent, chacun en particulier, devenir le siége de fièvres d'accès. Ces considérations prouvent également que si l'intermittence fébrile peut provenir d'une inflammation, on la voit quelquefois à la suite d'une excitation nerveuse ou d'un travail hémorrhagique..... Une chose qui découle encore de ces considérations, c'est qu'il y a des cas où le cœur seul donne des signes de souffrance, et que lorsque les troubles morbides débutent par une autre partie de l'économie, l'organe central de la circulation est toujours consécutivement affecté; ce qui se réduit à dire que la fièvre intermittente consiste dans une irritation du cœur, tantôt primitive, tantôt consécutive. »

Qu'est-ce que c'est que l'*irritation?* Qu'est-ce que l'irritation du cœur? Je ne puis me contenter de la note que M. Bonnet a ajoutée à une de ses pages pour justifier cette expression, métaphore malheureuse, que tout le génie de Broussais n'a pu élever au rang d'une vérité scientifique, et qui ne devrait plus se rencontrer que dans l'histoire de la médecine.

La partie capitale de cet ouvrage, celle qui est véritablement digne de l'attention du praticien, et qu'il lira avec fruit, c'est son chapitre, d'ailleurs le plus étendu, consacré au traitement. La thérapeutique des fièvres intermittentes de tout type, de toute forme, de toute gravité y est exposée et discutée avec un sens pratique et critique des plus remarquables.

Je n'hésite pas à reconnaître et à dire que ce chapitre est un des meilleurs morceaux de médecine qu'ait produits la littérature médicale contemporaine. En sa faveur et pour l'utilité qu'il en retirera, le lecteur excusera M. Bonnet de ses excursions trop fréquentes dans le domaine de la doctrine pure où, malgré son érudition de bon aloi, son style pur et sévère, une connaissance approfondie de la philosophie médicale afférente à ce sujet, il n'a pu féconder un terrain infertile et y faire croître une doctrine nouvelle. Toute la valeur de l'ouvrage de M. Bonnet est dans l'excellente direction pratique qu'il peut donner à son lecteur, et j'espère que, disant cela, personne ne me supposera l'intention d'en rabaisser le mérite.

Amédée LATOUR.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 Février 1853. — Présidence de M. DE JUSSIEU.

Des effets de l'acétate de strychnine.

M. MARSHALL-HALL adresse une note dans laquelle il se propose de faire connaître le résultat des expériences qu'il a faites concernant les effets de l'acétate de strychnine sur les chiens.

Les effets de l'acétate de strychnine sur les chiens peuvent être divisés en deux formes : la première, ou la plus légère, présente une excitabilité très augmentée du système spinal diastaltique avec des accès de paroxysme légers, fugaces, des spasmes des membres et une respiration haletante. La seconde présente une excitabilité bien plus exaltée encore, et des paroxysmes de convulsions tétaniques générales de la glotte, et des effets d'expiration des plus violens, apoplexie et asphyxie.

Si dans le premier cas, ou celui de la forme légère, des effets de l'acétate de strychnine, l'animal est caressé doucement, la respiration devient calme ; état qui dure pendant quelques minutes. Si au contraire on l'agace par des bruits subits, par des chocs, si on lui souffle fortement sur la face ou sur la peau, des paroxysmes tétanoïdes ou épileptoïdes en sont le résultat; paroxysmes dont il est impossible d'être témoin sans être convaincu que s'ils sont trop souvent répétés, ils doivent devenir mortels. Il est démontré, au contraire, par des faits, que si le chien est tenu à l'abri de toute excitation, il se rétablit infailliblement de ce premier degré de strychnisme.

La forme grave de ce strychnisme ne cède pas à ce moyen simple de traitement. Non seulement chaque petite émotion, chaque petite irritation produit le paroxysme déjà décrit de laryngisme, de dyspnée, d'apoplexie, d'asphyxie; mais ces paroxysmes semblent se renouveler par des causes inévitables, telles que les mouvemens de la respiration, de la déglutition, etc. Ce danger ne peut donc être évité que par un autre procédé, procédé qui prévient le laryngisme et ses effets, c'est-à-dire l'apoplexie, l'asphyxie, la mort.

Ainsi le premier degré de strychnisme est guéri par la tranquillité absolue; le second par la trachéotomie.

Telle est la conclusion générale à laquelle M. Marshall-Hal a été conduit par les expériences dont il rapporte les détails.

Il résume en ces termes le résultat de ces expériences et l'ensemble de son travail :

1° Les premiers effets suscités par la strychnine sont des spasmes tétanoïdes; les membres deviennent raides, les ongles des doigts seulement touchent la table ou le plancher sur lequel le chien est posé.

2° Le second phénomène, c'est la respiration courte, vive, haletante.

3° Le troisième est l'excitabilité tellement augmentée de la peau, que la moindre excitation produit des effets outre mesure.

4° Tout cela dérive d'une excitabilité très anormale du centre du système diastaltique ou spinal.

5° Tout cela se rapporte au premier degré du strychnisme, dont le degré plus fort se montre par des phénomènes bien autrement graves.

6° Alors surviennent des paroxysmes effroyables de laryngisme, d'efforts d'expiration, d'opisthotonos du cou et du dos, d'apoplexie, et même la mort.

7° Ces phénomènes nous rappellent le tétanos, l'épilepsie, l'hydrophobie même.

8° Le pendant du laryngisme, l'apoplexie, l'asphyxie sont ses redoutables effets; ces effets sont prévenus par la trachéotomie.

9° Comme dans la grenouille, nous avons vu l'animal excité mourir, et nous l'avons vu, à l'abri de toute excitation, se rétablir.

10° Nous avons vu un animal non opéré mourir des effets du laryngisme, et celui qui est mis à l'abri de ces effets par la trachéotomie, se rétablir évidemment sous l'influence de cette opération.

11° Maintenant, quelles sont les applications de ces principes aux maladies?

Évidemment, on doit garantir le malade atteint de tétanos, d'hydrophobie, de tout choc mental ou physique de la manière la plus absolue.

12° Évidemment, on doit recourir à la trachéotomie toutes les fois que les malades affligés d'épilepsie ou de toute autre maladie éprouvent le laryngisme et des effets amenant des dangers pour la vie, pour l'intelligence, etc. Toutefois, il faut un diagnostic suffisant.

Enfin, il ne faut pas agir pour un nom : ce n'est pas pour l'épilepsie, mais bien contre les effets du laryngisme épileptique, qu'on doit songer à la trachéotomie; et, en dernier lieu, ce n'est pas à la trachéotomie, mais bien à la trachéotomie effectuée, avec ouverture suffisante, qu'il faut confier les malades affligés d'épilepsie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 Février 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

La correspondance comprend les deux lettres suivantes :

A Monsieur le Président de l'Académie de médecine.

Monsieur le Président,

Dans la séance du 8 février dernier, M. Poggiale a adressé à l'Académie une note par laquelle il réclame en sa faveur la priorité du procédé de dosage du sucre, indiqué par nous dans notre mémoire sur le lait. Il émet en même temps des craintes sur la rigueur des résultats que nous avons annoncés, parce que, dit-il, nous nous sommes servis d'un polarimètre, sans contredit moins exact que ceux de MM. Biot et Soleil.

Le nom de M. Poggiale, la justice que nous avons rendue à ses travaux, l'inopportunité de ses attaques, les erreurs matérielles dans lesquelles il est tombé, et avant tout notre position actuelle vis-à-vis de l'Académie, nous font un devoir de nous défendre et de répondre à la lettre du pharmacien du Val-de-Grâce.

Quant au premier point critique de M. Poggiale, nous pourrions nous borner à dire et à rappeler que notre procédé d'analyse a eu pour but d'imaginer quelquefois une marche particulière, et de perfectionner dans d'autres les moyens actuellement connus pour arriver à déterminer la composition chimique du lait; et que nulle part nous n'avons écrit que le dosage du sucre, par un appareil saccharimétrique, fût de notre invention.

Nous pourrions ajouter, quant à la susceptibilité de M. Poggiale, que, dans l'historique mis en tête de notre mémoire, nous avons associé son nom à ceux de MM. Biot et Regnault ; qu'à l'article *Falsification du lait par l'eau*, nous avons reproduit ses recherches spéciales; enfin, que, dans notre notice bibliographique, nous avons indiqué au lecteur la source où il pourra consulter son travail original.

Mais M. Poggiale ne serait peut-être pas convaincu de nos bonnes intentions à son égard et persisterait à confondre le droit de *priorité* avec le droit d'*usage* scientifique.

Qu'avons-nous donc fait? Dans la série des opérations qui constituent notre procédé d'analyse, nous avons dû déterminer les quantités de *sucre* aussi bien que celles de la caséine, du beurre et des sels. Il nous a paru préférable de doser le sucre à l'aide d'un appareil saccharimétrique. C'est là un détail où nous avions toute liberté d'action : d'autant plus que nous nous sommes servis d'un appareil spécial, qui n'appartient qu'à nous. Nous avons eu recours à l'idée de M. Biot, comme M. Poggiale, à une autre époque et avec un autre instrument, y avait eu recours lui-même. Où y a-t-il donc là un droit de priorité en faveur de M. Poggiale? Autant vaudrait qu'on nous accusât d'avoir coagulé le lait, d'avoir dosé le *beurre* en traitant le résidu solide par l'éther, etc., parce que d'autres observateurs ont avant nous pratiqué cette opération. Il ne serait plus possible de se servir du microscope pour l'examen des globules du lait, du pus, du sang, sans s'exposer à des réclamations de priorité de la part de tous ceux qui ont écrit sur ces matières. Notre devoir était de signaler les recherches de M. Poggiale : nous l'avons accompli largement.

En dernière analyse, et pour ne pas remonter plus haut, la découverte du pouvoir rotatoire des liquides chargés de substances sucrées, albumineuses ou autres, appartient à M. Biot. C'est un bienfait scientifique dont chacun profite à son gré.

Et puisque M. Poggiale a oublié jusqu'ici de le dire, et nous oblige à le lui rappeler publiquement (ses propres souvenirs ne nous démentiront pas), c'est à M. l'abbé Moignot que revient l'idée et la direction des recherches de M. Poggiale sur le dosage du sucre par le polarimètre (1).

Nous n'avons donc rien pris à M. Poggiale, et il n'avait aucune priorité à réclamer que nous n'ayons déjà nous-même consignée dans nos recherches.

Qu'y a-t-il maintenant de fondé dans cette assertion, que nous avons fait toutes nos expériences avec un instrument qui, au dire même du constructeur, est bien inférieur au saccharimètre de MM. Biot et Soleil?

Nous avons presque honte de le publier; autant de mots, autant d'erreurs dans ce que M. Poggiale a écrit à ce sujet. Tout repose d'abord sur l'ignorance où est M. Poggiale de notre mémoire, et en deuxième lieu sur un malentendu entre lui et notre constructeur, M. Dubosc.

M. Poggiale trouve chez M. Dubosc un modèle de notre *petit* polarimètre, celui dont nous avons également donné la description, la valeur et les usages. Il expérimente rapidement, il trouve (ce qui est vrai) que le saccharimètre de MM. Biot et Soleil donne des résultats plus précis, et il se hâte d'imprimer que MM. Vernois et Becquerel ayant fait toutes leurs expériences avec un polarimètre imparfait, tous leurs résultats doivent être inexacts.

(1) Voir le *Traité d'optique* de M. Moigno et le numéro du 13 février 1853 du *Journal Cosmos*.

Voici les faits consignés dans notre travail. Toutes nos recherches ont été exécutées avec un *grand* polarimètre que M. Dubosc lui-même a construit sur les indications de M. Edmond Becquerel. Ce polarimètre donne des résultats très précis. Leur exactitude est entre 15 et 30 minutes. Il n'existe que *deux instrumens* de cette nature; ils sont *tous les deux* entre nos mains.

Le *petit* polarimètre que nous avons fait disposer dernièrement par M. Dubosc, et le seul qu'ait vu M. Poggiale, est construit d'après les mêmes principes; mais il est destiné seulement à donner des résultats suffisamment approximatifs, soit aux agens de la salubrité, soit en clinique médicale. Nous avons déterminé expérimentalement son degré d'exactitude. Il n'aurait pu nous servir pour des recherches très précises.

Tout cela est écrit dans notre mémoire. Si M. Pioggiale doutait encore, nous lui rappellerions que notre travail était terminé en juillet 1852, et qu'à cette époque un extrait en a été publié dans le *Traité des maladies des enfans*, de M. Bouchut.

Or, ce n'est que le 17 décembre dernier, que M. Dubosc nous a livré notre *petit* polarimètre.

Nous mettons sous les yeux de l'Académie nos deux appareils.

Nous ne dirons rien des autres critiques de M. Poggiale : elles n'ont plus de valeur; mais nous terminerons en regrettant que M. Poggiale, sans connaître ni nos instrumens, ni notre mémoire, ait cru pouvoir publier contre eux des attaques dont les conséquences pouvaient nuire à nos recherches, et qu'un savant, pour les travaux duquel nous avions été justes et bienveillans, aurait dû, plus que tout autre, éloigner de sa plume et de sa pensée.

Il résulte de cette réponse :

1° Que M. Poggiale n'a aucun motif légitime, et surtout aucun droit à soulever contre nous une question de priorité ;

2° Que M. Poggiale, ne connaissant ni notre mémoire, ni l'instrument dont nous nous sommes servis pour faire nos recherches, n'a pu, sans tomber dans une grave erreur, émettre des craintes sur la rigueur et la précision des résultats que nous avons annoncés.

Agréez, Monsieur le Président, l'assurance de nos sentimens respectueux,

Alfred BECQUEREL. Max. VERNOIS.

2° Lettre de M. Ch. PETIT, relativement au travail de M. Durand-Fardel, lu dans la dernière séance. (Voir plus haut.)

3° Un mémoire de M. GAUTHERIN fils, médecin à Aunay-Saint-Serein, près Noyers (Yonne), sur les gastro-entérites. (Comm. MM. Louis, Grisolle et Gaultier de Claubry.)

L'Académie se forme en comité immédiatement après la correspondance. Un quart-d'heure après, elle rentre en séance publique.

M. DEPAUL lit la suite de son rapport sur un travail de M. Maslieurat-Lagémard.

Plusieurs membres demandant la parole, la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

Nous résumerons le rapport avec la discussion.

M. BOUCHARDAT lit, au nom de la commission des remèdes, un rapport sur l'application du décret du 3 mai 1850, à l'opium indigène de M. Aubergier.

MM. SOUBEIRAN et BUSSY présentent quelques observations, auxquelles répond M. ROBINET, au nom de la commission.

Vu l'importance du sujet, la suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

M. HUGUIER présente un jeune malade auquel il a pratiqué l'ablation partielle du maxillaire inférieur atteint d'ostéosarcôme. (Voir la relation de ce fait dans le compte-rendu de la Société de chirurgie, numéro du 10 février.)

La séance est levée à cinq heures un quart.

Avis à MM. les Actionnaires de L'UNION MÉDICALE.

M. le Gérant de la Société l'UNION MÉDICALE a l'honneur de prévenir MM. les Actionnaires, qu'aux termes des statuts de la Société, l'assemblée annuelle des Actionnaires aura lieu le lundi 21 février prochain, à 7 heures 1/2 précises du soir, au siége de la Société, 56, rue du Faubourg-Montmartre.

L'objet de l'assemblée est d'entendre le rapport du Gérant sur l'exercice 1852, et le rapport du Conseil de surveillance.

COURRIER.

Un décret autorise l'Académie impériale de médecine à accepter la donation qui lui est faite par M. Nadau, demeurant à Tonneins, d'une somme de 3,000 fr., pour être donnée en prix, dans le cours de l'année 1853, aux médecins ou professeurs qui auront fait le meilleur cours d'hygiène en vingt-cinq leçons, conformément au programme arrêté par l'Académie.

—Nous apprenons la mort du docteur Georges Grégory, de Londres, qui a succombé le 25 janvier dernier. M. Grégory s'est surtout fait connaître par un ouvrage sur la théorie et la pratique de la médecine, ouvrage très répandu, et qui était parvenu à sa sixième édition.

HOSPICE CIVIL DE SECLIN. — Avis de la commission administrative : L'emploi de médecin en chef de l'hospice de Seclin est actuellement vacant. Le traitement annuel est de 1,200 francs. Le titulaire doit être reçu docteur et il est chargé, dans le service, des opérations chirurgicales.

La population de la ville, chef-lieu de canton, est de 3,500 habitans. Le canton est complètement dépourvu de docteurs.

Les demandes doivent être adressées à M. le maire de Seclin, président de la commission administrative.

DURIEZ.

Nota. C'est par erreur que, dans le numéro du samedi 12, dans l'avis ci-dessus, on a imprimé : 35,000 *habitans;* c'est 3,500 *habitans* qu'il faut lire.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 21. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 19 Février 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............ 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOUSCRIPTION

ouverte en faveur de M. Orfila dans les bureaux de L'UNION MÉDICALE:

MM. Du Boys, docteur en médecine à Mussy, 5 fr.; Adolphe Lachèze, docteur en médecine à Angers, 10 fr.; Guillemin, docteur en médecine à Montmartre, 5 fr.; Garreau, interne, membre de la commission, 10 fr.; Godefroy, docteur en médecine à Belleville, 5 fr.; Mathieu, 10 fr.; Schaueffelé, pharmacien à Paris, 5 fr.; Lediberder, à Lorient, 20 fr.

Total de la 13me liste. . . . 70 fr.
Listes précédentes . . . . . 2,104 fr.

Total de la souscription de l'UNION MÉDICALE. 2,174 fr.

Souscriptions reçues au bureau de M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine :

De M. Boyer, étudiant, 1 fr.; de la Faculté de médecine de Strasbourg, 145 fr.

ERRATUM. — Nous avons annoncé le versement de 10 fr. fait par le docteur Lehert; c'est *Lebret* qu'il faut lire.

MÉTÉOROLOGIE MÉDICALE.

RECHERCHES SUR QUELQUES EFFETS PHYSIOLOGIQUES SECONDAIRES PRODUITS PAR L'ÉLECTRICITÉ ATMOSPHÉRIQUE;

Par C.-F. SCHONBEIN, professeur de chimie à Bâle, etc., etc.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 12 Février.)

DES MIASMES.

Sous le nom de miasmes, je comprends certaines substances gazeuses ou en vapeur, qui deviennent délétères pour l'économie, même lorsqu'elles sont inhalées avec de grands volumes d'air. Ces substances toxiques sont produites et versées dans l'atmosphère à la suite d'actions purement chimiques ou physiques, ou d'actions physiologico-chimiques s'accomplissant dans la terre ou à sa surface, dans les eaux stagnantes ou en mouvement, ou dans l'atmosphère elle-même.

C'est un fait bien connu, que nous pouvons produire artificiellement un certain nombre de substances inorganiques gazeuses, qui ont la puissance, même en petite quantité, d'empoisonner l'air atmosphérique et de le rendre tout à fait impropre à la conservation de la vie animale : tels sont l'hydrogène sulfuré, l'hydrogène séliniuré, phosphoré, arséniqué et antimonié. Ces gaz, qui se distinguent tous par un haut degré d'oxydabilité, doivent peut-être leur action toxique à cette propriété chimique. Il est un autre groupe de corps gazeux ou en vapeur qui, également en petites quantités, peuvent agir énergiquement sur l'économie animale, et que l'on peut considérer, à quelques égards, comme les antipodes et les antidotes chimiques des gaz que nous venons de mentionner, puisqu'ils les détruisent instantanément et qu'ils sont de puissans agens d'oxydation. Ces corps sont l'ozone, le chlore, le brome, l'iode, tous corps qui, par leurs propriétés chimiques, voltaïques et physiologiques, offrent entr'eux de si grandes analogies.

Dans le premier groupe des corps gazeux que nous venons d'examiner, il n'en est aucun, les hydrogènes sulfuré et phosphoré exceptés, qui soit produit par une cause naturelle et versé ainsi dans l'atmosphère. Il y a plus, ces gaz sont dégagés en si faible quantité que, sauf dans quelques localités spéciales, ils ne peuvent généralement exercer aucune influence sur la vie animale.

Dans le second groupe, il en est au contraire que l'on rencontre en quantités appréciables dans l'atmosphère, c'est l'ozone. Mais il existe aussi une source inépuisable de laquelle les miasmes se dégagent incessamment et en abondance, c'est le nombre infini de plantes et d'animaux qui cessent de vivre chaque jour et à chaque heure dans l'intérieur et à la surface de la terre, dans la profondeur des mers et des eaux, et même dans l'atmosphère. Une immense quantité de matières organiques, faisant partie de ces substances végétales et animales, éprouvent, dès que la vie les a abandonnées, une série de transformations chimiques, à la suite desquelles elles produisent de l'acide carbonique, de l'ammoniaque, et, dans beaucoup de cas, de l'hydrogène carboné, sulfuré et phosphoré. Mais, indépendamment de ces composés qui sont jetés dans l'atmosphère, il est d'autres substances gazeuses qui se forment et dont la nature chimique est encore entièrement inconnue. Tout nous porte à croire que ces substances, même mêlées à de grandes quantités d'air atmosphérique, produisent, lorsqu'elles sont introduites dans le poumon, des effets très fâcheux sur l'économie.

Si l'on veut bien admettre avec nous que ces substances délétères sont dégagées des matières organiques en putréfaction, on sera conduit par suite à considérer la putréfaction comme l'une des principales causes de la corruption de l'atmosphère par les substances miasmatiques.

Si l'on veut bien considérer maintenant que la putréfaction des matières organiques marche continuellement sur presque tous les points du globe, on sera forcé d'admettre qu'avec le temps, les substances miasmatiques, quelque faible que soit leur quantité, relativement au volume immense de l'atmosphère, devraient s'accumuler en assez grande quantité pour rendre celle-ci toxique et impropre à la conservation de la vie, si la nature n'eût de son côté pris quelques dispositions générales pour détruire ces substances miasmatiques au fur et à mesure de leur production.

La question se trouve donc ainsi posée : Quels moyens la nature emploie-t-elle pour arriver à ce but? Pour moi, je suis porté à croire que l'ozone, qui se forme sous l'influence de l'électricité atmosphérique a, entre autres fonctions, celle d'accomplir cette destruction, dont l'importance est si grande pour les animaux, et voici les raisons sur lesquelles je base cette opinion :

L'ozone, ainsi que je l'ai dit plus haut, est un puissant agent d'oxydation, dont l'action s'exerce même à froid, non seulement sur la plupart des matières oxydables inorganiques, mais encore sur presque toutes les substances organiques, dont il change la constitution chimique, en même temps que les propriétés physiologiques.

Dans le but de vérifier la puissance destructive de l'ozone artificiellement préparé, sur les gaz miasmatiques dégagés des matières animales en putréfaction, j'ai suspendu dans un flacon contenant environ 60 litres, un morceau de viande, dans un état de putréfaction fort avancé et pesant 4 onces. Après avoir laissé une minute seulement ce morceau de viande dans le flacon, l'air qu'il contenait était si fortement chargé des miasmes putrides, qu'il exhalait l'odeur la plus fétide et la plus nauséeuse.

Pour produire l'ozone, je plaçai au fond du flacon miasmatisé un morceau de phosphore d'environ un pouce de long, à moitié plongé dans l'eau, et j'exposai le tout à une température de 18 à 20° centigrades. Comme terme de comparaison, je pris un flacon contenant seulement de l'air atmosphérique, et j'y plaçai du phosphore et de l'eau pour développer l'ozone. Après quelques minutes, il me fut facile de constater dans ce dernier flacon la présence de l'ozone avec mon papier réactif, tandis que dans le flacon miasmatisé il n'y avait pas encore d'ozone et que l'odeur fétide persistait. Après douze minutes environ, l'ozone donna des signes de son existence, mais toute odeur fétide avait disparu.

Feuilleton.

OPÉRATION CHIRURGICALE SINGULIÈRE; — VICE DE CONFORMATION DES ORGANES GÉNITAUX; — CASTRATION.

Il nous arrive de l'Amérique une observation de castration exécutée dans un cas de curieuse anomalie congénitale des organes génitaux, qu'il nous paraît utile de faire connaître à nos lecteurs, non seulement à cause de l'intérêt que le fait présente en lui-même, mais encore parce que les mesures chirurgicales qui ont été employées nous semblent soulever de graves questions morales et médico-légales. Cette observation est assez courte pour que nous puissions la traduire littéralement du *Monthly journal of medical sciences* (n° de décembre 1852).

Le 10 juillet 1846, vint au monde un enfant que l'accoucheur considéra comme une fille, et qui, jusqu'à l'âge de trois ans, conserva ce titre auprès de ses parens et sur les registres de l'état civil. Cependant, dès l'âge de deux ans, il manifesta les penchans, les goûts d'un garçon; il mit de côté les poupées qu'on lui donnait et prit les allures propres à l'autre sexe. Il était bien développé, d'une très bonne santé, avec les cheveux noirs et longs, les yeux noirs. Un examen attentif des organes génitaux fit découvrir les particularités suivantes : il n'y avait ni pénis, ni vagin; à la place de la verge on voyait un petit clitoris, et le canal vaginal était remplacé par une dépression superficielle, un *cul-de-sac*, tapissé par une membrane muqueuse, et privé de toute espèce d'ouverture. L'urètre occupait sa place ordinaire et paraissait normal; les nymphes étaient extrêmement petites, mais les grandes lèvres étaient bien développées et renfermaient, chacune, *un testicule bien formé, aussi gros et aussi dur que l'est cet organe sur des garçons de cet âge*. Les hanches, la poitrine, les extrémités inférieures étaient parfaites.

Que fait M. Gross devant une telle difformité?

Le 20 juillet, il pratiqua la castration de la manière suivante, aidé, disons-le tout de suite, des conseils du professeur Miller et de MM. Thomson, Greenburg, Jowa, Cobh, etc. L'enfant ayant été préalablement rendue insensible au moyen du chloroforme, le chirurgien fit sur chaque grande lèvre une incision longitudinale qui mit à nu les testicules; ceux-ci furent séparés des parties membraneuses qui les entouraient, et enlevés par la section du cordon spermatique. Les artères divisées furent liées, les deux plaies fermées, et le petit malade, ou la petite malade si l'on veut, mise dans son lit. Il ne s'écoula presque pas de sang pendant l'opération. Au bout de deux heures, la grande lèvre du côté gauche se tuméfia et se décolora. On enlève les sutures, et l'on s'aperçoit qu'une petite artère est restée béante; on en pratique la ligature, et tous les accidens locaux disparaissent. Il ne survint aucun phénomène grave, et huit jours suffirent pour le rétablissement complet de l'enfant. Les testicules ont été examinés avec attention après leur ablation : *ils étaient bien conformés sous tous les rapports, ainsi que les cordons spermatiques.*

L'enfant a été surveillé attentivement après son rétablissement. Ses goûts, ses penchans ont changé très notablement, et sont devenus ceux d'une fille. Il prit plaisir à s'occuper des soins du ménage, et mit de côté les joujoux que les garçons préfèrent.

Avant d'émettre les réflexions que suscite nécessairement une pareille observation, il nous paraît indispensable de faire connaître les raisons que M. Gross met en avant à l'appui de la détermination qu'il a prise de pratiquer la castration dans ce cas de vice de conformation des organes génitaux :

« Je n'ai pas besoin de dire, écrit ce médecin, que dans un cas pareil je mis toute la réflexion dont j'étais capable, je ne me faisais pas illusion sur la responsabilité qui allait peser sur moi. J'avais devant moi une question nouvelle sur la solution de laquelle reposaient les plus chers intérêts de ma petite malade. Je cherchai dans les annales de la science s'il n'y avait pas de cas semblables qui pussent me diriger; je pris conseil de plusieurs confrères. Les parens demandaient ardemment une opération; ils étaient intelligens, bons et tendrement attachés à leur enfant. Je demandai l'avis du professeur Miller, dont le jugement et l'intégrité méritaient toute confiance. Il vit *la petite fille* et conclut que l'excision des testicules était non seulement justifiable, mais indispensable dans les circonstances présentes; que pratiquer l'opération c'était faire acte de bonté et d'humanité pour la pauvre enfant, qui n'était dans la société ni un garçon, ni une fille, mais un être neutre, et qu'on devait lui enlever un organe qui lui devenait inutile; qu'après tout, ces testicules, si on les laissait parvenir à leur développement, auraient pour action de léser son caractère et de ternir la paix de son âme. Devant une telle autorité et après de mûres réflexions, je n'hésitai pas un seul instant à pratiquer l'opération, et depuis trois ans que cette dernière a été faite, je ne conserve aucun regret, et je pense n'avoir agi ni hâtivement, ni inconsidérément. Si les annales de la chirurgie et de la médecine légale, si les docteurs de Sorbonne, les pères de l'Académie royale de Paris, les membres du Collége royal de Londres, ne nous ont laissé à cet égard aucun précepte; si l'expérience de notre époque ne nous fournit pas d'exemples, tout cela ne prouve pas que les mesures que j'ai employées soient peu justifiables et qu'elles ne soient point basées sur les principes de la science et de l'humanité. »

Nous ne pouvons être de l'avis de notre confrère américain, et cela pour des raisons sur lesquelles on nous permettra d'insister pendant quelques minutes.

Ces faits de sexe douteux ont été, dans tous les temps et chez tous les peuples civisés, le sujet des méditations du physiologiste, du philosophe, du magistrat et du médecin. Sous le nom vague et bien mal choisi d'*hermaphrodisme*, inventé dans les temps les plus reculés du monde, on a compris toutes les anomalies d'organisation des organes génitaux, les plus différentes les unes des autres. On a imaginé une classe d'êtres réunissant les qualités du mâle et de la femelle sur le même individu, qui eût pu alors effectuer seul la fonction complète de la reproduction. Il faut évidemment faire remonter cette idée jusqu'à la fable. On se rappelle l'histoire d'*Hermaphrodite* et de la nymphe *Salmacis*; on sait le peu de galanterie que montra Hermaphrodite pour les agaceries et les avances de la belle éplorée, et comment leurs corps furent, par l'intervention protectrice des dieux, réunis en un seul. L'ignorance des médecins des premiers âges, l'irréflexion des législateurs, et les fourberies mercenaires de la plupart des individus atteints d'une mauvaise conformation des organes génitaux, ont dû perpétuer cette erreur et la transmettre jusqu'à une époque peu éloignée de nous. Les recherches modernes sont venues dissiper ces absurdités, et la publication, en 1836, de l'*Histoire des anomalies de l'organisation*, par M. J. Geoffroy

De ces faits je tire cette conclusion que les premières portions d'ozone, qui ont été dégagées dans le flacon miasmatisé, ont été employées à détruire les miasmes, c'est-à-dire à oxyder leurs parties constituantes, et que l'ozone libre ne s'est montré que lorsque la dernière portion des gaz miasmatiques a été détruite.

Une autre expérience m'a montré d'une manière encore plus frappante la puissance dont jouit l'ozone pour détruire les miasmes dégagés des matières animales en putréfaction. J'ai pris un flacon de 60 litres et je l'ai assez fortement ozonisé pour que le papier réactif passât presque instantanément au bleu foncé dès qu'on le plongeait dans le flacon. J'ai enlevé alors le phosphore et j'ai lavé le flacon avec de l'eau, puis j'ai plongé dans le flacon un morceau de viande fortement putréfiée, du poids de 4 onces. Pendant plus de neuf heures, l'air ambiant n'a pas présenté la moindre odeur fétide. Pendant cet intervalle, j'ai essayé, de demi-heure en demi-heure, l'air du flacon, et j'ai trouvé que l'ozone diminuait continuellement; mais tant que le papier réactif a indiqué la présence de l'ozone libre, il eût été impossible au nez le plus délicat de percevoir la moindre odeur fétide. Aussitôt que le papier réactif ne fut plus influencé, l'odeur nauséeuse se montra de nouveau.

Je conclus de ces expériences que toutes les substances miasmatiques produites par ce morceau de viande en putréfaction, dans un intervalle de neuf heures, ont été complètement détruites par l'ozone contenu dans le flacon de 60 litres.

Or, si nous admettons que le dégagement des substances miasmatiques a marché uniformément pendant ces neuf heures, force nous est de conclure que ces 4 onces de viande en putréfaction ont miasmatisé $9 \times 60 = 540$ flacons, ou 32,400 litres d'air, juste aussi fortement que 60 litres d'air avaient été imprégnés de miasmes en une minute par les mêmes 4 onces de viande putréfiée.

Mais quel était le poids de l'ozone qui a désinfecté 32,400 litres de cet air fétide ou détruit les miasmes qui ont été émis pendant neuf heures par les 4 onces de chair putréfiée? Il résulte de mes premières expériences que 60 litres d'air, aussi fortement ozonisé que possible, sont capables de transformer environ 87 milligrammes d'argent en peroxyde de ce métal, ce qui équivaut à 13 milligrammes d'oxygène. Que l'ozone soit une modification allotropique de l'oxygène commun, ou qu'il soit un peroxyde d'hydrogène, toujours est-il que les 13 milligrammes d'oxygène chimiquement développé qui était enfermé dans l'air ozonisé du flacon, et qui était susceptible de transformer 87 milligrammes d'argent en peroxyde, ont détruit par oxydation les miasmes qui se sont dégagés, en neuf heures, d'un morceau de chair en putréfaction.

Quant à la nature chimique de ces miasmes, il nous est au moins permis d'affirmer que leur poids devait être proportionnel à la quantité d'ozone qui a servi à leur destruction. Or, cette quantité d'ozone ayant été très faible, il s'en suit que le poids des produits miasmatiques ne saurait être beaucoup plus considérable.

Pour donner à mes lecteurs une idée encore plus précise des quantités extrêmement minimes auxquelles touchent ces expériences miasmatiques, j'entrerai dans quelques détails:

Soixante litres d'air atmosphérique pèsent environ 78,000 milligrammes, et contiennent, s'ils sont fortement ozonisés au moyen du phosphore, environ 13 milligrammes d'oxygène actif, ou 1/6,000 d'ozone; d'où il suit, ainsi que des expériences ci-dessus mentionnées, que l'air atmosphérique ne contenant qu'un 6 millième d'ozone, a la puissance de désinfecter 540 fois son volume d'air, aussi chargé de miasmes que peuvent l'être 60 litres d'air par le séjour de 4 onces de chair putréfiée pendant une minute, ou ce qui revient au même, que l'air atmosphérique ne contenant que 1/3,240,000 d'ozone, est susceptible de désinfecter son propre volume d'air chargé de miasmes.

Ces données montrent que, relativement aux substances miasmatiques, et bien qu'elles soient susceptibles d'affecter très fortement le sens de l'odorat, nous n'avons affaire en réalité qu'à des quantités infinitésimales, et il s'en suit qu'il suffit de quantités extrêmement minimes d'ozone dans l'atmosphère pour détruire les matières miasmatiques véritables qui y sont versées par les matières organiques en putréfaction, ces miasmes ne formant en quantité qu'une très faible portion des produits de la putréfaction spontanée.

Quant à la présence de l'ozone dans l'atmosphère, elle est la conséquence naturelle de la formation de ce principe par les décharges électriques et de leur action sur l'oxygène de l'air; elle est d'ailleurs démontrée par mon papier réactif.

Nous devons donc conclure que les décharges électriques, qui se font continuellement en différens points de l'atmosphère et qui engendrent l'ozone, purifient indirectement l'air des matières gazeuses miasmatiques oxydables qui en troublent continuellement la pureté, et qu'elles la maintiennent par conséquent dans les conditions les plus favorables à la continuation de la vie.

L'électricité atmosphérique remplit donc dans la nature, au moins je le pense, un but comparable, quoique s'opérant sur une bien plus large échelle, à celui que l'on atteint jusqu'à un certain point par les fumigations de chlore; ou pour m'exprimer plus clairement, l'ozone atmosphérique est produit continuellement pour la purification de l'air atmosphérique, incessamment contaminé par les miasmes; de même que le chlore peut être employé pour désinfecter de petits volumes d'air contenant des miasmes.

La nature remplit ainsi, par un mécanisme très simple, des buts divers. Les miasmes oxydables sont détruits par l'ozone de l'air atmosphérique; mais celui-ci, qui est un principe miasmatique, est à son tour détruit par les miasmes : c'est là ce qui explique comment l'ozone atmosphérique, qui se produit continuellement, ne peut pas en général du moins s'accumuler dans l'atmosphère en quantité suffisante pour compromettre la vie des animaux.

Ainsi se trouverait confirmée l'opinion ancienne qui regardait les orages comme servant à la purification de l'atmosphère. Aujourd'hui, en effet, où nous savons que pendant les orages, il se forme comparativement de grandes quantités d'ozone, nous comprenons facilement de quelle manière cette purification peut s'opérer. L'altération de l'air atmosphérique qui survient dans la saison chaude, consiste très probablement en une accumulation de miasmes, résultant principalement de la putréfaction des matières organiques, dans les couches inférieures de l'atmosphère, et la purification de l'air ne peut avoir lieu que par la destruction de ces gaz miasmatiques. Or, comme l'ozone est produit en abondance pendant les orages (1), ce principe agit comme le chlore, et purifie l'air dans lequel se produisent ces phénomènes électriques.

Il est possible et même probable qu'il doit exister quelquefois, dans des circonstances diverses et dans certaines localités, une disproportion entre les quantités d'ozone et de gaz miasmatiques oxydables qui sont produits à la fois; de sorte que la quantité d'ozone atmosphérique peut n'être pas suffisante pour détruire tous les miasmes dégagés dans l'atmosphère. Alors suivant la qualité chimique, les propriétés physiologiques et la proportion de ces matières miasmatiques, il y exerce des effets plus ou moins sensibles sur l'économie animale, c'est-à-dire que telle ou telle espèce de maladie épidémique règnera avec plus ou moins d'intensité.

Ainsi que je l'ai démontré avec mon papier réactif, l'atmosphère est habituellement plus ou moins chargée d'ozone. Il suit de là que les matières miasmatiques oxydables, telles que l'hydrogène sulfuré, les gaz fétides, résultant de la putréfaction de la matière animale, etc., ne peuvent pas plus exister dans cet air ozonifère, qu'ils ne le pourraient dans de l'air contenant même de très faibles traces de chlore libre.

Je ne sais s'il est vrai de dire que pendant le règne de certaines maladies, telles que le choléra, l'atmosphère manque d'ozone; en tous cas, rien ne serait plus facile que de vérifier cette assertion.

J'ai encore à parler de quelques faits qui, dans mon opinion, sont dignes de l'attention des médecins et des physiologistes.

Autant que s'étendent mes observations, l'hiver est de toutes les saisons de l'année celle qui se distingue par l'abondance de l'ozone atmosphérique; d'où nous devons conclure que, dans cette saison, l'atmosphère doit être aussi purgée que possible de matières miasmatiques oxydables.

Un autre fait remarquable dont je me suis assuré, est le suivant : les couches les plus élevées de l'atmosphère sont plus chargées d'ozone que les inférieures. J'ai fait dans les montagnes du Jura, à des hauteurs de 12 à 1,800 pieds au-dessus de Bâle, des expériences nombreuses qui m'ont toujours montré à l'ozonomètre des degrés plus élevés que ceux constatés à Bâle au même instant. Nous pouvons donc conclure que les régions les plus élevées de l'atmosphère contiennent moins de matières oxydables que celles qui sont le plus rapprochées de la surface de la terre. Or, comme la génération de quelques maladies, telles que la fièvre jaune, etc., semble liée à certaines saisons et à certaines positions géographiques, il serait bien utile de déterminer, par des observations ozonométriques comparées, si certaines maladies n'auraient pas des relations avec l'état ozonifère de cette portion de l'atmosphère dans laquelle elles se produisent.

Si l'on considère la grande obscurité dont sont encore enveloppées les causes de la plupart des maladies; et comme, d'un autre côté, il est très probable que quelques-unes d'entre elles, sinon le plus grand nombre, sont les effets d'agens chimiques qui existent dans l'atmosphère et qui ont une action physiologique considérable, en d'autres termes, qui agissent avec une

(1) Je ne résiste pas au désir de citer une observation intéressante faite par un excellent ingénieur, M. Buchwalder, qui a bien voulu me la communiquer. Employé depuis plusieurs années dans les Alpes, cet ingénieur a eu l'occasion d'observer, jusqu'au milieu des orages, les effets terribles et grandioses de l'électricité des nuages. Se trouvant un jour sur le sommet du Senlis, près d'Appenzell, et couché avec un domestique sous une petite tente, dressée sur la neige, ils furent enveloppés subitement par la foudre, dont les éclats se portèrent dans toutes les directions. Le domestique fut tué sur le coup, et immédiatement après la tente fut remplie d'une odeur très forte et toute particulière. Un jour, je reçus la visite de M. Buchwalder, au moment où j'expérimentai l'ozone, dont l'odeur remplissait mon laboratoire, et je ne fus pas peu surpris de lui entendre dire qu'il reconnaissait parfaitement l'odeur qu'il avait sentie sous sa tente au sommet du Sentis.

(*Note de M. Schonbein.*)

Saint-Hilaire, et surtout celle des *Recherches anatomiques et physiologiques sur l'hermaphrodisme*, présentées à l'Académie des sciences, le 4 février 1833, ont démontré de la manière la plus décisive qu'il n'existe pas de véritable hermaphrodisme, le mot étant pris dans sa pleine signification, ou, en d'autres mots, que la réunion d'organes mâles et femelles parfaits, sur le même individu, est un fait anatomique et physiologique impossible.

Or, en suivant la classification, généralement adoptée, de M. Geoffroy Saint-Hilaire, à quel ordre appartient l'hermaphrodisme qui fait le sujet de ces remarques? De la solution de cette question découlerait le jugement à porter sur l'opération pratiquée par M. Gross.

L'appareil générateur se compose d'un nombre déterminé de parties qui est le même chez le mâle que chez la femelle, et qui se correspondent. Lorsque le nombre de ces parties n'est pas changé, mais qu'il y a seulement modification dans leur développement ou différence dans le sexe auquel ces parties appartiennent, cela constitue l'hermaphrodisme *sans excès*.

Lorsqu'il y a augmentation du nombre normal des parties qui composent l'appareil générateur, augmentation qui a toujours lieu par l'addition d'organes mâles aux organes femelles correspondans, ou réciproquement, cela constitue l'hermaphrodisme *avec excès*.

De plus, continue M. Geoffroy Saint-Hilaire, à qui nous empruntons cette lumineuse classification, l'hermaphrodisme *sans excès* se divise en quatre groupes : 1° l'*hermaphrodisme masculin*, dans lequel l'appareil générateur, essentiellement mâle, offre dans quelques-unes de ses parties, la forme des organes femelles; 2° l'*hermaphrodisme féminin* dans lequel l'appareil générateur, essentiellement femelle, offre dans quelques-unes de ses parties, la forme des organes mâles; 3° l'*hermaphrodisme* dans lequel toutes les parties femelles ont un caractère tellement ambigu, qu'il est impossible de distinguer si elles sont mâles ou femelles, en sorte qu'il paraît que l'individu qui les possède n'appartient à aucun sexe; 4° l'*hermaphrodisme mixte*, dans lequel il y a, non comme dans les premiers groupes, un mélange apparent, mais un mélange réel des deux sexes.

Or, il nous semble que, dans l'exemple de M. Gross, il s'agissait d'un *hermaphrodisme masculin*, les organes générateurs vraiment *essentiels*, vraiment *testés*, étant mâles, les organes sexuels externes offraient seuls des caractères imparfaits de la femelle. On a donc châtré, à notre avis, un enfant réellement mâle pour le réduire à l'état d'être neutre. Chacun des trois segmens, comme dirait M. Serres, peut devenir le point d'anomalies congénitales, indépendamment des deux autres; mais il n'en est pas moins certain que l'existence de testicules bien conformés, avec leur canal spermatique, fait singulièrement peser dans la balance l'idée d'un sexe mâle, quoique les autres parties de l'appareil générateur semblent se rapprocher de la femelle. D'ailleurs, on sait que, dans les premiers temps de leur existence, tous les fœtus ont leurs organes génitaux conformés de la même manière, et que le type de cette conformation apparente est celui de l'organe féminin; de sorte que, dans le fait, on peut dire que tout homme a été femme dans le principe. C'est une idée émise il y a bien longtemps par Évrard Home, et que les travaux modernes sont venus confirmer. Aussi, on conçoit qu'un arrêt de développement dans les organes externes de la génération peut faire d'un mâle réel une femelle apparente, et que, au contraire, un développement inopportun dans ces mêmes organes externes peut faire un mâle apparent d'une femelle effective. Il y avait chez l'enfant opéré par M. Gross une fente imperforée, très superficielle, sans vagin, et surmontée d'un organe ressemblant à un clitoris. Il y avait donc là évidemment des organes génitaux femelles incomplets; mais il y avait aussi deux testicules bien conformés, occupant la place qu'ils ont habituellement, et il est à peu près certain que les ovaires, c'est-à-dire les organes essentiels du type femelle, les *arcs-boutans* de la femme n'existaient pas, pas plus que la matrice. En d'autres termes, cet enfant avait le segment profond de ses organes génitaux, mâle, le segment moyen très probablement absent, et le segment externe incomplètement femelle. Nous disons que cette disposition ne faisait pas non pas une fille, mais un garçon, et que lui enlever ses testicules, c'était lui ravir les seuls élémens réels d'individualité qu'il possédait.

Il est impossible de dire ce que seraient devenus ces organes génitaux à mesure que l'enfant qui les portait eût avancé en âge; mais les exemples ne sont pas rares dans les annales de la science, où l'on voit un appareil génital anormal subir, avec le temps, des métamorphoses très remarquables, qui ont pu faire naître la pensée ridicule, souvent exprimée, d'hommes changés en femmes et de femmes changées en hommes (voyez Ambroise Paré).

Tel absurde que soit ce conte, il n'en a pas moins quelque chose de vrai, en ce sens que les organes génitaux normaux n'étant plus à un certain âge ce qu'ils étaient dans la vie fœtale, de même des organes génitaux frappés de vice de conformation, peuvent se modifier singulièrement, et un être ambigu revêtir à une époque de son développement le cachet qui lui donnera un rang dans la société.

Rappelons ces paroles de Marc :

« Il est souvent fort difficile d'assigner, sous le rapport sexuel, un » rang aux individus atteints d'hermaphrodisme. Une pareille décision » exige une observation prolongée, afin de découvrir dans un assem- » blage d'organes imparfaits des deux sexes, quel est le sexe qui devra » être considéré comme prédominant. A cet effet, on devra observer » longtemps et à plusieurs reprises, les goûts, les propensions des indi- » vidus dont il s'agit de constater le sexe. Rien ne conduit plus aisé- » ment à des erreurs comme de prétendre, dans tous les cas, détermi- » ner peu de temps après la naissance, le sexe d'enfans dont les parties » génitales ne sont pas régulièrement conformées. Lorsque la confor- » mation de l'individu laisse le moindre doute sur son véritable sexe, il » est convenable d'en avertir l'autorité, et d'employer, s'il le faut, des » années à observer le développement progressif du physique comme » du moral de l'hermaphrodite, plutôt que de hasarder sur son sexe un » jugement que des phénomènes futurs pourront renverser tôt ou » tard. »

Un fait remarquable, dans l'observation de M. Gross, c'est que l'enfant, il le dit lui-même, avait avant sa castration des goûts très marqués pour les jeux que préfèrent les garçons, et que tout aussitôt après l'opération ces goûts, ces propensions changèrent notablement et prirent ceux d'une fille. Cela vient encore appuyer notre opinion et fait regarder cet enfant réellement comme un garçon effectif.

Dr Achille CHEREAU.

très grande énergie, quoique à faible dose, sur la constitution animale, les médecins et les physiologistes verront peut-être, dans les faits que je leur signale, un but de recherches de nature à jeter du jour sur la connexion qui existe entre les phénomènes physiologiques animaux et les agens physiques et chimiques.

Un mot encore, et je termine.

Je crois avoir démontré d'une manière satisfaisante, par une série d'expériences, que l'ozone, qui est produit par les décharges électriques aux dépens de l'oxygène pur ou atmosphérique, est, sous tous les rapports, identique avec celui qui est développé aux dépens de l'oxygène pur ou atmosphérique, au moyen du phosphore, ou de celui qui se dégage à l'électrode positif pendant la décomposition de l'eau. Il ne peut pas y avoir non plus de doute à cet égard : l'ozone électrique et voltaïque, aussi bien que l'ozone chimique, possèdent la propriété de détruire les substances miasmatiques gazeuses et oxydables. Voici, du reste, une expérience qui tranche complètement la question : si l'on soumet à l'action des étincelles électriques un petit flacon rempli d'air ou d'oxygène, préalablement chargé de miasmes par le sejour d'un morceau de viande en putréfaction, la désinfection ne tarde pas à être complète; et si l'on mêle de l'oxygène ou de l'air altéré par des miasmes avec quantité suffisante d'air ozonifère, obtenu dans la décomposition de l'eau, on obtient le même résultat.

REVUE CLINIQUE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. GRISOLLE.

Sommaire. — Anesthésie complète et générale chez une femme hystérique.

Un des phénomènes les plus remarquables et les plus constans de l'affection hystérique consiste dans l'affaiblissement, quelquefois dans l'abolition complète de la sensibilité. Le plus souvent, l'anesthésie est bornée à une partie du corps; mais dans des cas plus rares, toute l'enveloppe cutanée, les muqueuses tapissant les orifices des voies respiratoires et digestives sont frappées de paralysie du sentiment : quelquefois même, les organes des sens sont eux-mêmes atteints dans leur sensibilité spéciale, et la vue, l'ouïe, l'odorat et le goût sont plus ou moins diminués ou pervertis.

Le service de M. Grisolle renferme, en ce moment, deux femmes qui présentent une anesthésie généralisée. L'histoire de l'une d'elles est trop compliquée pour être bien concluante; je me bornerai à rapporter l'observation suivante :

OBSERVATION. — La nommée Vassal (Marie), âgée de 23 ans, cuisinière, entre à l'hôpital de la Pitié, le 5 janvier 1853, salle Sainte-Marthe, n° 8. Cette fille a passé toute sa jeunesse à la campagne. Quoiqu'elle ne fût pas employée aux travaux des champs, elle n'a pas mené une existence sédentaire. Elle ne se rappelle pas d'avoir eu des glandes engorgées sous le cou ni de croûtes sur le cuir chevelu; elle n'a pas eu mal aux yeux. Elle n'a jamais été malade jusqu'au moment où a débuté l'affection pour laquelle elle vient à l'hôpital : ainsi elle n'a eu aucune maladie éruptive. Réglée à 13 ans, elle n'avait jamais éprouvé de dérangement menstruel. Elle a toujours été très nerveuse; elle s'agitait et pleurait très souvent pour la moindre contrariété ou la moindre peur. Cependant elle n'avait pas encore eu de véritable attaque convulsive, jamais elle ne perdait connaissance, et ne ressentait ni étouffemens fréquens, ni strangulations, ni globe hystérique.

Il y a deux mois, elle était descendue à la cave : elle y fut frappée d'une grande frayeur; immédiatement elle commença à trembler sur ses jambes et continua à trembler de plus en plus en remontant l'escalier. Arrivée au haut du deuxième étage, elle perdit tout d'un coup connaissance et roula jusqu'au bas de l'escalier. On lui rapporta qu'elle s'était débattue et qu'on avait été obligé de la tenir pendant son attaque qui dura une heure. En roulant dans l'escalier elle se frappa la jambe droite et s'y fit une forte contusion bientôt suivie de suppuration. L'abcès qui se forma, s'ouvrit de lui-même et l'ouverture fut assez longue à se fermer. Autour de cette ouverture, apparut une éruption, d'abord bornée; mais qui bientôt se répandit sur tout le corps et qui subsiste encore maintenant.

Ce fut à partir du moment où survint cette première attaque que la malade s'aperçut que sa sensibilité était considérablement diminuée. Elle vit avec étonnement qu'elle avait à la jambe une contusion très étendue qui ne lui faisait aucun mal, et depuis elle se brûla et se coupa plusieurs fois dans sa cuisine sans éprouver la moindre douleur. La vue du sang qui coulait ou du feu qui la brûlait, l'avertissait seule de l'accident qui venait de lui arriver. Avant d'entrer à l'hôpital, elle avait par semaine deux ou trois accès, provoqués en général par des contrariétés. Ces accès, avec perte de connaissance et mouvemens convulsifs, ne duraient pas au-delà d'un quart d'heure.

État actuel, le 7 février 1853. — Embonpoint conservé, chairs fermes : peau blanche, visage pâle; sclérotiques bleuâtres, iris noirâtres, cils et sourcils assez courts; cheveux châtain-noirs; conjonctives et muqueuses buccales décolorées; langue sans enduit. La soif est assez vive depuis le commencement de la maladie; l'appétit est bien conservé et les digestions sont très faciles, sans douleurs d'estomac, sans renvois. La malade n'est presque jamais constipée, elle urine toujours sans difficulté, et la quantité d'urine qu'elle rend n'est ni augmentée, ni diminuée.

Elle ne tousse pas, ne sent pas de battemens de cœur et n'est pas oppressée quand elle monte les escaliers. Par l'auscultation, on entend la respiration très pure dans toute l'étendue de la poitrine, en arrière et en avant. L'impulsion du cœur est bien marquée : les mouvemens sont réguliers. Le premier bruit est accompagné d'un souffle doux et le second est légèrement claquant. Sur les parties latérales du cou, on perçoit un murmure continu assez fort, quelquefois même musical à deux tons; de plus, il y a des traces de bruit intermittent. Depuis le début de son affection, la malade est sujette à des resserremens très incommodes à la gorge, à des oppressions qui la tourmentent de temps en temps et enfin à la sensation de la boule hystérique qui remonte de l'estomac sous le sternum et le long du cou.

Depuis qu'elle est à l'hôpital, elle est prise d'accès convulsifs deux ou trois fois par semaine. Les accès commencent par des mouvemens involontaires dans les jambes pendant dix minutes ou un quart d'heure, puis viennent quelques violentes secousses dans tous les membres; alors elle perd connaissance, agite avec force ses bras et ses jambes; si l'attaque est très vive, elle pousse des cris; elle n'a jamais d'écume à la bouche. On est toujours obligé de la contenir, de peur qu'elle ne se blesse dans ses mouvemens désordonnés; puis au bout de dix minutes, le calme revient; il y a encore cependant plusieurs secousses avant que l'accès soit terminé. La malade est alors fatiguée, mais elle ne pleure pas.

Ces accès sont quelquefois déterminés par des contrariétés; mais le plus souvent ils ont lieu à l'heure de la visite, lorsque les élèves entourent le lit de la malade. On fait alors sur elle, pour éprouver sa sensibilité, diverses expériences qui, bien qu'elles ne lui fassent aucun mal, ne laissent pas de l'impressionner assez vivement. De plus, elle est d'un tempérament très ardent et la vue des individus d'un autre sexe suffit à l'exciter et à provoquer ses attaques.

On constate facilement chez cette femme une analgésie complète et générale. On peut pincer ou percer avec une épingle la peau, en tel endroit que l'on veut sans exciter la moindre douleur. Les membres dans toute leur étendue, le visage, le cuir chevelu, toute la surface du tronc ont été soumis à l'expérimentation, et partout on a trouvé les mêmes résultats. L'analgésie n'est pas seulement superficielle, elle est encore plus profonde, car les épingles enfoncées verticalement ne réveillent aucune sensibilité. L'éruption papulo-vésiculeuse, répandue sur tout le corps de la malade, ne lui fait éprouver ni cuisson, ni démangeaison, elle ne la sent pas. On peut toucher avec la tête d'une épingle la conjonctive et piquer la surface muqueuse des lèvres, la malade n'en éprouve aucune sensation. On fait pénétrer dans les fosses nasales les barbes d'une plume, aussi loin qu'il est possible de le faire, la malade reste impassible. Enfin la langue et les parois de la bouche sont complètement insensibles à la douleur. Il n'y a qu'un seul point du corps ou la sensibilité à la douleur semble subsister, c'est la cloison du nez, peut-être même est-elle le siége d'un hyperesthésie notable, car si on la pince entre les doigts, on fait éprouver à la malade une sensation assez vive pour donner lieu à des secousses convulsives, qui seraient bientôt suivies de l'accès hystérique si l'on ne cessait point à l'instant même.

En même temps qu'elle a perdu la sensibilité à la douleur, la malade a perdu l'aptitude à ressentir les impressions de la chaleur et du froid. Il y a quelques jours, elle s'est brûlée et n'a point senti la chaleur du foyer. On peut toucher une partie quelconque de son corps avec un corps froid, comme un gobelet d'étain, sans qu'elle s'en aperçoive. Il en est de même lorsqu'on lui verse de l'eau froide sur la poitrine ou sur le ventre.

La sensibilité tactile est aussi abolie; mais elle ne l'est point toujours. Si on bouche les yeux de la malade, on peut la toucher sur n'importe quelle partie du corps sans qu'elle en ait conscience. Comme je viens de le dire, ce phénomène varie beaucoup, car les jours précédens, elle sentait parfaitement le moindre contact.

La sensibilité spéciale de quelques autres sens est aussi éteinte ou au moins diminuée. Ainsi on a fait respirer à la malade différentes odeurs, sans qu'elle parût même s'en douter. On lui a fait boire de l'eau, du vin aromatique; elle n'a trouvé de goût ni à l'une, ni à l'autre boisson. Elle a mâché du tabac à fumer, des pastilles de menthe, du sel, du fromage, des cornichons, du sucre, sans pouvoir reconnaître une seule de ces substances et sans éprouver la moindre sensation gustative. On lui a mis de l'encre sur la langue, et le résultat a été le même. La vue est un peu affaiblie; l'ouïe est intacte, l'intelligence est nette.

Cette malade présente encore ce phénomène singulier qu'elle ressent parfaitement le besoin d'uriner ou celui d'aller à la selle, mais qu'elle n'éprouve point la moindre sensation, comme avant la maladie, au moment du passage de l'urine et des matières fécales.

L'anesthésie occupe également les deux côtés du corps. De temps en temps, la malade est tourmentée de douleurs assez vives qui passent comme des traits dans le sein droit, dans le bras droit et le côté droit du corps : elles ne se propagent point dans la jambe du même côté. Il n'y a rien de semblable dans le côté gauche. Ces douleurs existaient déjà avant le premier accès convulsif.

Les deux membres inférieurs ont perdu de leur force. Quelquefois la malade tremble en marchant; cependant le plus souvent elle marche bien. Le coït excite chez elle des accès hystériques. Ses règles étaient suspendues depuis deux mois; elles ont reparu il y a trois jours. Habituellement, elles duraient cinq jours; cette fois, elles n'ont duré que deux jours et ont été peu abondantes.

Aujourd'hui 9 février, l'anesthésie du corps, de la face, de la conjonctive, de la muqueuse buccale est toujours aussi prononcée; mais lorsqu'on enfonce très profondément les barbes d'une plume dans les fosses nasales, on excite une sensation pénible qui fait retirer vivement la malade en arrière.

Depuis hier aussi, la malade s'est aperçue qu'elle sentait le goût du sucre. En effet, ce matin, à la visite, après lui avoir donné différentes substances (sel, pain, fromage, encre, sel, tabac) dont elle ne sent pas le goût, on lui donne soit de l'eau sucrée, soit du sucre, et elle reconnaît parfaitement leur saveur. Elle est prise, sitôt qu'on a quitté son lit, d'un accès qui dure dix minutes.

Le traitement a consisté dans l'administration de 4 grammes de poudre de valériane par jour pendant huit à dix jours; au bout de ce temps, on a été forcé de suspendre la valériane, que la malade ne pouvait supporter : on l'a remplacée par 10 pilules de Vallet et du vin de quinquina chaque jour.

La connaissance de l'anesthésie hystérique est de date récente. M. Macario et M. Gendrin sont les deux premiers auteurs qui en aient parlé, et les idées de ce dernier ont été exposées de nouveau dans la thèse inaugurale de M. Henrot, son élève. M. Landouzy a cherché à réfuter les opinions de M. Gendrin, et elles ont été combattues depuis non moins vivement par M. Sandras. M. Beau a étudié avec soin l'anesthésie; mais il a surtout cherché à montrer que cette paralysie était complexe, et portait sur plusieurs fonctions tactiles indépendantes les unes des autres, et pouvant être atteintes séparément. Les travaux les plus récens sur ce sujet ont été faits par les élèves de M. Briquet, M. Bezançon (thèse inaugurale, 1849), et M. Mesnet (thèse inaugurale, 1852.)

Selon ces auteurs, l'anesthésie se rencontre chez presque toutes les hystériques. M. Henrot dit n'avoir rencontré qu'une seule femme hystérique qui lui ait d'abord semblé n'avoir point d'anesthésie; mais l'ayant examinée plus tard avec plus de soin, il a trouvé deux points complètement insensibles. Toutes les malades hystériques que nous avons eu occasion de voir, ont été soumises par nous à une recherche minutieuse des parties anesthésiées, et nous avons toujours pu trouver au moins quelques points ou la sensibilité était éteinte; et ces points, quand ils sont peu nombreux et peu étendus, siégent de préférence à la face externe des membres et sur le plan postérieur du tronc, comme l'a fait remarquer M. Mesnet.

Un fait bien remarquable, c'est que quand l'anesthésie hystérique est bien limitée, le plus souvent elle siége du côté gauche. Cette prédilection pour le côté gauche n'appartient pas d'ailleurs exclusivement à l'anesthésie; car c'est aussi à gauche que l'on observe le plus souvent les paralysies musculaires et les hypéresthésies. Il est de toute impossibilité d'expliquer ce fait, qui, dans des cas embarrassans, peut devenir un élément de diagnostic.

La paralysie de la sensibilité cutanée dans l'hystérie est rarement généralisée. Chez la malade dont nous avons rapporté l'observation, on peut voir que la peau dans toute son étendue est anesthésiée. On peut, en effet, piquer avec une épingle les mains jusqu'aux extrémités digitales, les pieds, les membres supérieurs et inférieurs, le tronc entier, la face, le cuir chevelu, sans que la malade éprouve la moindre douleur. Elle n'a qu'un endroit où elle ait conservé la sensibilité, c'est la sous-cloison du nez. On peut même dire qu'il y a là hypéresthésie, puisqu'une pression modérée de cette partie suffit à faire naître des accès d'hystérie.

L'anesthésie peut éteindre toutes les différentes sensations tactiles, ou bien n'abolir que l'une ou l'autre d'entre elles. Depuis longtemps les physiologistes ont cherché à décomposer le sens du toucher en autant de sens secondaires qu'il y a de sensations diverses. M. Gerdy est un de ceux qui ont poussé le plus loin cette analyse. Darwin avait vu plusieurs cas où la sensibilité au contact et à la douleur était éteinte pendant que les parties anesthésiées étaient encore vivement impressionnées par la chaleur ou par le froid. M. Beau a montré que la sensibilité à la douleur pouvait être abolie, tandis que les malades ressentaient le moindre contact. Enfin, M. Landry (*Arch. de méd.*, 1852) a fait voir comment toutes les sensations cutanées pouvaient se rapporter à quatre, qu'il appelle primitives, et d'où dérivent toutes les autres, à savoir : les sensations de contact, de douleur, de température et d'activité musculaire. Il a cité des cas où les malades avaient perdu la faculté d'éprouver l'une ou l'autre de ces sensations.

Dans l'hystérie, le plus souvent, les malades deviennent, dans les points anesthésiés, insensibles à la douleur; tandis que dans ces mêmes points ils ressentent la température et le moindre contact des corps. C'est ce que nous voyons chez la femme Vassal. Nous avons déjà indiqué l'analgésie générale; si on la surprend dans un moment où elle ne regarde pas, on peut la toucher en quelque point que ce soit sans attirer son attention. Si on lui bouche les yeux, on peut toucher soit la face, soit les membres, soit le tronc avec un objet en métal, par conséquent très froid, sans qu'elle s'en aperçoive. Nous avons vu verser de l'eau sur sa poitrine, et la malade restait impassible.

L'analgésie et l'insensibilité au contact sont aussi complètes à la langue, à la muqueuse de la bouche et des fosses nasales, et à la conjonctive.

Les sensibilités spéciales sont elles-mêmes atteintes. Nous avons noté dans l'observation les diverses expériences qu'on a faites pour s'assurer de la perte du goût. On a introduit dans la bouche de la malade alternativement du pain, du fromage, des cornichons, des dragées, du tabac à fumer, des pastilles de menthe, du sel, etc., sans qu'elle ait trouvé la moindre saveur à aucune de ces substances. L'odorat est aboli, la vue est diminuée.

Tels sont les phénomènes d'anesthésie que l'on remarque chez cette malade. Dans l'hystérie, le plus souvent, en même temps que la sensibilité est altérée, on remarque des troubles de la motilité. Il n'est pas rare de voir les membres du côté où siége l'anesthésie perdre une grande partie de leur force et même être tout à fait paralysés. C'est ainsi que l'on observe des hémiplégies et des paraplégies hystériques. Plus souvent encore, la paralysie se porte sur les muscles de la vie organique, et c'est alors que l'on voit la rétention d'urine, la constipation, la tympanite. Chez la femme Vassal, on ne trouve qu'un peu de faiblesse des membres inférieurs, mais les plans musculaires de la vessie et de l'intestin n'ont pas été lésés.

Il y a lieu de s'étonner que cette femme, avec cette anesthésie de la peau des mains et des pieds, puisse marcher assez librement et porter des objets dans ses mains sans les laisser tomber. C'est ici le lieu d'invoquer cette sensation d'activité musculaire dont nous avons parlé plus haut. La malade prend

dans ses mains un objet : elle exécute une contraction musculaire qui dispose ses doigts de la manière nécessaire pour retenir cet objet. Il y a donc là une activité musculaire dont elle a la sensation, et c'est cette sensation qui lui permet de maintenir aussi longtemps qu'elle veut ses doigts dans la disposition qu'elle leur a donnée primitivement. Quant à ses pieds, l'anesthésie est probablement incomplète, car lorsque la malade marche lentement, elle tremble sur ses jambes et se tient debout avec peine. Si au contraire elle frappe vivement le sol et marche vite, ce qui doit réveiller la sensibilité, elle a plus d'assurance.

Comme chez un certain nombre d'hystériques, l'anesthésie s'est montrée chez cette femme brusquement, dès la première attaque convulsive : au moins, c'est à partir de ce moment que la malade a commencé à s'en apercevoir. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis deux mois, l'état de cette malade n'a pas beaucoup varié ; on l'a traitée d'abord par la valériane ; mais elle supportait mal ce médicament ; alors M. Grisolle s'est adressé surtout à la chlorose qui complique son état hystérique, et il lui donne depuis près d'un mois les pilules de Vallet et du vin de quinquina.

Ses règles n'avaient pas reparu depuis deux mois, et ces jours-ci elles se sont rétablies. L'époque menstruelle a une influence bien variable chez les hystériques : tantôt les phénomènes d'anesthésie disparaissent pour se montrer de nouveau après que l'époque est passée ; tantôt ils deviennent au contraire plus marqués et plus étendus. Chez cette femme, il n'y a point eu d'autre modification que celle que nous avons signalée dans l'observation. La malade a commencé à reconnaître les saveurs sucrées qu'elle ne sentait pas du tout auparavant.

A. V.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances de Janvier 1853. — Présidence de M. le docteur Ameuille.

Après lecture et discussion d'un rapport de M. le docteur Smith, rapporteur de la commission nommée, dans la séance précédente, à l'effet de réviser les articles du réglement de la Société médico-pratique concernant l'admission et la cotisation de ses membres. La Société a adopté les dispositions suivantes :

Art. III. — Pour faire partie de la Société médico-pratique, il faut être revêtu du titre de docteur en médecine ou en chirurgie. Toutefois, la Société peut admettre trois pharmaciens et les savans connus par leurs travaux dans l'une des branches accessoires de l'art de guérir.

Art. VII. — Tout candidat au titre de membre titulaire ou correspondant, doit joindre à sa demande écrite un travail manuscrit ou imprimé, ou seulement *sa thèse inaugurale*.

Art. L. — Le prix du diplôme, soit de membre titulaire, soit de membre correspondant, est fixé à 15 fr.

Art. LIII. — Les membres titulaires paieront une cotisation annuelle de 30 fr.

Art. XLVIII. — La Société se réunit deux fois par mois. A chaque séance, les membres titulaires reçoivent un jeton de présence de la valeur d'un franc.

Art. LXXXIV. — Toute disposition du réglement, contraire aux précédens articles, reste et demeure abrogée.

La cotisation annuelle, pour chaque membre dont l'assiduité aux séances de l'année sera entière, se trouve ainsi réduite à la faible somme de 6 fr. Les médecins désireux de faire partie de la Société médico-pratique, n'auront donc plus à lui reprocher le chiffre trop élevé de la cotisation exigée autrefois.

M. Aubrun, secrétaire général, informe la Société que, conformément au vœu émis par elle, il a adressé une lettre à M. le ministre de l'instruction publique, dans laquelle, invoquant les nombreux services rendus à la science par la Société médico-pratique, l'une des plus anciennes Sociétés médicales de Paris, il a sollicité une part dans les secours destinés comme encouragement aux Sociétés savantes. Il a lieu d'espérer que l'appel de la Société sera favorablement entendu.

La parole est à M. Bonnassies pour une importante communication de déontologie médicale.

M. Bonnassies entretient la Société de désagrémens profondément regrettables éprouvés par lui, à l'occasion de la mort d'un enfant qui, contre toute prévision, a succombé dans les circonstances suivantes : Cet enfant, âgé de deux ans et demi, était convalescent d'un croup confirmé : plaques diphthéritiques dans l'arrière-gorge, toux croupale, extinction de la voix, expulsion par les vomissemens de pseudo-membranes caractéristiques, etc..... Depuis trois jours, notre confrère s'était retiré, considérant son petit malade comme parfaitement guéri, quand, par hasard, et plutôt à titre de voisin que comme médecin, il fut invité à visiter une dernière fois l'enfant qui, *disait-on*, continuait de bien aller.

M. Bonnassies le trouva en effet dans un état excellent. C'était le dixième jour après le début des accidens. Plus de fièvre, nulle trace de diphtérite, aucune gêne appréciable ni dans la respiration, ni dans la déglutition. Tout, en un mot, confirmait une convalescence pleine et entière. Aussi, M. Bonnassies permit-il qu'on sortît au dehors l'enfant pendant quelques instans. Quelques alimens furent également pris le soir avec avidité. La nuit fut bonne. Mais le lendemain, à neuf heures du matin, une personne haletante accourait chez notre confrère, en lui disant que le petit garçon venait subitement d'éprouver une crise effrayante, qu'il se mourait... M. Bonnassies s'empressa de se rendre aussitôt auprès de l'enfant. Il était mort quand il arriva. L'autopsie n'a pu être faite.

Que s'était-il passé là? Personne, sans doute, n'oserait le dire. Cependant il s'est trouvé un médecin vérificateur des décès assez imprudent pour faire comprendre à des parens désolés que cette mort si imprévue avait probablement été occasionnée par un œdème de la glotte méconnu. Qu'est-il résulté pour notre collègue de cette supposition malheureuse ? C'est que la famille lui reproche amèrement aujourd'hui de n'avoir pas reconnu la maladie de leur enfant. M. Bonnassies s'est immédiatement transporté auprès du confrère vérificateur des décès pour obtenir quelques explications sur ce fâcheux incident. Celui-ci a opposé les dénégations les plus formelles aux paroles qu'on lui a prêtées.

M. Aubrun cherche à démontrer combien des faits semblables, et malheureusement trop fréquens, sont fâcheux et déconsidèrent les médecins dans l'opinion et vis-à-vis d'eux-mêmes. La constatation des décès demande, de la part de ceux qui en sont chargés, une prudence et une réserve extrêmes. Les moindres réflexions faites par eux, à l'occasion du traitement de la maladie ou du genre de mort auquel le malade a succombé, sont presque toujours mal comprises de la famille et interprétées dans un sens peu favorable au médecin qui a donné les derniers soins. Il serait urgent, selon M. Aubrun, que ceux qui tiennent la plume dans les journaux de médecine rappelassent, au nom du corps médical tout entier, combien est difficile et importante la mission des vérificateurs des décès, et quelles fâcheuses conséquences pour la dignité professionnelle, peuvent résulter de la légèreté avec laquelle quelques-uns de ces médecins de l'autorité accomplissent leurs devoirs.

M. Dreyfus : Il y a longtemps que les Sociétés d'arrondissement ont signalé la conduite généralement peu confraternelle de messieurs les médecins vérificateurs des décès. Toutefois, il faut le dire, beaucoup d'entre eux se sont amendés depuis. Ils se posent moins en supérieurs vis-à-vis de leurs confrères, et n'abusent plus autant de la mission apparente de contrôle dont le public les croit investis. Quand j'ai le malheur de perdre un malade, j'ai l'habitude de laisser une note signée de ma main pour le vérificateur, et sur laquelle j'inscris le nom de la maladie à laquelle mon malade a succombé, et celui du pharmacien qui a délivré les médicamens.

M. Gaide : J'ai perdu, il y a peu de temps, et en moins de quarante-huit heures, un enfant de dix-huit mois des suites d'un catarrhe suffocant. Inutile d'ajouter que le diagnostic avait été fait avec tout le soin possible. Cependant le vérificateur des décès, qui n'avait rien vu, ne s'est pas gêné pour déclarer que mon petit malade avait vraisemblablement succombé à une angine croupale.

M. Otterbourg dit que, pour son compte, il n'a qu'à se louer de la conduite des médecins vérificateurs des décès de son quartier. Tous ses confrères ne sont pas aussi heureux que lui. Il en connaît qui ont perdu la clientèle d'une famille, à cause d'interrogations imprudemment faites par un médecin vérificateur, dans le genre de celle-ci : *Est-ce que M. X... n'a pas été saigné pendant sa maladie?*

M. Henri Labarraque : Je reconnais avec tout le monde, Messieurs, les abus qu'on vient de signaler. Je les regrette avec vous profondément. Toutefois, je dois ajouter en même temps qu'il y aurait injustice réelle à vouloir toujours susciter contre les médecins vérificateurs des griefs qui tiennent bien souvent au mode de fonctionnement de l'institution elle-même. On oublie que ces confrères sont, avant tout, les agens de l'autorité, qu'ils ont une mission de confiance à remplir, qu'ils sont obligés non seulement de constater le décès des personnes, mais encore de s'assurer que l'individu décédé est bien mort de sa mort naturelle. Le but d'une mission semblable implique nécessairement une sorte d'enquête, enquête difficile, délicate, qui oblige malheureusement à quelques interrogations que la famille interprétera quelquefois au détriment du médecin ordinaire. Dans tout cela, MM. les médecins vérificateurs des décès n'y sont le plus souvent pour rien.

Le secrétaire, Dr Perrin.

THÉRAPEUTIQUE.

TRAITEMENT DE LA CHORÉE PAR LE CHLOROFORME ;
Par le docteur H. March.

Un jeune homme de douze ans, à la suite d'un coup dans le dos, fut atteint de chorée, qui chaque jour s'aggrava d'avantage ; l'enfant était continuellement maintenu par quatre personnes ; il dormait rarement et jamais plus d'une demi-heure de suite. L'opium fut donné à doses aussi fortes que possible et n'amena point de sommeil ; le docteur March recourut au chloroforme ; après deux gros de chloroforme inhalés, les muscles cessaient de s'agiter, la main droite fut la dernière partie du corps qui resta en repos, — il n'y eut pas de sommeil. Après quelques heures de repos les mouvemens musculaires reprirent, mais avec moins de violence. — Pendant la nuit l'enfant dormit cinq heures. Le jour suivant deux personnes le contenaient sans peine. Le chloroforme fut administré de nouveau, et un calme complet reparut. La nuit fut très bonne, mais le jour suivant la chorée reparut avec toute son intensité. Deux nuits se passèrent sans sommeil. On donna le chloroforme à plus forte dose, jusqu'à sommeil complet pendant quelques heures. Le lendemain mieux considérable, les mouvemens musculaires étaient de beaucoup plus faibles et l'enfant put manger. Jusque-là il ne pouvait boire qu'avec une éponge. Pour la première fois il dormit alors pendant plusieurs nuits sans qu'il fût besoin de chloroforme : à partir de cette époque, l'amélioration fut rapide, et l'enfant ne tarda pas à se rétablir entièrement. (*Dublin quaterly* et *Presse médicale.*)

COURRIER.

Pour éviter les lenteurs et les frais d'une seconde convocation, MM. les actionnaires de l'Union Médicale, qui seraient empêchés de se rendre à l'assemblée générale qui aura lieu lundi prochain, à huit heures du soir, sont instamment priés de s'y faire représenter, en se conformant aux indications données par la lettre que M. le Gérant de la Société a eu l'honneur de leur adresser.

— Un triste résultat de l'emploi du chloroforme comme anesthésique, vient encore d'être observé à Paris, dans la pratique particulière. Diverses rumeurs ont été répandues sur ce sujet. On assure qu'une enquête judiciaire est commencée. On comprend toute la réserve que nous impose cette circonstance.

— Un projet de loi demandant un crédit de 5,000 fr. pour payer à l'administration de l'assistance publique les arrérages du loyer de l'Académie impériale de médecine, est en ce moment soumis au Corps législatif.

— Un commencement d'incendie a éclaté la nuit dernière à la maison impériale de santé du faubourg Saint-Denis, et menaçait d'envahir quelques chambres occupées par des malades. De rapides secours ont immédiatement conjuré le danger.

— M. le doyen de la Faculté de Montpellier nous prie d'insérer l'avis suivant :

« La Faculté de médecine de Montpellier va s'occuper de la formation d'une liste de candidats pour la chaire d'anatomie vacante dans son sein ; les docteurs en médecine qui voudraient y être portés, sont invités à envoyer leurs demandes et leurs titres au doyen de la Faculté, avant le 7 mars prochain. »

— On annonce la publication prochaine de deux documens importans sur la syphilisation, le rapport de la commission académique de Turin, le rapport de la commission instituée par M. le préfet de police à Paris. On assure que les conclusions de ces deux rapports sont en parfaite concordance. Nous n'en disons pas plus long.

— Un candidat à l'Académie de médecine, trompé par l'homonymie, a été rendre visite à un homœopathe très connu, dont le frère est membre de l'Académie. L'homœopathe a écouté la supplique et s'est borné à répondre : Monsieur, je traduirai fidèlement à mon frère, sans atténuation ni dilution, ce que vous venez d'avoir l'honneur de m'exposer.

— On nous adresse cette question : Un pharmacien est-il tenu d'exécuter les ordonnances d'un médecin homœopathe? — Oui, sans contredit, et s'il refusait et que son refus fût déféré aux tribunaux, il pourrait être condamné en vertu des dispositions de l'article 32 de la loi de germinal. La seule condition que puisse exiger le pharmacien, c'est que l'ordonnance soit signée par un homme de l'art et que les manipulations à faire soient clairement indiquées.

— On peut faire cette autre question : Les pharmacies exclusivement homœpathiques qui existent dans quelques grandes villes, sont-elles tenues conformément à la loi de germinal? — Évidemment non, et ce n'est que par tolérance que les jurys médicaux ne les signalent pas à l'attention des parquets.

— C'est par tolérance aussi et contrairement aux dispositions de la loi de ventôse que les médecins homœopathes qui distribuent des médicamens aux malades ne sont pas poursuivis. Il est vrai que, par compensation, on a poursuivi et condamné un honnête praticien qui n'a pu conjurer les conséquences fâcheuses d'une hémorrhagie puerpérale.

— Nous lisons dans le *Scalpel* : Le 27 janvier dernier, M. le docteur Rayé, de Vilvorde, appelé devant le tribunal de première instance de Bruxelles, comme témoin dans une question de divorce, s'est refusé à déposer des faits qui lui avaient été confiés comme médecin, bien que la personne qui l'avait consulté l'autorisât à les communiquer au tribunal. Après une délibération d'une heure, au moins, le tribunal a rendu un jugement ordonnant à M. Rayé de faire connaître la maladie et tout ce qu'il savait du mal dont la demanderesse avait été atteinte. Persistant dans sa décision primitive, le médecin a déclaré qu'il considérait le silence comme un des devoirs les plus sacrés que sa profession lui imposait.

Il paraît qu'une action en dommages-intérêts sera intentée à M. Rayé. Nous ne doutons nullement que notre confrère ne trouve le moyen d'appuyer son refus sur des motifs qui feront déclarer les prétentions de la demanderesse comme non fondées.

— Nous recevons, avec prière de l'insérer, la circulaire suivante adressée aux médecins par la Société centrale de médecine du Nord :

« Monsieur et cher confrère,

» J'ai l'honneur de vous faire savoir que la Société centrale de médecine du département du Nord, poursuivant le but qu'elle s'est proposé dès sa création de favoriser les progrès des sciences médicales, a décidé, dans sa séance du 22 janvier 1853, qu'elle décernerait, le dernier dimanche d'août de la même année, les récompenses suivantes aux auteurs des mémoires sur les questions ci-dessous indiquées :

» 1° *Médecine*. Faire l'histoire de l'angine de poitrine et établir son traitement sur des faits bien authentiques.

» Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 100 fr.

» 2° *Chimie et pharmacie*. Rechercher, au moyen de l'analyse chimique, quelle est la partie des plantes narcotico-âcres *jusquiame, belladonne, stramonium, ciguë (conium maculatum), aconit, tabac*, qui contient à poids égal, abstraction faite de l'eau de végétation, la plus grande quantité de l'alcaloïde auquel chacune d'elles doit ses propriétés médicales caractéristiques.

» Déterminer l'époque à laquelle ces parties atteignent leur maximum de richesse.

» Si la dessication apporte quelque modifications dans la composition, et par suite dans les propriétés de la plante fraîche.

» Quelle est la préparation pharmaceutique qui contient et conserve, dans le plus grand état d'intégrité et en plus grande quantité, sous le moindre volume, les principes actifs du végétal.

» Les concurrens devront faire connaître l'ordre et la méthode suivis dans leurs recherches, ainsi que les procédés d'analyse employés. Le prix sera également une médaille d'or de la valeur de 100 fr.

» 3° *Chirurgie*. Parallèle entre les différens modes de traitement des fractures du fémur.

» Le prix sera une médaille d'argent.

» 4° *Hygiène*. Faire connaître les maladies qui affectent le plus généralement les ouvriers des campagnes, pendant ou après les travaux de la moisson ; indiquer les moyens de les prévenir.

» Prix : médaille d'argent.

» 5° *Médecine vétérinaire*. Rechercher les meilleurs moyens de connaître, de prévenir ou de guérir l'épizootie de pleuro-pneumonie qui règne depuis un grand nombre d'années, sur l'espèce bovine dans le nord de la France.

» Prix : médaille d'argent.

» Enfin, la Société accordera une récompense aux auteurs des meilleures observations de clinique médicale ou chirurgicale recueillies, en 1853, dans les hôpitaux ou hospices civils et militaires de Lille.

» Les mémoires, écrits très lisiblement en latin ou en français, doivent être adressés (*franco*) dans les formes académiques, à M. le docteur Pilat, secrétaire général de la Société, rue de l'Hôpital-Militaire, 54, à Lille, avant le 1er août 1853.

» Les membres résidans de la Société sont seuls exclus du concours. Les concurrens pour les prix sont tenus de ne point se faire connaître ; ils doivent distinguer leurs mémoires par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leurs noms et leur adresse. Si ces conditions ne sont pas remplies, leurs auteurs seront exclus du concours.

» *Le secrétaire général*, Ch. Pilat. »

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.— Typographie Félix Maltestre et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 22. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 22 Février 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............. 32 Fr
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 21 FÉVRIER 1853.

L'OPIUM INDIGÈNE, LE DÉCRET DU 3 MAI 1850 ET L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Il y a un homme en France qui s'est dit :

Nous payons fort cher un produit indispensable à la pratique médicale et d'une consommation considérable; nous allons le chercher dans des contrées éloignées, d'où il nous arrive adultéré, mélangé avec des substances inertes, et quelquefois privé de tout principe actif; la plante d'où l'on extrait, en Orient, ce produit utile, croît merveilleusement sous le climat de la France; renferme-t-elle aussi, et dans quelles proportions, le principe médicamenteux? Expérimentons.

Et cet homme, il y a quinze ans, abandonnant une belle carrière qui s'ouvrait devant lui, se mit à expérimenter, et d'essais en essais, d'expériences en expériences, il est arrivé à cultiver en grand la plante qui produit l'opium, à en extraire un opium aussi riche en morphine que l'opium de Smyrne, ce qui a été constaté par l'analyse chimique, aussi puissant en thérapeutique, ce qui a été démontré par l'observation clinique, se prêtant à toutes les exigences de la pharmacie, remplissant toutes les indications de la médecine, ce que l'Académie a solennellement déclaré deux fois en donnant son approbation, ses éloges et ses encouragemens les plus chauds à M. Aubergier, le propagateur zélé de cette nouvelle culture dont il vient de doter la France.

Fort de ces encouragemens, de ces éloges et de cette approbation académique, M. Aubergier demande à l'administration d'appliquer à l'opium indigène, les bénéfices du décret du 3 mai 1850. L'administration, qui était libre de décider à cet égard, qui, en présence des rapports académiques, pouvait hardiment, ce qu'elle a déjà fait, appliquer les dispositions du décret du 3 mai aux produits de M. Aubergier, l'administration, par déférence pour l'Académie, la consulte de nouveau, ce qu'elle pouvait se dispenser de faire, nous le répétons à dessein.

Dans ces circonstances, que fera l'Académie ? Il est difficile de le prévoir d'après les incidens de la dernière séance.

C'est avec un grand étonnement que nous avons entendu deux membres considérables de la compagnie élever des objections contre les conclusions du rapport, fait avec beaucoup de soin par la commission, dont M. Bouchardat a été l'organe. Si nous ne nous trompons, la grande préoccupation de M. Soubeiran consiste à empêcher que l'opium indigène ne se vante d'une supériorité de richesse de principes et d'action thérapeutique sur l'opium exotique. A vrai dire, si cette supériorité était incontestable et reconnue, nous ne verrions pas grand mal à cela. Mais, il est certain que, pour faire son chemin, l'opium indigène n'a pas besoin de parler de supériorité, et que l'égalité de richesse et d'action lui suffit pour cela. Or, cette égalité est-elle réelle? C'est ce dont ne permettent pas de douter les rapports antérieurs de l'Académie elle-même et ce qu'elle a très solennellement reconnu.

Quant à M. Bussy, il a été plus net et plus carré dans son opposition. Il reconnaît que M. Aubergier a fait une excellente chose, qu'il mérite toutes sortes d'éloges, et même une récompense, mais M. Aubergier pourrait avoir le mauvais goût de vouloir tirer un parti industriel de sa culture, et commettrait peut-être l'inconvenance de vouloir rentrer dans ses débours et ses avances; il serait assez peu digne pour prétendre que sa terre, qui produit de l'opium, lui rapportât au moins ce qu'il aurait le droit d'en attendre s'il y semait du blé, et voilà ce que l'honorable et savant directeur de l'École de pharmacie ne peut accepter, et il aperçoit de loin que la dignité de l'Académie peut être compromise.

Nous espérons que l'Académie se montrera moins accessible que M. Bussy à des considérations de cette nature. La question est aussi simple que claire.

Que demande M. Aubergier?

Que l'opium indigène ne soit pas considéré comme un remède secret.

La loi et la jurisprudence de la Cour de cassation veulent que tout remède non inscrit au Codex soit un remède secret.

Pour obvier aux inconvéniens graves qui résultaient de l'application de cette jurisprudence rigoureuse, M. Dumas, alors ministre de l'agriculture et du commerce, provoqua un décret, celui du 3 mai 1850, qui dispose qu'un médicament nouveau, expérimenté et approuvé par l'Académie de médecine, et dont les formules auront été publiées dans son *Bulletin*, cessera d'être considéré comme un remède secret, et qu'il pourra être librement vendu par les pharmaciens, jusqu'à la réimpression du *Codex*.

Ce décret, très sage dans ses prévisions, qui, comme le disait M. Dumas lui-même, est le *Codex* toujours ouvert, qui sauvegarde à la fois les intérêts de la santé publique et les progrès de la science et de l'art, ce décret peut-il et doit-il être appliqué aux produits de M. Aubergier?

Mais à quoi donc l'appliquerait-on, si ce n'est à des produits pareils? Quoi! voilà un produit qui dote l'agronomie d'une culture nouvelle, qui peut exonérer la France d'un tribut envers l'étranger, ce produit est bon, excellent, très utile, et vous voulez en limiter la vente, embarrasser sa circulation? Mais cela n'est pas sensé. Et sous quel prétexte? On peut abuser de l'approbation de l'Académie. Mais de quelle façon? Est-ce qu'on peut pousser à la consommation de l'opium? Grâce à Dieu, nous ne sommes pas en Chine, et nul danger n'est à craindre de ce côté, la loi de germinal y mettrait bientôt bon ordre. — L'approbation de l'Académie pourra être exploitée dans des prospectus et annonces. — Quel mal y a-t-il à ce qu'un produit véritablement bon et utile se présente sous la garantie respectable de l'Académie?

Il est évident que l'Académie se laisse trop souvent influencer par des considérations pareilles. Qu'elle se montre réservée, avare, sévère dans son approbation, rien de mieux, mais la rigueur et l'exclusion systématiques n'auraient d'autres résultats que d'amoindrir, que d'annihiler même son autorité auprès du public et de l'administration qui la consulte. Il y a peu de jours, elle rejetait brutalement les conclusions du savant rapport de M. Bouvier sur les corsets; nous ne craignons pas de dire que l'opinion publique ne s'est pas rangée, cette fois, du côté de l'Académie. Elle comprendrait bien moins, cette opinion publique, le rejet de la demande de M. Aubergier, demande honnête, légitime, basée sur l'intérêt public, appuyée sur des sacrifices considérables, des études sérieuses, une expérimentation prolongée, et qui, dans tout état de cause, ne peut devenir l'objet d'une exploitation dangereuse.

Nous honorons et nous respectons les susceptibilités des opposans; mais ces susceptibilités, poussées à l'extrême, ne pourraient avoir que des conséquences fâcheuses pour l'Académie. Le décret du 3 mai 1850 a fait, à cette compagnie, une très large part, une part méritée dans l'appréciation des remèdes nouveaux. Son rôle bien compris, intelligemment interprété, se borne à dire : ce qu'on nous présente est ou non nouveau, bon et utile. Le reste ne la regarde pas; les consé-

Feuilleton.

SUR LES DEVOIRS PROFESSIONNELS DU MÉDECIN (1) ;

Discours prononcé à la Société médicale du 1er arrondissement, dans la séance du 13 Janvier 1853,

Par M. le docteur Foissac, président.

Dans la pratique de l'art, le pronostic est d'une haute importance et exige beaucoup de tact et de réserve ; quelques médecins se sont acquis sous ce rapport une grande célébrité, car le vulgaire est vivement frappé des qualités qui empruntent quelque chose au don de prophétie ; mais, soit par les erreurs inévitables, soit par des conséquences funestes, ce rôle peut devenir compromettant et dangereux. Fizes avait prédit à Venel qu'il mourrait d'une dissolution du sang et à Bordeu d'apoplexie; Venel ayant succombé à la suite d'un mal de jambes qui semblait indiquer une sorte de dissolution, Bordeu pensait sans cesse au genre de mort que Fizes lui avait annoncé, et fut en effet frappé d'apoplexie. Le médecin prudent et sage résistera à tout entraînement de cette nature, en songeant surtout aux dangers qui peuvent en résulter. On rapporte que le comte de Buren, favori de Charles V, ayant été atteint à Bruxelles d'une angine grave, Vésale diagnostiqua sa mort et eut l'imprudence d'en fixer l'heure. Un officier de sa suite en étant informé prévint le malade. Quelques instans avant l'heure fixée, le comte assembla ses amis, fit avec eux un repas splendide, leur distribua ses bijoux, donna son épée, se mit au lit, et mourut en effet au moment fixé par Vésale. On peut se demander si la prédiction n'est pas elle-même la cause de la catastrophe annoncée ? Quoi qu'il en soit, le médecin ne doit pas se hâter d'annoncer que la maladie ne laisse aucune espérance. Qu'en savons-nous? Connaissons-nous toutes les ressources de la nature, et toute la puissance de l'art ? Parmi les praticiens même les plus circonspects et les plus prévoyans, en est-il un seul qui n'ait condamné des malades que, plus tard, des ressources imprévues de la nature ou de l'art ont rendus à la santé ? Songeons, d'ailleurs, en prononçant l'arrêt fatal, que le charlatanisme écoute à la porte, qu'il va entrer avec audace et vous supplanter immanquablement. Le malade condamné vient-il en effet à succomber ? le charlatan décline toute responsabilité, et s'attribue seulement l'honneur d'avoir prolongé les jours du malade, ou d'avoir adouci ses souffrances; il ne craint pas même d'avancer qu'appelé plus tôt, il l'aurait infailliblement guéri. Si par un de ces jeux imprévus de la nature, une maladie réputée incurable, subit une transformation inespérée, le triomphe de l'erreur et du mensonge s'accrédite et se fortifie; Nicoclès avait en vue les charlatans lorsqu'il disait : *Les médecins ont le bonheur que le soleil éclaire leurs succès et la terre cache leurs fautes.*

La maladie une fois reconnue, toute la science, tout l'art du médecin doivent être employés à obtenir la guérison. Nous avons jusqu'ici concilié la prudence et la circonspection ; le moment d'agir est arrivé. Autant la suffisance et la témérité sont blâmables, autant la décision et la confiance deviennent maintenant nécessaires. On voit des hommes très instruits se montrer hésitans et timides en présence d'une vie en danger, d'une responsabilité à prendre ; ils seront toujours de mauvais praticiens. Nous connaissons un savant professeur que cette prudence excessive a détourné sagement de l'exercice de sa profession. La confiance dans l'art engendre le succès ; sans cette foi, sans le sentiment même de ses propres forces, on n'obtient aucun bon résultat. On voit dans le monde quelques médecins se montrer sceptiques, faire profession de ne point croire à la vertu des médicamens, et ajouter plaisamment que les remèdes sont faits pour ceux qui se portent bien. Ces opinions peuvent amuser les personnes du monde ; mais elles ne réussiront certainement pas auprès des malades.

Un savant judicieux à qui nous devons un excellent article sur le sujet même que nous traitons, Montfalcon, dit avoir vu dans l'un des plus vastes hôpitaux de l'Europe, plusieurs médecins traiter les maladies d'après des principes diamétralement opposés ; cependant, ajoute-t-il, (j'ignore par quelle cause) ils sauvaient, à très peu de chose près, un nombre égal de malades. L'histoire de tous les systèmes qui ont régné dans la science, nous fournirait un semblable sujet de réflexion. Prenons pour exemple la fièvre typhoïde ; on la guérit par les purgatifs, par la saignée, par les toniques, par les mercuriaux, par les antispasmodiques, par l'eau froide, par l'eau chaude, par l'expectation ; et le partisan de chacune de ces méthodes a la prétention de compter le plus grand nombre de succès. Ce n'est pas ici le lieu d'examiner cette question épineuse, qui, faussement envisagée, conduirait infailliblement à la négation de toute médecine. Proclamons hardiment, toutefois, que dans l'art de guérir, comme en philosophie, il n'y a qu'une seule vraie science, une seule vérité ; mais il est difficile de la dégager des faux jugemens, des opinions erronées et des hypothèses captieuses. La méthode numérique, elle-même, qui semblerait devoir lever tous les doutes, a prêté des chiffres complaisans à tous les systèmes, et laissé, par conséquent, subsister une grande incertitude sur la question du traitement des maladies. Ainsi, en me réservant de présenter, dans une occasion plus propice, quelques observations sur la doctrine médicale que je crois la meilleure, je me contente d'affirmer que de mûres réflexions et une expérience constante m'ont conduit à regarder, dans l'immense majorité des maladies, la médecine agissante comme ayant des avantages incontestables sur la méthode expectante. Nous pouvons convenir, Messieurs, que si les écoles voisines avaient abusé des ressources de la matière médicale et étaient tombées dans une polypharmacie irrationnelle, frappés de ces abus, les médecins français, il y a quelques années, semblaient incliner vers le scepticisme, et nier presqu'entièrement le pouvoir de la thérapeutique et surtout des médicamens. « C'est merveille, disait un journal anglais en 1841, de voir avec quel soin on examine les malades en France, avec quelle précision on établit le diagnostic, avec quelle scrupuleuse exactitude on recherche, on décrit les altérations pathologiques sur le cadavre ; mais on est bientôt désanchanté quand on voit tant de précautions, tant de soins, tant de savoir se terminer, au lit du malade, par la prescription de deux bouillons et d'un peu d'eau gommée. On croirait, en

(1) Voir les numéros des 27 Janvier, 3, 10 et 16 Février.

quences que l'on peut tirer de son vote, elle doit les ignorer et ne pas les prévoir; exclusivement corps scientifique, elle ne doit avoir d'autre souci que l'intérêt scientifique. C'est la ligne de conduite suivie depuis longtemps par l'Académie des sciences, aussi jalouse qu'aucune autre Académie de sa dignité et de son autorité.

Il ne nous reste à dire qu'une chose : nous ne connaissons M. Aubergier que pour l'avoir vu au Congrès médical de 1845, où il représentait les pharmaciens du département du Puy-de-Dôme. Mais nous avons suivi ses travaux avec intérêt; nous avons, à l'occasion, encouragé ses efforts; nous nous sommes réjoui de la justice qui lui était rendue par toutes les autorités scientifiques compétentes; l'occasion nous semble propice de lui témoigner un sympathique encouragement; et sans provocation, sans excitation, nous sommes heureux de prouver spontanément à cet humble et consciencieux travailleur que la presse indépendante et libre sait honorer et peut aider au besoin le travail modeste et probe.

Amédée Latour.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DES VENTOUSES SCARIFIÉES DANS LE TRAITEMENT DES DIVERSES FORMES DE LA PNEUMONIE CHEZ LES JEUNES ENFANS.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur la pneumonie des enfans sont à peu près d'accord pour reconnaître l'utilité des émissions sanguines dans le traitement de cette maladie. Stoll, qui n'a consacré que quelques lignes à ce sujet, dit, à propos de la pneumonie qui complique la rougeole, qu'elle peut conduire à la phthisie, si on n'emploie de puissans antiphlogistiques.

Sydendam (*Épipémie de rougeole de l'année* 1670, chap. 5, t. I, p. 120), parle de la fréquence de la pneumonie qui survenait spécialement à l'époque de la disparition de l'éruption; il regarde cette complication comme le plus terrible accident de la rougeole, et la saignée comme le meilleur traitement qui lui ait réussi pour la combattre.

M. Guersant père recommande également les émissions sanguines, mais employées avec ménagement. Il insiste beaucoup sur la faiblesse qui en est la conséquence. « Les saignées abondantes, dit-il, jettent quelquefois les enfans dans un état de prostration dont il est difficile de les retirer; j'ai vu des enfans très jeunes succomber à un état de syncope déterminé par une application de quelques sangsues seulement. » (*Diction. de méd, en* 21 *volumes*, article SAIGNÉE.)

M. Chomel conseille aussi les émissions sanguines dans la pneumonie des enfans. « Une saignée du bras, de trois à six onces, dit-il, suivant l'âge de l'enfant, est souvent suffisante pour apporter dans les symptômes de la pneumonie un amendement tel, qu'on puisse abandonner ensuite aux seuls efforts de la nature la solution de la maladie. » (*Diction. en* 30 *vol.*, art. PNEUMONIE, p. 206.) Et plus loin il ajoute: « Les saignées locales sont peut-être les seules qu'on doive employer chez les très jeunes enfans. » (Loc. cit., p. 208.)

M. Léger, dans une thèse excellente qu'il publia en 1823 sur la pneumonie des enfans, présente les saignées et les sangsues comme suivies du plus grand succès dans ces cas.

Il est vrai que M. Lanoix (thèses 1825) a dit que, dans de telles phlegmasies, les émissions sanguines ont été plus nuisibles qu'utiles.

Il est encore vrai que M. Blache a publié dans les *Archives de médecine* (1re série, t. XV, p. 1), trois observations d'enfans atteints de pleuro-pneumonie, traités d'abord sans succès par les émissions sanguines répétées, et qui ne guérirent que grâce à l'action adjuvante du tartre stibié.

Mais le même auteur, dans son excellent article sur la coqueluche (*Archives de méd.*, 1833, 2e série, t. III, p. 373), a reconnu la nécessité impérieuse des émissions sanguines dans les phlegmasies qui peuvent compliquer cette affection et dans la pneumonie en particulier.

D'ailleurs M. Bergeron (thèses 1828), parlant des bons effets des émissions sanguines dans la pneumonie primitive des enfans, dit qu'elles réussissent également lorsqu'on les emploie avec une grande énergie dans les phlegmasies du poumon qui compliquent les fièvres éruptives.

D'ailleurs encore M. Delaberge a inséré, dans le *Journal hebdomadaire de médecine* (1834), une série de mémoires sur la pneumonie lobulaire, où il établit que si ce n'est pas toujours dans un traitement antiphlogistique énergique qu'il faut rechercher le remède au mal, il est des cas cependant où les émissions sanguines doivent être employées et particulièrement ceux où la réaction fébrile est intense.

MM. Rufz et Gherard, dans leurs recherches sur la pneumonie des enfans, ont conclu de leurs relevés, qu'après six ans, les émissions sanguines sont utiles dans cette maladie, mais dans des limites assez étroites. (*Journ. de Philad.*, 1834, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1835, 3e année, p. 101.)

M. Burnet (mémoire sur la pneumonie lobulaire, *Journ. hebdom. des sc. med.*, 1834, t. III, p. 312), et M. Trousseau se sont prononcés en faveur des émissions sanguines, qui sont, dit ce dernier, aussi bien indiquées chez les enfans à la mamelle que chez ceux qui sont rapprochés de l'adolescence.

MM. Barthez et Rilliet (*Traité des mal. de l'enf.*, t. I, p. 117) sont plus réservés. Ils conseillent l'emploi modéré des émissions sanguines dans la pneumonie primitive, et restreignent cet emploi à un très petit nombre de cas dans la pneumonie secondaire, lorsque l'enfant n'est pas très jeune, lorsque la maladie, dans le cours de laquelle survient la pneumonie n'existe pas depuis longtemps et ne l'a pas profondément débilité, etc., etc.

M. Barrier, après avoir rappelé l'incertitude qui règne sur les avantages exagérés par les uns, niés par les autres, des émissions sanguines dans le traitement de la pneumonie lobulaire, n'hésite point à proclamer l'utilité des saignées dans la période d'accroissement de la pneumonie lobulaire et dans sa période d'état, toutes les fois qu'elle s'annonce par des symptômes généraux et locaux véritablement aigus. (*Traité prat. des mal. de l'enf.*, t. I, p. 273.)

En opposition avec l'opinion de ces divers auteurs, on pourrait citer l'opinion contradictoire de M. A. Becquerel, qui, dans un travail sur la pneumonie des enfans (*Archives générales de médecine*, 3me série, 1839, t. 4, p. 447), est arrivé à cette conclusion que les émissions sanguines ont été au moins inutiles, plutôt nuisibles et fâcheuses. Mais il est facile de voir que s'il existe quelques dissidences, la grande majorité des observateurs reconnaît l'utilité des émissions sanguines, au moins dans la pneumonie primitive chez les jeunes enfans. L'incertitude reparaît pour la pneumonie secondaire, qui est de beaucoup la plus fréquente; et cependant nous avons vu MM. Barthez et Rilliet, qu'on n'accusera certes pas d'être favorables à ce mode de traitement, admettre qu'il doit être employé dans les cas où la réaction fébrile est intense.

En résumé, il paraît acquis à la science, d'après l'examen auquel nous venons de nous livrer des opinions des hommes les plus compétens :

1° Que les émissions sanguines sont nécessaires au début de la pneumonie franche et primitive des jeunes enfans;

2° Qu'elles sont utiles dans les cas de pneumonie secondaire, où la réaction fébrile est intense.

Ceci posé, si nous recherchons comment ces indications sont remplies dans la pratique, nous verrons que l'application des sangsues est le mode d'évacuation qui obtient le plus généralement la préférence.

Deux raisons graves éloignent la plupart des praticiens de l'emploi de la saignée chez les jeunes enfans; la première, c'est la difficulté de l'opération dans les premières années qui suivent la naissance. Si l'on s'astreignait rigoureusement aux préceptes donnés par les auteurs pour la pratique de cette opération, si l'on avait soin de favoriser le gonflement des veines par des manuluves chauds, si l'on immobilisait comme il convient le petit patient, si l'on se servait de lancettes irréprochables, etc., une grande partie des difficultés du manuel opératoire de la saignée disparaîtraient, et, l'habitude aidant, on pourrait faire jouir beaucoup plus fréquemment les enfans en bas-âge du bénéfice des émissions sanguines générales. D'ailleurs, n'a-t-on pas encore, comme ressource, la saignée de la jugulaire, opération simple et facile, et qui peut, en mainte circonstance, donner les résultats les plus avantageux par la déplétion rapide qu'elle procure.

Mais on adresse aux saignées générales un reproche plus grave encore, à mon sens, c'est qu'elles jettent les enfans, ainsi que l'a fait observer M. Guersant père et beaucoup d'autres après lui, dans un état de prostration dont il est difficile de les tirer.

Pour toutes ces raisons on préfère les saignées locales. Deux moyens vulgaires se présentent pour les pratiquer: les sangsues et les ventouses. Mais, excepté Paris, il n'y a peut-être pas en France une seule localité qui possède un ventouseur. Le praticien est obligé d'appliquer ses ventouses lui-même, et alors ou bien il faut être muni de ventouses à pompe et d'un scarificateur, ou bien il faut recourir à l'emploi d'un verre ordinaire et du bistouri. Dans le premier cas, on a l'embarras d'un appareil; dans le second, on soumet l'enfant à une opération fort douloureuse; or, la douleur est un élément qu'on doit toujours éloigner le plus possible de la thérapeutique des maladies de l'enfance.

Ne paraît-il pas beaucoup plus simple de prescrire des sangsues dont l'application est confiée aux personnes qui soignent le malade? C'est ce qu'on fait le plus souvent.

Malheureusement, l'application des sangsues est loin d'être une opération toujours innocente. Indépendamment des furoncles, des phlegmons, des abcès, des ulcérations, auxquels la piqûre de ces annelides peut donner lieu, il survient parfois des hémorrhagies qui, dans plus d'une circonstance, ont mis en péril la vie des petits malades.

Dupuytren, Pelletan, Guersant père, Lœwenhard, ont rapporté des observations d'enfans morts d'hémorrhagie consécutive à la piqûre des sangsues, même posées en petit nombre. Cet accident est toujours à redouter quand la surveillance des sangsues est abandonnée à des personnes insouciantes ou étrangères aux ressources de l'art.

Si l'on joint à cela l'impossibilité matérielle où l'on est d'ap-

---

vérité, qu'ils n'abandonnent ainsi les troubles de la santé à des moyens aussi incapables d'agir, que pour se procurer l'occasion d'examiner les cadavres. » Si ces reproches pouvaient avoir quelques fondemens à une autre époque, ils seraient injustes aujourd'hui où nous voyons parmi les médecins français une tendance générale à explorer le domaine de la thérapeutique, et à ne laisser sans expérimentation aucun médicament nouveau, aucune méthode rationnelle.

Le traitement des maladies exige assurément des connaissances approfondies, un grand discernement et même un tact particulier. Mais on voit parfois le mal résister opiniâtrément aux soins les plus éclairés. Tantôt il faut persévérer avec courage dans une médication rationnelle. En suivant une indication bien déterminée, Récamier fit pratiquer trois cents saignées en deux ans et guérit ainsi une affection des plus rebelles (*Gaz. des hôp.*, 21 mars 1843). Tantôt au contraire le praticien ne doit pas craindre de changer de méthode; des maladies traitées sans succès par les remèdes les plus appropriés guérissent quelquefois par des moyens opposés. Enfin, s'il est nécessaire d'être en général très réservé sur les doses des médicamens, néanmoins une certaine hardiesse procure souvent des guérisons inespérées, et Celse a pu dire non sans raison : *il arrive parfois qu'une médication téméraire obtient un succès que le traitement le plus rationnel ne peut avoir.*

L'homme de l'art ne doit pas se contenter de prescrire des remèdes à ceux qui souffrent, il a pour mission de les rassurer et de guérir les troubles de l'esprit en même temps que ceux du corps. Appelé auprès d'une personne atteinte d'une indisposition légère, qu'elle croit très grave, le médecin, sans se permettre de rire d'une inquiétude exagérée, peut déclarer sans hésitation qu'il n'existe aucun danger. La maladie est-elle plus sérieuse et l'issue douteuse? Sans que sa physionomie ou ses paroles manifestent des craintes, sans représenter l'avenir comme incertain, le praticien soigneux de sa réputation laissera entrevoir que le mal peut être de longue durée, et exiger de la patience et de la résignation. Il tiendra la même conduite quand tout espoir sera irrémissiblement perdu. S'il doit à tout être vivant des paroles d'encouragement et de consolation, un sentiment de tendre charité lui prescrit d'en être prodigue envers le malheureux, qui envisage la perte de la vie comme le plus grand des maux, et ne peut penser à la mort sans effroi.

Nous regardons comme une barbarie inexcusable de porter le désespoir et le deuil dans l'âme d'un malade. Callianax d'Alexandrie était connu par sa dureté. Un malheureux lui ayant demandé s'il mourrait de sa maladie, il répondit en citant ce vers d'un poète : *oui, à moins que tu ne sois fils de Latone, mère de beaux enfans.* Un médecin anglais du nom de Baily, ayant été consulté par un phthisique appelé Price, lui dit brutalement : vous mourrez. Eh bien ! lui répondit celui-ci avec sang-froid, ce n'est pas vous qui aurez l'honneur de me tuer.

Bouvard avait aussi, assure-t-on, la coutume inhumaine de dire aux malades : vous guérirez ou vous mourrez. On prétend enfin que Dupuytren adressa ces mots à un ecclésiastique qui a joué un beau rôle dans l'histoire de sa vie : Monsieur l'abbé, *il faut mourir*; et l'abbé, rendu à la santé par le génie de Dupuytren, consola ses derniers momens et suivit avec attendrissement les funérailles de ce grand chirurgien.

Atteint d'une maladie désespérée, l'homme pusillanime met quelquefois en usage des ruses incroyables pour arracher au médecin le secret qu'il craint d'entendre. Larochefoucault prétend que *le refus de la louange est le désir d'être loué deux fois.* L'incrédulité apparente de certains malades à qui vous promettez la guérison naît du besoin d'être rassuré contre des terreurs involontaires sans cesse renaissantes. Peut-être chacun de nous a-t-il rencontré un ou deux exemples de personnes assez lasses de la vie pour aspirer au repos de la tombe. Mais défiez-vous continuellement des trompeuses assurances des malades à cet égard. La sincérité du médecin a eu parfois de terribles conséquences en portant quelques malheureux à se tuer de désespoir. On rapporte qu'un malade de l'Hôtel-Dieu obsédait Pelletan de ses supplications, l'assurant sans cesse que la vie était pour lui un fardeau, et qu'il en verrait le terme avec bonheur. Pelletan ayant eu la faiblesse de croire à ces paroles, lui découvrit enfin la vérité. Sous prétexte de le remercier, le malade lui demanda à l'embrasser, et recueillant ses forces, le mordit avec rage. Il mourut quelques jours après, accablant Pelletan de ses malédictions.

La plupart des hommes, même les plus courageux, n'ont pas l'âme assez fortement trempée pour envisager la mort sans trembler; bien peu l'attendent *avec volupté* comme Mme Roland, ou s'écrient avec l'abbé de Rancé : *O éternité, quel bonheur!* Les sages et les saints eux-mêmes ne sont pas toujours préparés à cette épreuve suprême; aussi, la sérénité d'âme de Socrate consolant ses amis et ne maudissant pas même ses accusateurs, fait-elle l'admiration de la postérité.

En présence d'une affection inévitablement mortelle, le médecin a d'autres devoirs à remplir que ceux de consoler les malades, et de rendre la mort douce et paisible comme la souhaitait Auguste. Il ne saurait, sans une grave responsabilité, entretenir toute une famille dans une sécurité trompeuse. Si enfin le malade se trouve isolé et loin de tous les siens, le médecin est tenu, à la première occasion favorable, de lui faire entrevoir que les soins médicaux ont une plus grande efficacité lorsque l'esprit est libre de toute préoccupation. La plupart du temps, le malade lui-même demande à être prévenu si son état inspire quelque inquiétude; le médecin doit lui déclarer alors que, même en l'absence de tout danger, il est préférable de régler ses intérêts temporels et spirituels, la tranquillité d'esprit et l'apaisement des agitations de la conscience ne pouvant que favoriser le rétablissement. Mais que de soins, de tact et de ménagement ne nécessite point une semblable mission ! Combien les imprudences peuvent devenir graves ! Combien la négligence de ce pénible devoir entraîne de responsabilité ! Pour le remplir, le médecin a besoin de demander des inspirations à sa probité, à sa délicatesse, en un mot à sa conscience. Il devient alors véritablement le médecin de l'âme. Il le devient encore lorsque la personne souffrante se trouve en proie à des douleurs morales qui brisent les organes ou consument sa vie.

(*La fin au prochain n°.*)

Le dr Alexandre Ricord (frère du chirurgien de l'hôpital du Midi), vient de recevoir de S. M. Isabelle II, reine d'Espagne, l'ordre royal américain d'Isabelle-la-Catholique.

préciser la quantité de sang soustraite par les sangsues, on aura ainsi deux raisons graves, sinon de renoncer à leur emploi, au moins de leur préférer un moyen dont l'expérience a démontré l'innocuité, les ventouses scarifiées.

J'ai eu récemment sous les yeux un article d'un journal anglais (*The medico chirurgical Review, January*, 1830, n° 24, t. 12, p. 554), où l'on repousse énergiquement l'usage des ventouses de la thérapeutique des maladies de l'enfance, sous prétexte que la douleur produite par la combustion d'un corps étranger, la pression exercée par le verre, et les scarifications peuvent déterminer des convulsions.

Je considère également comme vicieux et nuisible ce mode d'application des ventouses, et bien qu'on ne cite aucun exemple à l'appui de cette assertion, je crois sans peine à la possibilité d'accidens convulsifs éclatant sous l'influence des douleurs qu'occasionnait l'opération pratiquée d'après les procédés anciens. Mais ce danger cesse d'être à redouter quand on a recours aux ventouses à pompe et au scarificateur.

Des considérations qui précèdent il résulte déjà, qu'indépendamment des faits qui me paraissent devoir établir la supériorité d'action des ventouses scarifiées sur les autres modes d'évacuation sanguine dans le traitement de la pneumonie de l'enfance, les ventouses scarifiées ont sur la saignée l'avantage de n'exposer à aucune lésion artérielle et de ne pas jeter les petits malades dans une prostration d'où il devient quelquefois très difficile de les tirer; elles ont sur les sangsues l'avantage de ne jamais donner lieu à une hémorrhagie inquiétante; de plus, de n'être suivies d'aucun accident local, tel que les furoncles, les phlegmons, les ulcérations, la gangrène, l'emphysème. Appliquées à l'aide de la pompe et du scarificateur, elles ne donnent lieu à aucune douleur susceptible d'engendrer, comme l'ont fait quelquefois les sangsues, des convulsions. Enfin on peut, en se servant de verres gradués, soustraire avec une exactitude presque mathématique la quantité de sang voulue, tandis que les sangsues posées en grand nombre peuvent ne fournir qu'une quantité de sang insuffisante, et d'autres fois, au nombre d'une ou deux seulement, donnent lieu à des hémorrhagies mortelles. J'en pourrais citer un grand nombre d'exemples si je n'étais limité par l'espace. Il est vrai que la saignée et les sangsues n'occasionnent pas, comme les ventouses scarifiées, l'embarras d'un appareil instrumental, mais leur innocuité, à défaut d'autres avantages, doit faire pencher le praticien, au moins en ce qui concerne les enfans, pour ce mode d'évacuation sanguine.

(*La suite au prochain numéro.*) D[r] E. HERVIEUX.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 16 Février 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

La correspondance comprend :

1° Une observation de M. le docteur MASCAREL, relative à un cas d'abcès du foie chez un sujet atteint de phthisie pulmonaire, qui a succombé à cette complication.

2° Une lettre de M. le docteur COSTE, de Marseille, qui sollicite le titre de membre correspondant. La lettre de M. Coste est accompagnée d'un travail sur un cas d'extirpation d'une tumeur volumineuse de l'aisselle.

Cette observation est déposée sur le bureau par M. Vidal (de Cassis), qui rappelle en quelques mots les titres de M. Coste à la faveur qu'il sollicite.

(Le travail de M. Coste est renvoyé à la commission chargée de faire un rapport sur ses précédentes communications, et qui se compose de MM. Gosselin, Maisonneuve et Follin, rapporteur.)

3° Un compte-rendu imprimé en allemand de la clinique de M. HEIFELDER, dont M. Broca dépose un exemplaire sur le bureau.

4° Enfin une lettre de M. le docteur VALETTE, d'Orléans, sur un cas de mort par le chloroforme. (Comm. MM. Robert, Larrey et Denonvilliers.)

M. DEBOUT présente à la Société un malade atteint de pied-bot varus produit par la paralysie des muscles extenseurs du pied. Le pied ayant été rétabli dans sa direction normale à l'aide des appareils de M. Martin, M. Debout se propose de combattre la paralysie persistante avec le secours de l'électricité. L'honorable membre fait sous les yeux de la Société une expérience tendant à démontrer l'absence de contractilité des muscles paralysés sous l'influence de l'électricité, tandis que ces mêmes muscles jouissent encore, quoique à un faible degré, de la propriété de se contracter par la volonté.

— M. DEMARQUAY commence la lecture d'un mémoire de M. MICHEL (de Strasbourg), sur la distinction des tumeurs fibro-plastiques et des tumeurs cancéreuses. Nous résumerons ce travail lorsque la lecture en sera terminée.

Luxations médio-tarsiennes.

M. BROCA lit un mémoire sur les luxations médio-tarsiennes, pour faire suite aux recherches qu'il a déjà communiquées à la Société dans de précédentes séances sur les luxations du pied.

M. Broca s'exprime en ces termes :

Je donne le nom de luxations médio-tarsiennes aux déplacemens qui s'effectuent entre la première et la deuxième rangée du tarse, c'est-à-dire dans l'articulation dite de Chopart. La luxation sera *totale* si le scaphoïde et le cuboïde se déplacent simultanément. Elle sera *partielle* si un seul de ces os est luxé et alors elle méritera le nom de *luxation du scaphoïde seul*, ou du *cuboïde seul*.

Ce dernier déplacement n'ayant été signalé par personne, il ne sera pas nécessaire de nous en occuper. Ce chapitre, par conséquent, ne se composera que de deux paragraphes consacrés, l'un à la luxation médio-tarsienne totale, l'autre à la luxation du scaphoïde.

Luxation médio-tarsienne totale. — Peu d'articulations sont aussi solides que la jointure médio-tarsienne; le ligament en V, et le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur sont déjà très puissans, mais le ligament calcanéo-cuboïdien inférieur est bien plus puissant encore; son épaisseur, sa densité, permettent presque de le considérer comme le plus fort des ligamens qui protègent les articulations diarthrodiales.

Si on compare la largeur des surfaces articulaires à la brièveté des moyens d'union, on reconnaît que la plupart des fibres ligamenteuses doivent se rompre avant toute luxation véritable; on se demande si une semblable lésion peut être la conséquence d'une cause indirecte, et on en conçoit tout au plus la possibilité dans les grands délabremens qui résultent du passage d'un corps très lourd sur le dos du pied.

Ces notions anatomiques nous disposent à être sévères dans l'appréciation des faits sur lesquels repose la description des luxations médio-tarsiennes.

Les documens historiques à cet égard se réduisent à fort peu de chose. Personne n'a fait mention de ce déplacement avant J.-L. Petit. Or, il résulte d'une citation d'un passage de J.-L. Petit, que fait ici M. Broca (J.L. Petit, *Œuvres complètes*, édition Pigné 1837, p. 98 et 99), que la description des luxations médio-tarsiennes repose sur une base des plus fragiles, sur un mécanisme que J.-L. Petit n'indique pas, sur une idée purement théorique, enfin, qui le porte à supposer que, dans un cas donné, l'articulation médio-tarsienne doit supporter à elle seule toute la violence, comme s'il n'y avait pas autour d'elle plusieurs jointures où les déplacemens peuvent se produire aussi.

Certes, continue M. Broca, l'autorité de J.-L. Petit était grande et méritée. Mais cet illustre chirurgien, sacrifiant aux usages de son temps, avait émis une assertion sans preuve, et il y a lieu de s'étonner de la facilité avec laquelle sa luxation médio-tarsienne fut acceptée par ses successeurs. Pendant tout le XVIII[e] siècle, on reproduisit sans discussion l'opinion de J.-L. Petit. Les uns eurent soin de citer la source où ils puisaient; les autres se dispensèrent de cette formalité, et traitant la question d'une manière dogmatique, ils acceptèrent la responsabilité de cette description.

Il faut venir jusqu'à A. Cooper pour trouver de nouveaux documens relatifs à la luxation médio-tarsienne. L'auteur anglais rapporte enfin deux observations que nous analyserons tout à l'heure. Il est nécessaire auparavant d'établir la synonymie, car les noms qu'on a donnés à ce déplacement sont plus nombreux que les exemples qu'on en a cités.

On a vu que J.-L. Petit employait la périphrase suivante : *Luxation du calcanéum et de l'astragale à leur articulation avec le scaphoïde et le cuboïde.*

Platner considérait le déplacement médio-tarsien comme une *luxation du scaphoïde et du cuboïde.*

A. Cooper le désigna au contraire sous le nom de *luxation du calcanéum et de l'astragale.*

Enfin M. Rognetta préféra en faire une *luxation du calcanéum*, purement et simplement. Je dois ajouter que cet auteur admettait deux espèces de luxation du calcanéum : l'une qui portait ce nom à juste titre, mais qui était une pure création de l'esprit, ainsi que je l'ai démontré dans le chapitre précédent. La seconde espèce de luxation du calcanéum correspond à notre luxation médio-tarsienne. Voyons maintenant si elle est moins chimérique que la première.

En laissant de côté les deux faits de J.-L. Petit, faits trop incomplets pour qu'il soit possible de les faire entrer en ligne de compte, il n'existe à ma connaissance que deux observations publiées comme des exemples de luxation médio-tarsienne. Toutes deux font partie du livre d'A. Cooper, et portent par conséquent le titre de luxations du calcanéum et de l'astragale.

Après avoir nettement précisé le siége anatomique de ce déplacement, A. Cooper cite les deux observations suivantes :

OBS. I, d'A. Cooper. — Un ouvrier, travaillant au pont Southwark, reçut une lourde pierre qui passa lentement sur son pied. On le porta aussitôt à l'hôpital de Guy. Le calcanéum et l'astragale étaient en place, mais la partie antérieure du pied était tournée en dedans. Lorsque les étudians l'examinèrent, ils trouvèrent cette lésion si semblable au pied-bot, qu'ils ne pouvaient pas croire que cette forme fût le résultat d'une cause traumatique. Mais, ayant reçu l'assurance qu'avant l'accident le pied de cet homme était bien conformé, ils firent l'extension en fixant le talon et la jambe; l'avant-pied fut alors tiré en dehors et la réduction fut ainsi obtenue. Cinq semaines après, cet homme sortit de l'hôpital, ayant recouvré toutes les fonctions de son pied.

Il est évident qu'A. Cooper ne parle ici que par ouï-dire. Ce sont des étudians qui, en l'absence des chirurgiens, ont reçu le malade et ont réduit la luxation. Il est même permis de croire que ces étudians n'étaient pas très avancés dans leurs études, puisqu'ils ont eu besoin de l'affirmation du malade pour distinguer du pied-bot varus une lésion traumatique qui ne pouvait présenter avec cette affection qu'une ressemblance éloignée. Du reste, on a pu remarquer le vague de la description qu'ils ont transmise à A. Cooper. Où trouvait-on les saillies osseuses et les dépressions qui doivent nécessairement accompagner la luxation d'une semblable jointure? Quelle était la situation relative des os des deux rangées du tarse? S'agissait-il d'une luxation latérale ou d'une luxation verticale? La partie antérieure du pied, dit-on, était tournée en dedans. Que signifie cette phrase? L'avant-pied était-il simplement en adduction, ou avait-il éprouvé un mouvement de torsion autour d'un axe antéro-postérieur? Tout cela reste dans le vague, et je ne crains pas de dire qu'un pareil fait ne prouve absolument rien.

Voyons si la deuxième observation sera plus concluante. Ici encore il s'agit d'un malade qu'A. Cooper n'a point vu, et il en est résulté une singulière méprise. A. Cooper avait écrit à un grand nombre de ses confrères pour leur demander des faits relatifs aux luxations du coudepied. M. South lui fit parvenir l'observation suivante, qu'il avait recueillie à l'hôpital Saint-Thomas, dans le service de Henry Cline, et qu'il avait intitulée : luxation du calcanéum et de l'astragale. Ce titre avait décidé A. Cooper à la donner comme un exemple de luxation médio-tarsienne.

OBS. II, de Henry Cline. — Thomas Gilmove, ouvrier irlandais, âgé de 45 ans, robuste, ivrogne et sujet à la goutte, fut admis à l'hôpital le 28 mars 1815. Le matin, en se promenant, il avait été frappé au talon par la chute d'une pierre du poids d'une demi-tonne.

Une large plaie, commençant à la partie moyenne du coudepied, au devant du tibia, et aboutissant à la malléole externe, laissait voir la tête de l'astragale et celle partie de la surface inférieure de l'astragale, qui s'articule avec le calcanéum. De ces deux os, *l'astragale seul était déplacé, ses connexions avec le péroné et le tibia n'étaient nullement altérées.* La tubérosité du calcanéum faisait saillie en dehors, mais le reste du pied était tourné en dedans, de sorte que les orteils étaient dirigés vers le pied opposé.

La réduction fut tentée et obtenue sans beaucoup de difficulté. Il survint une forte réaction générale qui ne dura que quatre jours; mais à cette époque une inflammation érysipélateuse se développa, gagna la jambe et la cuisse, et se termina par gangrène sur plusieurs points. Malgré cela le malade finit par guérir et quitta l'hôpital le 12 septembre, cinq mois et demi après sa blessure, marchant assez bien à l'aide d'un bâton.

Cette observation, très complète et très importante, offre un bel exemple de luxation sous-astragalienne en dedans. L'auteur dit expressément que l'articulation tibio-tarsienne était parfaitement saine, et que le déplacement s'était effectué seulement au-dessous de l'astragale. Comment donc A. Cooper a-t-il pu voir là une luxation médio-tarsienne? Il faut bien l'avouer, A. Cooper n'avait lu que le titre de cette observation. South avait dit : luxation de l'astragale et du calcanéum, ce qui voulait dire pour lui luxation entre ces deux os; ou encore luxation sous-astragalienne. Or, pour A. Cooper, la luxation de l'astragale et du calcanéum signifiait toute autre chose; dans la nomenclature qu'il avait adoptée, ce nom s'appliquait à la luxation médio-tarsienne. De là vint l'erreur qu'il commit et qu'il eût évitée s'il eût seulement parcouru l'observation. En dehors de toute autre considération, une semblable confusion prouve combien il était indispensable pour nous d'adopter une nomenclature régulière dans la dénomination des luxations du coudepied.

Je ne connais aucun autre fait de luxation médio-tarsienne totale. L'histoire aujourd'hui classique de cette luxation ne repose donc que sur les bases suivantes :

1° Les deux faits ou plutôt les deux asssertions de J.-L. Petit.

2° Le fait très incomplet raconté à A. Cooper par des étudians inconnus.

3° Enfin le fait de Henry Cline, recueilli par deux personnes différentes, et accompagné de détails tellement précis, qu'on ne peut y méconnaître l'existence d'une luxation sous-astragalienne en dedans.

D'où je conclus que rien ne nous autorise à admettre jusqu'à ce jour l'existence de la luxation médio-tarsienne totale.

M. Broca continuera sa lecture dans la prochaine séance.

— M. MARJOLIN met sous les yeux de ses collègues une tumeur qu'il a enlevée de l'aisselle d'un malade de son service. Cette tumeur a été trouvée cancéreuse par M. Robin; il la soumet à l'examen de ceux de ses collègues qui s'occupent de micrographie.

La Société se forme en comité secret à cinq heures.

PRESSE MÉDICALE.

Archives générales de médecine. — Numéros d'Octobre, Novembre et Décembre 1852.

Mémoire sur les névralgies périodiques; par le docteur MARROTTE, médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite.

Le mémoire de M. Marrotte est divisé en deux parties: la première dans laquelle il étudie les différens élémens de diagnostic, ceux qui permettent de distinguer la périodicité vraie, légitime, de la périodicité fausse et de la continuité, savoir: 1° les différens types de névralgie périodique; 2° leur marche générale; 3° la douleur et ses caractères aux différens stades des accès; 4° certains symptômes accessoires; 5° certaines complications qui peuvent déceler la périodicité; 6° la fausse périodicité. Dans la deuxième partie, il a cherché quelles sont les conditions qui, la périodicité étant vraie et le quinquina bien indiqué, s'opposent à l'action curative de ce médicament, quelles sont, en un mot, les complications à combattre, les indications à remplir avant, pendant et après l'administration de l'anti-périodique par excellence.

Les névralgies peuvent revêtir tous les types familiers aux fièvres intermittentes. On trouve, en effet, des névralgies quotidiennes simples, quotidiennes doublées, tierces, double-tierces, ce sont les plus nombreuses. Quelques-unes se présentent sous le type quarte; d'autres enfin, qui sont beaucoup plus rares, ne reparaissent que tous les 5, 6 ou 8 jours. Souvent les accès sont séparés par un intervalle de calme plus ou moins complet; d'autres fois ils s'enchaînent et se confondent, et les névralgies méritent le nom de sub-intrantes ou continues intermittentes.

Il existe enfin des névralgies qui ne sont assujetties à aucun type régulier et qui, cependant, cèdent à l'action du quinquina, plus facilement quelquefois que celles dont la périodicité est la mieux dessinée. Diverses circonstances peuvent éclairer le diagnostic de ces dernières: 1° les affections typiques s'observent en même temps que des maladies à marche évidemment périodique; 2° la constitution médicale et l'épidémie leur impriment, comme à ces dernières, certains caractères qui décèlent leur communauté d'origine et de nature; 3° enfin une observation attentive y découvre une véritable intermission ou rémission pendant une portion plus ou moins longue des 24 heures, intermission ou rémission qui correspond en général à la même période des nyctimères.

En général la forme intermittente des accès n'est pas franchement marquée dès l'origine de la maladie, et les retours de la douleur ne sont pas régulièrement périodiques: les faits tendent à prouver qu'il existe plus souvent une période prodromique d'accès erratiques et de douleurs diffuses dans les névralgies nées de la constitution médicale ou de l'intoxication marécageuse, parce qu'elles présentent des complications plus fréquemment que les autres. En somme, que la périodicité s'établisse de prime abord ou tardivement, les accès peuvent présenter, une fois établis, l'intensité qu'ils conserveront pendant tout le cours de la maladie, mais il est plus ordinaire de la voir acquérir un accroissement successif quant à la durée et quant au nombre des parties envahies. Cet accroissement s'arrête pour un certain nombre à un degré qu'ils ne dépassent plus; d'autres, au contraire, deviennent sub-intrans ou continus rémittens. La durée de ces névralgies est variable. M. Marrotte est porté à penser cependant que les névralgies à courte durée sont

celles qui ne reconnaissent pas d'autre cause que la constitution médicale, tandis qu'elles ont chance de se perpétuer, si elles sont produites ou entretenues par un état constitutionnel, tel que le rhumatisme, la chlorose, l'état nerveux.

On rencontre dans les névralgies périodiques les mêmes espèces de douleur que dans les névralgies continues: douleur permanente, élancement douloureux, sensibilité à la pression, etc.; on les y rencontre avec leurs variétés de nature et de siége, avec leurs exacerbations et leurs rémissions, avec leurs foyers fixes et variables. La seule différence importante qu'elles offrent dans les deux formes de la maladie consiste dans leur mode de répartition pendant la durée des 24 heures. Chez les malades atteints de névralgies continues, que la douleur intermittente se manifeste par des élancemens isolés ou continus en paroxysmes de 5, 10, 15 minutes, cette douleur est répartie d'une manière assez uniforme sur le nyctimère ; elle est aussi fréquente, aussi intense le jour que la nuit et la nuit que le jour; les retours et les exacerbations subissent facilement l'influence des causes occasionnelles. Le nombre des foyers douloureux, celui des points d'émergence sensibles à la pression, est assez invariablement le même, à quelque heure de la journée qu'on les explore. Enfin, qu'il existe un calme complet entre les élancemens douloureux, ce qui est infiniment rare, ou que leur intervalle soit rempli par la douleur permanente, la distance qui les sépare atteint rarement plusieurs heures. Des conditions toutes différentes s'observent à l'égard des névralgies périodiques: à certaines heures du jour, constamment les mêmes, les mêmes espèces de douleur, les élancemens douloureux surtout, plus caractéristiques des accès que les autres, croissent en nombre, en intensité, en étendue, d'une manière notable et dans un espace de temps toujours assez court; les douleurs, ainsi augmentées, laissent le malade dans un état d'anxiété vive pendant un certain nombre d'heures, au bout desquelles il jouit d'un calme relatif, souvent assez grand pour permettre un sommeil plus ou moins long et plus ou moins complet.

Des symptômes de diverse nature peuvent compliquer la douleur, les uns sont communs aux névralgies continues, aussi bien qu'aux névralgies périodiques; d'autres dépendent plus spécialement de la périodicité ou des causes particulières qui ont donné naissance à l'affection douloureuse, des frissons erratiques, du malaise, de la moiteur, des urines briquetées, ou bien un symptôme isolé, la soif, la toux.

L'idée de périodicité entraîne si facilement l'idée d'administration et d'infaillibilité du quinquina dans l'esprit des médecins, qu'ils ont de la peine, pour la plupart, à regarder comme véritablement périodiques certaines névralgies qui guérissent par une autre médication, et qu'ils refusent, sans hésiter, ce caractère à toutes celles qui résistent ou même ne cèdent pas promptement et facilement aux anti-périodiques. Or, les névralgies sont soumises aux mêmes lois pathologiques et thérapeutiques que les fièvres intermittentes:

1° Il y en a, et ce sont les plus nombreuses, dans lesquelles la périodicité est l'élément capital. Le quinquina seul est indiqué et suffit seul à la guérison.

2° D'autres fois, et par exception, la périodicité joue un rôle moins important ou même tout-à-fait secondaire: elle n'est qu'un mode comme la névralgie n'est qu'un épiphénomène d'une autre affection. C'est ce que l'on observe pendant les constitutions catarrhales ou bilieuses. L'emploi des évacuans suspend alors les accès de névralgies sans qu'il soit besoin de recourir au sel de quinquina.

3° Dans d'autres circonstances, le quinquina est formellement indiqué, mais il échoue, parce que le médecin, oubliant le précepte que Torti répète à chaque page de son livre, *præmissis præmittendis*, a négligé de combattre quelque complication générale ou locale.

4° Peut-être aussi en est-il des névralgies comme des fièvres intermittentes, qui résistent quelquefois au quinquina et sont enlevées par l'arsenic, ou réciproquement, sans qu'on puisse se rendre compte de ces anomalies, autrement que par l'influence inconnue dans son essence, qu'on appelle le génie épidémique.

Aux causes d'insuccès, dépendant de l'état pathologique mal interprété, viennent se joindre celles qui résultent d'une mauvaise administration du quinquina; tantôt la dose est insuffisante, c'est une faute plus facile à commettre pour les névralgies que pour toute autre affection périodique (il faut aller au moins jusqu'à 1 ou 2 grammes); tantôt le médecin, trompé par l'exacerbation momentanée des douleurs, qui précède souvent la guérison, suspend l'emploi du médicament au moment où il va devenir efficace. D'autres fois, enfin, la névralgie récidive parce qu'on n'a pas continué les anti-périodiques un temps suffisant après l'interruption des accès.

VARIÉTÉS.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

(Assemblée générale annuelle.)

Compte-rendu par M. PERDRIX, secrétaire général.

Messieurs,

Il y a un an, je m'exprimais ainsi devant l'assemblée générale: « L'acte le plus important de votre existence s'est accompli au commencement de l'année qui vient de s'écouler. » En effet, l'Association des médecins du département de la Seine venait, sur la décision du Conseil d'État, d'être reconnue comme *Établissement d'utilité publique* par un décret présidentiel inséré au Bulletin des Lois. Vous aviez enfin triomphé des difficultés, des embarras, des obstacles que vous aviez trop souvent rencontrés; mais vingt années de persévérance dans cette voie utile que les premiers vous aviez ouverte, mais vingt années d'un attachement soutenu, d'un touchant dévouement à une œuvre de pieuse confraternité, à une œuvre de véritable moralisation, tant de titres, en un mot, vous avaient donné d'incontestables droits qu'un pouvoir éclairé ne pouvait méconnaître plus longtemps et qu'il devait consacrer.

« Désormais entrée, vous disais-je encore, dans une voie de progrès, l'Association, au double point de vue des élémens de prospérité et de durée, peut envisager l'avenir comme lui permettant de réaliser des espérances qu'elle a dû puiser à deux sources fécondes, à une sollicitude éprouvée, à un infaillible appui. » Ces espérances, Messieurs, étaient d'ailleurs fondées sur des promesses que l'Association avait regardées comme des engagemens du moment où elles émanaient d'une volonté arrêtée, d'un cœur élevé, du fondateur de cette institution que l'on se plaît partout à reconnaître comme l'une des meilleures et des plus belles œuvres auxquelles son nom est attaché.

Si le commencement de l'année 1851 a été marqué pour l'Association par l'acte important que je viens de rappeler, l'année 1853 s'inaugure pour elle sous les plus heureux auspices.

Un acte qui a aussi son importance, par son objet lui-même et surtout par le but où il tend: donner un noble exemple, éveiller une louable émulation, faire un discret mais loyal appel aux cœurs généreux; un acte qui peut être regardé comme le complément du premier, s'est accompli tout récemment. Vous le connaissez déjà, Messieurs, chacun de vous l'a accueilli avec bonheur, et si, dans cette séance générale, je m'empresse, dès mon début, de le mentionner, c'est que je pressens l'impatience de l'assemblée d'en exprimer avec une effusion unanime sa profonde gratitude à celui qui a si judicieusement compris qu'il ne pouvait pas être le fondateur de notre Association, sans en être le bienfaiteur, à celui qui, par d'ingénieuses dispositions, par une de ces lumineuses et prévoyantes idées, admirable et touchante combinaison qui participe tout à la fois et de l'esprit et du cœur, a voulu non seulement doter l'Association, mais encore lui réserver, pour l'avenir, des chances de ressources et de prospérité.

Vous savez tous, Messieurs, qu'en même temps que M. Orfila dotait avec munificence l'État, c'est-à-dire l'enseignement, ou pour mieux dire les élèves, ainsi que plusieurs établissemens, l'illustre savant fondait deux prix, l'un de 2,000 francs à l'Académie de médecine, l'autre de 1,000 francs à l'École spéciale de pharmacie, en faisant ses réserves pour son œuvre de prédilection, pour l'Association des médecins du département de la Seine; à cet effet, votre digne fondateur déclarait, par une disposition insérée dans les lettres adressées à ces corps savans, que les sommes affectées aux deux prix seront versées dans la caisse de l'Association toutes les fois que ces prix n'auront pas été décernés après deux remises successives au concours des questions proposées. Or, Messieurs, ces sommes s'élèveraient pour le prix de l'Académie à 6,000 francs; pour celui de l'École de pharmacie à 3,000 francs: donc, éventuellement, pour l'Association (chaque fois), 9,000 francs. Croyez, Messieurs, qu'en raison des difficultés à surmonter pour résoudre plusieurs de ces questions, cette disposition, comme l'a dit M. Orfila, pourrait bien être un élément de plus de prospérité pour votre caisse.

Il me tarde, Messieurs, de vous donner communication d'un document important qui sera religieusement déposé dans les archives de l'Association. Je veux parler de la lettre si remarquable par le résumé exact et concis des principaux actes de l'Association que M. Orfila a voulu rappeler à la commission générale, en lui faisant connaître, dans sa séance mensuelle du 7 janvier, les dispositions qu'il venait de faire si libéralement en faveur de l'œuvre. Voici cette lettre que la presse a généralement reproduite, et que vous ne pouvez ignorer, mais qui sera assurément la meilleure page de mon compte-rendu. (Nous avons déjà publié cette lettre.)

M. Orfila, vous le voyez, Messieurs, par de tels actes de libéralité, vient de donner une nouvelle preuve et un témoignage évident de l'intérêt qu'il porte à la science et au corps médical. N'oubliez pas que sa première pensée a été pour l'Association! La libéralité, je l'ai répété souvent, Messieurs, consiste surtout à donner à propos. Or, l'Association avait perdu au commencement de 1852, par la conversion de la rente 5 pour 100 en 4 1/2 pour 100, 415 fr. de rente, déficit considérable relativement à ses modiques ressources, déplorable au point de vue de leur destination! Grâce à la libéralité de l'honorable président fondateur, cette perte est réparée, ce vide se trouve comblé par le capital de 11,200 fr. que M. Orfila a consacré à l'achat de 400 fr. de rente 3 pour 100. Ne vous semble-t-il pas, Messieurs, que l'opportunité de ce don en double le prix, en même temps qu'elle ajoute, s'il est possible, à la reconnaissance de l'Association?

Honneur donc à son président fondateur!

Honneur à son bienfaiteur! Honneur à vous, Messieurs, qui l'avez soutenue et encouragée, qui avez compris la portée de son but, qui avez répondu à son appel, et qui vous êtes montrés dignes de son attachement, de son dévouement, de sa reconnaissance!

La commission générale, qui, comme vous le savez, Messieurs, aux termes de vos statuts, représente l'Association et agit pour elle, après avoir remercié chaleureusement M. Orfila, a déposé entre les mains de l'honorable président une lettre signée par tous ses membres, dans laquelle elle lui exprime, au nom de l'Association des médecins du département de la Seine, ses félicitations et les sentimens dont elle est pénétrée; ces sentimens, Messieurs, je le dis avec confiance, sont ceux qui vous animent; ils seront durables comme ce qui en est l'objet, comme l'acte lui-même qui ne les a point inspirés, je l'avoue, parce qu'ils existaient déjà, mais qui leur donne l'occasion de se produire avec des témoignages tout particuliers d'admiration et de respectueuse sympathie. Heureux, Messieurs, si, dans cet écrit, nous avons été les interprètes, je ne dirai pas éloquens, mais fidèles, de vos impressions. Voici dans quels termes la commission générale a exprimé sa profonde gratitude au bienfaiteur de l'œuvre. (Nous avons également publié cette lettre.)

M. Orfila a été très sensible à cette simple mais cordiale manifestation, et a remercié avec effusion la commission générale.

Après la séance, la commission, restée sous l'impression de ce qui venait de se passer, ne s'est pas immédiatement séparée; déjà, dans un de ces élans unanimes qui sont le véritable indice des émotions vives de l'âme et du cœur, elle manifestait le désir de consacrer et de perpétuer le souvenir de sa fondation et des actes de libéralité que venait d'accomplir son fondateur, c'est alors que votre secrétaire général, lui rappelant les dernières lignes de la lettre qu'il avait eu le bonheur de lire au nom de la commission générale, a prié l'assemblée de prêter une bienveillante attention à une communication qu'il désirait lui faire. Cette communication avait pour objet un projet; projet conçu depuis longtemps, idée éclose et souvent méditée au souvenir de ces paroles qu'il vous fit entendre il y a quelques années en félicitant l'Association d'adoucir chaque jour les souffrances physiques, et, à l'heure suprême, les angoisses de l'âme; et vous peignant de malheureux confrères, chargés de famille, succombant après de longs et stériles efforts, il vous disait: « Quand ces pauvres confrères, parfois victimes des fatigues et « du dévouement, sont tombés pour ne plus se relever, abandonnant » avec la vie femme et enfans, objets tout à la fois de tendre affection » et d'amère sollicitude, une pensée d'espérance a dû rendre moins » cruelle cette éternelle séparation d'ici-bas, car l'Association leur est » de nouveau apparue recevant dans son sein ces êtres si chers qu'ils » allaient quitter! » De ce moment, cette pensée, ou plutôt cette image, fut pour lui comme une de ces rêveries où se laisse aller l'imagination et que l'on craint toujours de ne pouvoir réaliser; mais l'heure était venue, et quelle meilleure et plus opportune occasion? Votre secrétaire général connaissait la commission générale, accoutumé à s'identifier avec elle, à deviner ses inspirations; il lui confia sa pensée, lui exposa son projet, la pénétra de son désir, et, ce qui sera un éternel honneur pour lui, il trouva de l'écho partout où il y avait du cœur, c'est-à-dire dans chacun des membres de la commission, comme il en trouve chaque jour, depuis ce moment, dans chacun des membres de l'Association! et voilà que cette pensée, cette image (*l'Association secourant les veuves et enfans des médecins morts pauvres au service de l'humanité*) va se réaliser! et l'Association, désormais personnifiée, laissera comme un monument ce souvenir durable de sa fondation, de ses bienfaits et de la munificence de son fondateur, qui sentira bien mieux encore que son plus beau titre parmi tant et de si glorieux titres, est, ainsi qu'il aime à le reconnaître, celui de président fondateur de l'Association des médecins de la Seine.

La commission générale a donc arrêté qu'un tableau serait offert par l'Association des médecins du département de la Seine, à *son fondateur-bienfaiteur*, M. Orfila.

Une souscription est ouverte dans chacun des arrondissemens de Paris chez deux membres de la commission générale; tous les sociétaires en ont été informés.

Cette souscription tout intérieure, je le rappelle ici, et toute de famille, est indépendante de la souscription générale du corps médical de France.

Une commission, prise dans le sein de la commission générale, a été nommée par le sort; elle est composée de MM. Bouillard, Bourse, Cabanellas, Labarraque; elle s'est adjoint le bureau; elle est présidée par M. le professeur Bérard, un des vice-présidens de l'Association; elle donnera tous ses soins à l'accomplissement de notre projet.

J'abandonne presque à regret, Messieurs, un sujet si propre à captiver l'attention de l'assemblée, mais le temps s'écoule, et j'ai à vous faire connaître les actes de la commission générale pendant l'exercice de 1852. Je serai bref, autant que possible, sans rien omettre toutefois de ce qui doit plus particulièrement vous intéresser.

L'Association, ainsi que j'ai eu l'honneur de vous le dire, possédait au commencement de l'année une rente de 4,150 fr. 5 p. 100 sur l'État; son revenu ayant subi, par la conversion du 5 p. 100 en 4 1/2, une réduction de 415 fr., ne s'élevait plus qu'à 3,735 fr. La société a acheté dans le cours de l'année 215 f. de rente 3 p. 100, qui, ajoutés à la somme que je viens d'indiquer, donne un total de 3,945 fr. de rente. En ajoutant à cette dernière somme la rente 3 p. 100 de 400 f. donnée par son honorable président, M. Orfila, l'Association se trouve aujourd'hui en possession d'un revenu de 4,350 fr.

Je place ici sous vos yeux le tableau de la situation de la caisse du 1er janvier au 31 décembre 1852, dressé par M. le trésorier. Qu'est-il besoin, Messieurs, de vous rappeler avec quelle exactitude et quel dévouement M. le docteur Vosseur dirige vos finances depuis quinze ans? L'Association apprécie trop les résultats obtenus et les services rendus par son honorable trésorier, dont les fonctions viennent d'expirer, pour ne pas lui donner aujourd'hui un nouveau témoignage de sa gratitude et de sa confiance.

Tableau de la situation de la Caisse du 1er Janvier au 31 Décembre 1852.

RECETTES.	fr. c.	DÉPENSES, EMPLOI.	fr. c.	BALANCE.	fr. c.
Le 1er janvier 1852, en caisse	1,375 00	Secours aux personnes étrangères à l'Association	1,335 00	Recettes	14,226 50
Cotisations	5,460 00	Sommes allouées à 7 sociétaires et à 8 veuves de sociétaires	6,480 00	Dépenses, emploi	13,876 50
Dons et admissions	3,239 00	Dépenses de gestion, imprimés, etc.	739 80	Reste	350 00
Cinq dons	275 00	Achat de 215 francs de rentes 5 p. 100	5,321 70	Le 1er janvier 1853, il reste en caisse	350 00
Rentes, 2 semestres	3,877 50				
	14,226 50		13,876 50		

(*La suite à un prochain numéro.*)

COURRIER.

Les règlemens de police défendent de dénaturer la qualité du lait avec quelque substance que ce soit, ou d'y ajouter de l'eau.

La loi du 27 mars 1851, qui frappe actuellement de peines sévères les fraudes commerciales, est applicable à ce genre de falsifications.

Tout récemment, un fermier de Cheptainville (Seine-et-Oise), qui avait envoyé à un laitier de Paris du lait mélangé d'un tiers d'eau, a été traduit devant le tribunal correctionnel de Corbeil, où il a été condamné à un mois de prison, 100 fr. d'amende et aux frais du procès. On nous assure que la préfecture de police est disposée à continuer d'invoquer les rigueurs de cette loi de 1851 contre les marchands de lait en gros et en détail, chez qui l'on trouverait du lait additionné d'eau ou sophistiqué par quelques ingrédiens.

— Il est sérieusement question d'introduire dans les habitudes municipales de la commune de Paris une innovation qui causera une véritable satisfaction aux mères de famille. On sait que les enfans nouveau-nés sont portés aux mairies pour y être inscrits, et que deux témoins accompagnent le père et la sage-femme pour certifier l'identité des noms et le jour de la naissance. Cet usage de sortir les enfans dehors, dans les vingt-quatre heures qui suivent leur venue au monde, est très contraire à ceux qui sont nés avec une constitution faible, surtout les jours d'hiver, où la ville est souvent enveloppée d'un épais brouillard.

Il s'agit de remédier à ces inconvéniens en organisant la constatation des naissances à domicile. Cette innovation, outre les avantages qu'elle présente au point de vue de l'hygiène, aurait celui d'établir en cette matière le grand principe qui doit régir les administrations: elles sont établies pour la commodité du public, et non le public pour leur commodité.

(*Gazette médicale.*)

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 23. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 24 Février 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An...............	32 Fr
6 Mois............	17
3 Mois............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 23 FÉVRIER 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La question de l'opium indigène n'a pu recevoir encore une solution. Un comité secret est encore venu couper court à la discussion qui s'était rouverte par un discours de M. Soubeiran.

C'est avec satisfaction que nous avons vu que les opinions dont nous nous sommes rendu l'organe, avaient gagné un terrain considérable à l'Académie. M. Soubeiran lui-même, dans les nouvelles conclusions qu'il propose de substituer à celles de la commission, demande formellement que les dispositions du décret du 3 mai 1850 soient appliquées aux produits de M. Aubergier. Il refuse seulement leur application aux formules de lactucarium et d'opium indiquées par ce pharmacien, formules qu'il veut laisser à l'Académie le soin et l'honneur d'indiquer elle-même. Il sera facile de s'entendre sur ce terrain de conciliation. L'essentiel, pour la justice et pour la vérité, est que l'on reconnaisse aux produits de M. Aubergier les conditions qui leur méritent l'application du décret.

M. Caventou avait préparé un discours étendu sur la question, et de tous points favorable à la demande de M. Aubergier. Il a été obligé d'en faire le sacrifice, puisque personne ne conteste plus la légitimité de cette demande, à l'exception, cependant, de M. Guibourt, pour qui ce décret du 3 mai est un motif constant d'opposition.

La discussion a été renvoyée à la prochaine séance, et d'ici-là, probablement, la commission se sera entendue avec M. Soubeiran.

Dans la correspondance, on a remarqué une lettre de M. P. Dubois, qui demande sa permutation de la section de pathologie chirurgicale à la section d'accouchemens. Il y a là, comme M. le président l'a fait observer avec raison, une question de principe et une question de personne. Cette dernière est facile à résoudre; il est évident que la place naturelle de M. P. Dubois est dans la section d'accouchemens, et l'Académie ne pourrait que gagner à cette permutation; mais la question de principe ne paraît pas aussi simple. La permutation est sans antécédens dans l'Académie; une fois ouverte, cette porte peut laisser passer beaucoup d'inconvéniens et d'abus. M. P. Dubois ne sera pas le seul, assurément, qui ne se trouvera pas à sa place à l'Académie, et déjà on a pu voir M. Piorry laisser poindre aussi une velléité de permutation. C'est une demande de remaniement complet des sections de l'Académie qui peut surgir de là. La question vaut la peine qu'on l'examine avec soin.

Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DES VENTOUSES SCARIFIÉES DANS LE TRAITEMENT DES DIVERSES FORMES DE LA PNEUMONIE CHEZ LES JEUNES ENFANS.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

Voyons maintenant si l'observation clinique ne justifie pas cette préférence.

Lorsque je remplissais les fonctions d'interne à l'hospice des Enfans-Trouvés (service de M. Baron père), l'application des ventouses scarifiées était d'un emploi vulgaire, non seulement parce qu'on en avait reconnu les bons effets, mais aussi, il faut le dire, dans un but d'économie pour l'administration. Quoi qu'il en soit, il se passait peu de jours où l'on n'eût occasion de recourir à ce moyen pour un certain nombre d'affections; mais dans aucune maladie des nouveau-nés, cet agent thérapeutique ne m'a paru aussi efficace que dans la pneumonie. Longtemps j'ai pu en méconnaître l'efficacité, parce que M. Baron, comme d'ailleurs presque tous les praticiens d'aujourd'hui, dirigeait contre la pneumonie une médication mixte, évacuations sanguines, potions stibiées ou kermétisées, vésicatoires, etc. Mais, dans un certain nombre de cas, les ventouses scarifiées ayant été prescrites isolément, j'ai pu, avec un de nos confrères, M. Mignot, alors externe du service, apprécier plus facilement et plus rigoureusement leurs effets.

Les ventouses scarifiées sont d'une incontestable utilité au début de la pneumonie franche et primitive des jeunes enfans, que cette affection revête la forme lobulaire ou lobaire.

La pneumonie lobulaire cède le plus souvent à une seule application de ventouses, et vingt-quatre heures suffisent pour faire disparaître tous les symptômes. Citons quelques exemples :

OBSERVATION I. — *Pneumonie lobulaire du côté droit; — application de quatre ventouses scarifiées; — guériron en vingt-quatre heures.*

Un enfant de sexe masculin, âgé de 3 mois, nommé Auguste-Désiré, est apporté à l'infirmerie le 7 avril 1845. Il se présente à l'observation dans l'état suivant : embonpoint conservé, absence totale de dents, joues animées, peau chaude, pouls serré, à 120. Résonnance obscure du thorax à droite et en arrière, respiration exagérée dans le poumon gauche; râles muqueux et ronflans en avant, sous-crépitans en arrière dans le poumon droit; toux tantôt sèche, tantôt humide; dyspnée, langue couverte d'un enduit muqueux à la base, ventre souple, point de diarrhée. Eau gommeuse sucrée pour boisson. Application de quatre ventouses dans la région thoracique postérieure du côté droit.

Le lendemain, 8 avril, pouls à 104, souple et ondulant; chaleur modérée de la peau, résonnance normale des deux côtés du thorax; plus de râles, respiration encore un peu rude; toux légère à des intervalles éloignés.

L'enfant est rendu à sa nourrice; il tète avec avidité. On ne l'a pas rapporté.

OBSERVATION II. — *Pneumonie lobulaire généralisée; — application de quatre ventouses sur la région thoracique postérieure; — guérison en vingt-quatre heures.*

Manson (Joséphine-Anna), âgée de 8 mois 1/2, est apportée à l'infirmerie dans l'état suivant :

Fraîcheur et embonpoint conservés, pas de dents, pas de tuméfaction des gencives, bouche chaude, peau chaude et plus sèche qu'à l'ordinaire; pouls fréquent et fort à 132; toux sèche, rude; respiration haletante; cris aigus quand on met la petite malade sur son séant; résonnance du thorax bonne en avant et sur les côtés, à peine obscurcie en arrière. Râles muqueux à grosses bulles en avant; râles muqueux, ronflans et sons-crépitans des deux côtés en arrière. Rien de notable du côté des voies digestives, excepté l'inappétence et l'enduit muqueux de la langue. Petit-lait, et application de quatre ventouses scarifiées, deux à droite et deux à gauche, en arrière de la poitrine.

Le lendemain, 9 mars, nous trouvons l'enfant sur son séant, gai et souriant; plus de dyspnée, plus de chaleur à la peau; le pouls marque encore 116, mais il est beaucoup moins tendu; la percussion ne révèle aucune altération sensible de la résonnance thoracique; les râles ont en grande partie disparu; on ne perçoit plus que quelques ronchus sonores; il n'y a pas la moindre trace de crépitation.

L'enfant boit bien; on le garde encore deux jours, dans la crainte d'une récidive.

Le 11 mars, il est renvoyé à la crèche.

OBSERVATION III. — *Pneumonie lobulaire généralisée; — deux applications de ventouses scarifiées; — guérison en quarante-huit heures.*

Le 13 octobre 1845, on apporte à l'infirmerie un enfant de 2 ans, du

Feuilleton.

SUR LES DEVOIRS PROFESSIONNELS DU MÉDECIN (1);

Discours prononcé à la Société médicale du 1er arrondissement, dans la séance du 13 Janvier 1853,

Par M. le docteur FOISSAC, président.

Il lui est donné parfois de servir de guide, de préveuir des malheurs, ou du moins d'apporter quelques consolations. Dans de semblables circonstances, on comprend mieux combien Celse a raison de recommander d'avoir pour médecin un ami plutôt qu'un étranger. Toutefois, le rôle de confident abreuve souvent de soucis et de regrets celui qui le remplit; car il ne lui est pas toujours donné de faire prévaloir la voix de l'honneur et de l'honnêteté. Aussi, l'homme sage l'accepte par dévoûment, mais il ne le recherche point. Et d'ailleurs, qu'on ne s'y trompe pas, le malade qui pourrait avoir à rougir devant son médecin, serait toujours disposé à éloigner le témoin importun de ses faiblesses.

Dans quelques circonstances importantes, la Société demande au médecin ses conseils et sa coopération; il les donnera avec prudence, courage et dévoûment. Appelé devant les tribunaux, son opinion éclaire le juge incertain. Une erreur de sa part pourrait coûter la vie à un innocent ou détourner le glaive de la justice. Comme le magistrat, il se trouve dépositaire d'un pouvoir terrible et presque surhumain. Il n'écoute alors que la voix de sa conscience; aucune passion ne doit approcher de cette forteresse inexpugnable.

Je ne rappellerai point ici tous les services que les médecins ont rendus à leur patrie ou au genre humain. Empédocle fut regardé comme un dieu pour avoir desséché les marais dont les exhalaisons décimaient la population d'Agrigente, et Lancisi comme le sauveur de Rome, pour avoir, à l'aide de canaux, délivré cette ville des marais que les débordemens du Tibre formaient à ses portes. Les législateurs des peuples ont-ils rendu plus de services à l'humanité que Pinel en faisant tomber les chaînes dont on chargeait les aliénés, en substituant les mesures de douceur à des méthodes barbares, et en nous apprenant enfin, par son exemple, à rendre à la raison un grand nombre de ces infortunés? Trouverons-nous dans le cours des siècles beaucoup de découvertes préférables à celle de la vaccine et de l'éthérisation? Vésale, Harvey, Jenner, Laennec, etc., méritent-ils moins l'immortalité que Galilée, Képler, Descartes et Newton? Mais les services du médecin, comme les bienfaits qui se renouvellent tous les jours, cessent d'exciter la reconnaissance; pareils aux fruits de la terre dont l'homme jouit avec indifférence, et sans élever son cœur vers le dispensateur de ces biens.

Je passerai égalment sous silence le rôle du médecin en temps d'épidémie, sa coopération dans les asiles hospitaliers, partout enfin où il faut accomplir un acte de charité et de dévoûment. Et remarquez, Messieurs, combien la renommée dispense inégalement la louange! L'univers est rempli avec justice du nom de Belzunce, qui s'immortalisa par son zèle pendant la terrible peste de Marseille; mais qui se souvient aujourd'hui des noms modestes de Bertrand et de Deidier, dont le courage et le dévoûment ne furent pas moins sublimes? Je ne saurais toutefois oublier de mentionner la part glorieuse de périls et de noble courage des médecins sur les champs de bataille. Chez les anciens, les chirurgiens habiles passaient pour des demi-dieux et des héros. Lorsque, dans l'*Iliade*, Pâris d'une flèche armée de trois pointes, atteint Machaon à l'épaule, « tout s'ébranle, dit Homère; les Grecs tremblent que les Troyens ne leur ravissent ce héros et la victoire : ô Nestor, s'écrie Idoménée, monte sur ton char, que Machaon y monte avec toi; dirige tes coursiers vers les vaisseaux; un homme qui sait, comme lui, retirer le fer d'une plaie, et par d'heureux secrets guérir les blessures, vaut lui seul mille guerriers. » Après qu'Alexandre eut été percé d'une flèche sur les remparts de la ville des Oxidraques, Aristobule, en retirant le fer de la plaie, qu'il avait débridée et en arrêtant une hémorrhagie formidable, ne parut pas moins grand que les premiers officiers du roi. La garnison de Metz ayant avec elle Ambroise Paré, se regardait comme invincible; ce chirurgien célèbre aurait été enveloppé dans le massacre de la Saint-Barthélemy, si Charles IX lui-même ne l'eût caché dans sa chambre. Les noms de Desgenettes, de Percy, de Larrey, etc., s'associent glorieusement à ceux des grands capitaines de la République et de l'Empire. En s'inoculant le pus d'un bubon pestilentiel à Jaffa, le premier releva le courage du soldat. Après la bataille de Lutzen, Larrey sauva l'honneur de nos armes par un mensonge patriotique.

L'hygiène publique ouvre un vaste champ à l'activité et au dévouement du médecin. La question des quarantaines, soulevée par l'Académie de médecine, et devenue l'occasion d'un congrès européen, grâce à l'initiative de l'un des membres de votre Société, a prouvé une fois de plus avec quel succès la science peut intervenir dans la politique internationale. Pariset, Foderé, Ramazzini et Parent Duchâtelet consacrèrent leur vie à signaler les causes d'insalubrité et à améliorer la condition des malheureux ouvriers. Le premier doyen de l'École de santé, Thouret, honora la profession médicale par les plus utiles travaux. Appelé à concourir à l'exhumation des débris du cimetière des Innocens, il nous a initiés à toutes les difficultés de cette grande entreprise réclamée depuis plusieurs siècles, et enfin exécutée en 1785. Malgré le supplice inique de son illustre frère, il ne cessa jamais de servir son pays avec dévouement. C'est à Thouret et à Fourcroy que l'on doit la nomination des professeurs célèbres dont quelques-uns d'entre nous ont suivi les leçons, des Corvizart, des Pelletan, des Pinel, des Hallé, des Percy, des Chaussier, des Dubois, des Boyer, des Jussieu, des Vauquelin, etc. Devenu membre du tribunat, Thouret n'oublia pas, comme tant d'autres, les intérêts de la science à laquelle il devait son élévation, et il réclama contre l'anarchie et le charlatanisme qui, dans le silence des lois, avait pénétré jusqu'au sanctuaire de l'art de guérir.

Un écrivain, mort depuis quelques années, Eusèbe Salverte, a publié un ouvrage sur les rapports de la médecine et de la politique. A aucune époque, en effet, la science médicale n'est restée étrangère ni à la fermentation des grandes idées, ni à ce travail visible ou caché qui pousse l'humanité vers un port mystérieux. Faible à son origine, et enveloppée pour ainsi dire dans les langes de son berceau, elle reçut l'empreinte des croyances qui dominaient alors la société. Aussi, dans les âges primitifs de l'Égypte et de la Grèce, fut-elle théocratique et presque toujours voilée d'une superstitieuse obscurité. Mais à mesure que l'observation approfondie des lois de la nature fit des progrès, la médecine se dégagea des systèmes philosophiques, et du génie de quelques hommes s'échappèrent des lueurs phosphorescentes qui brillèrent à travers les siècles et devinrent comme des fanaux pour la civilisation.

Dans les dernières années, plusieurs médecins se sont trouvés entraînés presque à leur insu vers les doctrines sociales. Témoins journaliers des souffrances du pauvre et de la condition malheureuse de quelques tristes victimes vouées en naissant à la maladie, à la dégradation et à une mort prématurée, ils ont accusé la société, rêvé une meilleure distribution des biens de ce monde, et protesté contre la disproportion des fortunes, la dureté des cœurs, et enfin contre les douleurs et les privations imméritées. Mais dans leurs aspirations généreuses, ils n'ont point vu sans doute l'abîme vers lequel, sans le savoir, ils poussaient la société! J'ai fait mon possible, disait avec raison Diderot, pour concevoir un monde où il n'y eût point de mal, et je n'ai pu y parvenir.

Est-il prudent, est-il sage à l'homme d'étude, à l'homme de science, d'abandonner les régions sereines où l'intelligence a placé son empire pour se mêler à l'administration des affaires publiques et à la fureur des partis? Les agitations de la vie politique ont un charme cruel et perfide. L'abîme attire. Il y a dans l'atmosphère du pouvoir et des cours une séduction puissante, semblable à l'enivrement causé par l'opium. On

(1) Voir les numéros des 27 Janvier, 3, 10, 16 et 22 Février.

sexe masculin, nommé Têtu Charles.

Embonpoint médiocre; dépression latérale légère du thorax; dix dents; les deux incisives latérales inférieures manquent.

Toux fréquente et humide; résonnance du thorax bonne partout; râles muqueux très prononcés à droite; râles ronflans à gauche; chaleur du tronc augmentée; pouls à 124; langue légèrement blanche à sa surface; abdomen souple; pas de dévoiement; pas d'appétit. Boissons gommeuses coupées de lait.

Le lendemain, 14, tous les symptômes se sont aggravés. De 124, le pouls s'est élevé à 152; la chaleur de la peau a subi une élévation proportionnelle; les accès de toux sont plus fréquens, plus pénibles; l'enfant est oppressé. La sonorité du thorax, conservée en avant, s'est obscurcie des deux côtés en arrière. En avant, on ne perçoit que des râles ronflans, excepté à la base du poumon, où se trouvent quelques foyers de râle crépitant; en arrière, une crépitation à grosses bulles, mêlée de râles gargouillans, se fait entendre dans toute l'étendue des deux poumons. Boissons gommeuses, application de quatre ventouses scarifiées sur la région thoracique postérieure, à l'aide desquelles on retire 30 grammes de sang.

15 octobre. Amendement notable des symptômes constatés la veille; moins de fièvre; pouls à 116; résonnance thoracique à peu près bonne partout. Encore des râles muqueux et ronflans, mêlés en arrière de quelques foyers de râle sous-crépitant. Nouvelle application de ventouses, deux de chaque côté, en arrière de la poitrine. On soustrait environ 40 grammes de sang.

16 octobre. La résolution de la maladie est complète, les accidens ont disparu. L'enfant est gai et joue sur son berceau. On prescrit quelques alimens.

17 octobre. Le mieux se soutenant, on renvoie l'enfant à la crèche.

Il me serait facile de multiplier les exemples. Mais ces quelques faits suffisent pour établir l'efficacité des ventouses scarifiées, prescrites indépendamment de toute autre médication dans le traitement de la pneumonie lobulaire soit simple, soit généralisée. Dans l'espace de vingt-quatre heures, quarante-huit au plus, tous les symptômes s'amendent, la fièvre tombe, les râles disparaissent, la résonnance thoracique redevient normale, la respiration reprend sa liberté, le pouls sa souplesse et son rhythme habituels, l'appétit renaît, et avec lui les forces et la gaîté de l'enfant.

Les effets de ce mode d'évacuation sanguine ne sont pas moins sensibles dans le traitement de la pneumonie lobaire, qui, comme on sait, est presque toujours mortelle dans les deux ou trois premières années de la vie. Moins rapides et moins sûrs que dans la pneumonie lobulaire, ils n'en sont pas moins remarquables. Les observations suivantes feront apprécier la vérité de cette assertion.

Observation IV. — *Pneumonie lobaire primitive; trois applications de ventouses scarifiées; guérison en six jours.*

Une petite fille de 4 ans, nommée Chamelle (Amélie), est entrée à la crèche le 5 janvier 1845. Grande et bien développée, d'une bonne constitution, d'un embonpoint médiocre, elle se présente avec les symptômes suivans: augmentation notable de la chaleur cutanée, pouls dur, serré, à 120; dyspnée; toux fréquente, sèche, pénible; matité à droite et en arrière de la poitrine, râles sous-crépitans mêlés de râle crépitant fin dans toute la partie de l'organe correspondant à la matité; en avant du même poumon, râles muqueux au sommet, sous-crépitans à la partie inférieure, exagération du murmure respiratoire dans toute l'étendue du poumon gauche, qui d'ailleurs paraît sain; langue couverte d'un enduit muqueux blanc-jaunâtre à sa surface et surtout à sa base; légère tension abdominale, constipation. Infusion pectorale, looch blanc; application de trois ventouses scarifiées sur le côté malade du thorax; on retire 30 grammes de sang.

6 janvier. Intensité moindre des symptômes fébriles, pouls à 116, moins de chaleur à la peau; mais les phénomènes locaux n'ont subi qu'une modification peu notable; les râles et la matité persistent; la dyspnée seule est amoindrie. Nouvelle application de trois ventouses, mêmes boissons à l'intérieur.

7. De 116, le pouls est tombé à 104; la chaleur de la peau est très modérée, la respiration est moins accélérée encore et plus libre que la veille; la matité a diminué dans toute la partie supérieure du poumon droit; la base résonne mal; il y a des râles sous-crépitans par places, mélangés de râles muqueux et gargouillans. Même prescription que la veille; on ne retire guère, au moyen de trois ventouses scarifiées appliquées à la base du thorax, que 20 grammes de sang.

8. L'amélioration est beaucoup plus sensible que la veille. Pouls à 96; chaleur cutanée normale; le son s'est éclairci partout; au lieu de râle crépitant sec, il n'y a plus en arrière que des râles muqueux et sous-crépitans à grosses bulles; la toux est humide, l'enfant avale ses crachats. On permet quelques boissons lactées.

Les 9, 10 et 11, persistance des râles muqueux, de la toux. A cela près, disparition complète des accidens généraux et locaux.

Le 12, l'enfant tousse encore, mais elle mange et boit bien. Elle court et joue dans la salle.

Le 13, on la renvoie à la crèche.

Observation V. — *Pneumonie lobulaire double primitive; — trois applications de ventouses scarifiées; — guérison en huit jours.*

Caillard (Eugénie), fille âgée de six ans, est envoyée à l'infirmerie le 3 octobre 1845, dans l'état suivant: maigre et délicate, cette enfant toussait depuis quelques jours et se plaignait surtout d'un point de côté très douloureux à droite.

Elle ne dormait pas, s'agitait dans son lit et avait perdu son appétit et sa gaîté. Nous la trouvons à la visite les joues animées, les yeux brillans, la peau chaude, le pouls à 128, la respiration haletante, assise sur son séant et la main appuyée sur le côté douloureux. La percussion révèle une matité considérable dans toute la partie postérieure et latérale du poumon droit, ainsi qu'à la base du poumon gauche. Dans tous ces points on perçoit un souffle très marqué avec des foyers de râle crépitant disséminés. La langue est blanche, le ventre souple, les selles normales. Tisane émolliente, looch blanc, application de quatre ventouses scarifiées sur la région thoracique postérieure, trois à droite, une à gauche et en bas. On retire 40 grammes de sang environ.

4 octobre. Aucune amélioration sensible dans les symptômes, soit locaux, soit généraux. Loin de là, la pneumonie semble s'être étendue à gauche et avoir envahi environ la moitié inférieure de l'organe de ce côté; on y perçoit dans une plus grande étendue de la matité et du râle crépitant. Nouvelle application de ventouses scarifiées, au nombre de six. Mêmes boissons à l'intérieur.

5. L'inflammation pulmonaire semble limitée. Le pouls, qui s'était élevé la veille à 132, est descendu en 124. Du reste, l'état local est le même. Troisième application de ventouses également au nombre de six. Évacuation de 40 grammes de sang. Même prescription.

6. Moins de matité au sommet du poumon. Le souffle est moins intense de ce côté. Le râle crépitant domine partout. Même état à gauche. Continuation des boissons pectorales et du looch blanc.

7. Diminution très sensible de la matité, partout excepté à la base des deux poumons; le souffle est remplacé par une expiration bruyante accompagnée de râles muqueux, sous-crépitans et crépitans, moins secs et moins fins que les jours précédens. Même prescription.

8. Même état. Mêmes boissons.

9. Diminution très notable de la chaleur de la peau; pouls à 96. Plus de matité; encore quelques râles humides, mais plus de souffle et de râle crépitant; retour complet de la sonorité thoracique. L'appétit commence à renaître. — Boissons lactées.

10. Absence totale de fièvre. Encore un peu de toux et quelques râles humides. L'appétit et la gaîté sont revenus. Quelques alimens.

11, 12 et 13. L'enfant mange et boit bien; elle se lève et joue avec les autres enfans. Aucun accident.

Le 14, on la renvoie guérie.

Que les ventouses scarifiées n'agissent dans le traitement de la forme lobulaire de la pneumonie, ni avec la même rapidité, ni avec la même énergie que dans celui de la forme lobulaire, qu'elles ne jugulent pas la maladie, pour me servir d'une expression consacrée, cela ressort des deux faits que je viens de rapporter. Mais on ne saurait nier l'influence heureuse de cette médication sur la solution de la phlegmasie. Appliquée au début, on a vu qu'indépendamment de toute autre action thérapeutique, elle avait suffi pour amener en six jours, d'une part, huit de l'autre, la disparition presque complète des phénomènes généraux et locaux. Or, la durée moyenne des pneumonies lobaires, primitives, bien que mal déterminée par les auteurs, peut être considérée comme oscillant entre dix et quinze jours. Si ce chiffre est exact, il y aurait, dans les cas que j'ai observés, un avantage assez marqué du traitement par les ventouses scarifiées sur les traitemens proposés jusqu'à ce jour. Dans d'autres cas, que l'espace ne m'a pas permis de relater, il est vrai de dire que la maladie s'est terminée par la mort; mais il faut tenir compte de l'influence désastreuse du séjour à l'hôpital, de la constitution débile de certains sujets, des diathèses morbides de certains autres, d'une foule de circonstances que l'on peut facilement présumer. Mais la conclusion générale de mes relevés statistiques est éminemment favorable à l'emploi des ventouses scarifiées dirigées contre la pneumonie lobaire, et la mise en vigueur de cette médication simple et peu dispendieuse donnerait, j'en suis sûr, gain de cause à mes assertions.

(La fin au prochain numéro.) Dr E. Hervieux.

CHIMIE PATHOLOGIQUE.

DE LA VALEUR DES RÉACTIFS EMPLOYÉS POUR RECONNAITRE LA PRÉSENCE DU SUCRE DANS LES URINES.

Depuis quelque temps, les pathologistes s'occupent de chercher dans diverses maladies le sucre que peuvent renfermer les urines, et journellement on met en usage, dans ce but, soit la potasse caustique, soit le réactif de Fromherz, dont la liqueur de M. Barreswill n'est qu'une modification. Il ne paraît pas cependant qu'on se soit préoccupé des erreurs dans lesquelles ces deux réactifs peuvent entraîner les médecins, et c'est pour éviter à nos confrères quelques appréciations inexactes que nous croyons utile de faire connaître les recherches intéressantes entreprises sur ce point par un médecin anglais, M. Arthur Hassall, et consignées par lui dans la *Lancette anglaise*.

Frappé de ce fait que la potasse caustique, que l'on fait bouillir avec l'urine non saccharine, en fonce presque toujours la couleur, et concluant de là que l'on ne saurait rechercher avec ce réactif des quantités très faibles de sucre dans l'urine, s'étant convaincu de plus par des expériences nombreuses que l'on peut introduire dans certaines urines des quantités assez faibles de ce sucre, sans qu'on puisse non plus en reconnaître la présence par le réactif de Fromherz, M. Hassall s'est proposé de rechercher les causes auxquelles il faut rapporter cet échec de ce dernier réactif, et, pour cela, il a expérimenté avec les principaux sels et les principales substances qui entrent dans la composition de l'urine, dans le but de déterminer quels sont ceux qui affectent le plus l'action de ce réactif.

M. Hassall s'est assuré d'abord que l'*urée*, dans la quantité ordinaire qu'en renferment les urines, ne s'oppose pas à la réaction; mais il n'en est pas de même du *carbonate d'ammoniaque*, qui est, comme on sait, en très grande partie le résultat de la transformation de l'urée, et qui exerce sur l'action du réactif une influence très marquée, sans être toujours suffisante pour lui enlever son caractère. M. Hassall a donc eu en premier lieu à déterminer les conditions dans lesquelles s'opère la transformation de l'urée, dans le but de s'assurer si, après l'addition de

---

sent que le poison vous consume; on le désire, on le recherche cependant, on ne peut vivre sans cette satisfaction délirante, on veut mourir enivré. Un penseur aimable, Joubert, appelait les passions politiques des voracités sans proie. Il se trompait peut-être; mais à la place des proies que l'ambition promet à de nobles cœurs, on ne trouve ordinairement que soucis, perfidies, déceptions. Heureux lorsque la route où l'on entre, bercé d'illusions, ne conduit pas au délaissement, à la prison, à l'exil, à la roche Tarpéienne.

Je suis loin de prétendre que le savant, le philosophe, le poète, ne soient pas aptes au maniement des affaires. Oui, sans doute, heureux les peuples lorsqu'ils seront gouvernés par un roi philosophe, un Marc-Aurèle, un Trajan, un Louis IX, un Charles V! Mais il faut convenir que les hommes dont les sciences, les lettres et la philosophie ont nourri les âmes, reculent devant ces nécessités terribles appelées raisons d'état. Victimes du devoir, ils s'offrent en holocauste plutôt que de commettre des actes de violence et d'abandonner le sentier de la justice.

De nos jours, un grand nombre de médecins n'ont pas craint d'affronter les agitations du Forum. L'Assemblée constituante de 1848 en comptait vingt-sept dans son sein. Quelques-uns furent appelés aux premiers postes de l'État, et s'ils n'y déployèrent pas le génie des grands politiques, personne du moins ne les surpassa en intelligence et en probité: les événemens survenus les ont précipités du pouvoir. Aujourd'hui, plusieurs de ceux qui avaient été mêlés aux luttes politiques languissent sur la terre d'exil. Ils ont pu être égarés; mais nous avons la conviction que, mus par de nobles instincts, ils croyaient servir la cause de l'humanité; espérons donc qu'ils seront bientôt rendus à leur patrie, à leurs familles, et à leurs pauvres, cette autre famille sacrée du médecin.

La politique lui fut toujours fatale. Un siècle s'est à peine écoulé, depuis que Lestocq, médecin d'Elisabeth, parvint, au prix des plus grands périls, à placer cette princesse sur le trône de Russie. D'abord, comblé d'honneurs, calomnié ensuite, il fut renfermé dans une forteresse, dont il ne sortit qu'à l'avénement de Pierre III. Struensée, médecin de Christian VII, devenu son favori, et chargé de l'éducation du prince royal, fut enfin nommé premier ministre en 1771. Son avénement au pouvoir fut signalé par d'utiles réformes; il accomplit une révolution complète dans l'État. Mais bientôt, accusé de conspiration et d'un commerce criminel avec la reine, il fut arrêté, mis en jugement, et eut la tête tranchée en 1772. Enfin, les journaux viennent de nous apprendre que le docteur Porma Carlo, à peine âgé de 28 ans, médecin de l'hôpital de Mantoue, accusé d'avoir fait partie d'un comité révolutionnaire pour la délivrance de l'Italie, avait subi le dernier supplice le 7 décembre dernier.

Malheur donc au médecin qui s'expose aux orages de la vie politique, lui dont la mission est d'étancher le sang, de calmer les souffrances, et de tarir les pleurs des infortunés. On peut s'intéresser vivement aux destinées de sa patrie sans se mêler aux passions de la foule et à des luttes fratricides. Au milieu des agitations du monde et des partis qui le divisent, attachons-nous à la science, réfugions-nous dans l'étude. C'est dans la retraite, c'est déjà condamné à mort, privé de livres et en proie à tant d'angoisses, que Condorcet composa l'*Esquisse des progrès de l'esprit humain*, son plus remarquable ouvrage. Le spectacle des guerres civiles semble avoir inspiré à Cicéron ses traités philosophiques *de la nature des dieux, du destin, de la divination, ses tusculanes* enfin. Il sentait que tout lui échappait, la liberté, la gloire, sa douce patrie, et pressentant sa fin prochaine, détournant sa pensée du monde, il projetait son regard vers la tombe et l'infini, qui lui répondaient: *immortalité!* L'immortalité! pensée divine qui consolait son âme de l'injustice des triumvirs, et lui faisait tendre tranquillement la tête au glaive du licteur.

Restons médecins, et vouons-nous à la science; c'est le conseil que nous donnent à la fois la raison, l'expérience et la philosophie, ce guide fidèle de la vie: *Vitæ philosophia dux.* Certaines classes ont reçu de Dieu un grand pouvoir et une haute mission; ce sont: le prêtre catholique, le juge et le médecin; les trois plus grands intérêts de la famille humaine leur sont confiés, et ceux qui ont rempli l'une de ces fonctions en conservent jusqu'à la fin le saint caractère. Lorsqu'ils meurent, il se fait un deuil autour de leur place vide.

Le nombre toujours croissant des médecins leur a fait perdre, il est vrai, une partie du prestige qui, dans les temps antiques, s'attachait à ces vénérables bienfaiteurs de l'humanité. Mais, le praticien modeste qui vit et meurt obscurément dans un humble village, n'en a pas moins une place utile dans l'ordre social. Tous les auteurs conviennent que la médecine a une origine mystérieuse et en quelque sorte divine; Apollon, dans Ovide, se proclame l'inventeur de cette science:

> Inventum medicinæ meum est: opifer que per orbem
> Dicor; et herbarum subjecta potentia nobis.

Suivant Quintilien, les anciens ne pouvaient se figurer que l'art de guérir eût pu être inventé par le génie de l'homme: *credebant eam vix humanis potuisse ingeniis inveniri.* Aussi, dit Cicéron (Pro Marcello), *homines ad deos nulla re propius accedunt quam salutem hominibus dando.* On lit dans Suétone que César conféra le droit de cité à tous les étrangers qui pratiquaient la médecine à Rome, et dans Pline que la Grèce rendit à Hippocrate les mêmes honneurs qu'à Hercule. Des grands hommes et des rois mêmes s'honoraient de leurs connaissances dans l'art de guérir. Achille aimait la médecine, la poésie et la musique; Mithridate le Grand et Attale III, celui qui légua ses états au peuple romain, furent de savans médecins; le pape Jean XXII a laissé plusieurs traités de médecine et entre autres: *Thesaurus pauperum.*

Du reste, la religion reconnaît, en termes formels, la mission divine de celui qui pratique l'art de guérir. On lit dans l'*Éclésiastique*: rendez au médecin l'honneur qui lui est dû, à cause de la nécessité; c'est le Très Haut qui l'a créé; c'est Dieu qui guérit par lui, et il recevra les présens du roi... Dieu a fait connaître aux hommes la vertu des plantes, et leur en a donné la science, afin qu'ils l'honorassent dans ses ouvrages. Enfin, dans sa première épître aux Corinthiens, Saint-Paul place au nombre des dons visibles du Saint-Esprit la grâce de guérir les maladies.

Je pourrais multiplier les citations, et prouver par des faits nombreux que, dans l'opinion des hommes, le médecin remplit une mission en quelque sorte providentielle. Il est chargé de la conservation de la santé, ce bien inestimable si facile à perdre, comme le magistrat de la distribution de la justice et le prêtre du gouvernement des âmes. A la gravité de son maintien on reconnaît les signes de la méditation et du sacrifice. Car dans sa profession, plus encore qu'au fond de toutes les autres existences, on trouve toujours quelques nuages, des soucis et des amertumes. On a dit: chaque esprit a sa lie; j'ajoute: chaque cœur a son épine; mais la souffrance même a son enseignement, le sacrifice seul est fécond. Pour prix de ses travaux, le médecin peut acquérir *la science et la sagesse, seules qualités divines et immortelles*, suivant Plutarque. Nous pensons donc, chers collègues, que, remplissant avec conscience et dignité nos devoirs professionnels, nous pouvons être fiers du rôle que la providence nous a donné sur cette arène du monde, où nous attendent cependant de rudes épreuves, mais où la palme ne s'obtient qu'au prix de la force d'âme, de la vertu persévérante et du noble dévoûment.

FIN.

M. le docteur Clément, médecin de l'hôpital de la Pitié, a donné sa démission.

la liqueur de Fromherz, il se développe ou non du carbonate d'ammoniaque, et voici les résultats auxquels il est arrivé sous ce rapport :

1° Il suffit de faire bouillir une solution aqueuse d'urée pour déterminer la dissolution graduelle de cette substance et la convertir en carbonate d'ammoniaque, résultat en désaccord avec ce qui a été dit par beaucoup d'auteurs, et en particulier par M. Bence Jones.

2° Cette conversion de l'urée s'opère, après un certain temps, dans l'eau distillée, même à la température ordinaire.

3° La décomposition de l'urée s'effectue avec ou sans l'aide de la chaleur, beaucoup plus aisément dans les liquides qui sont alcalins, et spécialement dans ceux dont l'alcalinité dépend de la présence de la chaleur sous une forme quelconque.

4° La conversion de l'urée est retardée et quelquefois empêchée par la réaction acide du liquide dans lequel elle est placée, que l'on fasse on non intervenir la chaleur; plus le liquide est acide et plus l'urée résiste à la décomposition.

5° Toute matière animale en état de décomposition exerce une influence puissante sur la transformation de l'urée, et cela par l'alcalinité qu'elle donne à ce liquide, en vertu de la présence du carbonate d'ammoniaque.

D'où il suit que le carbonate d'ammoniaque se produit quelquefois dans l'urine pendant l'emploi du réactif de Fromherz, mais rarement cependant en assez grande abondance pour faire échouer l'action chimique, quoiqu'il puisse contribuer à cet échec.

M. Hassall a expérimenté avec d'autres sels, et il a vu que si l'on fait dissoudre dans 2 gram. d'eau distillée certains sels, on a ou on n'a pas de réaction avec la liqueur de Fromherz, suivant la dose du sel. Ainsi, pour l'*urate d'ammoniaque*, 1/4 de grain suffit pour empêcher la réaction dans une liqueur contenant 1/8 de grain de sucre diabétique en solution; réaction imparfaite avec 1/8 de grain, parfaite avec 1/16. Un grain de *phosphate de chaux* dans 2 grammes d'eau acidifiée avec l'acide phosphorique dilué, et contenant 1/8 de grain de sucre diabétique, ne précipite pas par le réactif de Fromherz; avec 1/2 grain de phosphate, coloration brunâtre; avec 1/4 de grain, léger précipité brun; avec 1/8 de grain, léger précipité brun; avec 1/8, précipité brun-rougeâtre; avec 1/16 de grain, très légèrement brun; enfin, ce n'est qu'avec 1/32 de grain de phosphate que le précipité prend des caractères véritablement caractéristiques. Avec 1/8, 1/16, 1/32 et 1/64 de grain de *phosphate de magnésie*, il n'y a pas de précipité; avec 1/128, un précipité brunâtre. Avec 1 grain de *phosphate d'ammoniaque*, précipité brun; avec 1/2 grain, légèrement brun; avec 1/4 de grain, brun jaunâtre; avec 1/8 de grain, réaction normale. Avec 1 et 1/2 grain de *phosphate de soude*, précipité brun; avec 1/4 de grain, précipité rouge brique; avec 1/8 de grain, d'un rouge clair; avec 1/16 de grain, réaction normale.

Avec les *sulfates*, les réactions sont les suivantes : avec 2 grains de *sulfate de potasse* et 1/16 de grain de sucre, précipité jaune-brun; avec 1 grain de *sulfate de magnésie* et 1/32 de grain de sucre, précipité rouge de laque, de même avec une quantité double de sucre; réaction normale avec 1/8 de grain de sucre.

Avec les *oxalates*, et d'abord avec l'*oxalate d'ammoniaque*, il suffit de 1/128 de grain pour que la réaction soit imparfaite. Avec 1 grain de *bi-oxalate de potasse*, précipité gris; avec 1/2 grain, précipité rosé; et avec 1/4 de grain, précipité d'un beau jaune. Dans une solution de 1 grain d'*oxalate de chaux*, dissous dans l'acide hydrochlorique, l'oxyde rouge est précipité abondamment.

Relativement aux *chlorures*, 2 grains de *chlorure de sodium* n'altèrent pas la réaction. Il en est de même du *chlorure de calcium*.

Enfin, relativement aux *acides*, 1 et 2 grammes d'*acide tartrique* dans 2 grammes de liquide, avec 1/6 et 1/32 de grain de sucre n'ont pas changé la réaction; mais à 2 grains la réaction manquait. Avec 1 grain d'acide citrique et 1/16 de grain de sucre, précipité d'un beau jaune d'or; mais avec 1/32 de grain de sucre, précipité tirant au vert, et qu'il eût été impossible de considérer avec certitude comme une modification de l'oxyde rouge. Avec cinq gouttes d'*acide phosphorique dilué*, réaction normale.

Quant aux matières animales, au mercure, à l'épithélium, et particulièrement à l'albumine que l'on a dit nuire à la réaction de la liqueur de Fromherz, elles ne paraissaient pas avoir d'influence sensible.

Restait maintenant à savoir si, indépendamment du carbonate d'ammoniaque, on peut rencontrer dans l'urine quelques-uns des matériaux constituans de ce liquide en quantité suffisante pour troubler ou empêcher la réaction de la liqueur de Fromherz. Pas n'est besoin de parler des chlorures, des sulfates, des acides et de l'albumine, puisqu'ils n'y changent rien. Reste seulement l'urate d'ammoniaque, les phosphates et les oxalates.

L'urate d'ammoniaque, qui existe souvent dans l'urine en si grande quantité, exerce une affection très marquée sur les effets du réactif de Fromherz, qui ne réussit que lorsque les solutions contiennent moins de un grain d'urate pour une once d'urine contenant 2 grains de sucre en dissolution.

Les phosphates, ainsi que cela résulte des expériences citées plus haut, affectent très notablement la sensibilité du réactif de Fromherz, et en particulier les phosphates terreux, le phosphate de magnésie principalement. Aussi le réactif ne réussira pas dans les solutions contenant deux grains de sucre et plus de deux grains de phosphate d'ammoniaque, un grain de phosphate de soude, un demi-grain de phosphate de chaux et 1/8 de grain de phosphate de magnésie par once.

Les oxalates affectent également d'une manière très notable l'action du réactif de Fromherz, principalement l'oxalate d'ammoniaque; mais l'affinité de l'acide oxalique est si forte pour la chaux qui existe toujours dans l'urine, qu'il se rencontre très rarement de l'oxalate d'ammoniaque dans ce liquide, et que, dans les cas ordinaires, il y a peu à se défier de cette cause d'erreur.

Il est donc bien évident, ajoute M. Hassall, que plusieurs des matériaux constatés dans l'urine, même lorsqu'ils sont séparés les uns des autres, peuvent affecter la sensibilité du réactif de Fromherz, et on ne peut douter, par conséquent, que, par leur réunion, ils puissent dans quelques cas donner lieu à des erreurs.

M. Hassall est arrivé aux mêmes conclusions d'une autre manière, c'est-à-dire en faisant évaporer plusieurs échantillons d'urine. 4 grains de sucre diabétique ont été ajoutés à 2 onces d'urine; le tout a été évaporé avec soin jusqu'à consistance sirupeuse, puis une portion de ce résidu a été redissoute de nouveau dans de l'eau distillée, et essayée de nouveau. Or, voici quels ont été les résultats de ces dix expériences :

Deux fois, le réactif a échoué tant avant qu'après l'évaporation.

Cinq fois, il a échoué avant l'évaporation, et a parfaitement réagi après celle-ci.

Deux fois réaction imparfaite avant l'évaporation, réaction parfaite après.

Une fois réaction imparfaite avant comme après l'opération.

Il suit de là que le succès du réactif est plus fréquent après l'évaporation, et cela tient à la précipitation partielle des phosphates terreux et de l'urate d'ammoniaque, aussi bien que dans quelques cas où l'urine n'est pas fraîche, à la disparition de carbonate d'ammoniaque. Il n'en est pas moins vrai, néanmoins, que le réactif de Fromherz a échoué encore assez souvent, et il s'agit de savoir à quoi l'on doit attribuer ces échecs, et de quelle manière on peut s'en mettre à l'abri. Cela tenait sans doute, dans bien des cas, à l'action dissolvante de l'eau distillée, qui est susceptible d'enlever assez des matériaux constituans de l'urine pour nuire à la réaction.

J'ai remarqué, dit M. Hassall, que les urines dans lesquelles le réactif réussit le mieux, sont celles dont la pesanteur spécifique est assez basse, ou qui ont une réaction faiblement acide ou même alcaline, tandis que, d'un autre côté, avec les urines à pesanteur spécifique considérable ou fortement acides, on ne réussit pas. J'ai donc pensé qu'une des principales causes de l'insuccès du réactif de Fromherz, consiste dans l'acidité des urines; et depuis que j'ai adopté pour pratique générale de rendre les urines alcalines avant l'emploi du sel de cuivre, et d'ajouter ensuite un grand excès de potasse caustique, il m'est arrivé bien rarement de ne pas découvrir la présence du sucre, même lorsque je l'avais ajouté en très faible quantité. Il suffit en général de deux gouttes de solution concentrée de sulfate de cuivre; mais quand on peut supposer que la quantité de sucre est très faible, il faut n'en employer qu'une quantité bien plus faible. Quand le liquide n'est pas très acide, ne contient pas beaucoup de sels en dissolution, et lorsque la quantité de sucre est très faible, quelques fractions de grain, il faut n'employer qu'une très petite quantité de potasse et de sulfate de cuivre, ce dernier surtout.

M. Hassall ajoute que lorsqu'il n'y a pas de réaction à chaud, on doit abandonner de l'urine pendant douze ou vingt-quatre heures au contact de la potasse et du sulfate de cuivre; la réduction se fait toute seule, sans l'emploi de la chaleur. En terminant, il reconnaît toute l'efficacité du réactif de Fromherz, mais en affirmant que, malgré toutes les précautions prises, ce réactif doit échouer dans certains cas. Les recherches de M. Hassall donnent, comme on voit, une grande importance à l'instrument ingénieux inventé par MM. Becquerel et Vernois, et auquel ces deux médecins ont donné le nom de *saccharimètre*.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 Février 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur THIRIAT, médecin cantonal à Épinal, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Thaon pendant les trois derniers mois de 1852. (Comm. des épid.)

2° Un rapport sur les eaux d'Hammam, près Sétif (Algérie). (Comm. des eaux minérales.)

3° Une lettre de M. le docteur DUJARDIN, de Lille, relative au procédé qu'il convient d'employer dans les cas de dystocie causée par un fœtus hydrocéphale.

4° Une note de M. le docteur MERCIER, de Pontarlier, sur la vaccine. M. Mercier a constaté que, dans un grand nombre de communes du département du Doubs, beaucoup d'enfans n'ont point été vaccinés.

5° Une troisième note de M. BERTHÉ, pharmacien, sur les huiles de foie de morue.

6° Enfin la lettre suivante adressée au président de l'Académie par M. Poggiale :

Monsieur le Président,

MM. Vernois et Becquerel ont cru devoir répondre à la note que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie, dans sa séance du 8 février, et dans laquelle je constatais par des faits précis un droit qui m'appartient, et quelques-unes des erreurs commises par ces honorables médecins. Je regrette d'être obligé d'entretenir de nouveau l'Académie de ce débat, mais elle comprendra, je l'espère, que, dans l'intérêt de la science, je lui dois encore quelques explications. La réplique a été vive et quelquefois injuste. Je ne suivrai pas cet exemple.

Il résulte de la lettre même de MM. Vernois et Becquerel, qu'ils ont employé le procédé que j'avais indiqué, en 1849, et qu'ils n'ont eu pour but que de perfectionner les moyens actuellement connus. Si j'avais remarqué dans leur travail le moindre progrès, en ce qui concerne l'analyse du lait, on peut me croire, j'aurais été heureux d'applaudir à leurs efforts; mais qu'ont-ils découvert? Rien. Ils ont suivi exactement le procédé que j'avais décrit. Seulement, au lieu des appareils ingénieux et précis de MM. Biot et Soleil, ils ont fait usage d'un instrument inexact.

Je savais que M. Becquerel s'était servi d'un polarimètre construit par M. Dubosc, pour la détermination de l'albumine, et je n'ai aucune peine à croire que les analyses du lait ont été faites avec ce même instrument. Cet appareil, parfaitement connu (1), que MM. Vernois et Becquerel appellent grand polarimètre, et celui qu'ils ont imaginé pour la pratique ordinaire, et qu'ils nomment petit polarimètre, sont basés exactement sur les mêmes principes; ils ont la même longueur (20 centimètres), et donnent tous les deux de fausses indications. Ils fournissent à peu près les mêmes résultats, ainsi que le démontrent les chiffres suivans obtenus par ces messieurs (38,50 pour le petit polarimètre, et 37,80 pour le grand). Par conséquent, si l'un est défectueux, l'autre doit l'être aussi.

Entre ces chiffres et celui que j'ai constaté moi-même (50 à 55), et qui avait été reconnu, avant moi, à l'aide d'un autre procédé, par M. Boussingault, et, depuis moi, par M. Regnault, lequel doit mériter la confiance? C'est ce que la commission nommée par l'Académie décidera. Lorsqu'elle voudra bien me le permettre, je serai heureux de faire ces expériences sous ses yeux; elle pourra se convaincre que les faits annoncés par moi sont exacts, et que j'ai dû exprimer le regret que, dans un travail aussi important, MM. Becquerel et Vernois n'eussent pas employé le polarimètre de M. Biot ou celui de M. Soleil, dont la précision ne laisse rien à désirer.

J'ai démontré, jusqu'à l'évidence, dans ma note, les erreurs graves que MM. Becquerel et Vernois ont faites en ce qui concerne l'addition de la dextrine et du sucre, la séparation de la crême et l'examen des liquides colorés par le saccharimètre de M. Soleil. En gardant un silence absolu sur toutes ces questions qui formaient le point capital du débat, ces messieurs reconnaissent sans doute la justesse de mes observations.

Je regrette vivement pour MM. Vernois et Becquerel qu'une pensée injuste et peu bienveillante se soit glissée dans leur lettre sur la question de priorité pour le dosage du sucre de lait par le polarimètre. A l'assertion suivante : « Puisque M. Poggiale *a oublié jusqu'ici de le* » *dire*, et nous oblige à le lui *rappeler publiquement*, c'est à M. l'abbé » Moigno que revient l'idée et la direction des recherches de M. Pog- » giale, sur le dosage du sucre par le polarimètre, » je répondrai simplement par l'autorité irrécusable des faits.

J'ai adressé, en 1849, un mémoire à l'Académie des sciences, sur le *dosage du sucre de lait* par la méthode des volumes. *Personne* n'en avait parlé jusque-là; si MM. Becquerel et Vernois avaient étudié plus sérieusement cette matière, ils n'auraient pas songé à me contester une découverte que tous les chimistes reconnaissent m'appartenir *entièrement*.

Après la publication de mon travail, et à propos de ce travail, M. l'abbé Moigno, que j'avais l'occasion de rencontrer, m'engagea à vérifier, par le saccharimètre de M. Soleil, les résultats que j'avais obtenus. Je fis dans mon laboratoire, et sans le concours de M. l'abbé Moigno, que je connais à peine, un grand nombre d'expériences avec ce polarimètre. J'établis une table avec le plus grand soin, et j'eus l'honneur d'adresser encore à l'Académie les résultats de mes recherches, *sans oublier* de faire connaître la part qui en revenait à M. l'abbé Moigno. Ce savant voulut bien m'en remercier, et dans son *Répertoire d'optique moderne*, publié en 1850, on lit le passage suivant, que MM. Vernois et Becquerel connaissent parfaitement, puisque l'ouvrage est mentionné dans leur lettre : « M. Poggiale a bien voulu reconnaître » (dans le préambule de son mémoire) qu'il nous devait l'idée, etc. »

Dernièrement encore, dans le *Cosmos* du 13 février 1853, également mentionné par MM. Vernois et Becquerel, M. l'abbé Moigno a écrit les lignes suivantes : « Qu'on nous permette de reprocher à MM. Becque- » rel et Vernois de n'avoir pas rappelé que le procédé d'analyse du lait » par le polarimètre avait été non seulement *proposé*, *mais formulé* » *dans tous ses détails* par M. le docteur Poggiale. »

Ainsi, il demeure bien entendu que le procédé, qui consiste à déterminer la richesse du lait par le dosage du sucre, n'appartient qu'à moi. J'ai rendu justice à M. Moigno pour l'application du polarimètre, comme moyen de vérification. Que reste-t-il donc à MM. Vernois et Becquerel? La nature de mes études habituelles et mes nombreuses recherches sur le lait, en particulier, me permettent d'attendre avec confiance la réponse de l'Académie à cette question.

Je crois avoir exposé les faits d'une manière assez nette pour pouvoir me dispenser d'une nouvelle réponse dans le cas où ces messieurs jugeraient à propos de réclamer encore.

Veuillez agréer, Monsieur le président, l'assurance de mes sentimens respectueux.

POGGIALE.

Paris, le 21 Février 1853.

— M. le Secrétaire perpétuel donne lecture de deux lettres : l'une de M. le docteur Conneau, premier médecin de l'Empereur, qui remercie l'Académie du titre d'associé libre qu'elle lui a conféré.

La deuxième lettre est de M. P. Dubois, qui prie l'Académie de l'autoriser à prendre, dans la section d'accouchement la place que le décès de M. Devilliers y a rendu vacante.

Le conseil d'administration a pensé que cette demande, qui soulève une question de principe, devait être directement soumise à l'Académie.

Après une courte explication, l'Académie décide qu'il sera nommé une commission composée de onze membres pris dans chacune des sections, pour faire à cet égard une proposition à l'Académie.

M. LE PRÉSIDENT informe que l'Académie se formera en comité secret à quatre heures pour entendre le rapport de la commission des associés étrangers.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Bouchardat, relatif à l'application du décret du 10 mai 1850, demandée par M. Aubergier.

M. LE PRÉSIDENT, avant de donner la parole aux orateurs inscrits, croit devoir les informer que M. Aubergier renonce à la prétention d'obtenir l'application du décret à ses formules. Cette renonciation devra abréger la discussion.

MM. SOUBEIRAN et CAVENTOU prennent successivement la parole, le premier contre, le second pour les conclusions de la commission.

La discussion ne pouvant être terminée avant l'heure fixée pour le comité secret, la délibération est renvoyée à la séance prochaine.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures un quart.

VARIÉTÉS.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

(Assemblée générale annuelle.)

Compte-rendu par M. PERDRIX, secrétaire général.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 22 Février.)

Les versemens et recouvremens des cotisations se sont faits généralement d'une manière satisfaisante tant par l'empressement spontané des sociétaires que par les soins de M. le trésorier et l'active intelligence du receveur.

Les cotisations de plusieurs sociétaires décédés continuent à être

(1) Voir *Répertoire d'optique moderne*.

versées dans la caisse de la Société par les parens de nos regrettables confrères.

Madame veuve Blandin a envoyé la cotisation de son mari, 25 fr.

Madame Bourgeois, veuve de l'excellent confrère de ce nom, a fait, comme l'année dernière, en mémoire de son mari, un don de 50 fr.

Madame veuve Mérat, vous ne l'avez pas oublié, Messieurs, a remis à l'Association, d'après le vœu de son mari, une somme qui, placée en rente sur l'État, a constitué une rente perpétuelle de 27 fr.

M. le docteur Rony a fondé l'année dernière une rente perpétuelle de 25 fr.

Deux honorables sociétaires qui ont voulu garder l'anonyme ont également fondé chacun, une rente perpétuelle de 20 fr., ci 40 fr.

La Société de MM. les agrégés en exercice de la Faculté de médecine de Paris a donné cette année un nouveau témoignage de sympathie pour l'Association, en lui envoyant, comme l'année dernière, une somme de 100 fr.

M. le docteur Tardieu, sociétaire zélé et dévoué à notre œuvre, en adressant ce don à M. le président, s'est montré le digne interprète des sentimens de ses collègues. Une lettre de remercîment a été écrite, sur la demande de la commission générale, à la Société de MM. les agrégés par M. le président de l'Association.

L'Union Médicale, dont le concours est acquis à nos intérêts, qui saisit toutes les occasions de nous le prouver, et que nous remercions ici cordialement, a versé dans la caisse de l'Association une somme de 50 fr.

La commission générale a voulu qu'une lettre fût adressée à l'Union Médicale pour lui prouver combien elle a été sensible à ce témoignage de sympathique confraternité.

Un regrettable sociétaire, M. le docteur Denarp, de la Villette, a exprimé, en mourant, le désir qu'un certain nombre d'exemplaires de son ouvrage sur les cicatrices de la vaccine, accompagné de magnifiques tableaux iconographiques, fût offert à l'Association des médecins de la Seine. Madame Denarp, sa veuve, a scrupuleusement rempli les intentions de son mari.

La commission générale a accueilli avec une vive satisfaction tous ces témoignages de touchante sympathie donnés à l'œuvre dont elle comprend si bien les intérêts et dont elle a tant à cœur le développement.

La commission générale a eu à statuer, pendant l'exercice de 1852, sur d'assez nombreuses demandes de secours, qui se décomposent ainsi :

Quinze ayant-droit, participant aux 5/6mes du fonds de secours, savoir :

Sept sociétaires,

Huit veuves ou enfans de sociétaires.

Les diverses allocations se sont élevées pour cette catégorie à 6,480 f.

Dix-sept personnes étrangères à l'Association, pouvant néanmoins obtenir des secours sur le sixième réservé à cet effet, savoir :

Quatre docteurs en médecine ;

Deux officiers de santé ;

Dix veuves ou filles de médecins ayant exercé à Paris ;

Un fils de médecin.

A cette deuxième catégorie à été affecté le maximum disponible, 1,335 fr.

La commission générale n'a pas pris en considération plusieurs demandes de personnes, soit inconnues, soit de passage, soit dépourvues de titre légal. Les commissions générales, nous le faisons remarquer ici, et nous les en félicitons, se montrent très réservées à l'égard de ces sortes de demandes, et ne statuent qu'après un sévère examen.

Parmi les demandes de la première catégorie (les ayant-droit), s'est trouvée celle de la veuve d'un sociétaire qui, depuis la mort de son mari, avait reçu plusieurs allocations. Bien que cette demande fût pressante, la commission générale ayant appris que la pétitionnaire avait contracté un second mariage, et par conséquent ne pouvait plus être considérée comme veuve de sociétaire, a refusé l'allocation; mais sachant que les enfans du sociétaire décédé étaient dans le besoin, la commission générale a décidé qu'une somme serait consacrée à ces orphelins, et s'est réservé d'en surveiller la remise et l'emploi.

Dans la deuxième catégorie (les étrangers) la commission générale a non seulement voté une allocation à un docteur en médecine nécessiteux, mais en apprenant qu'il était aliéné par suite de malheurs et de chagrins, elle s'est empressée d'appuyer auprès du ministre de l'intérieur une demande d'admission à la maison de Charenton. M. le ministre a répondu qu'il était heureux de pouvoir seconder l'intérêt que l'Association portait à cet infortuné, et qu'il mettait à sa disposition une demi-bourse dans cet établissement.

A cette occasion, je ne saurais passer sous silence, au risque d'être indiscret, ce que j'appelle de bonnes actions, ces visites officieuses faites par les membres du bureau et de la commission générale à nos malheureux confrères, à de pauvres veuves, ce sont des démarches d'hommes de bien que je sens le besoin de mentionner devant cette assemblée.

L'Association a eu le malheur de perdre cette année dix de ses membres. Je voudrais pouvoir vous entretenir de chacun de ces regrettables sociétaires, mais vous comprenez que les bornes de ce compte-rendu ne me le permettent pas. Les noms seuls de ces hommes de bien suffisent à leur renommée, à leur mémoire ! Vous les rappeler, c'est le meilleur éloge que j'en puisse faire : Récamier, Rochoux, Bayard, Deslandes, Thierry, Troussel, Dubois, Paguéguy, Fiard, Devilliers... étaient tous fondateurs de l'Association. Il en est quelques-uns dont la vie a été racontée par ceux de nous qui les ont plus particulièrement connus et aimés. C'est ainsi que M. le docteur Lucien Boyer a dignement interprété la vie, le caractère, les qualités de l'âme et du cœur de son ami Troussel dans une notice que notre confrère a communiquée à la commission générale dans une de ses dernières séances. Que vous dirais-je de notre excellent confrère M. Devilliers, si attaché à notre Association, si heureux de nos résultats, si assidu à nos réunions, et qui attendait impatiemment le jour de l'assemblée générale pour venir féliciter et remercier notre honorable fondateur? Inopinément enlevé, il y a quelques jours à peine, à sa famille et à ses amis, lui aussi a trouvé de dignes interprètes dans MM. Larrey et Amédée Latour. Qui de nous, Messieurs, n'a pas lu tout récemment avec émotion dans l'Union Médicale, cette page si concise et si complète, ce résumé d'une simplicité touchante de la vie de M. Devilliers, et qui prouve si bien que rien n'est éloquent comme le cœur, que rien n'est vrai comme ses inspirations ?

Quinze nouveaux membres ont été admis cette année dans l'Association. Ces honorables confrères sont :

Pour Paris : MM. les docteurs Orfila (Félix), Compérat, Michéa, Ameuille, Perrin, Dreyfus, Labric fils, Vergnes, Gaubert, de Saint-Jean, Brun.

Pour la banlieue, dans l'arrondissement de Sceaux : MM. les docteurs Rapatel, Lebel, Josias.

Dans l'arrondissement de St-Denis : M. le docteur Tavernier.

Je m'empresse d'annoncer à l'assemblée que onze nouvelles demandes d'admission viennent d'être adressées à M. le président, elles portent les signatures les plus honorables, et je félicite l'Association de pouvoir compter dès aujourd'hui sur le concours de MM. le professeur Requin, les docteurs Forget, Demarquay, Sestier, Marchal (de Calvi), Adolphe Richard, Payer, Delastre, Despaux-Ader, Mouzard, Miramont. Nous espérons que leur exemple ne tardera pas à être suivi, et qu'en raison des récentes et heureuses circonstances qui placent l'Association dans les meilleures conditions, tout médecin honorable, tout homme de cœur s'empressera d'apporter son concours, et contribuera ainsi, en augmentant le nombre de ses membres, à accroître les ressources de l'œuvre.

Les membres de la commission générale, observateurs fidèles de votre réglement, se sont vus dans la nécessité de se priver du concours d'un confrère honorable, reçu dans une faculté étrangère, qui demandait à faire partie de l'Association. Une dérogation aux statuts aurait des conséquences funestes pour la société; je dis plus, elle n'est pas possible.

Une heureuse disposition insérée dans le réglement par la prévoyance de l'honorable président et de la commission chargée de modifier les derniers statuts, a trouvé cette année son application. L'article 9, dans son dernier paragraphe, dispose que la commission générale dispense, suivant les cas, du paiement partiel ou total de la cotisation.

Le sociétaire qui a profité du bénéfice de cet article ayant donné des motifs valables de retard et d'empêchement, la commission générale a prononcé la dispense pour l'arriéré, sans préjudice des exercices suivans.

Un sociétaire qui, malgré plusieurs avertissemens explicatifs, a persisté à donner aux dispositions réglementaires une interprétation erronée, a dû être considéré comme démissionnaire, par application de l'article 18 des statuts.

L'intervention de l'Association a été réclamée par un confrère étranger à l'Association, dans une question d'appréciation d'honoraires portée devant le tribunal de première instance. La commission générale, après en avoir délibéré, a répondu qu'elle ne pensait pas que l'Association, dût intervenir sur la demande du médecin ; toutefois que, si l'Association des médecins de la Seine, établie aux termes d'un décret, était consultée, dans l'espèce par le tribunal, elle n'hésiterait pas à émettre son avis.

Une proposition longuement développée et motivée d'un nouveau mode de recouvrement des honoraires des médecins, faite par une personne étrangère à la profession, a été soumise à la commission générale, qui, après l'avoir mûrement examinée, sans s'arrêter aux intentions de l'auteur, a déclaré qu'elle ne croyait pas qu'il fût de la dignité de l'Association de s'immiscer dans l'affaire proposée.

Votre commission générale, Messieurs, a dignement rempli les fonctions que vous lui avez confiées; nous lui devons des remerciemens, et nous en adressons particulièrement à deux de nos honorables membres représentant l'arrondissement de Sceaux, MM. les docteurs Dupertuis et Rapatel, qui, malgré la distance et la mauvaise saison, viennent seconder la commission générale.

Les associations médicales de plusieurs départemens ont bien voulu nous adresser le compte de leurs travaux. L'Association de la Sarthe n'oublie jamais de mentionner notre situation et nos résultats dans des termes qui nous honorent et qui témoignent de sa sympathie.

L'Association des médecins de Toulouse se félicite de nos relations mutuelles, et a manifesté l'intention et le désir d'entretenir cet échange d'idées d'où peuvent résulter des avantages pour la communauté, puisque le corps médical, ainsi que le dit M. le secrétaire général, est solidaire et ne doit être qu'une seule famille.

Nous avons été heureux de mettre à la disposition de M. le docteur Diday, secrétaire général de l'Association des médecins du Rhône, tous les renseignemens et documens qui nous ont été demandés, et qui ont paru intéresser vivement notre honorable collègue de Lyon.

Enfin, Messieurs, nous nous sommes acquittés auprès de l'administration supérieure des missions qui nous étaient confiées, soit en répondant aux diverses demandes relatives à l'exécution des travaux statistiques sur les associations, soit en éclaircissant quelques points douteux de nos attributions : par exemple, la question relative à la nomination du président de la Société. Or il résulte de la réponse de M. le ministre, d'après l'avis de la commission supérieure d'encouragement et de surveillance des sociétés de secours mutuels, que les sociétés reconnues comme établissemens d'utilité publique antérieurement à la promulgation du décret du 26 mars 1852, restent libres de réclamer les avantages de l'article 17 dudit décret, ou de s'en tenir aux termes mêmes de leurs statuts.

Je ne puis oublier de vous dire, Messieurs, que nous avons trouvé dans l'honorable doyen de la Faculté le plus bienveillant accueil pour nos réunions mensuelles et générales; nous l'en avons remercié au nom de l'Association, et nous aimons en ce moment à être de nouveau près de lui l'interprète de l'assemblée.

Je termine, Messieurs en vous remerciant de votre patiente indulgence pour des longueurs qu'il m'eût été bien difficile d'éviter, et que vous me pardonnerez, sans doute, en faveur du motif qui les a amenées. Je termine en faisant franchement appel à tous nos honorables confrères du département, en les invitant à se pénétrer de l'utilité de notre institution, à se joindre à nous, et à suivre, chacun dans la mesure de ses moyens, le noble exemple de notre digne fondateur. Je termine en rappelant, à cette occasion, à tous nos confrères, de sublimes paroles adressées à M. Orfila dans une fête confraternelle, en présence de nombreux et illustres convives, par un des plus ardens propagateurs des principes de l'Association, par M. le docteur Amédée Latour :

« Mon hommage ne s'adresse pas, disait notre éloquent confrère, au » savant toxicologiste dont les travaux et les découvertes ont immortalisé le nom. Ce ne sera pas non plus au professeur éminent autour de » la chaire duquel plus de vingt générations d'élèves se sont succédé; » — ce ne sera pas encore à l'administrateur intelligent et habile qui a » doté la Faculté d'institutions si précieuses ; — ce ne sera pas enfin au » membre illustre du conseil supérieur de l'Université ; mais vous permettrez et vous approuverez, Messieurs, que tous ces titres, tous ces » honneurs, toutes ces gloires, je les réunisse et les confonde dans un » seul titre, un seul honneur, une seule gloire ; vous permettrez que » j'adresse cet hommage au fondateur d'une institution qu'il considère, » j'ose l'assurer, comme un de ses plus beaux titres de gloire, d'une » institution qui, souvent, trop souvent sans doute, a dû rafraîchir son » cœur blessé par l'injustice, d'une institution digne du respect, des » hommages et du concours de tout membre de la famille médicale.....

» Au fondateur de l'Association de prévoyance des médecins de la » Seine ! »

Et M. Orfila, profondément touché de ce qu'il venait d'entendre, répondait avec émotion : « Je mets au premier rang des choses utiles qu'il » m'a été possible de faire, la fondation de l'Association de prévoyance. » Cette institution a eu aussi ses embarras, ses difficultés, ses contradicteurs ; rien n'a pu me décourager ou me détacher de cette pensée » utile. Aujourd'hui les services rendus journellement par l'Association » répondent éloquemment à ses contradicteurs. Ce sera un grand bon- » heur pour moi quand je pourrai réaliser des vœux qui sont aussi des » miens, en faveur de l'extension de l'Association dans tous les dépar- » temens. »

Sentimens noblement exprimés, Messieurs, simples et belles paroles, que je suis heureux de retrouver dans mon souvenir pour en laisser l'impression dans vos esprits !

Nota. L'impression et la distribution de ce compte-rendu aux médecins du département de la Seine ont été votées par l'assemblée.

Dans cette séance ont été réélus : président, M. Orfila ; vice-présidens, MM. les professeurs Adelon et Bérard ; trésorier, M. le docteur Vosseur.

La commission générale est composée, pour l'année 1853, de MM. les docteurs dont les noms suivent :

1er arrond.	MM.	Cusco, Rotureau, Vidal de Poitiers, Ley.
2^{e}	—	Dufour de Villefranche, Amédée Latour, Mongeal, Grimaud.
3^{e}	—	Meurdefroy, Trèves, Boinet, Janin.
4^{e}	—	Delorme, Fontès, Léger-Fleurus, Tessereau.
5^{e}	—	Campardon, Moreau, Pertus, Delafolie.
6^{e}	—	Nicot, Ledeschault, Ségalas, Dreyfus.
7^{e}	—	Miguet, Mavré, Duclos, Feulard.
8^{e}	—	Augouard père, Augouard fils, Géry, Maurueс.
9^{e}	—	Bouchardat, Chailly, Deville, Boullard.
10^{e}	—	Lucien Boyer, Destrem, Bourdon, Blatin.
11^{e}	—	Foucart, Roy, Orfila neveu, Régnier.
12^{e}	—	Ménière, Rousseau, Martin de Gimard, Vergnes.
Arrond. de St-Denis.	MM.	Frébault, Blanche, à Passy.
—	—	Foucault, à Nanterre.
—	—	Lemarchand, aux Thernes.
Arrondiss. de Sceaux.	MM.	Dupertuis, à Champigny.
—	—	Delasiauve, à Bicêtre.
—	—	Lebel, à Vincennes.
—	—	Rapatel, à Montreuil.

COURRIER.

Le banquet annuel de l'Union Médicale aura lieu le mardi, 8 mars prochain, à 6 heures du soir, dans les salons de Véfour-Hamel, Palais-Royal.

Le prix de la souscription est fixé à 11 francs.

S'inscrire ou adresser sa lettre de souscription au bureau du journal.

La souscription sera close le lundi 7 mars à midi.

Administration générale de l'assistance publique à Paris. — Le samedi 26 mars 1853, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration des hospices, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2, pour la nomination à trois places de chirurgiens au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

MM. les docteurs qui voudront concourir, se feront inscrire au secrétariat de l'administration, du jeudi 24 février courant au vendredi 11 mars suivant, et devront justifier qu'ils ont vingt-sept ans accomplis et quatre années de doctorat.

Le temps du doctorat et l'âge sont réduits de deux ans pour les docteurs qui ont exercé pendant quatre années entières les fonctions d'élèves internes dans les hôpitaux de Paris.

Les candidats qui auront obtenu soit la médaille d'or, soit l'accessit, soit une mention au concours des prix des internes de 3e et 4e année, ne seront tenus d'être reçus docteurs que depuis un an, à la condition, toutefois, de justifier de quatre années d'internat.

Aucun candidat ne pourra se présenter au concours après cinquante ans. *Le secrétaire général*, Dubost.

— La chaire de chimie et de pharmacie est vacante à l'École préparatoire de Marseille. MM. les docteurs en médecine et pharmaciens reçus à une École spéciale, pourvus du titre de bacheliers ès-sciences, sont prévenus que la liste de présentation à cette chaire sera faite fin mars prochain. Ceux d'entre eux qui aspireraient à cette chaire, sont invités à envoyer leurs titres d'ici à cette époque, à M. le professeur Sue, directeur de l'École.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel d'anatomie pathologique, par A. Forster, professeur à l'Université de Gœttingue. Traduit de l'allemand sur la 2e édition, par H. Kaula, d.-m., avec six planches lithographiées, 1re partie. 1 vol. in-8°, Paris, 1853. Chez C. Reimvald, libraire. Strasbourg, chez veuve Berger-Levrat et fils, libraires. Prix : 4 fr. 50.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Maltesteet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 24. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 26 Février 1853.**

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An.............	32 Fr
6 Mois............	17
3 Mois...........	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOUSCRIPTION

ouverte en faveur de M. Orfila dans les bureaux de L'UNION MÉDICALE:

Les professeurs de l'École préparatoire de Marseille : MM. Cauvière, direct. honor., Sue, directeur, Dufossé, Martin, Roberty, Coste, Ducros, Rousset, Villeneuve, Roux, Girard, Jourdan, chef des travaux anatomiques, ensemble, 120 fr.; l'École préparatoire de Nantes, 50 fr.; Contour, à Paris, 10 fr.; Delastre, 10 fr.; Bonamy, docteur-médecin à Écueillé, 5 fr.; Arnal, à Paris, 20 fr.

Total de la 14me liste. . . .	215 fr.
Listes précédentes	2,174 fr.
Total de la souscription de l'UNION MÉDICALE.	2,389 fr.

Nous rappelons à MM. les souscripteurs que l'administration de l'UNION MÉDICALE ne peut pas faire traite pour les sommes dues à la souscription ; les fonds doivent être envoyés par un mandat sur la poste ou par une traite sur une maison de Paris.

Depuis la dernière liste publiée, M. Amette, secretaire de la Faculté de médecine a reçu :

De MM. Queveune, pharmacien de la Charité, 5 fr.; Laudouzy, professeur à l'École de Reims, 10 fr.; Dufour (Albert et Gustave), de Saint-Sever, 15 fr.; Laboulbène, interne des hôpitaux, 5 fr.; Michel, agrégé à Strasbourg, 5 fr.

PARIS, LE 25 FÉVRIER 1853.

L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOIDE.

Nous avons été jusqu'ici très réservé sur l'épidémie de fièvre typhoïde qu'on observe actuellement à Paris. Nous espérions qu'il en serait de cette augmentation dans le chiffre des malades d'une affection qui règne constamment dans la capitale, et qui peut être considérée comme sa grande et principale endémie, ce qu'il en a été souvent et à des époques diverses, où, après une recrudescence passagère, la maladie rentrait dans ses limites ordinaires. Il n'en est pas de même cette année. Le nombre des malades, au lieu de diminuer, augmente tous les jours, et cela depuis bientôt trois mois. La maladie, que l'on a cru être bornée à une certaine classe d'ouvriers, s'est étendue à toutes les classes de la population, aussi bien dans la population militaire que dans la population civile. C'est donc une épidémie véritable, une affection populaire dans le sens épidémiologique, et les détails qui vont suivre prouveront que cette épidémie ne concentre pas son action sur la ville de Paris, que ce n'est pas dans des influences locales qu'il faut chercher les causes de son développement, mais qu'elle est liée à une pathogénèse plus générale et qui rayonne en tous sens.

Voyons d'abord ce qui se passe à Paris.

Depuis le milieu, et surtout depuis la fin de l'été dernier, on a observé un très grand nombre d'affections intestinales diarrhéiques et dyssentériques. Ces affections s'observent encore, et semblent même s'accroître, mais sans perdre de la bénignité qui les a caractérisées jusqu'ici. Vers le milieu de décembre, la grippe s'est mêlée à ces affections intestinales. Nous signalions déjà, il y a plus d'un mois, cette circonstance que l'influence catarrhale se montrait sous deux formes différentes : la forme bronchique et la forme intestinale. Bientôt, en effet, c'est-à-dire depuis le commencement de janvier, les symptômes intestinaux sont devenus plus nombreux et plus graves, la forme typhoïde s'est dessinée de plus en plus, et cette forme domine aujourd'hui, et dans des proportions considérables, la pathologie parisienne.

Telle a été la succession des phénomènes morbides observés à Paris depuis six à sept mois.

Cette filiation de symptômes que nous venons sommairement d'indiquer, l'existence sous forme épidémique de la fièvre typhoïde, tout cela est-il particulier à la ville de Paris, et ne s'observe-t-il pas ailleurs? C'est une erreur de le croire. La situation médicale actuelle de Paris doit être envisagée de loin et au loin; en d'autres termes, il s'agit de déterminer son origine et ses limites réelles. Or, l'épidémie actuelle n'est pas un fait isolé, elle ne s'est point improvisée avec les caractères qui frappent l'attention en ce moment. En principe, l'on peut dire qu'il n'y a point d'épidémie qui n'ait des liens plus ou moins appréciables avec des manifestations pathologiques antérieures. Il en est ainsi de l'épidémie typhoïde actuelle. Nous venons de la voir se substituer à Paris aux diarrhées, aux dyssenteries. Il en est de même sur une très grande surface de la France. D'après les renseignements que nous devons à un de nos savans inspecteurs du service de santé militaire, M. Michel Lévy, qui vient de visiter les 1re, 2me et 3me divisions militaires, les diarrhées et les dyssenteries se sont montrées, dès le mois de juillet 1852, sur un grand nombre de points du territoire compris dans ces trois vastes divisions militaires; elles n'ont cessé de s'étendre, coïncidant ici avec les fièvres intermittentes, là avec les fièvres typhoïdes; celles-ci ont commencé à se montrer en août et en septembre. Dans quelques localités, comme à Provins, à Chartres, les dyssenteries ont revêtu en octobre le caractère adynamique, et l'affection typhoïde semblait s'ajouter à la dyssenterie. Mêmes manifestations pathologiques dans beaucoup de localités du Nord, du Pas-de-Calais, des départemens qui entourent celui de la Seine. La garnison de Paris n'est pas à l'abri de l'affection typhoïde; il en existe un grand nombre de cas dans les hôpitaux militaires de la place, et dans la population militaire comme dans la population civile, on a observé les phases successives dont nous venons de parler : diarrhées, dyssenteries, affections typhoïdes.

Nous tenons aussi de M. Alquié, également inspecteur général du service de santé de l'armée, qu'il a trouvé les mêmes scènes pathologiques dans les circonscriptions de la zone méridionale de la France qu'il a eu à inspecter. Selon l'expression pittoresque de ce savant confrère, il a été frappé de l'existence d'une *traînée* typhoïde qu'il a rencontrée dans un grand nombre de départements.

Nous regrettons que nos honorés correspondans des départemens ne nous aient rien communiqué relativement à la constitution médicale de leurs localités. Nous n'avons rien vu de spécial à ce sujet dans les nombreux journaux de médecine qui se publient ailleurs qu'à Paris. Mais il nous semble que ce que nous venons d'exposer suffit pour faire admettre que l'épidémie actuelle de fièvres typhoïdes à Paris n'est pas un fait isolé.

Tout cela est d'une grande importance pour la détermination de la cause de l'épidémie actuelle de Paris. On a accusé l'agglomération accidentelle des ouvriers dans la capitale; cette influence perd, ce nous semble, beaucoup de sa valeur en présence des faits que nous venons d'indiquer. D'abord, il est certain que très fréquemment il y a eu à Paris une agglomération plus considérable encore d'ouvriers, sans que le chiffre de la fièvre typhoïde se soit sensiblement élevé. Nul renseignement n'existe d'ailleurs qui prouve que la maladie frappe un plus grand nombre d'ouvriers du bâtiment, que toute autre classe de la population. On oublie surtout que l'épidémie sévit avec plus de gravité peut-être sur les classes aisées de la société que sur les classes laborieuses et pauvres. On l'observe aussi bien dans les familles que dans les colléges et les séminaires. On ne fait pas attention non plus que l'épidémie règne sur la garnison de Paris, dont les conditions hygiéniques ont été très favorablement modifiées depuis quelque temps. Et cependant les hôpitaux militaires, comme les hôpitaux civils, sont encombrés de typhoïques.

En présence de ces faits, en voyant l'influence épidémique étendue sur une aussi grande surface du pays, en la voyant retentir à Paris sur toutes les classes de la population, pénétrer aussi bien dans les familles qui jouissent de tout le comfort de l'existence, que dans les infimes chambrées des logeurs de la Cité, sur la population militaire comme sur la population civile, nous ne pouvons ajouter qu'une médiocre importance aux causes locales dont on a signalé l'influence, et nous croyons que l'épidémie actuelle, comme toutes les grandes épidémies, se lie à quelque phénomène météorologique ou tellurique dont le secret échappe encore aux investigations de la science.

Ne pas admettre l'agglomération comme pathogénie de l'épidémie actuelle, ce n'est pas contester et rejeter l'influence fâcheuse et même terrible de cette circonstance sur l'extension et sur la gravité de la maladie. Ceci nous conduit à dire quelques mots des moyens employés par l'assistance publique pour parer aux exigences pénibles du moment.

Il est certain, ce serait puéril de le cacher, que l'assistance publique de Paris s'est trouvée dans un grand embarras en face de l'épidémie actuelle. Cette épidémie n'était, elle ne pouvait être prévue ni appréhendée. La suppression intempestive de l'hôpital de Bon-Secours, qui ne doit pas être imputée à l'assistance publique, a fâcheusement compliqué les choses. Un grand nombre de malades n'a pu trouver un asile dans les hôpitaux de Paris.

Un jour, jour récent, quatorze malades portés sur des brancards, et par conséquent dans une position grave, n'ont pu voir s'ouvrir pour eux nos portes hospitalières. Cette cruelle nécessité a été imposée à l'administration de l'assistance publique par le trop plein des hôpitaux. Et cependant cette administration a usé de toutes ses ressources. Des lits supplémentaires ont été placés, mais avec réserve et prudence, dans quelques hôpitaux. Des salles inoccupées ont été rapidement converties en infirmeries. Les hospices de la Salpêtrière et de Bicêtre reçoivent en ce moment un grand nombre de typhoïques, grâce à des dispositions prises pour évacuer sur la ville ou pour loger dans d'autres parties de l'établissement les vieillards assez valides pour supporter sans dommage une transplantation temporaire. Cette mesure a été critiquée; on a rappelé les terribles ravages du dernier choléra à la Salpêtrière; on a dit : est-il prudent de placer des typhoïques dans cet asile de la faiblesse et des infirmités; on a évoqué le souvenir lugubre du typhus de 1815. Tout cela part d'un bon sentiment, mais l'inexorable nécessité est là qui presse de tout son poids sur l'administration de l'assistance publique. Où placer ces nombreux malades qui arrivent incessamment au parvis Notre-Dame? Les confier aux secours à domicile? Mais ils sont presque tous dans des conditions affreuses de logement, sans air, sans lumière, sans feu, sans linge, sans tisane. L'assistance hospitalière, même dans des conditions qu'il serait désirable de voir améliorer, ne sera-t-elle pas pour eux encore un immense bienfait? D'ailleurs, que l'on prenne la peine d'aller voir à la Salpêtrière, par exemple, l'aménagement des nouvelles salles, et l'on sera surpris et touché qu'en si peu de temps l'administration ait si bien su subvenir aux plus pressantes nécessités du moment.

Cette évocation du typhus de 1815, l'imprudente, erronée et malheureuse expression de contagion laucée dans le public, le rapprochement forcé et hors de toute vérité entre le choléra de 1849 et l'épidémie actuelle, ne peuvent que donner à l'administration des embarras nouveaux et jeter sur la situation actuelle, déjà suffisamment pénible, une complication fâcheuse. Nos honorables confrères de la presse médicale comprendront facilement que leur parole, par cela même qu'elle est autorisée, a besoin de prudence et de réserve.

On a conseillé à l'administration de l'assistance publique de profiter, pour y placer des malades, des campemens, — des barraquemens sans doute, — que la garnison de Paris vient d'évacuer. Nous espérons que l'admistration ne fera aucune démarche dans ce sens. C'est l'idée la plus malheureuse qu'on puisse lui proposer. Ces barraquemens ruissellent l'humidité de toutes parts. On en a retiré, à cause des inconvéniens graves que leur séjour occasionnait aux militaires de la garnison de Paris, des jeunes hommes, robustes, dans la force de l'âge et de la santé, et l'on voudrait y placer des malades? Cela n'est pas sérieux.

D'ailleurs, si l'épidémie actuelle fait un très grand nombre de malades, il est consolant de pouvoir dire qu'elle ne fait que de rares victimes. Cette fièvre typhoïde est en général bénigne, elle cède facilement aux ressources de l'art; la mortalité générale de la ville de Paris n'est pas très sensiblement accrue; tout fait espérer que la période d'augment de l'épidémie est passée, et qu'elle entre dans la période de décroissance.

Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DES VENTOUSES SCARIFIÉES DANS LE TRAITEMENT DES DIVERSES FORMES DE LA PNEUMONIE CHEZ LES JEUNES ENFANS.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 22 et 24 Février.)

ERRATA. — Numéro du 24 février, page 90, 2me et 3me colonnes. Au lieu de : observation V. Pneumonie lobulaire double primitive, lisez : pneumonie *lobaire* double primitive.

Au lieu de : que les ventouses scarifiées n'agissent dans le traitement de la forme lobulaire de la pneumonie, lisez : que les ventouses scarifiées n'agissent dans le traitement de la forme *lobaire* de la pneumonie.

Jusqu'ici, je n'ai montré l'utilité des ventouses scarifiées que dans les cas où les évacuations sanguines, soit générales,

soit locales, sont recommandées par la grande majorité des auteurs. J'arrive maintenant à la partie la plus délicate de ma tâche. Car il s'agit d'établir que cet agent thérapeutique n'est pas appelé à rendre de moins grands services dans les pneumonies secondaires que dans les pneumonies primitives, soit lobaires, soit lobulaires. Or, si l'on redoute chez les enfans l'effet des évacuations sanguines pratiquées à l'aide de la lancette, dans la forme primitive de cette phlegmasie, combien ne sera-t-il pas plus à craindre dans la forme secondaire? Les sangsues se présentent encore là avec leurs inconvéniens accoutumés, celui d'exposer à des hémorrhagies graves et celui de ne pas permettre une appréciation exacte de la quantité sang soustrait. L'emploi des ventouses scarifiées ne peut donner lieu à aucune crainte de ce genre, et j'ajoute qu'il nous a conduit à des résultats inespérés dans le traitement des maladies qu'est venue compliquer la phlegmasie du parenchyme pulmonaire.

C'est qu'il faut bien le dire, les ventouses scarifiées n'agissent pas seulement comme antiphlogistique, en diminuant, par la quantité de sang qu'elles enlèvent, la congestion sanguine des poumons. Elles agissent encore, et c'est peut-être là la principale cause de leur succès chez les enfans, à la manière des révulsifs, en déterminant la congestion de la région où elles sont appliquées, en opérant, sur le point de la peau le plus voisin du viscère malade, une forte dérivation. A l'appui de ces idées théoriques, le lecteur nous permettra de citer encore quelques faits pratiques.

Dans le courant de l'année 1845, la population de l'hospice des Enfans-Trouvés fut décimée par une épidémie de rougeole très meurtrière. Presque tous les nouveau-nés atteints de cette fièvre exanthématique périrent; quel que fût le traitement employé, on ne réussissait guère à conserver que les enfans qui avaient dépassé l'âge de trois ou quatre mois.

Je n'eus occasion d'observer que trois fois l'effet isolé des ventouses scarifiées dans le traitement de la pneumonie qui complique la rougeole, une médication mixte ayant toujours été employée dans les autres cas.

Observations VI, VII et VIII. — De ces trois cas, l'un est relatif à un enfant de 18 mois, que l'on nous apporta atteint de rougeole et d'une pneumonie double que l'on combattit immédiatement par l'application de six ventouses scarifiées sur la région dorsale. Au bout de quatre jours, et sans qu'il fût besoin de recourir à aucun autre moyen, l'enfant était guéri à la fois de sa rougeole et de sa pneumonie.

Le second sujet est un enfant de 6 mois, atteint également de rougeole et d'une pneumonie lobulaire généralisée. Entré le 8 juillet à l'infirmerie, il subit l'application de quatre ventouses scarifiées, fut rendu à sa nourrice deux jours après, l'exanthème étant en voie de desquamation, et la pneumonie ayant disparu. Il était gai et prenait le sein, avec la plus grande avidité.

Le troisième enfant, âgé de 4 ans 1/2, entra à l'infirmerie le 9 mars 1845, avec les prodrômes de la rougeole; l'éruption apparut le lendemain, dura trois jours, et, aucun accident n'étant survenu, le petit malade fut renvoyé à la crèche le 16 mars, en apparence guéri. Mais il nous fut ramené le 18, avec une toux intense, un point de côté fort douloureux, et tous les autres symptômes d'une pneumonie lobaire du côté droit. Cinq ventouses scarifiées furent appliquées dans les régions dorsale et latérale du thorax correspondant au poumon malade. Une amélioration des plus notables s'en suivit. Il y eut une diminution très sensible de la matité; au râle crépitant fin avaient succédé des râles muqueux et sous-crépitans à grosses bulles; la fièvre était tombée, le pouls descendu de 144 à 116. On prescrivit une nouvelle application de ventouses sur la même région le 19. Le lendemain, 20 mars, tout faisait espérer une guérison prochaine.

Le mieux se soutint, en effet, jusqu'au 22; mais, ce jour-là, survint sans cause connue une fièvre intense, bientôt suivie des accidens cérébraux les plus graves auxquels l'enfant finit par succomber dans la nuit du 25 au 26.

L'autopsie nous révéla l'existence d'une méningite intense. Les deux poumons étaient hépatisés sur leur bord postérieur, mais l'insufflation les ramenait à l'état normal, ce qui nous porte à croire que cet état pathologique dépendait non de la phlegmasie constatée pendant la vie, mais d'une stase sanguine semblable à celle qui s'opère chez un très grand nombre de jeunes sujets dans les derniers jours de la vie.

La terminaison fatale observée chez le troisième de nos sujets atteints de rougeole, ne me semble pas devoir nuire à la proposition que j'ai établie, concernant l'action salutaire des ventouses scarifiées dans le traitement de la pneumonie qui complique si fréquemment l'exanthème morbilleux. Loin de là, elle me semblerait, s'il est possible, plus concluante encore que les deux autres. Car tous les auteurs s'accordent à regarder, comme beaucoup plus rebelles à l'action des divers agens thérapeutiques, et même comme étant presque infailliblement mortelles, les pneumonies qui se déclarent, non pas au début, mais dans la convalescence de la rougeole.

La pneumonie consécutive à l'éruption variolique me paraît également susceptible, chez les enfans, d'être traitée avec succès par l'application des ventouses scarifiées. J'en ai trouvé une preuve dans le fait suivant :

Observation IX. — *Variole; — pneumonie dans la convalescence; — disparition de la pneumonie sous l'influence des ventouses scarifiées; — état typhoïde, dévoiement colliquatif; — mort.*

Une petite fille âgée de 2 ans, nommée Morny (Rose), entre à l'infirmerie le 1er mars 1845. Toux, râles muqueux des deux côtés du thorax, yeux larmoyans, langue blanche à sa surface et rouge sur ses bords, chaleur à la peau, pouls à 124, tels sont les phénomènes qui s'offrent à notre observation. Deux jours après, le 3 mars, apparaissaient disséminés sur la face et le tronc quelques petits points rouges qu'un œil peu exercé eût pu prendre pour le début de l'éruption morbilleuse, mais qui présentèrent, le lendemain, 4 mars, tous les caractères des pustules varioliques. Aucun accident ne signale les diverses phases de cette éruption, et la petite malade semblait complètement guérie, lorsque le 11 mai une fièvre intense s'alluma, annoncée d'une manière non équivoque par l'animation des joues, l'éclat des yeux, l'exaltation de la chaleur cutanée, et l'élévation du pouls au chiffre de 144. En même temps la respiration est accélérée, l'oppression est grande, l'enfant s'agite, tousse d'une toux sèche et pénible; un râle crépitant fin que j'ai appelé *bruit d'éponge mouillée* se fait entendre à la base du poumon gauche. Les deux tiers supérieurs de l'organe et le poumon du côté opposé ne présentent que des râles ronflans très sonores. La base du poumon gauche résonne mal à la percussion. On applique quatre ventouses scarifiées en ceinture au niveau de la base du poumon malade.

Dès le lendemain, le bruit d'éponge mouillée avait disparu, et il me fut impossible de ressaisir cette crépitation fine que je considère comme un des signes sthétoscopiques les plus sûrs de la pneumonie chez les jeunes enfans. Cependant la fièvre n'était pas tombée. Une sorte d'état typhoïde succéda aux accidens qui s'étaient manifestés du côté de la poitrine.

Le 23, une diarrhée verdâtre, presque liquide, apparut accompagnée de gargouillement très sensible dans les deux fosses illiaques. L'enfant maigrit rapidement, épuisé par le dévoiement colliquatif, la face se grippa, les extrémités se refroidirent et la mort vint le 30 mars.

Les lésions, reconnues à l'autopsie, consistaient dans l'altération des plaques de Peyer, leur hypertrophie et le développement anormal des des follicules isolés, le ramollissement de la muqueuse intestinale au niveau du quart inférieur de l'intestin grêle, la décoloration du foie, l'engouement du bord postérieur et de la moitié inférieure des deux poumons, qu'on ramena à l'état normal par l'insufflation; quelques adhérences de la plèvre droite, et l'existence d'une quantité de sérosité plus grande qu'à l'état normal dans les ventricules cérébraux.

Comme dans le cas précédent, la mort de l'enfant est ici indépendante de la pneumonie. Ce qu'il nous importe de constater, c'est la disparition des signes physiques de la pneumonie en moins de vingt-quatre heures, sous l'influence d'une simple application de ventouses scarifiées. La complication grave qui survint du côté de l'intestin est suffisante pour nous expliquer la terminaison funeste.

Je n'ai pas eu occasion d'observer l'effet des ventouses scarifiées sur la pneumonie qui survient dans le cours ou la convalescence de la fièvre scarlatine. Mais il ne me paraît pas douteux qu'elle doive éprouver une modification aussi avantageuse que la pneumonie qui complique les autres fièvres éruptives. *A priori*, je préférerais les ventouses scarifiées à la saignée générale, qui a une action beaucoup trop débilitante, et aux sangsues, qui peuvent toujours soustraire au petit malade une quantité de sang plus considérable qu'il ne convient. Et ce que je dis ici de la pneumonie scarlatineuse doit s'entendre de la pneumonie qui complique toutes les fièvres graves.

En tant que révulsif, je préférerais encore les ventouses scarifiées aux vésicatoires dans ces cas; celles-là n'exposant pas comme ceux-ci à des ulcérations interminables ou à des gangrènes mortelles.

Je dois signaler encore les bons effets obtenus aux Enfans-Trouvés, par M. Baron père, de l'emploi des ventouses scarifiées dans le traitement de la pneumonie, qui complique une des maladies les plus graves des enfans à la mamelle, l'entérite.

Observation X. — *Rachitisme et entérite; — pneumonie intercurrente; — application de ventouses scarifiées; — résolution de la pneumonie.*

Teiter (Charles), garçon de 10 mois, est apporté à l'infirmerie le 29 juillet 1845.

C'est un enfant maigre, rachitique, offrant une dépression de chaque côté du thorax, une incurvation légère des os longs, avec tuméfaction de leurs extrémités et une décoloration générale de la peau. Il tousse fréquemment, mais la résonnance de la poitrine est bonne et on ne perçoit dans toute son étendue que quelques râles muqueux. Le ventre est un peu tendu, la langue couverte d'un enduit blanchâtre, les selles d'un jaune d'ocre et assez solides; fièvre peu intense; pouls à 132.

Les jours suivans, les symptômes intestinaux se prononcent davantage; le ventre se ballonne; les selles sont vertes et plus liquides; la fièvre augmente. Rien de notable du côté du thorax.

Jusqu'au 31, nous notons des alternatives de constipation et de dévoiement, et une rougeur de plus en plus marquée de la langue, avec météorisme abdominal. Ce jour-là, le pouls est à 144, la peau brûlante, la respiration accélérée; une des joues est vivement colorée; la toux est fréquente, sèche, rauque; la poitrine résonne mal à droite et en arrière, surtout à la base, et l'oreille perçoit, en ce point, un souffle très marqué, mêlé à la partie supérieure d'une crépitation sèche et fine. Application de quatre ventouses scarifiées.

1er juillet. Même état; nouvelle application de ventouses. On a retiré dans ces deux jours environ 60 grammes de sang.

2 juillet. Le souffle est remplacé à la base du poumon droit par du râle crépitant, tantôt fin, tantôt humide et gros; la résonnance est meilleure.

3 juillet. Il n'existe plus dans les points malades que des râles muqueux et sous-crépitans. Dans cet intervalle, la diarrhée a fait place à une constipation assez opiniâtre; mais le ventre est toujours tendu et la langue rouge.

Le 8 juillet, les accidens notés du côté de la poitrine n'avaient pas reparu; mais à cette époque, l'enfant ayant été réclamé par ses parens, leur fut rendu, bien que n'étant pas complètement guéri.

Observation XI. — *Rachitisme et entérite; — pneumonie intercurrente; — amendement de la pneumonie par une application de ventouses scarifiées, puis aggravation des symptômes abdominaux et mort.*

Maugon (Joseph), petit garçon de 11 mois, est apporté à l'infirmerie le 20 mai 1845. Rachitique, comme le dénotent la déformation du thorax, le volume du ventre et la tuméfaction des extrémités des os longs, cet enfant offre en outre tous les symptômes de l'entérite, tension de l'abdomen, diarrhée jaune et liquide, langue rouge à la pointe et sur les bords; chaleur à la peau; pouls accéléré et faible à 120. De plus, il existe une toux humide et quelques râles muqueux des deux côtés de la poitrine.

Cet état persiste jusqu'au 24 mai, époque à laquelle l'enfant nous présente un appareil fébrile intense, accompagné de tous les phénomènes qui annoncent l'existence d'une pneumonie double, toux, dyspnée, anhélation, coloration vive des pommettes, résonnance obscure des deux côtés du thorax, souffle, râle crépitant, retentissement de la voix. On applique six ventouses scarifiées sur la partie postérieure de la poitrine, trois de chaque côté du rachis, de manière à retirer 30 à 40 grammes de sang.

Dès le lendemain, 25, la dyspnée avait diminué, le pouls était descendu de 156 à 132; la chaleur de la peau diminuée; le souffle avait disparu; seulement il existait encore disséminés çà et là des foyers de râles crépitans, sous-crépitans et muqueux. Nouvelle application de quatre ventouses scarifiées, à l'aide de laquelle on ne retire guère que 20 grammes de sang.

26. Encore des râles muqueux et sous-crépitans; sonorité thoracique normale; chaleur de la peau médiocre; pouls à 120.

Les jours suivans, le ventre se ballonne, la diarrhée reparaît, mais noirâtre et fétide, les forces se dépriment, la face se grippe et prend un aspect sénile; une émaciation rapide survient, et le petit malade, s'affaiblissant chaque jour, finit par succomber le 9 juin.

L'autopsie nous a fait reconnaître, du côté de l'intestin, des altérations très graves qui ne laissent aucun doute sur la cause prochaine de la mort : pâleur générale de la muqueuse, développement anormal d'une vingtaine de plaques de Peyer dans l'intestin grêle, en même temps que le gros intestin est criblé de follicules bleuâtres très saillans, à orifices très manifestement dilatés. Epaississement et couleur gris bleuâtre de cet intestin.

Splénisation des poumons, mais qui ne résiste pas à l'insufflation.

Rien de notable dans les autres organes.

Pour quiconque a été témoin des ravages qu'exerce l'entérite à l'hospice des Enfans-Trouvés, il ne peut exister le moindre doute sur l'influence fatale de cette affection dans le cas précédent; c'est l'entérite, et non la pneumonie qui a tué l'enfant. Je n'en voudrais pour preuve que la rapidité avec laquelle les accidens pectoraux se sont amendés par l'effet d'une double application de ventouses scarifiées. On n'admettra pas davantage, je suppose, que la perte sanguine résultant de cette application, a pu, en débilitant l'enfant, précipiter le terme fatal. Une quantité de sang aussi minime que celle qui a été obtenue par les ventouses, ne saurait être prise ici en sérieuse considération. Ce qui est certain, c'est que dans la onzième observation, comme dans la dixième, il y a eu, sous l'influence de l'agent thérapeutique en question, un amendement très notable des accidens pectoraux survenus dans le cours de l'entérite.

Il me reste, pour terminer, à signaler l'effet des ventouses scarifiées sur la pneumonie qui complique une affection très fréquente de la première enfance, la coqueluche. Voici le seul fait que j'aie pu recueillir à ce point de vue :

Observation XII. — *Coqueluche; — pneumonie intercurrente; — ventouses scarifiées; — guérison de la pneumonie et modification de la coqueluche.*

Broquin (Hippolyte), petit garçon de 10 mois, a été apporté à l'infirmerie le 26 mai 1845, dans l'état suivant : embonpoint conservé; habitude extérieure bonne; pas d'appareil fébrile; pouls à 100; léger coryza et rougeur des conjonctives; langue rose, appétit, ventre souple, ni dévoiement, ni constipation. Poitrine sonore, respiration pure, cependant un peu plus rude qu'à l'état normal. Toux habituellement sèche, mais devenant convulsive par intervalles et s'accompagnant alors de la reprise caractéristique de la coqueluche.

Rien de notable jusqu'au 31. Ce jour-là, chaleur intense à la peau, pouls à 160, oppression, respiration accélérée, animation de l'une des pommettes, râle crépitant à la base et en arrière de chaque poumon; diminution de la sonorité thoracique en ce point. Toujours des quintes. Application de six ventouses scarifiées sur la région dorsale, de manière à retirer 40 grammes de sang.

1er juin. Pouls à 144; chaleur à la peau moins âcre que la veille; moins d'oppression; toujours du râle crépitant, toujours des quintes. Nouvelle application de quatre ventouses scarifiées. On ne retire guère que 20 à 30 grammes de sang.

2 juin. Chaleur de la peau très modérée; pouls à 120; quintes de toux moins longues et moins fréquentes; résonnance thoracique normale; respiration rude partout, mêlée en bas et en arrière de quelques foyers de râles sous-crépitans à grosses bulles.

Les jours suivans, ces râles disparaissent et les quintes s'amoindrissent; la chaleur de la peau devient normale et le pouls oscille entre 96 et 116. C'est dans cet état que l'enfant est rendu à ses parens, le 7 juin.

L'action salutaire des ventouses scarifiées est incontestable dans ce cas. La résolution de la pneumonie a été évidemment la conséquence de cette médication, et on a pu voir que la maladie primitive en avait éprouvé également une importante modification.

En résumé, on voit que les ventouses scarifiées n'ont pas une moindre influence sur les pneumonies secondaires que sur les pneumonies primitives. Si, dans quelques cas, il a fallu noter une terminaison funeste, ce n'est ni à la pneumonie, ni à son traitement par les ventouses scarifiées qu'il faut s'en prendre, mais bien à l'inexorable gravité de la maladie première qui marchait en dépit de tous nos efforts vers une terminaison funeste. La pneumonie n'en avait pas moins été amendée par les évacuations sanguines locales, au point de ne laisser sur le cadavre d'autres traces que l'engouement hypostatique qui se forme chez presque tous les jeunes sujets dans la dernière période de l'existence, et ne sait pas résister à l'insufflation.

Des considérations auxquelles je me suis livré dans la première partie de ce travail, et des faits que je viens de rapporter, il ressort :

1° Que la grande majorité des auteurs est favorable à l'emploi des évacuations sanguines locales dans la pneumonie des jeunes enfans;

2° Que les ventouses scarifiées sont le moyen le plus propre à remplir cette indication; qu'elles ont sur la saignée l'avantage de ne pas jeter les jeunes sujets dans un état de prostration d'où il est difficile de les tirer et de n'exposer à la lésion d'aucun vaisseau, sur les sangsues celui de ne faire courir le danger d'aucune hémorrhagie grave; qu'elles jouissent, en un

mot, d'une innocuité parfaite, et procurent, avec une exactitude presque mathématique, la quantité de sang qu'on veut obtenir ;

3º Qu'elles exercent une action révulsive comparable à celle des vésicatoires, sans avoir aucun des inconvéniens attachés à l'emploi de ceux-ci ;

4º Que chez les jeunes enfans, et indépendamment de toute autre médication, elles suffisent pour juguler la pneumonie lobulaire primitive, soit partielle, soit généralisée, et amener en quelques jours la résolution de la pneumonie lobaire primitive ;

5º Que la forme secondaire de la pneumonie ne paraît pas résister davantage à l'action des ventouses scarifiées, puisque l'on a obtenu par ce moyen la résolution plus ou moins complète de pneumonies compliquant la rougeole, la variole, l'entérite et la coqueluche ;

6º Que, dans tous les cas, c'est là un agent thérapeutique, sinon toujours commode, au moins innocent et peu dispendieux.

E. Hervieux.

BIBLIOTHÈQUE.

Traité de l'angine laryngée oedémateuse; par M. Sestier, professeur-agrégé de la Faculté de médecine de Paris, ancien chef de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, etc. Un vol. in-8º de 480 pages. — Paris, 1852, chez J.-B. Baillière.

M. Sestier a entrepris déjà depuis plusieurs années, un travail important sur les maladies mortelles en elles-mêmes, ou par accident.

La monographie dont nous allons esquisser les principaux traits, en fait partie.

« L'angine laryngée œdémateuse, dit M. Sestier, est une des affections les plus redoutables dont l'homme puisse être atteint. Causes souvent multiples ou obscures, symptômes effrayans, marche rapide ou insidieuse, traitement difficile, terminaison le plus ordinairement funeste ; telles sont les circonstances qui attirent sur elle l'attention des chirurgiens aussi bien que celle des médecins. »

A part quelques mémoires, parmi lesquels on doit citer en première ligne celui de Bayle ; à part quelques thèses ou articles de dictionnaires et de traités généraux ; l'histoire de ce grave accident se compose surtout d'observations disséminées, et dès lors perdues pour la plupart des praticiens. Ces observations, M. Sestier les a réunies en grand nombre, et leur en a joint plusieurs autres recueillies par lui-même ; et c'est l'analyse, le rapprochement et la comparaison de ces faits au nombre de 274, qui constitue essentiellement la base de la monographie qu'il a publiée, et dont chaque partie, traitée avec un soin digne d'éloges, témoigne de la part de son auteur d'un esprit sérieux et sévère.

Dans un historique plein d'intérêt, M. Sestier expose successivement et avec leur valeur relative, les diverses acquisitions de la science. Avant et après Bayle, ce sont d'abord des notions vagues et confuses que l'on trouve dans les écrits d'Hippocrate, d'Arétée, de Celse, de Cœlius-Aurelianus ; ce sont plus tard les documens bien plus nombreux et moins vagues laissés par Boerrhaave, Van-Swieten, Hoffmann, Borsieri ; ce sont aussi plusieurs faits disséminés dans les écrits des xvie, xviie et xviiie siècles. Il faut arriver à Morgagni et à Bichat pour trouver la notion anatomique précise de l'infiltration des replis supérieurs du larynx. Mais c'est Bayle qui, le premier, en 1808, a très nettement décrit à la fois les lésions et les symptômes de l'angine laryngée œdémateuse, et lui a fait prendre rang dans le cadre nosologique.

Avant d'aborder la description anatomique de l'affection, M. Sestier étudie le larynx plus spécialement au point de vue de l'infiltration de ses tissus ; c'est en pinçant et en soulevant la membrane muqueuse, c'est à l'aide de l'infiltration, de l'action prolongée de l'eau et de l'alcool, qu'il parvient à se faire une juste idée du degré d'adhérence ou de laxité du tissu cellulaire sous-muqueux de l'organe. Nous ne passerons pas sous silence cette ingénieuse expérience, dans laquelle M. Sestier, injectant de l'eau dans la carotide d'un cadavre (l'autre carotide étant liée), détermine un œdème laryngé fort analogue à celui qui, parfois, surprend l'homme et le fait périr en peu d'instans.

Dans l'angine laryngée œdémateuse, l'infiltration occupe constamment le tissu cellulaire des replis aryténo-épiglottique, mais souvent elle envahit en outre l'épiglotte, l'intérieur du larynx, l'arrière-bouche, et parfois elle s'étend à la trachée-artère et aux bronches. M. Sestier la poursuit, dans ces diverses régions, avec la plus grande attention, et ce qui ajoute un vif intérêt à cette partie de son œuvre, c'est le soin avec lequel il rapproche de la description des lésions, les nombreuses déductions pratiques qu'elle fournit au diagnostic, au pronostic et au traitement de la maladie. Toute cette partie du travail de M. Sestier est un modèle du genre : on ne saurait décrire avec plus de vérité et de précision le tableau anatomique de l'œdème laryngé.

La recherche des causes de l'infiltration laryngée est de la plus haute importance, puisque de leur connaissance dépendent en grande partie le traitement prophylactique et, souvent, le traitement curatif de cette affection grave. Or, d'après l'examen difficile, sévère et consciencieux auquel l'auteur s'est livré, l'infiltration laryngée est liée à plusieurs variétés d'inflammation de la gorge et du pharynx, à certaines affections de la langue et de l'œsophage, à la laryngite aiguë simple, pseudo-membraneuse, ulcéreuse ou gangréneuse, à la nécrose aiguë des cartilages, à la laryngite chronique. Souvent cette infiltration reconnaît pour cause plus ou moins manifeste, la présence, à l'extérieur du larynx, de lésions diverses dans leur nature, c'est tantôt une infiltration de liquide purulent, gangréneux, sanguin ou séreux ; tantôt c'est une tumeur solide inflammatoire ou, par dégénérescence, organique ; mais l'infiltration laryngée apparaît fréquemment dans le cours ou pendant la convalescence de diverses maladies autres que les précédentes ; M. Sestier recherche si ces maladies exercent réellement quelque influence sur son développement et par quel mécanisme : il examine en conséquence quel rôle jouent ici la pneumonie, la gangrène du poumon, les tubercules de cet organe, les maladies organiques du cœur, de l'aorte, le rhumatisme, l'érysipèle, la rougeole, la scarlatine, la variole, la fièvre typhoïde, les cachexies paludéenne, scorbutique et cancéreuse, l'albuminurie, la diathèse séreuse, etc., etc. Ainsi l'histoire de l'angine infiltro-laryngée se rattache à celle d'un grand nombre d'affections. « Tantôt, dit M. Sestier, la cause de l'infiltration est unique ; c'est, par exemple, une inflammation aiguë et simple de la gorge ou du larynx chez un individu auparavant bien portant, c'est l'extension pure et simple de la diathèse séreuse au larynx, c'est l'extravasation traumatique de sang dans le tissu cellulaire voisin de cet organe ; mais beaucoup plus souvent l'angine infiltro-laryngée se développe sous l'influence des causes multiples agissant simultanément ou successivement : ainsi, un sujet est atteint à la fois d'une inflammation aiguë de la gorge ou du larynx et d'un phlegmon de la région antérieure du cou ; un malade est affecté d'anasarque, survient une angine gutturale ; un autre est atteint d'une laryngite chronique, puis se développe une diathèse séreuse, ou bien encore il y a anasarque, survient un érysipèle de la face, puis une angine gutturale, etc. Cette simultanéité ou cette succession de causes diverses, si fréquemment nécessaire à la production de l'infiltration laryngée, est fort importante à signaler pour le traitement prophylactique de l'affection ; elle explique pourquoi l'angine infiltro-laryngée se rencontre beaucoup plus fréquemment, c'est dans plus des quatre-cinquièmes des cas chez des sujets convalescens ou atteint de maladies diverses que chez des individus d'ailleurs bien portans, elle nous explique enfin en grande partie la rareté de cette même angine. »

M. Sestier recherche ensuite l'influence de l'âge et du sexe ; fort rare chez les très jeunes enfans, l'angine laryngée œdémateuse devient moins rare de 5 à 15 ans ; puis tout à coup de 18 à 35 ans, elle passe à un chiffre beaucoup plus élevé et nous offre son maximum de fréquence ; au-delà de 35 ans, elle diminue ; mais c'est surtout au-delà de 55 ans que cette diminution devient frappante, un peu plus des deux tiers des malades appartiennent au sexe masculin. Au reste, les diverses variétés de l'affection présentent, sous ce double rapport, de notables différences que M. Sestier signale avec soin. L'auteur recherche ensuite l'influence des professions, des saisons, des climats, se demande si la maladie qu'il décrit est parfois épidémique, et termine cette partie de son traité par l'examen des cas où l'infiltration est subordonnée à des causes traumatiques, à des plaies de cou, par exemple, à la présence de corps étrangers dans le larynx ou le pharynx, etc. — Le lecteur comprend l'impossibilité où nous sommes d'entrer à cet égard dans de plus nombreux détails ; mais nous ne craignons pas de le dire, chacun admirera avec nous la clarté et la précision avec lesquelles M. Sestier a traité cette partie si compliquée et si difficile de son œuvre.

Quant à la symptomatologie, chaque symptôme, chaque signe est étudié d'abord séparément ; c'est la douleur que le malade éprouve, ce sont les troubles divers de la phonation, de la respiration, de la déglutition ; ce sont aussi la toux et l'expectoration, sans négliger les signes fournis par l'auscultation. M. Sestier insiste très particulièrement sur les signes que fournissent l'inspection de l'arrière-bouche et du cou, et surtout le toucher exercé sur le sommet du larynx. Les symptômes généraux, l'état humoral et l'état dynamique du malade, si importans au point de vue du pronostic et du traitement, sont étudiés avec la même attention.

L'espace nous manque pour suivre l'auteur dans les précieuses considérations que lui a fournies l'étude des prodrômes, de l'invasion, de la marche, de la durée, des complications, des terminaisons, des rechutes et des récidives de l'affection.

Etablir promptement et sûrement le diagnostic d'une affection aussi dangereuse et généralement aussi rapide dans sa marche, était de la plus haute importance. Comment démasquer une angine laryngée œdémateuse latente ? Comment reconnaître l'œdème de l'intérieur du larynx ajouté à la filtration des replis aryténo-épiglottiques ? Tels sont les deux premiers problèmes que M. Sestier s'attache à résoudre :

« De nombreuses affections ont, avec l'angine infiltro-laryngée, une analogie plus ou moins marquée, dit-il ; en indiquer même succinctement les caractères différentiels est une cause complexe ; mais une conviction nous soutiendra dans cette étude, c'est qu'ici plus que jamais la vie du malade dépend d'un diagnostic précis. » Et M. Sestier, fondé sur l'analyse d'un nombre considérable d'observations, entre dans tous les détails désirables pour faire distinguer, de l'angine infiltro-laryngée, l'œdème uniquement borné à l'intérieur du larynx, l'épiglottite œdémateuse, la laryngite striduleuse, érythémateuse croupale, nécrosique aiguë, les abcès intra-laryngés, la laryngite chronique, les polypes du larynx, le spasme ou la paralysie des muscles de cet organe, diverses affections de l'arrière-bouche, les abcès opistho-pharyngiens, la présence de corps étrangers dans les voies aériennes, dans le pharynx ou l'œsophage, diverses affections de la trachée-artère, des poumons et du cœur.

« L'examen auquel nous venons de nous livrer, dit M. Sestier, démontre que le diagnostic de l'angine infiltro-laryngée doit être fondé non pas isolément, mais à la fois sur l'étude des circonstances qui ont présidé au développement de la maladie, sur son mode d'invasion et sa marche sur les troubles fonctionnels qu'elle détermine, sur l'exploration de l'arrière-bouche et de l'épiglotte, à l'aide de la vue et du doigt, mais principalement sur le toucher des replis aryténo-épiglottiques. Ce dernier mode d'exploration, lorsqu'il réussit, non seulement fournit des renseignemens précis, mais encore les donne à l'instant même. Aussi avons-nous insisté avec le plus grand soin sur tout ce qui le concerne ; mais le toucher, pour être efficace, doit être pratiqué avec méthode, avec une grande attention, et aussi avec une connaissance exacte des différens obstacles matériels placés au sommet du larynx ou dans son voisinage, et qui peuvent aussi bien que les replis aryténo-épiglottiques infiltrés, s'opposer au passage de l'air, autrement, au lieu d'un signe pathognomonique, il ne fournit lui-même que des renseignemens infidèles, et deviendrait aussi la cause de graves erreurs. Rappelons, en effet, que le doit peut rencontrer non pas les bourrelets aryténo-épiglottiques avec les caractères qu'ils présentent dans l'angine infiltro-laryngée, mais des replis cancéreux, les cartilages aryténoïdes privés de leur point d'appui, l'épiglotte isolément infiltrée, ou en partie détachée par un instrument tranchant, la luette tuméfiée et considérablement allongée, le prolongement en bas et en dedans de l'extrémité inférieure des amygdales, la saillie d'un abcès opistho-pharyngien, un polype implanté sur le sommet du larynx ou dans son voisinage, enfin un corps étranger venu du dehors ou de l'économie elle-même. »

Si nous transcrivons ce passage du traité de M. Sestier, c'est pour donner un exemple, entre plusieurs, de la rigoureuse précision avec laquelle l'auteur procède.

Le pronostic de l'angine laryngée œdémateuse est fort grave, puisque la mortalité est des trois quarts environ des sujets atteints, et que sur 30 bronchotomies, 20 ont échoué ; mais le pronostic est loin d'être le même dans les diverses formes de l'affection. Le point de départ de l'infiltration laryngée, l'état sain ou antécédemment malade du larynx, l'état antécédant de santé, de convalescence ou de maladie du sujet, telles sont les principales circonstances qui ont le plus d'influence sur la mortalité, et qui expliquent aussi pourquoi le pronostic varie suivant l'âge et le sexe des malades. Quels sont les symptômes favorables ? quels sont les symptômes fâcheux ? quelle influence l'œdème intra-laryngée exerce-t-il sur la mortalité ? Tels sont autant de points distincts sur lesquels l'auteur insiste. Nous recommandons très particulièrement au lecteur cette partie intéressante du travail de M. Sestier.

Au point de vue de la thérapeutique, il est très important de se faire une juste idée de la nature de l'angine infiltro-laryngée ; M. Sestier expose d'abord les diverses opinions des auteurs à cet égard, et rend pleine justice à Bayle, dont la manière de voir avait été déplorablement altérée par plusieurs écrivains. Puis, il reconnaît que la nature de l'infiltration laryngée est loin d'être toujours la même ; le plus souvent elle est inflammatoire, très rarement l'œdème laryngé est indépendant de toute phlegmasie et constitue un phénomène purement hydropique. Mais assez souvent deux élémens se combinent pour produire l'infiltration du larynx, c'est une phlegmasie locale, c'est un état d'anasarque ou de diathèse séreuse. Mais que l'œdème laryngé soit ou non inflammatoire, il est un élément qu'on ne doit pas omettre de signaler, c'est l'élément spasmodique auquel M. Sestier attribue en grande partie les accès de suffocation qui surviennent si fréquemment dans le cours de cette affection.

Le traitement d'une maladie aussi redoutable a nécessairement attiré l'attention de l'auteur ; nous regrettons vivement de ne pouvoir donner ici qu'un aperçu bien insuffisant de cette partie de l'ouvrage de M. Sestier, et qui démontre tout le parti qu'un esprit sage et éclairé peut tirer de l'analyse numérique.

M. Sestier expose d'abord le traitement médical ou indirect de l'affection (émissions sanguines, vésicatoires, vomitifs, purgatifs, etc., etc.), puis le traitement chirurgical ou direct, lequel consiste plus spécialement dans l'emploi de l'alun, de l'azotate d'argent ou topiques, de la compression, et surtout des scarifications des bourrelets. M. Sestier propose, pour pratiquer ces derniers, deux instrumens, qu'il appelle, l'un, scarificateur à feuilles de myrte, l'autre, presso-scarificateur. Ce dernier, surtout, nous paraît appelé à rendre de grands services.

Plus bas, M. Sestier recherche la valeur relative des méthodes directe et indirecte, puis il examine plus particulièrement 35 cas de guérison sans bronchotomie. Encore ici même exactitude, même rigueur dans l'appréciation et le jugement des diverses médications propres à combattre l'angine laryngée œdémateuse. Cependant cette angine ne résiste encore que trop souvent au traitement médical et chirurgical le plus énergique et le mieux combiné, et le malade est menacé de mort, si on ne pratique à l'air une route artificielle à l'aide de la bronchotomie ou de la sonde laryngienne.

La bronchotomie est ici une précieuse ressource, puisque l'infiltration est presque toujours bornée au larynx. Avec la bronchotomie, la proportion des guérisons a été des deux cinquièmes ; sans la bronchotomie, elle n'a plus été qu'un peu moins d'un quart. Ajoutons que lorsque l'opération a échoué, elle a prolongé les jours du malade en moyenne de cinq jours environ ; mais l'issue de l'opération présente de grandes différences, suivant plusieurs circonstances. Par exemple, lorsque l'infiltration est liée à l'inflammation aiguë, simple et légère de l'isthme du gosier chez des individus auparavant bien portans ; elle réussit presque constamment ; tandis qu'elle ne réussit que dans le huitième des cas, lorsque l'infiltration est consécutive à une laryngite chronique.

Quelles sont les difficultés, quels sont les accidens à redouter dans la bronchotomie plus particulièrement appliquée au cas d'angine laryngée œdémateuse ? C'est ce que M. Sestier a examiné avec le plus grand soin. Nous ne saurions, en particulier, donner trop d'éloge à la manière dont l'auteur a exposé l'histoire de ce terrible accident de la bronchotomie, qui consiste dans la pénétration de l'air dans les veines. Convient-il d'opérer quelle que soit la forme de l'affection ? A quelle époque convient-il d'opérer ? Quelle méthode, quel procédé préférer, etc. ? sont autant de points divers sur lesquels l'auteur insiste.

L'un des chapitres les plus intéressans, est certainement celui qui a rapport à l'emploi de la sonde laryngienne ; jamais encore ce sujet si éminemment pratique n'avait été examiné avec autant de soin et de détails, n'avait été soumis à une discussion aussi méthodique et aussi sévère. Plusieurs recherches anatomiques propres à l'auteur, lui ont permis de formuler les règles du cathétérisme des voies aériennes.

Dans la dernière partie de son important travail, M. Sestier résume l'histoire générale de l'angine laryngée œdémateuse ; puis il décrit onze variétés de l'affection, différant les unes des autres, séparément ou à la fois, par leurs caractères anatomiques, par leur pronostic, et le traitement qu'elles réclament. On reconnaît bien ici le vrai praticien, le vrai clinicien dont le travail tend surtout à distinguer les variétés d'une même affection pour appliquer à chacune d'elles le traitement qui lui convient. Toute cette partie est du plus grand intérêt.

En résumé, le traitement de l'angine laryngée œdémateuse, par la haute gravité et l'extrême difficulté du sujet, par la masse imposante des faits analysés et comparés, par la justesse et la multiplicité des déductions pratiques, par la clarté et la précision du style et par la rigueur de la méthode, est une des œuvres les plus consciencieuses et les plus utiles qui aient paru dans ces dernières années ; elle fait le plus grand honneur à son auteur et à l'école de Paris.

Nous ne saurions trop encourager M. Sestier à poursuivre la tâche qu'il s'est si courageusement imposée, et nous attendons avec impatience la seconde de ses monographies qui, nous le savons, a pour sujet : *l'asphyxie* par causes externes, considérée au point de vue médico-chirurgical.

Dr Demarquay,
Chirurgien des hôpitaux.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 2me ARRONDISSEMENT.

Séance du 9 Juillet 1852. — Présidence de M. le docteur Laguerre.

Sommaire. — Chloroforme; son action opposée sur l'iris et sur les muscles de l'œil; conséquences pratiques de cette action; son explication par des raisons anatomiques. — Y a-t-il trois périodes distinctes dans la chloroformisation et ces trois périodes peuvent-elles être mises à profit pour les opérations? Discussion à ce sujet. — Peut-on appliquer le chloroforme pour les opérations pratiquées dans l'arrière-gorge?

M. Chassaignac demande la parole pour une communication touchant l'action des anesthésiques sur l'organe de la vision. Il a constaté d'abord que lorsque la résolution est complète, la pupille se dilate et reste dans cet état jusqu'au retour de la sensibilité. Il croit, en outre, avoir constaté le premier cet autre fait plus important encore, qui consiste dans une immobilité absolue de l'œil, si bien que pour le diriger dans un sens, on est obligé d'employer une sorte de violence qui n'est nullement en rapport avec la résistance normale des muscles de l'organe en question. M. Chassaignac fait ensuite ressortir la différence, selon lui étrange, qui existe sous ce rapport entre ces muscles qui, sous l'influence du chloroforme, sont en état de contraction tonique, tandis que tous les autres muscles de l'économie sont au contraire dans un état de résolution. Il conclut de cette action exceptionnelle et opposée qui produit, d'un côté la dilatation de l'iris, et de l'autre l'immobilité de l'œil, qu'on pourra utiliser l'emploi du chloroforme pour quelques opérations qu'on pratique sur cet organe, et particulièrement pour la cataracte. La dilatation de l'iris, en effet, permettra d'ouvrir largement la capsule et d'extraire aisément le cristallin, sans faire courir la chance d'intéresser le diaphragme oculaire, dont la lésion entraîne des accidens sympathiques sérieux et des inflammations internes plus sérieuses encore : l'immobilité, de son côté, permettra d'aborder plus franchement l'organe et d'éviter les tâtonnemens auxquels l'opérateur est souvent condamné, l'œil fuyant sous la pointe de l'instrument.

M. Denonvilliers ne trouve pas que la dilatation de l'iris soit aussi utile que le pense M. Chassaignac pour les cas d'opération de la cataracte, attendu que cette dilatation favorise plutôt, selon lui, la lésion de ce voile membraneux qu'elle ne la prévient, et qu'elle facilite, en outre, le passage du cristallin et des débris de sa capsule dans la chambre antérieure; or, c'est là un inconvénient sérieux dans le cas d'opération de la cataracte par abaissement. Quant à l'immobilité de l'œil, M. Denonvilliers y reconnaît un fait remarquable, comme exception de l'action des anesthésiques sur le système musculaire en général, mais il n'y trouve pas une importance bien grande au point de vue pratique, parce qu'il est très rare que la mobilité de l'œil soit une difficulté réelle pour l'opérateur. Il ajoute que, lors même que cette immobilité constituerait un petit avantage, il serait compensé et au-delà, par d'autres inconvéniens inhérens au chloroforme, par les vomissemens, par exemple, etc.

M. Demarquay fait ressortir l'importance de la communication de M. Chassaignac au point de vue physiologique, et s'étonne de l'influence opposée que le chloroforme exerce sur les muscles en général et sur ceux de l'œil en particulier. Quant à l'immobilité de cet organe, déterminée par la contraction persistante de ses muscles, il y trouve un inconvénient plutôt qu'un avantage, pour l'opération de la cataracte par extraction, parce qu'elle pourrait favoriser l'écoulement de l'humeur vitrée.

M. Chassaignac réplique qu'il n'a voulu parler de la dilatation de la pupille, sous l'influence du chloroforme, que comme un fait physiologique constant et par cela même digne d'être relaté. Au point de vue pratique, il n'ajoute pas une importance bien grande à cette dilatation pour les opérations de la cataracte : il n'a même pas l'habitude de la provoquer par les moyens plus innocens que possède la science, mais il lui reconnaît tout au moins, et quoi qu'on en dise, l'avantage de faciliter la déchirure de la capsule, et partant, d'éviter plus sûrement les cataractes secondaires. Quant à l'immobilité, il ne pense pas, comme M. Denonvillers, qu'elle soit à peu près inutile, car il a souvent rencontré des sujets nerveux, chez lesquels elle constituait une difficulté réelle pour l'opération; il n'en veut d'ailleurs pour preuve que les nombreux instrumens qui ont été proposés pour obvier à cet inconvénient. M. Chassaignac enfin avoue, avec M. Demarquay, que la contraction tonique des muscles de l'œil, semble en effet, devoir favoriser l'évacuation de l'œil, à la suite de l'opération par extraction, mais que ce n'est là qu'une considération *à priori*, ne reposant sur aucun fait précis, et qui même se trouve contredite par ceux qui lui sont personnels; il confesse toutefois que ces faits ne sont encore ni assez concluans, ni assez nombreux pour lui permettre de donner à cet égard une garantie formelle : *adhuc sub judice lis est.*

M. Arnal est frappé, comme les préopinans, de l'influence toute contraire que le chloroforme exerce sur les muscles en général, et sur ceux des yeux en particulier, puisqu'il paralyse les premiers, et semble, au contraire, exagérer la puissance contractile des derniers; mais, selon lui, cette sorte de contradiction est moins extraordinaire qu'elle ne le paraît au premier abord, et peut s'expliquer par des raisons purement anatomiques. Il résulte, en effet, ajoute M. Arnal, d'expériences déjà nombreuses faites sur l'homme et sur les animaux, que le chloroforme, porte d'abord son action sur les muscles de la vie de relation, et que ce n'est qu'en dernier lieu qu'il frappe à son tour l'appareil musculaire de la vie organique, qui devient l'*ultimum moriens* des anciens physiologistes. Ainsi, tout le monde connaît les observations intéressantes de M. Paul Dubois sur les femmes en couches; tout le monde sait qu'il résulte de ces expériences que le chloroforme n'a aucune influence sur l'utérus, car ses contractions continuent avec toute leur énergie, pendant le travail de l'accouchement, lors même que tous les muscles de la vie de relation sont sous l'influence de l'anesthésie chloroformique. On sait également que certains malades profondément chloroformés, ont vidé spontanément, comme dans des cas d'évanouissement, leur vessie et leur rectum, ce qui ne peut s'expliquer que par la persistance de l'influx nerveux du grand sympathique, d'où il faut conclure, une fois de plus, que les nerfs ganglionnaires résistent plus à l'action du chloroforme que ceux des grands centres nerveux. Eh bien! ajoute M. Arnal, un gros rameau part de l'angle inférieur et postérieur du ganglion ophthalmique, s'unit au nerf moteur oculaire commun, et va se distribuer, avec lui, dans les muscles de l'œil. Il est grandement probable, selon lui, que c'est par cette émanation du grand sympathique, que ces muscles conservent le privilége de rester contractés, lorsque tous les autres muscles de la vie de relation sont en pleine résolution sous l'influence du chloroforme.

M. Demarquay partage la manière de voir de M. Arnal, et trouve son explication d'autant plus admissible, qu'il a suivi, jusque dans les muscles de l'œil, les filets fournis par le ganglion ophthalmique. Il y a également suivi, sur quelques animaux, d'autres filets venant de la 5me paire.

M. Gendrin objecte, à la manière de voir de M. Arnal, qu'il n'est pas encore démontré que l'action contractile du grand sympathique s'exerce sur les parties dans lesquelles il envoie des ramifications, et pense qu'il faudrait avant tout établir cette preuve.

M. Demarquay réplique que cette preuve est acquise à la science; que Muller a démontré, d'une manière incontestable, qu'en appliquant un morceau de potasse caustique sur des nerfs du grand sympathique, on détermine des contractions dans la portion correspondante de l'intestin, et qu'il a lui-même répété avec succès l'expérience de Muller.

Séance d'août.

M. Valleix, revenant sur le chloroforme, dit que les nombreuses applications qu'il en a faites, dans quelques cas d'affections nerveuses, lui ont permis de diviser son action en trois périodes distinctes : 1° la période d'*étourdissement*, qui traduit le premier effet de l'agent anesthésique sur le cerveau; 2° la période d'*excitation*, déterminée par le trouble apporté dans l'organe de la respiration, etc.; et la période d'*insensibilité ou de résolution.* Selon lui, ces trois périodes sont séparées par des intervalles très variables, mais on peut toujours les constater, si on suit avec attention les phénomènes successifs de la chloroformisation. Selon lui encore, la détermination de ces trois périodes a une grande utilité pratique, attendu que les deux premiers, quelle que soit leur durée et quelle que soit la dose de l'agent anesthésique employé, ne font jamais courir de dangers sérieux aux malades, attendu enfin que le danger ne commence qu'à la troisième période, et que c'est seulement alors que tout praticien prudent se tiendra sur ses gardes et modérera, ou mieux encore suspendra l'inhalation chloroformique.

M. Chassaignac ne pense pas que les trois périodes indiquées par M. Valleix soient aussi tranchées qu'il veut bien le dire. Il n'accepte pas non plus son précepte de suspendre la chloroformisation lorsque l'insensibilité est obtenue, parce qu'en agissant ainsi, le chirurgien, le plus souvent, n'obtiendrait qu'une faible partie des avantages qu'il peut retirer de ce moyen. Dans les cas de luxation ancienne, en effet, il ne suffit pas de rendre le malade insensible, il faut encore mettre ses muscles en état de résolution; or, c'est un degré de plus. Dans ces cas et d'autres analogues, M. Chassaignac a toujours dépassé la limite posée par M. Valleix, et cela sans accident pour le malade; il avoue cependant qu'à ce point une grande prudence est de droit et qu'il ne faut continuer l'inhalation que par intervalles et à des doses successivement décroissantes.

M. Demarquay, de son côté, soutient que l'action du chloroforme est très variable; que chez les uns elle est pour ainsi dire instantanée; chez les autres, au contraire, lente et nécessite des doses considérables. Il y aurait donc selon lui, imprudence au premier chef d'administrer dès le début, comme le dit M. Valleix, le chloroforme à toutes doses, sous le prétexte qu'il n'y a de danger véritable qu'à la troisième période, car cette période peut arriver très rapidement, car le trouble moral dans lequel se trouve le malade qui va subir une opération grave apporte dans la question un élément particulier, insaisissable comme le fluide nerveux dont il émane et dont il est par conséquent impossible de calculer *à priori* la portée; car enfin l'action du chloroforme, en s'ajoutant à lui, peut amener subitement une syncope fatale. Cela est si vrai, dit M. Demarquay, que c'est précisément au début de la chloroformisation qu'on a observé les cas de mort enregistrés par la science, et cela avant que l'anesthésie complète ait eu le temps de se produire.

M. Valleix réplique qu'il n'a nullement voulu affranchir le praticien des règles de prudence dont il ne doit jamais se départir, qu'il sait comme M. Demarquay que l'action du chloroforme est très variable et dépend d'une infinité de circonstances différentes et non encore déterminées; que les trois périodes peuvent mettre plus ou moins de temps à s'établir, à persister et à se succéder; mais qu'elles existent constamment et qu'on peut toujours les constater en suivant avec attention l'action du chloroforme; qu'il a voulu seulement poser en principe que la dernière étant la seule dangereuse, il n'y avait pas grande importance pour les deux premières, à s'astreindre à des doses sévèrement mesurées; il ajoute enfin que si, à cette troisième période, il conseille plus de discrétion dans l'emploi du moyen en question, il n'a pas voulu dire qu'il fallût le suspendre complètement, et, pour preuve, il cite un cas de colique néphrétique dans lequel il l'a continué, à des intervalles plus ou moins éloignés, pendant huit heures, et pendant huit jours pour calmer des douleurs abdominales d'une excessive acuité.

M. Gendrin fait remarquer que chez les enfans, par exemple, l'action du chloroforme se manifeste, même à petites doses, avec une extrême rapidité et qu'il en est de même pour quelques femmes nerveuses : il en cite une chez laquelle il suffit de passer sous le nez un mouchoir contenant quelques gouttes de chloroforme, pour la faire tomber dans le sommeil anesthésique. En terminant, il exprime le vœu que les chirurgiens, qui ont plus que les médecins l'occasion d'employer cet agent, cherchent à déterminer approximativement la dose convenable pour chaque âge, pour chaque sexe, pour chaque tempérament, etc.

M. Denonvillers pense qu'il est impossible, dans l'état actuel de la science, de satisfaire au vœu de M. Gendrin, et qu'il est même probable qu'on n'y parviendra jamais, attendu la différence d'action de la même dose, non seulement sur des individus différens, mais encore sur le même individu; on ne peut raisonnablement, dit-il, nous demander que des résultats généraux; or, c'est à quoi tendent aujourd'hui tous les efforts des chirurgiens. Quant aux trois périodes de M. Valleix, M. Denonvillers les repousse comme illusoires, et il soutient, comme M. Demarquay, que ce n'est pas la troisième période qui est la plus dangereux et qui demande le plus de discrétion de la part du chirurgien, mais bien la première, parce que c'est à celle-ci qu'ont eu lieu précisément tous les cas de mort qui ont été observés.

M. Demarquay, qui a fait des expériences sur lui-même, assure que si on respire du chloroforme en petite quantité on éprouve, dans les bronches, une sensation de chaleur qui n'a rien de désagréable, mais que si on élève beaucoup la dose, la chaleur se transforme en cuisson mordicante et le larynx devient le siége d'une constriction très pénible : alors aussi la respiration devient difficile, anxieuse, saccadée, bruyante; on ne respire pas, dit-il, on *déglutit* l'air, et j'ai bien compris, par mes angoisses, la possibilité de la mort par suffocation, lorsqu'on prolonge les doses élevées; à doses, au contraire, petites et successivement croissantes, on arrive sans danger au même résultat, et l'on peut tirer bon parti du chloroforme, même dans les lésions chroniques du poumon, même chez les asthmatiques.

M. Marrotte s'élève également avec force contre la pratique des hautes doses employées dès le début, et en fait ressortir, à son point de vue, les inconvéniens graves; il se prononce formellement pour les doses fractionnées, et cite plusieurs cas d'asthme et de dyspnée symptomatique de bronchite chronique dans lesquels il en a obtenu de très bons résultats.

M. Chassaignac profite de l'occasion pour rappeler l'accord général des chirurgiens pour proscrire l'emploi du chloroforme dans le cas d'opérations sanglantes pratiquées dans l'arrière-gorge, et développe les raisons qui ont jusqu'ici retenu, même les plus hardis : pendant la chloroformisation, en effet, lorsque la pensée et la volonté sommeillent, et lorsque les malades n'exécutent plus que des mouvemens désordonnés, et pour ainsi dire automatiques, on a craint, dit-il, *à priori*, de voir le sang couler dans l'arrière-gorge, pénétrer dans le larynx et compléter l'asphixie. On a craint aussi que la situation verticale nécessitée par l'opération ne contribuât à une syncope funeste; que l'état de résolution ne favorisât l'hémorrhagie et que celle-ci, à son tour, n'ajoutât aux mauvaises chances des accidens déjà observés, etc., etc. Eh bien! M. Chassaignac pense qu'il est possible de tout concilier, et qu'en prenant quelques précautions, on peut, sans danger aucun, faire profiter des avantages du chloroforme quelques malades condamnés à subir des opérations dans l'arrière-gorge, lorsque surtout ces opérations sont de peu de durée. Considérant, en effet, qu'à la suite de la chloroformisation, l'intelligence reparaît, lorsque la sensibilité est encore absente, il suffit, selon lui, de saisir le moment du retour de la première de ces facultés, pour faire agir le bistouri, parce qu'alors, non seulement le malade ne sent pas la douleur, mais, étant déjà maître de lui, il peut cracher le sang, et partant éviter sa pénétration dans les voies aériennes. M. Chassaignac a déjà pratiqué plusieurs fois l'ablation des amygdales en procédant de la sorte, et chaque fois le succès a été complet. Il conseille, du reste, par excès de précaution et pour donner moins de chance à la syncope ainsi qu'à la pénétration du sang dans les voies aériennes, si tant est qu'elle puisse se faire dans des conditions semblables, de mettre le malade, aussitôt l'amputation faite, dans la situation horizontale, sur un des côtés du corps et la tête sur un plan un peu inférieur à celui du corps.

M. Demarquay rapporte un cas d'extirpation d'amygdales pratiquée il y a déjà longtemps sur un enfant indocile, par M. Blandin qui employa le chloroforme par la méthode ordinaire, et cela sans le moindre accident; il avoue cependant qu'il sera plus prudent, à l'avenir, de prendre les précautions prescrites par M. Chassaignac.

M. Laguerre père cite, de son côté, l'exemple d'un enfant de cinq ans atteint d'une double hypertrophie des amygdales qui constituait, chez lui, une affection sérieuse dont il était urgent de le débarrasser, car la déglutition était devenue très difficile, de même la respiration, de même la phonation, et en outre le petit malade maigrissait à vue d'œil. Ayant déjà fait plusieurs tentatives inutiles, pour procéder à l'extraction par le procédé ordinaire, et désespérant d'en venir à bout, même par la violence, tant l'indocilité et l'excitation de l'enfant étaient grandes, M. Laguerre se décida, non sans quelque crainte, à le soumettre préalablement à l'action du chloroforme; cependant, grâce à ce moyen, l'opérateur put aisément saisir l'amygdale et l'extraire : il n'y eut pas le plus léger accident.

Le secrétaire général, Arnal.

COURRIER.

Nous recevons de Rio-de-Janeiro les plus tristes nouvelles. M. Émile Deville, docteur en médecine, et Duret, qui faisaient partie d'une mission scientifique dans l'Amérique du Sud, viennent de succomber à la fièvre jaune.

M. Émile Deville avait 29 ans à peine; déjà cependant il avait rendu de précieux services à la science. Il avait fait partie, dès 1843, de l'expédition dirigée par M. de Castelnau, et les fatigues de ce long voyage, où il s'était livré avec ardeur à des recherches d'histoire naturelle, avaient déterminé chez lui une sorte de paralysie rhumatismale, dont il était à peine guéri, quand en 1852 il fut appelé à entreprendre une mission nouvelle.

A la fin de 1852, lorsque M. Deville arriva à Rio-de-Janeiro, la fièvre jaune y sévissait malheureusement avec une extrême violence; il eût été prudent d'y abréger son séjour; mais le courageux voyageur avait affronté de non moindres dangers; son but était d'observer les symptômes du fléau, qu'il voulait étudier et combattre; il demeura à Rio-de-Janeiro; il choisit même pour résidence l'établissement de santé du docteur Peixoto; là, il pouvait assister de plus près encore aux phases de la funeste épidémie. Un aussi louable dévouement aux intérêts de l'humanité et de la science excita un sentiment général de légitime admiration.

Mais M. Deville fut bientôt en proie à de violentes inquiétudes : ses deux compagnons, M. Léon Lefèvre-Durnflé et M. Duret, ressentaient déjà les atteintes de la fièvre jaune; le 16 décembre, M. Duret en était victime; peu de jours après, M. Deville y succombait lui-même, malgré l'empressement et les soins qu'il reçut des médecins les plus distingués de Rio-de-Janeiro.

Le 9 janvier on l'inhuma au cimetière de St-Jean-Baptiste. Le chargé d'affaires de France au Brésil et les autres membres de la légation accompagnèrent ses funérailles. Tous ceux qui avaient pu connaître l'intelligence élevée, les lumières et la noble ardeur de M. Deville ont voulu y assister aussi, et lui donner ce dernier témoignage de leurs vifs et justes regrets.

— Le banquet annuel de l'Union Médicale aura lieu le mardi, 8 mars prochain, à 6 heures du soir, dans les salons de Véfour-Hamel, Palais-Royal.

Le prix de la souscription est fixé à 11 francs.

S'inscrire ou adresser sa lettre de souscription au bureau du journal.

La souscription sera close le lundi 7 mars à midi.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Maltesteet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 25. SEPTIÈME ANNÉE. Mardi 1er Mars 1853.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An...............	32 Fr
6 Mois............	17
3 Mois............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOUSCRIPTION

ouverte en faveur de M. Orfila dans les bureaux de L'UNION MÉDICALE :

MM. Dop, docteur en médecine, à St-Jean-de-Luz (Basses-Pyrénées), 5 fr.; Dithurbide, docteur en médecine, maire de Sarre (Basses-Pyrénées), 5 fr.; Richet, à Paris, 10 fr.; Penin, au Blanc (Indre), 5 fr.; Homolle, à Paris, 10 fr.; A. Pouget, à Paris, 20 fr.

Total de la 15me liste. . . .	55 fr.
Listes précédentes	2,389 fr.
Total de la souscription de l'UNION MÉDICALE.	2,464 fr.

État de la souscription au 28 Février :

Aux bureaux de M. Amette . .	1,453 fr.
A divers journaux.	400 fr.
A l'UNION MÉDICALE	2,464 fr.
Total général au 28 Février.	4,327 fr.

PATHOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LA VARIOLE POURPRÉE;

Par M. MERCIER, de Ste-Croix, D.-M. P., ancien interne des hôpitaux de Paris.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire, dans un de vos derniers numéros, une observation intitulée : *purpura hemorrhagica febrilis*, que mon ami et ancien collègue, M. Hérard, a soumis à l'Académie de médecine; ce cas présente trop d'analogies avec ceux que j'ai observés dans une épidémie de variole déjà vieille, il est vrai, puisqu'elle eut lieu en 1848, pour ne pas m'engager à vous communiquer les notes que je rédigeai à cette époque. Votre journal, qui s'est ouvert à toutes les communications scientifiques sérieuses, et qui a réalisé la fusion des modestes praticiens des provinces, avec leurs collègues placés sur un théâtre plus élevé, accueillera, je n'en doute pas, ce petit travail sur la variole, dans une de ses formes les moins étudiées.

Dans l'épidémie de 1848, qui nous a fourni les documens que nous vous soumettons; sur 107 varioleux, la forme pourprée se montra 7 fois; l'épidémie étant divisée en ses trois périodes, d'établissement, d'état et de déclin, nous trouvons à ces trois époques les proportions suivantes : *établissement*, 3 pourp. pour 11 cas; *état*, 3 pourp. pour 74 cas; *déclin*, 1 pourp. pour 15 cas; c'est donc, lors de l'établissement de l'épidémie que la proportion pour cette forme a été la plus grande.

En recherchant quelles causes étiologiques ont présidé au développement de cette forme, voici ce que je trouve : 1° absence de vaccination, ou vaccination sans effets et sans traces; 2° 5 adultes, 2 enfans; 3° 5 femmes et 2 enfans chez lesquels l'âge empêchait l'influence du sexe; 4° misère et privations dans tous les cas observés; 5° habitation humide, rez-de-chaussée privé de lumière et d'air; 6° état de santé mauvais antérieurement.

Ces conditions concordent bien avec celles qui produisent le scorbut, ou ce que les anciens appelaient l'état de dissolution du sang.

Cette forme de variole avait des prodrômes différens de ceux des autres varioles. *a*. La *rachialgie* fixait surtout l'attention; son intensité était telle, qu'elle arrachait des cris aux malades, à la manière des névralgies; ils ne pouvaient rester tranquilles, et cependant le mouvement exagérait leurs souffrances. Elle donnait lieu quelquefois à des crampes dans les membres abdominaux et masquait toute autre douleur, même la céphalalgie qui existait. La parole recevait de cette douleur un cachet particulier; elle était brève, suspendue quelquefois par un élancement, entrecoupée. *b*. Les vomissemens, quoiqu'en général fréquens et rappelés par l'ingestion des liquides, gênaient moins que les nausées qui étaient permanentes.

La face présentait une coloration particulière : pâle, blafarde, un peu bouffie, comme dans les cachexies et le scorbut surtout; les parties saillantes, le nez et le menton, celles pourvues de tissu cellulaire, les paupières, les lèvres, avaient une teinte livide et violacée.

La fièvre existait toujours, tantôt peu en rapport avec l'état douloureux; dans d'autres cas très intense, sans égaler jamais celle qui précédait les varioles confluentes.

En général, l'époque de l'éruption était retardée, et Sydenham note en effet que les grandes douleurs retardent l'éruption. Elle a eu lieu trois fois le sixième jour, deux fois le cinquième; dans les deux cas où nous avons été appelé en consultation, elle a été retardée aussi, mais nous ne pouvons pas affirmer exactement de combien de temps.

Aussitôt que l'éruption avait lieu, en comparant les cas, on trouvait que la forme pourprée se subdivisait en deux classes. Il y avait ce que nous pouvons nommer : le *pourpre d'emblée*, *foudroyant*, ou *pourpre variolique sine variola*; et le pourpre *secondaire*, ou *variole pourprée avec variole*. La première espèce s'accompagnait de prodrômes plus intenses, de plus longue durée; mais une fois le pourpre sorti, sa marche était foudroyante une heure, deux heures, et le malade était mort; dans la deuxième espèce, au contraire, le pourpre ne se montrait qu'après la variole; ses symptômes étaient moins malins, on avait le temps de thérapeutiser. Aussi y a-t-il eu dans l'épidémie quelques cas de guérison de cette forme. Les deux espèces sont, pour ma pratique, dans la proportion de 3 à 4.

Quelques observations vont mieux faire saisir les différences que ce que nous avons dit jusqu'ici.

OBSERVATION I. — *Pourpre foudroyant.* — Femme âgée de 45 ans, dans les conditions étiologiques que nous avons mentionnées. Elle prétendait avoir eu la variole dans son enfance, mais n'en présentait pas de traces, pas plus que de vaccine. Depuis quatre jours elle souffrait, lorsqu'elle me fit appeler. — Début : céphalalgie, vomissemens, les nausées persistaient. La fièvre avait débuté par un frisson, pouls à 100, peau chaude, face pâle avec les colorations que nous avons indiquées. Ce qui fixait son attention, c'était une rachialgie des plus intenses qui lui arrachait des cris et ne lui laissait pas fermer l'œil. Elle n'augmentait pas à la pression, ne donnait lieu à aucune crampe, à aucun symptôme du côté des membres. Limonade, sirop diacode, 45 grammes.

19 avril, cinquième jour. Moins de céphalalgie, peu de soif, quelques nausées, pouls à 80, urines claires, une selle, insomnie complète. La rachialgie persiste aussi intense, il n'y a pas de traces d'éruption, le pouls est plein. 10 sangsues aux lombes, par-dessus cataplasme arrosé avec une décoction de feuilles de belladone (8 gros par 500 grammes), lavement avec 12 gouttes de laudanum de Sydenham, diète, limonade, lit dur.

Le 20, sixième jour. La nuit a été meilleure; moins de rachialgie, plus de céphalalgie; pouls sans fréquence à 70; œil assez vif; pas de chaleur à la peau, pas d'éruption. *Ut suprà*, sauf les sangsues et le laudanum. C'était vers huit heures du matin.

Le même jour, deux heures après, on me mande en toute hâte, et je trouve la malade dans un état que j'étais loin de prévoir : elle vient d'avoir une syncope; faiblesse extrême; prévision d'une mort prochaine; décubitus dorsal; face très pâle et froide, sueur; lèvres cyanosées; vers le grand angle de l'œil droit, ecchymose brune, sous-conjonctivale. La connaissance est complète : elle se sent mourir; impossibilité de faire un seul mouvement. Je soulève les couvertures, et je trouve sur tout le corps une éruption sous-épidermique, non saillante, ayant les dimensions d'une lentille environ, discrètes, et pareilles à celles d'un purpura

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Pathogénie d'Hippocrate. — Pourquoi Hippocrate est-il humoriste? Comment il est plus humoriste que vitaliste; toutes les maladies résultent d'un vice des humeurs. — De quelle manière Hippocrate fait intervenir les solides, dans les maladies; origine de la doctrine des fluxions et des catarrhes. — La théorie humorale d'Hippocrate justifiée par la variole. — Des crises et des jours critiques : appréciation par M. Andral; doctrine ancienne et moderne de la métastase : jugement de M. Andral.

IX.

Exposition des doctrines hippocratiques.

Pathogénie d'Hippocrate. — Privée de connaissances anatomiques, l'école d'Hippocrate devait être naturellement portée à ne pas placer le point de départ des maladies dans les solides. Aussi, ne leur fait-elle jouer aucun rôle dans la production des maladies. La pleurésie, la pneumonie, sont, parmi les maladies, celles dont Hippocrate parle le plus souvent. Mais ces mots n'ont pas pour lui la même signification que pour nous. Il admet bien un certain embarras dans les poumons ou dans les plèvres; mais cet embarras vient de ce que, sous l'influence d'une déviation du mouvement naturel des humeurs, celles-ci se sont portées en plus grande abondance vers l'un ou l'autre de ces organes. La maladie, suivant Hippocrate, consiste principalement dans l'accumulation de l'une ou de l'autre des quatre humeurs dans les différens organes. L'altération de ces humeurs dans leurs qualités ou leur quantité, la déviation de leur mouvement normal, voilà le principe et la base de la pathogénie de l'école hippocratique, principe vrai, si on l'applique à un système partiel d'explication des maladies; principe faux, au contraire, si l'on veut faire reposer sur lui, comme le faisait Hippocrate, tout l'édifice médical. Une pathogénie, fondée sur cette base exclusive, ne pouvait pas être plus solidement assise que celle qui aurait reposé sur la considération exclusive de l'altération des solides si peu connus au temps d'Hippocrate.

On a fait du père de la médecine un vitaliste; mais il est infiniment plus humoral qu'il n'est vitaliste. Il ne fait intervenir l'ενορμον dans la maladie que pour en coordonner les phénomènes, comme il coordonne les mouvemens des astres. Mais ce principe n'est pour rien dans la production des maladies, il est inaltérable, il ne peut pas devenir malade. La pathogénie humorale d'Hippocrate est toute hypothétique, elle ne pouvait pas ne pas l'être, puisque son auteur ne connaissait pas la nature des humeurs, leur composition normale et leurs altérations.

D'après Hippocrate, l'altération des humeurs cause les maladies de deux manières : 1° par elle-même, c'est-à-dire par un changement dans la nature de ces humeurs, ou plutôt dans leur proportion relative; 2° par un changement dans leur mode de distribution, ou déviation de leur cours normal.

1° *Changement de proportion des humeurs.* — Pour que l'état de santé se maintienne, les humeurs doivent être dans un mélange exact, s'équilibrer entr'elles; si ce mélange cesse d'exister, s'il survient un dérangement dans la proportion respective des humeurs, la maladie en est la conséquence, et, selon que ce sera le sang, la pituite ou la bile qui dominera, la maladie tirera son principal caractère de la surabondance de l'une de ces humeurs. Il y aura alors ce que dans le langage hippocratique on appelle une *intempérie*. L'humeur qui n'est plus en équilibre avec les autres, qui est prédominante, est dite *intempérée*. Celles des humeurs qui jouent le plus grand rôle dans la pathogénie d'Hippocrate, sont la bile et la pituite, le sang a beaucoup moins d'importance.

2° *Changement dans le mode de distribution, ou déviation du cours normal des humeurs.* — Les humeurs ont, nous l'avons déjà dit, dans le corps humain, des lieux spéciaux de fabrication, des réservoirs; le sang dans le cœur; la pituite dans le cerveau; la bile dans le foie; l'extrabile ou l'eau dans la rate. Ces humeurs peuvent s'échapper des réservoirs particuliers dans lesquels elles sont contenues, se répandre dans le corps et devenir cause de maladie en se portant plus spécialement sur un organe et s'y accumulant; ce sera une *fluxion*. Dans les livres hippocratiques, la plupart des maladies sont considérées comme étant le produit d'une fluxion, c'est-à-dire de l'afflux d'une humeur dans un organe; le terme de la maladie arrive à la suite d'un travail particulier d'élaboration que subit l'humeur intempérée, travail d'élaboration qui porte le nom de *coction*. Deux effets différens peuvent résulter de ce travail :

1° Retour lent des humeurs à leur état normal, sans manifestation spéciale, apparente. Ce mode de terminaison de la maladie est désigné par le mot Λύσις, résolution.

2° Retour des humeurs à leur état anormal avec manifestation, c'est-à-dire avec apparition d'une humeur qui faisait partie de l'humeur intempérée, ou bien étant un produit nouveau du travail d'élaboration, se rassemble en dépôt dans quelque partie du corps, quelquefois en dedans, le plus souvent en dehors. Ce phénomène constitue la *crise*, deuxième mode de terminaison des maladies.

Toutes les fois qu'une humeur prédomine, elle tend à se mouvoir, à se déplacer, à sortir des lieux où elle est habituellement contenue. Elle est déterminée à se porter vers telle ou telle partie, tel ou tel organe, en raison d'un certain nombre de circonstances parmi lesquelles il faut compter la conformation des solides ou une disposition particulière et accidentelle de ces mêmes solides. Ce n'est pas comme point de départ de la maladie que les auteurs hippocratiques admettent cette disposition accidentelle des solides, mais celle-ci est créée dans l'unique but de fixer l'humeur prédominante et de permettre à l'organe de la recevoir et de la retenir. Cet organe revient à son état normal lorsque l'humeur qu'il a fixée a subi les élaborations nécessaires, la coction, et qu'elle

scorbutique.

Bientôt survinrent le râle et l'agonie, et au bout d'une heure la mort, avant qu'elle ne pût prendre un lavement camphré et une potion tonique que j'avais prescrits.

Il me fut impossible de faire l'autopsie.

Observation II. — Le deuxième cas présente une analogie frappante avec celui-ci : Femme âgée de 20 ans, accouchée depuis peu. Chlorotique dans sa jeunesse, valétudinaire depuis ; pauvre et soumise à un mauvais régime avec travail forcé et peu de sommeil.

Le 11 juin, elle se trouva dérangée, mais ne s'alita pas ; elle travailla encore le 12. Le 13 au soir, elle ne put plus y tenir. Jusque-là, elle avait eu de la fièvre la nuit, beaucoup de faiblesse, du découragement, des vomissemens, mais pardessus tout mal aux reins.

Le 15, quatrième jour, je fus appelé : pouls à 105 ; face un peu rouge, et luisante de sueur ; peau chaude, céphalalgie ; mais pardessus tout rachialgie, qui ne lui laissait pas fermer l'œil. Elle ne pouvait remuer, avait des crampes dans les jambes, des fourmillemens ; soif vive, anorexie, langue saburrale. État de nausée et vomissement à la moindre boisson.

Prescription : limonade ; potion avec 20 gouttes de laudanum de Sydenham.

Le 16, cinquième jour. La fièvre a diminué, il n'y a plus de vomissemens, mais il existe encore de la céphalalgie, les yeux sont rouges d'insomnie, la rachialgie persiste, il n'y a pas eu de selles, la malade a rendu des urines rouges, mais transparentes ; la langue est blanche, soif et anorexie ; l'éruption commence à paraître à la face, on distingue un pointillé rougeâtre assez rapproché, un peu saillant, qui nous annonce une confluente. Limonade froide, lavement laudanisé, 45 gram., sirop diacode le soir.

Le 17, sixième jour. L'éruption est très bien sortie, elle est très petite et très confluente à la face ; sur le corps et les membres, plus grosse et discrète. La rachialgie est aussi forte que le premier jour. Cataplasme d'ail aux pieds, lavement laudanisé, cataplasme laudanisé sur les reins.

Le 18 juin, septième jour. Les deux symptômes inquiétans n'ont pas cessé ; la rachialgie arrache des cris à la malade, qui n'ose ni respirer, ni se retourner dans son lit, ni faire le moindre effort. Elle éprouve encore des crampes dans les jambes ; les vomissemens ne sont plus revenus depuis la première potion laudanisée. Le gonflement de la face commence à poindre, il n'y a pas de salivation, pouls assez plein, à 80 comme la veille. La malade réclame une saignée, elle me paraît indiquée ; je la pratique, elle est de 300 grammes, coule bien ; le sang est noir, diffluent, sans former de caillot solide, se séparant mal du sérum et sans aucune couenne inflammatoire. Prescription : laudanum en lavement, sirop diacode le soir.

Le soir, à la deuxième visite, la céphalalgie a totalement disparu ; la rachialgie a diminué, le sommeil vient. Elle n'a pas uriné depuis la veille, la vessie est distendue, catéthérisme, urine sans caractères spéciaux. 12 gouttes de laudanum de Sydenham en lavement, 3 le soir.

Le 19 juin, huitième jour. La malade a dormi, la douleur lombaire a disparu vers cinq heures du matin. Elle répond à son mari qu'elle se trouve très bien ; mais une heure après elle se plaint de troubles de la vue ; elle a une syncope vers six heures ; sa figure prend une teinte violacée ; on vient me chercher, je la trouve dans l'état suivant :

Sans connaissance, face violacée, ecchymose sous la conjonctive de l'œil droit, brunâtre à l'angle. En examinant le corps, sur le grand pectoral, ecchymoses, quelques-unes de la dimension d'une pièce de vingt-cinq centimes, elles sont très nombreuses, peu sur les membres. Pouls imperceptible, température inégale sur les divers points du corps, respiration oppressée, mort au bout d'une heure d'agonie.

Si, aux deux observations précédentes, nous ajoutons quelques notes sur deux sœurs que nous avons vues en consultation, nous noterons que le médecin qui les avait soignées nous apprit qu'elles avaient eu des hémorrhagies par le rectum, par le vagin, des taches de pourpre de grande dimension et confluentes, et qu'elles étaient mortes peu après cette éruption et cette hémorrhagie.

Pour la seconde, très jeune, voyant ce qui venait de se passer chez sa sœur, notre collègue l'avait fait vacciner. La vaccine avait bien pris, les boutons devenaient opaques, lorsque survinrent tous les prodrômes que nous avons énumérés dans nos deux observations ; puis de larges plaques noires, entourèrent les pustules vaccinales ; un purpura couvrit le corps, large et confluent sur les bras, discret sur le corps ; la malade eut des selles sanguinolentes, et elle succomba peu de temps après la consultation.

Ce qui caractérise donc le pourpre hémorrhagique dans la variole, ce sont, lors des prodrômes : la rachialgie lorsque l'éruption a lieu, l'absence d'éruption variolique dans quelques cas, le retard dans l'éruption ; l'éruption pourprée envahissant l'éruption variolique lorsque celle-ci existe ; les hémorrhagies rapides des conjonctives deux fois sur trois ; les hémorrhagies par d'autres organes dans le cas où elle fait défaut. La rapidité de l'envahissement du pourpre, enfin la rapidité de la marche du mal et la mort presque subite une fois que le pourpre est sorti. N'oublions pas l'aspect physique du sang sorti de la veine, et qui, pour nous éclairer sur sa composition, à défaut d'analyse chimique, si difficile à pratiquer en province, et regrettons que des préjugés encore bien vivaces se soient opposés à l'autopsie, qui nous aurait probablement montré des épanchemens dans les cavités.

Dans la deuxième forme tout ne se passait pas de la même manière ; voici une observation de cette espèce qui peut servir de type :

Observation III. — *Variole confluente ; — pourpre secondaire ; — mort.*

F..., enfant de 7 ans. La famille de cet enfant est scrofuleuse ; lui, est grêle, chétif. Il tomba malade le dimanche ; au début : fièvre très intense, face rouge, soif vive. Deux ou trois vomissemens. La nuit il délira. La rachialgie se montrait moins intense que chez les autres. Le lundi et le mardi, les mêmes accidens persistèrent, avec redoublement le soir. Il voulait se lever, mais des syncopes obligeaient à le recoucher immédiatement. Il fut mis par ses parens à la diète, aux délayans.

Le mercredi, l'éruption commença à se faire, mais sans rémission dans la fièvre. Sur la face apparurent une foule de points rouges, un peu framboisés ; sur les membres, pustules plus discrètes et plus grosses. Pouls à 100, assez plein ; aucune trace de purpura. Persistance de la céphalalgie ; les yeux, fermés par la douleur, communiquaient aux traits quelque chose de pénible ; la tête était rétractée en arrière. La rachialgie durait encore ; la peau était chaude, la soif vive, l'anorexie complète ; langue blanchâtre, rouge sur les bords ; constipation ; urines ténues.

Limonade ; sinapismes aux pieds ; un lavement le soir.

Le jeudi et le vendredi, mêmes symptômes généraux. L'éruption se développe peu. Elle est petite, plate, brune et enflammée, surtout la peau qui environne l'éruption. 8 gouttes de laudanum de Sydenham en lavemens ; délayans.

Le samedi, 4me jour de l'éruption, le pourpre apparaît. Les taches occupent l'intervalle des pustules. Elles sont très nombreuses sous les clavicules, sur le tronc, sur les membres ; elles varient entre le diamètre d'un pois et celui d'une piqûre de puce. Elles sont brunes couleur d'encre, non saillantes, ne s'effaçant pas à la pression.

Les pustules varioliques ne se remplissent pas ; elles restent petites, plates, ombiliquées, mais semblables à de petits disques pseudo-membraneux. Tout autour la peau revêt la même coloration que sur un abcès décollé. La rachialgie, la rétraction de la tête, l'occlusion des yeux persistent. Les réponses sont à peine articulées ; la face grippée de douleur. Le pouls plein à 100. Tous les autres symptômes *ut suprà*.

Prescription : Acide arsénieux, 2 milligrammes, en deux fois, dans un demi-verre d'eau ; potion gommeuse, extrait de ratanhia, 2 grammes ; eau de Rabel ; limonade.

Le soir, réaction ; pouls à 120, plein et dur ; peau très rouge, d'une chaleur qui faisait mal à toucher. Saignée de 200 grammes environ. Sang noir, diffluent, sans caillots ni couenne.

Le 18 juin, pouls à 90. Céphalalgie et rachialgie disparues ; peau moins chaude ; les yeux encore sensibles à la lumière ; pas de douleur épigastrique ; urines claires. Le purpura n'est ni plus nombreux, ni plus étendu, quelques taches passent au rosé. La face gonfle un peu, les pustules se soulèvent : elles grossissent. Quelques-unes se remplissent de sérosité. La langue, moins chargée, est colorée par la potion. *Ut suprà*, sauf la saignée.

Le 19 juin, 100 pulsations ; langue humide ; gonflement de la face bien dessiné. La sérosité des pustules se trouble. La teinte rosée des taches du purpura gagne aux dépens de la teinte brune. Pas de selles ; urines claires. — Prescription : *ut suprà*.

Le 20 juin, 100 pulsations ; bonne nuit ; la salivation commence ; le purpura diminue toujours. Les pustules suivent leur évolution. Rien à noter à part. — Prescription : *ut suprà*.

Le 21 juin, le pouls ne varie pas ; mais les taches de purpura sont à peine sensibles ; le gonflement de la face diminue ; quelques pustules se sont crevées. L'épiderme se ride au-dessus, et il ne se forme pas de croûtes (mauvais signe). Un vésicatoire, qu'il portait au bras, est très animé, couvert de pustules, et le fait beaucoup souffrir. Un cataplasme est appliqué sur ce point ; il y a toujours un peu de salivation.

Suspendre l'arsenic ; continuer le ratanhia.

Le 22 juin, le malade a été inquiet la nuit ; 100 pulsations. Le gonflement des pieds survient. Beaucoup de douleur à la gorge, mais déglutition encore possible. Fumigations émollientes et vinaigrées. Gargarisme émollient. Fomentations tièdes sur les membres. Manuluve id. Limonade. Diète.

Le 23, nuit bonne ; mais depuis le matin, redoublement de la fièvre, 110 pulsations, vif, mais peu résistant. Les pustules des membres ont grossi, ne sont plus ombiliquées, et en pleine suppuration ; mais quelques phlyctènes, renfermant de la sérosité sanguinolente, se sont formées. Elles reposent sur une base brunâtre, fétide, tomenteuse. La déglutition se fait mieux. La face est complètement dégonflée, les pellicules sont ridées, et le derme à nu au-dessous ; à peine quelques croûtes aux lèvres et au nez. Plus de traces de purpura depuis la veille. Il tousse un peu, dyspnée. Pas de matité à la percussion ; mais des deux côtés, en arrière, râle sous-crépitant. Urines troubles. Un looch blanc avec 20 centig. de kermès. Fumigations émollientes. Un vésicatoire sur la poitrine. Sinapismes. Manuluves. Un quart de lait.

La dyspnée augmenta, et le malade mourut au bout d'une heure. Chez les deux autres malades, la mort arriva vers le onzième jour.

Dans cette forme, nous voyons donc la persistance de la rachialgie et de la céphalalgie après l'éruption ; le pourpre survient pendant le cours de la maladie ; il n'est pas aussi abondant ; il ne porte pas dans l'économie une aussi grande perturbation ; il ne s'accompagne pas d'hémorrhagies ; il dure plus longtemps, et peut disparaître. Si je n'ai pas guéri des malades atteints de cette forme, j'en ai vu deux qui ont néanmoins guéri.

Le pronostic de ces deux formes découle de ce que je viens de dire.

L'étude des faits, en temps d'épidémie variolique, nous avait conduit aux conclusions suivantes :

a. Lorsque des individus non vaccinés, placés dans de mauvaises conditions d'hygiène, étaient pris d'une rachialgie très intense, accompagnée d'une partie des signes prodromiques de la variole, et que, néanmoins, l'éruption ne se faisait pas, on devait présumer que le pourpre, dans sa première forme, attaquerait le malade, et l'enlèverait avant que vous eussiez le

---

est revenue elle-même à sa constitution primitive.

Parmi les divers solides, les uns se laissent pénétrer facilement par l'humeur intempérée, exemple le poumon, d'où la fréquence des affections de cet organe ; d'autres l'admettent avec plus de difficulté, d'autres enfin résistent à l'invasion de l'humeur intempérée et la repoussent sur d'autres organes.

Au nombre des circonstances qui appellent dans les organes l'humeur intempérée, il faut noter la douleur, ou, plus généralement, l'excitation dont la douleur n'est qu'une espèce, d'où l'aphorisme tant de fois cité : *Ubi stimulus, vel dolor, ibi fluxus.* La plupart des fluxions se font de haut en bas ; le plus grand nombre viennent de la tête ; or, comme le phlegme a son réservoir dans le cerveau, il en résulte que la plupart des maladies sont caractérisées par la présence du phlegme ou de la pituite. Les fluxions diffèrent entr'elles relativement à l'humeur qui s'écoule et au lieu où cette humeur se porte. La dyspnée est expliquée par l'afflux de la pituite qui descend du cerveau pour se porter dans la poitrine ; c'est à l'obstruction des poumons par le phlegme qu'est due la péripneumonie ; l'épilepsie est le résultat de la rétention de cette même humeur dans le cerveau, ce qui le prouve, dit l'auteur du livre de la *maladie sacrée*, c'est la grande quantité d'eau qu'on a trouvée dans le crâne d'une chèvre épileptique ; unique fait d'anatomie pathologique que l'on trouve dans toute la collection.

Telle est la base de cette théorie des *fluxions*, l'origine de cette doctrine des *catarrhes*, qui ont joué un si grand rôle dans les théories et la pratique médicales, jusqu'à Van Helmont, qui les a renversées. Les principes sur lesquels cette doctrine était fondée sont donc tombés depuis longtemps, mais les expressions se sont conservées jusqu'à nous, en sorte qu'aujourd'hui nous employons une foule de mots dont nous ne pouvons comprendre le sens et que nous appliquons à des idées pour lesquelles ils n'ont pas été primitivement créés. Du reste, ces doctrines mortes dans la science, vivent encore aujourd'hui dans l'esprit du vulgaire. Le mouvement des humeurs, leur déplacement, leur transport et leur fixation dans les organes ; telles sont les expressions que l'on entend tous les jours sortir de la bouche de gens étrangers à la médecine. Dans leurs idées, un vésicatoire, un cautère, servent à attirer et à fixer vers le point où on les applique les mauvaises humeurs, ou, pour parler le langage d'Hippocrate, les humeurs intempérées.

En résumé, une humeur prédominante, soit dans le lieu qui en est le réceptacle normal, soit dans un autre lieu vers lequel elle a été attirée et dans lequel elle s'est fixée ; ou bien encore une humeur prédominante dans l'universalité du corps, voilà ce qui constitue la maladie, suivant la pathogénie d'Hippocrate. Pour que la maladie cesse, il faut que cette humeur prédominante éprouve une série d'élaborations que dirige la nature médicatrice et qui constituent la *coction*. Cette série d'élaborations est indispensable, elle est nécessaire, inévitable ; or, comme elle demande un certain temps pour s'accomplir, il en résulte qu'il est impossible, suivant Hippocrate, de *juguler*, comme on dit de nos jours, une maladie. Le terme de cette élaboration, différent dans les différentes maladies, est toujours le même dans chaque maladie en particulier. Il s'accompagne de certains phénomènes qui annonçent la terminaison de la maladie, ce sont les phénomènes *critiques*, les jours où ils apparaissent sont les jours *critiques*, et leur ensemble constitue la *crise*, Κρίσις, jugement, solution.

La crise consiste dans l'évacuation de l'humeur intempérée ou dans la transformation de cette humeur en un liquide qui n'a pas son analogue dans l'économie, le pus. Il y a là une idée, à savoir, qu'à une certaine époque de la maladie, il se forme une matière, produit de l'altération des humeurs, qui renferme en elle la cause de la maladie et l'emporte avec elle au dehors. Cette matière est assez bien représentée par le pus de la variole. Dans cette maladie, tout se passe comme si une matière morbifique, représentée ici par le *virus varioleux*, introduit dans le corps, y séjournait pendant un certain temps, y subissait une série d'élaborations particulières, puis, arrivait à la peau, y déterminait un grand nombre de petites congestions partielles se transformant successivement en vésicules et en pustules. Dans la matière de ces pustules serait contenue la cause de la maladie, car si l'on prend de ce pus avec la pointe d'une lancette et qu'on le transporte sous l'épiderme d'un individu sain, on reproduit chez celui-ci une maladie exactement semblable.

(La suite prochainement.)

La surdi-mutité est-elle héréditaire ? — Telle est la question qui peut être aujourd'hui résolue négativement, au moins d'une manière générale. En effet, à une réunion de sourds-muets qui a eu lieu à Boston l'année dernière, on ne comptait pas moins de 200 sourds-muets, dont 103 étaient ou avaient été mariés. Sur ce nombre, il y avait 40 couples composés de maris et de femmes sourds-muets, et 23 dans lesquels l'un ou l'autre des conjoints avait conservé l'ouïe et la parole ; 31 de ces couples n'avaient pas d'enfans ; 72 autres comptaient ensemble 102 enfans dont 4 seulement étaient sourds-muets. Un de ces 4 était seul enfant de parens, tous deux sourds-muets de naissance, et indépendamment de ses parens, il avait encore du côté paternel un grand-père, une tante du même côté et deux enfans de celle-ci, du côté de sa mère une tante également, qui étaient sourds-muets. Dans une autre famille, où se trouvaient les 3 enfans sourds-muets, le père avait perdu l'ouïe à la suite d'une maladie, à l'âge de 2 ans, et n'avait aucun parent sourd-muet ; la mère l'était de naissance, et son frère l'était également. Il suit de là que la surdi-mutité congéniale serait la seule qui pourrait se transmettre.

---

temps de vous reconnaître, si vous vous laissiez aller à l'expectation.

b. Lorsque la rachialgie et la céphalalgie persistaient après l'éruption variolique, vous deviez encore craindre, mais pour la deuxième forme; le pronostic, toujours très grave, l'était moins cependant.

Traitement. — La première espèce, une fois arrivée, était intraitable; la seconde l'était moins; mais, malgré cela, le médecin pouvait soulager. Les observations que j'ai citées, ont fait voir que la saignée pouvait beaucoup contre la rachialgie et la céphalalgie; l'état de pourpre, lorsque les symptômes généraux la réclamaient, ne devait pas arrêter : avec ces symptômes, disait Hurcam, je saignerais, même dans la peste, et dans quelque maladie que ce fût; mais si elle soulageait, elle ne guérissait pas. Il en était de même des opiacés, pris par les diverses voies.

L'acide arsénieux, ou bien l'arsénite de potasse, à la dose de 2 milligrammes, est encore ce qui nous a paru le mieux réussir dans l'observation III. Après l'emploi de ce remède, le pourpre disparaît. Je connais deux faits, où un de mes collègues qui, le premier, s'en était servi, l'a vu réussir complètement; moi-même j'ai vu ces deux malades couverts de leurs taches pourprées; j'ai vu plus tard les tâches moins abondantes, et enfin les malades parfaitement guéris, vivans encore. J'ai essayé le camphre, le ratanhia et l'eau de Rabel, sans en tirer de grands et apparens résultats.

En définitive, je crois que la première variété des pourpres appartient à cette classe de maladies, trop nombreuses malheureusement, où l'économie entière est frappée dans son principe vital, dans les fluides qui circulent, dans ses réactions, et en présence desquelles le médecin peut encore beaucoup, mais pour soulager seulement.

Pour la deuxième forme, elle n'est que secondaire; c'est la maladie qui frappe l'organisme, l'altère d'une manière consécutive; dans la première, l'individu, qu'on me passe l'expression, était pourpré avant la variole; son sang circulait altéré; vienne la plus légère secousse, il était destiné à périr. Chez les autres, au contraire, l'altération des liquides déjà peut-être prédisposés, n'est survenue et n'a donné ses déterminations, que parce que la maladie a augmenté cette altération. Ici, l'état scorbutique est conséquence, état conjoint; dans l'autre, il était prédisposant. Cause déterminante unie à l'action du virus.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

OBSERVATION RARE DE CHORÉE.

Monsieur le rédacteur,

J'ai l'honneur de vous adresser une observation de chorée qui, par l'intensité et l'étrangeté des symptômes observés pendant la vie et la nature des lésions cadavériques, justifiera, j'ose l'espérer, votre bienveillante attention.

Le nommé Pierre Relen, né à Mauléon (Basses-Pyrénées), âgé de 55 ans, entra dans mon service le 10 février 1852, avec tous les signes d'une danse de Saint-Guy des plus caractérisées, coïncidant avec un affaiblissement des facultés intellectuelles et affectives.

Sa constitution est grêle et sèche, son tempérament nerveux, légèrement sanguin. Avant d'entrer à l'asile des aliénés, le malade avait une conduite régulière et ne fit jamais abus de boissons alcooliques. J'ignore à quelle époque remontent les premiers symptômes de la maladie dont il est atteint.

La vue de ce malheureux inspire la plus profonde pitié. Tous les muscles de l'économie sont agités par des mouvemens cloniques, irréguliers, incessans. Il n'existe pas un point de son corps qui ne soit le siége de secousses et de soubresauts. Tour à tour contractés et distendus, les muscles de la face font les plus étranges grimaces. La tête est dans un balancement continuel. Les membres inférieurs se raidissent dans des contorsions qui neutralisent la persistance de plusieurs bras. Les muscles du tronc sont raides et contracturés. Les droits antérieurs sont comme des barres de fer inflexibles. L'état véritablement insurrectionnel des muscles des membres supérieurs contre la volonté qu'ils méconnaissent, et leur défaut de coordination des mouvemens, rendent la locomotion impossible. La préhension des objets, d'un morceau de pain, par exemple, détermine, de la part de ce malheureux, des efforts surhumains pour le tenir et le porter à sa bouche. C'est un spectacle aussi curieux que navrant que de contempler la lutte qui s'établit dès lors entre le désir ferme et exaspéré de satisfaire sa faim et le refus formel du bras de répondre à l'appel de la volonté. Si cette volonté reste victorieuse, ce n'est que par une sorte de surprise.

Comme la station debout est impossible, Pierre Ralen reste assis sur une chaise; mais participant promptement aux mouvemens dont le malade est agité, le siége culbute et Pierre Ralen tombe à terre. Veut-on le faire marcher, on est obligé de le soutenir par les aisselles. La jambe, avant de se porter en avant, se dirige en arrière, en dedans, en dehors, avant de prendre la direction voulue.

Ses yeux sont dans une rotation constante, sa parole n'est qu'un son plaintif, confus, inintelligible. La déglutition est entrecoupée, brusque, saccadée.

Au milieu de tous ces désordres, la *sensibilité* générale est conservée intacte; la respiration est libre; les mouvemens du cœur, chose étrange, présentent une régularité parfaite. Sauf une constipation habituelle, les fonctions digestives sont normales. Le pouls est faible et concentré. La miction urinaire se fait tantôt par jets saccadés, tantôt goutte à goutte. J'ai fait l'analyse des urines, et j'ai été à même de me convaincre de la vérité des recherches consignées par le docteur Bence Jones, dans les *Médico-chirurgical transactions*, t. XXXIV. Comme lui j'ai trouvé une prédominance marquée des sulfates sur les phosphates, due à l'agitation incessante du malade.

Contrairement aux habitudes de la famille des névroses, la maladie, pendant un an qu'elle a duré, a *constamment* présenté un type continu et nullement périodique. J'ai fait observer ce malheureux pendant la nuit à différentes reprises, le sommeil a *toujours* paru agité, *jamais* le malade n'a été un instant en repos.

En présence d'une maladie aussi prononcée, quoique convaincu de son incurabilité, mon devoir était d'essayer de quelques-uns des nombreux moyens préconisés en pareil cas.

La constitution sèche et nerveuse du malade contre-indiquant les saignées vantées par Sydenham et Bouteille, j'eus recours premièrement aux purgatifs conseillés par Hamilton, mais sans succès.

Et pensant être plus heureux avec les antispasmodiques, j'administrai la poudre de valériane, dont j'élevai graduellement la dose jusqu'à 8 grammes par jour, sans le moindre résultat avantageux.

J'eus recours à l'usage de l'oxyde de zinc, que je portai jusqu'à la dose de 80 centigrammes. Nouvelle déception. Je ne fus guère plus heureux dans ces derniers temps dans mes essais, sur une vingtaine d'épileptiques traités par l'oxyde de zinc, d'après le conseil de M. Herpin, de Genève. Dans le premier cas comme dans le deuxième, je n'ai produit que des symptômes d'intoxication.

L'opium a été également de ma part l'objet de quelques tentatives. Les premières doses (20 centig. par jour) ont paru un instant ébranler la maladie dans sa marche. Les mouvemens convulsifs ont été, il est vrai, moins accentués; mais cette lueur d'espoir s'est promptement évanouie. Toutefois, enhardi par ce premier succès, et par l'absence de tout symptôme d'intoxication, j'ai porté graduellement la dose jusqu'à 0,80 centigrammes dans les vingt-quatre heures. Moins heureux que M. Trousseau, je n'ai obtenu que quelques symptômes d'ivresse, mais sans le moindre amendement dans les mouvemens choréiques. Enfin, d'après le conseil de mon père, qui, un des premiers, a préconisé dans cette affection l'emploi de la strychnine, j'ai administré ce médicament intérieurement et extérieurement, sans le moindre succès. Les bains tièdes prolongés, rendus plus tard sulfureux, sont à leur tour venus me convaincre de l'impuissance de mes efforts.

Je regrette vivement que la mort de ce malheureux m'ait empêché de le soumettre soit à l'influence de l'électricité, soit à un traitement hydrothérapique.

Pierre Reten mourut dix mois après son entrée dans mon service.

Autopsie. — Disons, en premier lieu, que tous les organes situés dans les cavités thoracique et abdominale, étaient dans des conditions de normalité parfaite. A l'ouverture de la cavité encéphalique, j'ai trouvé les enveloppes du cerveau pâles, amincies. La grande cavité de l'arachnoïde et les ventricules cérébraux renfermaient une quantité anormale de sérosité; le cerveau, participant de cette pâleur, était notablement atrophié. Les deux substances, généralement peu denses, offraient un commencement relatif de ramollissement.

A l'enlèvement de cet organe, au niveau du bulbe rachidien, une sérosité considérable s'écoula du canal rachidien. Ne trouvant pas dans l'ensemble de ces lésions une justification suffisante des désordres observés pendant la vie, j'ouvris, avec une extrême précaution le rachis, et je mis à découvert la moelle épinière.

A l'ouverture du canal spinal, je constatai un épanchement séreux entre la dure-mère et la membrane interne de la moelle, en libre communication avec celui que j'avais observé dans la cavité crânienne. Cet épanchement s'étendait jusqu'à la partie inférieure de la région dorsale.

A partir des corps pyramidaux, jusque vers le tiers inférieur de la région dorsale, la moelle épinière était ramollie d'une manière appréciable. La substance médullaire, dans toute sa *moitié antérieure*, était convertie en une pulpe diffluente. La *moitié postérieure* présentait une densité et une résistance normales.

Réflexions. — Cette observation me paraît intéressante à plusieurs titres :

1° Par l'intensité exceptionnelle des symptômes morbides observés pendant la vie. — En effet, de tous les choréiques que j'ai rencontrés, soit dans les hôpitaux de Paris, de Londres, ou dans ma clientèle, de tous les cas consignés dans les annales de la science, pas un n'a présenté un cortége symptomatique porté à un niveau d'exaltation et de continuité opiniâtre égal à celui que je viens de relater.

2° Par la nature des lésions cadavériques constatées à l'autopsie, elle tend à enlever à cette étrange affection son caractère mystérieux, en localisant son siége dans une altération caractéristique de la moelle épinière.

3° Au point de vue physiologique même, ces mêmes désordres pathologiques ne viennent-ils pas donner un nouveau poids aux connaissances que nous avions déjà sur la nature des fonctions des cordons antérieurs et postérieurs rachidiens? Ne mettent-ils pas, en effet, en relief de la façon la plus évidente, la concordance qui existe entre les symptômes observés pendant la vie, et les lésions observées après la mort?

D'un côté, chez le malade, désordre profond dans les mouvemens, avec intégrité de la sensibilité; d'un autre, sur le cadavre, désorganisation des racines et cordons antérieurs affectés au mouvement, avec intégrité des racines et cordons postérieurs affectés à la sensibilité.

Édouard Cazenave, d.-m. p.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 23 Février 1853. — Présidence de M. Guersant.

La correspondance comprend entre autres pièces :

1° Une lettre de M. Hervez de Chégoin, qui sollicite le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie. M. Michon a été chargé, par M. Hervez, de déposer sur le bureau de la Société un volumineux mémoire sur les tumeurs du sein et la liste de ses travaux de chirurgie et les titres qu'il invoque à l'appui de sa demande. La lettre et le mémoire de M. Hervez de Chégoin sont renvoyés à une commission.

2° Un ouvrage de M. le docteur Heyfelder sur la résection des os. (Comm. M. Broca.)

M. Robert met sous les yeux de la Société une lettre de M. le docteur Demeaux, qui l'informe qu'un jugement en appel vient d'être rendu par le tribunal civil de Cahors au sujet du conflit élevé entre M. Demeaux et un de ses confrères, et sur lequel la Société avait été appelée à donner son avis.

On se rappelle qu'il s'agissait d'une fracture de l'épine de l'omoplate, produite par une voie de fait, constatée le surlendemain de l'événement par M. Demeaux, et niée par un autre médecin qui n'avait examiné le blessé que 37 jours après, alors que la fracture était complètement guérie et ne laissait plus aucune trace. La Société de chirurgie, mise en demeure de se prononcer sur le point scientifique de la question, savoir, si les traces d'une fracture de l'omoplate pouvaient avoir disparu 37 jours après sa production, s'était prononcée dans ce sens. Ce conflit entraînant une question de dommages-intérêts qui devait nécessairement varier suivant que l'existence de la fracture serait démontrée possible ou non, le tribunal civil de Cahors, se fondant sur le rapport de la Société de chirurgie et sur les rapports conformes de plusieurs notabilités chirurgicales, a prononcé un jugement qui donne droit à l'assertion de M. Demeaux contre celle de son confrère.

Sur la demande de quelques membres, lecture est donnée du dispositif du jugement, dont les principaux considérans reposent: sur ce que la fracture a été constatée par M. le docteur Demeaux, qui a formellement affirmé dans son rapport son existence; que dès qu'un homme intelligent, honnête et contre lequel le tribunal ne saurait élever aucune espèce de suspicion, affirme avoir constaté un fait physique, qui est du ressort de sa connaissance, il n'est pas possible au tribunal de révoquer ce fait en doute; que le degré de certitude qui résulte de ce premier aperçu ne saurait être affaibli par le contre-rapport de M. le docteur B..., qui n'a pu être à même de porter un jugement aussi sûr sur le fait en contestation, par la raison qu'il ne lui a été soumis que 37 jours après, etc.; enfin, sur ce que telle est l'appréciation qu'ont faite de la difficulté toutes les sommités de la chirurgie, ainsi que cela résulte des attestations fournies tant par la Société de chirurgie de Paris, que par MM. Velpeau, Gensoul, etc., etc.

M. Larrey demande l'insertion du texte du jugement au procès-verbal.

M. Debout craindrait qu'en insérant ce jugement au procès-verbal, la Société ne créât un précédent fâcheux, et que si, aujourd'hui, elle paraît mettre de l'empressement à publier un jugement conforme à son opinion, elle ne se trouve peut-être un jour dans des conditions toutes différentes qui pourraient lui faire regretter cette décision.

MM. Désormeaux et Morel-Lavallée appuient la demande faite par M. Larrey.

M. Laborie rappelle que lorsque la Société fut consultée sur ce sujet, il resta bien entendu qu'elle ne s'occuperait exclusivement que du point de vue scientifique. Ne serait-ce pas s'en écarter que de donner la publicité de ses comptes-rendus au jugement en question?

M. Forget exprime à peu près la même opinion.

La Société, consultée, décide qu'il sera seulement fait mention du jugement dans le procès-verbal, sans insertion textuelle.

M. Robert présente à la Société l'ouvrage de M. Spérino, de Turin, sur la syphilisation. M. Robert, après avoir présenté un court résumé destiné à donner un aperçu du contenu de cet ouvrage, rappelle que la Société s'est déjà occupée de cette question; mais elle l'a fait, à son sens, un peu trop peut-être sous l'influence de préventions qui ne lui ont pas permis d'apprécier l'importance réelle de la question. M. Robert désirerait qu'une commission fût chargée d'examiner l'ouvrage de M. Spérino, et d'en faire un rapport à la Société, ce qui lui fournirait l'occasion d'examiner de nouveau cette question.

M. Denonvilliers : Il existe une commission officielle chargée de faire un rapport à l'administration sur ce sujet. Il ne serait peut-être pas opportun de nommer une commission nouvelle jusqu'à ce que la commission officielle ait fait son rapport.

M. Larrey, quoique ne partageant pas sur ce point les espérances que paraît avoir M. Robert, appuie sa demande.

Après quelques nouvelles observations, et sur l'interpellation d'un membre qui rappelle qu'aux termes du règlement il appartient au bureau de juger de l'opportunité de désigner une commission, le bureau décide qu'il ne sera fait à cet égard aucune dérogation aux usages. En conséquence, un membre sera chargé de prendre connaissance du livre de-

M. Spérino, et d'en faire un rapport verbal. M. Cullerier est désigné à cet effet.

M. Debout a la parole à l'occasion du procès-verbal.

Déformation de l'épaule consécutive à la contracture du rhomboïde et de l'angulaire de l'omoplate, avec perte de tonicité du muscle grand dentelé; — diagnostic et traitement par l'électrisation.

M. Debout communique le fait suivant qui se rattache, par quelques points, à la communication qu'il a faite dans la précédente séance, et dont la signification ne lui a pas paru avoir été très bien comprise par plusieurs membres; il s'agit du parti que l'on peut tirer de l'électricité pour déterminer, dans des cas douteux, la diminution ou l'abolition de la tonicité musculaire.

Une jeune fille âgée de 13 ans, d'une bonne constitution, n'a subi aucune maladie grave dans son enfance. Jamais elle n'a éprouvé de douleurs dans le cou, ni dans le dos. Cependant un médecin qui lui a donné des soins en 1850, pour une bronchite, remarqua, selon le dire de la mère, que l'épaule droite ne présentait pas une conformation normale et prédit même que, si on n'y prenait garde, la jeune fille resterait difforme. La mère n'y fit aucune attention, et c'est seulement vers le mois d'octobre 1852, que voyant la difformité de l'épaule de sa fille beaucoup plus prononcée, elle commença à s'en inquiéter, et conduisit sa fille à la consultation de l'hôpital des Enfans. M. Guersant conseilla de recourir à l'emploi de la gymnastique, qui fut appliquée pendant un mois sous la direction de M. Lainé. Le temps écoulé, la mère ne voyant aucune amélioration, sous l'influence de ce moyen, alla consulter M. Bouvier, aujourd'hui médecin du même hôpital. Notre confrère reconnut immédiatement un torticolis postérieur, dû à la contracture des muscles rhomboïde et angulaire de l'omoplate. Ainsi, lorsque les bras tombent le long du tronc, l'omoplate droite n'est pas dans son attitude normale; son angle inférieur est plus élevé de quatre centimètres que celui de l'omoplate gauche d'où il résulte qu'il est beaucoup plus rapproché de la ligne médiane, et que son bord spinal est oblique de bas en haut et de dehors en dedans. Au-dessus et en dedans de ce même bord, on remarque un gonflement considérable dû évidemment à la saillie formée par le muscle rhomboïde contracturé. Au cou et au niveau du sommet du triangle sus-claviculaire, existe une seconde saillie très sensible au toucher, comme celle du rhomboïde, et qui est déterminée par la contracture de l'angulaire de l'omoplate. Lorsqu'on dit à l'enfant de porter les deux bras en avant, l'omoplate droite exécute son mouvement de rotation comme du côté sain, et immédiatement, la difformité disparaît; mais sitôt que les bras retombent le long du corps, l'omoplate reprend son attitude vicieuse. Veut-on abaisser mécaniquement l'angle inférieur de l'omoplate, on éprouve alors une grande résistance de la part du rhomboïde et de l'angulaire, que l'on sent se durcir davantage.

En présence de ces phénomènes, le diagnostic ne pouvait être douteux, et M. Bouvier adressa la jeune malade à M. Duchenne. Notre confrère, après avoir constaté toutes les particularités de l'affection que nous venons de retracer, dirigea immédiatement un courant d'induction à intermittences très rapides sur le faisceau inférieur du muscle grand dentelé, et l'omoplate reprit immédiatement sa position normale.

Pendant tout le temps que durait l'excitation du muscle grand dentelé, le toucher constatait la disparition des saillies dues à la contracture du rhomboïde et de l'angulaire; on sentait distinctement, à travers l'épaisseur de la peau que la fibre de ces muscles était relâchée. L'opération dura de huit à dix minutes, après lesquelles l'omoplate reprit son ancienne attitude, avec cette différence, toutefois, que l'angle inférieur dévié remonta à un centimètre moins haut qu'avant l'électrisation; cette séance avait lieu le 20 décembre. Le lendemain, cette amélioration s'était maintenue, et après une seconde opération, l'angle inférieur descendit encore d'un centimètre; enfin, après une troisième séance, qui eut lieu le 22, l'omoplate avait repris son attitude normale. Ainsi, trois jours ont encore suffi pour amener la guérison dans ce nouveau cas.

La jeune fille a été revue plusieurs fois depuis, et la guérison s'est maintenue, ainsi que chez la première malade, dont nous avons publié l'observation.

M. Debout fait remarquer que si la cause de la difformité reste inconnue chez cette jeune fille; il n'en est pas de même de la nature de l'affection. Cette déviation de l'omoplate était le résultat de la contracture des muscles rhomboïde et angulaire, d'une part; de l'autre, de la perte de tonicité du grand dentelé; or, ce qui ressort de ce fait, et c'est là le point principal sur lequel M. Debout s'est proposé d'appeler l'attention de la Société, c'est l'influence de l'électrisation sur la tonicité musculaire.

M. Debout signale, en terminant, un fait remarquable au point de vue de l'étiologie de cette difformité, c'est que dans sept cas de difformités de cette nature qu'il a réunis, les sujets des observations sont des adolescens, six filles et un garçon, et que la déviation occupait constamment l'épaule droite; ce qui le porte à penser que, dans la plupart des cas, la maladie a été produite par une attitude vicieuse.

M. Jarjavay rappelle, à cette occasion, qu'il a vu, il n'y a pas longtemps, un malade présentant une disposition analogue à celle que vient de faire connaître M. Debout, et chez lequel on avait cru à l'existence d'une paralysie du grand dentelé. L'examen attentif du malade, fait par MM. Rayer, Gerdy et Duchenne (de Boulogne), fit reconnaître que l'affection était beaucoup plus complexe qu'on ne l'avait soupçonné d'abord, que le grand dentelé n'était pas complètement paralysé, mais seulement considérablement affaibli, et que plusieurs autres muscles, le rhomboïde notamment, étaient atrophiés et avaient perdu leur contractilité.

La parole est à M. Demarquay pour continuer la lecture du mémoire de M. Michel (de Strasbourg). Cette lecture terminée, une commission est désignée pour en faire un rapport.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

Séante à la Faculté de médecine.

Séance du 8 Janvier 1853. — Présidence de M. Barth.

Avant de commencer les travaux de l'année, M. Barth remercie les membres de la Société pour la marque d'estime qu'ils lui ont donnée en l'appelant à l'honneur de présider ses séances; il ajoute qu'il fera tous ses efforts pour mériter les suffrages bienveillans de ses collègues, et termine en adressant des remercîmens au nom de la Société, à M. Caffe, son président de l'année dernière.

M. Barth communique l'observation d'un jeune homme de 19 ans, admis dans son service le 4 décembre dernier, et chez lequel existait, dans tout le côté gauche de la poitrine, en avant et en arrière, depuis la base jusqu'au sommet du thorax, jusqu'au-dessus de la clavicule, un bruit de frottement saccadé, très intense et sensible à l'application de la main, qui percevait des vibrations très évidentes.

M. Barth fait remarquer ce que cette observation présente d'intéressant : 1° sous le point de vue pathologique, comme exemple d'une pleurésie très étendue sans trace d'épanchement; 2° sous le rapport physiologique, comme démonstration de ce fait, que le poumon se meut dans l'intérieur de la poitrine par toute sa surface.

La réalité du déplacement partiel du poumon était bien connue, elle a été maintes fois constatée par des frottemens partiels; mais les faits prouvant que le glissement des deux feuillets de la plèvre, l'un sur l'autre est général, sont infiniment rares, et M. Barth n'avait jamais observé jusqu'à ce jour un frottement aussi étendu en surface.

M. Belhomme émet la pensée que le bruit de frottement doit devenir plus intense si une deuxième pleurésie succède à une première, à mesure que les fausses membranes acquièrent plus d'épaisseur.

M. Hillairet rappelle qu'il a eu occasion d'observer, à l'hôpital de la Charité, un malade chez lequel on entendait aussi des craquemens dans une grande étendue de la poitrine : on crut à l'existence d'une pleurésie; mais le malade ayant succombé, on trouva un cancer de l'estomac, et, sur la surface du poumon, on reconnut un développement de vaisseaux lymphatiques très gros, remplis d'une matière blanche encéphaloïde, et formamt sous la plèvre pulmonaire un relief très prononcé.

Sur un autre malade, avancé en âge, atteint d'emphysème pulmonaire, et ayant de fréquens accès de suffocation, on constata pendant la vie un bruit de frottement au dessous de l'aisselle, et l'on trouva encore, à l'autopsie, des traînées de vaisseaux lymphatiques distendus par de la matière cancéreuse.

Dans un troisième cas enfin, le bruit de frottement constaté avant la mort, dépendait de petits groupes de vésicules pulmonaires formant saillie sous la plèvre.

M. Giraldès : La dilatation des vaisseaux lymphatiques se rencontre rarement sur les poumons sains, et il est très difficile de les injecter dans l'état d'intégrité. Cette injection est au contraire facile sur des poumons malades. C'est surtout dans le cancer du poumon qu'on voit ces canaux se dessiner sous la plèvre; quelquefois encore dans la phthisie générale, comme aussi à la suite de la fièvre typhoïde ou de certaines rougeoles graves.

C'est principalement sur le lobe inférieur et à la base, que les vaisseaux lymphatiques se laissent pénétrer le plus facilement par le suif. Notamment, dans un cas, de tubercules sous-pleuraux, M. Giraldès a obtenu aisément une très belle injection de ce genre.

A l'occasion des faits cliniques précités, M. Gillette rappelle l'histoire succincte d'un malade chez lequel l'existence de gros craquemens dans le tiers inférieur de la poitrine avait fait croire à l'existence de la phthisie. M. Gillette ne partagea pas cette opinion, et le malade traité par des moyens doux recouvra la santé.

M. Caffe confirme ce fait par sa propre observation sur le même malade, qu'il voyait avec M. Gillette.

M. Barth se demande si les gros craquemens constatés chez le malade de M. Gillette n'étaient pas des bulles de gargouillement dépendant d'une dilatation partielle des bronches.

Il rappelle que ces dilatations ne sont pas très rares et cite plusieurs cas dans lesquels la présence d'un gros râle muqueux vers la base pouvait faire croire à l'existence de cavernes pulmonaires, tandis que l'étude de ces râles considérés dans leur siége, concurremment avec l'appréciation des autres signes, lui permettait de reconnaître dans ces cas une dilatation des bronches avec catarrhe pulmonaire.

M. Depaul demande si le siége des râles suffit pour diagnostiquer ce genre d'affection.

M. Barth répond que l'appréciation du siége pourrait suffire si les râles étaient exclusivement perçus vers la base. Mais les dilatations peuvent occuper aussi les bronches du sommet; et, dans tous les cas, il faut tenir compte de l'ensemble des signes tant généraux que locaux, de la nature et de la quantité des crachats, ainsi que de la marche de la maladie et des conditions d'hérédité.

M. Fournet croit pouvoir inférer de ses souvenirs que les dilatations bronchiques sont rares aux sommets des poumons, tandis que la partie supérieure de ces organes est le siége d'élection des tubercules. Il ajoute, que, parmi les signes cliniques, aucun n'a de valeur absolue, si on le considère isolément, et que c'est surtout par la comparaison, dans les deux cas, des signes locaux et généraux que l'on parvient à poser un diagnostic. C'est ainsi que dans les dilatations bronchiques, on ne remarque pas, à moins de complication, les phénomènes généraux si ordinaires dans la phthisie.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le secrétaire général, J. Cherest.

VARIÉTÉS.

L'HOMOEOPATHIE AU BRÉSIL. — Un certain docteur Mure, qui s'intitule apôtre de l'homœopathie, et qui s'est donné pour mission spéciale de régénérer la foi médicale, a établi dans ces derniers temps à Rio-Janeiro un enseignement homœopatique dans lequel il a cherché à prouver que l'homœopathie a pour but de régénérer le monde, qu'Hahneman était un homme inspiré de Dieu et de l'esprit saint, que la foi est nécessaire aux malades pour guérir comme aux Chrétiens pour se sauver, et que ceux que l'homœopathie ne pouvait sauver étaient des martyrs. Les partisans et les cathéchumènes portent, dit-on, pendue au cou, une bande de soie blanche en forme de croix, comme signe de la pureté de leurs intentions et de leur émanation de Dieu. Le serment qu'on leur fait prêter consiste à jurer par le soleil, par le Saint-Esprit et par Dieu de ne pas employer d'autres moyens curatifs, de pratiquer et de défendre l'homœopathie, et de mourir pour elle s'il était nécessaire, plutôt que la renier.

Il paraîtrait que le docteur Mure et quelques-uns de ses séides ont été regardés à Rio, non sans quelque raison, comme des illuminés ou des charlatans du dernier ordre.

CONCOURS. — L'Académie chirurgicale de Madrid a mis au concours les questions suivantes :

1° Quelles sont les lésions traumatiques des muscles qui nécessitent l'amputation, et quel est le moment le plus convenable pour les pratiquer? — Prix : 250 fr. et un diplôme d'associé.

2° Des traitemens proposés pour la cure radicale des hernies inguinales; quels sont ceux auxquels on doit donner la préférence? — Prix : une médaille d'or d'une once et un diplôme d'associé.

3° Exposition et critique de toutes les méthodes et de tous les moyens que l'on peut mettre en usage pour arriver au diagnostic de la syphilis locale primitive. — Prix : médaille d'argent du poids d'une once et un diplôme d'associé.

4° Exposer les règles et les circonstances qu'il faut avoir présentes à l'esprit pour la vaccination. Tracer le modèle d'une instruction générale destinée aux médecins, dans le but d'arriver à une statistique des vaccinations et des vaccinés, susceptible d'être profitable à la science. — Prix : le même que pour la question précédente.

Les mémoires doivent être adressés francs de port et suivant les usages académiques, au secrétaire de l'Académie nationale de Madrid, avant le 31 Juillet 1853.

CONCOURS. — Un membre de la Société des sciences médicales de Bruxelles, M. Delstanche, a fondé les deux prix suivans :

1° Faire l'histoire de la surdité nerveuse et indiquer les moyens de la guérir. L'auteur devra faire connaître un traitement efficace contre cette affection, et démontrer sa valeur réelle par des observations concluantes. — Prix : 1,000 fr.

2° Traiter de quelque point de la pathologie des organes auditifs, en réalisant un progrès pour la science. La Société donnera la préférence au mémoire qui traitera de la thérapeutique. — Prix : 300 fr.

Les mémoires devront être adressés avant le 1er mars 1854, et suivant les formalités accoutumées, à M. le docteur Crocq, secrétaire de la Société, rue du Bois-Sauvage, 14, à Bruxelles.

COURRIER.

BULLETIN SANITAIRE.

Nous sommes heureux de pouvoir donner à nos lecteurs des nouvelles plus rassurantes relativement à l'épidémie de fièvre typhoïde qui règne à Paris en ce moment. Depuis deux jours, l'épidémie semble, sinon entrer dans une voie de décroissance, au moins être arrivée à un état stationnaire qui permet d'espérer sa terminaison prochaine. On ne comptait hier dimanche, dans les hôpitaux, que 1,422 malades atteints de cette affection, chiffre malheureusement encore fort élevé, mais déjà au-dessous du chiffre maximum, qui a été de 1,434, et bien au-dessous surtout du chiffre de la population de ces établissemens à l'époque du choléra. Nous ajouterons que le nombre des malades, pris d'une manière générale, qui était de 6,735, est descendu à 6,618. Mais ce qui doit surtout rassurer la population, c'est qu'à aucune époque la maladie ne se montra sous une forme plus bénigne. Du 19 au 27 février, en neuf jours, il n'est mort que 131 individus affectés de fièvre typhoïde sur un chiffre moyen de 1,253 malades que renfermaient les hôpitaux, ou un pour cent environ; mortalité bien inférieure à celle que donne cette maladie dans les conditions les plus ordinaires et par les traitemens les plus efficaces. Le nombre des sorties d'individus atteints de fièvre typhoïde a aussi beaucoup augmenté. Par suite, on n'a plus autant à craindre l'encombrement des hôpitaux, et l'administration de l'assistance publique, qui a largement pourvu aux premiers besoins, ne sera probablement pas forcée de mettre à exécution quelques-unes des mesures dont les circonstances auraient pu lui faire un devoir.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Les épreuves orales et cliniques étant terminées, on a procédé aujourd'hui au tirage des sujets de thèses. Voici ceux qui sont échus aux divers candidats :

M. Léger : *Valeur séméiologique de la percussion.*

M. Simonis-Empis : *De la méthode à suivre dans l'examen des malades.*

M. Frédault : *Des indications thérapeutiques déduites de l'étiologie.*

M. Bouchut : *Des méthodes de classification en nosologie.*

M. Leudet : *Déterminer l'influence réelle des causes morales et mécaniques dans la production des maladies organiques du cœur, et signaler les autres causes de ces maladies.*

M. Hérard : *Applications pratiques des découvertes physiologiques les plus récentes, concernant la digestion et l'absorption.*

M. Lasègue : *De la paralysie générale progressive.*

M. Milcent : *Des épidémies, des principales distinctions que l'on doit établir entre elles.*

M. Blin des Corniers : *Rechercher les causes qui président au développement de l'hypertrophie, considérée d'une manière générale.*

M. Aran : *Des morts subites.*

M. Delpech : *Des principes à observer pour la nomenclature des maladies.*

M. Tholozan : *De l'état actuel des connaissances acquises en hématologie, et des conséquences pratiques qui en découlent.*

M. Gubler : *Établir d'après les faits cliniques et nécroscopiques, jusqu'ici connus, la théorie la plus rationnelle de la cirrhose.*

— Le banquet annuel de l'Union Médicale aura lieu le mardi, 8 mars prochain, à 6 heures du soir, dans les salons de Véfour-Hamel, Palais-Royal.

Le prix de la souscription est fixé à 11 francs.

S'inscrire ou adresser sa lettre de souscription au bureau du journal.

La souscription sera close le lundi 7 mars à midi.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.— Typographie Félix Maltesteet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 26. SEPTIÈME ANNÉE. Jeudi 3 Mars 1853.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An.............. 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine ; Le lactucarium et l'opium indigène. — Élection de sept membres associés étrangers de l'Académie de médecine. — Syphilisation. — II. MÉMOIRES ORIGINAUX : Recherches électro-physiologiques, pathologiques et thérapeutiques sur le diaphragme. — III. THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE : Recherches sur les effets des médicamens cholagogues. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie de médecine). Séance du 1er Mars : Correspondance. — Élection de sept membres associés étrangers. — Suite de la discussion sur le rapport de M. Bouchardat relativement au lactucarium et à l'opium indigène. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

PARIS, LE 2 MARS 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

LE LACTUCARIUM ET L'OPIUM INDIGÈNE.

Justice est faite et bien faite. L'Académie, à une majorité considérable, a voté les conclusions de la commission sur l'opium indigène et le lactucarium de M. Aubergier. Les derniers efforts de MM. Bussy et Soubeiran ont été impuissans pour empêcher ce résultat, auquel ont manifestement contribué une allocution puissante de M. Orfila et une très heureuse et très habile argumentation de M. Bouchardat.

C'est avec une vive satisfaction que nous avons entendu M. Orfila donner l'autorité de sa parole aux opinions que nous avons toujours soutenues sur la véritable interprétation du décret du 3 mai 1850. Jusqu'ici, l'Académie ne paraissait pas suffisamment comprendre ce décret ; M. Orfila lui a présenté sa signification sous cette forme claire et saisissante qui caractérise ses discours. L'Académie est, de par ce décret, la continuation de la commission du *Codex*. C'est une des plus belles prérogatives qui aient pu être ajoutées à son institution. La méconnaître, en repousser systématiquement l'application, c'est exposer l'Académie à ce que le pouvoir cherche en dehors d'elle les lumières qu'elle lui refuserait. De cette thèse générale, passant au sujet spécial sur lequel l'Académie est consultée, M. Orfila a montré qu'il n'y a pas de *Codex* sans formules ; or, si l'Académie avait à refaire le Codex en entier, pourrait-elle se dispenser d'y inscrire les formules de M. Aubergier? Non, car elles sont bonnes, rationnelles, et elles constituent un progrès dans cette partie de la pharmacie. Quant au titrage de l'opium, dont on parle depuis quelque temps, M. Orfila considère la chose simplement comme impossible. Qu'est-ce d'ailleurs qu'on propose? Le titrage de la morphine? Mais n'y a-t-il donc que ce principe d'actif dans l'opium? Pourquoi ne pas titrer aussi la thébaïne, la codéine, la pseudo-morphine, la narcotine, l'opianine, tous principes de l'opium fort actifs aussi, car ils peuvent tuer tout aussi bien que la morphine? Tant que le titrage de l'opium ne pourra pas s'appliquer à tous les principes qu'il renferme, ce titrage ne sera qu'une illusion, et cette illusion peut être dangereuse.

Dans cet ordre d'idées, M. Bouchardat a examiné une à une toutes les objections faites aux formules de M. Aubergier sur le lactucarium et l'opium indigène. Attaquées par M. Soubeiran, M. Bouchardat a fait voir que ces formules sont exécutées d'après les principes et les excellens préceptes donnés par M. Soubeiran lui-même. L'honorable rapporteur a eu un moment très heureux lorsqu'il a combattu la tendance des commissions académiques à se substituer aux inventeurs et à étouffer une grande découverte, modestement présentée, sous les énormes développemens d'un volumineux rapport. Au lieu d'encourager l'inventeur, au lieu de lui laisser sa spontanéité, son initiative, on l'écrase, on l'efface, on lui ôte tout mobile, tout stimulant, tout intérêt. Aussi M. Bouchardat a-t-il refusé, pour la commission, l'honneur qu'on voulait lui faire d'indiquer elle-même les formules du lactucarium et de l'opium de M. Aubergier. Ces formules sont un progrès, a dit en terminant, M. Bouchardat, et l'Académie manquerait à sa mission si elle n'encourageait pas ce progrès.

Ces bonnes raisons ont décidé l'Académie ; M. Bussy, M. Soubeiran après lui, ont vainement lutté contre une opinion faite ; une majorité très significative a adopté toutes les conclusions de la commission.

Nous regardons ce vote comme un antécédent précieux et qu'il faudra quelquefois rappeler au souvenir de l'Académie. Sans doute, tous les inventeurs ne se présentent pas avec les mêmes garanties de travail, de résultats, d'expérimentation, d'honorabilité surtout que présentait M. Aubergier. Toutes ces conditions ont été pour beaucoup dans son succès. Mais la voie nouvelle dans laquelle vient d'entrer l'Académie, en toute connaissance de cause, en sachant bien que si M. Aubergier ensemence ses terres de graines de laitue et de pavots, il ne le fait pas par un platonique amour de la science; cette voie disons-nous, nous parait la bonne, à nous, qui depuis longtemps soutenons cette opinion, qu'il n'y a rien de bas ou d'indigne a tirer un légitime profit d'une découverte utile.

Amédée LATOUR.

ÉLECTION DE SEPT MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La commission, dont M. Bégin était l'organe, avait proposé la liste suivante : MM. Buffalini, à Florence; Retzius, à Stockholm; Riberi, à Turin; Warren, à Boston; Valentin-Mott, à New-York; Vleminckx, à Bruxelles; Grande, à Lisbonne.

Le scrutin, ouvert hier, a donné les résultats suivans :

MM. V. Mott, Buffalini, Warren, Riberi, Vleminckx, Retzius et Simpson (d'Édimbourg) ont été nommés dans l'ordre que nous venons d'indiquer. On voit que l'Académie a substitué le nom de M. Simpson à celui de M. Grande, porté par la commission.

SYPHILISATION.

La commission administrative de la syphilisation a été reçue hier, lundi, par M. le préfet de police, auquel son président a lu la conclusion de son rapport. Voici cette conclusion, qui est uniquement relative à la demande formée par M. Auzias-Turenne, et qui fait abstraction de la question scientifique :

« En résumé, Monsieur le Préfet, la commission, répondant » à la question précise que vous lui avez posée, conclut à » l'unanimité de tout ce qui précède :

» Que M. le docteur Auzias-Turenne ne peut être autorisé » à expérimenter la syphilisation dans un établissement quel» conque.

» MÉLIER, président, RICORD, DENIS, CONNEAU, » MARCHAL (de Calvi), secrétaire-rapporteur.

» Paris, 28 février 1853. »

La *Presse médicale belge* commence la publication dans son dernier numéro de la note adressée par M. le docteur Thiry, de Bruxelles, à M. le préfet de police, à Paris, en réponse à la demande qui lui avait été faite de vouloir bien communiquer les résultats de ses expériences sur la syphilisation pratiquée par lui au grand hôpital Saint-Pierre. Quand cette publication importante sera publiée, nous la ferons connaître à nos lecteurs.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

RECHERCHES ÉLECTRO-PHYSIOLOGIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LE DIAPHRAGME ;

Mémoire présenté à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine,

Par M. le docteur DUCHENNE DE BOULOGNE.

PARTIE PHYSIOLOGIQUE.

Depuis les temps les plus reculés, le diaphragme est considéré comme le muscle essentiel de la respiration. Mais le même accord ne règne plus parmi les physiologistes, quand il s'agit de déterminer exactement son action sur les côtes auxquelles

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Pathogénie d'Hippocrate. — Pourquoi Hippocrate est-il humoriste? Comment il est plus humoriste que vitaliste ; toutes les maladies résultent d'un vice des humeurs. — De quelle manière Hippocrate fait intervenir les solides, dans les maladies; origine de la doctrine des fluxions et des catarrhes. — La théorie humorale d'Hippocrate justifiée par la variole. — Des crises et des jours critiques : appréciation par M. Andral ; doctrine ancienne et moderne de la métastase : jugement de M. Andral.

IX.

Exposition des doctrines hippocratiques. — (Voir le dernier numéro.)

Si la théorie humorale d'Hippocrate pouvait être justifiée, elle le serait par la variole, non seulement au point de vue de l'existence d'un principe morbifique, mais encore au point de vue de la durée invariable admise par Hippocrate dans les mêmes maladies, de la succession des phénomènes morbides et de la possibilité de prévoir d'avance, d'après les phénomènes actuels, ce qui doit arriver plus tard. Les fièvres éruptives sont en effet, en pathologie, un exemple exceptionnel, mais frappant de cette durée fixe, déterminée, de cette division en périodes nettement tranchées que l'école hippocratique avait le tort d'admettre dans toutes les maladies. Il est curieux de voir, dans un petit coin du tableau de la pathologie, une classe de maladies présentant des phénomènes qui cadrent parfaitement avec les idées d'Hippocrate ; mais les fièvres éruptives ne forment qu'un coin du tableau pathologique, et tout le reste est en complet désaccord avec ces idées.

La *crise* est donc tout changement subit qui, arrivant à une certaine époque d'une maladie, en amène la guérison. En général, dans les livres hippocratiques, le mot crise est employé comme synonyme d'événement heureux ; rarement il est pris en mauvaise part. Cependant, dans quelques cas, il est appliqué à un accident malheureux. Il y a donc une bonne et une mauvaise crise ; mais en général ce mot tout seul exprime une terminaison favorable, et, quand il doit servir à exprimer le contraire, il est toujours accompagné d'un adjectif qualificatif.

La crise arrive lorsque l'humeur prédominante ou intempérée qui a causé la maladie revient à son état normal, après avoir subi la *coction* Πέψις, mot grec qui veut dire également digestion. Cette étymologie indique clairement que l'école d'Hippocrate assimilait le travail d'élaboration des humeurs dans les parties malades, au travail qui se passe dans l'estomac, pendant la digestion des alimens. Lorsque l'humeur intempérée a subi cette élaboration, tout ce qu'elle contenait de nuisible se sépare spontanément et sort de l'économie par différentes voies. Lorsque cette séparation spontanée se fait attendre, l'art peut intervenir pour l'accélérer, et diriger l'humeur élaborée vers tel ou tel point; mais il ne doit jamais intervenir avant le moment de la formation de la matière morbifique, lorsque l'humeur est encore crue, car cette intervention prématurée serait plus nuisible qu'utile. De là ce précepte posé par Hippocrate, qu'il est toujours inutile et très souvent dangereux d'employer une thérapeutique active au début d'une maladie, précepte auquel l'observation et l'expérience modernes donnent chaque jour un éclatant démenti.

Toutefois, ce précepte d'Hippocrate, erroné dans ce qu'il a d'absolu, trouve sa vérification dans quelques cas particuliers. Essayez, par exemple, de vouloir enrayer, par une thérapeutique active, une fièvre éruptive à son début. Dans la plupart des cas, vous nuirez, ou, si vous ne nuisez pas, vous n'empêcherez nullement la maladie de se développer. Ce n'est pas qu'il faille proscrire toute médication active au début des fièvres exanthématiques et ériger la méthode expectante en principe absolu. Il y a des cas où il faut saigner, soit parce que le malade est doué d'un excès de forces, soit parce que l'affection se complique d'une phlegmasie qui enraie la marche de la fièvre éruptive. Mais si l'on se propose pour but, en appliquant le traitement antiphlogistique, d'empêcher le développement de la variole ou de la rougeole, non seulement on manque son but, mais encore on expose le malade à de graves dangers. Ainsi, lorsque au début d'une fièvre éruptive on n'observe pas chez le malade, un excès de force ou une complication morbide, il faut ne pas intervenir, et, suivant la méthode d'une sage expectation, laisser la nature accomplir librement son œuvre.

Il y a donc un coin du tableau pathologique où Hippocrate a raison, non seulement au point de vue de la nature de la maladie, de ses symptômes, de sa marche et de sa durée, mais encore au point de vue de son traitement ; ce coin du tableau est celui des fièvres éruptives.

La crise a lieu, quels sont les phénomènes qui l'annoncent ou l'accompagnent? Ce sont en général des matières évacuées : 1° des pertes de sang, épistaxis, flux hémorrhoïdal, etc.; 2° divers produits muqueux ou puriformes ayant pour point de départ les muqueuses buccale, nasale, etc.; 3° des matières vomies ou évacuées par les selles, ou portées au dehors avec les urines et les sueurs ; 4° abcès ou collections de pus, éruptions cutanées, etc. En général, dans la crise, suivant Hippocrate, les humeurs, de ténues qu'elles étaient, deviennent épaisses; de transparentes, elles deviennent troubles, et, d'aqueuses ou pituiteuses, purulentes. En écartant pour un instant l'idée de crise et de phénomènes critiques, nous voyons que les modifications d'aspect et de qualité que, suivant Hippocrate, les humeurs subissent dans les maladies, sont, dans certains cas, la traduction fidèle de ce qui existe réellement dans la nature. C'est une chose remarquable de voir, dans les phlegmasies des membranes muqueuses, les produits de sécrétion présenter toujours, de l'origine de la maladie à sa terminaison, les mêmes modifications correspondant aux mêmes périodes de la maladie ; ténus et transparens au début, de plus en plus épais et opaques à mesure que la maladie tend vers sa terminaison, ce qui semble indiquer dans l'intérieur des membranes muqueuses enflammées un travail particulier d'où résultent les

il s'insère.

Ainsi, le diaphragme resserre-t-il par sa contraction isolée la base de la poitrine en tirant les côtes inférieures en dedans? Agrandit-il, au contraire, les diamètres transversal et antéro-postérieur de la moitié inférieure de cette cavité, en portant les côtes diaphragmatiques en haut et en dehors? Existe-t-il des différences entre l'action physiologique et l'action propre de ce muscle, c'est-à-dire quand il se contracte, ayant conservé ou perdu ses rapports naturels avec les viscères abdominaux? Enfin, quel est le mécanisme de l'action du diaphragme sur les parois thoraciques?

Telles sont les différentes propositions que je me propose d'étudier expérimentalement dans la première partie de ce travail, et que je crois avoir résolues définitivement, grâce à mes recherches électro-physiologiques, faites sur l'homme et sur les animaux.

Un fait scientifique acquiert d'autant plus de valeur à mes yeux, qu'il offre plus d'intérêt pratique. C'est pour cette raison que je me suis toujours appliqué à relier mes recherches électro-physiologiques à la pathologie ou à la thérapeutique.

Suivant cette bonne habitude, je ferai ressortir l'utilité, au point de vue pratique, de mes recherches électro-physiologiques sur le diaphragme, en essayant d'en tirer des déductions applicables à la pathologie et à la thérapeutique, et principalement à l'étude de l'atrophie, de la paralysie et de la contracture du diaphragme.

C'est ce qui fera l'objet de la seconde partie de ce travail.

PREMIÈRE PARTIE.

RECHERCHES ÉLECTRO-PHYSIOLOGIQUES.

EXPOSÉ HISTORIQUE.

Les anatomistes de l'antiquité ne reconnaissaient qu'un seul muscle respirateur; ils lui attribuaient en conséquence le pouvoir d'élever et de porter les côtes en dehors.

Mais Galien fut conduit, par ses nombreuses et ingénieuses vivisections, à admettre l'existence d'autres muscles respirateurs que le diaphragme, qu'il a appelés respirateurs extraordinaires, et à restreindre l'action du diaphragme aux côtes inférieures, qui alors, selon ce prince des anatomistes, sont portées en haut et en dehors (*sursum et leviter prorsum*) (1).

Ce n'est pas ici le lieu de rapporter les expériences curieuses au moyen desquelles Galien parvint à établir l'existence d'autres muscles respirateurs que le diaphragme, et à déterminer la part qui revient à chacun d'eux dans l'acte de la respiration.

Je me bornerai à rappeler l'expérience qui a trait aux fonctions respiratrices du diaphragme.

Pour obtenir la contraction isolée du diaphragme, Galien paralysait sur un animal vivant tous les autres muscles respirateurs, en liant les nerfs intercostaux et ceux des dentelés, des pectoraux, etc., etc., ou en coupant ces derniers muscles (2). Certain, dès lors, qu'aucun autre muscle que le diaphragme ne pouvait se contracter pendant l'inspiration, il constatait les mouvemens d'expansion des parois thoraciques, qui étaient limités, ainsi que je l'ai dit, à la partie inférieure.

Cette belle expérience de Galien a été oubliée (1), ou ne paraît pas avoir été prise au sérieux par la plupart des physiologistes qui n'en ont pas fait mention, et qui ont remis en question, on le verra bientôt, un phénomène qui paraissait si bien établi par elle, c'est-à-dire l'agrandissement de la base du thorax, sous l'influence de la contraction isolée du diaphragme.

Au XVIe siècle, l'opinion de Galien sur l'action du diaphragme, comme muscle inspirateur, régnait encore dans la science, puisque Vésale, qui ne laissait échapper aucune occasion d'attaquer l'autorité de ce maître, jusqu'alors respectée, reconnaissait le fait physiologique découvert par ce grand anatomiste. En effet, Vésale écrit « qu'il (le *septum transversum*) écarte les côtes inférieures, les sixième et septièmes côtes thoraciques aux cartilages desquelles il s'insère également, et que c'est à cause de cela qu'il dilate et augmente la capacité du thorax. » (Liv. II, chap. XXXV) Mais comme s'il voulait expliquer le mécanisme de ce mouvement des côtes, il ajoute que « le diaphragme, en se contractant pendant l'inspiration, *remonte dans la cavité thoracique*, et entraîne conséquemment en dehors et en haut les côtes auxquelles il s'insère. »

Qu'on ne croie pas que ce soit par inadvertance ou par défaut d'observation, qu'un anatomiste aussi éminent que Vésale ait professé de telles erreurs sur les mouvemens propres du diaphragme, car il dit dans le même chapitre, qu'il s'est livré à de nombreuses vivisections pour démontrer la réalité de ces phénomènes. « Je n'ignore pas, dit-il, que quelques grands anatomistes de ce siècle, assistant à mes expériences, prétendent que le mouvement propre du diaphragme se fait vers le bas, il m'a fallu leur prouver le contraire. » Pour ne laisser aucun doute sur sa conviction à cet égard, il ajoute un peu plus loin : « Le mouvement d'élévation et de dilatation du diaphragme pendant que le thorax s'agrandit et s'augmente, est si évident dans les vivisections, que ce muscle entraîne dans la cavité du thorax, et soulève après lui le foie et l'estomac. »

Il ressort de ce qui précède, que bien que Vésale ait reconnu comme Galien le mouvement d'expansion des côtes inférieures, produit par la contraction du diaphragme, cet anatomiste s'est complètement mépris sur le mécanisme de ce mouvement, puisqu'il attribuait à l'élévation de ce muscle le résultat de sa contraction.

Malgré l'autorité de son nom, Vésale ne parvint pas à faire triompher ses idées sur les fonctions du diaphragme, car Columbus, l'un de ses disciples les plus célèbres, professa, contrairement à son maître, que le diaphragme s'abaisse pendant l'inspiration, mais qu'alors il est dans le relâchement; de telle sorte qu'en s'élevant sous l'influence de la contraction, il tire les côtes inférieures en dedans, et qu'en s'abaissant il leur permet, grâce à son relâchement, de se porter en dehors pendant l'inspiration (2).

On trouve les mêmes opinions contradictoires, les mêmes erreurs sur l'action propre du diaphragme dans les auteurs de cette époque et du siècle suivant. Il est vrai que Jean Riolan a écrit (*anatomia corporis humani*) que le diaphragme *se contracte et s'abaisse pendant l'inspiration*, et resserre en même temps la base de la poitrine; mais ce n'est qu'une assertion sans preuves, qui n'a pas le mérite de s'appuyer, comme chez tous les anatomistes précédens, sur l'expérimentation.

Il faut arriver à Borelli, moins anatomiste que profond mécanicien, pour avoir la démonstration réelle du mouvement propre du diaphragme et de l'agrandissement du diamètre vertical de la poitrine par la contraction de ce muscle pendant l'inspiration. Mais après avoir prouvé aussi, qu'en raison de sa structure et de ses points d'attache, le diaphragme doit nécessairement resserrer la base du thorax, Borelli *nie absolument que la respiration par ce muscle puisse se faire sans le concours des intercostaux* (1).

Winslow (2), Haller (3), et après eux toute l'école physiologique moderne, ont professé la même doctrine, la même théorie que Borelli sur la respiration diaphragmatique (4).

Depuis plusieurs siècles, on le voit, les idées de Galien sur l'action respiratrice du diaphragme étaient abandonnées et même oubliées, quand, en 1833, M. Magendie annonça qu'aux muscles élévateurs des côtes, il faut encore ajouter un muscle auquel, disait-il, on n'avait pas encore attribué cet usage (5), le diaphragme. Voici comment ce physiologiste explique le mécanisme de ce mouvement. Quand le diaphragme se contracte, il refoule en bas les viscères, mais, pour cela, le sternum et les côtes doivent présenter une résistance suffisante à l'effort qu'il fait pour les tirer en haut. Or, la résistance ne peut qu'être imparfaite, puisque toutes ces parties sont mobiles, c'est pourquoi chaque fois que le diaphragme se contracte, il doit toujours élever plus ou moins le thorax. En général, l'étendue de l'élévation sera en raison directe de la résistance des viscères abdominaux et de la mobilité des côtes (*Précis de physiologie*, t. XI, p. 380). Malheureusement, il manquait à cette théorie la démonstration expérimentale, et il en résulta que le savant physiologiste ne convertit personne aux idées de Galien et à sa théorie, aussi neuve qu'ingénieuse. Les expériences que j'aurai bientôt à rapporter, me permettront, j'espère, d'en apprécier la valeur.

Dix ans après (en 1843), MM. Beau et Maissiat, s'appuyant cette fois sur des vivisections, essayèrent aussi de réhabiliter,

(1) Voici le passage dans lequel Galien décrit cette action du diaphragme et que j'ai extrait de la traduction française des *Administrations anatomiques de C. Galien*, par Daleschamp : « Mais tout le mouvement d'icelle (de la poitrine) est » manifestement fait en l'inférieure partie, par le diaphragme, qui se tendant et se » lâchant alternativement, dilate et serre l'extrémité d'icelle, qui lui est prochaine. » Le diaphragme aussi, par le moyen de l'écusson de l'estomac, tire contre bas le » brichet : contrement et en devant les côtes fausses tout doucement. » (Chap. XXII, du livre VIII, p. 192.)

(2) Galien entre dans des détails minutieux sur la manière intéressante de pratiquer ces opérations, qu'il dit avoir faites un grand nombre de fois en présence de ses disciples. (*Adm. anat.*, livre VIII, C. III, IV, V, VI, VII et VIII.

(1) J'aurais tort de dire qu'elle a été complètement oubliée, car M. Daremberg, si versé comme on le sait, dans l'étude des anciens, la rapporte tout entière dans sa thèse inaugurale pour le doctorat.

(2) Colombus (*De re anatomica*), liv. V, chap. XX, pag. 257, édit. de Francfort, 1593. In-8°.

(1) Attamen nego, *spontaneam inspirationem* fieri absque auxilio et *actione musculorum interostalium*, nam in nobis ipsis, et in dormientibus *oculis et digitis* observamus *costas* dilitari et *sternum* elevari versus *jugulum*. Talis autem *mothus thoraus a contractione fibrarum diaphragmatis*, fieri non potest, quiacum contrahuntur, permeter ejusdem *diaphragmatis* minutur et trahitur versus centrum; et proinde *costæ mendosæ*, appendices *verarum* et *sternum* trahuntur a *diaphragmate* deorsum : ergo tantum abest, ut elevationem *costarum* producant, quod eam impediant et stringant perimetrum *thoracis* ; et ideo *inspiratio* fieri non possest. Igitur ad quamlibet *inspirationem* efficiendam, necessario *diaphragma*, una cum *intercostalibus*, communi actione concurrere debent. (Alphonsi Borelli. *De motu animalium pars secunda*. Propositio LXXXIV.)

(2) *Sur les mouvemens de la respiration* ; mémoire à l'Académie des sciences en 1753.

(3) *Élem. physiol.*, tome III, liv. VIII, p. 85. Haller dit en note, à la même page : Habet etiam Vesalius et ipse Galenus. — L'historique que je viens de faire, prouve que Haller prêtait aussi à Galien et à Vésale des idées absolument contraires à celles que ces anatomistes ont professées sur le diaphragme. La probité scientifique d'Haller est trop bien établie pour qu'on accuse ici sa bonne foi. Ces erreurs, trop fréquentes dans ses écrits, retombent sur ceux dont it se faisait aider dans ses recherches et qui interprétaient aussi infidèlement les auteurs.

(4) Sabatier et Boyer ont cependant fait intervenir les petits dentelés inférieurs et postérieurs comme élévateurs des côtes dans la respiration diaphragmatique, au lieu des intercostaux.

(5) Je regrette d'avoir à faire remarquer que la découverte que M. Magendie s'attribue, appartient à Galien et a été connue pendant de longs siècles.

---

diverses modifications d'aspect et de qualités dans les produits de sécrétion. Lorsque, dans les phlegmasies des membranes muqueuses, l'humeur, de transparente qu'elle était, devient opaque et jaunâtre, c'est l'indice d'une terminaison favorable; mais il faut voir là une pure coïncidence et non une relation de cause à effet. Le changement dans l'aspect du produit de sécrétion annonce une terminaison favorable, mais ne la produit pas.

D'après Hippocrate, il y a, dans les maladies, un certain nombre de phénomènes qui ne sont pas critiques, mais qui précèdent et annoncent les crises; ces phénomènes sont de deux sortes : 1° des phénomènes *communs*, ainsi nommés parce qu'ils annoncent seulement l'imminence de la crise, sans déterminer le lieu où elle doit se faire; 2° des phénomènes *propres* indiquant que la crise doit se faire de telle ou telle manière, sur tel ou tel point. De là la possibilité de prévoir les crises et par conséquent d'instituer une thérapeutique, puisque la thérapeutique ne commence qu'au moment où l'humeur élaborée et cuite va se séparer et sortir de l'économie. La grande préoccupation de l'école hippocratique est de rechercher vers quel point de l'économie la nature porte et veut fixer la matière morbifique, afin de diriger vers ce point les agens médicamenteux, d'après ce principe tant de fois proclamé par cette école : *quo natura vergit eo ducendum*. Dans un certain ordre d'idées théoriques et pratiques, ce principe est bon à retenir, non pas dans le sens absolu que lui donne Hippocrate, mais dans une acception beaucoup plus restreinte. Ainsi, il est des cas où l'on voit un flux intestinal diminuer une congestion cérébrale ; un flux urinaire améliorer une hydropisie, etc. En présence de cas pareils, le médecin doit avoir là une indication naturelle de diriger vers l'intestin, les reins, etc., ses moyens de traitement, afin de favoriser ainsi la tendance de la nature vers la résolution de la maladie.

La crise peut se faire du quatrième jour, terme le plus court, au soixantième jour, terme le plus long, après lequel elle ne peut plus avoir lieu. Passé ce terme, il n'y a plus de crise, la maladie cesse d'être aiguë et devient chronique. Suivant l'école d'Hippocrate, les maladies chroniques sont celles qui se terminent sans crise, quelle qu'en soit, d'ailleurs, l'issue heureuse ou malheureuse. Dans cette période comprise entre le quatrième et le soixantième jour, pendant laquelle la crise peut se faire, celle-ci se déclare de préférence à certaines époques, à certains jours qui, pour cette raison, sont nommés *jours critiques*.

Ces jours se divisent en pairs et impairs. Les jours impairs sont favorables aux bonnes crises; les jours pairs sont défavorables. Ces idées erronées de l'école d'Hippocrate au sujet des jours critiques, ne sont que le reflet de la philosophie numérique de Pythagore, d'après laquelle le nombre impair est le symbole de tout ce qu'il y a d'heureux dans le monde. Peu d'auteurs, du reste, ont ajouté foi à l'influence des nombres. Galien n'y croit pas; Celse s'élève contre la doctrine pythagoricienne, disant que les nombres de Pythagore ont trompé les meilleurs esprits de l'antiquité. D'ailleurs, la doctrine des jours critiques est contredite, à chaque instant, par les observations particulières consignées dans le livre des *épidémies*, où l'on voit des crises heureuses se faire indifféremment aux jours pairs ou impairs. Les médecins postérieurs à Hippocrate se sont divisés en deux camps, relativement à la doctrine des crises et des jours critiques, les uns l'admettant, les autres la rejetant. L'observation moderne ne montre pas que la terminaison heureuse des maladies soit accompagnée de phénomènes critiques, si ce n'est dans des cas très rares où il survient, en effet, dans le cours de la maladie, des phénomènes qui en accélèrent rapidement la guérison, et peuvent, jusqu'à un certain point, être considérés comme des phénomènes critiques. C'est ainsi que les fièvres éphémères, survenant au printemps chez des individus pléthoriques, sont emportées par une épistaxis. Les désordres variés qui suivent une suppression de règles, disparaissent par le retour du flux menstruel; un flux abondant d'urine fait, dans quelques cas, disparaître une hydropisie; des inflammations aiguës ou chroniques des membranes muqueuses peuvent guérir sous l'influence d'une éruption cutanée; un homme est pris de malaise, de dyspepsie, d'anorexie, de troubles variés; qu'une articulation se gonfle, que la goutte survienne, les accidens généraux cessent comme par enchantement, la goutte semble avoir porté sur un point circonscrit, l'articulation malade, l'excès d'acide urique qui embarrassait le sang. Mais ces faits sont rares et ne s'appliquent qu'à des maladies particulières. Quant aux jours critiques, ils sont encore moins acceptés que les crises. Cependant Galien les a défendus; mais il avoue, dans un endroit de ses ouvrages, qu'il l'a fait malgré lui, et pour se prêter aux vives instances de quelques-uns de ses amis.

Au lieu de se terminer par une crise, la maladie peut avoir une autre terminaison, la *métastase*, μεταστασις, changement de place. Pour l'école hippocratique, il y a métastase toutes les fois qu'une humeur fixée sur un organe l'abandonne pour se porter sur un autre; chose facile, puisque, suivant les idées anatomiques de cette école, le corps humain est facilement perméable aux différentes humeurs. A mesure que la science a marché, les idées premières sur lesquelles avait été fondée la doctrine de la métastase ont disparu, mais le mot est resté; et, aujourd'hui encore, lorsqu'on voit, à la suite de la brusque disparition de l'affection d'un organe, un autre organe être pris de maladie, on prononce qu'il y a eu métastase. Seulement, ce n'est plus une humeur qui change de place, c'est l'irritation ou l'inflammation. Il ne faut voir là, en définitive, qu'une théorie substituée à une autre. La métastase de l'irritation n'est pas plus prouvée que celle des humeurs, et l'on se paie de mots lorsque, voyant, par exemple, à la suite de la disparition d'un érysipèle de la face, une méningite se développer, on suppose que l'inflammation s'est portée de la peau sur les méninges.

(La suite prochainement.)

---

dans un travail remarquable (1), l'opinion de Galien sur l'action du diaphragme comme élévateur des côtes.

Après avoir coupé sur un chien les grands dentelés, les pectoraux et les scalems, ils pratiquèrent de chaque côté l'incision des six derniers espaces intercostaux, depuis le sternum jusqu'à la colonne vertébrale, de manière à séparer transversalement les parois thoraciques en deux portions, et alors ils observèrent encore quelques inspirations dans la portion inférieure, malgré l'étendue de cette plaie, et malgré surtout l'affaissement des poumons qui eut lieu immédiatement. Après avoir ensuite extirpé rapidement le diaphragme, le segment inférieur resta immobile.

MM. Beau et Maissiat ont conclu de leurs expériences que le diaphragme, par son action propre, élève les côtes diaphragmatiques en haut, et les porte en dehors. Mais ils n'ont pas admis la nécessité du point d'appui sur les viscères abdominaux, imaginé par M. Magendie pour expliquer le mécanisme de cette action du diaphragme sur les côtes inférieures, croyant que la résistance offerte à ce muscle par le péricarde, qu'ils ont nommé le tendon creux du diaphragme, était suffisante produire ces phénomènes.

Les expériences de MM. Beau et Maissiat ont été répétées par M. de Brou avec des résultats tout à fait contraires; aussi cet observateur s'est-il hâté de protester contre les conclusions de MM. Beau et Maissiat (2). Il en est résulté que le plus grand doute règne encore dans la science sur l'action réelle du diaphragme, comme dilatateur de la base du thorax, et sur le mécanisme de cette action.

Pour arriver à la solution de ce problème scientifique, solution nécessaire à l'explication des phénomènes morbides non encore décrits que j'aurai à exposer dans ce travail, je me livre depuis plusieurs années à une série d'expériences électro-physiologiques sur l'homme et sur les animaux vivans, ou morts, mais dont l'irritabilité n'est pas encore éteinte.

Ces expériences, qui me paraissent décisives, et que je vais rapporter, me dispenseront de discuter les opinions contraires dont je viens de faire l'exposé historique.

(La suite au prochain numéro.)

(1) Quatrième série, t. I, p. 224.

(2) *Note sur l'action des muscles intercostaux*, par M. T. Debrou (*Gazette médicale*, année 1843, p. 344).

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE.

RECHERCHES SUR LES EFFETS DES MÉDICAMENS CHOLAGOGUES;

Par le docteur C. Handfield Jones, médecin-adjoint de l'hôpital Ste-Marie, à Londres.

Avant de faire connaître les résultats que m'ont donnés mes recherches sur les effets de certains médicamens cholagogues, qu'il me soit permis de présenter un court résumé de mes idées et de mes observations sur la structure du foie.

Le foie des animaux mammifères est composé simplement d'une masse parenchymateuse solide, divisée en lobules qui se touchent par leurs bords les uns les autres. Dans les trois classes des animaux vertébrés inférieurs, la disposition en lobules est à peine marquée; circonstance qui prouve qu'elle n'est pas essentielle : le parenchyme consiste chez eux en des cellules parfaites ou des noyaux, et une matière diffuse granuleuse et huileuse. Les conduits biliaires ne circonscrivent pas le parenchyme, pas plus qu'ils ne forment des canaux intercelluleux au sein de ce dernier; ils se terminent soit par un cul-de-sac arrondi, soit, comme le pense Kolliker, en aboutissant contre une masse de cellules parenchymateuses. La structure des dernières ramifications de ces conduits est particulière : elle consiste pricipalement en des noyaux et semble destinée à exercer une fonction active d'élaboration; ce ne sont pas de simples canaux efférens. Les conduits reçoivent dans toutes leurs grandes branches des rameaux de l'artère hépatique, mais leurs dernières ramifications ne sont pourvues que d'un réseau peu serré quand elles viennent se placer dans les fissures interlobulaires, et elles sont disposées pour recevoir la sécrétion des cellules marginales. La veine-porte se distribue exclusivement au parenchyme, dont les cellules se trouvent dans les rapports les plus intimes avec ses ramifications capillaires. Les cellules hépatiques élaborent, aux dépens du blastème alimenté par les capillaires, le sucre qui se forme dans le foie pendant la digestion, et qui est absorbé et emporté par le sang dont se chargent les veines hépatiques. La matière jaune ou pigmentaire de la bile se voit souvent dans les cellules, principalement dans les cellules centrales du foie humain. On ne la rencontre pas aussi souvent dans les cellules marginales, dans lesquelles une matière huileuse est beaucoup plus disposée à s'accumuler. La matière jaune peut être extraite en grande quantité au moyen de l'alcool; elle fournit les réactions du pigment biliaire et non celles de l'acide cholique et de ses combinaisons. Ces derniers me paraissent formés aux dépens des matières huileuses, saccharines et albumineuses, par les dernières ramifications des conduits, dont les noyaux, qui sont permanens, exercent constamment une action métabolique.

Lorsqu'on suit le développement du foie sur le poulet, on aperçoit d'abord le parenchyme; bientôt après une éminence formée d'une matière huileuse brune se voit sur la paroi du duodénum futur, d'où partent deux prolongemens qui arrivent à ce parenchyme; ils ne se ramifient pas néanmoins dans celui-ci, au contraire ils s'atrophient et disparaissent, tandis que l'éminence persiste. Les conduits cystique et hépatique commencent à se développer un peu plus tard au niveau du foie, s'allongent de haut en bas et s'ouvrent, en se réunissant, dans l'intestin immédiatement au niveau de l'éminence que je viens de mentionner et à laquelle je propose de donner le nom de *colliculus*. Le développement est le même chez les poissons et les reptiles; chez les premiers, il est très lent, le foie est longtemps une simple masse parenchymateuse avec une vésicule biliaire, véritablement vésiculaire. Chez la grenouille, le conduit hépato-cystique est revêtu, pendant un certain temps, par un épithélium ciliaire.

Je demande pardon au lecteur de cette longue exposition anatomique, mais elle m'a paru nécessaire pour faire comprendre les recherches auxquelles je me suis livré, afin d'éclairer l'action des médicamens cholagogues. J'entre maintenant dans l'exposition de quelques-unes de mes expériences :

Expérience 1re. — J'ai administré à un chat bien portant 5 grains d'*hydrargyrum cum cretâ* (1), puis l'animal a été tué d'un coup sur la tête. Le foie était entièrement gorgé de sang, la vésicule contenait une bile jaune très foncée. Quant à la bile, elle ne contenait que de l'épithélium à colonnes; sa couleur était celle des cellules teintes en jaune, peut-être un peu plus rougeâtre. J'ai examiné plusieurs tranches minces de l'organe hépatique: les capillaires étaient entièrement gorgés de sang et formaient un plexus uniforme avec des mailles circulaires ou allongées. Le diamètre des capillaires variait entre 1/2500 et 1/4000 de pouce. Partout les cellules étaient pâles, bien conformées, contenant une matière molle, granulée et emprisonnant de nombreuses petites gouttes d'huile. L'enveloppe et le noyau étaient assez distincts. Aucune n'avait la teinte jaune, pas plus les cellules marginales que celles situées près du centre des lobules. Il n'y avait pas trace de bile dans l'intestin grêle. J'ai fait passer de l'eau chaude dans les veines hépatiques et je les ai débarrassées de leur sang; après quoi j'ai fait préparer une décoction aqueuse du foie et j'y ai trouvé du sucre en abondance, ce qui prouve que le sucre n'existe que dans les cellules.

Dans cette expérience, on le voit, la dose du médicament mercuriel n'a eu d'autre effet que de produire une congestion très marquée du foie. Il fallait donc essayer des doses plus considérables et y revenir plus souvent, c'est ce que j'ai fait dans l'expérience suivante :

Expérience 2me. — Trois doses de calomel, chacune de 3 grains, furent administrées à un gros chat, à l'intervalle d'environ douze heures. Quatorze heures après la dernière dose, l'animal fut sacrifié. Le foie était extrêmement gorgé de sang; la vésicule, ainsi que les conduits biliaires, contenaient beaucoup de bile d'un jaune foncé. Il y avait une légère coloration bilieuse dans l'intestin grêle, à partir du milieu de sa longueur. Cette coloration augmentait à mesure qu'on approchait de la partie inférieure de cet intestin, dans laquelle, ainsi que dans le gros intestin, elle était très marquée. En examinant des tranches minces du tissu du foie, je trouvai qu'une prodigieuse quantité de matière jaune s'était formée dans les cellules des bords des lobules, et s'étendait dans toute leur moitié externe. Cette matière avait l'aspect de gouttes d'huile jaunâtre; elle avait bien évidemment son siége dans l'intérieur des cellules; mais quelques masses plus volumineuses d'un brun ou d'un jaune rougeâtre étaient libres. Les canaux biliaires ne présentaient rien de particulier; les noyaux n'étaient pas teints en jaune. Les poumons contenaient de nombreuses masses blanchâtres, d'un volume variable, composées de cellules granulées, bien développées, de noyaux..... etc., c'étaient plutôt des masses d'exsudation que des masses tuberculeuses.

On voit que, dans cette expérience, la quantité de matière jaune avait augmenté dans les cellules extérieures; et cette augmentation doit certainement être rapportée à l'administration du calomel; un peu de bile avait également été versée dans l'intestin. L'importance de cette expérience m'engagea à la répéter, et, comme on va le voir, les résultats furent à peu près les mêmes.

Expérience 3me. — Un chat fut soumis à l'administration du calomel, comme le précédent. Je trouvai la vésicule et les conduits biliaires remplis par une sécrétion brunâtre; mais il n'y avait de bile ni dans le gros, ni dans le petit intestin. Les cellules du parenchyme hépatique étaient extrêmement chargées d'huile; dans quelques endroits, on voyait de grosses masses de larges gouttes d'huile, ou des gouttes d'huile volumineuses isolées. Les cellules situées autour du centre des lobules contenaient de la matière jaune, soit sous forme de granules ou de molécules, soit à l'état de l'infiltration. Çà et là, on voyait d'assez grosses masses rougeâtres, jaunes-rougeâtres ou brunes, de forme un peu anguleuse, qui étaient probablement du pigment. Les plus petits conduits étaient parfaitement normaux; les plus gros et les troncs, au contraire, étaient souvent teints en jaune. Le poumon était sain.

Je suis porté à penser que l'énorme accumulation d'huile, qui s'était faite dans le foie, était due en partie à l'administration du calomel, aussi bien que l'accumulation de matière jaune dans les cellules, laquelle (chose intéressante à noter), se trouvait aussi à l'état de liberté dans l'intervalle des cellules.

Expérience 4me. — Je fis prendre à un chat, âgé de deux ou trois semaines, environ 7 grains d'*hydrargyrum cum cretâ*, et je le sacrifiai quatre heures après. Il y avait du mucus en abondance dans le canal intestinal, et la vésicule contenait beaucoup de bile d'un jaune-brun foncé. Les lobules du foie, au niveau de leur bord, là où ils circonscrivent les fissures et les interstices, étaient fortement colorés par de la matière jaune, coloration qui contrastait d'une manière remarquable avec la pâleur, l'aspect granulé et huileux des autres parties. Les cellules étaient généralement pâles, granulées et bien développées. Elles contenaient quelques gouttes d'huile et étaient plongées dans de la matière huileuse; mais celle-ci était moins abondante que d'habitude. La matière jaune était dans les cellules. En disséquant les conduits, j'ai pu m'assurer que les cellules teintes en jaune et les particules d'un beau jaune foncé adhéraient à la capsule de Glisson. Il n'y en avait pas du tout dans les conduits. Les dernières ramifications de ceux-ci, ainsi que cela s'observe du reste chez les jeunes animaux, n'étaient pas complètement développées.

(La fin au prochain numéro.)

(1) L'*hydrargyrum cum cretâ* n'est autre chose qu'un mélange de trois parties de mercure et de cinq parties de chaux préparée, qui est administrée vulgairement en Angleterre, surtout dans la médecine des enfans, à la dose de 2 à 5 grains. *(Note du traducteur.)*

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er Mars 1853. — Présidence de M. Bérard.

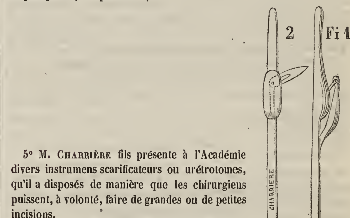
La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Savy, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lodève, sur une épidémie de gastro-entérite qui a régné dans la commune de Canet (Hérault), pendant les mois de septembre, octobre et novembre derniers.

2° Un mémoire de M. le docteur Mattei, professeur d'accouchement à Bastia (Corse), dont le but est de prouver que la fièvre dite de lait n'est que la fièvre de suppuration de la muqueuse utérine. (Comm. MM. P. Dubois, Depaul et Cazeaux.)

3° Un mémoire de M. le docteur Moreau-Boutard, médecin militaire, sur le phimosis congénial et son traitement. (Comm. MM. Huguier et Danyau.)

4° Un mémoire de M. le docteur Duchenne de Boulogne, sur le diaphragme. (Voir plus haut.)



5° M. Charrière fils présente à l'Académie divers instrumens scarificateurs ou urétrotomes, qu'il a disposés de manière que les chirurgiens puissent, à volonté, faire de grandes ou de petites incisions.

Ainsi on voit, fig. 2, l'instrument à saillie circulaire de M. le dr Dupierris, fabriqué par Charrière père, et publié en 1839, avec planche, dans le *Bulletin de thérapeutique*. La lame, actuellement aussi longue qu'on peut le désirer, fonctionne avec le principe de M. Dupierris, d'avant en arrière et d'arrière en avant, à volonté.

La figure 3 représente l'instrument à saillie latérale, indiqué autrefois au même fabricant, avec lame non articulée, par MM. Bégin et Robert, est représenté ici avec la même articulation de lame que celle de M. Dupierris.

6° Un mémoire de M. le docteur Fougeu, d'Étampes, intitulé : Du vomissement des femmes enceintes dû à l'état gastrique muqueux.

L'auteur conclut de ce mémoire :

1° Qu'il existe chez la femme enceinte une espèce de vomissemens occasionnés et entretenus par l'état gastrique muqueux;

2° Que, chez la femme enceinte, les seuls vomissemens qui m'ont paru graves par leur prolongation et leur continuité, se sont présentés à moi avec les signes de l'embarras gastrique muqueux, qu'ils n'ont cédé qu'au traitement usité en pareil cas pour ne plus se montrer après;

3° Que le traitement de l'état gastrique muqueux par les sels (neutres, incisifs, dissolvant et irritant), employés d'abord et suivis de l'administration d'un émétique, met fin immédiatement à ces vomissemens;

4° Qu'il est presque toujours nécessaire de réitérer l'administration de l'émétique et de le faire suivre d'un purgatif.

5° Que, comme dans toutes les affections gastriques, le traitement doit se terminer par l'emploi des toniques amers, qui sont d'un puissant secours pour ramener les fonctions digestives.

7° MM. A. Becquerel et Max. Vernois adressent la lettre suivante :

Monsieur le Président,

La réplique de M. Poggiale nous oblige à *terminer* par quelques observations un débat que nous n'avons pas suscité, et qui est entièrement étranger à la nature du travail que nous avons eu l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie.

Il est aujourd'hui de toute évidence :

1° Que nous avons signalé en termes très convenables, dans le cours de notre mémoire, les recherches sur le dosage du sucre de lait, signées du nom de M. Poggiale;

2° Que M. Poggiale n'a jamais eu l'idée de ces recherches, et que, par conséquent, il n'a aucun droit à en réclamer la priorité;

3° Qu'il n'a pas toujours rendu à M. l'abbé Moigno la justice qui lui était due.

C'est ce que prouve incontestablement la note suivante insérée dans le dernier numéro du journal *Cosmos* : « Le reproche que nous avons » adressé à MM. Vernois et Alfred Becquerel *était mal fondé*. Nous

» nous sommes assurés par nous-mêmes que, dans le préambule historique de leur mémoire, ces messieurs avaient rappelé les recherches de M. Poggiale, relativement au dosage du sucre contenu dans le lait. » Ce qui nous étonne et nous contrarie quelque peu, c'est que, dans la réclamation qu'il a adressée à la *Gazette médicale de Paris*, et qui a été insérée *in extenso*, M. Poggiale affirme nettement que le procédé indiqué par MM. Vernois et Becquerel, pour le dosage du sucre de lait, *lui appartient*, sans vouloir indiquer que la première application du saccharimètre à l'analyse du lait a été *faite par nous*, et que c'*est bien nous* qui lui avons porté cette méthode à laquelle il n'avait nullement songé dans son premier travail. »

Ces paroles étaient imprimées le 20 février, et M. Poggiale, qui lit le journal *Cosmos*, puisqu'il le cite, adressait à l'Académie, le 21, la lettre à laquelle nous répondons.

Il reste maintenant la question des instrumens. M. Poggiale, qui n'a pas vu notre appareil, commet encore des erreurs grossières dans les passages où il s'en occupe. Mais, comprenant bien la faiblesse de ses argumens, il se réfugie dans la critique du principe même sur lequel est basée sa construction. M. Poggiale nous pardonnera, tout en reconnaissant volontiers son talent comme chimiste, de récuser son aptitude quand il s'agit de prononcer sur une question de physique mathématique. Nous savons aussi bien que lui la différence qui existe entre le saccharimètre de M. Biot et notre polarimètre, ou, pour mieux dire, entre les instrumens qui ont pour base une appréciation de nuance de couleur, et ceux qui reposent sur la présence ou l'extinction de la lumière. A l'exemple de M. Poggiale, nous ne confondrons pas ensemble, quoiqu'ils soient établis sur le même principe, les instrumens de M. Biot et de M. Soleil (M. Poggiale s'est servi de ce dernier appareil.) M. Biot pourrait ne pas partager son opinion, et nous pourrions dire que les fabricans de sucre ont renoncé à l'usage du saccharimètre de M. Soleil. Mais il y a ici une question expérimentale qui domine les recherches auxquelles on peut se livrer, et sur laquelle nos juges et le public prononceront.

Nous rappellerons à l'Académie que l'instrument dont nous nous sommes servis *a déjà fait ses preuves*, et que si nous errons, c'est peut-être avec l'Académie. Car plusieurs commissions prises dans son sein ont déclaré *exactes* et *précises*, les recherches faites par MM. Alfred Becquerel et Rodier sur le dosage de l'albumine à l'aide de cet appareil. Les déviations, dans ce cas, ont lieu *à gauche*. Pour le sucre, les déviations ont lieu *à droite*. A qui fera-t-on comprendre qu'un instrument de cette nature, qui est très exact *à gauche* ne l'est plus *à droite?* Autant vaudrait-il soutenir qu'un thermomètre qui indique d'une manière précise les dégrés de chaleur *au-dessus* de zéro, ne les indique plus que d'une manière imparfaite quand il s'agit de les observer *au-dessous*.

Ainsi donc, M. le Président, notre position est aujourd'hui, près de l'Académie, ce qu'elle était avant les réclamations de M. Poggiale.

1° Nous avons été justes envers les travaux de M. Poggiale.

2° Tout ce que nous avons écrit à ce sujet est exact.

3° Quant aux résultats obtenus par notre instrument, c'est à l'expérience à prononcer, et nous les avons soumis au jugement éclairé de l'Académie.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de nos sentimens respectueux.

Alfred Becquerel. Max. Vernois.

25 Février 1853.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, qui transmet l'ampliation d'un décret rendu, sur son rapport, par l'Empereur, à l'effet d'approuver l'élection faite par l'Académie, dans sa séance du 15 février, de M. le docteur Conneau, pour remplir la place d'associé libre, vacante dans son sein, par suite du décès de M. de Blainville.

M. le Président annonce que M. Conneau est présent à la séance.

M. le Président soumet à l'approbation de l'Académie la désignation qu'a faite le conseil d'administration des onze membres pris dans chacune des sections, pour examiner la demande de mutation faite par M. P. Dubois. (L'Académie approuve.)

Élection de sept membres associés étrangers.

L'ordre du jour appelle la nomination au scrutin de sept membres associés étrangers.

Dans son comité secret de mardi dernier, sur le rapport de la commission, l'Académie a arrêté la liste suivante de présentation :

MM. Buffalini à Florence, Retzius à Stockolm, Riberi à Turin, Warren, à Boston, Valentin Mott à New-York, Vleminckx à Bruxelles, Grande à Lisbonne.

Sur une liste supplémentaire, la commission a placé MM. Owen à Londres, Faradey id., Arnold à Fribourg, Bright à Londres, Casper à Berlin, Chelius à Heidelberg, Betti à Florence, de Renzi à Naples, Bischoff à Giessen, Auvert à St-Pétersbourg, Brewster à Edimbourg, Ehrenberg à Berlin, Marsh à Dublin, Baroni à Rome,

Le scrutin, sur 76 votans, a donné les résultats suivans :

M. Mott a obtenu . . .	73 voix.
M. Buffalini.	67
M. Warren.	64
M. Riberi.	63
M. Vleminckx.	49
M. Retzius.	45

Ces six membres seuls ayant obtenu la majorité du suffrage, sont déclarés élus.

Les membres qui ont obtenu le plus de voix après eux, sont MM. Simpson (36 voix), Faradey (31), Grande (27), Rokitanski (20). MM. Bright, Maclouglin, Morton Owen ont eu quelques voix.

L'Académie procède à un second scrutin pour la nomination du septième membre. — Sur 43 votans :

M. Simpson obtient. . .	24 voix.
M. Grandet	15
M. Faradey	4

M. Simpson est élu.

En conséquence, les sept nouveaux membres associés étrangers sont : MM. Valentin Mott, de New-York ; Buffalini, de Florence ; Warren, de Boston ; Riberi, de Turin ; Vleminckx, de Bruxelles ; Retzius, de Stokholm ; Simpson, d'Edimbourg.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Bouchardat, relatif à la demande d'application du décret du 3 mai 1850 au lactucarium et à l'opium indigène de M. Aubergier.

Nous croyons devoir rappeler les principaux argumens qui ont été produits, dans les deux précédentes séances, pour ou contre le rapport, dont les conclusions consistent à demander l'application du décret du 3 mai 1850 au lactucarium et à l'opium indigène, et l'insertion des formules de M. Aubergier au *Bulletin*.

M. Soubeiran a déclaré dans la précédente séance, admettre, avec la commission, que le lactucarium et l'opium indigène retiré du pavot pourpre doivent recevoir l'application du décret du 3 mai ; mais il n'est d'accord avec la commission que sur ce point seulement. Ainsi, la commission veut que l'opium indigène soit un remède spécial qui devienne la base d'une série de formules parallèles à celles du Codex, mais qui en restent distinctes ; M. Soubeiran pense, au contraire, que l'opium indigène peut ou doit être vendu et employé concuremment avec l'opium exotique. Il résulte, suivant lui, des expériences de MM. Grisolle et Rayer, invoquées par la commission, que l'extrait obtenu par M. Aubergier jouit de toutes les propriétés thérapeutiques de l'extrait d'opium exotique, mais que son action ne paraît pas être plus énergique. D'un autre côté, d'après M. Aubergier lui-même, l'opium extrait du pavot pourpre indigène aurait la plus grande ressemblance avec l'opium de pavot pourpre de Turquie. Or, pourquoi, dès que la composition et l'action de ces deux opium sont si semblables, vouloir les distinguer dans la pratique.

M. Soubeiran pense que la commission a déplacé la question, et que, pour la replacer sur son véritable terrain, il faut proposer à l'administration d'adopter le titrage pour tous les opium indistinctement, d'où qu'ils proviennent. Quand à la proportion constante de 10 p. 100 que contiendrait l'opium de M. Aubergier, M. Soubeiran croit que c'est une assertion inexacte. L'opium de pavot pourpre ne contient pas toujours 10 p. 100 ; la preuve en est dans les analyses mêmes de M. Aubergier qui s'est servi de procédés qui ne donnent pas toute la morphine de l'opium. Cette proportion varie d'ailleurs suivant les différentes saisons de l'année où se fera la récolte. L'opium doit donc, comme les autres, être soumis au titrage.

M. Soubeiran, après avoir critiqué les formules de M. Aubergier dont quelques-unes lui paraissent insignifiantes, d'autres défectueuses, conclut en proposant qu'il soit répondu au ministre qu'il convient d'accorder à l'opium indigène l'autorisation d'être librement vendu ; que tous les opium devront être titrés à 1/10e de morphine ; que les formules proposées par M. Aubergier ne doivent pas être adoptées ; que les préparations de lactucarium doivent être expérimentées de nouveau avant d'accorder à ce produit le bénéfice du décret du 3 mai.

M. Bussy est d'avis qu'on ne saurait donner trop d'éloges et trop d'encouragemens à M. Aubergier ; il approuve la proposition de la commission d'appliquer à l'opium indigène le benéfice du décret du 3 mai 1850 ; mais il pense avec M. Soubeiran que cette application ne saurait être faite aux formules. Ce serait une illusion, suivant lui, que de croire qu'en adoptant ces formules on serait toujours assuré d'avoir un opium d'une richesse constamment égale. L'opium indigène offre à cet égard les mêmes variations que l'opium exotique. Il pense donc que l'Académie doit se borner à donner son approbation à l'opium de pavot pourpre et engager le gouvernement à en encourager la culture, mais que son approbation doit se borner là.

M. Robinet pense, au contraire, que non seulement la culture de l'opium indigène mérite à tous égards d'être encouragée, mais qu'il n'est pas moins utile d'approuver les formules de M. Aubergier, ces formules devant avoir pour effet d'obvier aux graves inconvéniens résultant de l'arbitraire qui règne aujourd'hui dans cette partie de la pharmacie.

M. Caventou s'étonne de l'opposition que l'on fait à l'application du décret proposée par la commission ; cette opposition, si elle venait à prévaloir, aurait pour résultat de priver la matière médicale d'un bon médicament de plus et l'agriculture d'une nouvelle source de richesse. Il s'agit enfin de savoir, pour l'autorité qui consulte l'Académie, si le décret du 3 mai 1850 est une vérité et un encouragement offert aux travailleurs, ou bien s'il doit rester à l'état de lettre morte.

Il n'est que trop vrai, ajoute M. Caventou, que l'opium d'Orient répandu dans le commerce est loin de présenter toujours une activité constante. Ce ne sera pas un des moindres services rendus par M. Aubergier d'avoir contribué à fixer l'attention des médecins et des pharmaciens sur cette versalité de composition d'un médicament héroïque, au point qu'aujourd'hui on sente la nécessité d'une mesure légale à son égard, qui règle, autant que possible, toutes ces incertitudes. Mais, en attendant le nouveau décret que l'on invoque à ce sujet, est-ce une raison pour ne point faire usage de celui qui existe, et dont l'application bien entendue permettra aux nouveaux produits opiacés de prendre un rang légal dans l'exercice de la médecine et de la pharmacie? La commission ne l'a pas pensé. L'application du décret du 3 mai 1850 à l'opium indigène est d'autant plus opportune, que M. Aubergier a fait, à l'égard de ce produit, ce que l'on trouve utile de faire pour l'opium exotique, c'est-à-dire qu'il le présente tout titré, suivant l'espèce végétale d'où il a été extrait.

L'opium indigène et l'opium exotique sont deux médicamens distincts, quoique analogues. Ainsi, alors même que le décret invoqué sur le titrage serait rendu, il faudrait encore admettre l'opium indigène comme distinct.

En résumé, sous le rapport de la science et de l'art de guérir, le lactucarium et l'opium indigène sont des acquisitions avantageuses et utiles dont profiteront aussi les intérêts agricoles ; en conséquence, M. Caventou conclut en appuyant la proposition de la commission.

Dans la présente séance, M. Soubeiran vient proposer de nouvelles conclusions, consistant :

1° A renvoyer à la commission toute la partie du rapport relative aux formules, et à soumettre à son examen la question du titrage pour en faire l'objet d'un rapport spécial ;

2° A répondre au ministre que l'Académie est d'avis que les dispositions du décret du 3 mai 1850 sont applicables au lactucarium, et également à l'opium extrait du pavot pourpre.

La deuxième conclusion, étant conforme à celle de la commission relative à l'application du décret à ces deux substances, est mise aux voix et adoptée.

La discussion est ouverte sur les questions relatives aux formules et au titrage.

M. Orfila prend la parole pour soutenir les conclusions du rapport autant que pour rendre hommage à M. Aubergier et pour le défendre contre l'argumentation un peu sévère de M. Soubeiran. On a dit dans la dernière séance que M. Aubergier avait renoncé aux formules ; il ne l'avait fait que dans un esprit de conciliation ; mais en présence de l'insistance que l'on met à lui opposer la mesure du titrage, M. Aubergier ne peut accepter la position qu'on veut lui faire, et je suis autorisé à dire qu'il persiste dans sa prétention à l'égard de l'insertion de ses formules au *Bulletin*. M. Orfila, s'appuyant sur l'esprit du décret du 3 mai 1850, qui investit l'Académie du droit de continuer le *Codex*, prouve que la commission a raison de vouloir que les formules de M. Aubergier soient insérées dans le *Bulletin*.

Arrivant à l'argumentation de M. Soubeiran, il relève une erreur grave que cet honorable membre a commise par inadvertance probablement, lorsqu'il a dit que M. Aubergier, en employant l'albumine pour clarifier son sirop de pavot pourpre, devait priver ce sirop de ses parties actives. Il résulte des expériences faites par M. Aubergier, sous les yeux de M. Orfila, qu'après cette opération le sirop avait conservé tous ses principes actifs.

En ce qui concerne le titrage, M. Orfila considère cette mesure comme tout à fait impossible. Il déduit cette impossibilité de la multiplicité des principes actifs dont se compose l'opium, indépendamment de la morphine, tels que la thébaïne, la pseudo-morphine, la codéine, la narcotine, l'opianine récemment découverte par M. Hinterberger, etc., toutes substances d'une grande activité et qu'il faudrait titrer aussi, ainsi que la morphine, sans compter les substances falsifiantes, pour arriver au résultat qu'on se propose.

Oui, sans doute, ajoute M. Orfila, il faudrait titrer l'opium, mais pour le titrer convenablement, vous n'y parviendrez pas avant vingt ans d'ici. Il ne faut donc pas indiquer au ministre des mesures impossibles. Les conclusions de la commission sont les seules que l'Académie puisse adopter.

M. Bouchardat appuie ce que vient de dire M. Orfila sur les difficultés du titrage. D'ailleurs, le titrage ne pouvait être fait qu'à la faveur du monopole, et l'Académie ne peut pas prendre l'initiative de conseiller au gouvernement le monopole.

Répondant à ce qu'a dit M. Bussy, concernant la différence des produits suivant le climat, les saisons et le mode de culture, M. Bouchardat, tout en reconnaissant la réalité de ces diverses influences jusqu'à un certain point, en conclut précisément que le service rendu par M. Aubergier, en obtenant un produit toujours le même, n'en est que plus grand.

Quant aux formules que M. Soubeiran a attaquées avec tant d'énergie et d'insistance, elles ont été faites par un de ses élèves les plus intelligens, sous l'inspiration même du maître et d'après les excellens et beaux préceptes de M. Soubeiran.

Passant successivement en revue ces formules, M. Bouchardat démontre, par quelques exemples, qu'elles sont faites en parfaite connaissance de cause et conformément aux meilleurs principes de l'art pharmaceutique.

M. Bouchardat termine en signalant à l'Académie le danger qu'il peut y avoir à ce que les commissions se substituent aux auteurs quand il s'agit d'inventions et de découvertes. Il faut leur laisser tout le mérite et toute la gloire de leurs inventions.

M. Bussy persiste à croire que, malgré l'identité des conditions d'agriculture, les produits peuvent encore être différens. Si la commission lui donne la garantie que l'opium de M. Aubergier est toujours identique, il s'associe à ses conclusions ; mais il ne croit pas à la possibilité d'une pareille garantie.

M. Bouchardat répond que si l'on entend que M. Aubergier soit arrivé à une identité absolue, rigoureuse, c'est l'impossibilité que l'on exige ; mais M. Aubergier a approché le plus possible de cette identité, et en cela il a rendu un éminent service. C'est là ce que la commission maintient.

Après une courte réponse de M. Soubeiran, plusieurs membres demandent encore la parole ; des cris : Aux voix ! aux voix partent de tous les bancs.

La discussion est déclarée close.

M. le Président met aux voix la proposition de la commission relative à l'insertion des formules dans le *Bulletin*.

Cette proposition est adoptée.

La proposition relative au titrage n'est pas adoptée.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

COURRIER.

M. le ministre de l'instruction publique vient, en vertu du décret du 9 mars 1852, d'inviter la Faculté de médecine de Paris à lui présenter une double liste de candidats pour la chaire de thérapeutique et de matière médicale, devenue vacante par la permutation de M. Trousseau ; et pour la chaire d'histoire naturelle médicale devenue vacante par le décès de M. Richard. La Faculté de médecine doit incessamment s'occuper de ces présentations. (*Communiqué.*)

— M. Orfila a reçu la lettre suivante, écrite au nom de l'École préparatoire, de la Société de médecine et du Conseil de salubrité de Lille :

Lille, le 26 février 1853.

« Monsieur et éminent professeur,

» La générosité avec laquelle vous venez de doter d'une somme considérable plusieurs institutions médicales, a été appréciée, comme elle méritait de l'être, par les médecins et par le monde savant.

» Un professorat éminent qui n'a pas duré moins de 34 ans, des travaux originaux et une science presque entièrement créée par vous, la Faculté de Paris reconstituée sur de nouvelles bases qui lui assurent une longue suprématie sur les institutions de cette nature, les écoles préparatoires qui ont déjà porté tant de fruits, réorganisées par vous, enfin, une Société de prévoyance fondée en faveur des veuves et des enfans des médecins malheureux, indiquaient votre excellent cœur et votre sollicitude pour le corps médical. Tant de bienfaits n'ont pas suffi à votre légitime ambition. Vous avez encore voulu travailler pour l'avenir, en dotant la Faculté de Paris d'un monument sans égal, et en stimulant par des encouragemens la génération médicale nouvelle.

» L'École de médecine de Lille, la Société de médecine, le conseil de salubrité de la même ville, les médecins militaires unis aux médecins et aux pharmaciens du département, vous prient, Monsieur et éminent professeur, d'agréer l'hommage de leur respect et l'expression de leur profonde gratitude. Ils consacreront bientôt, par un acte durable, le souvenir d'une dotation qui témoigne de tout votre dévouement pour une profession dans laquelle vous avez, Monsieur, si largement marqué votre place.

» Nous avons l'honneur d'être avec respect, Monsieur et éminent professeur, vos très humbles serviteurs,

» Victor Meurein, Président de la Société de médecine. V. Cazeneuve, Directeur de l'École de médecine.

» Ch. Pilat, » Secrétaire général de la Société de médecine. »

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltesteet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 27. SEPTIÈME ANNÉE. **Samedi 5 Mars 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An.............. 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOUSCRIPTION

ouverte en faveur de M. Orfila dans les bureaux de L'UNION MÉDICALE:

MM. Foucault, docteur-médecin à Nanterre, 10 fr.; Melchior Robert, docteur-médecin à Marseille, 10 fr.; Robert, à Paris, 10 fr.; Otterbourg, 5 fr.; Rossen, interne des hôpitaux de Paris, 5 fr.; Dupuis fils, docteur en médecine à Lusignan, 5 fr.

Total de la 16me liste. . . . 45 fr.
Listes précédentes . . . . . 2,464 fr.

Total de la souscription de l'UNION MÉDICALE. 2,509 fr.

Souscriptions recueillies par M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine :

MM. le docteur Bénit, à Nancy, 10 fr.; Gensoul, de Lyon, 20 fr.; de Jumigny, de Bourges, 10 fr.; l'École de Rennes, 120 fr.; Nivet, professeur à Clermont, 10 fr.

PARIS, LE 4 MARS 1853.

LES ASSOCIÉS ÉTRANGERS DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Dès la renaissance des lettres et des sciences, les lettrés et les savans comprirent et appliquèrent le principe de l'association. Les Académies qui se fondèrent de toutes parts en Europe ne furent, dans l'origine, que des associations dans toute l'extension du mot; elles en pratiquèrent tous les devoirs, et chaque membre de la compagnie était tenu à des obligations auxquelles nul ne pouvait se soustraire. Dès leur origine aussi, les Académies ne se recrutèrent pas exclusivement dans les villes où elles s'étaient fondées; elles eurent aussi leurs correspondans, leurs associés parmi les lettrés et les savans des autres villes et d'autres nations. Mais ce titre était alors un titre sérieux, qui imposait des devoirs qu'il fallait aussi exactement remplir. Peu à peu la rigueur des réglemens académiques s'est adoucie, et le titre d'académicien, n'emportant plus avec lui l'idée d'une obligation à remplir, ne représente plus une sorte de fonction, mais un simple et pur honneur. Et par exemple, quand nos Académies se choisissent aujourd'hui des correspondans ou des associés étrangers, c'est moins en vue du profit littéraire ou scientifique qu'elles en espèrent, que pour l'honneur que tel ou tel nom peut faire à la compagnie, comme aussi en récompense d'illustres services rendus aux sciences et aux lettres.

C'est, assurément, de cette manière qu'il faut envisager les dernières élections faites par notre Académie de médecine d'un certain nombre d'associés étrangers. La liste était longue et les choix limités. L'Académie a-t-elle fait les meilleurs? Dans cette brillante pléiade de noms illustres, il serait bien téméraire de hasarder une classification. Comment, au milieu de tant d'élémens qui nous manquent, pourrait-on se livrer à une appréciation comparative? Telle étoile que son éloignement nous fait classer dans telle ou telle grandeur, est un soleil éblouissant qui éclaire et échauffe d'autres mondes. L'illustration scientifique dépend d'ailleurs, plus qu'on ne pense, de certaines conditions locales. Tel brille en Amérique qui s'éclipserait en Europe. Il faut, pour s'illustrer à Londres ou à Berlin, d'autres conditions qu'à Pise ou à Florence. Dupuytren, avec sa parole calme et froide, son geste sobre et la gravité de son maintien, n'eût probablement pas réussi à Naples, ce pays d'expansion et de mimique. Mais il serait peut-être imprudent de s'appesantir sur ce sujet. Mieux vaut passer rapidement en revue les noms célèbres que l'Académie de médecine vient d'associer à sa gloire.

M. Valentine Mott, de New-York, qui était porté le cinquième sur la liste des sept, présentée par la commission dont M. Bégin a été l'organe, a eu l'honneur d'être nommé le premier, et presque à l'unanimité. C'est un des plus grands noms chirurgicaux de l'époque. M. Mott personnifie, en chirurgie, le génie américain, hardi, aventureux, audacieux même, mais persévérant et actif, jusqu'à ce que le succès couronne ses efforts. Rien n'étonne et n'effraie cet esprit entreprenant et cette main heureuse. L'histoire de la chirurgie contemporaine est remplie des hardiesses de cet opérateur éminent. Ses compatriotes assurent que c'est moins dans ses écrits qu'il faut le juger, qu'au lit du malade et dans l'amphithéâtre d'opérations. C'est un chirurgien d'inspiration et d'action, plus qu'un professeur didactique. La difficulté l'exalte, la nouveauté le passionne; il oublie ou dédaigne les préceptes et les règles, pour se livrer sans entraves aux entraînemens de l'occasion et du moment. M. Mott jouit dans les deux mondes d'une réputation des mieux consacrées.

M. Buffalini, de Florence, tient aujourd'hui le sceptre de la médecine en Italie. C'est lui qui a eu l'honneur de détruire, sur ses propres autels, le culte du contre-stimulisme. L'éminent professeur de Florence est ce que l'on pourrait appeler un organicien tempéré. Plus anatomiste qu'on ne l'est à Montpellier, il est plus vitaliste qu'on ne l'est à Paris. Il connaît et manie habilement tous les procédés du diagnostic moderne; mais ce n'est pas ce diagnostic anatomique qu'il prend exclusivement pour thème de ses savantes leçons cliniques. Professeur éminent, ses ouvrages ne sont peut-être pas à la hauteur de son enseignement. « Ses critiques valent mieux que ses affirmations, » dit M. H. Combes, qui a eu l'honneur de voir et d'entendre M. Buffalini à Florence. C'est en effet moins par la promulgation ou la création d'idées nouvelles, que par une puissante critique que M. Buffalini est arrivé à la haute position qu'il occupe en Italie.

M. Warren, de Boston, a été ainsi caractérisé pas la commission : « C'est un de ces esprits d'élite à qui rien, dans la » science, ne reste absolument étranger. Il a touché, dans son » infatigable activité, et toujours, sinon avec supériorité, du » moins de manière à instruire, à une foule de sujets d'ana» tomie, de physiologie, d'histoire naturelle, de chirurgie et de » pratique. Son nom est inséparable de la découverte de » l'éthérisation, dont il a le premier constaté les effets anes» thésiques dans une grande opération chirurgicale. » M. Warren a eu aussi une de ces inspirations généreuses auxquelles M. Orfila vient de céder d'une si admirable manière. Il a fait don au Muséum de Cambridge d'un musée valant 50,000 fr., et il a affecté à son entretien une somme de 25,000 fr.

La réputation de M. Riberi, de Turin, est immense, dit M. Bégin, et il est entouré de l'universelle considération du corps médical. C'est un professeur éminent et un praticien de premier ordre. Moins inventeur qu'habile vulgarisateur, on doit cependant à M. Riberi d'importantes modifications à des méthodes ou à des procédés chirurgicaux. La distinction de son esprit et de ses manières, son instruction générale et la haute position scientifique qu'il s'est acquise, l'ont désigné au choix du gouvernement de son pays pour les fonctions de sénateur.

M. Vleminckx, de Bruxelles, est, dit M. Jules Guérin : « Pour le genre d'esprit, de talent et de réputation, tout l'op» posé de M. Mott. Si l'un ne doit sa supériorité qu'à l'inspi» ration du moment, l'autre la doit aux qualités les plus réflé» chies de l'intelligence; c'est l'homme aux méditations » fécondes, aux conceptions élevées, aux organisations d'en» semble. Ce genre de supériorité ne frappe pas la foule et ne » se formule pas dans un fait, mais elle entoure celui qui la » présente de la haute considération et du respect de ses pairs. » Tel est M. Vleminckx, président perpétué, ce qui vaut mieux » que perpétuel, de l'Académie de médecine de Belgique, ins» pecteur et directeur général du service de santé de l'armée » belge, président du jury pour les réceptions, membre du » conseil général de la province de Bruxelles; homme, dit » M. Bégin, dont on remarque l'absence dans la composition » d'une grande et officielle société savante. »

M. Vleminckx a étudié avec persévérance et succès l'ophthalmie de l'armée belge, et c'est à ses efforts que l'on doit l'extinction de cette épidémie cruelle. Toute l'Europe connaît l'admirable organisation de la médecine militaire en Belgique, et le système de police sanitaire adopté dans ce pays contre la propagation de la syphilis. M. Vleminckx a attaché son nom à ces réformes importantes.

M. Retzius, de Stockholm, est un des praticiens les plus éminens de la Suède. L'art des accouchemens surtout lui doit d'importans travaux. C'est un médecin de science positive et sérieuse, dont les publications jouissent d'une grande autorité. M. Retzius possède en Suède une des positions les plus élevées. Il est premier médecin des hôpitaux et des maisons d'accouchement.

M. Simpson, à Edimbourg, doit surtout au chloroforme la popularité de son nom. Mais la pratique et la science obstétricales lui doivent des travaux du plus grand mérite. Peu de médecins, en Angleterre, jouissent d'une plus grande réputation. Infatigable dans la pratique comme dans le travail du cabinet, M. Simpson, à part les ouvrages qu'il produit, alimente encore la plupart des recueils périodiques de la Grande-Bretagne.

Cette galerie que nous venons de parcourir est certainement imposante et belle; pouvait-elle l'être plus encore? Oui, certainement, si, à tous ces noms illustres, l'Académie avait pu ajouter ceux non moins illustres de Faraday et de Bright, à Londres; de Casper, à Berlin; de de Renzi, à Naples; d'Ehrenberg, à Berlin; d'Arnold, à Fribourg; de Chélius, à Heidelberg. Mais heureusement que pour ne s'être point ouvertes, cette fois, les portes de l'Académie ne resteront pas toujours closes pour ces illustrations, et ce que la compagnie n'a pu faire en un jour, elle trouvera l'heureuse occasion de le compléter à la satisfaction des amis de toutes les gloires.

Amédée LATOUR.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

RECHERCHES ÉLECTRO-PHYSIOLOGIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LE DIAPHRAGME;

Mémoire présenté à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine,

Par M. le docteur DUCHENNE DE BOULOGNE.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES.

Je me propose de démontrer : 1° les mouvemens imprimés aux côtes par le diaphragme, alors que ce muscle a conservé ses rapports naturels avec les viscères abdominaux; 2° les mouvemens imprimés aux côtes par le diaphragme, quand ses rapports naturels de contiguité avec les viscères abdominaux n'existent plus; 3° enfin, le mécanisme des mouvemens des côtes dans l'un et l'autre cas.

§ I. — MOUVEMENS IMPRIMÉS AUX CÔTES PAR LE DIAPHRAGME, DANS SES RAPPORTS NATURELS AVEC LES VISCÈRES ABDOMINAUX.

A. *Expériences sur l'homme vivant.* — C'est la pathologie qui m'a offert la première occasion de provoquer la contraction isolée du diaphragme, au moyen de l'électrisation localisée chez l'homme vivant.

Pour produire cette excitation du diaphragme, je dirigeai le courant de mon appareil d'induction sur le nerf phrénique, en plaçant les rhéophores sur le point où ce nerf croise le scaleine antérieur avant de pénétrer dans la poitrine. (Je me réserve de décrire plus tard, avec quelques détails, le procédé opératoire qu'il convient d'employer, quand on veut localiser l'excitation électrique dans le diaphragme.) Voici, en résumé, la série de phénomènes électro-physiologiques qui se manifestèrent pendant cette expérience :

A l'instant où je fis arriver le courant d'induction sur le nerf phrénique, les côtes diaphragmatiques du côté excité s'élevèrent en se portant en dehors. Ces côtes firent un relief d'autant plus apparent, que la peau s'enfonçait dans les espaces intercosseux qui étaient évidemment déprimés; ce qui porte à croire que les muscles intercosseux de ces espaces n'étaient pas alors en contraction. (Je me réserve de démontrer dans un autre travail l'action des intercosseux.)

Cette expérience, répétée sur le nerf phrénique du côté opposé, donne les mêmes résultats. Enfin, l'électrisation simultanée des deux phréniques, produisit la même expansion des deux côtés à la fois.

Pendant que le diamètre transversal était agrandi, le diamètre antéro-postérieur augmentait aussi, mais d'une manière à peine appréciable.

Au moment où le mouvement d'expansion de la base du thorax fut ainsi produit artificiellement, l'air pénétra avec force dans les voies aériennes, malgré la volonté du malade à qui j'avais recommandé de suspendre sa respiration. Le bruit que faisait l'air en passant dans le larynx et la trachée, ressemblait à un long soupir. Pour examiner si, dans ce cas, la dilatation des poumons par l'air est nécessaire au mouvement d'expansion des côtes inférieures, qui se produit pendant l'ex

citation du nerf phrénique, j'empêchai l'air d'arriver dans les voies aériennes, après l'avoir fait expirer, en maintenant fermées la bouche et les narines du malade. Alors je vis le développement de la moitié inférieure de la poitrine, et le soulèvement des hypocondres se faire aussi bien que si l'air pénétrait dans les poumons. Mais le malade ressentit alors une très vive douleur au niveau de la base du thorx et du côté excité (1).

J'ai répété ces expériences un grand nombre de fois, sur ce sujet et sur d'autres malades, en présence de nombreux témoins, dont plusieurs sont très haut placés dans la science (2), afin de ne pas me laisser entraîner par mes propres illusions; et toujours j'ai observé les phénomènes que je viens d'exposer.

J'ai passé sous silence d'autres phénomènes intéressans, parce qu'ils ont moins trait au sujet qui fait l'objet de ce mémoire. Cependant, je dois dire que la phonation était impossible pendant la contraction artificielle du diaphragme, et que l'excitation de ce muscle produite par un courant à intermittences rapides ne peut être pratiquée, même pendant un temps très court, sans causer un suffocation immédiate.

L'excitation du nerf phrénique ne peut produire que la contraction du diaphragme; il est donc permis de rapporter à l'action de ce muscle tous les phénomènes observés pendant les expériences précédentes.

Mais pourrait-on affirmer que la contraction artificielle du diaphragme, obtenue par l'intermédiaire du nerf phrénique, ne provoque pas la contraction synergique d'autres muscles inspirateurs? L'expérience m'a appris qu'on est sûr d'isoler par l'électrisation localisée la contraction musculaire, et je suis certain, pour mon compte, que dans toutes les expériences précédentes le diaphragme entrait seul en contraction. Cependant, j'en vais fournir la preuve en répétant ces mêmes expériences sur le cadavre humain.

B. *Expérience sur le cadavre humain dont l'irritabilité n'était pas éteinte.* — J'ai dirigé un courant d'induction très intense et à intermittences rapides dans le nerf phrénique d'un sujet qui était mort depuis quelques minutes à l'hôpital de la Charité, en agissant alternativement sur les nerfs phréniques droit et gauche, ou sur ces deux nerfs à la fois; j'ai observé alors exactement les phénomènes décrits précédemment, c'est à dire que les côtes diaphragmatiques se sont portées en haut et en dehors, et que les hypocondres et l'épigastre se sont soulevés, pendant que le cadavre faisait une inspiration assez distincte.

Cette expérience dissipe tous les doutes qui pouvaient encore persister dans certains esprits sur la réalité de la contraction isolée du diaphragme, qui, dans les expériences précédentes, a été provoquée chez l'homme vivant par l'électrisation localisée du nerf phrénique.

On a remarqué, sans doute, la grande analogie qui existe entre l'expérience que j'ai faite sur le cadavre humain et la belle expérience de Galien que j'ai rappelée dans les considérations historiques. On a vu que chez l'animal vivant, ce prince des anatomistes et des physiologistes laissait arriver la force nerveuse à un seul muscle inspirateur, le diaphragme, et paralysait les autres inspirateurs en liant ou coupant leur nerf; au contraire, dans mon expérience faite sur le cadavre humain, je substitue la puissance électrique à l'influx nerveux et je la dirige sur son diaphragme que j'anime momentanément.

Ces deux expériences se contrôlent donc mutuellement et démontrent ce qui pour moi était d'ailleurs bien prouvé depuis 18 siècles, quoique nié par la plupart des physiologistes, que chez l'homme, à l'état normal, la contraction isolée du diaphragme produit un mouvement d'élévation et d'expansion des côtes auxquelles il s'insère.

Pour que la démonstration scientifique de cette proposition fût complète, il faudrait, que ainsi l'a très judicieusement remarqué M. le professeur Bérard (3), que l'excitation électrique fût appliquée directement sur le nerf phrénique dénudé. Mais une telle expérience est impraticable chez l'homme, c'est ce qui m'a décidé à faire sur les animaux une série d'expériences que je vais exposer rapidement (4).

C. *Expériences sur les animaux vivans et morts dont le nerf phrénique a été dénudé.*

1° *Excitation du nerf phrénique dénudé chez l'animal vivant.* — L'animal étant maintenu et couché sur le dos, le nerf phrénique fut mis à nu par M. Leblanc, avec une perte de sang très légère; alors je plaçai sur chaque nerf phrénique, les rhéophores de mon appareil d'induction qui dégageait un courant très intense (au maximum) et à intermittences rapides. La voix de l'animal, qui jusqu'alors avait poussé de longs hurlemens, s'éteignit tout à coup, et les côtes de la moitié inférieure du thorax s'élevèrent en se portant en dehors. L'agrandissement de cette base de la poitrine augmenta alors dans des proportions considérables (le diamètre transversal de la base de la poitrine nous parut à peu près une fois plus grand). Pendant tout le temps que le courant passa dans les nerfs phréniques, les muscles de l'abdomen se contractèrent violemment d'une manière continue, et les hypocondres se soulevèrent modérément. Les muscles inspirateurs supérieurs (les scaleines, les grands pectoraux, les dentelés, les trapèzes, et aussi les interosseux de la moitié supérieure de la poitrine se contractaient avec une force extrême, mais ils se relâchaient brusquement pour produire les mouvemens alternatifs de la respiration (l'inspiration et l'expiration) dans la moitié supérieure de la poitrine, mouvemens devenus impossibles dans la moitié inférieure. Bien que la poitrine se dilatât évidemment et assez largement dans cette moitié supérieure par cet effort suprême de l'animal, la respiration supérieure se ralentit et s'affaiblit progressivement. et les signes de l'asphyxie se montrèrent rapidement en moins d'une minute, Ainsi, les lèvres étaient violettes, l'animal laissait pendre sa langue également violacée par sa gueule largement ouverte, ses yeux étaient saillans, etc. L'asphyxie paraissait très avancée, en moins de trois minutes, de cette contraction continue et artificielle du diaphragme. Comme je destinais cet animal à d'autres expériences, j'interrompis le courant. et ce ne fut qu'assez longtemps après que l'animal put respirer et faire des mouvemens.

L'électrisation électrique d'un seul phrénique, pratiquée avec le même courant, ne put produire l'asphyxie du côté excité; les côtes inférieures étaient, il est vrai, écartées; mais la respiration, qui exigeait de plus grands efforts, et qui évidemment s'exécutait librement du côté opposé, paraissait suffisante à l'hématose.

Les expériences précédentes, répétées sur un cheval vivant, produisirent des phénomènes analogues, quant à l'expansion des côtes diaphragmatiques. Mais comme il est difficile d'atteindre le phrénique sur le cheval, sans couper le muscle trachélo-huméral, ce que nous avions négligé de faire, l'excitation ne fut pas limitée exactement dans les deux phréniques à la fois, et l'asphyxie complète ne fut pas obtenue.

2° *Electrisation du nerf phrénique chez l'animal mort dont l'excitabilité n'est pas éteinte.* Un courant d'induction intense et rapide fut dirigé sur les deux phréniques dénudés du chien qu'on venait d'assommer, et qui avait servi dans l'expérience décrite plus haut; alors on vit l'expansion des côtes diaphragmatiques se produire comme lorsque l'animal était vivant; mais ce mouvement était beaucoup plus limité, tandis que les parois abdominales se soulevaient davantage. Pendant cet agrandissement de la poitrine, l'air pénétra avec force dans les voies aériennes et occasionna un bruit semblable à une grande inspiration.

J'ai répété cette même expérience sur plusieurs chevaux que M. Leblanc avait eu l'obligeance de faire abattre pour mes recherches, et sur lesquels il dénuda lui-même les nerfs phréniques après avoir enlevé le muscle.

La peau de ces animaux fut aussi enlevée rapidement, de telle sorte que nous pûmes voir et toucher tous les muscles inspirateurs pendant les expériences que nous avions à faire.

Deux gros nerfs croisaient obliquement le scalène antérieur; je les touchai alternativement avec les rhéophores et je vis que le nerf placé en dehors provoquait seulement la contraction de quelques muscles de l'épaule, et que le nerf le plus interne, que M. Leblanc m'avait indiqué comme le nerf phrénique, agissait uniquement sur le thorax et développait les phénomènes que je vais exposer (je mentionne ces détails pour prévenir certaines objections qui pourraient m'être faites). Ce nerf était donc bien le nerf phrénique; ce dont nous nous sommes assurés d'ailleurs en examinant son origine et son passage dans la poitrine.

Eh bien, voici ce que j'observai alors avec M. Leblanc et M. Debout, rédacteur en chef du *Bulletin de thérapeutique*, qui assistait aussi à ces expériences. Dès que j'excitai les deux phréniques à la fois, l'animal, mort depuis quelques minutes, fit une inspiration bruyante, ses côtes diaphragmatiques s'élevèrent de chaque côté en se portant en dehors, et les parois abdominales se soulevèrent.

Cet état de dilatation de la poitrine et de l'abdomen persista aussi longtemps que le courant rapide et intense de mon appareil continua de passer dans les nerfs phréniques. Si l'excitation était dirigée sur un seul nerf, les côtes inférieures et l'abdomen étaient mis en mouvement seulement du côté excité. Pendant cette expansion artificielle de la base du thorax, on put constater par le toucher que les intercostaux dénudés étaient dans un complet relâchement, et alors si je plaçais sur ces mêmes intercostaux les rhéophores d'un autre appareil, on les sentait se gonfler et se durcir.

En résumé, dans toutes ces expériences faites sur les animaux morts ou vivans, et dont les parois abdominales avaient été conservées intactes, l'électrisation localisée dans les nerfs phréniques dénudés a produit l'élévation des côtes diaphragmatiques, et leurs mouvemens en haut ou en dehors.

Je dois dire, cependant, que, dans certains cas exceptionnels, le mouvement excentrique des côtes se propage aux côtes supérieures. C'est, en effet, ce que j'ai constaté sur un des cinq chevaux qui ont été sacrifiés pour mes expériences. L'animal était couché sur le côté opposé à celui dont le nerf phrénique était excité, et chaque fois que le courant faisait contracter son diaphragme, la paroi thoracique du côté excité s'élevait en s'écartant dans toute son étendue. Mais ce mouvement était beaucoup plus prononcé dans les côtes diaphragmatiques. On se rappelle que sur les autres chevaux, comme sur le chien, l'expansion de la poitrine parfaitement a été limitée aux dernières côtes.

A quoi faut-il attribuer cette différence d'action du diaphragme dans l'un et l'autre cas? Ne se pourrait-il pas que les cartilages des fausses côtes du premier cheval étant moins flexibles que chez les autres chevaux, le mouvement de la moitié inférieure de la poitrine eût été communiqué à la moitié supérieure? Ou bien ce phénomène doit-il être attribué à ce que l'animal était couché sur le côté pendant l'expérience, tandis que les autres étaient maintenus couchés sur le dos?

Quelle que soit la valeur de ces hypothèses, cette expérience n'en établit pas moins que, dans certains cas, le mouvement des côtes inférieures, sous l'influence de la contraction du diaphragme, peut être communiqué aux côtes supérieures.

Il ne peut exister aucun doute sur la contraction du diaphragme, dans toutes les expériences précédentes, puisqu'on nous a vus constater, par le toucher, que les autres muscles inspirateurs (les intercostaux, les dentelés, etc.) étaient dans le relâchement.

Je ne pourrais préciser exactement le degré d'expansion imprimé aux côtes inférieures par le diaphragme à son summum de contraction. Je crois pouvoir affirmer, cependant, qu'alors cette expansion est assez considérable. Ainsi, j'ai vu que chez les chevaux morts, le thorax s'est écarté de chaque côté de 4 à 5 centimètres; que sur le chien mort, le diamètre transversal s'est agrandi d'un tiers; et enfin que, sur l'animal vivant, l'écartement des côtes inférieures était encore plus grand.

J'essaierai de démontrer la cause de cette différence de mouvement de la poitrine entre l'animal vivant et l'animal mort, quand les expériences que j'exposerai bientôt m'auront permis d'en expliquer le mécanisme.

Dans toutes ces expériences, le diamètre antéro-postérieur du thorax s'est aussi agrandi, mais dans de très faibles proportions. Il faut même y prêter une grande attention pour observer ce phénomène.

L'influence exercée par la contraction continue du diaphragme sur la respiration et la phonation, est très curieuse et importante à étudier. J'en tirerai bientôt des déductions applicables à la pathologie du diaphragme.

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE.

RECHERCHES SUR LES EFFETS DES MÉDICAMENS CHOLAGOGUES;

Par le docteur C. HANDFIELD JONES, médecin-adjoint de l'hôpital Ste-Marie, à Londres.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

EXPÉRIENCE 5me. — Je citerai encore l'expérience suivante, que j'ai faite sur un grand chien levrier. Je fis prendre à cet animal 5 grains de calomel. Seize heures après, il fut sacrifié. La vésicule était pleine de bile normale. Le foie était fortement gorgé de sang. Les cellules étaient pâles, d'un aspect granuleux, bien limitées, contenant en général quelques molécules jaunes. Les cellules marginales étaient spécialement le siége de cette matière jaune. L'arrangement des cellules était plexiforme plutôt que linéaire; elles renfermaient peu de matière huileuse. La structure des dernières ramifications des conduits biliaires étaient parfaitement normale; mais au milieu des noyaux, on apercevait de nombreuses molécules jaunes, s'entassant pour ainsi dire au-dessus d'eux, et tout à fait semblables aux molécules contenues dans les cellules hépatiques.

Cette expérience, ainsi que les précédentes, ne me paraissent laisser aucun doute sur ce point : que l'action des mercuriaux sur le foie a pour effet de produire une plus grande quantité de matière jaune dans les cellules; de sorte que, si l'on regardait la matière jaune comme identique avec la bile, on serait porté à conclure que les mercuriaux augmentent la production de la bile, non pas seulement en activant l'écoulement de ce liquide, en excitant la contraction des canaux et de la vésicule biliaire, mais en agissant véritablement sur la sécrétion et en déterminant la formation d'une plus grande quantité de ce liquide. N'oublions pas cependant que, en attendant de nouvelles expériences, il est impossible d'admettre l'augmentation de la bile, sans augmentation du glycocholate de soude, sel organique de ce liquide.

Il n'était pas moins intéressant de comparer les résultats que je venais d'obtenir avec les mercuriaux, de ceux que pouvaient donner d'autres médicamens cholagogues, qui influencent l'écoulement de la bile d'une manière bien plus marquée que les préparations mercurielles.

EXPÉRIENCE 6me. — J'administrai à un jeune chien une assez forte dose de *vin de colchique*, qui fut suivie de vomissemens et de plusieurs évacuations couleur d'argile. Voici ce que je constatai chez cet animal : Congestion veineuse hépatique, et du premier degré, très fortement marquée; vésicule distendue par de la bile jaune-verdâtre. Estomac vide; sa membrane muqueuse d'un blanc pâle avec de la rougeur çà et là; sa sécrétion faiblement acide. Duodénum vide également; sa surface tapissée par une grande quantité de liquide aqueux et muqueux, fortement bilieux, son plexus capillaire injecté çà et là. Intestin grêle recouvert à sa surface interne dans la moitié supérieure de sa longueur par une couche d'un liquide muqueux, fortement teint en jaune; moitié inférieure plus pâle, non couverte de liquide et sans coloration jaune; la limite où s'était arrêtée la bile était très marquée. L'intestin grêle dans ses deux derniers pouces, le cœcum et le gros intestin étaient tapissés par un liquide rouge granuleux, composé d'un plasma tenace, transparent, en partie granuleux, contenant une multitude de globules muqueux ou puriformes et de disques sanguins; la membrane muqueuse tapissée par ce liquide rouge était injectée et ramollie dans certains points. A la coupe, on voyait qu'il y avait de l'épaississement et un dépôt granuleux autour des tubes de Lieberkuhn, ainsi que peut être un peu de développement des glandes solitaires. Dans le foie, les capillaires qui entourent la veine intralobulaire et les veines interlobulaires également étaient gorgées de sang. Les cellules étaient des corps pâles, granulés, sans teinte jaune; elles étaient au milieu d'une matière granuleuse, laquelle contenait aussi des noyaux libres et de petits groupes de gouttes d'huile, libres également. Dans quelques cellules, çà et là on distinguait de belles particules jaunes très distinctes; mais ce n'était pas le cas le plus général. Les canaux présentaient cette opacité particu-

(1) La douleur accusée par le malade est peut-être occasionnée par la séparation des feuillets de la plèvre toujours accolés, même pendant les mouvemens respiratoires.

(2) Ces expériences ont été répétées dans une des leçons de M. le professeur Bérard.

(3) *Cours de physiologie fait à l'École de médecine*, par M. le professeur Bérard, 19e livraison, page

(4) Depuis plusieurs années j'attendais, pour faire ces expériences, une occasion favorable. M. Leblanc, membre de l'Académie de médecine, toujours prêt à aider aux recherches scientifiques, vient de m'offrir généreusement son concours et son habitude des vivisections. C'est ce qui m'a permis de terminer mes recherches sur le diaphragme.

lière si commune chez les chiens, et qui tient au dépôt de nombreuses molécules huileuses entre les noyaux, dans toute l'étendue de l'appareil excréteur.

On voit que le *colchique* a plutôt pour effet d'exciter les organes excréteurs de la bile, que de provoquer la formation de la matière jaune ou biliaire dans les cellules.

Expérience 7me. — J'administrai à un chat, à deux reprises différentes, un demi-grain de *tartre stibié*. Il succomba aux effets de cet agent. Le foie était assez congestionné; la vésicule pleine d'une bile d'un beau jaune, très tenace, et contenant beaucoup de matière huileuse; la bile avait coulé en abondance dans l'intestin. Cellules du parenchyme hépatique tout à fait normales, contenant, surtout à la circonférence des lobules, beaucoup de matière huileuse; pas de coloration jaune. Les canaux biliaires ne présentaient aucune altération.

Ainsi, il est bien démontré que le *tartre stibié* augmente l'excrétion de la bile; mais rien ne prouve qu'il en active la sécrétion.

Expérience 8me. — Un jeune chien avala deux doses de trois grains d'*aloès*, à douze heures d'intervalle. Il fut sacrifié deux heures après la seconde dose. Le foie était à l'état normal, médiocrement gorgé de de sang. La vésicule contenait de la bile jaunâtre en quantité modérée. L'intestin était coloré en jaune dans toute son étendue par la bile; peu d'injection, ni de trace d'irritation vers la membrane muqueuse. L'épithélium était intact; accumulation de matière huileuse dans les cellules centrales des lobules du foie, constituant des taches blanchâtres du volume de la tête d'une épingle. Cellules généralement pâles, granuleuses, contenant très peu d'huile, et ne présentant pas de coloration jaune. Canaux biliaires très distincts, rendus opaques par un dépôt huileux, situé entre les noyaux.

On voit que l'*aloès*, tout en agissant comme un cholagogue très efficace, n'a pas déterminé la formation de matière jaune dans les cellules hépatiques.

Expérience 9me. — De l'*huile essentielle de térébenthine*, administrée à un chien, n'a pas non plus été suivie de dépôt de matière jaune dans les cellules. Néanmoins, la vésicule était distendue par de la bile; la muqueuse intestinale offrait des traces d'irritation, elle était injectée dans certains points, tapissée d'un mucus tenace. Les poumons étaient fortement congestionnés et hépatisés dans quelques points.

Expérience 10me. — Deux doses de *rhubarbe* furent administrées à un chat, à intervalles de douze heures. Il y eut deux évacuations, la dernière copieuse, solide, d'un vert foncé. Le foie était pâle; la vésicule contenait un peu de bile, d'un jaune rougeâtre très foncé. Cellules hépatiques pâles, bien développées, contenant un peu d'huile et pas de matière jaune; conduits biliaires légèrement opaques, par suite de dépôts huileux; muqueuse de l'intestin grêle légèrement teinte en jaune; muqueuse du gros intestin pâle et blanchâtre.

Expérience 11me. — Un jeune chat fut soumis aux *bains d'acide nitro-muriatique*, renouvelés six fois en quatre jours, et chaque fois pendant cinq minutes. Le sang de la veine hépatique contenait des globules bien développés, qui formaient quelquefois des espèces de rouleaux et un nombre modéré de globules blancs. Le sang de la veine porte ne différait pas sensiblement de celui de la veine hépatique, sauf qu'il contenait de nombreux petits corpuscules, les germes sans doute des nouveaux globules sanguins. Foie extrêmement pâle, ses bords transparens, bile d'une couleur jaune-clair dans la vésicule; cellules hépatiques pâles, sans coloration jaune et contenant très peu d'huile; à peine quelques globules huileux libres; conduits biliaires tout à fait normaux. Plexus capillaire fortement développé, circonscrivant les cellules dans ses mailles ovalaires et circulaires. Intestin grêle pâle ou très faiblement coloré par la bile dans ses trois quarts supérieurs, contenant dans sa partie inférieure une assez grande quantité de matières fortement colorées; gros intestin rempli de matières fécales ordinaires d'un vert-foncé. L'estomac tout à fait sain, contenant beaucoup d'alimens à demi-digérés et donnant une réaction acide.

Dans une autre expérience, les résultats des *bains d'acide nitro-muriatique* (1) furent à peu près semblables, sauf que la bile parut un peu plus abondante; mais les cellules hépatiques ne présentaient, pas plus que dans l'expérience précédente, de coloration jaune. Il suit de là, que l'acide nitro-muriatique, tout en ayant un effet cholagogue, non seulement n'augmente pas la production de la matière jaune dans les cellules hépatiques, mais qu'il semble plutôt tendre à la diminuer.

Expérience 12me. — Je fis prendre à un chat pendant trois jours, 8 grains d'*extrait de taraxacum* par jour; et pendant les deux jours suivans, j'élevai la dose à 12 grains dans les vingt-quatre heures. Le foie était parfaitement normal; la bile renfermée dans la vésicule avait sa couleur ordinaire; estomac vide et pâle, excepté au voisinage du pylore, où l'on trouvait quelques cuillerées d'un liquide muqueux teint en vert. De là une coloration verdâtre, qui s'étendait à la partie adjacente du duodénum; mais au-dessous de ce point, la coloration diminuait et toute la surface du gros intestin offrait seulement une coloration jaune-clair, sauf dans son cinquième inférieur, qui était d'un blanc mat et qui contenait çà et là des matières fécales, avec du mucus fortement coloré en jaune; forte coloration jaunâtre de la muqueuse du gros intestin. Accumulation considérable de matière huileuse au centre des lobules du foie; quantité moindre à la circonférence; et dans les interstices, beaucoup de matière huileuse libre; pas de matière jaune dans ses cellules. Canaux biliaires parfaitement normaux (2).

Expérience 12me. — Une chatte pleine et parvenue à la fin du premier tiers de la gestation, prit un demi-grain de *muriate de manganèse* dissous dans l'eau, et six heures après, une seconde dose semblable. Je la trouvai morte le lendemain matin; elle n'avait pas été purgée. Cœur et poumons sains; ces derniers crépitans et un peu congestionnés. Estomac vide, sa membrane muqueuse d'un rouge assez foncé; pas de trace de matière jaune dans le gros et le petit intestin, rien autre que du mucus et quelques débris d'alimens. Foie assez gorgé de sang. Vésicule biliaire très pâle, contenant très peu de bile, d'une couleur orange et mêlée à beaucoup de mucus; au microscope, on n'y découvrait que de l'épithélium à colonnes, un peu de matière huileuse et granuleuse. Cellules du foie très bien conformées, généralement plus opaques que d'habitude; plusieurs d'entr'elles contenaient de la matière jaune; vues en place, on apercevait des stries de matière jaune irradiant en dehors vers la périphérie; la matière jaune ne paraissait pas siéger dans un point plus que dans un autre. Il y avait aussi quelques masses de matière jaune libre. Les conduits paraissaient normaux. Pas de matière jaune dans la rate (1).

Résumons maintenant, en peu de mots, les résultats des expériences précédentes. Des divers cholagogues que j'ai essayés, *les préparations mercurielles, le chlorure de manganèse et le colchique sont les seuls qui paraissent augmenter la production de la matière jaune dans les cellules du foie*. L'ordre dans lequel je viens de les placer correspond à leur activité effective. Maintenant, augmentent-ils la production des glycocholates et taurocholates de soude? Je regarde la chose comme très probable; mais jusqu'à ce qu'on ait démontré que la quantité de ces derniers principes est toujours proportionnée à celle du pigment jaune, ce qui n'a pas encore été fait, les expériences précédentes ne prouvent rien à cet égard. Il est évident que l'action cholagogue proprement dite d'un médicament, son action excitante sur les conduits excréteurs, est distincte de celle qu'il exerce sur la production du pigment biliaire. On sait que l'on a vu quelquefois survenir l'ictère pendant un traitement mercuriel, et très probablement comme effet du médicament. J'ai en ce moment, dans mon service à l'hôpital Sainte-Marie, un malade affecté d'un ictère qui s'est montré à la suite de l'administration d'une pilule de calomel de 6 grains. Ce fait serait d'accord avec mes expériences, puisque les animaux auxquels j'ai donné du mercure avaient un ictère du foie.

Enfin, un dernier et très important effet de l'action des mercuriaux sur le foie est certainement le suivant, à savoir la production d'une congestion très considérable de cet organe; et, soit dit en passant, c'est un argument peu favorable à l'emploi de ce remède dans les inflammations du parenchyme hépatique (2).

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 Février 1853. — Présidence de M. de Jussieu.

Influence de la moelle épinière sur la chaleur de la tête.

M. le docteur J. Budge, de Bonn, adresse une note sur l'influence de la moelle épinière sur la chaleur de la tête. L'auteur dit avoir trouvé dans la moelle épinière une certaine région dont l'extirpation augmente considérablement la chaleur de la tête. Cette région est située entre la dernière vertèbre cervicale et la troisième vertèbre pectorale, et ce sont le huitième nerf cervical et les premier et deuxième nerfs pectoraux par lesquels ce phénomène est transmis.

Voici l'expérience :

Après avoir mis à nu la région susdite de la moelle épinière (sur des lapins), j'en ai enlevé une moitié, dit l'auteur, dès le dernier nerf cervical jusqu'au troisième nerf pectoral; en dix à quinze minutes, la chaleur de l'oreille du même côté a tellement augmenté, qu'on peut déjà remarquer la différence entre les deux oreilles en les touchant. Quand il fait froid, les oreilles des lapins ont ordinairement au bout supérieur une chaleur de 29 à 30° centigrades, plus ou moins. Au côté opéré, le thermomètre montre 4 à 5° de plus que de l'autre côté, les artères palpitent et les vaisseaux sont dilatés.

Il est connu que M. Bernard a remarqué le même phénomène après avoir coupé le nerf grand sympathique au cou, et à peine peut-on douter que ce soit le nerf grand sympathique par lequel l'influence de la moelle épinière est transmise aux vaisseaux de la tête.

La région de la moelle épinière susdite est la même d'où les fibres du nerf grand sympathique, dirigées vers l'iris, prennent leur origine. Comme j'ai trouvé que le nerf grand sympathique de l'iris sort des racines antérieures (motrices) de cette région de la moelle épinière, j'ai aussi observé le même fait quant à la chaleur, car si l'on coupe seulement les racines postérieures (sensitives) la chaleur de la tête n'est pas altérée, ou très peu.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 12 Janvier 1853. — Présidence de M. Legroux.

Sommaire. — Présentation par MM. Becquerel et Vernois d'un nouveau polarimètre applicable en clinique. — De l'hémorrhagie ombilicale, par M. Henri Roger.

M. Becquerel présente, en son nom et au nom de M. Vernois, un nouveau *polarimètre* applicable aux travaux cliniques; il en donne la description en ces termes :

Il y a trois ans, l'un de nous (M. Becquerel) présenta à la Société médicale des hôpitaux un instrument construit sur les données de M. Edmond Becquerel, par M. Duboscq, gendre et successeur de M. Soleil. Cet instrument, auquel le nom d'albuminomètre fut donné, sert en même temps à étudier tous les liquides qui dévient le plan de polarisation, et en particulier la dextrine, le sucre, etc. Son emploi, cependant, ne peut se généraliser pour plusieurs raisons : cet appareil est assez compliqué, son prix est élevé, il faut l'installer dans un laboratoire. Chaque opération exige au moins un quart d'heure. Néanmoins, il est le seul qu'on puisse employer pour des observations exactes et positives; il est un progrès sur les autres appareils de polarisation; sa manœuvre est plus simple, plus commode, et il faudra toujours y avoir recours quand on voudra étudier d'une manière exacte les liquides albumineux et sucrés.

Récemment, étant occupé avec M. Vernois d'un travail considérable sur la composition du lait, nous avons désiré avoir un appareil très simple qui pût nous permettre d'étudier le sérum de ce liquide avec une grande rapidité, et nous avons songé à simplifier l'albuminomètre, de manière à le rendre un instrument simple, peu dispendieux, portatif, et dont le maniement fût très facile. D'après nos indications, cet habile constructeur, M. Duboscq, construisit l'appareil que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui à la Société.

Voici en quoi il consiste : cet appareil se compose essentiellement d'un tube creux portant à chaque extrémité un prisme de Nichol. On sait que l'on appelle prisme de Nichol un prisme biréfringent de spath d'Islande, taillé de telle manière, qu'un seul des rayons réfractés le traverse longitudinalement. Ainsi, on ne doit considérer chaque prisme, dans l'appareil dont il s'agit, que comme donnant passage à un faisceau de lumière polarisée.

Cela posé, si l'on dirige le tube, muni de ces deux prismes de Nichol, de façon qu'un faisceau de lumière tombe sur un des prismes, et qu'on puisse examiner à travers le second prisme comment la lumière se comporte en passant successivement à travers ces substances, on observera des effets qui dépendent de la position relative des deux prismes et de la nature du liquide que l'on mettra dans le tube.

Pour bien préciser les faits, nommons *polarisme* le prisme antérieur par où arrive le faisceau de lumière, soit diffuse, soit provenant d'une lampe. Nommons *analyseur* le second prisme qui se trouve près de l'œil de l'observateur. Nommons enfin section principale des prismes un plan perpendiculaire à la face antérieure et postérieure de chaque prisme, et qui contient l'axe de double réfraction; si l'on examine une lumière à travers les deux prismes, qu'il n'y ait rien dans le tube intermédiaire et que les sections principales des deux prismes soient parallèles, on verra le faisceau lumineux avec son maximum d'intensité; mais si l'on tourne l'analyseur autour de l'axe du tube, le polariseur restant fixe, il arrivera que quand les sections principales seront à angle droit, toute lumière sera éteinte.

Si, dans cette position, on place un liquide tel que de l'eau, ou de l'eau salée dans le tube, et que la substance en dissolution n'ait pas la propriété d'agir sur la lumière polarisée, cela ne changera pas les conditions de l'expérience, et l'obscurité reste la même quand les sections principales seront croisées. Mais si le liquide renferme de l'albumine ou bien du sucre, etc., alors la lumière se trouvera rétablie, et, pour arriver à l'obscurité, il faudra tourner l'analyseur de 5° ou 6°, d'un côté ou de l'autre, pour éteindre de nouveau la lumière; et cette déviation dépendra de la nature de la substance. Ce résultat indique que la substance exerce un pouvoir rotatoire sur la lumière polarisée. La quantité de degrés dont on aura tourné l'analyseur étant proportionnelle à la proportion de substance active placée dans le tube, ces degrés pourront servir à déterminer combien on a de substance active dans le liquide.

Dans les expériences préliminaires qu'on peut faire à ce sujet, quand on a une lumière intense et que la substance active donne de 10 à 20 degrés de rotation, on n'arrive pas ordinairement à l'extinction complète de l'image; car les rayons lumineux, étant inégalement déviés, donnent des colorations diverses. On peut, dans ce cas, mettre en avant du polariseur un verre rouge qui ne laisse passer que des rayons rouges homogènes, et alors en opérant, on arrive à l'extinction de la lumière, comme il a été dit plus haut. On peut, dans ces conditions, opérer avec une forte lampe.

Examinons maintenant la manière simple dont cet appareil peut fonctionner en clinique. On commence par mettre l'appareil au 0, c'est-à-dire dans une situation telle que les deux rayons polarisés se coupent à angle droit, et que, en visant l'instrument sur la lumière de l'atmosphère sur une lampe ou même sur une simple bougie, il y ait obscurité complète. Le 0 s'obtient facilement à l'aide de la pièce mobile qui porte l'échelle; on amène le 0 de cette pièce mobile jusqu'au 0 de la pièce fixe, et une fois les deux zéros confondus, on fixe la pièce solide à l'aide d'une vis placée sur l'échelle mobile.

L'instrument étant ainsi monté, on peut examiner la déviation, en plaçant le liquide à examiner dans le tube. Tels sont les liquides albumineux, les liquides sucrés, etc.; et l'on cherche dans les mêmes conditions à reproduire l'extinction.

Cette extinction opérée, les deux zéros ne sont plus au même degré, et leur différence indique le nombre de degrés dont la substance active fait dévier le plan du rayon de lumière polarisée.

D'après nos expériences préliminaires, on arrive aux résultats suivans pour les deux liquides que l'on aura le plus souvent occasion d'examiner avec notre polarimètre :

Un degré de déviation à gauche indique une quantité d'albumine correspondant à 10 grammes 8 décig. pour 1,000 parties de liquide; un demi-degré, à 5 gr. 4 centig.; un quart de degré, à 2 gr. 70 centig. pour 1,000 parties de liquide.

---

(1) Les *bains d'acide nitro-muriatique* que l'auteur fait figurer ici parmi les cholagogues, à cause de la grande réputation dont ils jouissent dans l'Inde, dans le traitement des maladies du foie, ne sont autre chose que des bains de pied préparés avec acide nitro-muriatique 4 onces 1/2 et eau q. s., que l'on fait prendre au malade tous les jours pendant quinze ou vingt minutes, après quoi on fait faire des frictions sèches sur tout le corps. (*Note du traducteur.*)

(2) Le *taraxacum* ou pissenlit, dont l'auteur a essayé les propriétés cholagogues ne jouit pas, à beaucoup près, dans notre pays, de la réputation qu'il possède en Angleterre, comme tonique dans les maladies chroniques du foie et dans d'autres affections accompagnées de dérangement dans les fonctions des organes biliaires, telles que certaines formes de dyspepsie et de maladies de la peau. (*Note du trad.*)

(1) Les sels de manganèse n'ont pas encore été suffisamment étudiés; leur action sur la sécrétion hépatique déjà signalée, il y a quelques années, par le docteur Ure, les rendrait bien dignes cependant d'être expérimentés sur une vaste échelle. (*Note du traducteur.*)

(2) Extrait des *Mémoires de la Société médico-chirurgicale de Londres*, tome XXXV, 1852. — Nous signalerons la parfaite coïncidence des résultats obtenus par M. Handfield Jones avec ceux consignés dans ce journal, il y a quelques années, par notre honorable confrère, M. le docteur Michéa, relativement à l'action du calomel. Seulement, M. Handfield Jones a poussé plus loin l'étude de l'action des cholagogues, en montrant l'exactitude de la division plutôt soupçonnée que démontrée des médicamens cholagogues en médicamens cholagogues proprement dits, ceux qui excitent l'excrétion, le flux de la bile, et ceux qui augmentent directement la sécrétion des matériaux constituans de la bile. (*Note du traducteur.*)

Un degré de déviation à droite donne les mêmes indications pour la dextrine, la glucose et le sucre de lait.

On voit, d'après cela, tout le parti que l'on peut tirer de cet instrument; il est peu dispendieux (60 fr.), d'une manipulation facile et très simple. Enfin, il peut être employé dans une salle de malades et servir d'instrument clinique plus facile à manœuvrer que beaucoup d'autres, et en particulier que le microscope. De plus, ses indications sont d'une exactitude aussi parfaite que possible; et avec son aide, on peut apprécier avec une grande rapidité la quantité d'albumine contenue dans le sérum du sang, les urines albumineuses et tous les liquides qui contiennent une proportion notable de ce principe. On peut apprécier la quantité de glucose contenue dans les urines ou dans tout autre liquide, ainsi que la proportion de sucre renfermé dans le sérum de ce liquide. C'est surtout dans ce dernier cas qu'il offre des avantages d'application pratique.

C'est, en effet, dans le but d'apprécier rigoureusement la richesse du sérum du lait, que nous avons songé à la construction de cet appareil. Le degré de déviation que l'on obtient indique la quantité plus ou moins considérable d'eau dont le sérum du lait est étendue. Cette indication nous a conduit à donner un procédé nouveau pour connaître la falsification du lait par l'addition d'eau, procédé dont nous ne pouvons donner ici la description, et pour lequel nous renverrons le lecteur à notre grand travail sur le lait.

M. Henri Roger communique une observation d'*hémorrhagie ombilicale* survenue, le treizième jour de la vie, chez un petit garçon apporté dans ses salles à l'hospice des Enfans-Trouvés; et il ajoute quelques considérations sur cet accident. (Nous publierons ce travail très prochainement.)

Le secrétaire général, Henri Roger.

PRESSE MÉDICALE.

Gazzetta medica sarda. — Janvier 1853

De l'emploi des semences de ciguë dans le traitement des maladies du cœur, de la phthisie pulmonaire, etc.; par le docteur L. Parola.

Les recherches récentes de MM. Devay et Guilliermont, sur l'activité des semences de ciguë, ont engagé M. Parola à reprendre quelques-uns des essais faits en d'autres temps avec cette plante. Huit individus ont été soumis par lui à l'usage de ce médicament, mais cinq observations seulement ont été rapportées dans son travail, trois de maladies angiovasculaires et de nature à montrer par conséquent son action dynamique, un de synoque céphalique avec exaltation vasculaire générale, et la cinquième et dernière de phthisie tuberculeuse.

La première, intitulée *hypertrophie du cœur datant de plus d'une année, avec dilatation considérable des oreillettes,* est relative à un homme de 26 ans, robuste, qui indépendamment des signes ordinaires de cette affection, éprouvait une violente oppression, de violens battemens de cœur, de l'accélération du pouls à la moindre agitation. La digitale et les émissions sanguines n'avaient apporté qu'un soulagement momentané. Le 21 octobre, les semences de ciguë furent administrées d'abord à la dose de 0,10, associées à 0,30 de sulfate de quinine, pour 6 pilules. La dose fut portée ensuite à 0,15, puis à 0,20 pendant huit jours consécutifs, du 3 au 10 novembre, en six paquets, un toutes les deux heures. Après quinze jours, l'excitation cardiaco-vasculaire avait diminué, ainsi que l'oppression; le malade pouvait rester debout et marcher sans exacerbation dans l'oppression, dans les palpitations et les autres symptômes mentionnés plus haut; l'amélioration a été des plus marquées.

Dans la deuxième observation, intitulée *angio-cardite avec chlorose,* il est question d'une femme de 35 ans, d'un tempérament sanguin et d'une constitution médiocrement forte, dysménorrhéique depuis cinq ans, et affectée de violentes palpitations de cœur, avec excitation vasculaire s'exaspérant à la moindre fatigue. Depuis un mois, beaucoup de traitemens avaient été essayés sans succès. L'emploi des semences de ciguë, continué pendant huit jours, réussit à calmer les symptômes, au point que la malade se considérait comme guérie.

La troisième observation, ayant pour titre *grave lésion invétérée du cœur, avec insuffisance valvulaire et anévrysme actif, menace de suffocation imminente,* était relative à une femme de 65 ans, dans un état de souffrance tel, que la mort pouvait être considérée comme très prochaine; symptômes de grave congestion thoracique, avec râle sibilant et muqueux; pouls à 123, profond et serré; battemens du cœur très rapides, désordonnés et irréguliers, bruits confus, souffle intense, impossibilité du décubitus horizontal, lèvres et visage cyanosés. Quatre émissions sanguines avaient réussi à calmer un peu l'orthopnée et tout danger de mort imminente. Néanmoins les phénomènes étaient encore très graves (0,20 de semences de ciguë en huit paquets, à prendre en trente-deux heures). Le médicament fut continué pendant trois jours. Les effets furent des plus efficaces et des plus remarquables, à partir du premier jour: orthopnée moins intense, palpitations moins violentes, pouls plus régulier, moins obscur, plus développé, amélioration considérable dans son état.

Observation quatrième : *synoque céphalique* chez un homme de 32 ans, qui conservait, après trois émissions sanguines et après dix jours de maladie, une céphalalgie obstinée avec insomnie et sub-délirium (semences de ciguë 0,30 avec 4 grammes de sucre, divisés en six paquets, et continués à doses croissantes jusqu'à 0,40 et 0,50), effets des plus remarquables : le sub-délirium cessa dès le premier jour; la fièvre, la céphalalgie et autres symptômes morbides se calmèrent peu à peu, l'insomnie diminua, et peu à peu le malade entra en convalescence.

Observation cinquième : *tuberculisation pulmonaire, avec fièvre hectique et pectoriloquie*; jeune fille de 18 ans, au troisième degré de la maladie; toux sèche, fièvre hectique, crachats puriformes, marasme, plus tous les signes d'une excavation sous la clavicule droite. Quelques légères émissions sanguines et l'usage du seigle ergoté avaient calmé quelques-uns des principaux symptômes, lorsqu'à la suite d'une indigestion, la fièvre et la toux s'exaspérèrent, les crachats et les autres symptômes augmentèrent. La poudre de semences de ciguë fut administrée à la dose de 0,05, puis de 0,15 et 0,20, et enfin de 0,30; bref, elle usa en quelques jours environ 1 gramme de cette poudre, avec un soulagement notable dans tous les symptômes, et principalement dans la fièvre, la toux et les crachats.

De ces résultats, l'auteur conclut : 1° que les semences de la ciguë sont la préparation sous laquelle cette substance se montre plus constante dans son action et doit être préférée dans la pratique; 2° que la dose peut être élevée de 0,10 à 0,20 graduellement et de jour en jour, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à donner 0,50; 3° que, indépendamment de l'action élective que cette substance paraît posséder dans les affections scrofuleuses, syphilitiques et cancéreuses, elle possède une action éminemment déprimante, qui la rend utile dans diverses classes de maladie, et en particulier dans les affections angio-cardiaques, ainsi que dans la phthisie pulmonaire.

VARIÉTÉS.

FALSIFICATION DES MÉDICAMENS EN ANGLETERRE.

Une commission sanitaire a été nommée en Angleterre pour s'occuper d'une manière sérieuse de la falsification des médicamens et des préparations pharmaceutiques. Cette commission a déjà commencé ses travaux, et elle a pris l'opium pour le premier but de ses recherches. Un fait presque incroyable et pourtant certain, est ressorti de ces études : c'est qu'une préparation opiacée bien déterminée dans la pharmacopée de Londres, ayant été achetée chez vingt et un droguistes différens et les plus renommés dans la métropole, ne s'est pas présentée deux fois dans les mêmes élémens constituans.

Cette préparation, à laquelle nous faisons allusion, est le laudanum ou teinture d'opium, qui, d'après les prescriptions du Collége des médecins, doit se faire de la manière suivante. Nous copions textuellement la pharmacopée londonienne :

R. Opium pulvérisé. . . . 3 onces.
Alcool rectifié. . . . . 2 pintes.

Faire macérer pendant sept jours, puis faire agir la presse et filtrer. Voilà qui est simple et sans erreur possible. De plus, d'après les recherches de M. Squire, treize gouttes de cette teinture, ainsi obtenue, doivent contenir la matière soluble d'un grain d'opium, et la pesanteur spécifique de la liqueur est de 952.

Et pourtant les membres de la commission sanitaire ont fait acheter, avons-nous dit, de cette teinture opiacée chez vingt et un droguistes de la capitale, et *pas un seul* échantillon n'a présenté, réunies, toutes les conditions exigibles d'une bonne préparation. Nous avons là sous les yeux les analyses de ces vingt et un échantillons, pas un seul ne présente la pesanteur spécifique de 952; les uns l'ont plus forte, les autres plus faibles; on trouve les nombres 937, 939, 940, 962, 1,036, etc.

La quantité de matière opiacée tenue en dissolution dans l'alcool ne varie pas moins et est *toujours au-dessous* de la proportion exigée par le Codex anglais.

Ces résultats suffisent pour donner une idée de la grande difficulté qui s'offre au médecin anglais, de trouver pour ses malades un médicament aussi important que le laudanum d'une force uniforme. Les ordonnances peuvent être envoyées à une douzaine de pharmaciens sans qu'il soit certain de donner à ses malades la quantité d'opium qu'il a en vue d'administrer. Ni la réputation du droguiste, ni le prix que ce dernier exigera de la vérité de son médicament, ne présenteront des garanties suffisantes. Un tel mal demandait un prompt remède, et tout porte à espérer qu'il découlera des travaux auxquels se livre la commission sanitaire anglaise, de grands bienfaits pour la pauvre humanité souffrante.

Si de l'officine pharmaceutique nous passions dans la boutique du confiseur et du vendeur de conserves, nous y constaterions des faits encore plus fâcheux; peut-être plus qu'ici nous verrions, non plus un défaut d'harmonie dans les élémens constituans du produit, mais bien l'adjonction de substances essentiellement vénéneuses. Ainsi, la commission sanitaire de Londres a analysé trente-cinq échantillons de conserves de toute espèce, conserves de groseilles, de framboises, de prunes, de citrons, etc.; des marmelades, des fruits confits, etc. De ces analyses faites avec le plus grand soin, sont résultées les conclusions suivantes :

1° La conserve de framboises contenait une quantité considérable de *cuivre.*

2° Les quatre échantillons de conserve de groseilles, contenaient tous du *cuivre.*

3° Sur quatorze échantillons de marmelade d'orange, on en trouva douze chargés de *cuivre.*

4° Trois marmelades étaient falsifiées avec une énorme quantité d'une substance végétale ressemblant à du *navet.*

5° Les neuf échantillons de gelée de prunes étaient plus ou moins chargés de *cuivre.*

6° Les prunes de reine-claude renfermées dans trois boîtes devaient leur belle couleur verte à la présence du *cuivre.*

7° En résumé, sur *trente-cinq* échantillons de conserves de différentes natures, il y en avait *trente-trois* qui contenaient du cuivre; des *traces* seulement de ce métal dans trois exemples; *une petite quantité* dans onze, et une *quantité considérable* ou *même énorme,* dans dix-neuf échantillons.

D'après la méthode universellement suivie, de préparer ces conserves dans des vases de cuivre, on devait s'attendre, à cause de l'action puissante des sucs végétaux sur le cuivre, à découvrir des traces de ce métal; mais il faut avouer que les résultats des recherches de la commission ont dépassé tout ce qu'on pouvait supposer; elles ont prouvé non seulement que les conserves faites dans des vases de cuivre s'imprégnaient de particules métalliques, mais encore que le cuivre y est en assez grande quantité pour colorer les cendres résultant de la combustion des gelées, en une couleur pourpre, et pour que la solution de ces cendres, traitées par l'ammoniaque, donne une belle couleur bleue.

Enfin, il demeure encore incontestable que le cuivre s'est parfois trouvé en si grande quantité dans des fruits simplement confits dans l'eau-de-vie, et qui n'avaient pas été soumis au feu dans des bassines de cuivre, qu'il a fallu nécessairement que les fabricans y ajoutassent un sel de cuivre, sans doute l'acétate de cuivre, pour faire naître une viridité artificielle.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ces importantes recherches de la commission sanitaire de Londres, qui intéressent trop directement la santé publique, pour que tout homme de bien n'y applaudisse pas.

D[r] Achille Chereau.

La médecine militaire en Autriche. — D'après le *Medicinische Neuvikeiten*, voici quels sont le rang, les appointemens, et les pensions des médecins militaires en Autriche.

Le premier médecin chirurgien-major, conseiller d'état, a le grade de major-général, 4,000 florins (plus de 10,000 fr.) d'appointemens, un domicile dans cinq endroits différens, et une pension égale à celle des conseillers d'état.

Le second médecin a 2,200 florins (5,500 fr.), cinq habitations comme le précédent, quatre rations et une pension de 1,200 florins 3,000 fr.)

Les médecins de première classe de l'armée ont le rang de général, 2,000 florins (5,000 fr.) d'appointemens, quatre habitations, quatre rations et 1,000 florins (2,500 fr.) de pension.

Les médecins de régiment de 1[re] classe reçoivent 1,200 florins (3,000 fr.) de solde; ils ont de plus trois rations, trois habitations et 400 florins (1,000 fr.) de pension.

Ceux de 2[e] classe, 1,000 florins (2,500 fr.) trois rations, trois habitations et 400 florins (1,000 fr.) de pension.

Le premier médecin de 2[e] classe a le grade de commandant, 720 florins (1,800 fr.), deux rations, deux habitations et 300 florins (750 fr.) de pension.

Tous ont droit à un cheval et à une ration pour celui-ci.

Leurs veuves, s'ils meurent en campagne ou dans une épidémie, reçoivent une pension qui est des deux tiers de la solde dans ce cas, de la moitié seulement s'ils meurent dans d'autres circonstances.

COURRIER.

On annonce que la section d'anatomie pathologique de l'Académie de médecine propose la liste suivante de candidats à la place vacante dans cette section :

En 1[re] ligne, M. Requin,
En 2[me] — MM. Beau et Barth, *ex æquo*,
En 3[me] — M. Sestier,
En 4[me] — M. Moreau (de Tours),
En 5[me] — M. Durand-Fardel.

On écrit de Saint-Lô (Manche), 19 février :

« Depuis quelques mois, la médecine compte dans notre arrondissement de nombreux cas de fièvre typhoïde. »

On écrit de Fauquemberg (Pas-de-Calais), 20 février :

« La fièvre typhoïde, qui avait sévi dans plusieurs communes de notre canton, diminue d'intensité depuis les récentes gelées. »

La fièvre typhoïde sévit actuellement dans la commune d'Ische, près Lamarche. Depuis quelque temps des cas isolés s'étaient présentés, sans toutefois revêtir le caractère épidémique; mais aujourd'hui la maladie a pris un grand développement. Les personnes attaquées sont au nombre de 30 environ; 3 d'entre elles ont déjà succombé.

— L'état sanitaire de Vera-Cruz est assez satisfaisant. Quelques cas de choléra ont été signalés à l'hôpital, mais les décès sont rares.

A Saint-Thomas, la fièvre jaune a cessé de sévir; on ne signale plus qu'un ou deux cas.

A la date du 26 novembre, la fièvre jaune continuait à faire de nombreuses victimes à Port-au-Prince.

— La petite vérole semble faire depuis quelques jours des progrès dans la commune de Colomhier.

— Le gouvernement fait publier dans le *Moniteur* les nouvelles suivantes de nos colonies, sous la date des 12 et 13 janvier :

« A la Martinique, l'état sanitaire de la colonie s'améliore de plus en plus; ainsi, à Fort-de-France, aucun cas de fièvre jaune n'a été remarqué pendant le mois de décembre; à Saint-Pierre, l'épidémie a abandonné complètement la ville, mais elle fait encore quelques victimes sur rade, à bord des bâtimens qui arrivent de France. Néanmoins, l'ensemble des renseignemens recueillis permet à l'administration locale de regarder la colonie comme devant être bientôt tout à fait délivrée du fléau qui l'a si cruellement éprouvée.

» A la Guadeloupe, la fièvre jaune a également perdu sur tous les points son intensité. »

— M. le ministre de l'intérieur vient de souscrire, pour les établissemens médicaux ressortissant de son département, au *Code médical* de M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité d'hydrotomie, ou des injections d'eau continues dans les recherches anatomiques; par le docteur A.-E. Lacauchie, ex-professeur d'anatomie de l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce, médecin principal de première classe des armées, etc. In-8 de 160 pages, avec 6 planches. — Prix : 3 fr. 50 c.

Hygiène du corps et de l'âme, ou Conseils sur la direction physique et morale de la vie, adressés aux ouvriers des villes et des campagnes, par le docteur Max Simon. Un beau volume in-18 de 130 pages. — Prix : 1 fr.

Considérations pratiques sur les indications qui peuvent se présenter dans le traitement de la pneumonie, mémoire auquel la Société de médecine de Bordeaux a décerné une médaille; par le d[r] Saucerotte, médecin en chef de l'hôpital. Paris, in-8 de 32 pages. — Prix : 1 fr. 25 c.

Ces trois publications se trouvent chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

Esquisse historique sur Louise Bourgeois, dite Boursier, sage-femme de la reine Marie-de-médicis; par le docteur Achille Chereau. In-8°, Paris, 1852. Imprimerie Malteste.

Mémoire sur les névralgies périodiques, par le docteur Marrotte, médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite. In-8°, Paris, 1852. Rignoux, imprimeur.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 28. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 8 Mars 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............. 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

LA FIÈVRE TYPHOIDE DANS LES DÉPARTEMENS.

Vierzon, 28 Février 1853.

Monsieur et très honoré confrère,

Vous avez raison de croire que le génie typhoïde ne s'est pas seulement abattu sur Paris, que la capitale n'a pas seule le triste privilége de donner asile à un pareil hôte. Déjà les renseignemens que vous ont fournis MM. Lévy et Alquié ont montré qu'on peut suivre le fléau dans une grande étendue de la France, par la traînée qu'il laisse après lui.

Nos villes, grandes et petites des départemens, ont à déplorer, comme Paris, la rigueur de l'épidémie. Dans le département de l'Indre, Châteauroux lui paie même encore aujourd'hui un large et triste tribut; mais ce qui indique mieux sa généralité, c'est sa présence dans nos campagnes du Berry, où les villages et les hameaux ne sont pas épargnés du cruel visiteur, et où on peut le suivre, sinon par traînée, au moins par les bonds et les sauts qu'il fait. Notre Sologne du département du Cher, où, quoi qu'en disent certains auteurs, la fièvre est endémique et s'acclimate très bien à côté de la fièvre intermittente; cette pauvre Sologne, dis-je, porte aussi l'empreinte du fléau. Ses ravages dans les campagnes sont d'autant plus marqués, que la misère, l'insalubrité y sont plus grandes encore et que la superstition et l'ignorance empêchent souvent les malheureux habitans de demander à temps des secours qui ne leur manqueraient pas grâce à l'humanité et à l'activité de nos confrères.

La constitution médicale des départemens du Cher et de l'Indre ne diffère donc en rien de celle du département de la Seine. Depuis la fin de l'été, les affections du tube digestif ont dominé la pathologie; les embarras gastro-intestinaux avec ictère comme symptôme prédominant, ont régné épidémiquement pendant un mois environ.

Peu de temps après, la dyssenterie a sévi avec force sur certains villages, et fait nombre de victimes. La diarrhée a succédé à la dyssenterie, et cette affection, chez beaucoup de sujets, a pris une nuance typhoïde. Enfin, depuis quelques mois, cette dernière règne despotiquement et presque exclusivement. Cependant, par rapport à l'état épidémique, nous devons dire que la mortalité n'a été que de deux sur dix.

Dans nos villes et même dans nos campagnes, cette maladie retentit comme à Paris, non seulement sur les classes inférieures, mais encore sur les classes aisées où l'agglomération et l'insalubrité sont loin d'exister. Je ne veux pas parler des hameaux, qui ne sont composés que d'indigens et de pauvres journaliers; chez tous, la fièvre typhoïde frappe à leur porte. Mais je citerai particulièrement le petit village d'Autry, de la commune de Méreau, à deux kilomètres de Vierzon, composée de 38 habitans, dont 16 ont été frappés de l'épidémie à divers degrés. Quelques-uns n'ont présenté que les symptômes gastro-intestinaux avec un peu d'adynamie, d'autres, plus gravement atteints, offraient les complications thoraciques et cérébrales. Chez 4 d'entre eux, l'affection s'est terminée par d'abondantes sueurs et des sudamina; 3 sont morts, 2 avec méningite, le troisième n'a voulu se soumettre à aucun traitement, rejetant les soins qu'on voulait lui prodiguer, persuadé, disait-il, *qu'on lui avait jeté un sort* et que tout secours lui était inutile.

L'agglomération qui, dans l'état endémique de cette maladie, joue un si grand rôle comme cause prédisposante et aggravante, perd, ainsi que vous le dites, beaucoup de sa valeur en présence des faits qui se passent sous nos yeux; et l'on doit, comme vous, croire que l'épidémie actuelle, comme les grandes épidémies, se lie à quelques phénomènes météorologiques ou telluriques qui sont encore un secret pour nous.

Cependant, sans vouloir chercher à faire de la pathogénèse; ne serait-il pas, jusqu'à un certain point, juste et sensé d'admettre que l'humidité de la température et de l'atmosphère au milieu desquelles nous vivons depuis quelque temps, et qui semble générale, non seulement pour la France, mais pour une partie de l'Europe, doit être à elle seule une des principales causes *occasionnelles*?

Agréez, etc.

Dr Edouard BURDEL,
Médecin de l'hospice de Vierzon.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

RECHERCHES ÉLECTRO-PHYSIOLOGIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LE DIAPHRAGME;

Mémoire présenté à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine,

Par M. le docteur DUCHENNE DE BOULOGNE.

(Suite. — Voir les numéros des 3 et 5 Mars.)

§ II. — MOUVEMENS IMPRIMÉS AUX CÔTES PAR LE DIAPHRAGME, QUI N'EST PLUS DANS SES RAPPORTS DE CONTIGUITÉ AVEC LES VISCÈRES ABDOMINAUX.

Les animaux qu'on venait d'abattre, et sur lesquels ont été faites les expériences que je viens de relater, ont été éventrés et leurs viscères abaissés; puis j'ai dirigé de nouveau, sur leurs nerfs phréniques dénudés, un courant intense et à intermittences rapides. A l'instant où le diaphragme s'est contracté, les côtes auxquelles il s'insère ont été attirées en dedans, au lieu de se porter en dehors comme dans les expériences précédentes.

Ce mouvement concentrique des côtes diaphragmatiques est beaucoup moins étendu que le mouvement excentrique qu'on leur voit faire, quand les parois abdominales sont intactes. Ainsi, par exemple, chez le cheval mort et éventré, l'excitation du diaphragme resserre la base du thorax à peu près de 2 centimètres de chaque côté, tandis que si le diaphragme a conservé ses rapports naturels avec les viscères abdominaux, la même excitation écarte les côtes de chaque côté de 5 à 6 centimètres. La différence entre ces deux mouvemens est donc de 7 à 8 centimètres de chaque côté du thorax.

Aussi longtemps que le courant passe dans les nerfs phréniques, la base de la poitrine est maintenue resserrée; mais quand le courant est interrompu, les côtes inférieures s'écartent en vertu de leur élasticité, pour reprendre la position qu'elles occupent pendant l'absence d'action musculaire.

Le diaphragme, abandonné à ses propres forces quand il a perdu ses rapports de contiguité avec les viscères abdominaux, est donc expirateur, quant aux mouvemens qu'il imprime aux côtes inférieures, mais il n'en agrandit pas moins alors le diamètre vertical de la poitrine, en abaissant le diaphragme.

Voici les changemens que j'ai observés dans le plan du diaphragme chez le cheval mort et éventré pendant l'abaissement artificiel de ce muscle. Au moment où les rhéophores sont appliqués sur les deux phréniques, les fibres musculaires qui aboutissent au centre phrénique deviennent rectilignes et impriment leur direction oblique de dehors en dedans et de bas en haut à la partie la plus externe du centre phrénique; tandis que la partie du centre phrénique qui est liée au péricarde, s'abaisse en conservant son plan horizontal. Mais cet abaissement du diaphragme s'arrête bientôt, et quelqu'intense que soit le courant, on ne peut faire descendre ce muscle au niveau de ses attaches costales et sternales. Il en résulte qu'à son maximum de contraction, le diaphragme prend à peu près la forme d'un cône tronqué, dont la base répond à la partie inférieure de la poitrine.

On voit qu'il y a loin de là à la forme convexe du côté de l'abdomen que prendrait le diaphragme pendant ses plus grandes contractions, d'après certains expérimentateurs, entre autres Haller, etc. J'ai varié vainement mes expériences pour produire ce phénomène. Ainsi, j'ai excité alternativement les côtés du diaphragme, soit en concentrant le courant dans chacun des nerfs phréniques, soit en plaçant les excitateurs directement sur les fibres musculaires du diaphragme, jamais je n'ai pu produire la convexité en bas de ces fibres musculaires. Que ces dernières se contractent toutes ensemble; ou partiellement, on les voit toujours devenir rectilignes de courbes qu'elles étaient, et conserver une direction oblique de bas en haut et de dehors en dedans.

Ce n'est pas que la contraction du diaphragme soit trop faible, quand l'abdomen est ouvert, pour produire un plus grand abaissement; car M. Leblanc et moi n'avons pas pu empêcher la descente du diaphragme en plaçant le poing au au centre de ce muscle, pendant sa contraction par l'électricité. Il nous a fallu employer toute notre force pour en diminuer un peu l'abaissement.

On n'a pas oublié que l'animal mort, dont le diaphragme a conservé tous ses rapports naturels, fait une inspiration bruyante quand on provoque la contraction de ce muscle. Eh bien, ce phénomène n'a plus lieu si les viscères abdominaux sont abaissés après son éventration. C'est ce qui prouve que dans ce dernier cas l'air passe en moindre quantité et avec moins de force dans les voies respiratoires. On se rend parfaitement compte de ces phénomènes différens, en se rappelant que dans la première expérience, la capacité de la moitié inférieure s'agrandissait en tous sens; tandis que dans la seconde, elle diminue, dans le sens du diamètre transversal.

§ III. — MÉCANISME DES MOUVEMENS DE LA PARTIE INFÉRIEURE DE LA POITRINE PENDANT LA CONTRACTION DU DIAPHRAGME.

Comment expliquer que pendant plusieurs siècles les anatomistes les plus illustres aient pu méconnaître le mouvement d'abaissement du diaphragme par le fait de sa contraction, phénomène des plus patens et qui n'est aujourd'hui contesté par personne? Il faut que ces anatomistes aient été trompés par les apparences, dans les vivisections qu'ils pratiquaient journellement. On sait qu'en effet, à cette époque, l'anatomie vivante (les vivisections) formait la partie essentielle dans l'étude de l'anatomie et qu'on s'y préparait par des dissections faites sur le cadavre (l'*anatomie morte*). Ainsi Vésale, qui, à mon sens, ne peut pas avoir négligé de répéter cette curieuse expérience de Galien, dans laquelle ce prince des anatomistes, qui aussi se montrait grand physiologiste, paralysait tous les inspirateurs à l'exception du diaphragme; Vésale, dis-je, a vu sans doute, comme dans mes expériences électro-physiologiques, la poitrine se resserrer au moment de l'abaissement du diaphragme, si alors les viscères abdominaux de l'animal éventré n'étaient plus en rapport avec ce muscle. Or, comme il avait dû observer que dans cette même expérience la poitrine exécutait un mouvement contraire à celui qu'elle fait pendant l'inspiration, alors que les parois abdominales du même animal sont dans leur état normal, n'était-il autorisé à en conclure que le diaphragme s'élève pendant l'inspiration et que cette élévation est le résultat de la contraction de ce muscle? Une erreur aussi étrange, partagée par tant d'autres anatomistes non moins célèbres, ne peut s'expliquer que de cette manière.

Mais si ces expérimentateurs avaient pu, comme on me l'a vu faire, maintenir le diaphragme en contraction continue pendant plusieurs minutes, en dirigeant sur lui l'électricité, cet agent analogue à la force nerveuse, une telle erreur n'eût pas été possible de leur part, et alors ils auraient cherché la cause des mouvemens contraires que l'on voit le diaphragme imprimer aux côtes, suivant que ce muscle a conservé ou perdu ses rapports naturels avec ses viscères abdominaux; ils auraient, enfin, cherché à expliquer le mécanisme de ces divers mouvemens.

C'est le problème que je vais m'efforcer de résoudre.

MM. Beau et Maissiat, on le sait, ont écrit dans le travail remarquable qu'ils ont publié dans les *Archives générales de médecine* (1), que le péricarde s'oppose assez énergiquement à l'abaissement du diaphragme pour lui offrir un point fixe, à l'aide duquel ce muscle élève les côtes auxquelles il s'insère et les porte en dehors. Ces observateurs reconnaîtront, sans aucun doute, l'évidence des faits que j'ai exposés et qui établissent qu'ils se sont trompés dans l'interprétation des phénomènes qu'ils ont observés dans leurs vivisections. Mes expériences sont tellement concluantes, qu'elles me dispensent d'entrer en discussion sur ce point avec ces habiles expérimentateurs, dont le travail est du reste des plus sérieux. Il me suffit de rappeler que, chez tous les animaux morts dont j'ai excité les phréniques, et dont les viscères abdominaux étaient abaissés, le péricarde était intact, et que cependant ce tendon creux du diaphragme, comme ils l'ont appelé, n'a pas empêché ce muscle de resserrer la base de la poitrine.

Il ressort aussi de ces expériences que c'est bien réellement grâce à la résistance opposée à son abaissement par les viscères abdominaux, que le diaphragme possède le pouvoir d'imprimer un mouvement d'expansion à la moitié inférieure de la poitrine.

Il est donc bien établi, par mes recherches, que l'action

(1) *Recherches sur le mécanisme de la respiration* (Arch. génér. de méd. 4e série, t. II, 2e art.)

propre du diaphragme, malgré la résistance que le péricarde peut opposer à son abaissement, est de porter les côtes diaphragmatiques en dedans, c'est-à-dire de faire le contraire de la fonction physiologique qu'il est appelé à remplir, quand il se contracte, dans ses rapports naturels avec les viscères abdominaux.

Dans ce mouvement des côtes en sens contraire, suivant que le diaphragme a conservé ou non ses rapports avec les viscères abdominaux, n'y a-t-il qu'une question de point d'appui, comme le professe théoriquement le savant physiologiste, M. Magendie. C'est pour élucider cette question, que j'ai essayé d'empêcher l'abaissement du diaphragme chez les chevaux morts, en plaçant mon poing au centre de ce muscle, pendant que je le faisais contracter par l'excitation du nerf phrénique. J'ai déjà dit précédemment, que le diaphragme s'est abaissé alors, malgré toute la résistance que je pouvais lui opposer ; mais que ce mouvement d'abaissement fut beaucoup plus limité que lorsque le diaphragme était libre dans son action. Certainement cette force de résistance à la descente du diaphragme doit être égale, sinon supérieure, à celle qui lui est offerte par les viscères abdominaux ; et cependant, lorsque M. Leblanc et moi nous employons toute notre force musculaire pour donner un point d'appui au diaphragme, les côtes qui lui servent d'attache inférieure, ne se portèrent pas en dehors, comme lorsque ce muscle trouvait un point fixe sur les viscères abdominaux ; nous réussîmes seulement à empêcher les côtes inférieures à se porter en dedans. (MM. Leblanc et Debout, témoins de cette expérience, crurent voir, il est vrai, un léger écartement des côtes; pour moi, j'avoue que c'était fort contestable.)

Cette expérience démontre que plus le diaphragme est maintenu dans l'élévation pendant sa contraction, plus il a de tendance à élever les côtes diaphragmatiques et à les porter en dehors ; mais il établit aussi de la manière la plus évidente qu'il lui faut quelque chose de plus, pour que ce mouvement excentrique des côtes soit franchement et complètement produit.

Ce quelque chose doit être, selon moi, la plus grande surface du point d'appui offerte au diaphragme par les viscères abdominaux. Voici quel serait alors le mécanisme de l'élévation des côtes, et consécutivement de leur écartement.

Il est nécessaire de rappeler ici les changemens décrits plus haut, que l'on voit survenir dans le plan du diaphragme chez les animaux dont les viscères abdominaux sont abaissés par l'excitation de leurs nerfs phréniques. J'ai dit précédemment que le diaphragme prend alors la forme d'un cône tronqué, dont les côtés sont formés par des fibres musculaires et une partie du centre phrénique. Les fibres musculaires, par leur direction oblique de dehors en dedans et de bas en haut, s'éloignent trop de la verticale par le fait de l'abaissement de leur attache supérieure au centre phrénique, pour élever les côtes diaphragmatiques, qui, en conséquence, doivent obéir seulement à la force qui les attire en dedans.

Les viscères abdominaux ont-ils conservé leurs rapports naturels avec le diaphragme; ils se laissent, il est vrai, déprimer en masse par sa contraction; mais ils lui offrent, comme point d'appui, leur surface en partie solide, dont la convexité s'adapte merveilleusement à toute sa surface concave en bas, et s'oppose ainsi au redressement de ses fibres musculaires. Il en résulte qu'en raison de la forme toute particulière du point d'appui offert par les viscères abdominaux, les fibres musculaires conservent en partie leur courbure naturelle qui leur permet d'agir sur les côtes diaphragmatiques dans une direction presque verticale, et en conséquence de les attirer en haut. Or, toute côte qui s'élève, se porte nécessairement en dehors, ainsi que l'a fort bien démontré Borelli.

Il ressort aussi de mes expériences, que l'expansion du thorax par la contraction artificielle du diaphragme est plus grande chez l'animal vivant. Ce phénomène vient de ce que les parois abdominales opposent à la descente des viscères plus de résistance pendant la vie qu'après la mort. On n'a pas oublié cette curieuse expérience dans laquelle on a vu chez un chien vivant le diamètre transversal de la base du thorax presque doublé pendant l'excitation électrique de ses nerfs phréniques; tandis qu'après sa mort, l'expansion de cette partie de la poitrine avait à peine augmenté d'un tiers sous l'influence de la même excitation. Dans le premier cas, l'animal maintenait ses muscles abdominaux contractés avec la plus grande énergie. Aussi l'épigastre et les hypochondres étaient-ils alors à peine soulevés. Dans le second cas, les parois abdominales, restées flasques, s'étaient laissé distendre par les viscères. Je ne crois pas que le diamètre transversal du thorax ait pu être doublé par le seul fait de la contraction du diaphragme. Les viscères comprimés alors entre le diaphragme et les parois abdominales violemment contracturés, sont refoulés vers les parois thoraciques qu'ils refoulent en dehors, et augmentent ainsi mécaniquement l'expansion du thorax déjà produite par la contraction du diaphragme.

Quelle qu'en soit l'explication, ce phénomène démontre évidemment que l'écartement des côtes inférieures, par la contracture du diaphragme, augmente en raison directe de la résistance des viscères ou des parois abdominales. Cette résistance, en s'opposant à l'abaissement du diaphragme, empêche ou entrave l'agrandissement du diamètre vertical de la cavité thoracique; mais l'expansion transversale plus grande que la poitrine y gagne alors, est une sorte de compensation. Si l'on réfléchit aux causes fréquentes qui peuvent aussi mettre obstacle à l'abaissement du diaphragme, et conséquemment gêner la respiration, on voit, comme aurait dit Galien, ce profond écrivain de l'*Usage des parties*, combien la nature a été sage et prévoyante en donnant au diaphragme la faculté de rendre alors en largeur à la cavité thoracique, à peu près ce qu'elle perd en hauteur.

(*La suite prochainement.*)

FIN DE LA PREMIÈRE PARTIE.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

OBSERVATION POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES RUPTURES SPONTANÉES DE L'ESTOMAC; par M. le docteur FLEURY, professeur de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

Gilet (Martin), âgé de 20 ans, dont la santé a été bonne jusqu'à présent, fut renversé le 20 janvier de cette année par un éboulement de terrain. Une contusion du bas des reins et de la hanche gauche fut l'effet de la pression exercée par le sable qui se détacha de l'espèce de voûte sous laquelle il était placé.

On le transporte à l'Hôtel-Dieu de Clermont, où nous constatons l'existence d'un épanchement de sang dans la région lombaire, et l'impossibilité dans laquelle il était de se tenir debout et d'exécuter des mouvemens avec le membre blessé. Des résolutifs sont appliqués sur les points douloureux, une saignée du bras est pratiquée, et insensiblement les douleurs se calment, la raideur disparaît et le malade peut se lever et faire de l'exercice dans la salle.

L'appétit, qui n'a jamais cessé de se faire sentir, a permis de lui donner successivement la demie, les trois quarts de portion. Il était à ce régime depuis plusieurs jours et se disposait à quitter l'hôpital, lorsque, dans la soirée du 18 février, trois heures après son repas, il éprouve quelques douleurs d'estomac, auxquelles on attache d'abord peu d'importance, et que l'on croit produites par une mauvaise digestion ; le mal augmente ; des efforts de vomissement se manifestent ; mais aucune parcelle alimentaire n'est rejetée à l'extérieur : il succombe à trois heures du matin, sans que l'on ait pu observer les progrès du mal, qui eût certainement résisté à tous les secours de l'art, mais que l'on eût du moins cherché à combattre si l'incurie des gens de service n'eût privé le blessé de toute espèce de secours.

A quoi pouvait être attribuée une mort aussi prompte? Une rupture de l'estomac était capable de l'expliquer, mais quelle en était la cause?

La région épigastrique n'avait jamais été le siége d'aucunes douleurs à la suite des contusions produites par l'éboulement de terrain ; l'appétit n'avait jamais disparu complètement et les fonctions digestives, douées d'une grande énergie chez un jeune homme de 20 ans, ne nous avaient point permis de l'astreindre à un régime sévère. Nous ne pouvions donc pas supposer une lésion traumatique.

Un agent chimique a-t-il exercé son action sur l'estomac et y aurait-il eu empoisonnement? L'âge du jeune malade, la nature de ses occupations, la gaîté de son caractère, le plaisir qu'il éprouvait à l'idée de retourner dans sa famille, projet qu'il savait devoir se réaliser prochainement, éloignèrent la pensée d'un suicide. Personne n'avait intérêt à attenter à ses jours. On ne devait pas croire davantage à une intoxication accidentelle, puisque ses voisins avaient partagé son dîner.

L'autopsie devait bientôt dissiper l'obscurité qui existait encore et nous faire connaître la cause d'une mort aussi prompte qu'inattendue.

Le facies présente encore l'expression de la douleur ; l'abdomen est légèrement météorisé, et un sifflement produit par du gaz se fait entendre lorsqu'on ouvre le péritoine. Une odeur aigre des plus prononcées est bientôt perçue ; des alimens en grande quantité, dont il est facile de reconnaître la nature, remplissent la cavité hypochondriaque droite gauche.

L'estomac, pour être examiné plus facilement, est séparé de l'œsophage et du duodénum, au-delà des orifices cardiaques et pylorique; une déchirure, de l'étendue d'une pièce de 5 fr., existe au niveau de sa petite courbure à droite, et près de l'insertion de l'œsophage. C'est par elle que les alimens se sont échappés pour se répandre dans la cavité de l'abdomen. La membrane muqueuse stomacale, ramollie dans toute son étendue, présente une coloration d'un gris rougeâtre, et se détache au moindre frottement. Les bords de l'ouverture sont amincis comme ceux d'une étoffe qui a été fortement tiraillée, et qui a cédé à la distension; on n'y observe aucune trace d'escarres ni d'ulcérations.

Ce ramollissement doit-il être considéré comme un phénomène morbide? A-t-il favorisé la rupture qui a déterminé la mort? Cette hypothèse n'est point admissible, vu le bon état intérieur des organes digestifs. Il est peu rationnel de supposer que l'acidité du suc gastrique sécrété au moment de la digestion, n'y est point étrangère, et que ce suc a agi sur la muqueuse comme un irritant chimique, dès l'instant où la sécrétion du mucus a cessé de se faire. (Celui-ci aurait pour but, d'après M. Bérard, de garantir l'estomac de l'irritation provoquée par les sucs digestifs, lorsque le bol alimentaire arrive dans l'estomac.)

Le malade, nous ont dit ses voisins, a fait des efforts de vomissemens, sans qu'aucune parcelle alimentaire ait pu s'échapper par la bouche. Est-ce à ces contractions que nous devons attribuer la déchirure de l'estomac? Cela n'est pas probable. On ne pourrait l'admettre que si ses membranes avaient préalablement subi quelque altération pathologique (ramollissement, ulcérations). Les efforts n'ont été infructueux que parce que les alimens traversaient l'ouverture accidentelle, au lieu de s'engager dans l'œsophage.

Dès l'instant où aucun agent mécanique ou chimique n'a pu produire de pareilles lésions, il faut bien les considérer comme organiques ou vitales, et admettre avec M. Grisolle une de ces nombreuses lésions de nutrition, dont le mode de production est encore un mystère.

Ce qui doit encore confirmer dans cette opinion, c'est que la déchirure occupe une partie de l'organe où on ne l'observe pas ordinairement. On sait, en effet, qu'à la suite du cancer, la perforation occupe ordinairement le voisinage du pylore; celle qui succède à une ulcération simple, siége sur une des faces de l'estomac, celle qui est l'effet d'un ramollissement, existe le plus souvent à son grand cul-de-sac.

Les faits de cette nature, sans être absolument méconnus, sont néanmoins assez rares pour donner de l'intérêt à cette observation, et pour m'engager à lui donner de la publicité.

BIBLIOTHÈQUE.

COURS DE PHYSIOLOGIE fait à la Faculté de médecine de Paris; par P. BÉRARD, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, etc., etc., etc., tome II. Un volume in-8° de 800 pages. Paris, 1850, chez Labé, libraire.

Plus de deux années se sont écoulées depuis le moment où nous avons rendu compte du premier volume du *Cours de physiologie* de M. Bérard. Ce n'est pas que l'honorable professeur ait cessé un instant de travailler à l'œuvre immense qu'il a entreprise ; ce n'est pas que la publication de cet ouvrage ait jamais été interrompue ; et la preuve, c'est que nous nous trouvons aujourd'hui en présence d'un second volume de 800 pages, et d'un troisième volume au trois quarts terminé. C'est donc nous, et nous seul, qui sommes coupable ; mais aussi un ouvrage comme celui de M. Bérard n'est pas de ceux sur lesquels il suffit de jeter un coup d'œil rapide pour en rendre compte ; ce n'est pas un de ces livres dont il faut s'empresser de parler, sous peine d'arriver pour prononcer leur oraison funèbre. Non, il s'agit d'une œuvre sérieuse, exécutée avec conscience et poursuivie avec courage, d'une de ces œuvres qui rappellent, dans un autre ordre d'idées, les ouvrages entrepris et exécutés par ces hommes patiens et laborieux, qui, travaillant dans le silence du cabinet et dans le fond d'un cloître, ne poursuivant d'autre but que celui d'être utiles, nous ont transmis des recherches dont l'étendue et la grandeur nous étonnent aujourd'hui plus que jamais.

Plus M. Bérard avance dans la grande et laborieuse tâche à laquelle il s'est voué, et plus nous devons le soutenir, l'encourager, le remercier pour le service immense qu'il rend aux élèves et aux médecins. Qui de nous ne se rappelle le temps où la physiologie en était réduite à un seul ouvrage, le livre charmant et coquet de Richerand ? Dans ce livre, la physiologie s'avançait couronnée de fleurs, le front riant, l'accueil facile ; à peine les grandes questions y étaient-elles effleurées ; à peine l'auteur semblait-il, dans sa placidité, soupçonner des difficultés sur lesquelles il répandait d'ailleurs à pleines mains les charmes de son style et la magie de son coloris. Nous comprenons le succès de ce livre auprès des littérateurs, des hommes du monde, des médecins amoureux du style et de la forme ; peut-être même ne serions-nous pas éloigné de penser qu'il n'a pas été sans influence sur l'avancement et les progrès de la physiologie, en faisant aimer cette science, en la montrant plus facile et plus abordable qu'on ne l'avait supposé avant lui. Mais la science allait entrer dans une voie nouvelle, la voie de l'expérimentation, et cet ouvrage, après avoir été pendant tant d'années le seul ouvrage classique, devait à son tour céder le pas à des œuvres plus sérieuses et plus scientifiques.

C'est de notre pays, c'est de la France qu'est parti le premier signal de la rénovation de la physiologie. Avec notre illustre physiologiste, M. Magendie, qui a eu la gloire de restaurer le culte de la physiologie expérimentale, cette science sortit enfin du domaine dogmatique et philosophique, pour se placer sur son véritable terrain, celui de l'observation et de l'expérimentation. Peu à peu, toutes les grandes questions furent soumises à une investigation sévère, et des solutions inattendues vinrent, en éclairant un grand nombre de points de la science, montrer combien il y avait encore à découvrir, et quel vaste champ s'ouvrait devant ceux qui voudraient consacrer à cette étude leurs temps et leurs efforts. Bientôt, l'Allemagne, l'Angleterre nous suivirent dans cette voie ; et la physiologie, qui avait été jusque-là presque abandonnée, devint l'objet de recherches si nombreuses, que nous croyons pouvoir dire sans exagération : c'est peut-être de toutes les sciences ayant trait à l'histoire de l'homme, celle qui a été le plus profondément remuée dans ces derniers temps.

Le *Traité de physiologie*, si remarquablement lucide, de M. Magendie, nous montrait encore la physiologie comme une science abordable dont toutes les parties semblaient se coordonner, et qui ne paraissait offrir que des difficultés médiocres à ceux qui voulaient s'y initier. Les choses changèrent bientôt de face : après la vulgarisation des ouvrages les plus renommés publiés outre-Rhin; après l'apparition de l'immense encyclopédie de Burdach ; après celle de l'ouvrage plus récent, et d'ailleurs si remarquable de Muller; après la publication des travaux des Flourens, des Gerdy, des Longet, des Bernard, en France; des Marshall-Hall, des Carpenter, des Mayo, en Angleterre ; des Panizza, des Matteucci, en Italie (j'en passe, et des meilleurs), l'étude de la physiologie, qui semblait jusque-là d'une assez grande simplicité, devint tellement compliquée, hérissée de tant de difficultés, de controverses et de contradictions, qu'élèves et médecins, se demandaient avec anxiété ce qu'il fallait

rejeter, ce qu'il fallait croire, où était la vérité, où était l'erreur.

Ce fut un moment critique pour la physiologie, et plus d'un médecin a pu croire, à cette époque, que la physiologie était une science encore à faire, dans laquelle il pouvait y avoir beaucoup de faits isolés, mais qui manquait encore d'ensemble et de systématisation. Il y avait donc, au milieu de tous ces grands noms, au milieu de ces grandes autorités, une place à prendre, un rôle important à accepter : c'était de présenter un résumé complet et impartial de l'état actuel de la science physiologique, c'était d'évoquer au tribunal de la critique les solutions diverses et contradictoires, de les peser, de les comparer, et de dire ce qu'il fallait croire ou ne pas croire. Cette place, ce rôle, M. Bérard s'en est emparé par la publication de son cours de physiologie : son admirable talent d'exposition, sa vaste érudition, son esprit fin et délicat, ses tendances impartiales et conciliatrices, l'indépendance de ses goûts et de sa position, lui assuraient d'avance dans cette voie un succès qui n'a pas manqué à son premier volume, et que la publication de son deuxième et de son troisième volumes ne fera que confirmer encore.

Le second volume du cours de physiologie de M. Bérard est certainement un de ceux dont la lecture est le plus attrayante et sera le plus goûtée des médecins et des élèves. Il s'agit, en effet, dans ce volume, des deux grandes fonctions de l'économie, sur lesquelles les recherches modernes ont jeté un jour tout nouveau ; nous voulons parler de la *digestion* et de l'*absorption*. L'auteur y traite successivement des *phénomènes de la digestion dans l'estomac*, du *vomissement*, de la *rumination*, de la *régurgitation*, du *rapport*, du *passage du contenu de l'estomac dans le duodénum*, des *phénomènes de la digestion dans l'intestin grêle*, de la *sécrétion biliaire*, de la *sécrétion pancréatique*, de la *sécrétion du suc intestinal*, des *phénomènes de la digestion dans le gros intestin*, de la *défécation*, des *gaz du tube digestif*, de la *digestion des boissons*, des *fonctions de quelques parties annexées au tube digestif* (*rate, mésentère, épiploon*), enfin de l'*absorption*.

Nous pourrions nous borner à chercher à saisir et à apprécier les tendances générales de l'honorable professeur. Nous préférons, et le lecteur préférera sans doute, avec nous, parcourir rapidement quelques-uns des chapitres les plus importans de ce second volume, en faisant connaître les solutions données par l'auteur au sujet de quelques-unes des questions litigieuses que soulève l'histoire de ces deux grandes fonctions de l'économie.

Parlons d'abord de la digestion stomacale et intestinale. L'histoire de la première de ces fonctions n'occupe pas moins de 90 pages, et personne n'en sera étonné quand on voudra bien se rappeler que l'auteur s'est trouvé en présence des questions controversées relatives au suc gastrique et au chyme, qu'il a eu à traiter des digestions artificielles et à donner une théorie de la digestion stomacale. Après avoir montré que c'est dans un appareil sécréteur particulier, les glandes en tube de Galéati, de Lieberkuhn, de M. Lacauchie, qu'est formé le suc gastrique, après avoir examiné les phénomènes de cette sécrétion, les circonstances qui l'activent ou la diminuent; après avoir insisté, à propos de ce dernier point, sur l'action des acides qui la diminuent, tandis que les alcalis l'activent, M. Bérard arrive à l'étude de la composition du suc gastrique, et là, après avoir bien établi que le suc gastrique est acide, il se demande quelle est la source de cette acidité, si l'acide est le résultat d'un travail intérieur subi par les alimentaires, ou bien si l'acide est exhalé par les parois de l'estomac. La source normale et constante de cette acidité étant dans le suc gastrique, et tout en admettant comme chose possible que quelques transformations chimiques puissent éventuellement ajouter une certaine proportion d'acide, M. Bérard passe en revue les opinions diverses soutenues relativement à la nature de cet acide, et arrive par exclusion à professer que c'est à l'acide lactique que l'on doit rapporter la réaction acide de l'estomac. Mais le suc gastrique ne doit pas à cet acide son action spécifique sur les alimens, tout autre acide pourrait le remplacer. Il y a un agent de la liquéfaction des alimens, un principe digestif : c'est la *pepsine* de Schwann et de M. Mialhe, la *chymosine* de M. Deschamps (d'Avallon), la *gastérase* de M. Payen, dont le concours avec l'acide suffit à opérer la métamorphose des matières neutres azotées. Voici maintenant comment M. Bérard résume les phénomènes de la digestion stomacale. « Sous l'influence de l'acide dilué du suc gastrique, les matières azotées neutres sont ramollies, gonflées, hydratées, plus ou moins désaggrégées, leur affinité de cohésion ayant été détruite. Quelques-unes prennent un aspect gélatiniforme et acquièrent une sorte de transparence. Au fur et à mesure que ces substances éprouvent la modification que nous venons de décrire, le principe ou ferment digestif, la pepsine intervient. Son premier effet est de précipiter, de coaguler cette matière devenue semi-liquide; de la formation de cette couche pulpeuse, opaque, souvent grisâtre, qui fait partie du chyme et qui se réduit, par l'agitation, en molécules d'une extrême ténuité, mais que le microscope démontre encore; la matière pulpeuse et les molécules qui la composent se diluent, se dissolvent ultérieurement. Pendant cette série d'actions, les principes immédiats ont éprouvé la transformation isomérique en albuminose, c'est-à-dire en une substance qui n'est ni fibrine, ni albumine, ni caséine, ni gluten, substance soluble dans les humeurs du corps, partant facile à absorber ; substance ayant la même composition élémentaire que celles dont elle procède, et apte à les reproduire dans le corps, suivant les besoins de l'économie. »

Nous ne suivrons pas plus loin M. Bérard dans l'étude des changemens que les alimens azotés éprouvent dans l'estomac. Mais pour les féculens, la question est plus grave et mérite de nous arrêter. « En songeant que la fécule entre pour une si forte proportion dans le régime d'une foule d'animaux et même de l'homme, on est disposé à s'étonner, dit M. Bérard, je dirais même volontiers à se scandaliser, qu'on vienne mettre en doute si l'estomac exerce un pouvoir digestif sur les alimens féculens. Eh bien! la conclusion rigoureuse des recherches modernes est cependant que l'estomac ne fournit pas le principe qui digère la fécule; et si l'on trouve dans l'estomac de la dextrine, du glucose, peut-être même de l'acide lactique, provenant de la transformation de la fécule, cela tient à ce que cette fécule, pénétrée d'une grande quantité de salive, commence à se métamorphoser avant d'arriver à l'estomac et continue même à subir cette métamorphose dans ce viscère, jusqu'au moment où le suc gastrique est assez abondamment sécrété pour l'arrêter... La liquéfaction et la transformation des matières amylacées, celles des matières azotées, ne sont pas le résultat de l'action d'un seul et même principe. La diastase, en moins d'une minute, dit M. Mialhe, fluidifie l'empois d'amidon et le transforme en dextrine et en glucose, tandis que la pepsine n'exerce pas cette action saccharifiante. La pepsine coagule le lait, ainsi que la fibrine et le gluten rendus solubles par une faible proportion d'acide; elle dissout ensuite ce coagulum, en transformant la substance. La diastase n'exerce aucune action sur les liqueurs albuminoïdes. En somme, la diastase acidifiée n'attaque pas la fibrine et n'acquiert aucune des propriétés de la pepsine, et d'un autre côté la pepsine, en présence d'un alcali, ne détermine pas la transformation de la fécule en dextrine et en glucose. »

On sait que sous le nom de chyme on comprend le résultat de la digestion stomacale. Mais quel sens précis donner à ce mot? Voici, d'après M. Bérard, quelle idée il faut se faire du chyme : « Lorsque la digestion d'un repas composé est avancée, dit-il, on trouve dans l'estomac : 1° une partie des matières albuminoïdes que l'action successive de l'acide et du principe actif du suc gastrique a dissociées, réduites à l'état pulpeux, moléculaire, mais non encore dissoutes ; 2° des matières qui ont déjà subi la dissolution et la transformation (albuminose), qui imbibent les précédentes et que le filtre pourrait en séparer; 3° des portions d'alimens non attaquées, bien que réduites en petites parcelles, entre autres les matières amylacées non encore transformées en dextrine ou ne l'étant que partiellement ; 4° des matières sucrées, des matières gélatineuses à l'état de dissolution ; 5° des matières grasses, les unes déjà émulsionnées, les autres ayant encore l'apparence huileuse. Ce n'est pas ce composé qu'il faut appeler chyme, mais seulement la partie pulpeuse de ce composé et notamment la matière pulpeuse résultant de l'action du principe digestif sur les matières azotées, hydratées par l'acide dilué du suc gastrique. »

L'espace nous manque pour exposer avec détails les résultats des digestions artificielles, dont l'idée appartient à Réaumur, mais qui a été fécondée par Spallanzani, ainsi que ceux des expériences relatives à la digestibilité des alimens. Nos lecteurs ne seront certainement pas fâchés de trouver ici quelques règles applicables à l'hygiène et à la médecine pratique, règles que l'on peut considérer comme parfaitement acquises à la science, et que M. Bérard a déduites des expérimentations directes chez les animaux, aussi bien que de l'observation chez l'homme. Voici ces conclusions :

« 1° Les parties des végétaux, dit M. Bérard, que l'on nomme épisperme ou épicarpe, sont très réfractaires à l'action du suc gastrique, et lorsqu'elles ne sont pas pas entamées mécaniquement, elles empêchent la chymification des substances nutritives qu'elles recouvrent. Ainsi, la pellicule extérieure des raisins frais et des raisins secs, celle des pois, des haricots, des lentilles, celle des cerises, des abricots, des pommes, des poires, des groseilles, etc., etc., ne se dissolvent pas dans le suc gastrique. 2° Les corps gras, que ce soit la graisse des animaux ou des matières huileuses, séjournent très longtemps dans l'estomac sans y éprouver d'altérations. C'est la graisse qui rend extrêmement pénible la digestion des noix, des amandes, des noisettes, des pignons, des olives, du cacao. 3° Certaines substances végétales, riches en azote, se dissolvent lentement dans le suc gastrique : tels sont les truffes, les champignons, les morilles. 4° Certaines parties résistantes du corps des animaux, comme les tendons secs, les membranes des artères, les cartilages, les os, sont assez réfractaires pour ne pas être chymifiés dans l'estomac de l'homme, dans le temps que dure une seule digestion ; mais en les soumettant plusieurs fois à l'action de l'estomac, comme le faisait Spallanzani, la dissolution s'en opère. 5° La chair des poissons, surtout s'ils sont cuits à l'eau et ne sont pas huileux, se digère beaucoup plus vite que celle des mammifères et des oiseaux. 6° Le lait, les œufs frais se digèrent plus promptement que la chair des animaux à sang chaud. 7° Pour une même substance, le degré de cohésion a de l'influence sur la rapidité avec laquelle elle se chymifie. L'albumine coulante se digère plus vite que l'albumine concrète; celle-ci se liquéfie plus promptement si elle est à l'état de neige, qu'en masses compactes. Les préparations qui ramollissent les chairs, qui les rendent tendres, facilitent leur digestion. 8° Certaines substances sont d'une digestion beaucoup plus difficile immédiatement après leur cuisson, que lorsqu'il s'est écoulé depuis leur préparation un certain espace de temps pendant lequel elles ont perdu de l'eau. »

Ici s'arrête ce que nous voulions dire de la digestion stomacale. Suivons maintenant les phénomènes dans l'intestin grêle. Mais, avant tout, il nous faut voir quelles sont les fonctions de la bile et du suc pancréatique qui sont versés dans le tube digestif avec le suc intestinal proprement dit, partout celles du foie et du pancréas. M. Bérard a exposé ici avec son talent habituel les deux importantes découvertes que l'on doit à M. Claude Bernard, la formation du sucre dans le foie et l'action du suc pancréatique destiné à émulsionner les matières grasses pour en faciliter l'absorption, en même temps qu'il complète la transformation des féculens en dextrine et en glucose, ébauchés par le liquide salivaire. Mais quelle est au juste l'action de la bile? Il ne paraît pas que cette action soit indispensable à la formation du chyle. La bile n'est pas non plus l'agent exclusif de la digestion des corps gras ; mais très probablement ce liquide empêche la fermentation des différentes matières organiques chymifiées ou non chymifiées ; très certainement il excite le mouvement péristaltique et les sécrétions du canal intestinal ; très certainement aussi du contact du chyme avec la bile, résulte la précipitation de produits excrémentitiels qui seraient infailliblement résorbés, au détriment de l'économie, s'ils parcouraient le tube digestif à l'état de dissolution, et qui se bornent alors à exercer sur la muqueuse des intestins et sur l'irritabilité de ses plans musculaires, la stimulation normale qui provoque la sécrétion et la contraction. Voilà ce qu'on sait de plus fondé sur la bile et sur le foie ; on est bien loin d'en savoir autant sur la rate, qui a défrayé depuis tant de milliers d'années les fabricans d'hypothèses, et au sujet de laquelle M. Bérard hasarde aussi la sienne. « Le sang qui sort de l'estomac, dit ce professeur, au moment de la digestion stomacale, emporte avec lui des matériaux que l'absorption lui a cédés : il est hétérogène. La masse de sang qui sort de la rate et qui s'ajoute à celui de l'estomac, diminue dans celui-ci la proportion des matériaux hétérogènes dont il vient de se charger. La même chose a lieu relativement au sang qui revient des intestins grêles pendant la digestion intestinale ; elle se répète même pendant la digestion dans le gros intestin. » Mais revenons à la digestion intestinale.

L'acidité des matières digérées va diminuant depuis le pylore jusqu'au bas de l'intestin grêle, où souvent même elle est remplacée par un état alcalin ; la couleur du chyme change par suite de son mélange avec la bile ; les parties granuleuses du chyle, les portions d'alimens qui n'ont pas été liquéfiés dans l'estomac et qui pourtant n'appartiennent pas à la classe des substances complètement indigestibles, se dissolvent dans l'intestin ; il se fait un dégagement de gaz, lors de la réaction du chyme et des liquides versés dans l'intestin, notamment de la bile et du suc pancréatique ; le contenu de l'intestin grêle, envisagé au point de vue chimique, se compose d'une partie qui en fait pour ainsi dire le fond et qui est presque toujours la même pour le même animal, et d'une partie additionnelle, dont la nature varie suivant l'espèce d'aliment employé. Nous nous bornerons à ces propositions générales empruntées à M. Bérard, sans entrer dans plus de détails, par cela même que, ainsi que le fait remarquer ce professeur, ce qui est dans l'intestin n'est peut-être pas le produit le plus important de la digestion ; ce qui n'y est plus, ce que l'absorption en a enlevé constitue, sans contredit, ce qu'il y a de plus récrémentitiel dans les produits de la digestion, et que, dans notre opinion, il y a peu à attendre, en fait de résultats précis et rigoureux, de la comparaison du contenu de la première portion de l'intestin avec le contenu de la dernière.

Nous nous hâtons d'arriver à la seconde partie de ce volume, à celle qui traite de l'absorption, et qui, nous nous empressons de le dire, ne le cède nullement à la première. Rien de plus naturel, d'ailleurs, que de placer à côté de la digestion, c'est-à-dire à côté de la fonction préparatoire en quelque sorte de l'absorption, cette fonction elle-même. M. Bérard a donc commencé l'étude de l'absorption par celle qui s'opère dans le tube digestif, et il en a rapproché les absorptions qui ont lieu sur d'autres surfaces communiquant avec l'extérieur, dans les voies aériennes, à la surface de la peau, dans les voies génito-urinaires et dans les réservoirs des glandes. Un deuxième groupe comprend les absorptions qui ont lieu dans cavités closes de toutes parts ; dans un troisième, l'auteur envisage l'absorption sur les surfaces accidentelles. Renvoyant à l'histoire de la nutrition tout ce qui regarde l'absorption dite décomposante, qui s'exerce sur les parties vivantes et contribue à leur renouvellement, il expose ensuite avec soin les théories diverses de l'absorption et fait connaître les conditions du phénomène, ainsi que les circonstances qui en modifient la production. Quelques notions sur l'absorption dans ses rapports avec la pathologie et la thérapeutique, ainsi que dans ses rapports avec la guérison des maladies, sur la résorption qui s'opère dans les foyers purulens, complètent une histoire de l'absorption comme il n'en existe dans aucun traité de physiologie, et dans lequel on ne peut regretter qu'une chose, c'est que l'auteur ait renvoyé au chapitre de la respiration ce qui touche à l'absorption des gaz par les voies respiratoires et par conséquent ce qui a trait aux inhalations médicamenteuses et à l'emploi des anesthésiques. Rien de plus complet, d'ailleurs, que la partie qui traite de l'absorption dans les voies digestives. Pour la première fois, l'absorption du chyle est considérée à part de celle des autres produits organiques solubles de la digestion. Viennent ensuite, étudiées à part, l'absorption des boissons, celle du gaz, celle enfin de diverses substances vénéneuses ou non vénéneuses, soit salines, soit colorantes, soit odorantes, et d'une foule de principes immédiats, qui, ingérés avec les alimens, pénètrent dans l'économie avec leurs caractères et sont reconnaissables encore lorsque les excrétions nous en débarrassent.

Les théories de l'absorption occupent, on le comprend, une grande place dans cette partie du livre de M. Bérard. Rejetant la théorie surannée des bouches absorbantes, partisan de la théorie de l'imbibition, de l'endosmose, M. Bérard y apporte cependant cette restriction bien fondée que l'état de vie, en modifiant l'état physique des membranes, la disposition de leurs pores, peut exercer une certaine influence sur leur degré de perméabilité. Certaines absorptions lui paraissent encore d'un mécanisme douteux, celles par exemple qui s'opèrent dans les cavités séreuses et synoviales. M. Bérard reconnaît enfin que l'absorption du chyle, ou plutôt de la matière émulsive, met en échec la théorie de l'imbibition et de l'endosmose, en tant qu'on voudrait la présenter comme explication universelle.

L'histoire du chyle et de la lymphe termine ce volume si bien rempli et dont nous n'avons pu donner qu'une idée bien incomplète, qu'un aperçu bien imparfait. Nous aurions voulu que l'espace nous eût permis de faire des citations plus nombreuses, mais le peu que nous en avons cité suffit pleinement pour permettre à nos lecteurs d'apprécier la manière large de l'auteur, la clarté et la netteté de son exposition, la simplicité élégante et la correction de ce style qui rappelle celui de nos meilleurs prosateurs. Nous n'ajouterons plus qu'un mot : le traité de physiologie de M. Bérard n'est pas seulement un livre instructif et utile, un livre véritablement classique, c'est encore un ouvrage dont la lecture est pleine d'attrait et de charme, un ouvrage qui sera bientôt entre les mains de tous les médecins, comme il est déjà entre les mains de tous les élèves.

Dr Aran.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 2 Mars 1853. — Présidence de M. Guersant.

Conséquences d'une amputation mal faite.

M. Denonvilliers présente à la Société un jeune homme de 17 ans, qui a subi à 6 ans 1/2 l'amputation du bras droit. Le chirurgien qui a pratiqué cette opération, n'ayant pas ménagé un lambeau suffisant, il en est résulté immédiatement une saillie considérable de l'os, laquelle n'a fait que s'accroître avec le temps. Le moignon présente actuellement la forme d'un cône aigu, dont l'extrémité est formée par l'os complètement dénudé, et faisant une saillie de près de deux pouces en dehors des tégumens. Ce jeune homme, qui jusque-là n'avait pas souffert de cette disposition de son moignon, se plaint depuis quelque temps de douleurs vives et continuelles qui obligèrent à pratiquer une nouvelle opération plus régulière.

Luxation du scaphoïde.

M. Broca lit la suite de son travail sur les luxations du pied. Cette partie de son mémoire est consacrée à l'histoire de la luxation du scaphoïde seul. Nous en extrayons quelques passages propres à justifier les conclusions de l'auteur.

L'articulation astragalo-scaphoïdienne ne possède, par cela même, que des moyens d'union presque insignifians; si les deux os qui la composent étaient seuls, nul doute qu'il ne s'y produisît facilement des luxations. Mais la présence du calcanéum et du cuboïde, leur connexion avec l'astragale et avec le scaphoïde, ne permettent guère de comprendre la possibilité d'un déplacement isolé du scaphoïde sur l'astragale.

Il est clair que le scaphoïde ne peut se porter en dehors sans refouler devant lui le cuboïde. Si ce déplacement se produisait, il y aurait donc luxation médio-tarsienne totale, et non point luxation du scaphoïde seul.

De même le scaphoïde ne peut se porter en dedans sans entraîner avec lui le cuboïde, ou sans l'abandonner; la brièveté du ligament scaphoïdo-cuboïdien ne laisse pas d'autre alternative. Dans le premier cas, il y a aussi luxation médio-tarsienne totale; dans le second cas, il y aurait luxation du scaphoïde sur le cuboïde. En aucun cas, par conséquent, il n'y aurait luxation astragalo-scaphoïdienne pure et simple.

Je pourrais discuter de la même manière le déplacement du scaphoïde en haut; mais cela n'est pas nécessaire, puisqu'aucun auteur n'a parlé de ce genre de luxation.

Reste le déplacement du scaphoïde en bas; c'est celui qui a fixé l'attention des chirurgiens; c'est le seul dont on ait cité des exemples; il importe donc de l'examiner sérieusement.

Lorsqu'on fait exécuter au pied un mouvement de torsion en dedans, on voit le scaphoïde glisser de haut en bas, et laisser à découvert une partie de la tête de l'astragale. Sur les femmes, sur les enfans, sur les sujets à fibre molle, comme on disait autrefois, on peut ainsi produire sur le dos du pied une saillie osseuse considérable, constituée par la tête astragalienne. Cette saillie soulève fortement la peau, et surtout la capsule articulaire, et on comprend aisément que dans un mouvement extrême la distension puisse finir par déchirer la capsule. Cela constitue une variété d'entorse décrite par Duverney, et les observations de M. Cruveilhier le portent à croire que cette lésion est au moins aussi fréquente que l'entorse tibio-tarsienne.

Cela posé, que se passera-t-il si le mouvement de torsion devient plus violent encore? La tête de l'astragale dépassera de plus en plus le bord supérieur du scaphoïde, et il arrivera sans doute un moment où plus de la moitié de cette tête sera située en dehors de l'aire de la cavité scaphoïdienne. Va-t-il enfin se produire une luxation? Qu'on se garde de le croire.

La luxation, si elle se produisait, serait incomplète. C'est-à-dire que l'hémisphère inférieur de la tête astragalienne reposerait d'une manière quelconque sur le bord supérieur du scaphoïde; or, c'est là précisément ce qui est difficile à admettre.

Je ne reproduirai pas les argumens de ceux qui nient tout à fait la luxation incomplète dans les articulations enarthrodiales. J'admets au contraire, pour ma part, que dans quelques cas certaines conditions puissent rendre stable l'équilibre essentiellement instable d'une surface sphérique sur une arête plus ou moins tranchante.

Je considère comme très possibles les luxations incomplètes dans certaines exostoses. Mais de ce qu'une chose est possible quelque part, il n'en résulte pas qu'elle soit possible partout. Pour que la tête osseuse s'arrête sur le bord de la cavité, il faut qu'elle y soit maintenue par une forte pression, qu'un obstacle l'empêche de retomber dans la cavité, qu'un autre obstacle l'empêche de s'en éloigner tout à fait. Or, ces trois élémens manquent dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne. La résistance de la capsule est insignifiante. Les tendons extenseurs n'ont aucune prise sur cette tête osseuse arrondie, ils ne peuvent en contourner la face inférieure qui est encore contenue dans la cavité de l'articulation, et ils ne peuvent l'étreindre à la façon d'une boutonnière. Enfin, et c'est là le fait capital, les surfaces osseuses ne peuvent être appliquées fortement l'une sur l'autre. Uni au cuboïde qui lui sert pour ainsi dire d'attelle, le scaphoïde ne peut se porter en arrière, de même que l'astragale, fixé au calcanéum, ne peut se porter en avant. Tout chevauchement est donc impossible entre le scaphoïde et l'astragale, et cette circonstance qui s'oppose à la luxation incomplète du scaphoïde seul, s'opposerait à plus forte raison à la luxation complète de cet os.

L'anatomie m'ayant conduit à élever des doutes sur la luxation du scaphoïde seul, j'ai dû, comme je l'ai fait pour la luxation médio-tarsienne et pour la luxation du calcanéum, chercher dans l'histoire de l'art sur quels faits et sur quelles autorités reposait la description d'une luxation si difficile à comprendre.

Après avoir rappelé divers passages de la nosologie chirurgicale de Richerand, et du *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer, où il est question de cette luxation, qui ne lui paraissent pas suffisans pour dissiper ses doutes, aucun caractère propre à distinguer la luxation prétendue du scaphoïde de la luxation sous-astragalienne au premier degré, n'y étant énoncé, M. Broca passe à l'examen des observations, qu'il a pu réunir à grande peine au nombre de neuf.

Sur six de ces prétendues observations de luxation du scaphoïde, aucune ne justifie le titre qu'on lui a donné. Quelques-unes manquent encore entièrement des détails nécessaires pour en faire apprécier le caractère, et toutes celles qui sont accompagnées de quelques détails, sont en opposition avec l'idée d'un déplacement limité à l'articulation astragalo-scaphoïdienne, et se rattachent au contraire bien à la luxation sous-astragalienne. Mais il manquait une preuve plus directe, celle de l'inspection anatomique permettant de constater d'une manière positive la nature de la lésion. Trois observations, entourées de toutes les garanties désirables, dans lesquelles le diagnostic avait été porté par M. Roux, et la lésion anatomique constatée dans un cas par Dupuytren, dans un autre par M. Nélaton, complètent la démonstration de M. Broca. Ainsi, en analysant les neuf observations qu'il a pu réunir dans les archives de la science, et en les comparant, il est arrivé à cette conclusion que la luxation astragalo-scaphoïdienne est en réalité une luxation sous-astragalienne totale.

Ces faits, reprend M. Broca, dissipent tous les doutes que je pouvais conserver. Aucune observation ne démontre l'existence de la luxation du scaphoïde. Aucune d'elles n'est accompagnée de preuves satisfaisantes tirées de la symptomatologie; toutes peuvent s'expliquer en admettant une luxation sous-astragalienne; plusieurs même ne peuvent pas s'expliquer autrement; voilà pour les symptômes.

Je cherche maintenant si l'anatomie pathologique aurait quelquefois constaté les lésions de cette prétendue luxation. Je n'en trouve pas un exemple. Une seule fois, il est dit que le diagnostic a été vérifié à l'autopsie; cette assertion ne me suffit pas; je remonte à la source, et je trouve que l'autopsie a démontré précisément le contraire.

Enfin, toutes les fois que l'examen direct du squelette a pu être fait, soit pendant une opération, soit à l'aide de la dissection, toutes les fois qu'on a pu préciser ainsi la portion de l'astragale, il a été prouvé qu'il ne s'agissait pas d'une luxation du scaphoïde, alors même que les signes attribués à cette luxation existaient d'une manière manifeste, et avaient été constatés par un homme comme M. Roux.

Si, à ces considérations tirées de l'analyse des faits publiés, j'ajoute l'insuffisance et le vague des descriptions théoriques; si, de plus, je fais intervenir l'anatomie normale, qui montre la presque impossibilité d'un déplacement durable limité au scaphoïde, j'arrive ainsi à un ensemble de preuves capable de lever toutes les hésitations, et je suis en droit de conclure que la luxation du scaphoïde seul, comme la luxation du calcanéum et la luxation médio-tarsienne, ses sœurs aînées, doit être provisoirement retranchée des cadres de la chirurgie.

Loin de moi, ajoute M. Broca, la pensée d'assigner des limites au possible. Je fais bon marché des théories anatomiques, et ce qui me paraît aujourd'hui inexplicable pourrait, à la rigueur, se présenter plus tard. Mais ce que j'ai tenu à prouver ici, c'est que l'histoire des prétendues luxations a été établie sur des bases erronées; qu'aucun fait n'en démontre l'existence; que tous les documens publiés déposent contre elles, et que si, par impossible, l'une ou l'autre de ces lésions venait à être observée ultérieurement, elle se présenterait sans doute avec des caractères différens de ceux qu'on leur a attribués jusqu'ici.

Le mémoire de M. Broca est renvoyé au comité de publication.

— M. Giraldès lit un rapport sur un mémoire de M. Ehrman, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Strasbourg. Le mémoire de M. Ehrman se compose de deux fascicules, dont l'un est relatif à plusieurs cas de monstruosité recueillis dans le Musée anatomo-pathologique de Strasbourg, et l'autre à l'histoire des polypes du larynx.

M. le rapporteur conclut en proposant de nommer M. Ehrman membre correspondant de la Société.

La Société procède immédiatement au scrutin.

M. Ehrman ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

M. Blot lit une note sur une nouvelle forme d'étranglement interne. Ce travail est renvoyé à la commission précédemment nommée pour examiner les diverses communications de M. Blot.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

VARIÉTÉS.

LE THÉ DE CAFÉ.

D'après le *Singapore free press*, les feuilles du caféier pourraient remplacer parfaitement le thé dans la colonie hollandaise, à Sadung, à Sumatra. Le caféier est un arbuste assez développé, qui porte une profusion de feuilles. La décoction de ces feuilles est très savoureuse. Les indigènes en font un délicieux breuvage. Pour que ces feuilles soient livrées à la consommation européenne, il serait nécessaire d'employer à leur préparation des Chinois qui les manipuleraient comme ils manient les feuilles de thé. Ces feuilles étant bien plus abondantes que celles du thé, se vendront meilleur marché, ce qui est encore une grande considération. Le docteur Gardner, connu par ses voyages dans l'Amérique du Sud, a pris un brevet pour la préparation des feuilles de caféier.

La végétation de cet arbre est si vigoureuse, que pour ne pas nuire à la maturité et au développement du fruit, les indigènes et les planteurs sont obligés d'élaguer le feuillage surabondant. On comprend dès lors que les planteurs de Ceylan ne pourront qu'être très disposés à répondre aux demandes que leur fera le docteur Gardner, d'un excédant de feuillage plus nuisible qu'utile à la plante, en apprenant surtout que ces feuilles pourront, en Europe, servir à flatter délicatement plus d'un palais humain. Les feuilles qui jaunissent et tombent sont celles qui renferment le plus de café et composent, en conséquence, la plus riche infusion. La préparation des feuilles consiste à les soumettre à l'action d'un feu clair et vif, afin de leur enlever le goût et l'âcreté de la sève. On présente au feu des petites branches coupées avec leurs feuilles, en ayant soin que les feuilles soient toutes ensemble, et le petit bois ensemble. Quand ces petits fagots sont suffisamment torréfiés, sans fumée, car il faut avoir soin d'éviter que le feu ne fume, attendu que cette fumée gâterait l'arôme, on en fait facilement une poudre fine en froissant le tout dans la main. La poudre du bois, mêlée naturellement à celle de la feuille, contribue beaucoup à donner de la force et de la saveur à l'infusion. Cette infusion est un breuvage agréable, rafraîchissant et nutritif; ce breuvage, qui facilite les fonctions digestives et qui est très bienfaisant pour l'estomac, serait d'un grand avantage pour les classes ouvrières. On expédierait cette préparation de poudre de café dans des boîtes comme on le fait pour la poudre ou les feuilles de thé. La philantropie ne pourrait qu'applaudir à la substitution de ce breuvage parmi les classes ouvrières, à l'emploi des spiritueux et des boissons fortes. Tous les amis du bien-être moral et physique de la société salueront avec enthousiasme cette innovation hygiénique. La consommation de ce breuvage n'est pas bornée seulement à Sumatra, on en boit dans les autres parties de l'Archipel, où l'on cultive le café.

COURRIER.

BULLETIN SANITAIRE.

Nous n'avons pas encore de décroissance bien marquée à signaler dans la marche de l'épidémie de fièvres typhoïdes qui règne depuis quelques mois dans Paris; mais ce que nous aimons à constater, c'est que pendant la semaine dernière il ne s'est produit, dans son cours, aucune augmentation bien sensible, de sorte que l'épidémie peut être considérée comme à peu près stationnaire.

Voici, du reste, le mouvement des malades atteints de fièvre typhoïde, jour par jour, du 28 février au 6 mars inclusivement :

	Entrées.	Sorties.	Décès.	Restans.
Lundi 28.	85	44	21	1442
Mardi 1er	95	24	9	1504
Mercredi 2. . . .	72	28	20	1528
Jeudi 3.	73	66	18	1517
Vendredi 4. . . .	63	28	17	1535
Samedi 5.	56	34	17	1540
Dimanche 6 . . .	44	49	25	1510

On voit que le nombre des malades existant dans les hôpitaux n'a augmenté que de 68. Le chiffre de la mortalité, loin d'augmenter, s'est plutôt abaissé : il n'est mort, la semaine dernière, que 127 individus sur une population moyenne de 1510 malades typhoïdes, ou moins de 1 p. 100.

L'administration de l'assistance publique est pleinement en mesure de pourvoir à tous les besoins. Indépendamment des lits supplémentaires placés dans plusieurs hôpitaux, 464 places ont été créées à la Salpêtrière, 301 à Bicêtre, 40 à la Clinique d'accouchemens, etc.

Concours. — Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 1er mars 1853, un concours public sera ouvert le 16 août suivant, devant la Faculté de médecine de Paris, pour la place de chef des travaux anatomiques.

Le candidat nommé à la suite de ce concours, entrera en exercice le 1er janvier 1854.

Les docteurs en médecine et en chirurgie qui désireraient prendre part à ce concours, pourront déposer, jusqu'au 16 juillet prochain, au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par le règlement.

Hygiène publique. — On lit dans le *Moniteur* :

Le gouvernement se préoccupe, avec une active sollicitude, de tout ce qui peut intéresser le bien-être de la classe laborieuse. Avant-hier, M. le ministre de l'intérieur réunissait sous sa présidence les deux comités d'hygiène publique et des arts et des manufactures, pour leur soumettre l'importante question de la substitution du blanc de zinc ou blanc de plomb ou céruse dans les travaux de peinture des bâtimens. On sait que l'emploi de la céruse détermine assez fréquemment des coliques saturnines et des accidens de nature qui l'ont fait, à juste titre, considérer comme dangereux.

Après un exposé de l'affaire, qui a eu lieu par un rapport du directeur général de l'agriculture et du commerce, M. le ministre a prié les membres des deux comités, composés d'hommes éminens dans la science et dans l'industrie, d'étudier avec soin les intérêts si précieux qui s'attachent à cette grave question, et de faire connaître, avec la plus entière indépendance, leur opinion au gouvernement.

Cette commission, prise dans le sein de l'assemblée, et composée de MM. Magendie, membre de l'Institut, et professeur au Collége de France; Chevreul, membre de l'Institut; Bussy, membre de l'Institut, directeur de l'École de pharmacie; Legentil père, ancien président du tribunal de commerce de la Seine; Barbier, administrateur des douanes; Davenne, directeur de l'assistance publique; Regnault, directeur de la manufacture de Sèvres, membre de l'Institut; docteur Tardieu, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, a été chargée de préparer les élémens de la discussion, qui s'ouvrira dans une quinzaine de jours.

Chaires vacantes. — Une séance de la Faculté de médecine de Paris a eu lieu jeudi pour la discussion des titres des candidats aux chaires de thérapeutique et de matière médicale et d'histoire naturelle médicale. Un rapporteur a été nommé pour chaque candidat.

Les candidats à la chaire de thérapeutique et de matière médicale sont au nombre de huit, dont voici les noms d'après l'ordre d'inscription :

MM. Beau, Monneret, Grisolle, Tardieu, Fleury, Pidoux, Cazenave, Guérard.

Le nombre des candidats à la chaire d'histoire naturelle médicale est de sept. Voici leurs noms :

MM. Payer, Robin, Moquin-Tandon, Hoëfer, Martins, Lestiboudois, Chatin.

Agrégation. — Dans le concours de l'agrégation pour les sciences accessoires, qui doit s'ouvrir à la Faculté de médecine de Paris, le 6 juin prochain, il y aura deux places en chimie au lieu d'une. Le premier candidat nommé le sera pour neuf ans, le second ne le sera que pour trois ans, et il sera particulièrement attaché à la chaire de chimie organique.

Tribunaux. — La 7me chambre correctionnelle a condamné à 50 fr. d'amende un officier de santé de Paris, qui a pris le titre de docteur en médecine et a exercé sous ce titre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Revue pharmaceutique de 1852, supplément à l'*Officine* pour 1853, Recueil annuel présentant le résumé complet de ce que les journaux spéciaux ont publié d'intéressant pour les pharmaciens, les médecins et les vétérinaires, pendant l'année qui vient de finir; en *pharmacotechnie, chimie, physiologie, thérapeutique, histoire naturelle, toxicologie, hygiène, économie industrielle, économie domestique, etc.*, augmenté cette année de la *Déontologie pharmaceutique* ou *Traité de pharmaceutique professionnelle*; par Dorvault.
In-8°, Prix : 1 fr. 50 c. pour Paris et 2 fr. *franco* par la poste.

Traité de la Maladie vénérienne, par J. Hunter, traduit de l'anglais par le docteur G. Richelot, avec des notes et des additions per le docteur Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, membre de l'Académie de médecine, etc., accompagnée de 9 planches. — 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1852. — Prix : 9 fr.
Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Influences des événemens et des commotions politiques sur le développement de la folie; par le docteur Belhomme, médecin d'un établissement d'aliénés, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.
En vente, chez Germer-Baillière. — Prix : 3 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltestest Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 29. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 10 Mars 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............ 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 9 MARS 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

A l'occasion de la nomination de nouveaux associés étrangers, M. Malgaigne a fait une proposition tendant à ajouter au réglement une nouvelle disposition par laquelle, quand il s'agirait d'élections de cette nature, si dix membres de l'Académie présentaient une liste différente de celle de la commission, cette liste pût être, par les soins du Bureau, imprimée et distribuée aux membres de l'Académie concurremment avec celle de la commission. Cette proposition a trouvé faveur dans le sein de la compagnie, qui en a voté le renvoi à l'examen d'une commission.

M. le docteur Mattei, de Bastia, a lu un mémoire étendu sur une nouvelle méthode, qu'il propose, de réunion des plaies. Nous ne pouvons pas apprécier l'importance et la valeur de ce travail d'après la lecture rapide que l'auteur en a faite.

M. le professeur Cruveilhier a commencé la lecture d'un très intéressant travail sur la paralysie progressive par atrophie musculaire. Nous attendrons que le savant académicien ait terminé la lecture de ce mémoire pour indiquer en quoi l'anatomie pathologique éclaire la nature d'une maladie si obscure, si singulière et si grave.

Un comité secret a terminé la séance. Il s'agissait d'entendre le rapport de la section d'accouchemens sur le classement des candidats à la place vacante dans cette section. Nous avons fait connaître la liste de présentation. Amédée LATOUR.

REVUE CLINIQUE.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — Service de M. le professeur ANDRAL.

Sommaire — Paralysie des muscles des deux yeux et de la moitié gauche de la face déterminée par des tubercules du cerveau. — Hémorrhagie cérébrale ayant produit une paralysie du mouvement du côté droit du corps et une paralysie du sentiment du côté gauche.

On sait combien le diagnostic des tumeurs de l'encéphale est difficile à poser ; aussi n'est-ce pas sans une certaine réserve que nous présentons l'observation suivante comme un exemple de tubercules du cerveau, bien que ce cas nous paraisse être un de ceux où il est permis de se prononcer avec confiance. Le malade dont nous allons rapporter l'histoire, offre une réunion très intéressante de lésions de la motilité et de la sensibilité : tous les muscles de l'œil gauche, une partie de ceux de l'œil droit, sont plus ou moins complètement paralysés. La moitié gauche de la face ne jouit point non plus de l'intégrité de ses mouvemens, et la langue a perdu dans une de ses moitiés la propriété d'être impressionnée par les saveurs. Enfin, il y a une analgésie très marquée de la peau du ventre et de la partie antérieure de la poitrine (1).

OBSERVATION. — Au n° 2 de la salle Saint-Félix se trouve le nommé Daulin (Pierre), âgé de 29 ans, boulanger, entré le 17 avril 1852.

Cet homme dit n'avoir dans sa famille que des personnes douées d'une bonne constitution ; son père est mort d'apoplexie. Le malade a joui d'une santé parfaite jusqu'en 1850. Il rapporte qu'à cette époque, à la suite de variations de température et d'une alimentation insuffisante, il s'aperçut, pour la première fois, d'un dérangement notable de sa santé ordinaire ; il devint sujet à des épistaxis abondantes et répétées ; il perdit l'appétit, ressentit des tremblemens des membres, et une sorte de formication dans le tronc.

Un mois après ces premiers phénomènes, il eut un accès apoplectiforme, caractérisé par une perte subite de connaissance qui dura un quart d'heure. Quant il revint à lui, il n'était pas paralysé. Ce n'est que huit jours après, qu'il éprouva de la faiblesse dans les yeux. En même temps, les traits du côté gauche de la face s'affaissèrent. C'est alors, au dire du malade, que seraient survenues les autres paralysies que l'on observe aujourd'hui.

A partir de ce moment, le malade a commencé à maigrir, à s'affaiblir, à tousser. Sa toux, d'abord sèche, s'est bientôt accompagnée d'expectoration. Il n'a pas eu d'hémoptysie. Il a été traité à l'hôpital Sainte-Marguerite pour une contusion qu'il s'était faite en tombant pendant son accès aplopectiforme. Il n'a subi aucun autre traitement jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital de la Charité, où on lui a donné d'abord de l'iodure de potassium. Cette médication avait été employée, parce que le malade avait eu, en 1847, un chancre non accompagné de bubon, et qui avait été traité par la cautérisation et les pilules mercurielles pendant un mois. Du reste, le malade ne se rappelle avoir eu aucun accident secondaire, ni taches à la peau, ni chute de cheveux, ni plaques muqueuses de la bouche ou de la gorge.

État du malade, le 8 février 1853. — *Face :* Effacement des plis du front du côté gauche ; abaissement du sourcil du même côté ; chute de la paupière supérieure gauche, que le malade ne peut aucunement soulever sans le secours de sa main. De plus, cette paupière est très vascularisée et très douloureuse au toucher. De temps à autre, elle est même le siége de douleurs spontanées. La joue gauche est aplatie et même concave ; la commissure des lèvres est abaissée. Pendant la mastication, les alimens sont difficilement retenus. Il y a une légère diminution de la sensibilité du côté paralysé. Elle est intacte dans la moitié droite de la face. L'expression faciale du côté gauche est nulle.

La langue peut être facilement tirée hors de la bouche ; elle n'est pas déviée d'une manière sensible. Le goût est très obtus dans la moitié gauche.

La luette est très fortement inclinée à gauche.

Yeux : J'ai déjà mentionné l'état de la paupière supérieure de l'œil gauche. Celle de l'œil droit jouit de tous ses mouvemens. Il paraît, d'après le malade, que cette paupière, il y a quelque temps, ne pouvait point être abaissée. L'œil gauche est placé de façon que la pupille se trouve à peu près au milieu de l'ouverture des paupières et regarde directement en avant. Les mouvemens de cet œil sont presque complètement abolis. Cependant, quand on fait suivre par le malade un objet que l'on place en haut ou en bas, ou en dedans, l'œil exécute avec effort un très faible déplacement dans chacun de ces sens. Si l'on porte l'objet en dehors, l'œil reste fixe. L'œil droit ne peut se mouvoir que difficilement en haut, en bas et en dedans, ou dans des directions résultant de la combinaison de ces divers mouvemens. Il se dirige très facilement en dehors. Les pupilles des deux yeux sont dilatées, mais inégalement; celle de l'œil gauche l'est beaucoup plus que celle de l'œil droit. Toutes les deux sont immobiles. La vision, considérée dans chacun des yeux pris séparément, est nette ; de plus elle est égale pour l'un et pour l'autre. Si l'on relève la paupière supérieure et si l'on dit au malade de regarder un objet placé devant ses yeux, on observe qu'il n'y a point de diplopie. La vue n'est bien distincte que pour les objets d'un certain volume et et placés à une distance assez éloignée des yeux. Les deux yeux et surtout l'œil gauche semblent au malade pesans et chargés d'eau. Il y a d'ailleurs un larmoiement habituel de l'œil gauche qui est très sensible et devient souvent le siége de cuisson et de chaleur incommodes. De temps en temps, le malade ressent quelques douleurs de tête, surtout en avant et au-dessus du sourcil gauche. Il a aussi des éblouissemens.

L'odorat semble également développé dans chacune des fosses nasales ; s'il y a une légère différence, ce serait la muqueuse nasale du côté droit qui serait la moins sensible aux impressions olfactives.

L'examen de l'ouïe donne exactement les mêmes résultats. Il y a des bourdonnemens d'oreilles assez fréquens.

La motilité est intacte dans le tronc et dans les membres. La sensibilité est conservée dans les membres ; obtuse à la face et au cou, elle est complètement abolie sur la poitrine et sur l'abdomen, où le malade ne perçoit ni le contact, ni la douleur.

Poitrine : La sonorité est diminuée dans le côté gauche et surtout

(1) Nous devons les détails de cette observation à l'obligeance de notre ami, M. Axenfeld, interne de M. Andral.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — *Nosologie* et *nomenclature* d'Hippocrate : 1° des *fièvres* ou *pyrexies*. — Hippocrate a-t-il connu les fièvres éruptives ? — Des fièvres intermittentes et des fièvres continues ; des fièvres rémittentes; du *causus* et de la maladie à laquelle il correspond. — 2° Des *phlegmasies* ; petite discussion à propos du mot phlegmon. De la pleurésie, de l'empyème et de la thoracentèse. De la néphrite et de la néphrotomie. De l'hydropisie ; Bright et Hippocrate. — Affections chroniques : cancer, phthisie pulmonaire ; Hippocrate a-t-il vu les tubercules? — De l'apoplexie. — Cinq espèces de typhus. — Examen du *Traité du pronostic*. — Jugement porté par M. Andral sur les *Aphorismes*.

X.

Exposition des doctrines d'Hippocrate.

Nosologie et nomenclature d'Hippocrate. — Il n'y a pas, à proprement parler, dans Hippocrate, de nosographie ni de nomenclature raisonnées. Cependant on peut, en réunissant les élémens épars qui se trouvent disséminés dans les livres de la collection, en tirer une nosographie et une nomenclature.

Nomenclature hippocratique. — Il n'est pas sans intérêt de rechercher jusqu'à quel point les maladies décrites dans Hippocrate ressemblent à celles d'aujourd'hui ou en diffèrent. On trouve indiquées, dans la collection hippocratique, la plupart des maladies de nos jours désignées par les mêmes noms; de telle sorte que les noms des maladies actuelles remontent à la plus haute antiquité. Il y a plus de deux mille ans que la plupart des inflammations ont reçu les noms qu'elles portent aujourd'hui ; et, comme il n'y avait alors ni anatomie, ni anatomie pathologique, c'est uniquement dans l'étude des symptômes et des causes qu'il faut chercher la raison des dénominations imposées aux diverses maladies. Rien de régulier n'a donc présidé à la composition de ces noms. Beaucoup de circonstances particulières ont influé pour la création de tel ou tel nom. Si l'on se rappelle combien la langue hellénique était imagée, avec quelle complaisance les écrivains grecs allaient chercher parmi les objets extérieurs des figures pour peindre et colorer leurs pensées, on ne trouvera pas étonnant que la ressemblance de tel ou tel phénomène morbide, avec tel ou tel phénomène extérieur, saisie par l'imagination si vive des médecins grecs, ait été l'origine d'une foule de noms imposés aux maladies, noms dont nous ne pouvons plus comprendre aujourd'hui la signification et la portée.

Leclerc a divisé en cinq classes les maladies dont les noms ou la description se trouvent dans la collection hippocratique. Cette classification nous montre :

1° Un grand nombre de maladies qui ont les mêmes noms et les mêmes symptômes que les maladies actuelles ;

2° D'autres qui ont les mêmes noms, sans présenter les mêmes symptômes;

3° D'autres qui, ressemblant par leurs symptômes à des maladies connues, n'ont pas reçu de nom;

4° D'autres dont les noms ont été changés ;

5° D'autres, enfin, dont le nom est resté, sans que nous sachions à quoi il s'applique.

Nosologie d'Hippocrate : classification des maladies. — Nous trouvons d'abord, en parcourant la collection hippocratique, une classe de maladies, les *fièvres* ou *pyrexies*, πυρετοί, qui forment, comme nous le voyons d'après cela, dès les temps les plus anciens, un groupe à part dans le tableau de la pathologie. Hippocrate dit qu'elles constituent une classe de maladies aiguës, dans lesquelles aucun organe n'est spécialement altéré. Il n'a point parlé des *fièvres éruptives* qu'il ne connaissait pas, qui n'étaient pas même connues du temps de Galien, et dont la première description, du moins en ce qui concerne la variole, est due à Rhazès, médecin arabe. Les fièvres éruptives paraissent donc n'avoir pas existé dans l'antique Grèce, où elles ne seraient venues que beaucoup plus tard du fond de l'Orient, leur berceau primitif.

On trouve très souvent décrites dans Hippocrate des fièvres qu'il divise en continues et en intermittentes. Il parle également de fièvres continues qui ressemblent aux intermittentes : ce sont nos fièvres rémittentes.

Les fièvres continues, suivant Hippocrate, n'ont pas toutes le même caractère. Les unes, éphémères, disparaissent avec ou sans crise; les autres, fièvres *synoques*, durent plus longtemps. Hippocrate parle souvent d'une fièvre continue, de longue durée, le *causus*, Καυσος, chaleurs, fièvre ardente, ce qui semble indiquer une maladie analogue à notre fièvre inflammatoire ou angioténique. Mais les symptômes du *causus* se rapportent exactement à ceux que présente l'une des formes de la fièvre typhoïde, la forme inflammatoire que nous observons rarement dans nos climats, dans le passage du printemps à l'été sur des individus jeunes à tempérament sanguin, mais qui était probablement commune dans les pays où Hippocrate observait. Parmi les traits caractéristiques du *causus*, signalons, d'après Hippocrate, une céphalalgie intense, des vertiges, des tintemens d'oreille, une chaleur brûlante de la peau, indice d'une chaleur intérieure très vive; un besoin irrésistible de se découvrir, de se rafraîchir ; de la rougeur et de la sécheresse de la langue ; une soif ardente, une insomnie complète, du délire, assez souvent des selles plus copieuses qu'à l'état normal ; d'abondantes épistaxis vers la fin, ainsi qu'au début de la maladie.

Voilà pour les fièvres proprement dites, ou *pyrexies*. On trouve encore, dans Hippocrate, d'autres maladies aiguës fébriles, dans lesquelles la fièvre n'est plus le symptôme prédominant, unique, mais où apparaissent des symptômes locaux assez tranchés, pour que la fièvre en reçoive des dénominations particulières, comme elle en reçoit une physionomie spéciale. Ainsi, il décrit des fièvres avec phrénitis ou délire violent, des fièvres avec léthargie ou coma, etc.

Dans la collection hippocratique, on trouve la description d'une fièvre

au sommet. La respiration est rude, sèche; l'expiration est prolongée des deux côtés, elle est presque soufflante au sommet gauche, où existent également des craquemens. Toux fréquente, expectoration puriforme assez abondante; douleur assez vive dans le côté gauche, surtout dans l'épaule.

Le premier bruit du cœur s'accompagne d'un léger souffle qui se propage dans les carotides. Pouls assez large, un peu mou. 100 pulsations. Fièvre et sueurs nocturnes.

Fonctions digestives : Le malade n'a pas d'appétit, ou plutôt ne trouve aucun goût aux alimens; sa soif est assez vive, sa bouche sèche. Il a des douleurs à l'épigastre; il est très sujet au dévoiement. Il a souvent aussi des nausées, principalement le soir; mais elles ne sont pas suivies de vomissemens.

Amaigrissement très marqué. On ne trouve dans les urines ni sucre, ni albumine.

Ce malade présente, comme on vient de le voir, une paralysie de la 3e paire du côté gauche, car il ne peut exécuter que des mouvemens très incomplets en haut, en bas, en dedans ou dans des sens résultant de la combinaison de ces divers mouvemens. Il y a en même temps une mydriase très prononcée et ce seul fait nous porte à penser que le muscle oblique inférieur est aussi paralysé: en effet, c'est de la branche nerveuse qui va à ce muscle que se sépare le rameau lenticulaire, et il est bien difficile que ce rameau soit paralysé, si la branche d'où il émane ne l'est pas aussi. Nous faisons cette induction parce que la crainte de fatiguer le malade nous a empêché de faire l'expérience de M. Cusco, qui seule peut démontrer d'une façon décisive si les muscles obliques ont perdu leurs mouvemens.

La chute de la paupière supérieure montre que le rameau de l'élévateur est aussi frappé de paralysie. De plus la 6e paire est atteinte, car l'œil ne peut plus se mouvoir en dehors. De là résulte l'attitude du globe oculaire qui est telle que la pupille regarde presque directement en avant et que les efforts du malade ne peuvent lui faire subir que de très légers déplacemens.

L'œil droit offre aussi une paralysie de la 3e paire, mais moins complète que l'œil gauche : il exécute des mouvemens un peu plus étendus en haut, en bas et en dedans; la pupille, plus dilatée que dans l'état normal, l'est moins que celle du côté gauche. La 6e paire est intacte.

Lorsqu'on soulève la paupière supérieure du côté gauche, et que l'on prie le malade de regarder un objet placé à une certaine distance et entre ses deux yeux, il n'y a à peine point de strabisme; mais celui-ci se produit dès qu'on porte l'objet à la droite du malade, puisque l'œil droit peut facilement exécuter sur son axe vertical un mouvement de rotation qui porte la pupille vers l'objet, tandis que l'œil gauche reste immobile. La vue n'est pas affaiblie et elle est égale pour chacun des deux yeux, ce qui prouve que les nerfs optiques ne sont pas affectés. Dans les cas même où s'effectue le strabisme, il n'y a pas de diplopie : le malade rapporte qu'il n'en a jamais eu. Mais comme sa paupière supérieure s'est abaissée dès le premier jour où ses yeux ont été frappés de paralysie, on trouve là une raison suffisante pour qu'il ne se soit pas aperçu s'il présentait ou non ce phénomène. Aujourd'hui sa diplopie ne peut plus exister, car c'est en général un phénomène d'une très courte durée.

La 7e paire du côté gauche est aussi paralysée. L'affaissement des traits de ce côté et leur légère déviation du côté opposé en donnent la démonstration.

Enfin une partie de la 5e paire gauche est certainement atteinte, car le goût est aboli dans la partie antérieure de la moitié gauche de la langue, et il y a une hypéresthésie très marquée de la paupière supérieure gauche et de la peau du front du même côté.

A quoi faut-il attribuer toutes ces lésions? Nous avons dit que nous pensions devoir les rapporter à une tumeur tuberculeuse du cerveau.

Il nous semble, en effet, bien difficile de comprendre comment une hémorrhagie pourrait avoir produit les divers phénomènes morbides que nous venons d'exposer. Nous voyons des paralysies existant en même temps à droite et à gauche, il faudrait donc supposer un foyer hémorrhagique siégeant en même temps dans l'un et dans l'autre hémisphère; et comment croire qu'un pareil foyer se serait traduit par des expressions symptomatiques aussi bornées? (Nous avons vu, en effet, que jamais il n'y avait eu paralysie des bras ou des jambes.) Ce n'est qu'en admettant l'existence d'une tumeur du cerveau que l'on peut arriver à concevoir ces lésions isolées des nerfs crâniens existant à la fois des deux côtés. Cette tumeur, qui est peut-être multiple, siége bien certainement à la base du cerveau, et les nerfs paralysés pourraient même servir à indiquer sa position d'une façon plus précise.

L'affection a suivi, il est vrai, une marche qui peut-être n'est point celle qu'elle suit ordinairement. En effet, la maladie a débuté brusquement au milieu d'une santé parfaite par une attaque apoplectiforme qui dura un quart d'heure et ne s'est jamais reproduite depuis. Mais ces cas de début brusque, bien qu'ils soient assez rares chez les adultes, se rencontrent quelquefois : M. Andral en cite un exemple remarquable. Tous les autres phénomènes sont bien d'accord avec l'idée d'une tumeur cérébrale : les nerfs n'ont été atteints que les uns après les autres et progressivement; le malade a des douleurs de tête peu intenses, à la vérité, mais habituelles; il a des vertiges, des étourdissemens, enfin il est sujet à des nausées.

A la rigueur, tous les symptômes présentés par le malade pourraient être produits par une syphilis constitutionnelle; mais nous avons bien spécifié que jamais il n'avait eu aucun accident secondaire, et de plus il a suivi à deux reprises différentes un traitement anti-syphilitique.

Nous pensons donc que le malade offre une tumeur du cerveau, et de plus, elle nous semble devoir être de nature tuberculeuse. Nous appuyons surtout ce dernier point du diagnostic sur l'âge du malade et sur l'existence d'une tuberculisation très avancée des poumons, tuberculisation dont le début remonte au moins aux premiers accidens éprouvés par le malade.

Nous ferons remarquer, en dernier lieu, comme un phénomène insolite, l'anesthésie de la peau de l'abdomen et de la poitrine : faut-il en chercher l'explication dans la compression exercée sur le cerveau par la tumeur, ou bien n'est-il pas plus naturel de la rapporter aux troubles permanens de la digestion qui, comme on le sait, produisent si souvent l'anesthésie cutanée dans des points plus ou moins limités?

— L'hémiplégie qui suit la production d'un foyer hémorrhagique dans une des moitiés de l'encéphale, s'accompagne souvent de paralysie du sentiment dans le côté affecté. Cette paralysie est alors en général bornée aux parties privées de mouvement, rarement elle s'étend au-delà. Il est encore plus rare, et j'ignore si il en existe des exemples, de voir l'anesthésie occuper précisément et uniquement la moitié du corps non frappée d'hémiplégie. Nous avons eu l'occasion de voir dans le service de M. Andral une femme qui présente ce phénomène si bizarre. Elle n'a été amenée à l'hôpital que quinze jours après avoir eu une attaque d'apoplexie cérébrale. Au moment où on a pu l'examiner, elle était presque entièrement paralysée du côté droit. La jambe avait conservé ou repris alors quelques légers mouvemens. La sensibilité, dans tout ce côté du corps, était conservée, peut-être même un peu exagérée au bras et sur la partie antérieure de la poitrine.

On a pu constater, en pinçant la malade ou en la piquant avec une épingle, une analgésie complète du côté gauche. Cette analgésie a un peu diminué les jours suivans; cependant, six jours après son entrée, nous avons remarqué encore une différence très prononcée entre le côté droit qui était parfaitement sensible et le côté gauche où la sensibilité était très obtuse.

Voici le résumé de l'observation dont les détails nous ont été communiqués par M. Icery, élève du service :

Au n° 2 de la salle Saint-Vincent, est couchée la nommée Tiercelin (Anne), âgée de 62 ans, journalière, entrée le 17 février 1853. Cette malade ne répond que difficilement aux questions qu'on lui adresse; aussi, est-il très difficile d'avoir des renseignemens sur ce qui a précédé son entrée à l'hôpital. Quinze jours avant son entrée, elle a perdu subitement connaissance et est tombée à terre; quand on l'a relevée, elle présentait une hémiplégie du côté droit du corps et de la tête. Le 18 février, jour où on l'examine, voilà l'état de la malade :

Hémiplégie du côté droit du corps; le bras est entièrement paralysé; le membre inférieur l'est d'une manière incomplète, et peut exécuter de légers mouvemens de tête. Les traits de la moitié droite de la face sont effacés; la commissure droite des lèvres est abaissée. A gauche, on remarque le contraire : la commissure est relevée. Mais ces diverses déviations sont peu marquées. L'œil droit se ferme avec plus de force que le gauche. La langue est très notablement déjetée à droite. Il n'y a point de contracture dans les membres.

La sensibilité est complètement abolie dans toute l'étendue du membre supérieur *gauche*. On s'en assure en enfonçant une épingle très profondément dans un grand nombre de points de ce membre. Il y a une anesthésie moins complète dans le membre inférieur et dans toute la moitié gauche du thorax et de l'abdomen. A droite, la sensibilité est non seulement conservée, mais elle semble même un peu exaltée au bras et sur la partie antérieure de la poitrine.

La vue, l'ouïe et l'odorat ne paraissent point altérés.

La malade cherche à répondre aux questions qu'on lui adresse. Mais le plus souvent ses réponses sont complètement inintelligibles. Quelquefois elle commence à dire, d'une façon très claire, une phrase qu'elle termine par des mots inarticulés. Elle a perdu la mémoire des mots qui expriment les divisions du temps. Quand on lui demande depuis combien de temps elle est malade, elle répond qu'il y a quinze fois ou quinze sous, etc. Elle n'a pas d'agitation ni de somnolence; elle profère des paroles sans suite, des mots incompréhensibles.

La respiration est normale; les mouvemens du cœur sont réguliers, accompagnés d'un bruit de souffle assez doux, coïncidant avec le premier bruit, et ayant son maximum à la base. Le pouls est large, modéré : il y a 80 pulsations par minute.

La chaleur de la peau n'est ni diminuée, ni augmentée dans les parties frappées de paralysie.

On pratique une saignée.

Le 19, la paralysie semble avoir diminué dans le membre inférieur droit, tandis que le supérieur reste toujours aussi immobile. Les phénomènes d'anesthésie du côté gauche sont aussi moins marqués que la veille. Cependant, ils sont encore très appréciables. Il y a aussi un peu d'amélioration de l'intelligence et de la mémoire. — Deux verres d'eau de Sedlitz.

Le 23, la paralysie du mouvement est restée la même dans le tronc et dans les membres. La motilité s'est au contraire un peu rétablie dans la moitié droite de la face.

La sensibilité a reparu dans les membres et la moitié du tronc du

---

sur laquelle M. Littré a fait un grand et excellent travail. Quelques auteurs ont pensé qu'il s'agissait de la fièvre typhoïde. M. Littré prouve que la fièvre décrite par Hippocrate n'offre pas les caractères de notre dothinentérie, mais ceux de la fièvre rémittente bilieuse des pays chauds. M. Andral se range complètement de l'avis de M. Littré.

Il est souvent question, dans les livres hippocratiques, des fièvres intermittentes. Hippocrate en décrit tous les types possibles, quotidien, tierce, quarte, double tierce, double quarte, etc. Nous trouvons dans ce que dit Hippocrate des fièvres intermittentes, assez de caractères particuliers pour que nous soyons autorisés à penser qu'il existait, de son temps, des fièvres intermittentes bénignes et des fièvres intermittentes pernicieuses. Très souvent il parle de fièvres intermittentes dont les accès ont été accompagnés de délire, de frénésie, de coma; c'est-à-dire de fièvres intermittentes à forme *cérébrale*. On trouvera indiquée, dans Hippocrate, la fièvre intermittente pernicieuse *algide*, c'est-à-dire avec prédominance du stade de froid; la fièvre intermittente pernicieuse *sudorale* ou diaphorétique, c'est-à-dire avec prédominance du stade de sueur. Il résulte de là ce fait intéressant que, il y a plus de 2,000 ans, les mêmes maladies existaient avec les mêmes caractères auxquels nous les reconnaissons aujourd'hui.

Hippocrate avait parfaitement observé le rapport qui existe entre l'existence des fièvres intermittentes et le développement du volume de la rate. Il dit qu'on trouve des rates volumineuses chez les individus soumis à l'influence des fièvres intermittentes en général et de la fièvre quarte en particulier, observation parfaitement vraie.

Ainsi, nous trouvons dans Hippocrate, c'est-à-dire dès l'origine même de la médecine, une classe particulière de maladies aiguës désignées sous le nom de *fièvres*, classe qui est toujours restée debout, malgré les attaques multipliées dont elle a été l'objet à diverses époques. Cette classe renferme un certain nombre de maladies caractérisées par une élévation de la température du corps, sans lésion organique appréciable.

Il est facile de tirer de la collection hippocratique une deuxième classe de maladies, les *phlegmasies* ou *inflammations*. Hippocrate parle sans cesse d'inflammations, et ce mot est toujours appliqué par lui à des maladies aiguës, il ne soupçonne même pas l'existence de phlegmasies chroniques.

Pour Hippocrate comme pour tous les médecins grecs, inflammation et *phlegmon* sont chose identique. Le mot *phlegmon*, synonyme d'inflammation, s'applique généralement à toute inflammation qui peut affecter un organe quelconque. Plus tard, ce mot a singulièrement dévié de sa signification première, puisqu'il ne sert plus aujourd'hui qu'à désigner l'inflammation d'un tissu particulier, le tissu cellulaire.

La plupart des inflammations des organes ont été indiquées par Hippocrate; les plus fréquemment nommées sont la pneumonie (péripneumonie) et la pleurésie. Il est souvent question de l'empyème, pour lequel on pratiquait vulgairement la thoracentèse. L'opération de l'empyème était aussi commune, aussi vulgaire que la saignée au temps d'Hippocrate. C'est une chose très curieuse de voir les médecins de ce temps, sans le secours de la percussion ni de l'auscultation, arriver, par des moyens que nous ne connaissons pas, à diagnostiquer la présence d'un épanchement pleurétique d'une manière assez précise pour pouvoir enfoncer hardiment et sans crainte, dans la poitrine, l'instrument destiné à donner issue au liquide contenu dans la cavité pleurale. Il ne paraît pas que l'on s'inquiétât beaucoup de l'entrée de l'air dans la poitrine et que l'on prît des précautions pour l'éviter. Il ne paraît pas non plus qu'il résultât de cette pénétration de l'air des conséquences fâcheuses, car puisque l'on pratiquait si souvent la thoracentèse, c'est apparemment que l'on s'en trouvait bien.

Outre la pneumonie et la pleurésie, beaucoup d'autres inflammations sont nommées dans Hippocrate. Les *ophthalmies*, la *dyssenterie*, l'*érysipèle*, dont Hippocrate distingue deux formes : l'érysipèle simple et l'érysipèle épidémique, auquel il assigne pour caractères de parcourir le corps tout entier en produisant des gangrènes plus ou moins profondes. On trouve encore décrites dans Hippocrate la *parotidite* (oreillons), la *néphrite* se terminant assez souvent par abcès pour lesquels les médecins du temps pratiquaient la néphrotomie plus fréquemment et plus hardiment qu'on ne le fait de nos jours. Hippocrate ouvrait aussi les abcès du foie dans les cas d'*hépatite* terminée par suppuration. Le médecin de Cos parle aussi de l'*ictère*, et il en décrit, sous le nom d'*ictère fébrile*, une espèce particulière qui, suivant lui, est accompagnée de fièvre et de symptômes assez graves.

Il est fréquemment question de l'*hydropisie* dans les livres hippocratiques, où elle est regardée non comme un symptôme, mais comme une maladie particulière. On trouve dans les *prénotions coaques* une distinction entre les hydropisies qui viennent du foie et celles qui viennent du *pourtour des reins*, περὶ τῶν νεφρῶν, expression trop vague pour que, à l'exemple de certains auteurs, on rapporte à Hippocrate la gloire de la découverte de Bright. Hippocrate parle encore d'une hydropisie aiguë *fébrile*; veut-il dire une hydropisie active? On l'ignore.

Parmi les affections organiques, plusieurs sont parfaitement indiquées dans Hippocrate. On y trouve décrites plusieurs espèces de cancer, καρκίνωμα, le cancer cutané, le cancer de la matrice, etc. Il a nettement indiqué la *phthisie pulmonaire*. A-t-il connu la lésion anatomique qui constitue cette maladie, le tubercule? Ce n'est pas probable. On a mal traduit par *tubercule* le mot φυμα ou φυματα des livres hippocratiques. Ce mot veut dire tumeur, excroissance, végétations, et non tubercule. Ce mot n'est d'ailleurs jamais prononcé par Hippocrate à propos de phthisie pulmonaire. Il désigne aussi des tumeurs ayant pour siége diverses parties du corps, les parotides, les tumeurs ou abcès des gencives, les abcès de la marge de l'anus, etc. Du reste, le mot phthisie, dans les livres hippocratiques, est employé pour désigner une maladie de consomption pouvant avoir son point de départ dans divers organes. Ainsi, outre la phthisie pulmonaire, Hippocrate admettait, et l'on a admis longtemps encore après lui, une phthisie rénale, stomacale, hépatique, etc.

Hippocrate parle souvent de l'*apoplexie*. Pour lui, ce mot n'est pas synonyme d'hémorrhagie cérébrale. Il ne soupçonne même pas la lésion anatomique de cette maladie. Mais, par suite de la tendance qu'avaient

côté gauche; mais elle y est toujours beaucoup plus obtuse que du côté droit.

A. V.

PATHOLOGIE.

DES PERTURBATIONS DANS LES SÉCRÉTIONS DU FOIE;

Par M. le docteur FAUCONNEAU-DUFRESNE (1).

Depuis que M. Cl. Bernard a démontré que le liquide, connu sous le nom de chyle, n'est plus que de la graisse émulsionnée par le suc pancréatique, le foie a repris, en physiologie, une importance infiniment plus grande. En effet, cet organe, qui reçoit tous les autres produits destinés à l'assimilation, ne sécrète pas seulement la bile : personne n'ignore plus que l'éminent physiologiste dont je viens de parler, y a découvert trois sécrétions nouvelles, celles du sucre, de la graisse, et enfin celle qui consiste à reconstituer en fibrine l'albumine digestive.

Je n'ai pas à m'occuper ici des perturbations de la sécrétion biliaire. J'ai traité ce sujet très au long dans un ouvrage spécial, que l'Académie a honoré de son prix, en 1846. Je veux m'occuper, à présent, de points de vue plus nouveaux, qui me semblent féconds en applications pathologiques et thérapeutiques, c'est-à-dire des troubles qui peuvent survenir dans les fonctions ci-dessus indiquées, et, par suite, dans tout l'organisme.

§ I. — PERTURBATION DANS LA SÉCRÉTION DU SUCRE.

Le sucre que produit le foie, est, comme on sait, celui de la deuxième espèce (le glucose ou sucre de raisin). On avait remarqué que le sang pouvait contenir du sucre, que cela avait lieu lorsqu'on prenait beaucoup d'alimens naturellement sucrés, comme la carotte, la betterave et le choux, de même aussi par la conversion en cette substance des alimens amylacés. Mais M. Bernard a prouvé, d'une manière irréfragable, que la glande hépatique elle-même formait du sucre. Il en a rencontré dans le foie de chiens qu'il avait nourris, pendant plusieurs semaines, uniquement avec de la viande, ainsi que dans les foies d'animaux soumis à une longue abstinence. Quand alors le glucose existe dans les veines sus-hépatiques, et ne se montre point dans la veine porte, il faut bien admettre la sécrétion de cette substance par les granulations hépatiques.

Ce sucre, qui se produit de toutes pièces dans le foie, peut être *augmenté* ou *diminué* dans sa sécrétion; et ces deux circonstances méritent au plus haut degré d'appeler l'attention.

On ne peut plus guère douter, aujourd'hui, que le diabète sucré, ou pour mieux dire, la glucosurie, ne dépende d'une *exagération dans la sécrétion du sucre hépatique*. Les preuves physiologiques ne manquent pas à cet égard et sont même on ne peut plus curieuses. On se rappelle avec quel étonnement les médecins apprirent que M. Bernard, en piquant un certain point du bulbe rachidien, chez un lapin, non seulement augmentait, dans son foie, la sécrétion du glucose, mais encore rendait cet animal instantanément diabétique. En continuant ses recherches, cet ingénieux expérimentateur constata que cette supersécrétion se produisait également en excitant par des piqûres, ou en galvanisant les cordons de la huitième paire de nerfs; et, comme elle cessait par la section de ces mêmes cordons, on arriva, en fin de compte, à se dire que cette cause de sécrétion ne différait pas des autres, car toutes sont sous l'influence de l'action nerveuse. Mais un nouvel embarras se présenta bientôt dans l'explication : après la section des cordons, si l'on venait à exciter le bout supérieur, on ramenait cette sécrétion, tandis que cela n'avait pas lieu pour le bout inférieur. Toutefois, M. Bernard, appliquant à ce fait les lois de la sensibilité réflexe, considéra que l'excitation devait alors remonter au centre nerveux, dont l'influence était nécessaire, et revenir au foie par la moelle et le grand sympathique.

Ce sucre, après être sorti du foie par les veines sus-hépatiques et après avoir traversé la veine cave supérieure et les cavités droites du cœur, arrive bientôt aux poumons, où il se détruit, en grande partie, en donnant lieu à un dégagement d'acide carbonique, qui s'échappe par les voies aériennes; le reste disparaît dans le sang par son contact avec une matière organique spéciale. Cette destruction du sucre est donc une fonction utile à la vie. Mais lorsqu'il y a *supersécrétion*, les poumons éprouvent une surexcitation. On peut constater, en effet, chez les animaux dont on a piqué le bulbe rachidien, qu'une plus grande quantité d'acide carbonique se dégage et que leur sang artériel offre une teinte noirâtre. Tout le sucre que sécrète le foie, ne pouvant plus être détruit dans les poumons et dans le sang, s'échappe par les urines.

L'excitation imprimée à l'origine des nerfs de la huitième paire par une seule piqûre faite au bulbe rachidien, produit une supersécrétion du sucre hépatique pendant quarante-huit heures chez un lapin, pendant quatre jours chez un chien; et cette action peut être telle, qu'on trouve du glucose dans toutes les sécrétions. Chez l'homme, cette sécrétion anormale du sucre est quelquefois si énorme, qu'on en a trouvé dans l'urine jusqu'à 135 grammes par litre, et plusieurs kilogrammes en vingt-quatre heures. On en rencontre alors aussi dans les crachats, les matières du vomissement, les sueurs, etc. Le foie hypertrophié d'un diabétique en a donné lui-même 57 grammes, tandis qu'il n'y en a guère que 23 grammes dans celui d'un adulte sain. Doit-on, à présent, s'étonner de ce que les poumons deviennent malades? Cela ne s'explique-t-il pas par la fatigue qu'ils éprouvent en travaillant à décomposer l'excès de sucre qui leur arrive? Ce travail détermine, en même temps, une surexcitation dans toute l'économie; aussi remarque-t-on que, pour réparer les pertes qu'elle fait, il se développe une soif excessive, un appétit vorace, des digestions actives. Mais les forces finissent par s'épuiser et l'on voit successivement arriver l'affaiblissement de la vue, la perte de la puissance génératrice, le trouble des fonctions cérébrales, l'amaigrissement, la consomption, et le malade est quelquefois enlevé avec une extrême rapidité.

Les résultats des expériences de M. Bernard étant bien établis, on dut être porté à se demander si la cause du diabète ne consisterait pas dans une excitation de l'origine ou du trajet des nerfs pneumogastriques. Mais cette cause que, dans ces circonstances toutes spéciales, on ne pouvait révoquer en doute, est bien loin de se montrer si l'on recherche quelles sont les conditions dans lesquelles la glucosurie se manifeste chez l'homme. Si, sous ce rapport, nous consultons les auteurs, nous trouvons qu'elle se développe principalement dans les pays humides et froids, sans cependant que les pays chauds en soient exempts. Maintenant qu'on sait la reconnaître de très bonne heure, on en trouve, en France, une très grande quantité. Elle paraît un peu plus fréquente dans le sexe féminin. Rare chez l'enfant, elle devient commune de 30 à 40 ans, et décroît ensuite de fréquence. Tous les tempéramens y sont sujets. L'hérédité a une grande influence sur sa production. D'après M. le docteur Contour, qui a fait une très bonne thèse sur ce sujet, une nourriture insuffisante, végétale, y contribue beaucoup. Il en serait de même des boissons fermentées et des boissons aqueuses et chaudes. Les végétaux féculens et sucrés augmentent la maladie quand une fois elle est produite. On a invoqué l'affaiblissement qui résulte des saignées, des hémorrhagies, des purgatifs et des suppurations, les diverses suppressions et les maladies de la moelle épinière. — Ainsi, on ne trouve, dans les causes indiquées par les auteurs, rien qui montre l'influence directe du système nerveux sur le développement du diabète, comme cela a lieu dans les expérimentations sur les animaux, à moins qu'on ne veuille y rattacher les affections de la moelle épinière; mais toutes les causes peuvent, jusqu'à un certain point, se lier en ce sens qu'elles produisent un trouble dans l'assimilation, et par conséquent dans les fonctions du foie. Il faut noter encore que c'est dans l'âge moyen, époque à laquelle surviennent les maladies hépatiques, que se développe particulièrement le diabète.

Nous voici déjà bien loin du temps où l'on prétendait expliquer le diabète par l'irritation, l'hyperémie ou l'hypertrophie des reins. Les altérations de ces organes se conçoivent facilement d'après l'extrême augmentation de leur sécrétion, mais elles sont consécutives et l'on ne peut en faire une cause première.

Toutefois, nous devons en convenir, il ne suffit pas de dire que la glucosurie consiste dans une trop grande sécrétion de sucre de la part des lobules hépatiques; il faudrait encore montrer que cette supersécrétion est caractérisée par quelque altération particulière du tissu du foie. Si, pour élucider cette importante question, nous avons recours aux travaux des anciens observateurs, nous trouvons qu'ils ont souvent constaté une *hypertrophie* de cet organe; c'est ce qu'on voit aussi dans les ouvrages de MM. Martin-Solon et Rayer; c'est ce qu'attestent encore beaucoup de praticiens. M. Bernard lui-même, dans ses leçons que j'ai publiées dans l'UNION MÉDICALE, a fait mention d'une hypertrophie considérable du foie chez un diabétique, observé par lui dans les salles de M. Rayer. Mais ce n'est pas seulement l'augmentation du volume à laquelle il conviendrait de s'attacher, il faudrait aussi connaître si les lobules hépatiques subissent une altération spéciale. Ce point d'anatomie pathologique a été déjà étudié sans qu'on ait rien découvert; il mériterait de l'être avec un soin tout particulier, en appliquant les nouveaux moyens d'investigation actuellement en usage. On peut cependant se demander si une lésion anatomique est absolument nécessaire pour expliquer une perturbation de sécrétion, et si, dans ce cas, il n'en serait pas comme dans certaines gastralgies, où des sécrétions anormales ne paraissent pas laisser après elles d'altération de texture.

La découverte du sucre hépatique a dû tout naturellement porter atteinte aux deux théories, qui, dans le moment, partageaient les esprits. D'après M. Bouchardat, l'existence du sucre dans les urines diabétiques venait uniquement de la transformation de la fécule en glucose. Il est bien vrai que plus les diabétiques prennent d'alimens féculens, plus il y a de sucre dans les urines; mais il est certain aussi que de la privation absolue des féculens ne suffit pas pour faire cesser le diabète. Selon M. Mialhe, la glucosurine tenait à ce que nos humeurs n'étant pas suffisamment alcalines, elles ne pouvaient décomposer le sucre, et le laissaient passer dans

(1) L'auteur avait l'intention de lire ce travail à l'Académie, à l'appui de sa candidature; mais la liste de présentation ayant été formée plus tôt qu'il ne s'y attendait, il prend le parti de le publier.

---

les écrivains de l'antique Grèce, à chercher, dans les phénomènes extérieurs, des images pour peindre leurs pensées, Hippocrate trouvant entre l'état d'un homme qui tombe tout à coup privé de mouvement, de sentiment et de connaissance, et celui d'un homme qui tombe frappé de la foudre, une ressemblance frappante, est porté irrésistiblement à donner au phénomène morbide, le nom du phénomène physique avec lequel il a une si grande analogie.

Le mot *typhus*, dans Hippocrate, a des significations diverses. Cependant on voit que partout où cette expression se trouve, elle se rattache à l'idée d'une certaine stupeur, d'une torpeur, d'une vapeur qui monte au cerveau. Dans le livre des *affections internes*, Hippocrate indique cinq espèces de typhus :

La première se rapporte, jusqu'à un certain point, au typhus moderne, à la fièvre typhoïde; c'est le *causus* d'Hippocrate. Le médecin de Cos signale ce fait curieux retrouvé depuis par les observateurs modernes, que les malades atteints de typhus, sur le point de mourir, sortent de leur assoupissement, leur vue s'éclaircit, la parole leur revient, le flambeau de leur intelligence se rallume et brille de son premier éclat pour s'éteindre bientôt avec la vie du malade.

La deuxième espèce de typhus, suivant Hippocrate, se présente, au début, avec tous les caractères d'une fièvre intermittente qui, plus tard, devient continue.

La troisième espèce offre tous les caractères du rhumatisme articulaire aigu, accompagné d'une stupeur considérable et d'un grand accablement.

La quatrième espèce consiste dans un accident local, une diarrhée sans fièvre, avec un grand affaissement, une grande prostration des forces.

La cinquième espèce de typhus est constituée non plus par une maladie aiguë, mais par une maladie essentiellement chronique. Les individus atteints de cette maladie dépérissent, maigrissent, tombent dans le marasme. Ils éprouvent une faiblesse extrême, des vertiges, des éblouissemens, leur démarche est chancelante; ils ressemblent à des hommes ivres et perdent continuellement de la liqueur séminale. Il s'agit bien évidemment, ici, de la *spermatorrhée* si bien décrite de nos jours par M. le professeur Lallemand.

Il résulte de là, qu'au temps d'Hippocrate, on entendait généralement sous le nom de typhus, toute maladie aiguë ou chronique dans laquelle le malade présentait, dans l'aspect de sa physionomie, une expression d'étonnement et de stupeur. Voilà pour ce qui concerne la nosologie d'Hippocrate. Il nous reste, pour terminer l'exposition des doctrines de l'école hippocratique, à passer rapidement en revue quelques ouvrages de la collection, en particulier le *Traité du pronostic* et le livre des *Aphorismes*; nous terminerons par un exposé succint de la *thérapeutique* d'Hippocrate, et par le beau jugement porté par M. le professeur Andral sur cette puissante école, dont le père de la médecine fut le fondateur. Ce sera le digne couronnement de cette remarquable série de savantes leçons faites par l'éminent professeur sur les doctrines de l'école d'Hippocrate.

Le *Traité du pronostic* a quelques rapports avec le fameux livre des *prénotions coaques*. Quelques passages paraissent avoir été textuellement extraits de ce dernier recueil. Le *Traité du pronostic* est un des ouvrages les plus authentiques de la collection, c'est un traité de pathologie générale et surtout de séméiologie. Il est singulièrement vieilli aujourd'hui sous le rapport des idées et des faits, mais on pourrait le refaire, au grand avantage de la science, en conservant les mêmes divisions, en modifiant toutefois les idées erronées qu'il contient et en faisant entrer dans le cadre tracé par Hippocrate les faits nouveaux dont la science s'est enrichie.

La meilleure médecine, dit Hippocrate en commençant, est celle qui sait le mieux prévoir et prédire. On comprend, par ces mots, la valeur qu'Hippocrate assigne à la science du pronostic.

Hippocrate fait ensuite de l'habitude extérieure du malade, de sa position dans le lit, de l'expression de son regard, de l'aspect de sa physionomie, etc., un tableau achevé où l'on reconnaît la touche puissante du maître.

Viennent ensuite des détails sur les signes que l'on peut tirer, dans les maladies, de l'état de la respiration, sa fréquence, sa profondeur, sa régularité et son irrégularité; des sueurs, du sommeil, des évacuations alvines, des urines. Dans les considérations présentées par Hippocrate au sujet des urines, on trouve beaucoup de choses erronées. On voit que, dans cette question, Hippocrate se laisse conduire par la théorie, bien plus que par l'observation. Du reste, Hippocrate a très bien distingué le cas où l'altération de l'urine est liée à une affection de la vessie. Alors, dit-il, l'urine, par ses modifications, indique l'état de la vessie et non celui de l'organisme tout entier. Vers la fin du livre, on trouve des détails sur les signes qui annoncent qu'une affection thoracique se termine par suppuration, par la formation d'une collection purulente dans la cavité pleurale. Ce sont les signes de l'*empyème* pour lequel nous avons vu les médecins du temps d'Hippocrate pratiquer hardiment et souvent la thoracentèse.

Le livre des *Aphorismes* a eu pendant très longtemps une grande célébrité. Pendant très longtemps il a été regardé comme le code des médecins, il a inspiré un nombre prodigieux de travaux, d'éditions, de commentaires : le seul catalogue des écrits publiés sur les *Aphorismes* occupe vingt pages in-quarto dans la *bibliothàque médicale* de Haller. Depuis ce médecin une foule de publications ont été faites sur ce même sujet, mais peu à peu l'étude des aphorismes a été abandonnée, à mesure que les doctrines dont ils étaient l'expression sont tombées. Dans cet ouvrage il y a autre chose que les résultats de l'observation antique, il y aussi infiniment de théories. La lecture des *Aphorismes* nous montre à la fois comment on observait et comment on raisonnait du temps d'Hippocrate. Pour bien les comprendre, il faut être familiarisé avec les théories humorales de l'école hippocratique. Mais si dans cet ouvrage il y a un grand nombre d'assertions erronées, nous y rencontrons, d'un autre côté, une foule de remarques judicieuses et importantes. Beaucoup d'aphorismes sont le produit d'une observation exacte et profonde, beaucoup donnent à penser et provoquent de sérieuses réflexions. Le livre des aphorismes est encore utile à lire, mais ce n'est pas à ceux qui commencent leurs études médicales que cette lecture convient. Pour y trouver de l'intérêt et du profit, il faut être avancé dans la carrière médicale, il faut avoir beaucoup vu, beaucoup médité. Lorsqu'un grand nombre de faits se sont présentés à l'observation, sous des faces très diverses, ce livre qui a paru d'abord stérile, nul, sans intérêts, vient développer, féconder la pensée et répondre à beaucoup de questions que l'esprit s'était posées à l'occasion des faits observés par lui. On s'étonne alors de trouver dans cette lecture un intérêt qu'on n'avait jamais soupçonné. On peut comparer le traité des aphorismes à ces livres composés des pensées ou des maximes des philosophes, livres que l'on dédaigne dans le jeune âge, dont la lecture est pleine de charmes quand on a passé par les rudes épreuves de la vie. On ne comprend pas, quand on est jeune, Labruyère, Pascal, Vauvenargues, qui font les délices des hommes mûris par l'âge et l'expérience. Il en est de même des aphorismes : on ne les comprend pas quand on commence l'étude de la médecine, on les lit plus tard avec un intérêt toujours croissant, à mesure que l'on avance de plus en plus dans la carrière médicale.

Au prochain article la fin de l'exposition des doctrines de l'école hippocratique et le beau jugement porté sur cette école par M. le professeur Andral.

(La suite prochainement.)

l'urine. Bien que les eaux de Vichy rendent de grands services aux diabétiques, cela ne prouve rien en faveur de la théorie de M. Mialhe, car, ainsi que M. Magendie le lui a objecté, le sang, peu alcalin dans son état naturel, ne devient pas acide dans le diabète, et une liqueur, plus alcaline que lui, ne décompose pas le glucose.

Puisque nous trouvons une maladie si bien caractérisée par l'augmentation dans la sécrétion du sucre hépatique, n'y aurait-il pas d'autres états pathologiques qui dépendraient de la *diminution dans cette même sécrétion*, et qui, bien qu'inconnus, auraient une grande influence sur la vie? Cette remarque, faite plusieurs fois par M. Magendie, dans ses derniers cours, peut se déduire des circonstances physiologiques relatives à la destruction du sucre. On a vu que le sucre produit par le foie vient donner lieu, dans les poumons, à un dégagement d'acide carbonique et se détruire dans le sang; d'après cela, la respiration et le sang ne recevant plus ce principe, utile sans doute à leurs fonctions, ne doivent-ils pas en souffrir? Beaucoup de troubles, dont nous cherchons vainement les causes dans l'état des organes, ne tiendraient-ils pas à ce que le foie n'opère plus qu'incomplètement la sécrétion de son sucre?

Voilà sans doute un sujet d'études nouvelles. Toutefois, ces études seront difficiles, car si l'augmentation de la sécrétion du sucre est facile à démontrer, en raison du passage de cette substance dans l'urine, on n'a pas encore le moyen de reconnaître sa diminution sur le vivant. Cependant des recherches cadavériques ont déjà permis de constater la diminution du sucre dans le foie lui-même. Cette constatation a eu lieu dans un cas d'ébranlement nerveux, à la suite de maladies aiguës, d'une diarrhée abondante, d'une longue abstinence, etc. Il faut, sous ce point de vue, demander des investigations ultérieures.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 Février 1853. — Présidence de M. DE JUSSIEU.

Multiplicité des phénomènes qui résultent de la destruction de la partie cervicale du nerf grand sympathique.

M. Cl. BERNARD lit une note sur la multiplicité des phénomènes qui résultent de la destruction de la partie cervicale du nerf grand sympathique, à l'occasion des communications faites dans la dernière séance, par M. Budge, de Bonn, et M. Valler, de Londres, relative à l'influence de la portion cervicale du nerf grand sympathique sur la calorification et sur la circulation du sang dans la tête.

Ces physiologistes ne paraissant pas, d'après leurs communications, avoir une connaissance complète de ses travaux sur ce sujet, M. Bernard s'est proposé, dans cette note, de rappeler ses expériences et d'indiquer en même temps, dans leur ordre chronologique, les différens faits qui se rattachent à cette question.

La première expérience sur la portion cervicale du nerf grand sympathique, appartient à Pourfour du Petit, qui, en 1727, fit voir que la section de la portion cervicale du grand sympathique, outre quelques phénomènes d'injection du côté de l'œil, amène constamment un rétrécissement de la pupille du côté correspondant. Le même phénomène se produit lorsqu'au lieu de couper le filet sympathique, on extirpe le ganglion cervical supérieur ou inférieur.

En 1846, M. Biffi, de Milan, observa ce fait nouveau, que, lorsque la pupille est rétrécie par la section du nerf sypathique, on peut lui rendre son élargissement en galvanisant le bout céphalique du nerf sympathique coupé.

Et à peu près à la même époque, le docteur Buete ayant remarqué que, dans la paralysie de la troisième paire de nerfs, la pupille dilatée et immobile peut encore s'agrandir sous l'influence de la belladone, en conclut que l'iris recevait deux espèces de nerfs moteurs correspondant à ses deux ordres de fibres musculaires; et que le grand sympathique, en animant les fibres musculaires radiées, produisait des mouvemens de dilatation, tandis que le nerf moteur oculaire commun, en animant les fibres circulaires, produisait au contraire le mouvement de contraction de l'iris.

En 1851, MM. Budge et Waller reconnurent que, dans son action sur la pupille, le filet céphalique du grand sympathique n'agit que comme un conducteur qui transmet une influence dont le point de départ est dans la moelle épinière. Cette opinion, que le grand sympathique tire son origine des mêmes centres nerveux que le système cérébro-rachidien, dont il ne serait en quelque sorte qu'une dépendance, est établie depuis longtemps anatomiquement, et elle se trouve exposée dans les traités modernes d'anatomie. Mais MM. Budge et Waller ont eu le mérite de préciser expérimentalement, dans un point de la moelle épinière qu'ils ont nommée *région cilio-spinale*, l'origine spéciale de cette portion céphalique du nerf grand sympathique.

Dans un résumé imprimé aux comptes-rendus de la Société de biologie (novembre et décembre 1852), M. Bernard a fait connaître de son côté quelques-uns des résultats généraux de ses expériences entreprises depuis longtemps sur le grand sympathique, et il a fait voir que le rétrécissement pupillaire, découvert par Pourfour du Petit, et que MM. Budge et Waller ont signalé comme conséquence de la destruction de la région cilio-spinale de la moelle épinière, aussi bien que celle de la portion cervicale du grand sympathique, est loin d'être le seul phénomène qui se produise. J'ai montré, en effet, dit M. Bernard, que cette opération entraîne à sa suite dans le côté correspondant des désordres multipliés, qui sont:

1° Le rétrécissement de la pupille;

2° Le resserrement de l'ouverture palpébrale, et en même temps une déformation de cette ouverture qui devient elliptique et plus oblongue transversalement.

3° La rétraction du globe oculaire vers le fond de l'orbite, rétraction qui fait saillir la troisième paupière et la porte à venir se placer au-devant de l'œil.

4° Le rétrécissement plus ou moins marqué de la narine et de la bouche du côté correspondant.

5° Enfin une modification toute spéciale de la circulation coïncidant avec une grande augmentation de caloricité et de sensibilité dans les parties.

Tous ces phénomènes, ainsi que celui de la calorification, proviennent évidemment de la moelle épinière, puisqu'il a été établi que c'est elle qui est le centre d'origine du filet nerveux cervical sympathique; ce dernier n'étant par lui-même qu'un simple conducteur. En disant cela dans sa dernière communication, M. Budge n'a rien ajouté au phénomène de calorification que j'ai signalé il y a un an.

M. Waller rappelle très bien mes expériences sur la calorification de la tête, ainsi que celles par lesquelles j'ai constaté les troubles circulatoires dont cette calorification est accompagnée. Seulement, à l'aide d'expériences très bien exécutées qu'il rapporte, M. Waller se propose d'établir qu'on peut, par le galvanisme, diminuer ou modifier l'activité de la circulation du sang ainsi que la température des parties.

Il est certain que M. Waller n'a pas eu connaissance des expériences que j'ai publiées sur ce sujet; sans cela, il les eût citées comme les premières. Toutes les observations que ce physiologiste a mentionnées dans la communication de lundi dernier, je les avais faites avant lui, et je les ai montrées à beaucoup de savans. Les résultats principaux de ces observations sont imprimés depuis le mois de novembre dernier dans le compte-rendu de la Société de biologie.

M. Bernard termine en répétant que c'est à tort qu'on avait toujours signalé le rétrécissement pupillaire comme la conséquence spéciale de la destruction de la portion céphalique du grand sympathique. Je crois, dit-il, avoir le premier prouvé que cette destruction de l'influence transmise par le filet sympathique amène au contraire à sa suite une grande quantité de phénomènes très différens, mais tous connexes et dépendant les uns des autres, ainsi que j'espère le faire voir dans une très prochaine communication à l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 Mars 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

La correspondance comprend:

1° Un rapport de M. le docteur FRUCHIER, sur une épidémie de variole qui a régné dans les communes de Thoranne et Quinson (Basses-Alpes).

2° Un rapport de M. le docteur HARO, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Coincy (Moselle).

3° Un rapport de M. le docteur BALME-DUGARAY, médecin des épidémies de l'arrondissement du Puy (Haute-Loire), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné au village de Monac, commune de St-Pierre-Lignac.

4° Un rapport de M. le docteur GUICHARD, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Claude, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Valfin.

5° Un rapport de M. le docteur FUZET DU POUGET, médecin-inspecteur des eaux minérales de Saint-Laurent-les-Bains (Ardèche), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852.

6° Le relevé général des observations faites par M. le docteur BARTHEZ, médecin en chef de l'hôpital militaire thermal de Vichy, sur les malades auxquels les eaux minérales ont été administrées dans cet établissement pendant la saison de 1852.

7° Un nouveau mémoire de M. le docteur FCHETYRKIN, médecin en chef et inspecteur général du service de santé du royaume de Pologne, sur le choléra épidémique qui a régné en Pologne en 1852. (Comm. du choléra.)

8° Un nouveau mémoire de M. BERTUÉ, pharmacien, sur les huiles de foies de morue. (Comm. nommée.)

9° Une note de MM. POGGIALE et DOYÈRE sur la présence, dans le lait, d'un principe albuminoïde déviant à gauche la lumière polarisée. (Comm. M. Bouchardat.)

10° Une note de M. BONNEFIN, sur un point relatif à la lithotritie. (Comm. M. Ségalas.)

11° M. MATHIEU, fabricant d'instrumens de chirurgie, adresse une note et un modèle d'urétrotome, pour lequel il réclame la priorité sur un instrument de cette nature présenté dans la dernière séance par M. Charrière fils. (Cette note et l'instrument sont renvoyés à la commission déjà nommée.)

12° Une lettre de M. CLOT-BEY, qui remercie l'Académie de la faveur qu'elle vient de lui accorder en changeant son titre d'associé étranger en celui d'associé régnicole.

13° Enfin une lettre de M. AUBERGIER, qui remercie l'Académie de l'accueil favorable qu'elle vient de faire à ses travaux.

— M. MALGAIGNE, à l'occasion de la correspondance, dépose sur le bureau une proposition rédigée en ces termes: « Dans toutes les nominations faites en dernier ressort par l'Académie, lorsque dix membres se seront entendus pour proposer une liste particulière de candidats, cette liste sera adressée au président, qui la communiquera à l'Académie et qui fera distribuer les copies en même temps que celles des autres listes. »

Cette proposition sera renvoyée à l'examen d'une commission.

M. MATTEI, professeur d'accouchemens à Bastia, lit un mémoire ayant pour titre: Nouvelles idées sur les plaies en général, et surtout sur la manière d'abréger leur guérison par le perfectionnement de la réunion immédiate.

L'auteur étudie dans ce mémoire les divers procédés naturels de guérison des plaies, et les conditions les plus aptes à en favoriser la réunion immédiate. Au nombre de ces moyens, il signale à l'attention de l'Académie un nouveau genre de ligature de son invention, qui peut être retirée à volonté, et qui a sur toutes les autres ligatures l'avantage de ne point produire de suppuration.

(Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Guérin, Robert et Bégin.)

M. CRUVEILHIER commence la lecture d'un mémoire sur l'atrophie musculaire progressive.

La lecture de ce mémoire sera continuée dans la séance prochaine.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

NÉCROLOGIE.

Encore une victime de la science! Encore un martyr de l'étude et du travail. Un de nos jeunes internes des hôpitaux les plus distingués, M. Zapfle, qui, au dernier concours de l'internat, avait obtenu la médaille de première année, vient de succomber à l'infection purulente à la suite d'une piqûre anatomique. Ses obsèques ont eu lieu lundi. Tous les internes des hôpitaux, ses camarades et ses amis, l'ont accompagné à sa dernière demeure.

M. le docteur Pidoux, dont Zapfle avait été l'interne, a prononcé sur sa tombe ces belles et pieuses paroles, que nous sommes heureux de pouvoir reproduire:

Messieurs,

Il y a quelques jours à peine, Zapfle, plein de santé, poursuivait avec ardeur des études plusieurs fois couronnées; et aujourd'hui, le voilà rendu à la terre!...

Si cette pensée ne devait exciter dans vos âmes que des regrets mérités, je n'aurais qu'à m'unir en silence au deuil d'une famille honorable, et aux derniers devoirs de l'amitié. Mais votre malheureux condisciple a trouvé la mort dans l'exercice souvent périlleux de ses fonctions médicales; et il y a dans une telle mort quelque chose qui appelle l'hommage public.

Zapfle est une victime de la science. Vous savez ce que c'est qu'une victime: c'est une créature sacrifiée pour conquérir aux autres la vérité et le bien; pour éloigner l'erreur ou expier le mal. Presque toujours elles sont choisies parmi les plus dévoués et les plus purs. Qui sait si ce n'est pas une récompense anticipée?...

Détachez-vous donc, Messieurs, d'une douleur trop terrestre, presque toujours éphémère comme une émotion. La douleur de l'âme est une douleur qui pense, qui comprend, qui élève ceux qui l'éprouvent, et honore ceux qui en sont l'objet.

Zapfle croyait à la justice éternelle, au devoir, à l'honneur, à la famille, à l'amitié; il est mort en chrétien: nos regrets doivent habiter avec lui dans le ciel!

Puis M. Edmond Rossen, interne des hôpitaux, a payé en ces termes touchans un hommage à la mémoire de son ami:

Messieurs,

Cette année encore, une tombe s'ouvre pour recevoir les restes d'un de nos collègues des hôpitaux. Si je n'avais à vous faire voir en Zapfle que l'élève laborieux, je me serais tu, laissant cette tâche à d'autres plus capables que moi de la remplir: mais il était mon ami d'enfance, et mieux que personne, peut-être, je puis vous dire un mot des qualités du cœur.

Vous ne jugiez en lui que le travailleur, qui, par un labeur opiniâtre, avait obtenu dans les concours les plus brillans succès; mais ce n'est pas son plus beau titre à notre estime.

Vous pourriez croire que le désir seul de briller soutenait son courage; non, Messieurs, son ambition avait un plus noble mobile: il voulait être le soutien d'une famille qui, depuis son enfance, s'imposait les plus grands sacrifices pour son éducation; et c'est au moment où son cœur allait éprouver une bien douce jouissance, au moment où il allait remercier ses parens, dont il était, à juste titre, la joie et l'orgueil, en partageant avec eux le fardeau d'une nombreuse famille à élever, qu'une mort impitoyable est venue le frapper à la fleur de l'âge, à 25 ans, victime de son zèle et de son amour pour le travail.

Gardons dans notre cœur le souvenir du collègue studieux, de l'ami; mais donnons tous nos regrets à la pauvre mère, qui n'est arrivée auprès de lui que pour recevoir son dernier soupir.

Adieu, Zapfle, adieu!...

COURRIER.

La séance du Comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE ne pourra pas avoir lieu demain vendredi; elle est renvoyée au vendredi suivant.

— L'indisposition de M. Orfila, sans prendre un caractère sérieux, a nécessité cependant, aujourd'hui, une nouvelle émission sanguine.

— Une erreur, deux fois reproduite, mais si évidente, qu'elle a dû être facilement réparée par nos lecteurs, ne fait élever la mortalité dans l'épidémie de fièvre typhoïde actuelle qu'à 1 pour cent; il est clair, d'après les chiffres indiqués, que c'est 10 pour cent qu'il faut lire.

CHAIRES VACANTES. — La Faculté a nommé, dans sa séance dernière, les rapporteurs qui doivent présenter le rapport sur les candidats aux deux chaires vacantes dans son sein. On sait que ces rapports doivent, aux termes du décret sur la nomination des professeurs, être mis sous les yeux du ministre. Ils peuvent donc avoir une véritable et très grande importance.

Voici les noms des rapporteurs et des candidats:

Pour la chaire de thérapeutique et de matière médicale:

Candidat,		*Rapporteur*,	
	M. Beau.		M. Cruveillier.
—	Cazenave.	—	Adelon.
—	Fleury.	—	Piorry.
—	Grisolle.	—	Requin.
—	Guérard.	—	Rostan.
—	Monneret.	—	Andral.
—	Pidoux.	—	Trousseau.
—	Tardieu.	—	Bouillaud.

Pour la chaire d'histoire naturelle médicale:

Candidat,		*Rapporteur*,	
	M. Hœfer,		M. Wurtz.
—	Lestiboudois.	—	Bérard.
—	Martins.	—	Gavarret.
—	Moquin-Tandon.	—	Duméril.
—	Payer.	—	Orfila.
—	Robin.	—	Denonvilliers.

— Le jury de concours, pour l'agrégation en chirurgie, s'est constitué aujourd'hui: les deux juges désignés par le sort, pour le compléter, sont MM. Adelon et Velpeau.

— M. Édouard Robin, dont les recherches permettent de rattacher, en général, à quelques principes les faits de la chimie minérale, commencera le 15 mars, à trois heures et demie, un cours de chimie minérale et organique, suivi d'applications nouvelles à la toxicologie, à la thérapeutique et à la physiologie.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 30. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 12 Mars 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............. 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL DES CLINIQUES. — Clinique de M. le professeur NÉLATON.

Sommaire. — Leçon sur une forme très commune et non encore décrite du testicule vénérien.

Au nº 16 de la salle des hommes est couché un malade qui présente une affection fort commune du testicule, et qu'il est bon d'avoir observée un grand nombre de fois pour ne pas commettre d'erreur de diagnostic. En examinant ce malade, on remarque tout d'abord qu'il porte deux tumeurs, une à chaque bourse. Chacune de ces tumeurs est évidemment composée, d'après les caractères que nous allons faire connaître, de deux élémens bien distincts : 1º un liquide épanché, 2º un engorgement testiculaire. Rien que d'après ces caractères, dit M. Nélaton, j'étais complètement édifié sur la nature de cette affection. L'examen plus approfondi n'a fait que confirmer la justesse de mon diagnostic. Nous sommes ici en présence d'une maladie à physionomie toute particulière, qui ne ressemble à aucune autre, et que l'on reconnaît à la simple vue, lorsqu'on en a observé toutefois un assez grand nombre. Je n'hésite donc pas à qualifier cette affection dont la nature syphilitique ne laissera aucun doute dans votre esprit lorsque j'en aurai fait l'histoire complète. Il s'agit très certainement d'une affection syphilitique tertiaire, d'un double testicule syphilitique. Mais entrons dans les détails de l'histoire de la maladie.

Lorsque nous interrogeons le malade pour savoir à quelle époque cette affection a commencé, il dit que sa maladie a débuté du côté droit, il y a huit mois. A cette époque il a commencé à souffrir dans ce qu'il appelle le cordon, et, en effet, lorsqu'on l'engage à montrer avec le doigt la partie qu'il désigne ainsi, il place son doigt à la racine de la bourse droite, presqu'au niveau de l'anneau inguinal. Il ne faut pas d'ailleurs s'arrêter à ce renseignement que le malade nous donne avec ce caractère de précision, car il est sans importance dans la question qui nous occupe. Ainsi, la maladie a débuté, il y a huit mois, du côté droit. En poussant plus loin l'interrogatoire de ce malade, nous apprenons que, lorsqu'il y a huit mois, il s'aperçut pour la première fois de l'existence de la tumeur du côté droit, celle-ci n'était pas volumineuse, car le malade assure qu'elle était plus petite que celle du côté gauche qui s'est montrée longtemps après la première, et qui n'offre pas un grand développement. La tumeur du côté droit n'était donc pas considérable il y a huit mois. Lorsqu'il s'agit de tumeurs, et surtout de tumeurs chroniques des bourses, il est très important d'insister auprès du malade pour lui bien faire recueillir ses souvenirs, afin qu'il puisse bien préciser la date de l'apparition de la tumeur, car cette précision est d'une importance extrême pour le diagnostic. Il y a huit mois, cette tumeur, était donc encore petite puisqu'elle était moindre que celle du côté gauche qui date seulement de deux mois.

Si nous interrogeons cet homme sur les sensations qu'il éprouve dans ces tumeurs, il nous répond qu'il y ressent des douleurs qu'il compare à des piqûres d'épingle, mot que nous traduisons, nous, par celui de *douleurs lancinantes*. Nous avons insisté à plusieurs reprises auprès du malade pour savoir au juste si les douleurs étaient bien réellement de nature lancinante; sa réponse a toujours été, sur ce point, très affirmative et invariable. Cet homme éprouve donc des élancemens à la partie supérieure des bourses, élancemens qui retentissent dans les reins, se suspendent pendant la nuit, et, chose digne de remarque, ne sont pas réveillés par la pression du testicule. Malgré ce phénomène anormal de douleurs lancinantes accusées par le malade, phénomène qui éveillerait plutôt, dans l'esprit, l'idée d'une tumeur de nature cancéreuse que toute autre idée, je n'en persiste pas moins à croire à une affection vénérienne du testicule, affection tertiaire, manifestation très reculée de la diathèse syphilitique. Cette conviction résulte, pour moi, d'un ensemble de considérations que je vais maintenant développer devant vous.

Voyons d'abord ce que l'examen des bourses nous permet de constater de particulier. A la partie supérieure de l'enveloppe scrotale existe un renflement plus considérable à droite qu'à gauche, fluctuant dans toute son étendue, constitué par un épanchement de sérosité dans la tunique vaginale. Cette membrane, qui sépare le liquide de l'enveloppe cutanée, est très mince, en sorte qu'il semble que l'on voie le liquide par transparence. Au-dessous de cette tumeur fluctuante, placée à la partie supérieure des bourses, on en trouve une seconde séparée de la première par une dépression transversale très marquée, en forme de sillon. Cette deuxième tumeur diffère essentiellement de la première qui lui est superposée. La supérieure est molle, fluctuante, translucide; l'inférieure est dure, compacte, opaque; elle est formée par un tissu ou un parenchyme, et non par un liquide. Une ponction, faite à la tumeur supérieure, a donné lieu à un écoulement de sérosité citrine tenant en suspension de la cholestérine. Alors le testicule resté seul a pu être exploré dans tous ses accidens de forme et de consistance.

Voici ce que nous avons constaté. La masse testiculaire est formée de deux parties, une antéro-inférieure représentant un globe ovoïde assez régulier, assez souple à la pression; c'est le corps du testicule; l'autre postéro-supérieure représentant une sorte de capuchon qui enveloppe non seulement la partie supérieure du corps du testicule, mais encore ses parties latérales; c'est l'épididyme dont la tête est distincte du corps. N'allez pas croire, Messieurs, que cette disposition est un pur effet du hasard, une exception dans la maladie qui nous occupe; c'est, au contraire, la règle et une règle à laquelle je n'ai pas encore trouvé d'exception.

Un homme d'un rare talent, et qui, par sa position spéciale, a été à même d'observer un grand nombre d'affections de la nature de celle-ci, a trouvé des comparaisons pittoresques qui font très bien comprendre la disposition que je vous signale. M. Ricord compare ce testicule à moitié caché par le développement de l'épididyme, à une noix à moitié sortie de son enveloppe verte, à un gland de chêne surmonté de sa capsule. C'est la représentation fidèle de ce que nous avons ici. La même disposition, les mêmes particularités existent des deux côtés. Voilà ce que nous trouvons du côté des bourses.

Si maintenant nous interrogeons le malade à un autre point de vue et que nous remontions dans ses antécédens, nous ne pouvons rien obtenir de certain. Il affirme n'avoir jamais eu ni chaudepisse, ni chancre. Mais vous savez, Messieurs, ou vous saurez plus tard, ce que valent les affirmations des malades, et quel cas il faut en faire. Si des personnes intelligentes s'observent assez peu pour laisser passer inaperçus des chancres et d'autres accidens syphilitiques, à plus forte raison devrons-nous trouver ces conditions chez des individus dont l'intelligence est souvent bornée, et qui, par habitude et par état, ne s'observent pas du tout. Aussi, habitué que je suis à n'accorder au dire des malades qu'une confiance médiocre, je ne me suis pas tenu pour battu, malgré les dénégations réitérées de celui-ci. Que valent d'ailleurs ces dénégations en présence des témoignages décisifs des faits? Ainsi, cet homme nous déclare qu'il éprouve, *la nuit*, des douleurs dans les jambes. De plus, en explorant avec les doigts le trajet de la face sous-cutanée des tibias, j'ai constaté, et plusieurs d'entre vous ont pu constater avec moi des déformations évidentes du tibia gauche, déformations dues à des exostoses et à des périostoses syphilitiques. Ce sont de petites tumeurs douloureuses à la pression, caractère qui ne se rencontre jamais dans les exostoses et périostoses de nature différente, et qui se rapporte exclusivement à celles qui sont de cause syphilitique. Indépendamment de ces signes existent d'autres manifestations non moins évidentes de cette diathèse. C'est, au genou, une douleur et un engorgement exactement semblables à la douleur et à l'engorgement que présente un autre malade couché au nº 4, et dont le traitement est venu démontrer, par son résultat, la nature spécifique; c'est encore une douleur et un engorgement profond au niveau de l'épine de l'omoplate; ce sont enfin des déformations et des bosselures dans toute l'étendue des deux clavicules.

Ainsi, exostoses, périostoses du tibia et des clavicules, tumeurs gommeuses, douleurs nocturnes, telle est la série d'accidens que présente ce malade, outre les tumeurs des bourses, dont nous avons donné plus haut la description.

A propos des douleurs *nocturnes* qui accompagnent les accidens tertiaires de la syphilis et sont un des signes caractéristiques de cette diathèse, je dois vous signaler quelques particularités intéressantes sur lesquelles M. Ricord a le premier attiré l'attention des observateurs. Le mot *douleurs nocturnes* est mauvais, il vaudrait mieux dire douleurs *de lit*. En effet, ces douleurs se développent sous l'influence de la chaleur du lit. Si le malade se lève la nuit, elles cessent pour reparaître lorsqu'il se couche de nouveau. Les individus atteints de syphilis et que leurs occupations forcent à faire du jour la nuit et réciproquement, les boulangers, les compositeurs des grands journaux qui travaillent la nuit et dorment le jour, ces individus n'ont pas de douleurs *nocturnes*, mais des douleurs *diurnes*. D'un autre côté, les personnes atteintes de syphilis tertiaire, que les circonstances obligent à passer une ou plusieurs nuits sans se coucher, lorsque, par exemple, elles vont en voyage, ou dans toute autre circonstance, ces personnes qui éprouvaient toutes les nuits des douleurs, sont agréablement surprises de ne plus les ressentir. Les douleurs ostéocopes sont exaspérées par la chaleur rayonnante. C'est pour cela que les cuisiniers atteints de syphilis éprouvent des douleurs plus vives, plus intenses lorsqu'ils sont exposés à la chaleur des foyers.

Ainsi, l'ensemble des caractères que nous venons de passer en revue, à savoir : la date à laquelle remonte la première apparition de la maladie, la coexistence de l'affection des deux testicules, la forme de l'hydrocèle double, et son siége à la partie supérieure des bourses, la modification particulière de forme présentée par l'épididyme; enfin, chose capitale, les exostoses syphilitiques du tibia et des clavicules, les tumeurs gommeuses du genou et de l'épine de l'omoplate, les *douleurs nocturnes*, tous ces signes réunis ne permettent pas de rapporter cette maladie à autre chose qu'à une affection de nature syphilitique.

Maintenant, Messieurs, il est un point important sur lequel je dois attirer votre attention. Je viens de vous décrire ici une forme, une variété de la maladie désignée sous le nom de testicule vénérien. Dans cette forme, presque toujours, on peut même dire toujours, existe :

1º Un épanchement de sérosité dans la tunique vaginale, épanchement médiocre, sous forme régulière, ne présentant jamais l'aspect pyriforme de l'hydrocèle ordinaire. Les hydrocèles qui accompagnent le testicule vénérien offrent des formes variées, bizarres, qu'il est impossible de déterminer d'avance. C'est ainsi que, dans le cas actuel, l'épanchement a son siége à la partie supérieure des bourses, et se présente sous forme de bosselures allongées, remplies d'un liquide transparent.

2º Le deuxième élément de la maladie est la tumeur testiculaire formée par le testicule augmenté de volume et revêtu en arrière et sur les côtés par l'épididyme, à moins d'une anomalie dans laquelle le cordon passerait en avant, auquel cas l'épididyme serait aussi antérieur.

Tels sont les caractères du testicule vénérien, dans sa forme la plus commune. Si vous parcourez maintenant ce qu'ont écrit les auteurs sur la maladie qui nous occupe, vous trouverez notés des caractères différens. On lit dans les livres que le testicule vénérien est ratatiné, flétri, ridé, atrophié plutôt qu'augmenté de volume; on n'y parle pas de l'épanchement de sérosité dans la tunique vaginale, on signale dans la tumeur des douleurs nocturnes, en un mot, on décrit un ensemble de symptômes différens de ceux que je viens d'exposer devant vous. A quoi cela tient-il? Cela tient à ce qu'il existe deux formes différentes, deux variétés de la maladie, désignée sous le nom de testicule syphilitique; l'une, très rare, qui est celle dont on lit la description dans les livres; l'autre, beaucoup plus commune, qui est celle dont je viens d'exposer devant vous l'histoire, et dont le malade qui fait le sujet de cette leçon nous offre un exemple-type. C'est la première forme que M. Velpeau a eue exclusivement en vue dans l'excellent article qu'il a consacré, dans le *Dictionnaire en 30 volumes*, à la description du testicule syphilitique. Cette forme doit être extrêmement rare, puisque ce chirurgien, dans son immense pratique, ne l'a observée que vingt fois, et que moi-même je n'ai pu en rencontrer que deux cas.

Le testicule syphilitique n'est pas douloureux. Astley Cooper dit qu'il était toujours étonné de la rudesse avec laquelle les malades maniaient leurs testicules. Un de mes anciens internes, M. Notta, a signalé un phénomène dont j'ai pu maintes fois vérifier l'exactitude, mais qui ne m'a point paru constant. C'est

l'insensibilité toute spéciale du testicule syphilitique. On peut, dans beaucoup de cas, saisir à pleine main le testicule malade, le serrer fortement, sans déterminer cette douleur lombaire caractéristique de la pression de cet organe. On comprend que la substance testiculaire puisse perdre sa sensibilité spéciale, à mesure que son organisation normale se modifie et s'altère par la maladie dont elle est le siége. Si, par exemple, cette substance se transforme en tissu fibreux, ou plutôt si le tissu fibreux normal qui entre dans sa composition vient à prédominer et à produire l'atrophie de la substance glandulaire, on comprend que la sensibilité spéciale dont jouit cette substance soit perdue.

Quoi qu'il en soit de l'explication, toujours est-il que, dans un certain nombre de cas, le testicule vénérien perd sa sensibilité spéciale. Presque toujours, dans cette maladie, les deux côtés sont pris, chose très rare dans les autres affections du testicule. Mais comme les testicules se prennent successivement, il peut arriver qu'observant le malade au début de l'affection, on ne constate l'altération que d'un seul de ces organes, circonstance qui rend le diagnostic un peu plus difficile, et exige par conséquent plus d'attention de la part du chirurgien.

Traitement. — Le traitement du testicule vénérien est celui des affections syphilitiques tertiaires. Je n'ai vu, dans aucun des cas que j'ai observés, la maladie résister à l'influence de ce traitement. On commence par l'iodure de potassium. Beaucoup de malades guérissent par la seule action de ce médicament, c'est-à-dire que le testicule engorgé reprend peu à peu son volume et sa consistance normale. Que devient l'hydrocèle? Souvent il suffit, pour voir celle-ci disparaître, de pratiquer une simple ponction de la tunique vaginale, en même temps que le malade est soumis à l'influence du traitement général. Dans la moitié des cas au moins la reproduction de l'épanchement n'a pas lieu. D'autres fois il faut recourir à l'injection vineuse ou iodée pour guérir complètement l'hydrocèle.

La guérison des testicules vénériens demande, en général, un temps considérable. Ce n'est pas en un ou deux mois qu'on peut espérer de voir la résolution s'opérer. Quelques fois, quand la maladie date de loin, il faut trois, quatre, six mois, un an, pour obtenir cette guérison. Sous l'influence du traitement général longtemps continué, les testicules reprennent complètement leurs propriétés physiques et physiologiques; ils fonctionnent comme auparavant. Chez un grand nombre de jeunes gens, j'ai obtenu ainsi une guérison complète, par la seule influence du traitement général antisyphilitique. Chez quelques-uns, j'ai été obligé, pour guérir l'hydrocèle, de recourir à l'injection vineuse ou iodée. Tous ont été guéris sans exception.

Quant à ce qui concerne notre malade, il y a quinze jours environ qu'il est soumis à l'iodure de potassium; il a pris d'abord ce médicament à la dose d'un gramme, et, par une augmentation graduelle, il est arrivé, aujourd'hui, à en prendre trois grammes; nous n'irons pas au-delà de quatre grammes par jour. Déjà, sous l'influence de ce traitement, des changemens extrêmement remarquables se sont montrés. Les tumeurs testiculaires ont diminué considérablement de volume et de consistance; en un mot, tout marche vers la résolution.

PATHOLOGIE.

DES PERTURBATIONS DANS LES SÉCRÉTIONS DU FOIE;

Par M. le docteur Fauconneau-Dufresne.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

§ II. — Perturbation dans la sécrétion de la graisse.

Je passe aux *perturbations dans la sécrétion de la graisse hépatique.* J'ai besoin d'abord de rappeler brièvement en quoi elle consiste. Il est reconnu, aujourd'hui, qu'il n'y a pas de graisse dans le sang mésaraïque, tandis qu'il y en a beaucoup dans celui qui sort du foie. Cette seule considération suffirait déjà pour prouver que de la graisse se forme au sein du parenchyme hépatique. C'est pendant la digestion qu'elle se produit dans cette glande. Si l'on fait bouillir un morceau de foie hors l'état de digestion, la décoction n'offre aucun caractère spécial; mais si l'animal est en digestion, la décoction est graisseuse à sa surface et les parties grasses peuvent être isolées par l'éther. Chez les femelles qui nourrissent leurs petits, le foie contient de la graisse en abondance; c'est là probablement l'origine de la graisse du lait, car cette graisse hépatique offre, principalement dans cette circonstance, les apparences du beurre. Pendant la lactation, le sang lui-même contient beaucoup de graisse qui s'en échappe si l'on bat ce liquide. Cette matière grasse, une fois produite dans le foie, passe dans le sang, comme celle qu'y amène, de son côté, le canal thoracique. Mais, contrairement à ce qui arrive pour le sucre hépatique, ni l'une ni l'autre ne sont détruites dans les poumons, et le sang artériel en contient beaucoup. Comme on en trouve à peine dans le sang veineux général et que le sang de la veine cave n'en contient plus, il est évident que ces matières grasses se déposent dans le système capillaire général et fournissent aux vésicules adipeuses.

Lorsque la nutrition se fait bien, les alimens bien dissous par les sucs gastro-intestinaux arrivent au foie par les vaisseaux portes en très grande quantité. Cet organe, alors, en vertu de sa propriété sécrétante spéciale, et par une élaboration dont nous ne saurons jamais, sans doute, pénétrer le mystère, en convertit une partie en graisse. En effet, quel que soit l'aliment, le sang contient presque toujours la même quantité de graisse; on en trouve à peu près autant dans celui du lapin nourri de choux que dans celui du chien qui mange de la viande. Il est reconnu que c'est à tort que d'illustres chimistes avaient prétendu que la graisse ne provenait que des alimens. Les matières grasses, introduites par ceux-ci, ne peuvent évidemment rendre compte de la quantité de graisse qu'un individu possède ou produit. L'herbe dont se nourrit la vache ne peut pas fournir tout le beurre que contient son lait; et l'analyse ne trouvera jamais dans le foin ou les betteraves qui servent à engraisser un bœuf, autant de graisse que cet animal en aura acquis.

Ainsi, l'alimentation, chez un individu sain, n'apporte que des élémens de nutrition, et le laboratoire du foie, suivant le besoin de l'économie, en fait une plus ou moins grande quantité de sucre, ou une plus ou moins grande quantité de graisse.

Mais si l'individu est malade, la sécrétion de la graisse, comme celle du sucre, peut être *augmentée* ou *diminuée*, de manière à ce qu'il en résulte des troubles, à des degrés divers, dans l'économie.

Si cette graisse se dépose en *excès* dans les vésicules adipeuses, on voit survenir l'obésité, ce qui déjà cesse d'être l'état de santé. Mais, de plus, il est des cas où le sang, se surchargeant de graisse, la laisse échapper, comme on vient de le voir pour le sucre, comme je le dirai bientôt pour l'albumine, la laisse échapper par la sécrétion urinaire. Il se produit alors ce qu'on appelle des *urines chyleuses* ou *graisseuses*, et l'on peut dire qu'il se développe un *diabète graisseux*, comme il en existe un sucré.

On peut voir, dans le savant ouvrage de notre illustre confrère M. Rayer, les cas dans lesquels des matières grasses ont été constatées dans l'urine. Les chimistes admettent assez généralement que, dans l'urine même saine, il existe des traces de matières grasses. M. Duménil (1) a trouvé, dans l'analyse d'une livre d'urine saine 0 grains 0,50 de stéarine et d'oléine. Chez une personne malade, M. Chevreul (2) a reconnu dans l'urine une si grande quantité de matière grasse, que ce liquide avait l'opacité et les caractères physiques du chyle. M. Chevallier (3) et M. Guibourt (4), chacun de son côté, ont signalé la présence d'une matière grasse dans quelques calculs urinaires; et M. Ernest Barruel (5) a aussi retiré de ces corps une matière onctueuse, fauve, d'une odeur nauséabonde, qui, traitée par l'eau, ne s'y est point dissoute, et s'y est gonflée et comportée comme la matière grasse du cerveau. Cette matière, desséchée de nouveau au bain de vapeur, mise sur du papier Joseph et exposée à une chaleur de 50 à 60°, s'est fondue, a graissé le papier en lui donnant de la transparence, caractère des matières grasses.

Toutefois, les urines ne méritent le nom de graisseuses que lorsqu'elles contiennent une quantité de matières grasses plus considérable que dans l'état sain. M. Bizio (6) assure avoir trouvé, dans l'urine laiteuse d'un homme, qui paraissait bien portant d'ailleurs, outre les parties constituantes et beaucoup de mucus, une matière semblable à du beurre. Selon M. Rayer, toutes les urines qui contiennent des matières grasses, sont en même temps albumineuses. Des urines de nature bien différente peuvent contenir une matière grasse. Pour s'en convaincre, il suffit de comparer entre elles les observations rapportées par M. Rayer dans l'*Expérience* (7).

M. Rayer ne veut cependant pas qu'on confonde les urines chyleuses avec les urines graisseuses. Le caractère d'une urine chyleuse est, selon lui, de contenir les élémens organiques du chyle, savoir : des globules analogues ou semblables aux globules sanguins, reconnaissables au microscope, et, comme eux, se dissolvant dans l'eau et dans l'acide acétique; de l'albumine, et, suivant M. Prout, de l'albumine dans un état particulier; de la fibrine et une quantité de matière grasse assez considérable pour donner au liquide, ou à une portion de ce liquide, lorsqu'il est abandonné à lui-même, un aspect laiteux ou d'un blanc rosé. Abandonnées à elles-mêmes, ces urines offrent, au bout d'un certain nombre d'heures, une couche d'aspect crémeux à leur surface, une teinte opaque ou laiteuse dans toute la hauteur du liquide, et un dépôt sanguinolent ou fibrineux, ou d'apparence gélatineuse.

Les circonstances dans lesquelles la graisse a été trouvée dans l'urine en même temps qu'elle était en abondance dans le sang, sont encore peu déterminées. Il est quelquefois possible de relier cet état du sang à une altération du foie : ainsi, Trail, dans le *Journal médico-chirurgical d'Edimbourg*, a observé l'aspect laiteux du sang dans un cas d'hépatite. Toutefois, ce même état du sang a été remarqué aussi, par Hewson, dans le rhumatisme aigu, dans un cas d'épistaxis et dans un cas d'asthme. Virey (8) a avancé que, chez les Européens très gras, qui passent dans les Antilles, la graisse, fondue sous l'influence du climat, était résorbée, et qu'on la voyait dans les déjections et les urines. On a dit encore que, dans la phthisie pulmonaire, la graisse était évacuée par les urines. Mais, ainsi que le fait remarquer M. Rayer, aucune de ces assertions n'a été étayée de preuves suffisantes, et la science, à cet égard, attend des recherches qui seront tout à fait nouvelles.

Nous venons de voir que la sécrétion graisseuse du foie est augmentée dans certains états physiologiques; que, dans des états anormaux, les vésicules adipeuses peuvent en contenir outre mesure, et de plus que, dans d'autres circonstances, le sang peut être surchargé de cette graisse, qui alors s'échappe par les urines. N'y a-t-il pas, à présent, des *conditions qui sont susceptibles de mettre obstacle à cette sécrétion*? Cette sécrétion, comme celle du sucre, s'opère sous l'influence du système nerveux, et une perturbation dans l'action de ce système ne manque pas de l'arrêter; mais ce qu'il y a de singulier, en opposition à ce qui existe pour le sucre, lorsqu'on fait une piqûre au bulbe rachidien, la graisse disparaît du foie à mesure que le sucre y augmente, de telle façon qu'il semble y avoir un antagonisme entre ces deux produits.

Il est d'autres cas où la graisse cesse d'être sécrétée par le foie, et cela a lieu précisément dans ceux où l'on se figurerait, au premier abord, que cette graisse est sécrétée en plus grande quantité. C'est ce qui arrive dans le *foie gras*, soit chez l'homme, soit chez les animaux. Cette question, que je vais examiner, me paraît tout à fait digne d'intérêt.

On sait, surtout d'après la statistique de M. le dr Louis, que le foie gras se rencontre chez le tiers environ des phthisiques, et qu'il ne se montre, dans les autres maladies, soit aiguës, soit chroniques, que dans la proportion d'environ quatre pour cent. On l'a trouvé, en général, dans celles où il se manifeste un ralentissement ou un dérangement dans le travail nutritif, comme dans le pemphigus chronique, et dans quelques autres maladies cutanées (variole, rougeole, scarlatine), dans la fièvre typhoïde, dans la diarrhée chronique, la tuberculisation générale, le cancer, etc. Dans l'enfance, de même que dans l'âge adulte, le foie gras est plus commun à l'époque la moins avancée de la vie. D'après MM. Rilliet et Barthez, le foie est beaucoup plus souvent gras chez les jeunes sujets peu ou pas tuberculeux que chez les sujets très tuberculeux. A tous les âges, il l'est beaucoup plus fréquemment dans le sexe féminin.

D'après M. Lereboullet, professeur à Strasbourg, qui a obtenu récemment le prix Portal sur la question du foie gras, et qui a fait sur cette altération une étude microscopique très soignée, cette dégénération est due à l'accumulation de la graisse dans les cellules biliaires, ce qui les fait beaucoup augmenter de volume, et anéantit la sécrétion de la bile. La décoloration du lobule hépatique, produite par le dépôt graisseux, marchant de la périphérie du lobule vers son centre, on doit en conclure que ce dépôt arrive par les veines portes. Chez l'homme, la graisse se réunit en gouttes de plus en plus volumineuses, et finit par former, le plus souvent, une grosse goutte unique qui distend la cellule; chez les animaux, dont le foie est engraissé, la graisse reste sous forme de gouttelettes distinctes. La stéarine paraît constituer principalement le dépôt graisseux chez l'homme et les animaux.

Avant de chercher à expliquer la production du foie gras, il est nécessaire d'établir quelques données physiologiques.

On a considéré, depuis longtemps, que la sécrétion biliaire est un auxiliaire de la respiration. Chez le fœtus, en l'absence de la respiration, la sécrétion biliaire soutire du sang les principes carbonés, et le méconium peut être considéré comme le carbone du sang, extrait sous forme liquide, carbone qui, après la naissance, est éliminé sous forme gazeuse. On peut établir des rapports inverses d'activité entre le foie et les organes respiratoires dans les *divers âges* de la vie, suivant les *degrés de l'échelle animale*, et dans les *divers climats*. La fréquence de la respiration, dans *l'enfance*, détermine, par la surface pulmonaire, une grande émission d'acide carbonique; dans cette même époque de la vie, la bile qui est d'un jaune clair, montre bien que les principes carbonés y sont en minorité. A mesure qu'on prend des années, la respiration, au contraire, devient de moins en moins active; et la bile, d'autre part, se fonçant en couleur et devenant plus épaisse, trahit, au premier coup d'œil, le progrès des dépôts carbonés. Dans *l'échelle animale*, on constate, chez tous les vertébrés, le développement inverse du foie avec celui des poumons. Ce remarquable antagonisme existe surtout chez les poissons. Dans certaines espèces de serpens, la bile est très abondante, comme si sa sécrétion devait suppléer à leur respiration imparfaite. Quant aux *climats*, lorsqu'une température élevée raréfie l'air, l'activité de la respiration devient moindre, et, dans un temps donné, une moins grande quantité de carbone est éliminée, par cette voie, de l'organisme; et l'on sait que, dans les pays chauds, la bile est sécrétée en abondance.

Si, maintenant, l'on applique ces considérations au développement du foie gras, on voit que, dans la phthisie pulmonaire, la quantité d'oxygène absorbée par les poumons est plus faible que dans l'état normal, et que le carbone, de son côté, se trouvant éliminé moins abondamment, se dépose dans le foie, en raison des rapports établis ci-dessus entre la respiration et la sécrétion biliaire. Mais, par suite de combinaisons, dont nous ne pouvons nous rendre compte, au lieu de soutirer

(1) *Journ. de chimie méd.*, t. II, p. 333. — (2) *Id.* — (3) *Id.*, t. I, p. 454, 1825. — (4) *Id.*, p. 119. — (5) *Id.*, t. VII, p. 119.
(6) Schweiger, *Journ. für chim.*, t. II, p. 246.
(7) Tome I, p. 658 et suivantes.
(8) Article GRAISSE, *Diction. des sciences méd.*, t. XIX, p. 302.

les principes carbonés sous forme de bile, les cellules biliaires les laissent alors accumuler sous forme de gouttes graisseuses. *De là le développement du foie gras.*

A ceux qui s'étonneraient de ce que le foie gras a été observé à la suite des maladies cutanées, on peut répondre qu'il existe, d'une part, des rapports sympathiques entre le foie et la peau, et, d'autre part, qu'il résulte d'expériences de M. Fourcault et de M. Magendie, qu'en recouvrant la peau d'un enduit imperméable, on fait mourir les animaux par asphyxie; enfin que, dans le cancer, la diarrhée, la fièvre typhoïde, etc., on trouve un dérangement, un ralentissement dans la nutrition, d'où résulte également une moins grande exhalation d'acide carbonique par les poumons, et, par contre, un dépôt plus considérable de principes carbonés au sein du foie.

Quant au développement rapide du foie gras chez certains animaux par suite de l'usage exclusif et excessif d'une nourriture féculente, voici ce qu'on en peut dire : tout le monde sait que les substances féculentes ou amidonnées sont, en partie, transformées en sucre dans les voies digestives; on sait aussi que le sucre est une substance qui contient une notable quantité de carbone; on sait, enfin, que le sucre qui sort du foie tend à se détruire dans les poumons. Que doit-il arriver, d'après cela, lorsque tous ces principes carbonés se présentent aux poumons? Ceux-ci, évidemment alors, ne peuvent les détruire. Un mouvement exagéré de nutrition s'établit d'abord, et, ainsi que l'a constaté M. Lereboullet, toutes les parties du corps commencent par se charger de graisse. Mais, lorsque l'action respiratoire devient impuissante, en raison de la charge de plus en plus considérable qu'on lui impose, les principes carbonés, cessant d'être détruits, restent dans le sang porte et dans le foie, et, se déposant dans les cellules biliaires, y forment ces amas qui constituent les foies gras.

Ce n'est pas seulement avec les fécules que l'on peut obtenir la transformation graisseuse du foie. M. Magendie nous apprend, dans ses leçons sur les phénomènes physiques de la vie (1), que des animaux qu'il a nourris avec du beurre ou de la graisse exclusivement, lui ont tous offert, à l'autopsie, cet état particulier du foie. Ce célèbre physiologiste avait précédemment consigné, dans son *Journal de physiologie expérimentale* (2), un résultat bien plus singulier : c'est qu'une injection d'huile, dans le système veineux abdominal, produit, très rapidement, chez les chiens, un état analogue au foie gras, si ce n'est cet état lui-même.

La *conclusion* de tout ce qui vient d'être dit, c'est que, dans le foie gras, la sécrétion graisseuse normale du foie est éteinte. Dans la phthisie pulmonaire, où l'on voit si souvent les principes carbonés rester dans le foie et s'y transformer en graisse, ce dépôt graisseux, qui se forme dans les vésicules biliaires, en comprimant, outre mesure, le reste du tissu du foie, en annihile la sécrétion normale. C'est ce qui explique pourquoi la maigreur extrême est un des tristes apanages de la consomption pulmonaire.

(La fin au prochain numéro.)

LE SEPTIÈME ANNIVERSAIRE

DE LA FONDATION DE L'UNION MÉDICALE.

L'Union Médicale a célébré, mardi dernier, le septième anniversaire de sa fondation. Cette fête annuelle prend tous les ans des proportions plus considérables, et quoiqu'il eût été fait choix cette année des nouvelles, vastes et splendides galeries de Véfour, la commission du banquet a éprouvé le regret d'être obligée de refuser un certain nombre de convives qu'elle eût été impuissante à placer.

Le but de cette fête est de plus en plus apprécié. C'est un grand honneur pour l'Union Médicale, de pouvoir périodiquement réunir un aussi grand nombre de médecins qui viennent retremper leur esprit et leur cœur dans les bonnes et confraternelles pensées de concorde et d'harmonie. Heureux instans, avouez-le tous, nos chers convives, où nous pouvons oublier et nos soucis de métier, et nos petites ou grandes passions professionnelles! N'est-ce pas une victoire dont nous avons lieu d'être fiers que, de faire comprendre peu à peu tout ce que l'association a de puissant, de fécond, tout ce qu'elle apporte de tolérance et d'aménité dans les rapports, d'agrément et de charme dans les relations? Merci et honneur à vous tous qui, chaque année, venez célébrer avec nous cette sorte de Pâques médicale! Nous espérons bien agrandir encore le cercle de cette fête véritablement confraternelle, et lui donner encore un caractère plus général. Nous voulions, cette année, inviter à cette réunion une illustration médicale étrangère et une de nos gloires médicales des départemens. Le temps nous a manqué. Nous approchions des saintes semaines où l'Église commande les mortifications, et nous n'avons voulu blesser aucune convenance. Nous ferons tous nos efforts pour que, l'année prochaine, la famille médicale, dans ses élémens divers, soit représentée dans notre banquet annuel.

Mon récit de cette fête n'a besoin que d'être fidèle pour intéresser le lecteur; on y verra mieux que par des commentaires le but que nous cherchons, les intentions qui nous animent et le résultat que nous espérons.

Une expression de regret d'abord à ceux de nos convives espérés et qui n'ont pu se rendre à notre appel. M. le professeur Orfila, retenu par une indisposition assez sérieuse, n'a pu assister à cette fête où nous avions eu tant de plaisir à l'inviter. On verra plus bas que malgré sa regrettable absence, la commission du banquet n'a rien voulu changer au programme en ce qui concernait cet illustre convive. M. le professeur Roux, malade aussi, nous a adressé une lettre charmante d'excuse, mais qui ne nous a pas dédommagés de la privation de son aimable et bonne présence. Un malentendu fâcheux nous a aussi privés de M. Jobert de Lamballe, et nous l'avons vivement regretté. Un chagrin de famille a retenu M. le professeur Velpeau, dont la présence nous avait été si agréable l'an dernier. M. Mélier, en mission à Marseille, a manqué pour la première fois à cette fête de l'Union. Enfin, M. Victor Masson, libraire, subitement empêché, n'a pu se réunir à nous.

J'indiquerai par ordre alphabétique les noms des nombreux convives assis autour de notre table amie.

MM. Alquié, inspecteur-général du service de santé de l'armée, directeur de l'École d'application de médecine militaire du Val-de-Grâce; Amussat fils, d.-m.; Aran, médecin du bureau central des hôpitaux; Archambault, ex-médecin en chef de la maison de Charenton; Aubergier, professeur à l'École préparatoire de Clermont; Aubert-Roche, d.-m.; J.-B. Baillière, libraire; G.-Baillière, id.; Baret, d.-m.; Bauche, d.-m.; Becourt, d.-m.; Belhomme, d.-m.; Bérard, professeur de la Faculté et président de l'Académie impériale de médecine; l'abbé Bernard de Charpieux, vicaire de Saint-Germain-des-Prés; Blatin, d.-m.; Bonnafont, d.-m., médecin principal à l'hôpital du Gros-Caillou; Boinet, membre de la Société de chir.; Boyer (Lucien), d.-m.; Brierre de Boismont, d.-m.; Cabanellas, d.-m.; Caffe, d.-m.; Calvo, d.-m.; Chailly-Honoré, membre de l'Académie de médecine; Charrière père, fabricant d'instrumens de chirurgie; Charrière fils, id.; Cherest, d.-m., secrétaire-général de la Société médicale d'émulat.; Comperat, d.-m.; Contour, d.-m.; Cornac, membre de l'Acad. de méd.; Danyau, id.; Daremberg, d.-m., bibliothécaire; Delcroix, d.-m.; Despaulx-Ader, d.-m.; Dorvault, pharmacien; Dreyfus, d.-m.; P. Dubois, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Duchesne de Boulogne, d.-m.; Duparcque, d.-m., ancien président de la Société de médecine de Paris; Durand-Fardel, d.-m.; Émery, membre de l'Acad. de méd.; Fauconneau-Dufresne, d.-m., médecin des épid. du département de la Seine; Foucault, d.-m. à Nanterre; Foissac, d.-m.; A. Forget, membre de la Société de chirurgie; Fougeirol, d.-m.; Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfans-Malades; Hervieux, doct.-m.; Homolle, doct.-méd.; le professeur C. de Hubbenet, conseiller de la cour de S. M. l'empereur de Russie; Hubert-Valleroux, doct.-méd.; Josat, d.-m.; Edmond Langlebert, d.-m.; Amédée Latour, d.-m.; Leroy-d'Étiolles père, d.-m.; Raoul Leroy-d'Étiolles fils, d.-m.; Maltfste, imprimeur de l'*Union Médicale;* Marchal (de Calvi), agrégé de la Faculté de médecine; Meding, d.-m.; Mialhe, agrégé de la Faculté de médecine; Mongeal, d.-m.; Moreau (de Tours), médecin de Bicêtre; Nicolas, metteur en pages de l'*Union Médicale;* Oliffe, d.-m.; Oudet, membre de l'Académie de médecine; Parchappe, inspecteur général des prisons et des maisons d'aliénés; Perdrix, secrétaire général de l'Association de prévoyance; de Pietra-Santa, secrétaire du service de santé de l'Empereur; Pinel-Grandchamp, d.-m.; Requin, professeur de la Faculté de médecine; Richelot, d.-m.; Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine; Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine; Rochard, d.-m.; Sandras, médecin de l'hôpital Beaujon; Ségalas, membre de l'Académie de médecine et du Conseil général du départ. de la Seine; Scellier, d.-m.; Tardieu, médecin de l'hospice Larochefoucault, agrégé de la Faculté de médecine; Tessereau, d.-m., adjoint du 4e arrondissement; Thomas, d.-m.; Toirac, d.-m.; Valleix, médecin de l'hôpital de la Pitié; Vée, inspecteur général de l'assistance publique; Véron, d.-m., député du corps législatif; Vosseur, trésorier de l'Association de prévoyance.

Le moment des toast étant arrivé, M. le docteur Richelot, gérant de l'*Union Médicale,* prend la parole en ces termes :

« Messieurs,

» Au commencement de la 7me année d'existence de l'Union Médicale, » permettez-moi de vous proposer le toast que chaque année je suis si » heureux de proposer à l'élite du corps médical de Paris, à ce banquet » confraternel :

» A L'Union Médicale !

» Ces trois mots renferment bien des choses.

» L'Union Médicale! Cela signifie étude consciencieuse de la science, » progrès de l'art, bien-être des praticiens.

» Cela signifie association, base solide qui assure à notre entreprise » sa durée.

» Cela exprime l'accord heureux qui fait notre force.

» Cela veut dire encore : Reconnaissance pour les collaborateurs » auxquels l'Union Médicale doit la plus grande partie de son lustre, et » pour les amis qui viennent ici nous tendre cordialement la main :

» A L'Union Médicale ! »

Cette courte allocution, qui exprime dans un langage simple et digne le véritable but et la signification réelle de l'Union Médicale, a été chaleureusement applaudie.

La parole est donnée à M. le docteur Foissac, qui s'exprime de la manière suivante :

« Messieurs,

« M. Orfila, atteint d'une indisposition sérieuse, n'a pu se rendre à » ce banquet, où sa place était marquée parmi nos honorables invités; » mais, absent comme présent, c'est pour nous un devoir pieux d'honorer le savant, qui est le bienfaiteur et l'une des gloires de notre profession. Je vous propose donc de porter un toast au fondateur de » l'Association de prévoyance des médecins de la Seine.

» Je passe sous silence tous ses autres titres à la reconnaissance du corps » médical, pour rappeler plus particulièrement le service qu'il lui a rendu, » en donnant la solidarité de tous pour égide à la détresse de quelques-» uns de nos confrères. Depuis vingt ans, l'Association s'est étendue et » fortifiée par le succès; aujourd'hui, l'avenir lui appartient. Oh! si » quelqu'un de ceux qui m'écoutent, n'a pas encore fait acte d'adhésion à cette œuvre si féconde en résultats, qu'il se hâte d'apporter son » obole, afin que bientôt le corps médical tout entier semble animé par » un seul cœur, dont les pulsations de joie ou de souffrance fassent à » la fois tressaillir tous ses membres.

» Le succès de cette belle fondation, lui aura sans doute inspiré les » généreuses dotations, qui viennent récemment de signaler M. Orfila » à la reconnaissance publique. Un si petit nombre d'hommes savent » être généreux de leur vivant, que ce grand acte de désintéressement » a commandé l'admiration universelle. En décidant, par l'organe de » son président, dont l'éloquence est toujours au service du cœur, que » le nom de M. Orfila serait gravé sur le marbre où sont inscrits ses » bienfaiteurs, l'Académie bien inspirée a devancé la justice de l'his-» toire.

» Quoique tant de titres suffisent à la gloire d'un homme, espérons » cependant que le corps médical lui devra pour couronnement de tant » de bonnes œuvres, la fondation d'une maison de retraite destinée aux » invalides de notre profession. Son initiative serait un gage de succès » et aurait de l'écho dans tous les nobles cœurs. L'Association de prévoyance se trouverait alors agrandie et complétée; elle deviendrait » ainsi la pierre angulaire de l'édifice qui abriterait, sur la fin de leur » carrière, tous les déshérités de la fortune, ou les pèlerins de la science » tombés au milieu de leur route pénible. »

Ce discours émouvant, plein de cœur et de poésie, admirablement prononcé par M. Foissac, a été couvert, et à plusieurs reprises, d'applaudissemens unanimes.

M. le docteur Perdrix, secrétaire général de l'Association de prévoyance, a répondu en ces termes à M. le docteur Foissac :

« Messieurs,

» Il n'est aucun de nous qui n'éprouve un vif regret de l'absence de » M. Orfila, absence d'autant plus regrettable, en effet, qu'elle a eu » pour motif une subite et assez sérieuse indisposition. Croyez, Messieurs, que les regrets de M. Orfila ne sont pas moins vifs que les » nôtres.

» Loin de moi la prétention, loin de moi la pensée de le remplacer » ici.

» Je n'ai pas non plus l'ambition de m'élever à la hauteur des pen-» sées si éloquemment traduites, des paroles si dignement senties des » illustres convives qui nous ont émus et charmés; non, Messieurs, » non, assurément, je sens trop mon insuffisance; je dirai plus, je sens » trop mon infériorité; or, l'infériorité a besoin d'emprunter à la mo-» destie pour entrer avec faveur dans les esprits d'élite. Souffrez donc » que celui d'entre vous qui n'est et ne vaut quelque chose que par » une bienveillance extrême, par une sympathie qui lui est chère et » qui l'honore, sympathie que le corps médical de la Seine veut bien » lui accorder, souffrez que celui-là saisisse cette heureuse occasion » d'une réunion amie, pour adresser un hommage à ces hommes » généreux qui viennent, chaque jour, s'associer à notre œuvre confra-» ternelle, à cette admirable fondation de l'homme au cœur excellent, » de l'homme au dévoûment constant, éprouvé, sans bornes aux inté-» rêts moraux et matériels de notre profession!

» Permettez que je m'adresse aux ardens propagateurs, aux dignes » soutiens de ces principes féconds d'union, d'harmonie et de bien-» veillance confraternelle!

» Permettez enfin, Messieurs, qu'avec un sentiment de profonde » gratitude qui se confond avec une pensée d'espérance, je porte, » dans cette circonstance solennelle, une santé aux médecins honora-» bles de la Seine qui se sont unis depuis longtemps à nous, à tous » ceux aussi qui bientôt, nous l'espérons, voudront les imiter, et vien» dront grossir les rangs de l'Association ! »

Le modeste et digne orateur a dû voir par le sympathique accueil fait à ses paroles, que l'assemblée s'unissait de cœur à son bel éloge du président-fondateur de l'Association de prévoyance.

La parole a été donnée à M. le docteur Sandras, qui s'est exprimé comme suit :

« Messieurs,

» Je suis chargé, encore cette fois, de porter, au nom de l'Union » Médicale, un toast à l'Académie impériale de médecine, et à M. Bé-» rard qui la préside.

» L'Académie résume à nos yeux, dans une position plus éminente » et avec une mission officielle, ce que font partout et sans relâche les » Sociétés scientifiques médicales. Rapprochement des hommes les plus » utiles et les plus importans dans la science et dans l'art; émulation » sans cesse attisée entre tous les travailleurs du dedans et du dehors; » conservation intègre et sévère des meilleurs doctrines et des traditions » les plus respectables d'honneur et de moralité; encouragemens ré-» pandus en connaissance de cause sur les travaux dont la somme cons-» titue nos progrès; distinction honorable plus que toutes les autres » dans un corps dont tous les membres méritent d'être honorés; telles » sont à la fois les raisons d'être, l'origine et la fin des Sociétés médi-» cales; et, pardessus toutes les autres, de celle à laquelle je m'a-» dresse en votre nom.

» Je suis heureux d'être ici votre organe à tous, en exprimant l'inté-» rêt avec lequel nous suivons les travaux de l'Académie, et la recon-» naissance qu'elle nous inspire en pratiquant si bien les hautes fonc-» tions de sa mission sociale et scientifique.

» A l'Académie impériale de médecine!

» Et je me hâte d'ajouter avec vous :

» A M. Bérard!

» Au président de l'Académie, qui représente si dignement cette glo-» rieuse compagnie, et par la variété de ses connaissances, et par » l'amour bien réglé du progrès, et par l'aménité du caractère, et par » la grâce de l'esprit; au savant professeur, dont la parole facile et » claire guide avec sûreté la jeunesse dans les mystères de la physio-» logie; à l'inspecteur général dont la coopération fonde et perfec-» tionne nos institutions médicales; à l'homme de science qui a travaillé » toujours pour le bonheur d'apprendre et pour le plaisir d'enseigner ; » au confrère plein de courtoisie et de bienveillance qui, au milieu de » ses succès, n'a rencontré parmi nous que des amis. »

Cette appréciation intelligente des Sociétés savantes, cet éloge délicat et fin du président actuel de l'Académie de médecine, ont reçu les plus chauds applaudissemens de l'assistance.

M. le président Bérard a répondu en ces termes :

« Messieurs,

» Je répondais, l'année dernière, ici, à un toast porté au doyen de la » Faculté de médecine. Je dois, aujourd'hui, au nom de l'Académie, » remercier la société l'Union Médicale, des bons sentimens que

(1) Tome III, page 347 et suivantes.
(2) Tome I, page 39.

» son spirituel interprète vient d'exprimer en termes si heureux, pour » ce qui touche l'Académie, en termes trop flatteurs pour le président » de cette compagnie savante.

» Dans la pensée qui vous a portés à convier à cette fête périodique, » des représentans de la Faculté et de l'Académie, je vois plus qu'un » acte de simple courtoisie. Fidèle à son programme, l'UNION MÉDICALE » semble nous inviter encore à poursuivre, avec elle, le but si louable » qu'elle s'est proposé d'atteindre ; certes, l'Académie ne pouvait être » sourde à cet appel. Elle donne, en toute occasion, son concours à » l'œuvre de l'UNION MÉDICALE, comme aussi, par une sorte de réci- » procité, elle s'inspire des publications de celle-ci. Malheur à la Société » savante qui afficherait la prétention de marcher isolée, commi si toute » la science, toutes les lumières s'étaient réfugiées dans son sein ! » L'Académie de médecine n'a pas donné dans ce travers ; elle écoute, » en dehors de ses séances, la voix du public médical, elle lit ce qui » s'imprime autour d'elle ; et si, parfois, après avoir été remises à hui- » taine, certaines délibérations de cette compagnie ont obtenu l'assen- » timent général par le bon sens et la maturité dont elles étaient em- » preintes, il n'est pas sans exemple que dans l'intervalle des deux » séances les *sages du dehors*, n'aient fait entrevoir au *sages du de- » dans*, la route dans laquelle il convenait de s'avancer. Mais sur la » pente où je me trouve placé je ne pourrais m'abandonner, sans m'ex- » poser à mettre à la torture la modestie de certains convives, je prends » le parti de tourner court, en offrant de nouveau à l'UNION MÉDICALE » les remercîmens de l'Académie impériale de médecine. »

Comme on le voit, le savant orateur s'est montré ce qu'il est tou- jours, gracieux, charmant, bienveillant, plein d'esprit et d'à-propos, ju- geant avec une grande libéralité, et nous osons dire avec justice, l'action et les services de la Presse, et comme la Presse n'est pas trop gâtée à cet endroit, elle ne conservera que plus de gratitude des belles paroles de l'éloquent professeur.

M. Amédée LATOUR, invité à prendre la parole, a fait le petit dis- cours suivant :

« Messieurs,

» Lorsque vers le milieu du XVIIe siècle, un professeur que l'on avait » surnommé le bouclier de la Faculté de médecine de Paris, écrivait un » libelle fameux pour revendiquer en faveur de cette Faculté, l'anti- » quité d'origine, et la richesse scientifique, et sa suprématie en toutes » choses sur les autres Facultés du royaume, Riolan commettait à la » fois une injustice, une erreur historique et un pieux mensonge.

» Plus heureux que le vieil anatomiste, nous pouvons aujourd'hui » honorer la Faculté de Paris, sans avoir besoin de rabaisser ou d'amoin- » drir la gloire des Facultés rivales. Vous ne me pardonneriez pas, Mes- » sieurs, si, dans cette fête de l'UNION, j'en troublais le but et l'inten- » tion par quelque désobligeant parallèle. La Faculté de Paris repous- » serait d'ailleurs toute exagération menteuse, toute indigne flatterie. » Mais je traduirai plus fidèlement vos pensées et les siennes en pro- » clamant que partout, à Montpellier, à Strasbourg comme à Paris, » dans nos établissemens de médecine civile comme de médecine mili- » taire, dans nos modestes écoles préparatoires comme dans nos floris- » santes Facultés, le corps enseignant soutient avec honneur et gloire » l'antique réputation de l'Université française. Aussi, Messieurs, suis-je » sûr de votre sympathique accueil en vous proposant d'abord ce toast » général :

» Au corps médical enseignant de France !

» Puis, Messieurs, en élèves reconnaissans, en fils pieux de la Faculté » de médecine de Paris, nous la remercions du précieux enseignement » qu'elle nous a dispensé. Nous nous réjouissons que les vieux maîtres » qui furent sa gloire, et que la mort nous a ravis, soient remplacés par » leurs savans élèves intéressés à perpétuer leur glorieuse tradition.

» Glorieuse tradition, ai-je dit !... Ces mots ne me servent-ils pas » comme de transition heureuse et facile pour remercier en votre nom, » Messieurs, celui de nos convives qui représente la Faculté de méde- » cine de Paris comme son chef et son doyen ? Qui donc parmi ses pro- » fesseurs avait à perpétuer une tradition plus glorieuse que le fils d'An- » toine Dubois ! C'est un grand honneur pour cette famille de voir deux » fois son nom inscrit dans l'histoire du décanat, comme il sera deux » fois inscrit dans les plus belles pages de la science.

» Merci, Monsieur le doyen, d'être venu vous asseoir à ce banquet » confraternel. L'UNION MÉDICALE a le bonheur de pouvoir être défé- » rente envers la Faculté, parce qu'elle en est indépendante, de pou- » voir être respectueuse et juste envers ses professeurs, parce qu'elle » est libre. Aussi, veuillez accepter pour vos collègues et pour vous, ce » vœu qui, dans notre bouche, n'est ni une flatterie, ni un calcul :

» A la prospérité de la Faculté de médecine de Paris !

» Au bonheur de son digne doyen, M. P. Dubois ! »

La vérité du récit m'oblige à dire que ces paroles ont reçu de l'as- semblée un accueil que je dois rapporter tout entier aux sentimens qu'elles expriment.

M. le doyen P. DUBOIS a répondu de la manière suivante :

« Messieurs,

» C'est la première fois que j'assiste à cette réunion confraternelle. » Je me reprocherais cette présence tardive si des raisons indépen- » dantes de ma volonté n'en étaient pas une légitime excuse. Cepen- » dant mon absence m'a laissé dans l'ignorance absolue des précédens » de cette réunion, et je ne m'attendais pas à l'honneur de la remar- » quable allocution que vous venez d'entendre. C'est assez vous dire » que je n'étais pas en garde contre le piége bienveillant qui vient d'être » tendu à mon inexpérience en improvisation appliquée à cette cir- » constance.

» Vous me permettrez donc de me borner à remercier cordialement » le savant rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE des paroles flat- » teuses, et je pense très méritées, qu'il a adressées à la Faculté de » médecine de Paris, notre mère scientifique commune. Je le remercie » également de leur avoir donné plus d'autorité encore en rendant toute » la justice qui leur est due aux autres Facultés, dignes émules de la » nôtre. Je le remercie enfin de l'hommage qu'il a bien voulu rendre » à une mémoire qui m'est chère, et de ce qu'il a dit d'obligeant pour » ma personne. »

Nos lecteurs trouveront certainement, comme l'assemblée, que la charmante *inexpérience* de l'orateur l'a très heureusement servi, et que pour être tombé dans un *piége*, le savant doyen n'a rien perdu de son esprit et de sa bienveillance.

Nous avions l'honneur de recevoir un des plus éminens représentans de la médecine militaire, et cet honneur ne pouvait passer inaperçu par l'UNION MÉDICALE. Heureusement qu'un de nos membres, esprit tou- jours prêt, toujours charmant, a voulu remplacer celui que le programme avait désigné et qu'une circonstance fortuite avait éloigné de nous. M. Ricord a, sur-le-champ, improvisé l'allocution suivante :

« Messieurs,

» On vient de me charger, à l'instant même, de l'honorable mission » de porter un toast à la médecine et à la chirurgie militaires, si digne- » ment représentées ici par notre confrère si distingué, le docteur » Alquié.

» Je voudrais pouvoir vous rappeler, Messieurs, tout ce que la mé- » decine et la chirurgie militaires, dignes émules de la médecine et de » la chirurgie civiles, ont fait de grand et de beau. Leurs succès ont » brillé du plus vif éclat sur des centaines de champs de bataille, et les » noms illustres qu'elles ont produits sont inscrits à chaque page de » notre histoire.

» J'aurais voulu, si je n'avais pas été surpris par la nécessité de l'im- » provisation, rendre un hommage éclatant à ces hommes qui ont fait » marcher la science au pas de charge et au bruit du canon.

» J'aurais aussi voulu vous dire ce qu'ils sont encore appelés à faire, » quoique nous n'ayons plus à craindre aujourd'hui les horreurs des » grandes guerres ; qu'il me suffise de dire qu'ils resteront toujours au » premier rang de la science et au service de l'humanité.

» A la médecine et à la chirurgie militaires, à notre très honorable » confrère, le docteur Alquié, qui les représente ici. »

Vous entendez d'ici, bien-aimé lecteur, les bruyans bravos de l'assis- tance.

M. Ricord s'est immédiatement attiré la réponse suivante, également improvisée, par M. ALQUIÉ :

« Messieurs,

» Je remercie M. Ricord des paroles si gracieuses qu'il vient de pro- » noncer ; je le remercie d'avoir mis dans ces paroles ce qu'on est tou- » jours sûr de trouver dans ce qu'il dit : de l'*esprit* et du *cœur*.

» Je remercie aussi l'honorable assemblée d'avoir accueilli avec une » sympathie si marquée, si cordiale, les paroles de notre spirituel con- » frère. Mes camarades de l'armée seront heureux et fiers d'inspirer de » semblables sentimens.

» Messieurs, puisque l'occasion m'en est offerte, je veux remercier » la presse médicale tout entière de l'accueil favorable qu'elle fait aux » travaux des médecins de l'armée, de l'empressement qu'elle met à pu- » blier, à répandre ces travaux. Cet accueil, cet empressement sont » pour nos jeunes camarades une satisfaction en même temps qu'un » encouragement efficace. Du reste, Messieurs, qu'il me soit permis de » le dire, la presse médicale contemporaine ne fait que remplir un de- » voir de gratitude, qu'acquitter une dette légitime, en tendant la main, » en ouvrant ses bras à la médecine des armées, qui peut, à bon droit, » revendiquer l'honneur d'avoir ravivé, je dirai presque d'avoir institué » en France la presse médicale. En effet, Messieurs, la presse médi- » cale s'affaissait, se mourait au milieu de l'indifférence générale, lors- » qu'en 1816, un médecin militaire, un médecin principal des armées, » le docteur Regnault, médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros- » Caillou, fonda le *Journal universel des sciences médicales*, dont la » rédaction fut presque tout entière confiée à de jeunes médecins de » nos amis.

» C'est dans ce journal que débuta Jourdan, que nous avons récem- » ment perdu. Jourdan, médecin plein de savoir, écrivain élégant, et » surtout homme modeste et bon.

» C'est dans ce journal que Roche, notre excellent confrère, prélu- » dait à la belle position qu'il s'est faite dans la science et dans la litté- » rature médicale.

» C'est là que Boissseau, écrivain abondant et facile, publiait, sous » le voile d'un pseudonyme, ces articles spirituels qui, attaquant les » doctrines du *maître*, dont il était le disciple fervent et assidu, allaient » exciter chez ce maître redoutable ces grandes colères d'où jaillirent » des flots de science hardie et de sarcasmes éloquens.

» C'est dans ce journal, et dans le *Journal complémentaire*, que » mon collègue et ami, M. Bégin, essayait ce talent que nous avons vu » grandir avec tant de rapidité et d'éclat.

» C'est enfin ce *Journal universel des sciences médicales* qui » fut le promoteur des *Annales de la médecine physiologique*, de » la *Revue médicale*, du *Journal complémentaire*, des *Archives de » médecine* et de plusieurs autres journaux dont les publications suffi- » saient à peine à l'ardente polémique de cette mémorable époque.

» Messieurs, ce sera l'éternel honneur de la médecine militaire que » d'avoir, au retour de ces lointaines campagnes, après ces grandes et » sanglantes guerres qui lui avaient fait porter les secours de la science » et de l'art dans toutes les parties de l'Europe, ce sera, dis-je, son » éternel honneur que d'avoir institué à Paris, cette grande et féconde » presse médicale qui a suscité les grands travaux qui, depuis trente » années, ont enrichi la littérature médicale française.

» Pardonnez-moi, Messieurs, d'avoir évoqué ces souvenirs. Ils m'ont » servi à justifier votre sympathique bienveillance pour la médecine » militaire et à couvrir l'insuffisance de celui qui a l'honneur imprévu » de la représenter ici. — Je bois à la presse médicale. »

On comprend quel accueil a reçu et quelle sympathie a excitée cette belle improvisation, dite avec un entrain et une verve incomparables. Certes, nos confrères de l'armée ne pouvaient être plus dignement re- présentés, ni plus éloquemment honorés.

Enfin l'UNION MÉDICALE ne pouvait pas oublier, en présence de M. le docteur Véron, qui était venu se réunir à ses nombreux confrères, qu'un grand service avait été rendu à la Presse scientifique par l'exonération du timbre, et M. FAUCONNEAU-DUFRESNE s'est chargé d'en rappeler le souvenir en ces termes :

« Messieurs,

» Permettez-moi de vous proposer un toast pour un vieux camarade » d'internat, pour M. le docteur Véron, à qui la presse scientifique doit » l'immense service d'avoir été exonérée de l'impôt du timbre. C'est à » ses démarches actives et dévouées que nous devons le décret du 22 » mars, qui a été pour la presse médicale en particulier, un bienfait » véritable. »

Applaudissemens et bravos.

Puis est venue la poésie sous les traits de ce confrère aimable, de cet esprit toujours jeune et charmant, le plaisir et la joie de nos réunions médicales ; n'ai-je pas nommé M. le docteur Toirac ?

Ce récit suffira-t-il pour indiquer le caractère réel de cette fête an- nuelle de l'UNION MÉDICALE ? Je l'espère. J'espère encore que tout le monde reconnaîtra la position que ce journal a voulu prendre et a prise dans la presse médicale, position exceptionnelle, qui fait son ori- ginalité comme sa force, qui, en laissant à sa rédaction toute sa liberté, toute son indépendance, lui commande aussi, en toutes choses, la mo- dération, la bienveillance, une appréciation prudente et une critique courtoise. Des deux élémens dont se compose une entreprise comme celle de l'UNION MÉDICALE, élément industriel, élément moral, c'est constamment ce dernier qui a été l'objet de ses préoccupations les plus actives. Sans doute, il a fallu de l'argent, et beaucoup d'argent, pour arri- ver où nous en sommes, en traversant les fréquentes et les plus grosses tempêtes politiques, ayant à lutter contre des attaques sans loyauté, contre des embarras qui lui venaient quelquefois, hélas ! et dans des intentions les plus pures, de ses amis eux-mêmes. Mais la virtualité dont l'UNION MÉDICALE fut douée, dès son début, lui a fait facilement sur- monter tous les obstacles, son succès ne s'est pas ralenti un seul jour, elle marche à pleines voiles dans une mer désormais calme et sans orage, et je n'en donne pour preuve que cette note qui m'est transmise par notre honoré et courageux gérant, note qui sera le digne couronne- ment de ce simple récit :

« Dans l'assemblée annuelle des actionnaires de l'UNION MÉDICALE, » qui a eu lieu le 21 février dernier, M. le Gérant a exposé et le conseil » de surveillance a vérifié :

» 1° Que l'UNION MÉDICALE a reçu pendant l'année 1852, 2,399 » demandes d'abonnement ;

» 2° Qu'il ne serait rien demandé au capital social pendant l'année » 1853 ;

» 3° Que l'actif disponible de la Société s'élevait à la somme de » 113,844 fr. 83 c., non compris la valeur de la propriété du journal et » celle du matériel, des collections, etc.

» MM. les actionnaires sont prévenus que le paiement des intérêts de » leurs actions aura lieu tous les jours, de dix heures à quatre heures, à » la caisse du journal, à dater du 22 courant. »

Amédée LATOUR.

COURRIER.

L'état de M. Orfila ne s'est pas amélioré.

— L'épreuve écrite pour le concours de l'agrégation en chirurgie a été faite hier. La question donnée aux candidats était ainsi conçue : *Anatomie chirurgicale de la glande parotide* ; *tumeurs de la région parotidienne.*

NÉCROLOGIE. — La Faculté de médecine de Montpellier vient de faire une nouvelle et très regrettable perte en la personne de M. Hyppolite Rech, professeur de pathologie médicale, mort subitement à l'âge de 60 ans.

DISTINCTIONS. — M. le docteur Riberi, membre du sénat sarde, ré- cemment nommé membre associé de notre Académie de médecine, a été décoré, par l'Empeur des Français, de la croix de commandeur de la Légion-d'Honneur. Les étudians en médecine de Turin ont donné une sérénade à l'illustre professeur.

— M. le docteur Marchal (de Calvi) nous prie d'annoncer qu'il est désormais étranger à la rédaction de la *Gazette des hôpitaux.*

ÉPIDÉMIES. — La grippe et la fièvre typhoïde qui sévissent en ce moment à Château Gontier (Mayenne) viennent d'obliger l'administration du collége de cette ville à évacuer l'établissement et à rendre momen- tanément les élèves à leurs familles

TRIBUNAUX. — *Exercice illégal de la pharmacie par un médecin.* — Le sieur C..., officier de santé à Clichy, a été traduit en police cor- rectionnelle pour avoir délivré des médicamens à des malades qu'il allait visiter, et a été condamné à 200 fr. d'amende

— Les Conseils d'hygiène publique dont les travaux embrassent l'assai- nissement des localités et des habitations insalubres, les maladies endé- miques et les épidémies, les épizooties, la propagation de la vaccine, l'organisation et la distribution de secours médicaux aux indigens, les enfans trouvés, les grands travaux publics au point de vue de l'hygiène, n'avaient existé jusqu'à la fin de 1852, que nominativement dans le département de l'Orne. Ils viennent d'être organisés par l'administration départementale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de l'amaurose, ou **Goutte-sereine**, contenant des faits nom- breux de guérison de cette maladie, dans des cas de cécité complète ; par le docteur Ch. DEVAL. — Prix : 6 fr. 50 c.

Paris, chez Victor Masson, libraire, place de l'École-de-Médecine, 17.

Une traduction allemande de cet ouvrage, par le docteur Herzfelder (de Würzburg), vient de paraître à Quedlinburg et à Leipzig (librairie de Basse).

Cours de Pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris par M. le professeur ANDRAL ; recueilli et publié par M. le docteur Amédée LATOUR, rédacteur en chef de l'*Union Médicale* ; 2e édition entièrement refondue. — 3 vo- lumes in-8° de 2076 pages. — Prix : 18 fr.
Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 31. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 15 Mars 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............. 32 Fr
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 14 MARS 1853.

MORT ET OBSÈQUES DE M. ORFILA.

Une triste nouvelle s'est rapidement répandue dans Paris, samedi dernier, elle est aujourd'hui connue de toute l'Europe, qui sait l'immense perte que viennent de faire la science et l'enseignement. Que de lumières éteintes par la mort de M. Orfila!... Nous ne hasarderons pas aujourd'hui une appréciation de ce médecin célèbre. La parole est en ce moment aux voix plus autorisées qui viennent de payer à cette illustration de la science leur dernier tribut d'hommages et de regrets.

Nous savions, plusieurs jours avant sa mort, que ses savans confrères et amis, MM. Chomel, Andral et Rostan, ne conservaient plus aucun espoir de sauver cette vie précieuse. Mais nous savions aussi que l'illustre malade se faisait lire ou voulait lire lui-même ce que les journaux publiaient sur sa maladie, et cette circonstance nous imposait une grande réserve sur les indications que nous pouvions donner de la gravité de sa position.

L'histoire commence pour cet homme dont la vie a été si bien remplie et qui, peut-être par une sorte de pressentiment de sa fin prochaine, lui a donné comme magnifique couronnement, cet acte récent de libéralité qui a touché et ému tous les nobles cœurs. Rien n'a manqué à cette existence active et tourmentée, ni les enivremens du succès, ni les amertumes de l'injustice; s'il connut la puissance et les honneurs, il en connut aussi les déceptions et la fragilité; il provoqua de chaudes et de fidèles amitiés, il eut à souffrir des haines vigoureuses et constantes. Il éprouva, il subit toutes les émotions de l'âme humaine, la gloire de l'élévation, la douleur de la chute. Quoi d'étonnant que sous cette tourmente du cœur, M. Orfila ait usé vite les ressorts de la vie? M. Orfila meurt en effet à soixante-six ans, dans la plénitude de ses facultés intellectuelles, et quand il pouvait rendre encore de longs services à la science qui le préoccupait sans cesse, à l'enseignement auquel il se livrait avec amour. M. Orfila a occupé la chaire pendant trente-quatre ans, et à sa dernière leçon du vendredi, 4 mars, il y avait la même foule d'élèves que se souviennent d'avoir vue, il y a vingt-cinq ans, les médecins de ma génération.

Que de regrets, de douleurs et d'hommages viennent de se traduire autour de cette tombe illustre! Nous les recueillerons avec piété. Nous n'avons pas été le courtisan de M. Orfila pendant les jours de ses grandeurs, et les relations que nous avons eu l'honneur d'avoir avec lui ne dataient que de l'époque où il les avait perdues. Mais nous n'avions pas pu voir sans émotion profonde ce zèle de tous les instans, cette activité prodigieuse, ce fécond dévoûment, tout cela mis au service de l'admirable institution dont il fut le fondateur, l'Association de prévoyance.

Parmi les titres éclatans qui viennent d'être rappelés à l'admiration et au souvenir des hommes, il en est un qui ne s'effacera jamais dans les cœurs généreux et sensibles, c'est la création de cette institution qui secourt l'infortune et la vieillesse, qui adoucit les derniers momens du médecin par la consolante pensée qu'une main bienfaisante s'ouvrira pour ses enfans ou pour sa veuve. M. Orfila a fondé et a doté cette précieuse institution; que la science célèbre ses beaux travaux scientifiques, c'est justice; mais que le cœur aussi bénisse cet acte du cœur, c'est gratitude. Amédée LATOUR

Au milieu de toutes les tristes pensées que nous apportions à cette cérémonie funèbre, nous n'avons pas pu nous défendre de l'étonnement partagé par un grand nombre d'assistans, qu'on eût précipité le jour des funérailles. Pourquoi ne pas attendre quelques jours? Pourquoi n'avoir pas appelé à cette cérémonie les représentans des autres Facultés, des Écoles préparatoires surtout, instituées, on le sait, sous l'influence de M. Orfila, et qui, certainement, se fussent rendus avec empressement à un appel direct? Pourquoi n'avoir pas donné à ces funérailles plus de généralité, plus de grandeur et plus d'éclat? M. Orfila venait d'émouvoir profondément le corps médical par un acte de libéralité sans exemple; il fallait convoquer le corps médical à ses obsèques; il fallait lui faire des funérailles sans exemple également.

Nous exprimons un regret qui était sur toutes les bouches, comme aussi nous avons été péniblement affecté du peu d'ordre et de prévoyance qui s'est fait sentir pendant toute la cérémonie.

Il faut rappeler le souvenir des obsèques de Dupuytren et de Broussais pour se faire une idée de la foule énorme qui a voulu accompagner M. Orfila à sa dernière demeure. Dès dix heures du matin le vaste appartement qu'habitait M. Orfila, les escaliers, la cour et la rue St-André-des-Arts étaient remplis d'une foule immense de médecins, d'élèves, de notabilités de tout genre dans les sciences, les lettres, les arts, la magistrature, l'armée. A onze heures précises les professeurs de la Faculté de médecine en grand costume sont arrivés. L'Académie de médecine l'a bientôt suivie. Le cortége s'est mis en marche dans l'ordre suivant :

Les quatre coins du poêle étaient portés par M. Bérard, inspecteur général du haut enseignement; par M. P. Dubois, doyen de la Faculté de médecine; par M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, et par M. Bussy, directeur de l'École de pharmacie.

La famille du défunt suivait le char.

Puis venaient la Faculté, l'Académie, le bureau et la commission générale de l'Association de prévoyance, l'École de pharmacie, les professeurs de l'École d'application de médecine militaire du Val-de-Grâce, un nombre considérable de médecins et d'hommes distingués, parmi lesquels on remarquait M. de Salvandy, M. Thénard, M. Dumas, M. Saint-Marc Girardin, M. Chomel, M. Boulay de la Meurthe, M. Davenne, directeur de l'assistance publique; enfin, les élèves en médecine qui formaient une masse compacte et impénétrable.

Un bataillon de la garde nationale rendait les honneurs militaires au commandeur de la Légion-d'Honneur.

La vaste église de Saint-Sulpice n'a pas pu contenir tout le cortége. La messe a été chantée par la maîtrise de l'église, à laquelle s'étaient réunis les chœurs du Conservatoire de musique.

Avant l'absoute, M. le curé a faite une allocution dont nous avons eu le regret de ne pouvoir entendre un seul mot.

L'office divin terminé, le cortége s'est mis en marche pour le cimetière du Montparnasse, où le corps a été déposé non loin du tombeau de Lisfranc, et presque en face de celui de Barruel, le premier et cher maître de M. Orfila.

Cinq discours ont été prononcés sur la tombe.

M. le professeur Bérard a parlé au nom de la Faculté;

M. Dubois (d'Amiens), au nom de l'Académie de médecine;

M. le dr Perdrix, au nom de l'Association de prévoyance;

M. Barth, au nom de la Société médicale d'émulation;

Un élève en médecine au nom de tous ses collègues.

M. de Salvandy se proposait de prendre la parole; convalescent d'une attaque de goutte, il s'est senti trop indisposé pour prononcer son discours. Nous espérons pouvoir le publier dans un prochain numéro.

L'heure avancée à laquelle a fini la cérémonie, ne nous permet pas de publier aujourd'hui les discours que nous venons d'indiquer. Il ne nous reste que le temps et l'espace de faire composer celui que M. le docteur Perdrix a prononcé au nom de l'Association de prévoyance :

Messieurs,

Il m'était réservé de faire un jour la cruelle épreuve de ce j'avais souvent compris, de ce que j'avais toujours redouté! Il m'était réservé de sentir qu'il est des natures chez lesquelles l'âme, comme anéantie sous l'oppression de certaines douleurs, est impuissante à commander à la pensée et reste muette devant un cercueil!.... Le cœur, chez moi, plein d'admiration, avait, vous le savez, chers collègues, des élans pour louer M. Orfila et trouvait des paroles faciles pour manifester ses impressions; aujourd'hui je sens toujours les battemens précipités de ce même cœur, mais je ne trouve plus que des larmes, et je n'ai ni la force, ni la volonté de me faire violence pour les suspendre!

Quelqu'étrange que vous semble le caractère de ma douleur, quelque brutale qu'elle soit peut-être, respectez-la, Messieurs, cette douleur! Il y a des natures qui s'inclinent et se résignent, il en est d'autres qui se soulèvent et se révoltent devant la mort prématurée; telle est ma nature, en ce moment du moins; et je ne me demande pas si c'est bien ou si c'est mal. J'ai vu la mort étreindre une vie qui nous était chère et l'étouffer, M. Orfila n'est plus, je vois son cercueil, je sens ma douleur et je ne trouve en moi que désolation et désespoir!

Ne sachant comment il me serait possible de remplir ma triste mission, j'ai cherché les illusions qui trompent mais qui charment, et j'ai cru entrevoir des réalités qui consolent. Un moment j'ai détourné la tête et j'ai vu M. Orfila hier encore plein de vie et de bonheur au milieu de collègues reconnaissans!

J'ai vu le savant illustre, l'éminent professeur honoré de la grande manifestation du corps médical de France!

J'ai vu l'homme de bien, le fondateur d'une œuvre sainte, le cœur plein d'émotions et comme d'impatience à la pensée de voir bientôt son œuvre personnifiée dans cet hommage offert par l'Association des médecins de la Seine, tout à la fois à son bienfaiteur et à la digne compagne de sa vie, qui a secondé et encouragé les généreuses intentions et les actes de libéralité de l'époux qui vient de lui être si cruellement ravi! Je me suis demandé s'il n'y a pas des momens opportuns pour mourir, et je me suis dit : si l'admiration et la reconnaissance publiques sont comme des palmes ou des couronnes, M. Orfila meurt dans un triomphe! M. Orfila est mort dans une ovation!....

Mais voilà qu'illusions et réalités m'abandonnent, et que ramenant, malgré moi, mes yeux sur ces restes inanimés, je ne vois plus qu'un corps muet et glacé devant des amis inconsolables! Et pourtant, je ne voudrais pas vous quitter sans laisser dans vos esprits, déjà si attristés, des impressions moins amères, vous surtout, Messieurs, qui gardez dans votre cœur le souvenir de l'attachement, du dévoûment et des bienfaits du digne fondateur de l'Association de prévoyance! Pourquoi faut-il que, dans cette angoisse de mon âme, un impérieux devoir m'arrache au silence et à l'isolement où ma douleur aurait besoin de se réfugier. Mais, dans cette triste occurrence, je ne m'appartiens pas, je le sais, je suis l'homme de l'Association, et l'Association qui pleure me dit : Je veux qu'un suprême adieu soit adressé ici à mon fondateur, à mon bienfaiteur!... Je veux que celui qui l'a honoré, en mon nom, dans des jours de joie, le bénisse en mon nom dans ce jour de deuil!... Eh bien! chers collègues de l'Association, c'est un adieu, que vous voulez que j'adresse à M. Orfila; vous n'exigez rien de plus; vous ne me demandez pas l'histoire entière de sa vie! Grâces vous soient rendues, puisque vous avez compris et que vous savez bien que, dans ce douloureux moment, toutes les pages de cette belle vie viennent se résumer pour nous dans ce peu de mots : vie d'activité et de labeurs, vie de dévoûment et de bienfaisance, vie complétée avant l'âge, vie brisée avant le temps! Qu'attendre de plus de ma douleur? Quel est celui de vous qui ignore la vie de M. Orfila? Quel nom eut plus de retentissement, de prestige, d'autorité dans l'enseignement, dans la science, dans l'administration? Qui ne sait les travaux, les découvertes, les services, les titres et les gloires de cette intelligence prodigieuse d'activité, prodigieuse de recherches, prodigieuse de résultats? Et d'ailleurs, cette vie, pourquoi ne la dirais-je pas ici, a été écrite par M. Orfila lui-même; il me l'a dit, il y a quelques années, au moment même où, dans sa retraite de Passy, il y consacrait, chaque jour, de grand matin, quelques instans. J'ai respecté la douleur d'une famille si cruellement éprouvée; je n'ai point voulu parler de ce pieux monument; je n'ai point demandé le manuscrit de cette vie que M. Orfila envisageait sous trois points de vue : travaux scientifiques, enseignement, administration. Un jour, d'ailleurs, si ce n'est aujourd'hui même peut-être, ces pages d'un intérêt si puissant, appartiendront, je pense, aux organes officiels et éloquens des corps savans, de l'Académie et de la Faculté de médecine, qui auront, suivant l'usage, à prononcer l'éloge de cette grande illustration scientifique.

Pour moi, chers collègues, qui parle ici au nom de l'Association de prévoyance, de cette œuvre de bienfaisance que j'appelle l'œuvre sainte de M. Orfila, pourquoi entreprendrais-je une tâche douce à mon cœur, il est vrai, puisqu'il s'agirait toujours de M. Orfila, mais peut-être au-dessus de mes forces. Encore une fois, ce n'est point un éloge que vous me demandez, c'est un hommage modeste, un hommage simple comme un dernier adieu! Que cet éloge, chers collègues, serait pâle dans ma bouche devant l'éloge qui est dans le cœur de tout ce qui m'entoure.

Que l'Association se rassure, M. Orfila a connu son attachement, M. Orfila a compris toute l'étendue des sentimens qu'elle lui a voués! Il a goûté, croyez-le, chers collègues, cette douce jouissance, puisée dans ces sentimens que vous aimiez à lui manifester, dans ces sentimens si vifs d'une reconnaissance vraie dont, il faut l'avouer à la louange des uns, j'ai presque dit à la honte des autres, il a dû trop souvent éprouver le besoin pour tempérer l'amertume de l'injustice et de l'ingratitude contre lesquelles son cœur généreux et juste, son âme incomprise ne l'ont pas toujours protégé! Mais vous vivrez, digne fondateur de l'Association de prévoyance, dans le souvenir et dans le cœur de ces hommes de bien qui vous ont apprécié et honoré, de ces hommes de bien que non seulement vous aviez su réunir autour de vous, mais encore à qui vous aviez appris à se connaître, à s'estimer, que vous aviez rapprochés et unis dans les liens d'une sympathique confraternité! Longtemps l'union confraternelle fut contestée; votre persévérante sollici-

tude l'a rendue désormais incontestable ! Vous vivrez dans l'œuvre dont fûtes le créateur et le bienfaiteur, dans une de ces œuvres dont la fondation fait à elle seule les hommes vertueux ! Vous vivrez, nouveau Monthyon, dans l'éternelle reconnaissance de ceux dont vous vous êtes constitué le protecteur et le soutien, de ces déshérités de la fortune, et pour emprunter à l'honorable docteur Foissac une poétique image, de ces pélerins de la science tombés au milieu de leur route pénible ! Les veuves des médecins morts pauvres au service de l'humanité diront aussi, en vous bénissant, le nom de leur bienfaiteur aux orphelins qui le répéteront et le garderont avec un pieux respect ! Et ces générations d'élèves que vous avez tant aimés, que vous avez instruits et dotés, et pour qui votre œuvre de prévoyance fut aussi fondée, comme un encouragement à la moralité, à la dignité, à l'honneur professionnels, vos chers élèves qui hier encore saluaient avec orgueil et reconnaissance l'illustre maître, bientôt s'inclineront, dans un respectueux recueillement, devant l'image de celui qui voulut être leur bienfaiteur, de celui qui fonda, uniquement pour leur instruction, ce riche et incomparable musée où, par une disposition écrite et sacrée, il a voulu que fût placée la touchante suscription qui indique et résume ses paternelles intentions pour les étudians en médecine !

Mais le souvenir de tant de bienfaits, de si belles et nobles actions, nous fait sentir plus douloureusement encore toute l'étendue de notre perte, toute la stérilité de nos regrets ! Il faut se séparer, il faut s'arracher à cette tombe et dire le suprême adieu !

Une subite et tardive pensée vient de traverser mon intelligence ! Puisse-t-elle rendre cet adieu moins pénible, cette séparation moins cruelle, en laissant dans nos âmes une espérance, une sainte croyance !

Dieu envoie sur cette terre et fait briller à nos yeux éblouis, comme un reflet de lui-même, de sublimes intelligences, et quand il les rappelle à lui, c'est pour nous laisser comprendre et croire qu'il est une autre patrie, patrie des grands cœurs, et des grands courages, patrie des vertus et des gloires ! patrie qu'on ne quitte plus quand on y est rentré, vie nouvelle qui ne nous abandonne plus ! cette vie désormais immuable, c'est l'immortalité ! eh ! bien, chers collègue, croyons ensemble que M. Orfila a été une de ces sublimes intelligences qui nous a éclairés et éblouis, un de ces génies bienfaisans qui nous a visités et inspirés, que Dieu a fait passer devant nous, qu'il a rappelé vers lui et qu'il fait vivre désormais de cette vie nouvelle et immuable de l'immortalité !

Adieu donc, M. Orfila ! adieu donc, homme de bien, homme au noble cœur, cher président, adieu ! l'Association poursuivra votre œuvre, elle en prend ici l'engagement par ma voix, et chacun de ses bienfaits sera comme un pieux hommage rendu à la mémoire à jamais vénérée de son fondateur !

Il était près de quatre heures quand la cérémonie a été terminée. La foule, attristée et recueillie, s'est écoulée lentement. Chacun semblait vouloir prolonger ce dernier adieu fait au professeur illustre, au savant éminent, à l'homme généreux, à l'ami dévoué, à toutes ces belles facultés de l'intelligence et du cœur que l'on ne pouvait se résoudre à quitter pour toujours.

M. Orfila est mort en chrétien qui espère et qui attend l'immortalité de l'âme. Amédée LATOUR.

REVUE CLINIQUE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. GRISOLLE.

Sommaire — Glucosurie chez une femme atteinte d'hémiplégie.

Les travaux de M. Cl. Bernard ont singulièrement avancé l'histoire du diabète. Avant que ce physiologiste éminent eût démontré par des expériences nombreuses le mécanisme de la glucogénie, on avait émis plusieurs hypothèses sur la nature du diabète. Quelques auteurs admettaient que le sucre était produit par suite d'une lésion spéciale des reins : mais cette opinion ne pouvait point se soutenir en présence des autopsies assez nombreuses où l'on ne trouvait, comme l'a fait voir M. Andral, qu'une hypertrophie plus ou moins marquée sans altération du tissu propre ou des bassinets. Tous les pathologistes regardent actuellement cette hypertrophie comme consécutive : elle est le résultat d'un excès d'action et la conséquence de la polyurie qui accompagne le plus souvent le diabète. D'autres médecins, Rollo, Mac-Grégor, Nicolas et Gueudeville, pensaient que le sucre se formait dans l'estomac, et passait de là dans le sang pour en être séparé par les reins. Les premières analyses que l'on fit du sang ne furent point d'accord entr'elles : dans les unes on avait extrait du sucre, dans les autres on ne l'avait point trouvé ; aussi MM. Monneret et Fleury émirent-ils une nouvelle opinion. Pour eux, chez les diabétiques, le sucre ne serait point composé de toutes pièces pendant l'acte de la digestion : cette élaboration, entre autres produits, fournirait les élémens du sucre ; et ces élémens pris par les vaisseaux chylifères, versés par le canal thoracique dans le système veineux, puis portés aux reins, y seraient réunis par une opération particulière, qui formerait ainsi le sucre.

Les progrès de la chimie moderne vinrent bientôt renverser cette hypothèse : M. Bouchardat fit voir que l'on trouvait toujours du sucre dans le sang des diabétiques, et que dans les cas où on ne l'avait point trouvé, c'était parce qu'on avait fait les analyses sur du sang depuis longtemps tiré des veines, le sucre se détruisant avec une grande rapidité dans le sang, où il se transforme en acide lactique. De plus, on découvrit l'action de la diastase animale sur les féculens et leur transformation en glucose sous cette influence : aussi revint-on à l'opinion de Rollo. C'est sur ces faits qu'a été basée jusque dans ces derniers temps la physiologie pathologique du diabète ; ce sont eux aussi qui ont servi de fondement au traitement de cette maladie.

En 1848, M. Cl. Bernard montra que le foie possédait une fonction jusqu'alors inconnue et que cet organe était chargé de faire du sucre. Je ne veux point entrer dans le détail des expériences auxquelles il se livra et qui sont consignées dans un mémoire inséré dans les *Mémoires de la Société de biologie*, 1849. Liebig avait déjà pressenti que le foie devait sécréter quelque produit combustible destiné à servir dans l'acte de la respiration, et, par suite, dans celui de la calorification. Ce produit, comme l'a prouvé M. Bernard, est le sucre. Outre le glucose qu'il forme lui-même, le foie reçoit encore celui qui résulte de l'action de la diastase animale sur les féculens dans l'estomac.

Quel est le rôle du foie dans le diabète? Les travaux de M. Bouchardat sembleraient ne lui laisser qu'une bien faible importance. En effet, ce chimiste a fait remarquer l'appétence toute particulière des malades pour le pain, le sucre et les féculens. Selon lui, lorsqu'on supprime complètemont ces derniers alimens, on peut faire disparaître complètement le sucre de l'urine ; enfin, la quantité d'eau que boivent les malades, est en raison directe des alimens féculens et sucrés qu'ils prennent, et dans la proportion nécessaire, pour que la transformation de ces alimens en glucose à l'aide de la diastase puisse se faire.

D'après ces considérations, le foie n'aurait qu'une bien petite part dans la production de la glucosurie. Mais il ne nous semble pas possible que les faits sur lesquels elles s'appuient soient constans. Il doit y avoir des cas, peut-être assez nombreux, où la glucosurie est causée par une altération fonctionnelle du foie ; et il est même probable que, chez tous les malades, un des élémens de l'affection est la sécrétion exagérée de sucre par le foie. C'est là une recherche à faire, recherche surtout importante au point de vue thérapeutique, car si si l'opinion que nous avançons est fondée, il en résulte nécessairement que la médication universellement adoptée est tout à fait insuffisante.

On sait que cette médication consiste dans la suppression du pain, du sucre et des féculens et dans l'emploi du pain de gluten : il est clair que le foie continuera à fabriquer du sucre, malgré ces précautions, et que la glucosurie ne pourra être ainsi que diminuée et non guérie.

Que le sucre diabétique se produise entièrement dans l'estomac, ou qu'une partie en soit fournie, comme c'est probable, par le foie, à quelle cause doit-on attribuer cette production anormale? Est-ce à une lésion des follicules gastriques, ou en même temps de ces follicules et de l'organe hépatique? Ou bien faut-il remonter plus haut et chercher cette cause dans une altération des centres nerveux ?

Dans les nécropsies des diabétiques, on n'a que très rarement constaté des lésions soit de l'estomac, soit du foie. D'ailleurs, les expériences récentes laissent bien peu de doutes sur la question que nous venons de poser. On sait que M. Bernard a rendu, à volonté, des chiens et des lapins diabétiques, en piquant un certain point du plancher du quatrième ventricule. M. Alvaro Reynoso a démontré que l'urine excrétée par des hystériques et des épileptiques, après de violens accès, contenait du sucre. Les inhalations d'éther et de chloroforme, le curare, déterminent aussi la présence du sucre dans les urines.

L'interprétation de ces faits donne lieu à un léger dissentiment entre les physiologistes. Suivant les uns, la glucosurie est due, dans les cas précédens, au trouble intime des fonctions respiratoires, produit par ces actions diverses sur les parties du système nerveux qui président à la respiration. Le foie, excité d'une façon particulière sous l'influence de la lésion du système nerveux, verse dans le sang une quantité de sucre plus considérable que dans l'état normal : ce sucre est porté dans les capillaires pulmonaires; mais l'hématose y est languissante, le sucre y est brûlé imparfaitement, et une grande partie passe dans l'urine. Pour M. Bernard, d'après plusieurs de ses expériences, ce n'est que par suite du trouble de la respiration que se produirait la glucosurie : sa cause prochaine serait uniquement dans l'abondance du sucre sécrété par le foie et introduit dans la circulation ; sa cause déterminante serait aussi l'altération plus ou moins profonde des centres nerveux.

On le voit, dans l'une et dans l'autre de ces manières de voir, c'est au système nerveux que l'on rapporte la cause première du passage du sucre dans l'urine. Dans l'état actuel de la science, il est donc permis de considérer le diabète comme une affection primitivement et essentiellement nerveuse.

Si, dans le plus grand nombre des cas, il n'est pas possible de constater chez les diabétiques, soit par les phénomènes observés pendant la vie, soit par l'examen des organes après la mort, une affection bien déterminée des centres nerveux, il en est quelques-uns où l'on n'a pu conserver aucun doute. On cite dans les auteurs des faits où l'on a trouvé à l'autopsie des lésions de la moelle épinière, et d'autres où le diabète a été considéré comme consécutif à l'hystérie.

Voici une observation intéressante où l'on voit une glucosurie se développant chez une femme atteinte d'hémiplégie. Les détails nous ont été communiqués par M. Liuas, élève externe du service :

OBSERVATION. — Au n° 15 de la salle Sainte-Marthe est couchée la nommée Housard (Catherine), âgée de 52 ans, femme de ménage, entrée le 8 janvier 1853. Constitution affaiblie, sèche, tempérament lymphatico-nerveux. Cette femme a été réglée à l'âge de 14 ans ; ses menstrues, qui ont été régulières jusqu'en 1850, où elles ont cessé de l'être, reparaissent depuis cette époque tous les deux ou trois ou quatre mois. Elle n'a jamais été atteinte de maladies graves ; elle a eu deux enfans dont le dernier est né il y a une vingtaine d'années ; ils vivent tous les deux. Elle a toujours travaillé beaucoup et a souvent été obligée de prendre une nourriture insuffisante, consistant surtout en pain, pommes de terre et choux; elle a presque toujours habité des logemens malsains.

Une condition aussi misérable a produit depuis longtemps chez elle un chagrin profond. Cette femme a été sujette, depuis sa puberté, à des attaques de nerfs avec resserrement à la gorge, qui survenaient à l'occasion de vives contrariétés, ou même assez fréquemment au moment de ses règles. Elle perdait quelquefois connaissance, était prise de convulsions, et la fin de l'attaque était marquée par des larmes et un accablement plus ou moins prononcé. Depuis dix ans, elle avait des douleurs rhumatismales dans les jambes.

La maladie pour laquelle cette femme entre à l'hôpital remonterait, selon elle, à deux ans, vers le milieu de l'année 1851. Ses attaques nerveuses étaient devenues moins fréquentes, et elle était même restée deux ou trois années sans en avoir. Un soir, à l'issue de sa journée de travail, elle éprouva tout d'un coup une douleur vive dans la partie latérale gauche de la poitrine, douleur qui s'est étendue ensuite sous l'omoplate et a remonté jusqu'à la partie supérieure du cou, en arrière. Cette douleur a persisté pendant la nuit et le jour suivant. Cinq jours après, en mettant du vin en bouteilles, dans une cave, la malade a ressenti une nouvelle douleur dans les jambes, depuis l'extrémité des orteils jusqu'au genou; on a été obligé de la porter. Elle a souffert pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, elle ne conservait que de la faiblesse. Quelques jours plus tard, elle fut prise d'un étourdissement à la suite duquel elle était frappée d'hémiplégie incomplète du côté droit. Elle pouvait se tenir sur ses jambes, mais elle avait à peine la sensation du sol sous son pied droit, et marchait avec difficulté. Dès lors elle reste dans le même état pendant plusieurs mois, de plus elle est souvent affectée de céphalalgie et de douleurs très intenses dans tout le côté droit de la face, de bourdonnemens et d'élancemens dans les oreilles, phénomènes qui ne se reproduisent pas à des intervalles réguliers.

Vers la fin de l'année 1851, la malade s'aperçut que son appétit augmentait d'une façon extraordinaire, et ce qui la frappa, c'est qu'en même temps elle maigrissait. Sa soif devint vive, sa bouche sèche, elle urina plus abondamment que de coutume.

Elle entra à l'hôpital Sainte-Marguerite et y resta dix-neuf jours ; on lui administra des douches de vapeur et deux purgatifs, mais sans résultat.

Le 5 février 1852, elle vint dans le service de M. Aran, à l'hôpital de la Pitié. Elle fut alors interrogée avec beaucoup de soin, mais comme elle ne donna aucun renseignement sur l'augmentation de son appétit et de sa soif, non plus que sur l'abondance de ses excrétions urinaires, on ne put point diagnostiquer l'affection qu'elle présente aujourd'hui et dont probablement elle était déjà atteinte alors.

Au moment où elle fut examinée par M. Aran, l'hémiplégie dont nous avons parlé était très caractérisée. La malade ressentait des douleurs très vives occupant la partie postérieure du tronc, depuis la partie inférieure du dos jusqu'à la partie supérieure de la région cervicale. Ces points douloureux étaient surtout marqués à droite et le long de la colonne vertébrale. Au niveau de ces points, la peau était complètement insensible, soit qu'on la pinçât, soit qu'on la piquât avec une épingle. Il y avait de même anesthésie de la moitié droite de la face.

En raison des antécédens et des phénomènes que je viens de mentionner, M. Aran pensa que cette malade était affectée d'une hémiplégie hystérique, et il lui prescrivit, le 15 février, quatre pilules d'extrait thébaïque dans les vingt-quatre heures, puis le lendemain deux pilules de 0,025 de morphine. En même temps il lui faisait prendre un julep avec trente gouttes de chloroforme. Les jours suivans, cette potion fut continuée, et le nombre des pilules porté à trois, puis à quatre, à cinq et enfin à six.

Sous l'influence de cette médication, les douleurs disparurent complètement, la sensibilité se rétablit partout, les mouvemens des membres paralysés redevinrent très libres, la marche était assurée. La malade se trouvait si bien, que le 28, elle demande à sortir.

Elle reste dans le même état pendant sept mois, et durant cet espace de temps elle peut vaquer à ses occupations ordinaires. Dans le mois d'octobre, elle a été de nouveau atteinte de paralysie qui s'est déclarée tout d'un coup, mais sans éblouissement et sans perte de connaissance.

Elle est entrée à l'hôpital Necker, dans le service de M. N. Guillot, et y est restée vingt-trois jours. Elle a été traitée par les bains, les toniques et les martiaux, mais sans notable amélioration. Le 8 janvier 1853, elle vient réclamer les soins de M. Grisolle.

État de la malade le jour de son entrée : Elle est ordinairement couchée sur le dos, parce que le décubitus sur les côtés, sur le gauche surtout, exagère les douleurs qu'elle ressent dans la région dorsale. Amaigrissement prononcé, peau sèche et ridée, yeux vifs, pas de déviation de la face.

Anesthésie et analgésie complète de toute la moitié droite du corps, tronc et membres; la sensibilité est conservée, mais obtuse dans le côté droit de la face. Du côté malade, les chairs sont plus flasques et moins résistantes que du côté opposé. Les muqueuses de la moitié droite du corps sont aussi plus ou moins anesthésiées, comme on s'en assure en irritant la conjonctive, la pituitaire, la muqueuse buccale, linguale, palatine et pharyngienne. Les organes des sens sont aussi affectés. La malade entend moins distinctement de son oreille droite, qui est souvent le siége de bourdonnemens incommodes; elle voit moins bien de son œil droit. Le goût est presque aboli dans la moitié droite de la langue, et l'odorat dans la fosse nasale droite.

L'avant-bras droit peut à peine être soulevé et fléchi ; cependant les mouvemens de pronation et de supination sont très faciles. Les doigts se fléchissent très incomplètement et se refusent à saisir un objet quelconque. La malade n'imprime que difficilement des mouvemens très limités de flexion et d'extension à sa jambe sur sa cuisse, à la cuisse sur le bassin. Dans la station, elle est faible sur son membre inférieur droit,

et elle n'a point la sensation du sol avec le pied de ce côté,

Les douleurs de la région dorsale, douleurs qui existaient lors du séjour de la malade dans le service de M. Aran, siégent autour de la base de la poitrine et jusqu'à la région cervicale, à droite et surtout à gauche. Elles sont exagérées par la pression.

La percussion de la poitrine fait reconnaître une sonorité exagérée en avant et en arrière. A l'auscultation, on entend de nombreux râles sibilans et ronflans des deux côtés. L'expiration est très prolongée et comme soufflante du côté droit en arrière et au sommet. Il n'y a point d'accélération bien marquée des mouvemens respiratoires. Toux quinteuse, humide, crachats muqueux. Voix non altérée.

La bouche est dans un état de sécheresse continuelle; la langue est rouge et poisseuse. Soif vive et continue; appétit insatiable; désir extrême de manger des féculens. Bonnes digestions, point de vomissemens, jamais de diarrhée, constipation habituelle.

Le cœur est un peu augmenté de volume; il n'y a pas de bruit anormal, soit à la région précordiale, soit sur le trajet des vaisseaux du cou.

La malade n'a jamais de douleurs de reins; elle a une paralysie incomplète de la vessie, et lorsqu'elle n'y fait pas attention, son urine a de la tendance à sortir spontanément. Elle urine souvent, plus de dix fois par jour, et à chaque fois très abondamment, puisqu'elle remplit dans les vingt-quatre heures huit pots d'urine. L'urine est limpide, couleur de vin blanc, n'ayant pas l'odeur ammoniacale, même trois jours après qu'elle a été rendue; sa saveur est sucrée, sa pesanteur spécifique est de 1,040. Elle ne précipite pas par l'acide nitrique, ni par la chaleur seule : traitée par la potasse et par la chaleur, elle prend une couleur assez foncée de caramel, et en exhale l'odeur; traitée par la liqueur de Barreswill et la chaleur, elle donne un précipité jaune-rougeâtre. Par l'évaporation au bain-marie, on trouve que 250 grammes d'urine contiennent 2 grammes de sucre.

M. Grisolle lui prescrit des alimens azotés, le pain de gluten, l'eau de Vichy, le vin de Bordeaux, et supprime de son régime les légumes et les féculens.

La malade ne peut point s'habituer au pain de gluten, qu'elle refuse même de prendre au bout de quelques jours. Malgré ce relâchement dans la sévérité du régime, il y a une amélioration progressive, mais très lente dans la santé de la malade, et une modification notable dans les propriétés de l'urine, dont la densité diminue légèrement, et qui semble contenir une moins forte proportion de sucre; de plus, elle est excrétée en moins grande abondance. Le 15 février, au lieu de huit pots, la malade n'en remplit plus que 5; elle trouve elle-même son état plus satisfaisant. Les phénomènes de paralysie du mouvement et de la sensibilité sont restés à peu près les mêmes.

Dans cette observation, nous voyons une femme âgée de 52 ans, qui a fait des excès de travail, et a été toujours tourmentée par des chagrins profonds, être atteinte, il y a deux ans, d'hémiplégie du côté droit. Auparavant, elle était sujette à des attaques hystériformes, assez fréquentes, apparaissant surtout au moment de ses règles. Six ou huit mois après, le jour où elle fut frappée d'hémiplégie, elle commença à s'apercevoir que son appétit et sa soif augmentaient, et qu'en même temps elle maigrissait; elle fut traitée pour sa paralysie à plusieurs reprises. A la Pitié, dans le service de M. Aran, sous l'influence de l'opium à haute dose, la paralysie diminua tellement, que la malade recouvra la liberté de ses membres et put arriver à marcher presque aussi facilement qu'avant sa maladie. Elle reprit le cours de ses occupations, se trouva très bien pendant sept mois, et au bout de ce temps l'hémiplégie reparut sans éblouissement et sans perte de connaissance. En même temps l'appétit et la soif de la malade étaient devenus insatiables. C'est alors qu'elle entra chez M. Grisolle, qui reconnut qu'elle était affectée de diabète avec polyurie.

Nous ne voulons point nous arrêter aux détails. Évidemment l'intérêt de cette observation, comme nous l'avons déjà dit, est tout entier dans le développement du diabète survenu après une attaque de paralysie. Nous ne saurions voir ici une simple coïncidence; pour nous, c'est bien là une glucosurie, née sous l'influence d'une lésion du système nerveux. Mais quelle est cette lésion? Est-ce une altération matérielle, palpable d'une partie du centre céphalo-rachidien? ou bien cette malade présente-t-elle une hémiplégie hystérique? Il est permis d'hésiter : cependant il nous semble plus probable que l'affection de cette femme est de nature hystérique. En effet, elle a, pendant toute sa vie, présenté des phénomènes nerveux et hystériques très marqués; l'hémiplégie s'est déclarée chez elle à deux reprises différentes, brusquement, sans perte de connaissance; en même temps que la motricité était paralysée du côté droit, on trouvait sur diverses parties du corps des points douloureux analogues aux points hystériques; enfin, dans un grand nombre d'endroits, la peau était complètement anesthésiée. Si l'on ajoute à cela que l'hémiplégie a cédé promptement et rapidement la première fois sous l'action thérapeutique de l'opium à hautes doses, on aura réuni de fortes présomptions en faveur de l'opinion que nous venons d'émettre.

Nous ne terminerons pas sans faire remarquer que le traitement institué par M. Grisolle a produit une amélioration lente, mais notable dans l'état de la malade. Cette femme, qui rendait huit pots d'urine lorsqu'elle est entrée à l'hôpital, n'en rendait plus que cinq au bout de deux mois, et la densité de l'urine avait beaucoup diminué. A. V.

PATHOLOGIE.

DES PERTURBATIONS DANS LES SÉCRÉTIONS DU FOIE;

Par M. le docteur FAUCONNEAU-DUFRESNE.

(Suite et fin. — Voir les nos des 10 et 12 Mars.)

§ III. — PERTURBATION DANS LA TRANSFORMATION DE L'ALBUMINE EN FIBRINE.

J'ai enfin à m'occuper de la perversion dans la transformation de l'albumine digestive en fibrine. M. Bernard a reconnu que le sang qui entre dans le foie contient peu de fibrine, lors même que l'animal se nourrit de viande. Ce liquide se coagule mal et son caillot est mou. Cela tient à ce que la fibrine des alimens est dissoute par le suc gastrique, qui la change en une matière analogue à l'albumine. Cette matière est toute particulière; elle ne se coagule pas par la chaleur, mais elle se coagule par les acides minéraux. C'est cette *albuminose*, comme l'ont appelée Müller et M. Mialhe, résultat du contact des matières animales, qui se trouve dans la veine porte. Tandis que le système porte ne contient que peu de fibrine, le sang qui sort du foie en contient, au contraire, beaucoup. Il faut donc admettre que l'albuminose des veines abdominales s'est transformée en matière fibrineuse. C'est encore pendant la digestion que le sang qui traverse le foie se charge d'une très grande quantité de fibrine. On peut en juger, au premier coup d'œil, par la coagulation rapide et complète du sang des veines sus-hépatiques.

On peut se demander ce qui arrive lorsque le foie, troublé dans ses fonctions ou altéré de diverses manières, ne change plus cette albumine en fibrine. Ne doit-il pas en résulter un grand changement dans la santé générale? Disons d'abord que, dans la perturbation de cette fonction hépatique, nous ne trouvons pas d'augmentation d'action, et que nous n'aurons qu'à constater une *diminution*.

Lorsque Breight appela l'attention sur une espèce d'anasarque qui s'accompagne d'urines albumineuses et qui lui paraissait dépendre de lésions fonctionnelles et organiques des reins, on ne connaissait encore que le premier mot de la grande question de l'albumine. Des faits nouveaux ne tardèrent pas à surgir de toutes parts. On découvrit, en effet, que dans un grand nombre d'autres maladies, l'urine fournissait un coagulum; que, dans beaucoup d'autres circonstances également, on remarquait la diminution de sa pesanteur spécifique par suite de la moindre proportion de ses sels ou de son urée, ainsi que la diminution de sa pesanteur spécifique du sérum. De plus, les caractères de ce liquide, la nature de ses précipités, des terminaisons favorables, etc., démontrèrent qu'il fallait établir des différences nosologiques là où l'on n'avait vu d'abord qu'une différence dans les degrés de la même affection.

Il faut toutefois reconnaître que M. le docteur Rayer a parfaitement établi que l'existence de l'albumine dans l'urine avait été constatée dans un grand nombre d'affections. Ce fait a été même signalé dans les thèses de deux de ses élèves, celle de M. Tissot en 1833, et celle de M. Désir en 1835; et il est juste d'ajouter qu'avant la publication de son grand ouvrage, qui a eu lieu en 1840, la maladie albuminurique était peu connue et tout à fait mal interprétée en France et en Angleterre.

Malgré cela, aux yeux d'un grand nombre de médecins, les altérations des reins, qu'on a décrites avec tant de soin, n'expliquaient pas suffisamment ni les urines albumineuses, ni l'anasarque, ni l'ensemble des symptômes. On trouvait, d'ailleurs, les mêmes altérations sans urines albumineuses, ou l'albumine en disparaissait lorsque ces altérations persistaient. D'une autre part, les urines albumineuses qu'on rencontre si fréquemment dans la scarlatine, qui se voient aussi, quoique moins souvent, dans la rougeole, la variole, dans plusieurs autres maladies, telles que les scrofules, le cancer, les affections syphilitiques invétérées, etc., ne pouvaient trouver leur motif d'existence dans l'état morbide des reins. On pouvait, en outre, dire avec M. Brachet (1), professeur à l'Hôtel-de-Dieu de Lyon, que, dans beaucoup d'observations où M. Rayer a cru voir une *néphrite albumineuse*, les symptômes d'inflammation faisaient défaut. Parfois, il n'y avait aucune douleur, souvent elle se faisait à peine sentir; généralement il n'existait pas de fièvre; l'excrétion de l'urine n'était pas douloureuse. Enfin, la véritable néphrite peut n'envahir qu'un rein, tandis que l'albuminurie les affecte constamment tous les deux.

Il fallait donc des interprétations nouvelles qui pussent englober tous les faits. Celle de M. Mialhe se fit remarquer par sa largeur. Remontant plus haut que MM. Breight et Rayer, il se demanda si l'on ne devait pas rapporter à une altération primitive du sang les urines albumineuses, l'hydropisie et les lésions rénales. Les autres essais, qui furent tentés à cet égard, ne firent qu'obscurcir le sujet et produire un véritable chaos.

En cet état de choses, la Société médicale des hôpitaux s'est décidée, sur un judicieux rapport de M. le docteur Legendre, à mettre au concours cette question ardue et compliquée, avec cette pensée « qu'il y a moins besoin de nouveaux faits que de pénétration et d'élévation d'esprit, pour mettre en œuvre les nombreux matériaux que la science possède déjà. »

Dans le travail que demande cette savante compagnie, il y aura, évidemment, à tenir un grand compte de cette nouvelle fonction attribuée au foie. On devra y faire entrer tout ce qui peut résulter du défaut d'action de l'organe hépatique. Si l'albumine digestive n'est pas transformée par lui en fibrine, elle viendra certainement augmenter celle du sang. Le sang lui-même, privé de la fibrine qui lui est nécessaire pour que sa circulation se fasse bien, laissera échapper la partie excédante de son albumine et nourrira mal les organes; de là les urines albumineuses, l'anasarque et le dépérissement. L'albumine prendra d'abord issue par les reins, attendu qu'ils sont l'émonctoire le plus facile et le plus abondant de l'économie. Les épanchemens qui se forment ensuite dans le tissu cellulaire et dans les cavités séreuses, ne peuvent-ils pas s'expliquer, comme nous venons de le dire, en ce que le sang, dépouillé de sa fibrine, n'est plus aussi apte à la circulation? Qui ne sait, en effet, que M. Magendie a prouvé, depuis longtemps, le rôle de cette substance dans l'acte circulatoire? Lorsqu'elle diminue dans le sang, ce liquide, au lieu de traverser les vaisseaux capillaires, transsude à travers leurs parois, et produit l'œdème du tissu cellulaire des épanchemens dans les cavités et des infiltrations dans tous les viscères. Ces considérations ne sont-elles pas de nature à faire attribuer à cette cause au moins une partie des symptômes qui sont considérés, assez généralement aujourd'hui, comme étant sous la dépendance de l'altération des reins? Dans un grand nombre de cas, ces altérations ne sont, selon toute apparence, que consécutives, par suite de leur fonction anormale qui consiste dans l'émission d'une très grande quantité d'albumine, absolument comme elles le sont dans le diabète, en raison du passage d'une grande quantité de sucre à travers leur tissu.

Mais, dans l'affection albuminurique, trouve-t-on le foie malade? D'après M. Brachet, il serait altéré dans un cinquième des cas, et sa lésion consiste, le plus souvent, en une sorte de cirrhose granuleuse. M. Rayer lui-même dit aussi qu'on trouve des lésions du foie, et en particulier des cirrhoses, dont l'origine paraît aussi *ancienne ou plus ancienne* que celle de l'affection des reins. Toutefois, le foie ne peut-il pas être atteint dans sa partie sécrétante, sans qu'il en résulte une altération bien appréciable? C'est ce qui m'a semblé être arrivé dans une observation dont m'a parlé récemment M. le docteur Briquet, médecin de l'hôpital de la Charité.

L'œdème de l'albuminurie ne ressemble pas à l'œdème passif des maladies organiques. Le sérum en est moins fluide. D'après M. Rayer, son aspect lactescent tient à ce qu'il renferme des matières grasses, qu'il est possible d'isoler par l'éther. Ce célèbre observateur a constaté en même temps des matières grasses dans l'urine. N'est-il pas permis, en raison de ces deux circonstances, de supposer qu'il peut y avoir, concomitamment, une augmentation morbide dans la sécrétion graisseuse du foie? Cependant, à mesure que la maladie fait des progrès, le sérum du sang finit par diminuer de densité, l'albumine s'échappant, de plus en plus, avec l'urine et se portant dans les divers épanchemens. Les globules rouges du sang diminuent alors, les blancs augmentent; le sang s'appauvrit, suivant une expression vulgaire, et la cachexie séreuse finit par s'établir.

Si, maintenant, nous jetons un regard sur la marche et sur les symptômes généraux de la maladie, nous verrons qu'on en peut trouver une explication plus satisfaisante, en l'attribuant de préférence à une perturbation dans l'action du foie que dans celle des reins. Si cette perturbation est légère, il n'y aura qu'une faible quantité d'albumine dans les urines; cette quantité augmentera avec une perturbation plus prononcée. A un degré plus avancé, on verra l'anasarque se montrer, s'étendre; la dyspnée, les symptômes cérébraux s'augmenter, à mesure que des infiltrations et des épanchemens s'opéreront dans les viscères et dans leurs cavités; enfin, comme nous l'avons dit, la cachexie séreuse et le dépérissement général entraîneront, plus ou moins promptement, suivant les complications, les malades au tombeau. Les formes aiguës ou chroniques de l'affection, les troubles digestifs, l'absence de transpiration, l'incertitude de la durée, la facilité de la guérison dans certains cas, de même que la résistance plus fréquente à tous les remèdes, la disposition aux rechutes, etc., trouvent encore une interprétation, selon nous, plus facile.

Les urines albumineuses qui se rencontrent dans les fièvres éruptives, et particulièrement dans la scarlatine, en raison sans doute de ce que la peau, découverte de son épiderme, se trouve plus accessible à l'action des causes, ne peuvent dépendre ni d'une affection des reins, ni d'une affection du foie, mais on a vu, dans le paragraphe précédent, combien les fonctions et les maladies de la peau influent sur celles des poumons et du foie. Quant aux autres maladies où les urines de cette nature ont été constatées, la production de l'albumine paraît être sous la dépendance d'un vice dans l'assimilation.

Les causes qui sont indiquées comme produisant habituellement l'albuminurie, agissent toutes de cette manière; tels sont l'action prolongée du froid, de l'humidité, des changemens brusques de température, d'une nourriture mauvaise ou insuffisante, des alcooliques, de l'onanisme, etc. Cette action se fait encore mieux sentir sur le foie que sur les reins, c'est-à-dire sur les fonctions assimilatrices; elle se fait remarquer aussi dans toutes les affections chroniques du système hépatique.

La fonction dont nous venons d'examiner les altérations, est sans doute, comme les précédentes, sous l'influence nerveuse, ce qui fait comprendre comment les chagrins, les passions tristes, peuvent également contribuer à amener les symptômes dont nous cherchons ici à expliquer l'existence.

§ IV. — CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

Si nous reprenons les divers points que nous avons cherché à établir dans ce mémoire, nous voyons que le sucre que sécrète le foie peut être considérablement augmenté dans sa production, et que cette augmentation constitue la maladie connue sous le nom de diabète; mais que la diminution dans cette sécrétion est encore peu déterminée et que les symp-

(1) Leçons sur l'albuminurie, *Revue médicale* du 30 novembre 1852.

tômes qui peuvent en résulter ne sont pas connus.

Relativement à la sécrétion de la graisse, lorsqu'elle est augmentée, on voit survenir l'obésité, l'état graisseux du sang et des urines; et lorsqu'elle est diminuée, les cellules biliaires se laissent distendre par des dépôts graisseux, ce qui constitue l'état gras du foie.

Enfin, dans les cas où l'albumine digestive cesse de se transformer en fibrine, la première se trouvant en excès dans le sang, s'échappe par les urines; bientôt après, le sang, privé de fibrine, ne pouvant plus circuler comme à l'état normal, des infiltrations se forment, et la cachexie séreuse s'établit.

Toutes ces sécrétions peuvent s'altérer plus ou moins en même temps.

Les aperçus par lesquels nous avons cherché à établir ces propositions, ont sans doute besoin d'être corroborés par de nouvelles preuves. Mais nous avons cru pouvoir les présenter, même en théorie. L'attention, éveillée sur ce point, pourra les modifier, les réduire, dans tous les cas, à leur valeur, quelle qu'elle soit. Nous n'aurons pas fait, en tout cas, une chose inutile, s'il en résulte des discussions qui puissent profiter à la science. L'importance pathologique du foie ne fera sans doute que s'en accroître, à l'égal de son importance physiologique. Ce puissant organe, sur lequel le génie de Galien avait fondé une partie de ses théories médicales et de sa thérapeutique, mais qui avait été dépouillé de toutes ses attributions, surtout par Bartholin, qui avait osé faire son épitaphe, ce puissant organe, réhabilité déjà par M. Magendie, par MM. Tiedmann et Gmelin, ressuscite, en quelque sorte, sous la main de M. Bernard, et nous paraît destiné à reprendre dans la pathologie un rôle en rapport avec la multiplicité des fonctions qui lui sont aujourd'hui dévolues.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 9 Mars 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. EHRMANN, de Strasbourg, qui remercie la Société pour le titre de correspondant qu'elle lui a accordé dans la dernière séance.

2° Une note de M. MICHEL, de Strasbourg, contenant les conclusions du mémoire qu'il a adressé dernièrement à la Société sur la question des tumeurs homologues et hétérologues.

Voici le texte de ces conclusions, dont M. le secrétaire donne lecture.

Tumeurs homologues et hétérologues.

1° La distinction des tumeurs en homologues et hétérologues n'est pas fondée; puisqu'il est possible de ramener la composition histologique d'une tumeur quelconque aux élémens normaux de l'organisme pris aux différens âges de leur évolution.

2° La cellule spécifique du cancer n'existe pas :

Le mot de cancer ne peut et ne doit être qu'une expression purement pathologique s'appliquant à tout tissu de l'organisme apte à former des tumeurs susceptibles de s'accroître, de s'étendre, de récidiver sur place ou ailleurs, de se généraliser et de déterminer une cachexie spéciale, et enfin la mort.

3° D'après nos recherches, nous ne pouvons admettre aujourd'hui que quatre espèces de cancer (je ne prétends pas dire que ce nombre n'augmente pas). Ces quatre espèces de cancer sont : 1° la forme épithéliale, c'est-à-dire celle caractérisée par des élémens semblables à ceux de l'épithélium; 2° la forme fibro-plastique : sous ce titre je rassemble toutes les variétés suivantes du tissu fibreux, cellule fibro-plastique, tissu conjonctif, tissu musculaire de la vie organique (je laisse le tissu musculaire de la vie animale, que je n'ai pas encore rencontré), enfin le tissu élastique, dont j'ai cité des exemples : 3° la *forme* cartilagineuse, composée de cellules analogues à celui du cartilage; 4° la *forme* analogue à celle des cellules composant le tissu médullaire des os du fœtus.

4° Au point de vue de l'histologie générale, l'unité cancéreuse est fausse : si cette expression a une réalité, c'est dans cette propriété vitale inconnue que ces tissus peuvent prendre, en vertu de laquelle ils peuvent manifester ces phénomènes pathologiques du cancer.

5° Le microscope devient donc un instrument indispensable pour le diagnostic anatomique de la forme cancéreuse : il trouve un adjuvant très fécond dans les ponctions exploratrices pratiquées avec des instrumens appropriés.

6° Les recherches microscopiques n'ont pas une valeur absolue, lorsqu'il s'agit de savoir si tel élément possède la propriété de devenir cancer. On ne peut, jusqu'à ce jour du moins, obtenir que certaines données tirées de la forme, du nombre, des transformations, etc., des élémens histologiques.

7° Le développement de ces quatre formes de cancer se fait sous forme d'infiltration moléculaire, qui finit par absorber l'élément normal de l'organe où elles prennent naissance.

8° La généralisation du cancer s'explique mieux dans un grand nombre de cas, par cette tendance que revêt un tissu répandu dans diverses régions de l'organisme, de pouvoir se multiplier dans plusieurs points à la fois.

9° La gravité relative des quatre formes cancéreuses s'établit dans l'ordre suivant : en première ligne, la forme analogue à celle du tissu médullaire des os; à peu près égales, les formes épithéliales et fibro-plastiques, et en dernier lieu la forme cartilagineuse. La tendance à la généralisation n'indique pas une gravité plus grande, puisque nous ne l'avons observée que pour la deuxième et troisième formes. Elle s'observe plutôt dans les cancers des organes splanchniques.

10° Certains pays, comme les Vosges, par exemple, semblent malheureusement privilégiés, en raison de circonstances inconnues.

11° C'est à tort que l'on invoque, dans la grande majorité des cas, l'extirpation incomplète, comme cause de la récidive. Elle se trouve sous l'influence de la loi qui commande le développement primitif du mal.

12° L'autoplastie n'a, jusqu'à ce jour, fourni aucun service.

13° La thérapeutique de l'affection cancéreuse repose, je crois, sur la connaissance des circonstances qui peuvent influencer le développement des tissus de l'organisme.

Elle nous est inconnue, comme ces lois elles-mêmes.

M. LENOIR présente au nom de M. Houzelot, de Meaux, deux observations manuscrites :

La première est relative *à une ablation d'un pouce supplémentaire*; à cette observation est jointe la main du malade, moulée sur nature avant l'opération.

La deuxième est relative à une *gangrène de la main, de l'avant-bras, d'une partie du bras, par compression, par déchirement; — amputation secondaire; guérison.*

Ces deux observations sont renvoyées à la commission déjà nommée pour de précédentes communications de M. Houzelot.

M. LARREY présente au nom de M. Scrive, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Tlemcen (Algérie), deux observations dont voici les titres :

1° *Observation de plaie de la face postérieure de l'avant-bras par instrument tranchant; lésion de l'artère interosseuse antérieure; ligature médiate des deux bouts du vaisseau divisé; guérison.*

2° *Observation de luxation du poignet gauche en arrière.*

Ces travaux sont renvoyés à la commission précédemment nommée pour examiner une première communication de M. Scrive.

M. LENOIR donne lecture, au nom de M. Woillemier, de la première partie d'un mémoire intitulé : *Des injections alimentaires dans le traitement de l'anus contre-nature.*

M. Alphonse GUÉRIN lit un travail intitulé : *Des rétrécissemens du canal de l'urètre.*

Voici les propositions principales qui résument ce mémoire :

Dans la blennorrhagie, les glandules de l'urètre qui s'étendent obliquement dans l'épaisseur de la membrane muqueuse, dans une longueur de plus d'un centimètre, étant remplies de muco-pus, il est peu probable qu'une seule injection puisse agir sur toute l'étendue des conduits glandulaires.

D'un autre côté, en faisant plusieurs injections caustiques, coup sur coup, on peut dépasser le but qu'on s'est proposé et amener l'urètrite à ce degré d'intensité où l'inflammation se propage au tissu réticulaire sous-jacent à la membrane muqueuse.

Le moyen le plus sûr de prévenir les rétrécissemens est de traiter les blennorrhagies, qui ne causent plus de douleur, par la compression que produit sur les glandes urétrales le passage successif de plusieurs bougies.

Les *rétrécissemens fibreux ne proviennent presque jamais de la production d'un tissu de cicatrice.* Dans la grande majorité des cas, ils sont dus à la rétraction des fibres indurées du tissu réticulaire sous-jacent à la membrane muqueuse.

Pour ces rétrécissemens, lorsqu'ils occupent une grande épaisseur du tissu réticulaire, la section des brides fibreuses de dehors en dedans est le seul moyen d'en obtenir sûrement la guérison.

C'est parce qu'ils dépassent la membrane muqueuse et qu'ils atteignent le tissu fibreux sous-jacent, que les chirurgiens qui scarifient le canal de l'urètre, obtiennent, dans les rétrécissemens fibreux moins profonds, une guérison qu'on demanderait en vain à la dilatation.

Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée pour examiner la première communication de M. Guérin. (MM. Robert, Larrey et Michon.)

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS.

STATISTIQUE SUR LA LITHOTOMIE.

A la suite d'un cours sur la lithotomie et la lithotritie, que M. William Coulson a professé à Saint-Mary's hospital (Londres) ce chirurgien a mis sous les yeux de ses élèves une statistique sur la lithotomie, dont il nous paraît intéressant de faire connaître les principaux élémens. Cette statistique, qui comprend les opérations faites dans presque toutes les parties du monde, est la plus considérable de toutes celles qui aient été publiées. Elle n'embrasse pas moins de 6,369 opérations, en y comprenant les tables déjà si étendues qu'on trouve dans le *Traité de l'affection calculeuse*, de M. Civiale. On a dit et répété souvent que des statistiques échafaudées sur un certain nombre d'opérations pratiquées par différens chirurgiens, dans des pays éloignés les uns des autres, sous un grand nombre de circonstances et d'influences, devaient mériter peu de confiance, car souvent alors une série de faits n'offre pas la même valeur qu'une autre série d'un nombre égal. Cette objection a certainement du poids, mais elle ne doit pas non plus faire rejeter toute espèce de statistique. Nos statistiques ne sont pas parfaites parce qu'il n'existe pas deux cas, et par conséquent deux séries de cas, absolument identiques, comme peuvent l'être deux lignes ou deux angles. Nous ne devons pas espérer une certitude mathématique; mais lorsque l'on est parvenu à connaître les points essentiels d'un certain nombre de faits, lorsque les influences perturbatrices ont été bien étudiées et réduites à leur juste valeur; lorsqu'on est bien fixé sur les élémens d'analogie et de ressemblance, nous disons qu'on peut, de ces statistiques, tirer des déductions fort utiles, absolument comme la durée probable de la vie humaine chez un individu a pu être déduite de l'étude d'un grand nombre de cas à peu de chose près identiques.

Le grand nombre de faits de lithotomie réunis par M. Coulson, atteint, disons-nous, le chiffre de 6,369. En voici le tableau indiquant le nombre des morts et le rapport entre la mortalité et la somme totale des opérations.

Mortalité générale après la lithotomie.

Localités.	Nombre des opérations.	Morts.	Proportion.
Hôpital de Lunéville.	1492	141	1 sur 10
Hôtel-Dieu (1808-1830). . . .	100	28	1 sur 3
La Charité (1806-1831). . . .	70	35	1 sur 2
Beaujon, Pitié, Mais. de santé.	56	18	1 sur 3
Dix départemens de la France.	110	24	1 sur 4
Pratique de Dupuytren	356	61	1 sur 5
Autriche	133	25	1 sur 5
Bavière.	136	28	1 sur 4
Lombardie	1044	217	1 sur 4
Naples	308	47	1 sur 6
Wurtemberg	120	7	1 sur 17
Bohême.	26	4	1 sur 9
Dalmatie	40	4	1 sur 10
États romains.	33	3	1 sur 11
Sardaigne.	21	6	1 sur 3
Suède.	36	5	1 sur 7
Danemarck	35	12	1 sur 1
Infirmerie de Cork	15	00	1 sur 0
Hôpital Saint-Thomas.	144	15	1 sur 7
Infirmerie de Bristol	354	79	1 sur 4
Infirmerie de Leeds.	197	28	1 sur 7
Hôpital Ste-Marie à Moscou. .	411	42	1 sur 9
Hôpital de Pensylvanie . . .	83	10	1 sur 8
Opération bi-latérale	42	9	1 sur 4
Cheselden.	213	20	1 sur 10
Liston.	115	16	1 sur 7
Infirmerie de Norwich. . . .	704	93	1 sur 7
Totaux. .	6369	958	1 sur 6

De cette masse imposante de faits, il résulte donc que sur 6,369 opérations de lithotomie, dont plus des deux tiers ont été pratiquées depuis le commencement de notre siècle, on compte 958 morts, ou 1 mort sur 662 cas. La mortalité pour l'Angleterre seule (1,743 cas) est de 1 sur 7.

Il est bon de faire remarquer que dans le tableau de M. Coulson sont compris presque tous les procédés opératoires : grand appareil, section bi-latérale, section recto-vésicale, etc.

M. Coulson ne se contente pas de donner le tableau précédent; avec lui il a pu dresser d'autres statistiques comprenant les résultats des différens modes opératoires mis en usage, la comparaison des opérations faites en ville avec celles qui ont été pratiquées dans les établissemens de charité, la fréquence de l'affection calculeuse suivant les âges, etc. Il est impossible de donner ici tous ces tableaux qui ont bien leur valeur. Mais nous ne pouvons passer sous silence l'influence que l'âge des patiens a exercée sur les résultats de la lithotomie, influence connue de tous les praticiens, mais qui ressort encore plus évidente des recherches des chirurgiens anglais.

Pour élucider cette question, M. Coulson a pu interroger 2,972 observations qui démontrent ces deux faits, savoir : que le nombre des malades soumis à la lithotomie décroît à chaque période décennale de la vie, et que la mortalité augmente à chaque période successive. Ainsi, au-dessous de 10 ans, cette mortalité est de 1 sur 13; puis elle augmente graduellement de 10 à 80 ans, de manière à offrir les proportions de 1 sur 9, 1 sur 6, 1 sur 4, 1 sur 3,65, 1 sur 3,23, 1 sur 2,71.

Avec les tables de M. Coulson on peut faire le résumé suivant :

Mortalité de la lithotomie suivant les âges.

	Cas.	Morts.	Proportion.
De 1 à 10 ans,	1466	112	1 sur 13,08
De 11 à 20 ans,	731	71	1 sur 10,20
De 21 à 30 ans,	205	31	1 sur 6,61
De 31 à 40 ans,	141	24	1 sur 5,83
De 41 à 50 ans,	123	27	1 sur 4,59
De 51 à 60 ans,	161	44	1 sur 3,65
De 61 à 70 ans,	126	33	1 sur 3,23
De 71 à 80 ans,	19	7	1 sur 2,71
	2962	355	1 sur 8,37

Enfin, il était intéressant de savoir l'influence que le poids du calcul pouvait exercer sur la mortalité. Malheureusement M. Coulson n'avait à sa disposition que le travail qu'imagina M. Crosse, et qui consista à peser tous les calculs qui se trouvaient dans la collection de Norwich, et à comparer leurs poids avec les résultats de l'opération consignés dans des registres *ad hoc*. Tous ces calculs représentaient un nombre de 703. Avec eux on forme la table suivante :

	Cas.	Morts.	Proportion.
Au-dessus de 1 once (32 gr env.).	529	47	1 sur 11,25
De 1 once à 2.	119	18	1 sur 6,61
De 2 onces à 3.	35	16	1 sur 2,18
De 3 onces à 4.	11	7	1 sur 1,57
De 4 onces à 5.	5	3	1 sur 1,66
De 5 onces à 6.	2	0	1 sur 2
De 6 onces à 7.	2	2	1 sur 2
	703	93	1 sur 7,56

Résultat très instructif, qui montre la rareté des calculs d'un poids au-dessus de quatre ou cinq onces, ainsi que l'influence que le volume de la pierre exerce sur les résultats de l'opération, la mortalité étant à peu près en raison directe du poids du calcul (1).

Dr Achille CHEREAU.

(1) Extrait du *The Lancet*, 22 janvier 1853.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 32. SEPTIÈME ANNÉE. **Jeudi 17 Mars 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 16 MARS 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie de médecine, en signe de deuil, n'a pas voulu suivre le cours de ses travaux scientifiques. La perte immense qu'elle vient de faire avait jeté la tristesse dans tous les cœurs. Il y avait hier quinze jours que M. Orfila prenait pour la dernière fois la parole dans son enceinte, et l'on se souvient avec quelle netteté d'esprit, avec quelle lucidité de langage, avec quel admirable bon sens il exposa les motifs qu'il fit prévaloir en faveur de l'opium indigène. Qui pouvait prévoir alors que cette lumière qui semblait encore si brillante allait s'éteindre pour toujours?

Cependant, l'ordre du jour annonçait une élection; il a fallu y procéder. Il s'agissait de remplir une vacance dans la section d'anatomie pathologique qui avait présenté six candidats dans l'ordre suivant :

1° M. Requin;
2° MM. Barth et Beau *ex æquo*;
3° M. Sestier;
4° M. Moreau (de Tours);
5° M. Durand-Fardel.

Le nombre des votans était de 77.

M. Requin a obtenu. .	48 suffrages.
M. Barth.	10
M. Moreau (de Tours).	8
M. Sestier.	6
M. Beau.	4
M. Durand-Fardel. . .	1

M. Requin, ayant obtenu la majorité des suffrages, a été proclamé membre de l'Académie de médecine.

Au dehors de l'Académie, cet heureux choix obtiendra la même majorité.

Après cette élection, l'Académie a voulu entendre le discours prononcé en son nom, par son secrétaire perpétuel, sur la tombe de M. Orfila, et cette belle allocution a été très sympathiquement accueillie.

Amédée LATOUR.

OBSÈQUES DE M. ORFILA.

DISCOURS PRONONCÉS SUR SA TOMBE.

L'UNION MÉDICALE suit le pieux exemple donné par l'Académie de médecine; elle renvoie à son prochain numéro les articles qui constituent le fond ordinaire de ses publications, pour consacrer ce numéro tout entier aux discours qui ont été prononcés sur la tombe de M. Orfila.

Nous y joignons le discours que M. de Salvandy voulait prononcer et qui a été publié ce matin dans le *Journal des Débats*. M. de Salvandy a eu la bonté, dont nous le remercions, de nous envoyer une version corrigée par lui, ce qui expliquera quelques différences entre le texte que nous publions et le texte de la feuille politique.

Aucun de nos lecteurs, après avoir lu ces pages éloquentes, ne regrettera, nous l'espérons, que l'UNION MÉDICALE ait voulu rendre, aussi complètement que possible, les derniers honneurs au professeur illustre dont la mort est un véritable deuil public.

1° Discours prononcé par M. le professeur BÉRARD, au nom de la Faculté de médecine de Paris :

Messieurs,

Il appartenait au doyen de l'Ecole de rendre hommage à la mémoire de l'ancien doyen, de l'homme illustre dont la dépouille mortelle vient d'être déposée dans cette tombe. Ce devoir pieux, le chef de notre compagnie l'avait accepté, lorsque j'ai demandé qu'il me fût permis de le remplir. Quel titre avais-je à cet honneur? Aucun. Mais la reconnaissance d'un disciple pour le maître qui l'a comblé de ses bienfaits, peut usurper un privilége qui devait être réservé au talent; et maintenant, à l'aspect de cette foule nombreuse et consternée, qu'une même pensée a amenée dans le champ du repos, j'hésite. Je sais que ma parole ne pourra répondre à cette démonstration si éloquente de la douleur publique.

La mort frappe sans relâche sur notre malheureuse compagnie; elle enlève coup sur coup à l'enseignement ses plus glorieux représentans : hier Richard! aujourd'hui Orfila! Ah! cette perte est cruelle entre toutes celles qui ont porté le deuil dans nos âmes!

Élèves des Écoles, venez avec nous pleurer sur cette tombe, pleurez!... Cette parole si claire, si instructive, si pénétrante, vous ne l'entendrez plus! Pleurez!... Ce maître que vous chérissiez, et qui mettait son bonheur à orner votre intelligence, vous l'avez vu pour la dernière fois.

Et vous, membres du corps médical, vous aussi, amis d'Orfila, qui ne vous séparez pas de nous à ce moment suprême, vous accorderez quelque témoignage de sympathie à l'expression de nos regrets, car nul ne se préoccupa plus que lui des intérêts moraux et professionnels des médecins, nul ne fut plus accessible aux charmes de l'amitié, nul ne fut plus fidèle à son culte.

Qu'il me soit permis de retracer en quelques mots les principaux accidens de cette vie si dignement, si utilement remplie.

Messieurs, il y a bientôt un demi-siècle qu'un jeune homme aux traits réguliers, à la physionomie intelligente et fine, quittait son pays natal pour venir à Paris entendre les leçons de quelques-uns des professeurs qui y brillaient à cette époque, et dont la réputation était devenue européenne. Il était dans l'avenir de ce jeune étranger de créer une science nouvelle, de jeter un éclat sans égal dans l'une des chaires de l'école de médecine de Paris, d'être placé à la tête de l'administration de cette école, d'enrichir ses collections anatomiques et de la doter de cliniques nouvelles, d'organiser une partie de l'enseignement médical en France, de prendre part aux graves délibérations de l'administration des hôpitaux de Paris, de siéger dans le conseil supérieur de l'instruction publique, de fonder une Société secourable pour les médecins tombés dans la détresse ou pour les familles de ces médecins, de servir encore la science et l'humanité en instituant, de son vivant, des legs d'une singulière munificence. Il lui était réservé de connaître tout ce que les honneurs dignement conquis, les louanges méritées ont de plus enivrant; mais il lui était réservé, aussi, de boire à cette coupe amère que l'adversité tient en réserve à côté des heureux du jour!

Ce jeune homme c'était Orfila; il était né à Mahon (île Minorque), le 24 avril 1787.

Les circonstances qui avaient préparé son départ pour la France montrent déjà cette nature exceptionnelle, cet amour de la science, ce goût passionné pour le vrai, qui le distingueront dans le reste de sa carrière. A Mahon, on veut le former à la *dispute*, mais il s'en dégoûte, il sent qu'on fausse son esprit, et que la science doit reposer sur des bases plus solides; à Valence, en 1804, son maître lui enseigne *que l'air et l'eau sont des élémens* ! Mais les noms des Lavoisier, des Berthollet, des Fourcroy, avaient franchi les limites de la France. Orfila s'était procuré leurs livres et avait cessé d'écouter son maître. Cependant, l'université de Valence était accusée d'insuffisance et on menaçait de la supprimer. Elle annonce une sorte de tournois scientifique entre ses élèves et ceux des universités voisines. Orfila s'y présente, il fait triompher et cette université qui ne lui avait rien enseigné, et ce maître qui, dans sa candeur, demandait à son élève : qui donc vous a appris tout cela? Le bruit de ce succès se répandit, et bientôt la junte de commerce de Barcelonne envoyait en France le jeune Orfila, à titre de pensionnaire, pour y étudier la chimie dans ses applications à l'industrie et aux arts. Mais la guerre allumée entre la France et l'Espagne, une guerre longue et acharnée, interrompit les communications entre la junte et son jeune pensionnaire. Et lorsque plus tard, celui-ci, mu par un sentiment d'exquise délicatesse, mettait à la disposition de ses anciens protecteurs ces trésors de la science qu'il avait amassés dans notre pays, la junte ruinée et disloquée ne pouvait plus donner suite à ses projets, mais déjà la France avait adopté cet enfant de l'Espagne. Que de séduction n'offrait-elle pas à un jeune homme avide de s'instruire. Vauquelin l'avait introduit dans son laboratoire, Fourcroy lui avait confié le soin de préparer pour lui quelques leçons de chimie organique.

Bientôt Orfila ouvre un amphithéâtre particulier, il y donne des leçons de chimie, de médecine légale et même d'anatomie. C'est dans ce modeste laboratoire qu'il va jeter les fondemens d'une science nouvelle, la *toxicologie*.

Désormais la justice ne restera plus désarmée ou plutôt incertaine, hésitante devant le crime. Des réactions subtiles indiqueront les traces les plus fugitives du poison versé par une main criminelle; elles en décéleront la présence, alors même qu'il sera masqué par les alimens ou les boissons; elles les poursuivront dans les humeurs animales et jusqu'au sein de nos tissus.

Désormais aussi plus d'un meurtrier reculera devant la perpétration d'un crime qu'il n'aura plus l'espoir de dissimuler. Pas un des livres publiés avant la toxicologie d'Orfila ne donnait la moindre idée des procédés délicats inventés par cet habile expérimentateur. On savait chercher certains poisons dissous dans l'eau distillée, mais étaient-ils mélangés au vin, au lait, à la bile, au bouillon, on ne les retrouvait plus. Il suffirait d'une telle découverte pour la gloire d'un savant, elle lui donnerait encore des titres incontestables à la reconnaissance de la société.

Ce n'était que le prélude des succès qui attendaient M. Orfila. Sur la proposition de Hallé, l'auteur de la toxicologie avait pris place parmi les membres correspondans de l'Institut, et peu de temps après, l'École ouvrait ses portes à celui qui devait captiver, sans jamais la fatiguer, l'attention des générations d'élèves qui se sont succédé depuis 1819 jusqu'à 1853.

Les circonstances de sa nomination lui font trop d'honneur pour que je me résigne à les passer sous silence. Le jour de l'élection, Hallé, souffrant et bien près de la tombe, se fait transporter à l'École. Chacun s'étonne et s'apprête à féliciter l'illustre malade de l'amélioration survenue dans sa santé. « Ne vous y trompez pas, dit-il en prenant place, » je ne suis pas mieux, mais je n'ai pas voulu laisser échapper une occa» sion de rendre service à la Faculté en venant voter pour M. Orfila. » Sur quoi le vénérable Boyer, prenant la parole : « J'étais irrésolu, dit» il, je ne le suis plus, et je voterai aussi pour M. Orfila. » Quelle nomination fut jamais mieux justifiée! Quel succès égala jamais ce succès inouï dans les fastes de l'enseignement!

Les envieux (et depuis longtemps déjà Orfila avait mérité d'en rencontrer) se demandaient si, pour ce toxicologiste célèbre, la médecine légale ne serait pas réduite à l'histoire des poisons. Orfila débute; le vaste amphithéâtre de la Faculté ne peut suffire à la foule venue pour l'entendre. Il choisit pour sujet de ses premières leçons un point de médecine légale étranger à la toxicologie. Le lendemain, les auditeurs étaient revenus à la leçon. Les jours suivans, l'amphithéâtre était encore plein; il en fut de même pendant toutes les leçons du semestre, et pendant les quatre années que M. Orfila professa la médecine légale et pendant les vingt-neuf ans qu'il consacra à l'enseignement de la chimie médicale! On se demande le secret d'une telle fortune professorale. Ne le cherchez pas dans l'élégance prétentieuse et châtiée du langage ni dans la pompe du discours, l'élève pourra venir pendant quelques séances pour entendre un professeur éloquent, mais il l'abandonnera s'il n'est qu'éloquent. Instruire, voilà tout le secret d'obtenir l'assiduité d'un auditoire. C'était le secret de M. Orfila, il visait à la clarté du langage et non à arrondir une phrase; il savait à propos sacrifier les superfluités, les choses accessoires, pour développer les parties fondamentales d'une question; il était méthodique, mais il ne tombait pas dans l'excès des divisions et subdivisions scolastiques; pour chaque proposition il donnait la démonstration expérimentale lorsque celle-ci était possible, car il savait qu'une expérience grave mieux un fait dans la mémoire qu'une simple description orale. Son élocution était facile; sa voix, bien timbrée et puissante, pénétrait dans toutes les parties de l'amphithéâtre; il s'animait, se passionnait parfois dans ses démonstrations, sans jamais cesser de se posséder. La mémoire, cette faculté si injustement dépréciée, si indispensable au professeur, n'était jamais en défaut chez M. Orfila.

Joignez à ces avantages des traits nobles et expressifs; l'âge semblait ajouter chaque jour à leur distinction, sans rien enlever à leur charmante régularité.

Voilà bien des élémens de succès, et ce n'est pas tout encore. La science faisait de nouveaux progrès, et cependant M. Orfila voulait en présenter chaque année le tableau complet aux élèves; il portait à cinq quarts d'heure la durée de ses leçons, et multipliait celles-ci vers la fin du semestre, au point d'en élever le nombre à 80 au lieu de 60. Pardon, Messieurs, pour la simplicité de ces détails, mais ils peignent mieux le professeur que je ne pourrais le faire en un autre langage, et ils avivent chez les les élèves qui m'écoutent le sentiment de la perte irréparable qu'ils ont faite.

Quelle ambition ne serait satisfaite d'une telle carrière dans le professorat? Orfila ne rêvait pas d'autre gloire. Mais son mérite allait appeler sur lui les honneurs, et avec eux, mais dans un avenir encore lointain, les soucis cuisans qui en sont trop souvent le cortége. Je ne sais s'il avait désiré le décanat, mais à coup sûr il ne l'avait pas demandé. L'histoire de sa promotion n'offre pas moins d'intérêt que celle de son élection au professorat.

La révolution de 1830 avait rendu à la Faculté les professeurs frappés par l'ordonnance de 1822. L'illustre Antoine Dubois, promu au décanat, mais peu désireux de le conserver, pria M. Orfila de l'accompagner au ministère pour y traiter d'une affaire administrative. A peine ils sont entrés dans le cabinet du ministre, que M. Dubois s'exprime en ces termes : « Monsieur le ministre, je suis âgé, peu jaloux de conser» ver des fonctions administratives, je viens vous prier d'accepter ma » démission de doyen. Permettez-moi de vous présenter M. Orfila, » pour qui je demande la place vacante. » Le lendemain, la nomination de M. Orfila était signée. Voilà une nouvelle phase dans la vie de notre collègue. Il va devenir administrateur; il restera toxicologiste habile, car il a travaillé jusqu'à son dernier jour au perfectionnement de la science qu'il avait créée. Les soins du décanat ne compromettront point la régularité de son enseignement, car, avant tout, il est professeur; rien ne peut balancer dans son cœur le prix qu'il attache à la reconnaissance des élèves; et s'il veut imposer à ses collègues l'exactitude dans l'accomplissement de leurs devoirs, il sait qu'il doit leur en donner l'exemple. Son activité suffira à tout. Les cours seront faits désormais avec régularité; les examens deviendront sérieux; les élèves prendront

exactement leurs inscriptions. A la place de ce bâtiment mesquin, hideux, désigné sous le nom de *clinique* sur les affiches des cours, et qui n'en avait que le nom, va s'élever une construction élégante, régulière, spacieuse, où seront installées deux véritables cliniques, l'une de chirurgie, l'autre d'accouchemens; institution précieuse, où des médecins de toutes les parties du monde viennent aujourd'hui recueillir avec nos élèves les leçons du fils d'Antoine Dubois. Des salles de dissection nouvelles ont remplacé ces réduits fétides et insalubres, où les plus laborieux de nos élèves compromettaient leur santé. Enfin, la création du musée Dupuytren et d'un jardin botanique, la transformation de nos galeries où se trouvent accumulées aujourd'hui tant de richesses : voilà les fruits de l'administration de M. Orfila. Plusieurs fois, pendant une période de dix-sept ans, la Faculté exprima par ses votes qu'elle était reconnaissante des efforts du doyen. M. de Salvandy, qui les avait généreusement encouragés, voulut les récompenser ensuite en donnant au musée anatomique de la Faculté le nom de l'administrateur habile qui lui avait fait subir une si heureuse transformation.

Dans le conseil des hôpitaux, où M. Orfila avait été appelé, il donnait chaque jour de nouvelles preuves de ce tact exquis, de cette entente des affaires, de ce bon sens pratique qui formaient le caractère de son administration. L'existence des cliniques, la pratique des autopsies pouvaient devenir et devenaient parfois l'occasion de conflits entre le conseil des hospices et la Faculté. Le doyen apportait dans ces débats un esprit de conciliation qui n'excluait pas la fermeté, et on le vit dans une occasion envoyer au ministre de l'intérieur sa démission, qui ne fut pas acceptée.

L'Académie de médecine n'a point perdu le souvenir des luttes que M. Orfila a dû soutenir dans son sein. Naguère encore, son argumentation précise, nerveuse, méthodique, nourrie de faits, jetait à flots la lumière et fixait l'opinion de l'assemblée sur une des plus hautes questions que l'Académie ait eu à résoudre. Mais une voix éloquente vous dira bientôt ce que fut Orfila dans les discussions de l'Académie, et comment élevé au fauteuil de la présidence, il y apporta cet art suprême et délicat de diriger les délibérations d'une assemblée. C'est à un autre ami d'Orfila que je laisserai le soin de dire ce qu'a produit la Société de prévoyance fondée par l'ancien doyen. Une pensée charitable et généreuse, nouvelle forme de cette sollicitude active avec laquelle il embrassait les intérêts du corps médical!

Enfin Orfila avait gravi l'échelon le plus élevé dans la hiérarchie universitaire. Le roi l'avait appelé dans le conseil supérieur de l'instruction publique. Ce fut alors qu'il organisa les Écoles préparatoires et fit goûter au ministre ces réformes intelligentes qui devaient rendre les examens plus probans et rehausser la valeur du diplôme de docteur en médecine.

Quelle belle vie, Messieurs, et que cette félicité est bien méritée! Il semble que l'âme se repose doucement en voyant cette récompense anticipée accordée au travail et au noble emploi des facultés de l'esprit! Cette félicité, Orfila ne la devait pas seulement à ses succès dans la carrière des sciences, de l'enseignement et de l'administration. L'amitié avait embelli sa vie. Ce serait un touchant épisode que le récit de ses liaisons avec un jeune artiste de son pays et une famille distinguée qu'il avait connue à Nantes. Passionné pour les arts, il avait uni son sort à une jeune personne aussi remarquable par ses talens que par les grâces de son esprit et l'amabilité de son caractère. Son salon était le rendez-vous d'une société d'élite, dans laquelle il avait étendu le cercle de ses amitiés.

Qui n'eût porté envie à cette existence? Mais avant de prononcer sur le bonheur d'un homme, il faut attendre sa mort. La révolution de Février éclata. L'un des premiers actes du nouveau gouvernement fut la destitution du doyen de la Faculté de Paris. Les infortunes s'enchaînent comme les événemens heureux. Après avoir remplacé le doyen, on le tourmenta sur les actes de son administration.

Orfila ne voulut pas répondre. Les merveilles qu'il avait fait éclore dans l'intérêt des études étaient là, et répondaient pour lui. Elles exciteront encore la reconnaissance des élèves et des hommes de science, lorsque, depuis longtemps, sera effacé le souvenir des tristes débats qu'elles ont provoqués.

Il parut supporter avec une fermeté stoïque la nouvelle position qui lui était faite. Mais qui oserait calculer les ravages qu'un tel effort pouvait produire dans une organisation vigoureuse, chez un homme passionné, habitué au pouvoir depuis longues années, et pour qui la louange était devenue une sorte de besoin, tant il l'avait souvent commandée par les bienfaits de sa gestion?

Orfila chercha une diversion à de pénibles pensées dans les succès d'enseignement qu'il a obtenus jusqu'à sa dernière leçon, dans l'affection des élèves, qui ne lui a jamais manqué, dans la société de ses amis, qui tous s'étaient pressés autour de lui dès que l'infortune l'avait frappé. Mais à cette nature active il fallait encore un autre aliment, il le chercha, il le trouva dans les douceurs de la bienfaisance. On sait la munificence des legs qu'il a destinés à l'École de médecine, l'Académie et d'autres établissemens. D'un bout de la France à l'autre, les médecins ont accueilli par leurs acclamations cet acte d'une libéralité qui aura peu d'imitateurs.

Messieurs, je ne sais quel triste pressentiment m'assiégeait lorsque j'entendais M. Orfila annoncer qu'il donnait *de son vivant*, pour surveiller et diriger l'exécution de ses volontés; il me semblait voir dans ce langage trop confiant, une sorte de défi jeté à la destinée humaine; hélas! la mort devait frapper le donateur avant la réalisation légale du bienfait. Ces adresses de félicitations que la province lui fait parvenir encore aujourd'hui, c'est sur sa tombe qu'il faudra les déposer!

Orfila avait fait leçon la veille du jour où il a pris le lit pour ne plus s'en relever; cette dernière leçon l'avait singulièrement fatigué; mais il avait eu le courage d'aller jusqu'au bout : c'était la mort du soldat sur le champ de bataille. Son poumon droit s'était pris d'emblée; l'affection s'offrit de suite avec un caractère de gravité qui en fit présager l'issue funeste.

Le bruit qu'Orfila est en danger se répand dans Paris. De tous côtés on se porte à sa maison : amis, médecins, élèves; ceux qui arrivent, interrogent avec anxiété la physionomie de ceux qui sortent. Pour exciter une telle sollicitude, il fallait qu'il y eût chez Orfila autre chose encore que les qualités de l'homme public ou du savant. Demandez à ceux qui l'ont vu dans son intérieur, ils vous diront comment Orfila savait se faire aimer. Un caractère égal, une douceur inaltérable, de la gaîté, des dispositions bienveillantes, faisaient trouver dans son commerce un charme tout particulier.

La situation d'Orfila empira. Je n'essaierai pas de peindre la douleur d'une famille éplorée, le dévoûment et le courage de la compagne de sa vie.

Il avait demandé et reçu, 36 heures avant sa mort, les secours de la religion. Le samedi, à 7 heures 1/2 du matin, il rendait le dernier soupir.

Mais le nom d'Orfila ne sera pas rayé de la liste des médecins français; déjà la Faculté de médecine de Paris a conféré le titre de docteur à un neveu de notre grand toxicologiste. Il portera dignement, j'en juge par ses premiers travaux, le nom de l'homme célèbre auquel il a prodigué, pendant ces tristes journées, tous les soins de la piété filiale.

Orfila! maître vénéré! tu m'as accueilli dès mes premiers pas dans la carrière que tu avais parcourue avec tant d'éclat; tu as soutenu mon courage dans ces luttes difficiles qui devaient un jour me faire asseoir à tes côtés; tes bontés pour moi furent inépuisables; reçois avec indulgence ce témoignage bien imparfait de ma reconnaissance.

Adieu Orfila! adieu!

2° Discours prononcé par M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine, au nom de l'Académie :

Messieurs,

L'Académie de médecine tout entière se sentira cruellement frappée dans la personne de M. Orfila; elle vient de perdre un de ses plus illustres membres, un de ses plus beaux ornemens.

Cette lumière, tout-à-l'heure encore si vive, si resplendissante, vient de s'éteindre à jamais.

Aussi, Messieurs, dans ce profond accablement où nous plonge une mort aussi soudaine qu'imprévue, dans cette consternation générale, les paroles que je vais faire entendre au nom de l'Académie ne seront-elles que l'expression d'une douleur commune, et comme la première explosion des regrets de tous ceux qui ont connu M. Orfila!

Ce dernier coup, messieurs, ravive pour ainsi dire toutes nos douleurs; dans le court espace de moins d'une année nous avons vu successivement tomber autour de nous MM. Rochoux, Récamier, Dizé, Castel, Réveillé-Parise, Richard, Devilliers et Andral père; une tombe était à peine fermée, qu'une autre était ouverte; puisse la mort se lasser de frapper dans nos rangs!

C'est que lui aussi, M. Orfila appartenait à cette génération qui nous a précédés dans la science.

De soixante-dix membres nommés en 1820 pour composer l'Académie de médecine, cinq seulement restaient parmi nous.

M. Orfila était un de ces glorieux débris, et il était le moins âgé des survivans; comme en 1820, il avait été le plus jeune de ces soixante-neuf collègues.

Génération d'hommes éprouvés, éminens, qui sont tombés comme une moisson, afin de faire place à une autre!

Telle est, Messieurs, la destinée des êtres vivans; mais du moins, dans cette carrière semée de tant de débris, il est d'honorables souvenirs qui se dressent, pour ainsi dire, devant les nouvelles générations, comme pour leur servir d'exemples et de guides.

Il est de grandes mémoires qui surgissent du sein de cette poussière, comme pour l'ennoblir et commander nos respects.

Ainsi, Messieurs, le nom de M. Orfila, le nom du créateur de la toxicologie, de l'éminent jurisconsulte médical, du grand et intègre administrateur restera à jamais parmi nous, comme une des gloires les mieux acquises de notre temps.

Vous me permettrez, Messieurs, de remettre à une autre époque la tâche de vous exposer tous les incidens, toutes les phases de cette existence si laborieuse, si utile et si bien remplie, de vous dire comment, né loin de la France, M. Orfila était d'abord venu, au nom de son gouvernement, compléter parmi nous ses études médicales; comment, ayant fait ensuite de notre pays sa patrie adoptive, il y était resté pour le doter de ses nombreux travaux, pour se placer au nombre de ses classiques les plus renommés, et pour entrer dans ses écoles comme l'un de ses plus illustres professeurs.

Et la France, Messieurs, n'avait pas été ingrate pour lui, pendant cette première partie de son existence; nous l'avons vu arriver à une sorte de dictature médicale.

Doyen de la Faculté de médecine de Paris, il était à la fois l'administrateur de ce grand corps et l'un des maîtres les plus suivis et les mieux écoutés.

Successeur de Cuvier, au conseil de l'instruction publique, il y défendit les intérêts du corps médical, et veillait à sa dignité.

Membre du conseil général des hospices, il y exerçait une tutelle active et bienfaisante sur tous les chefs de service.

Membre de notre Académie, il participait à son administration, plaidait pour elle devant les tribunaux et l'éclairait de ses lumières dans les grandes discussions.

Fondateur et président perpétué de l'Association de prévoyance des médecins de Paris, il tendait à toutes les infortunes une main protectrice et secourable.

Mais une grande catastrophe politique enveloppant M. Orfila dans le désastre général, était venue le précipiter de cette haute position, si justement, si noblement acquise.

Il aurait pu, il aurait dû, dès lors, se reposer dans sa gloire, rester le professeur chéri des élèves et contempler avec mépris l'ingratitude de quelques-uns, et la malveillance de quelques autres.

L'Académie, d'ailleurs, comme pour le venger d'odieuses persécutions, s'était empressée de l'élever à l'honneur insigne de la présider; elle avait voulu montrer à tous que M. Orfila avait conservé l'estime de tous les honnêtes gens.

Mais, Messieurs, il est de ces natures exquises et délicates qui, par cela même qu'elles aiment éperdûment la gloire, qu'elles s'enivrent de triomphes longtemps disputés, se sentent mortellement blessées, dès que viennent les jours de revers, d'injustices et de disgrâces.

Et M. Orfila était de ce nombre.

Le vautour, depuis 1848, était attaché à sa proie.

Et cependant, Messieurs, alors que par un triste retour des choses humaines, il lui fut donné de mieux connaître les hommes, qu'il ne l'avait fait, peut-être, au temps de sa prospérité, il s'était vu entouré de nouveaux et nombreux amis; et ceux-ci étaient d'autant plus sûrs que, méconnus en d'autres temps, ils lui étaient venus quand il ne pouvait plus rien faire pour eux.

Mais il n'a pu se consoler!

En vain, il en appelait lui-même à sa haute raison.

En vain il avait répondu à l'expansive amitié et aux applaudissemens des élèves, par un redoublement de zèle et d'activité, dans son enseignement.

En vain, il s'intéressait plus que jamais à nos discussions académiques, et il y prenait la plus grande part.

Sa blessure restait saignante, et c'est de lui, surtout, qu'on aurait pu dire :

Hæret lateri lethalis arundo.

Ses amis le voyaient dépérir avec une mortelle inquiétude, effrayés qu'ils étaient de ces alternatives de maladies soudaines, et de rétablissemens incomplets.

Un voyage aux Pyrénées avait paru fortifier un moment cette constitution si douloureusement ébranlée.

Et c'est surtout ici, Messieurs, que nous devons admirer cette généreuse nature, ce noble caractère de M. Orfila. Lui aussi sentait le besoin de distraire son âme, d'arracher ses pensées à ses tristes et sombres préoccupations; mais si d'autres, pour cela, en appellent à des excès, que le plus souvent on ne pourrait avouer, lui va se jeter dans des *excès* inouis de désintéressement, de bienfaisance et de philanthropie!

De son vivant, il conçoit et réalise l'idée de distribuer, par une sorte de testament anticipé, des libéralités dont on ne pourrait trouver d'exemple que dans le testament de Lapeyronie.

Tous les corps savans, l'Académie de médecine en tête, y ont une part. L'Association de prévoyance n'est pas oubliée, que dis-je? elle représente en quelque sorte la famille de M. Orfila. Si, en effet, l'Académie de médecine, toujours désireuse de bien placer ses récompenses, ne trouvait point de concurrens dignes de ses rémunérations; ce n'est point la famille de M. Orfila, qui viendrait redemander à l'Académie les fonds que celle-ci n'aurait pas décernés; c'est à l'Association de prévoyance que ces fonds seraient dévolus.

Heureuse combinaison! qui, du moins, pour M. Orfila, ne permettrait pas qu'on vînt changer en une amère dérision le titre si bien mérité de *bienfaiteur de l'Académie!*

Hélas! Messieurs, il y a peu de jours encore, nous en étions à nous demander si, par une distinction toute particulière, nous ne devions pas inscrire le nom de M. Orfila sur une table de marbre blanc, et non sur nos tables de marbre noir.

Qui aurait pu, en effet, nous faire présager une mort aussi prochaine? Nous qui venions d'entendre cette parole si claire, si vive, et plus vibrante que jamais, dans une récente discussion; nous qui demain, peut-être, tournerons encore nos regards sur la place qu'il laisse vide, tant son souvenir nous est présent!

Ce nom, Messieurs, sera donc inscrit comme les autres, sur nos tables de marbre noir, placé à côté de ceux des Portal, des Itard et des Capuron, ce sera un nom de plus ajouté à cette liste funéraire : mais l'Académie n'oubliera pas que M. Orfila avait voulu faire pendant sa vie, ce que les autres s'étaient réservés de faire après leur mort!

Adieu donc, Orfila, adieu illustre et regrettable collègue, adieu pour la dernière fois; que ton ombre se console, ta mémoire ne périra pas, elle vivra dans les annales de la science, dans le cœur de tous tes amis, et longtemps encore tu seras l'entretien d'une ardente et studieuse jeunesse!

3° Discours prononcé par M. Bussy, directeur de l'École de pharmacie de Paris, au nom de cette École :

Messieurs,

Cette tombe, si inopinément ouverte, ne se refermera pas pour toujours sur la dépouille mortelle de notre éminent confrère, sans que l'École de pharmacie, elle aussi, n'ait payé à sa mémoire le tribut de douleur et de regrets qu'elle lui doit.

M. Orfila appartenait à l'École de pharmacie; il lui appartenait, par sa position officielle de délégué de la Faculté de médecine; il lui appartenait surtout par la nature et par la direction de ses travaux, par le concours actif qu'il lui a prêté pendant plus de trente années, par les liens d'une estime et d'une affection réciproques dont les témoignages honorables survivront au triste événement qui nous réunit et rappelleront aux générations futures des étudians et des professeurs de notre École, l'intérêt que M. Orfila prenait au perfectionnement des sciences qu'on y enseigne.

Ce n'est pas, Messieurs, en présence de la douleur unanime, et si vivement sentie, de tous ceux que la reconnaissance ou l'amitié réunit autour de ce cercueil, qu'il serait opportun d'apprécier en détail les immenses travaux et les grands services rendus par l'homme dont nous déplorons la perte; mais qu'il nous soit permis de rappeler en peu de mots ce qu'il a fait pour cette branche des sciences médicales qu'on désigne sous le nom de pharmacie.

Ce fut dans le laboratoire de Vauquelin, directeur de l'École de pharmacie, que M. Orfila puisa les premières notions de chimie.

Toute sa longue carrière scientifique fut presque entièrement consacrée à l'application des connaissances acquises près de cet illustre maître, qu'il devait remplacer un jour avec tant d'éclat comme professeur de chimie à la Faculté de médecine.

Il s'appliqua particulièrement à la recherche et à l'étude des poisons. Dès son début, il chercha à coordonner les matériaux épars et incomplets qui existaient alors sur la toxicologie, il y ajouta le résultat de ses innombrables expériences et des recherches de toute nature qu'il entreprit sur ce vaste sujet; il en fit un corps de doctrine, une véritable science qui relève de la chimie sans doute, mais qui possède cependant des procédés et des méthodes d'investigation qui lui sont propres.

Il ne suffisait pas à M. Orfila d'avoir créé une science en quelque sorte nouvelle, il ne lui suffisait pas de la propager par un enseignement

qui a été l'un des plus brillans et des plus suivis de la Faculté, il fallait encore assurer cet enseignement dans l'avenir ; mais on ne peut espérer de rencontrer fréquemment dans le même homme des connaissances profondes en anatomie et en physiologie, unies à l'habitude des vivisections et à celle des manipulations chimiques indispensables pour mener à bonne fin les plus simples recherches sur les poisons.

Pour résoudre le problème, il fallut le diviser.

Il y a dans la toxicologie deux points de vue très distincts : l'un qui comprend les symptômes de l'empoisonnement, les lésions des tissus et le traitement médical; l'autre, plus exclusivement chimique, comprend la recherche et la détermination de la substance toxique, soit pour éclairer le traitement par l'indication de contre-poisons appropriés, soit pour diriger les poursuites de la justice ou pour former l'opinion du jury.

Cette dernière partie de la toxicologie est, comme nous l'avons dit, plus particulièrement du ressort de la chimie et des sciences naturelles. Les pharmaciens, obligés par leur profession, à connaître, à manipuler journellement les substances toxiques, en possession de laboratoires et d'appareils de chimie, sont naturellement désignés pour des recherches de cette nature.

M. Orfila, trouvant dans les Écoles de pharmacie tous les élémens nécessaires à l'enseignement de la toxicologie chimique, a cherché à l'introduire dans ces établissemens : il y a réussi.

C'est avec sa coopération, avec l'appui qu'il nous a donné, que des chaires de toxicologie et de chimie légale ont été instituées dans les diverses Écoles de pharmacie.

Cet enseignement assure aujourd'hui à la société et à la pratique médicale une suite d'hommes instruits, sur le zèle et l'expérience desquels elles auront droit de compter.

Par un dernier témoignage de l'intérêt qu'il portait aux études pharmaceutiques et aux élèves qui s'y vouent, M. Orfila a fondé à notre Ecole un prix pour la solution d'une série de questions pathologiques de pharmacie pure ou de chimie appliquée à l'extraction des principes actifs de médicamens, pour l'analyse des humeurs normales de l'économie, et pour celles des produits pathologiques qui se forment dans des conditions déterminées, enfin pour le perfectionnement des moyens d'analyse des eaux minérales.

Ce prix, fondé à perpétuité, et qui, suivant le vœu du fondateur, devra toujours porter sur des objets pris dans le cercle que nous venons d'indiquer, sera, nous n'en doutons pas, un puissant moyen d'émulation pour la jeunesse de nos Écoles. Il sera pour la médecine, et en particulier pour la pathologie, une nouvelle source de perfectionnement et de progrès.

Unissant la pratique à l'enseignement, joignant l'exemple au précepte, M. Orfila a été, pendant de longues années, l'interprète le plus accrédité de la science auprès des tribunaux. Nous avons tous présentes à l'esprit ces dépositions émouvantes qui captivaient l'attention non seulement des jurés et des magistrats, mais qui, franchissant l'enceinte de la Cour d'assises, tenaient le public et la France entière suspendus aux lèvres de l'expert, alors que, déjouant les combinaisons les mieux calculées en apparence, il faisait passer sous les yeux de l'auditoire ces taches accusatrices extraites du parenchyme même des organes de la victime. Appelé quelquefois à partager ses travaux, nous avons pu être témoin du zèle, de l'ardeur juvénile qu'il y apportait, et du courage qu'il mettait à défendre ce qu'il croyait être la vérité.

Depuis plusieurs années, cependant, M. Orfila avait renoncé aux expertises légales, mais par des motifs étrangers à la science, et sans avoir rien perdu toutefois des brillantes qualités qui ont été jusqu'à son dernier jour l'heureux privilége de cette nature d'élite.

Hier encore, il trouvait le secret d'intéresser l'Académie de médecine sur la composition de l'opium, et la savante assemblée, captivée longtemps par le charme de cette parole animée, était loin de prévoir qu'elle entendait pour la dernière fois le professeur éloquent auquel nous rendons aujourd'hui un dernier hommage, l'ami généreux de la jeunesse studieuse, le protecteur éclairé de la science, qui emporte dans la tombe notre affection et nos regrets.

4° Discours prononcé par M. Barth, au nom de la Société médicale d'émulation :

Messieurs,

L'homme éminent dont nous pleurons la perte a droit encore à quelques paroles de regrets et de reconnaissance.

La Société médicale d'émulation a voulu lui adresser, par ma voix, un dernier hommage, et je remplis cette mission avec empressement, parce qu'elle me permet de joindre à ce témoignage public de haute estime, l'expression d'un sentiment personnel de gratitude et d'affectueux souvenir.

C'est un éloge bien sincère et bien désintéressé que celui qu'on vient déposer au bord d'une tombe, et c'est ce qui m'encourage à dire de M. Orfila que peu d'hommes ont eu plus de titres à la considération générale,

Partout où il a passé, dans sa carrière trop courte et pourtant si bien remplie, il a figuré avec distinction, avec éclat; partout il a laissé un souvenir impérissable de ses hautes qualités.

L'immense auditoire qui se pressait à ses cours est un témoignage irrécusable de l'esprit clair et lucide du professeur.

L'établissement d'une clinique d'accouchement, la fondation du musée Dupuytren, la création d'un autre musée qui porte son nom et qui, sous sa puissante impulsion, fut achevé dans l'espace de quelques semaines, sont des monumens qui attestent sa capacité comme administrateur et comme doyen de la Faculté.

L'Académie a rendu un éclatant hommage à son mérite et à son talent, en l'appelant naguère encore à l'honneur de la présider.

Dans le conseil supérieur de l'instruction publique, peu d'hommes ont rendu plus de services à la médecine : la France est couverte d'institutions qui lui doivent leur origine.

Au sein du conseil des hôpitaux, personne n'a mieux servi la science et ceux qui la cultivent. Il suffit de rappeler l'énergique résistance avec laquelle Orfila combattit et fit rejeter, par une démission noblement proposée, une mesure des plus funestes aux vrais progrès de la médecine pratique.

Comme président-fondateur de l'Association de prévoyance, qui fut plus digne de la haute estime que lui a témoignée la Société, en le renommant chaque année comme par acclamation, et en lui conférant ainsi de fait une présidence perpétuelle, si quelque chose ici-bas peut mériter ce nom ?

Tous ceux qui ont approché Orfila se rappellent avec admiration cette rare intelligence, cette prodigieuse activité, et cette exactitude merveilleuse dans l'accomplissement des nombreux devoirs de sa haute position.

Au milieu de ses occupations multipliées, M. Orfila a su consacrer quelques momens à la Société médicale d'émulation, et la Société conserve un précieux souvenir de sa participation active à ses travaux. Elle s'honore de le compter au rang de ses membres et elle s'enorgueillit de pouvoir ajouter le nom d'Orfila aux noms illustres de Bichat, d'Alibert et de Larrey, ses fondateurs.

Ces noms glorieux, espacés dans la vie d'une Société, sont de puissantes conditions de prospérité et d'avenir. Pour celle que j'ai l'honneur de représenter ici, le souvenir d'Orfila, joint à celui de tant d'hommes célèbres qui lui ont appartenu depuis son origine, sera un puissant motif d'émulation, et comme une tradition de travail et d'ardeur scientifiques, qu'elle a mission de conserver et de transmettre à ses successeurs.

Quel immense et imposant concours, Messieurs, si toutes les Sociétés de France, toutes les institutions qui ont reçu de M. Orfila quelque lustre ou quelque bienfait, se trouvaient réunies autour de sa tombe !... Toutes du moins s'associeront à nous dans l'expression de leur douleur, comme naguère dans le tribut de leur admiration et de leur reconnaissance.... Et, puisqu'il faut mourir, heureuse, au moins, la destinée de celui qui a pu recueillir tant de marques d'estime pendant sa vie, et qui inspire, après sa mort, de si universels regrets.

5° Discours qui devait être prononcé par M. le comte de Salvandy :

Messieurs,

Il y a quelques jours à peine, le savant illustre, l'illustre professeur, l'administrateur intègre, infatigable, intrépide, l'homme de bien éminent et excellent, était chez moi plein de vie, plein de feu, parlant de la science avec amour, de ses travaux avec confiance, me racontant ses créations, m'exposant ses vues, portant sur le plus lointain avenir ce grand et ferme regard que nous avons tous connu, qui jaillissait de sa belle et noble tête, comme une ardente lumière d'un foyer plus ardent encore. Et voilà que nous nous pressons autour de son cercueil! Citoyens de tous les rangs et de tous les âges, nous accourons pour envoyer un cri d'adieu à sa tombe, pour chercher des consolations à cette grande perte, en parlant de tout ce qui nous reste de lui.... Heureux, pour mon compte, si je pouvais reproduire exactement ses pensées, graver dans vos souvenirs tout ce qui demeure ineffaçable dans le mien ! Lui seul, avec cet accent de la conscience et de la supériorité qui faisait arriver si profondément sa vibrante voix à l'esprit et à l'âme, lui seul pouvait révéler pleinement ses trésors d'intelligence, de volonté, de dévoûment, de courage dont Dieu l'avait doté. Il ne les exposait pas, il les trahissait. A chacune de ses paroles, la passion et le génie du bien éclataient en lui.

Depuis cinq ans, les événemens avaient mutilé cette puissante existence. L'administrateur n'était plus. Cette grande partie de sa haute intelligence et de sa noble mission avait péri de la main de nos vicissitudes, longtemps avant que tout le reste pérît tout à coup de la main de Dieu. Le professorat, la science, les institutions utiles avaient profité de cette lacune de sa vie. Je sais ce que l'Etat y avait perdu, ce qu'il y perdait, alors surtout que dans les conseils qu'avaient si longtemps éclairés son expérience et sa sagesse, tout était en question, y compris ces conseils même, et avec eux tous les établissemens, toutes les règles, toutes les maximes : car la fragilité était le lot commun de l'enseignement, de l'Etat, de la société. D'autres diront, avec savoir et autorité, ce que fut jusqu'au dernier jour le maître de la science, l'instituteur de la jeunesse, l'homme de bien éprouvé, créateur, magnifique, inépuisable. J'entends vous parler du grand administrateur, des services qu'il rendit à ce titre, de ce que nous lui avons dû tous. Ce sera payer à la fois la dette de la reconnaissance personnelle et celle de la justice publique.

Orfila, que la nature avait fait si robuste, que les martyres volontaires de périlleuses expériences et les martyres forcés d'afflictions de toute nature, en l'éprouvant rudement, n'avaient pu abattre, semblait devoir par cela même, avec toute cette jeunesse de l'esprit, du cœur et de l'activité qui brillait en lui, nous être conservé longtemps encore. Il comptait 66 ans à peine. Il était né le 27 avril 1787, quand le monde, reposé d'une grande lutte qu'avait dominée l'alliance féconde de la France et de l'Espagne, semblait entré pour longtemps dans le repos et allait entrer dans les convulsions.

Il naquit à Mahon, sur ces rochers isolés des îles Baléares, contemplant de l'œil, dès son enfance, les deux empires, comme pour choisir un jour entre les deux patries. Il avait les génies différens de toutes deux : l'activité investigatrice, féconde, novatrice de l'une, et la fermeté d'âme, la patience résolue, la persévérance intrépide de l'autre. Jeune, témoin de la guerre maritime où l'Espagne était de nouveau engagée de concert avec la France, il fut marin d'abord et visita ces rivages de l'Orient et du Midi, que les grands ancêtres de la médecine moderne, les Grecs et les Arabes, ont illustrés; ils parlèrent vivement à son imagination. Par degrés, il se sentit entraîné, des sciences mathématiques qui avaient été son apprentissage nécessaire, vers les sciences naturelles, vers les sciences médicales surtout, par un instinct invincible. Cet instinct supérieur ne le destinait pas à la carrière du praticien honorable et dévoué dont les secours cherchent les souffrances individuelles, en disant, comme Ambroise Paré : « Je les soigne : Dieu veuille les guérir ! » Sa vocation devait être celle du médecin scientifique et inventeur qui se préoccupe de l'humanité entière, qui travaille à pénétrer les causes des affections humaines pour arriver, par la voie des acquisitions nouvelles de la science, aux moyens généraux de les prévenir, de les tempérer ou de les guérir. Cette vocation devait le tourner par degrés vers la France. Encore ce ne fut pas lui qui se donna à la patrie adoptive, prête à se saisir et à s'honorer de lui ; ce furent ses concitoyens qui firent ce choix plus que lui-même.

A Valence, à Barcelone, des succès exceptionnels avaient fixé l'attention publique sur ce jeune homme marqué du sceau des intelligences supérieures. Les autorités sentirent qu'un état stationnaire et arriéré des connaissances publiques n'allait pas à la vive flamme qu'il portait en lui. Il était arrivé, en quelques années, à savoir tout ce qui s'enseignait dans son pays. Qui pouvait méconnaître qu'on savait davantage ailleurs ? La révolution, qui par ses tristesses et ses servitudes avait refoulé le génie des lettres, avait laissé l'asile de la science à l'esprit français. L'esprit français s'y était précipité. Alors brilla la phalange de savans, de chimistes, de praticiens illustres dont la gloire a séduit, dont les leçons ont préparé tous les maîtres dont nous nous enorgueillissons aujourd'hui, et qui m'environnent.

La junte de Barcelonne résolut d'envoyer à cette phalange glorieuse un soldat de plus. Orfila vint. C'était en 1807. Il ne devait plus nous quitter. Il se sentit sur son vrai théâtre ; il trouvait l'emploi de toutes ses forces. Il apercevait dans l'ordre de ses études des routes inconnues, et y marchait guidé par les plus vives lumières. Disciple opiniâtre, qui ne connaissait point le repos, il s'égala aux maîtres successivement par le travail, par l'esprit de recherche, par la sagacité ingénieuse qui découvre et qui applique, par cette rectitude des grands esprits qui met l'imagination, comme une servante active et docile, à la disposition du jugement et de la vérité. Parmi toutes les voies ouvertes devant lui, il en aperçut d'inexplorées, qui, du moins, comme des filons négligés dans les mines où on va chercher l'or, devaient donner à un labeur nouveau de nouvelles richesses. Il se voua tout entier à les interroger, à en tirer les trésors qu'elles renfermaient.

Vous savez mieux que moi, Messieurs, quels furent ses débuts, quelles furent ses conquêtes. Jeunes hommes qui m'écoutez, il était pauvre, mais laborieux, ami vrai de la science, résolu à remplir sa carrière. Pour suivre les grands maîtres, il se fit maître lui-même. Il institua un cours libre pour pouvoir fournir à ses manipulations, à ses expériences, à ses découvertes. Deux branches de savoir en particulier l'attirèrent : la médecine légale et la toxicologie, deux sciences qu'il créa, on peut le dire; car il les classa, il les constitua, il les développa ; sciences positives et d'une action immense, diverses par leur nature et par leur portée, l'une qui était toute d'observation et de pratique, l'autre pleine de recherches, de combinaisons nouvelles, de résultats imprévus qui deviennent à leur tour des fils conducteurs de plus, toutes deux ayant au fond de lui-même un lien commun, en ce qu'elles répondaient aux deux principales facultés de son esprit, l'investigation savante et l'application utile, actuelle, générale. Toutes deux servaient également cette grande chose qui dans ce temps-là était le but instinctif de sa pensée, l'intérêt public. Dans le monde entier, qui ne sait quel instrument nouveau toutes deux furent dans sa main pour élever et agrandir le ministère et presque le sacerdoce du médecin, en faisant de ce savant autorisé et impartial la lumière de l'administration, de la justice, de la législation. Les secours qu'il a instruit les sciences médicales et la puissance publique à se demander, à se prêter réciproquement dans l'intérêt commun des hommes, peuvent n'être pas appréciés encore de la foule. Il y a là une partie latente de sa gloire que chaque jour fera mieux sentir. Mais qui n'a vu avec émotion, quelquefois avec terreur, l'espèce d'infaillibilité dont il revêtit la justice humaine pour la poursuite des crimes les plus lâches, les plus faciles, les plus redoutables, quand il paraissait devant le magistrat comme un magistrat, devant le juré comme un oracle, devant le coupable comme le destin ? On avait cherché inutilement dans les viscères la preuve du crime. Il enseigne à trouver le témoin irrécusable dans les dernières profondeurs de l'organisation humaine, et l'arrêt formidable de sa bouche, en établissant la sécurité de la société, devient l'arrêt solennel de la justice.

Ainsi se décélait cette autre grande mission d'Orfila qui le destinait, soit par ses créations personnelles, soit par ses fonctions publiques, à compter parmi les grands serviteurs de l'Etat, dans un temps où l'Etat était plus que jamais difficile à servir. L'homme n'est pas un être simple comme la foule l'imagine. Des facultés corrélatives, quoique diverses, se prêtent un mutuel appui. J'ai entendu Cuvier dire souvent, à propos de deux emplois différens de son génie dans chacun desquels il excellait: « On voudrait que je sacrifiasse à l'histoire naturelle le conseil d'État, » et on ne sait pas que je n'apporterais point dans l'histoire naturelle la » même puissance de travail, si le conseil d'État, qui m'intéresse et qui » me charme, ne me donnait, par cette satisfaction intérieure et par » cette diversion, des forces de plus. »

Tel était Orfila. Nous avons vu que de disciple, il était devenu maître à son tour. D'un cours libre, la Restauration l'avait fait passer à une chaire dans cette grande Faculté de Paris qui est le foyer principal et le principal sanctuaire de la science dans le monde entier. C'était le prix naturel de ses travaux, de sa renommée, de l'éclat qui s'attachait déjà à ses œuvres et à sa personne. Mais là, sur cette scène nouvelle, de nouvelles qualités éclatèrent. On savait d'avance son élocution facile, son exposition lumineuse, variée, saisissante, son action sur le jeune auditoire suspendu tout entier à sa parole ; on sut maintenant sa fermeté, son énergie, son autorité. Le grand professeur n'enseigne pas seulement ; il gouverne. Il a la décision, le courage, les responsabilités de tous les gouvernans. Dans cette forte épreuve de l'homme entier, le caractère donne sa mesure comme l'esprit. Il en a été ainsi des hommes d'élite qui m'écoutent. Ainsi se montra entre tous Orfila.

C'était dans les premières années de la Restauration, quand les vives étincelles de libertés longtemps proscrites développaient parmi nous, à côté de biens immenses, cette flamme active mais inquiète dont nous ne devions que trop connaître les effets. Les écoles pouvaient-elles ne pas s'en ressentir ? Les mouvemens qui se succédèrent mirent en lumière chez Orfila les fortes qualités qui, dans le professeur, font connaître et respecter l'homme. Il se désignait ainsi lui-même, dans cette carrière glorieusement fournie, pour une carrière plus vaste et plus haute. Les événemens la lui ouvrirent. Le gouvernement de 1830, qui avait besoin de plus de forces parce qu'il avait plus d'obstacles, l'appela ainsi presque simultanément à l'honneur de faire partie du conseil général des hôpitaux et du conseil général de la Seine, de diriger la Faculté de Paris, de siéger dans le conseil royal de l'instruction publique, de tenir particulièrement en main toutes les branches de l'enseignement médical, en même temps qu'il concourait à la discussion et à la conduite de tous les intérêts généraux de l'enseignement public et de

sson organisation dans tout le royaume. C'est alors qu'il fut véritablement à sa place. Dans tous ses postes, il se montra immédiatement à la hauteur de ses nouveaux devoirs. L'étendue de l'esprit, la fermeté des vues, l'intelligence des moyens, la poursuite résolue des grands résultats, la résistance invariable aux passions de toute nature, la sagacité dans les règles à imposer, dans les institutions à établir, dans la discipline à maintenir et quelquefois à créer, toutes ces choses, qui sont l'âme et le génie de l'administration, se trouvèrent en lui éminentes. Il eut un mérite plus grand, dont on peut juger aujourd'hui. Parmi tous les courans qui agitaient l'opinion publique, maîtresse souveraine des destinées publiques, il se rangea invariablement, sans bruit comme sans faiblesse, du côté du pouvoir qui luttait avec courage pour défendre la société du péril de ses entraînemens et les libertés elles-mêmes du péril de leurs excès.

Dans le département ministériel où il avait une si grande place, les dépositaires successifs de l'autorité trouvèrent en lui la collaboration loyale, dévouée, fidèle du savant et de l'honnête homme. Ce département, dans la situation menacée où était le pays à son insu, avait une mission à part dans le travail commun du gouvernement. Il avait charge d'âmes sur la société; il devait porter le remède aux sources du mal. C'était aux esprits et aux âmes qu'il devait donner des forces contre les pentes fatales qui nous entraînaient. C'était par la jeunesse, par ses maîtres, par les institutions faites pour elle, par l'esprit dont elles seraient pénétrées, qu'il devait, avec l'aide de Dieu, assurer l'avenir. Indépendamment des directions générales, on pensait que coordonner, étendre et honorer l'enseignement était un des moyens de le rendre à la fois plus fécond et plus salutaire. Orfila fut un ouvrier admirable de cet ensemble de travaux et de desseins. Faut-il dire ce qu'il fut notamment pour la vaste branche du service qui était plus particulièrement confiée à sa sollicitude et à ses lumières? L'enseignement médical et pharmaceutique dans tout le royaume, vous le savez comme moi, Messieurs, vit partout, pendant ces dix-huit années, se multiplier les réformes, les améliorations, les réorganisations intelligentes, les créations utiles. Je ne fais que rendre à M. Orfila ce qui lui appartient, en disant ici sur sa tombe, à l'égard de tous ces actes qui forment un code tout entier, qu'il fut le promoteur la plupart du temps, le conseiller et le régulateur toujours.

Mais nos Ecoles préparatoires, nos Ecoles de pharmacie, nos Facultés, nos cours libres, nos cliniques, nos amphithéâtres, toute cette forte constitution de l'enseignement médical, qui l'a placé si haut dans notre pays, n'était qu'une partie des devoirs de l'administration supérieure, qu'une partie des méditations et des veilles d'Orfila. Son esprit généralisateur suivait avec zèle l'administration dans une voie plus vaste, et souvent l'y devançait. Comment oublier les vues qu'annonçait la *Caisse de prévoyance* dont il prit seul l'initiative, qui fut son honneur et son ouvrage? C'était la profession même qu'il devait élever de plus en plus dans l'intérêt de la science, des familles et de la société. Le corps médical, par ses conditions d'études, par ses lumières, par ses services, et, ce qui vaut mieux, par son dévoûment toujours charitable, souvent héroïque, est une part essentielle et considérable de la société française. Sa constitution importe aux intérêts les plus chers et les plus élevés de l'Etat. Le gouvernement et la législation devaient venir en aide à son organisation. Le corps lui-même avait le sentiment, exprimait le vœu de réformes profondes, d'améliorations étendues. Vous vous rappelez ces nombreuses assises, sous le nom de *congrès médical*, qui présentèrent un spectacle nouveau, celui d'une délibération libre des intérêts communs, où domina la sagesse. Elle y domina au point que la voix du gouvernement, faisant connaître loyalement les résolutions auxquelles il était arrêté, rencontra, au milieu de la diversité des sentimens, la presque unanimité des adhésions. Ai-je besoin de dire qu'en cette grave conjoncture, comme en toute autre, le gouvernement trouva dans l'expérience et la sagesse de l'habile conseiller, de l'illustre doyen, sa force et sa lumière. Orfila eut la satisfaction de voir la constitution professionnelle sortie de tant de travaux préliminaires auxquels il avait pris une si grande part, passer avec succès par l'une des délibérations les plus solennelles, les plus prolongées, les plus éclatantes qui aient honoré les assemblées législatives sous la monarchie constitutionnelle.....

Il ne la vit pas arriver au terme de ces fortes épreuves. La monarchie constitutionnelle n'était déjà plus! Orfila, presque seul dans tout cet ordre d'enseignement et de travaux qui l'avaient illustré, fut entraîné dans sa ruine. C'est une distinction que sa mémoire peut accepter. Pour prix de l'adoption de la France, il l'avait servie avec fruit et avec éclat pendant dix-huit années prospères et libres.

La Faculté de médecine de Paris gardera éternellement son souvenir. La bonne discipline intérieure, l'intelligente sévérité des examens, le patient labeur des élèves, l'assiduité dévouée des maîtres, dont il donnait le modèle en même temps que le précepte, la bonne répartition des moyens infinis d'études réunis ou développés par sa vigilance infatigable, toutes ces choses qui sont l'œuvre et la gloire de tous, mais où sa main fut empreinte plus qu'aucune autre, seront des monumens de sa gloire, autant que ces autres monumens visibles et immortels qui entourent l'École ou la remplissent, et qui suffiraient seuls à léguer son nom à la reconnaissance des générations à venir. D'autres travaux, d'autres créations ne permettront pas davantage que l'oubli atteigne ce nom respecté. Il y a les œuvres où sont consignés les progrès qu'il fit faire par lui-même à la science, et qui resteront autant que la science même. Il y a celles où il convia toute cette jeunesse qui se presse sur son tombeau, à faire comme lui, à vivre soldats et martyrs de ces branches des connaissances humaines qui ont pour but, entre toutes les autres, l'étude et le service de l'humanité. Nos Facultés, nos Écoles, nos Académies, nos Cités perdront-elles jamais la mémoire de ces libéralités magnifiques qui semblaient ne devoir être qu'un acte de sa carrière, et qui en auront été le terme, comme si elle ne pouvait être plus dignement couronnée! On se demandait, je lui demandais moi-même, dans cet entretien si récent qui devait être le dernier, et qui est maintenant sacré pour moi, pourquoi il avait ajouté, de son vivant, à l'institution généreuse et excellente du musée Orfila, toutes ces riches et doctes fondations qui font de lui le Monthyon des sciences médicales et de la santé publique. « Pourquoi? me dit-il; parce que j'aime la » science et la jeunesse avec passion. Cette jeunesse que j'ai fait travailler de mon mieux partout, tant que j'y ai pu quelque chose, j'ai » voulu lui tailler du travail pour *deux cents ans!* et, quant à la » science, convaincu qu'il y a de grands secrets à approfondir dans » l'organisation humaine, dans la cause et la nature des affections qui » abrégent ou flétrissent l'existence, j'ai voulu tracer moi-même la » route, avoir la perspective de diriger les premiers efforts, pour être » sûr que d'autres feront après moi ce que je ne puis pas demander à » la Providence le temps d'accomplir. »

C'était son testament qu'il me dictait à mon insu! Le temps ne devait pas lui être laissé d'achever son ouvrage, de tracer les premiers programmes, de suivre de l'œil les premiers résultats. Il n'a pu que recueillir l'écho anticipé des bénédictions et des regrets qui resteront attachés à sa mémoire. La Providence, comptant les œuvres plus que les années, avait marqué les jours de cette vie si honorable et si remplie.

Bien remplie, en effet; car, trop long pour cette enceinte, que de choses ce discours a omises! ses titres scientifiques véritables, ses œuvres charitables sans nombre, ses qualités attachantes et charmantes. L'homme d'intérieur, l'homme du monde, étaient accomplis en lui comme l'homme d'études, comme l'homme pratique, comme le serviteur de l'Etat, comme le grand organisateur; l'ami des arts, comme l'ami des pauvres; le gérant de l'assistance publique, comme le défenseur éclairé de l'ordre et des lois. Le saisissement douloureux de la société entière à la nouvelle inattendue qu'Orfila n'était plus, la douleur incomparable d'une famille digne de lui, d'une compagne qui mérita de faire le bonheur de sa vie, cet immense concours, ces regrets, ces larmes, sont un hommage qui vaut mieux pour sa mémoire que les honneurs qui vinrent le chercher. Il remplace ceux qui lui manquèrent. Maîtres illustres qui fûtes ses collaborateurs, ses amis et quelquefois ses élèves; élèves laborieux, qui êtes ses légataires et qu'on est heureux de voir se presser à ses funérailles, un seul mot convient à l'inconsolable affliction de ce moment et aux pensées religieuses de ce lieu: Faites honneur à son testament et imitez sa vie! »

Nous regrettons vivement que le jeune élève en médecine, dont le nom nous est inconnu, et qui a été l'organe de ses condisciples, ne nous ait pas fait remettre la copie de son discours. C'est le seul discours qui manquera à la collection de ces hommages pieux, touchans et éloquens rendus à M. Orfila.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Addition à la séance du 7 Mars. — Présidence de M. DE JUSSIEU.

Sur la propagation de l'électricité dans les centres nerveux.

M. BONNEFIN adresse un mémoire intitulé: Recherches expérimentales sur la propagation de l'électricité dans les centres nerveux.

Dans l'application de l'électricité, par les appareils magnéto-électriques, contre les maladies qui réclament ce moyen thérapeutique, agit-on sur les centres nerveux? Par quelle voie agit-on? et quelles sont les conditions dans lesquelles son action s'exerce, sur l'une ou l'autre partie de ces centres? Telles sont les questions que l'auteur s'est proposé de résoudre dans ce travail. Il résume le résultat de ses recherches dans les conclusions suivantes:

1° Les nerfs et la moelle épinière ne sont pas parcourus autrement que les autres parties du corps par les courans électriques des appareils magnéto-électriques.

2° L'électricité (de la source indiquée) agit sur les centres nerveux par l'excitation des nerfs sensibles, situés aux points d'application des excitateurs, ou dans le voisinage de ces points, à une distance qui ne dépasse pas de beaucoup 15 centimètres au-delà des points d'application; à moins d'être sur le trajet d'une zone peu étendue qui les joindrait.

3° Quant on veut agir sur les centres nerveux autrement que par la sensibilité, il est nécessaire d'en approcher les excitateurs.

4° Il est facile de prendre pour des excitations d'un nerf ou d'un organe par l'électricité, des phénomènes qui n'appartiennent qu'à une surface, à un organe voisin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 Mars 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

La correspondance comprend:

1° Une lettre du ministre de l'intérieur et du commerce qui accuse réception du rapport adopté par l'Académie dans la séance du 30 novembre dernier, sur les épidémies relatées dans les comptes-rendus pour l'année 1851, et applaudit à la résolution qu'elle a prise de décerner, à partir de cette année, un certain nombre de médailles, en récompense des preuves de zèle et d'instruction données par les médecins des épidémies et les médecins-inspecteurs des eaux minérales.

2° Une observation de M. le docteur ROUIS, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire d'Aumale (division d'Alger), sur un cas d'abolition des facultés vocales chez un sujet atteint d'abcès du lobe antérieur de l'hémisphère cérébral gauche.

3° Une note de M. BONJEAN, de Chambéry, sur l'emploi de l'ergotine dans les fièvres typhoïdes.

4° Une lettre de M. BERNSTEIN, sur la cause et le traitement préventif du choléra.

5° Une note de M. MONCHET, sur les fièvres paludéennes endémiques de Bone (Algérie).

— M. LE PRÉSIDENT, après avoir annoncé la perte que viennent de faire la Faculté, l'Académie et le corps médical de la France entière, rend compte de la part qu'ont prise le bureau et la députation de l'Académie aux funérailles de M. Orfila, et annonce que pour mieux rendre hommage à sa mémoire, l'Académie interrompra, pour aujourd'hui, ses travaux. La séance sera levée après l'élection pour laquelle l'Académie a été convoquée, et la lecture du discours prononcé sur la tombe de M. Orfila, au nom de l'Académie, par M. Dubois (d'Amiens).

Sur la proposition de M. ROUX, adoptée par acclamation, une députation de l'Académie ira, en son nom, exprimer les sympathies de la compagnie à la veuve de M. Orfila.

L'Académie procède au scrutin pour l'élection d'un membre dans la section d'anatomie pathologique. (Voir plus haut.)

En conséquence, M. Requin est proclamé membre de l'Académie. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

M. DUBOIS (d'Amiens), lit le discours prononcé aux funérailles de M. Orfila.

La séance est levée à quatre heures.

COURRIER.

BULLETIN SANITAIRE.

Depuis notre dernier bulletin, l'état de la santé publique s'est très favorablement modifié, et bien que les hôpitaux reçoivent encore chaque jour un nombre assez considérable de malades atteints de fièvres typhoïdes, la diminution est tellement marquée, que nous espérons annoncer prochainement la terminaison de l'épidémie, ou du moins sa réduction à des proportions insignifiantes.

Voici le mouvement des hôpitaux, jour par jour, depuis notre dernier bulletin:

	Entrées.	Décès.	Sorties.
Lundi 7 mars. . .	56	18	66
Mardi 8.	56	22	39
Mercredi 9. . . .	65	17	31
Jeudi 10.	51	18	64
Vendredi 11 . . .	39	9	36
Samedi 12.	32	10	69
Dimanche 13. . .	50	15	49
Lundi 14	44	12	49

On voit que le nombre des entrées est tombé le 14 à 44, chiffre très faible, surtout pour un lundi, jour où les malades entrent en plus grand nombre dans les hôpitaux. Le nombre des décès est aussi très faible; 121 décès sur une moyenne de plus de 1,400 malades; c'est donc moins de 10 p. 100. Le nombre des sorties a beaucoup augmenté, preuve de la bénignité plus grande de la maladie. Enfin, le nombre des malades atteints de fièvre typhoïde, qui était de 1,500 le 6, est tombé le 14 à 1,389; différence, 121.

Par une disposition expresse de son testament, M. Orfila avait prescrit que son corps ne fût pas embaumé; mais il avait voulu que l'autopsie en fût faite. Cette triste opération a été pratiquée. L'un des poumons a été trouvé à l'état d'hépatisation grise.

— Au milieu des tristesses du moment, nous sommes heureux d'annoncer que notre célèbre confrère, M. Louis, qui a été également atteint de pneumonie, est entré en pleine et franche convalescence.

— M. le professeur Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, s'est trouvé aussi dans une position alarmante. Une épistaxis, longtemps incoercible, a donné de vives inquiétudes à ses amis. Nous apprenons avec une vive satisfaction que cet accident n'a eu aucune suite.

— On s'arrêtait, à l'enterrement de M. Orfila, devant le tombeau de Lisfranc, monument d'un très beau style. Il est surmonté du buste en bronze du célèbre chirurgien d'une ressemblance parfaite. Deux bas-reliefs, également en bronze, ornent les côtés; l'un représente Lisfranc donnant ses soins aux blessés de Leipzig; l'autre le représente dans l'amphithéâtre de l'hôpital de la Pitié, faisant une leçon de clinique. Une main pieuse entretient avec beaucoup de soin les fleurs qui entourent le tombeau, et des couronnes toutes fraîches témoignent d'une douleur encore présente.

— Le docteur Forbes Winslow a été élu président de la Société médicale de Londres.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Les dernières épreuves du concours de l'agrégation (argumentation des thèses) commenceront vendredi prochain, 18 mars.

Voici l'ordre dans lequel les argumentations auront lieu:

Vendredi 18 mars.	M. Blain des Cormiers.
	M. Milcent.
Lundi 21.	M. Bouchut.
	M. Leudet.
Mercredi 30. . . .	M. Léger.
	M. Empis (Simonis).
Vendredi 1er avril.	M. Lasègue.
	M. Gubler,
Lundi 4.	M. Frédault.
	M. Aran.
Mercredi 6.	M. Delpech.
	M. Hérard.
Vendredi 8.	M. Tholozan.

HOPITAUX. — Nous apprenons de source certaine que d'ici à quelques jours, une solution sera prise relativement au système de chauffage à appliquer au nouvel hôpital Lariboissière, et que les travaux seront commencés immédiatement et poursuivis avec la plus grande activité.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Mémoire sur le traitement de la fièvre typhoïde par les émissions sanguines au début et par l'eau froide (*intus et extrà*) pendant toute la durée de la maladie, par le docteur LEROY, médecin en chef de l'hospice de Béthune (Pas-de-Calais). — Broch. in-8. Paris, 1852. Aux bureaux de l'UNION MÉDICALE, 56, faubourg Montmartre. — Prix: 1 fr.

Ce travail, qui a été publié en grande partie dans l'UNION MÉDICALE, et qui a fait sensation, renferme plusieurs observations inédites.

Traité pratique des Maladies des yeux, par W. MACKENSIE, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow; traduit de l'anglais, avec notes et additions, par G. RICHELOT et S. LAUGIER, docteurs en médecine de la Faculté de Paris. Un fort volume in-8. Prix: 6 fr.

Chez Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 17.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 33. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 19 Mars 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............... 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

DE LA SUBSTITUTION DU BLANC DE ZINC AU BLANC DE PLOMB [1].

Nous lisions, il y a quelques jours, dans le *Moniteur universel*, que M. le ministre de l'intérieur avait réuni sous sa présidence le comité d'hygiène publique et le comité des arts et manufactures, pour leur soumettre l'importante question de la substitution du blanc de zinc au blanc de plomb dans les travaux de peinture des bâtimens.

Ainsi, le gouvernement s'occupe activement de ce grave et intéressant sujet, auquel nous avons consacré, l'année dernière, plusieurs articles dans l'UNION MÉDICALE.

Le *Moniteur* ajoute : Après un exposé de l'affaire, qui a eu lieu par un rapport du directeur général de l'agriculture et du commerce, M. le ministre a prié les membres des deux comités, composés d'hommes éminens dans la science et dans l'industrie, d'étudier avec soin les intérêts si précieux qui se rattachent à cette grave question, et de faire connaître, avec la plus entière indépendance, leur opinion au gouvernement.

Une commission, prise dans le sein de l'assemblée, a été chargée de préparer les élémens de la discussion qui doit s'ouvrir prochainement. Cette commission se compose de :

MM. Magendie, membre de l'Institut, professeur au Collége de France.
Chevreul, membre de l'Institut.
Bussy, membre de l'Institut, directeur de l'École de pharmacie.
Legentil père, ancien président du tribunal de commerce de la Seine.
Barbier, administrateur des douanes.
Davenne, directeur de l'assistance publique.
Regnault, directeur de la manufacture de Sèvres, membre de l'Institut.
Baron Séguier, membre de l'Institut.
Dr Tardieu, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine.

(1) Le rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE ayant l'honneur de faire partie, à titre de secrétaire, du comité consultatif d'hygiène publique auquel la question du blanc de zinc a été déférée, concurremment avec le comité consultatif des arts et manufactures, déclare que l'article ci-dessus ne peut et ne doit être considéré que comme l'expression de l'opinion personnelle de M. le docteur Richelot.

En présence de cette initiative du gouvernement, les intérêts qui se sentent menacés ont dû s'émouvoir. Un des principaux fabricans de céruse de France, M. Bezançon, d'Ivry (Seine), a adressé aux membres de la commission ci-dessus désignée une lettre dans laquelle il signale avec force les améliorations remarquables qu'il a introduites dans la fabrication de la céruse au point de vue de la santé des ouvriers. Cette lettre a reçu la publicité de la presse périodique. « Aucune dépense, dit M. Bezançon, aucun sacrifice ne nous ont coûté pour introduire dans notre fabrique les procédés destinés à mettre les ouvriers à l'abri des accidens qui résultaient autrefois pour eux de ce genre de fabrication..... Nous commençons à peine à recueillir le prix de tant d'efforts. L'ordre, les soins hygiéniques et les perfectionnemens sans nombre introduits dans notre établissement, nous permettent d'affirmer que pas un de nos ouvriers, depuis un an, n'a été atteint de coliques saturnines. Aussi n'est-ce pas sans une vive émotion que nous voyons l'existence de notre industrie menacée..... »

L'UNION MÉDICALE ne saurait rester muette sur un sujet qui intéresse à un si haut degré la santé de la classe laborieuse ; et quoique les articles que nous avons publiés l'année dernière offrent un résumé assez complet de la question, nous croyons devoir attirer l'attention publique sur quelques points d'une grande importance pour la solution du problème.

Médecins, nous ne devons nous préoccuper que de la question de santé. Tous les autres intérêts, quelque respectables qu'ils soient, quelque droit qu'ils aient à être sauvegardés ou indemnisés, nous devons les laisser complètement en dehors de notre discussion.

La lettre de M. Bezançon soulève deux questions dignes de tout l'intérêt des hygiénistes : l'appréciation des perfectionnemens introduits dans la fabrication de la céruse, et celle des dangers de l'emploi de ce produit une fois fabriqué. Nous pensons que quelques courtes considérations à ce double point de vue jetteront une lumière suffisante sur le sujet qui nous occupe, et que la solution définitive ne pourra être incertaine.

C'est avec un intérêt véritable que l'on suit les progrès dus à M. Bezançon, au point de vue de l'hygiène, dans son usine. En 1844, cette usine comptait 80 ouvriers, qui fournirent 62 malades pendant cette année là. En 1845, l'usine passa sous la direction de M. Bezançon. Grâce à l'emploi des machines, le nombre des ouvriers, et par conséquent celui des victimes, diminua. 23 ouvriers seulement travaillent maintenant dans cet établissement, et produisent plus que les 80 qui y travaillaient autrefois.

Voici le tableau des malades qui ont été observés dans cette usine de 1845 à 1851 :

1845	29 malades.
1846	25
1847	40
1848	22
1849	10
1850	20
1851	13

Enfin, d'après la lettre de M. Bezançon, il n'y aurait pas eu un seul malade pendant l'année 1852.

Comment est-on parvenu à obtenir ce dernier et si beau résultat? Par des soins considérables, minutieux, que nous n'avons pas besoin de relater ici, parce qu'ils sont connus; mais surtout au moyen de la précaution suivante : Un médecin visite les ouvriers tous les jours, et leur fait suspendre leurs travaux au premier indice d'intoxication saturnine.

On voit qu'il a fallu un grand nombre d'années d'efforts pour arriver au succès si péniblement obtenu. Les soins de tous les instans, qui sont nécessaires pour préserver les ouvriers, et surtout la suspension des travaux au premier indice d'intoxication saturnine, ne constituent-ils pas une condition anomale, une source de difficultés réelles? Si M. Bezançon a pu surmonter ces difficultés, peut-on espérer qu'elles seront abordées avec autant de zèle et de succès dans toutes les autres fabriques de céruse? La nécessité de suspendre les travaux au premier signe d'intoxication, ne présente-elle pas un grand inconvénient pour les ouvriers?

Certes, si la céruse ne pouvait être remplacée par aucun produit qui présentât les mêmes avantages sans offrir les mêmes dangers; en un mot, si le blanc de plomb était absolument indispensable au commerce, à l'industrie et aux arts, il n'y aurait qu'une chose à faire, ce serait de s'attacher aux perfectionnemens dûs à l'habileté et à la philanthropie de M. Bezançon, et de prendre les mesures les plus efficaces possibles pour les introduire dans toutes les fabriques de céruse. Mais la question ne peut point être ainsi limitée désormais, puisque le blanc de zinc, ainsi que nous avons cherché à le démontrer

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Sommaire. — Le discours de M. Bérard. — Le discours de M. de Salvandy. — M. Orfila et la presse médicale. — Le système de la présentation à l'œuvre. — Les candidats. — Conseils à la Faculté.

Qui ne s'est senti le désir d'honorer à sa manière, dans les limites de sa puissance, de son cœur et de son style, l'homme éminent que nous venons de perdre? J'avais aussi cédé à cette impulsion, et je voulais, ici, consigner quelques pages écrites sous l'impression de la douleur générale et de mon affliction propre; j'y renonce. Le touchant discours, cet émouvant et poétique récit de M. Bérard, les pages éloquentes de M. de Salvandy, où l'on ne sait quoi le plus admirer, ou la magnificence de la forme, ou l'élévation des idées, ou la noblesse des sentimens, ou la dignité de la douleur, tout cela me fait trop sentir que, ne pouvant atteindre à cette hauteur, le mieux est de ne tenter aucune diversion à cette sensation générale et profonde produite par M. Bérard et par M. de Salvandy. A M. de Salvandy le corps médical conservera une vive gratitude pour avoir parlé de sa mission, de son rôle social, de ses droits à la protection du pouvoir avec ce magnifique langage qui a ému et charmé tous les cœurs. Ces belles et nobles paroles, nous les garderons soigneusement, et si elles ne sont aujourd'hui pour nous qu'un vœu, qu'un témoignage, qu'une aspiration, pourquoi l'avenir n'en ferait-il pas une application et une réalité?

Renonçant à une appréciation quelconque des diverses facultés intellectuelles et administratives, qui sont autant de points de vue sous lesquels on peut envisager M. Orfila, je ne dirai que quelques mots, et c'est bien ici l'occasion et la place, des idées, des habitudes et des procédés de cet homme éminent à l'égard de la presse médicale.

Comme toutes les natures impressionnables et sensibles, M. Orfila était passionné. Comme tous les hommes passionnés, M. Orfila était extrêmement accessible aux émotions que donne la louange, aux amertumes que procure la critique. Mais comme tous les hommes véritablement supérieurs, il appréciait avec justesse et justice l'influence et l'action de la presse. Il ne la courtisait pas servilement, mais il avait pour elle une déférence noble et digne qui laissait à l'écrivain le sentiment de son devoir, tout en lui conservant celui de son indépendance. M. Orfila avait-il terminé une de ses créations? avant que le public fût admis à la juger, il appelait d'abord les journalistes, leur expliquait avec détails le but qu'il avait voulu atteindre, les initiait à la connaissance de toutes les difficultés qu'il avait eu à vaincre, s'étendait sur la comparaison de ce qui était avec ce qui allait être; exposait les avantages de la nouvelle création; mais il s'arrêtait là. Jamais, et vieux journaliste je peux en témoigner avec sécurité, jamais ni pour les pavillons de dissection, ni pour l'hôpital des Cliniques, ni pour le musée Dupuytren, ni pour le musée splendide qui porte son nom, ni pour le jardin de botanique, toutes fondations que j'ai été invité à examiner avec mes confrères de la presse médicale; jamais M. Orfila, ni directement, ni indirectement, n'a cherché à m'imposer une louange, n'a tenté de faire taire une critique. L'éloge spontané lui était, sans doute, bien sensible; il en témoignait sa gratitude, et quelquefois j'ai eu l'honneur de le recevoir dans mon cabinet, venant en personne me porter des paroles de remercîment. La critique était-elle sincère, modérée, déférente, M. Orfila ne croyait pas au-dessous de lui d'y répondre, d'expliquer, de se justifier, et plusieurs fois j'ai eu aussi l'honneur de recevoir de lui des communications de cette nature. Pour la critique décidément hostile, malveillante et injurieuse, je ne dirai pas qu'il n'en fût pas blessé, mais il donna ce grand exemple de tolérance de ne la déférer à d'autre tribunal qu'à celui de l'opinion publique. Heureux les hommes assez forts, jouissant d'une position assez élevée qui peuvent agir toujours ainsi!

Oui, à tous les titres que M. Orfila a légués au souvenir des hommes, la presse médicale doit ajouter celui d'avoir été dignement comprise et honorée par ce professeur illustre. C'est un grand exemple qu'elle peut opposer à ses détracteurs impuissans, à ses ennemis patens ou occultes, à ces hommes à paroles venimeuses, que l'on croirait des lions par leur jactance, et qui tremblent comme des lièvres quand la presse daigne s'occuper d'eux. M. Orfila, au moins, avait le courage de son opinion; il en avait la sincérité et la naïveté. Il estimait la presse ce qu'elle vaut, ce qu'elle sait valoir, Il la voulait indépendante et libre, parce qu'il savait bien que, dans ces conditions seules, ses éloges ont quelque prix. S'il se montrait sensible à ces éloges, il ne les mendiait pas; il n'était pas à plat ventre auprès d'un journaliste, l'engluant de ses cajoleries hypocrites pour le déchirer et le mépriser en son absence. S'il ne fuyait pas à reculons, comme tant d'autres, devant un bec de plume, il ne dédaignait pas non plus l'action du journalisme, et il avait pour lui la courtoisie, l'estime et les égards que le journalisme doit attendre de tout esprit juste, perspicace et habilement honnête.

Quelles pertes cruelles, et coup sur coup, vient de faire la Faculté de médecine de Paris! La démission volontaire de M. Dumas, la retraite forcée de M. Chomel, la mort de M. Richard et celle de M. Orfila, quel vide immense pour l'enseignement! La Faculté est occupée à cette heure même à réparer quelques-unes de ses pertes; que l'esprit de sagesse et de prudence, que l'intérêt et l'avenir de l'enseignement viennent inspirer ses décisions! Que le passé surtout serve de leçon au présent!

Or, que dit le passé? Que la renommée, la gloire, l'influence de tout corps enseignant sont dans le choix que ce corps sait faire de ses professeurs. Les hommes éminens qu'elle vient de perdre étaient des professeurs de premier ordre. Et par professeur, je n'entends pas seulement le savant dont les découvertes et les écrits ont illustré le nom, mais encore et surtout celui qui sait répandre, enseigner et vulgariser la science. Il a régné, il règne peut-être encore beaucoup d'idées fausses relativement à la mission des Facultés et au choix à faire de ses professeurs. Pour un grand nombre de personnes, les professeurs des Facultés — et je m'inquiète surtout des Facultés de médecine — doivent se recruter parmi les illustrations scientifiques. Cette idée est celle que l'on mettait surtout en avant pour combattre l'institution du concours, et dans l'acte d'accusation qui a précédé sa mort, c'est ce motif principalement qui a été développé, savoir, que les grands noms consacrés par la science, s'éloignaient des luttes des concours pour laisser le champ libre à la jeunesse ardente qui avait un nom à conquérir.

Le système de la présentation tel qu'il se pratique, hélas! trop souvent depuis sa résurrection, donne à tous, grands, moyens et petits, la liberté de se produire. Eh bien! que voyons-nous? Que le terrain de

dans nos précédens articles, peut être substitué utilement à la céruse dans presque toutes ses applications.

En résumé, les résultats obtenus dans l'usine d'Ivry ne nous paraissent point un argument plausible en faveur de la conservation des fabriques de céruse. La question nous semble jugée par cette simple considération, que la fabrication du blanc du zinc n'offre aucun danger pour la santé des ouvriers et ne nécessite aucune mesure particulière pour empêcher ceux-ci de tomber victimes de leurs travaux quotidiens.

Mais ce premier point de vue est loin d'être le point de vue capital. Il ne nous suffit point que les ouvriers cérusiers soient à peu près à l'abri des accidens saturnins, si la céruse, après sa fabrication, doit aller porter la maladie et la mort dans une multitude de pauvres familles qui emploient ce produit.

Les statistiques publiées par des hommes compétens, présentent les peintres en bâtimens, les peintres en voitures, les peintres en décors, les broyeurs de couleurs, etc., comme fournissant un contingent énorme dans la totalité des cas connus d'empoisonnement par le plomb.

Là est le nœud de la question.

Combien les fabriques de céruse emploient-elles d'ouvriers en France ? 4 à 500 environ. Quel est le nombre de ceux qui manipulent et emploient habituellement la céruse? Aucun document positif ne nous permet de donner un chiffre certain. Mais on peut établir d'une manière approximative qu'il n'y a pas moins de 50,000 peintres en bâtimens sur toute l'étendue du territoire français. Si on ajoute aux peintres en bâtimens toutes les professions si nombreuses qui font un emploi plus ou moins considérable de la céruse, et que nous avons fait connaître en grande partie dans nos précédens articles, on peut affirmer que les ouvriers cérusiers, c'est-à dire ceux que l'on espère pouvoir garantir du poison, sont à ceux qui font application de la céruse, c'est-à-dire à ceux qui sont exposés sans défense à l'influence délétère de cet agent, dans la proportion de 1 à 200.

L'assainissement des fabriques de céruse est donc bien réellement un résultat illusoire au point de vue de la santé publique. Pour un ouvrier à la santé duquel on porte une attention minutieuse et que l'on arrache avec plus ou moins d'efficacité à la maladie, il y en a deux cents qui sont abandonnés aux chances funestes du maniement d'une substance délétère, et qui pourtant ont les mêmes droits à la sollicitude des hommes de science et du gouvernement.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur ce second point de vue, tant la vérité nous paraît frappante. Hâtez-vous de remplacer la céruse par un produit inoffensif, partout où ce produit inoffensif pourra donner les mêmes résultats industriels et artistiques. Une pareille mesure, prise avec toutes les précautions nécessaires pour ne léser aucun intérêt respectable, sera un bienfait pour l'humanité. G. Richelot.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

PÉRIOSTITE VERTÉBRALE CERVICALE ; — COMPRESSION LATÉRALE DU COTÉ GAUCHE DE LA PORTION CERVICALE DE LA MOELLE; — PARALYSIE DIRECTE ; — CESSATION DE LA PARALYSIE PAR L'OUVERTURE DE L'ABCÈS ; — MORT PROMPTE PAR LA COMPRESSION DE L'EXTRÉMITÉ CÉPHALIQUE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE ;

Par M. Jobert (de Lamballe), chirurgien de l'Hôtel-Dieu (1).

Sterner (Catherine), âgée de 24 ans, domestique, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 15 janvier 1853 ; elle paraît bien constituée, est d'une taille moyenne et d'un tempérament lymphatique.

Il y a au moins un an que cette malade se plaignait de douleurs dans le cou et d'une gêne dans les mouvemens de flexion et d'extension de la tête. Ces souffrances allèrent en augmentant, les ganglions cervicaux s'engorgèrent. D'abord isolés et mobiles, ils se sont groupés et soudés entre eux dans l'espace de deux mois. L'aggravation de ces symptômes fut bientôt suivie d'une plus grande gêne dans les mouvemens de la tête, et c'est alors qu'on vit apparaître une tumeur volumineuse sur la partie latérale gauche du cou.

Plusieurs mois avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle ressentit des fourmillemens dans le bras gauche, et peu à peu se dessinèrent tous les symptômes de la paralysie de ce membre. Cette paralysie la força à entrer dans un hôpital, où elle reçut les premiers secours de la chirurgie. Le chirurgien de cet établissement fit cesser la compression par l'ouverture de l'abcès. La plaie resta fistuleuse, les douleurs du cou ne cessèrent pas, et les mouvemens demeurèrent difficiles. En sortant du premier hôpital, après six semaines de séjour, elle entra à l'Hôtel-Dieu, où elle succomba à de nouveaux symptômes de compression de la moelle épinière.

Voici dans quel état se trouvait la malade le 16 janvier :

1° Elle était d'une pâleur extrême et anémique.

2° Elle portait au côté gauche du cou une tumeur volumineuse, tendue, chaude, rouge-violacée, présentant une petite ouverture fistuleuse.

3° La déglutition est normale.

4° Les mouvemens de la rotation de la tête sur l'axis sont abolis.

5° La flexion et l'extension sont très douloureuses et presque impossibles.

6° Des douleurs lancinantes profondes, et une céphalalgie intense, accablent la malade ; elle est sous l'influence d'un mouvement fébrile.

Comme on le voit, la situation était alarmante, et je m'efforçai de combattre les accidens par une médication locale et générale ; c'est pour faire cesser l'inflammation et vider le foyer, que je fis une large incision à la tumeur ; du pus et un séquestre sortirent par la plaie. La portion d'os était de la grosseur du bout du doigt, elle était formée de tissu excessivement raréfié et friable.

Le soir, la céphalalgie et la fièvre, quoique moins intenses, persistaient.

Le 18, la céphalalgie n'a pas cessé ; la face est rouge ; la bouche est amère, et la fièvre continue.

Les 19, 20, 22, 24, 26, la malade s'alarme sur sa position, et est persuadée qu'elle ne guérira pas.

Le 27, cette femme a été prise, pendant la nuit, d'un délire vague ; cependant elle reconnaît tout le monde ; des hallucinations fatiguent son esprit. Vers minuit, elle est prise d'un accès convulsif, et meurt quelques minutes après.

L'autopsie est faite trente-deux heures après la mort. Le cadavre est sans raideur et n'offre aucune trace de putréfaction. Le cerveau contient, dans les ventricules, un peu plus de sérosité que d'habitude. On rencontre çà et là sur la pie-mère quelques taches sanguinolentes qui pénètrent la substance cérébrale sans l'altérer. Cette dernière présente du piqueté à la coupe. Les organes thoraciques sont sains, les poumons sont gorgés de sang à leur partie postérieure, et cependant ils crépitent. Les viscères abdominaux sont également gorgés de sang et n'offrent pas d'autre particularité. Le côté droit du cou ne présente rien de particulier.

Le côté malade laisse voir un foyer placé en avant du muscle trapèze; remontant jusqu'à l'apophyse mastoïde. Les scalènes sont en partie refoulés, en partie détruits. Autour de la poche, les tissus sont indurés; çà et là quelques rides nerveuses et vasculaires la traversent ; les vaisseaux carotidiens ont été déplacés et rejetés en dedans.

La partie profonde du foyer est représentée par la deuxième, troisième, quatrième et cinquième vertèbres cervicales altérées à des degrés variables ; l'axis est divisé immédiatement en arrière de son apophyse articulaire gauche. Cette perte de substance porte sur l'arc latéral de la vertèbre ; le tissu osseux est nécrosé, très friable. Cette altération se prolonge à 2 centimètres en arrière de la solution de continuité.

L'arc de la troisième vertèbre cervicale est presque entièrement détruit du côté gauche ; il en reste à peine 1 centimètre et demi. L'apophyse articulaire a disparu. Le tissu osseux y présente les mêmes altérations que sur l'axis ; cette altération se prolonge jusqu'à l'apophyse épineuse.

En avant le col de l'apophyse transverse et le pédicule qui la supporte sont également altérés, le trou de conjugaison n'existe plus.

La quatrième vertèbre cervicale n'a pas de solution de continuité.

L'apophyse articulaire n'a pas de périoste.

L'articulation de la quatrième avec la cinquième est altérée ; il n'y a plus de cartilages. La facette articulaire de la cinquième vertèbre cervicale est érodée, son articulation avec la sixième est envahie. Ces diverses lésions circonscrivent une excavation dont les méninges forment le fond; ces membranes sont épaissies, noirâtres et baignées de pus ; la moelle a sa couleur normale. Du côté droit, l'axis seul est fracturé ; la solution de continuité a lieu à la partie la plus postérieure de l'apophyse articulaire, elle comprend 3 ou 4 millimètres de la surface articulaire. L'atlas et ses articulations sont sains.

Cette observation est remarquable par la marche de la maladie, la variété des symptômes et les troubles fonctionnels qui se sont fait connaître à diverses périodes de l'altération qui mérite de fixer sérieusement l'attention du pathologiste. Et d'abord il est impossible de ne pas arriver de suite à la connaissance d'une périostite vertébrale suivie de graves lésions ayant leur siége dans les articulations des masses apophysaires, les arcs et les apophyses cervicales transverses, lesquelles ont été érodées, nécrosées et parfaitement détruites.

Ce que j'ai pu découvrir à l'autopsie, se retrouve constamment aussi dans les périostites des os longs et courts. Ne voit-on, pas, en effet, ces os se nécroser, s'ulcérer, et les articulations avoisinantes s'enflammer? Toutes ces lésions se sont retrouvées dans la pièce dont il s'agit.

L'examen de ces altérations fait voir que la périostite vertébrale est accompagnée de douleurs violentes, comme dans les inflammations du périoste des membres, de phlogose, des parties environnantes, en particulier des ganglions et des articulations de la colonne vertébrale ; c'est la même gravité, c'est la même fâcheuse terminaison pour cette ostéite vertébrale que pour les ostéites aiguës en particulier.

Mais ce qui intéresse surtout, dans cette observation, c'est le trouble provoqué par la compression de la moelle épinière, survenue à différentes reprises.

Nous voyons sur notre malade deux compressions partielles exercées à des hauteurs différentes, et avec des résultats entièrement dissemblables. C'est là, je crois, un exemple unique de deux compressions partielles sur le même malade.

Il n'est pas besoin de rappeler que, d'abord, la compression de la moelle épinière a produit la paralysie du bras, qui a cessé après l'évacuation du pus. On voit donc la paralysie directe se produire sans que le membre du côté opposé ait offert le moindre changement dans la sensibilité et la myotilité. Il n'est pas commun de voir des lésions de ce genre et des exemples de paralysies directes, sans doute parce qu'il est très rare que l'altération ou la compression se borne à un point limité de la moelle épinière ; et voilà pourquoi la paralysie est si rarement directe. Toutefois, la paralysie directe est parfaitement en rapport avec les connaissances anatomiques.

Ce n'est pas la première fois que nous voyons la moelle épinière comprimée par du pus, sans danger pour son organisation intime. Plusieurs fois j'ai observé des paralysies *mé-*

(1) Note présentée à l'Académie des sciences, dans la séance du 14 mars 1853.

---

la lutte est seulement changé. Les hommes qui se présentent pour subir les chances de la présentation, se seraient certainement exposés aux chances du concours. Ce serait faire à tous ces prétendans la plus grave injure que de leur dire : Vous vous offrez bravement aujourd'hui aux luttes faciles et discrètes de la présentation, mais vous seriez-vous présentés avec la même ardeur dans l'arène périlleuse d'un concours public? Nul n'oserait leur tenir ce langage, et de fait ce langage serait injuste, car aucun des nombreux candidats qui se présentent n'eût craint ou dédaigné le concours.

Pourquoi cela? C'est que tous ces candidats croient posséder l'aptitude du professorat. L'aptitude du professorat, tout est là. Le concours avait cet avantage, qu'aucun esprit judicieux ne lui a contesté, de mettre en lumière la présence ou l'absence de cette aptitude. Privée de cet élément d'appréciation, la Faculté, qui a charge de présentation, doit redoubler d'efforts et de soins pour se renseigner sur ce point. Évidemment, le *savoir* est la première condition à rechercher ; mais si cette condition n'est pas unie à celle-ci, le *savoir enseigner*, toute la science du monde restera stérile. Soyez savans, c'est admirable, mais sachez enseigner, c'est de rigueur. Les savans purs ont leur place à l'Institut ; les professeurs du haut enseignement ont leurs chaires au Muséum et au Collége de France ; à la Faculté de médecine, il faut des vulgarisateurs d'une science applicable, et qui va investir ses élèves de la plus redoutable mission des professions sociales. Songez, Messieurs, que vos élèves n'ont que quatre années pour apprendre la médecine pratique dans toutes ses applications, et vous exigeriez d'eux qu'ils devinssent des naturalistes comme Cuvier, des chimistes comme Berzélius, des physiologistes comme Muller, des physiciens comme Dulong ! Y pensez-vous? Ce sont les afférences et les applications de ces sciences à la médecine pratique que vous avez besoin de leur enseigner, et voilà tout. C'est ainsi qu'avait surtout compris son enseignement le professeur éminent entre tous que vous venez de perdre. C'est ainsi que l'avait compris Richard, de si regrettable mémoire. C'est ainsi que le comprend ce savant et aimable esprit qui attire des flots d'auditeurs à ses belles leçons, M. le professeur Bérard. Faculté de médecine, c'est à médecine que vous devez enseigner à vos élèves. Et dans ce mot, médecine, il y a tout une révolution dans la tendance actuelle de beaucoup d'esprits relativement à l'enseignement médical ; il y a la subordination logique de la chimie et de la physique à la physiologie, la science des sciences médicales, au lieu de la suprématie qu'injustement s'arrogent la physique et la chimie, et qui ne feront bientôt de vous, si vous n'y prenez garde, qu'une succursale impuissante de la Faculté des sciences.

Amédée Latour.

M. ORFILA.

Voici l'allocution prononcée sur la tombe de M. Orfila par M. Fulgence Rouet, au nom des élèves en médecine :

Messieurs,

Il y a peu de temps encore, et dans cette même enceinte, j'élevai la voix devant vous pour exprimer, au nom de mes condisciples, la part qu'ils prenaient à la douleur causée par la mort d'un de leurs professeurs les plus illustres, M. Achille Richard.

Aujourd'hui, la Faculté de médecine prend de nouveau le deuil, et les étudians en médecine viennent en foule, sur cette tombe, rendre les derniers devoirs à leur premier maître.

M. le professeur Orfila, en effet, Messieurs, était chargé de prendre le jeune homme à son entrée dans la carrière médicale ; de guider ses premiers pas au milieu des difficultés nombreuses qu'elle présente ; mais, en outre, il devait s'adresser à une autre classe d'élèves qui lui demandaient le dernier mot de la science.

Cette double mission, M. le professeur Orfila s'en acquittait avec une habileté marquée du sceau de l'expérience.

Après avoir vieilli au milieu des élèves, sa santé devint chancelante, et cette année, comme s'il eût eu un pressentiment de sa fin prochaine, il fit connaître ses dernières volontés et légua, aux étudians en médecine, une partie de sa fortune pour l'agrandissement du Musée d'anatomie de l'École.

Aussi, pleins de reconnaissance pour son dévoûment, ses élèves se pressent sur sa tombe et lui assurent une place dans la postérité, en donnant, et d'une voix unanime, au musée qui doit être fondé, le nom de Musée Orfila.

M. Brierre de Boismont n'a pu, à cause de la foule, prononcer les paroles suivantes sur la tombe de M. Orfila :

La rédaction des *Annales d'hygiène et de médecine légale* ne pouvait laisser passer cette triste cérémonie sans exprimer l'affliction profonde que lui a causée la perte d'un de ses fondateurs, de son plus éminent collaborateur, du savant qui, pendant toute sa carrière, investi de hautes fonctions publiques, n'a jamais cessé d'envoyer à ce recueil les travaux les plus importans. Maître illustre, cette science que vous avez cultivée avec tant d'ardeur n'a pas été ingrate, elle vous a consolé au jour de l'adversité. Puisse votre exemple trouver des imitateurs parmi ceux qui, en arrivant aux honneurs, oublient trop vite qu'ils doivent à la science leur nom et leur fortune !

Nous recevons communication de la lettre suivante adressée par l'École préparatoire d'Angers à M. le président de la commission de la souscription pour la médaille commémorative qui devait être frappée pour M. Orfila :

Angers, le 15 mars 1853.

A Monsieur le Président de la souscription.

Monsieur le Président,

Au moment où l'École de médecine d'Angers se réjouissait avec nous des honneurs que vous alliez rendre à M. Orfila, au nom de ses élèves, de ses amis, de ses admirateurs, nous apprenons que la mort l'a enlevé, et qu'un jour de fête s'est changé en un jour de deuil. Cette nouvelle nous a frappés d'une manière aussi douloureuse qu'inattendue ; car, il y a peu de jours encore, nous recevions d'honorables preuves de sympathie de la part de l'illustre professeur. Pourquoi faut-il ajouter à la douleur déjà si vive que nous ressentons, celle de n'avoir connu la mort du bienfaiteur de notre École, qu'alors qu'il ne nous était plus possible d'aller lui dire un dernier adieu ! C'était pour nous un devoir que nous regretterons toujours de n'avoir pu remplir.

La commission que vous présidez, Monsieur, va sans doute s'occuper de l'érection d'un monument funèbre pour perpétuer la mémoire de celui dont la vie tout entière fut consacrée aux progrès de la science, au perfectionnement des institutions médicales et à l'*honorabilité* de la profession. Les professeurs de l'École d'Angers s'associent d'avance à tout ce que vous jugerez convenable de faire pour atteindre ce but.

Nous avons l'honneur d'être avec une haute considération,

Monsieur le Président,

Vos très humbles, etc.

(*Suivent les signatures de tous les professeurs de l'École.*)

caniques, si l'on peut s'exprimer ainsi, déterminées par la compression de cet organe, par ce liquide. Ce cordon nerveux a été comprimé par du pus pendant six mois, chez un jeune homme affecté d'incurvation tuberculeuse de la colonne vertébrale. La paralysie disparut aussitôt que le foyer s'ouvrit spontanément. Rien ne s'habitue mieux, par conséquent, à la compression exercée par un liquide, que la moelle épinière. La compression ne gêne donc alors que momentanément les fonctions de la moelle, qui n'en continue pas moins à porter son heureuse influence vitale sur tous les autres organes, à l'exception de celui où se rendent les nerfs qui partent du point compromis.

Nous voyons la vie se terminer rapidement chez notre malade, par une seconde compression exercée sur l'extrémité céphalique de la moelle épinière pendant un mouvement de la tête, et nous voyons la mort arriver après quelques convulsions, et non instantanément, à la manière d'une lumière que l'on souffle, comme cela a été dit dans la première observation dont j'ai eu l'honneur d'entretenir l'Académie. Quoique la vie n'ait pas disparu sans orage, il est évident que pendant la compression exercée par le mouvement de la tête sur l'extrémité céphalique de la moelle épinière, la mort est devenue inévitable. Le point comprimé se trouvant dans le voisinage de l'endroit si ingénieusement appelé le *nœud vital* par M. Flourens.

Ce nouveau fait vient confirmer et corroborer les expériences de ce savant physiologiste, puisqu'il démontre que si la compression s'est exercée sur un point plus élevé de la moelle épinière, l'instantanéité de la mort a été la même que chez la première malade qui fut le sujet d'une communication à la savante compagnie.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE ET OBSERVATIONS SUR LES KYSTES DU COU;

Par M. Seutin, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Bruxelles.

Les kystes du cou sont une de ces affections que le praticien rencontre très souvent; elles constituent une difformité dont les malades cherchent à se débarrasser par tous les moyens. Elles peuvent, du reste, prendre un accroissement assez considérable pour gêner des fonctions importantes : la respiration, la phonation et la déglutition. Il est donc très important de savoir quand et comment on peut les opérer. C'est ce que je vais tâcher d'établir.

Les kystes de la partie antérieure du cou siégent tantôt dans le parenchyme de la glande thyroïde, tantôt dans les tissus qui l'enveloppent, quelquefois même on les trouve dans les régions sus-hyoïdienne et sus-claviculaire. Ils peuvent être multiples; en ce cas la tumeur est multilobulée. Je les diviserai en trois catégories: kystes séreux, kystes hématiques, et kystes hémorrhagiques.

Les premiers renferment une sérosité d'un jaune plus ou moins foncé, citrine, verdâtre, roussâtre, tantôt claire, tantôt trouble.

Les kystes hématiques renferment un liquide opaque foncé, plus ou moins épais et grumeleux, offrant la couleur et l'aspect du chocolat ou marc de café. C'est évidemment du sang ayant subi une transformation par suite de son long séjour dans la cavité de la tumeur.

Les kystes hémorrhagiques renferment généralement aussi un liquide brun semblable à du chocolat ou à du marc de café, mais plus liquide, et quelquefois du sang noir ou même rouge, plus ou moins altéré. Ces kystes se distinguent des précédens par un caractère des plus importans, par un phénomène bien propre à dérouter ceux qui ne les connaissent pas : lorsqu'on les ouvre, il en sort, d'une manière continue, du sang d'abord noir, puis rouge. C'est une véritable hémorrhagie qui peut aller au point de rendre le malade anémique. Le sang coule en nappe, il paraît sourdre de tous les points de la surface du kyste, et non d'un orifice artériel ou veineux qui s'y ouvrirait. Si la tumeur a été vidée par une simple ponction et que l'ouverture en ait été fermée, l'hémorrhagie a lieu également; le sang s'amasse alors dans le kyste et le ramène immédiatement à son volume primitif, ou même à un volume supérieur. Ce phénomène curieux rend ces kystes hémorrhagiques bien distincts des kystes séreux et des kystes hématiques simples.

Ces trois espèces de kystes peuvent exister soit seuls, à l'état simple, soit avec des maladies de la glande thyroïde, et surtout l'hypertrophie, le squirrhe et le cancer. On conçoit que ces complications ne sont nullement indifférentes pour le pronostic et le traitement.

Je passe maintenant à l'exposition de l'anatomie pathologique de ces tumeurs; mes observations me permettent de la donner plus complète qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les kystes séreux sont constitués par une membrane mince et ténue, blanche, transparente, lisse, analogue aux séreuses, aux synoviales, et surtout aux bourses muqueuses accidentelles. Quelquefois cette membrane offre des inégalités, des rugosités, des espèces de végétations à sa surface interne; alors le liquide qu'elle contient, n'est pas clair, mais grumeleux. Quelquefois, surtout quand la tumeur est ancienne, cette membrane ténue repose sur une base de tissu cellulaire condensé et induré. C'est dans ce cas qu'on la dit épaisse, indurée, cartilaginifiée. C'est dans ce cas aussi que le diagnostic est difficile, et que l'on peut surtout confondre ces kystes avec des tumeurs solides.

Les kystes hématiques offrent le même aspect, les mêmes élémens anatomiques. Seulement, plus souvent que dans les kystes séreux, la membrane est inégale, rugueuse, chagrinée, et au lieu d'être blanche, elle offre une teinte foncée, brunâtre, comme ecchymotique.

Ces membranes produisent, par exhalation, une sérosité plus ou moins modifiée. Lorsqu'on les a vidées par la ponction, cette sérosité les remplit de nouveau au bout de quelque temps.

Les kystes hémorrhagiques sont tout différens des précédens par leurs caractères anatomiques. Cette différence explique parfaitement la production de l'exhalation sanguine qui les caractérise.

La surface interne de ces kystes offre une coloration rouge, brune ou violacée : elle est comme villeuse, veloutée, et non pas lisse et polie, ou rugueuse, comme celle des kystes séreux et hématiques. Elle est constituée par un tissu plus ou moins épais, mou, spongieux, contenant de nombreux vaisseaux entrelacés. Les injections poussées dans les artères et dans les veines ne passent pas dans la cavité. Il n'y a donc pas ouverture de la lumière d'un vaisseau dans celle-ci; il n'y a pas davantage perforation latérale du vaisseau. Ces recherches anatomiques démontrent que l'hémorrhagie est due à une exhalation qui a lieu par toute la surface du kyste, par une transsudation du sang à travers les parois des nombreux vaisseaux que j'ai signalés. Cette conséquence de mes recherches anatomo-pathologiques est tout à fait d'accord avec ce fait observé pendant la vie, que le sang ne part pas d'un point quelconque de la tumeur, mais de tous à la fois, et que l'hémorrhagie a lieu en nappe. C'est ce qu'ont pu constater tous les chirurgiens auxquels il est arrivé d'ouvrir de ces sortes de tumeurs.

La membrane interne des kystes hémorrhagiques n'est donc pas une séreuse comme celle des kystes séreux et hématiques; c'est une membrane vasculaire. Cette membrane peut être plus ou moins épaisse; mais elle l'est toujours plus que celle des kystes décrits précédemment. Je ne puis mieux comparer le tissu qui la compose, qu'à un tissu érectile; comme lui, il est spongieux, formé de nombreux vaisseaux entrelacés. C'est en quelque sorte un tissu érectile étalé en membrane autour d'une cavité centrale dans laquelle s'amasse le produit de la transsudation qui nécessairement est du sang.

Les kystes hémorrhagiques ne sont pas sans rapports avec les kystes hématiques simples. Dans les uns et les autres, le liquide offre le même aspect, généralement couleur chocolat ou de marc de café. Dans les uns et les autres, c'est également du sang altéré. Cependant les kystes hématiques ne sécrètent plus de sang, puisque, une fois évacués, ils ne produisent plus qu'une sérosité limpide, ou trouble ou sanguinolente. Mais, à un moment donné, ils ont dû fournir du sang, puisque leur cavité renferme ce liquide modifié. Cela a pu arriver de trois manières différentes que je vais successivement exposer :

1° Une contusion a déterminé un épanchement de sang au sein des tissus; ceux-ci se sont condensés sous forme de membrane autour de l'épanchement, et il en résulté un kyste renfermant du sang plus ou moins modifié.

2° Une forte contusion a porté sur les parois d'un kyste séreux, et les a déchirées de façon à ouvrir des vaisseaux sanguins dans sa cavité. Une hémorrhagie en est résultée, et elle a continué jusqu'à ce que, la réplétion complète de la cavité, comprimant les vaisseaux qui s'y ouvraient, l'a arrêtée.

3° Il a pu se faire qu'à une certaine époque, la structure des parois de ces kystes a été telle, qu'elle a fourni une transsudation sanguine, qu'elle a été identique avec celle des kystes hémorrhagiques. Elles étaient constituées par une membrane vasculaire. Mais depuis elles se sont amincies, leurs vaisseaux se sont oblitérés, ou ont diminué de volume, et elles se sont rapprochées de la nature des membranes séreuses. Comment cette transformation, que la nature de la lésion et que l'anatomie nous indiquent, s'est-elle opérée? Sans doute par la compression exercée sur la membrane vasculaire, par l'augmentation du volume de la tumeur à laquelle est venue se joindre la diminution de l'afflux du sang qui constitue le travail pathologique.

Lorsque de ces trois modes de production, le premier a lieu, il peut arriver que, consécutivement, de la sérosité soit sécrétée et se mêle au sang primitivement épanché. Dans le second, ce mélange peut et doit avoir lieu très fréquemment. Enfin, dans le troisième, une fois la transformation opérée, la membrane peut laisser exhaler de la sérosité. D'une façon comme de l'autre, il en résulte des kystes séro-sanguinolens qui établissent d'une manière insensible le passage des kystes séreux aux kystes hématiques.

L'anatomie pathologique des kystes hémorrhagiques n'ayant pas encore été faite, je donne ici deux observations dans lesquelles l'autopsie a eu lieu, et qui m'ont en quelque sorte permis de prendre la nature sur le fait :

Observation I. — *Kyste hémorrhagique; — scarlatine; — mort.*

Dieudonnée Libotte, âgée de 35 ans, née à Huy, épouse de Jacques Bauvenetty, entra à l'hôpital Saint-Pierre le 1er décembre 1841.

Elle était atteinte d'une tumeur à la partie antérieure et moyenne du cou, proéminant davantage vers le côté droit. Cette tumeur offrait à peu près le volume de deux poings; elle était dure, rénitente, sans inégalités ni bosselures; des veines volumineuses rampaient à sa surface. Une ponction exploratrice en fit sortir un liquide brun, sanguinolent, semblable à une décoction de café.

Je pratiquai une ponction au moyen d'un gros trocart; la tumeur se vida; j'y poussai des injections de tisane tiède, pour bien évacuer tout le liquide; je plaçai une sonde en gomme élastique dans la canule, puis je retirai celle-ci. La sonde, laissée à demeure, fut bouchée hermétiquement.

Immédiatement après la ponction, la tumeur reprit son volume primitif; le lendemain, elle était devenue encore plus grosse. Je débouchai la sonde; il en sortit du sang moins noir que le sang veineux, et des caillots. Je dilacérai ceux-ci en promenant la sonde dans la cavité; puis je fis une nouvelle injection composée de tisane et d'eau-de-vie camphrée.

Le troisième jour, il y avait une inflammation assez forte; il sortit par la sonde de la sérosité sanguinolente, mêlée de petits caillots. Injections émollientes; je laisse toujours la sonde à demeure pour entretenir et accroître l'inflammation.

Le quatrième jour, la peau se couvrit de petites taches rouges, sous forme de miliaire, et le lendemain, la malade offrit tous les symptômes de la scarlatine. Elle déclara qu'au moment de son départ de chez elle, ses enfans étaient convalescens de la même maladie, et qu'elle n'en avait jamais été atteinte. Cependant l'inflammation du kyste était arrivée à un assez haut degré, et la suppuration avait commencé à s'établir.

Le sixième et le septième jour, l'éruption parcourut ses périodes; la suppuration devint fétide, et diminua considérablement. On se borna aux injections émollientes, et on laissa la sonde à demeure dans le sac.

Le huitième jour, des phénomènes cérébraux se déclarèrent tout à coup sans cause connue; l'éruption disparut; on pratiqua des saignées générales et locales; on couvrit les extrémités de sinapismes pour rappeler l'éruption. Tout fut inutile, et le 9 décembre, la malade succomba.

Autopsie. — Méninges gorgées de sang et de sérosité; ventricules cérébraux renfermant également de la sérosité.

La tumeur était accolée à la partie antérieure droite de la trachée-artère, et paraissait avoir son point de départ à la partie interne du corps thyroïde. C'était un véritable kyste, formé d'une cavité centrale et de parois membraniformes. Elle fut coupée en deux par un plan médian, pour en examiner la structure. Elle offrait à la coupe une certaine ressemblance avec une orange vidée de son contenu. Ses parois internes étaient formées par une membrane épaisse, mollasse, veloutée, brunâtre, moins foncée à sa surface, qui présentait des points et des lignes jaunâtres et blanchâtres. Cette membrane semblait composée d'une foule de petits vaisseaux serrés les uns contre les autres. Une injection poussée par la carotide, et une autre poussée par la veine jugulaire interne, ne se firent pas jour dans la tumeur. L'hémorrhagie n'était donc pas due à un vaisseau qui se serait ouvert dans la cavité : elle était le résultat de l'exhalation de cette couche vasculaire que j'ai signalée.

Voici une autre observation, dans laquelle j'ai pu constater la structure d'une semblable tumeur avant l'emploi d'aucun traitement modificateur.

Observation II. — *Kyste hémorrhagique; — Abcès rétro-sternal; — Mort.*

Catherine Vanderhoeven, âgée de 28 ans, née à Aerschot, demeurant à Saint-Josse-ten-Noode, portait depuis plusieurs années un goître offrant à peu près le volume de la tête d'un fœtus au sixième ou septième mois de la grossesse. Ce goître avait débuté par une tumeur peu volumineuse. Il était situé à la partie antérieure gauche du cou, qui s'était constamment accrue. Le 1er mai 1842, elle fit appeler M. le docteur J.-R. Bosch, de Saint-Josse-ten-Noode. Celui-ci la trouva atteinte d'aphonie; la tumeur était devenue douloureuse à sa partie inférieure, et avait augmenté de volume, tout d'un coup, d'une manière considérable. La face était rouge et vultueuse, la peau chaude et brûlante; il y avait de la céphalalgie et une fièvre intense. M. le docteur Bosch institua un traitement antiphlogistique énergique : saignées générales, sangsues au-dessous de la tumeur, à l'endroit douloureux, repos, diète, etc. Ce traitement fut continué jusqu'au 16 mai; cependant, l'état de la malade, au lieu de s'améliorer, allait en s'aggravant. M. Bosch crut s'apercevoir que le goître, jusqu'alors dur et rénitent, offrait une certaine fluctuation. Il appela en consultation M. le docteur Vanhuevel, qui, jugeant le cas très grave, proposa de m'appeler en consultation. Je vis cette malade le 19 mai; elle était très oppressée; il y avait suffocation imminente. Nous décidâmes, dans l'espoir de la soulager, de prâtiquer dans le goître une ponction évacuatrice au moyen du trocart. Il s'écoula une énorme quantité de liquide brun noirâtre, semblable à du sang veineux. La ressemblance était telle, qu'au premier abord M. le docteur Vanhuevel émit l'opinion que le trocart avait percé la veine jugulaire externe qui passait au devant de la tumeur et qui était volumineuse, mais nous nous assurâmes qu'il n'en était rien : en la comprimant au-dessus et au-dessous de l'endroit de la ponction, on ne modifiait en rien l'écoulement. Celui-ci cessa spontanément au bout d'un certain temps; alors je fermai la petite plaie au moyen de plusieurs emplâtres agglutinatifs superposés. Le lendemain 20 mai, la tumeur était revenue à son volume primitif; j'enlevai l'emplâtre, et il s'écoula de nouveau une grande quantité de liquide semblable à du sang artériel mêlé de sérosité. Cependant l'état de la malade n'avait fait que s'aggraver, malgré l'évacuation déterminée par la ponction; et le 20 mai vers trois heures de l'après-midi, elle succomba dans un état d'asphyxie.

Nécropsie de la tumeur. — Les parens refusèrent de laisser faire l'autopsie; cependant M. Bosch put enlever le larynx et la trachée avec la tumeur située au devant d'eux. En coupant ces parties au-dessus de la fourchette du sternum, il vit s'échapper une énorme quantité de pus crêmeux; ce pus provenait d'un foyer situé dans le médiastin antérieur. Cet abcès était remonté au-dessus de la fourchette, en propulsant la tumeur du cou en haut et en avant. C'était lui qui comprimait la trachée et les bronches et déterminait la suffocation; et voilà pourquoi la ponction du goître n'y avait apporté aucun soulagement. C'était ce phlegmon rétro-sternal, dont la formation avait provoqué la fièvre, qui causait des douleurs que la malade ressentait à la partie inférieure du cou.

M. Bosch apporta la pièce détachée, comme je l'ai dit, à l'hôpital St-Pierre. Là je procédai à son examen, en présence de ce confrère et de plusieurs élèves.

Cette tumeur me rappela immédiatement la précédente. Elle était accolée au larynx et formée aux dépens du lobe gauche du corps thyroïde, qui avait totalement disparu. Elle était constituée par un kyste à parois molles et épaisses; une coupe transversale lui donna l'aspect d'une grenade coupée en travers et vidée. La membrane interne, au lieu de ressembler à une séreuse comme dans les kystes séreux, était mollasse, veloutée, d'un brun rougeâtre; elle était aussi constituée par un tissu très vasculaire, à tel point qu'on l'aurait dite composée de vaisseaux entrelacés; en la pressant fortement entre les

doigts, on faisait sourdre du sang. Aucune veine, aucune artère ne communiquait avec le sac; on constata de nouveau que la veine jugulaire externe avait été respectée par le trocart, de sorte que le sang n'avait pu provenir que de la tumeur. C'était donc, comme dans le cas précédent, un kyste formé par une membrane vasculaire, analogue au tissu érectile; le sang provenait de cette membrane, par exhalation.

La seule différence entre ce cas et le précédent, c'est qu'ici cette membrane était plus épaisse, plus vasculaire, et qu'elle offrait une teinte foncée uniforme, sans stries ni taches jaunâtres ou blanchâtres. Or, dans l'observation première, un traitement dont l'expérience m'avait démontré l'efficacité avait été institué; tandis qu'ici la tumeur était vierge de tout traitement curatif. C'est à cette circonstance que je crois devoir attribuer ces différences.

D'après cela, l'effet du traitement consisterait à diminuer la vascularité et partant l'épaisseur de la membrane interne du kyste, en rétrécissant ses vaisseaux, à la rendre plus dense et à lui faire perdre sa coloration foncée. Ces données, fournies par la comparaison de ces deux cas, sont tout à fait d'accord avec le raisonnement.

De ces deux observations il résulte, comme je l'ai dit, que les kystes hémorrhagiques du cou ne sont en communication ni avec les artères, ni avec les veines; mais qu'ils sont formés par une membrane veloutée, vasculaire, gorgée de sang, véritable tissu érectile qui produit leur contenu par exhalation.

Ces recherches anatomiques montrent combien les kystes hémorrhagiques sont différens des kystes séreux et hématiques. Elles expliquent la présence du sang dans leur cavité, et la production des hémorrhagies consécutives parfois si rebelles.

Il me reste à examiner dans quels tissus et de quelle manière se forment les kystes que je viens de décrire.

On les rencontre soit dans le corps thyroïde, soit dans le tissu cellulaire du cou. Lorsqu'ils se développent dans le corps thyroïde, ils peuvent être dus au développement d'une de ses aréoles qui a grossi et atrophié ses voisines. Cette idée a déjà été émise par M. Lebert. Ils peuvent être séreux, hématiques ou hémorrhagiques. Mais ils peuvent aussi se former par un autre mécanisme qui me semble au moins aussi fréquent. Souvent leur apparition est attribuée, par les patiens, à un coup, un effort, ou un cri; souvent ils ont même ressenti une douleur au cou. Qu'est-ce qu'il s'est donc passé là? Les tissus ont été déchirés, et du sang s'est épanché en écartant leurs mailles; une légère inflammation survenue ensuite a condensé celles-ci et les a transformées en une paroi membraneuse. Voilà le kyste formé. Si son contenu reste ce qu'il était, il est hématique, si la matière colorante est résorbée, il est séreux. Enfin, si l'appel du sang continuant vers le point irrité, les vaisseaux se dilatent dans la membrane d'enveloppe, il est hémorrhagique.

Les kystes hémorrhagiques ne sont pas rares dans la glande thyroïde, comme le fait déjà prévoir sa grande vascularité.

Les kystes qui siégent en dehors de la glande thyroïde peuvent prendre naissance directement dans le tissu cellulaire. Voici comment M. Lebert explique ce développement: « Il existe un genre de tumeurs enkystées très variables dans leur forme, qui ont pour principale cause le développement du tissu cellulaire, qui, se condensant sous forme de kyste d'enveloppe, renferme un liquide plus ou moins séreux, quelquefois gluant et d'une consistance assez épaisse. Ces kystes sont surtout fréquens près des membranes séreuses *et près des parties glandulaires*.

» En analysant avec soin les faits que nous avons eu l'occasion d'observer, nous avons pu suivre tous les passages entre une vésicule séreuse presque miliaire, et des kystes énormes multiloculaires, à parois épaisses, charnues, ou d'apparence osseuse; passages importans à signaler, parce qu'en montrant les liens physiologiques qui les unissent entre eux, on se rend aisément compte de leur mode de formation.

» La forme la plus simple de ces tumeurs est donc constituée par une condensation de fibres cellulaires sous forme d'un kyste qui renferme un liquide transparent. »

Ainsi une cause traumatique amènera dans le tissu cellulaire du cou un épanchement de sang, et un kyste pourra s'organiser autour. Ou bien une cause d'irritation y déterminera l'exsudation d'un liquide séreux; le tissu environnant se condensera sous l'influence de cette cause, et le kyste sera également formé.

Enfin les kystes du cou peuvent aussi se développer dans les ganglions lymphatiques. Il est arrivé à beaucoup de chirurgiens d'extirper des ganglions dégénérés; et de trouver au centre de l'un d'eux, un kyste renfermant un liquide blanchâtre ou séreux, ou roussâtre ou purulent. M. Malgaigne a reconnu ce développement, comme le prouvent les lignes suivantes de son *Anatomie chirurgicale*.

« Les ganglions atteints d'inflammation chronique arrivent souvent à un volume énorme, qui s'augmente encore du gonflement des tissus voisins. Pour peu que l'induration ait une date ancienne, elle résiste extrêmement à tous les moyens résolutifs et acquiert une dureté comparable à celle d'une tumeur cartilagineuse. Cela tient tantôt à l'état de la substance du ganglion lui-même, *plus souvent à la tension de la capsule; il semble que celle-ci forme un kyste* qui isole les parties contenues de la vie extérieure et les soustrait à l'action des médicamens. Je n'ai trouvé d'autre ressources alors que d'écraser la tumeur, c'est-à-dire de faire sortir la substance ganglionnaire altérée à travers une rupture de la capsule. S'il y a une ouverture aux tégumens, le ganglion est rejeté aux dehors, sinon il s'éparpille dans le tissu cellulaire, ou l'absorption s'en empare assez promptement. »

Ainsi, voilà des ganglions dans lesquels non seulement il s'est développé des kystes, mais qui se sont transformés en kystes. M. Malgaigne n'indique pas explicitement la nature de leur contenu, mais le fait de l'écrasement de la tumeur et la rapidité de la résorption, prouvent qu'il ne peut s'agir que d'un liquide, d'une sérosité plus ou moins modifiée. Le mécanisme de cette lésion est le même que celui de la formation des kystes aux dépens du tissu cellulaire. Par une cause quelconque, un épanchement sanguin ou séreux se produit au sein du ganglion et se dissout. La distension augmente de plus en plus, et la substance propre du ganglion s'amincit et finit par disparaître. Le ganglion est alors transformé en kyste, à parois plus ou moins épaisses. C'est de même qu'on voit la substance du rein être atrophiée par le développement d'un kyste qui y a pris naissance. C'est de même encore que les coques des ganglions lymphatiques se transforment en kystes tuberculeux ou en abcès froids, et acquièrent parfois un volume énorme.

Il résulte de ces considérations que les kystes séreux, hématiques et hémorrhagiques peuvent se former soit dans le corps thyroïde, soit dans le tissu cellulaire du cou, soit dans les ganglions lymphatiques si nombreux dans cette région (1).

(1) Extrait de la *Presse médicale belge* du 13 mars 1853.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances de Février 1853. — Présidence de M. le docteur AMEUILLE.

M. le docteur AMEUILLE lit à la Société une observation intéressante de fièvre puerpérale intermittente pernicieuse. Il s'agit d'une dame, âgée de 24 ans, d'une vigoureuse constitution, très nerveuse, mère déjà de deux enfans, et arrivée au terme d'une troisième grossesse. Elle était en travail, depuis deux heures environ, quand notre confrère fut appelé près d'elle, le 16 décembre dernier, à huit heures du matin. M. Ameuille trouva cette dame dans le plus grand accablement et prête à tomber en syncope, quand on voulut la lever pour faire son lit. Cet affaissement dura quelques heures, mais le pouls étant lourd, plein, la figure très rouge, les lèvres grosses et violacées, les douleurs languissantes, M. Ameuille crut devoir pratiquer une saignée du bras de trois palettes. Le sang, d'une richesse ordinaire, devint couenneux. Les forces parurent se relever un peu, les douleurs prirent un peu plus d'intensité et la délivrance eut lieu spontanément à trois heures de l'après-midi. Une perte sanguine assez abondante eut lieu après l'accouchement.

La nuit et la journée du 17 furent bonnes. L'accouchée, devant allaiter, présenta le sein à l'enfant. Le soir, quelques douleurs s'étant fait sentir dans le bas-ventre, notre confrère prescrivit 30 gouttes de laudanum de Sydenham sur l'abdomen et des embrocations émollientes chaudes.

Le 18. La malade a passé une mauvaise nuit, et a ressenti fréquemment de petits frissons. La figure est grippée, le pouls plein, à 112, le ventre tendu, très douloureux au toucher dans toute la région sous-ombilicale, surtout à gauche. Pas de nausées, soif. Application de 25 sangsues sur l'hypogastre.

Le soir, à quatre heures, la douleur avait diminué. Mais le pouls était à 120, il y avait de l'abattement, et deux frissons assez marqués étaient survenus dans le milieu du jour. Onctions abdominales au nombre de trois, de quatre heures en quatre heures, avec 30 grammes d'onguent napolitain.

Le 19. L'état de la malade est notablement amélioré. Facies bon; ventre à peine sensible; pouls à 108. Les lochies coulent bien.

Le soir, exacerbation dans les accidens; pouls à 120, ventre plus sensible; 10 grammes d'onguent napolitain en frictions.

Le 20. Depuis deux jours, la malade est presque constamment en moiteur, pas de nausées, pas de frissons, ventre peu tendu, pouls à 110, plein, résistant; douleur vive et concentrée dans la fosse iliaque gauche. Nouvelle application de 20 sangsues sur ce point.

Quatre heures. Les sangsues ont bien saigné. La douleur du ventre est diminuée. Pouls à 120. Vers une heure, il y a eu un moment de malaise plus marqué. La constipation n'ayant pas cédé à deux lavemens, M. Ameuille prescrivit 8 grammes de follicules de séné dans du jus de pruneaux.

Le 21. Nuit bonne. Mme C... a eu trois évacuations copieuses vers minuit, puis elle a dormi deux heures. Elle s'est réveillée couverte de sueurs. Le pouls se soutient bien, mais ne descend pas au-dessous de 110. Soupçonnant qu'une fièvre intermittente compliquait cet état puerpéral si tranché, M. Ameuille fit prendre de huit heures à midi 40 centig. de sulfate de quinine.

De midi à deux heures, violent accès de fièvre sans frisson préalable. La malade se plaint d'être comme dans un four.

A quatre heures, elle se sent beaucoup mieux; le pouls est à 120, la peau très chaude. 60 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 22. La malade a eu des sueurs abondantes pendant toute la nuit. Ventre souple et presque indolore. Pouls à 96. La rate est volumineuse et s'avance vers la crête de l'os des îles. 60 centigrammes de sulfate de quinine, additionnés de 3 centigrammes d'extrait de belladone.

L'accès de fièvre revient à midi, sans frisson, mais tellement violent, que la malade ne sait quelle position garder, et s'agite dans son lit, en proie à un délire fugace; la respiration est anxieuse. Trois vomissemens de matières glaireuses. Cependant les lochies et la sécrétion laiteuse, quoique diminuées, n'ont pas cessé de couler.

A cinq heures, le pouls est à 120, petit inégal, dépressible; les sens sont obtus; il faut s'approcher de la malade pour qu'elle voie et entende; elle est pliée en deux et couchée sur le côté gauche, elle qui, jusqu'alors, était restée sur le dos dans une immobilité remarquable. Les yeux sont caves, très cernés, et la dyspnée fait craindre la suffocation. Enfin elle effraie par son aspect. Le docteur Jacquemier est appelé en consultation par M. Ameuille, et qui, comme lui, croit à une mort prochaine. Le sulfate de quinine, uni à l'extrait de belladone, est continué, bien que ce moyen jusqu'alors n'ait pas encore donné les résultats attendus. On prescrit, en outre, l'application immédiate d'un large vésicatoire camphré sur la région hypogastrique.

Le 24. Agitation dans la nuit, suivie de sueurs modérées. Envies fréquentes d'uriner, évacuations brusques, presque involontaires. Bouche mauvaise et sèche. Langue blanche; pouls à 96.

8 grammes de séné dans du jus de pruneaux, 20 centig. de sulfate de quinine.

Le 25 et jours suivans, la fièvre ne reparaît pas. Deux grands bains produisent un excellent résultat. Le mieux se dessine de plus en plus, et la malade de notre confrère entre promptement en convalescence.

Cette observation, dit M. le docteur Ameuille, me paraît avoir trait à une maladie que j'appellerai *fièvre puerpérale intermittente pernicieuse*.

Les caractères si tranchés, si francs, des accès et de l'intermittence, ne permettent pas de supposer qu'une série de frissons et d'exacerbations ont pu en imposer et simuler ainsi une affection à type franchement et nettement intermittent.

D'un autre côté, la gravité des symptômes, dès le deuxième accès, faisant présager une mort rapide et très prochaine, comme il arrive généralement dans les cas graves de fièvre puerpérale à forme typhoïde, justifie d'une manière non moins certaine le titre de *pernicieux* donné avec tant de raison à certaines formes de la fièvre intermittente.

Peut-être dira-t-on que la fièvre intermittente pernicieuse est ici purement accidentelle, et que les conditions restant les mêmes, *moins l'état de couches*, cette dame aurait éprouvé les mêmes accidens. Cette supposition, qui peut paraître fondée au premier abord, est contredite par l'état de la malade pendant le travail et les premiers jours de la maladie ou, à la suite de frissons répétés, les symptômes bien que locaux et bornés à l'utérus et aux ligamens larges, ne peuvent laisser de doute sur le développement confirmé d'une fièvre puerpérale. D'ailleurs, ces symptômes, plus obscurs pendant les accès qui ont suivi, n'étaient cependant pas absens. Il est vrai que les auteurs qui ont écrit sur la fièvre intermittente pernicieuse, et qui en ont admis tant d'espèces, ne parlent pas de cette forme.... Toutefois, la disposition que paraissent avoir quelquefois les affections puerpérales à prendre le type intermittent, n'a pas échappé à tous les médecins qui s'occupent plus particulièrement des maladies puerpérales. Je citerai entre autres la proposition suivante qui se trouve dans la thèse de M. Jacquemier. « Il y a une forme de fièvre puerpérale caractérisée par des accès quotidiens ou tierces. Lorsque l'apyrexie est complète, elle est toujours de courte durée. Le sulfate de quinine est le moyen le plus efficace pour combattre cet état. » (Thèse inaugurale, 27 décembre 1837.) Il se borne à répéter cette proposition dans son *Traité d'accouchemens et des maladies puerpérales*, et l'on peut assez justement conclure que les matériaux pour faire l'histoire de la fièvre puerpérale intermittente pernicieuse sont encore fort rares, ce qui, à mes yeux, rend l'observation que j'ai eu l'honneur de lire à la Société, réellement digne de quelque intérêt.

A l'occasion de l'observation qui précède, une discussion à laquelle ont pris part MM. CHARRIER, DREYFUS, PERRIN, s'est engagée sur le mode d'administration du sulfate de quinine, et surtout sur les doses de sel auxquelles il est avantageux d'avoir recours. Tous sont d'accord qu'il faut tout d'abord frapper un grand coup en administrant d'emblée un gramme au moins de sel quinique. M. CHARRIER a reproché à M. Ameuille de n'avoir peut-être pas rempli chez sa malade cette indication avec assez de hardiesse. Il lui a en outre demandé dans quel but il avait cru devoir associer au sulfate une certaine proportion d'extrait de belladone. Il s'étonne d'autant plus de cette adjonction, que, selon lui, les narcotiques n'ont pas d'autres résultats dans les maladies aiguës, et spécialement dans les phlegmasies récentes, que de masquer les symptômes et de fatiguer inutilement les malades.

M. AMEUILLE répond qu'il a associé l'extrait de belladone au sulfate de quinine, dans le but d'assurer la tolérance du fébrifuge par l'estomac. Quant à une autre utilité possible de la belladone dans ce cas, il renvoie M. Charrier à M. Perrin, qui a présenté autrefois à la Société un mémoire dans lequel il a vanté et prouvé l'utilité de l'association de l'extrait de belladone au sulfate de quinine, dans le traitement des fièvres intermittentes.

M. PERRIN a demandé à son tour la parole pour rétablir le côté vrai de la question importante de thérapeutique soulevée par les précédens confrères. Il a rappelé qu'il n'avait conseillé l'adjonction de l'extrait de belladone que dans le traitement des fièvres intermittentes *non compliquées*, et particulièrement dans le traitement des fièvres *qui ont récidivé un grand nombre de fois*, malgré l'administration du sulfate de quinine sous toutes les formes, et aux doses les plus élevées. Dans le cas de fièvre intermittente, et surtout d'accidens pernicieux venant tout à coup se jeter en travers, dans le cours d'une phlegmasie ou d'une pyrexie quelconques, comme cela s'observe si fréquemment dans les contrées marécageuses, on doit administrer hardiment, et sans association d'aucune autre substance, le sulfate de quinine, et comme l'a dit, avec juste raison, M. le docteur Charrier, autant que possible sous forme liquide, afin de se ménager la chance d'une absorption plus prompte et plus sûre.

Le secrétaire, Dr PERRIN.

COURRIER.

CONCOURS. — Le jury du concours pour trois places de chirurgiens du bureau central des hôpitaux est ainsi composé :

Juges : MM. Bérard, Roux, Manec, Cullerier, Bouillaud, Cazalis.

Suppléans : MM. Malgaigne, Sandras.

CHAIRE VACANTE. — La Faculté de médecine de Montpellier a porté sur la liste des candidats à la chaire d'anatomie, les trois noms suivans :

En première ligne. M. Benoît;
2° — M. Lacauchie;
3° — M. Rigaut.

— M. Paulet vient d'être nommé aide d'anatomie de la Faculté de médecine de Montpellier.

— M. Payer, candidat à la chaire d'histoire naturelle médicale de la Faculté de médecine de Paris, a déclaré renoncer à cette candidature.

— M. Houël ayant à suivre à la fois le concours pour le bureau central des hôpitaux et pour l'agrégation, s'est également retiré de ce dernier concours.

— Un hospice cantonal, au moyen de souscriptions spontanées, est en train de se fonder dans le département de l'Allier. C'est à Chantelle qu'il sera construit. Dans la liste de souscription, on remarque des noms appartenant à toutes les conditions de la société. Le produit, jusqu'à ce jour, s'élève à plus de 30,000 fr.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 34. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 22 Mars 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............ 32 Fr

6 Mois........... 17

3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE.

(Ministère de l'intérieur.)

LA PESTE, A L'ÉTAT SPORADIQUE, EXISTE-T-ELLE EN TURQUIE ET EN ÉGYPTE ?

Rapport fait sur cette question par une commission composée de MM. MAGENDIE, TARDIEU, Michel LÉVY, et Amédée LATOUR, rapporteur.

Messieurs,

Parmi les grandes questions d'hygiène générale dont le comité a eu à s'occuper depuis son institution, il n'en est pas de plus grave et qui ait davantage attiré son attention que l'importante question de l'existence ou de la non-existence de la peste, à l'état endémique et sporadique, en Turquie et en Égypte.

A cette question, vous le savez, se rattache celle de l'opportunité ou de l'inutilité des mesures sanitaires adoptées par les gouvernemens européens contre les provenances du Levant, sujet si controversé, et d'un intérêt considérable pour le commerce méditerranéen.

Au comité, comme à leur foyer naturel, ont abouti tous les travaux, toutes les communications, le résultat de toutes les recherches dont cette importante question a été le sujet. Le comité a désiré qu'une sorte de résumé succinct de ces recherches, de communications et de ces travaux, lui fût retracé, afin que l'important et grave résultat qui en découle fût, aussi nettement que possible, mis en lumière. C'est ce travail que vous avez chargé une commission, composée de MM. Magendie, Michel Lévy, Tardieu, et de votre secrétaire, de vous présenter, et qu'au nom de cette commission je vais avoir l'honneur de vous soumettre.

Il y a quelques années à peine, Messieurs, que, par une croyance générale, par une opinion acceptée par tous, sans conteste, il était universellement admis que la peste d'Orient ne s'éteignait jamais entièrement en Turquie et en Égypte, et qu'après les grandes et terribles épidémies qui, à des intervalles plus ou moins rapprochés, sévissaient sur ces pays, la maladie, ralentissant ses ravages, semblait se confiner dans quelques localités où, restant pour ainsi dire à l'état d'incubation, faisant de temps à autre quelques rares victimes, comme pour témoigner de son existence toujours présente, elle grandissait ensuite de nouveau, reprenant son caractère épidémique, sous l'influence de causes toujours cherchées et toujours restées problématiques.

Ce fut cette croyance qui, en 1829, conduisit Pariset en Égypte, d'où il revint sans avoir vu un seul cas de peste.

L'Académie de médecine, dans sa longue et mémorable discussion de 1845, consacra, par un vote, l'existence de la peste sporadique en Orient.

Cette croyance, enfin, sert encore de base au système préventif adopté par toutes les puissances européennes, contre les provenances du Levant.

Messieurs, nous le savons aujourd'hui, cette croyance est erronée; les conséquences qu'on en a tirées sont fausses, et les applications hygiéniques auxquelles elle a donné lieu sont illégitimes, inutiles et énormément préjudiciables à la navigation et au commerce, sans compensation aucune.

D'où nous vient aujourd'hui cette croyance contraire? De deux sources également sûres :

1° De l'état des institutions sanitaires dans le Levant;

2° Des rapports des médecins sanitaires français, institués en Turquie, en Égypte et dans la Syrie.

S'il est vrai, ce qui paraît incontestable, qu'on doive juger de l'état de civilisation plus ou moins avancé d'un gouvernement par ses institutions d'hygiène publique, on ne doit pas hésiter à reconnaître que les gouvernemens de la Turquie et de l'Égypte marchent, depuis plusieurs années, avec une grande intelligence et une résolution soutenue, dans la voie des améliorations, en fait d'hygiène publique.

Le comité a reçu des médecins sanitaires établis dans le Levant les rapports les plus étendus et les plus circonstanciés sur l'état et le fonctionnement des institutions sanitaires en Orient. De plus, il a profité de la présence récente à Paris de M. le docteur Fauvel, médecin sanitaire à Constantinople, et de M. Henricy, secrétaire de l'intendance sanitaire de l'Égypte, pour recevoir de leur bouche la confirmation des renseignemens qu'il possédait déjà, et pour les compléter par des interrogations nouvelles.

De ces renseignemens écrits et oraux, corroborés, d'ailleurs, par les procès-verbaux de la conférence sanitaire internationale, où cette importante question a été étudiée sous toutes ses faces et a été l'objet de deux remarquables rapports dus à M. le docteur Mélier, délégué de la France, et à M. le docteur Rosemberger, délégué de la Russie; corroborés encore par le rapport de la commission ottomane envoyée en Égypte, et dont M. le docteur Leval fut l'habile interprète; de tous ces renseignemens, disons-nous, il est résulté pour le comité cette conviction que les institutions sanitaires de la Turquie et de l'Égypte, sans avoir encore atteint tous les perfectionnemens dont elles sont susceptibles, offrent néanmoins aujourd'hui à l'Europe des garanties sérieuses; que le mécanisme et le fonctionnement de ces institutions sont tels, qu'il est impossible que l'existence de la peste reste ignorée des intendances sanitaires de ces pays; que ces intendances possèdent une action suffisante pour pouvoir espérer de concentrer la maladie dans les lieux où elle ferait explosion; enfin, résultat imprévu et qui renverse toutes les croyances reçues à cet égard, c'est que, depuis 1838, en Turquie, depuis 1844, en Égypte, pas un seul cas de peste authentique et médicalement observé, ne s'est montré dans ces deux pays.

Ce résultat, Messieurs, sur la réalité duquel toutes les autorités scientifiques et administratives sont univoques, qui a été la base sur laquelle se sont appuyées les décisions de la conférence internationale pour proposer les mesures à prendre par l'Europe à l'égard des provenances du Levant, qui est pour l'administration sanitaire de la Turquie et de l'Égypte un fait incontestablement acquis, et qui est gros de conséquences importantes pour les modifications à apporter dans le régime sanitaire de l'Europe à l'égard des provenances de l'Orient; ce fait a été, pour le comité, mis encore plus en évidence par les rapports de nos médecins sanitaires en Orient.

Votre commission remplirait avec bonheur, si elle lui avait été confiée, la mission de rendre hommage au zèle, au talent, au dévoûment dont nos médecins sanitaires français ont donné de si nombreuses preuves, et de témoigner hautement de l'incontestable utilité de cette institution, si heureusement provoquée par l'Académie de médecine; mais toute appréciation de ce genre serait superflue pour le comité, qui reçoit les communications complètes des précieux travaux de nos savans compatriotes.

C'est, Messieurs, par ces travaux que l'Europe a reçu la première démonstration scientifique de ce fait, la non-existence de la peste sporadique en Orient.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Revue des *Aphorismes*. Thérapeutique d'Hippocrate. — Importance accordée par Hippocrate au régime; son opinion sur la *diète*; bon mot d'Hippocrate. — Opinion de ce médecin sur la saignée. — Hardiesses chirurgicales des médecins hippocratistes. — Jugement général sur Hippocrate et son école par M. Andral; Hippocrate et Bossuet.

XI.

Exposition des doctrines hippocratiques (suite et fin).

Des aphorismes d'Hippocrate. — Nous allons les passer rapidement en revue. L'ouvrage est divisé en sept sections d'inégale étendue.

Dans la première section, on trouve des considérations beaucoup plus théoriques que pratiques sur les évacuations, soit naturelles, soit artificielles; quelques aphorismes sur les inconvéniens attachés à un régime trop abondant et trop substantiel; d'autres qui signalent les dangers d'une diète trop rigoureuse et trop prolongée. Hippocrate n'aimait pas la diète absolue dans les maladies. Hors la période d'état ou de summum des maladies aiguës, il nourrissait toujours un peu les malades, et la quantité des alimens qu'il donnait était réglée non seulement d'après la nature et le degré d'acuité de la maladie, mais encore d'après diverses considérations relatives à l'âge, à la saison, au climat, aux habitudes individuelles, etc. Ce sont là de bons préceptes de médecine pratique. A travers les nuages des théories erronées, qui trop souvent projettent sur les aphorismes une obscurité profonde, il est permis d'entrevoir cependant quelques lueurs de vérité. Ainsi, suivant Hippocrate, lorsqu'une maladie, combattue par des moyens plus ou moins énergiques, est en voie de résolution, le médecin ne doit pas trop hâter la guérison, mais s'arrêter à propos, et laisser la nature achever le reste, car, ajoute Hippocrate, en voulant accélérer la marche de la maladie, on trouble la nature dans son œuvre, et l'on s'expose à compromettre à jamais une guérison assurée.

Dans la deuxième section sont exposées quelques propositions relatives aux signes pronostiques que l'on peut tirer, dans les maladies, de l'état de sommeil ou de veille dans lequel se trouvent les malades. Suivant Hippocrate, l'excès de sommeil et l'excès de veille sont également de mauvais augure.

Dans cette deuxième section, Hippocrate pose en principe que, dans les maladies aiguës, le médecin ne doit jamais prédire d'une manière positive ni la mort, ni la guérison. Là, on trouve cet aphorisme célèbre, devenu depuis le principe le plus général et la base de la thérapeutique; *contraria contrariis curantur*; quelques propositions relatives aux crises et aux jours critiques, quelques remarques sur les différences que présentent les fièvres intermittentes, suivant les saisons, etc. Dans le cours d'une pyrexie, dit Hippocrate dans un endroit de cette deuxième section, il vaut mieux que la fièvre vienne après les convulsions, que si les convulsions venaient après la fièvre. Si, dit-il encore, dans le cours d'une maladie, une amélioration considérable se manifeste, avant le temps marqué par la nature, défiez-vous, il est probable que bientôt la maladie reprendra son cours. C'est là une observation profondément vraie. Par contre, ajoute Hippocrate, il ne faut pas trop s'inquiéter des aggravations insolites qui se déclarent dans le cours d'une maladie, et qui ne sont pas dans l'ordre de la maladie. Ici, l'expérience qui donne raison à Hippocrate dans un très petit nombre de cas, lui donne tort dans le plus grand nombre.

Lorsque, dans une pyrexie, le malade maigrit rapidement, défiez-vous, dit Hippocrate, c'est un mauvais signe. Cette remarque est fort juste; en effet, dans la fièvre typhoïde, par exemple, l'amaigrissement rapide est d'un fort mauvais augure.

Lorsque, dans la convalescence d'une maladie, le malade mange sans que la réparation se fasse, il faut, suivant Hippocrate, redouter une rechute. C'est encore là une remarque parfaitement vraie. Hippocrate insiste avec raison sur le bon pronostic à tirer, dans toute maladie chronique, de la conservation de l'appétit; observez, à ce point de vue, la phthisie pulmonaire; tant que le malade conserve l'appétit, il y a pour lui de grandes chances de vie. Suivant Hippocrate, toute maladie dont la nature est en rapport avec les prédispositions ou le tempérament des individus chez lesquels elle se développe, devient moins grave par cela même. Ainsi les fièvres éruptives sont moins dangereuses pour les enfans prédisposés à ce genre de maladies; les accidens nerveux sont moins funestes chez les individus à tempérament nerveux.

Hippocrate croyait que la guérison de l'épilepsie n'était possible que jusqu'à l'âge de 25 ans. Cette remarque est généralement vraie. Il disait que cette guérison pouvait résulter des progrès de l'âge, d'un changement d'habitation, d'un changement dans le genre de vie, etc.

C'est dans la deuxième section que l'on peut lire encore l'aphorisme suivant tant de fois cité : *Duobus doloribus simul obortis, sed non in eodem loco, vehementior obscurat alterum.* Là encore se trouve un précepte qui ne devrait jamais sortir de la mémoire des praticiens. Une maladie est en cours de traitement, les remèdes n'opèrent pas; faut-il tout d'abord perdre confiance et changer de thérapeutique? Non, répond Hippocrate dans un langage grave qui révèle une profonde sagesse et une expérience consommée; non, le défaut de succès ne doit pas faire changer le traitement, si d'ailleurs il est indiqué et a été bien pesé.

La troisième section tout entière est consacrée à montrer l'influence des saisons et des âges sur les maladies.

La quatrième section contient d'assez nombreux détails sur les évacuans en général, et sur l'ellébore en particulier. Hippocrate indique là les symptômes et le traitement de l'embarras gastrique. Puis vient un aphorisme sur le vomissement de sang considéré par Hippocrate comme un accident toujours fâcheux. — Autre aphorisme important à retenir : Si, chez un malade atteint d'une affection aiguë, il existait antérieure-

Le comité se rappelle la vive impression que produisit la publication de la lettre de M. Prus, adressée d'Alexandrie à M. Fauvel à Constantinople, et dans laquelle ce regrettable médecin racontait ses infructueux voyages à la recherche de la peste. M. Prus, dont le désir de voir la peste et la croyance de la trouver en Égypte à l'état sporadique avaient été pour lui un motif déterminant d'accepter les fonctions de médecin sanitaire à Alexandrie, n'a jamais pu la rencontrer, et, dans son enthousiasme de savant, il regrettait que ce complément d'instruction lui eût manqué.

M. le docteur Willemin, qui a parcouru toute la Basse-Égypte, M. le docteur Sucquet, qui a visité la Syrie, n'ont jamais pu rencontrer un seul cas de peste.

En Turquie, M. le docteur Fauvel, à Constantinople; MM. les docteurs Burguières et Camescasse, à Smyrne, exposent, dans leurs nombreux rapports, leurs inutiles recherches d'une maladie décidément absente.

Depuis 1817 que nos médecins sanitaires résident en Turquie, en Égypte et dans la Syrie, ces savans médecins affirment, après une enquête minutieuse, qu'ils n'ont eu à voir ou à constater un seul cas de peste. Si la rumeur publique, faussement alarmée, attribuait tel ou tel décès à la maladie si redoutée, vérification faite incontinent, il a toujours été démontré que toute appréhension était sans fondement, et que la mort était due à une maladie étrangère à la peste.

Ainsi, Messieurs, d'une part, administration sanitaire, en Turquie et en Égypte, telle que, sur la surface de ces pays, dans le plus petit village, un seul cas de peste ne peut échapper à la vigilance des nombreux agens de cette administration; déclarations formelles et contrôlées, que, depuis que cette administration fonctionne avec régularité, aucun cas de peste n'a été observé, soit en Turquie, soit en Égypte; moyens d'action efficaces pour que la maladie, venant à éclater, soit immédiatement enserrée dans le lieu qui la verrait naître.

D'autre part, rapports nombreux et tous concordans des médecins sanitaires français de l'Orient, qui déclarent n'avoir pas vu un seul cas de peste pendant six années de leur séjour dans le Levant; informations, de leur part, rapides et sûres, dans le cas où la peste viendrait à éclater soit en Turquie, soit en Égypte, soit en Syrie.

Telles sont, Messieurs, les garanties véritablement sérieuses que votre commission a trouvées dans les documens dont vous avez voulu qu'elle vous présentât un tableau en raccourci, et qui lui permettent, non de vous présenter des conclusions, la commission ne croit avoir ni le droit, ni la mission d'en formuler, mais de vous rappeler, sous forme de proposition, ce qu'elle croit être la doctrine générale du comité sur cet important sujet.

Il résulte des documens et des renseignemens reçus ou recueillis par le comité consultatif d'hygiène public de France:

1° Que la peste à l'état sporadique n'existe ni en Turquie, ni en Égypte, ni en Syrie;

2° Que les administrations sanitaires de la Turquie et de l'Égypte, quoique susceptibles de quelques améliorations de détail, présentent cependant à l'Europe des garanties suffisantes pour admettre que l'existence de la peste ne peut échapper à leurs investigations;

3° Que les rapports des médecins sanitaires français en Orient mettent hors de doute la non-existence de la peste sporadique dans le Levant;

4° Que, dans l'intérêt urgent et considérable des relations internationales et du commerce maritime, il serait très désirable que les gouvernemens européens adoptassent, à l'égard des provenances de l'Orient, un système sanitaire en harmonie avec les faits démontrés par la science et par l'observation.

Signé : Magendie, Tardieu, Amédée Latour.

Approuvé par le comité, dans sa séance du 28 février 1853.

Le président : Magendie.

(Extrait du *Moniteur universel* du 20 mars 1853.)

ANESTHÉSIE.

Clinique de l'hôpital du Midi. — M. Ricord.

INTOXICATION PAR LE CHLOROFORME; — MOYEN PUISSANT CONTRE CETTE INTOXICATION.

Récemment on apprenait un nouveau cas de mort par le chloroforme, dans l'un des hôpitaux d'Orléans; dans ces derniers jours encore la presse médicale et politique de Paris retentissait de la fâcheuse nouvelle d'un semblable accident dans la pratique particulière, qui heureusement a été démentie; toujours est-il que ces cas de mort tendent chaque jour à discréditer le chloroforme dans l'opinion publique, car s'il a fait bien des heureux, il est incontestable qu'il a fait quelques martyrs. Beaucoup d'esprits pusillanimes, soit médecins, soit malades, le repoussent ou ne l'acceptent plus qu'en tremblant, aussi a-t-on vu surgir beaucoup de conseils pour l'application, et plusieurs remèdes contre l'intoxication du chloroforme.

Le fait suivant, par la rapidité de l'intoxication et par l'instantanéité du moyen thérapeutique employé, m'a paru ne pas devoir rester inédit.

Le 3 mars 1853, M. Ricord procédait à l'ablation d'un testicule cancéreux de la grosseur d'un œuf de dinde, datant de cinq mois, chez un homme vigoureux âgé de 38 ans, impatient de l'opération, sans encore aucune apparence de cachexie cancéreuse, n'ayant, ou du moins n'ayant manifesté aucune crainte des agens anesthésiques, se trouvant enfin dans les meilleures conditions possibles. Le malade couché sur le lit, le tronc placé sur un plan incliné, on lui présente à distance, et non pas appliquée fortement sur les ouvertures naso-buccales, la même éponge imbibée du même chloroforme venant du même flacon qui, quelques jours avant, avait servi sans inconvénient à plusieurs autres opérés, et à l'un d'eux pendant un temps même assez long. Le malade respire bien dès les premières inspirations, et ne se livre point à ces efforts de déglutition, de contraction violente que présentent certains malades, soit par peur ou par imbécillité, et que tous ceux qui ont employé les agens anesthésiques connaissent bien. Sous l'influence de ces respirations bien faites, le malade tombe rapidement dans l'insensibilité, sans secousse, sans sterteur, sans convulsion, il avait fallu moins d'une demi-minute; l'opération est aussi faite rapidement, le testicule disséqué et le cordon coupé, une minute et même moins avait suffi à ce temps de l'opération. J'aidais M. Ricord à placer les ligatures, lorsque le malade fit quelques mouvemens des jambes qui gênaient beaucoup les manœuvres dans la plaie. On avait jusqu'alors continué le chloroforme, et je dis à la personne qui tenait l'éponge de cesser l'administration du chloroforme puisqu'elle déterminait maintenant des mouvemens, l'opération étant d'ailleurs terminée. Les mouvemens des membres cessèrent sans phénomène nouveau; le malade était revenu à un sommeil calme, M. Ricord s'occupait de terminer les ligatures, lorsque tout à coup, au moins une demi-minute après qu'on avait retiré l'éponge, deux aides qui tâtaient le pouls s'aperçoivent qu'il ne bat plus, le cœur cesse aussi ses contractions, et le thorax ses mouvemens; nous regardons le malade qui nous présente une pâleur mortelle, des yeux convulsés en haut, une tête pendante et vacillante absolument comme un homme qui vient de rendre le dernier soupir: immédiatement, M. Ricord se précipite aux lèvres du malade, lui pousse bouche à bouche de l'air dans le thorax, en le faisant ressortir ensuite par la pression des parois thoraciques. Cette manœuvre, répétée deux fois aussi rapidement qu'on peut le concevoir, ramène immédiatement le pouls radial, on sent le cœur renaître sous la main, les yeux reprennent l'expression de la vie, le malade fait une inspiration, et sans autre moyen nous le voyons revenir à lui aussi vite que nous l'avions vu s'éteindre. Moins d'une demi-minute après, il causait avec nous, ne se doutant pas du danger qu'il avait couru.

Ainsi, nous avons vu un homme dans d'excellentes conditions, sans hémorrhagie pendant l'opération, soumis à l'inhalation médiate de la vapeur du chloroforme pendant une minute et demie à deux au plus, quand celle-ci avait été discontinuée depuis déjà une demi-minute, tomber dans une *syncope complète* qui eût pu être mortelle si l'on eût tardé d'en venir à un moyen rapidement efficace. L'inspiration artificielle bouche à bouche nous a paru, dans ce cas, héroïque, et sans vouloir flatter le souffleur, on eût dit vraiment un souffle divin ranimant un cadavre.

M. Ricord ne pense pas qu'on ait eu recours à ce moyen dans les cas de mort par le chloroforme qui ont été publiés, et qu'on l'ait jamais préconisé; il nous a assuré l'avoir déjà expérimenté quatre fois antérieurement, avec le même succès (1). Mais même, dans un cas de mort dont j'ai été témoin en 1848, je ne l'ai pas vu employé, tandis qu'on a perdu du temps à se procurer de l'ammoniaque et de l'alcool pour stimuler la pituitaire, la muqueuse pharyngienne, alors qu'une seule insufflation et expiration eût peut-être sauvé le malade.

Au point de vue de l'application générale du chloroforme, nous déduirons du fait suivant les considérations suivantes:

1° De même que quelques instans après la cessation d'une hémorrhagie abondante ou d'une cause morale vive ayant cessé d'agir, on peut voir apparaître tout d'un coup la syncope; de même on peut la voir apparaître seulement quelques instans après la cessation complète de l'inhalation du chloroforme.

2° Que la diversité des effets du chloroforme ne doit pas être tant cherchée dans la pureté, dans le mode d'administration, comme M. le professeur Sédillot a voulu le prétendre, en formulant en quelque sorte des lois sacramentelles qui doivent donner une sécurité parfaite, mais bien plus dans cette idiosyncrasie si variable des individus pour les divers médicamens, comme il nous est tous les jours donné d'en voir des exemples par la tolérance plus ou moins facile des médications internes.

3° Que, dans le cas de syncope, la respiration artificielle bouche à bouche, sans violence, douce, alternant avec la pression du thorax, paraît être des plus efficaces, et que tout au moins si quelques adversaires le contestent, elle devra toujours être tentée par la facilité et la rapidité du moyen d'action qu'elle offre à l'opérateur.

Charles Dufour,
Interne du service.

(1) L'Union Médicale a déjà publié plusieurs de ces faits.

---

ment à cette maladie, en quelque point du corps, une souffrance chronique, prenez garde, dit Hippocrate, car, après la disparition de la maladie aiguë, là où existait la souffrance chronique, un mal plus grave se manifeste. Voilà, dit M. Andral, un trait bien frappant de ce grand talent d'observation qui distingue le père de la médecine; tous les médecins savent combien, chez les phthisiques, par exemple, à la suite d'une phlegmasie intercurrente, la phthisie marche avec rapidité, et, prenant le galop, court vers une terminaison fatale.

Le reste de l'ouvrage est composé suivant le même esprit, révèle les mêmes qualités et les mêmes défauts. C'est partout le même mélange d'erreurs grossières et de grandes vérités. Parmi les aphorismes qui restent, nous n'en citerons qu'un seul, celui d'après lequel Hippocrate établit que la *fièvre est un moyen de solution des maladies*, proposition erronée qui a été reprise et développée plus tard par divers auteurs, et qui a inspiré à Dumas (de Montpellier) un travail intitulé: *De l'utilité de la fièvre dans les maladies.*

En feuilletant les *aphorismes*, livre dans lequel la séméiologie est étudiée sous tant de points de vue différens, on cherche vainement des détails sur un des phénomènes ou des signes les plus importans dans les maladies, le *pouls*. On ne trouve rien sur les battemens du cœur et des artères considérés comme pouvant servir de signes pour le diagnostic ou le pronostic des maladies. Hippocrate ne reconnaît la fièvre qu'à l'élévation générale de la température du corps.

Ce défaut de notions de l'école hippocratique, sur le pouls, provenait d'un défaut de notions en anatomie et en physiologie. Les médecins hippocratistes avaient sans doute observé, dans certaines maladies, dans les phlegmasies ou dans les pyrexies, les battemens artériels, ceux des artères du cou, par exemple, qui, en pareilles circonstances, deviennent si visibles. Mais ils ne tenaient pas compte de ce phénomène qui les gênait et dont ils ne pouvaient trouver l'explication. Ce ne fut que longtemps après Hippocrate que la considération du pouls prit dans la science la place qu'elle y a toujours occupée depuis. Cependant le pouls est nommé dans quelques rares passages de la collection hippocratique, et l'on entend par là les *battemens insolites* qui se manifestent dans quelques parties enflammées. Dans le *Traité des prénotions coaques*, il est parlé des *pulsations naturelles des vaisseaux*, devenant plus lentes chez les *léthargiques*, plus apparentes dans la *dyssenterie*. Il est dit, dans ce traité, que les *veines* (artères) des tempes présentent dans l'état de fièvre des battemens plus forts que dans l'état de santé. Dans le quatrième livre des *épidémies*, il est question de pulsations à l'ombilic; il est dit dans ce livre que c'est dans les fièvres les plus aiguës que les *battemens des veines* (σφυγμοὶ τῶν φλεβῶν) sont les plus fréquens et les plus forts. Voilà à peu près tout ce qu'on trouve dans la collection hippocratique sur ce grand phénomène devenu vulgaire aujourd'hui. Il n'est nullement question, dans Hippocrate, du pouls radial. L'école hippocratique n'avait observé que les battemens les plus évidens, ceux des vaisseaux du cou et des tempes. Plus tard, à mesure que la science marche, la notion du pouls se répand de plus en plus, les médecins poussent même à l'excès l'étude de ce phénomène, au sujet duquel ils se livrent à des dissertations sans fin et à des distinctions futiles; on étudie trop le pouls après l'avoir étudié trop peu.

Thérapeutique hippocratique: Pour terminer l'examen des doctrines de l'école hippocratique, il ne nous reste plus qu'à présenter quelques considérations sur la thérapeutique employée par les médecins de cette école, dans le traitement des maladies. Cette thérapeutique découle tout naturellement des idées théoriques qu'Hippocrate et ses disciples s'étaient faites touchant la nature et les causes des maladies.

Hippocrate attache, en thérapeutique, une grande importance à l'hygiène. Il entre dans des détails très circonstanciés et très minutieux au sujet du régime. Il s'occupe des diverses viandes de boucherie, des poissons, des végétaux, des fruits, et indique, à propos de chacune de ces espèces d'alimens, quels sont ceux qui lui paraissent mériter la préférence.

Il traite longuement ensuite des exercices gymnastiques. Tout ce que dit Hippocrate sur ce point d'hygiène a été analysé avec beaucoup de soin par Leclerc, dans son *Histoire de la médecine*, et par Mercuriali.

Les médecins de l'école hippocratique employaient peu de remèdes. Conséquens avec leurs principes théoriques, ils ne voulaient pas de thérapeutique active au début des maladies, avant le troisième ou le quatrième jour. Ils ne restaient pas simples spectateurs des crises, comme on se plaît à le répéter, mais, à l'aide de phénomènes dits *indicateurs*, ils cherchaient à deviner vers quelle partie du corps la nature tendait à diriger l'humeur intempérée; afin d'appliquer sur ce point les remèdes, et de favoriser ainsi la tendance de la nature: *quo natura vergit eo ducendum.* Malgré cela, il est évident que la thérapeutique d'Hippocrate était peu active, expectante; ce qui faisait dire à Asclépiade que les livres d'Hippocrate *n'étaient qu'une méditation sur la mort.*

Le régime, avons-nous dit, jouait un grand rôle dans la thérapeutique de l'école d'Hippocrate. Cette école posait en principe que dans toutes les maladies, même dans les maladies aiguës, il faut toujours nourrir les malades, hors la période d'état ou de summum de la maladie. Hippocrate avait coutume de donner, dans les affections aiguës, une préparation particulière, la *ptisane*, sorte de bouillie plus ou moins claire composée avec de la farine d'orge mêlée avec douze ou quinze fois son poids d'eau, à laquelle on ajoutait du vinaigre, de l'huile et du sel.

(La suite prochainement.)

Écoles préparatoires. — Un décret impérial du 12 de ce mois, établit une École préparatoire de médecine et de pharmacie dans la ville de Reims.

Pour la première organisation de l'École, la nomination des professeurs titulaires et adjoints sera faite directement par notre ministre de l'instruction publique et des cultes.

La ville de Reims prend à sa charge la somme annuelle de 11,000 fr. pour l'entretien de cette École, et le département celle de 2,000 fr., jusqu'à ce que la ville puisse subvenir à la totalité de la dépense.

HYDROLOGIE.

SUR L'ALCALISATION DES URINES PAR L'USAGE DES EAUX DE PLOMBIÈRES.

Monsieur le rédacteur en chef,

Votre feuille du 17 février dernier contient une note de M. Durand-Fardel, adressée à l'Académie de médecine, ayant pour titre : *De l'alcalisation de l'urine considérée comme phénomène d'élimination.*

Dans le *post-scriptum* qui suit cette communication et la réponse que lui fait M. le docteur Ch. Petit, vous paraissez faire appel à l'expérience de ceux qui se sont occupés de ce sujet. Protégé par mon ancienne qualité d'interne des eaux minérales, j'ose aujourd'hui demander l'hospitalité dans vos colonnes à votre bienveillance.

Les hasards du concours m'ayant envoyé à Plombières, j'ai étudié avec tout le soin que m'imposait la mission qui m'était confiée les eaux trop peu fréquentées de cet important établissement, dans un mémoire ayant pour titre : *Études physiologiques et thérapeutiques sur les eaux thermales de Plombières.* J'ai analysé avec patience et détails les modifications exercées par ces eaux sur les divers appareils de l'économie. A l'article *des voies urinaires*, voici ce que mon observation m'a autorisé à écrire :

Les urines d'acides qu'elles sont à l'état normal, deviennent promptement alcalines. Pour nous rendre compte de ce curieux phénomène, et pour comprendre toutes les particularités qui se rattachent à son histoire, nous nous sommes posé les questions suivantes :

1° Quel temps faut-il à l'eau de Plombières pour rendre les urines alcalines?

2° L'eau prise en bain seulement opère-t-elle ce changement?

3° En est-il de même de l'eau minérale administrée en boisson?

4° Ces deux modes d'administration de l'eau thermale réunis, provoquent-ils plus tôt cette transformation?

5° Combien de temps les urines restent-elles alcalines?

Les expériences que j'ai faites sur moi, et dans le détail desquelles je vais entrer, me permettent de répondre à toutes ces questions. De plus, j'ai réuni plusieurs centaines d'observations prises à l'hôpital, afin d'entourer mes solutions de toutes les garanties désirables.

Le 4 juillet 1850, je pris un bain à 34° centig., dans lequel je restai une heure. Mes urines, acides au moment de l'expérience, étaient alcalines à la fin.

Les 10, 15, 18, 25 et 28 juillet, mêmes expériences, mêmes résultats. Les urines des malades de l'hôpital m'ont constamment présenté, à peu d'exceptions près, les mêmes phénomènes; d'acides qu'elles étaient au moment du bain, elles devenaient alcalines au sortir de l'eau.

Il est donc permis de conclure que l'eau de Plombières, prise en bain, rend les urines alcalines, dès la première heure que l'on se trouve soumis à son influence, et *il n'est pas besoin que l'on soit saturé d'eau thermale, pour que cette transformation se produise.* Ce n'est que dans des cas fort rares, et qui ne peuvent infirmer notre conclusion, que cette nécessité existe.

Les observations que je viens d'exposer, prouvent encore que l'absorption de l'eau minérale suffit pour changer les qualités chimiques de l'urine. Voici comment j'explique ce phénomène : lorsque l'eau minérale est absorbée par la peau, elle subit dans le long trajet qu'elle parcourt à travers l'organisme pour arriver jusqu'aux reins, un grand nombre d'opérations de différente nature. Ses principes minéralisateurs se débarrassent dans le trajet d'une partie des élémens aqueux qui les tiennent en dissolution, et lorsque l'eau parvient aux reins, elle renferme, sous un petit volume, beaucoup de sels. Or, comme ceux-ci ont pour base principale la soude, les urines, sous leur influence, deviennent alcalines.

Si les urines deviennent alcalines sous l'influence du bain, il n'en est pas de même lorsque l'eau minérale est administrée en boisson; j'ai bu, en effet, jusqu'à dix verres de l'eau du *Crucifix*, sans que mes urines présentassent des qualités alcalines. Cette contradiction apparente s'explique avec facilité. Les eaux de Plombières sont essentiellement diurétiques; elles agissent très promptement sur les reins et y déterminent, dans un temps très court une sécrétion considérable d'urine, sous leur action, les reins deviennent donc en quelque sorte des *diverticulum* chargés uniquement de conduire au dehors l'eau minérale ingérée, qui, à cause même de son court séjour dans l'économie, est rendue presque telle quelle; or, le papier rouge de tournesol, plongé dans l'eau minérale, conserve à peu près sa couleur; les urines doivent donc, lorsque cet eau est simplement ingérée, être neutres ou devenir très légèrement alcalines. Cependant je dirai que l'expérience m'a appris que dans le cas de l'usage simultané de l'eau minérale et en boisson et en bain l'alcalinité des urines est beaucoup plus prononcée que lorsque le second mode d'administration est seul employé.

Une autre explication plus chimique, peut-être plus rationnelle est celle-ci : La loi de Berthollet veut qu'un acide plus fort déplace ou neutralise un acide plus faible : Pourquoi les sels alcalins de l'eau minérale introduits dans l'estomac ne seraient-ils pas neutralisés par les acides contenus dans ce dernier? Il paraît dès lors évident que les qualités normales de l'urine doivent persister ou bien ne recevoir qu'une modification en rapport avec les sels alcalins non neutralisés par les acides de l'estomac.

Nous avons maintenant à nous demander combien de temps les urines conservent leur alcalinité.

Les expériences que j'ai faites sur moi et sur les malades de l'hospice, m'ont démontré que les urines ne conservaient que quelques heures la qualité alcaline. J'ai fait uriner mes malades au sortir du bain, et deux ou trois heures après; dans le premier cas, les urines étaient presque toujours alcalines; dans le second, elles étaient acides. J'ai renouvelé cette vérification pendant plus de deux mois à l'hôpital; sur moi, je l'ai répétée plusieurs fois.

Les développemens dans lesquels je viens d'entrer, me permettent de donner aux questions posées ci-dessus les solutions suivantes :

1° En général, l'eau minéro-thermale de Plombières rend les urines alcalines dans le court espace d'une heure à deux.

2° L'alcalinité apparaît surtout lorsque l'eau est prise en bain.

3° L'eau thermale, administrée en boisson, ne change pas d'une manière sensible, le plus généralement, la qualité acide des urines.

4° Lorsque l'eau minérale est adminitrée à la fois en bain et en boisson, les urines sont plus fatalement alcalines.

5° Cette alcalinité ne persiste que quelques heures.

Comme vous le voyez, j'ai étudié le phénomène de l'alcalisation des urines sous le rapport de ses aspects, et il est facile de comprendre déjà que les résultats auxquels je suis arrivé ne sauraient me faire admettre la théorie toxicologique de M. Durand-Fardel,

Permettez-moi, après les judicieuses observations faites par M. Ch. Petit, d'en ajouter quelques-unes. En appliquant au bi-carbonate de soude la même loi qui régit les agens toxiques introduits dans l'économie, M. Durand me semble abuser des ressources de la généralisation. De son côté, M. Orfila, en établissant comme une loi de l'organisme l'élimination de toute substance non assimilable, a écrit une vérité d'autant *plus vraie*, qu'elle repose sur les instincts essentiellement conservateurs de la nature; mais pouvons-nous médicalement, physiologiquement parlant, étudier à ce même point de vue le phénomène de l'alcalisation des urines?

Et d'abord si l'économie a une répulsion si énergique pour le bi-carbonate de soude, d'où vient, comme l'a déjà dit M. Petit, que la base de ce sel existe normalement dans le sang, dans la salive et dans d'autres produits de sécrétions? De plus, pourquoi l'eau de Plombières, par exemple, qui renferme des proportions assez considérables de sels alcalins à l'état de bi-carbonate, ne change-t-elle pas, lorsqu'elle est absorbée par l'estomac, les qualités acides de l'urine, ou du moins n'opère-t-elle ce changement que dans des mesures assez peu sensibles? Nous avons vu au contraire que cette même eau, prise en bain, rend l'urine alcaline dans le court espace d'une heure. A en croire ce phénomène rapide d'élimination, on devrait, au point de vue de la doctrine toxicologique de M. Durand-Fardel, considérer les alcalis et en particulier le bi-carbonate de soude, comme des agens toxiques des plus dangereux et qu'on ne saurait prendre sans crainte d'empoisonnement. Cependant, à Vichy et à Plombières, des centaines d'individus puisent chaque année hardiment, pendant le moins vingt et jours, soit à la source de la *Grande-Grille*, soit à celle *du Crucifix* et cela sans d'autres craintes et d'autres douleurs que celles de la maladie elle-même.

Mais au lieu de considérer l'alcalisation des urines comme un phénomène analogue à celui de l'élimination des poisons, pourquoi ne pas l'assimiler aux effets que chaque jour nous produisons sur nos malades, tantôt par les diurétiques, tantôt par les diaphorétiques, tantôt par les sudorifiques, etc., etc. L'expérience nous a démontré que les médicamens ont une action plus spéciale, plus déterminée sur tel organe que sur tel autre. Celui-ci porte aux urines, celui-là à la sueur, le dernier provoque des sécrétions intestinales, etc., etc. Est-ce que M. Durand-Fardel considère chacune de ces expressions physiologiques comme des empoisonnemens circonscrits? Les liqueurs alcooliques, le vin blanc, les boissons fermentées comme la bière, etc., ont une puissance diurétique non douteuse. Nous ne sommes pas habitués à considérer ce qui se passe alors comme un effort de la nature se hâtant à se débarrasser de substances délétères. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi des eaux minérales alcalines qui, indépendamment de l'action diurétique de leurs sels, possèdent peut-être dans leur chaleur naturelle dont tous les secrets ne nous sont pas expliqués, une puissance qui légitime l'opinion que je soutiens ici?

Du reste, le phénomène de l'alcalisation des urines, sous l'influence du bi-carbonate de soude, est loin de présenter comme fait d'élimination, la même rigueur, la même fatalité que les divers agens toxiques introduits dans l'organisme. Le départ de *ces corps étrangers* peut varier sans doute comme date, comme phénomènes morbides, etc., suivant beaucoup de circonstances dépendantes de l'individu; mais ce qu'il y a de sûr, c'est que leur élimination aura lieu, ou du moins, si ces substances séjournent dans l'économie, leur présence saura se faire remarquer par une série d'accidens qui ne laisseront aucun doute à cet égard. Il n'en est pas ainsi du bi-carbonate de soude, puisque chez beaucoup d'individus soumis à son usage, les urines n'éprouvent aucune modification. Mais ce qu'il y a de remarquable encore à noter, c'est qu'il suffit du travail de la digestion, ou bien d'un léger mouvement fébrile, ou bien d'une émotion quelconque, etc., pour restituer aux urines leur qualité acide. Quoi! des phénomènes si peu importans dans le sens que nous poursuivons ici, ont le pouvoir d'enrayer ce beau, cet énergique travail de réaction de la nature qui cherche tant à se sauver!

Agréez, etc.

Dr Henry MUSSET,
Ancien interne des hôpitaux de Paris et des eaux minérales.

Sainte-Terre, le 15 mars 1853.

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ PRATIQUE DE L'ART DES ACCOUCHEMENS; par CHAILLY-HONORÉ, membre de l'Académie de médecine, etc., etc.; 3e édition, considérablement augmentée, accompagnée de 275 figures intercalées dans le texte. — Ouvrage adopté par le conseil de l'instruction publique.

Le livre de M. Chailly est arrivé à sa troisième édition; c'est dire qu'il est connu du public médical et que nous aurons peu de chose à en dire. Traduit en anglais par le docteur Gunning Bedford, professeur d'accouchemens à l'Université de New-York, cette traduction est arrivée déjà à sa huitième édition. Une traduction espagnole a été adoptée par un décret spécial de la reine d'Espagne pour toutes les Académies de ce royaume.

C'est qu'en effet, aucun livre n'a mieux justifié son titre de *Traité pratique*. Dans cette publication de longue haleine, les matières sont rangées, non par classes, genres, etc., etc., toutes divisions arbitraires, et qui varient au gré de chacun des auteurs qui ont écrit sur ce sujet, mais suivant l'ordre naturel. La femme est prise au début de la grossesse; elle est suivie de mois en mois jusqu'au terme de l'accouchement. Pendant cette période de neuf mois, les maladies et les accidens qui peuvent se manifester, sont passés en revue; les moyens propres à y remédier sont exposés et discutés. Au moment du travail de l'accouchement, une présentation étant donnée, l'élève ou le praticien, en ouvrant l'un des quatre chapitres principaux, *sommet, face, extrémité pelvienne, épaule*, trouvera la description du phénomène ou de l'accident qui le préoccupe, tracée d'après nature, et l'énumération des moyens à employer, exposés avec la rigueur et les détails minutieux qui sont si nécessaires en pareil cas, et rendues plus faciles à comprendre par des dessins dus au crayon de l'auteur.

Les suites de couches ont été traitées de la même manière.

Du reste, sous ce point de vue, la troisième édition, que nous avons sous les yeux, ressemble entièrement aux précédentes. Ce qui distingue surtout cette troisième édition, ce sont les faits nouveaux par lesquels l'auteur appuie ses préceptes. C'est sur ces additions que nous désirons appeler plus spécialement l'attention de nos lecteurs.

Relativement à ces faits, nous devons signaler avant tout la remarquable bonne foi de notre auteur. Sachant combien les fautes de ceux qui se chargent d'enseigner sont plus profitables que les meilleurs préceptes, M. Chailly met en lumière les erreurs qu'il a pu commettre, développe longuement les circonstances dans lesquelles il s'est égaré, et appelle, sur la conduite qu'il aurait fallu tenir, toute l'attention des praticiens. On doit lui savoir gré de cette abnégation peu commune. Mais si, fidèle à cette loi à laquelle il s'immolait le premier, instruire avant tout, il a dû aussi, dans le même but, signaler les fautes des autres, il ne l'a fait qu'avec une extrême réserve, et s'est le plus souvent contenté d'exposer les faits, laissant à la sagacité du lecteur à en tirer les conséquences pratiques.

Les faits les plus importans que nous ayons à signaler dans cet ouvrage se rattachent aux chefs suivans : résistance du col utérin, présentation de l'épaule, hémorrhagie utérine, lésions du vagin et de l'utérus, perforation du périnée, opération césarienne, procédé de M. Félix Hatin, lésions utérines déterminées par le forceps, extraction de la tête, présentation de la face, délivrance, auscultation obstétricale, ruptures de l'utérus, rétrécissement du bassin.

Parmi les nombreuses observations de succès qui sont décrites par M. Chailly, nous citerons les suivantes, que nous ne pouvons qu'indiquer, faute d'espace.

Accouchement prématuré artificiel dans un cas grave d'éclampsie à huit mois de grossesse. Succès complet pour la mère et pour l'enfant (p. 195).

Application du forceps au détroit supérieur par le procédé Hatin, dans plusieurs cas d'accouchement prématuré artificiel à huit mois. Succès (p. 250, 527).

Une des premières applications de l'éther pendant l'accouchement, dans un cas de sensibilité exagérée des organes, qui empêchait même de pratiquer le toucher. Application du forceps; enfant vivant (p. 419).

Femme de l'hôpital Sainte-Marguerite, qui n'avait pu être délivrée par M. P. Dubois qu'au moyen de la céphalotripsie, une année auparavant. Tout le bassin était rétréci. M. Chailly extrait une fille vivante au moyen du forceps, par le procédé Hatin. L'année suivante, il est obligé, comme M. P. Dubois, de pratiquer la céphalotripsie. Rétablissement complet de la mère (p. 536).

Observation de céphalotripsie dans des circonstances semblables à celles de l'observation précédente. La femme parfaitement rétablie au bout de 10 jours (p. 539).

Une petite naine, en travail depuis 36 heures, ne présente que deux pouces de diamètre au détroit supérieur. Une sage-femme et plusieurs médecins réunis en consultation, ne voient, pour délivrer cette femme, que l'opération césarienne. L'enfant était mort, et cette femme allait être sacrifiée pour extraire un cadavre. M. Chailly, à l'aide du procédé

llatin et du céphalotribe, extrait cet enfant broyé. Trois semaines après seulement, la femme vient le remercier.

Tous ces faits révèlent une grande habileté pratique et offrent une source abondante d'instruction. Mais nous avons réservé pour terminer ce court article, l'observation suivante, qui nous paraît avoir encore plus de portée, car elle constitue un exemple peu commun de sûreté de diagnostic.

Voici cette observation : Madame de C., arrivée à 7 mois, au milieu d'accidens nerveux de tout genre, ne sent que peu remuer son enfant. Une petite saignée est pratiquée, et les mouvemens n'en deviennent pas plus actifs. L'auscultation fait percevoir les battemens du cœur fœtal moins fréquent qu'à l'état normal. M. Chailly signale un danger pour le fœtus, sans pouvoir en préciser la cause; mais tout lui dit que l'enfant peut périr d'un jour à l'autre, victime d'une compression du cordon. L'enfant est encore vivant. Avec cette décision qui le caractérise, il n'hésite pas à proposer au médecin de la famille et à la famille elle-même l'accouchement prématuré artificiel. L'enfant est viable, dit-il, hâtons-nous de l'extraire pendant qu'il est encore vivant. Sa proposition est repoussée. Les mouvemens de l'enfant s'affaiblissent de plus en plus, et la grossesse arrive ainsi jusqu'à 8 mois. M. Chailly, de plus en plus alarmé par les signes qu'il perçoit, revient à la charge. Malheureusement on lui résiste; sa proposition étonne la famille et le médecin sans les entraîner.

Quatre jours plus tard le fâcheux pronostic se vérifie; les mouvemens cessent tout-à-fait. M. Chailly est mandé à la hâte; il ausculte; plus de battemens du cœur; l'enfant a succombé. Huit jours après, l'enfant est expulsé mort. Son épiderme s'enlève par places. Un nœud du cordon avait causé cet accident, d'autant plus déplorable que Madame de C., mariée depuis huit ans, avait presque renoncé à l'espoir de devenir mère.

Cette observation en dit plus à elle seule que tous les éloges que nous pourrions faire de M. Chailly-Honoré.

En résumé, le traité d'accouchement de M. Chailly est l'œuvre consciencieuse d'un praticien savant et expérimenté. C'est un guide sûr, que nous pouvons recommander sans scrupule à la préférence de nos confrères.

G. RICHELOT.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 16 Mars 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

Des injections alimentaires dans le traitement de l'anus contre nature.

M. VOILLEMIER lit, sous ce titre, le mémoire dont M. Lenoir avait commencé la lecture en son nom dans la précédente séance.

L'anus contre nature, dit M. Voilleuiier, n'est pas seulement une infirmité dégoûtante, c'est encore une maladie grave. Quelle que soit la place qu'il occupe sur l'intestin, il détermine constamment, dans les premiers temps, un trouble notable dans les fonctions digestives et un amaigrissement prononcé. S'il persiste et surtout s'il est assez rapproché de l'estomac, la santé s'altère de plus en plus et la vie est menacée.

Pour conjurer cette terminaison fatale, M. Voillemier eut l'idée, en 1842, d'utiliser la partie inférieure de l'intestin chez les individus affectés d'anus contre nature, et de rétablir, en partie, par des injections alimentaires, la continuité des fonctions du tube digestif. Il s'agissait d'une femme que M. Demeaux, interne à l'Hôtel-Dieu, venait d'opérer d'une hernie inguinale gangrénée; cette malade, épuisée par une affection du cœur des plus graves et par une alimentation insuffisante, était arrivée à un état de faiblesse telle, qu'elle ne pouvait se mettre à son séant sans se trouver mal. On injecta d'abord par l'anus contre nature des bouillons de bœuf et bientôt des potages légers, au nombre de trois par jour.

Trois jours après les premières injections, il y eut deux selles naturelles, dont une moulée. Les potages furent continués encore pendant six jours, et on les remplaça ensuite par de la gelée de viande qui fut parfaitement digérée. La malade, qui était continuellement tourmentée par le désir de manger, sentait, après chaque injection, sa faim s'apaiser; elle avait repris quelques forces, et pouvait s'asseoir dans son lit, On constata que, depuis l'emploi des injections alimentaires, les matières qui traversaient le bout supérieur de l'intestin, sortaient plus épaisses et plus digérées.

Pendant trois jours, des accidens dépendant de l'état du cœur ayant fait suspendre les injections, la malade se sentit moins bien, et elle accusa de nouveau un sentiment de faim très prononcé qui ne cessa que lorsqu'elles furent reprises. On les continua encore quelque temps, sans qu'il survînt rien de particulier; mais l'affection du cœur avait continué à faire des progrès, et elle emporta la malade.

A cette époque, M. Voillemier fit quelques expériences sur cinq chiens, auxquels il pratiqua un anus contre nature dans un point aussi élevé que possible de l'intestin grêle. Dans la première semaine qui suivait l'opération, ils maigrissaient rapidement et devenaient très faibles, bien qu'on leur donnât une nourriture assez abondante; mais dès qu'on commençait à injecter par l'anus contre nature des bouillons, des potages, du jus de viande et de la viande coupée par petits morceaux, les matières s'écoulaient plus élaborées par le bout supérieur de l'intestin, et les forces revenaient.

Ainsi, ces expériences apprenaient non seulement que l'intestin peut digérer des alimens qui n'ont pas été primitivement élaborés par l'estomac; mais elles permirent encore de constater que cette activité digestive est d'une grande énergie, ce qui était le point essentiel pour la thérapeutique chirurgicale.

M. Voillemier, après avoir rapporté une observation de hernie étranglée, avec gangrène de l'intestin, opérée et suivie d'anus contre nature, guéri avec le concours des injections dont il s'agit, appelle l'attention de la Société sur l'influence qu'exercent les injections alimentaires dans le bout inférieur de l'intestin sur la digestion stomacale.

Chez les deux malades dont il a été parlé, comme chez les animaux, les matières, qui s'échappaient rapidement par l'orifice supérieur de l'anus contre nature, très liquides et à peine élaborées, commençaient à séjourner plus longtemps dans l'intestin, devenaient plus épaisses, plus homogènes dès qu'on employait les injections alimentaires. Ce fait, qu'on pouvait d'abord regarder comme un accident, une simple coïncidence, se reproduisit d'une manière si constante et si marquée, qu'il devint impossible de le méconnaître.

Il était donc bien constaté, quelle qu'en dût être l'explication, que les injections alimentaires dans le bout inférieur de l'intestin, rendent à la digestion un nouvel organe, et améliorent en même temps les fonctions de l'estomac.

Sans rechercher jusqu'où peut aller cette double action, M. Voillemier pense que les injections alimentaires devenant plus utiles à mesure que le bout inférieur de l'intestin est plus étendu, on est en droit d'espérer que chez les malades affectés d'anus contre nature incurable, et situé près de l'anus, on pourra désormais prolonger la vie pendant un temps plus ou moins long, résultat qui ne serait pas à dédaigner, ainsi qu'il le fait remarquer, alors surtout que le chirurgien avoue son impuissance.

Mais les injections alimentaires peuvent encore, suivant M. Voillemier, venir en aide à la chirurgie comme moyen thérapeutique passager. Supposez un malade ayant un anus contre nature sur un point assez élevé de l'intestin grêle; sa constitution est débile; il est déjà épuisé par la maladie même qui a amené son infirmité, et alors qu'échappé aux premiers dangers il commence à se nourrir, ses alimens s'échappent sans être digérés et ne font pour ainsi dire que traverser l'estomac; sa faiblesse fait chaque jour des progrès plus rapides, et si l'art n'intervient, la mort est prochaine.

D'un autre côté, ne faut-il pas attendre, pour opérer, que toutes les parties gangrénées soient complètement éliminées ? En portant trop tôt l'entérotome dans l'intestin, ne devrait-on pas craindre de réveiller une inflammation à peine éteinte et de rompre des adhérences encore bien récentes ?...

Dans des cas de ce genre, la conduite du chirurgien sera, aujourd'hui, tracée d'avance. Il devra, par des injections nutritives, soutenir les forces du malade et attendre que l'état général et les conditions de la plaie lui permettent d'opérer. Bien plus, ayant toujours devant les yeux les efforts incessans de la nature pour faire disparaître l'éperon membraneux, et ne craignant plus de voir les malades dépérir de plus en plus, il pourra différer l'opération pendant un temps assez long.

Supposant l'opération décidée, les injections alimentaires pourront encore concourir notablement à la réussite. Déjà on avait constaté combien il était difficile d'aboucher les deux bouts de l'intestin dans l'anus contre nature, l'un étant très dilaté, tandis que l'autre était plus ou moins rétréci; on avait voulu agrandir l'orifice du bout inférieur de l'intestin à l'aide de moyens plus ou moins ingénieux; mais cette dilatation était nécessairement très bornée, l'intestin revenait sur lui-même de plus en plus, au point que certains auteurs le disaient oblitéré. Aussi, lorsqu'après l'entérotomie les matières commençaient à pénétrer dans l'intestin, on voyait survenir de la diarrhée et des coliques ayant quelquefois une certaine gravité. C'est qu'en effet l'intestin n'est plus habitué à son stimulus habituel, et il y a de sa part comme une sorte de révolte contre le corps étranger introduit dans la cavité. Avec les injections alimentaires, l'intestin conserve en grande partie son calibre et ses fonctions. Les matières qu'il recevra ayant été préalablement élaborées par l'estomac, seront encore mieux tolérées que les liquides des injections. Enfin, quand on sera parvenu, au prix d'une opération, à rétablir la continuité de l'intestin, on ne trouvera plus des parois intestinales amincies, un mésentère et des ganglions atrophiés, un organe presque impropre à la digestion tant ont été profonds et rapides les changemens apportés dans la structure de l'organe par la suspension de ses fonctions.

Voici en quels termes M. Voillemier décrit le procédé opératoire :

Les injections alimentaires doivent être faites avec quelques précautions : le bout inférieur de l'intestin étant reconnu, on introduit dans la cavité une sonde ordinaire du n° 12, et on la fait pénétrer dans la longueur de deux décimètres. A son extrémité libre on adapte une seringue pleine de bouillon ou de tout autre matière alimentaire que l'on voudra injecter; puis cette injection est faite très doucement pour ne pas éveiller de résistance de la part de l'intestin. Lorsque la seringue est vidée, il ne faut pas retirer la sonde, parce que le mouvement anti-péristaltique de l'intestin chasserait une grande portion des matières injectées. On doit fermer avec le doigt l'extrémité de la sonde, que l'on n'enlèvera qu'après une ou deux minutes.

En résumé, M. Voillemier tire des observations contenues dans son mémoire les conclusions suivantes :

1° Les injections alimentaires dans l'intestin sont utiles dans tous les cas d'anus contre nature.

2° Elles peuvent, dans les anus contre nature incurables, prolonger la vie des malades pendant un temps plus ou moins long, et peut-être les arracher à la mort.

3° Elles permettent au chirurgien d'attendre une guérison spontanée ou de choisir le moment le plus propre à une opération.

4° Elles conservent en partie le calibre de l'intestin et ses fonctions, et préviennent quelques-uns des accidens qui compliquent assez souvent l'entérotomie.

Le mémoire de M. Voillemier est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Robert, Jarjavay et Lenoir.

Goître épidémique estival.

M. DEGUISE fils fait un rapport verbal sur une note de M. le docteur Nivet, de Clermont, relative à une affection épidémique que ce médecin a observée à Clermont, et qu'il désigne sous le nom de goître épidémique estival. A la note de M. Nivet, se trouve jointe une réclamation faite par M. le docteur Vallat, au nom de M. Guyton d'Autun, qui aurait observé depuis longtemps un fait analogue dans la contrée qu'il habite. Quoi qu'il en soit, le goître épidémique estival a été observé par M. Nivet chez des élèves du collège de Clermont et chez des soldats de la garnison. Ce médecin l'attribue à l'habitude qu'on les uns et les autres de boire *à la régalade*, et notamment pour ces derniers, à ce qu'ils boivent fréquemment de l'eau très froide ayant chaud. La qualité des eaux et les conditions topographiques seraient, d'après l'auteur, étrangères au développement de ce genre de goîtres.

Quant au traitement, il a suffi de quelques cataplasmes et de quelques frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse, pour voir dissiper ces engorgemens inflammatoires de la glande thyroïde en cinq ou six semaines.

M. le rapporteur se borne à exposer sommairement ces faits sans se porter garant de la valeur et de l'exactitude des observations de M. Nivet. Il pense même que ce médecin a eu tort de ne pas tenir compte de la composition des eaux et de celle du sol. Cette lacune, suivant M. le rapporteur, est d'autant plus regrettable, que ce pays renferme, comme on le voit, des eaux séléniteuses.

M. ROBERT demande à M. le rapporteur s'il pense que ce prétendu goître épidémique soit autre chose qu'un simple engorgement inflammatoire de la glande thyroïde. Cet état ne paraît à M. Robert avoir aucun rapport avec la dilatation et les ruptures veineuses de la thyroïde, qui ont lieu quelquefois chez les femmes en travail, par suite des efforts auxquels elles se livrent et auxquels l'auteur l'assimile.

M. DEGUISE partage à cet égard l'opinion de M. Robert. D'abord, pour ce qui concerne la nature de ces prétendus goîtres, la rapidité de leur guérison par les simples topiques dont il a été question, prouve assez que ce n'est qu'un simple engorgement inflammatoire. Quant aux rapprochemens qu'en fait l'auteur entre ce goître et celui qui se produit accidentellement chez les femmes en travail, par suite de la rupture de quelques vaisseaux de la glande thyroïde, il n'y a entre ces deux faits aucune analogie. C'est parce que le hasard a fourni à M. Nivet l'occasion de les observer simultanément qu'il a cru pouvoir les rapprocher.

M. LARREY dit avoir vu assez souvent des militaires atteints d'engorgement aigu de la glande thyroïde. Ces engorgemens lui ont paru provenir d'une double cause. Voici en général comment les choses se passent : c'est sur des hommes venant de la campagne et récemment incorporés qu'on observe cet engorgement. Ces hommes, habitués jusque là à avoir le cou nu, se trouvent astreints à avoir la tête relevée et le cou comprimé par un col raide et souvent étroit, et par le col de l'habit lui-même. Or, sitôt que ces hommes arrivent à un lieu de repos après une marche ou un service qui les ont mis en sueur, ils n'ont rien de plus empressé que de dégrafer leur habit et d'enlever leur col, exposant ainsi à des courans d'air froid leur cou en sueur. De là une double cause d'engorgement de la glande thyroïde, une compression à laquelle ces hommes ne sont pas habitués, et une transpiration supprimée par un brusque refroidissement.

M. ROUX demande à M. Larrey s'il ne pense pas que l'usage du tabac ait une grande influence sur la production des tumeurs du cou.

M. LARREY fait remarquer à M. Roux que sa question n'est applicable qu'aux engorgemens glanduleux lymphatiques du cou et non à l'affection dont il s'agit en ce moment.

M. ROUX tenant à sa question, déclare qu'il la reproduira à la première occasion.

— M. MICHON lit pour M. HERVEZ DE CHÉGOIN un mémoire sur les tumeurs du sein.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Michon, Danyau et Cullerier.

La séance est levée à cinq heures.

COURRIER.

Dans la séance de samedi, la Faculté de médecine de Paris a arrêté de la manière suivante la liste de présentation des candidats à la chaire de thérapeutique et de matière médicale, vacante par la permutation de M. Trousseau :

1° M. Grisolle;
2° M. Tardieu;
3° M. Beau.

DISTINCTIONS. — Les médecins de l'empereur d'Autriche, MM. Seeburger et de Wattmann, ont reçu des marques de sa haute bienveillance. Le premier a reçu la croix de chevalier de l'ordre de Léopold, et le second le titre de conseiller aulique et de baron.

TRIBUNAUX. — Le sieur Poisson était prévenu d'avoir, en 1852, sans être reçu pharmacien dans les formes voulues, tenu une officine, préparé et vendu, au poids médicinal, des médicamens, des compositions pharmaceutiques, détenu des substances vénéneuses, et les sieurs Guyard et Chambart, pharmaciens, de s'être rendus complices de ces contraventions. Le tribunal relaxe Chambart, et prononce contre Poisson et Guyard une amende de 200 fr.

— Une dame Gabory, rentière, rue Saint-Louis (en l'île), se livrait depuis longtemps (car elle a déjà subi cinq condamnations pour des faits identiques à ceux qui l'amenaient encore en police correctionnelle) à la vente de certains remèdes secrets, à la falsification de substances médicamenteuses, de substances vénéneuses (ainsi l'acétate de plomb); elle donnait, en outre, des consultations à ses cliens, et sans titre, prétendait exercer l'art de guérir. Le tribunal, retenant à la charge de la prévenue ces deux derniers faits seulement, l'a condamnée à six jours de prison, 20 fr. d'amende.

— Le sieur Cousin, dit *Thil*, médecin et pharmacien, rue de Tracy, n° 14, avait ouvert un cabinet de consultations, rue Montorgueil, 13, tenu par une dame Baumier. Une descente opérée par des membres de l'École de pharmacie, au domicile de la dame Baumier, on y constata la présence de remèdes non décrits au Codex; une poursuite correctionnelle fut dirigée contre la dame Baumier, pour vente de remèdes, et contre le sieur Thil, comme ayant fourni à cette dernière les moyens de commettre la contravention. Le tribunal prononce 50 fr. d'amende contre Thil, et renvoie la dame Baumier des fins de la plainte.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 35. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 24 Mars 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............. 32 Fr
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 23 MARS 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Après avoir immolé des milliers de victimes, M. Bouchardat a éprouvé le besoin de se recueillir ; il a remis entre les mains de M. Robinet la hache du sacrificateur. De ses nouvelles fonctions, M. Robinet s'est acquitté avec un zèle inexorable. Le sol, autour de lui, était jonché de morts. Que le lecteur se rassure, il ne s'agit que de remèdes secrets. Tous les deux ou trois mois la commission qui a pour mission l'examen de ces remèdes, procède à quelque grand holocauste. C'était hier le jour fatal, et vous eussiez été pris de pitié et de terreur en voyant pommades, onguents, élixirs, dentifrices, sirops, baumes et emplâtres tomber sous les coups de l'impitoyable rapporteur. Quelle triste besogne pour un homme de la valeur de M. Robinet et pour une compagnie savante comme l'Académie de médecine ! On provoque des modifications aux règlemens et aux statuts pour des choses certainement moins utiles et moins urgentes que pour la révision de cette obligation imposée à des hommes intelligens de s'occuper périodiquement de pareilles niaiseries. Ne pourrait-on pas procéder à ces sortes d'exécution en masse dans l'incognito des commissions, et ne réserver le grand jour de la séance publique que pour des demandes véritablement importantes. Quoi ! il plaît à un cordonnier ou à un forgeron d'adresser au ministre une demande pour la plus inepte et la plus stupide des drogues, et il faut qu'une commission de savans respectables, prenne la peine d'examiner ces balivernes, qu'une compagnie savante tout entière soit appelée à exprimer un vote! Il y aurait, ce nous semble, un moyen facile d'éviter à l'Académie cette infime besogne ; ce serait d'instituer auprès du ministère de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce, une commission de trois membres qui serait chargée de l'examen préalable de toutes ces demandes d'autorisation pour des remèdes secrets, et qui ne proposerait le renvoi à l'Académie que pour celles qui présenteraient quelques apparences de raison et d'utilité. Nous osons assurer que ce cas-là ne se présenterait pas une fois sur mille.

Le reste de la séance a été consacré à la discussion d'un rapport de M. Depaul sur des sujets variés relatifs à l'obstétrique.

Amédée LATOUR.

HELMINTHOLOGIE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES ANTHELMINTIQUES.

Préciser d'une manière plus rigoureuse qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, l'action des anthelmintiques sur les divers entozoaires qui naissent, croissent et vivent dans le corps de l'homme et des animaux, tel est le but des recherches expérimentales d'un médecin allemand, le docteur Küchenmeister ; tel est le résultat qu'il a atteint. Ce n'était pas chose facile : il fallait d'abord un grand nombre d'entozoaires bien vivaces, qu'il n'est pas aisé de se procurer; et puis, il fallait soumettre ces parasites à une série d'expériences très nombreuses, et étudier *de visu* les influences qu'exercent sur eux les substances auxquelles l'expérience des siècles avait attribué des vertus vermifuges. Nous n'avons pas besoin de faire ressortir tout ce que ces recherches ont de curieux et d'important. La détermination positive, par la voie expérimentale, des propriétés anthelmintiques d'un grand nombre de produits végétaux ou minéraux, la valeur relative de chacun de ces produits, l'appropriation de tel ou tel vermifuge, à tel ou tel genre d'entozoaires, ce sont là des points qu'on savait vaguement, comme par tradition, qui découlaient de la pratique clinique, mais qui demandaient, comme toutes les questions scientifiques de notre époque, une solution rigoureuse, et basée sur l'expérimentation directe.

En publiant le fruit de ses travaux de plusieurs années, M. Küchenmeister a donc rendu un véritable service à cette partie si intéressante de la matière médicale. Voici comment il s'y est pris : il a examiné les divers vermifuges, en plongeant les vers intestinaux de poules, de chats, et de chiens, dans de l'albumine, à la température de 25° centig., et en y ajoutant les anthelmintiques, soit en infusion, soit en poudre. Dans quelques expériences, un mélange de lait chaud et d'eau fut substitué à l'albumine. Les expériences n'ont pas duré plus de quarante à quarante-huit heures, dans les cas mêmes où les vers n'avaient pas été tués avant ce laps de temps. Nous n'avons pas besoin de dire que le but de cette mesure était de placer les entozoaires soumis à l'expérimentation, dans des conditions de temps à peu près semblables à celles qu'ils ont dans le corps même de l'homme, lorsqu'on administre à ce dernier un vermifuge. Enfin, pour s'assurer avec certitude de la mort des parasites, on fit usage de l'électricité, comme le moyen le plus subtil.

L'auteur a commencé par soumettre un *heterakis vesicularis* pris dans l'intestin d'une perdrix, à l'action rotatoire d'un appareil qui fonctionna presque sans interruption pendant un jour entier. Le ver n'en éprouva aucun mal. On essaya ensuite les médicamens qui sont dits anthelmintiques du tœnia, et on expérimenta le kousso de la manière suivante : un *tœnia crassicolis*, vivant, et fourni par un chat, fut placé à quatre heures dans un mélange d'albumine et de dolichos pruriens (Linn.). L'animal parut se trouver très bien dans ce mélange, et au bout de dix heures il exécutait encore de vigoureux mouvemens. Le tœnia fut alors porté dans un vase contenant une forte infusion de kousso à la température de 37° centig. Dès qu'il fut tombé dans le liquide, le ver s'étendit, se raidit et mourut bientôt; sa couleur blanche se changea en un jaune rougeâtre sale. Deux *tœnia serrata* furent mis à une heure et demie de l'après midi, dans un mélange d'albumine et de kousso ; à deux heures ils étaient mourans, et morts à trois. Deux autres tœnia, mis dans une infusion laiteuse de kousso, subirent le même sort, et en aussi peu de temps. Deux *tœnia serrata* plongés dans une décoction de racine de grenadier. furent tués en trois heures. Un *tœnia crassicolis* plongé dans un mélange d'albumine et d'extrait éthéré de fougère mâle, mourut graduellement dans l'espace de trois heures à trois heures et demie. Plusieurs *tœnia* mis dans un mélange d'albumine et d'huile de térébenthine, succombèrent en une heure un quart; dans un mélange d'albumine et d'huile de ricin, ils ne périrent qu'au bout de sept heures; dans un salmigondis fait avec du hareng, des pommes de terre, de l'oignon, de l'ail, de l'albumine, du vinaigre et de l'huile, les entozoaires furent tués en huit heures. Enfin, l'auteur a fait des expérienees sur les propriétés prétendues vermifuges de l'oxyde noir de cuivre. Il en fit prendre, dans l'espace de quatre jours, 75 centig. à un chat. En ouvrant le corps, on trouva le canal digestif rempli de matières fécales liquides et jaunes, les intestins ramollis, la membrane muqueuse dénudée, les glandes de Peyer gonflées; les ascarides et les tœnia que contenait le tube étaient encore vivans. Aussi, M. Küchenmeister conclut-il que cette substance n'est nullement vermifuge, et qu'elle est pernicieuse pour la santé. En résumé, les *tœnia* meurent :

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Revue des *Aphorismes*. Thérapeutique d'Hippocrate. — Importance accordée par Hippocrate au régime ; son opinion sur la *diète* ; bon mot d'Hippocrate. — Opinion de ce médecin sur la saignée. — Hardiesses chirurgicales des médecins hippocratistes. — Jugement général sur Hippocrate et son école par M. Andral ; Hippocrate et Bossuet.

XI.

Exposition des doctrines hippocratiques (suite et fin).

Cette *ptisane*, qui, ainsi qu'on le voit, ne répond pas à notre tisane moderne, était donnée à doses plus ou moins considérables, pendant le cours de la maladie aiguë, et n'était suspendue qu'à la période de summum ou de plus grande acuité. Hippocrate recommandait de ne pas l'administrer au moment des paroxysmes qui, suivant lui, arrivent une fois toutes les vingt-quatre heures, dans le cours des maladies aiguës. S'il s'agissait d'une fièvre intermittente, il prescrivait de suspendre la ptisane pendant toute la durée de l'accès. On donnait plus de cette ptisane aux enfans qu'aux adultes et aux vieillards, en vertu de ce principe que les enfans supportent moins facilement la diète.

Dans un grand nombre d'endroits de ses livres, Hippocrate blâme l'abstinence complète, absolue, dans le cours des maladies aiguës. Il adresse des reproches amers aux médecins qui condamnaient leurs malades à une diète trop rigoureuse, et, sortant, en cette occasion, de sa gravité habituelle, il dit, en parlant de ces médecins, qu'ils rendent leurs malades secs comme des *harengs*. Il avait même créé un mot qui exprimait bien toute l'indignation que lui inspirait une semblable pratique. Il disait que c'était la λιμαγχία, c'est à dire la *mort* ou *l'étranglement* par la faim.

La ptisane n'était pas la boisson ordinaire des malades atteints d'affections aiguës. Cette boisson était généralement l'orge miellée. Quelquefois, surtout quand la fièvre était très intense, il faisait ajouter à cette eau miellée, un peu de vinaigre.

Dans quelques maladies aiguës Hippocrate donnait du vin, non pur, mais mélangé à beaucoup d'eau. Le délire, les douleurs de tête contr'indiquaient l'emploi de ce liquide.

Hippocrate avait, pour les maladies chroniques des boissons et un régime particulier bien différent du régime adopté par lui dans les maladies aiguës. Comme régime il prescrivait le lait qu'il donnait à profusion. C'est par la diète lactée qu'il traitait la phthisie pulmonaire et beaucoup d'autres affections chroniques. Comme boisson ordinaire il prescrivait le petit lait.

Hippocrate faisait dans toutes les maladies aiguës ou chroniques, un grand usage des bains, prétendant tirer un parti très avantageux de ce moyen beaucoup trop négligé par les médecins modernes.

Jusqu'à présent nous n'avons vu dans la thérapeutique d'Hippocrate que des application d'hygiène. Y-a-t-il autre chose? Oui. Hippocrate avait quelquefois recours aux émissions sanguines soit générales, soit locales. Il tirait du sang de deux manières : par la lancette et par les ventouses scarifiées.

Il n'employait pas les sangsues dont l'introduction, dans la matière médicale, est due à un médecin postérieur, à Thémison, chef de la secte méthodique. En tirant du sang Hippocrate se proposait plusieurs buts : 1° d'évacuer l'humeur prédominante ou intempérée, si cette humeur était le sang; 2° de diminuer la trop grande plénitude des vaisseaux; 3° de détourner le sang des lieux où son afflux devait être dangereux; 4° de rendre le mouvement du sang plus facile; 5° de rafraîchir le corps, par la soustraction d'une certaine quantité de cette humeur qui, suivant Hippocrate, était la plus chaude de toutes les humeurs, ce qui est parfaitement vrai.

Dans certaines circonstances Hippocrate versait le sang avec assez de libéralité ; dans quelques cas de fièvres accompagnées d'une grande chaleur, il conseillait de tirer du sang en assez grande abondance pour produire la syncope ; il allait même jusqu'à saigner simultanément les deux bras, afin, disait-il, de soustraire rapidement au corps une grande quantité de chaleur. Du reste, au temps d'Hippocrate, on ouvrait un grand nombre de veines : celles du bras, du dos de la main, du pied, du jarret, des tempes, du front, de la région occipitale, du nez, de la face inférieure de la langue, des mamelles, du pourtour de l'anus, etc. ; d'où il résulte que, dans l'antiquité, on attachait une grande importance aux émissions sanguines dans le traitement des maladies.

Hippocrate regardait la saignée comme généralement indiquée dans toute maladie aiguë, c'est-à-dire dans toute maladie qui ne se prolongeait pas au-delà de soixante jours. Elle l'était d'autant plus, que la maladie avait plus d'acuité, et que le malade était plus robuste. Il n'osait appliquer la saignée aux enfans, et il la pratiquait avec une extrême réserve chez les vieillards. Dans la crainte de provoquer l'avortement, crainte considérée aujourd'hui comme chimérique, Hippocrate défendait que l'on saignât les femmes enceintes. Il est possible que, de son temps, on ait criminellement abusé de la saignée, en pareille circonstance, et que l'abus lui en ait fait craindre et rejeter l'usage.

Au point de vue de l'utilité des émissions sanguines, Hippocrate établissait une différence extrême entre les phlegmasies et les pyrexies. Il était extrêmement sobre d'émissions sanguines dans ces dernières. Il craignait que, dans ces maladies générales, sans localisation spéciale, la saignée ne vînt troubler les crises et produire une perturbation fâcheuse dans les opérations de la nature médicatrice. Il est curieux de voir, dès l'origine même de la médecine, établie non seulement au point de vue théorique, mais encore au point de vue pratique, cette grande distinction entre les phlegmasies et les fièvres, distinction encore debout, malgré les révolutions sans nombres qu'a subies la médecine

Dans une décoction laiteuse de kousso. . . . . . . en une 1/2 h.
Dans un mélange de térébenthine et d'albumine. . en 1 h.
Dans une décoction de kousso avec albumine. . . . en 1 h. 1/2.
Dans une décoction laiteuse de racine de grenadier. en 3 h.
Dans une décoction de grenadier avec albumine. . en 3 h.
Dans l'extrait éthéré de fougère mâle avec albumine. en 3 h. 1/2.
Dans l'huile de ricin avec albumine. . . . . en 8 h.
Dans l'oignon, l'ail, etc. . . . . en 8 h.

Le kousso serait donc le remède le plus efficace contre le tœnia.

L'auteur a pareillement essayé les vermifuges recommandés contre les ascarides. Comme le tœnia, ces vers se trouvent bien dans l'albumine; dans l'eau à la température de 25° cent., ils vivent quelques jours, mais ils se gonflent, s'allongent, s'épaississent, et deviennent plus paresseux; ils perdent leur faculté de succion, leurs mouvemens sont lents et incomplets; ils ressemblent à des sangsues gorgées de sang. En général, cependant, les mâles et les neutres, encore jeunes, résistent aux effets de l'eau plus longtemps que les femelles parvenues à leur maturité, et que celles qui sont imprégnées ou qui portent des œufs. Le lait et le petit-lait agissent de même sur ces vers. Voici les substances que le médecin allemand a essayées contre les ascarides :

1° *Camphre*. Un ascaride vécut de dix-huit à vingt heures dans l'albumine à laquelle on avait ajouté du camphre.

2° Un mélange d'*huile de térébenthine* et d'albumine tua plusieurs ascarides dans l'espace de deux heures et demie à six heures.

3° Des ascarides vécurent quarante heures dans un mélange d'huile de térébenthine et de *semen contra*, ce dernier vermifuge employé soit en poudre, soit en infusion.

4° On plongea des ascarides dans de l'albumine mêlée à de la *santonine* : ils ne furent pas tués; tandis qu'ils succombèrent dans une infusion aqueuse seule de santonine. Une solution huileuse de santonine, mêlée à de l'albumine, fit périr des ascarides en dix minutes. Un lavement de santonine et d'huile de ricin fut administré à un chat, et provoqua de nombreuses évacuations contenant des entozoaires morts. Le chat ayant été tué, on trouva la partie inférieure tout entière de l'intestin exempte de vers; tandis que près de l'estomac, on en trouva quatre raides et presque morts. Pourtant, l'intestin renfermait encore un tœnia bien vivant, et ne paraissant avoir reçu aucune influence du médicament.

5° Un mélange d'albumine et d'une infusion concentrée d'*anis*, tua les vers en vingt-quatre heures.

6° Du *persil*, mêlé à de l'albumine, fit promptement périr des ascarides.

7° De la *farine de moutarde* et de l'albumine les détruisirent en quatre heures.

8° Il en fut de même avec le *mille-feuilles*. Mis en contact avec la *tanaisie*, la *valériane*, la *camomille*, un grand nombre de lombrics vécurent vingt-quatre heures. Avec des oignons et de l'ail, ils périrent en douze ou quinze heures. Une décoction de *clous de girofle*, avec ou sans albumine, les tua en vingt heures. Dans une infusion de *gingembre*, avec on sans albumine, ils vécurent pareillement vingt-quatre heures. Les huiles de *pétrole* et de *cajeput* les firent périr en moins de six heures.

M. Küchenmeister ne s'est pas arrêté là; il a encore expérimenté la famille des balsamiques, tels que l'*assa fœtida*, la *gomme ammoniac*, le *baume du Pérou*, l'*extrait de genièvre*, la *térébenthine de Venise*. Dans tous, les entozoaires vécurent plus de vingt-quatre heures. Parmi les empyreumatiques qui furent soumis à l'expérience, il faut citer un *mélange* de quatre parties d'huile de térébenthine et d'une partie d'*huile animale de Dippel*, l'*essence d'ambre*, l'*huile de ricin*, la *créosote*, le *vinaigre de bois*, etc. La plupart du temps, les entozoaires y vécurent vingt-quatre ou quarante-huit heures, si ce n'est dans le vinaigre de bois, où ils périrent en douze heures, et dans la créosote, à laquelle ils ne résistèrent pas au-delà de vingt-quatre heures.

Les amers furent aussi essayés, tels que l'*aloès*, la *gomme gutte*, la *noix de Galles*, la *myrrhe*, la *gentiane*, le *quassia amara*, le *houblon*, l'*écorce d'orange amère*. Dans tous, les ascarides vécurent vingt-quatre à quarante heures.

Parmi les astringens, l'*acide tannique* pur, le *kousso*, l'*extrait de brou de noix*, le *quinquina*, le *sang dragon*, le *cachou*, le *kino*, etc., firent périr les vers en vingt-quatre ou trente heures. Il faut pourtant en excepter la noix de Galles et la racine de grenadier, qui les tuèrent en moins de douze heures.

En passant à d'autres préparations, nous voyons le *sulfate de soude* et le *chlorure de sodium* tuer les vers en dix-huit heures; le *sublimé corrosif* en deux heures. Tous les autres sels métalliques demandent plus de temps.

D'après ces expériences, faites avec une patience incomparable pendant plusieurs années, il paraîtrait donc que la santonine, mêlée à l'huile, est le plus puissant vermifuge, du moins lorsqu'il s'agit des entozoaires les plus fréquens, des ascarides lombricoïdes. L'auteur conseille d'administrer ce médicament dans la proportion de 10 à 25 centigrammes dans 32 grammes d'huile de ricin, à prendre par cuillerée à café toutes les deux heures, jusqu'à effet produit (1).

Dr Achille Chereau.

MALADIES DES ENFANS NOUVEAU-NÉS.

DE L'HÉMORRHAGIE OMBILICALE APRÈS LA CHUTE DU CORDON (2);

Par M. Henri Roger,

Professeur-agrégé de la Faculté, médecin de l'hospice des Enfans-Trouvés.

Observation. — Le 15 juin 1852 est entré dans nos salles de l'infirmerie une petite fille, Lebas (Louise), née le 3 du même mois, et apportée le 4 à l'hospice.

Cette enfant est petite, mais bien conformée, et d'apparence assez vivace; la face n'est pas grippée; le cri est faible. La langue est blanche et humide : la succion s'exerce énergiquement sur le doigt introduit dans la bouche. On a observé de la diarrhée, dès la veille, sans vomissemens; les matières excrémentitielles sont vertes et glaireuses. Il y a de l'érythème des fesses; mais rien de remarquable à l'ombilic.

Le pouls est très accéléré, la peau fraîche. La respiration est naturelle, la poitrine sonore, et le murmure vésiculaire sans altération. (Décoction blanche; potion gommeuse avec une goutte de laudanum; deux petits lavemens avec extrait de ratanhia, 1 gramme.

Le lendemain, 16 juin, la face est plus pâle, un peu ridée; le cri est toujours faible : il y a un refroidissement notable, avec coloration bleue des extrémités; l'enfant est dans la torpeur; la diarrhée persiste. L'auscultation révèle du râle fin des deux côtés, à la base des deux poumons, surtout à droite. (Eau de riz vineuse; mêmes lavemens.)

Dans la journée, on s'aperçoit qu'il se fait une *hémorrhagie par l'ombilic*; le sang sort lentement, en bavant; il est d'une couleur peu foncée. Il s'en écoule à peu près une vingtaine de grammes; la cautérisation avec l'azotate d'argent solide, le tamponnement avec l'agaric, une compression au moyen d'un bandage circulaire, n'arrêtent point l'hémorrhagie.

Le 17, à la visite du matin, on trouve l'enfant enveloppée dans des langes sanglans, et l'on peut évaluer à une cinquantaine de grammes la quantité de sang qu'elle a perdu depuis l'application du bandage; elle crie, et l'écoulement augmente. La pâleur de la face n'est cependant pas notablement plus grande; l'expression de la physionomie est la même. La diarrhée est toujours abondante et verdâtre.

On applique sur l'ombilic de l'agaric saupoudré d'alun, et une ceinture de dyachilon; mais l'hémorrhagie ne s'arrête que momentanément, et, deux fois dans la matinée, on pratique la cautérisation avec le fer rouge.

Si l'on essuie vivement l'ombilic, on voit, au bout de quelques secondes, le sang monter lentement, sans saccades; il remplit bientôt la capsule ombilicale, puis il déborde en bavant : ce sang est rouge. On peut, en saisissant l'ombilic à sa base, le déplisser en partie; mais on ne parvient pas à découvrir le point d'où le sang s'échappe. Le cautère actuel, qui était une grosse aiguille à tricoter rougie à blanc, a été enfoncé assez profondément. Le tamponnement avec l'agaric, et l'application d'un bandage, sont renouvelés.

Le soir, l'hémorrhagie ne s'est pas arrêtée; l'enfant a perdu quarante grammes de sang, approximativement; elle est pâle et refroidie; le pouls est insensible. On n'osa rien entreprendre sur cette enfant qui était déjà presque un cadavre; et, en effet, après une perte nouvelle d'une petite quantité de sang, elle mourut le 18 juin au matin, avant la visite.

Autopsie, 26 heures après la mort. — Le corps est pâle, non amaigri : la pâleur est franche, sans complication d'ictère. Il n'y a pas de putréfaction. On ne constate aucune hémorrhagie soit de la peau, soit des organes intérieurs; on ne découvre de même nulle part d'abcès métastatiques.

Abdomen. — L'estomac présente du ramollissement gélatiniforme, mais seulement dans le grand cul-de-sac. Le canal intestinal est pâle, sans développement des follicules agminés ou isolés. Le foie n'offre aucune altération appréciable; les reins sont un peu pâles; la rate est petite et son tissu est rouge-noirâtre.

Thorax. — Il n'y a point d'épanchement dans les plèvres : les poumons n'ont qu'un très léger engoûment en arrière, principalement à droite; le parenchyme se déplisse en entier par l'insufflation. Les bronches sont pâles, et ne contiennent point de mucosités.

On trouve dans le péricarde une petite cuillerée de sérosité, louche, épaisse, jaunâtre, mais sans pseudo-membranes, ni injection des feuillets de l'enveloppe séreuse. Le cœur est petit; son tissu est pâle; ses cavités sont vides. Le trou de Botal est presque oblitéré; le canal artériel l'est complètement.

Crâne. — Il n'y a pas d'épanchement séreux dans la grande cavité de l'arachnoïde : les méninges ne sont pas notablement injectées. Il n'y a trace de méningite que dans un seul point très limité : à la partie postérieure et inférieure du cervelet, au niveau de l'échancrure médiane qui est comblée par l'arachnoïde on constate l'existence d'un épanchement purulent qui n'a pas plus d'un centimètre d'étendue : on y reconnaît un pus bien lié, bien crêmeux, siégeant entre l'arachnoïde et la pie-mère et se déplaçant par la pression avec le dos du scalpel (le microscope montre dans ce liquide des globules de pus); un peu plus loin se voit aussi une petite tache d'un blanc laiteux.

Les autres parties de l'encéphale sont exemptes d'altérations.

Indépendamment des lésions précitées, voici ce que donna l'inspection attentive de l'*ombilic et de ses vaisseaux*.

La *veine ombilicale* est saine : elle est oblitérée complètement, vers son tiers supérieur, par un gros caillot ferme.

Entre le tubercule ombilical et le point d'abouchement des deux artères ombilicales, on trouve un petit foyer qui a le volume d'une noisette et qui contient du sang à demi caillé. Dans ce foyer, à 1 centimètre environ de l'ombilic, on reconnaît les deux *artères ombilicales*, lesquelles sont altérées. La droite, descendue dans l'abdomen, quelques millimètres plus bas que la gauche, paraît dilatée; elle a en effet un diamètre plus que double de celui qu'elle devrait avoir à cette époque; elle est remplie, à son extrémité ombilicale, par du sang qui communique avec le foyer et qui a une consistance semi-liquide. Plus loin est un caillot qui égale à peine la cinquième partie du diamètre du vaisseau, de sorte que la circulation n'y était pas interrompue; il se prolonge dans l'étendue d'un centimètre et demi, mais sans avoir la densité des caillots fibrineux qui, à cette période, ont d'ordinaire oblitéré complètement l'artère. Dans la région correspondante à ce petit caillot, la surface interne du vaisseau, au lieu d'avoir une teinte rosée, est noirâtre; au lieu d'être lisse, est ridée transversalement, et comme traversée par des filamens qui sont les fibres circulaires de la tunique moyenne, écartées et dissociées; la membrane interne se sépare facilement de la moyenne. Dans l'intervalle des fibres circulaires, la celluleuse persiste seule. Au-dessous de ce caillot, du côté de l'hypogastrique, l'artère a conservé ses dimensions normales et ne s'est pas non plus oblitérée, comme elle aurait dû l'être d'après le processus régulier.

L'artère ombilicale gauche présente les mêmes altérations, mais à un degré moindre; elle est plus rapprochée de l'ombilic que la droite, elle est ridée à sa surface interne, qui a une couleur noirâtre; la membrane interne est friable; elle est remplie par un caillot mou, diffluent, qui se prolonge dans une étendue de 2 centimètres.

La science possède bien peu de faits semblables à celui qui vien

(1) Voyez, pour plus de détails : *Froriep's Tags berichte über die Fortschrifte der naturund Heilkunde. Pharmacologie. Band* 1, p. 317.

(2) Mémoire lu à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, janvier 1853.

---

depuis Hippocrate.

Outre les émissions sanguines, Hippocrate employait encore les vomitifs et les purgatifs, soit dans le but de désobstruer les voies digestives, soit, le plus souvent, pour attirer vers l'intestin, et de là à l'extérieur, l'humeur prédominante ou intempérée. Les principaux purgatifs employés par lui étaient des drastiques, la scamonée, l'ellébore, la coloquinte, etc.

Il employait aussi des diurétiques, des diaphorétiques, des sialagogues, etc. Il avait une tendance marquée à agir sur la peau tour à tour, suivant les cas, par les onctions, les frictions, les fomentations, les cataplasmes, les ventouses, les cautères, le moxa, le fer rouge, etc.

Dans certaines circonstances, Hippocrate avait recours à des moyens très énergiques, au trépan dans certaines affections de la tête, à la thoracentèse dans les épanchemens pleurétiques, à la néphrotomie pour vider les abcès du rein; il plongeait des instrumens tranchans dans le foie pour évacuer les collections purulentes de cet organe, etc., etc. Il faudrait, ajoute M. Andral, passer en revue la partie chirurgicale des œuvres d'Hippocrate, pour voir combien était ferme et hardie la main des chirurgiens des temps hippocratiques; je vous renvoie, pour cela, à la savante analyse publiée sur ce sujet par notre illustre collègue, M. Malgaigne.

Jugement sur Hippocrate : Nous avons maintenant une idée à peu près complète de ce vieux monde médical si arriéré sous certains rapports, si avancé à d'autres points de vue. Contraste étonnant! A côté d'opinions étranges, d'assertions généralement hasardées; à côté d'études légères, superficielles, très souvent fausses; à côté de tout cela, on découvre des vues profondes, des principes généraux dont plusieurs sont des émanations brillantes du génie, des lois générales, des remarques aussi fines que justes sur les causes des maladies, un plan de doctrine dont tous les jalons ont été posés par les médecins de l'école hippocratique. On y trouve des vues ingénieuses et vraies sur les phénomènes des maladies, leur développement, leur marche et leur succession, ainsi que d'excellentes règles pratiques sur leur traitement. A côté de ce qu'il y a de défectueux dans les idées et l'observation des faits, se dresse une doctrine puissante qui, dans tous les temps, n'a cessé de trouver des défenseurs, et qui, aujourd'hui encore, paraît être, à beaucoup d'esprits, sinon dans sa totalité, du moins dans plusieurs de ses parties l'expression fidèle de la vérité. Nous aurions pu entrer dans des détails beaucoup plus étendus; tout ce cours et beaucoup d'autres encore pourraient être consacrés, non sans fruit, au seul examen de la collection hippocratique; mais nous pensons en avoir dit assez pour faire comprendre la légitimité de la place éminente que le père de la médecine occupe dans l'histoire de l'humanité. On pourrait dire des doctrines d'Hippocrate que leur côté faible, leurs erreurs appartiennent à son siècle, tandis que les grands principes qu'elles consacrent, les grandes vérités qu'elles ont jetées dans le monde sont l'œuvre propre de ce grand homme et le produit de son puissant génie.

Hippocrate, ajoute l'éloquent professeur, me semble appartenir à cette race d'hommes illustres, noble élite de l'intelligence humaine, à cette race de penseurs qui semblent n'apparaître dans le monde que pour y remuer des idées, et, par une impulsion vigoureuse et féconde, pousser l'esprit humain dans la voie du progrès. Si l'on étudie ces hommes, quelle que soit d'ailleurs la diversité des temps et des pays où ils ont vécu, la diversité des routes qu'ils ont suivies, on trouve en eux je ne sais quelle mystérieuse ressemblance, non seulement dans la forme de leurs pensées et l'originalité de leur esprit, mais encore dans un certain caractère, un secret particulier de langage. Pascal, Montesquieu, Bossuet, s'ils eussent été des Asclépiades, n'auraient pas, ce me semble, écrit autrement qu'Hippocrate, dans le premier aphorisme, sentence majestueuse et grave sur laquelle l'esprit ne peut s'arrêter sans être immédiatement porté au recueillement et à la réflexion : la vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile.

Si, d'un autre côté, le père de la médecine, suivant une autre voie, eût cherché, comme Pascal et Bossuet, à sonder les mystères de l'homme moral, il n'aurait pas, ce me semble, parlé autrement que l'évêque de Meaux, dans ce sublime passage extrait de ses oraisons funèbres.

Il s'agit d'une illustre princesse dont beaucoup d'épreuves avaient labouré la vie : « On la croyait, dit Bossuet, incapable ni de tromper, ni d'être trompée, mais son caractère particulier était de concilier les intérêts les plus opposés, et, en s'élevant au-dessus, de trouver le secret endroit, et comme le nœud par où on peut les réunir. Que lui servirent ses talens? Que lui servit d'avoir mérité la confiance intime de toute la cour? d'en soutenir le ministre deux fois éloigné, contre sa mauvaise fortune, contre ses propres frayeurs, contre la malignité de ses ennemis, et enfin contre ses amis ou partagés, ou irrésolus, ou infidèles? Que ne lui promit-on pas dans ses besoins, mais quel fruit lui en revint-il, si non de connaître par expérience le faible des grands politiques, leurs volontés changeantes, leurs paroles trompeuses, la diverse face des temps, les amusemens des promesses, l'illusion des amitiés de la terre qui s'en vont avec les années et les intérêts, et la profonde obscurité du cœur de l'homme, qui ne sait jamais ce qu'il voudra, qui souvent ne sait pas bien ce qu'il veut, et qui n'est pas moins caché ni moins trompeur à lui-même qu'aux autres? »

FIN DE L'EXPOSITION DES DOCTRINES D'HIPPOCRATE.

(La suite du cours prochainement.)

Par un arrêté de M. le préfet de la Seine, en date du 12 mars, les médecins, chirurgiens, officiers de santé et sages-femmes exerçant dans le département sont invités à faire parvenir à leur mairie ou à la sous-préfecture (pour les arrondissemens de Sceaux et de St-Denis), avant le 1er mai, un bulletin contenant leurs nom, prénoms, domicile, etc.

Des bulletins imprimés sont distribués aux maires et à la préfecture.

Tout individu qui n'aura pas adressé ce bulletin à l'époque ci-dessus sera considéré comme ayant renoncé à l'exercice de sa profession, malgré le visa du diplôme qui aura été fait à la préfecture.

d'être rapporté (je parle seulement ici des faits observés chez les nouveau-nés, et non pas de ces histoires apocryphes d'écoulement de sang par le nombril, consignées au chapitre des maladies simulées); l'hémorrhagie ombilicale est à peine indiquée dans les ouvrages classiques; dans le *Traité des hémorrhagies* de Latour, on n'en trouve qu'un seul exemple, dû à Fabrice de Hilden, et concernant un adulte qui avait en même temps des épistaxis. Dans les traités d'accouchemens où il est question des maladies des enfans, on ne mentionne guère que l'écoulement de sang par l'ombilic, qui a lieu immédiatement après la section du cordon. Même silence dans les ouvrages consacrés aux affections de la première enfance. Billard lui-même, qui a fait des recherches importantes sur le cordon ombilical et principalement sur la dessication et la chûte du cordon, ne signale pas l'hémorrhagie. On trouve pourtant dans le *Traité des maladies des enfans*, d'Underwood (*traduct. franç.*, 1786, p. 278), une page consacrée à l'*hémorrhagie ombilicale*; il dit avoir « vu cet accident deux ou trois fois, au nombril d'enfans nouvellement nés. »

C'est seulement dans les journaux de médecine et dans les recueils périodiques de ces dernières années, que l'on trouve quelques observations d'hémorrhagie ombilicale. La plupart (1) ont été rappelées par M. Amable Dubois, ancien interne des hôpitaux de Paris, dans une très bonne thèse (*De l'hémorrhagie ombilicale après la chute du cordon*, thèses de Paris, 1848, n° 241), et par M. Edouard Ray, dans un travail intéressant lu à une société médicale de Londres (*Archives génér. de méd.*, 1849, t. XXI, p. 177). Ces deux mémoires se complètent l'un l'autre, l'auteur français donnant surtout les faits observés en France, et le docteur anglais ceux qui ont été publiés en Angleterre. Il m'a semblé que le rapprochement de ces faits et de celui que j'ai rapporté pourrait offrir de l'intérêt, et que la réunion de ces matériaux épars faciliterait l'histoire de l'hémorrhagie ombilicale. Aussi, ai-je dressé un tableau synoptique des observations particulières que j'ai pu recueillir (2) afin de mettre en relief seulement les principales circonstances et de mieux saisir, par la comparaison, les déductions pratiques qui en ressortent.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS.

OBSERVATION I. (Amable Dubois, *Thèse citée*, p. 10.) — Garçon de bonne constitution, pesant 3 kilog. — Chute du cordon ombilical le septième jour; hémorrhagie le huitième jour de la vie; sang abondant, coulant sans saccades, en bavant, foncé. Au milieu de l'ombilic, on aperçoit une ouverture du diamètre d'une plume; le tubercule ombilical est absent; le fond de la plaie est granulé. *Traitement :* Nitrate d'argent porté au fond de la plaie, arrête momentanément l'hémorrhagie; puis colophane et amadou. Compression avec le doigt; on faisait un pli à la peau; mais l'enfant criait, et le pli de la peau échappait : effet avantageux peu durable. *Ligature en masse* pratiquée sur l'enfant exsangue, au moyen de deux aiguilles s'entrecroisant, et des fils en huit de chiffre. Le soir, suintement; on fait deux nouveaux nœuds, et le sang s'arrête. Cinq jours après l'opération, l'escarrhe se détache, laissant une ulcération circulaire comme une pièce de deux francs. L'hémorrhagie ne reparut pas; mais des vomissemens fréquens se manifestèrent; il survint de la fièvre, de la tension du ventre et de la diarrhée, du coma, et la mort eut lieu le douzième jour après l'opération, sans que l'autopsie révélât de lésion évidente.

Autopsie. — Les parois du canal veineux sont revenues sur elles-mêmes, mais ne contiennent pas de caillots. Le canal artériel et le trou de Botal sont incomplètement oblitérés.

Les *artères ombilicales* forment un cordon blanchâtre; elles sont friables; elles offrent un canal très étroit, à parois épaisses, et contenant un caillot filiforme adhérent qui part de l'origine des artères. La pointe d'un ciseau pénètre du centre de l'ombilic dans la *veine* jusqu'à 3 centimètres; plus loin, la veine est revenue sur elle-même; elle ne contient pas de caillots.

Le canal artériel et le trou de Botal sont incomplètement oblitérés; le canal veineux est sans caillots. Les autres organes ne présentent point d'altérations; les tissus sont décolorés et les poumons exsangues.

OBSERVATION II. (Paul Dubois, *Journ. des conn. méd. chirurg.* n° 3, mars 1847). — Enfant délicat; chute du cordon le cinquième jour; hémorrhagie ombilicale le onzième jour de la vie. Le sang coule par le tubercule ombilical, en suintement, en nappe. Des applications glacées arrêtent l'hémorrhagie momentanément; l'eau Brochieri, la colophane, la compression avec de l'agaric et avec le doigt, la cautérisation avec le nitrate d'argent, sont inutiles. M. Paul Dubois pratique la ligature du tubercule ombilical et des parties sous-jacentes au moyen d'une épingle passée au-dessous et d'un fil double.

L'escarrhe se détacha, et la cicatrisation fut parfaite; mais l'enfant mourut cinq semaines après l'opération de purpura hémorrhagique (taches ecchymotiques, sang par l'anus, etc.).

Autopsie. — L'ombilic est cicatrisé complètement. L'*artère ombilicale* gauche est entièrement oblitérée; la droite présente de petites bosselures, dont l'une, incisée, fournit un peu de sang semi-liquide; bien que le calibre du vaisseau soit diminué, un stylet pénètre dans son intérieur jusque très près de l'anneau. Le tubercule ombilical, incisé de ce côté, montre un orifice gros comme la tête d'une épingle, d'où le sang avait coulé probablement.

La *veine* est presque complètement oblitérée; elle a, en divers points, l'aspect et la consistance d'un cordon fibreux. A peine si l'on peut passer un stylet dans son intérieur qui ne contient pas de caillots.

Le canal veineux est oblitéré; le canal artériel et le trou de Botal ne le sont pas complètement.

On retrouve des ecchymoses à la voûte palatine et sur le dos de la langue; du sang dans l'estomac, dans le cœcum, dans le gros intestin; des caillots existent entre l'arachnoïde et la pie-mère ainsi que dans les plexus choroïdes. Les poumons sont exsangues.

OBSERVATION III. — (Thore, *Gazet. méd.*, 11 mars 1848.) Un garçon de 13 jours, fut pris d'hémorrhagie ombilicale, en même temps qu'existaient à la peau des taches violacées; l'hémorrhagie était peu intense; le sang était séreux.

La compression aidée des astringens (alun en poudre sur l'ombilic), la cautérisation énergique avec le nitrate d'argent purent arrêter l'écoulement du sang après six jours. Mais il y eut hémorrhagie buccale, gastrique, et des taches violettes à la région dorsale; puis survinrent de la diarrhée, du muguet, des abcès tibio-tarsiens, et de l'œdème, sur le dernier jour de la vie, et l'enfant succomba, vingt-quatre jours après le début de l'hémorrhagie.

Autopsie. — L'ombilic est cicatrisé presque tout à fait; suppure cependant encore un peu. Les *artères ombilicales*, près de l'ombilic et dans l'étendue de deux centimètres sont remplies de pus et de caillots, puis d'un sang très fluide; elles sont perméables dans le reste de leur étendue.

La *veine* est souple et vide : ses parois sont rapprochées; son calibre est moindre que celui des artères. Le canal artériel et le trou de Botal ne sont pas complètement oblitérés. Les poumons sont pâles, les tissus anémiés.

OBSERVATION IV. (Ray, *Arch. génér. de méd.*, t. XXI, 1849, p. 178.) — Enfant du sexe masculin, de bonne constitution; un frère est mort le dix-neuvième jour après sa naissance, d'hémorrhagie ombilicale survenue quelques jours après la chute du cordon; un autre frère est mort âgé de moins de deux semaines,

Ce petit garçon a eu un ictère le troisième jour de sa vie; le cordon est tombé le sixième. Au neuvième, on aperçoit à l'ombilic une tache sanguine; puis, dans la journée, du sang s'échappe par un mouvement ondulatoire, de gauche à droite et de bas en haut : il a une belle couleur rouge et se coagule peu.

L'emploi de l'huile de térébenthine, de la compression avec des linges disposés en cône, échouent, et alors on pratique la ligature au moyen d'une aiguille courbe passée au travers de l'ombilic, cette ligature embrassant toutes les parties.

L'hémorrhagie s'arrêta; mais le lendemain des taches pétéchiales se montrèrent sur le bras gauche, et la mort eut lieu six jours après, le douzième de la vie.

A l'*autopsie*, on trouva les *artères ombilicales* perméables, jusqu'à l'ombilic, à un stylet très fin. La gauche, plus volumineuse, contient un peu de sang fluide et une petite couche de fibrine. La droite n'en contient point. Elles s'ouvrent dans une espèce de réceptacle commun d'où part aussi la *veine* ombilicale, qui est vide et non oblitérée.

Il n'y a oblitération ni du canal veineux, ni du canal artériel, qui est gros comme un tuyau de plume et établit une communication facile entre l'aorte et l'artère pulmonaire.

L'estomac contient du sang altéré : les poumons sont jaunâtres et présentent des points ecchymotiques.

OBSERVATION V. (Radford, 1832, *Edimbourg med. and surg. jour.*, *Arch. gén. de méd.*, t. XXI, p. 184, et *thèse* de M. A. Duhois, p. 14.) — Enfant âgé d'un septenaire, pris d'hémorrhagie ombilicale pendant la nuit, le sang suintant sous les bandes. Il meurt le jour même, après trois tentatives inutiles de compression. A l'*autopsie*, on trouva que la veine n'était pas revenue sur elle-même.

OBSERVATION VI. (Radford, *loc. cit.*) — Un enfant âgé de huit jours, est pris d'hémorrhagie au moment où le cordon tombe. Des bandelettes agglutinatives suffisent pour arrêter l'écoulement du sang qui ne se renouvelle pas.

OBSERVATION VII. (Pout, *thèse* de M. A. Dubois, p. 15.) — Un garçon, dont le cordon était tombé le sixième jour, fut pris, le huitième jour de sa vie, d'une hémorrhagie abondante par l'ombilic : en écartant avec une pince à pansement les bords de la dépression ombilicale, on ne pouvait distinguer d'où provenait le sang. La compression avec un tampon de charpie, des bandelettes agglutinatives et un bandage de corps fut inutile, et la mort eut lieu quarante-huit heures après.

A l'*autopsie*, on trouva les deux *artères ombilicales* perméables, au point d'admettre un stylet : le gauche contenait encore un caillot de sang, et paraissait avoir fourni l'hémorrhagie; elles étaient tellement rétractées en dedans de l'abdomen, que la compression n'eût pu s'opposer à l'écoulement du sang.

La *veine ombilicale*, pleine de sang liquide, égalait presque en volume un tuyau de plume d'oie.

Le petit nombre des faits que nous venons de résumer et de mettre en saillie, prouve assez la rareté extrême de l'hémorrhagie ombilicale : si plusieurs observations particulières ont dû nous échapper, par contre, plusieurs figurent en même temps dans la thèse de M. Amable Dubois et dans la note de M. Ray, et font ainsi double emploi. M. Ray en signale, à la vérité, vingt-cinq; mais une seule lui appartient (de même que M. A. Dubois n'en a qu'une seule qui lui soit propre); mais sur ces vingt-cinq faits, il y en a seize qui, mentionnées par Copland, ne concernent pas exclusivement des nouveau-nés, et ne rentrent pas précisément dans la catégorie dont il s'agit ici. Ajoutons, en preuve de la rareté de l'hémorrhagie ombilicale, que l'observation rapportée par nous est la seule qui se soit présentée aux Enfans-Trouvés pendant l'espace de deux années, et sur un total de neuf à dix mille sujets.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) L'une des plus intéressantes est celle de M. Paul Dubois (voir plus bas, obs. II) et elle a donné lieu, de la part de cet éminent professeur, à d'importantes considérations consignées dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (3 mars 1847).

(2) L'exploration des recueils périodiques allemands, que je regrette de n'avoir pu faire, donnerait sans doute quelques observations nouvelles. L'hémorrhagie ombilicale est signalée dans les traités de pathologie infantile que l'on doit à l'Allemagne. Verson lui consacre quelques lignes (*Der Arzt am Krankenbette der Kinder*, Vienne, 1838), qui m'ont paru extraites de Radford. Meissner (Leipsick, 1844, *die Kinderkrankheiten*, etc., p. 290) est un peu plus explicite : il indique en outre plusieurs auteurs allemands, Carus, Siebold, Schneider, qu'il serait bon de consulter.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

TRACHÉOTOMIE DANS LA PÉRIODE ULTIME DU CROUP; — MORT SUBITE PENDANT LA CONVALESCENCE.

Par M. le docteur J. BIENFAIT, de Reims.

La trachéotomie appliquée à la période extrême du croup donne des résultats de jour en jour plus satisfaisans; la statistique ne laisse pas le moindre doute à cet égard. (Trousseau, UNION MÉDICALE 1851.) Mais ce progrès, déjà précieux en lui-même, l'est encore plus en ce que, réalisé à force de soins persévérans pour écarter certaines complications, il indique la voie dans laquelle de nouvelles recherches peuvent être dirigées avec fruit. En effet, on l'oublie trop en présence de la gravité directe du mal, le croup ne tue pas seulement par les fausses membranes du larynx. Indépendamment de la pneumonie et de la diphtérite extensive, contre lesquelles on a déployé une si louable opiniâtreté — que la trachée, du reste, ait été ouverte ou non — des accidens formidables par leur rapidité peuvent survenir jusque dans la convalescence, témoin le cas de mort subite communiqué récemment à la Société médico-pratique. Or, ces accidens sont peu connus jusqu'ici, et cependant il pourrait se faire que, mieux étudiés, ils fussent accessibles à nos moyens de traitement ou de prophylaxie. Il importe donc de recueillir avec soin tout fait propre à jeter quelque lumière sur ce point de clinique : c'est ce qui me décide à publier l'observation suivante, qui offre d'ailleurs de l'intérêt à plus d'un titre :

Le 3 septembre 1852, on apporte à ma consultation une petite fille de 2 ans, bien constituée, encore nourrie au sein par sa mère. Cette enfant, qui n'a jamais eu qu'un peu de diarrhée à propos de chaque éruption dentaire, tousse depuis huit jours, saus que sa voix se soit altérée jusqu'alors; elle est très irritable; cependant elle continue à prendre le sein et des potages. Ce matin, sa mère, la trouvant plus malade, l'a fait voir à un pharmacien qui a prescrit tartre stibié, 5 centigrammes,

A trois heures de l'après-midi, quand on me l'amène, elle a une toux rauque, la voix est un peu altérée, la respiration légèrement pressée et sonore. Les amygdales, gonflées, sont parsemées de fausses membranes de 3 à 4 millimètres. Une couche continue de ces productions couvre la base de la langue; le visage, un peu animé par la fièvre, offre une teinte rose qui contraste avec le danger prochain qu'annoncent ces symptômes. Dans la soirée, je provoque onze vomissemens en deux séances. (Tartre stibié, 10 centig.; ipéca, 50 centig.; mêlez en dix paquets; un de demi-heure en demi-heure, jusqu'à production de cinq ou six vomissemens.)

Le 4 septembre. Ce traitement énergique n'a amené qu'une amélioration de peu de durée après chaque vomissement. La respiration est visiblement gênée à la gorge; la coloration du visage est moins rose que la veille; le pouls ne peut être compté à cause de l'agitation de la petite; enfin, quoique l'expansion vésiculaire et la sonorité restent normales, les symptômes vont s'aggravant toute la journée. (Miel au calomel, compresses d'eau fraîche sur le devant du cou.)

Le 5 septembre. A quatre heures du matin, l'enfant a eu un premier accès de suffocation de dix minutes environ; un second vient d'avoir lieu au moment de ma visite, à cinq heures et demie : le teint est très pâle, la respiration stertoreuse, l'aphonie complète et la toux *croupale* au plus haut degré; cependant la respiration s'entend des deux côtés, sans diminution notable; en conséquence, je me borne à continuer le calomel.

A huit heures je reviens, assisté de mon excellent confrère et ami, le docteur Landouzy; nous ajournons encore toute détermination.

Dans le courant de la journée, la dyspnée augmente, les accès de suffocation reviennent à des intervalles de plus en plus courts. Enfin, à quatre heures du soir, je retourne, accompagné de nouveau du docteur Landouzy : la respiration est de plus en plus embarrassée, le visage et le corps sont pâles, avec reflet bleuâtre; une teinte violacée couvre les lèvres et les pommettes; le regard est éteint et convulsé; le collapsus effrayant; la respiration est complètement nulle à droite et très faible à gauche, bref, l'asphyxie est imminente, et il est clair que si l'enfant n'est pas opérée, elle succombera dans quelques instans.

J'ouvre donc la trachée, tremblant de voir la malade expirer sous mon bistouri. A peine l'instrument a-t-il pénétré qu'une syncope se manifeste, et, malgré l'introduction de la canule, résiste pendant un temps que je ne puis préciser, mais à coup sûr fort long, à l'emploi des moyens les plus rationnels et les plus énergiques. Saisissant alors une sonde de caoutchouc tronquée, préparée à dessein par M. Landouzy, je la pousse profondément dans la trachée et j'établis la respiration artificielle en insufflant de l'air pendant que ma main droite, appliquée à plat sur la base du thorax, imprime de légères saccades destinées à produire des alternatives d'expansion et de compression. Enfin nous avons la joie de sentir renaître les battemens du cœur, la respiration revient graduellement, et bientôt le pansement peut être fait. On réconforte l'enfant avec des linges chauds, on lui donne quelques cuillerées de vin sucré, et trois quarts d'heure après, je la retrouve dans un état très satisfaisant. Elle a pris le sein aussitôt notre départ; elle est calme; la figure a repris une teinte rose; l'air passe très bien par la canule.

Je passerai sous silence les détails de chaque jour, tels que cautérisation de la plaie, nettoyages de la canule, expulsion de fausses membranes, etc... Dans les premiers jours, du sirop de belladone a dû être donné pour calmer la toux un peu fréquente.

Le 9, un vomissement ayant eu lieu la nuit et la toux ayant diminué, le sirop de belladone est supprimé. La canule est retirée le matin et replacée le soir.

Jusqu'au 13, rien de nouveau, si ce n'est un peu de diarrhée, avec stries sanguinolentes parfois, qui m'oblige à faire prendre de faibles doses d'opium et de cachou; les liquides donnés à la cuillère déterminent quelque reflux par la plaie. Ce jour-là, lorsque je veux replacer la canule le soir, comme les jours précédens, je trouve la plaie tellement rétrécie par les bourgeons charnus, que je suis obligé d'y renoncer. Dans la lutte que cette circonstance amène, l'enfant pousse un cri distinct.

Les 14 et 15, la respiration se fait partie par le nez, partie par la plaie et s'entend bien dans toute la poitrine. La plaie trachéale se rétrécit au point de n'avoir plus qu'un centimètre sur un ou deux millimètres; mais l'enfant s'oppose, en se débattant, à son occlusion complète. Toutefois, la voix revient décidément et la mère reconnaît quelques mots familiers à sa petite fille. Des panades sont mangées sans reflux par la plaie; les jouets ont été repris depuis plusieurs jours déjà.

Le 16, la parole est distincte; mais une dyspnée très légère se manifeste; je prescris une promenade au soleil, s'il y en a; — elle ne peut avoir lieu.

Le 17. Le dyspnée notée hier n'a fait qu'augmenter depuis le milieu de la journée; il y a eu dix selles, dont plusieurs comme des râclures de boyaux. On vient me chercher à six heures du matin. Je trouve le murmure respiratoire affaibli, avec râles sibilans; chaque inspiration s'accompagne d'un double bruit, dont l'un paraît venir du larynx, l'autre de la plaie, dont les bords se meuvent comme des valvules. La canule est replacée en forçant la plaie au moyen du dilatateur; le calme renaît avec la respiration; la journée se passe bien; l'enfant mange et prend le sein. — Un peu de sous-nitrate de Bismuth a été donné; il n'y a eu que deux selles.

Le 18, le sommeil a été bon; la respiration est libre; la canule est maintenue. A quatre heures du soir, la toux devient plus fréquente, et il y a un peu de fièvre. Tout cela est calmé au moment de ma dernière visite à dix heures du soir.

Le 19, quinzième jour après l'opération. Huit heures du matin. L'enfant joue sur son lit sans y prendre beaucoup de goût; les pommettes sont rouges; le pouls est à 132; elle a toussé la nuit. — Depuis quelques jours, la toux se produit par quintes, souvent suivies de vomissemens; cependant la respiration s'entend bien des deux côtés, avec un faible mélange de râles sibilans. Les mucosités rendues par la canule, sont constamment blanches et opaques. Je retire cet instrument pour éviter l'irritation qu'il pourrait amener. (Lavement avec sulfate de quinine, 20 centig., et laudanum de Sydenham, 2 gouttes.)

A neuf heures et demie l'enfant paraît moins bien; sa mère l'attribue à l'absence de la canule et vient me prier de passer chez elle l'après-midi,

A dix heures, le lavement est pris; bientôt après survient une convulsion suivie de calme durant un quart d'heure; une seconde convulsion est suivie également d'un calme de dix minutes; enfin une troisième convulsion emporte l'enfant.

Autopsie du larynx seulement, trente heures après la mort.

L'organe est enlevé au moyen de l'incision de l'opération prolongée en haut et en bas. La glotte est parfaitement libre; les cordes vocales sont d'un blanc-jaunâtre, lisses, sans érosion; la muqueuse est légèrement arborisée de rouge au niveau des cartilages thyroïde et cricoïde; il n'y a pas la moindre trace de fausse membrane, ni d'œdème, pas plus dans la cavité du larynx que sur les replis aryténo-épiglottiques.

En résumé, chez cette enfant, une laryngite pseudo-membraneuse débute par un rhume en apparence des plus simples, comme il arrive presque toujours; ce n'est que huit jours après qu'on a recours au médecin; le onzième jour de la maladie, la trachéotomie doit être faite sous peine de mort immédiate; cette opération est suivie d'une véritable résurrection dont la respiration artificielle revendique sa part. Hormis un peu de toux, la petite opérée va assez bien pour que quatre jours après l'opération la canule puisse être retirée tous les matins et replacée seulement le soir; le mieux augmente jusqu'au huitième jour, nonobstant une dyssenterie légère; à dater de cette époque, la canule n'est plus remise et l'enfant s'en passe très bien pendant trois grands jours; la diarrhée continue, mais modérément; il y a un peu de regorgement par la plaie, mais seulement pour les liquides donnés à la cuillère. Tout à coup, le retour de la dyspnée me force à replacer la canule treize jours après l'opération. Enfin, le quinzième jour, je n'ai plus de doute sur l'existence d'une coqueluche avec redoublement fébrile le soir, je prescris un lavement destiné à combattre cette complication, je retire la canule, trois heures après, lorsqu'elle vient de prendre son lavement, l'enfant expire au milieu des convulsions.

Quelle a été la cause de cette mort?

Certes, l'autopsie laisse trop à désirer pour que la discussion des différentes hypothèses qui s'offrent en réponse puisse nous conduire à une solution absolument rigoureuse. Etablissons toutefois comme faits positifs la guérison du croup et l'impossibilité d'invoquer l'intervention d'un œdème laryngé ultime, puisque à part un peu de rougeur due évidemment au voisinage de la canule et de la plaie, l'intérieur du larynx n'offrait rien d'anormal.

La nécropsie plus complète aurait-elle révélé du côté de la poitrine quelque complication suffisante pour expliquer la mort? L'examen stéthoscopique et plessimétrique fait avec soin tous les jours, notamment le jour de la mort, permet de répondre hardiment : non. Restent donc la dyssenterie et la coqueluche, mais la première était peu intense, peu en rapport avec la maladie principale, elle n'a donc pu contribuer à la catastrophe qu'en produisant un peu d'affaiblissement; aussi bien elle était en voie d'amélioration marquée la veille de la mort.

Si nous ouvrons maintenant le livre de MM. Rilliet et Barthez, nous voyons que, sur 29 cas de coqueluche observés par ces auteurs, il y a eu 5 fois complication de convulsions. M. Papavoine, cité par eux, rapporte 2 cas semblables. Sur l'ensemble de ces 7 cas, la mort a eu lieu 6 fois et a été la conséquence immédiate des convulsions dans un espace de temps qui a varié entre une demi-heure et vingt-quatre heures. Ne paraît-il pas dès lors infiniment probable que l'enfant est morte de convulsions survenant dans le cours d'une coqueluche secondaire.

Jusqu'à quel point le croup peut-il être considéré comme cause de cette coqueluche? C'est une question que ce fait soulève sans la résoudre, et qui pourra être l'objet de recherches intéressantes. Remarquons toutefois que les auteurs cités plus haut admettent dans le croup un élément nerveux auquel ils attribuent une certaine importance, que je considère pour ma part comme très réelle, et que la coqueluche se classe parmi les névroses; mais je reviens à mon observation, renonçant pour aujourd'hui à l'attrait de mettre en relief la connexion remarquable que cet élément nerveux établit entre les maladies si variées de l'appareil respiratoire chez les enfans.

Faut-il regretter que la canule ait été retirée? La présence de l'instrument n'aurait-elle pas pu conjurer le danger? Ce qui s'est passé l'avant-veille de la mort, le calme apporté par la réintroduction de la canule, justifie jusqu'à un certain point cette manière de voir; mais ce qui lui donnerait une bien grande valeur, ce serait la confirmation par des faits nouveaux et en nombre suffisant des assertions récentes de M. Marshall-Hall, relativement au laryngisme considéré comme cause immédiate de la mort dans les maladies convulsives. En attendant, il faut bien avouer que les élémens manquent pour la solution de cette question, puisque même dans les cas les plus simples de trachéotomie, il n'y a pas à cet égard de règle plus positive que celle-ci : Il faut enlever la canule dès que cela est possible.

Qu'il me soit permis maintenant de faire observer que ce fait se trouverait mal à l'aise dans les limites qu'on a voulu donner à l'intervention chirurgicale dans le traitement du croup. Malgré la terminaison fatale, je le considère comme un cas de succès pour la trachéotomie. Or, dans le travail où il a si nettement posé les indications de cette opération, (UNION MÉDICALE, février 1852) mon très honoré et très affectionné maître M. Guersant fils admet comme contr'indication unique mais formelle, certain état d'affaissement qui succède parfois à la suffocation et se termine rapidement par la mort. Eh bien! je me trompe fort, si ma petite opérée n'était pas dans les conditions indiquées par l'habile chirurgien de l'hôpital des Enfans. Je ne sais si la description que j'ai été forcé d'abréger donne une idée exacte de sa position, mais ce que je puis affirmer, c'est qu'elle était dans un état d'affaissement difficile à supposer; disons plus, il est impossible de voir dans l'état qui a suivi l'opération, cette syncope qui se manifeste d'habitude après l'ouverture de la trachée, syncope dont les malades reviennent avec facilité. J'opérerais donc, et je conseille d'opérer, même dans les circonstances où M. Guersant fils conseille l'abstention, sauf à porter la respiration artificielle dans la profondeur des bronches, par le procédé indiqué dans le cours de l'observation. Fort de cette ressource, le chirurgien ne doit pas être arrêté par la crainte de compromettre l'art.

Ainsi : 1° la coqueluche peut compliquer gravement les suites de la trachéotomie, et amener la mort par les convulsions.

2° Si les faits annoncés par M. Marshall-Hall se confirmaient, il pourrait être utile, dans le cas de coqueluche secondaire à la trachéotomie, de retarder l'oblitération de la fistule trachéale pendant un temps qu'il est impossible de préciser, mais dont la détermination ne pourrait être basée sur l'absence des fausses membranes.

3° Quelque extrême que soit la position d'un enfant atteint de croup, la trachéotomie peut toujours être tentée avec chance sérieuse de succès, surtout avec l'aide de la respiration artificielle.

BIBLIOTHÈQUE.

HYGIÈNE DU CORPS ET DE L'AME, OU CONSEILS SUR LA DIRECTION PHYSIQUE ET MORALE DE LA VIE ADRESSÉS AUX OUVRIERS DES VILLES ET DES CAMPAGNES; par le docteur MAX SIMON. — Un vol. in-18. Paris, 1853, J.-B. Baillière.

Sous ce titre, M. le docteur Max Simon vient de publier un charmant petit volume destiné au peuple. On connaît mon opinion sur les livres populaires d'hygiène; je ne crois pas à leur utilité. Disant cela, ce n'est pas une critique ni des auteurs qui écrivent ces livres, ni du peuple qui ne les lit pas, que je prétends faire. J'exprime un fait irrécusable. Les classes lettrées lisent quelquefois des livres d'hygiène, se montrent-elles, pour cela, plus soucieuses et plus soigneuses de leur santé? En sont-elles plus tempérantes, moins esclaves de leurs passions, plus ménagères de l'exercice de leurs facultés vitales? Hélas! non. Eh mon Dieu! nous pouvons nous dire ceci, en famille : Les médecins écrivent de beaux livres d'hygiène, eh bien! donnent-ils l'exemple, en toutes choses, de modération, de sobriété et de prudence? Sont-ils plus sages que le commun des martyrs des passions humaines? C'est qu'il en est de l'hygiène comme du catéchisme. Nous nous souvenons de leurs préceptes quand il n'est plus temps, et l'avantage même reste au catéchisme, qui nous console et nous donne l'espérance, quand l'hygiène ne peut plus nous donner que des regrets et des remords.

Ces réserves faites, je déplore que le peuple ne soit pas plus disposé à lire le petit volume de M. Max Simon que tout autre. Plus que tout autre, en effet, celui-ci lui donnerait de bons, de sages et nobles conseils sous une forme qui, en inspirant à son cœur l'amour des beaux sentimens, élèverait son esprit par la beauté du langage. Ce petit ouvrage offre un mérite littéraire réel et que l'on ne rencontre pas d'ordinaire dans des productions de ce genre. M. Simon fait remarquer, avec raison, que les livres qui ont été offerts au peuple par les diverses écoles socialistes se distinguent par des qualités de composition et de style qui leur ont donné un grand attrait. Pourquoi, dit M. Simon, le peuple n'accepterait-il pas le contre-poison de ces livres présenté sous une forme séduisante? La naïveté de ce pourquoi fait honneur à M. Max Simon. Dans tout autre journal que dans cette feuille spéciale j'essaierais de lui dire le pourquoi, mais ici, cela m'est défendu.

Quelques citations suffiront pour faire apprécier et la nature de ce petit ouvrage, et son but, et les moyens employés par l'auteur pour l'atteindre. Veut-il recommander la propreté et l'aération de l'habitation :

« L'air, dit-il, est le pain de la respiration : ce pain-là se respire au lieu de se manger, voilà toute la différence. Je suppose qu'on proposât à un homme de manger du pain, du pain ordinaire, trempé dans des immondices, à coup sûr, il ne le ferait pas, et il aurait raison. Eh bien! quand cet homme vit habituellement dans un air souillé de toutes sortes d'exhalaisons mauvaises, il fait exactement ce que je viens de supposer : il s'empoisonne lentement. Que les ouvriers comprennent bien cela, et je leur assure que, quand ils conformeront leur vie aux notions de cette science si simple, ils échapperont, eux et les leurs, à une foule de maladies qui les tuent avant le temps. Il y a, en France comme partout, un grand nombre d'ouvriers qui travaillent, mangent et dorment dans la pièce unique qui constitue leur habitation. Il y a là un danger que je veux signaler. Quand même cette chambre serait parfaitement tenue, que la vigilance de ceux qui l'habitent n'y laisserait séjourner aucune immondice proprement dite, ce séjour continu dans un même lieu est funeste, si l'on n'a soin d'y renouveler l'air de temps en temps. A mesure que nous le respirons, nous enlevons à l'air l'élément nécessaire à la vie, et nous y versons une sorte d'excrémens gazeux, qui sont comme le résidu de la digestion que nous en avons faite : double cause qui en altère la pureté, et le rend impropre à entretenir la santé. Remangeriez-vous ce que vous avez mangé? Non, certes; eh bien! vous faites cela quand vous continuez à respirer l'air, quand vous avez épuisé l'élément vital, quand vous ne le renouvelez pas suffisamment. De là, ce mot d'un homme qui s'y entendait, et que je vais rappeler ici pour bien fixer ma pensée dans votre esprit : « Ne pas renouveler l'air de son » cabinet, c'est vivre de ses ordures de la veille. »

Voilà certes un langage facilement accessible à toutes les intelligences et saisissant de vérité. Veut-il éloigner l'ouvrier de cette pratique funeste et si générale de la *goutte* du matin : « De même, dit-il, qu'on n'éperonne pas le cheval la veille pour le faire marcher le lendemain, que l'on ne souffle pas le feu le soir pour le faire brûler le matin; tout de même, ce n'est pas le petit verre matinal qui vous fera digérer à midi. Si l'on ne peut pas, ou plutôt si l'on ne veut pas renoncer à cette habitude, que l'on amoindrisse au moins le danger en ne prenant jamais d'eau-de-vie sans lester l'estomac d'une petite quantité de pain, comme pour échapper à un incendie on jette un matelas sur le sol, avant de sauter par la fenêtre. »

Suit une très belle page sur la tempérance en amour. Le vice honteux de l'onanisme n'a jamais excité une plus éloquente indignation. S'adressant aux jeunes gens de la province qu'il habite, la Normandie qui compte le plus de jeunes soldats réformés sous les drapeaux : « Jeunes ouvriers, leur dit-il, qui savez un peu l'histoire de votre pays, » qui savez la part glorieuse de la Normandie à la gloire militaire de la » France, depuis Guillaume-le-Conquérant jusqu'au général Duvivier, » mort hier au pied d'une barricade, dans une guerre civile impie; » compatriotes du grand Corneille, le peintre immortel de l'idéal du » héros, rougissez avec moi de cette honte de mon pays; s'il y a des » libertins parmi vous, s'il y en a qui portent une main souillée sur eux, » mêmes, dites-leur que cet acte est plus qu'un crime, c'est une lâ» cheté; dites-leur que, par cette souillure, ils se rendent, autant » qu'il est en eux, indignes de servir la France, et que ce n'est pas un » fusil, mais une quenouille qui conviendra un jour à leurs mains dé» biles. »

Combien il serait désirable que ceux à qui ce livre s'adresse pussent lire le chapitre intitulé : *Soins des enfans*, chapitre écrit avec cette piété tendre pour l'enfance, qui traduit les plus doux sentimens du cœur humain. Les ouvriers des villes, les travailleurs des campagnes trouveront aussi d'excellens conseils dans les chapitres spécialement écrits pour eux.

On a pu juger du style de ce petit livre par les courtes citations que j'en ai faites, style ferme et imagé qui convient de tous points aux lecteurs que M. Simon espère et que je lui souhaite de grand cœur sans partager la même espérance. Il va de soi que la morale de cet ouvrage, qui a titre : *Hygiène du corps et de l'âme*, est la morale la plus pure et la plus religieuse que l'on peut attendre d'un hygiéniste qui a écrit cette phrase dès le premier chapitre de son livre : « L'homme ne trouve » pas plus en lui-même le pain de la vie morale que le pain de la vie » physique; quand il veut vivre de soi, dans les deux cas, il périt; car » s'il y a une mort physique, il y a aussi une mort morale, que le » péché. »

Amédée LATOUR.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 Mars 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

La correspondance comprend :

1° Des rapports sur des épidémies de MM. les docteurs RUE, de Châteauroux; CLOSMADEUC, de Vannes; CHALETTE, de Châlons; FOUCAULT, d'Épernay.

2° Une note de M. le docteur VIARD, médecin à Montbard (Côte-d'Or), sur un cas de plaie de tête par arme à feu guérie sans extraction de la balle. (Comm. MM. Laugier, Larrey et Gerdy.)

3° Une note du même médecin sur l'extirpation du premier métacarpien pour un cas de carie scrofuleuse des os métacarpiens de la main droite. (Même commission.)

4° Une note de M. ROGÉ, pharmacien, avec un flacon de collodion préparé pour l'usage médical, avec la thérébenthine et l'huile de ricin.

5° Un mémoire de M. DELABARRE, sur l'éthérisation. (Comm. MM. Velpeau, Malgaigne et Adelon.)

6° Un mémoire de M. FLANDIN, sur l'analyse des poisons organiques. (Voir à l'Académie des sciences.)

— M. LE PRÉSIDENT rend compte à l'Académie de la visite de condoléance que le conseil d'administration a faite au nom de l'Académie à Mme Orfila.

Commission du réglement.

M. LE PRÉSIDENT fait connaître la composition de la commission désignée par le conseil pour la révision du réglement.

Cette commission, dont les membres ont dû être choisis dans les onze sections de l'Académie, se compose de MM. Baillarger, Ferrus, Bégin, Bousquet, Malgaigne, Gaultier de Claubry, Cazeaux, Adelon, Renault, Guéneau de Mussy, Boutron.

Le président et le secrétaire perpétuel se joindront à la commission.

— M. ROBINET lit une série de rapports sur des remèdes secrets.

— L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Depaul, sur un mémoire de M. Maslieurat-Lagémard, relatif à plusieurs points d'obstétrique.

Nous résumerons, dans le prochain numéro, le rapport de M. Depaul, ainsi que la discussion à laquelle il a donné lieu.

Lésion traumatique du sinus longitudinal supérieur.

M. GIMELLE lit au nom d'une commission un rapport sur une observation de lésion traumatique du sinus longitudinal supérieur, communiqué à l'Académie par M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides.

L'observation de M. Hutin prouve : 1° qu'un homme peut éprouver une fracture comminutive avec enfoncement des os du crâne dans une étendue considérable sans perdre connaissance; 2° que la guérison de ces blessures peut s'opérer sans accidens graves pour le blessé, quoiqu'il existe une perte de substance dans les os du crâne, à travers laquelle les tégumens de la tête ont contracté des adhérences avec la dure-mère; 3° qu'un homme peut conserver pendant plus de quarante ans, dans une vieillesse très avancée, une saillie intérieure et accidentelle des os du crâne d'un centimètre de hauteur sur dix centimètres de longueur, croisant et comprimant le principal vaisseau veineux sans éprouver d'accidens sérieux, quoique cet homme se livre habituellement à des excès de liqueurs alcooliques.

M. le rapporteur propose de remercier M. Hutin de sa communication, d'envoyer l'observation au comité de publication, et d'insérer son nom sur la liste des candidats aux places vacantes dans l'Académie. (Adopté.)

La séance est levée à cinq heures.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 36. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 26 Mars 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 25 MARS 1853.

LA PRÉSENTATION ET LE CONCOURS.

Je voudrais présenter une simple observation aux partisans du système actuel pour la nomination des professeurs. J'admets que leur conviction à cet égard est aussi sérieuse que sincère, je reconnais leur droit à se féliciter des résultats donnés par ce système, ils peuvent approuver, et ils ne s'en font faute. Mais — et je m'adresse ici à leur loyauté — si, par aventure, il se trouvait, dans la presse médicale, quelqu'un qui ne serait pas aussi émerveillé du système et de ses résultats, ce quelqu'un aurait-il la liberté de le dire et de chercher à prouver pourquoi il n'aurait ni tendresse ni admiration pour les choses actuelles en fait de recrutement des professeurs? Je ne le crois pas, et je me fonde sur la loi et les décrets qui régissent la presse non cautionnée, aussi bien que sur l'application qui en a été faite plusieurs fois par les tribunaux. Nous ne pouvons ici apprécier, discuter et critiquer un acte d'une administration publique. Or, une présentation de candidats faite par une Faculté de médecine, est certainement dans la catégorie des choses dont la discussion nous est interdite. Eh bien! je le demande, là où la critique n'est ni libre ni possible, l'éloge ne perd-t-il pas beaucoup de sa valeur et de sa dignité?

Deux fois, à quelques jours d'intervalle, la Faculté de médecine de Paris vient de faire fonctionner le système de la présentation. La Faculté de Montpellier a été aussi appelée à faire un choix de candidats pour une de ses chaires vacantes. Les décisions de ces corps savans sont connues; nous n'avons ni à les approuver, ni à les blâmer, et nous sommes obligé de nous borner à les signaler à l'opinion publique.

D'ailleurs, où donc l'écrivain soucieux de ne porter un jugement qu'avec des motifs suffisans, trouverait-il les élémens nécessaires à une appréciation sérieuse? Prenons pour exemple la candidature à la chaire de thérapeutique et de matière médicale : franchement, que l'on nous dise comment nous pourrions faire pour approuver ou pour blâmer la Faculté d'avoir pensé que M. Grisolle est à M. Tardieu comme 14 est à 9, M. Tardieu à M. Beau comme 13 est à 10, et M. Beau à M. Monneret comme 17 est à 4, à MM. Cazenave et Fleury comme 17 est à 1, et à M. Pidoux comme 17 est à 0. Il faut que l'esprit d'en haut soit descendu sur la Faculté dans ces saints jours, pour trouver sans hésitation des nuances aussi tranchées parmi ces honorables candidats. Pour nous qui n'avons à invoquer que les lumières très naturelles d'une intelligence ordinaire, nous avouons ne rien comprendre à ce classement chiffré. Nous ne comprenons pas davantage que des hommes de la valeur de M. Pidoux, soient brutalement exclus de cette arithmétique. Un système de présentation qui peut donner de pareils résultats, est un système jugé. Le concours, même avec tous les inconvéniens du fonctionnement que l'on avait donnés à son principe, n'a rien offert d'aussi grave; et nous disons sans hésiter : qu'on nous ramène aux carrières.

En effet, dans un concours, quels que fussent ses hasards et même ses injustices, un compétiteur d'un talent véritable, ne succombait jamais sans gloire. A côté du verdict du jury, se levait le verdict de l'opinion publique. Au succès du scrutin, pouvait s'opposer le succès des épreuves. Les applaudissemens de l'assistance pouvaient dédommager des défaillances du vote, et, chose plus sérieuse, créer des antécédens et des titres que l'avenir pouvait ratifier.

Dans le système de la présentation, les candidats exclus de la liste, ceux qui n'y figurent que dans un rang secondaire ou tertiaire, éprouvent toute l'amertume de l'échec sans adoucissement. L'exclusion est une sorte d'affront des plus pénibles, l'infériorité du rang un classement dont personne n'a la clé ni les motifs. Ce travail intérieur, profond et mystérieux donne à l'échec quelque chose de mortifiant, sans entourer le succès d'éclat et de solennité. Il y a au fond de tout cela quelque chose de vague et d'obscur qui ne satisfait pas plus le vainqueur que les vaincus.

Au reste, si nous sommes bien renseigné, le système rencontrerait des critiques là où l'on ne pouvait pas espérer d'en trouver. La lumière se fait un peu tous les jours. Les plus féroces adversaires du concours commencent à voir que cette institution pouvait présenter quelque chose de bon. On ne récrimine guère plus que sur les inconvéniens du mécanisme par lequel il a fonctionné jusqu'ici, inconvéniens sur la réalité desquels tout le monde était d'accord et que nous avons cherché nous-même à pallier, si ce n'est à faire disparaître, prétentions que nous n'avons jamais eue, parce que la perfection est une chimère dans les institutions humaines. Mais en cherchant à sauvegarder le principe, nous nous étions préoccupé de son application, et si ce n'était trop présumer de l'attention et du souvenir que méritent nos idées, nous rappellerions que nous avons formulé tout un système de concours basé sur ces trois élémens : juges, candidats, épreuves, contre lequel nous n'avons pas encore rencontré d'objection sérieuse.

Notre foi dans la bonté du principe du concours ne peut que devenir plus ardente en présence des événemens actuels. C'est notre ferme espérance que ce principe ne subit qu'un moment d'éclipse et qu'il reparaîtra radieux et triomphant. Aussi laissons-nous dire et faire, attendant de l'expérience une conversion générale qui ne peut se faire attendre longtemps.

Amédée LATOUR.

Voici comment les choses se sont passées dans les deux dernières assemblées des professeurs de la Faculté, d'après la *Gazette des hôpitaux*, à laquelle nous laissons toute la responsabilité de cette version, bien faite, assurément, pour expliquer et pour légitimer le changement que ce journal laisse entrevoir dans ses opinions sur le mode de nomination des professeurs :

Le nombre des votans était de 23 dans l'une comme dans l'autre séance.

1° *Chaire de thérapeutique et de matière médicale.*

Après plusieurs tours de scrutin, un ballottage a donné :
Pour le premier rang de la liste,

à M. Grisolle..... 14 voix.
à M. Tardieu..... 9 voix.

Pour le deuxième rang, le scrutin de ballottage a donné :

à M. Tardieu..... 13 voix.
à M. Beau....... 10 voix.

Pour le troisième rang, il n'y a eu qu'un scrutin, qui a donné :

à M. Beau....... 17 voix.
à M. Monneret.... 4 voix.
à M. Cazenave.... 1 voix.
à M. Fleury...... 1 voix.

Les candidats seront donc présentés dans l'ordre suivant :

1° M. Grisolle,
2° M. Tardieu,
3° M. Beau.

2° *Chaire d'histoire naturelle médicale.*

Un premier tour de scrutin a donné :

à M. Moquin-Tandon.. 10 voix.
à M. Martins...... 10 voix.
à M. Payer....... 2 voix.
Un bulletin blanc.

Aucun candidat n'ayant obtenu la majorité, un scrutin de ballottage a eu lieu et a donné pour résultat :

à M. Moquin-Tandon.. 11 voix.
à M. Martins...... 11 voix.
Un bulletin blanc.

Un deuxième scrutin a donné exactement le même résultat.

Même résultat encore à un troisième tour de scrutin.

Alors M. Paul Dubois, doyen et président, a déclaré qu'il avait voté pour M. Moquin-Tandon, et a dit qu'il pensait que sa voix devait être prépondérante.

Une discussion très animée s'est élevée sur ce sujet; plusieurs membres demandaient que la présentation des deux candidats ayant un nombre égal de voix fût faite *ex æquo;* ils s'appuyaient sur de nombreux précédens académiques, repoussant l'analogie qu'on voulait établir entre un concours et une présentation et l'opinion qui attribuerait une voix prépondérante au président.

Un scrutin a été demandé pour vider cette question, et la majorité s'est prononcée en faveur de la prépondérance de la voix du président. Il a été décidé en conséquence que M. Moquin-Tandon serait présenté comme premier candidat.

Un scrutin a eu lieu alors pour l'élection du deuxième candidat; M. Martins a réuni 19 voix sur 21 votans, M. Payer, 2. (Deux professeurs s'étaient retirés avec des marques de désapprobation assez vives.)

Pour le troisième rang de la liste, un nouveau scrutin a donné une grande majorité à M. Ed. Robin.

La présentation sera donc faite dans l'ordre suivant :

1° M. Moquin-Tandon,
2° M. Martins,
3° M. Robin.

M. Martins avait fait immédiatement parvenir une lettre dans laquelle il déclinait l'honneur que lui faisait la Faculté, et il déclarait retirer sa candidature. Des réclamations s'étant élevées à ce sujet, l'honorable candidat est revenu sur cette décision et s'est soumis à la volonté de la Faculté; mais on nous affirme qu'il a écrit ce matin une lettre au conseil académique pour lui faire connaître qu'il ne se portait pas comme candidat.

M. Tardieu avait dès lundi, nous assure-t-on, adressé également au conseil académique une lettre pleine de convenance, dans laquelle il déclarait se retirer, afin de ne porter aucune entrave au choix qui doit être fait.

Cette première épreuve de la nomination par présentation servira à faire apprécier la valeur de ce mode, et la préférence qu'on doit lui accorder sur le concours.

Les candidats aux deux chaires qui ne se trouvent pas portés sur les listes de présentation sont :

Pour la chaire de thérapeutique et de matière médicale : MM. Fleury, Pidoux, Cazenave, Monneret et Guérard;

Pour la chaire d'histoire naturelle médicale : MM. Payer, Hœfer, Lestiboudois et Chatin.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Hôpital des Enfans malades. — Clinique de M. GUERSANT.

DU BEC-DE-LIÈVRE ET DE PLUSIEURS MODIFICATIONS APPORTÉES A SON TRAITEMENT.

Nous n'avons point l'intention de faire ici l'histoire complète du bec-de-lièvre et de ses diverses variétés. Nous traiterons la question au point de vue pratique, d'après les exemples nombreux observés à l'hôpital des Enfans.

Le bec-de-lièvre, division anormale de la lèvre, peut être accidentel; mais dans la grande majorité des cas, il est congénial.

Il siége toujours à la lèvre supérieure. Nicoti et Meckel seuls ont cité deux cas de division congéniale de la lèvre inférieure.

La division peut être unique ou double; et, dans l'un et l'autre cas, on ne l'a jamais observée sur la ligne médiane, sauf un cas rapporté par Nicoti.

Le bec-de-lièvre est simple, lorsqu'il consiste en une division plus ou moins complète de la lèvre supérieure. Il est compliqué, lorsqu'à la division de la lèvre se joint encore celle des os et du voile du palais.

La division de la voûte palatine fait communiquer la bouche avec les fosses nasales. Elle peut être unique ou présenter une double fente en V à son sommet postérieur, comprenant entre ses branches un lobule triangulaire formé par les os incisifs et par leur portion de la lèvre supérieure.

Dans ces cas, il y a presque toujours une déformation considérable du nez, et la difformité entraîne divers troubles de la déglutition et de la phonation.

Le lobule médian supporte les dents incisives qui sont plus ou moins déjetées en avant. C'est ce qu'on désigne souvent sous le nom de *dents de lièvre.*

Enfin, dans quelques cas, la division s'étend jusqu'à l'encéphale et à la colonne vertébrale; mais cette difformité se joint presque toujours à l'anencéphalie ou à quelque autre monstruosité. C'est toujours au-dessus des ressources de l'art.

Nous ne faisons que mentionner ces diverses variétés; mais nous ne saurions les passer entièrement sous silence, puisque la conduite du chirurgien varie suivant ces diverses circonstances.

En effet, une simple division de la lèvre supérieure n'est qu'une difformité, et ne nuit qu'à la régularité des traits; tandis que le bec de-lièvre compliqué peut avoir les conséquences les plus graves pour les fonctions et la vie même de l'individu qui en est affecté.

Il est en général facile de distinguer, même sans commémoratifs, le bec-de-lièvre congénial de celui qui est accidentel.

Dans le premier cas, la fente forme un angle dont le côté interne est perpendiculaire; tandis que le côté externe, entraîné par la contraction de l'orbiculaire, est oblique en bas et en dehors.

Dans le bec-de-lièvre accidentel, la forme est beaucoup plus variable, et peut présenter diverses obliquités, suivant le sens dans lequel a agi la cause traumatique.

Dans le bec-de-lièvre congénial, les bords de la division offrent un tissu rosé, muqueux; tandis que dans le bec-de-lièvre accidentel, les bords sont durs, blanchâtres, et ont l'aspect et la consistance du tissu inodulaire.

Le siége est aussi différent dans les deux espèces. Dans la première, il occupe toujours la lèvre supérieure, et se trouve sur les côtés de la ligne médiane, au-dessous des narines qui sont aplaties. Dans la deuxième, la division peut occuper indifféremment les divers points des lèvres, et n'offre pas la même difformité des narines.

On a fait sur l'étiologie du bec-de-lièvre de nombreuses hypothèses : on a invoqué les diverses causes des difformités; mais il n'y a rien de bien certain à cet égard. Frappés de la situation constante du bec-de-lièvre sur les côtés de la ligne médiane, les anatomistes avaient supposé que la lèvre supérieure se développait par trois points distincts; Baudin en avait même admis quatre; mais cette opinion n'a pas prévalu; et MM. Velpeau, Cruveilhier, après avoir étudié avec soin chez l'embryon humain ce point d'anatomie, ont reconnu que la lèvre supérieure se développait par un seul point. On ne sait donc rien de précis sur la véritable cause du bec-de-lièvre.

Une difformité aussi choquante a dû de bonne heure appeler la sollicitude des chirurgiens. Aussi, nous voyons Celse opérer la réunion du bec-de-lièvre par la suture, avec ou sans incision; Franco incisait ou cautérisait les bords de la division, et les réunissait ensuite par la suture entortillée ou par les agglutinatifs, en poussant les joues en avant au moyen d'un bandage approprié; mais c'est de nos jours que les procédés opératoires ont surtout varié, et malgré les progrès de l'art, le bec-de-lièvre est une opération fort délicate dont le succès est souvent incertain dans les cas compliqués.

Ici se présente une grave question qui a été diversement résolue par des praticiens habiles et expérimentés. A quelle époque doit-on opérer?

Dupuytren conseillait d'attendre l'âge de trois ans, afin, disait-il, que l'enfant fût plus en état de supporter l'opération. M. Velpeau conseille d'opérer dans les six premiers mois.

Dionis, Boyer, Sanson, opéraient à l'âge de trois ou cinq ans. M. Nélaton conseille encore d'attendre la troisième année dans les cas de bec-de-lièvre compliqué.

D'après Busch, Bonfils, MM. Dubois et Roux, il est préférable d'opérer dans les premiers jours qui suivent la naissance. Cette pratique est aussi celle de M. Guersant, qui a pu en apprécier les avantages depuis douze ans qu'il est chirurgien de l'hôpital des Enfans.

Il s'appuie sur ce que les enfans n'ayant pas de crainte de l'opération, ne se débattent pas comme à un âge plus avancé, et cessent de crier aussitôt que l'opération est terminée; les contractions des muscles qui, dans les cris tendent à rompre la réunion, sont fort peu énergiques. La réunion se fait plus vite et d'une manière plus régulière que chez des enfans plus âgés. Enfin, la crainte de gêner l'allaitement est chimérique, car l'opération n'empêche en aucune manière la succion du mamelon, et même il est préférable que les enfans soient nourris au sein, car on a alors un moyen puissant de les consoler et de faire cesser leurs cris.

Tous ces avantages militent en faveur de l'opération dans les premiers jours de la vie, pour les cas de bec-de-lièvre simple, et les enfans supportent très bien une opération rapide qui peut se faire presque sans laisser écouler de sang si l'on a bien soin de faire comprimer les coronaires labiales.

Dans les cas de bec-de-lièvre compliqué, l'opération dans les premiers jours de la vie est encore avantageuse en ce que les bords de la fente palatine se rapprochent considérablement après la réunion de la lèvre, ce qui facilite, dans un âge plus avancé, la staphyloraphie ou l'application d'un obturateur.

Une circonstance seule pourrait faire hésiter, c'est le cas où la voûte palatine étant intacte, il y a seulement division du voile du palais. Peut-être alors pourrait-on faire d'abord la staphyloraphie; mais, dans tous les cas, il faudrait attendre un âge assez avancé pour que l'enfant, devenu raisonnable, se prêtât au régime indispensable à la réussite de cette opération.

Plusieurs chirurgiens, entre autres Bérard et M. Guersant, ont tenté de pratiquer la staphyloraphie chez les jeunes enfans, mais sans succès. Lorsque l'on n'a pu opérer dans les premiers jours qui suivent la naissance, on a d'autant moins de chance qu'on attend plus longtemps, et lorsque l'enfant atteint un, deux ans, il faut différer l'opération jusqu'à l'âge où il aura assez de raison pour sentir les inconvéniens de sa difformité et se soumettre volontairement à l'opération.

Si on ne prend cette précaution, le plus souvent l'opération échoue.

Dans les cas de bec-de-lièvre double, faut-il opérer des deux côtés en même temps? On peut le tenter si l'écartement des bords divisés est peu considérable. Dans le cas contraire, il est préférable d'opérer d'abord d'un côté, et de n'opérer sur l'autre côté que lorsque la cicatrice est devenue solide; on évite ainsi les contractions trop considérables des muscles, on a plus de chance de réussir.

M. Guersant a parfaitement réussi cette année chez une petite fille opérée en ville pour un bec-de-lièvre de cette espèce. Les deux opérations ont été faites à plusieurs mois de distance, et le succès a été complet.

Dans le cas où le lobule médian est très saillant, on peut suivre plusieurs méthodes.

Ainsi, lorsqu'il est peu considérable, il est en général avantageux de détacher la languette formée par les parties molles des parties osseuses. Ces dernières sont retranchées avec de forts ciseaux ou avec les pinces de Liston, et la languette charnue sert à former la cloison du nez.

Lorsque le tubercule est considérable, on peut le repousser simplement en arrière ou retrancher une portion du vomer en forme de V, ouvert en bas, et repousser ensuite l'os inter-maxillaire, suivant le procédé de Blandin.

Dernièrement, M. le docteur Bonnafont, chirurgien du Gros-Caillou, a fait l'opération en deux temps. Il a excisé le vomer comme Blandin, et a repoussé l'os inter-maxillaire au moyen d'un appareil compressif. Puis, lorsque l'os inter-maxillaire a été suffisamment repoussé en arrière, il a pratiqué la suture. L'opération a parfaitement réussi.

(*La suite à un prochain n°.*)

MALADIES DES ENFANS NOUVEAU-NÉS.

DE L'HÉMORRHAGIE OMBILICALE APRÈS LA CHUTE DU CORDON;

Par M. Henri ROGER,

Professeur-agrégé de la Faculté, médecin de l'hospice des Enfans-Trouvés.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

ÉTIOLOGIE. — Les enfans du *sexe masculin* semblent avoir une prédisposition bien marquée pour l'hémorrhagie par l'ombilic; sur 26 observations, la nôtre est la seule qui concerne positivement une petite fille, tandis que dans 14 il s'agit de garçons, et, dans toutes les autres, au nombre de 11, les auteurs se servent du mot *enfant* sans désignation précise du sexe.

La *constitution* n'était pas faible chez tous les nouveau-nés qui ont succombé à l'hémorrhagie ombilicale; notre petite malade était assez forte et vivace; et deux autres enfans sont notés comme doués d'une bonne constitution : l'un d'eux pesait 3 kilog., ce qui est, d'après nos propres pesées, (au nombre de trois à quatre mille) et d'après celles de la plupart des observateurs, le poids moyen des enfans à terme et bien portans.

Par un travail régulier de la nature, les vaisseaux ombilicaux commencent à s'oblitérer dès le premier, second ou troisième jour de la vie (Billard, 2e édit., p. 21), en même temps que le cordon se dessèche. L'*oblitération* doit être complète au quatrième ou au cinquième, puisque c'est l'époque la plus ordinaire de la chute du cordon; du moins la dessication étant entière dès le troisième jour (Billard, *ibid.*, p. 26), les vaisseaux doivent dès lors être oblitérés suffisamment pour faire obstacle au cours du sang et pour qu'une hémorrhagie par l'ombilic ne soit point à craindre. Mais si, par une cause quelconque, ce travail d'occlusion est retardé ou empêché, l'hémorrhagie pourra avoir lieu.

Et d'abord, de même que l'occlusion spontanée du trou de Botal ou du canal artériel n'est pas terminée dans une période de temps fixe et toujours identique; de même que cette occlusion qui d'ordinaire est effectuée le huitième ou dixième jour pour le trou de Botal et le canal artériel, peut, sous l'influence de causes tout à fait inconnues, être plus ou moins tardive et ne pas être complète avant deux et même trois septenaires; ainsi pourra-t-il arriver que l'oblitération des vaisseaux du cordon ne soit point achevée dans le temps normal (1), par le fait d'un retard dans le processus de la nature, retard dont la raison échappe (2). Dans le cas d'hémorrhagie ombilicale rapporté par M. Amable Dubois, le canal artériel et le trou de Botal étaient en effet incomplètement oblitérés, quoique la vie de l'enfant se fût prolongée jusqu'au vingt-et-unième jour (obs. I); et pareillement dans celui qu'a raconté avec détails M. Ray, le canal artériel était gros comme une forte plume, et il y avait une communication facile entre l'artère pulmonaire et l'aorte, quoique le nouveau-né eût succombé seulement le douzième jour après sa naissance (obs. IV). Enfin, dans les observations II et III, on voit que le canal artériel n'était pas tout-à fait oblitéré; et pourtant, dans celle-ci, l'enfant avait vécu trente-sept jours, et dans celle-là l'existence s'était prolongée pendant près de sept semaines.

Peut-être, dans d'autres circonstances, cette oblitération commençante n'est-elle effectuée ni assez solidement, ni sur une longueur assez grande pour qu'après la chute du cordon la résistance à l'abord du sang soit suffisante, surtout si la force et la rapidité du courant circulatoire viennent à être augmentées, par exemple, dans la fièvre. Richard (de Nancy) s'est demandé si, chez un enfant mort d'hémorrhagie ombilicale, la section du cordon n'avait pas été pratiquée trop près de l'ombilic, et si, par conséquent, il ne fallait pas attribuer cet accident au peu de longueur de la portion de l'artère ombilicale où se forment des caillots.

Une cause plus évidente sur laquelle les auteurs ont insisté avec raison, c'est un *défaut de coagulabilité du sang*. L'influence d'une altération du liquide sanguin sur la production de l'hémorrhagie par l'ombilic est démontrée par les faits. Chez plusieurs sujets, on observa, pendant la vie, des phénomènes caractéristiques de cette altération : ainsi, chez le nouveau-né de l'obs. IV, l'hémorrhagie s'arrêta, mais le lendemain on apercevait des taches pétéchiales sur le bras gauche; chez celui de l'obs. II, la ligature fut faite avec succès; mais la mort eut lieu par suite d'un purpura hemorrhagica (hémorrhagie intestinale, apoplexies multiples). L'écoulement de sang par l'ombilic se compliqua, dans l'obs. III, d'hémorrhagie buccale, d'hématémèse et d'ecchymoses à la peau.

Bien plus, la *diathèse hémorrhagique héréditaire* a pu prédisposer quelques nouveau-nés à l'hémorrhagie ombilicale; la femme dont le docteur Ray a donné l'histoire (obs. IV) eut deux autres enfans qui paraissent avoir succombé au même accident hémorrhagique; un petit garçon appartenant à sa sœur en mourut aussi, et ce médecin anglais a cherché à établir « la fréquence de cette espèce d'hémorrhagie dans une succession d'enfans mâles de la même famille. » Il dit avoir entendu parler d'une dame qui avait perdu successivement quatre garçons d'hémorrhagie ombilicale après la chute du cordon, tous quatre après avoir présenté des taches de purpura. Nous rapporterons, à propos du traitement, une observation toute récente de M. Danyau, qui confirme cette opinion de M. Ray.

Une autre influence, qui n'a pas été mentionnée par les auteurs, et dont l'action nous semble réelle, pour certains cas du moins, c'est l'*artérite ombilicale*. On verra plus loin, à propos des lésions anatomiques, que les artères, saines chez plusieurs nouveau-nés, étaient altérées chez d'autres; et le défaut d'oblitération dont l'hémorrhagie avait été la conséquence avait dû tenir à cette altération de l'artère. Les vaisseaux artériels dilatés, friables, ulcérés, n'avaient pu se rétracter et s'opposer à l'écoulement du sang par l'ombilic.

L'hémorrhagie ombilicale, bien qu'elle ne succède presque jamais immédiatement à la chute du cordon, est pourtant, jusqu'à un certain point, sous la dépendance de ce travail normal de mortification. Dans tous les cas, elle est survenue peu de temps après l'achèvement de cette séparation physiologique. Ainsi, chez quatre nouveau-nés pour lesquels l'époque de la chute du cordon a été marquée, on voit que cette chute s'est opérée une fois le cinquième jour (obs. II), deux fois le sixième (obs. IV et VII), et une fois le septième (obs. I); et, chez ces enfans, l'hémorrhagie a suivi de fort près, puisqu'elle s'est manifestée le lendemain (obs. I), le surlendemain (obs. VII), le troisième jour (obs. IV), et le sixième (obs. II). Dans trois autres faits où le moment de cette séparation n'est pas précisé (sauf l'obs. VI où l'accident hémorrhagique eut lieu immédiatement après), elle était sans doute effectuée depuis peu de temps, puisque l'écoulement de sang a paru une fois le septième jour de la vie (obs. V), une fois le huitième (obs. VI). L'époque la plus tardive de l'apparition de l'accident a été le treizième jour (obs. III et la nôtre), de sorte qu'il nous semble permis de tirer de ce fait une déduction pratique importante, à savoir, pour l'hémorrhagie ombilicale, l'immunité du nouveau-né qui a dépassé le second septenaire de l'existence.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'écoulement du sang par l'ombilic constitue, à lui seul, presque toute la maladie; c'est le phénomène pathologique prédominant; il présente certaines particularités dignes d'être signalées.

Aucun des *symptômes précurseurs* qui annoncent parfois les hémorrhagies, ne s'est montré chez les petits malades dont nous avons rassemblé les observations : aucun du moins n'a été perçu par leur nourrice ou leur mère; et même, dans un fait que nous tenons de la bouche de M. Paul Dubois et qui ne figure point dans notre résumé, on constata du même coup et la mort de l'enfant dont les langes furent trouvés, au jour, tout imprégnés de sang, et la cause de cette mort subite, l'hémorrhagie ombilicale.

L'écoulement du sang se montre donc sans que rien puisse le faire prévoir; assez souvent il commence la nuit, favorisé peut-être, comme on l'a remarqué, par la chaleur du lit; et ce qui le fait reconnaître alors, c'est, au réveil de l'enfant, la souillure des langes ensanglantés. Tantôt l'écoulement commence seulement par une tache sanguine, tantôt par un suintement; plus souvent il est tout de suite abondant; mais, dans les observations précitées, toujours il s'échappait sans jet, sans saccade.

Tantôt il suinte du tubercule ombilical, tantôt de la dépression du nombril comme du fond d'une plaie, sans qu'on arrive à reconnaître la source de l'écoulement; une seule fois (obs. I) on aperçut au centre de l'ombilic un orifice d'où sortait le sang, orifice dont le diamètre égalait un tuyau de plume.

De ce que le sang coule en bavant et sans le jet caractéristique des hémorrhagies artérielles, il ne faudrait pas conclure qu'il est fourni par la veine ombilicale. Cette hémorrhagie veineuse est beaucoup plus rare que l'artérielle, malgré l'opinion de Radford, qui prétend qu'elle est, au contraire, plus commune. « L'on comprendra aisément, dit M. Amable Dubois, que le calibre des artères ombilicales étant très petit, l'influence du cœur ne doive pas s'exercer d'une manière sensible sur la

(1) La dessication et la chute du cordon ombilical ne sont parfois effectuées que le septième ou le huitième jour (Billard, *loco cit.* p. 36.)

(2) M. Lorain, interne très distingué des hôpitaux, attaché à ma division, aux Enfans-Trouvés, pendant l'année 1852, a fait un travail sur la physiologie et la pathologie du cordon et des vaisseaux ombilicaux : il a bien voulu me remettre la note suivante où sont consignés les résultats de ses recherches sur *l'oblitération des artères ombilicales*. « Il y a, dit-il, deux modes d'oblitération : dans le premier cas, l'oblitération est provisoire; elle suffit aux besoins présens du nouveau-né et peut parer au premiers accidens : elle consiste dans un caillot qui se forme dès les premières heures qui suivent la naissance. Ce caillot se trouve chez des enfans qui n'ont vécu que quatre ou cinq heures : il commence, tantôt dans les artères du cordon, tantôt au point de jonction de ces artères avec celles de l'abdomen, il est noir, d'une médiocre consistance, peu adhérent aux parois du vaisseau, et très court d'abord; puis il s'allonge par le dépôt successif de nouvelles molécules, de sorte qu'à la fin de la deuxième journée ou quarante-huit heures, ce caillot occupe la moitié ou les deux tiers de l'artère, à partir de l'ombilic. Il est alors plus dense, plus ferme et il adhère d'avantage aux parois; pendant les jours qui suivent, ce caillot acquiert plus de consistance en même temps qu'il perd sa couleur noire pour prendre l'aspect fibrineux; il devient plus petit et plus régulièrement cylindrique : à mesure que ce caillot se rétracte, le calibre de l'artère se rétrécit. Voilà le mode d'oblitération que l'on peut appeler *provisoire*.

» L'autre consiste dans l'occlusion complète de l'artère à son extrémité ombilicale, occlusion qui se fait de la manière suivante : L'extrémité de l'artère s'éloigne de l'ombilic, s'effile et se termine en cône; cela n'a guère lieu que vers le vingt-cinquième ou le trentième jour; à cette époque le calibre de l'artère est très petit et obturé par un caillot fibrineux, très dense, d'une couleur blanche, très régulièrement cylindrique et *tout à fait* adhérent à l'artère. C'est là la véritable oblitération. Lorsque Billard parle de l'oblitération qui existe vers le cinquième jour il ne dit pas ce qu'il entend par cette oblitération dont il paraît avoir méconnu le véritable mécanisme. »

-sortie du liquide. » Ce n'est point là, ce nous semble, la véritable explication du manque de la saccade sanguine, qui dépend plutôt de la disposition anatomique des parties, soit que les artères contiennent un demi-caillot qui s'oppose au libre et plein écoulement du sang, et amortisse l'impulsion lointaine du cœur, soit que par suite de leur retrait à l'intérieur de l'abdomen, il y ait un petit cul-de-sac entre l'orifice ombilical et le bout non oblitéré du vaisseau. Le sang peut s'y accumuler comme dans une espèce de poche, et ne s'en échapper que d'une manière intermittente, ainsi qu'on l'observait chez notre malade.

Non seulement le jet saccadé fait défaut pour indiquer la source artérielle ou veineuse de l'hémorrhagie, mais en outre il ne paraît pas que le liquide ait, dans tous les cas, des caractères physiques distinctifs; il ne saurait d'abord en avoir quand il est fourni à la fois par l'artère et par la veine; puis sa couleur rouge artérielle n'est même pas toujours évidente quand il s'échappe par l'artère ombilicale seule; et l'on comprend qu'il puisse même alors avoir une coloration plus ou moins foncée, en raison du mélange des deux sangs que permet fréquemment (obs. I, II, III, IV) la persistance du trou de Botal et du canal artériel.

« Dans les cas d'hémorrhagie veineuse, dit M. Radford (*Thèse citée* p. 26), le sang est uniformément épais et de couleur foncée: il n'est jamais expulsé au dehors, mais suinte incessamment de l'orifice du vaisseau. Au contraire, dans les hémorrhagies artérielles, le sang est d'une couleur plus claire, et sera jusqu'à un certain point, influencé par l'action du cœur en ce qui concerne son mode d'écoulement. » L'analyse des faits montre ce qu'il faut penser de ces caractères différentiels et combien il est difficile de reconnaître, pendant la vie le vaisseau d'où provient l'hémorrhagie ombilicale.

Pronostic. — Quand Underwood disait que l'hémorrhagie par l'ombilic doit à peine mériter quelque attention, il avait surtout en vue la rareté de cet accident : car la statistique prouve au contraire l'extrême gravité de la prognose. Excepté dans deux cas (obs. VI, et une autre de M. Jeunin, *Thèse citée*, p. 27), la mort a été constamment le résultat, soit immédiat, soit plus ou moins éloigné de l'hémorrhagie ombilicale.

La mort a été pour ainsi dire foudroyante, dans un des faits de M. le professeur P. Dubois; elle a été aussi très prompte chez l'enfant dont l'histoire est consignée dans l'observation V et qui succomba le jour même de l'accident; chez un autre (obs. VII), elle eut lieu au bout de vingt-sept heures; notre petite malade succomba pareillement à l'abondance de l'hémorrhagie après trente-six heures environ. La terminaison fatale a été retardée lorsqu'on a pu se rendre maître de l'écoulement sanguin, soit par la compression, soit par la ligature; elle l'a été, dans le premier cas, jusqu'au vingt-neuvième jour, et, dans le second, jusque passé le cinquième septenaire après le début de l'hémorrhagie. Ces derniers malades ont succombé moins à la perte de sang qu'ils avaient éprouvée qu'à des affections concomitantes ou consécutives.

D'ailleurs, la vie prise dans son ensemble, n'a pas été longue pour tous ces pauvres enfans : la plus courte n'a duré qu'une semaine et la plus longue n'a pas dépassé le quarante-cinquième jour. Les deux sujets qui ont le plus vécu sont aussi ceux qui étaient le plus âgés quand ils furent pris d'hémorrhagie ; ils étaient arrivés, l'un au treizième jour de son existence, et l'autre au onzième, lorsque l'accident commença; et ce fut seulement au trente-septième et au quarante-cinquième qu'ils succombèrent.

(La fin au prochain numéro.)

BIBLIOTHÈQUE.

Traité d'hydrotomie, ou des injections d'eau continues dans les recherches anatomiques; par le docteur A.-E. Lacauchie. — Paris, 1853, J.-B. Baillière.

Les anatomistes se sont efforcés, de tout temps, à pénétrer la structure intime de nos organes, et pour arriver à en déterminer l'arrangement des derniers élémens, ils ont eu recours à un certain nombre d'artifices. Sous ce rapport, l'amplification de nos tissus à l'aide d'instrumens spéciaux désignés sous le nom de microscopes; les injections des vaisseaux sanguins; la macération dans divers liquides ; ont rendu et rendent encore tous les jours des services qu'on ne saurait méconnaître. A ces divers moyens d'investigation, M. Lacauchie en a ajouté un autre qui lui a fourni des résultats d'un heureux augure pour l'avenir, d'une utilité déjà incontestable pour le présent, et que nous ferons connaître sommairement dans cette analyse bibliographique.

Le moyen employé par M. Lacauchie, consiste à introduire une quantité d'eau plus ou moins considérable dans les organes qu'il veut soumettre à l'analyse anatomique, afin d'en dissocier les divers élémens, de les rendre plus apparens en les isolant les uns des autres. Cette nouvelle méthode a pris le nom d'*hydrotomie*, mot qui signifie dissection à l'aide de l'eau.

Quelques détails sur le mode d'exécution doivent nécessairement précéder ici la mention des résultats obtenus.

Pour pratiquer l'hydrotomie, il faut avoir à sa disposition un courant d'eau coulant avec une force égale à une colonne de ce liquide de trois mètres à trois mètres et demi de hauteur. L'appareil lui-même, pris dans sa plus grande simplicité, consiste en une canule qui porte l'eau dans l'un des vaisseaux du corps. Dans le but de faciliter l'application de sa méthode, M. Lacauchie a fait construire un appareil à la fois simple et très ingénieux, que nous avons vu fonctionner à maintes reprises et qui remplit parfaitement toutes les indications qu'on peut se proposer. Dans tous les cas, l'hydrotomie peut être étendue au corps entier, et alors on a recours de préférence à l'injection du liquide par l'une ou par les deux veines saphènes; ou bien elle peut être appliquée à une portion limitée du corps ; l'introduction de la canule se fait dans un des principaux vaisseaux artériels ou veineux de la région. Pour étudier les pièces hydrotomisées, M. Lacauchie recommande d'avoir recours à l'emploi d'un couteau bien tranchant, à l'aide duquel il pratique des coupes dont la surface est très nette et qui fournissent des notions fort intéressantes sur les parties que l'on examine.

Ces considérations préliminaires pourront paraître bien courtes; à ceux qui désireraient des détails plus étendus, nous renvoyons au traité lui-même; une analyse, quelque fidèle qu'elle soit, ne peut donner une idée complète d'une méthode qui est tout à fait nouvelle, et qui, par cela même, exige l'intervention de l'auteur dans la description de sa méthode propre d'investigation.

M. Lacauchie a appliqué l'*hydrotomie* à l'étude de la peau, de l'appareil digestif, des glandes synoviales, de l'appareil génito-urinaire, du système absorbant, du système glandulaire, de la matrice et de l'appareil vasculaire sanguin.

I. En hydrotomisant la peau, on fait ressortir d'une manière très nette les glandules de la sueur logées dans le tissu sous-cutané, les bulbes des poils, les conduits sudorifères avec la disposition toute spéciale que présente leur ouverture à la surface libre de l'épiderme; enfin le corps muqueux de Malpighi.

II. La même méthode, appliquée à la portion sus-diaphragmatique du tube digestif, révèle plusieurs détails bien connus de tous les anatomistes, et sur lesquels nous n'insisterons pas. Nous nous arrêterons sur quelques autres faits moins vulgaires que les précédens. Les papilles, placées à la surface de la muqueuse de la langue, sont de deux sortes : les papilles filiformes et les papilles fungiformes. Ces dernières présentent, d'après M. Lacauchie, des ouvertures à leur surface ; et il les considère comme des voies d'excrétion, les papilles elles-mêmes étant de nature glandulaire.

On sait qu'il existe dans la langue plusieurs glandes : l'une d'elles très rapprochée de celle du côté opposé avec laquelle elle semble se confondre, est à la partie postérieure; les canaux excréteurs de cette glande aboutissent au trou horgne. La seconde est dans l'épaisseur de la partie antérieure de l'organe; la troisième, qui vient d'être signalée pour la première fois par M. Lacauchie, est au centre de la partie la plus postérieure du bord latéral, et ses canaux excréteurs aboutissent au fond de rainures que l'on trouve sur le bord même de la langue.

L'infiltration du pharynx rend très évidentes les glandes en grappes situées dans cette région, et notamment sur la paroi postérieure de ce conduit. Un appareil glandulaire spécial se rencontre dans le pharynx du porc.

III. La structure de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif est aujourd'hui encore un sujet de débats parmi les anatomistes. L'hydrotomie a cherché à débrouiller cette intéressante question ; elle a permis de reconnaître que les faisceaux musculaires sont très distincts dans les premières portions du duodénum et que dans ce point le plan de faisceaux circulaires l'emporte de beaucoup sur le plan longitudinal qui n'est qu'une bande couchée le long du bord libre de l'intestin grêle; elle démontre le plan sous-muqueux des tuniques gastro-intestinales, et dans ce plan sous-muqueux, au niveau du duodénum, les glandes de Brunner, véritable pancréas secondaire, comme on les a appelées. La muqueuse gastro-intestinale se compose d'un derme identique à celui de la peau, et qui doit être distingué de la tunique celluleuse sous-jacente. Le derme est revêtu d'une couche formée de glandes ; dans l'estomac, ces organes consistent en tubes allongés pressés les uns contre les autres; ce sont les *glandes en tube* qu'on retrouve également dans l'intestin grêle et dans le gros. Les intestins grêles renferment les *glandes agminées* qui se composent d'un nombre variable de petits follicules, placés les uns à côté des autres et logés, par leur fond, dans des cupules que présente le derme, et qui sont munies d'un orifice occupant le centre de leur partie la plus superficielle. On sait les nombreuses contestations qui se sont élevées relativement à la question de savoir si ces follicules sont creux ou pleins, s'ils sont munis ou non d'un orifice. Cette question est bien tranchée par M. Lacauchie ; ces glandes sont munies d'un orifice et plusieurs figures qui accompagnent l'opuscule dont nous faisons l'analyse, permettent de constater cette disposition. Ajoutons aux appareils glandulaires précédens les *glandes solitaires* de l'intestin.

M. Lacauchie signale dans les villosités intestinales une *contraction*, phénomène observé par lui sur plusieurs animaux différens, et qui consiste en ce que les villosités, placées sous le microscope, se ramassent, deviennent plus opaques et se plissent de rides profondes, régulières et très bien indiquées à leur pourtour par les dentelures de leur épithélium.

Il est généralement admis aujourd'hui que le foie ne transmet pas la bile à la vésicule par des conduits *hépato-cystiques*. Si ces conduits se trouvent dans certains animaux, il est reconnu qu'ils manquent chez l'homme, à moins d'anomalie anatomique, l'homme n'a donc pas de conduits *hépato-cystiques*. On comprendra dès lors la surprise que nous avons éprouvée en lisant dans le travail de M. Lacauchie la phrase suivante : « Quelques anatomistes ont parfois constaté que la vésicule biliaire recevait des conduits directs de la bile par sa partie adhérente au foie. Cette disposition, indiquée comme l'exception, nous a paru la règle. » Loin de nous la pensée de vouloir combattre l'assertion de l'honorable anatomiste; toutefois il nous semble que dans une question aussi litigieuse, il eût été bien important d'entrer dans des détails un peu plus étendus.

IV. Clopton-Havers voyant dans le sac membraneux des articulations un liquide sécrété, s'efforça d'en trouver les glandes et décrivit comme telles les vésicules graisseuses placées en grande quantité derrière la fibreuse et jusque dans l'intérieur des franges les plus déliées.

M. Lacauchie a cherché en vain à découvrir ces glandes; il n'a trouvé que des vaisseaux et de la graisse. Dans les membranes séreuses, les glandes, au lieu d'être épidermiques, comme les glandes de l'estomac et de l'intestin, sont *épidermiques* et *projetées*, mais non déprimées, et ces mêmes glandes se retrouvent avec les mêmes caractères dans les plèvres, le péricarde, l'arachnoïde, etc.

V. Passons maintenant aux résultats fournis par l'application de l'hydrotomie à l'appareil génito-urinaire de l'homme et de différens animaux.

La tunique fibreuse du corps de la verge est formée de deux plans de fibres, l'un superficiel, à fibres longitudinales; l'autre profond, à fibres circulaires. Le corps du pénis commence en arrière par deux racines et se termine en avant par deux extrémités arrondies symétriques. Un fibro-cartilage sépare l'extrémité antérieure du corps caverneux. Le tissu spongieux de l'urètre, s'étendant du ligament triangulaire au méat urinaire, ne se confond pas avec le tissu érectile du gland. Le vérumontanum est toujours creusé de la petite cavité décrite pour la première fois par Morgagni.

VI. On emploie habituellement les injections mercurielles pour étudier le système absorbant. Chacun sait les résultats vraiment remarquables obtenus par ce procédé; et nous avons, il y a quelques mois, rendu compte dans ce recueil des heureuses applications faites par cette méthode à l'étude des lymphatiques, par un de nos anatomistes les plus distingués, M. Sappey. Nous serions donc bien mal avisé de faire ressortir ici les inconvéniens que M. Lacauchie reproche au métal liquide; mieux vaut, ce semble, indiquer sommairement les résultats que l'on obtient en hydrotomisant le système lymphatique. Il faut que l'on sache que l'hydrotomie des absorbans peut être faite par quatre voies différentes : les artères, les veines, les canaux excréteurs et les absorbans eux-mêmes.

En tête de l'un des paragraphes consacrés à l'étude hydrotomique du système absorbant, M. Lacauchie place ces paroles : « Tout a été dit sur les absorbans. » Cette introduction, quelque peu décourageante pour les jeunes anatomistes, laisse toutefois le champ libre à de nouvelles investigations faites dans le but de contrôler ou de réfuter un certain nombre d'assertions. C'est précisément la voie suivie par l'honorable professeur d'anatomie du Val-de-Grâce. Aussi, étudie-t-il avec le plus grand soin la forme des absorbans, leurs valvules, leurs ganglions, etc., etc.; le canal thoracique dont l'origine offre deux dispositions principales : dans l'une il y a un réservoir lombaire, c'est-à-dire que le canal commence par une dilatation manifeste ; dans l'autre il y a absence de ce même renflement lombaire.

VII. Dans le chapitre consacré à l'étude du système glandulaire, M. Lacauchie appelle l'attention sur les résultats fournis par l'hydrotomie de l'encéphale, qu'il considère avec Malpighi comme une *glande*. Les capsules surrénales et la glande pituitaire seraient des organes identiques; les premières faisant partie du système nerveux ganglionnaire; la seconde faisant partie de la masse encéphalo-rachidienne.

VIII. Enfin, l'étude hydrotomique de la matrice de la vache a également fourni à M. Lacauchie l'occasion de faire sur ce sujet des observations intéressantes.

Nous croyons avoir fait suffisamment ressortir tout ce qu'il y a de neuf et d'original dans le travail de M. Lacauchie. Il est incontestable que cet anatomiste a créé un mode entièrement nouveau d'investigation des organes; et tout nous fait espérer que cette méthode fournira d'ici à quelques années des résultats bien autrement nombreux que ceux que M. Lacauchie lui-même, livré à ses propres forces, a pu obtenir. Nous avons vu M. Lacauchie à l'œuvre, et nous avons vraiment admiré l'ardeur infatigable, la conviction solide et sincère qui le dirigent dans ses recherches. Nous avons pu enfin, et beaucoup d'autres ont pu comme nous contempler et vérifier la plupart des résultats qui sont énoncés dans l'ouvrage dont nous venons de donner une analyse rapide.

D[r] Fano,
Prosecteur de la Faculté.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 Mars 1853. — Présidence de M. Bérard.

Dix ans de pratique d'accouchement dans le département de la Creuse.

M. Depaul lit, en son nom et au nom de M. P. Dubois, un rapport sur un mémoire de Maslieurat-Lagémard, intitulé : Dix ans de pratique d'accouchement dans le département de la Creuse.

Le mémoire de M. Maslieurat se compose d'une série de mémoires qui tous ont trait aux questions les plus importantes de la pratique obstétricale.

L'auteur débute par quelques considérations sur ce que l'exercice de notre profession présente de particulier dans les campagnes du département où il exerce. Ce qu'il dit pour le département de la Creuse a déjà été plus d'une fois remarqué pour beaucoup d'autres localités, où, malgré les conditions les plus défavorables, on voit les opérations les plus graves réussir avec une merveilleuse et presque constante facilité. Misère, préjugés, inobservation de la plupart des règles de l'hygiène, intervention souvent tardive de l'art, tout semble se réunir pour diminuer les succès qui sont cependant presque constans, et dans tous les cas beaucoup plus nombreux que dans nos grands cantons de population. A quoi tiennent ces différences? D'après M. Maslieurat, elles ne peuvent s'expliquer que par l'isolement et par la pureté de l'air au milieu duquel vivent les habitans des campagnes. Quoique cette remarque n'ait pas le mérite de la nouveauté, elle paraît d'une vérité incontestable, et demande à être prise en sérieuse considération par les hommes qui ont pour mission de donner à l'assistance publique une direction aussi utile que possible dans l'intérêt de la conservation de nos semblables.

L'auteur, réunissant entre eux les faits de même nature, et ceux qui, ayant exigé sont intervention, se sont prêtés aux mêmes procédés opératoires, les a divisés en neuf séries distinctes :

La première comprend six faits qui ont été présentés d'une manière collective et succincte. Ils se rapportent tous à des femmes près desquelles son intervention avait été réclamée en raison de la longueur insolite du travail, et chez lesquelles la délivrance s'opéra sans l'intervention de l'art.

Les faits de la deuxième série sont au nombre de cinq. Ils se rapportent tous à des accouchemens qui se terminèrent spontanément et heureusement après avoir exigé la rupture artificielle des membranes.

La troisième série est consacrée aux cas dans lesquels l'auteur a cru devoir recourir à l'administration de l'ergot de seigle. Les six premiers sont relatifs à des femmes primipares. Les membranes étaient rompues depuis assez longtemps, et le travail commencé depuis trente-six ou quarante-huit heures. Dans tous, les contractions utérines avaient sensiblement diminué ou même presque entièrement cessé. Que fallait-il faire? M. Maslieurat se décide pour le seigle ergoté; 1 gramme est donné en deux doses à chacune des femmes, et une terminaison heureuse est obtenue chaque fois; la contractilité de l'utérus se réveille, et en quelques heures toutes accouchent spontanément d'enfans vivans. Bien qu'un pareil résultat semble propre à justifier la conduite de l'auteur, M. le rapporteur déclare que telle n'est pas sa manière de voir, et en cela il est d'accord avec M. Maslieurat lui-même, qui a vu, après une malheureuse expérience, ses premières impressions se modifier.

Voici, en effet, le résumé de la septième observation qui termine

cette troisième série; quoiqu'elle constate un bien triste résultat, on ne saurait trop louer M. Maslieurat de la franchise avec laquelle il s'est empressé de la communiquer :

Une femme âgée de 30 ans, bien conformée, mais d'une constitution délicate et habituellement souffrante, avait déjà eu une première grossesse qui n'avait offert rien de particulier ni dans sa marche, ni dans sa terminaison. Elle était au terme d'une sєconde grossesse qui avait été aussi naturelle que la première, lorsque notre confrère fut appelé près d'elle; le travail était commencé depuis quarante-huit heures, et les membranes déjà rompues depuis longtemps. Les douleurs, qui avaient été rares et faibles depuis le début, avaient entièrement cessé depuis dix à douze heures; la dilatation était complète, la tête se présentait, et déjà en partie engagée dans le détroit supérieur. Les conditions parurent favorables, et il fut administré deux doses de seigle ergoté de 50 centigrammes chacune.

Il était alors onze heures du matin; les contractions ne tardèrent pas à se ranimer; et notre confrère, forcé de s'absenter, recommanda qu'on vînt le prévenir entre deux et trois heures, si l'accouchement n'était pas terminé. On ne vint le chercher qu'à six heures du soir, et comme il demeurait à deux lieues de la malade, il était sept heures quand il arriva près d'elle. Les choses avaient bien changé pendant son absence, il trouva le visage profondément altéré, le nez et les paupières bleuâtres, tous les traits horriblement contractés; la respiration s'opérait avec une extrême difficulté, elle était courte et saccadée; le pouls, filiforme et intermittent, avait une telle fréquence, qu'il était presque impossible de le compter; le toucher vaginal ne permit plus de constater aucune partie fœtale, le doigt ne rencontra que des chairs molles et fongueuses dont la nature ne put être déterminée. Par l'abdomen, on sentait l'utérus revenu sur lui-même, s'étendant depuis l'ombilic jusque dans l'excavation pelvienne. Dans le flanc droit se rencontrait une seconde masse irrégulière et bosselée facile à déplacer, qui n'était autre que le corps du fœtus, dont la tête et les membres se reconnaissaient sans peine.

Malgré la gravité de son état, cette femme put encore raconter que les contractions utérines n'avaient pas été très énergiques et que ce n'était que vers trois ou quatre heures que son ventre était devenu douloureux et que les troubles généraux dont il a été parlé s'étaient manifestés.

La gastrotomie fut proposée comme ressource extrême, mais elle fut repoussée par la malade et par la famille. La mort survint deux heures après.

Au milieu des tristes réflexions que cette issue malheureuse a fait naître dans son esprit, et tout en faisant ressortir les conditions favorables qui semblaient se prêter à l'emploi du seigle ergoté, M. Maslienrat déclare qu'il est impossible de ne pas attribuer aux contractions plus énergiques produites par cette substance la rupture de l'utérus; il regrette surtout d'avoir été obligé de quitter cette femme, et se promet bien pour l'avenir d'être beaucoup plus réservé dans l'emploi du seigle ergoté.

Quant à moi, ajoute M. le rapporteur, tout en reconnaissant que la conduite de notre confrère est parfaitement excusable, puisqu'il n'a fait que se conformer aux préceptes les plus généralement reconnus, je déclare que j'aurais repoussé le seigle ergoté, aussi bien pour les cas qui semblent avoir été légitimés par le succès, que pour celui qui eut un si terrible dénoûment. Je sais depuis longtemps à quoi m'en tenir sur les dangers qui peuvent résulter de l'administration de cette substance, soit pour la mère, soit surtout pour l'enfant, et à part les indications qui naissent de certaines hémorrhagies, ou qu'on voit surgir à l'occasion de quelques fausses couches, je crois que l'intérêt bien entendu des femmes n'aurait pas beaucoup à souffrir de sa suppression complète.

Dans les cas qui semblent le mieux indiquer l'emploi du seigle ergoté, il n'est prudent d'y recourir qu'après s'être bien assuré de l'état de la circulation fœtale; s'il résultait de l'examen qu'elle a déjà subi une influence fâcheuse, il serait très formellement indiqué de renoncer à ce moyen. Le forceps qui, dans les cas simples et entre des mains habiles, est ordinairement inoffensif, devrait toujours avoir la préférence.

La quatrième série comprend de nombreux accouchemens prématurés observés chez la même femme, et qui ont paru provoqués par une démangeaison anormale de la peau.

La sixième série est consacrée à des accouchemens qui durent être terminés avec le forceps.

La série suivante comprend les accouchemens qui réclamèrent la version. Dans les deux cas où il fallut pratiquer cette opération, il s'agissait de présentation de l'épaule. L'enfant ne put être sauvé ni dans l'un ni dans l'autre; mais il est juste de dire que ce résultat ne saurait être imputé à notre confrère, qui ne put intervenir que dans les circonstances les plus défavorables. La première fois, parce que des manœuvres imprudentes avaient été employées avant son arrivée; la seconde, parce que son intervention fut réclamée tardivement, et alors que le liquide amniotique, écoulé depuis longtemps, avait permis à l'utérus de revenir fortement sur lui-même.

Un cas de symphyséotomie fait le sujet de la huitième série.

M. le rapporteur recherche à l'occasion de ce fait, au sujet duquel il n'approuve pas la conduite de M. Maslieurat, malgré son succès, s'il n'eût pas été possible d'agir par une opération beaucoup moins grave.

Les dangers qu'entraîne la symphyséotomie, dit M. le rapporteur, ne sont méconnus par personne, mais on a très diversement interprété les avantages qu'on peut en retirer, au point de vue de l'agrandissement du bassin. Il résulte pour moi, d'expériences que j'ai plusieurs fois répétées sur le cadavre, que si l'on reste dans des limites d'écartement compatibles avec l'intégrité des symphyses sacro-iliaques, on augmente à peine l'étendue des diamètres sacro-pubiens, et qu'il y a eu beaucoup d'exagération dans ce qu'on a dit de contraire à cette proposition.

D'un autre côté, si, à une époque déjà éloignée de nous, la symphyséotomie a pu trouver sa raison d'être dans la pénurie d'opérations moins graves ou dans sa comparaison avec l'hystérotomie, il n'en saurait être de même depuis que l'obstétrique s'est enrichie des ressources nouvelles, et que la légitimité de quelques procédés jusqu'alors généralement et systématiquement repoussés a été mieux appréciée, l'accouchement provoqué et l'embryotomie. Le premier de ces moyens étant inapplicable dans l'espèce, c'est au second qu'il aurait fallu donner la préférence. La mort de l'enfant ne pouvait laisser la moindre incertitude à cet égard.

M. Depaul termine par la relation d'une opération césarienne, extraordinaire à plus d'un titre, et curieuse, non seulement par le succès dont elle fut suivie, mais surtout par les conditions particulières dans lesquelles elle fut pratiquée.

Il s'agit d'une femme qui était en travail depuis deux jours, et près de laquelle trois confrères étaient réunis pour pratiquer une opération césarienne qu'ils avaient jugée nécessaire.

M. Maslieurat, prié d'examiner cette femme, constata qu'elle avait une très petite taille, des jambes fortement contournées et une très légère déviation de la colonne vertébrale. Mais il apprit en même temps que cinq grossesses avaient déjà eu lieu, et que toutes s'étaient terminées par un accouchement spontané. De plus, il s'assura par l'examen direct que le bassin était plutôt large qu'étroit, et que la tête, quoique n'ayant pas encore franchi le détroit supérieur, trouverait, comme dans les accouchemens précédens, des voies assez larges pour les traverser.

Il manifesta son étonnement du parti auquel on s'était arrêté et fit tous ses efforts pour qu'au moins préalablement on voulût bien tenter une application de forceps.

On lui objecta que la tumeur qu'il sentait au détroit supérieur n'était nullement la tête, mais bien une tumeur osseuse adhérente, développée probablement depuis deux ans, époque de son dernier accouchement. Tout ce qu'il put dire fut inutile, il resta seul de son avis, et l'on décida qu'on allait passer outre. Il déclara alors qu'il désirait se retirer ne voulant pas partager la responsabilité d'une pareille opération; mais sur les vives instances qui lui furent faites, et espérant, comme il le dit, que sa présence pourrait peut-être éviter de nouveaux malheurs, il consentit à rester après avoir fait toutes ses réserves.

Aucun des trois confrères n'avait même jamais vu pratiquer cette opération. Ce fut le médecin ordinaire qui se chargea de l'exécuter; mais à peine avait-il incisé les parois abdominales, qu'il sentit son courage faillir, et il déclara qu'il ne pouvait plus continuer. Il en fut de même des deux autres, et M. Maslieurat se trouva dans la cruelle nécessité de prendre le bistouri et d'achever une opération que seul il n'aurait jamais commencée. Après avoir divisé l'utérus, il put facilement extraire un enfant qui était mort, et ensuite le délivre.

La plaie intérieure fut réunie au moyen de la suture enchevillée, le ventre soutenu avec un bandage de corps, et un régime sévère prescrit. Les suites furent des plus heureuses, tout se passa à merveille et quelque temps après cette femme était parfaitement rétablie.

Un nouvel examen du bassin fait après l'extraction de l'enfant permit de reconnaître d'une manière positive que la *tumeur osseuse constatée par les trois confrères* n'était autre que la tête fœtale, car il n'en fut plus trouvé trace.

Il serait inutile de parler des émotions pénibles qui résultaient pour M. Maslieurat de la position critique dans laquelle il fut placé. Le succès inespéré qui a suivi cette opération vient confirmer les réflexions générales par lesquelles l'auteur du mémoire a débuté.

M. le rapporteur termine en proposant :

1° De le remercier de son intéressante communication;

2° De déposer son travail dans vos archives;

3° D'inscrire de nouveau son nom sur la liste des candidats aux places de correspondant.

M. Gibert lit au nom de M. Villeneuve, absent, une argumentation dont nous reproduisons les points principaux :

Il y a environ une trentaine d'années qu'un de nos confrères de Lyon, l'honorable Desgranges, me fit connaître l'emploi qu'il faisait du seigle ergoté pour accélérer l'accouchement dans le cas d'inertie de l'utérus. Dès ce moment, je fis l'essai de ce moyen, en observant ponctuellement le sage précepte donné par mon confrère de Lyon de n'en user que dans les cas où le travail n'est ralenti ou arrêté que par la seule inertie de l'utérus, précepte qui, bien observé, résume à lui seul la conduite à suivre dans l'emploi de ce moyen.

J'ai donc sur l'administration obstétricale du seigle ergoté une certaine expérience personnelle. Fort de cette expérience, je puis donc, sans trop de présomption : 1° tranquilliser la conscience de M. Maslieurat-Lagémard à l'endroit de l'accident arrivé a une des femmes auxquelles il avait administré le seigle ergoté; 2° chercher à diminuer, s'il est possible, les craintes exprimées par l'honorable rapporteur sur l'emploi obstétrical de ce moyen.

Je dirai d'abord à mon honorable confrère de la Creuse, que j'ai lu très attentivement les observations relatives à l'emploi du seigle ergoté qu'il a consignées dans son travail, surtout la dernière, qui est la 7me, et sur laquelle j'arrêterai particulièrement mon attention.

Les six premières ont pour sujet des femmes de 22 à 25 ans, dont quelques-unes en travail depuis 36, 40 et même 48 heures, avec présentation de la tête, étaient sans douleurs depuis sept, huit et même dix heures.

Dans les faits que je viens de rapporter, plusieurs choses m'ont étonné. Et d'abord de ne voir que des primipares chez lesquelles le plus ordinairement la délivrance n'est retardée que par la rigidité du col utérin ou l'étroitesse de la vulve. En outre, les sujets étant dans la force de l'âge, et d'une contrée où les rudes travaux auxquels les femmes se livrent, doivent être favorables au développement de leur énergie musculaire.

Ainsi que je l'ai rapporté, l'effet de ce moyen, excepté dans un seul cas, a été généralement tardif, et tellement, qu'on peut douter qu'il ait eu une certaine action dans la plupart des autres cas, puisque la délivrance ne s'est opérée qu'au bout de plusieurs heures de l'administration qui en a été faite. Car, pour les personnes qui ont l'habitude d'employer le seigle ergoté, il est constant que si ce moyen n'a pas déterminé la délivrance au bout d'une heure, une heure et demie, c'est qu'il est alors impuissant. Cette action si tardive, et que je regarderai comme nulle, ne tiendrait-elle pas à la trop faible dose du médicament administré? Pour moi, j'ai l'habitude de la porter à 4 grammes donnés en trois fois, de vingt minutes à une demi-heure d'intervalle, m'arrêtant, bien entendu, à la première ou à la seconde dose, si sous son action les douleurs se manifestent avec une certaine intensité. Enfin, je ferai remarquer de nouveau qu'aucun des enfans dont les mères avaient pris du seigle ergoté, n'en a éprouvé de fâcheuses influences; et je tiens d'autant plus à cette remarque, que la principale accusation portée contre cette substance, est de causer fréquemment la mort des enfans.

J'arrive maintenant à la dernière observation rapportée par notre auteur, et ici l'accusation serait bien autrement grave, puisque la mère et l'enfant auraient succombé, pense-t-il, par suite de l'administration de cette même substance.

M. Villeneuve analyse ici la 7me observation de M. Maslieurat, que l'on trouvera dans le rapport, puis il continue en ces termes : témoin affligé et forcément passif d'un si triste événement, il en accuse hautement le seigle ergoté et pousse l'injustice jusqu'à s'accuser lui-même.

Mais qu'il se le rappelle bien, la femme faible, habituellement souffrante, en travail depuis 48 heures, n'en a éprouvé que de très légers effets, et les quelques faibles douleurs qui sont survenues n'ont pas eu plus d'intensité que celles qui avaient eu lieu spontanément. Il y a donc loin de là à ces douleurs vives, incessantes qui résultent souvent de l'administration de l'ergot, et durant lesquelles l'utérus, en quelque sorte surmené, reste dans un état de contraction permanente où la femme, sans un moment de repos, s'agite, se tord, pousse des cris violens; ce qui ne cesse qu'avec sa délivrance. Et pourtant, à ma connaissance, nul n'a vu survenir, durant ce summum d'action, la déchirure de l'organe ainsi surexcité. M. Velpeau lui-même, partisan plus que mitigé du seigle ergoté, auquel il reproche la mort de plusieurs enfans, ne l'accuse nullement d'un pareil accident; ce dont on peut se convaincre en lisant ce que le produit de ses nombreuses recherches, de sa vaste érudition, lui a donné le moyen d'enrichir, au sujet de l'ergot, son traité d'accouchement.

Tous les auteurs qui ont parlé des ruptures spontanées de l'utérus pendant la parturition, et en particulier M. Duparque dans son traité *ex professo*, établissent qu'elles sont dues surtout à une perte de consistance, à une altération générale ou partielle des parois de l'organe. Or, chez la femme telle qu'elle est dépeinte par notre confrère, n'est-on pas en droit de croire à la préexistence d'une pareille altération? Mais, dit-il, c'est après l'emploi de l'ergot que l'accident est arrivé.

Je me permettrai de faire ici un appel à la logique de M. Maslieurat-Lagémard. Un fait qui arrive après un autre en est-il toujours la conséquence? Et dans l'espèce, de quoi s'agit-il? D'un événement qui s'est manifesté depuis que les femmes font des enfans, c'est-à-dire de tout temps.

Il résulte en effet de quelques citations que M. Villeneuve emprunte aux auteurs, que la rupture de l'utérus n'était pas très rare avant l'emploi du seigle ergoté. Quoi qu'il en soit, ajoute-t-il, nous admettons que cet accident soit heureusement assez rare et même très rare; mais enfin il arrive et arrivera toujours, qu'on donne ou ne donne pas de seigle ergoté, que les douleurs soient vives ou qu'elles ne le soient pas; dernière supposition justifiée par Baudelocque, qui dit que cet accident a eu lieu dans des cas où le travail était à peine commencé, c'est-à-dire lorsque les douleurs étaient encore peu intenses. Or, puisqu'une rupture de l'utérus peut avoir lieu spontanément et dans des circonstances si diverses, pourquoi la femme dont parle notre confrère, qui en réunissait quelques-unes, n'en aurait-elle pas été atteinte comme tant d'autres qui n'avaient pas pris d'ergot. Et d'ailleurs, quelle dose en avait-elle prise! Un gramme en deux fois, le quart de ce que j'ai souvent donné sans le moindre accident, et quelquefois même sans aucun résultat. Dose que je n'ai guère dépassée et que M. de Naivin dit avoir été portée jusqu'à 80 grains et qui équivaudrait à 40 grammes (poids décimal), ce qui fait supposer chez quelques femmes une grande inaptitude à l'action de ce moyen, et dont l'habile sage-femme ne rapporte d'ailleurs aucun fâcheux résultat.

(*La suite à un prochain numéro.*)

COURRIER.

Le concours pour trois places de professeurs suppléans à l'École du Val-de-Grâce, s'est terminé par la nomination de MM. Tholozan, pour l'hygiène, la médecine légale et la clinique médicale; Legouest, pour l'anatomie, la médecine opératoire et la clinique chirurgicale; Coulier, pour la chimie et la pharmacie.

— On lit dans le *Siècle :*

« Il y a des infortunes d'autant plus navrantes, qu'elles sont plus imméritées et qu'elles atteignent des noms honorés et glorieux. Dernièrement, l'Hôtel-Dieu de Paris recueillait une pauvre malade minée par une fièvre ardente, suite de cruels chagrins et de longues privations : c'était Mme Gros (de Strasbourg), la fille du célèbre sculpteur Ohmacht, qui fut l'ami de Canova, de Klopstock, de Lavater, et dont notre grand David a dit qu'il était le *Corrége des statuaires.*

» Cette pieuse et noble femme, que des revers inouïs de fortune ont fait descendre d'une position jadis brillante dans un état de profonde misère, avait reçu du gouvernement, à titre de secours, l'autorisation de mettre en loterie les dernières œuvres de son père, demeurées en sa possession, ainsi que deux tableaux, l'un de Titien, l'autre d'Annibal Carache. Venue à Paris, il y a peu de temps, pour aviser aux meilleurs moyens d'utiliser cette concession, elle a épuisé ses faibles ressources avant d'avoir atteint le but de ses démarches, et surprise par la maladie au milieu d'un dénûment absolu, elle a dû réclamer le secours de l'assistance publique. Nous apprenons avec plaisir que son état inspire en ce moment moins d'inquiétude, et que plusieurs personnes honorables se proposent de venir en aide à la malheureuse fille d'Ohmacht, en attendant qu'elle puisse réaliser l'œuvre de laquelle dépend aujourd'hui son existence. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique de l'Inflammation de l'Utérus, de son col, et de ses annexes; par le docteur J. Henry Bennet; traduit de l'anglais sur la 2e édition, par le docteur F.-A. Aran, médecin des hôpitaux. Un vol. in-8, avec planches intercalées dans le texte. — Prix : 6 fr.

Chez Labé, libraire de la Faculté de médecine.

Localisation des Fonctions cérébrales et de la Folie; mémoire sur le tournis; — mémoire sur la paralysie des aliénés; par le docteur Belhomme, médecin d'un établissement d'aliénés, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc. — En vente chez Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 15 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltestє et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 37. SEPTIÈME ANNÉE. Mardi 29 Mars 1853.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............ 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

AVIS.

MM. les abonnés dont l'abonnement expire le 1er avril prochain, sont priés de le renouveler, s'ils ne veulent éprouver de retard dans l'envoi de leur numéro.

PARIS, LE 28 MARS 1853.

SOUSCRIPTION POUR ÉLEVER UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DE M. ORFILA.

La Commission instituée pour aviser aux moyens d'offrir à M. Orfila un témoignage de gratitude du Corps Médical à l'occasion des actes de haute libéralité qu'il venait d'accomplir en faveur de la science et de la profession, s'est réunie le samedi 26 mars.

La mort ayant changé malheureusement la nature de l'hommage à rendre, la Commission a décidé que la souscription serait continuée à l'effet d'élever un monument à la mémoire de l'illustre professeur.

Les souscriptions seront reçues, comme par le passé, dans les bureaux de tous les journaux de médecine; et chez M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, membre-trésorier de la Commission.

Le Président de la Commission,

BÉRARD.

Il y a deux mois à peine que, sous l'impression des actes de libéralité accomplis par M. Orfila, une Commission, spontanément formée, chercha à organiser l'expression d'admiration et de gratitude qui se traduisait de toutes parts.

Nous voulions tous faire pour M. Orfila une manifestation sans antécédent, comme l'acte que nous voulions honorer était sans exemple.

Le 14 mars, la souscription ouverte pour offrir une médaille à M. Orfila aurait été close, et le 14 mars, qui devait être un jour d'ovation, s'est changé en un jour de funérailles.

La destination des fonds déjà reçus a dû être tristement changée.

Il ne s'agit plus d'honorer un homme vivant, mais sa mémoire illustre et chère.

La Commission fait avec simplicité, mais avec confiance, un un nouvel appel à tous les amis, à tous les admirateurs de M. Orfila.

Pas plus que la Commission, nous n'insisterons auprès des lecteurs de l'UNION MÉDICALE, qui ont prouvé combien leur étaient sympathiques l'œuvre et la personne de M. Orfila.

La souscription reste donc ouverte dans les bureaux de l'UNION MÉDICALE. Amédée LATOUR.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Hôpital des Enfans malades. — Clinique de M. GUERSANT.

DU BEC-DE-LIÈVRE ET DE PLUSIEURS MODIFICATIONS APPORTÉES A SON TRAITEMENT.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

Divers procédés ont été employés pour reformer le lobule médian.

Husson faisait l'avivement par deux incisions concaves.

Clémot détachait de haut en bas deux petits lambeaux étroits qui étaient rabattus et réunis par leurs surfaces saignantes.

M. Mirault ne fait qu'un seul lambeau.

M. Nélaton détache un V complet, qu'il renverse au moyen d'une anse de fil.

Ces divers moyens compliquent l'opération, et le plus souvent ne donnent pas le résultat qu'on en attend.

Aussi M. Guersant y a renoncé.

Voici comment il pratique l'opération :

L'enfant est placé sur les genoux d'un aide, qui lui tient les mains et les pieds, de manière à assurer une immobilité aussi complète que possible.

Un autre aide, placé derrière le premier, fixe solidement la tête et les joues avec ses deux mains. Il comprime en même temps les deux coronaires labiales supérieures.

Le chirurgien, assis devant l'enfant, saisit avec un tenaculum ou avec le pouce et l'indicateur de la main gauche l'angle inférieur du bord gauche de la division, et, s'il y a lieu, il détache la lèvre des gencives, afin de faciliter le glissement; puis, armé de forts ciseaux, il avive ce bord, en ayant soin d'enlever toute la partie rosée. L'aide comprime aussitôt la coronaire. La même opération est pratiquée sur le bord gauche et on achève de détacher en haut l'angle du V ainsi formé à l'aide du bistouri.

Pour la suture, M. Guersant a expérimenté divers procédés qui ne sont que des modifications de la suture entortillée.

Il faut que les aiguilles soient peu flexibles et cependant faciles à couper. Les épingles d'acier remplissent la première indication, mais il est souvent fort difficile de retrancher leur pointe; aussi doit-on préférer des épingles à insectes, c'est-à-dire des épingles de laiton, longues et un peu fortes.

La suture entortillée ordinaire a de grands inconvéniens. Si on la serre de manière à opérer une réunion exacte, le gonflement ne tarde pas à obliger de relâcher les fils, ce qu'on ne saurait faire sans tirailler plus ou moins les bords de la plaie. Si on serre moins, la réunion n'est pas exacte ou ne se fait que dans une partie de l'épaisseur de la lèvre et l'on n'a pas une plaie linéaire. M. P. Dubois a bien conseillé de ne fixer les fils que par une rosette, mais le sang ne tarde pas à les agglutiner, et il devient difficile de les relâcher, même en ayant le soin de les humecter préalablement. Pour obvier à ces inconvéniens, M. Guersant a l'habitude, comme M. Rigal, de Gaillac, d'employer, au lieu de fils, de petites bandelettes en caoutchouc, larges de 5 millimètres, longues de 15 millimètres. On enfonce à une de ses extrémités l'épingle qui doit servir à la suture; on traverse les chairs comme à l'ordinaire, de gauche à droite, puis, allongeant la bandelette élastique, on la présente à la pointe de l'épingle, qui la traverse, et est ensuite enfoncée autant qu'on le juge convenable.

On a ainsi une suture élastique qui se relâche, suivant la tuméfaction des lèvres de la plaie, et qui produit une coaptation exacte dans toute l'épaisseur de la lèvre.

Dans le cas où l'on craindrait des cris violens, on peut ajouter une suture entortillée lâche et destinée seulement à résister aux trop grands efforts de déduction des lèvres de la suture. Le plus souvent cette précaution est inutile et la simple bandelette suffit.

Deux épingles sont ordinairement employées.

Comme nous l'avons dit, le nez est souvent déformé, aplati, et reste plus ou moins difforme, malgré la réunion de la lèvre. Aussi le docteur Philips avait-il eu l'idée de traverser la base du nez à son union avec la face par une forte épingle transversale dont on recourbe les extrémités; mais les inconvéniens que nous avons signalés pour la réunion de la lèvre se reproduisent ici; et pour retirer l'épingle, on est obligé d'imprimer

Feuilleton.

DE L'INFLUENCE DE LA MUSIQUE SUR LA GUÉRISON DES MALADIES;

Lu dans la séance générale des Sociétés archéologiques de l'Yonne, réunies au comité de la Société des monumens historiques de France, sous la présidence de M. de Caumont.

Par M. le docteur ROLLAND, de Sens.

I.

L'une des plus graves erreurs consisterait à n'envisager, comme agens de la thérapeutique, que les drogues, les composés sortant de l'officine du pharmacien, ou les prescriptions empiriques, produits de la tradition populaire, suivie encore aujourd'hui avec la plus déplorable persistance.

Tout ce qui apporte à nos organes une influence heureuse, et qui, par quelque voie que ce soit, tend à rétablir l'équilibre des actes physiologiques ou pathologiques perturbés, doit être classé au nombre des moyens dont se sert l'art médical, pour éveiller, surexciter ou restreindre les différentes fonctions organiques et vitales, qui établissent le jeu régulier, harmonique, de l'économie humaine.

La médecine, sans les sciences accessoires et réduite à son propre fonds, n'aurait qu'une importance bien secondaire, mais elle sait heureusement emprunter à tous les arts, à toutes les sciences, les matériaux nécessaires à son progrès, et se les assimiler de telle sorte, qu'elle en fait sa propriété pour les appliquer ensuite, selon les différentes exigences, aux troubles organiques, dynamiques et vitaux, générateurs de l'entité morbide.

Examinée à ce point de vue, elle échappe alors au reproche d'art incertain, trompeur, conjectural, banalité triviale de tous les ignorans, les envieux, auxquels se joignent malheureusement quelques esprits forts, philosophes moroses, sceptiques et railleurs, qui lui ont infligé ces épithètes menteuses, parce que victimes de ses abus, ils s'en sont évidemment fait une fausse idée, et l'ont confondue avec cette médecine bâtarde des pseudo-guérisseurs, des intrigans, des charlatans émérites, qui, dans notre siècle des lumières, ne comptent encore que trop d'adorateurs fervens et convaincus.

Dans tous les temps, à toutes les époques, chez toutes les nations, la musique est l'expression des différentes passions qui agitent le cœur de l'homme. C'est une langue universelle que chacun parle plus ou moins richement, mais dont l'influence heureuse sur la santé, sauf quelques rares exceptions, ne peut être un seul instant mise en doute. Chez quelques individualités heureusement douées, la puissance musicale est innée; elle est pour elles un besoin aussi impérieux que celui de l'aliment, de la lumière et de l'air.

La musique, en effet, nous charme tous; elle nous ravit aux misères de ce monde, nous transporte dans les régions idéales rêvées aux jours de bonheur; des chants gracieux, de douces mélodies nous donnent un avant-goût des félicités éternelles. L'âme dépouillée de sa terrestre enveloppe, vole par delà les cieux, et contemple avec ravissement les plus sublimes tableaux. Mais, hélas! pourquoi faut-il quitter ces enchantemens? La musique cesse, et le charme rompu nous fait retomber lourdement sur cette terre ingrate. On voudrait encore l'oublier pour ressaisir les jouissances si vives et si pures que l'harmonie seule avait le don de produire.

On conçoit qu'avec une pareille puissance, l'esprit humain doive compter; aussi les anciens, pénétrés de son effet moral sur les peuples, l'avaient considérée comme un élément prépondérant de gouvernement. Ils lui accordaient une influence si considérable sur nos sens, nos passions ou notre intelligence, qu'ils la faisaient dériver d'une source immortelle et divine. Peu d'accord entr'eux, d'ailleurs, sur l'importance des illustres personnages auxquels ils imputaient l'origine de cet art enchanteur, les uns l'attribuaient à Mercure, un plus grand nombre à Apollon, qui eut pour descendant Esculape, dieu de la médecine; ils établissaient ainsi une espèce d'affinité, ou lien de parenté, une sorte de communauté confraternelle entre la musique et la médecine, et par ce rapprochement nous donnaient en quelque sorte à l'avance le droit de déterminer les rapports existant entre ces deux sciences.

Ainsi, dès l'antiquité la plus reculée, la musique et la médecine concouraient au bonheur, au perfectionnement de l'homme. Pindare, le prince des poëtes lyriques nous initie, dans l'une de ses odes, aux merveilles opérées par Esculape, adaptant au traitement des maladies des chants pleins de mollesse et de volupté.

Si nous n'avions égard qu'aux traditions grecques, il nous faudrait encore reporter l'origine de la musique à Hermès, le Mercure des Grecs, personnage fabuleux que les Égyptiens, sous le nom d'Hermès Trismegiste, regardaient comme le père de toutes les sciences et de tous les arts; mais on sait trop qu'il n'y a aucune croyance à établir à l'égard de ces documens, premières manifestations des sciences humaines enveloppées, dès leur berceau, des plus épaisses ténèbres.

Néanmoins, sachons-le, Hermès, Thot ou Mercure n'exprimaient pas une individualité distincte. Ces trois mots ne représentaient à l'esprit qu'un terme générique. Dans ces conditions, la recherche de ce personnage fabuleux ne constituerait en vérité qu'un vaste étalage d'érudition aussi déplacé qu'inutile ici.

Seulement, cela nous donne la clé de cette production fabuleuse de la plus vaste encyclopédie qu'ait jamais conçue le genre humain. Elle se composait, selon quelques auteurs, de plus de vingt mille volumes édités par une succession de savans qui y avaient consacré leur vie entière; dans quelques-uns de ces livres on trouvait tout ce qui avait trait à l'art musical; mais par malheur toute cette richesse bibliographique a été perdue, et la mémoire des hommes en a seule conservé le souvenir.

Quoi qu'il en soit, tous les peuples de l'antiquité, Égyptiens, Hébreux, Grecs, Juifs ou Romains, ont vivement apprécié l'influence de la musique dans le gouvernement des hommes. Nous savons par leurs historiens, Hérodote, Pausanias, Polybe, etc., que les législateurs, les prêtres, les médecins, les philosophes, tous les hommes qui marchaient à la tête de la civilisation étaient en général de très habiles musiciens. Cela ne pourra nous surprendre si nous considérons que, chez les nations les plus éclairées, la musique était liée à l'étude de la grammaire

aux parties de fortes secousses.

M. Guersant a donc abandonné cette épingle, et il y a substitué une pince nasale ressemblant à une serre-fine de grande dimension, qui peut être plus ou moins serrée au moyen d'une vis. Cette pince est à cheval sur le nez, et ses deux mors, terminés en pointes, viennent presser la partie externe des narines, qu'ils contribuent ainsi à reformer en les rendant plus saillantes.

Pour empêcher que les pointes ne pénètrent trop avant, M. Guersant a fait ajouter à chaque pointe un petit disque près de son extrémité. Une vis permet de serrer ou de détacher à volonté les pointes de la pince.

La pince offre à son extrémité supérieure, qui repose sur le front, une petite boucle dans laquelle on passe un lien qui vient se croiser derrière la tête, et dont les chefs sont noués sur le bonnet de l'enfant. Un morceau d'agaric, placé sur le front, empêche que cette partie ne soit comprimée par la partie supérieure de la pince.

Cet instrument, peu dispendieux, est formé d'un fil d'argent résistant.

Cette pince peut être en général enlevée le deuxième ou le troisième jour qui suit l'opération. On peut, au moyen de la vis, la serrer ou la desserrer à volonté, et elle est supportée facilement par les jeunes malades.

M. Guersant enlève ordinairement l'épingle supérieure le deuxième ou le troisième jour, et l'épingle inférieure le jour suivant, en laissant les bandelettes en place lorsqu'elles sont collées par le sang. On enlève les épingles en leur faisant subir un mouvement de rotation, comme dans la suture entortillée.

Le bandage de Desault, employé par quelques chirurgiens pour porter la joue en avant, est plus nuisible qu'utile, en ce qu'il est plus difficile à maintenir; il vaut mieux avoir soin de surveiller l'enfant, et lui rapprocher les joues avec les doigts lorsqu'il tente de crier.

L'opération, du reste, n'empêche point d'allaiter l'enfant soit au biberon, soit au sein, et la succion est beaucoup plus facile qu'avant l'opération.

En trois ou quatre jours, la réunion est complète, et à moins de suppuration, deux jours plus tard la cicatrisation est ordinairement solide.

Pour la maintenir, il est convenable, lorsqu'on retire les épingles, d'appliquer une bandelette de diachylon de la manière suivante :

On prend une longue bandelette de diachylon, large de deux travers de doigt. On en applique le milieu sur la partie postéro-supérieure de la tête sur le bonnet de l'enfant, que l'on a eu soin de fixer d'abord solidement; et ramenant les deux chefs en avant, on les croise sur la lèvre supérieure, en ayant soin de les échancrer en haut au niveau du nez, et on les ramène sur la partie postérieure de la tête. Ce bandage, très simple et très solide, exerce une compression favorable sur les joues, et n'est point sujet à se déranger comme les divers appareils plus ou moins compliqués qu'on a proposés dans le même but.

En général, les enfans doivent être complètement débarrassés le 6e ou le 7e jour.

Il faut avoir soin de nourrir les enfans dès le commencement, sans quoi on s'expose à les voir tomber dans le marasme et périr.

Il y a quelques mois, M. Thierry, frappé des inconvéniens de la suture entortillée, et voulant relâcher à volonté la suture, a imaginé des aiguilles particulières.

Ces aiguilles, en argent, sont inflexibles et cylindriques. A l'une de leurs extrémités est un disque fixe, destiné à comprimer et à rapprocher une des lèvres de la plaie. L'épingle traverse le disque et se termine par un prisme à quatre pans, destiné à s'emboîter dans une clé et long de 4 millimètres. L'autre extrémité de l'épingle offre un pas-de-vis très fin et se termine en s'effilant, pour que l'on puisse y adapter une lance d'acier taraudée. — Un écrou percé et muni d'un pas-de-vis est destiné à être vissé sur l'épingle, il se termine en dehors par un prisme creux à quatre pans et en tout semblable à celui qui termine l'autre extrémité de l'épingle.

Voici comment on se sert de ces épingles : l'écrou est enlevé et chargé sur une clé, celle-ci est formée d'une tige d'acier taraudée, à quatre pans, de manière à s'adapter à l'écrou et à l'aiguille et munie d'un manche; une autre clé est destinée à porter l'aiguille. On arme l'aiguille de son fer de lance et on l'applique comme les épingles ordinaires. Puis, avec des pinces, on enlève le fer de lance. On visse ensuite l'écrou, porté sur une clé, en fixant l'aiguille à l'aide de la deuxième clé, et l'on serre jusqu'à ce que les deux lèvres de la plaie soient bien affrontées.

Dès qu'il survient du gonflement on relâche l'écrou, de manière à avoir toujours une coaptation parfaite.

M. Guersant a employé ces aiguilles dans six cas de bec-de-lièvre. On a eu soin de les desserrer avec toutes les précautions indiquées par l'auteur, et voici ce que l'on a observé :

D'abord ces aiguilles sont plus difficiles à appliquer que les épingles ordinaires. La petite lance est souvent difficile à enlever, et dans un cas on a été obligé de couper l'aiguille avec les pinces de Liston.

La coaptation est moins complète qu'avec les bandelettes de caoutchouc, et plusieurs fois les bords antérieurs de la division ont été assez écartés pour nécessiter l'emploi des serres-fines, qui sont très difficilement maintenues en place.

Les bouts des aiguilles débordent la plaie d'une longueur assez considérable et sont sujettes à s'accrocher dans les mouvemens de l'enfant.

Enfin, malgré toutes les précautions possibles, les écrous ulcèrent la peau de la lèvre et donnent de la suppuration.

Tous ces motifs portent M. Guersant à préférer à ce moyen les bandelettes en caoutchouc. Celles-ci, en effet, n'ont présenté qu'un seul inconvénient, c'est la difficulté qu'on éprouve quelquefois à les enlever par traction de la bandelette. Mais on y remédie facilement en incisant le milieu de la bandelette à l'aide de ciseaux à pointes effilées que l'on engage aisément sous la bandelette élastique.

(La fin au prochain numéro.)

MALADIES DES ENFANS NOUVEAU-NÉS.

DE L'HÉMORRHAGIE OMBILICALE APRÈS LA CHUTE DU CORDON;

Par M. Henri Roger,

Professeur-agrégé de la Faculté, médecin de l'hospice des Enfans-Trouvés.

(Suite et fin. — Voir les nos des 24 et 26 Mars.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Dans quelques cas la mort a été le résultat direct de l'hémorrhagie ombilicale : les nouveau-nés ont évidemment succombé par le fait seul d'une perte de sang rapide et abondante, et à l'autopsie, l'on ne trouva (comme dans l'obs. I) aucune lésion matérielle appréciable, si ce n'est une décoloration générale des tissus.

Chez d'autres enfans, bien que la mort ait été produite incontestablement par l'hémorrhagie, l'on rencontre, à la nécropsie, les altérations anatomiques de maladies concomitantes qui sont sans rapport, du moins évident, avec l'accident hémorrhagique : ainsi, chez notre petite malade, on constata sur le cadavre les traces d'une phlegmasie, limitée à un point des méninges, qui n'avait pu être reconnue pendant la vie.

Mais les lésions cadavériques les plus communes sont celles qui démontrent une diathèse hémorrhagique : des apoplexies sont fréquemment rencontrées, soit dans le poumon (obs. IV), soit dans le tube digestif. Chez le sujet de cette IVe observation, l'estomac seul contenait du sang altéré; dans la IIe, il y avait, dans toute la longueur des voies digestives, des pétéchies ou du sang épanché en masse, depuis la voûte palatine jusqu'au cœcum et au gros intestin. Chez ce même enfant l'on trouva aussi une infiltration sanguine avec caillots entre l'arachnoïde et la pie-mère et dans les plexus choroïdes.

Avant de parler des lésions des vaisseaux ombilicaux qui ont pu fournir l'hémorrhagie, rappelons que chez plusieurs des petits malades (*voy.* plus haut, *Étiologie*) on a constaté en même temps que l'inocclusion de la veine ou de l'artère ombilicales, la non-oblitération du trou de Botal, du canal artériel ou du canal veineux.

M. Amable Dubois dit, dans sa thèse, que la *veine ombilicale* ne paraît pas avoir jamais, à elle seule, causé l'hémorrhagie : on voit en effet, dans nos observations, que, si l'écoulement du sang a semblé provenir quelquefois de la veine, il a pu, dans ces cas mêmes, provenir simultanément de l'artère. Dans l'obs. VII, le vaisseau veineux dilaté égalait presque le volume d'une plume d'oie, et il était encore plein de sang fluide; il n'était pas non plus oblitéré, dans l'obs. IV; mais en même temps, chez ces deux enfans, les artères étaient aussi perméables.

Souvent même la veine a paru n'être pour rien dans l'hémorrhagie : sur six observations, dans lesquelles son état est indiqué, trois fois on l'a trouvée oblitérée plus ou moins complètement; chez un sujet, ses parois étaient seulement rapprochées, et son calibre était moindre (obs. III); chez un autre (obs. II), l'oblitération était presque complète : le vaisseau avait, en quelques points, l'aspect et la consistance d'un cordon fibreux, et à peine si un stylet fin pouvait pénétrer dans son intérieur. Chez notre malade, la veine était tout à fait saine, et elle était bouchée par un gros caillot solide.

Quant aux *artères ombilicales*, on voit que, dans tous les cas précités, elles ont dû fournir du sang, soit par un canal central très étroit (obs. I), soit par un orifice capable de permettre l'introduction d'un stylet (obs. VII); tantôt elles ne contenaient ni sang, ni couche de fibrine (obs. IV), tantôt un stylet passé dans leur intérieur traversait du sang liquide ou peu coagulé.

Sur quelques enfans, le vaisseau lui-même paraissait exempt d'altérations; dans d'autres il présentait des traces manifestes d'inflammation. Il est dit, dans l'observation I, que les artères étaient friables; dans l'obs. III, qu'elles étaient, près de l'ombilic et dans l'étendue de deux centimètres, remplies de pus et de caillots, puis d'un sang très fluide. Dans le fait que nous avons rapporté, l'artérite était des plus évidentes; nous avons décrit avec détail les lésions caractéristiques de cette phlegmasie artérielle qui fut la cause de l'hémorrhagie.

L'examen anatomique rend raison de l'intermittence notée parfois dans l'écoulement du sang. Dans l'observation VII, de même que dans la nôtre, les artères étaient tellement rétractées en dedans des tégumens, que l'hémorrhagie n'eût pu être arrêtée par la compression.

Est-il vrai que l'artère ombilicale droite fournisse le plus souvent l'hémorrhagie, comme le pense M. Thore? Quatre faits seulement contiennent quelques détails qui ont trait à cette question, du reste plus curieuse qu'importante au point de vue pratique, et ils ne donnent pas de solution positive; dans un cas, à la vérité (obs. II), l'artère ombilicale droite avait paru fournir le sang, tandis que la gauche était complètement oblitérée; dans un autre (observation IV), l'artère droite fut trouvée vide, « tandis que la gauche contenait un peu de sang fluide et une petite couche de fibrine; » mais, chez ce même enfant, les deux

---

et faisait pour ainsi dire partie intégrante des études libérales. Cette importance était telle, que les pythagoriciens, les platoniciens, les péripatéticiens qui avaient en main l'éducation et l'instruction de la jeunesse, l'enseignaient dans les écoles de la Grèce et de l'Egypte, ne considérant comme homme achevé que celui qui pouvait ajouter la connaissance approfondie de cette science aux différentes branches des connaissances humaines cultivées alors.

Les médecins en particulier en faisaient une application régulière et constante à la pathologie, et en vertu de cette éducation générale dont nous venons de parler, ils obtenaient, par l'emploi convenable des modes musicaux lydiens, phrygiens ou autres, correspondant à nos différens modes mineurs et majeurs, des effets si surprenans, que nous nous refusons à les accepter. Nous aurons peut-être quelques raisons pour nous défier des merveilles thérapeutiques que l'imagination très impressionnable des Grecs prêtait à leur musique, et pour vous mettre en garde contre le vague de leurs illusions poétiques, car ce peuple, doué d'une sensibilité sans égale, poussait l'amour de la musique jusqu'au fanatisme. Cependant, en faisant la part de l'enthousiasme exagéré, de l'exaltation produite par la musique chez les êtres qui sentent vivement, on trouve dans l'histoire, des guérisons curieuses qui portent avec elles un cachet d'authenticité et qu'on ne peut guère mettre en doute.

Dans l'enfance des sociétés humaines, le chant, restreint à quelques modulations, fut la première expression musicale; plus tard, par le progrès du temps et des lumières, ce don de la nature fut porté à un état plus avancé de perfectionnement; il n'est pas besoin, pour le prouver, d'en appeler à des connaissances bien profondes.

Nul n'ignore, en effet, ce que peuvent apporter l'étude et le travail dans le développement, la variété et l'étendue des sons émis par l'instrument le plus mélodieux que l'on connaisse, et que la nature a donné à chacun de nous; le larynx..... La première manifestation mélodique se fit donc par la voix; la première idée musicale fut traduite par la musique vocale. Les moins favorisés sous ce rapport, ceux dont l'organisation moins parfaite se refusait à exprimer leurs sentimens à l'aide de ce moyen, durent, par le besoin instinctif que tout homme ressent à varier ses plaisirs, chercher à suppléer ce qui leur manquait par un procédé artificiel, de là vint la musique instrumentale, dont les élémens sont au milieu de tout ce qui nous entoure.

Pour en établir la preuve, il n'est pas besoin d'invoquer le cri modulé de certains animaux, ni le chant des oiseaux, les éclats de la foudre répétés par les échos du vallon, le vent qui siffle à travers les grands arbres, le mugissement des mers, les cataractes se précipitant depuis la création à travers les rochers, le frémissement plus léger de l'eau qui court dans la prairie ou murmure sur le fin gallet du ruisseau; toute cette harmonie céleste, dont l'éternelle tenue semble faire de la nature entière la harpe de Jéhova; toutes ces notes qui s'élancent du ciel à la terre pour arriver au cœur de l'homme et lui révéler l'un des mille modes du pouvoir divin, ne constituent-elles pas les plus belles harmonies de la nature? Ne sont-elles pas conséquemment bien au-dessus de tout ce que pourrait enfanter l'art humain?

Dans ce bouleversement apparent, où tous les élémens déchaînés livrent à la nature une de ces luttes qui plaisent tant à l'homme épris de l'amour de ce qui est noble et beau, il y a une puissance musicale immense qui tient l'âme sous une impression harmonique indescriptible; ce n'est plus alors la sensation agréable perçue par l'oreille qui se reflète en elle, mais tous les sons produits par la tempête; la musique dramatique, qui nous touche si profondément, trouve dans ce spectacle grandiose la source des plus sublimes inspirations. Nos modernes compositeurs n'arrivent à l'imitation de ces effets que par une étude attentive de ces grands phénomènes; il résulte de là que dire avec J.-J. Rousseau : « La musique n'est autre chose que la combinaison des sons de manière à plaire à l'oreille, » c'est borner l'art musical à une sensation toute physique et restreinte, et nécessairement en amoindrir l'importance, en rétrécissant dans une proportion mesquine le tableau de ses enchantemens.

C'est encore ainsi que, bien à tort selon nous, on a prétendu que la musique était plus conventionnelle que naturelle; parce que, soit dans le chant des oiseaux, dans le bruit de la tempête, sous le souffle impétueux des vents, qui semblent arracher les forêts et les rochers de leurs fondemens pour semer le monde de leurs débris; ou quand encore la tiède haleine des zéphyrs agitant mollement le feuillage dans une belle journée d'été, laissait entendre les mille vibrations harmonieuses de la nature en fête; on ne saisissait aucun élément d'accord régulier, aucun son bien caractérisé, cela prouverait tout au plus que notre débile organisation ne peut suffire à la perception complète des modulations infinies de l'univers, qu'elle n'en saurait de suite apprécier et saisir les beautés, mais qu'elle les ressent presque toujours sans pouvoir les analyser.

Il en est des intervalles qui séparent chaque son comme des classifications en histoire naturelle. Notre faible intelligence, pour mieux classer les faits dans sa mémoire, a besoin de bien déterminer les différences. L'échelle musicale, comme celle des animaux, se compose d'intervalles, de degrés bien tranchés, tandis que dans la nature c'est une dégradation successive et continue, sans apparence du chaînon qui relie tous les anneaux à la chaîne.

Si nous avions la prétention de vous donner une idée des perfections dont sont empreintes les œuvres du sublime architecte du monde, nous appellerions votre attention sur l'immensité de l'échelle chromatique parcourue en un instant; depuis les éclats de la foudre, les déchiremens de la nue, le bruit de la vague écumante brisée sur les rochers, jusqu'au murmure imperceptible de l'insecte qui voltige et bourdonne, ou celui de la goutte d'eau solitaire que pleure la fleur sur son lit de mousse dans la rosée du matin.

Il y a en effet dans ces différentes successions de sons des accords définis, mais dont les nuances intermédiaires nous échappent nécessairement, et qui ne peuvent, nous le répétons, se comparer en rien à l'échelle tétracacorde des Grecs ou à l'heptacorde de saint Grégoire, encore en usage aujourd'hui.

(La suite à un prochain no.)

artères, bien que vides inégalement, étaient toutes deux perméables jusqu'à l'ombilic, et, pendant la vie, le sang avait plutôt semblé s'écouler de la gauche. De même, dans l'obs. VII, les deux vaisseaux étaient perméables, quoiqu'on eût rapporté au gauche seul l'écoulement sanguin. Chez notre malade, les altérations artérielles étaient plus marquées à droite, mais des deux côtés les lésions étaient analogues, et le sang avait dû provenir des deux à la fois. D'où ces conclusions, d'abord qu'il est à peu près impossible, comme il a été dit plus haut, de reconnaître au juste la source de l'écoulement sanguin sur le vivant; puis que l'hémorrhagie, quand elle est artérielle, provient le plus souvent des deux artères ombilicales simultanément; et que si elle est fournie par un seul vaisseau, c'est à peu près aussi fréquemment par le gauche que par le droit.

Traitement.

Le médecin qui voudra combattre avantageusement l'hémorrhagie par l'ombilic, ne devra certes pas compter sur les *hémostatiques* seuls: des poudres de colophane ou d'alun, comblant le creux ombilical, en même temps que des morceaux d'agaric ou des compresses superposées sont appliqués sur la région; l'eau de Brocchieri, l'huile de térébenthine, la glace, ont été employés inutilement, et il est probable que d'autres hémostatiques échoueraient pareillement. On ne peut s'en servir qu'à titre d'adjuvans, et comme auxiliaires d'une médication plus énergique.

La *cautérisation* a été pratiquée, et à plusieurs reprises, soit avec le crayon de nitrate d'argent, soit avec le fer rouge portés au fond de la plaie; mais il n'est pas facile de la faire avec régularité; le plus souvent le sang suinte ou coule en nappe, d'une région déprimée, d'un creux plus ou moins profond; on ne parvient pas à distinguer le vaisseau qui fournit le sang, et qui, parfois, est enfoncé beaucoup trop loin pour qu'on puisse l'atteindre immédiatement. Force est donc de cautériser un peu au hasard.

Avec la cautérisation jointe aux hémostatiques et à la compression, on a réussi momentanément, chez quelques sujets, à arrêter l'hémorrhagie; mais d'ordinaire celle-ci reparaissait après quelques heures, si ce n'est après quelques minutes. Toutefois, dans le cas rapporté par M. Thore (obs. III), on parvint, par une cautérisation énergique avec le nitrate d'argent, par la compression et l'emploi des astringens, à suspendre l'écoulement du sang qui ne reparut plus.

On n'a point essayé une cautérisation faite largement avec la potasse, avec le caustique de Vienne, le beurre d'antimoine ou l'acide nitrique; et, en conséquence, on ne sait point, par expérience, si l'on n'aurait pas à craindre, avec ce procédé, des accidens inflammatoires ou des hémorrhagies consécutives, lors de la chute des escarrhes.

La *compression* ne présente de même que des chances incertaines de succès: pratiquée au moyen de bandelettes agglutinatives, elle a suffi, une fois (obs. VI), pour arrêter l'hémorrhagie qui ne se renouvela plus; mais, dans les autres cas, elle fut impuissante: ou les enfans succombèrent, ou il fallut finir par la ligature.

On ne doit pas moins la tenter au début, et même, si elle échoue, la recommencer deux ou trois fois aussi méthodiquement que possible, pourvu que l'écoulement du sang ne soit pas trop considérable, le nouveau-né étant incapable de supporter une soustraction du liquide sanguin tant soit peu forte ou prolongée. Elle est surtout applicable chez les sujets bien constitués, et serait certainement insuffisante chez ceux qui ont une tendance hémorrhagique générale. Le plus souvent son action n'est que momentanée, et l'on ne réussit qu'à suspendre l'hémorrhagie.

Elle n'est pas, d'ailleurs, sans offrir quelques difficultés analogues à celles de la cautérisation. Dans un cas, le chirurgien essaya de l'exercer directement, avec les doigts (obs. I); mais l'enfant poussait des cris, et le pli fait à la peau échappait (1).

On l'a pratiqué pareillement avec des morceaux d'agaric disposés en cône ou avec de la charpie et des bandelettes agglutinatives, tout en faisant usage aussi de styptiques et d'astringens. Le docteur Pout a recommandé, en outre, de placer le petit malade dans le décubitus dorsal, sur un coussin dur, afin de donner le plus de tension possible aux muscles abdominaux.

La difficulté d'obtenir cette tension d'une manière assez continue, l'absence d'un point d'appui solide et immobile pour la compression, l'impossibilité de maintenir, quelques jours de suite, à l'ombilic, un bandage contentif exactement appliqué et serré suffisamment, chez un enfant, dont la respiration est haute et rapide, qui tête, qui crie et s'agite; ce sont tous ces obstacles qui rendent la compression presque toujours inefficace (1).

Après avoir raconté l'observation d'un enfant de dix jours (obs. VII), qui succomba vingt-sept heures après le début d'une hémorrhagie ombilicale traitée par la compression, le docteur Pout disait que si un cas semblable se représentait à lui, il n'hésiterait point à pratiquer une incision à l'ombilic pour arriver jusqu'aux artères et pour en faire la *ligature*, regardant cette opération comme l'unique moyen de salut.

La ligature est, en effet, le seul moyen sur lequel on doive compter pour arrêter l'hémorrhagie; mais au lieu de la *ligature immédiate*, c'est celle qui a été décrite par M. le professeur Paul Dubois, sous le nom de *ligature en masse*, et dont nous parlerons tout à l'heure, qu'il faudrait pratiquer de préférence.

On ne trouve pas, dans les ouvrages de médecine opératoire, même dans les meilleurs, de description de procédés pour lier les artères ombilicales; l'indication de cette opération manque entièrement dans le traité de M. le professeur Malgaigne (dernière édition). La ligature immédiate n'a pas encore été faite, que nous sachions; elle nous paraît d'une difficulté très grande.

On a vu plus haut que les artères étaient difficiles à comprimer et à atteindre par la cautérisation; elles le seront bien davantage pour la ligature qui exige qu'on découvre une étendue plus grande du vaisseau. Dans quel sens diriger sûrement l'excision, puisqu'il n'est guère possible, en l'absence de la saccade et de la coloration rouge artérielle, de distinguer quel vaisseau donne le sang; et, si l'opérateur est obligé de plonger le bistouri à une certaine profondeur sans indication précise qui le guide, comment ne craindrait-il pas de léser le péritoine qui recouvre immédiatement les artères, tout près de l'anneau ombilical.

Pour éviter la lésion du péritoine, on a proposé d'embrasser médiatement les vaisseaux par la *ligature du tubercule ombilical*; mais voici les objections qu'on peut faire à ce mode d'opérer.

« Ce moyen, dit M. Amable Dubois (*thèse citée* p. 31), est séduisant au premier abord; malheureusement, l'expérience et un examen plus attentif des parties ne confirment pas les bons résultats auxquels on pourrait s'attendre. M. Paul Dubois a placé un fil sur le tubercule ombilical, dans un cas où il fut appelé; la ligature ne put pas être portée assez loin, et l'hémorrhagie se renouvela presque aussitôt. N'avons-nous pas dit, au reste, que ce tubercule n'existait pas toujours, et que chez notre sujet, par exemple (obs. I), on ne trouvait que des granulations, des espèces de bourgeons charnus occupant le fond de la plaie? L'autopsie enfin a démontré que les vaisseaux ombilicaux étaient moins résistans, plus friables qu'à l'état normal, et que cette friabilité était surtout prononcée à leur extrémité périphérique. Il est donc nécessaire que la ligature ne soit pas appliquée immédiatement sur les vaisseaux ombilicaux, pour qu'elle puisse les comprimer sans les rompre. C'est justement là un des grands avantages de la ligature en masse. »

Pour l'exécution de cette *ligature en masse*, l'éminent professeur de la clinique de la Faculté a tracé lui-même les règles suivantes:

« L'enfant sera couché sur un lit ou une table à une hauteur convenable pour le chirurgien; un oreiller, placé sous les reins, fera saillir l'abdomen, et deux aides seront chargés de maintenir immobiles les membres supérieurs et inférieurs. L'opérateur commencera par introduire horizontalement une épingle à bec-de-lièvre qui traversera *les tégumens* (et non pas, bien entendu, toute l'épaisseur de la paroi abdominale), à la base de l'ombilic; une autre épingle sera posée perpendiculairement à la première et au-dessous d'elle. On fera ensuite, autour de chaque épingle, et pour compléter la ligature, plusieurs 8 de chiffre avec un fil ciré (1). On pourra enlever les épingles vers le quatrième ou cinquième jour; mais l'on devra attendre que l'escarre se détache d'elle-même, et ne rien faire pour en hâter la chûte (*thèse citée*, p. 32). »

La ligature en masse n'est pas d'une pratique difficile, ainsi qu'on a pu en juger par la description précédente; elle a sur la ligature immédiate l'avantage de ne pas exposer à la lésion du péritoine, et, sur la ligature du tubercule ombilical seul, celui d'arrêter plus sûrement l'hémorrhagie. En effet, les faits cités dans ce travail apprennent que trois fois elle a été pratiquée (obs. I, II, IV), et trois fois elle a réussi. Dans aucun cas l'écoulement sanguin n'a reparu. A la vérité les enfans ont succombé ultérieurement, mais non point directement par l'hémorrhagie, non point par suite de son retour, la mort ayant eu lieu, six, douze et jusqu'à trente-cinq jours après l'opération, et par une cause tout autre (obs. II et IV). Pour ce qui est de l'opération elle-même, elle semble n'avoir été pour rien dans la terminaison fatale, et c'est *àpriori*, sans doute, que Burns a condamné la *suture* au moyen de deux aiguilles qui se croisent, et l'a accusée, comme la cautérisation, de hâter la mort en propageant l'inflammation au péritoine.

On ne saurait pourtant espérer toujours de la ligature médiate un résultat efficace quant à la cessation de l'hémorrhagie. M. Danyau a bien voulu nous communiquer verbalement deux faits qu'il a observés tout récemment en ville, et dans lesquels la terminaison a été fatale, l'écoulement du sang ayant reparu malgré la ligature. C'étaient deux jumeaux (circonstance qui vient à l'appui de l'influence étiologique signalée par le docteur Édouard Ray), nés à huit mois et demi, de constitution délicate. Le cordon ombilical était tombé le septième jour, et l'hémorrhagie commença trois jours après; elle se répéta, quoiqu'on eût lié médiatement les vaisseaux de l'ombilic, et les deux enfans succombèrent.

Quoi qu'il en soit de ces derniers insuccès, nous pensons que la ligature est encore le moyen qui doit être recommandé de préférence à tout autre dans le traitement de l'hémorrhagie ombilicale; seulement, il doit venir après que les autres se sont montrés insuffisans, après l'emploi inutile de la cautérisation et de la compression, après deux ou trois tentatives vaines d'empêcher la perte sanguine. La ligature est alors la dernière ressource qui reste; la ligature en masse (c'est celle qui doit être préférée) sauvera l'enfant s'il peut être sauvé.

(1) L'hémorrhagie ombilicale céderait quelquefois facilement aux astringens et à la compression, suivant Burns (cité par M. Ray, *Arch. génér. de méd.*, p. 183), mais à la condition qu'elle sera exercée avec le bout du doigt *pendant plusieurs heures et même plusieurs jours*.

(1) Après la lecture de notre observation à la Société des médecins des hôpitaux, M. Marrotte émit la pensée très rationnelle que l'application d'une couche de collodium sur la région ombilicale pourrait boucher l'orifice du vaisseau béant, d'une manière assez exacte pour arrêter l'écoulement du sang et déterminer la formation d'un caillot obturateur. — Churchill (*operative midwifery*) propose « comme un moyen qui serait probablement très utile, de couler sur l'ombilic du plâtre de Paris en pâte épaisse » (Ray, *mém. cité*, page 185). Chez un enfant de huit jours dont l'hémorrhagie, survenue avant la séparation complète du cordon, durait depuis cinq heures, M. Hill employa ce moyen: « le plâtre, coulé sur l'ombilic, se prit en masse, et à mesure qu'il durcissait, M. Hill comblait avec du plâtre nouveau les fentes qui s'y produisaient. Le tout fut maintenu par un bandage et enlevé seulement le quatrième jour. L'hémorrhagie ne reparut plus, et M. Hill rapporte que lorsqu'il détacha le plâtre, il aperçut sur le moule qui s'était formé les traces des orifices des vaisseaux ombilicaux béans, dans lesquels le plâtre avait pénétré. » (Ray, *ibid.*, p. 186).

(1) Chez le petit malade de l'observation IV, M. le docteur Ray parvint de même à arrêter l'hémorrhagie en enfonçant une aiguille courbe dans l'ombilic, et en plaçant au-dessous une ligature qui embrassait le tout.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 Mars 1853. — Présidence de M. Bérard.

Dix ans de pratique d'accouchement dans le département de la Creuse.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

M. Villeneuve continue ainsi:

J'arrive maintenant à la défense de M. Meslieurat-Lagémard, ou pour parler d'une manière plus exacte, à défendre notre confrère contre lui-même. On sait que dans la partie du travail qu'il vous a adressée, il s'accuse non seulement d'avoir donné du seigle ergoté à la femme qui fait le sujet de l'observation n° 7, mais qu'il s'accuse en outre de ne pas être resté près d'elle pour en voir le résultat. D'après ce que nous avons dit précédemment, que sa conscience soit parfaitement tranquille à cet égard, comme serait la mienne sur chef d'accusation. N'a-t-il pas donné l'ergot dans un cas qui réunissait toutes les conditions exigées par les plus timorés de nos confrères à l'endroit de cette substance, et cela à une dose des plus faibles et dont, comme il le dit lui-même, la femme avait à peine ressenti quelques effets?

La rupture, qui n'a eu lieu probablement que quatre à cinq heures après l'emploi de l'ergot, c'est-à-dire lorsque cette substance ne pouvait avoir d'action, et au moment où tout le ventre est devenu douloureux, ne s'est-elle pas faite presque à l'insu de la femme, en un mot, sans ces douleurs déchirantes, sans ce craquement que quelques-uns disent s'être fait entendre de l'assistance. Toutes ces choses n'annoncent-elles pas que le tissu utérin était dans des conditions générales et partielles, favorables malheureusement à cet accident, et que notre confrère ne pouvait nullement prévoir? Car, ainsi que cela est dit par Gardien, il n'existe aucun signe certain qui puisse faire craindre ou pressentir cet accident, que la présence de notre confrère, comme de tout autre, n'aurait pu conjurer.

Nous le félicitons même d'avoir quitté la femme, car la première administration de l'ergot n'ayant pas produit d'effet sensible, il en aurait peut-être donné une autre dose avant de se décider à l'emploi du forceps, ce qui aurait encore infiniment augmenté les regrets qu'il exprime déjà avec tant d'amertume.

D'après ce ce que je viens de dire, je souhaite vivement que la conscience obstétricale de M. Meslieurat-Lagémard ne soit plus troublée et que ce fait ne lui fasse pas renoncer à l'emploi du seigle ergoté, qui, malheureusement, n'est pas toujours administré dans des circonstances aussi opportunes.

Essayons maintenant de la conversion de M. Depaul au seigle ergoté. Notre honorable collègue, s'il m'en souvient, ne prescrit qu'en tremblant le seigle ergoté et semble préférer, le cas échéant, porter d'une main assurée le forceps dans le sein maternel. Moins qu'un autre, M. Depaul, ce me semble, doit redouter l'emploi de cette substance, qui, il est vrai, comme tout moyen actif, ne doit être employé que dans certaines conditions, dans des conditions bien déterminées. Mais qui mieux que lui peut les connaître, les apprécier et s'abstenir lorsqu'il y a contre-indication? Ce n'est ni à lui, ni à nos autres confrères qui me font l'honneur de m'écouter que j'apprendrai les règles à suivre en pareil cas, sinon avec la certitude du résultat désiré (et quel est le moyen qui réussit toujours), mais au moins avec la parfaite assurance qu'il ne peut en résulter aucun dommage, soit pour la mère, soit pour l'enfant.

M. Villeneuve poursuit son argumentation en traçant un tableau émouvant de l'effet que produit dans le sein des familles une application de forceps, que M. Depaul préfère à l'emploi du seigle ergoté; et après avoir rappelé l'opinion des auteurs sur le seigle ergoté, il termine par cette profession de foi: Je suis le partisan de l'emploi obstétrical du seigle ergoté, donné seulement bien entendu, dans les cas qui en permettent l'usage et que saura toujours apprécier tout praticien instruit et judicieux.

M. Depaul regrette que M. Villeneuve ne soit pas présent à la séance. Il aurait été heureux de lui dire que personne plus que lui n'est disposé à reconnaître l'autorité de son expérience, et qu'il ne lui en coûterait nullement de modifier ses opinions, et d'accepter celles de son honorable contradicteur, si elles ne lui paraissaient contraires à ce qu'une observation rigoureuse, d'accord d'ailleurs avec le raisonnement, lui a appris devoir être la base d'une bonne pratique. M. Depaul maintient donc sans réserve, à l'égard du seigle ergoté, les propositions consignées dans son rapport, les argumens de son collègue n'étant pas de nature à diminuer leur valeur.

Je crois, dit M. Depaul avec tous ceux qui ont examiné sans idée préconçue, que l'action du seigle ergoté est incontestable dans le plus plus grand nombre des cas; et c'est précisément dans l'étude attentive des phénomènes qui la caractérisent, que je trouve le motif de la réserve qu'il faut mettre à la faire intervenir.

Je me propose de démontrer, contrairement à la manière de voir de M. Villeneuve, que le seigle ergoté peut devenir funeste pour la mère et surtout pour l'enfant, même dans les cas où l'on ne s'est pas écarté des règles, d'ailleurs si judicieuses, consignées par lui dès 1827, dans une excellente monographie.

M. Depaul, rappelant la double contractilité dont est doué l'utérus, la contractilité organique et la contractilité du tissu, déduit de l'étude de ce qui se passe dans les cas réguliers la preuve de ce que peuvent produire de fâcheux l'exagération ou la diminution de l'une ou de l'autre de ces propriétés contractiles. Il montre l'enfant entouré de dangers auxquels il n'échappe que parce qu'ils sont de courte durée, et séparés par des intervalles suffisamment longs, pour que les circulations utérine et extra fœtale aient le temps de reprendre leur régularité complète. C'est dans les résultats fournis par l'auscultation, qu'il en trouve la preuve.

Si on applique l'oreille et surtout le stéthoscope sur l'utérus d'une femme en travail, et dans le moment de la contraction, on est généralement frappé des modifications que subit le souffle utérin; il change de timbre, s'affaiblit et disparaît même le plus souvent pour reparaître, lorsque les parois de la matrice redeviennent souples et dépressibles. C'est là une preuve des changemens temporaires apportés dans la circulation utérine.

Si dans les mêmes conditions on recherche ce que devient la circulation fœtale, on voit les battemens du cœur, qu'on venait de trouver forts et réguliers et avec leur fréquence normale, commencer habituellement par devenir plus précipités, puis s'affaiblir et se ralentir quelquefois jusqu'à disparaître entièrement pendant quelques secondes pour reprendre bientôt, lorsque la contraction a cessé, leur rythme régulier. Les mêmes phénomènes se produisent avec une intensité variable pendant toute la durée du travail, qui enfin se termine, en général, grâce au temps de repos, par la naissance d'un enfant vivant.

Mais lorsque l'utérus se contracte sous l'influence du seigle ergoté, les conditions sont bien différentes et les dangers bien plus pressans. Cet agent n'augmente pas seulement l'intensité de la contractilité organique, il en rapproche les manifestations, et de plus, il a une action des

plus évidentes sur la contractilité du tissu, de telle sorte que dans beaucoup de cas, il n'y a pour ainsi dire plus un instant de repos, et les circulations utérine et utéro-fœtale se trouvent d'une manière presque permanente, soumises à la fâcheuse influence dont il a été question. Si l'on ajoute que, dans l'état de rétraction où se trouve l'utérus, le placenta et le cordon sont exposés à des compressions plus directes, on aura une idée des dangers auxquels est exposée la vie du fœtus, et l'explication de la mort des enfans dans les cas dont il s'agit, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir une compression directement par les parois utérines sur le fœtus, et qui seule, en dehors de toute autre influence, serait capable de le tuer en suspendant d'une manière mécanique les battemens de son cœur.

En disant que l'action du seigle ergoté ne dure pas au-delà d'une heure et demie, M. Villeneuve ne détruit en rien la raison des observations qui précèdent. Ce temps est plus que suffisant pour placer l'enfant dans les conditions les plus graves, et même pour le tuer. Une demi-heure, quelques minutes, suffisent dans certains cas. M. Depaul dit ne pouvoir être davantage de l'avis de M. Villeneuve, quand il regarde le seigle ergoté comme ne pouvant avoir aucune influence fâcheuse sur la mère. M. Villeneuve se trompe évidemment quand il déclare que nul n'a vu la rupture de la matrice se produire par l'effet de ce médicament. Quoi qu'il en ait dit, la septième observation de M. Maslieurat a encore conservé toute sa signification. On peut bien dire qu'on a vu souvent la matrice se déchirer, sans que la poudre d'ergot ait été donnée, que certaines femmes sont plus exposées, par leur état général et par l'état particulier de leur utérus, à ce terrible accident ; cela est vrai, mais cela n'empêche pas que l'action du seigle ergoté ne puisse devenir la cause déterminante, et encore ici le raisonnement est d'accord avec les faits.

En laissant de côté tous les cas dans lesquels le seigle ergoté a été intempestivement administré, dans lesquels il y avait quelque vice de conformation ou une présentation vicieuse, et ceux dans lesquels un col rigide était à peine dilaté ; je pourrais en citer plusieurs, dit M. Depaul, où, dans des conditions en apparence favorables, le même accident s'est produit. M. Depaul rapporte ici deux faits de rupture de l'utérus, sous l'influence du seigle ergoté, dont il a été témoin. Il est évident, ajoute-t-il, qu'une compression même modérée, si elle est permanente et prolongée, peut amener chez certaines femmes une altération, une désorganisation plus ou moins avancée dans le tissu comprimé, et que sous l'influence de cette altération, des perforations et des ruptures pourront se produire à l'occasion de causes très variables, et des simples contradictions utérines en particulier. Eh bien ! j'ai fait voir que tel était précisément le résultat du médicament dont il est question. L'utérus, fortement rétracté, et en général d'une manière permanente, subit de la part de l'enfant qui tend à être expulsé, des pressions plus fortes en certains points que dans d'autres, et peut ainsi être partiellement altéré dans sa consistance.

Par tout ce qui précède, et par beaucoup d'autres considérations, dit en terminant M. Depaul, je me crois autorisé à maintenir la proposition suivante de mon rapport, qui a paru beaucoup trop radicale à notre collègue : « A part les indications qui naissent de certaines hémorrhagies, ou qu'on voit surgir à l'occasion de quelques fausses couches, je crois que l'intérêt bien entendu des femmes n'aurait pas beaucoup à souffrir de la suppression complète du seigle ergoté. »

Il est d'ailleurs un moyen qui peut le remplacer dans la plupart des cas, et sur l'appréciation duquel je regrette de me trouver en désaccord avec M. Villeneuve. Je veux parler de l'application du forceps.

Une application de forceps, quand le col est complètement dilaté et la tête profondément engagée, est en général facile et peu douloureuse. Elle permet d'extraire l'enfant dans un espace de temps fort court, et ne compromet que très rarement, entre des mains habiles, soit la vie de l'enfant, soit la santé de la mère. Je n'hésite donc pas à répondre à la question qui m'a été si directement adressée par notre collègue. Oui, dans un cas où je pourrais songer au seigle ergoté ou au forceps, je donnerais la préférence à ce dernier, car j'ai la conviction qu'il est moins dangereux.

Je crois, en définitive, que notre collègue a tort de vouloir dissiper les scrupules, salutaires à mon sens, qui sont nés dans l'esprit de M. Maslieurat. Lorsque, dans les conditions dont nous parlons, on a donné le seigle ergoté à une femme, il est du devoir du médecin de ne plus la quitter pour exercer une surveillance nécessaire.

M. Cazeaux : Je regrette vivement que deux mois se soient écoulés depuis la lecture du rapport de M. Depaul, car l'Académie a probablement oublié tout ce que ce travail contenait de remarquable, et moi-même qui avais demandé la parole, je me souviens à peine des points sur lesquels je voulais fixer l'attention, et pourtant les observations de M. Lagénard et les judicieuses remarques dont M. Depaul les avait fait suivre étaient de nature à soulever une discussion pleine d'intérêt.

Je partage à peu près toutes les opinions de M. le rapporteur. Il en est une cependant que vient de me rappeler la lettre de M. Villeneuve, et sur laquelle je demande à l'Académie la permission de faire quelques observations.

Je pense, comme M. Depaul, qu'on a singulièrement abusé du seigle ergoté, et grâce à cet abus, ce médicament me semble avoir été beaucoup plus nuisible qu'utile dans la thérapeutique obstétricale. Cependant ce n'est pas une raison pour être aussi absolu que l'a été M. le rapporteur, et pour le proscrire à peu près complètement de la pratique.

Il est un cas en particulier dans lequel, contrairement à l'avis de M. Depaul, je la crois éminemment utile.

La résistance du périnée devient assez souvent, on le sait, une cause de dystocie. Dans ces cas, et quel que soit d'ailleurs l'état des contractions utérines, notre collègue préfère l'application du forceps à l'administration de l'ergot de seigle. Je ne saurais admettre complètement cette opinion.

Lorsque la tête du fœtus est ainsi arrêtée sur le périnée depuis un temps assez long pour inspirer à l'accoucheur quelques craintes sérieuses, il est très important, avant de prendre un parti, de faire bien attention à l'état des contractions, ou bien en effet, malgré la lutte qu'il a eu à soutenir, l'utérus conserve encore toute son énergie primitive, et les contractions sont encore ce qu'elles étaient au début ; ou bien épuisé par une résistance trop opiniâtre, l'organe s'est peu à peu affaibli, les contractions, d'abord énergiques, sont languissantes, faibles et séparées par de longs intervalles. Gardez-vous, dans le premier cas, de donner le seigle ergoté, car c'est alors qu'il pourra avoir pour la mère, et surtout pour l'enfant, toutes les conséquences fâcheuses dont notre collègue a si bien indiqué le mécanisme ; la matrice fait évidemment tout ce qu'elle peut faire, et ce serait folie que de chercher à augmenter son action. Bien probablement elle serait encore impuissante à vaincre une difficulté qui ne tient pas seulement à la résistance du périnée, mais aussi à la flexion exagérée de la tête. C'est ici au forceps qu'il faut de suite avoir recours.

Mais il n'en est pas de même dans le second cas. Le périnée ne résiste peut-être que parce que les forces sont trop affaiblies, et on a toute raison de penser qu'en réveillant leur énergie première, elles suffiront à la terminaison du travail. C'est ce qu'on observe dans bien des cas.

Je ne me dissimule pourtant pas que dans quelques autres, les contractions, après l'administration du médicament, sont encore inefficaces, et l'accoucheur est obligé d'avoir recours au forceps. Mais je m'empresse d'ajouter que, même dans ce dernier cas, on a sagement fait d'administrer l'ergot avant d'appliquer le forceps. Eût-on pu prévoir l'insuccès du médicament, on eût dû encore le faire prendre à la malade. Il permettra en effet à l'accoucheur d'opérer dans des conditions beaucoup plus favorables. Avant lui, en effet, l'utérus était dans une inertie incomplète, et la terminaison immédiate du travail exposait la femme à une inertie complète et à toutes les conséquences fâcheuses qu'elle peut entraîner. Avant lui le dégagement de la tête par le forceps eût été facile, sans doute, mais celui des épaules, auquel l'utérus inerte serait resté étranger, eût offert des difficultés et entraîné des lenteurs très préjudiciables à l'enfant. Avant lui enfin, les tractions faites à l'aide du forceps n'auraient pas été aidées par l'action de la matrice, l'accoucheur aurait eu aussi beaucoup plus de peine, et les compressions alors inévitables eussent pu être plus fâcheuses.

L'administration préalable du seigle ergoté me paraît prévenir tous ces dangers. En réveillant toute l'énergie de la matrice, il vient en aide aux efforts de l'accoucheur, qui se borne alors à diriger la tête plutôt que de pratiquer sur elle de fortes tractions ; il rend beaucoup plus facile le dégagement des épaules, qui probablement s'opérera spontanément ; enfin il prévient presque sûrement l'inertie consécutive à l'accouchement, inertie à laquelle vous auriez été exposé si vous aviez désempli l'organe avant d'avoir ramené sa contractilité organique.

Pour toutes ces raisons, je crois donc très utile l'emploi du médicament dans ce cas particulier, et je pense que M. le rapporteur a été un peu trop absolu en disant qu'on peut toujours lui substituer le forceps avec avantage.

M. Depaul : Messieurs, je n'ai presque rien à répondre aux observations que vient de présenter M. Cazeaux, car elles sont la confirmation et le développement des opinions que j'ai cherché à faire prévaloir. Je ne suis pas étonné qu'il les ait un peu oubliées, six semaines ont séparé la lecture de mon rapport de sa discussion. D'ailleurs, dans un travail où j'avais à m'occuper de questions si diverses et si importantes, je devais me borner à indiquer les points principaux, et j'ai eu soin de faire remarquer que je n'avais pas eu l'intention de traiter d'une manière complète de l'emploi du seigle ergoté, pas plus que de l'opération césarienne ou des autres questions soulevées dans le mémoire de M. Maslieurat, mais je suis complètement de son avis en ce qui touche l'utilité du seigle ergoté comme moyen préventif de certaines hémorrhagies. J'ai réservé ces cas quand j'ai dit que je mettais hors de cause les fausses-couches et les hémorrhagies.

Dans un autre rapport que j'ai eu l'honneur de lire l'année dernière devant l'Académie, j'ai été plus explicite encore puisqu'on peut y lire la phrase suivante :

« Peut-être même conviendrait-il de poser en principe que son administration (du seigle ergoté) devrait toujours avoir lieu peu d'instans avant la terminaison du travail. »

RÉCLAMATION.

A M. le docteur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Mon bien cher confrère,

Si le petit livre que je viens de publier, et dont vous avez parlé dans le dernier numéro de l'Union, était un livre de pure science, je me garderais bien de faire, à propos d'une analyse aussi bienveillante, la moindre réflexion. L'intervention de l'auteur, en pareil cas, ne peut, en effet, que nuire à l'impression favorable qu'a dû produire dans l'esprit du lecteur une telle appréciation, surtout quand celle-ci émane d'un écrivain aussi distingué et aussi compétent que le rédacteur en chef de l'Union Médicale, que le membre du comité d'hygiène publique. Pourquoi donc, au lieu de savourer, dans le silence prudent de la modestie, les jouissances secrètes de l'amour-propre, m'esposé-je à venir troubler maladroitement cette impression? C'est qu'ici, mon cher Monsieur Latour, la personnalité de l'auteur s'efface complètement devant le but qu'il a osé se préparer. Cette pensée est tellement ma pensée, que j'aurais volontiers acheté le droit d'une réponse, au prix d'une critique aussi amère que la vôtre est courtoise, et vous eusse dit avec bonheur, comme le philosophe ancien : frappe, mais écoute.

Donc, pour en finir avec un préambule, dont je ne veux pas faire une variante de la montagne en travail, écoutez-moi un instant, mon très cher confrère, bien que vous n'ayez pas voulu frapper.

Sans partager avec vous l'idée de l'aversion incurable du peuple pour les leçons de l'hygiène, j'admets qu'il est difficile de faire parvenir à leur adresse les livres qui ont pour but de populariser ces leçons. Aussi, dans l'impossibilité où j'étais de vaincre cette difficulté, ai-je essayé de la tourner. Mon petit livre sur l'*hygiène du corps et de l'âme*, s'adresse au peuple, aux ouvriers des villes, comme aux ouvriers des campagnes. Mais il a eu même une ambition *moins* grande, c'est de fixer un instant l'attention distraite des gens du monde, et de les conduire, s'il se peut, par cet intérêt fugitif, à s'en faire les propagateurs volontaires. L'auteur et l'éditeur se sont rencontrés dans la même pensée, et se sont efforcés d'en assurer le succès, chacun selon la mesure de son pouvoir. Cette intention est nettement accusée en tête du livre, elle perce ailleurs çà et là, de façon à ne pouvoir échapper à un esprit aussi sagace que le vôtre. J'aurais donc désiré, mon cher Monsieur Latour, qu'elle vous eût frappé davantage, car la noblesse de vos sentimens vous aurait fait immédiatement lui donner votre approbation, et eût ainsi assuré à cette œuvre de propagande honnête votre utile concours.

Je sais bien qu'ici nous ne parlons qu'à des médecins.... Eh ! mais, quand il s'agit de propager dans le peuple les notions d'une science, qui lui est aussi utile que l'hygiène, est-ce donc que les médecins n'ont pas le droit, comme les gens du monde proprement dits, de s'associer à cette œuvre philanthropique entre toutes? A chaque pas qu'il fait dans le chemin de la croix, qu'on appelle la vie, est-ce que le médecin ne rencontre pas des malheureux, victimes de leur ignorance, de leurs passions, ou d'abus des préjugés? Une parole amie peut dissiper cette ignorance, dégriser de ces passions, briser la croûte de ces préjugés. Et quand il n'a pas le temps de dire cette parole, pourquoi le médecin n'indiquerait-il pas le livre où cette parole a été dite d'une manière compréhensible à tous? Pourquoi même, s'il est riche, ne ferait-il pas l'aumône de ce livre, ou d'un livre qui vaudrait mieux, ce qui est exactement la même chose pour moi?

Je crains bien, mon très cher confrère, que vous ne trouviez ce nouveau pourquoi encore un peu plus naïf que l'autre ; si le premier était de Saint-Mâlo (vous connaissez le naïf de Saint-Mâlo de Voltaire), peut-être soupçonneriez vous que celui-ci pourrait bien être de Quimper-Corentin. N'importe, naïf à naïf : chaque pièce à sa valeur dans la mosaïque des choses. Qui sait si ma naïveté ne trouvera pas, parmi nos confrères, quelque écho sympathique ; alors mon but aura été atteint, ma reconnaissance leur sera acquise, ainsi qu'à vous, mon très cher confrère, à qui je rappelle en même temps l'assurance de mon sincère dévoûment. Max Simon.

Aumale, le 25 mars 1853.

Avec empressement et plaisir nous publions la lettre de notre cher et honoré confrère, M. Max Simon. Si cette publicité obtient le résultat qu'il en espère, nous en serons heureux. Quant à avoir indiqué le but que M. Simon avait en vue, nous pensions nous être mis en règle à cet égard, et cela par le meilleur moyen, en faisant d'éloquentes citations de son livre. Notre déférence et notre respect pour le corps médical vont à ce point, que nous le croyons susceptible de tout ce qu'il y a de grand, de généreux, de charitable à faire, sans qu'il ait besoin d'aucune excitation. Ce que nous avons dit de ce livre nous a paru suffisant pour que, sans une intervention plus pressante, il trouve des propagateurs parmi ceux de nos confrères qui ont les mêmes aspirations que M. Simon. Mais pourquoi violenter, pourquoi tromper même la conscience de ceux qui ne partagent pas les opinions philosophiques, sociales et religieuses de l'auteur? L'hygiène, M. Simon le sait aussi bien et mieux que nous, peut s'enseigner de plusieurs manières et être présentée au peuple sous des aspects divers. Pour lui, chrétien, c'est une obligation morale ; pour d'autres, c'est un élément et un moyen révolutionnaires. Des livres d'hygiène, écrits à ces deux points de vue différens, lesquels préférera le peuple? Redoutable question, qui m'a toujours fait considérer avec crainte les livres populaires d'hygiène. C'est cette crainte qui m'a fait dire en une autre circonstance que l'hygiène devait être imposée au peuple, et non lui être enseignée. Les grands législateurs de tous les temps, les *grands meneurs d'hommes*, comme disait Montaigne, l'avaient bien senti en faisant des préceptes de l'hygiène des prescriptions de la loi. Croyez-le bien, cher et savant confrère, ce que nous avons à faire, nous médecins, c'est d'enseigner l'hygiène, non pas au peuple, mais à ceux qui le gouvernent, afin qu'ils puissent l'appliquer avec discernement. De ce côté est pour la médecine sa mission du siècle et son rôle social. Nul, plus légitimement que vous, ne peut être tenté par cette noble ambition. Les misères et les souffrances du peuple, qui me touchent comme vous, sont, je le reconnais avec vous, le résultat quelquefois de ses passions, souvent de son ignorance. Mais, pour les soulager nous différons dans l'emploi des moyens. Vous voulez agir *intus*, moi je ne crois qu'à l'efficacité de l'*extrà*. Peut-être, hélas ! nous trompons-nous tous les deux. Amédée Latour.

COURRIER.

Les pauvres malades qui sont dans la nécessité de se faire conduire à l'Hôtel-Dieu manquent souvent de l'argent nécessaire pour payer les porteurs du brancard. Le préfet de police a prescrit que les porte-sonnettes seraient chargés de ce soin, qu'ils seraient indemnisés sur la caisse de la préfecture. Le préfet, dans sa circulaire aux commissaires de police, s'exprime ainsi :

« Je vous invite à ne pas perdre de vue que les considérations d'humanité dominent les règles d'économie, et que le premier devoir, comme le premier honneur de l'administration, est de venir en aide, avec toutes les ressources dont elle dispose, à la partie souffrante et malheureuse des populations confiées à sa sollicitude. »

— M. le docteur Natalis Guillot reprendra ses leçons cliniques sur les maladies des enfans, le mardi 5 avril, à 9 heures du matin, à l'hôpital Necker, et les continuera les mardi et vendredi de chaque semaine. La visite commencera à sept heures et demie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Cours de Pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris par M. le professeur Andral ; recueilli et publié par M. le docteur Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale* ; 2e édition entièrement refondue. — 3 volumes in-8° de 2076 pages. — Prix : 18 fr.
Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Traité de la Maladie vénérienne, par J. Hunter, traduit de l'anglais par le docteur G. Richelot, avec des notes et des additions par le docteur Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, membre de l'Académie de médecine, etc., accompagnée de 9 planches. — 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1852. — Prix : 9 fr.
Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 38. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 31 Mars 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............ 32 Fr
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

AVIS.

A dater du 15 avril prochain, les bureaux de l'UNION MÉDICALE seront transférés *rue Saint-Georges, n° 12.* C'est à cette nouvelle adresse que devra parvenir tout ce qui concerne l'*administration* du journal.

Tout ce qui concerne la *rédaction*, devra continuer à être adressé à M. le docteur Amédée Latour, 56, *faubourg Montmartre.*

SOUSCRIPTION

pour élever un monument à la mémoire de M. Orfila.

MM. Musset (Henry), d.-m. à Sainte-Terre, 5 fr.; Dufau, médecin de l'hôpital, à Mont-de-Marsan, 10 fr.; Tuffer, médecin de l'Hôtel-Dieu, à Soissons, 10 fr.; Deluze, d.-m. à Contras, 5 fr.; Bergeon, d.-m. à Moulins, 10 fr.; Planté de Mengelle, d.-m. à Bourbonne-les-Bains, 5 fr.; Fuilhan, médecin en chef des hospices, à Laon, 5 fr.; Labélonye, pharmacien à Paris, 10 fr.; Bouligny (d'Evreux), à Bow (Midlesex), Angleterre, 5 fr.; Boutigny (d'Evreux) fils, à La Villette, 5 fr.

Total de la 17me liste. . . .	70 fr.
Listes précédentes	2,489 fr.
Total de la souscription de l'UNION MÉDICALE.	2,559 fr.

PARIS, LE 30 MARS 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'intérêt de la séance s'est concentré dans la lecture de M. Cruveilhier sur l'atrophie musculaire progressive. Cette singulière, redoutable, mais heureusement rare affection, sur laquelle un de nos plus savans collaborateurs, M. Aran, a l'un des premiers appelé l'attention des pathologistes, manquait, pour son histoire, d'un complément aujourd'hui indispensable, et à Paris plus indispensable qu'ailleurs, d'une description anatomo-pathologique.

C'est cette lacune que M. Cruveilhier a voulu combler.

Nous avons écouté avec une grande attention l'honorable et savant professeur. Cette attention était commandée pour nous autant par l'éminent mérite que nous reconnaissons aux productions de M. Cruveilhier, que par cette idée que nous nous faisions de la mission particulière qu'il nous semblait appelé à remplir parmi nous, de servir d'intermédiaire et comme de trait d'union entre le vitalisme trop ontologique de Montpellier, et l'organicisme trop anatomique de Paris.

Hélas! il faut que les partisans de cette sorte de fusion y renoncent. Dans cette communication, M. Cruveilhier a fait de la pathologie anatomique, purement anatomique. De la lésion fonctionnelle il a remonté à la lésion organique, et l'ayant trouvée, il s'est arrêté là. Ce n'est pas le compte des métaphysicns, qui lui demanderont : et puis, quoi encore?

Ce quoi encore, M. Cruveilhier ne l'a pas cherché. Il s'est borné à décrire, avec la rigueur, la précision et l'exactitude qu'on lui connaît, les altérations anatomiques qu'il a rencontrées sur un sujet dont il a fait la saisissante histoire, et qui a succombé à cette terrible affection désignée sous le nom de paralysie musculaire atrophique ou d'atrophie musculaire.

Jusqu'ici le scalpel n'avait cherché dans cette maladie que les altérations des muscles eux-mêmes et celles des filets nerveux qui les animent. M. Cruveilhier est allé plus loin, et après avoir inutilement interrogé les centres nerveux, il a découvert une altération profonde qu'il a décrite sous le nom d'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux, les racines postérieures restant parfaitement intactes.

Cette altération anatomique explique suffisamment, pour M. Cruveilhier, les désordres fonctionnels observés. D'après la physiologie actuelle, ce sont les racines antérieures des nerfs spinaux qui sont le siége de la motilité. A la sensibilité président les racines postérieures. La pathologie et l'anatomie pathologique viennent confirmer ici, dit le savant professeur, les résultats de l'expérimentation physiologique. L'altération réside dans le siége anatomique des fonctions motrices; ce sont ces fonctions motrices qui s'altèrent et qui disparaissent graduellement; ce sont les organes eux-mêmes de ces fonctions, les muscles, qui s'atrophient et se transforment, la sensibilité restant intacte.

Tout cela paraît fort clair, fort satisfaisant, et tout à fait en harmonie avec les idées physiologiques régnantes, sauf cependant l'opinion d'un physiologiste éminent, M. Longet, qui attribue aux racines postérieures des nerfs spinaux la faculté de présider à la nutrition des organes moteurs. Or, dans l'observation de M. Cruveilhier, les racines postérieures ont été trouvées parfaitement intactes, et le système musculaire de la vie animale tout entier était atrophié ou transformé. Cependant, et malgré cette apparence de lucidité, la communication de M. Cruveilhier nous paraît destinée à soulever une grave discussion. Il sera contesté, par exemple, qu'il y ait paralysie du mouvement dans la maladie observée par M. Cruveilhier et par M. Aran. Un expérimentateur dont tout le monde connaît et apprécie les belles recherches, M. Duchenne de Boulogne, nie cette paralysie. Pour lui, le muscle, tant qu'il conserve une de ses fibres, ne cesse pas de se contracter, mais sa contractilité s'affaiblit à mesure que disparaissent ses fibres, et ne s'éteint entièrement que lorsque le muscle a subi complètement la transformation graisseuse..... Mais nous ne voulons pas, sur ce point et sur d'autres encore, devancer la discussion qui a été renvoyée à mardi prochain.

Amédée LATOUR.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

RECHERCHES ÉLECTRO-PHYSIOLOGIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LE DIAPHRAGME;

Mémoire présenté à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine,

Par M. le docteur DUCHENNE DE BOULOGNE (1).

(DEUXIÈME PARTIE.)

RECHERCHES ÉLECTRO-PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES.

Mes recherches électro-physiologiques sur le diaphragme m'ont naturellement conduit à une série d'études électro-pathologiques et thérapeutiques sur ce muscle. Ainsi, quels sont ou quels doivent être les troubles fonctionnels occasionnés par l'atrophie, la paralysie et la contracture du diaphragme? Quels en sont les signes diagnostiques? Dans quelles limites l'intervention thérapeutique de l'électrisation localisée peut-elle combattre ces affections diverses? Quelles sont, enfin, les avantages de l'excitation électrique du diaphragme, par l'intermédiaire des nerfs phréniques, comme moyen de produire la respiration artificielle dans l'asphyxie?

La connaissance exacte de l'action individuelle du diaphragme et l'application de l'électrisation localisée ont faci-

(1) Suite. Voir les numéros des 3, 5 et 8 Mars.

Feuilleton.

DE L'INFLUENCE DE LA MUSIQUE SUR LA GUÉRISON DES MALADIES;

Lu dans la séance générale des Sociétés archéologiques de l'Yonne, réunies au comité de la Société des monumens historiques de France, sous la présidence de M. de Caumont (1).

Par M. le docteur ROLLAND, de Sens.

II.

Ce tableau d'élémens en fureur, tous ces bruits, ces sons qui se combinent, se confondent, se modifient, se séparent, ne sont ni un vain fracas, ni le chaos, ni le désordre. L'oreille, frappée de l'apparente simultanéité des tons produits, n'en saisit pas instantanément, sans doute, toutes les nuances, tous les degrés, toutes les modifications. L'homme vulgaire est peu touché de ce spectacle imposant et magique, et n'entend que des bruits incohérens et confus là où le poète et le musicien ressentent d'ineffables délices, parce que, comme le dit Pythagore, notre âme est une harmonie; c'est la musique mélodieuse qui fait naître la sensibilité de tous nos organes et provoque cette délicatesse du goût et de l'oreille, qu'on trouve assez communément innés chez les gens bien organisés, mais que leur éducation musicale a préparés surtout à recevoir ces délicieuses impressions.

L'expression sublime de toutes ces harmonies de la nature trouve peut-être encore un plus haut degré d'enchantement par les décorations dont sait l'embellir le souverain maître de toutes choses. L'audition des sons, aussi nombreux que les étoiles du firmament, ne répondrait qu'à l'un de nos sens si nos yeux, privés de lumière, ne pouvaient considérer les sublimes accessoires que, dans sa toute puissance, Dieu répand sur l'univers; aussi, pâles copistes, pauvres plagiaires de toutes ces pompes, de toutes ces magnificences, pour passionner notre auditoire dans nos opéras, nous ajoutons la mise en scène à notre musique dramatique parce que sans les décorations et livrée à elle-même, elle resterait pâle et décolorée; quelle n'est pas, en effet, l'énorme différence quant aux mélodies produites entre l'acteur sur la scène, et le même en habit de ville, nous débitant dans un concert le morceau qui nous ravissait au théâtre.

La musique est donc la grande voix de la nature, elle peut monter l'âme au diapason des plus sublimes transports; elle a mille modes d'expression suivant les temps, les situations ou les différentes impressions que ressent l'homme; en hiver, l'avalanche qui se détache des monts sourcilleux et remplit la vallée de ses mugissemens repercutés par l'écho; les vagues de l'Océan, fouettées par la tempête, le bruit des ouragans furieux, forment une harmonie remplie de charmes quoiqu'empreinte d'une sauvage énergie. Pour en juger, il suffit de se transporter sur les bords de la mer; ce spectacle agrandit la sphère de nos inspirations et de nos idées, il nous porte, par la contemplation, à de douces rêveries, à un état extatique rempli de charmes; quand viennent ensuite les beaux jours, ceux où la nature, revêt sa parure printanière, où les fleurs ouvrent leurs corolles aux premiers rayons du soleil, le tableau change; une vie nouvelle se prépare, les insectes et les oiseaux chantent et ne tardent pas à nous livrer leur écrin musical. Chacun de nous a pu remarquer l'aptitude et les dispositions mélodiques de certains d'entre eux : le chardonneret, la fauvette et le serin prêtent une oreille attentive aux sons qu'on leur fait entendre; leur joie, leur bonheur ne tardent pas à se manifester par des battemens d'ailes, des mouvemens de corps et des airs penchés dont la sincérité ne saurait être mise en doute; et si le roi de tous ces petits musiciens, le rossignol, par une douce soirée de printemps, jette au milieu des lilas, dans le silence et le repos de la nature, les pures modulations, les cadences perlées, ses trilles mordans, ses notes soutenues, toutes les brillantes ressources de son flexible gosier, toutes les merveilles de sa vocalise inimitable; tout semble prêter une attention religieuse aux accens du chantre de nos bosquets. L'insecte qui, pendant ce temps, fredonne et murmure sous l'herbe sa chansonnette à deux notes, forme un léger accompagnement en basse monotone, qui, bien que dissonant, établit dans les intervalles de repos de l'artiste empenné, une espèce de *tutti* naturel.

Qu'il nous soit cependant permis d'établir une réserve à l'égard de la musique vocale que nous accordons assez généralement aux insectes; après une pareille hérésie, nous n'oserions plus, en vérité, regarder en face le plus mince naturaliste, et nous accordons trop d'intelligence à l'auditoire d'élite qui veut bien nous faire l'honneur de nous écouter pour supposer un instant qu'il ait pu être complice d'une pareille erreur. Comme dès l'origine de ce travail nous avons donné au mot musique une très vaste acception, nous maintenons cette expression à l'endroit des insectes; en effet, le gosier absent de cette portion de l'échelle animale n'a ni cordes vocales, ni anfractuosités propres à constituer aucune vocalise; mais il importe peu par quel organe sont émis les sons lorsqu'ils frappent notre oreille; qu'ils viennent des trachées des élytres ou des mandibules, l'effet obtenu n'en a pas moins lieu et peut encore affecter une certaine nuance musicale qui ressort principalement du milieu dans lequel s'agitent ces petits musiciens. D'ailleurs, un naturaliste distingué, M. Boitard, dans un article fort spirituellement écrit, a démontré d'une manière péremptoire que, parmi les insectes, on trouvait une foule d'instrumentistes remarquables. Il s'en faudrait de peu que notre orchestre de l'Opéra n'eût sa représentation complète dans ce microcosme. Un savant allemand, M. Burmester, a même trouvé que le grillon était un peu l'émule de Godefroid, notre célèbre harpiste; mais nous qui ne sommes ni savant, ni Allemand, nous avouons humblement n'avoir pu saisir le moindre rapprochement entre le chant vulgaire du cricri et les accords mélodieux du grand artiste.

Quoi qu'il en soit, et laissant là les insectes, on reconnaît que presque tous les animaux sont sensibles à la musique, excepté pourtant le chien, le chat et la chouette, qui manifestent au contraire une sorte de répulsion pour cet art. Nul de vous n'ignore le cri de détresse du premier de ces animaux; alors même qu'il est surexcité par la chasse, on

(1) Suite. Voir le numéro du 29 mars.

lité singulièrement ces recherches, qui vont faire l'objet de la seconde partie de ce mémoire.

J'ai cherché vainement dans les auteurs une description quelconque de l'atrophie ou de la paralysie du diaphragme. Selon la plupart d'entre eux, la paralysie du diaphragme, est trop rapidement mortelle, pour qu'on ait eu le temps d'en observer les symptômes; de sorte que s'ils en reconnaissent l'existence, ce n'est que théoriquement. Je n'ai donc pas à faire l'historique de la paralysie ou de l'atrophie du diaphragme.

J'exposerai d'abord les observations d'atrophie et de paralysie du diaphragme que j'ai recueillies, et ferai suivre chacune d'elles de quelques considérations cliniques; je tirerai ensuite de l'ensemble de toutes ces observations les déductions qui peuvent servir à l'étude du diagnostic, du pronostic et du traitement de ces affections.

§ I. — Relation des observations d'atrophie et de paralysie du diaphragme.

1° Atrophie du diaphragme.

Observation I. — *Atrophie du diaphragme chez un homme atteint de la maladie appelée atrophie musculaire progressive; — mort par complication bronchique simple et sans fièvre.*

Hôpital de la Charité, salle St-Ferdinand, n° 21 (service de M. Cruveilhier). M. X..., capitaine au long cours, âgé de 45 ans, d'un tempérament sanguin, n'a jamais fait de maladie grave, n'a jamais eu la syphilis, a usé modérément des plaisirs vénériens, a navigué toute sa vie, et s'est toujours convenablement nourri. Une de ses sœurs et deux de ses oncles maternels ont été atteints d'atrophie musculaire générale, et ont succombé à cette maladie. Cependant, trois autres frères et deux sœurs vivent encore, et ne paraissent pas jusqu'à présent menacés de cette maladie de famille. Il y a deux ans, sans cause connue, sans avoir ressenti de douleurs dans le rachis, il éprouva pour la première fois dans le membre supérieur des crampes qui revenaient plus souvent dans les avant-bras; puis il s'aperçut que ses bras diminuaient de volume et perdaient leurs forces. Prévenu de la gravité de cette lésion par celles qu'il avait observées dans sa famille, il se soumit dès le début au traitement le plus énergique; et malgré des moxas, des cautères, malgré la cautérisation transcurrente appliquée sur le trajet de la colonne vertébrale, malgré une foule d'autres remèdes en usage dans les lésions présumées de la moelle épinière, l'atrophie se généralisa, et n'atteignit qu'en dernier lieu les muscles des membres inférieurs. L'atrophie, dans sa marche, a toujours été précédée de crampes ou de douleurs profondes.

Bien que le malade soit réduit à l'état de squelette au moment de son entrée à l'hôpital, on retrouve encore tous ses muscles à l'état rudimentaire, à l'exception de quelques muscles de l'éminence thénar et de la jambe; il se tient encore debout et peut marcher à l'aide d'un bras. Dans la position horizontale, il ne peut se mettre sur son séant, ni se placer sur les côtés. Les membres supérieurs ont conservé leurs mouvemens volontaires, les mouvemens d'opposition du pouce sont seuls perdus. Aux membres inférieurs, la flexion des orteils du côté droit est seule détruite. Depuis quelque temps, il éprouve de la gêne dans la respiration; il est essoufflé au moindre mouvement; en parlant, il est forcé de s'arrêter pour reprendre haleine. *Pendant l'inspiration, les parois de l'abdomen, loin de se soulever, s'enfoncent au contraire; tandis que les parois thoraciques se dilatent.* Enfin, on voit dans toutes les régions du corps la peau soulevée par des contractions fibrillaires.

La santé de ce malade était assez bonne; l'auscultation n'avait fait découvrir aucune affection bronchique ou pulmonaire. L'électrisation localisée, pratiquée une douzaine de fois, avait augmenté ses forces, quand il contracta une simple bronchite sans fièvre. Il n'eut pas alors la force d'expectorer les mucosités qui s'amassèrent dans ses bronches, et l'asphyxièrent en quelques jours. Comme il ne voulait pas mourir à l'hôpital, dans la crainte d'affliger sa famille, il s'était fait transporter à son domicile. L'autopsie ne put être faite.

Réflexions. — On remarque dans cette observation que l'atrophie progressive, dans sa marche, n'a atteint le diaphragme qu'après avoir successivement envahi la plupart des autres muscles.

On a vu aussi que le malade respirait assez bien quand il restait en repos; mais il était essoufflé au moindre mouvement, ou quand il lui fallait parler. Il eût vécu sans son diaphragme aussi longtemps que les intercostaux n'eussent pas été atteints; les autres muscles inspirateurs (trapèzes, grands dentelés, etc.) ne pouvaient guère compter chez lui, car ils n'existaient plus qu'à l'état rudimentaire. Il eût, je le répète, vécu sans son diaphragme, comme le prouveront d'autres observations, s'il n'avait pas contracté une bronchite. Bien que celle-ci fût des plus simples, et n'eût pas occasionné la moindre fièvre, il n'eut pas la force de se débarrasser des mucosités qui, en s'accumulant, produisirent bientôt l'asphyxie.

Mais était-ce bien l'inertie du diaphragme qui, pendant l'inspiration, occasionnait chez ce malade la dépression de l'épigastre et des hypocondres, tandis que la poitrine s'agrandissait latéralement? Ce diagnostic me fut inspiré par cette expérience physiologique dans laquelle on observe, après la section des nerfs phréniques d'un animal, la même perversion des mouvemens naturels de la poitrine et de l'abdomen. J'en démontrerai l'exactitude dans l'observation suivante, qui offre une marche et des symptômes analogues, bien que la terminaison en ait été plus heureuse.

Observation II. — *Atrophie du diaphragme chez un homme dont un grand nombre de muscles ont été détruits par l'atrophie musculaire progressive; — signes de cette atrophie; sa guérison par l'électrisation localisée.* — (Cette observation étant rapportée dans un autre travail, j'en extrairai seulement ce qui a trait au sujet de ce mémoire.)

Bonnard, mécanicien, âgé de 25 ans, demeurant rue du Canal-Saint-Martin, n° 9. . . . .

L'atrophie musculaire qui avait débuté, chez ce malade, en 1848, s'était déjà généralisée en 1850 (elle avait détruit en grande partie toute la première couche musculaire du tronc et les fléchisseurs de l'avant-bras gauche sur le bras). Quand il me fut adressé par un confrère, en décembre 1850, il éprouvait une grande gêne dans la respiration, gêne qui augmentait par la marche ou par le moindre exercice; il était essoufflé après avoir fait quelques pas, ou après avoir monté un escalier; il était forcé de s'arrêter à chaque instant pour reprendre haleine. Il ne pouvait parler sans fatigue. S'il était resté quelque temps en repos, s'il ne parlait pas, les mouvemens de la poitrine et de l'abdomen étaient réguliers pendant l'inspiration; mais pour peu qu'il s'agitât, l'isochronisme des mouvemens de la poitrine *était perverti; pendant l'inspiration, l'épigastre et les hypocondres se soulevaient, tandis que la poitrine se dilatait, et dans l'expiration, les mouvemens du thorax et de l'abdomen avaient lieu en sens inverse.*

Ces phénomènes, que j'avais observés chez le malade précédent, annonçaient la lésion du diaphragme, qui avait été si fatale à ce dernier. Ils n'étaient accompagnés d'aucun bruit anormal, appréciable par l'auscultation; ils étaient récens (le malade ne les faisait remonter qu'à une quinzaine de jours). Je résolus dès lors de combattre cette lésion naissante du diaphragme, que j'attribuai à un commencement d'atrophie, par l'excitation électrique dirigée sur lui, par l'intermédiaire des nerfs phréniques. (C'est sur Bonnard que je fis, pour la première fois, cette expérience, que j'ai répétée bien souvent et publiquement depuis lors.) Après quelques semaines d'excitation de son diaphragme, Bonnard n'éprouvait plus de gêne de la respiration; il faisait de longues courses, montait les escaliers sans devoir s'arrêter; enfin, ses mouvemens respiratoires n'offraient plus rien d'anormal.

Réflexions. — Chez ce malade on remarque les mêmes symptômes que dans l'observation précédente, c'est-à-dire l'affaissement de l'épigastre et des hypocondres pendant l'expansion inspiratrice de la poitrine.

Si le diagnostic de la paralysie du diaphragme, déduit de la perversion des mouvemens naturels du thorax et de l'abdomen qu'on observe après la section des nerfs phréniques d'un animal vivant, ne paraissait pas suffisamment établi dans les deux observations précédentes, les expériences que je fis sur Bonnard me paraissent devoir en compléter la démonstration. Ainsi, l'orsqu'au moment de son inspiration je faisais passer un courant dans un de ses nerfs phréniques, l'hypocondre et la poitrine du côté excité étaient soulevés en même temps, tandis que du côté opposé la poitrine et l'hypocondre continuaient de se mouvoir en sens contraire. Quand j'excitais les deux phréniques à la fois, les mouvemens inspirateurs se faisaient des deux côtés comme à l'état normal.

L'affaissement des hypocondres ne se manifestait chez Bonnard que pendant les grandes inspirations, tandis que dans la respiration tranquille, alors qu'il restait en repos ou qu'il n'était pas agité, les mouvemens de la poitrine et de l'abdomen était normaux. Cela signifie que le diaphragme avait encore assez de force pour empêcher l'ascension des viscères quand la poitrine ne se dilatait pas trop, ou en d'autres termes que l'atrophie de ce muscle était encore peu avancée. On sait, en effet, que la gêne de la respiration était récente.

Enfin, je puis dire après la guérison des troubles fonctionnels respiratoires qui fut obtenue dans ce cas par l'électrisation des nerfs phréniques: *naturam morborum ostendunt curationes.*

2° Paralysie du diaphragme.

a. Paralysie du diaphragme de cause saturnine.

Observation III. — *Paralysie du diaphragme chez un homme atteint d'une paralysie générale présentant tous les caractères de la paralysie saturnine.*

M. M..., ex-représentant du peuple, entra le 7 février 1849 à la Charité, salle Saint-Charles, n° 17, pour s'y faire traiter d'une paralysie générale dont je ne rapporterai pas l'histoire entière. Mais je dois dire que cette paralysie datait de deux mois; que la contractilité électrique paraissait abolie dans les extenseurs des avant-bras, et diminuée dans les extenseurs de la jambe sur la cuisse, et que la paralysie ayant été précédée de coliques avec constipation opiniâtre pendant un temps assez long, je fus porté à l'attribuer à une intoxication saturnine. Enfin, j'ajouterai, pour justifier ce diagnostic, que ce malade, chef d'atelier dans une usine de machines à vapeur, roulait souvent dans les mains un mastic composé de céruse et de minium, et que, de plus, on voyait encore sur ses gencives le liseré caractéristique.

Quand je l'observai à la Charité, je fus frappé de la gêne de sa respiration, que nulle affection aiguë ou chronique des voies respiratoires ne pouvait expliquer. Il ne pouvait parler sans respirer à chaque mot; il n'avait point d'aphonie, mais sa voix était extrêmement faible; sa respiration, habituellement fréquente, le devenait encore davantage quand il avait prononcé quelques mots ou qu'il faisait le plus petit mouvement. Cependant, il n'avait aucune douleur dans la poitrine ni dans les côtes. Enfin, pendant l'inspiration, qu'elle fût tranquille ou agitée, *l'épigastre et les hypocondres s'affaissaient pendant que les parois thoraciques se dilataient, l'expiration produisait des mouvemens opposés, c'est-à-dire que l'abdomen se soulevait pendant que la poitrine se resserrait.*

Les bains sulfureux, l'iodure de potassium furent prescrits par M. Fouquier contre cette paralysie, qu'il croyait comme moi saturnine. L'élec-

---

l'entend parfois aboyer douloureusement lorsque le cor résonne dans les bois. Le cheval lui, est tout l'opposé; quand sonne l'heure des combats et que la musique militaire y excite par une marche vive et mesurée, on voit le noble animal dressant les oreilles, frapper d'un pied impatient la terre qui le porte, et manifester son plaisir par une agitation que le frein peut à peine contenir. Dans les jeux du cirque olympique, on le voit également suivre et marquer la mesure. Il ne semble pas plus étranger au rythme qu'à l'harmonie. Les moutons aiment le galoubet ou la cornemuse du berger, mais l'ignorance musicale de ce dernier les prive bien souvent de cet innocent plaisir. Les Indiens ont le dangereux talent d'apprivoiser au son de la flûte ou d'un instrument qui s'en rapproche, les serpens les plus redoutables; après les avoir plongés dans une espèce de torpeur ou demi-sommeil auquel ne semble pas étrangère la monotonie des airs qu'ils leur jouent, on les voit alors manier, tourner dans leurs mains, passer autour de leur cou, avec un abandon qui fait frémir, l'affreuse vipère fer de lance ou le féroce serpent à sonnettes.

L'abbé Baudelot, fils d'un chirurgien de Sens, médecin du grand Condé, nous affirme avoir vu danser à la foire de Saint-Germain, au son de la musique, des artistes d'un genre peu commun; c'étaient huit gros rats qui, sur la corde roide, bondissant dans l'espace, se livraient en cadence aux exercices de Mme Saqui.

Je me rappelle parfaitement avoir vu, dans mon enfance, une jolie petite souris blanche partager avec un serin l'éducation musicale qu'on donnait à ce dernier. Lorsque la serinette était mise en jeu, le petit quadrupède sortait de sa cachette, et grimpant sur les barreaux de la cage, il prêtait une attention soutenue aux sons qui s'échappaient de l'instrument. Ce charmant animal avait le don d'amuser tous les enfans témoins de son amour pour l'art musical; mais hélas! un vilain gros chat, qui, pour combattre ses instincts carnassiers, n'avait aucun sentiment de la musique, un beau matin, pour son déjeûner, croqua la souris mélophile.

Je trouve dans le voyage de Jean-Baptiste Sabbot, aux colonies, une anecdote également rapportée dans le *Grand dictionnaire des sciences médicales*, édité par Pankouke; je la reproduis ici pour prouver encore l'influence de la musique sur les animaux. « Une chasse au lézard ayant été résolue, nous y fûmes, dit Sabbot, avec un nègre exercé qui portait une longue perche, au bout de laquelle pendait une corde munie d'un nœud coulant. Nous découvrîmes un de ces charmans sauriens qui se chauffait au soleil, étendu tout de son long sur une branche sèche. Aussitôt le nègre se mit à siffler, à quoi le lézard prenant tant de plaisir, qu'il avançait la tête pour découvrir d'où venait le son; peu à peu le nègre s'approcha de lui, toujours en sifflant, et commença à lui chatouiller les côtes, ensuite la gorge avec le bout de la gaule. Il semblait que le lézard y prît plaisir, car il s'étendait ou se tournait doucement comme un chat qui se chauffe, et sans méfiance aucune du tour tragique qui se préparait, car le nègre sut si bien le chatouiller et l'endormir avec son sifflement monotone, qu'il lui fit avancer la tête suffisamment hors de la branche pour lui passer le nœud coulant au cou et s'en emparer ainsi sans plus d'obstacle.

L'araignée, insecte éminemment mélomane, oublie sa proie et quitte sa toile lorsqu'elle entend les sons de la musique; si l'on fait cesser les accords qui la transportent, alors rappelée par le soin de sa conservation au danger qui la menace, elle fuit aussitôt instinctivement pour gagner son repaire, mais elle ne peut résister à de nouveaux accens; suspendue au fil imperceptible qui la porte, elle semble écouter (qu'on me pardonne cette expression) avec un plaisir extrême les accords mélodieux des instrumens ou de la voix humaine. Toutefois, l'horreur qu'elle inspire par son corps hideux, par ses pattes grêles paraissant ne pouvoir la supporter, par ses yeux immobiles au sommet de la tête, unis sans intermédiaire à son thorax velu, tout cela provoque le plus profond dégoût, et ne lui fait que trop souvent trouver la mort dans la recherche du plaisir. Cette disposition musicale, généralement reconnue, tiendrait-elle à ce que déjà cet insecte possède à un haut degré l'un des élémens de la musique; je veux parler du rythme qu'elle fait entendre à de certains momens pour traduire ses ardeurs amoureuses, tisser sa toile ou pour tout autre motif, et dont la régularité semble l'indice évident d'une aptitude rythmique spéciale. Je ne sais. Y a-t-il également quelques rapports entre cet amour musical et les fables qui imposaient à la morsure de la tarentule le besoin continuel d'une danse plus ou moins folle. Je laisse à de plus érudits le soin d'expliquer ces différens phénomènes.

Moins téméraire et plus prudent, parce que peut-être aussi le sentiment musical est chez lui moins développé, le crapaud fuit la lumière du jour lorsqu'il veut se livrer à l'exécution de sa musique. Un vieux trou de murailles, la moindre scissure dans un tronc d'arbre pourri, le plus modeste abri sous une pierre humide ou dans les plâtras et les décombres, constituent son domicile; son chant, bien que monotone, est caractérisé par une molle langueur; la seule note qu'il possède et dont il se sert pour appeler incessamment sa compagne, est d'une mélancolie, d'une douceur, d'une suavité de sons dont la gravité plaintive ferait envie à plus d'un grand flûtiste; je le dirai même, dussent s'accumuler contre une pareille prétention, toutes les justes susceptibilités des Tulou, des Rémuzat, des Dorus et des Altès. Le do perfectionné des flûtes modernes ne peut encore approcher de la note basse du crapaud; ainsi, nous serions très disposés à l'aimer s'il savait se dérober à nos regards; son aspect disgracieux est véritablement son seul défaut. Or, que ne pardonne-t-on pas en faveur de la musique? et il y a dans l'expression musicale de ce chanteur une tristesse si profonde, empreinte de tant de douceur, que nous nous sentons disposés à son endroit d'une manière très favorable. En général, c'est parce que nous ne savons pas apprécier les vertus de cet innocent animal que nous le repoussons comme un objet de dégoût et d'horreur, et pourtant il ne nous porte aucun préjudice; il vit de peu et se contente de mouches ou de vermisseaux, ce qui fait encore l'éloge de sa sobriété. Sa peau terne et pustuleuse, considérée sous un certain point de vue philosophique, n'est même, à tout prendre, qu'une arme défensive bien légère, incapable de produire autre chose qu'un peu d'irritation si nous venons à le serrer trop fort.

(*La suite à un prochain n°.*)

trisation localisée fut aussi appliquée sur chacun des muscles des membres, me réservant de tenter plus tard la guérison de la paralysie du diaphragme par l'excitation des nerfs phréniques. Après cinq ou six séances, on avait déjà obtenu une amélioration notable dans certains muscles. Ainsi, il fléchissait l'avant-bras sur le bras, il écartait celui-ci du tronc, dans les membres inférieurs, il commençait à fléchir la jambe sur la cuisse, et celle-ci sur le bassin. Malheureusement, une arthrite rhumatismale intercurrente me força d'interrompre ces excitations électro-musculaires, pour faire place à un traitement purement antiphlogistique (saignées, sangsues, cataplasmes, etc.) Après la guérison de ce rhumatisme (un mois plus tard), l'électrisation localisée allait être reprise pour activer la guérison de la paralysie, quand le malade dut demander sa sortie pour affaire d'intérêts. Il commençait à marcher, et la paralysie n'existait plus que dans les muscles de la région antibrachiale postérieure; mais son diaphragme était encore paralysé.

Ce malade vint me consulter six mois plus tard, et il me dit que, peu de temps après sa sortie de la Charité, la gêne de la respiration avait disparu, sans qu'il eût rien fait pour arriver à ce résultat. Je constatai alors que le soulèvement de l'abdomen avait lieu comme à l'état normal pendant l'inspiration. Il me dit ensuite que la faiblesse générale et la paralysie de ses avant-bras l'empêchant de se livrer à ses affaires, il avait dû aller compléter sa guérison à l'hôpital Beaujon; qu'il y avait, il est vrai, retrouvé ses forces sous l'influence des bains sulfureux, mais que la paralysie de ses extenseurs situés à l'avant-bras, était peu améliorée; je constatai, en effet, de nouveau que ces muscles ne se contractaient pas par l'électricité.

Réflexions. — On sait que la paralysie saturnine établit habituellement son siége d'élection dans certains muscles de la région antibrachiale postérieure. J'ai démontré, dans des recherches antérieures, que ces muscles perdent la faculté de se contracter par l'électricité. Eh bien ! lorsque l'intoxicatiou saturnine produit une paralysie générale, on trouve encore le cachet de cette paralysie saturnine dans ces mêmes muscles de la partie postérieure de l'avant-bras, qui, aux membres supérieurs, sont les seuls qui aient perdu leur irritabilité (1).

C'est ce caractère distinctif de la paralysie saturnine généralisée qui me mit sur la voie de la nature de la paralysie, dans le fait que je viens de rapporter. Ce diagnostic différentiel fut plus tard pleinement justifié.

J'ai dit que la paralysie générale saturnine conservait son cachet distinctif dans certains muscles de l'avant-bras par la perte de l'irritabilité électrique; c'est dans ces muscles qu'on la voit généralement persister, alors que les mouvemens volontaires sont revenus depuis longtemps dans les autres muscles. Je pourrais rapporter un assez grand nombre de faits à l'appui de cette opinion, que je me propose de démontrer ailleurs.

On a vu que la paralysie générale saturnine de M. M... a suivi la même marche curative. Il ressortirait donc de ce fait que le diaphragme, alors qu'il est atteint par la paralysie saturnine généralisée, se trouverait heureusement au nombre des muscles qui sont le moins profondément affectés, puisqu'il recouvre un des premiers ses fonctions.

Observations IV et V. — La paralysie du diaphragme n'est pas infiniment rare dans la paralysie saturnine, car je me rappelle en avoir observé une en 1845, à la Charité, salle St-Michel, n° 40, et en 1852, j'en ai rencontré une autre à la Pitié, chez un malade couché au n° 10 de la salle Saint-Ferdinand, service provisoire de M. Aran, avec qui j'ai constaté l'existence des symptômes de cette paralysie du diaphragme chez ce malade. Les deux sujets qui étaient atteints de cette paralysie du diaphragme exerçaient la profession de peintre et avaient eu des coliques saturnines. Chez eux, la paralysie s'était généralisée comme dans l'observation III. (J'ai eu encore l'occasion d'observer que celui de la Pitié présentait les caractères que j'ai toujours rencontrés dans la paralysie générale de cause saturnine, à savoir, l'absence ou la diminution de contractilité électrique dans certains muscles de la région postérieure de l'avant-bras et dans les extenseurs de la jambe sur la cuisse.) Eh bien! ces deux malades présentaient comme signe diagnostic de paralysie du diaphragme les mêmes symptômes que j'ai décrits dans les observations précédentes, c'est-à-dire la perversion des mouvemens naturels de la poitrine et de l'abdomen qui ont lieu pendant l'inspiration et l'expiration. Le malade de la Charité eut une bronchite qui le mit dans une situation des plus graves; celui de la Pitié, qui n'avait aucune affection thoracique, n'éprouvait pas une grande gêne pour respirer quand il était en repos. Comme à l'époque où j'observais ces malades mon attention n'était pas fixée sur la paralysie du diaphragme, j'ai négligé (et je le regrette bien aujourd'hui) d'analyser avec soin tous les troubles fonctionnels qui résultent de la lésion dont ils étaient affectés; j'avouerai même que j'ignore entièrement comment cette paralysie s'est terminée chez eux.

J'espère réparer cette négligence dans l'observation suivante, que j'ai l'occasion d'observer au moment où j'écris ce mémoire.

(*La suite au prochain numéro.*)

(1) C'est une proposition qui ressort de mes recherches, et que je compte démontrer prochainement.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Hôpital des Enfans malades. — Clinique de M. Guersant.

DU BEC-DE-LIÈVRE ET DE PLUSIEURS MODIFICATIONS APPORTÉES A SON TRAITEMENT.

(Suite et fin. — Voir les n°s des 26 et 29 Mars.)

Nous donnons ici, en terminant, le résultat des opérations de bec-de-lièvre pratiquées par M. Guersant à l'hôpital des Enfans, dans le cours de l'année 1852, avec un résumé très succinct des observations des enfans opérés et des circonstances qui ont accompagné les opérations et ont influencé leur résultat.

Obs. Ire. — Canier (Louis), 2 ans. Bec-de-lièvre simple à droite.
Opération le 19 mai. Épingles et bandelettes.
21. Ablation de l'épingle supérieure.
22. Ablation de l'épingle inférieure.
Réunion complète. Sortie le 30 mai.

Obs. II. — Lefèvre (Georges), 2 mois. Bec-de-lièvre unique gauche, avec division complète de la voûte et du voile, d'une largeur de 25 millimètres. Aplatissement du nez.
Opération le 19 mai. Épingles, bandelettes et pince nasale.
Convulsions le lendemain.
21. L'aiguille inférieure a coupé un côté de la lèvre de la plaie. On l'enlève, ainsi que la pince nasale.
22. Ablation de la deuxième aiguille.
Réunion complète.

Obs. III. — Paher (Charles), 5 ans 1/2. Bec-de-lièvre unique droit, avec division de la moitié postérieure de la voûte et du voile.
Opération le 21 mai. Deux bandelettes et suture entortillée.
24. Ablation des deux épingles.
28. Chute des bandelettes.
12 Juin, réunion complète.

Obs. IV. — Guebey (Jean), 48 heures. Bec-de-lièvre unique gauche, avec division double de la voûte palatine et division du voile. Os intermaxillaire un peu saillant en avant et à droite. Nez très aplati.
Opération le 28 mai. Deux épingles, bandelettes et suture entortillée; pince nasale.
30. Enlèvement de la pince.
31. Ablation des deux épingles.
3 Juillet, réunion complète, sans aucun encoche.

Obs. V. — Sébillot (Adèle), 24 heures. Bec-de-lièvre double, avec lobule médian très saillant, et écartement des maxillaires et du voile d'une largeur de 30 millimètres.
Opération le 8 juin.
La partie osseuse du lobule médian est excisée. On forme la sous-cloison avec la languette de peau du lobule. Deux épingles, dont la supérieure traverse le lobule médian; bandelettes et suture entortillée. Pince nasale sur le nez. Un instant menace d'asphyxie.
9. Quelques mouvemens convulsifs. Ablation de la pince nasale.
11. Ablation des deux épingles.
La réunion est complète, mais le 12, pendant que l'enfant boit, il y a rupture de la cicatrice, malgré la bandelette de caoutchouc.

Obs. VI. — Bruillon (Théophile), 20 mois. Bec-de-lièvre unique gauche, avec division de la voûte et du voile, d'une largeur de 15 millim.
Opération le 15 juin. Deux épingles, bandelettes. Pince nasale.
17. Ablation de la pince nasale et de l'épingle supérieure.
18. Ablation de l'épingle inférieure.
9 Juillet, réunion complète.

Obs. VII. — Bayard (Pierre), 48 heures. Bec-de-lièvre double, division complète de la voûte et du voile du palais, dans une largeur de 2 centimètres.
Opération le 28 juin. Excision du lobule médian. Épingles, bandelette. Pince nasale. Un instant menace d'asphyxie.
30. Ablation de la pince nasale.
1er octobre, ablation des deux épingles. Un peu de désunion en bas. Nouvelle épingle.
2. Désunion de la plaie et chute de l'épingle, qui probablement sera sortie par l'incurie des parens, car il n'y a aucune trace de division de la peau. La languette du lobule adhère à la lèvre droite de la plaie, qui suppure.

Obs. VIII. — Leclerc (Louis), 6 mois. Bec-de-lièvre unique gauche, avec division de la voûte et du voile dans une étendue de 13 millimètres.
Opération le 8 juillet. Épingles, bandelettes.
10. Ablation d'une aiguille.
12. La seconde aiguille tombe spontanément.
3 août, réunion complète.
25 septembre, cicatrice très solide et très régulière.

Obs. IX. — Dedebout (Gaston), 8 jours. Bec-de-lièvre unique gauche. Division complète de la voûte et du voile du palais.
Opération le 10 juillet. Épingles, bandelettes. Suture entortillée.
13. Ablation de l'épingle supérieure.
14. Ablation de l'épingle inférieure.
Réunion complète.

Obs. X. — Delaville (François), 3 ans. Bec-de-lièvre unique gauche compliqué de division complète de la voûte et du voile du palais dans une largeur de deux centimètres. Narine gauche aplatie.
Opération le 19 août. Deux aiguilles de M. Thierry. Serre-fine sur le nez. Le lendemain un peu plus desserrée.
Le troisième jour, ulcérations au niveau des écrous. Ablation de l'aiguille supérieure. La plaie suppure. Ablation de la serre-fine.
Le quatrième jour, ablation de l'aiguille supérieure. Cicatrice incomplète en haut.
Dans la journée, rupture de la cicatrice.
Application immédiate de nouvelles épingles, mais sans succès.

Obs. XI. — Riand (Louis), 4 jours. Bec-de-lièvre unique droit. Division de la voûte et du voile (2 centimètres).
Opération le 26 août. Deux aiguilles de M. Thierry. Pince nasale.
Le lendemain et le surlendemain, convulsions. Les écrous sont relâchés.
29. On retire les aiguilles, et la supérieure a en partie coupé la peau. Ulcération au niveau des écrous. Pas de désunion.
3 septembre. La réunion ne persiste que dans le tiers inférieur; et de chaque côté existent des ulcérations profondes, et donnant beaucoup de suppuration aux points où portaient les écrous.

Obs. XII. — Marais (Marie), 5 semaines. Bec-de-lièvre unique gauche, non-division de la voûte à la partie antérieure; l'os intra-maxillaire est légèrement saillant et adhérent au maxillaire droit.
Opération le 28 août. Deux aiguilles de M. Thierry. En avant, petite serre-fine pour rapprocher les bords antérieurs des lèvres de la plaie.
Le lendemain, on relâche les écrous.
31. L'aiguille supérieure a rompu en partie la peau. Toutes deux ont produit de chaque côté des ulcérations qui suppurent. On les enlève. Pas de désunion.
1er septembre. Rupture de la matrice. Ce qu'on attribue à la fonction exercée sur la matrice par l'os inter-maxillaire. On fait faire un appareil destiné à le repousser avant de recommencer l'opération.

Obs. XIII. — Forguignon (Augustin), 5 jours. Bec-de-lièvre unique gauche, avec division étroite (8 millim.) de la voûte et du voile. L'os incisif, uni au maxillaire droit, est saillant en avant.
Opération le 2 septembre. Épingles, bandelettes, pince nasale, suture entortillée.
5. Ablation des épingles. Rupture de la cicatrice dans la journée.

Obs. XIV. — Doineau (Henri), 6 ans. Bec-de-lièvre simple et unique du côté droit.
30 septembre. Opération d'après le procédé de M. Nélaton. Deux aiguilles de M. Thierry.
3. Le lendemain, on relâche.
Le surlendemain, on relâche encore les écrous. La plaie suppure un peu.
4. On enlève les aiguilles qui ont produit de petites ulcérations.
9. La plaie est couverte de croûtes et suppure.
10. Désunion de la partie inférieure pendant la suppuration.
12. Avivement. Épingles et bandelettes.
14. Ablation de l'épingle supérieure.
15. Ablation de l'épingle inférieure.
21. La réunion est complète et la cicatrice solide. Il y a une très légère encoche.

Obs. XV. — Ricard (Victorine), 3 jours. Bec-de-lièvre unique gauche, avec division en V de la voûte palatine et division du voile.
Opération le 7 octobre. Deux aiguilles Thierry. Pince nasale.
8. On desserre les aiguilles qui commencent à ulcérer la peau.
9. Ablation des deux écrous mobiles.
10. Enlèvement des deux aiguilles. Cicatrice linéaire sans encoche.

Obs. XVI. — Ducoudray (Édouard), 12 jours. Bec-de-lièvre unique gauche, avec aplatissement considérable de la narine correspondante, et division complète de la voûte et du voile dans une largeur de 12 millimètres. Légère saillie de l'os incisif, uni au maxillaire droit.
Opération le 28 octobre. Deux aiguilles Thierry. Une lame ne peut être retirée, même avec diverses pinces, et on est obligé de couper l'aiguille. Pince nasale.
Dans la journée, l'enfant boit du lait coupé, et le soir il s'éteint sans aucune espèce de couvulsions, dans une espèce d'asphyxie, d'après ce que rapportent les parens.

Comme on peut le voir par le résumé de ces observations, l'opération n'a point été, en général, accompagnée ou suivie d'accidens sérieux. Sur 16 cas, deux fois seulement il y a eu, après l'opération, quelque nuance d'asphyxie causée par le sang qui tombait dans le pharynx. Le doigt introduit dans l'arrière-bouche et un peu d'eau jetée à la figure ont suffi pour ramener les enfans à la vie.

Dans un seul cas, il paraît que l'enfant a succombé à une sorte d'asphyxie, mais cet accident ne fût pas sans doute arrivé si l'enfant eût été surveillé avec soin.

Aucun traitement rationnel n'a été fait pour prévenir la mort, car l'enfant n'a eu d'autres soins que ceux de ses parens.

Je dois noter ici que, vu le jeune âge des enfans opérés et les soins de tous les instans qu'on est obligé de leur donner, la plupart des enfans ont été renvoyés chez les parens après l'opération et ont été ramenés les jours suivans à la consultation.

Dans trois cas il y a eu quelques mouvemens convulsifs au rapport des parens, mais les convulsions n'ont jamais eu de gravité.

Aucun des enfans n'a eu d'érysipèle.

Aucun d'eux n'est tombé dans le marasme, car M. Guersant a soin de les nourrir aussitôt après l'opération qui, comme nous l'avons dit, ne les empêche ni de boire, ni de prendre le sein.

Voici le tableau statistique des opérations des becs-de-lièvre opérés :

Becs-de-lièvre simples.

Un, 2 ans, garçon, épingles et bandelettes; succès complet.
Un, 6 ans, garçon, aiguilles Thierry; succès, très légère encoche.

Becs-de-lièvre simples compliqués.

Un, 3 ans, garçon, épingles Thierry, pince nasale; insuccès.
Un, 2 mois, garçon, épingles, bandelettes, pince nasale; succès complet.
Un, 5 ans 1/2, garçon, bandelettes, pince; succès complet.
Un, 2 jours, garçon, bandelettes, suture entortillée; succès complet.
Un, 20 mois, garçon, bandelettes, pince; succès complet.
Un, 6 mois, garçon, bandelettes; succès complet.
Un, 8 jours, garçon, bandelettes, suture entortillée; succès complet.
Un, 4 jours, fille, aiguilles Thierry, pince nasale; demi-succès.
Un, 5 semaines, fille, aiguilles Thierry; insuccès.
Un, 5 jours, garçon, bandelettes, pince; insuccès.
Un, 3 jours, fille, aiguilles Thierry, pince; succès.
Un, 12 jours, garçon, aiguilles Thierry, pince; mort.

Becs-de-lièvre doubles compliqués.

Un, 24 heures, fille, bandelettes, suture entortillée, pince; insuccès.
Un, 2 jours, garçon, bandelettes, suture entortillée, pince; insuccès.

RÉSUMÉ :

Nombre des opérations. .	16
Variétés	2 becs-de-lièvre simples, 12 uniques compliqués, 2 doubles compliqués.
Résultat	9 succès complets, 1 demi-succès, 5 insuccès, 1 mort.
Bandelettes en caoutchouc	7 succès, 3 insuccès.
Aiguilles de M. Thierry. .	2 succès, 1 demi-succès, 2 insuccès, 1 mort.

HENRY, interne du service.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 Mars. — Présidence de M. DE JUSSIEU.

Nouvelle méthode pour la recherche des poisons organiques.

M. FLANDIN lit un mémoire ayant pour titre : Nouvelle méthode d'analyse pour la recherche des poisons organiques.

Des recherches et expériences relatées dans ce mémoire, il résulte :

1° Qu'il n'est pas impossible de retrouver les principes immédiats organiques toxiques dans les cas d'empoisonnemens criminels ;

2° Que ces principes peuvent être retrouvés soit sur les points avec lesquels ils ont été mis en contact, soit dans les organes où ils ont été portés par l'absorption ;

3° Qu'une putréfaction, même avancée des matières animales auxquels ils ont été mêlés, n'en entraîne pas infailliblement la destruction ou la décomposition.

Ainsi, les poisons organiques, de même que les poisons inorganiques, sont des matières inassimilables; ils pénètrent dans l'organisme par absorption; ils agissent sur l'économie par *action de présence*, et se retrouvent par conséquent dans les organes de la victime après la mort.

Séance du 28 Mars 1853. — Présidence de M. DE JUSSIEU.

Gastrotomie.

M. SÉDILLOT adresse une nouvelle observation de gastrotomie. Malgré la mort du malade, arrivée le dixième jour, les esprits impartiaux, dit M. Sédillot, reconnaîtront que la guérison sera possible en prévenant certaines causes d'accidens susceptibles d'être évitées, et en apportant à nos derniers procédés quelques légères modifications que nous exposerons.

M. Sédillot résume ce travail dans les propositions suivantes :

1° La curabilité des plaies de l'estomac, l'innocuité des fistules de ce viscère, la possibilité d'entretenir la vie par l'alimentation directe, au moyen des sondes œsophagiennes, démontrent l'indication de la gastrotomie dans les rétrécissemens infranchissables de l'œsophage, qui condamnent fatalement les malades à mourir de faim.

2° Les probabilités de succès de cette opération sont d'autant plus grandes, que l'affection œsophagienne sera plus limitée, moins maligne et plus susceptible elle-même de guérison.

3° Les causes de la mort des deux premiers malades soumis à la gastrotomie furent purement accidentelles et doivent être attribuées à des conditions morbides, en partie fortuites, que l'on pourrait éviter.

4° La fistule gastrique sera établie au travers du muscle droit, à 3 centimètres au-dessous des côtes.

L'estomac, placé en dehors du lobe gauche du foie, sera reconnu et extrait à l'aide du doigt et d'une pince courbe à mors mousses; on le fixera dans la plaie sur une tige d'ivoire, qui en traversera la paroi dans une étendue de 10 à 12 millimètres et reposera sur un anneau de linge, éloigné de 2 ou 3 centimètres de la circonférence de la plaie.

5° La surface antérieure de l'estomac est plane, d'un grand diamètre, terminée inférieurement par un rebord convexe, le long duquel rampent de nombreux vaisseaux flexueux. L'épaisseur des parois du viscère est considérable, et il est impossible de le confondre avec le colon transverse, seul organe dont la position pourrait induire en erreur.

6° La section du segment stomacal traversé par le corps étranger devra s'accomplir lentement, par ulcération, et donner le temps aux adhérences péritonéales de se produire solides et complètes.

7° L'alimentation directe ne sera pas commencée avant le huitième ou dixième jour après que toute crainte de complications et d'accidens aura disparu.

Emploi des injections iodées dans le traitemement de la dyssenterie chronique.

M. DELIOUX, médecin en chef de la marine, adresse l'extrait d'un mémoire sur l'emploi des injections iodées dans le traitement de la dyssenterie chronique.

En considérant les succès nombreux qui ont couronné la pratique des médecins qui ont osé projeter la teinture d'iode à la surface des membranes les plus délicates et les plus irritables, telles que la plèvre et le péritoine, je me suis demandé, dit l'auteur, si l'on ne réussirait pas également en cherchant à modifier, à l'aide du même agent, les lésions qui entretiennent la diarrhée et la dyssenterie. L'auteur formule des lavemens iodés de la manière suivante :

Teinture alcoolique d'iode. .	10 à 20 gr.
Iodure de potassium.	1 à 2
Eau.	200 à 250

L'iode est ainsi maintenu en dissolution par l'iodure alcalin.

M. Delioux fait administrer préalablement un lavement émollient pour vider l'intestin, afin que l'injection iodée agisse immédiatement et dans toute sa force sur la muqueuse.

Il a commencé ses essais avec de petites doses de teinture d'iode; mais après s'être assuré de l'innocuité de l'injection, il a élevé progressivement la dose de teinture. Cette dose peut être portée hardiment jusqu'à 30 grammes.

La plupart du temps, les lavemens iodés ne déterminent que peu ou point de coliques. Il arrive parfois qu'après le premier ou le second, les déjections alvines augmentent pour diminuer ensuite en changeant de caractères; d'autres fois elles diminuent ou se suppriment immédiatement. Sur douze cas mentionnés dans le mémoire, l'affection intestinale a été notablement amendée ou guérie dix fois; deux fois il y a eu insuccès, mais non aggravation.

Pour prémunir les malades contre la possibilité des effets irritans des lavemens iodés, M. Delioux prescrit toujours simultanément un lavement laudanisé qui doit être administré dans le cas où le premier provoquerait trop de coliques; le plus souvent cette seconde prescription n'a pas besoin d'être remplie, et si l'on est forcé d'y avoir recours, c'est avec la certitude de remédier à des accidens qui n'ont jamais présenté de gravité.

En résumé :

1° La teinture d'iode, à la dose de 10 à 30 grammes, maintenue soluble dans l'eau à la faveur de 1 à 2 grammes d'iodure potassique, est bien supportée par le gros intestin; et dans les cas où elle détermine des coliques ou de la diarrhée, ces accidens sont passagers, cèdent à l'opium et n'indiquent pas une irritation assez vive pour inspirer des craintes sur le résultat de ce mode de traitement.

2° Dans la dyssenterie chronique, les lavemens iodés paraissent susceptibles de modifier topiquement la lésion intestinale, de réagir favorablement sur elle, consécutivement à l'absorption de l'iode, et ainsi de prendre rang au nombre des méthodes thérapeutiques qui peuvent être instituées dans le traitement de cette maladie.

3° Enfin, l'absorption de l'iode, à la surface du gros intestin, étant démontrée par ces expériences, l'introduction des médicamens iodiques dans l'organisme, par voie d'injection rectale, mérite, en certains cas, d'être essayée dans les maladies qui en réclament l'emploi.

Lésion de l'oreille interne dans la surdi-mutité.

M. MICHEL, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Strasbourg, communique un cas de vice de conformation inconnu, des canaux semi-circulaires des deux côtés, chez un sourd-muet de naissance.

Ayant eu l'occasion d'étudier les cavités auditives d'un jeune sourd et muet de naissance, voici les détails que M. Michel a constatés :

1° *Oreille externe* des deux côtés : rien à noter.

2° *Oreille moyenne* des deux côtés : très régulièrement conformée, sans mucus intérieur. La corde du tympan existe.

3° *Oreille interne : 1° Oreille droite osseuse. — a.* Le canal vertical semi-circulaire supérieur n'a que son ouverture antérieure et des traces de son ouverture postérieure dans le vestibule. Sa moitié postérieure manque. — *b.* Le canal vertical postérieur n'a pas d'ouverture commune avec le précédent; son ouverture labyrinthique existe seule et conduit dans un prolongement terminé en cul-de-sac du tiers environ du canal total. — *c.* Le canal horizontal manque tout à fait; il est représenté par une exagération en ce sens de la cavité vestibulaire. Le limaçon et le conduit auditif interne sont normaux, ainsi que la membrane de la fenêtre ronde.

4° *Oreille interne gauche. — a.* Canal vertical supérieur. Il a ses deux ouvertures labyrinthiques, le tiers moyen de sa circonférence manque. — *b.* Canal vertical inférieur. Il a ses deux ouvertures labyrinthiques, la supérieure commune avec la postérieure du précédent; la demi-circonférence moyenne n'existe pas. Le canal horizontal est remplacé, comme dans l'oreille droite, par une exagération vestibulaire; seulement, ici, on voit un grain osseux naître de la paroi inférieure du vestibule et marquer la trace de la séparation des ouvertures de ce canal. Rien à noter dans le vestibule, le limaçon, le conduit auditif interne et la membrane de la fenêtre ronde.

5° *Oreille interne membraneuse* des deux côtés. — Je n'ai trouvé que des portions de canaux membraneux très courtes, mais bien conformées; il en était de même de l'utricule vestibulaire.

Nerfs auditifs un peu plus durs que d'habitude, sans altération microscopique du tube nerveux.

Examen microscopique. — 1° D'une portion du canal vertical supérieur (partie antérieure), longue de 5 millimètres, tubulée, transparente, ouverte à ses deux extrémités. Au point de vue histologique, elle se composait : *a*, d'une substance translucide grenue, analogue à la substance inter-cellulaire des cartilages; çà et là se trouvent semées sur la surface interne quelques cellules rondes, pâles, de 1/10 à 1/60 de millimètre, transparentes, et ne laissant voir aucun contenu, même sous l'influence de l'acide acétique. Est-ce un épithélium? Je n'oserais l'affirmer. On ne trouvait de tubes nerveux qu'au niveau de l'extrémité ampullaire, ainsi que des capillaires sanguins de 1/100 de millimètre de diamètre.

2° Lame spirale membraneuse du limaçon. Elle est formée d'une substance analogue à celle des canaux semi-circulaires membraneux, et sur elle, près de son insertion sur la lame des contours, on observe une foule de petites lignes terminées en pointes analogues, comme aspect, à des touches de piano placées les unes à côté des autres. Ces lignes pointues mesurent 1/100 de millimètre de largeur, et sous l'influence de l'acide acétique, ces pointes s'arrondissent et s'isolent très nettement. Cet examen microscopique a été fait avec un grossissement de 300 à 400 diamètres.

Ce fait prouve que la surdité congéniale coïncide avec un vice de conformation borné uniquement aux canaux semi-circulaires, toutes les autres parties de l'oreille étant dans une intégrité complète, même à l'examen microscopique.

De quelques effets physiologiques de la cataracte.

M. GUÉPIN adresse sur ce sujet la note suivante :

Chez les personnes qui ont été opérées de la catracte, soit par extraction, soit par abaissement, l'œil se modifie avec une plus grande facilité sous l'influence de la pression. Ne faut-il pas en conclure que cet organe, quels que soient ses autres usages, est aussi un diaphragme solide destiné à maintenir l'œil dans son état?

M. Guépin se demande si les savans qui se sont occupés à déterminer les indices de réfraction des humeurs de l'œil, ne se sont jamais trompés. N'y a-t-il pas, dit-il, sous ce rapport, des différences et des similitudes qui sautent aux yeux, selon les cadavres humains sur lesquels on expérimente.

L'humeur vitrée ne peut-elle pas quelquefois remplacer le cristallin?

M. Guépin rapporte plusieurs cas d'opérations, à la suite desquelles les opérés ont pu voir également bien des deux yeux.

M. Guépin compte plusieurs cas d'enfans qui lisent sans lunettes après avoir été guéris à l'aide de la méthode du broiement-extraction, qu'il emploie très souvent, ainsi que la kératonyxis, chez les jeunes sujets nés aveugles, ou devenus tels dans les premières années de la vie.

L'auteur conclut en disant qu'il serait utile d'ajouter de nouveaux faits à ceux qui précèdent, afin de déterminer d'une manière absolue, par l'observation et par l'expérience, l'étendue des fonctions du cristallin et de l'humeur vitrée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 Mars 1853. — Présidence de M. NACQUART, vice-président.

La correspondance comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique, transmettant l'ampliation du décret impérial qui approuve l'élection de M. Requin.

M. Requin est invité à prendre place parmi ses collègues.

2° Une lettre du ministre de l'intérieur, qui transmet un état des vaccinations pour la ville de Bayonne, de 1848 à 1852, par M. le docteur HOMSOLLE.

3° Un mémoire sur la vaccine, de M. le d[r] RENAULT, d'Alençon.

4° Un mémoire de M. le docteur LABOULBÈNE, sur la variole et plusieurs autres fièvres éruptives.

— M. ROBINET lit au nom de la commission des remèdes plusieurs rapports sur des remèdes secrets.

M. CRUVEILHIER continue la lecture de son mémoire sur la paralysie musculaire générale et progressive.

L'Académie devant se former en comité secret, la discussion sur le mémoire de M. Cruveilhier est renvoyée à la séance prochaine.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 23 Mars 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

Fracture de la colonne vertébrale; — altération de la sensibilité offrant des particularités remarquables.

M. HUGUIER communique un cas de fracture de la colonne vertébrale qui a présenté des phénomènes d'un grand intérêt.

Il s'agit d'un jeune homme de 26 ans, qui à la suite d'une chute sur la région dorsale, perdit connaissance et fut immédiatement paralysé de la sensibilité et de la motilité. Il n'y avait point de déformation de la colonne vertébrale, point de plaie, mais seulement une douleur vive au niveau de la troisième vertèbre lombaire, augmentant par la pression; les membres inférieurs étaient dans une immobilité absolue; l'intelligence était intacte. Défécation et miction impossibles.

Le malade succomba au bout de trente et quelques jours.

A l'autopsie on constata une fracture par écrasement de la onzième vertèbre dorsale et une fracture sans déplacement notable de la dixième vertèbre. Au-dessous et au-dessus de la facture, la moelle était saine; la queue de cheval et les nerfs qui la constituent étaient également sains. Mais au niveau de la fracture, la moelle était déchirée dans sa partie postérieure et réduite à une sorte de détritus blanchâtre; au niveau de cette lésion, l'aracnoïde présentait une déchirure capable d'admettre l'extrémité du petit doigt.

Voici maintenant les phénomènes qu'on a constatés chez ce malade. Les membres inférieurs étaient absolument privés de mouvemens; ils étaient insensibles au contact des corps, aux piqûres et à la température dans presque toute leur étendue, depuis les orteils jusque vers le tiers supérieur de la cuisse. A partir de ce point jusqu'au pli inguinal, toutes ces sensations, quoiqu'obtuses, étaient conservées.

L'insensibilité de la jambe était telle, qu'une aiguille à acupuncture y étant enfoncée, puis mise en contact avec un appareil électrique de Breton, le malade n'éprouvait aucune douleur, aucune sensation locale, mais il disait sentir ses orteils et ses pieds remuer; et il indiquait effectivement, sans les voir, la direction des mouvemens que les contractions des muscles de la jambe leur imprimaient sous l'influence de l'électricité. Si l'on faisait mouvoir son pied ou sa jambe sans remuer sa cuisse, bien qu'il ne sentît nullement le contact de la main qui imprimait les mouvemens, il indiquait très exactement la direction de ces mouvemens.

Ces expériences, répétées à huit jours d'intervalle, donnèrent des résultats différens. La contractilité électro-musculaire était sensiblement affaiblie, les stimulans les plus énergiques ne produisirent pas plus que les contractions fibrillaires, et le malade n'appréciait déjà plus aucun des mouvemens imprimés à ses membres. Enfin, le jour même de la mort du malade, les contractions fibrillaires elles-mêmes étaient éteintes.

M. GERDY, à l'occasion de la communication de M. Huguier, présente quelques considérations sur les diverses nuances que présente la paralysie de la sensibilité. Il a eu l'occasion de voir, comme dans le cas que vient de rapporter M. Huguier, des sujets paralysés qui conservaient la sensation de la contraction musculaire. Dans d'autres circonstances, il y a perte de tel mode de sensibilité spéciale exclusivement, les autres étant conservés. Ainsi, M. Gerdy a vu une personne qui était absolument insensible au chatouillement, tandis que toute autre impression était vivement perçue. On connaît des exemples d'individus qui ont perdu la sensibilité à la brûlure, tandis qu'ils ont conservé la sensibilité tactile. Chez d'autres, enfin, la sensibilité tactile est conservée, mais d'une manière confuse, et sans qu'ils puissent distinguer la nature des corps avec lesquels ils sont mis en contact.

COURRIER.

On nous prie d'annoncer que c'est M. le docteur CHARLES ROBIN, professeur-agrégé à la chaire d'histoire naturelle médicale, qui a été porté sur la liste de présentation de la Faculté, et non M. ÉDOUARD ROBIN.

On nous prie en même temps de dire que c'est par erreur que le nom de M. Lestiboudois a été porté parmi ceux des candidats à la chaire d'histoire naturelle.

AVIS. — Les personnes qui désirent faire un cours à l'École pratique, pendant le semestre d'été, sont prévenues que la réunion pour le choix des heures et des amphithéâtres, aura lieu lundi prochain, 4 avril, à midi, à la Faculté de médecine.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 39. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 2 Avril 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

AVIS.

A dater du 15 avril prochain, les bureaux de l'UNION MÉDICALE seront transférés *rue Saint-Georges, n° 12*. C'est à cette nouvelle adresse que devra parvenir tout ce qui concerne l'*administration* du journal.

Tout ce qui concerne la *rédaction*, devra continuer à être adressé à M. le docteur Amédée Latour, 56, *faubourg Montmartre*.

REVUE CLINIQUE.

HOTEL-DIEU. — Service de M. le professeur TROUSSEAU.

Sommaire. — Traitement du rhumatisme articulaire aigu par la vératrine.

M. le professeur Trousseau a commencé, il a quelques temps, une série d'expériences sur l'emploi de la vératrine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Ce sont les résultats vraiment curieux et remarquables de ces expériences que l'éminent professeur poursuit avec son talent et son tact exquis de clinicien, que nous nous proposons de faire connaître, afin d'encourager les praticiens à entrer dans la voie suivie par M. Trousseau après M. Piedagnel. C'est en effet à cet honorable médecin de l'Hôtel-Dieu que revient l'introduction de ce médicament dans la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu. D'après de nombreux essais faits soit à l'hôpital, soit dans sa pratique civile, M. Piedagnel affirme qu'un rhumatisme articulaire aigu est ordinairement guéri en sept ou huit jours par l'emploi de la vératrine.

Voici la méthode suivie par ce médecin dans l'administration de ce médicament. Il fait préparer un certain nombre de pilules contenant chacune 5 milligrammes de vératrine. De ces pilules, il fait prendre 1 le premier jour, 2 le second jour, 3 le troisième jour, 4 le quatrième, 5 le cinquième, 6 le sixième; rarement il est obligé d'aller jusqu'à 7 pilules par jour. Lorsque les symptômes généraux et locaux présentent un amendement très notable, ce qui arrive ordinairement du quatrième au cinquième ou sixième jour du traitement, on n'augmente pas la dose, mais on reste à celle de la veille; si, par exemple, le malade était à 4 ou 5 pilules lorsque l'amélioration s'est déclarée, on reste un jour ou deux à cette dose, puis on décroît graduellement, à mesure que les accidens décroissent eux-mêmes; on revient successivement à 4, à 3, à 2, à 1 pilule, pour cesser complètement, lorsqu'après quatre, cinq, six jours d'attente, on voit la guérison se maintenir solidement.

Si, dans le cours de l'administration de la vératrine, des accidens éclatent du côté des voies digestives, si des coliques, de la diarrhée, des vomissemens survenus, témoignent d'une intolérance et d'une réaction de la muqueuse gastro-intestinale, contre ce médicament, loin de passer outre et d'augmenter la dose, il faut respecter la susceptibilité des organes digestifs, et s'arrêter à la dose qui a pu être administrée sans provoquer l'irritation de la muqueuse gastro-intestinale. Du reste, les pilules s'administrent dans une cuillerée d'eau ou de tisane, et en laissant écouler entre chaque prise un intervalle plus ou moins considérable, suivant le nombre de pilules à prendre dans le courant de la journée.

Si cette médication réussit, disait M. le professeur Trousseau à ses élèves, en leur annonçant les essais qu'il allait tenter, M. Piedagnel aura rendu un grand service aux médecins et aux malades en introduisant dans la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu, un médicament qui se recommande par la facilité de son administration et surtout par le peu d'élévation de son prix. On guérit bien le rhumatisme articulaire aigu par le sulfate de quinine. Mais ce médicament ne peut être administré qu'aux riches; il est inacceptable quand il s'agit des classes pauvres. Allez donc proposer à un pauvre un médicament qui coûte 3 francs le gramme, et dont il sera obligé de prendre, peut-être pendant un mois et plus, plusieurs grammes par jour! Le grand inconvénient de la médication au sulfate de quinine, est d'être trop prolongée et surtout de ne pas se laisser aborder par les pauvres. Si la vératrine pouvait le remplacer, elle aurait l'inappréciable avantage d'être accessible à toutes les bourses, à celle du pauvre, comme à celle du riche. En effet, en admettant, au pis aller, que la vératrine coûte 50 centimes le grain, comme le traitement complet du rhumatisme articulaire aigu par cette méthode demande au plus 2 à 3 grains de vératrine, ce serait en définitive, pour toute la durée de la maladie, une dépense de 1 fr. à 1 fr. 50 c., au lieu de 9 ou 10 fr., par jour, que coûterait le sulfate de quinine. Ces détails extra-scientifiques ont leur importance, car, dans la pratique médicale, dans la médecine des pauvres surtout, l'économie d'argent est une question qui doit toujour vivement préoccuper le médecin. La vératrine deviendrait particulièrement d'un bien grand secours pour les praticiens des campagnes, ayant affaire à des gens qui ont, en fait de parcimonie, une réputation très justement acquise.

Passons maintenant en revue les observations des différens malades soumis par M. le professeur Trousseau au traitement par la vératrine :

OBSERVATION I. — Million, domestique, âgée de 17 ans, entrée le 17 février, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard; elle est couchée au n° 25 de cette salle. Elle n'a jamais eu d'affection rhumatismale antérieurement. Elle raconte que le 12 février, en se levant, elle s'est refroidie à un courant d'air; le soir du même jour, elle a eu du frisson, de la courbature; le lendemain, après une nuit d'insomnie occasionnée par la fièvre, elle a ressenti une douleur vive dans les deux coudes-pieds, qui étaient rouges et gonflés, en même temps que douloureux. Les jours suivans, d'autres jointures se sont prises. Le 17, elle est entrée à l'hôpital; elle n'avait rien fait chez elle que garder le lit et se tenir chaudement.

Le 18 février, à la visite du matin, on trouve la malade dans l'état suivant : douleur, gonflement et rougeur au niveau des articulations et des gaînes synoviales des coudes-pieds; sont pris aussi les articulations tibio-tarsiennes, les genoux, les hanches, les bourses séreuses des grands trochanters-fémoraux; les petites articulations phalangiennes des deux mains, les articulations métacarpo-phalangiennes, les deux poignets, les gaînes synoviales du dos de la main, les coudes, les épaules, les articulations sterno-claviculaires et les articulations des vertèbres cervicales. Cette pauvre fille ne peut faire aucun mouvement sans souffrir horriblement. Un bruit de souffle au premier temps, perçu par l'oreille, surtout au niveau des valvules aortiques, avec prolongement dans le tronc de l'aorte, indique, à n'en pas douter, que la phlegmasie a suivi la loi brillamment découverte et mise en lumière par M. le professeur Bouillaud, et s'est attaquée à la membrane interne du cœur. Il y a endocardite du cœur gauche, spécialement localisée au niveau des valvules sigmoïdes de l'aorte, ce qui n'est pas ordinaire, car habituellement c'est vers l'orifice ou plutôt vers les valvules mitrales que se porte la phlegmasie.

Le pouls est à 104, langue rouge, soif, pas d'appétit, ni nausées, ni vomissemens, constipation. Prescription : 1 pilule de vératrine de 5 millig., un lavement avec 100 gr. de miel de mercuriale, limonade, panade et gruau.

19 février. Légère amélioration, le gonflement du genou gauche a presque entièrement disparu, ainsi que celui des coudes-pieds; les autres articulations sont dans le même état; bruit de souffle au premier temps, langue rouge, soif, céphalalgie, pas d'envie de vomir. Deux pilules de vératrine, même régime.

20 février. Les pieds et les genoux sont guéris, diminution notable de

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire — La permutation à l'Académie de médecine. — Les œuvres et les conséquences de la présentation. — Le concours de l'agrégation. — Une épreuve supplémentaire. — Exemple de critique honnête et modérée. — Une brochure de M. Pidoux. — Montpellier et Paris. — Le chimisme de M. Liébig. — Le vitalisme hippocratique.

La question des permutations, à l'Académie de médecine, a été résolue, mais n'a pas été discutée. Le comité secret qui a eu lieu, mardi dernier, a failli être si secret, que peu s'en est fallu qu'il n'eût pour témoin que les banquettes. Ce n'est pas de cette façon, à la place de M. P. Dubois, que nous aurions voulu obtenir cette demande. La question pouvait être examinée au double point de vue des principes et des personnes. Qu'avait donc cette question de si irritant, qu'on ait cru devoir l'environner de tant de mystère pour la résoudre à huis-clos? Certes, la position si élevée et si méritée de M. P. Dubois n'eût souffert aucune atteinte d'une discussion sérieuse et publique sur le principe même des permutations, et sa personne, protégée par l'estime et le respect de tous, n'avait pas besoin de se préoccuper des hasards et des incidens de la discussion. Nous ne nous attendions pas du tout, il faut en faire l'aveu, à ce que cette affaire dût être menée avec tant de secret et de rapidité. L'idée ne nous était pas venue que l'Académie pût fermer ses portes en pareille circonstance, et nous attendions naïvement la discussion pour dire notre humble avis sur la question. Il ne nous reste plus aujourd'hui qu'à constater un fait accompli : M. Paul Dubois a voulu passer de la section de chirurgie dans celle d'accouchemens; l'Académie lui a gracieusement accordé sa demande. Nous n'avons plus à nous mêler de cette affaire, toute de convenance personnelle, et que nous n'aurions, pour notre propre compte, voulu traiter qu'au point de vue des principes. Il est certain que la permutation de M. Paul Dubois met au néant les espérances des candidats à la section d'accouchemens. La perspective de ce résultat n'a pas touché l'Académie; nous n'y pouvons plus rien, *consommatum est*.

Il paraît, du reste, si nous sommes bien renseigné, que l'Académie a sauvé, autant que possible, pour l'avenir, le principe de l'immutabilité, ou du moins qu'elle a imposé à la permutation des conditions telles, que des demandes semblables doivent être fort rares. Lorsque l'Académie, qui compte encore 106 membres, sera réduite au chiffre de 100, déterminé par les réglemens, la permutation sera impossible. Elle l'est déjà pour tous les membres qui ont été nommés postérieurement aux dernières ordonnances constitutives de l'Académie.

Comme un bonheur n'arrive jamais seul, après le succès de sa demande de permutation à l'Académie, M. P. Dubois apprenait sa nomination d'accoucheur de l'Impératrice. Cette nomination était prévue. Les dynasties du trône appellent les dynasties de la science, c'est tout naturel. Les grands noms médicaux des Corvisart, des Larrey et des Dubois qui illustrèrent le premier empire, se retrouvent dans le second, et il était légitime que le fils de celui qui reçut l'héritier du premier César dans les circonstances émouvantes dont l'histoire a gardé le souvenir, succédât à son illustre père dans les mêmes fonctions.

M. le docteur Darralde, médecin-inspecteur des Eaux-Bonnes, est en ce moment à Paris. Ce voyage, que cet honorable confrère fait à peu près tous les ans, ne paraît pas être motivé par la cause qui a été, par erreur, indiquée. Il est très vrai que l'Impératrice, qui a reçu les soins de M. Darralde aux thermes qu'il dirige, a écrit une lettre charmante à ce confrère pour lui annoncer son mariage, mais voilà tout. La santé de l'impératrice paraît excellente.

Les opérations des présentations faites par les deux Facultés de Paris et de Montpellier ont mis en circulation un grand nombre d'anecdotes et de petits faits qu'il sera utile de colliger, mais qu'il serait imprudent de reproduire. Ah! messieurs les partisans de ce système de nomination, est-ce bien la quiétude que vous aviez rêvée! Quand il sera possible de mettre en lumière tout ce qui vient de se passer et que nous connaissons parfaitement, nous aurons peu d'efforts à faire pour ramener au principe du concours les esprits dissidens de jour en jour plus rares. Nous ne croyions pas avoir si tôt raison!

Est-ce à dire — et nous sommes bien aises de nous expliquer sur ce point qui paraît avoir laissé un peu d'obscurité dans l'esprit de quelques-uns de nos lecteurs — que nous ayons des objections ou des critiques à faire sur les choix des Facultés? Non; nous maintenons seulement ce que nous avons dit, que là où la critique n'est pas libre, l'éloge ne peut avoir aucun prix. Nous maintenons que, par le système de la présentation, le choix manque d'élémens d'appréciation, que les juges opèrent à l'aveuglette, que le hasard peut les servir, mais qu'ils n'en savent rien, et que le résultat est livré à tous les caprices de l'imprévu. De bonnes nominations, faites par présentation, ne sont pas impossibles, cela est bien clair; mais de mauvaises sont possibles, cela n'est pas moins évident; et voilà précisément ce qu'il faut chercher à éviter par un système de concours qui le rende inabordable aux médiocrités, aux excentricités et aux inaptitudes.

L'argumentation des thèses au concours de l'agrégation, section de médecine, est très suivie. Ce concours a révélé des talens pleins de jeunesse, de force et même d'originalité, qualité dont la rareté se faisait depuis longtemps remarquer. Cette lutte a été brillante, et marquera dans les annales de ces concours que l'on a eu le bon esprit de ne pas comprendre dans la proscription. Les juges seront embarrassés, et regretteront de n'avoir que quatre places à donner pour tant de talens distingués.

Ici, qu'on permette une très courte historiette au feuilleton. Elle est toute fraîche, car elle date d'hier au soir :

Un aimable professeur, aimé de tous, célébrait hier, dans sa demeure, sa récente nomination à l'Académie de médecine. Il y eut diner, concert et bal. J'espère que c'est fêter dignement le titre d'académicien. Pendant le bal, quatre compétiteurs du concours actuel pour l'agrégation se trouvaient groupés dans une pièce voisine du salon de danse. Que pouvaient faire quatre compétiteurs, si ce n'est de parler concours? Aussi ne s'en faisaient-ils faute, et s'argumentaient-ils à qui mieux

la douleur, du gonflement et de la rougeur dans les autres articulations malades, persistance du bruit du cœur; pouls à 80. Trois pilules de vératrine.

21 février, quatrième jour du traitement. Les articulations guéries ne se sont pas reprises; plus rien aux articulations des membres inférieurs, plus rien au poignet, au coude et à l'épaule gauche; la main, le coude et l'épaule droits sont encore un peu pris; plus rien aux articulations sterno-claviculaires. On n'entend plus de bruit de souffle au cœur. Pouls à 60. La malade a eu hier des envies de vomir, des coliques et de la diarrhée; on reste à trois pilules, deux potages gras.

22 février. Le poignet, le coude et l'épaule droits sont guéris; il n'y a plus ni tuméfaction, ni rougeur, ni douleur. Le bruit de souffle est un peu plus marqué qu'à la visite d'hier matin. Pouls à 42. M. Trousseau fait remarquer aux élèves cette sédation prodigieuse du système circulatoire; ce qui, suivant lui, explique comment, dans une maladie essentiellement inflammatoire comme celle-ci, on a obtenu, en si peu de temps, trois jours, une amélioration qui pouvait, à la rigueur, s'appeler une guérison, puisque toutes les articulations sont revenues à leur état normal, et qu'il ne reste plus qu'un prolongement ou une obscurité du premier bruit du cœur. Trois pilules de vératrine.

Les jours suivans, on constate avec satisfaction la persistance de la guérison. Rien ne se montre du côté des articulations; le premier bruit du cœur est de moins en moins voilé. On diminue la dose de vératrine. Le 1er mars, on supprime les pilules, et la malade sort 15 jours après complètement guérie. Pour s'assurer de la persistance de la guérison, on l'a gardée quinze jours à l'hôpital, après la cessation de tous les accidens, et, pendant tout ce temps, rien n'a reparu.

Réflexions. — Voilà un fait bien remarquable, disait M. Trousseau à l'une de ses leçons cliniques, et qui est de nature à frapper vivement l'esprit de ceux qui en auront été les témoins. Ce n'est là qu'un fait, sans doute, mais un fait considérable. Il est difficile d'admettre que nous soyons tombé sur un fait exceptionnel, et que le hasard ait pris sur lui tous les frais de la guérison. Un rhumatisme articulaire aigu, de l'intensité de celui auquel nous avons eu affaire, ne se laisse pas enrayer en soixante-douze heures. Cependant, un fait n'est qu'un fait et il ne faut pas attacher à celui-ci une trop grande importance. Mais cela nous impose un devoir, celui d'insister sur cette médication, de multiplier ces expériences, afin de voir, par le contrôle des faits ultérieurs, si nous sommes tombés sur une exception ou si réellement la vératrine mérite les éloges que M. Piedagnel lui a donnés, et doit prendre place au premier rang de la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu.

Observation II. — Bardet (Jean-Claude), 37 ans, journalier, constitution moyenne, est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Agnès, n° 1, le 12 mars 1853. Il a déjà eu plusieurs fois des rhumatismes. S'étant mis en route, dans les premiers jours de mars, pour venir à Paris, il a été surpris par la pluie et la neige; mouillé et transi de froid, il a pris la diligence et est arrivé à Paris le 5 ou 6 mars. Le soir de son arrivée, il a éprouvé un malaise général, de la courbature. Il s'est mis au lit pensant que la fatigue était la cause du mal qu'il ressentait. Lundi, 7 mars, il a éprouvé de vives douleurs dans différentes articulations. On s'est borné à lui appliquer des cataplasmes sur les jointures malades. Le mal empirant, il s'est fait transporter à l'hôpital le cinquième jour de sa maladie.

Le 13 mars, à la visite du matin, on constate l'état suivant: presque toutes les articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes des deux mains sont rouges, gonflées, douloureuses. Il en est de même des articulations du carpe, des gaînes synoviales du dos de la main; des articulations des poignets, des coudes, des épaules; les articulations tibio-tarsiennes, celles des genoux, des hanches, les bourses séreuses des grands trochanters sont également prises. La région cervicale est douloureuse; en un mot, cet homme est cloué sur son lit, immobilisé par la douleur. Du reste, l'auscultation la plus attentive ne découvre rien du côté du cœur. Le pouls est à 108. — *Prescription* : 1 pilule de vératrine; limonade; diète.

14 mars. Pas d'amélioration dans l'état du malade, mais pas d'aggravation, aucune articulation nouvelle ne s'est prise. Pouls à 104; 2 pilules de vératrine.

15 mars. Même situation, ni augmentation, ni diminution. Rien du côté du cœur. Rien de notable du côté de l'estomac et des intestins. Pouls à 108; 3 pilules de vératrine.

16 mars. Même état local; la rougeur, le gonflement, la douleur n'ont pas diminué et n'ont pas augmenté; mais on constate une amélioration notable dans l'état général; de 108, le pouls est descendu à 96; 4 pilules.

17 mars. Même état local. De 96, le pouls est tombé à 84. Cet homme a donc éprouvé dans son état général une grande amélioration, puisque en trois jours nous constatons une diminution de 24 pulsations. Ceci, dit M. Trousseau, est de bon augure. Quand, dans un rhumatisme articulaire aigu, l'état général s'amende, les lésions locales ne tardent pas à s'amender aussi. Du reste, le cœur continue à rester indifférent, au milieu de lésions rhumatismales si généralisées. Il est rare, suivant M. Bouillaud, que dans les rhumatismes accompagnés de beaucoup de fièvre, l'endocarde ne prenne point part à l'inflammation. Le cas actuel rentre donc dans les exceptions à la règle posée par M. Bouillaud. *Prescription :* 4 pilules de vératrine.

18 mars. L'amélioration de l'état local n'a pas tardé à vérifier, chez ce malade, les prévisions de M. Trousseau. A la visite du matin, on trouve dans les articulations beaucoup moins de douleur, de rougeur et de tuméfaction; le malade a passé une bonne nuit: il peut, sans de trop vives douleurs, exécuter des mouvemens dans son lit, ce qui ne lui avait pas encore été permis. Le pouls est à 80; 5 pilules de vératrine; panade, gruau.

19 mars, sixième jour de traitement. A la visite, on trouve cet homme dans l'état le plus satisfaisant. Il s'écrie lui-même avec joie qu'il est complètement guéri, et, pour en donner une preuve incontestable et frappante, il se met à agiter ses bras, ses jambes, tout son corps; il ouvre et ferme alternativement les mains; plie et étend les membres supérieurs et inférieurs avec toute l'aisance d'un homme dont les articulations sont parfaitement libres. Le pouls est à 65. Ainsi, voilà, après cinq jours de traitement, une guérison complète d'un rhumatisme articulaire aigu de la plus grande violence. — *Prescription :* 5 pilules de vératrine; potages, soupes grasses.

21 mars. Le malade a eu hier des vomissemens, des coliques, de la diarrhée, accidens gastro-intestinaux imputables à la vératrine. Ces accidens persistent dans la journée, et le lendemain, 22 mars, M. Trousseau constate une augmentation de la fréquence du pouls survenue par suite de l'irritation gastro-intestinale, et croit devoir suspendre l'administration de la vératrine.

23 mars. On constate le retour de la phlegmasie dans quelques articulations. Les deux poignets, les gaînes synoviales du dos de la main, les articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius de la main droite sont rouges, gonflées, douloureuses. M. Trousseau fait remarquer aux élèves la coïncidence du retour de la phlegmasie rhumatismale, avec la cessation brusque de la vératrine. En conséquence, il prescrit de nouveau 4 pilules de vératrine.

24 mars. La rougeur et le gonflement des poignets ont disparu; il ne reste plus que deux articulations malades, les articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius de la main droite. Le malade a eu encore un peu de dévoiement; 4 pilules de vératrine.

Les jours suivans, l'inflammation diminue dans les deux seules articulations qui soient encore malades. Dès le 27 mars, toute trace de rhumatisme a disparu. Les mouvemens sont partout parfaitement libres. On diminue la dose de vératrine. Au 29 mars, le malade ne prend plus que 2 pilules; il mange deux portions. Depuis quatre jours que les accidens locaux ont cessé, la guérison s'est maintenue: rien n'a reparu.

Réflexions. — Plusieurs particularités méritent d'être notées dans cette observation:

1° L'absence de phlegmasie de l'endocarde, malgré l'intensité des lésions rhumatismales et de la fièvre.

2° La disparition rapide des accidens généraux et locaux, sous l'influence de la vératrine.

3° Retour non moins rapide de ces mêmes accidens, par suite de la cessation brusque du médicament.

Observation III. — Guéry (Louis), 21 ans, domestique, constitution robuste, entré le 21 mars 1853 à l'Hôtel-Dieu, au n° 8 de la salle Sainte-Agnès. Ce malade a déjà eu deux attaques de rhumatisme: l'une à l'âge de quatorze ou quinze ans, l'autre l'année dernière. Il dit n'avoir jamais vu dans sa famille une semblable maladie; son père, sa mère, ses frères et sœurs n'ont jamais souffert de rhumatisme. Il y a un an, il a eu une deuxième attaque de rhumatisme, pour laquelle il est, dit-il, resté au lit pendant deux mois, malgré un traitement énergique (il a été saigné quatre fois en trois jours). Voici comment il raconte l'invasion de la troisième attaque de la maladie qui l'amène à l'hôpital.

Il y a cinq ou six jours, il a travaillé plus que d'habitude; il ne se rappelle pas s'il a été mouillé, s'il s'est refroidi ayant chaud; toujours est-il qu'il y a cinq ou six jours, pendant la journée, il a été pris de frisson avec tremblement, et de malaise; il n'a pas vomi. Obligé de s'aliter, il n'a pu dormir de la nuit à cause de la fièvre. Le lendemain il a ressenti une vive douleur dans l'articulation du pied gauche; puis le pied droit s'est pris dans les grandes comme dans les petites articulations qui sont devenues rouges, gonflées, douloureuse; le mal a envahi ensuite les genoux successivement, puis les deux poignets, les coudes, les épaules, les bourses séreuses des grands trochanters. C'est dans cet état qu'il est arrivé à l'hôpital. Le pouls était à 104. Il a été mis, dès son entrée, aux pilules de vératrine: il en a pris, suivant la méthode de M. Piedagnel, 1 le premier jour, 2 le second jour, 3 le troisième; dès le lendemain de l'administration de la première pilule, son état a présenté une amélioration si sensible que les progrès si rapides qu'au quatrième jour de son traitement, le 24 mars, le malade se déclarait complètement guéri, et le prouvait en imprimant, avec une facilité extrême, tous les mouvemens possibles à ses articulations qui, d'ailleurs, ne présentaient plus ni rougeur, ni chaleur, ni gonflement, ni douleur à la pression. La guérison s'est maintenue; ce jeune homme marche, va, vient sans la moindre gêne. Le 28 mars on lui donne deux portions; on continue toujours néanmoins les pilules de vératrine: il en prend trois par jour. Du reste, il n'a rien présenté, du côté du cœur, à l'auscultation la plus scrupuleuse. La vératrine n'a point paru exciter chez lui d'irritation gastro-intestinale, il n'a eu ni vomissemens, ni diarrhée, ni coliques. — 29 mars, même état de santé parfaite, 3 pilules, 3 portions, la guérison se maintient.

Observation IV. — Hervieux (Hélène), 40 ans, marchande à la halle, femme d'une constitution forte, athlétique, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 22 mars 1852, salle Saint-Bernard, n° 29. Cette femme a eu plusieurs attaques de rhumatisme. Avant la dernière attaque qui l'amène à l'hôpital, elle a éprouvé pendant quinze jours, dans les articulations, des douleurs erratiques, mobiles, sans gonflement, rougeur ni chaleur. Puis, au bout de ces quinze jours, elle a senti un frisson violent avec céphalalgie intense, envie de vomir, soif, perte d'appétit. Obligée de se mettre au lit, elle a vu ses articulations rougir et se tuméfier, en même temps qu'elles devenaient plus douloureuses. A son entrée à l'hôpital, le 22 mars, on a constaté qu'un grand nombre d'articulations étaient prises, à savoir: les deux articulations tibio-tarsiennes, la plupart de celles des orteils des deux pieds, les gaînes synoviales du coude-pied de chaque côté, les deux genoux, les deux synoviales des grands trochanters, les deux poignets, la plupart des articulations des doigts, carpo-métacarpiennes et phalangiennes; les deux épaules, les articulations des vertèbres cervicales; de plus, l'auscultation a révélé un bruit de souffle au premier temps, au niveau de la valvule mitrale et un peu au niveau de la valvule sigmoïde. Pouls à 102. Prescription: 1 pilule de vératrine de 5 milligrammes; diète, limonade.

23 mars. Amélioration dans l'état général, pouls à 96; amélioration dans l'état local, la douleur est moindre dans un certain nombre d'articulations, même état du cœur; 2 pilules de vératrine.

---

mieux. Cela ne faisait pas l'affaire de l'amphytrion qui est aussi leur juge. Il s'approche du groupe, et de ce spirituel et narquois sourire que vous lui connaissez: — Messieurs, leur dit-il, vous savez que je ne vous ai rien promis, et que je voterai selon ma conscience. Mais j'ai besoin d'une épreuve supplémentaire. Vous êtes tous jeunes et beaux cavaliers. Vous allez danser un quadrille à vous quatre. Allons, Messieurs, votre main aux dames.

Le moyen de refuser à un juge de concours! Nos jeunes confrères s'exécutent, et historien fidèle, je dois dire que le *quadrille des agrégés* a eu un succès considérable. Cependant il y a eu des nuances. M. A... danse de cet air pinpant et dégagé qui doit lui valoir des succès de plusieurs sortes. M. Lé... est moins léger que son nom ne l'indique. M. B... fait les choses sérieusement, mais non sans grâce. M. La... paraît un peu moins familier avec ce genre d'exercice, et ses *chassez-croisez* ont laissé quelque chose à désirer. J'ai voulu connaître l'impression de l'amphytrion-juge, mais il est resté impénétrable.

Vous savez combien cette pauvre presse médicale a eu maille à rompre avec la syphilisation. On l'a accusée de travestissemens, de mensonge, de calomnie. On lui a donné des leçons de politesse, de modération, de convenance et de bon goût. Ses nouveaux maîtres en critique ne lui ont épargné aucun précepte. Eh bien! voulez-vous voir comment la syphilisation met en pratique ces beaux préceptes évangéliques? Non, vous n'allez pas en croire vos yeux, et vous m'accuserez aussi tout au moins d'exagération! J'ai donc besoin de vous dire que, ce que vous allez lire, je l'extrais textuellement de la *Gazette médicale de Toulouse*, mars 1853, page 74, en ajoutant que, pour l'honneur de la presse, ce journal est certainement le seul, dans le monde scientifique, qui accueille des articles semblables à celui-ci, que j'ai le regret de lire dans un recueil publié dans mon pays natal:

« ..... Mais avant que la nouvelle semence de vérité ne germe » dans le monde, ne faut-il pas que les frimas s'apprêtent à l'étouffer?

» Or les frimas, dans l'espèce,

» Ce sont: l'intérêt, la cupidité, la vénalité.

» Ce sont: l'amour-propre, l'orgueil, la vanité, la présomption; la » jalousie, l'envie, le dépit; l'impertinence.

» Ce sont: la déloyauté, la fourberie, la tromperie, la fraude; l'infi» délité, la perfidie, la trahison; la duplicité, l'imposture; l'hypocrisie, » le mensonge; la calomnie.

» Ce sont: l'incapacité, la stérilité, l'impuissance; l'ineptie, la sot» tise, la stupidité.

» Ce sont: la crédulité, la bêtise, l'erreur, l'ignorance, le préjugé, la » routine, la superstition.

» C'est le plagiat! »

Ces lignes de critique honnête et modérée sont signées *Auzias-Turenne*.

Rinçons-nous vite la bouche, et je trouve à point pour cela quelques belles pages de M. Pidoux. Quel puissant et énergique critique! Et quel dommage que sa formule doctrinale reste encore, pour moi du moins, enveloppée d'une sorte de brouillard que je ne puis percer!

M. Pidoux s'est présenté comme candidat à la chaire de thérapeutique et de matière médicale. Au lieu de se borner à une sèche, aride et stérile énumération de titres, ce savant confrère a fait imprimer une lettre aux professeurs de la Faculté, sous ce titre: *Les vrais principes de la matière médicale et de la thérapeutique*.

« Partisan quand même du concours, dit M. Pidoux, j'ai respecté mon principe, et voulu le pratiquer autant qu'il m'a été possible de le faire. Je ne regrette qu'une chose, c'est de n'avoir pas eu de compétiteurs. »

Cette déclaration noble et digne termine une brochure que je ne crains pas de qualifier un des plus remarquables morceaux de la littérature médicale contemporaine. De ce tout homogène, condensé et comme feutré, je voudrais pouvoir extraire un ou deux passages qui pussent légitimer mon opinion. Mais je romprais certainement, au désavantage de l'œuvre, le lien qui unit ces passages à ce qui précède et à ce qui suit. Je me hasarde cependant à citer cette caractéristique de Montpellier et de Paris:

« Montpellier ne pouvant nier l'organisme — qu'elle appelle du haut de son ontologie l'*agrégat matériel*, — le juxtapose ou plutôt l'infériorise à son principe vital. L'organisme ne peut plus être, dès lors, qu'un système mécanique et chimique constamment détourné de ses fins naturelles par une force distincte qui lui impose d'autres lois. Mais comme l'École est plus philosophique, ou peut-être, plus raisonneuse qu'expérimentale, elle s'occupe beaucoup moins de l'observation des phénomènes organiques que *des lois* de son principe abstrait. C'est le vitalisme ontologique, animisme timide, et l'une des formes dégénérées de ce système.

» A Paris, on est forcé aussi de confesser un principe de vie, comme à Montpellier les organes. Mais ce n'est qu'un *Deus ex machinâ*. Soi-même, on est au-dessus de cette superstition. Pourtant, il est utile de respecter les préjugés des masses. On dépose donc la chose dans un coin de toutes les préfaces, comme une relique vénérable; et à certains jours, on la montre au peuple. A son aspect, les vieux vitalistes se signent et s'en vont contents. Après quoi, on est libre de ne plus voir que les organes tout formés, les faits tout accomplis, de les supposer inanimés comme si on les avait fabriqués soi-même, et de les animer physiquement et chimiquement. *Phisiologia est anatome animata* (*Haller*). C'est une autre dégénération et l'autre conséquence de l'animisme sthalien. Il règne sous cette forme dans les Écoles où l'on néglige la pensée pour s'adonner exclusivement à l'observation.

» Voilà donc ce qui, explicite ou latent, déclaré ou nié, comme théorie ou comme instinct, chez le vitaliste de Montpellier comme chez l'organiciste de Paris changé aujourd'hui en physicien chimiâtre, voilà ce qui se trouve au fond de tous les esprits. C'est l'animisme. Plût à Dieu qu'on en eût conscience, qu'on l'enseignât haut et ferme! Il serait moins difficile à vaincre dans la science, qu'ignoré des personnes et vivant au fond des choses. »

Voyez ce qu'il dit des prétentions et des incohérences de certaines doctrines chimiques modernes:

« Refusant d'admettre une matière organique primitive, aux propriétés

24 mars. Plus de douleur dans le genou droit, encore un peu dans le gauche; douleur dans les articulations des orteils; point dans les jointures et les gaînes synoviales des coudes-pieds; encore de la douleur dans les articulations des doigts, des poignets des épaules; disparition dans les coudes. Les articulations des vertèbres du cou sont encore douloureuses; même état du cœur. Elle a eu des envies de vomir, des coliques et de la diarrhée; pouls à 92. 3 pilules de vératrine; lavement de miel de mercuriale.

25 mars. Pouls à 66. 4 pilules.

26 mars. Douleur dans le genou gauche et l'articulation tibio-tarsienne du même côté; gonflement sans rougeur de ces mêmes articulations. Douleur dans les articulations métatarso-phalangiennes du pied gauche; un peu dans les hanches, dans le coude gauche; un peu dans les bourses synoviales des trochanters et dans les articulations vertébrales du cou. Pouls à 66; plus de vomissemens, coliques, diarrhée. On reste à quatre pilules; potages, soupes.

27 mars. Il ne reste plus que de l'enflure à l'index gauche et au pouce du même côté. Pouls à 74. 5 pilules de vératrine; régime, un œuf.

28 et 29 mars. Plus rien du côté du cœur et des articulations. 4 pilules; 1 portion.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

RECHERCHES ÉLECTRO-PHYSIOLOGIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LE DIAPHRAGME;

Mémoire présenté à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine,

Par M. le docteur DUCHENNE DE BOULOGNE (1).

(DEUXIÈME PARTIE.)

b. Paralysie du diaphragme de cause hystérique.

OBSERVATION VI. — Louise Deschamps, modiste, âgée de 30 ans, fille d'une forte constitution, a eu soit la rougeole, soit la scarlatine, à 6 ou 7 ans. Réglée à 11 ans, elle était grande et forte, et depuis elle a toujours été parfaitement réglée, mais peu abondamment. Sa mère, qui était d'une bonne santé, est morte à 57 ans, en peu de jours, avec un côté paralysé; son père est mort tombé en enfance, par suite d'abus de boisson.

En 1831, elle a eu une fièvre intermittente pendant quatorze ou quinze mois; elle est alors devenue pâle et maigre.

Il y a sept ou huit ans, elle commença à avoir des maux de reins, qui n'augmentaient pas pendant la marche, puis alla un peu mieux au bout de deux ou trois mois; dans les premiers temps elle voyait en blanc. Cet état a duré trois ou quatre ans, et dans cet intervalle l'utérus a été cautérisé cinq à six fois. Les règles allaient alors très bien : elle n'avait pas de pertes. Pendant trois ou quatre ans elle fut sujette à des migraines très intenses, surtout du côté gauche de la tête, quelquefois au front ou en arrière, migraines accompagnées de nausées, durant cinq à six heures, l'obligeant ordinairement à se coucher et revenant à la suite de la moindre contrariété. Pendant cette période, la malade était très nerveuse.

Elle vint à Paris à l'âge de 16 ans, où elle travaillait comme lingère dans un très fort magasin. A la suite d'une très vive discussion, elle eut de forts élancemens dans la tête, des éblouissemens et des hallucinations; ce qu'on lui disait ressemblait, d'après son dire, à des ricanemens diaboliques, à de violens reproches (elle avait été accusée de vol).

Quelques jours après, elle prit le lit, ayant des maux de tête violens, du délire avec cris; on fut alors obligé de l'attacher et de clore les fenêtres de sa chambre. En février 1848, elle partit pour son pays, où elle resta dix-huit mois comme idiote, on la couchait, on la menait comme un enfant. Elle fut alors un peu mieux et revint à Paris. Elle entra alors à l'Hôtel-Dieu, dans la salle Saint-Roch, n° 11, service de M. Louis, le 8 octobre 1849, où elle resta jusqu'au 27 novembre 1850. Elle était alors paraplégique. On lui appliqua de nombreux cautères sur les côtés de la colonne vertébrale. A Pâques, elle commença à se lever; mais en juillet, elle ne marchait encore qu'avec l'aide de deux personnes. Elle sortit le 20 novembre, parfaitement bien, et reprit son travail; mais ayant des alternatives de bien et de mal, on lui appliqua encore trois vésicatoires dans le dos.

A Pâques, elle alla à St-Cloud jusqu'à la Toussaint; elle fut malade à son arrivée à la campagne, mais elle allait ensuite très bien, quand elle cessa de travailler. Revenue à Paris, ayant dû se remettre au travail, elle retomba malade, et rentra à l'hôpital complètement paraplégique, le 17 décembre 1851.

Le 25 janvier 1852, elle commença à se lever et à marcher. Peu après (le 5 février), elle fut prise d'œsophagite complète, avec impossibilité absolue d'avaler aucun liquide. On tenta alors l'électrisation du pharynx le 11 février, et la malade commença, le lendemain, à avaler; mais elle était complètement aphone, la voix entrecoupée et la respiration gênée comme elle l'est actuellement, jusqu'au 10 novembre 1852, époque à laquelle elle sortit de l'hôpital.

Pendant tout ce temps, la malade a été sujette à des migraines et à des douleurs fixes au sommet de la tête, revenant par intervalles, et avec des alternatives de bien et de mal; la respiration a été plus calme à plusieurs reprises pendant huit à dix jours; mais l'aphonie a toujours persisté. Les traitemens suivis par la malade ont été très variés (valériane en poudre et en tisane, assa fœtida, opium à haute dose, pilules d'oxyde de zinc, ferrugineux, vésicatoires à la partie antérieure du cou et du thorax, cautérisation du pharynx avec l'ammoniaque). Ces divers traitemens n'ont jamais amené qu'une amélioration passagère. (Les renseignemens précédens m'ont été donnés par M. Goupil, interne très distingué.)

État actuel. — La malade respire habituellement 42 fois par minute; sa respiration est encore plus précipitée quand elle parle ou lorsqu'elle fait quelques mouvemens; elle n'a cependant aucune affection thoracique; elle n'éprouve aucune douleur; enfin, l'auscultation ne fait rien entendre qui puisse rendre raison de la fréquence de sa respiration. *Pendant l'inspiration, l'épigastre et les hypocondres s'affaissent, tandis que les parois thoraciques se dilatent.* Ce mouvement de dépression est beaucoup moins marqué dans les autres régions de la paroi abdominale, de telle sorte que l'enfoncement que l'on voit au-dessous de la base du thorax, au moment de l'inspiration, forme alors une espèce de ceinture. Quand la malade est agitée ou qu'elle a parlé un peu, sa poitrine se dilate davantage, et alors ce n'est plus une dépression circulaire qu'on voit au-dessous de la poitrine pendant l'inspiration, c'est un enfoncement considérable de toute la région épigastrique qui semble rentrer dans la poitrine. *L'expiration présente des phénomènes tout à fait inverses, c'est-à-dire que les régions épigastriques et hypocondriaques se soulèvent pendant le resserrement de la poitrine.* La paroi thoracique se dilate en masse dans toute sa hauteur sans que l'on puisse rapporter ce mouvement plutôt à la respiration costale supérieure qu'à la respiration costale inférieure; les mouvemens respiratoires ressemblent à ceux d'une personne essoufflée; cependant la malade n'éprouve pas une trop grande gêne dans la respiration quand elle se tient en repos, et comme alors on ne sent se contracter ni ses trapèzes, ni ses dentelés, ni ses pectoraux, on est bien forcé de reconnaître que la poitrine est élevée et dilatée par ses scalènes, par une partie ou par la totalité de ses intercostaux, dont on perçoit la contraction par le toucher (c'est ce qui sera étudié dans un autre travail). Mais sitôt que la malade s'agite un peu, elle étouffe et soulève sa poitrine avec tous les muscles inspirateurs; alors la tête se renverse, les épaules s'élèvent, on voit les saillies musculaires de la portion claviculaire du trapèze et des sternoïdiens se développer pendant l'inspiration. Quand un malade éprouve de l'orthopnée, il ressent un grand plaisir ou un soulagement en respirant longuement et largement; mais pour notre malade qui a toujours besoin d'air, le mouvement instinctif qui la porte à dilater plus largement ses poumons ne fait qu'augmenter son étouffement; car si, en agrandissant sa cavité thoracique, elle fait arriver l'air en plus grande quantité, le vide vertuel qui se fait alors dans la poitrine augmente l'ascension des viscères qu'elle semble aspirer et qui refoulent de bas en haut ses organes respirateurs. Aussi, rien ne peut peindre l'anxiété qu'elle éprouve quand, après avoir parlé un peu ou après avoir éprouvé une émotion, elle ne peut maîtriser les efforts instinctifs de ses muscles inspirateurs. La malade exprime très bien ce qu'elle éprouve alors, quand elle dit que ses intestins l'étouffent en remontant dans sa poitrine. Je n'ai pas besoin d'ajouter, après ce qui précède, que la malade ne peut soupirer sans étouffer. Elle ne peut retenir sa respiration plus de deux à trois secondes, sans avoir le besoin de faire une nouvelle inspiration; elle ne peut laisser sortir lentement l'air qu'elle a inspiré; elle ne peut souffler pendant plus de trois secondes, quelqu'effort qu'elle fasse; il lui est même impossible d'éteindre une chandelle. L'aphonie est complète, la malade est forcée de reprendre haleine après avoir prononcé deux ou trois mots; la phrase la plus courte la met dans un état d'anéhlation extrême.

La défécation est très pénible, très longue à s'accomplir, bien que les parois abdominales ne soient pas paralysées. Enfin, la coloration du visage, des lèvres, annonce que l'hématose n'est pas gênée par le fait de la paralysie du principal muscle de la respiration, le diaphragme. La santé générale est bonne; seulement il existe une hypersthésie cutanée au niveau des gouttières vertébrales du côté gauche (symptôme signalé par M. Briquet, comme appartenant à l'hystérie).

Tel était l'état de cette malade avant que l'excitation lui fût appliquée, selon le désir de M. Briquet.

J'essayai de diriger un courant d'induction dans les nerfs phréniques, mais son excitabilité et sa sensibilité étaient si grandes, que je ne pus pratiquer cette opération qu'après avoir anesthésié la région sur laquelle les excitateurs devaient être placés à l'aide de la glace appliquée sur la peau.

Une première opération, bien que pratiquée à un courant très faible, provoqua une céphalalgie intense et quelques phénomènes hystériques. Mais immédiatement après cette première opération, je constatai avec M. Briquet et toutes les personnes qui suivaient la visite, que l'isochromisme des mouvemens respiratoires de l'abdomen et de la poitrine avaient reparu. Le lendemain, les troubles fonctionnels qui signaleut la paralysie du diaphragme étaient revenus en partie, l'aphonie était à peu près aussi complète que la veille, mais la gêne de la respiration était moindre. Lorsque la malade respirait tranquillement, l'épigastre et les hypocondres ne s'enfonçaient plus pendant l'inspiration, ce n'était plus que pendant la respiration agitée qu'on voyait apparaître les signes de la paralysie du diaphragme.

Plusieurs autres électrisations du nerf phrénique ont été tentées depuis lors, mais la crise nerveuse occasionnée par la première opération inspire contre elle une telle prévention à la malade, que je n'ai pu agir, depuis lors à dose suffisante pour que l'excitation arrivât au diaphragme. J'espère l'habituer progressivement à cette opération qui n'est pas en elle-même douloureuse, et la guérir de sa paralysie diaphragmatique, qui, on le sait, pourrait devenir mortelle par la plus simple complication thoracique.

RÉFLEXIONS. — On trouve dans l'observation que je viens de rapporter la relation aussi complète que possible de tous les troubles fonctionnels occasionnés par la paralysie du diaphragme. Si je ne les ai pas tous décrits dans les observations qui la précèdent, c'est qu'à l'époque où je les recueillis, mon attention, ainsi que je l'ai dit, n'était pas, comme aujourd'hui, fixée sur la paralysie du diaphragme.

Je ne crois pas qu'on doive rapporter à la paralysie du diaphragme l'aphonie dont cette malade était atteinte, car on n'observe ce phénomène dans aucune des autres observations, dans lesquelles, il est vrai, la voix était plus faible, la phonation plus difficile, plus fatigante qu'à l'état normal, et la parole entrecoupée par le besoin de reprendre haleine, mais dans lesquelles jamais la voix n'a été éteinte.

Quel sera le résultat du traitement électrique tenté contre cette paralysie du diaphragme? L'amélioration déjà obtenue, quelque légère qu'elle soit, permet d'en espérer la guérison.

(1) Suite. Voir les numéros des 3, 5, 8 et 31 Mars.

de laquelle est impuissante à s'élever, par elle-même, la matière inorganique, on est obligé de faire intervenir une force qui, n'étant ni spirituelle, ni corporelle, ni raison, ni matière, n'est par conséquent qu'un mot.

» M. Liébig, de la patrie de Stahl, mais stahlien retourné, en est là. *La force vitale*, nous dit-il, diffère de la force chimique brute. Ce mot crée des merveilles; il comble l'infini. M. Liébig le campe au milieu des élémens inorganiques, et il y opère aussitôt des combinaisons magiques : respire, digère, sécrète, a des instincts, des représentations, une sorte de logique organique et intracérébrale, une mémoire sensible, des passions, des maladies; et déroule sur cette scène vivante, qu'il s'est créée lui-même, et qu'il se conserve par une génération continuée, toute la mimique d'une intelligence et d'une volonté. Mais voyez l'inconséquence d'un animiste malgré lui, et les contradictions fatales de ceux qui proclament l'activité de la matière, sans avoir saisi toute la profondeur de ce principe, destiné, quand il sera compris, à réformer les sciences physiques. Quel est, suivant M. Liébig et les chimistes à sa suite, le rôle de la force vitale? C'est comme pour Stahl, un lutin qui s'oppose dans l'économie à *l'entier accomplissement des phénomènes de la chimie brute.* Peut-on dire plus lestement que les phénomènes intimes de la vie ne sont pas des actions chimiques? Sans cette force, obstacle constant à la consommation des formations inorganiques, cellesci n'étant plus incessamment détournées de leur direction naturelle, s'opéreraient comme hors de l'organisme : ce serait la mort. Aussi le caractère des actions vitales est, suivant ces messieurs, une perpétuelle instabilité, une génération continuelle. Les produits y sont toujours à l'état naissant, c'est-à-dire que, chimiquement parlant, ils ne sont jamais produits. Cette *instabilité*, rapprochée de la stabilité des corps inorganiques; cet acte chimique toujours contrarié, jamais en repos, toujours commencé, jamais fini, ne paraît aux yeux des chimistes que du plus ou du moins; et quand ils disent que la chimie vivante est supérieure à la leur, ils entendent tout simplement qu'elle est plus énergique; et ces oppositions, ils les font couler d'un seul principe; car, que m'importe leur mot de force vitale? Dire, avec M. Liébig, que la vie, la fermentation, ne viennent que de la complexité des atomes organiques, c'est prendre un fait ou un caractère pour une cause ou pour un principe. Ajouter, que « la force vitale est une force de résistance que l'organisme possède passagèrement en qualité de support et d'intermédiaire des manifestations vitales, » c'est l'animisme le moins déguisé, et la preuve que, quoiqu'on veuille distinguer radicalement deux ordres de faits, au fond, on les identifie; les intentions justes étant dupes des principes faux, et la science se faisant non avec des intentions, mais avec des principes. »

Lisez cette vigoureuse page sur le vitalisme dit hippocratique :

« Un dernier mot. Je sais qu'il y a un autre vitalisme qui s'intitule hippocratique. Le public est persuadé que ce faux vitalisme est le seul qu'on puisse tirer des œuvres d'Hippocrate. C'est un préjugé très fâcheux. Si cela était vrai, Hippocrate ne serait pas le père de la médecine.

» Les principes de ce vitalisme gothique sont bien simples. Cela consiste à nier les organes en haine de l'organicisme; à prendre en tout le contre-pied de Broussais. On passe à côté du réformateur sans le voir; mais on extermine les sangsues. On remplace un mythe nosologique par un autre : les mouvemens de l'irritation par ceux des humeurs. *L'état général* précède et domine dans les maladies *l'état local*, et le produit par dépôt. Ce n'est pas l'inflammation qui produit la fièvre; c'est la fièvre qui produit l'inflammation. Mais leur fort c'est les diathèses. Ils ne vous donneraient pas une diathèse pour toutes les dispositions morbides du monde. Des crises en régle sont indispensables pour établir la puissance de la nature; et ils en voient partout; la maladie, dans sa cause, n'étant à leurs yeux que comme un corps étranger qui s'introduit par accident dans l'organisme. Voilà, en substance, à peu près tout. C'est la chirurgie de Cos bien plus que sa médecine. Les constitutions médicales sont pour eux une question d'almanach; et s'ils admirent Hippocrate, c'est à peu près comme les bedeaux admirent saint Paul. »

N'est-ce pas que voilà une forme, un style, une élévation d'idées, une originalité de pensées qui frappent et qui saisissent? N'est-ce pas que voilà un critique d'une rare puissance? Mais ce talent si vigoureux, si ferme et si original restera-t-il à l'état de critique? Non, l'œuvre doctrinale s'élabore silencieusement, patiemment, je l'attends avec espérance pour l'examiner avec toute liberté.

Amédée LATOUR.

COURRIER.

On lit dans le *Moniteur* :

« La situation des hôpitaux militaires de Paris attirait, depuis quelque temps, l'attention du ministre de la guerre, qui, tout en reconnaissant que le nombre des malades ne dépassait pas celui des années précédentes à pareille époque, y voyait cependant grandir la proportion des fiévreux, et apparaître surtout un nombre inusité d'affections typhoïques plus ou moins graves.

» Cette situation comportait un examen approfondi auquel ont reçu ordre de se livrer deux inspecteurs membres du conseil de santé des armées, MM. Bégin et Michel Lévy, et il résulte du compte-rendu de leur visite dans les hôpitaux, que les militaires atteints de fièvre typhoïde sont, pour la plupart, en convalescence, et que, si quelques-uns présentent encore des symptômes sérieux, on peut considérer la marche de l'affection comme décroissante, attendu que depuis plusieurs jours les entrées aux hôpitaux sont moins nombreuses et les cas graves en moindre proportion. »

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera son cours sur les maladies syphilitiques, le MERCREDI 6 AVRIL, à MIDI, et le continuera, à la même heure, les lundis, mercredis et vendredis, dans l'amphithéâtre de la rue Larrey, 8.

c. Paralysie du diaphragme par inflammation des organes voisins.

Un observateur judicieux, M. Aran, que j'avais entretenu de mes recherches sur le diaphragme, n'a pas tardé à recueillir aussi des faits de paralysie du diaphragme. Ces faits, qu'il a eu l'obligeance de me communiquer sont la confirmation de ceux que j'ai exposés précédemment.

Il a vu la paralysie du diaphragme compliquer une fois la métro-péritonite ; une autre fois, l'hydro-pneumo-thorax. Ces deux cas peuvent donc être rangés dans l'ordre des paralysies du diaphragme, par propagation de l'inflammation des organes voisins.

Le premier de ces cas a une importance d'autant plus grande, que M. Aran a trouvé, à l'autopsie du sujet, des lésions anatomiques qui rendent compte de la paralysie du diaphragme, observée pendant la vie.

Malgré l'intérêt que pourrait offrir la relation complète de cette observation, j'en extrairai seulement ce qui est relatif à la paralysie du diaphragme, afin de ne pas donner trop d'étendue à mon travail. Ce fait intéressant est résumé dans une note écrite par M. Aran, que je transcris textuellement.

« Observation VII. — Hôpital de la Pitié, salle du Rosaire, n° 31, Marie Moudet, âgée de 27 ans, domestique. *Métro-péritonite par cause interne, survenue chez cette malade le 3 janvier, et à laquelle elle a succombé le 6 janvier 1858, avec un balonnement considérable du ventre.* Ce qui frappa surtout l'attention, ce fut le mode de respiration, qui était précipitée, courte, costale (48 inspirations). Nous notâmes de la manière la plus évidente que *dans l'inspiration* la paroi abdominale sus-ombilicale, au lieu de se soulever, *se rétractait en arrière.*

» L'autopsie nous révéla la cause de cette paralysie du diaphragme. Indépendamment de plusieurs altérations qu'il n'est pas utile de mentionner, et en particulier d'une péritonite générale, nous trouvâmes des fausses membranes assez nombreuses à la face inférieure du diaphragme, et un verre ou deux de pus colligé et circonscrit par des fausses membranes à la face supérieure du foie. Il est à remarquer que c'était surtout de ce côté que la dépression sus-ombilicale était marquée au moment de l'inspiration. »

(*La suite au prochain numéro.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 29 Mars 1853.— Présidence de M. Nacquart, vice-président.

Mémoire sur la paralysie musculaire progressive, atrophique.

M. Cruveilhier se propose, dans ce mémoire, d'entretenir l'Académie d'un fait relatif à une espèce de paralysie qui n'a pas reçu de nom définitif dans la science, et qui n'a pas encore sa place dans les cadres nosologiques. C'est cette espèce de paralysie qui a été décrite par M. Aran dans les *Archives générales de médecine*, sous le titre de *Recherches sur une maladie non encore décrite du système musculaire* (*atrophie musculaire progressive*), et par M. Thouvenet dans sa dissertation inaugurale sous le titre de *Paralysie musculaire atrophique.*

M. Cruveilhier fait précéder la description de ce fait de deux autres observations qui lui ont permis d'établir cliniquement, dès 1848, l'existence de cette forme de paralysie, sous le titre de *Paralysie graduelle du mouvement par atrophie musculaire.*

La première observation remonte à 1832 ; elle a trait à une dame âgée de 40 ans, affectée d'une paralysie musculaire générale, laquelle avait beaucoup plus porté sur les membres supérieurs que sur les membres inférieurs. Les muscles avaient subi une atrophie remarquable, surtout ceux de la paume de la main et ceux de l'épaule, le deltoïde en particulier. La malade ne pouvait, en aucune façon, se servir de ses membres supérieurs pour les usages ordinaires de la vie, mais elle pouvait encore marcher sans appui dans son appartement. La face avait beaucoup perdu de son expression, et les muscles qui l'animent avaient notablement perdu de leur faculté contractile. L'articulation des sons était lente, monotone, incomplète.

Mais ce qui fixa surtout l'attention de M. Cruveilhier, c'est qu'à côté de cette altération si profonde et si générale de la myotilité, le sentiment avait conservé toute son intégrité dans toutes les parties du corps, que l'organe du tact, aussi bien que les organes des sens, jouissait de la sensibilité la plus exquise ; en outre la malade avait conservé toute la plénitude de ses facultés intellectuelles et affectives, ce qui différenciait complètement cette affection de la paralysie générales des aliénés. Toutes les fonctions nutritives s'accomplissaient d'ailleurs avec la plus grande régularité.

M. Cruveilhier diagnostiqua une paralysie musculaire générale par lésion de la moelle épinière, paralysie dont le siége devait être plus particulièrement dans les faisceaux antérieurs de cet organe ; tous les moyens empiriques et rationnels dirigés contre les lésions encore si peu connues du tissu propre de la moelle furent successivement et inutilement employés : la paralysie du mouvement alla toujours croissant. Au bout d'un an, aucune locomotion spontanée ne fut plus possible, la paralysie finit par s'étendre aux muscles de la déglutition, à ceux de l'articulation des sons, et même aux muscles du larynx. Les muscles essentiels de la respiration, diaphragme et intercostaux, furent envahis à leur tour, et au milieu de cette abolition graduelle et générale de la myotilité qui avait enlevé successivement à cette dame et les moyens de locomotion et les moyens d'expression de sa pensée, le sentiment conserva jusqu'au dernier moment toute son intégrité ; l'intelligence fut également respectée jusqu'au dernier moment.

Il était aisé de prévoir que cette malade succomberait tôt ou tard par le plus léger obstacle à la respiration, et en effet, un matin on la trouva morte dans son lit.

A l'autopsie, la moelle épinière fut trouvée parfaitement intacte, de même que toutes les parties constituantes de la masse encéphalique, cerveau, cervelet, isthme de l'encéphale.

Jamais, je l'avoue, dit M. Cruveilhier, je n'ai été plus porté à accuser d'impuissance l'anatomie pathologique dans certaines affections des centres nerveux ; mais, comme nous allons le voir, ce n'était pas l'anatomie pathologique qui était en défaut, mais bien l'observation, et c'était ailleurs qu'aux centres nerveux qu'il fallait chercher le point de départ de cette paralysie musculaire.

Un second fait observé à l'hôpital de la Charité permit de déterminer que c'était non aux centres nerveux, mais dans les muscles eux-mêmes, qu'il fallait chercher les causes de cette paralysie.

Chez ce malade, qui présenta trait pour trait les caractères de la maladie dont on vient de lire la relation, l'autopsie fit constater ce qui suit : rien, absolument rien dans la masse encéphalique et dans la moelle, comme dans le cas précédent.

Tous les muscles des membres et du tronc ayant été disséqués, on reconnut qu'ils étaient tous atrophiés à des degrés divers, que quelques-uns avaient encore leur couleur presque naturelle, c'étaient ceux que l'observation clinique avait montrés jouir de leur contractilité, d'autres d'une couleur rose pâle, ailleurs d'une couleur jaune-pâle, jaune peau de daim, jaune de bois, mais qu'un très grand nombre de ces muscles avaient passé à l'état graisseux.

Du reste, tous ces muscles, prodigieusement réduits dans leur volume, mais ayant conservé leur forme normale, étaient parfaitement distincts les uns des autres ; la disposition fasciculée y était évidente. On était surtout frappé d'une chose, c'est que non seulement les muscles, même congénères et même voisins les uns des autres, étaient inégalement affectés, mais encore que tous les faisceaux qui entrent dans la composition de chaque muscle n'avaient pas subi l'atrophie au même degré ; ainsi, dans le même muscle, à côté de faisceaux rouges, se trouvaient des faisceaux d'un rose pâle, et même des faisceaux graisseux ; l'indépendance de nutrition et d'action de chaque faisceau musculaire était aussi parfaitement démontrée que l'indépendance de chaque muscle ; il était évident que l'atrophie n'envahissait pas les muscles en masse, mais bien isolément et successivement chacun des faisceaux de chaque muscle. Il parut également évident que l'atrophie musculaire présentait dans ce cas deux degrés bien distincts ; premier degré : l'*atrophie par macilence*, qui réduit le poids de la masse des muscles au cinquième, au dixième et même peut-être au vingtième de son poids et de son volume ordinaires, sans altérer sa structure, et seulement avec diminution notable dans l'intensité de sa coloration rouge : deuxième degré, l'*atrophie par transformation graisseuse*, laquelle ne s'emparait du muscle que lorsqu'il avait subi le premier degré.

Quant au système nerveux, on constata seulement à la simple vue que les nerfs des membres atrophiés paraissaient aussi volumineux que de coutume, que les nerfs musculaires, au moment de pénétrer dans les muscles atrophiés, présentaient à peu de chose près, leur volume normal.

Tel est le résultat de cette seconde autopsie, confirmative de la première pour ce qui est de l'intégrité du cerveau et de la moelle, et démontrant en outre que c'était, non au centre nerveux céphalo-rachidien, mais dans les muscles eux-mêmes, qu'était la cause de leur paralysie, que cette cause était l'atrophie musculaire. dont les degrés divers montraient exactement les degrés de la paralysie.

Il existait une grande lacune dans l'anatomie pathologique de cette maladie, à savoir, l'état des cordons nerveux intermédiaires à la moelle et aux muscles. C'est cette lacune que la troisième observation est destinée à combler.

Cette troisième observation a trait à un homme âgé de 32 ans, entré dans le service en juillet 1850, avec une paralysie musculaire atrophique déjà en grande partie généralisée, datant de deux ans environ, et mort le 12 février dernier.

Tous les muscles des membres et du tronc présentaient, à divers degrés les mêmes lésions que dans les deux faits précédens.

Les muscles de la vie organique étaient parfaitement sains.

Voici les lésions qui ont été constatées dans le système nerveux :

1° La masse encéphalique est dans l'état le plus normal ; elle est même remarquable par sa consistance.

2° La moelle épinière est parfaitement saine de volume, de couleur et de consistance. Les faisceaux antérieurs sont dans l'état normal. Les racines postérieures des nerfs spinaux sont également dans l'état le plus complet d'intégrité, mais les racines antérieures de ces nerfs paraissent d'une infériorité extrêmement remarquable, par rapport aux racines postérieures, et cette infériorité est surtout énorme à la région cervicale, tandis que le rapport entre les racines postérieures et les racines antérieures est, d'après M. Cruveilhier, à la région cervicale de 3 : 1, à la région dorsale de 1 1/2 : 1, et à la région lombaire de 2 : 1, dans le cas actuel, les racines antérieures n'étaient peut-être pas le quart ou le cinquième en volume des racines postérieures aux régions dorsale ou lombaire, elles n'étaient pas la dixième partie en volume à la région cervicale. Dans plusieurs points de la région cervicale, ces racines se réduisent à leur névrilème et se présentent sous l'aspect de petits filamens gris extrêmement déliés, qui ne sont composés que de névrilèmes. Ces filamens, examinés à la loupe, n'offrent aucune trace du tissu nerveux proprement dit.

Cette observation, dit M. Cruveilhier, complète l'anatomie pathologique de la paralysie musculaire progressive atrophique.

La première autopsie avait démontré dans cette maladie l'intégrité parfaite du centre nerveux céphalo-rachidien, mais elle n'avait démontré que cela.

La deuxième autopsie avait confirmé le résultat de la première, mais elle avait en outre établi comme cause de la paralysie du mouvement l'atrophie musculaire, dont on a pu constater tous les degrés, depuis le simple amaigrissement du muscle avec décoloration légère de son tissu, jusqu'à la transformation graisseuse, qui en est le dernier terme.

La troisième autopsie a confirmé le résultat des deux autopsies précédentes, quant à l'état d'intégrité du centre céphalo-rachidien et quant à l'atrophie musculaire même ; et elle établit, en outre, de la manière la plus positive, l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux, atrophie dont M. Cruveilhier a pu également suivre les divers degrés depuis la simple diminution de volume de ces racines sans altération notable de tissu, jusqu'à la disparition complète de la substance nerveuse, jusqu'à la réduction des racines spinales au névrilème, dernier terme de l'atrophie nerveuse.

Ainsi, l'anatomie pathologique de la paralysie musculaire progressive atrophique se compose de trois élémens :

D'un premier élément qui est négatif, c'est l'intégrité parfaite de la portion centrale du système nerveux ;

D'un deuxième élément, l'atrophie des racines antérieures coïncidant avec l'intégrité parfaite des racines postérieures.

D'un troisième élément, l'atrophie des muscles paralysés.

Ces caractères anatomiques rendent un compte satisfaisant des symptômes. L'anatomie pathologique mise en regard de l'observation clinique montre qu'à l'intégrité parfaite de l'intelligence répond l'intégrité parfaite des faisceaux postérieurs de la moelle et des racines postérieures des nerfs spinaux. A la paralysie du mouvement répondent : 1° l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux ; 2° l'atrophie musculaire.

La marche graduelle ou progressive de la paralysie du mouvement est d'ailleurs parfaitement expliquée par la marche graduelle ou progressive de l'atrophie musculaire, aussi bien que par celle de l'atrophie nerveuse. Mais quelle est la part respective de l'atrophie musculaire et de l'atrophie des racines spinales antérieures dans la production de cette paralysie ; ou, en d'autres termes, quel est le rapport qui existe entre ces deux atrophies ? Telle est la question que M. Cruveilhier examine dans cette dernière partie de son travail.

Il repousse comme inadmissible la simple coïncidence entre ces deux lésions, et admet entr'elles une connexion intime, un rapport de subordination. Mais de ces deux lésions quelle est celle qui est cause, point de départ ? Quelle est celle qui est effet ?

Les deux hypothèses peuvent être soutenues. Raisonnant successivement dans le sens de l'une et de l'autre, M. Cruveilhier arrive à cette conclusion : que la théorie de l'atrophie primitive des racines antérieures des nerfs spinaux ayant pour effet immédiat la paralysie musculaire progressive, qui en révèle l'existence, et pour effet consécutif l'atrophie musculaire, est la plus conforme à l'ordre hiérarchique des fonctions.

Quant à la cause de l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux, il faut attendre que de nouveaux faits permettent de résoudre ce problème, à la solution duquel se rattache la thérapeutique de la maladie.

M. Cruveilhier conclut en disant qu'il existe une espèce de paralysie du mouvement tantôt partielle, tantôt générale, coïncidant avec l'intégrité du sentiment et de l'intelligence, qui a son principe dans l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux.

Le ministre de l'intérieur a fait publier dans le *Moniteur* le rapport fait aux comités des arts et manufactures et d'hygiène publique, réunis en commission, sous la présidence de M. le ministre de l'intérieur, sur la question de la suppression de la fabrication et de l'emploi du blanc de plomb, par une sous-commission composée de MM. Chevreul, Magendie, Regnault, Séguier, Bussy, Legentil, Barbier, Davenne et Tardieu, rapporteur.

Voici les conclusions de ce rapport :

1° Il n'y a pas lieu d'interdire la *fabrication de la céruse*, les perfectionnements introduits dans cette fabrication, lui ayant enlevé, d'une manière à peu près complète, son insalubrité et ses dangers ; mais il importe que l'administration prenne des mesures efficaces, pour que ces perfectionnemens soient adoptés dans toutes les usines, et que celles-ci soient l'objet d'une surveillance spéciale.

2° Il n'y a pas lieu d'interdire l'*emploi* de la céruse dans les travaux de peinture ; car certaines précautions peuvent mettre, jusqu'à un certain point, les ouvriers à l'abri des poussières de plomb, et, d'ailleurs, pour cet usage particulier, la substitution du blanc de zinc au blanc de plomb tend à s'opérer naturellement. L'appui du gouvernement, et la différence des droits perçus sur le plomb et sur le zinc favorisent cette transformation, sans perturbation violente, sans atteinte portée à la liberté du commerce.

3° L'interdiction de la *fabrication* et de l'*emploi* de la céruse dans les arts et dans l'industrie, aurait, de plus, l'inconvénient de susciter les plus graves difficultés, au point de vue de l'état des finances et de la légalité.

Ce rapport est adopté à l'unanimité ; et il est décidé que la sous-commission, à laquelle s'adjoindront MM. Gilbert et Isabelle, architectes, se chargera de rédiger, dans l'intérêt de la santé des ouvriers :

En ce qui concerne la *fabrication* de la céruse, le projet d'un réglement et d'une instruction qui soient d'une application pratique ;

En ce qui concerne l'*emploi* de la même substance, un projet d'instruction à répandre à un grand nombre d'exemplaires, afin de propager la connaissance des moyens préservatifs, et d'en recommander l'usage aux ouvriers, et, s'il y a lieu, un projet de dispositions réglementaires.

Cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfans. — M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfans, continuera, à dater du mois d'avril :

1° La visite tous les jours à 7 heures 1/2 ;

2° Leçons et opérations tous les jeudis, de 7 heures 1/2 à 10 heures ;

3° Consultations tous les jours, à 8 heures, excepté le jeudi et le dimanche.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Essai sur l'Idiotie, propositions sur l'éducation des idiots, mise en rapport avec leur degré d'intelligence ; par le docteur Belhomme, médecin d'un établissement d'aliénés, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.
En vente, chez Germer-Baillière. — Prix : 4 fr.

Mémoire sur les maladies des ovaires, par le docteur Achille Chereau. Ce mémoire contient : 1° Les considérations anatomiques et physiologiques ; 2° L'agénésie et les vices de conformation. 3° L'ovarite aiguë. In-8. Prix : 3 fr.
Cet ouvrage se trouve chez V. Masson, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Traité de l'Affection calculeuse du Foie et du Pancréas (avec cinq planches lithographiées) ; par V.-A. Fauconneau-Dufresne, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies, des bureaux de bienfaisance et des crèches, membre de la Société de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur. — Un vol. format anglais. Prix : 4 fr. 50 c.
Paris, chez Victor Masson, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, et dans les bureaux de l'*Union Médicale.*

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 40. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 5 Avril 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

REVUE CLINIQUE.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — Service de M. VIGLA.

Sommaire. — Stomatorrhagie pendant une recrudescence de fièvre typhoïde. Mort.

Il y a quelques jours, la *Gazette des hôpitaux* (19 mars), rapportant un fait de stomatorrhagie observé par M. Grisolle, dans le cours d'une fièvre typhoïde, insistait avec raison sur l'extrême rareté de cette complication, dont il n'est pas cité d'exemple dans les auteurs. A ce fait exceptionnel, nous en ajouterons un second, observé sur un jeune homme vigoureusement constitué, d'une bonne santé habituelle, pendant la recrudescence d'une fièvre typhoïde, dont la première phase avait été assez légère.

Chez notre malade, en même temps qu'il y eut écoulement de sang par la muqueuse buccale, il y eut des épistaxis; mais comme chez le malade de M. Grisolle, il n'y eut ni hémorrhagie intestinale, ni purpura, ni taches ecchymotiques à la peau.

Chez le malade de la Pitié, il y eut prédominance des phénomènes adynamiques. Chez celui de la Maison de santé, les symptômes ataxiques dominèrent; et c'est à leur violence plutôt qu'à l'abondance de l'hémorrhagie, que nous devons attribuer la mort du malade.

Voici cette observation, dont nous avons recueilli les détails avec soin, espérant qu'elle pourra servir un jour à l'histoire des complications déjà si nombreuses de la fièvre typhoïde.

Le nommé Barango, âgé de 22 ans, domestique, d'une forte constitution, convalescent d'une fièvre typhoïde de gravité moyenne, qui avait débuté le 21 février, était sans fièvre depuis plusieurs jours, dormait la nuit, commençait à manger depuis trois ou quatre jours (deux bouillons et deux potages), lorsque, le 14 mars, il fut pris de vomissemens et de diarrhée, fièvre avec rêvasserie pendant la nuit.

Le 16, on l'apporte à la Maison de santé. Nous le trouvons dans l'état suivant :

Décubitus dorsal, stupeur assez prononcée; il répond parfaitement, quoique péniblement et avec lenteur, aux questions qui lui sont adressées. Il se plaint de céphalalgie et d'un peu de douleur dans le ventre. Insomnie depuis deux jours; langue humide, rouge aux bords et à la pointe; taches rosées assez nombreuses sur le ventre et sur la partie inférieure de la poitrine. Ventre souple; un peu de gargouillement; diarrhée peu abondante; selles jaunâtres. Le malade a uriné involontairement, mais il a demandé le bassin pour aller à la selle. Râles sibilans peu abondans, quelques râles sous-crépitans à la base des deux poumons; résonnance normale; pouls plein, large, 98 pulsations. (Deux lavemens émolliens; cataplasmes sur le ventre.)

Le 17, nuit agitée; un peu de délire; pouls dicrote, 96 pulsations. (Une bouteille d'eau de Sedlitz.)

Le 18, le malade a eu beaucoup de délire, a cherché à se lever pendant la nuit. Deux déjections involontaires.

Avant la visite, épistaxis peu abondante.

La face est altérée, les yeux excavés; stupeur très prononcée; un peu de contracture des mâchoires; tête renversée en arrière; mais le cou est sans raideur; le malade ne répond plus aux questions qui lui sont faites; les lèvres sont sèches et fendillées; les gencives un peu fuligineuses; la langue, tirée avec peine et tremblotante, est un peu sèche vers le milieu. Soif vive; respiration fréquente; pouls dicrote; 96 pulsations. (Deux vésicatoires aux mollets; crême de tartre soluble, 30 grammes dans un pot de tamarin.

Le 19, le délire continue; agitation très grande pendant la nuit. Respiration cérébrale; face et extrémités cyanosées; langue et gencives fuligineuses; évacuations involontaires; le pouls est toujours rebondissant. (Vésicatoire à la nuque; julep avec 2 grammes de teinture de musc.)

Le 20, abondante épistaxis pendant la nuit; le malade a rendu beaucoup de sang par la bouche; le sang coulait par les deux commissures, sans effort d'expuition. Décubitus dorsal; tête un peu renversée en arrière. Sueur abondante; face cyanosée, traits tirés, yeux hagards très enfoncés dans leurs orbites; pupilles contractées, conjonctives très injectées; pouls plein, fort, 96 pulsations.

Un peu de sang desséché à l'entrée des narines, du sang s'écoule des deux côtés de la bouche, les lèvres ent'rouvertes, les mâchoires un peu contractées.

En essuyant avec soin les lèvres et les gencives, nous voyons le sang couler assez abondamment, et en nappe, de plusieurs gerçures qui existent sur les deux lèvres, vers leur partie moyenne; sur la lèvre inférieure, une ulcération aphteuse, située sur la muqueuse buccale, laisse suinter le sang en assez grande quantité.

Les gencives ne sont ni boursouflées, ni fongueuses; on voit le sang sourdre entre la gencive et la dent, surtout au niveau des incisives latérales, canines et petites molaires de la mâchoire inférieure; la gencive présente un petit liseré rouge sur la sertissure de ces dents.

Les autres parties de la muqueuse buccale sont injectées, mais ne fournissent pas de sang. Le malade ne peut amener sa langue complètement au dehors; mais en la débarrassant de la couche visqueuse sanguinolente qui la recouvre, on n'en voit pas sortir de sang.

Il y a eu plusieurs selles liquides jaunâtres, sans trace de sang. (Cautérisation des lèvres avec le crayon de nitrate d'argent. Glace dans la bouche et sur la tête. Julep avec essence de thérébentine, 3 grammes. Tisane et lavemens au quinquina.)

Le soir, l'hémorrhagie paraît arrêtée.

Le 21, grande agitation, mouvemens convulsifs; 108 pulsations.

Le 22, épistaxis pendant la nuit. Nouvelle hémorrhagie buccale à six heures du matin. Face très cyanosée; pouls assez plein, 116 pulsations; sueur abondante; carphologie.

Mort à une heure de l'après-midi.

E. VIDAL, interne.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

RECHERCHES ÉLECTRO-PHYSIOLOGIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LE DIAPHRAGME;

Mémoire présenté à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine,

Par M. le docteur DUCHENNE DE BOULOGNE (1).

(DEUXIÈME PARTIE.)

On a vu, dans le fait observé par M. Aran, que l'inflammation s'étendant de proche en proche du péritoine au diaphragme a paralysé l'action de ce dernier muscle. On prévoit que l'inflammation de la plèvre doit produire des résultats analogues, quand elle gagne aussi le diaphragme.

La paralysie des muscles intercostaux, signalée depuis si longtemps par Luënnec, comme un des signes de l'inflammation de la plèvre, devait aussi faire pressentir la paralysie du diaphragme dans les mêmes conditions. Raisonnant ainsi par induction, un observateur distingué, M. Williams Stocks a été conduit à entrevoir cette paralysie du diaphragme, comme conséquence probable de certaines inflammations chroniques de la plèvre. Dans un excellent travail publié dans le *Journal de Dublin* (2), cet auteur a cru pouvoir déduire de ses recherches, faites dans cette direction, que le diaphragme est paralysé dans l'empyème, tandis que, selon lui, l'action de ce muscle serait conservée dans l'hydrothorax (dans les épanchemens séreux symptomatiques), et il en a tiré un signe diagnostique différentiel de ces deux affections.

Selon l'observateur anglais, on voit dans l'empyème une

(1) Suite. Voir les numéros des 3, 5, 8, 31 Mars et 2 Avril.

(2) Traduit par M. Richelot. *Archives générales de médecine*, 1836, 2e série, tome x, p. 343.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — De la médecine et des médecins pendant l'intervalle qui s'écoule entre la mort d'Hippocrate et la fondation de l'école d'Alexandrie. — Influence de Platon, d'Aristote et de Théophraste sur la médecine : Dioclès, Praxagoras, Chrysippe. Autres médecins moins illustres; excentricité de Pétron. — Fondation de l'école d'Alexandrie; un roi anatomiste. Coup d'œil général sur l'école d'Alexandrie; désenchantement de Galien. — Singulière métamorphose. — Une catastrophe; Jules César.

XII.

De la médecine et des médecins dans l'intervalle qui s'écoule entre la mort d'Hippocrate et la fondation de l'école d'Alexandrie.

Tandis que près des temps hippocratiques la tradition des idées, des théories, du système d'Hippocrate se transmet inaltérée et entière, plus tard, à mesure que ces temps s'éloignent, cette tradition s'altère peu à peu, subit des modifications de plus en plus profondes, s'efface et finit même par disparaître. En même temps se modifie et se développe l'esprit d'observation. La méthode d'observation, d'abord faible et chancelante, se fortifie et grandit rapidement à mesure qu'on s'éloigne de la période hippocratique et qu'on se rapproche de la période alexandrine.

De la mort d'Hippocrate à la fondation de l'école d'Alexandrie, il s'écoule à peu près cent ans. Cet intervalle se trouve rempli par les travaux des auteurs dont les œuvres sont mêlées et confondues avec celles d'Hippocrate lui-même dans les livres de la collection. Mais tous les médecins de cette époque n'ont pas fondu leurs productions dans cette espèce d'encyclopédie médicale.

En dehors des œuvres hippocratiques proprement dites et des noms accolés à ces œuvres, tels que ceux de Polybe, de Thessalus, de Dracon, etc., surgissent les noms et les travaux d'hommes éminens qui n'ont pas cru devoir suivre le grand courant hippocratique. Parmi ces noms, les plus remarquables sont ceux de Dioclès, de Praxagoras et de Chrysippe. Les deux premiers ont été déjà cités à titre d'anatomistes, nous allons les considérer maintenant comme médecins. Autour de ces trois personnages célèbres se groupent d'autres hommes d'un mérite secondaire, qui ont cependant laissé des noms transmis par Galien à la postérité. Pendant cet intervalle de cent ans qui continue la période hippocratique, il ne faut pas perdre de vue l'influence de trois personnages illustres, Platon, Aristote, Théophraste, qui, à des titres divers, Platon comme philosophe, Aristote comme anatomiste et physiologiste, Théophraste en qualité de physiologiste et de botaniste, mêlent leurs idées à celles des médecins et impriment plus ou moins directement et plus ou moins profondément leurs traces dans les doctrines médicales de leur temps.

Les idées philosophiques mises au monde ou simplement développées par Platon qui les avait reçues de son maître Socrate, firent grandir de plus en plus cette opinion que les phénomènes qui se passent dans le corps des animaux sont produits et régis par des forces particulières, émanations de la force générale qui gouverne l'univers. Cette idée, émise par Socrate, reçut de Platon un développement plus considérable; il en résulte en médecine une croyance plus ferme et plus générale à cette doctrine déjà établie et développée par Hippocrate, de l'intervention d'une force supérieure dans la direction des phénomènes de la maladie.

Aristote introduisit dans les méthodes d'observation et de raisonnement une rigueur inconnue jusqu'à lui et dont la médecine se ressentit. Il a jeté dans ses ouvrages un certain nombre d'idées physiologiques dont les médecins ont fait leur profit. Il a touché, comme en passant, mais d'une main puissante, aux théories médicales de son temps pour les discuter, s'en rendre compte, y porter son esprit et sa manière d'observer et de raisonner. Ainsi, il demande aux médecins de quelles preuves ils appuient leur théorie sur le rôle important qu'ils attribuent à la bile dans la production des maladies, et ne trouvant nulle part la démonstration qu'il cherche, il met en doute la réalité de la théorie et contribue ainsi à ébranler une des idées fondamentales des doctrines hippocratiques. Peu à peu les idées d'Aristote vinrent, sans que les médecins s'en doutassent, s'insinuer dans leur esprit et le modifier, en sorte que les médecins subirent, eux aussi, l'influence qu'Aristote exerçait sur tous les hommes de son siècle, comme métaphysicien, logicien, naturaliste, anatomiste et physiologiste.

Comme Platon et Aristote, mais à un degré inférieur, Théophraste a eu sur la médecine une certaine influence. Disciple d'Aristote, il hérita de sa méthode d'observation et de raisonnement; mais son plus grand titre de gloire est d'avoir fondé la botanique, en créant le premier une classification des végétaux. Il fit pour les plantes ce que son maître avait fait pour les animaux; il étudia leur structure en même temps que leurs fonctions; en un mot, il créa l'anatomie et la physiologie végétales. Dès lors, les médecins s'habituèrent à comparer les plantes avec les animaux, au double point de vue de leur structure et de leurs fonctions, et à rapporter au même principe l'influence en vertu de laquelle s'accomplissent les différens actes dont les végétaux et les animaux sont le siége. Cette considération, aujourd'hui banale, était neuve à cette époque, et la médecine dut en être ébranlée dans ses principes, ses croyances, sa manière d'observer et de comprendre les phénomènes des êtres vivans.

Théophraste ne concentra pas seulement son attention sur des questions d'anatomie et de physiologie végétales, mais jetant son esprit en dehors du cercle habituel de ses méditations, il s'occupa de divers points de physiologie humaine et de pathologie. De tous ces travaux, il ne nous reste que des titres d'ailleurs pleins d'intérêt.

Pendant que Platon, Aristote et Théophraste marquent ainsi leur pas-

tumeur, un soulèvement des parois abdominales au-dessous de la base du thorax. Cette tumeur serait due à *la dépression des viscères abdominaux consécutivement à la perte de l'innervation du diaphragme.* Voilà le signe diagnostique de la paralysie du diaphragme proposé par M. Stoks! Ai-je besoin de faire remarquer que ce signe diagnostique repose sur des idées aussi anti-physiologiques, et en conséquence qu'il ne peut avoir aucune valeur? Nest-il pas démontré maintenant que la paralysie du diaphragme doit être suivie d'un effet contraire à celui que lui attribue M. Stocks, c'est-à-dire de son élévation dans la cavité thoracique? Ne sait-on pas aussi que l'abaissement de ce muscle ne peut être que le produit de sa contraction ou d'une action purement mécanique, par exemple, celle de la pesanteur du liquide épanché dans la poitrine. C'est probablement à cette dernière cause qu'il faut rapporter la dépression du diaphragme et consécutivement celle des viscères abdominaux, que M. W. Stocks dit avoir observée dans l'empyème. Non seulement le soulèvement des parois abdominales, qui est proposé par lui comme signe pathognomonique de l'empyème, ne peut traduire la paralysie du diaphragme; mais encore il résulte d'un fait que je viens d'observer, que ce soulèvement (s'il se montre quelquefois), n'est pas même constant dans l'affection dont il est question. Je le prouverai bientôt (obs. VIII).

Mais après avoir établi que M. Stocks n'a pas trouvé les signes qui peuvent faire reconnaître la paralysie du diaphragme, comme conséquence de l'inflammation de la plèvre, je ne m'empresse pas moins de reconnaître que cet habile observateur a entrevu cette paralysie, car je vais démontrer par des faits qu'elle existe réellement dans certaines inflammations de la plèvre.

On verra que la paralysie du diaphragme se trahit encore dans ces derniers cas par les troubles qu'elle apporte dans l'isochronisme des mouvemens des parois thoraciques et abdominales. Mais qu'on ne s'attende pas à trouver toujours alors les signes de cette paralysie aussi tranchés que dans les observations rapportées précédemment.

Dans les faits de paralysie du diaphragme produite par un épanchement pleurétique, que j'ai eu l'occasion d'observer, je n'ai pas vu, au premier abord, de perturbations dans l'isochronisme des mouvemens du thorax et de l'abdomen. Mais si, appliquant chaque main à plat et en travers sur les parois de l'abdomen, de manière à couvrir l'épigastre et les hypocondres, j'exerçais une pression égale et légère, et si alors je faisais respirer largement les malades, mes mains paraissaient mues en sens contraire, c'est-à-dire que pendant l'inspiration, la main correspondant au côté sain était soulevée, tandis que l'autre, restant immobile, semblait s'enfoncer du côté malade, *et vice versâ*, pendant l'expiration. Enfin, à l'aide de cette espèce d'exploration, je sentais, pendant l'inspiration, une certaine résistance des parois abdominales du côté sain, tandis que le côté malade n'en opposait aucune.

A l'appui des considérations précédentes, je vais rapporter plusieurs observations de paralysie partielle du diaphragme, survenues consécutivement à des épanchements pleurétiques.

Observation VIII. — Au n° 22 de la salle St-Antoine (Hôtel-Dieu, service de M. Rostan) était couchée la nommée Villemère, âgée de vingt-quatre ans, qui me fut signalée par M. Lebled, chef de clinique, comme offrant un type d'épanchement pleurétique très abondant, consécutif à une pleurésie déjà ancienne. Je ne rapporterai pas l'histoire de la pleurésie qui produisit cet épanchement, et qui, d'ailleurs, n'a offert rien de particulier dans sa marche; j'insisterai seulement sur ce qui a trait aux signes qui permettent de reconnaître la paralysie du diaphragme et sur la lésion anatomique qui fut trouvée dans ce muscle. Voici les phénomènes qu'il importe de noter pour le moment : le côté gauche du thorax, beaucoup plus dilaté qu'à droite, restait complètement immobile pendant les mouvemens respiratoires; on n'observait *aucune tumeur, aucun soulèvement* de l'abdomen au-dessous de la base du thorax (tumeur signalée par M. Stoks comme signe de l'empyème); pendant l'inspiration ou l'expiration, on ne voyait aucune différence appréciable entre les deux côtés de l'abdomen; l'épigastre se soulevait légèrement. Mais en appliquant les mains sur les parois abdominales entre l'ombilic et la base de la poitrine, il semblait que chacune d'elles était agitée en sens contraire pendant les mouvements respiratoires, comme je l'ai déjà indiqué précédemment; ainsi la main appliquée du côté de l'épanchement restait immobile, et l'autre était soulevée malgré la résistance qu'elle opposait. Cette expérience, faite successivement par M. le docteur Challou et moi, produisit des résultats analogues.

J'avais observé, quelques jours auparavant, ces mêmes phénomènes sur un jeune malade de la Charité (salle St-Jean-de-Dieu, n° 23), qui avait aussi un épanchement pleurétique abondant, et cela en présence de MM. Racle et Lemaire, chefs de clinique de la Faculté, qui avaient répété tour à tour cette même expérience sous mes yeux, et avec des résultats toujours identiques. Depuis lors, M. Racle m'a dit avoir de nouveau constaté ces mêmes signes de la paralysie du diaphragme chez un malade de son service, qui avait un épanchement pleurétique abondant, en employant mon mode d'exploration.

Observation IX. — *Le nommé Duboc (Cyrille), âgé de 21 ans, étudiant en théologie, est entré dans le service de M. Bouillaud, le 12 février 1853, pour y être traité d'une pleurésie, et il a succombé le 25 du même mois.*

« Ce jeune homme était scrofuleux, et portait des cicatrices d'abcès froids sur diverses parties du corps, et une nécrose de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras.

» Il était affecté d'une pleurésie du côté gauche, datant de six mois. L'épanchement était extrêmement abondant et avait produit un refoulement du cœur si considérable, que la pointe de cet organe battait à droite du sternum.

» M. Duchenne de Boulogne me pria de rechercher avec lui, dans cette circonstance, un phénomène physique relatif aux mouvemens du diaphragme, qu'il avait déjà eu l'occasion d'observer dans des cas semblables à celui-ci. Je cherchai ce phénomène qui consiste en *un défaut d'abaissement du diaphragme du côté qui correspond à l'épanchement*, et j'en constatai en effet l'existence. A la vue, ce défaut d'action n'était pas appréciable, mais il se révélait à la palpation. *En appliquant les mains sur les hypocondres, d'une manière symétrique et en appuyant également des deux côtés, on sentait et on voyait que la main droite était fortement soulevée et portée en avant dans le mouvement d'inspiration, tandis que la gauche, qui correspondait au côté de l'épanchement, était absolument immobile*; il était manifeste que le côté gauche du diaphragme ne se contractait plus dans les mouvements respiratoires. L'autopsie du malade n'a pu être faite.

» Dans un autre cas de pleurésie avec épanchement du côté gauche également, j'ai constaté le même phénomène; la quantité du liquide paraissait être peu abondante. »

De l'ensemble de tous ces faits, j'avais conclu que, dans ces trois cas, le diaphragme était paralysé dans sa moitié correspondant à l'épanchement.

On pouvait m'objecter cependant que l'inertie du diaphragme dépendait peut-être alors de la dépression continue exercée sur lui par le poids du liquide épanché dans la cavité pleurale. Mais comme j'ai vu que ces signes de la paralysie du diaphragme ne se rencontraient pas dans certains épanchemens pleurétiques presqu'aussi abondans (j'en ai observé un exemple avec M. Racle, au n° 9 de la salle St-Jean-de-Dieu, service de M. Bouillaud), j'en déduisis que cette cause mécanique (le poids du liquide épanché) ne suffisait pas pour paralyser le diaphragme, et que dans les trois cas lesquels *on a vu les signes de la paralysie du diaphragme*, il devait certainement exister une cause qui produisait cette paralysie.

Quelle pouvait donc être cette cause? C'est ce que va nous apprendre l'autopsie de la malade de l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, n° 22, qui vient de succomber.

L'ouverture de la cavité thoracique gauche donna issue à une quantité considérable de pus, qui, en comprimant le poumon, l'avait réduit à un très petit volume; une fausse membrane molle tapissait la plèvre costale et diaphragmatique; cette fausse membrane étant enlevée sur le diaphragme, on voyait que le tissu musculaire de ce muscle était d'une coloration jaune orangée, qui était la même à la face péritonéale. Cette décoloration du diaphragme gauche contrastait d'une manière frappante avec la coloration rouge à peu près normale du diaphragme du côté opposé. Enfin le diaphragme était évidemment atrophié à gauche. L'examen microscopique fait par M. Mandl, en ma présence, a démontré que le diaphragme était entièrement dégénéré à gauche; on n'y voyait plus ni stries transversales, ni fibres longitudinales, il ne restait de ses fibres musculaires qu'un assemblage de granulations. Du côté droit, les fibres musculaires du diaphragme avaient conservé une grande partie de leurs stries transversales; mais on voyait que quelques-unes d'entre elles avaient subi un commencement d'altération; c'est-à-dire que ces stries transversales étaient interrompues par des granulations, ce qui annonçait que l'inflammation s'était propagée, jusqu'à un certain degré, de gauche à droite.

Dans cette observation, l'autopsie rend compte de la paralysie diagnostiquée pendant la vie et donne plus de valeur aux signes qui l'ont fait reconnaître. On comprend, en effet, que la partie gauche du diaphragme qui était entièrement désorganisée dans sa texture, devait être paralysée. On voit aussi que cette altération du tissu du diaphragme est due à l'inflammation qui s'est étendue de la plèvre au diaphragme.

Quelle est l'utilité pratique du fait que je viens d'exposer? Peut-il servir, comme l'a écrit M. W. Stoks dans son intéressant travail, à distinguer l'hydrothorax de l'empyème, et même à mesurer le degré d'intensité de l'inflammation dans un cas donné de cette dernière maladie? Je suis porté à l'admettre si je ne tiens compte que des faits que j'ai observés moi-même. En effet, chez la malade de l'Hôtel-Dieu, rien ne pouvait faire prévoir que l'épanchement fût plutôt purulent que séreux. La surface cutanée de la paroi thoracique du côté malade n'était pas plus polie à sa surface que celle du côté sain; les espaces intercostaux n'étaient pas plus déprimés que du côté opposé (on sait que ce sont les principaux signes de l'empyème). Enfin M. Lebled croyait que le liquide devait être séreux. Aussi, quelle ne fut pas notre surprise en voyant s'écouler, à l'ouverture du thorax, une quantité considérable de pus concret.

Je suis d'autant plus porté à accorder une valeur réelle à ce signe tiré de l'existence de la paralysie du diaphragme que j'ai eu l'occasion de ne pas le rencontrer dans des circonstances en apparence les mêmes, c'est-à-dire dans des épanchemens pleurétiques aussi considérables. N'est-il pas possible, en effet, que dans ces derniers cas, l'inflammation de la plèvre n'ait pas été assez intense pour gagner le diaphragme sans en altérer la texture, et pour produire conséquemment la para-

---

sage dans le monde, trois autres grands personnages, Dioclès, Praxagoras et Chrysippe pratiquent la médecine avec gloire et écrivent de nombreux ouvrages dont il ne reste que des débris, à l'aide desquels on a cherché à reconstituer leurs doctrines.

Dioclès est le premier en date. Cela résulte des témoignages des écrivains anciens, tels que Celse, Pline et Galien. Pour donner une idée de la réputation dont jouissait Dioclès auprès de ses contemporains, il suffit de dire qu'on l'avait surnommé le deuxième Hippocrate. Galien le regarde comme un homme éminent auquel aucune des parties de la médecine n'était étrangère. C'est à Dioclès qu'on doit le premier traité d'anatomie humaine. Il avait également composé un grand nombre d'ouvrages que nous ne connaissons que par les citations de Galien; entre autres un livre intitulé : *Des maladies, de leurs causes et de leur traitement*, ouvrage volumineux dans lequel, au dire de Galien, toute la médecine était passée en revue. Nous trouvons dans Galien (*de locis affectis*) un passage textuellement extrait de Dioclès, contenant la description d'une maladie de l'estomac que l'auteur, en véritable anatomiste qu'il est, rapporte à un embarras du pylore.

Un individu digère mal, dit-il dans un autre endroit, est-ce son estomac qui est malade? Oui, souvent, répond Dioclès, mais pas nécessairement. Il peut arriver, en effet, que la réparation des organes ne se fasse plus ou se fasse mal, parce que le principe qui régit l'économie n'envoie plus à l'estomac son influence excitatrice; alors l'estomac se trouble, les alimens qu'il renferme y séjournent sans être convenablement élaborés, parce que l'instinct réparateur n'est plus à son état normal. N'est-ce pas la même pensée que Barthez (de Montpellier) a rendue d'une manière si nette et si concise dans cette phrase : *l'économie tout entière digère par l'estomac?*

Dioclès avait émis une idée neuve et hardie pour son temps, c'est-à-dire en plein règne des doctrines hippocratiques. Le médecin de Cos avait considéré la fièvre comme un état général auquel il subordonnait les manifestations locales. Pour Dioclès, la fièvre n'est qu'un symptôme. Toute fièvre, dit-il, est un résultat, un produit de l'altération d'un organe, d'une lésion extérieure ou intérieure. Par delà la fièvre, il faut toujours, suivant lui, chercher dans les organes l'altération qui en est la cause, et lors même qu'on ne la trouverait pas, on peut affirmer hardiment qu'elle existe. Au fond, Dioclès est dans le vrai, mais lorsqu'il prétend que la fièvre doit toujours être rapportée à l'altération d'un solide, il se fourvoie, et Galien a raison de lui faire observer, en le réfutant, qu'il faut distinguer deux sortes de fièvre : une fièvre *symptomatique* et une fièvre *essentielle*, expression devenue depuis le sujet d'une misérable logomachie.

Galien ne donnait point à ce mot la signification absurde que lui ont prêtée les adversaires de l'essentialité des fièvres; mais il entendait ainsi des fièvres qui se développent sans qu'on puisse trouver dans un solide quelconque leur raison anatomique. Nous voyons donc commencer au berceau même de la science, ces discussions si ardentes de nos jours sur l'essentialité ou la non-essentialité des fièvres. Elles sont vieilles comme Dioclès, vieilles comme Galien. Cela se comprend, car c'est là le cœur de la médecine.

En thérapeutique, Dioclès suivait en grande partie les erremens d'Hippocrate. Comme ce dernier, il s'était beaucoup occupé d'hygiène. Il avait écrit sur l'art de conserver la santé, sur la manière d'apprêter les viandes, sur les qualités du pain, sur les qualités des différentes eaux, sur les propriétés nutritives des diverses céréales, etc., etc. Dioclès avait encore composé un ouvrage spécial sur les *maladies des femmes.*

Praxagoras était originaire de l'île de Cos; il fut le maître d'Hérophile. Le premier, il a parlé du pouls avec détails, au point de vue physiologique et pathologique. Comme Hippocrate, il attribuait les maladies aux humeurs, dont il avait porté le nombre à onze. Il plaçait le siége de la fièvre dans le tronc de la veine cave. Il avait composé un ouvrage curieux par son titre : *Des accidens ordinaires et extraordinaires des maladies.* Du reste, Praxagoras a brillé beaucoup plus comme anatomiste que comme médecin. Il paraît qu'il faisait un grand usage des vomitifs.

Chysippe vécut après Dioclès, et fut le contemporain de Praxagoras. Il était de l'école de Cnide, et eut pour disciple Érasistrate, collègue et rival d'Hérophile à Alexandrie. Il professait, en thérapeutique, des opinions paradoxales; il fit ainsi beaucoup de bruit, et attira sur lui l'attention publique. Il proscrivait la saignée et les purgatifs.

(La suite au prochain numéro.)

On assure qu'il est question de supprimer la chaire de chimie médicale qu'occupait M. Orfila, ou plutôt de la réunir à la chaire de chimie organique remplie par M. Wurtz.

On créerait en ce cas une chaire de pharmacie et de pharmacologie.

— Le concours pour trois places de chirurgiens du bureau central des hôpitaux a commencé samedi. Les candidats ont eu pour sujet de la composition écrite la question suivante : *Quels sont les cas dans lesquels le chirurgien doit ou peut pratiquer l'ablation des affections cancéreuses? Quels sont les cas dans lesquels l'opération est contre-indiquée?*

— Par suite de la démission de M. le docteur Galtier, naguère nommé chef des travaux chimiques, la Faculté de Montpellier a eu à faire une nouvelle présentation pour remplir ce poste laissé vacant. Trois candidats s'étaient présentés afin d'obtenir les suffrages de la Faculté. Malheureusement deux d'entre eux, M. Lazowski, préparateur à l'École supérieure de pharmacie, et M. Faget, agrégé à cette même école, ne satisfaisant pas, au moment voulu, aux conditions exigées par l'ordonnance ministérielle, n'ont pu être placés sur la liste de présentation. La Faculté a donc dû se borner à mentionner ces honorables candidats dans son rapport, et présenter seulement M. le docteur Brousse, agrégé et ancien chef des travaux chimiques.

— Tours, 30 mars :

« M. le docteur Godefroy, président d'honneur de la Société médicale d'Indre-et-Loire, ancien membre du conseil municipal de Tours et ancien maire de Chambray, vient de mourir à Tours. »

lysie? J'avoue, cependant, que ces faits ont besoin d'être encore étudiés.

En résumé, quelle que soit dans l'avenir l'utilité pratique des faits que je viens d'exposer, je crois pouvoir en conclure aujourd'hui que la paralysie partielle du diaphragme est quelquefois produite par certains épanchemens pleurétiques, et que les signes tirés de la perturbation qu'elle occasionne dans l'isochronisme des mouvemens respiratoires peuvent seuls la faire diagnostiquer.

§ II. — Déductions tirées des observations précédentes applicables au diagnostic, au pronostic et au traitement de l'atrophie et de la paralysie du diaphragme.

Je n'ai pas la prétention de tracer ici l'histoire complète de la paralysie et de l'atrophie du diaphragme. Je résumerai seulement les faits principaux qui ressortent des observations que je viens de relater, et qui peuvent éclairer la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces lésions musculaires du diaphragme.

Symptômes. — Quand le diaphragme a perdu son action physiologique, c'est seulement pendant la respiration qu'on reconnaît les principaux symptômes de ce trouble fonctionnel. Ces symptômes sont les suivans : *Au moment de l'inspiration, l'épigastre et les hypocondres se dépriment pendant que la poitrine se dilate; les mouvemens de ces mêmes parties se font dans un sens opposé, pendant l'expiration.*

L'action du diaphragme est-elle seulement diminuée; les phénomènes que je viens d'exposer ne se manifestent plus que dans les respirations grandes ou agitées; et si la respiration est tranquille, les mouvemens de soulèvement de l'abdomen et d'expansion de la poitrine, *et vice versâ*, s'exécutent synergiquement, comme à l'état normal.

Enfin, quand le diaphragme droit ou gauche (l'électro-physiologie et la pathologie s'accordent pour démontrer que le diaphragme est formé par deux muscles indépendans et pouvant agir ou être malade isolément), si dis-je, l'un ou l'autre diaphragme est paralysé, c'est de son côté seulement qu'on observe la perturbation de l'isochronisme des mouvemens respiratoires.

Le défaut d'action ou d'inertie du diaphragme produit encore d'autres troubles fonctionnels qu'il est important de signaler et que je vais exposer.

Les mouvemens respiratoires sont alors habituellement plus fréquens qu'à l'état normal, bien que la respiration n'en paraisse pas beaucoup plus gênée, à l'état de repos. On ne soupçonnerait pas le malade atteint d'une lésion aussi grave en le regardant respirer pendant le sommeil; on voit, en effet, les mouvemens alternatifs du thorax se faire sans effort, c'est-à-dire sans le secours des muscles, que Galien a apppelés respirateurs extraordinaire, (les muscles trapèzes, sterno-mastoïdiens, dentelés, grands pectoraux). Ces mouvemens se font évidemment alors par les scalènes qu'on sent se contracter sous les doigts et par les intercostaux. (Je me réserve d'examiner dans un autre travail, si dans ce cas tous les intercostaux sont inspirateurs.)

Mais, que le malade vienne à faire quelqu'effort, soit pour marcher, soit pour parler, qu'il éprouve la plus légère impression, à l'intant, sa respiration s'accélère (48 ou 50 inspirations par minutes); les muscles trapèzes, sterno-mastoïdiens, dentelés, grands pectoraux, grands dorsaux entrent en contraction; la face rougit, le malade étouffe, il est forcé, s'il marche, de s'asseoir après quelques pas, ou s'il veut parler, de reprendre haleine pour continuer sa phrase qu'il ne peut terminer sans s'arrêter à chaque instant.

Le sujet dont le diaphragme ne se contracte plus, ne peut inspirer longuement sans être suffoqué; veut-il soupirer, il sent, comme il l'exprime fort bien, ses viscères remonter dans sa poitrine et l'étouffer. Il en résulte qu'au lieu de chercher à respirer largement, comme on l'observe dans les autres affections thoraciques où le besoin d'air se fait sentir, il s'efforce instinctivement d'empêcher la trop grande expansion de sa poitrine.

La phonation n'est pas perdue, mais la voix est plus faible, et la plus légère émission de son occasionne de l'essoufflement, ainsi que je l'ai déjà dit. Dans un seul des cas que j'ai rapportés (obv. VI), l'aphonie était complète, mais il ne m'est pas démontré qu'alors les muscles du larynx n'étaient pas également paralysés.

Je n'ai pas besoin de dire que la toux, l'éternuement, etc., provoquent aussi une grande gêne dans la respiration. L'expectoration et l'expuition sont difficiles, quelquefois même impossibles; enfin, la défécation exige de grands efforts et se fait avec peine.

Tel est le tableau, bien imparfait sans doute, des troubles fonctionnels occasionnés par l'abolition de l'action du diaphragme. On comprend qu'entre la perte complète des fonctions de ce muscle et la simple diminution de sa puissance ou la paralysie d'une de ses moitiés seulement, il doit exister bien des nuances que je ne puis décrire.

(*La suite à un prochain n°.*)

THÉRAPEUTIQUE.

DES INJECTIONS NASALES COMME MOYEN D'ALIMENTER LES NOUVEAU-NÉS ET DE LEUR ADMINISTRER DES MÉDICAMENS.

A Monsieur le docteur Isidore Henriette, *médecin de l'hospice des Enfans trouvés et abandonnés de la ville de Bruxelles, etc., etc.*

Monsieur,

Le 10 décembre 1851, à midi, j'étais appelé à visiter la femme Damand, rue des Bordeaux, 13, à Charenton (Seine), qui venait d'accoucher, et à constater le décès de son enfant.

A une heure précise, j'entrai dans la chambre de la nouvelle accouchée; elle avait été délivrée par une sage-femme avant mon arrivée; la femme était accouchée sans le secours de personne, et l'enfant s'était présenté par le pelvis.

Le corps de l'enfant était placé sur les briques du sol, dans un coin de la chambre; il était enveloppé dans une vieille serviette usée, sans autre vêtement; il était froid et avait l'aspect cadavérique; je le crus mort réellement; il était du reste bien conformé, et il était venu au monde à huit mois.

Je me disposais à écrire son bulletin de décès, lorsque, réfléchissant à la force de résistance que les nouveau-nés opposaient à l'asphyxie, j'examinai l'enfant de nouveau, et auscultant la région du cœur, j'entendis quelques battemens à peine sensibles.

L'enfant n'était pas mort, il n'était qu'asphyxié, quoiqu'il y eût déjà une heure que l'accouchement était terminé. Je pratiquai immédiatement l'insufflation pulmonaire, en introduisant l'air par l'ouverture antérieure des fosses nasales, et fermant la bouche avec la main qui était libre. L'air pénétra dans le poumon avec facilité, et au bout de quarante minutes, l'enfant était revenu à la vie et respirait seul; mais il était toujours froid.

Dans la journée, je le revis : il n'avait été réchauffé que très imparfaitement. Je fis alors quelques tentatives pour lui faire avaler quelques cuillerées soit de lait, soit de l'eau sucrée, dans laquelle j'avais ajouté un peu de vin de Bordeaux; mais dès que le liquide arrivait dans l'arrière-bouche, l'enfant, n'ayant pas la force de faire les mouvemens de déglutition, se pâmait, probablement à cause de l'entrée du liquide dans l'ouverture de la glotte.

Le lendemain, 11, je fis de nombreux essais, sans jamais réussir à faire entrer dans son estomac la plus petite quantité de liquides nutritifs; cependant j'étais convaincu que si j'avais pu l'alimenter un peu, les forces lui seraient venues, et la chaleur naturelle se serait développée. Je consultai avec soin tous les traités d'accouchement que je pus me procurer : tous étaient d'accord qu'il fallait se borner à réchauffer l'enfant en le frictionnant, etc. Mais dans aucun, je ne trouvai le moyen de l'alimenter, ce qui, selon moi, était une condition indispensable.

A six heures du soir, trente-six heures après sa naissance, il vivait encore; il était très faible. Je pensai alors à faire parvenir les liquides dans l'estomac, en les injectant au moyen d'une petite sonde en gomme élastique; et pendant que j'allais chercher les instrumens nécessaires, l'enfant mourut.

J'essayai sur le cadavre d'introduire la sonde dans l'œsophage, et de faire pénétrer de l'eau dans l'estomac; je réussis parfaitement, sans éprouver la moindre difficulté; et depuis ce moment, j'ai répété sur le cadavre plusieurs fois la même expérience, et toujours avec le même succès. Je ne l'ai pas fait sur le vivant, parce que je n'en ai pas eu l'occasion.

L'idée d'alimenter artificiellement les nouveau-nés atteints de faiblesse native me paraissait si simple, que j'étais étonné de ne la voir mentionnée dans aucun livre; je m'empressai alors de la signaler à l'Académie de médecine, et de publier un mémoire qui fut inséré dans l'Union Médicale, nos des 20 et 22 janvier 1852; j'espérais que quelque médecin, mieux placé que moi, tenterait ce que je n'avais pu qu'indiquer; j'étais même fâché de n'y avoir pas pensé plus tôt, pour l'utiliser dans le cas dont je viens de raconter l'histoire. Vous concevrez facilement comment l'idée d'employer la sonde œsophagienne chez les nouveau-nés qui ne peuvent ni boire, ni téter, m'est venue quand vous saurez que j'ai fait quelques travaux sur le cathétérisme œsophagien chez les aliénés, travaux qui sont consignés dans la thèse inaugurale de M. le docteur Émile Blanche, présentée et soutenue, le 25 août 1848, à la Faculté de médecine de Paris.

Devons-nous élever une discussion de priorité? Je ne le pense pas. Chacun de notre côté nous avons eu, à peu près à la même époque, une idée que nous croyons appelée à rendre de grands services à l'humanité. Le sort des États et des familles est souvent attaché à la vie d'un enfant; si, par nos efforts réunis, nous pouvons vulgariser une méthode aussi exempte de danger, et faire vivre des enfans destinés à mourir, nous serons assez récompensés.

Votre position de médecin en chef de l'hôpital des Enfans trouvés de la ville de Bruxelles, vous a donné le moyen d'expérimenter en grand votre procédé des injections nasales. Il est plus simple et plus facile que celui que j'avais proposé, il doit être préféré : je le mettrai en usage dès que l'occasion s'en présentera; mais je prévois qu'il faudra peut-être bien longtemps pour faire comprendre aux médecins, aux sage-femmes, et surtout aux parens, qu'il ne faut pas laisser mourir sans soins un nouveau-né trop faible pour téter ou boire. Depuis le mois de décembre 1851, j'ai constaté, sur une population de 7 à 8,000 âmes, trois décès par suite de faiblesse, bien que j'eusse prévenu les sage-femmes de me faire appeler si, dans leur clientèle, il naissait un enfant faible. J'ai constaté le décès; ces petits malheureux étaient morts d'inanition, ce qui malheureusement arrive bien souvent dans cet âge de la vie : il serait peut-être urgent d'obliger les sage-femmes à demander un médecin pour donner des soins à l'enfant qui naît dans les conditions énoncées plus haut.

Le conduit nasal sert à faire passer de l'air dans les poumons; il sert aussi à injecter des liquides dans l'estomac des nouveau-nés; cela paraît contradictoire, mais cela s'explique très bien : en effet, l'air est un fluide élastique qui remplit complètement les vases dans lesquels il est contenu et dont la pression s'exerce dans tous les sens; si cette pression est augmentée, il tend à s'échapper par la première ouverture qui se présente, quelle que soit sa position; dans l'espèce, c'est la glotte qui lui donnera passage, parce qu'elle est toujours ouverte, il pénétrera par conséquent dans le poumon. Si par la même voie on introduit doucement un liquide quelconque, de l'eau, du lait, par exemple, l'enfant étant couché, le liquide obéissant aux lois de la pesanteur, entrera dans l'œsophage et de là dans l'estomac. Cela est surtout vrai pour les nouveau-nés, qui sont presque passifs et ne réagissent nullement sur ce que l'on leur fait; mais il en est autrement pour les adultes, qui refusent absolument de manger : ils trouvent le moyen de rejeter par la bouche ce qu'on leur injecte par le nez, ainsi que j'ai eu souvent l'occasion de le voir pendant que j'étais interne à la maison impériale de Charenton.

Recevez, etc.

Dr Marchant (de Charenton),
Médecin-adjoint de l'École impériale vétérinaire d'Alfort.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Addition à la séance du 23 Mars 1853. — Présidence de M. Guersant.

Tumeur cancéreuse. — Valeur des ponctions exploratrices.

M. Marjolin présente une tumeur cancéreuse du sein qu'il vient d'enlever récemment sur une jeune femme, et s'exprime en ces termes :

Dans la séance du 16 février dernier, j'ai eu l'honneur de vous présenter plusieurs tumeurs enkystées qui occupaient le creux axillaire et remontaient jusqu'au-dessous de la clavicule; ces tumeurs qui, par leur aspect et leur développement, semblaient être de nature tuberculeuse, examinées par MM. Robin et Follin, ont présenté l'élément cancéreux dans toute sa pureté. Aujourd'hui, la malade est sortie de mon service entièrement guérie, quant à présent : mon intention étant de la suivre, j'aurai soin de vous mettre au courant de la récidive dès qu'elle se manifestera.

Aujourd'hui, je mets sous vos yeux une tumeur cancéreuse du sein, enlevée avant hier sur une femme jeune encore. Cette tumeur, qui n'a pu laisser aucun doute sur sa nature, soit par les symptômes qui ont accompagné son développement, soit par son aspect, lorsqu'on l'examine à l'œil nu, m'a présenté aussi au microscope des cellules cancéreuses. Mon intention, en vous la montrant aujourd'hui, n'est pas d'appeler votre attention sur un fait que, malheureusement, nous ne voyons que trop souvent, mais de vouloir démontrer quel peu d'utilité on peut retirer dans certains cas d'une ponction exploratrice faite dans l'intention d'obtenir suffisamment d'élément morbide pour en déterminer la nature à l'aide du microscope.

Le lendemain de l'opération, après avoir eu la précaution de conserver la tumeur dans une température égale, pour empêcher sa décomposition. A deux reprises différentes je l'ai traversée dans son plus grand diamètre, avec un petit trocart du volume de ceux qu'on emploie généralement dans les hydrocèles; j'avais eu la précaution de faire faire sur la canule sept ouvertures de 3 à 4 millimètres d'étendue, de manière à laisser un libre accès aux liquides ou aux tissus lorsque je viendrais à retirer le trocart.

La ponction n'a pu être faite que très difficilement, à cause de la dureté des tissus que je traversais; une première ponction n'a rien ramené, et à la seconde, M. Mandl, qui a bien voulu m'assister dans cette recherche, a eu beaucoup de peine à trouver assez de tissu pour en soumettre quelques parcelles au microscope.

En terminant, j'ajouterai que jamais les ponctions exploratrices ne pourraient être faites avec un trocart aussi volumineux sans exposer les malades à de très vives douleurs et à des accidens consécutifs souvent très graves.

Si j'ai agi de la sorte, c'est que je voulais voir si, même en exagérant la puissance des moyens, on aurait un résultat : l'expérience ne m'a laissé que des doutes. Que fût-il advenu si je me fusse servi ou d'un bistouri à lame étroite ou d'un véritable trocart explorateur? Très probablement il eût été impossible d'obtenir suffisamment de tissu pour en pouvoir faire l'analyse.

M. Gerdy considère ces ponctions exploratrices comme dangereuses, d'autant qu'on n'est jamais certain, dans ce cas, de ne pas rencontrer sous la pointe de l'instrument des vaisseaux ou des nerfs dont les rapports anatomiques entièrement changés ne permettent plus d'apprécier la position, et dont la lésion pourrait avoir pour les malades de graves conséquences.

M. Robert : Ce serait une tendance fâcheuse que de chercher à introduire dans la pratique l'usage des ponctions exploratrices qui sont loin d'être sans danger. Jusqu'à présent on ne pratique guère de ponctions exploratrices que dans des circonstances rares, particulièrement dans des cas de kystes ou de tumeurs molles, fluctuantes, d'un diagnostic douteux, et sur la nature desquelles il importe d'être éclairé avant de se déterminer à une opération. Mais dans les cas de tumeurs solides ces ponctions n'ont aucun avantage. Quant le chirurgien a affaire à une tumeur de ce genre, il puise les motifs de détermination autre part que dans les conditions locales purement anatomiques. Croire qu'on pourrait juger toutes les questions relatives au diagnostic des tumeurs par les ponctions exploratrices, ce serait, comme l'a dit avec autant de vérité que d'éloquence notre collègue M. Forget, dans une discussion récente, abaisser le niveau des études cliniques, et réduire la chirurgie à un art purement mécanique. Je dirai plus, ces ponctions ont souvent de très graves inconvéniens, et pour mon compte j'ai eu à regretter vivement d'y avoir eu recours dans une circonstance que voici. Je fus consulté par un jeune homme qui portait une tumeur du scrotum; la nature de cette tumeur me paraissant douteuse, je pratiquai une ponction exploratrice et je reconnus que j'avais affaire à un sarcocèle. Mais à peine cette ponction venait-elle d'être pratiquée, que ce jeune homme fut pris d'horripilation, il pâlit, son pouls se concentra, et il succomba quelques heures après. Ne pouvant m'expliquer la cause d'un événement aussi funeste, je demandai à faire l'autopsie; à l'ouverture du corps, on reconnut que ce jeune homme avait une tumeur cancéreuse du foie qui, sous l'influence du mouvement d'horripilation produit par la ponction, s'était fait jour à travers la paroi amincie de cet organe, dans la cavité abdominale.

M. Marjolin fait remarquer que la communication n'a pas eu pour objet d'engager les praticiens à faire des ponctions exploratrices; loin de là; puisqu'il résulte au contraire du fait qu'il vient d'exposer que

ces ponctions devraient, dans la majorité des cas, être au moins insuffisantes.

M. Richet se rappelle qu'étant interne à la Maison de santé, il a vu une ponction exploratrice dans un sac anévrysmal être suivie de la gangrène du sac.

M. Lallemand : Il m'est arrivé une fois d'avoir affaire à un malade porteur d'une double tumeur des testicules, que plusieurs chirurgiens avaient déclarés atteints de sarcocèle. L'examen le plus attentif ne put faire distinguer la moindre transparence ; de sorte que je comprenais très bien le doute où l'on pouvait être sur la nature de ces tumeurs. Les chirurgiens qui avaient été consultés avant moi, voulaient enlever ces deux testicules présumés cancéreux. Je m'y opposai, et bien m'en valut. Après avoir pressé le malade de questions, je finis par apprendre qu'il avait pu récemment accomplir les fonctions sexuelles. J'en conclus aussitôt que ces tumeurs étaient des hydrocèles et non point des sarcocèles. En effet, je pratiquai une ponction et il sortit aussitôt un liquide épais, visqueux, de couleur foncée, lie de vin. Le malade ne tarda pas à guérir.

Voilà donc un exemple où des considérations physiologiques ont été beaucoup plus puissantes et plus concluantes pour moi que l'examen de la tumeur.

Ce fait n'est peut être pas parfaitement afférent au sujet en discussion; mais j'ai cru devoir le rappeler pour faire voir qu'il est des circonstances où l'on puise des indications bien plus nulles dans l'examen général des fonctions que dans une exploration purement locale.

M. Demarquay a été témoin d'un accident analogue à ceux qui viennent d'être rappelés. A la suite d'une ponction exploratrice, il a vu dans un cas douteux d'hydrocèle une ponction exploratrice suivie de la gangrène du scrotum et de développement de gaz jusque dans les parois abdominales.

M. Giraldès : M. Robert est partisan des ponctions exploratrices (M. Robert fait un signe de dénégation) : Je dis que M. Robert est grand partison des ponctions exploratrices. Que dit-il en effet? que les ponctions exploratrices doivent être réservés pour les cas de diagnostic douteux, et il l'emploie dans les kystes, les tumeurs liquides, etc. Mais il est évident que ce n'est que pour les cas de diagnostic douteux que ces ponctions ont été proposées. Il n'y a donc à cet égard aucune différence entre lui et les partisans des ponctions exploratrices.

D'un autre côté M. Robert ne renonce pas à opérer des tumeurs reconnues cancéreuses. Mais on sait qu'après leur ablation, ces tumeurs récidivent et entraînent presque toujours la mort des malades plus rapidement que s'ils n'eussent point été opérés. Il est donc important de distinguer *à priori* si l'on a affaire ou non à un cancer, avant d'opérer. Or, ne fût-ce que pour distinguer le cancer récidivable des autres tumeurs, il est utile d'avoir recours aux ponctions exploratices.

M. Robert répète qu'il n'approuve les ponctions exploratrices que pour les tumeurs liquides. Pour les tumeurs solides, il les repousse absolument. Quant au cancer, malgré les recherches récentes des micrographes, il pense que tant qu'on en sera réduit à dire qu'il est presque toujours récidivable, et jusqu'à ce qu'on en soit venu à supprimer ce *presque toujours*, on persistera à opérer.

M. Forget : La Société de chirurgie se rappelle le récent débat qui a eu lieu dans son sein au sujet des tumeurs fibro-plastiques; elle sait comment à propos du diagnostic du cancer et de sa tumeur la question de l'utilité des ponctions exploratrices a été introduite dans cette discussion. Elle a pu apprécier les motifs qui vous ont conduits à repousser cette méthode d'examen et à lui refuser tout degré de certitude pour le cas particulier qui était le sujet du débat. Or, je ne sache pas qu'aucun argument ait été mis en avant qui soit de nature à infirmer notre manière de voir; et on aurait mauvaise grâce de vouloir faire accepter le procédé d'exploration dont il s'agit, lorsque M. Lebert lui-même l'a repoussé comme un moyen dangereux et pouvant déterminer des accidens inflammatoires sérieux.

Quant à vouloir y recourir comme le conseille M. Giraldès, dans le but de reconnaître si une tumeur est cancéreuse, et avec l'intention de ne pas opérer le malade qui porterait une semblable tumeur, l'expérience ayant appris, dit-il, que les cancéreux que l'on ne soumet pas à l'opération vivent plus longtemps que ceux qui la subissent, je ferai remarquer que si ce conseil était suivi, on appliquerait la ponction précisément aux produits pathologiques qu'il importe le plus de ne pas léser. Ne sont-ce pas en effet les tumeurs cancéreuses dont le développement fatalement funeste est surtout accéléré par cette sorte de ponctions exploratrices? Or, les employer en pareil cas, ne serait-ce pas faire perdre aux malades le privilége dont notre collègue prétend qu'ils sont en possession tant qu'ils n'ont pas été opérés, celui de voir leur existence se prolonger au-delà du terme qu'atteignent en général ceux qui l'ont été. A défaut de toute autre considération, cette dernière suffirait à elle seule à déterminer le chirurgien à lui faire repousser un semblable moyen de diagnostic.

M. Larrey a en ce moment au Val-de-Grâce un malade auquel il devra incessamment pratiquer l'amputation de la cuisse pour une tumeur siégeant dans cette région. Il a voulu, avant de se décider à l'amputation, pratiquer une ponction exploratrice ; eh bien ! il déclare qu'à dater de ce moment la tumeur a fait des progrès beaucoup plus rapides, qu'elle est devenue le siége de douleurs lancinantes, qui rendent l'amputation urgente. Mais cette amputation qu'il se trouve dans la nécessité de faire maintenant sera faite dans de bien plus mauvaises conditions que s'il l'eût pratiquée avant cette exploration, et avec des chances très probables de récidive.

M. Huguier a été témoin du fait suivant à l'époque où il était interne dans le service de M. Maury. Un malade portait une tumeur au bassin ; il pensa que c'était un lipome ; ce fut aussi l'opinion des chirurgiens qui furent consultés. Cependant, comme il y avait encore quelque sujet de doute, on prit le parti de pratiquer une ponction exploratrice. La ponction donna issue à un liquide séreux, transparent, semblable aux collections qui résultent d'une lésion osseuse. Le lendemain le malade fut pris d'un violent accès de fièvre ; il survint un érysipèle : trois jours après il succombait avec des symptômes de résorption purulente. A l'autopsie on reconnut qu'on avait eu affaire à un abcès symptomatique d'une carie des os des îles.

M. Giraldès : M. Forget, pour avoir le plaisir de me réfuter, a adopté un système auquel on ne recourt que trop souvent; il me fait dire ce que je n'ai point dit. J'ai dit que s'il était vrai qu'il y eût une plus grande chance de mort après l'ablation du cancer qu'avant, il pourrait être utile de faire des ponctions exploratrices pour distinguer les tumeurs récidivables de celles qui ne le sont pas.

Quant au danger des ponctions exploratrices, je suis loin de le méconnaître, d'autant plus que j'ai été témoin d'une exploration faite pour une tumeur du foie, qui fut suivie d'une mort rapide par épanchement de sang dans l'abdomen.

M. Forget : Je n'ai nullement usé, envers M. Giraldès, du système qu'il me prête. J'ai pris ses prémisses et j'ai fait voir qu'avec ces prémisses on pouvait arriver à des conséquences différentes de celles qu'il en a tirées. Voilà tout.

La parole est à M. Lallemand pour une communication.

De la coagulation du sang dans les artères à l'aide du perchlorure de fer.

M. Lallemand rend compte en ces termes des expériences que M. Pravaz a pratiquées sous ses yeux, à Lyon, pour obtenir la coagulation instantanée du sang dans les artères.

Voyant que l'électro-puncture, pratiquée d'ailleurs dans quelques cas avec succès par M. Pétrequin, avait quelques inconvéniens, indépendamment de ce qu'elle exige de la part de l'opérateur des connaissances physiques et une certaine habitude de manier les instrumens, que n'ont pas tous les chirurgiens, M. Pravaz a eu l'idée de faire quelques expériences avec le perchlorure de fer, auquel il a reconnu la propriété de coaguler instantanément le sang. Voici quel a été le résultat de ses expériences.

On se sert, pour ces expériences, de perchlorure de fer au maximum de concentration, dont on injecte quelques gouttes dans le vaisseau dans lequel on veut obtenir la coagulation. Cette injection se fait avec un trois-quarts très délié, en or ou en platine, d'un diamètre qui dépasse à peine celui d'une aiguille, et que l'on introduit très obliquement, à travers les parois de l'artère, par un mouvement de vrille. A ce trois-quarts est ajustée une petite seringue dont le piston est à pas-de-vis, de telle sorte que l'injection s'opère sans secousses, goutte à goutte et de manière à ce que la quantité de liquide injecté puisse être mesurée avec précision. Chaque tour de vis laisse échapper deux gouttes de liquide. Pendant qu'on pratique cette injection, la circulation est momentanément arrêtée dans le vaisseau à l'aide d'une compression au-dessus et au-dessous.

La première expérience a été faite sur un mouton adulte. L'artère carotide ayant été mise à nu, la circulation fut interrompue par une compression exercée avec le pouce et l'indicateur, en deux points distans l'un de l'autre de 4 à 5 centimètres environ. La quantité de sang contenue dans cet espace pouvait être évaluée à une cuillerée. La ponction fut pratiquée comme il vient d'être dit, et trois ou quatre gouttes de perchlorure de fer furent injectées. Aussitôt après cette injection, on sentit le caillot se former sous le doigt très rapidement. Au bout de quatre minutes, on cessa toute compression; le caillot était solide et parfaitement maintenu. Ce mouton n'a été sacrifié que deux mois après (au moment du départ de M. Lallemand); le calibre de l'artère fut trouvé hermétiquement oblitéré par un vaisseau dur, consistant et adhérant fortement aux parois du vaisseau.

Les expériences suivantes, pratiquées sur des chevaux, sont bien plus concluantes encore.

Sur un premier cheval, la circulation fut interrompue dans l'artère carotide, dans une étendue de 8 centimètres, pouvant contenir environ cinq cuillerées de sang. On injecta six à huit gouttes de sel de fer. Après quatre minutes, on cessa l'une des compressions, la plus éloignée du cœur; le caillot parut d'abord un peu mollasse; mais il se durcit si bien, qu'après cinq minutes, il avait la dureté d'une olive. On cessa alors la compression du côté du cœur. Malgré le flux impétueux du sang, le caillot resta en place, et il résista ainsi aux coups de piston du cœur pendant cinquante-six minutes. Au bout de ce temps, l'animal ayant été sacrifié, la portion d'artère soumise à l'expérience fut enlevée et fendue, et on trouva la surface interne dépolie et présentant des granulations et des stries longitudinales dans toute l'étendue occupée par le caillot.

Sur un autre cheval la même expérience eut identiquement les mêmes résultats. Celui-ci ne fut sacrifié qu'au bout de dix jours, afin de mieux suivre les diverses phases du phénomène de l'oblitération. L'animal parut bien portant durant ces dix jours. On constata, dans cet intervalle, que la dureté du caillot paraissait s'étendre de plus en plus au-dessus et au-dessous du noyau primitif. Lorque l'animal fut abattu, on trouva dans l'artère trois caillots distincts qui l'oblitéraient dans une étendue de 25 cent., ou plutôt le caillot primitif était surmonté à chacune de ses faces supérieure et inférieure d'un caillot de forme conique.

Jusqu'ici, ajoute M. Lallemand, il n'a pas été fait d'application de ce moyen sur l'homme. Mais, si l'on considère que chez le cheval on a obtenu dans une artère aussi volumineuse que la carotide et aussi voisine du cœur, un caillot oblitérant, en quelques minutes et à l'aide de quelques gouttes seulement de perchlorure de fer, tout porte à présumer qu'on obtiendrait le même résultat chez l'homme. Sans doute, il faut tenir compte de l'inégalité de plasticité du sang; les conditions ne sont pas les mêmes chez les animaux et chez l'homme sous se rapport; mais si le sang de l'homme est moins plastique, en revanche il y a une différence entre lui et le cheval pour le calibre des artères et pour la force d'impulsion du cœur; et il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que les conditions dans lesquelles cette opération serait pratiquée chez l'homme, c'est-à-dire l'existence d'un sac anévrysmal dans lequel vient s'aboucher l'orifice rétréci de l'artère, sont autrement favorables à la coagulation du sang et à la stabilité du caillot, que la forme cylindrique d'une artère à l'état normal, telle qu'elle se trouvait chez les animaux soumis à l'expérimentation.

Enfin, en comparant la facilité et la simplicité de cette opération avec la gravité et les difficultés, souvent si grandes, de la ligature dans certaines régions, je suis porté à croire, dit M. Lallemand, en terminant, que ce procédé est appelé à réaliser dans le traitement des anévrysmes le même progrès que la lithotritie dans le traitement des calculs de la vessie.

C'est aux jeunes chirurgiens particulièrement que je m'adresse pour les engager à tenter ce moyen.

M. Debout pense qu'il ne suffirait pas, dans un cas d'anévrysme, chez l'homme, de former un calliôt, pour en obtenir la guérison. Il est fondé à émettre cette opinion par les faits qu'il lui a été donné d'observer. Il a fait, il y a quelques années, avec M. Pétrequin, dans le service de M. Robert, une application d'électro-puncture, avec la précaution de ne pas interrompre le courant, afin de prévenir les douleurs vives auxquelles ces interruptions donnent lieu. Or voici ce qui est arrivé. Il a obtenu un caillot du volume d'un œuf. Mais malgré cette condition, en apparence si heureuse, l'opération échoua. Pourquoi? le voici. Comme il ne s'était point développé d'inflammation dans les parois du sac, consécutivement à l'application de l'électro-puncture, le caillot n'ayant aucune adhérence avec ces parois, fut dissous au bout de quelque temps. Il fallut plus tard recourir chez ce malade à la ligature. M. Debout a cru devoir conclure de ce fait, qu'il ne suffit pas pour obtenir l'oblitération définitive d'une artère anévrysmatique, d'obtenir plus ou moins rapidement un caillot, mais qu'il faut, en outre, obtenir un certain degré d'inflammation des parois artérielles qui fasse adhérer ce caillot et le maintienne définitivement dans le point où il a été formé. Il a eu depuis l'occasion de vérifier expérimentalement l'exactitude de ce fait, chez un malade qu'il a présenté à la Société de chirurgie, et chez lequel l'oblitération n'eut lieu que plusieurs jours après l'application de l'électro-puncture, et consécutivement à l'inflammation développée dans le sac, alors que le défaut de coagulation immédiatement après l'opération avait pu faire croire un instant qu'on avait échoué.

L'inflammation des parois artérielles paraît donc à M. Debout la condition essentielle de l'oblitération.

M. Lallemand fait remarquer qu'il y a une différence entre le procédé dont il vient d'entretenir la Société et celui dont vient de parler M. Debout. Avec l'électro-puncture la formation du caillot est lente, relativement du moins; elle est extrêmement rapide au contraire et presque instantanée avec le perchlorure de fer. Le sang semble être arrêté là immédiatement, comme à la suite d'une ligature. Du reste les expériences qu'il vient de rapporter ne sont point en contradiction avec les faits dont parle M. Debout, car il a remarqué, en détachant le caillot lentement et avec précaution, qu'il y avait déjà des pellicules, de petites fausses membranes qui annonçaient un travail d'adhésion commençant, ce qui faisait penser que si l'animal avait vécu plus longtemps, il y eût eu probablement une adhérence très solide du caillot.

M. Demarquay dit n'avoir pu obtenir la coagulation du sang par l'électro-puncture, dans quelques expériences qu'il a tentées à cet effet. Mais il se rappele avoir, à cette occasion, consulté sur ce sujet M. Pouillet, il y a environ dix-huit mois; ce savant professeur lui dit alors que, dans son opinion, il n'y avait que des injections de sels de fer qui pourraient amener un résultat satisfaisant.

Ce n'est pas une réclamation de priorité en faveur de M. Pouillet, que veut faire M. Demarquay en rappelant cette circonstance; il a voulu simplement invoquer, à l'appui des faits exposés par M. Lallemand, une opinion d'une grande autorité.

MM. Robert et Gerdy présentent encore quelques courtes réflexions, que le bruit des membres sortans ne nous permet pas d'entendre.

La séance est levée à six heures moins un quart.

AVIS.

A dater du 15 avril prochain, les bureaux de l'Union Médicale seront transférés *rue Saint-Georges, n° 12*. C'est à cette nouvelle adresse que devra parvenir tout ce qui concerne l'*administration* du journal.

Tout ce qui concerne la *rédaction*, devra continuer à être adressé à M. le docteur Amédée Latour, 56, *faubourg Montmartre*.

COURRIER.

Encore un département dans lequel les médecins recourent à l'association protectrice et prévoyante. Nous recevons aujourd'hui les statuts de l'*Association des médecins du Calvados*, qui a dû se constituer dans les derniers jours de mars. Courage !

— Le docteur Fernandez, professeur à Madrid, vient de mourir subitement d'une manière extraordinaire. Étant entré chez un client, il s'approche du feu en disant : J'ai froid. A peine a-t-il prononcé ces paroles qu'il tombe mort.

— Le budget de la Faculté de médecine de Strasbourg a été rétabli tel qu'il était avant 1848.

Le crédit pour les abonnemens aux publications périodiques, réduit à 200 fr., a été reporté à 800 fr.

Les appointemens des gens de service ont été ramenés à leur ancien taux.

Un crédit de 1,500 fr. a été alloué pour l'établissement d'une École pratique. Depuis 1840 ce crédit avait été vainement demandé.

La Faculté de médecine de Strasbourg a adressé à M. le ministre de l'instruction publique l'expression de sa vive reconnaissance.

—M. Piorry, professeur de la Faculté de médecine, commencera son cours de clinique médicale de la Faculté, à l'hôpital de la Charité, le mercredi 6 avril 1853, et le continuera, pendant le semestre d'été, les jours impairs (lundi, mercredi, vendredi) de chaque semaine.

La visite des malades aura lieu à huit heures du matin, et la leçon à neuf heures.

— M. Baillarger commencera son cours de clinique sur les maladies mentales à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 10 avril, à 9 heures du matin, et le continuera tous les dimanches à la même heure.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltestete Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 41. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 7 Avril 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............ 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 6 AVRIL 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous exprimons le regret de n'avoir pu entendre le rapport lu, hier, par M. Michel Lévy, au nom de la commission des épidémies, sur les épidémies de la France, en 1850. Les mauvaises dispositions acoustiques de la salle des séances, l'organe voilé de l'orateur, l'agitation qui régnait dans l'assemblée, à cause des scrutins qui avaient lieu pendant cette lecture, nous ont empêché de saisir quoi que ce soit de ce rapport. Dans la courte discussion qui l'a suivi, nous avons compris que M. Michel Lévy donnait d'excellens conseils aux commissions futures, pour élever ces rapports sur les épidémies au rang des travaux les plus utiles qui sont confiés à l'Académie de médecine. Il voudrait aussi que l'administration prît des mesures efficaces pour être renseignée sur l'état de la santé publique de tous les points de la France, afin que l'Académie pût, tous les ans, dans ses rapports d'ensemble, présenter le tableau pathologique du pays. Des tentatives ont été faites dans ce sens, M. Lévy ne l'ignore pas. L'institution des comités d'hygiène dans tous les arrondissemens, fondée en 1848, indiquait précisément, comme une de ses raisons d'être, le motif qu'invoque de nouveau le savant académicien. Malheureusement, on laisse s'allanguir et périr cette institution, qui pouvait rendre de si grands services. L'administration, qui trouve légitime de rémunérer, ou du moins d'indemniser toutes les autres branches des services publics, se montre d'une parcimonie extrême en ce qui concerne les services du corps médical. On a demandé beaucoup, immensément, aux comités d'hygiène, mais on n'a rien prévu pour indemniser leurs membres, en raison des frais de déplacement, pas même des petits frais de bureau indispensables. Aussi M. Lévy nous pardonnera de ne pas partager toutes ses généreuses illusions à l'endroit des *desiderata* qu'il a fait connaître. Une triste expérience nous a appris que l'organisation de la santé publique, en France, est une œuvre colossale que les plus beaux rapports académiques seront impuissans à provoquer.

La discussion a été ouverte sur les dernières communications de M. Cruveilhier, relatives à l'atrophie musculaire progressive. Après quelques explications demandées par M. Roux, sur ce que devenait le système musculaire de la vie organique au milieu de cette désorganisation générale des muscles de la vie de relation, M. Bouvier a fait un discours étendu que nous donnons presque en entier dans notre compte-rendu. L'heure avancée n'a pas permis de continuer la discussion. Nous attendrons la prochaine séance pour résumer nos appréciations.

Amédée LATOUR.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

NOUVELLE MÉTHODE DE RÉSECTION DES NERFS DE LA FACE; — MÉTHODE PAR EXTRACTION;

Par M. le docteur L. BEAU, chirurgien-major de la marine, chef des travaux anatomiques à l'École de médecine navale du port du Toulon.

I. DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES NÉVRALGIES CONSIDÉRÉ EN GÉNÉRAL.

Certaines névralgies peuvent sans contredit être rangées dans la classe des maladies les plus graves, au point de vue de la violence des douleurs quelles occasionnent et de leur incurabilité quelquefois absolue dans l'état actuel de la science.

Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer des affections de ce genre datant de vingt-cinq à trente années, contre lesquelles les malades ont épuisé vainement toutes les ressources de la médecine et les innombrables moyens du charlatanisme; jusqu'à ce qu'enfin, à bout de résignation, ces malheureux, désespérés, préfèrent le suicide à la persistance indéfinie de leurs maux. Aussi, peut-on soutenir cette opinion, en apparence paradoxale : les affection névralgiques invétérées sont d'autant plus cruelles, qu'elles ne compromettent pas directement l'existence.

Parmi ces maladies, parfois si redoutables, et qui n'épargnent pas plus les nerfs viscéraux que ceux de la vie de relation, celles qui siégent à la face se distinguent, tant par leur fréquence et leur gravité relatives que par l'obstacle que quelques-unes opposent, dans un degré élevé, à l'accomplissement des fonctions des principaux organes des sens, et notamment à l'acte de la vision et à la mastication. A ce double titre, l'étude des névralgies faciales est plus particulièrement digne de fixer l'attention des médecins.

L'intérêt si puissant qui s'attache à l'étude de ces névralgics, et bien plus encore, les circonstances exceptionnelles au milieu desquelles je me suis trouvé dans ces derniers temps, m'ont déterminé à m'occuper d'une manière toute spéciale de ce point scientifique. Placé, en effet, auprès d'un chirurgien en chef de la marine, M. J. Roux, dont les nombreuses opérations sur les deux branches maxillaires du trijumeau ont été faites presque toutes sous mes yeux, et passant mes journées entières dans un amphithéâtre où les sujets d'expérience ne font pas défaut, j'ai été naturellement porté à réfléchir sur les affections névralgiques trifaciales, à essayer sur le cadavre l'application de mes déductions théoriques et à livrer enfin à la publicité les résultats auxquels je crois être arrivé.

Ce qui précède doit faire prévoir déjà que j'envisagerai les névralgies à un point de vue exclusivement chirurgical; il ne peut donc être question ici que de ces affections parvenues à cette période avancée où tous les moyens internes ou médicaux ont échoué.

Dans ces circonstances extrêmes, la chirurgie doit être nécessairement invoquée.

Nous ne referons pas, à propos de la thérapeutique chirurgicale des névralgies, un historique qu'on rencontre dans la plupart des ouvrages spéciaux. Nous ne reproduirons ni le fait si connu d'André, (1) ni celui plus récent de M. Warren, (2) ni ceux que MM. Bérard, (3) Bonnet de Lyon, et quelques autres auteurs ont publiés de nos jours; ni enfin les observations pleines d'intérêt que M. J. Roux vient de faire paraître il y a quelques mois à peine (4). Nous dirons seulement que l'impression qui nous est restée de la lecture de toutes les relations rapportées dans les livres et de l'observation directe des faits, a été celle-ci : incertitude plus ou moins absolue touchant le résultat de ces diverses opérations, et conséquemment, impossibilité d'assurer, encore aujourd'hui, au malade soumis à un moyen violent, la cure radicale.

La récidive, en effet, a eu lieu à la suite de toutes les méthodes essayées jusqu'à ce jour : cautérisation, section ou résec-

(1) Valleix, *Traité des névralgies*, p. 202.
(2) Lisfranc, tome III, p. 242.
(3) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, année 1835, p. 442.
(4) *Union Médicale*, octobre 1852.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,
professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

XII.

De la médecine et des médecins dans l'intervalle qui s'écoule entre la mort d'Hippocrate et la fondation de l'école d'Alexandrie.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

Autour des grands médecins dont nous venons de tracer l'histoire très abrégée, se groupent d'autres hommes qui, moins célèbres, ont cependant laissé une certaine réputation. Parmi eux, il faut compter :

Prodicus ou Hérodicus, pour lequel Galien témoigne de l'estime, mais à qui il reproche la manie de vouloir changer le langage reçu.

Dexippe, de Cos, qui avait écrit plusieurs livres sur la prognose. Il soutenait que les boissons passaient directement dans les poumons, et que l'épiglotte servait seulement à empêcher la pénétration des alimens dans les voies respiratoires. Les progrès de l'anatomie ont mis fin aux interminables discussions des anciens sur ce sujet.

Pétron, célèbre par ses excentricités médicales. Était-il appelé auprès d'une personne atteinte de fièvre, il commençait par accumuler sur le malade un grand nombre de couvertures pour augmenter la chaleur et la soif; puis il lui faisait prendre, tout d'un coup, une très grande quantité d'eau froide, jusqu'à ce que la sueur survînt. Si elle n'arrivait pas, il ajoutait à l'eau froide une certaine quantité de sel, de manière à provoquer des évacuations alvines. Lorsque le malade entrait en convalescence, il lui donnait à manger tout d'abord une grande quantité de viande. Beaucoup de personnes, à ce qu'il paraît, se mettaient entre les mains de Pétron. Galien s'élève avec énergie contre une pareille pratique, la qualifiant avec raison de monstrueuse. On voit par là que, dans tous les temps, il y a eu des hommes qui, soit par bizarrerie de caractère, soit par amour de la célébrité, soit pour un autre motif moins avouable, ont pris le contre-pied de la pratique universelle, et se sont jetés dans les excentricités les plus étranges et les plus blâmables. Ensuite viennent :

Philotinus, disciple de Praxagoras, qui lui inspira le goût de l'anatomie;

Plistonicus, qui comparait la digestion des alimens à un travail de fermentation, ce dont il trouvait la preuve dans le dégagement de bulles de gaz à la surface de la matière alimentaire en élaboration;

Agtigène, dont Galien parle avec éloges;

Eudème, qui précéda immédiatement Hérophile, et travailla même avec ce célèbre anatomiste. Il émit sur la structure des glandes et leurs usages des idées beaucoup plus exactes que celles qui avaient cours avant lui. C'est Eudème qui, en même temps qu'Hérophile, découvrit les conduits excréteurs des glandes salivaires;

Mnésithée, d'Athènes, qui jouit de son temps d'une grande réputation;

Dieuchès, qui écrivit spécialement sur l'hygiène;

Enfin Medicus, Aristogène et Métrodore, tous trois disciples de Chrysippe.

Pendant cette période intermédiaire à Hippocrate et à la fondation de l'école d'Alexandrie, les dogmes hippocratiques sont peu à peu ébranlés. Éclairés par les progrès de l'anatomie et de la physiologie, les médecins n'accordent plus une confiance entière et absolue aux doctrines d'Hippocrate.

En même temps, un événement majeur se prépare, qui ne portera pas ses fruits sur-le-champ, mais qui doit, dans un avenir plus ou moins éloigné, ébranler la médecine jusqu'en ses fondemens. Pour ce grand événement, tout est prêt. A mesure qu'on s'éloigne des temps hippocratiques, on voit les médecins entrer de plus en plus dans la voie des recherches anatomiques. Mais ces recherches sont rares, ne se font d'une manière suivie et surtout avouée que sur les animaux. L'organisation humaine est étudiée d'une manière exceptionnelle, à la dérobée, sous le voile du mystère, sous l'impression de la crainte, ce qui rend cette étude incomplète et souvent fautive. Mais l'idée d'étudier l'homme sur l'homme, fait de plus en plus des progrès. Elle est pour ainsi dire dans l'air, et, comme toute idée arrivée à maturité, il faut qu'elle passe bon gré mal gré à l'état de fait. Mais où sera la force capable de fouler aux pieds les préjugés populaires, et de vaincre la répugnance du commun des médecins? Où sera l'agent d'impulsion qui poussera toute une génération médicale dans la voie de l'anatomie humaine? Sera-ce un philosophe, un savant, un médecin? Non. Ce sera... qui? Un guerrier, un capitaine d'Alexandre, un roi.

A peine assis sur le trône d'Égypte, portion d'un vaste empire démembré, et dont il s'était emparé par la force des armes, Ptolémée-Soter dépose son épée victorieuse et se dévoue désormais tout entier aux progrès des connaissances humaines. Sous son influence, Alexandrie devient la rivale d'Athènes. Il y appelle des médecins, des philosophes, des littérateurs, des savans, des illustrations de tous les pays; il les prie, les sollicite de venir décorer et embellir, par leur présence, cette ville d'Alexandrie, que, dans sa noble et généreuse ambition, il veut faire la première capitale du monde. Il les loge dans son propre palais, les admet à sa table royale, leur fournit des livres, rassemble de toutes parts des collections de plantes et d'animaux auxquelles il ouvre ses vastes appartemens qu'il transforme ainsi en un véritable musée de botanique, de zoologie et d'anatomie comparée. A côté de la fameuse bibliothè-

tion. Le procédé de M. J. Roux, le plus habilement combiné sans contredit, ne met pas, lui-même, à l'abri de tout insuccès, puisque, dans un cas (obs. Dauphin), l'affection, s'étant reproduite, sur l'extrémité radiculaire du nerf, il est vrai, a exigé une nouvelle opération qui a échoué une seconde fois; dans une autre circonstance (obs. de Vars), on n'a pu obtenir aucune amélioration, et enfin chez la plupart des malades (obs. Dauphin, Julien et Camous), la sensibilité normale étant complètement revenue, quelques mois après l'opération, dans les parties d'abord paralysées par la résection nerveuse, rien ne prouve que la sensibilité morbide, la névralgie en un mot, ne pourra pas, à une époque plus ou moins éloignée et sous l'influence d'une cause quelconque, apparaître de nouveau.

A quoi peuvent tenir ces résultats fâcheux ou incertains? Dans la plupart des cas, ils sont dus à la reproduction du tissu nerveux entre les deux bouts du nerf, réséqué dans une étendue insuffisante; reproduction, d'ailleurs, que l'histologie nous démontre, en s'appuyant sur le microscope, ce moyen si puissant d'investigation (1), et que prouvent des faits chirurgicaux nombreux et solidement établis aujourd'hui.

La science une fois définitivement fixée sur la cause des récidives, après les résections nerveuses, on a dû naturellement se demander, dans le but d'éviter cet accident, quelles limites exactes peut atteindre le travail régénérateur dans les nerfs?

Lisfranc semble avoir résolu tout récemment cet important problème; se fondant, en effet, sur ses propres expériences et sur celles de Swan et Michaëlis, cet auteur est conduit à admettre, dans son traité de médecine opératoire (2), qu'on ne peut être assuré de l'impossibilité de la formation d'un tissu nerveux intermédiaire aux deux bouts des nerfs réséqués, et partant, du retour des fonctions conductrices de ces nerfs, que dans le cas seulement où on en a extirpé 34 à 41 millimètres (15 à 18 lignes).

Evidemment, dans les divers procédés dirigés jusqu'ici contre les névralgies faciales, on ne détruit pas les branches nerveuses dans toute l'étendue exigée par le célèbre chirurgien de la pitié; M. J. Roux lui-même ne nous paraît pas produire le plus souvent une perte de substance aussi considérable. Mais, en supposant d'ailleurs qu'une destruction de 15 à 18 lignes ait pu être réellement obtenue par M. J. Roux, le retour de la sensibilité normale, fait presque constant après ses résections, nous obligerait alors à penser que la nature, plus puissante que ne le croyait Lisfranc, peut combler, dans les cordons nerveux, des lacunes plus considérables encore, et qu'il ne faut pas même se contenter, dans les opérations qui nous occupent, de l'étendue de nerf exigée par cet auteur. C'est là, d'ailleurs, une opinion déjà émise, peut-être même avec exagération, par M. le docteur Vergez, ex-prosecteur de la Faculté de Montpellier, dans son excellente thèse inaugurale: « Il ne serait pas étonnant, dit cet habile expérimentateur, qu'on rencontrât chez l'homme des régénérations de 8 à 10 centimètres (3). »

En définitive, l'incertitude dans laquelle la prudence commande de demeurer encore, relativement aux limites précises que peut atteindre le travail régénérateur dans les cordons nerveux, nous conduit nécessairement à cette conclusion chirurgicale: la résection étant la seule méthode qui offre des garanties réelles de succès contre les névralgies, ces garanties seront en raison proportionnelle de l'étendue réséquée du nerf douloureux.

De là découle logiquement ce précepte pratique qui nous semble devoir dominer aujourd'hui toutes ces opérations: une résection nerveuse doit comprendre la plus grande longueur possible du nerf malade.

Relativement aux névralgies faciales dont nous nous occuperons spécialement ici, un seul procédé, celui de M. Malgaigne pour le nerf sous-orbitaire (1), nous paraît réaliser cette importante condition; cet auteur, le premier, en effet, a songé à atteindre ce cordon nerveux dans la profondeur de la cavité orbitaire elle-même par une jonction sous-cutanée, et à l'entraîner ensuite au dehors par la joue.

Accordant aussi sans hésitation la supériorité à ce procédé de M. Malgaigne contre la névralgie sous-orbitaire, nous avons cherché à l'élever au rang d'une méthode générale, applicable à tous les nerfs contenus dans des canaux ou des cavités osseuses, qui ne permettent pas de les découvrir dans toute l'étendue qu'il est nécessaire de sacrifier, et plus particulièrement à deux des principales branches du trifacial, les nerfs sus-orbitaire et dentaire inférieur. On jugera, par la suite de ce travail, si nous avons atteint notre but.

II. Résection du nerf frontal dans la cavité orbitaire; extraction de la partie excisée de ce nerf.

§ 1. — Considérations anatomiques.

On enseigne en anatomie que le trou surcilier occupe le point de réunion du tiers interne avec le tiers moyen de l'arcade orbitaire.

Cette donnée, quelque exacte qu'elle soit d'ailleurs sur le squelette, a l'inconvénient grave de ne pas être facilement appréciable sur un sujet frais; les apophyses orbitaires externe et interne se continuant, en effet, sans ligne de démarcation sensible, avec l'os jugal d'une part et le lacrymal de l'autre, il est difficile de distinguer exactement, à travers les parties molles, les limites de l'arcade obitaire du frontal.

Aussi avons-nous pensé qu'il ne serait pas inutile de rechercher un mode de mensuration plus chirurgical, pour fixer d'une manière précise sur le vivant la situation du trou surcilier. Des observations nombreuses nous permettent d'avancer que cet orifice osseux ou osséo-fibreux correspond au milieu d'une ligne horizontale passant par le point le plus élevé de l'arcade orbitaire, et bornée latéralement par deux lignes parallèles, l'une constituée en dedans par la ligne médiane, l'autre représentée en dehors par une verticale élevée de l'angle externe des paupières.

Ceci posé, il nous suffira de rappeler que le nerf sus-orbitaire ou frontal externe se divise immédiatement après son émergence en filets palpébraux et frontaux. Les branches frontales, véritable continuation du tronc sous le rapport du volume, se dirigent obliquement en haut et en dehors, accolées pour la plupart à la face profonde des muscles de la région fronto-orbitaire et séparées seulement du péricrâne par ce tissu cellulaire séreux, très délié, qui partout unit si lâchement la calotte fibro-musculaire épicrânienne à la membrane périostique.

(La suite au prochain numéro.)

(1) Henle, *Anatomie générale*, tome II, p. 330. — Mandl, *Anatomie générale*, p. 164. — Vergez, thèse de Montpellier, 1842. — Brown-Séquard, *Gaz. méd.*, 1849, p. 880. — Waller (de Bonn), *Gaz. méd.*, 1852, p. 228 et 335.

(2) Lisfranc, tome III, p. 211 et 215.

(3) Montpellier, thèse citée, p. 45.

(1) *Manuel de médecine opératoire*, 4e édition, p. 153.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

RECHERCHES ÉLECTRO-PHYSIOLOGIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LE DIAPHRAGME;

Mémoire présenté à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine,

Par M. le docteur Duchenne de Boulogne (1).

(DEUXIÈME PARTIE.)

Causes. — Toutes les causes qui abolissent ou diminuent l'action musculaire peuvent exercer leur influence sur le diaphragme. Bien que les faits rapportés dans ce travail soient en petit nombre, il en ressort déjà que le diaphragme a été atteint dans l'atrophie musculaire progressive (obs. I, II), dans la paralysie saturnine (obs. III, IV, V), dans la paralysie hystérique (obs. VI), dans la péritonite et l'empyème (obs. VII, VIII), et dans d'autres épanchemens pleurétiques dont la nature n'a pu être déterminée.

L'inertie ou l'interruption de la contractilité du diaphragme sera sans aucun doute observée soit dans d'autres espèces de paralysie, soit comme complication ou point de départ de quelques affections thoraciques, maintenant surtout que les signes de l'inertie du diaphragme sont bien établis.

Diagnostic. — Je ne sache pas qu'il existe une autre cause que le défaut d'action du diaphragme qui puisse rendre raison de la perversion de l'isochronisme des mouvemens de dilatation ou de resserrement du thorax et de l'abdomen, pendant la respiration. Ces phénomènes sont donc les signes pathognomoniques de l'inertie du diaphragme, occasionnée par l'atrophie ou la paralysie de ce muscle. Il serait facile, si cela était nécessaire, de démontrer que c'est bien le diaphragme qui alors ne se contracte pas, en dirigeant l'excitation électrique sur le nerf phrénique; car on verrait immédiatement l'abdomen se soulever en même temps que la poitrine, pendant l'inspiration forcée que ferait le malade. Ce signe diagnostique fourni par l'exploration électro-musculaire, doit manquer rarement, car dans la paralysie du diaphragme, la contractilité électrique de ce muscle est normale, et, d'autre part, il faudrait que l'atrophie du diaphragme fût arrivée à un degré bien avancé pour qu'il ne se contractât pas, quand on excite le nerf qui l'anime.

On est certainement déjà très avancé dans son diagnostic, quand on a reconnu que le diaphragme ne fonctionne plus ou fonctionne mal; mais il reste encore à déterminer s'il est atrophié ou paralysé. Dans ce dernier cas, quelle est la cause ou la nature de la paralysie?

Puisqu'il paraît ressortir des observations d'atrophie progressive que j'ai recueillies (une soixantaine), que le diaphragme n'est pas atteint le premier dans cette maladie, on sera en droit de diagnostiquer une paralysie du diaphragme, quand l'abolition des fonctions de ce muscle apparaîtra d'emblée; mais il est évident que si ce même trouble fonctionnel du diaphragme ne survient que lorsque d'autres muscles auront été détruits par l'atrophie progressive, il sera rationnel de le rapporter à la même cause, à cette atrophie progressive.

Quant à déterminer si la paralysie du diaphragme est essentielle, si elle dépend soit de la lésion d'un point quelconque du système nerveux, soit de l'inflammation du muscle lui-même ou des tissus qui lui sont contigus, comme la plèvre, le péritoine, enfin si cette paralysie est de cause rhumatismale saturnine, etc., ce n'est pas ici le lieu de discuter ces diffé-

(1) Suite. Voir les numéros des 3, 5, 8, 31 Mars, 2 et 5 Avril.

---

que s'étend un vaste emplacement où tous ces érudits peuvent se rassembler, converser entre eux sur les diverses parties de la science, où ceux qui s'occupent d'histoire naturelle ont à leur disposition des plantes et des animaux rassemblés de tous les points de l'univers, où les médecins peuvent enfin se livrer sans crainte à l'étude de l'anatomie humaine. C'est là, dans le palais des rois d'Égypte, sous ces lambris dorés tout resplendissans de richesse et de magnificence, que, pour la première fois, des cadavres humains furent ostensiblement apportés. C'est là que, déposant le sceptre et la pourpre, et venant d'asseoir à côté d'Hérophile et d'Érasistrate, Ptolémée-Soter prenait de sa main royale le scalpel de l'anatomiste et disséquait avec eux, stimulant par son exemple l'ardeur de ces grands hommes, et favorisant ainsi l'essor de leur puissant génie. Dès ce moment, l'anatomie humaine fut publiquement instituée; sortant de l'ombre et du mystère, elle put briller au grand jour, à l'abri de l'autorité royale devant laquelle les préjugés populaires tombèrent anéantis. Dès son origine, l'anatomie eut pour interprètes deux hommes célèbres, Hérophile et Erasistrate, dont les noms illustres, répétés d'âge en âge, sont arrivés jusqu'à nous entourés d'une brillante auréole de gloire et d'immortalité.

Mais le flambeau, allumé par un souffle de la volonté royale, entretenu par le génie d'Hérophile et d'Érasistrate, ne devait pas briller d'un long éclat. Il s'éteignit bientôt, pour ne se rallumer que longtemps après, vers le quinzième siècle de l'ère chrétienne. Ainsi, un effort prodigieux avait tiré du néant l'anatomie humaine; mais cet effort, continué pendant un certain temps, vint se briser au choc des révolutions politiques et sociales qui ébranlèrent le trône des Lagides. Il n'en est pas moins vrai qu'à cette race illustre appartient la gloire d'avoir introduit dans le monde l'étude de l'anatomie humaine. Sans nul doute, s'ils n'avaient pas rencontré dans la personne de Ptolémée-Soter un protecteur éclairé, un homme d'une volonté énergique et puissante, Hérophile et Erasistrate ne seraient pas devenus de si grands anatomistes, et qui sait si, au quinzième siècle, la révolution anatomique de Vésale se serait accomplie?

Ainsi, le brillant essor donné aux connaissances humaines par Ptolémée-Soter, ne devait pas se soutenir longtemps. L'école d'Alexandrie elle-même ne porta pas tous les fruits qu'on était en droit d'en attendre. Si les sciences naturelles se développèrent tout à coup et poussèrent des jets vigoureux, les autres branches des connaissances humaines s'étiolèrent, c'était la faute des temps. La vigueur primitive du génie grec commençait à s'épuiser, et le sol d'Égypte ne pouvait plus ranimer la vie dans ce vieux tronc séculaire qui se mourait de langueur sous le ciel même de la patrie. Sauf quelques rares exceptions d'hommes vigoureusement trempés, on vit, dans l'école d'Alexandrie, pulluler beaucoup plus de sophistes que de grands philosophes, beaucoup plus de rhéteurs que d'orateurs illustres, beaucoup plus d'érudits que de vrais historiens, beaucoup plus de grammairiens et de commentateurs que de littérateurs originaux.

Les sciences naturelles, vigoureusement poussées d'abord, se ralentirent bientôt dans leur marche. Hérophile et Érasistrate n'eurent aucun successeur digne d'eux; créateurs de l'anatomie humaine, ils ne léguèrent à personne l'héritage de leur génie. Quatre cents ans après la fondation de l'école d'Alexandrie, Galien, désenchanté, n'y trouvait pour tout vestige de dissections anatomiques qu'un squelette humain qui lui servit pour ses études d'ostéologie.

Du reste, cette école d'Alexandrie traîna longtemps sa débile existence. Elle eut neuf cents ans de durée et ne disparut d'une manière définitive qu'au sixième siècle de l'ère chrétienne, à l'époque de la conquête d'Égypte par les Sarrazins. Dans les derniers temps de son existence, elle s'était complètement transformée, elle était devenue une école chrétienne. Six cents ans auparavant, un malheur irréparable était venu fondre sur Alexandrie. Sa belle bibliothèque était devenue en grande partie la proie des flammes, dans un combat livré par Jules César, sous les murs de la ville. Sans doute cet homme illustre, cet esprit si distingué, si cultivé, non moins redevable à la culture des lettres qu'à la science des armes, de sa réputation et de sa gloire, dut déplorer amèrement d'avoir contribué, malgré lui, à la perte de tant de trésors scientifiques si laborieusement et si dispendieusement amassés.

Au prochain article l'exposition des travaux d'Hérophile.

(La suite du cours prochainement.)

COURRIER.

Une question délicate et importante, relative aux intérêts professionnels du corps médical, doit être soumise demain au *comité de rédaction* de l'Union Médicale. Les membres du comité accepteraient avec reconnaissance le concours des lumières et de l'expérience de leurs collègues qui n'assistent pas ordinairement aux séances, pour la solution de cette question qui est demandée au comité.

— La place de pharmacien de l'asile d'aliénés de Maréville sera vacante le 1er mai prochain, par suite de la démission de M. Golzard, titulaire actuel de cet emploi. La condition de candidature à cette fonction, est la réception dans une des Écoles supérieures de pharmacie de l'Empire. Les demandes devront être adressées à M. le préfet de la Meurthe, et les candidats devront produire à l'appui: 1° Copie légalisée de leur acte de naissance; 2° leur diplôme ou copie légalisée de ce diplôme; 3° les pièces constatant leurs services antérieurs; 4° enfin les travaux ou mémoires publiés par eux (*affranchir*). — (*Communiqué.*)

— M. le professeur Requin ouvrira son cours de pathologie médicale, mardi prochain 12 avril, à trois heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de l'École.

AVIS.

A dater du 15 avril prochain, les bureaux de l'Union Médicale seront transférés *rue Saint-Georges*, no 12. C'est à cette nouvelle adresse que devra parvenir tout ce qui concerne l'*administration* du journal.

Tout ce qui concerne la *rédaction*, devra continuer à être adressé à M. le docteur Amédée Latour, 56, *faubourg Montmartre*.

rentes questions de diagnostic différentiel; je dirai cependant que ce diagnostic différentiel est, en général, facile à déterminer; car il suffit, dans ces cas divers, dont on trouve des exemples dans les observations que j'ai rapportées, de remonter dans l'histoire et la marche de la maladie pour arriver à la solution du problème.

Pronostic. — Une respiration qui ne pourrait plus se faire que dans la moitié supérieure de la poitrine, ne suffirait pas à l'hématose, et l'asphyxie en serait inévitablement la conséquence. J'en ai fourni la preuve, en asphyxiant un chien dont j'empêchai le resserrement et l'agrandissement du poumon verticalement et dans la moitié inférieure de son diamètre transversal, en maintenant son diaphragme artificiellement contracturé. Heureusement, par une sage prévoyance de la nature, d'autres muscles (les intercostaux) peuvent encore produire l'expansion de la moitié inférieure du thorax, alors même que le diaphragme reste inactif, de telle sorte, que, malgré le défaut de dilatation verticale des poumons, l'expansion des parois thoraciques dans toute leur étendue, suffit encore à la respiration. Alors la vie du malade n'est pas en danger immédiat, s'il ne survient pas de complication dans les organes de la respiration. On sait que, dans ce cas, une simple bronchite intercurrente peut être une cause de mort par l'impossibilité ou la difficulté d'expectorer.

La paralysie du diaphragme n'est donc pas mortelle en elle-même, comme on l'avait écrit ou enseigné jusqu'à ce jour; elle est seulement la cause de troubles fonctionnels (gêne de la respiration, de la phonation, etc.), qui font au malade l'existence la plus pénible.

Traitement.— Le traitement de l'inertie du diaphragme doit évidemment varier suivant la cause qui l'a produite.

Quand cette inertie est due à l'invasion de cette affection musculaire, connue sous le nom d'atrophie musculaire progressive, il est indiqué de recourir à l'électrisation localisée, seule médication qui, jusqu'à ce jour, ait été opposée avec quelque succès à cette terrible maladie.

On sait que lorsque l'atrophie musculaire progressive a gagné le diaphragme, elle a déjà détruit d'autres muscles en plus ou moins grand nombre. Cependant, bien que cette maladie soit alors généralisée, il est encore permis d'espérer d'en arrêter la marche, alors même que le diaphragme commence à en souffrir l'atteinte, si on fait intervenir à temps l'action thérapeutique de l'électrisation localisée; Bonnard (obs. II) en est un exemple remarquable. On a vu, en effet, que son diaphragme qui, après la ruine d'un grand nombre de ses muscles, était à son tour menacé dans sa nutrition, a été sauvé par l'intervention thérapeutique de l'électrisation localisée. On a vu aussi que son atrophie ne s'est pas généralisée; que non seulement elle a suivi un temps d'arrêt depuis le traitement électrique; mais aussi que j'ai ramené la nutrition dans les muscles les plus utiles, le biceps, par exemple; de telle sorte, que Bonnard a pu exercer depuis trois ans son état de mécanicien, sans que les muscles qui lui ont été rendus aient été de nouveau atrophiés.

Lors même que tout espoir d'arrêter la marche de l'atrophie musculaire progressive est perdu, on peut du moins essayer, avec quelque chance de succès, d'en retarder la terminaison fatale par l'excitation électrique du diaphragme.

C'est ainsi que j'ai tenté de prolonger l'existence d'un malheureux atteint d'atrophie générale progressive, et qui ne respire plus que par son diaphragme, actuellement un des derniers vivans. Je ne puis me dispenser de dire quelques mots sur l'histoire de ce malade.

OBSERVATION. IX. — Ce malade, nommé Lecomte, est entré le 4 février 1850 à la Charité, salle St-Louis, n° 10, service de M. Andral. A cette époque, j'avais déjà décrit les principaux symptômes de la maladie dont il était atteint, dans un mémoire intitulé de l'*atrophie musculaire avec substitution graisseuse*. (Ce mémoire est resté enseveli avec d'autres travaux électro-physiologiques dans les archives de l'Académie des sciences.)

L'histoire de l'atrophie musculaire de Lecomte ayant été relatée avec tous ses détails intéressans dans le beau travail de mon ami, M. Aran (1), je me bornerai à rappeler les phases principales de cette maladie, pour faire ressortir l'importance de l'électrisation du diaphragme, comme moyen de reculer la terminaison fatale de l'atrophie générale progressive. Lecomte a ressenti, en 1847, les premières atteintes de la maladie pour laquelle il est entré à la Charité. Quand je le vis pour la première fois (quelques jours après son entrée), ses interosseux étaient seuls presqu'entièrement détruits, c'est-à-dire que j'en pus à peine faire contracter quelques fibres par l'électro-puncture; mais on voyait des contractions fibrillaires dans toutes les régions du corps, aux membres supérieurs comme aux membres inférieurs. Malgré l'électrisation localisée pratiquée chaque jour, et malgré bien d'autres médications variées qui furent employées après elles, j'ai vu mourir un à un, pour ainsi dire, presque tous ses muscles de la vie animale, et cependant sa santé générale a toujours été bonne; *il ne respire plus que par son diaphragme*, dernier de ses muscles respirateurs qui ait conservé quelqu'action. J'ai pensé, avec M. le professeur Cruveilhier, qu'il était indiqué de tenter de retarder l'atrophie du diaphragme en excitant ses nerfs phréniques; c'est ce que je fais de temps à autre, depuis plus d'une année. Jadis, cette opération faisait contracter vivement son diaphragme; on voyait alors les côtes diaphragmatiques s'élever; aujourd'hui, je ne puis plus produire ce mouvement; c'est à peine si on voit l'épigastre se soulever pendant l'électrisation des phréniques; ce phénomène morbide coïncidant avec une plus grande gêne de la respiration, il est à craindre que l'atrophie ait gagné son diaphragme. Chaque fois que je dirige l'excitation électrique sur ses nerfs phréniques, il paraît mieux respirer; il m'en témoigne chaque fois par l'expression de son regard en contractant son grand zigomatique (le seul muscle qu'il puisse mouvoir à la face).

Avant que ses intercostaux et les autres muscles inspirateurs eussent perdu leur action, le thorax avait sa forme normale; aujourd'hui que muscles se sont atrophiés, sa poitrine est comme resserrée et affaissée dans sa moitié supérieure.

On comprendra combien doit être cruelle la position de ce malheureux, qui a la conscience de son état, et qui a conservé toute son intelligence, très développée d'ailleurs. Il est actuellement couché au n° 13 de la salle St-Ferdinand (service de M. Cruveilhier) (1).

Lorsque la paralysie du diaphragme est saturnine ou hystérique, il est permis d'attendre la guérison des moyens généraux employés dans ces cas spéciaux. Il paraîtrait ressortir de mes recherches, peut-être insuffisantes, pour juger cette question d'une manière définitive, que le diaphragme se trouve heureusement au nombre des muscles qui guérissent le plus facilement dans la paralysie saturnine, certains muscles de la région anti-brachiale postérieure, laquelle est le siége d'élection habituel de cette paralysie, offrant une plus grande résistance aux différens agens thérapeutiques. (Obs. III.)

(*La suite à un prochain n°.*)

(1) *Recherches sur une maladie non encore décrite du système musculaire* (atrophie musculaire progressive). *Arch. génér. de méd.*, 4e série, tome XXIV, septembre 1850.

(1) Depuis la rédaction de ce mémoire, Lecomte est mort asphyxié, comme je l'avais prévu. Son diaphragme a été trouvé très atrophié, mais non altéré dans sa texture. A l'occasion de son autopsie, j'ai lu le 11 mars, à la Société médico-chirurgicale une note intitulée : *Examen comparatif de l'état anatomique de la fibre musculaire dans l'atrophie musculaire progressive, la paralysie générale des aliénés et la paralysie générale sans aliénation.* Cette note sera publiée prochainement dans l'UNION MÉDICALE.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 Avril 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur BASSEREAU, sur les maladies qui règnent en Moldavie.

2° Un mémoire de M. le docteur Jacinthe Rodrigues PEREIRA REYS, de Rio-de-Janeiro, sur les épidémies du Brésil, et en particulier sur la fièvre jaune qui a régné de 1849 à 1850, depuis Rio-Grande du Sud jusqu'au Para. (Comm. MM. Londe, Louis et Gérardin.)

3° Une note de M. le docteur PRIOU, de Nantes, sur la rétroversion de l'utérus. (Comm. MM. Hervez de Chégoin et Jobert.)

4° Une note de M. le docteur Marcel PETITEAU, des Sables-d'Olonne (Vendée), sur la vaccination.

5° Un mémoire de M. DEROCHE, de Vitry (Seine), sur plusieurs cas d'empoisonnement par le plomb, provenant de l'usage d'une pompe qui servait à faire monter du vin, et de l'emploi d'appareils à eaux de Seltz. (Comm. MM. Boutron et Chevallier.)

6° Une réclamation de M. Beaude, inspecteur des établissemens d'eaux minérales, au sujet de la priorité d'invention du mode de chauffage des eaux minérales sulfureuses froides.

7° M. le ministre de l'instruction publique informe l'Académie qu'il autorise la permutation demandée par M. P. Dubois.

— M. CHAILLY lit un rapport officiel sur divers appareils imaginés par M. Flechelle. M. le rapporteur propose, pour conclusion, de répondre au ministre que toutes les inventions de M. Flechelle sont de nature à mériter l'approbation de l'Académie, et qu'elles peuvent être utiles soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile.

Sur quelques observations présentées par MM. Moreau et Depaul, les conclusions sont renvoyées à la commission pour être modifiées.

Les conclusions modifiées sont mises aux voix et adoptées.

Épidémies de 1850.

M. Michel LÉVY lit, au nom de la commission des épidémies, le rapport sur les épidémies de 1850.

M. le rapporteur résume son rapport par les considérations suivantes :

Les faits consignés dans l'ensemble des documens sur lesquels la commission a eu à porter son examen, lui ont suggéré une suite d'observations qu'il lui paraît utile de porter à la connaissance de l'autorité, quoiqu'elles aient pu être formulées dans des rapports antérieurs; mais tant que subsistent les mêmes abus, les mêmes causes d'aggravation et d'extension des épidémies, l'Académie ne doit pas se lasser de les signaler.

1° Les dispositions du décret du 12 juin 1804, en ce qui concerne l'emplacement et le régime des cimetières, ne sont pas encore exécutées dans un très grand nombre de bourgs et villages, notamment en Bretagne; les tombes sont groupées autour des églises, au milieu et même en contact des habitations, de la façon la plus irrégulière. A Renac, dont nous avons relaté l'épidémie dyssentérique, les fosses n'ont que 75 à 88 centimètres de profondeur, au lieu de 1 mètre 1/2 à 2 mètres, suivant la prescription légale; l'exiguïté des cimetières oblige à rouvrir les fosses avant l'entière décomposition des corps; M. Blanche en a vu extraire des débris humains mal consumés. Il importe d'avoir présent à la pensée cet état de choses encore si arriéré dans nos campagnes, au moment où l'on songe à rétablir, à titre de privilége et par concession exceptionnelle, la faculté d'inhumer dans les caveaux des églises.

2° L'état de la voirie rurale continue à blesser toutes les lois de l'hygiène publique; des amas de fumier dans les rues et dans les cours, des mares fétides, des étangs bourbeux, des puisards qui ne dissipent pas complètement les eaux par infiltration dans le sol, des rues sans pavés, que la pluie convertit en fondrières, et dont la fange humide baigne le pied des maisons, etc. Quand une épidémie survient, la municipalité, sur les instances des médecins, fait enlever les fumiers, écouler les eaux croupissantes, au moyen de saignées et de rigoles, ventiler les habitations. Le péril passé, les mêmes inconvéniens se reproduisent, la même incurie laisse renaître les causes d'infection et de maladie. Les lois des 28 septembre et 6 octobre 1791, déjà invoquées par le rapporteur de votre commission de 1830, contiennent à cet égard des prescriptions qui ne sont pas exécutées. La création récente de commissaires départementaux sous la direction des préfets, permettrait peut-être, avec le concours des comités d'hygiène locaux, de préparer et d'instituer une police efficace de la voie publique dans les localités rurales; beaucoup de communes, non dépourvues de ressources, n'attendent qu'une impulsion et des conseils. Le pavage au bord des maisons, des ruisseaux d'écoulement des eaux ménagères, l'éloignement des fumiers, la suppression des mares et réservoirs d'eau stagnante au voisinage des habitations, seraient une première série de mesures excellentes. Dans un village du Haut-Rhin (Leynen), une épidémie dyssentérique s'est montrée immédiatement après la vidange d'un vaste réservoir d'eau situé au centre des habitations. Cette opération a coïncidé avec les plus fortes chaleurs. L'administration locale doit avoir assez de lumières et de force pour s'opposer à une tentative aussi inopportune.

3° Il sera plus difficile d'améliorer les habitations de la campagne; mais l'intervention éclairée de l'autorité pour régler dans une certaine limite les constructions nouvelles, des instructions à la portée des classes agricoles et ouvrières, peuvent les édifier sur les causes d'insalubrité que, par ignorance ou laisser-aller, elles multiplient dans leur intérieur. La plupart des relations que la commission a examinées signalent la malpropreté des logemens, l'insuffisance de leur aération, l'entassement des familles dans la même pièce, située le plus souvent dans un rez-de-chaussée humide, presque en communauté avec les animaux domestiques, dont elles ne sont séparées que par des cloisons à jour ou des planches mal jointes; ailleurs, des alcôves impénétrables à l'air et à la lumière, reçoivent plusieurs individus dans un seul lit hermétiquement fermé par des rideaux; ailleurs, les lits se touchent par tous les points, et encombrent une seule chambre.

Dirons-nous la saleté des objets de couchage, l'absence des latrines, le méphytisme de la promiscuité des hommes et des animaux dans la même atmosphère? Nous ne pouvons croire qu'il soit impossible, par le concours de l'administration du prêtre et du médecin, d'éclairer sur les dangers de ces habitudes les pauvres paysans qui se les transmettent de génération en génération.

4° Dans plusieurs épidémies, les médecins ont été envoyés tardivement sur les lieux.

5° Des distributions de médicamens ont été faites généralement aux malades indigens; toutefois, quand les médecins envoyés par l'autorité ne sont arrivés qu'au déclin des épidémies, on peut craindre qu'elles n'aient pas toujours eu lieu en temps opportun. En rappelant ici qu'un décret impérial de 1805 ordonne l'établissement, dans la plupart des arrondissemens, d'une caisse de médicamens à l'usage des habitans des campagnes en temps d'épidémie, la commission exprime le vœu que cette prévoyance du législateur ait tout son effet, et elle pense que, dans un ensemble de dispositions destinées à fonder efficacement le régime sanitaire des campagnes, cette sage mesure trouverait encore sa place.

6° Les préjugés, les routines dangereuses, les pratiques insensées, les résistances aux prescriptions de l'art, n'ont pas disparu depuis que M. Pariset (1829) et M. Villeneuve (1830) les ont énergiquement dénoncés à l'Académie. Dans la suette miliaire, l'accumulation des couvertures pour provoquer les sueurs, dans la variole l'emploi des boissons alcooliques, dans la dyssenterie l'abus des alimens, dans l'épidémie un pélerinage lointain par une saison mauvaise, etc., voilà ce que nous voyons en 1850. Malheureusement, quelques médecins ajoutent aux erreurs populaires un contingent de paradoxes ou d'opinions non moins susceptibles de nuire; l'on appelle la vaccine une pratique funeste patronée par le gouvernement; d'autres propagent involontairement les terreurs de la contagion. Il convient qu'une grande réserve soit recommandée aux médecins délégués par les préfets et sous-préfets, pour observer et traiter les maladies épidémiques.

7° La plupart des maladies qui précèdent se résolvent dans une mesure que l'Académie ne saurait trop recommander à la sollicitude si éclairée du gouvernement, parce qu'elle a reçu déjà, dans quelques départemens, la sanction de l'expérience. La création des médecins cantonaux chargés spécialement du soin des pauvres malades, et reliés aux commissions d'hygiène publique qui peuvent être formées dans les chefs-lieux de canton, en vertu de l'article du décret du 18 décembre 1848, et aux conseils d'hygiène d'arrondissement déjà existans; membres nés des commissions d'hygiène cantonales, responsables envers le conseil d'hygiène d'arrondissement et l'autorité administrative dont ils seraient à la fois les guides et les agens d'exécution, en ce qui concerne l'intérêt de la santé publique, leur ministère ne pourrait manquer d'acquérir un haut degré d'utilité. Aucune institution ne répondra mieux à cette grande pensée d'assistance et d'accroissement du bien-être public qui inspire aujourd'hui le pouvoir.

Il ne nous reste, Messieurs, qu'à formuler, en propositions sur lesquelles la commission vous prie de statuer, deux pensées qui ont trouvé place dans la première partie de ce rapport :

1° Compléter le rapport annuel sur l'épidémie par un travail analogue sur les épizooties qui se sont manifestées dans la même période. C'est à nos savans collègues de la section de médecine vétérinaire que nous demanderions cette preuve périodique d'un concours qui n'a jamais manqué à vos travaux, et dont la science a depuis longtemps proclamé les résultats. S'il en résulte pour cette section une obligation nouvelle, vous voudrez bien considérer que cette obligation augmente l'importance de son rôle et tend à faire converger pour le bien de la science et de l'humanité, les efforts de l'une et de l'autre médecine. Au reste, nous l'avons dit, l'ordonnance de 1820 implique cette publication annuelle autant que celles qui ont été adoptées pour les eaux minérales, la vaccine, les épidémies. L'article 2, vrai sommaire des attributions fondamentales de l'Académie, énonce qu'elle est spécialement instituée pour répondre aux demandes du gouvernement sur tout ce qui intéresse la santé publique, et principalement sur les épidémies, les maladies particulières à certains pays, les épizooties, etc. C'est sous forme de rapport collectif que l'Académie s'acquitte de ces tâches diverses; il ne s'agit donc que de décider qu'il sera procédé pour les épi-

zooties comme vous procédez pour les épidémies, laissant à la section compétente le soin de vous proposer un plan de recherches et d'exposition.

2° Demander à l'autorité et provoquer par les vœux des correspondans, des renseignemens exacts sur la situation sanitaire annuelle des communes et des arrondissemens; à cet effet, des états négatifs seraient envoyés à M. le ministre de l'intérieur, pour les localités qui n'auraient pas eu des maladies épidémiques d'une année à l'autre; celles qui en auraient éprouvé feraient parvenir des rapports conformes à un modèle identique pour toutes les relations de ce genre. Il n'y a plus à discuter sur le meilleur plan à suivre dans la description des épidémies; l'Académie s'en est beaucoup occupée à d'autres époques. A peine organisée, elle créa une commission composée des plus illustres maîtres, dont le professeur Duméril est aujourd'hui le seul survivant, pour élaborer sur ce sujet un projet d'instruction; le travail de cette commission, divisée en six sections, est une belle et philosophique introduction à l'histoire des épidémies, portique d'un monument qu'il reste à construire. La commission qui fit le premier rapport sur les épidémies de 1771 à 1830, n'a pu se conformer à ce programme; mais de l'énumération méthodique qu'elle a remarquée dans les documens soumis à cet examen, résulte un véritable plan excellent à suivre.

Ce qui importe, c'est que des modèles imprimés de rapports soient envoyés périodiquement dans toutes les mairies; que MM. les préfets et sous-préfets exigent que ces rapports officiels soient remplis par des médecins des épidémies, sans détriment pour les notes et dissertations scientifiques que ceux-ci voudront y annexer; votre commission leur sera reconnaissante de toutes les communications complémentaires; mais elle tient surtout à recevoir des documens positifs, précis, uniformes, et se prêtant à un résumé général. Il lui paraît essentiel que les rapports qu'elle est chargée de vous faire elle-même, au lieu de porter sur quelques mémoires épars et sur des faits isolés, aient la signification et l'unité d'un tableau des épidémies annuelles de la France. Les mesures indiquées plus haut peuvent conduire à ce résultat.

Les médailles d'encouragement que vous êtes autorisés à décerner tous les ans aux auteurs des meilleures relations épidémiques, correspondent à cet ensemble de dispositions, sur lequel votre commission a eu à délibérer; elle pense aussi que, dans les promotions ultérieures au titre de correspondant, il y aura justice de prendre en considération l'honorable précédent de médailles obtenues pour ce genre de travaux, qui exigent, outre les qualités de l'observation, l'activité des recherches, l'exactitude des détails, un esprit de généralisation; répétons pour l'honneur de nos confrères, que, presque toujours, l'œuvre de dévoûment et d'abnégation a précédé l'œuvre de la plume; ils racontent ce qu'ils ont vu, et taisent ce qu'ils ont fait!

Après quelques observations de MM. Moreau et Huzard, les propositions de la commission sont mises aux voix et adoptées.

L'ordre du jour appelle la discussion du mémoire de M. Cruveilhier.

Paralysie musculaire atrophique progressive.

M. Roux demande quelques explications à M. Cruveilhier sur le fait principal, objet de sa communication. Il lui a semblé que les lésions que M. Cruveilhier a constatées se rapportaient exclusivement aux muscles animés par les nerfs du système cérébro-spinal. Il ne comprend pas bien, du moment où la lésion principale résidait dans les nerfs de la moelle, comment le pharynx, l'œsophage, le diaphragme, l'estomac, la vessie n'en auraient reçu aucune influence. Il est étonné surtout que M. Cruveilhier n'ait rien dit de l'état du diaphragme, qui, formé à part, ne diffère en rien des autres muscles, et qui a dû nécessairement souffrir dans ses fonctions et dans sa nutrition, de la lésion des racines antérieures des nerfs spinaux.

M. Cruveilhier : Il n'y a que les muscles soumis à l'influence de la volonté qui aient été atteints par l'atrophie paralytique. Tous les muscles de la vie organique avaient conservé leurs fonctions. Le pharynx seulement était affaibli. Encore était-il très difficile de distinguer dans l'acte de la déglutition ce qui dépendait de l'affaiblissement du pharynx ou des diverses parties de la bouche, notamment de la langue, qui était entièrement paralysée. Relativement au diaphragme, ses fonctions étaient manifestement intactes, si bien que ce n'est qu'à l'aide de ce muscle que s'opérait la respiration pendant les derniers mois de l'existence du malade. A l'autopsie, le diaphragme a été trouvé seulement un peu aminci. Quant aux muscles intercostaux qui n'agissaient pas du tout, ainsi qu'on a pu s'en assurer plusieurs fois en faisant faire au malade de grandes inspirations, ce qui a étonné le plus M. Cruveilhier, c'est de ne pas les trouver plus profondément altérés; ils n'étaient eux-mêmes qu'amincis, mais beaucoup plus sensiblement que le diaphragme.

M. Bouvier : Les faits contenus dans l'intéressant travail de M. Cruveilhier, notamment le dernier, font connaître une coïncidence entre l'atrophie des muscles et l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux, qui constitue une véritable découverte. C'est là un progrès réalisé dans l'histoire de la maladie nouvelle que M. Aran a décrite sous le nom d'*atrophie musculaire progressive*, et M. Thouvenet sous celui de *paralysie musculaire atrophique*.

On peut, toutefois, se demander si cette lésion des racines motrices est bien tout ce qui revient au système nerveux, dans l'analyse des causes organiques et fonctionnelles de l'atrophie musculaire progressive.

Pour tenter de résoudre cette question, il faut d'abord s'entendre sur la nature des troubles fonctionnels du système musculaire dans l'atrophie dite progressive et dans les affections en apparence analogues, il faut poser entre les diverses maladies musculaires des distinctions indispensables.

Quatre phénomènes sont principalement à considérer sous ce rapport dans la pathologie musculaire :

1° La perte du mouvement volontaire, paralysie du mouvement proprement dit.

2° La perte de la contractilité musculaire, qu'on peut appeler paralysie de l'irritabilité (paralysie des contractions involontaires directement provoquées), paralysie du mouvement inhérent à la fibre musculaire.

3° Le défaut de nutrition, la résorption de la substance musculaire, l'atrophie, qui ne produit pas seulement une diminution de volume, mais fait perdre, en outre, à la fibre plusieurs de ses caractères essentiels.

4° L'état *gras*, ou la disparition complète des fibres, et leur remplacement par de la matière graisseuse.

Chacun connaît la paralysie commune, hémiplégie, paraplégie accidentelle, qui procède des centres nerveux, et n'est que l'abolition du mouvement volontaire seul, ou du mouvement et du sentiment en même temps. Les muscles conservent, dans ce cas, la faculté de se contracter par des contractions directes; leur nutrition est peu troublée; leur substance ne perd pas ses caractères propres; en d'autres termes, des quatre phénomènes que j'ai rappelés, on n'observe alors que le premier, la perte du mouvement volontaire.

La paralysie générale des aliénés appartient à cette première espèce de lésion de la motilité, en ce sens que les muscles qu'elle frappe ne sont pas non plus atteints dans leur irritabilité. MM. Brierre de Boismont et Duchenne l'ont trouvée intacte plusieurs années après l'invasion du mal, et jusqu'à la mort des sujets; ce qui se lie également à l'intégrité de la nutrition dans le système musculaire.

Au contraire, dans d'autres affections rangées parmi les paralysies, parce que leur premier caractère est aussi la perte du mouvement volontaire, l'irritabilité n'existe plus, l'atrophie suit de près la manifestation des deux autres phénomènes, et elle peut même conduire, avec le temps, à la transformation graisseuse. Cette transformation, toutefois, n'est encore ici, en quelque sorte, qu'un accident plutôt qu'une suite nécessaire de la maladie dans sa période extrême.

Des affections locales des nerfs à leur origine ou le long de leur trajet, peuvent agir à la manière de lésions traumatiques, et produisent les mêmes effets, la paralysie des mouvemens volontaires, la paralysie de l'irritabilité et l'atrophie nutritive des muscles.

Les lésions des centres nerveux eux-mêmes, lorsqu'elles sont congénitales, ne sont pas seulement suivies, comme chez l'adulte, d'hémiplégie, de paraplégie ou de paralysie générale du mouvement volontaire; il en résulte même, dans beaucoup de cas, l'arrêt de développement, l'atrophie des parties musculaires et autres, répondant aux nerfs dont l'action est anéantie et souvent aussi la perte de l'irritabilité dans une plus ou moins grande étendue du système musculaire.

MM. Brierre de Boismont et Duchenne ont fait connaître une paralysie générale, progressive, comme celle des aliénés, mais différente et par ses symptômes dans l'appareil locomoteur, et par l'intégrité des fonctions cérébrales. Cette affection se rapporte tout à fait au second ordre de paralysies que je signale. Il y a encore ici, comme dans les exemples précédens, réunion de la perte du mouvement volontaire et de la paralysie de l'irritabilité musculaire, puis atrophie lente, graduelle, rarement et tardivement transformation graisseuse.

M. Bouvier passe ensuite à la considération des lésions dans lesquelles l'atrophie et la transformation graisseuse sont initiales, essentielles et indépendantes des autres troubles fonctionnels dont il vient d'être question.

L'atrophie musculaire se manifeste sans altération préalable des facultés locomotrices; c'est ce qu'on voit dans une foule de maladies chroniques des membres et même du tronc, telles que les tumeurs blanches, les luxations non réduites, les ankyloses, etc.; en un mot, toutes les fois que, dans une grande région du corps, l'innervation et la circulation sanguine sont pendant longtemps au-dessous de leur rythme normal. Un seul ordre de muscles, un seul muscle même peuvent être atrophiés.

L'atrophie peut être étendue à tout le système musculaire, c'est une sorte de macilence, de marasme musculaire général. Tel a été le cas d'un sujet mort sans qu'aucune lésion ait été trouvée dans les viscères.

On a vu que la transformation graisseuse des muscles n'est, dans toutes les espèces d'abolition de la motilité dont il a été question, qu'un épiphénomène en quelque sorte, qu'un accident.

Il n'en est pas de même dans l'affection dont il nous reste à fixer la place dans ce cadre.

La première chose qui frappe, dans ce fait, ce n'est pas la paralysie, mais l'atrophie avec conservation de l'irritabilité musculaire. L'atrophie simple est donc le premier symptôme de la maladie, et c'est le caractère qui la distingue de toutes les autres paralysies. Elle est suffisamment caractérisée par là et différenciée des autres paralysies, notamment de la paralysie générale et de l'atrophie générale, avec laquelle elle a le plus de ressemblance.

Quel est le nom qu'il faut donner à cette maladie? D'après ce qui vient d'être dit, le nom de paralysie ne saurait lui convenir, parce que la paralysie ici n'est que consécutive à l'atrophie du muscle. Il faut donc dire : atrophie musculaire. Mais ce n'est pas tout. Nous avons vu que l'un des caractères de cette lésion était la transformation graisseuse des muscles. Nous dirons donc : *atrophie musculaire graisseuse*, et nous y ajouterons le mot *envahissante*, qui nous paraît préférable, au mot *progressive*. Il faudrait enfin ajouter un mot pour faire comprendre l'origine nerveuse de cette altération.

Quelle est la part qui revient au système nerveux dans la production de cette lésion?

M. Cruveilhier a formulé le principe de la subordination de la lésion musculaire à l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux. Je suis porté à croire, comme lui, que l'altération musculaire est subordonnée à la lésion des nerfs. Mais les nerfs exercent sur les muscles plusieurs genres d'influences, les nerfs animent les muscles et les rendent sensibles; ils leur donnent leur faculté motrice et président à leur nutrition.

Quelle est celle de ces influences qui a cessé de s'exercer sur les muscles dans cette circonstance? Ce ne peut être la faculté motrice, puisque celle-ci s'est maintenue tant que les fibres musculaires sont restés intacts, et qu'elle n'a été anéantie qu'après leur atrophie; ce n'est pas non plus leur sensibilité; c'est uniquement l'action nutritive, ainsi que l'a démontré l'autopsie.

Maintenant, il resterait à examiner quelle est la partie du système nerveux qui préside à la nutrition des muscles. Ici commence le doute. Il y a à cet égard des contradictions entre la physiologie et la pathologie. Bien qu'*à priori* il ne répugne pas d'admettre que cette influence nutritive puisse résider dans les racines antérieures, je ne crois pas cependant qu'on puisse rigoureusement conclure que toute la lésion nerveuse consiste dans l'atrophie qui a été constatée dans ces racines. On ne connaît pas toutes les lésions nerveuses. Il y a, comme le dit Lobstein, une lésion vitale dans les nerfs qu'aucun caractère physique ne révèle.

En résumé, le fait communiqué par M. Cruveilhier est extrêmement important; mais étant seul jusqu'à présent, il ne suffit pas, à mon avis, pour établir une théorie.

J'avoue donc mon ignorance sur la lésion nerveuse qui produit l'altération musculaire dont il s'agit, et je terminerai en disant que jusqu'à de nouveaux faits et à de nouvelles expériences, on ne peut déduire de ce fait que les conclusions suivantes :

1° La maladie décrite par M. Cruveilhier a pour caractère une atrophie des muscles avec tendance à la transformation graisseuse.

2° Elle est facile à différencier des diverses espèces de paralysies connues jusqu'ici, même de l'atrophie musculaire générale, avec laquelle elle a le plus de ressemblance.

3° Enfin on doit rester dans le doute sur la question de savoir si c'est à la lésion des racines antérieures qu'il faut rapporter cette altération.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

L'Académie a procédé, dans cette séance, à la nomination des diverses commissions des prix. Voici, d'après les résultats du scrutin, la composition de ces commissions :

Commission de onze membres pour déterminer à quelle section appartiendra le prochain remplacement : MM. Duméril, Roche, Baffos, Desportes, Amussat, Chomel, Moreau, Londe, Huzard, Caventou et Guibourt.

Commission pour le prix Nadaud : MM. Michel Lévy, Londe, Nacquart, Villermé et Chevallier.

Commission pour le prix de l'Académie : MM. Grisolle, Baillarger, Bouvier, Gimelle, Bouley jeune.

Commission pour le prix Portal : MM. Ferrus, Baillarger, Lévy, Bouchardat, Delafond.

Commission pour le prix Civrieux : MM. Pâtissier, Requin, Velpeau, Bégin, Larrey.

Commission pour le prix Capuron (question d'accouchement) : MM. P. Dubois, Moreau, Danyau, Cazeaux, Depaul.

Commission pour le prix Capuron (question des eaux minérales) : MM. Pâtissier, Boutron, Caventou, O. Henry, Bussy.

La séance est levée à cinq heures un quart.

PRESSE MÉDICALE.

Annales médico-psychologiques. — Janvier 1853.

Statistique des maladies mentales en Danemark, au 1er juillet 1847; par J.-B. Hubertz.

Le but de ce travail est de rendre compte de ce qu'a fait le gouvernement de Danemark pour éclairer la question de l'état des aliénés dans ce pays. L'auteur a suivi la voie tracée par la plupart des médecins aliénistes qui se sont occupés de statistiques; il a passé successivement en revue : *le nombre et les proportions relatives des idiots et des aliénés* (3,756 individus, dont 1,865 hommes, et 1,891 femmes); *la religion des personnes atteintes de maladie mentale* (sur 1,000 habitans, on compte pour les catholiques, 3,34, pour les juifs, 5,85, pour les calvinistes, 9,16); l'âge, l'état civil, les professions, la durée de la maladie, l'âge des aliénés au début de la maladie. — Dans l'article IX, M. Hübertz recherche les causes, et parmi elles il signale l'influence *du sol*; selon lui la stérilité du sol, le dispersement de la population qui en résulte est une cause sérieuse d'aliénation; il faut encore prendre en considération « la *cohésion* plus ou moins grande des particules du sol »; le climat, la nationalité, l'éducation, la circulation dans la population, l'aisance, les relations sexuelles, l'abus des liqueurs spiritueuses. — M. Hübertz termine son long et consciencieux travail par un aperçu de la situation personnelle des aliénés en Danemark, des dépenses que leur entretien nécessite, soit dans les asiles, soit dans les hospices.

De l'étendue de la surface du cerveau et de ses rapports avec le développement de l'intelligence; par M. Baillarger.

L'auteur se propose, dans ce travail : 1° de déterminer l'étendue de la surface des hémisphères cérébraux; 2° de rechercher s'il existe, comme on l'a dit, un rapport entre l'étendue de cette surface et le degré de développement de l'intelligence.

En voici les conclusions :

1° Le cerveau de l'homme peut être déplissé presque complètement sans tiraillemens, en enlevant peu à peu la substance blanche intérieure.

2° L'étendue de la membrane cérébrale, ainsi déplissée, est de 1,700 centimètres carrés.

3° La surface du cerveau de l'homme proportionnellement au volume, est beaucoup moins étendue que celle du cerveau des mammifères inférieurs.

4° On ne peut pas, sans erreur grave, juger de l'étendue relative des surfaces de plusieurs cerveaux de volumes différens, en ne tenant compte que du nombre et de la saillie des circonvolutions.

5° Le degré de développement de l'intelligence, loin d'être en raison directe de l'étendue des surfaces cérébrales, serait plutôt en raison inverse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de médecine opératoire, bandages et appareils; par le docteur Ch. Sédillot, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg. — Deuxième édition, publiée en quatre parties in-18. En vente la première partie, renfermant 206 figures intercalées dans le texte. — Prix : 4 fr.

Les autres parties paraîtront de quatre mois en quatre mois.

Chez Victor Masson, libraire, place de l'École-de-Médecine, 17.

Des morts subites, thèse de concours, par M. Aran. In-4°, Paris, 1853.

Bulletin de la Société de médecine du département de la Sarthe, année 1852. In-8, Le Mans, 1853.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltestre et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 42. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 9 Avril 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............. 32 Fr
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

NOUVELLE MÉTHODE DE RÉSECTION DES NERFS DE LA FACE; — MÉTHODE PAR EXTRACTION;

Par M. le docteur L. BEAU, chirurgien-major de la marine, chef des travaux anatomiques à l'École de médecine navale du port de Toulon.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

§ 2. Manuel opératoire.

Le malade plongé dans l'éthérisme, on circonscrit l'émergence du nerf frontal externe par une incision courbe à concavité inférieure, de 2 centimètres de largeur sur 2 centimètres 1/2 de hauteur.

La section devra pénétrer du premier coup jusqu'à l'os. Elle sera dirigée de telle manière que le lambeau ainsi obtenu, correspondant au trou surcilier par le milieu de sa base, ait son grand axe oblique en haut et en dehors, suivant le trajet du nerf qu'il s'agit de découvrir.

Le lambeau, saisi avec des pinces, sera alors disséqué de haut en bas, de façon à laisser le périoste seul attaché à l'os, tandis que le nerf restera du côté des parties molles ; la laxité extrême des adhérences entre ces deux couches rendra leur séparation très facile. Parvenu près du rebord de la cavité oculaire, l'instrument tranchant sera conduit avec précaution pour mettre à nu le trou surcilier, sans intéresser les branches nerveuses qui le traversent.

Ces parties reconnues, le chirurgien détachera les filets frontaux de la surface du lambeau rabattu au dedans des paupières; puis tendant légèrement ces filets, saisis entre les mors d'une pince tenue de la main gauche, il les isolera du pourtour du trou qu'il traversent en détruisant avec la pointe mousse d'une sonde cannelée les liens fibreux qui, en ce point, unissent le névrilème des nerfs au périoste.

Ceci fait, l'opérateur, continuant à maintenir dans un état suffisant de tension le faisceau nerveux au moyen des pinces dont sa main gauche est armée, enfoncera un bistouri mousse, à lame très étroite, ou mieux un ténotome approprié, immédiatement au-dessous et un peu en dedans du trou surcilier, entre le rebord orbitaire et la base du lambeau cutané. Cet instrument sera porté à plat, le tranchant tourné en dehors, suivant l'axe de la cavité oculaire, à une profondeur de 3 centimètres, de manière à ce que l'extrémité de la lame n'abandonne jamais la paroi supérieure de cette cavité.

Abaissant alors légèrement le manche de l'instrument et appliquant sa pointe contre la voûte osseuse, on n'aura plus qu'à porter cette pointe en dehors par un mouvement de bascule qui, en même temps, rapprochera le manche de la racine du nez ; de cette façon, en effet, le tranchant du bistouri sera dirigé vers la corde tendue que représente le nerf, celui-ci sera sectionné nettement, et on terminera enfin l'opération en l'entraînant en entier au dehors au moyen des pinces.

Il serait peut-être préférable, à l'imitation de M. Malgaigne pour le nerf sous-orbitaire, d'introduire le ténotome, dans le second temps de l'opération, à travers la partie la plus élevée de la paupière, après avoir relevé le lambeau frontal. On obtiendrait ainsi la section radiculaire du nerf par une véritable ponction sous-cutanée, ce qui aurait l'avantage d'empêcher la communication de la plaie profonde avec la solution de continuité superficielle. Nous ne croyons pas d'ailleurs devoir discuter ici théoriquement une question que la pratique nous paraît seule appelée à résoudre.

Enfin, on comprend qu'il ne serait pas impossible, si le cas l'exigeait, d'extraire de la cavité oculaire la branche interne du frontal aussi bien que sa branche externe ou nerf sous-orbitaire proprement dit; pour cela, on n'aurait qu'à élargir la base du lambeau du côté du nez afin de découvrir cette branche nerveuse à son émergence, c'est-à-dire à 5 ou 6 millimètres en dedans du trou surcilier. Le reste de l'opération se pratiquerait exactement comme nous venons de le décrire pour la branche frontale externe.

Au surplus, l'extraction du frontal externe entraîne toujours forcément, dans une certaine proportion, celle du frontal interne. Notre section profonde, dans le point où nous la pratiquons, portant, en effet, sur le tronc commun d'origine de ces deux branches nerveuses, la branche externe, soumise aux efforts de la traction de la pince, amène nécessairement au dehors, après elle, la branche interne qui lui est accolée. Aussi, voit-on presque toujours, après l'extraction complète du nerf sus-orbitaire, un rameau nerveux assez fort, de 2 centimètres de longueur environ, suspendu au trou surcilier qu'il pénètre en arrière. Ce filet n'est autre chose que le nerf frontal interne dont le bout libre et flottant représente l'extrémité radiculaire sectionnée par le ténotome. Il ne reste plus alors, pour achever la résection, qu'à couper ce nerf au ras de l'os.

§ 3. Appréciation.

Par le procédé que nous venons d'exposer et qui est du reste d'une extrême facilité d'exécution sur le cadavre, on obtiendra toujours au moins 4 à 5 centimètres du nerf sus-orbitaire, c'est-à-dire plus du double de ce que fournirait tout autre mode opératoire, voire même celui de M. J. Roux.

Mais, outre l'étendue considérable de la perte de substance obtenue, la méthode par extraction nous semble présenter encore ici cet autre avantage : détruire le nerf dans le point le plus reculé possible.

Au point de vue du résultat thérapeutique, cette dernière condition est loin d'être indifférente; si, en effet, dans les névralgies on en est réduit le plus souvent à ignorer dans quel point du nerf malade se trouve le foyer d'irradiation de la douleur, la cause morbide en un mot, les chances heureuses augmenteront nécessairement en proportion de la profondeur de la partie réséquée.

Sur ce principe incontestable, nous croyons pouvoir fonder cette proposition nouvelle : une névralgie du ressort chirurgical étant donnée, il ne suffit pas d'enlever une grande étendue du nerf malade; mais il faut encore le détruire dans le point le plus rapproché possible de son origine.

III. BRANCHES LACRYMALE ET NASALE DE L'OPHTHALMIQUE.

La gracilité extrême de ces deux nerfs semble malheureusement les destiner à échapper à toute opération chirurgicale méthodique; nous avouons que notre mode opératoire, au moins, se trouve ici complètement en défaut.

Et pourtant, ne serait-il pas permis peut-être à un opérateur placé en face d'un de ces cas désespérés où la maladie est devenue, pour ainsi dire, incompatible avec l'existence, où tout est accepté, hors la temporisation, ne serait-il pas permis, pour atteindre le lacrymal, d'extirper la glande qu'il traverse ?

Cette opération, bien que peu redoutable par elle-même, ne devrait pas certainement être entreprise avec légèreté; mais il est des circonstances extrêmes où il serait, je crois, rationnel de la tenter.

Feuilleton.

DE L'INFLUENCE DE LA MUSIQUE SUR LA GUÉRISON DES MALADIES;

Lu dans la séance générale des Sociétés archéologiques de l'Yonne, réunies au comité de la Société des monuments historiques de France, sous la présidence de M. de Caumont (1).

Par M. le docteur ROLLAND, de Sens.

III.

Si la musique possède une influence manifeste et peut impressionner aussi vivement les animaux, ce que nous avons cherché à vous prouver par quelques exemples, que nous avons dû nécessairement, limiter pour ne pas abuser de votre obligeance, on ne nous contestera pas son action sur l'homme; ce roi de la création, dont la sensibilité fait une partie de la richesse morale, aux accens divins créés par l'harmonie, se transporte au milieu des mondes inconnus; à ce signe il reconnaît le doigt de l'Éternel; c'est le lien palpable du terrestre à l'immortel; la transition des misères de ce monde aux délices de l'éternité. Si, par la pensée, vous supprimez cette émanation céleste, la terre, désolée, muette et dépouillée de ses charmes, ne serait plus qu'un lieu d'exil et de douleur sans compensation.

La musique exalte l'âme, elle nous subjugue par son pouvoir infini, elle nous aide à supporter nos maux, nous console dans nos peines et nos souffrances, ravive, sous un ciel étranger, les souvenirs de la patrie absente, et nous donne, en état de santé, l'une des plus pures jouissances qu'il nous soit donné de goûter; elle excite un trouble si profond jusque dans les replis les plus cachés de notre être, qu'elle peut éclairer d'une vive lumière les plus vulgaires intelligences ou créer des sentimens nouveaux. Par elle le poltron devient brave et se sent disposé aux plus sublimes dévoûmens. Cet art divin éteint la haine cachée au fond des cœurs, enflamme le guerrier d'une ardeur dévorante et le fait, sans réflexion, se précipiter au milieu des dangers que lui offre la gloire, il anime et réchauffe le cœur de l'égoïste inaccessible à toute émotion, et le rend capable des plus généreux efforts.

Cependant, malgré tous ces avantages, une puissance aussi considérable peut avoir de graves inconvéniens, en tant qu'appliquée sans mesure à la thérapeutique médicale; elle demande, pour être convenablement mise en œuvre, une intelligence exercée, un tact exquis; aussi, nous aurons à examiner quelles devront être les précautions à prendre pour éviter la surexcitation maladive due à ses excès ou aux écarts de son action.

La musique agit sur l'homme par différens modes: le son, le rythme, la mélodie, le ton, l'harmonie, ou la combinaison de ces différens effets, modifient les impressions de telle sorte, qu'il est assez difficile de déterminer le rôle que chacun de ces agens est chargé d'accomplir dans les troubles fonctionnels de l'économie humaine, et que la thérapeutique musicale, qui n'est à vrai dire qu'indiquée par un assez grand nombre d'auteurs, reste encore à faire et n'est réellement qu'à l'état d'ébauche.

Pour en mieux juger, en nous reportant à l'antiquité, voyez la différence entre la musique des anciens et celle des modernes; cet examen vous donnera presque de suite la mesure de leur importance réciproque; la première, beaucoup plus simple et moins scientifique que la nôtre, s'en référait presque exclusivement à la mélodie.

Il y avait, chez les Grecs, deux espèces de chants: l'un dans lequel on parcourait une échelle musicale plus ou moins étendue; l'autre n'était qu'une accentuation déclamatoire et rythmée; il servait à réciter les odes, les poëmes, les stances ou les dythyrambes des poëtes; notre grande tragédienne Rachel nous en donnait naguère le ton dans la déclamation chantée de notre hymne national la *Marseillaise*.

C'était avec cette mélodie empreinte d'une grande simplicité qui portait au cœur en même temps qu'elle flattait agréablement l'oreille, que les anciens opéraient des prodiges dont le souvenir s'est conservé jusqu'à nos jours; n'oublions pas, toutefois, qu'ils avaient un avantage sur nous; la musique faisait partie intégrante de leur éducation, et le dernier citoyen d'Athènes était plus apte à juger de cet art que la plupart des hommes de notre époque.

Notre musique moderne, par sa tonalité susceptible d'un grand nombre de modulations, se prête merveilleusement à l'expression dramatique et passionnée; néanmoins, l'oreille, pour en saisir toutes les beautés, doit avoir une certaine habitude qui ne s'acquiert la plupart du temps que par l'audition souvent répétée de beaucoup de nos opéras; par ce développement scientifique, elle devient en quelque sorte le privilége d'une certaine classe de la population, et c'est là presque un malheur, car nous perdons ainsi en étendue ce que nous gagnons en profondeur; or, pour devenir populaire, pour être un art universel à la portée de tous, la musique doit avoir un cachet de simplicité qui la rende accessible aux intelligences les plus réfractaires, aux sens les plus obtus. La plus belle à nos yeux est sans contredit celle qui s'apprend aisément, se retient de même et se chante partout, à condition cependant que ses élémens en soient si simples et les combinaisons si peu multipliées, qu'on puisse, sans efforts et sans de grandes études, en moduler en chœur les différentes parties, et que nous ne soyons pas condamnés à voir mutiler nos morceaux les plus expressifs par des gens avinés, débraillés, chantant faux, sans mesure, et de manière à blesser l'organe le moins impressionnable.

Si donc la musique adoucit les mœurs, ce qui est indubitable, il faudra tôt ou tard comprendre, d'une manière plus sérieuse qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour, les premiers élémens de cette science dans le programme de nos écoles primaires, de nos lycées, et l'inculquer aux enfans avec la lecture et l'écriture; je sais qu'on ne fera pas par là de très grands musiciens, mais on pourra dessiner ainsi quelques aptitudes, favoriser quelques heureuses dispositions et ouvrir plus tard une carrière utile et profitable à quelques natures exceptionnelles, tout en réservant une somme suffisante de notions musicales à ceux qui seraient obligés de limiter leur instruction de ce côté.

(1) Suite. Voir les numéros des 29 et 31 mars.

IV. Résection du dentaire inférieur dans son canal; extraction de la partie excisée de ce nerf.

§ 1. Considérations anatomiques.

Nous pensons qu'il ne sera pas superflu de faire précéder la description de notre manuel opératoire, de quelques considérations sur le canal dentaire inférieur et sur ses deux orifices.

Les auteurs d'anatomie, en effet, n'entrevoyant pas l'utilité pratique de détails minutieux sur un sujet pareil, traitent, en général, fort brièvement ce point de structure du maxillaire inférieur; quant aux ouvrages de pathologie externe, ils s'occupent seulement de la situation du trou mentonnier, et encore n'est-ce, comme nous le verrons, que pour consigner une erreur à ce sujet.

Aussi, nous n'avons pas cru pouvoir nous dispenser de consacrer une page à ce côté purement anatomique de la question, dans le but d'ajouter quelques faits nouveaux aux descriptions qui existent aujourd'hui, et de rectifier certaines erreurs dues à des observations incomplètes.

a. Trou de pénétration du nerf dentaire inférieur.

1° *Situation*. Quelles que soient les différences, d'ailleurs assez considérables, d'étendue et d'inclinaison de la branche maxillaire, le trou dentaire occupe en général le centre de cette partie de l'os. Cette assertion de M. Cruveilhier ne manque pas d'exactitude, bien que les variétés de position puissent aller parfois jusqu'à 5 millimètres dans les divers sens; le plus souvent, l'éloignement du point central est à peu près insignifiant, 1 à 2 millimètres à peine.

2° *Direction*. Ce trou est percé obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, et se trouve précédé par une gouttière dirigée dans le même sens; son degré d'obliquité est plus prononcé que celui de la branche maxillaire elle-même, celle-ci se rapprochant davantage de la perpendiculaire. L'axe du trou forme donc avec l'axe de la branche maxillaire un angle très aigu, ouvert en arrière et en haut.

3° *Dimensions*. 5 à 6 millimètres d'avant en arrière, 3 à 4 millimètres de diamètre transverse.

4° *Forme*. Un peu aplati de dedans en dehors, ce trou a, par conséquent, une forme ovalaire à grand diamètre antéro-postérieur.

Mais une disposition qui, relativement à la trépanation de cette partie du maxillaire, devra nous offrir un véritable intérêt, c'est la différence si grande d'épaisseur que présente cet os en avant et en arrière du trou dentaire.

L'os est, en effet, notablement plus mince en arrière du trou, vers le bord postérieur de la branche, qu'en avant, où les deux lignes maxillaires obliques convergent pour venir former la base de l'apophyse coronoïde; en ce point, il mesure jusqu'à 11 millimètres, tandis qu'en arrière il n'offre jamais que 5 à 6 millimètres au plus.

Remarquons que l'épaisseur de la partie antérieure de la branche maxillaire tient uniquement à la projection en dedans, par les dernières molaires, de la ligne myloïdienne ou oblique interne.

Le trou dentaire postérieur est ainsi dominé, en avant et en dedans, par cette saillie osseuse constituée par la terminaison de la ligne myloïdienne: tandis que la partie externe et postérieure de la circonférence de ce trou est formée par cette moitié postérieure de la branche maxillaire, qui n'a que 5 à 6 millimètres d'épaisseur.

C'est à la saillie osseuse antérieure, dépendant de la ligne myloïdienne, que se rattache encore l'épine qui borne en dedans le trou dentaire, et à laquelle vient se fixer inférieurement la membrane fibreuse, protectrice des nerfs et des vaisseaux dentaires.

Nous verrons plus tard, à propos de la trépanation de cette partie de l'os maxillaire, de quelle importance sont ces différences d'épaisseur de la branche montante, en avant et en arrière du trou dentaire.

b. Canal dentaire inférieur.

1° *Situation et direction*. Le canal dentaire, qui traverse la plus grande partie de la branche et du corps de l'os maxillaire inférieur, affecte une direction régulièrement curviligne à concavité supérieure.

Sa situation diffère notablement suivant les âges.

Sans parler de cette situation chez l'enfant, circonstance indifférente pour le sujet que nous traitons, établissons d'abord que, chez l'adulte, l'intervalle des deux premières grosses molaires est le lieu où le canal se rapproche le plus du bord inférieur de l'os; là il en est distant, en général, de 7 à 8 millimètres seulement. De ce point il s'élève, mais beaucoup moins en avant qu'en arrière, pour gagner ses deux orifices.

Chez les vieillards, le canal dentaire, tout en conservant sa situation relative, par rapport au bord inférieur de l'os, semble se rapprocher singulièrement du rebord alvéolaire, par l'affaissement considérable de ce rebord après la chute des dents.

Coude du canal dentaire.

La direction du canal dentaire est, comme nous l'avons dit, fort régulière jusqu'au niveau du trou mentonnier; mais, en ce point, il se dirige brusquement en dehors, pour venir s'ouvrir, après un court trajet de 4 à 5 millimètres, directement au dehors de l'os.

C'est de ce coude que naît, en avant et en dedans, le canal secondaire du rameau incisif.

M. Cruveilhier a parfaitement décrit cette disposition; aussi est-on en droit de s'étonner qu'un auteur moderne, M. Sappey, renouvelant une ancienne erreur d'Hippolyte Cloquet, ait pu dire encore aujourd'hui: « Ce conduit, arrivé à quelque distance de la ligne médiane, se réfléchit, pour gagner par un trajet rétrograde la face externe de l'os. »

Il est facile de constater cependant, que la direction rétrograde de cette partie du canal, existe le plus souvent à peine; et, dans tous les cas, le coude ne s'avançant jamais au-delà de la première petite molaire, reste toujours à une grande distance de la symphyse.

2° *Forme et situation*. Plongé au milieu du réseau aréolaire généralement à larges mailles, qui constitue la partie spongieuse de l'os, plus rapproché de la table interne que de l'externe, le canal dentaire est constitué par un cylindre de tissu compacte, très fragile en dehors, se confondant avec la table interne de l'os en dedans.

Criblées de trous vasculaires et nerveux, beaucoup plus nombreux vers le trou mentonnier qu'en dehors, ses parois semblent assez souvent se confondre, dans le tiers interne de son trajet, avec le tissu aréolaire environnant; aussi le petit canal incisif, qui, à cause de sa direction, paraît continuer en dedans le canal principal, ne se distingue pas toujours sur une pièce sèche.

3° *Dimensions*. Quant au diamètre du canal dentaire, on peut l'évaluer à 3 millimètres environ chez l'adulte; il m'a paru que cette largeur se conservait à peu près exactement la même dans toute l'étendue de ce conduit osseux.

A propos des dimensions du canal dentaire, nous croyons devoir relever ici une erreur échappée à M. Cruveilhier, erreur qui n'est pas sans importance à notre point de vue particulier. On trouve, en effet, dans l'*Anatomie descriptive* de cet auteur, tome I, page 187, 3e édition, ces mots: « Le canal dentaire se rétrécit considérablement chez le vieillard. »

La théorie s'accommoderait sans doute d'un pareil fait; mais malheureusement nous ne le croyons pas exact. Sur cinq maxillaires de vieillards, complètement privés de dents et à rebords alvéolaires entièrement affaissés, nous avons, en effet, toujours rencontré le canal dentaire avec ses dimensions normales, peut-être même un peu exagérées.

Il n'était pas inutile de fixer définitivement la science sur ce fait anatomique, dans l'intérêt de l'opération que nous allons proposer; car, si le rétrécissement du canal dentaire avec l'âge eût été positif, il aurait pu créer un argument contre l'extraction facile du nerf hors de son canal à cet âge de la vie.

(*La suite à un prochain n°.*)

MÉMOIRES ORIGINAUX.

Recherches électro-physiologiques, pathologiques et thérapeutiques sur le diaphragme;

Mémoire présenté à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine,

Par M. le docteur Duchenne de Boulogne (1).

(Deuxième partie.)

§ III. — De la respiration artificielle par faradisation (2) localisée.

Certains agens toxiques, la vapeur du charbon, l'opium, le chloroforme, etc., certaines fièvres graves, le choléra, par exemple, peuvent jeter une grande perturbation dans la respiration, soit que les centres nerveux n'envoient plus alors le degré d'influx nécessaire à l'accomplissement des actes de la respiration, soit que les organes qui président à ces différens actes aient perdu en tout ou en partie leur excitabilité, ou qu'ils soient, pour ainsi dire, paralysés. On voit, dans ces cas, les mouvemens respiratoires se ralentir plus ou moins, et quelquefois même cesser complètement et rapidement; alors l'asphyxie est imminente.

Une des premières indications à remplir, en même temps que l'on administre la médication spéciale exigée par l'intoxication, c'est de faire arriver l'air dans les voies aériennes, en quantité suffisante pour rétablir et entretenir l'hématose. Afin d'atteindre ce but, on cherche à réveiller les mouvemens respiratoires, ou en excitant la sensibilité générale, ou en faisant pénétrer l'air dans les poumons mécaniquement et physiquement.

C'est l'excitation électrique qui répond le mieux à ces diverses indications, ainsi que je vais le démontrer. (Je ne crois pas devoir discuter ici la valeur des différens moyens mécaniques qui ont été proposés tour à tour pour produire la respiration artificielle; je ne ferai pas non plus l'histoire des divers procédés qui ont été employés dans ce but. Je me propose seulement d'exposer ceux que je crois les meilleurs et qui m'appartiennent.)

Il n'existe pas un seul agent thérapeutique qui puisse, comme la faradisation cutanée, produire instantanément des sensations qui se graduent, depuis le plus simple chatouillement jusqu'à

(1) Suite. Voir les numéros des 3, 5, 8, 31 Mars, 2, 5 et 7 Avril.
(2) Électrisation pratiquée avec un appareil d'induction.

Seulement, il ne faudrait pas se contenter de ce langage trop longtemps officiel, consistant à reconnaître qu'il y a quelque chose à faire, tout en ne faisant absolument rien, qu'ajourner au lendemain ce qu'on aurait dû faire la veille. Aussi, sans tenir compte de quelques objections sans valeur soulevées dans ces derniers temps par quelques Midas administratifs, il serait convenable au moins de mettre en vigueur les réglemens ou les ordonnances qui prescrivent l'obligation de l'instruction musicale dans les écoles, les colléges ou les institutions de quelque importance. Si jamais ma pauvre voix pouvait arriver jusqu'aux hommes que leur position rend les arbitres de l'éducation de la jeunesse, et devait être de quelque poids sur leurs déterminations, je leur dirais sur tous les tons: moralisez par la musique, c'est facile, humain, économique; en France où l'idée gouvernementale a cru deviner tous les sphynx quand elle a su fermer une porte ouverte, vous offrirez cette énigme bien autrement intéressante empruntée au rebours des contes de Galland, le *Sésame ferme-toi* se réalisera pour le malheur des cabaretiers et le bonheur de la famille, le jour où vous aurez ouvert des cours de chant. S'ils sont encouragés par l'élite de la société, patronés par les administrations locales, aidés par quelque légère subvention, ils seront suivis avec persévérance; que le local et l'éclairage soient accordés gratuitement, qu'une médaille, une lyre d'or ou d'argent, suspendues à la boutonnière du plus méritant, lui vaillent, dans les solennités publiques, une faveur légère, une préséance quelconque, et bientôt une foule de jeunes gens viendront solliciter leur admission aux cours. Pour mieux assurer le succès, frappez d'exclusion temporaire ou définitive les indifférens, les paresseux, les négligens, et soyez sûrs alors que la grande majorité des élèves, désormais attachés à une institution qui ne leur donnera que du plaisir et de l'honneur, suivront avec une grande assiduité les cours, et délaisseront vite les cabarets et les cafés.

Par l'étude de la musique, par l'audition des chefs-d'œuvres des grands maîtres, vous donnerez un but louable à l'activité humaine; l'homme a besoin d'excitations, sa nature les lui prescrit impérieusement; il faut donc lui en chercher de convenables; les alcooliques ne doivent pas être ses stimulans habituels, on peut même ajouter, à son honneur, qu'il n'en use souvent que faute de plus nobles et de plus attrayans. Qu'on ne s'imagine pas surtout que ce soit là l'enfantement d'un cerveau qui prend les visions pour des réalités, ou les chimères d'un esprit abstractif se plaçant sous un faux point de vue pour séduire et fasciner par la perspective d'une utopie irréalisable; l'idée pratique est venue confirmer confirmer cette notion de physiologie aussi philosophique et morale que musicale. Depuis quelques années, M. Delaporte, artiste aussi distingué par son talent que recommandable par son courage, son abnégation et son désintéressement, est parvenu à fonder, dans un assez grand nombre de villes de France, des cours de chant où la classe ouvrière vient, après la journée de travail, apprendre à charmer, par l'étude de la musique, les loisirs des longues soirées d'hiver. On ne saurait vraiment trop encourager une pareille institution; il faut, comme nous l'avons fait, considérer tout ce que cette innovation a déjà produit de bon, d'utile et d'agréable pour apprécier ce qu'elle peut, dans un avenir prochain, apporter de soulagement, de satisfaction et de bonheur à tous ces travailleurs modestes qui recherchent les plaisirs tranquilles.

Si, de particulier à quelques villes, l'établissement des orphéons chantans devenait général en France, en se reliant plus tard avec toutes les sociétés chorales de la Belgique et de l'Allemagne, il y aurait là, pour un pouvoir qui saurait et voudrait organiser sur de larges bases, une pareille institution, une source intarissable de profit et de gloire, l'une des plus douces jouissances que pourrait goûter un cœur généreux; je voudrais surtout que mon pays eût l'immortel honneur d'une pareille création. Voyez-vous une plus belle solennité que celle où chacune des sociétés étrangères instrumentales et chorales, conviées chaque année dans l'une de nos grandes villes abordables à tous par les chemins de fer, viendrait successivement vous faire entendre les chants nationaux, ceux qui révèlent le génie musical des peuples, pour réunir ensuite dans un dernier morceau cette masse imposante d'exécutans préparés par l'éducation musicale, et remerciant, dans un chœur universel, la France de sa généreuse hospitalité, ou terminant ce beau jour par l'imposant hommage de milliers de voix, entonnant dans un hymne divin la gloire et la puissance du souverain maître de l'univers!

Si je l'osais, je dirais au gouvernement, au pouvoir, à l'heureux mortel chargé des destinées de notre belle patrie, qu'on aime toujours voir à la tête de la civilisation: Vous avez en votre possession une puissance incontestable et trop longtemps négligée, dont vous pourrez obtenir les plus admirables effets; la musique vous donne une langue universelle toute faite, la seule qui soit pour ainsi dire accessible à tous les peuples: simple dans son principe immense, incommensurable dans ses résultats, traduisant toutes les passions, toutes les idées, tous les sentimens, les situations les plus diverses! Et vous ne vous serviriez pas de cet immense levier, pour soulever le monde matériel, pour le civiliser, agrandir la sphère de ses impressions, reculer son horizon sensuel, pour le conduire, en un mot, au bonheur par une route sûre et facile? C'est ce qu'on ne saurait admettre. Or, appeler sur ce point l'attention du gouvernement, qui se préoccupe des intérêts qui lui sont confiés, c'est affirmer, je le dis avec assurance, que cette question, si elle arrivait à sa connaissance, serait résolue dans son sens le plus généreux, le plus large.

La diplomatie a bien, il est vrai, quelquefois employé notre langage, s'est servie de quelques-unes de nos expressions, lorsqu'elle a fait des protocoles pour constituer ce qu'il lui a plu d'appeler un *concert européen*; mais ce dernier mot, qui n'aurait dû exciter au sein des congrès que des idées harmonieuses, a singulièrement été dévié de son sens, puisqu'on ne peut nier que les concerts dont nous parlons en ce moment, ne se soient quelquefois terminés à coups de canon; fort mauvaise musique, selon nous, avec laquelle il est difficile de s'entendre. Celle que nous préconisons, au contraire, a pu blesser quelques oreilles délicates, mais elle ne laisse jamais ni larmes, ni regrets. Faisons donc de cette musique l'objet de notre prédilection; rapprochons donc les hommes par ce puissant modificateur; abaissons par lui les barrières qui les séparent; détruisons par ce moyen les frontières factices imposées aux différens territoires, après les ententes cordiales de la diplomatie; donnons aussi à tous les hommes le même langage, et nous ferons plus pour leur félicité que les grands diplomates ou les illustres guerriers; et lorsque nous serons souvent entrés en communion par le charme ou sous les douces émotions de l'harmonie ou de la mélodie, nous éprouverons une certaine répugnance à nous entr'égorger pour le plus frivole motif.

(*La suite à un prochain n°.*)

la douleur la plus vive, que le feu égale à peine, et cela sans altérer les tissus, quelque longue qu'en soit l'application. Cette propriété spéciale de la faradisation cutanée permet de la promener rapidement sur toutes les régions du corps, même à la face où la sensibilité est si grande, pendant des heures entières, si cela est nécessaire, sans qu'on ait à craindre de désorganiser la peau.

J'ai plusieurs fois tiré un heureux parti de cette vertu spéciale de la faradisation cutanée pour exciter les mouvemens respiratoires par l'intermédiaire de la sensibilité générale, dans les cas où l'asphyxie était due à l'inertie plus ou moins complète des muscles respirateurs.

Pendant l'épidémie de 1849, j'ai vu l'asphyxie se développer, chez certains cholériques, par le fait de la trop grande rareté des mouvemens respiratoires. Le coma ne pouvait rendre raison des troubles de l'innervation qui produisait ce phénomène morbide; car les malades jouissaient de leur intelligence; ils respiraient plus fréquemment, lorsqu'on les y engageait; mais si on les abandonnait à eux-mêmes, si on ne les surexcitait pas, les mouvemens respiratoires s'éloignaient de plus en plus. Ils semblaient ne plus éprouver le besoin de respirer, et oubliaient de remplir cette fonction (j'ai compté alors jusqu'à cinq ou six secondes entre chaque respiration). On conçoit qu'un tel état ne pouvait se prolonger sans danger; et, en effet, si l'on ne faisait pas intervenir une médication excitante énergique interne et externe, les malades mouraient bientôt asphyxiés. Mais la sensibilité cutanée étant ordinairement obtuse ou abolie, les excitans externes ordinaires (sinapismes, vésicatoires, eau bouillante) étaient incapables de réveiller la puissance de l'innervation. C'est dans ces cas qu'on parvenait à réveiller, pour ainsi dire, la respiration par l'excitation électro-cutanée, et à soutenir la vie concurremment avec la médication interne. J'en rapporterais quelques exemples, si je ne craignais de donner trop d'extension à mon travail.

Le cas suivant, bien qu'incomplet, peut donner une idée du parti avantageux que l'on peut tirer de la faradisation cutanée dans l'asphyxie, de quelque cause qu'elle soit.

Observation XI.—En décembre 1847, une femme avait été apportée à la Charité, dans le service de M. Andral, dans un état d'asphyxie complète, occasionnée par la vapeur du charbon. Douze heures après la malade était dans la même situation, malgré les soins les mieux entendus. Depuis son entrée, elle n'avait donné aucun signe de connaissance, la respiration était très rare; en outre des râles nombreux se faisaient entendre dans la poitrine; l'insensibilité était complète dans tous les points du corps, malgré les sinapismes promenés sur l'enveloppe cutanée, malgré des vésicatoires appliqués depuis la veille à la face interne des jambes et qui n'avaient exercé aucune action organique. Dans cet état, l'appareil marchant avec des intermittences rapides et ayant été gradué au maximum, les rhéophores (balais métalliques) furent posés sur la partie interne des jambes. Les premières secondes d'électrisation ne produisirent qu'une faible action organique dans les points excités; mais bientôt la malade donna des signes de douleur; les fils métalliques posés sur le thorax arrachèrent des cris à cette malade, qui parut reprendre connaissance. Elle put me donner la main, me montrer la langue; mais elle ne répondit à mes questions que par oui et par non. La respiration étant plus facile et plus fréquente, les pommettes se colorèrent, les lèvres furent moins violettes. Ayant malheureusement suspendu l'excitation électro-cutanée, cette amélioration ne fut que momentanée; l'asphyxie reparut bientôt, et enleva la malade quelques heures plus tard.

Si, douze heures plus tôt, j'avais eu l'idée d'employer ce moyen puissant et rapide, avant que l'asphyxie eût exercé de si grands ravages, la faradisation cutanée eût peut-être triomphé.

Je me suis toujours reproché de n'avoir pas continué assez longtemps cette excitation électro-cutanée chez cette pauvre femme. C'était d'autant plus praticable, qu'il m'était possible de diminuer l'intensité du courant, de manière à rendre la sensation moins douloureuse et à la faire supporter, au besoin, pendant un grand nombre d'heures; mon regret est encore augmenté par la connaissance des faits publiés dans le journal anglais *the Lancet*, qui ont été reproduits récemment dans l'Union Médicale, et que je crois devoir rappeler en quelques mots.

Deux enfans, empoisonnés par l'opium, paraissaient devoir succomber dans un état d'asphyxie, malgré de nombreux moyens qui avaient été employés pour ranimer la respiration et ramener l'hémathose, lorsqu'on songea, comme dernière ressource, à l'excitation électrique. Les rhéophores d'un appareil d'induction à intermittences très rapides furent appliqués, le positif sur la face interne de la joue, et le négatif sur l'appendice xyphoïde. En peu de temps, on parvint à rétablir les mouvemens respiratoires et à rendre la déglutition plus facile, de manière à rendre possible l'administration de remèdes internes (café, esprit d'ammoniaque). Ces deux enfans furent sauvés; mais pour atteindre cet heureux résultat, on dut continuer l'excitation électrique pendant de longues heures (huit à neuf heures), car chaque fois qu'on voulait la suspendre, les phénomènes d'asphyxie reparaissaient.

Ce n'est pas par l'excitation de la contractilité musculaire directe que dans ces deux cas la respiration a été rétablie; car les mouvemens respiratoires ne peuvent se faire que par la contraction et le relâchement alternatif des muscles qui en sont chargés, mouvemens alternatifs que la contraction continue, produite par l'électrisation à courans rapides, telle qu'elle a été employée chez ces enfans, eût certainement rendue impossible.

C'est par l'intermédiaire de la sensibilité générale que ce mode d'électrisation a rétabli la respiration. Il me serait facile, si ce n'était pas chose superflue, de démontrer que la cinquième paire, la peau, etc., etc., ont dû être vivement excitées dans cette opération. Ce qu'il importe seulement de faire ressortir de ces deux faits, c'est la nécessité, dans un cas pareil, de prolonger suffisamment l'excitation électrique de la sensibilité générale, de manière à appeler incessamment l'influx nerveux central sur les organes respiratoires.

Mais si l'excitation de la sensibilité par les différens moyens que je viens d'indiquer ne pouvait ranimer les contractions des muscles respirateurs, si même l'asphyxie était tellement avancée que l'on crût déjà voir les signes apparens de la mort, on sait que l'on pourrait encore espérer de rappeler la vie prête à s'échapper, en faisant arriver mécaniquement l'air dans les voies aériennes.

C'est dans ce cas que je conseillerais de recourir immédiatement à l'électrisation des nerfs phréniques qui, en faisant contracter le diaphragme, agrandit, à la fois, le diamètre vertical du poumon, et son diamètre transversal dans la moitié inférieure, comme le démontrent mes expériences électro-physiologiques. C'est à coup sûr le meilleur moyen d'imiter la respiration naturelle.

En raison des services qu'elle me paraît appelée à rendre dans l'avenir, je crois devoir décrire avec quelque soin le procédé à l'aide duquel on produit la respiration artificielle par l'électrisation des nerfs phréniques.

Le nerf phrénique qui tire son origine des 3me, 4me et 5me paires cervicales, descend, on le sait, de dehors en dedans au devant du scalène antérieur, avant de s'enfoncer dans le médiastin pour se jeter dans les piliers du diaphragme. C'est sur la face antérieure de ce scalène qu'il faut exciter le nerf phrénique qu'on met en rapport avec les rhéophores d'un appareil d'induction. (Tous les appareils d'induction sont propres à cette opération pourvu qu'ils se graduent exactement et que leurs intermittences soient très rapides. Les rhéophores sont terminés par une extrémité conique d'un petit volume, et recouverts d'une peau humide.) L'électrisation du nerf phrénique offre quelques difficultés, parce que le scalène est recouvert par le sterno-mastoïdien et par le peaucier. Voici, cependant, comment on parvient à localiser chez l'homme l'excitation électrique dans le nerf phrénique sans recourir à aucune opération chirurgicale.

On s'assure d'abord de la position du scalène antérieur, en déprimant la peau de dehors en dedans, avec deux doigts placés au niveau du bord externe du faisceau claviculaire du sterno-mastoïdien. Si l'on fait inspirer largement le sujet, on sent très bien le scalène intérieur se durcir; alors on écarte les doigts qui, par une pression continue, maintiennent la peau déprimée au-devant du scalène, puis on place un des rhéophores dans leur intervalle, et de manière à croiser la direction du nerf phrénique.

Pendant qu'un aide tient le rhéophore ainsi posé, le second rhéophore est placé de la même manière sur le scalène antérieur du côté opposé. Alors l'opérateur, saisissant par les manches isolés les deux rhéophores qu'il maintient solidemant appliqués sur les scalènes, fait mettre l'appareil en action. A l'instant où l'on fait passer le courant dont les intermittences sont tellement rapides qu'elles sont presque continues, les côtes inférieures s'écartent et les parois abdominales se soulèvent pendant que l'air entre avec bruit dans les poumons. Après une ou deux secondes on interrompt le courant et aussitôt la poitrine et l'abdomen s'affaissent comme dans l'expiration. Pour que cette expiration soit plus complète, un aide est chargé de déprimer la poitrine et l'abdomen pendant ce temps de l'opération. Après une ou deux secondes d'interruption, on fait de nouveau passer le courant pendant le même espace de temps, de manière à produire une succession d'inspirations et d'expirations qui imitent exactement la respiration naturelle.

L'électrisation des phréniques, telle que je viens de le décrire, ne réussit pas toujours d'emblée; car si le peaucier est très développé, ce muscle se contracte au moment de l'excitation, et repousse les rhéophores; d'un autre côté, le nerf phrénique présente quelquefois des anomalies, et passe plus en dedans des scalènes. Mais ces difficultés ne sont pas insurmontables, car en appliquant les rhéophores un peu plus haut ou un peu plus bas, on finit toujours par trouver le phrénique.

On doit éviter, autant que possible, d'exciter le plexus brachial en même temps que le nerf phrénique.

La respiration artificielle produite, la contraction électrique du diaphragme fait arriver une masse considérable d'air en agrandissant le diamètre vertical de la capacité thoracique et la moitié inférieure de son diamètre transversal. Puisque l'excitation électrique des nerfs phréniques, qui provoque celle du diaphragme, peut faire respirer bruyamment, même le cadavre, quelque temps encore après la mort, que ne doit-on pas attendre d'elle dans l'asphyxie, alors même que tout paraît désespéré! Prolonger ainsi la vie dans l'asphyxie, c'est presque sauver le malade. S'il ne respirait pas, en effet, comment pourrait-on appliquer la médication spéciale, qu'on ne doit jamais négliger de diriger contre les effets généraux de l'intoxication?

B. CONTRACTURE DU DIAPHRAGME.

La contraction spasmodique du diaphragme produit le hocquet ou de simples secousses sans bruit. Ces symptômes ne sont que des épiphénomènes d'autres affections, et ne présentent en eux-mêmes aucune gravité.

Mais si le spasme du diaphragme est plus continu, la contraction de ce muscle ne durât-elle qu'une ou deux minutes, ce spasme devient évidemment une contracture, et alors on voit se produire des accidens qui n'ont pas encore été décrits, et qu'il importe d'autant plus de faire connaître, qu'ils peuvent se terminer rapidement par la mort.

Je vais essayer de développer, aussi fidèlement que possible, la série des phénomènes morbides dont j'ai été témoin pendant la contracture du diaphragme.

A l'instant où le diaphrame se contracture, la moitié inférieure du thorax s'agrandit, surtout transversalement; l'épigastre et les hypocondres se soulèvent; la suffocation est extrême; le malade essaie, mais vainement, de resserrer la base de son thorax, et de refouler ses poumons de bas en haut, en contractant énergiquement, et d'une manière continue, ses muscles abdominaux. Les viscères comprimés alors en sens contraire par le diaphragme et par les parois abdominales, s'échappent de chaque côté dans les hypocondres, et augmentent ainsi mécaniquement le diamètre transversal de la base du thorax, déjà agrandie par l'action du diaphragme sur les côtes inférieures. Alors la respiration n'étant plus possible que dans la moitié supérieure de la poitrine, le malade contracte avec la plus grande énergie tous les muscles qui en produisent la dilatation; sa tête se renverse; ses épaules s'élèvent, et on sent ou, plutôt, on voit se contracter la portion claviculaire des trapèzes, les sterno-mastoïdiens, les scalènes, le tiers supérieur des grands pectoraux, et enfin les grands dentelés. La poitrine, agrandie notablement dans sa moitié supérieure, revient sur elle-même, par le relâchement brusque de ces muscles. C'est ainsi que s'accomplit la respiration, qui se compose d'une inspiration brusque et d'une expiration courte, pendant la dilatation permanente de la moitié inférieure du thorax. Ces mouvemens respiratoires partiels sont d'abord très rapprochés, mais bientôt ils s'affaiblissent et se ralentissent; et alors apparaissent tous les symptômes de l'asphyxie qu'il est inutile de décrire. Il faut moins d'une à deux minutes à la contracture du diaphragme pour produire un commencement d'asphyxie. On conçoit que si alors ce spasme continu du diaphragme se prolonge, la mort en est la fin inévitable.

La contracture de la moitié du diaphragme occasionne une grande gêne dans la respiration, mais ne peut déterminer l'asphyxie.

Ce tableau des graves désordres occasionnés dans la respiration de l'homme par la contracture du diaphragme, je l'ai tracé d'après les phénomènes que j'ai observés chez les animaux, dont j'ai mis artificiellement le diaphragme en état de contracture. (Voyez mes *Expériences électro-physiologiques.*)

Si je n'ai pas eu à rapporter des faits de contracture du diaphragme chez l'homme, c'est sans nul doute parce que n'en connaissant les symptômes que depuis peu, je n'ai pas encore eu le temps de l'observer. Ne serait-ce pas la contracture du diaphragme qui, dans le tétanos, l'angine de poitrine, etc., amènerait rapidement la mort?... C'est ce que je me propose de rechercher. Bientôt, probablement, ce spasme continu du diaphragme prendra place à côté de la paralysie de ce muscle, qui, avant ce travail, n'existait en pathologie qu'à l'état de théorie.

Ce sont de bien tristes découvertes que celles qui enrichissent la pathologie de maladies non encore décrites! Mais ne devais-je pas signaler le danger avant de chercher à le combattre ou à le prévenir? En poursuivant ces recherches, je me suis rappelé cette belle pensée d'Ovide : *Dimidium facti qui bene cœpit, habet.*

(A un prochain n° les conclusions.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 Avril. — Présidence de M. de Jussieu.

Mal de Pott.

M. Piorry lit sur ce sujet un mémoire dans lequel il établit que l'affection désignée généralement sous le nom de mal de Pott, et qui consiste dans une tumeur de la colonne vertébrale, avec paralysie des membres inférieurs, du rectum et de la vessie, comprend un grand nombre de maladies variées, tandis que le traitement par lequel on les combat et qui consiste en *cautères, moxas* et *sétons*, est employé d'une manière banale. Ce traitement réussit tellement mal, qu'une mort lente et douloureuse est presque constamment la conséquence de cette terrible affection qui rend les malades paralytiques et presque imbéciles. Le point capital, dit M. Piorry, est de reconnaître le mal dès son principe, et c'est ce que l'on ne peut pas faire sans percuter avec grand soin, et sur le plessimètre, la colonne vertébrale.

Aussi, ajoute M. Piorry, comme la plupart des médecins ne sont pas encore assez versés dans la pratique du plessimétrisme, il en résulte qu'ils n'examinent que très incomplètement la colonne vertébrale alors qu'on se plaint à eux de douleurs, de rhumatismes dans les reins, de sciatique, etc.

On ne constate pas dès lors l'existence de la tumeur. Le mal fait des progrès, et c'est lorsqu'il est incurable qu'on le combat.

M. Piorry soumet à l'Académie quarante observations, desquelles il résulte que la méthode de traitement qu'il emploie, et qui consiste dans l'usage du phosphate de chaux et de l'iodure de potassium, dans le repos, un régime réparateur et de bons soins hygiéniques, a réussi d'une manière complète dans plus de vingt cas, et a calmé les accidens dans plusieurs autres. Plusieurs fois même, des abcès locaux ou par congestion n'ont pas empêché la guérison.

Du reste, la mesure de l'efficacité du traitement était donnée par les variations en moins que présentait la figure de la colonne vertébrale malade, tracée sur la peau au moyen du plessimétrisme et du crayon.

M. Piorry dépose sur le bureau plusieurs dessins représentant la forme et l'étendue des tumeurs vertébrales, et d'autres qui indiquent le décroissement successif et rapide survenu dans leur volume par suite de l'administration de l'iodure de potassium et du phosphate de chaux.

Exemples de sécrétion laiteuse anormale ; — analyse du lait.

MM. N. Joly et E. Filhol, dans le but de vérifier la loi formulée par l'un d'eux en ces termes, dans un précédent travail : *omne vivum eodem alimento nutritur in ovo*, tout être vivant puise dans le lieu où il a pris naissance un seul et même aliment, ont entrepris l'étude comparative du lait, de l'œuf et de la graine, aux points de vue chimique, physiologique et médical. Ils ont extrait de ce travail encore inachevé le fragment suivant relatif à la composition du lait dans les cas de sécrétion laiteuse anormale.

Dans le lait de la femme qui ne nourrit pas, dans celui des femelles dont les glandes mammaires sécrètent quelquefois ce liquide aux approches du rut, nous trouvons, non pas de la caséine, mais bien de l'albumine proprement dite, en tout semblable à celle de l'œuf, et de la graisse, en sorte que ces laits exceptionnels établissent réellement le passage de l'une de ces substances à l'autre.

L'analyse des deux laits suivans prouve de la manière la plus incontestable la vérité de cette assertion.

Le premier de ces deux laits nous a été fourni par Mme D..., jeune femme de 28 ans, brune, aux yeux et aux cheveux d'un beau noir, aux seins bien faits, mais peu développés, d'un tempérament vif et nerveux, d'une taille moyenne, d'une bonne constitution. Mme D... est accouchée, pour la troisième fois, le 23 avril 1852. Ses enfans, tous du sexe masculin, sont robustes et jouissent d'une excellente santé. Bien qu'elle ne nourrisse pas et ne soit pas enceinte, bien qu'elle ait régulièrement ses menstrues, Mme D... a du lait, même à l'heure où nous écrivons, par conséquent plus de dix mois après ses couches.

Ce lait est d'un blanc légèrement jaunâtre, sans odeur, d'une saveur sensiblement salée. Vu au microscope, il présente de très nombreux et très gros globules graisseux, entremêlés de globules plus petits ; enfin, un grand nombre de corps granuleux jaunes, semblables à ceux du colostrum. Il est visqueux et même un peu filant ; l'ammoniaque n'en augmente pas la viscosité ; la présure ne le coagule pas. Il ramène lentement au bleu le papier de tournesol, se prend en masse lorsqu'on le fait chauffer jusqu'à 75 ou 80 degrés centigrades, et acquiert alors la consistance et l'aspect du blanc d'œuf coagulé.

D'après son analyse, le lait de Mme D... est remarquable sous plusieurs rapports.

1° Il renferme beaucoup d'eau et moins de sucre que le lait normal ;

2° Il contient beaucoup plus de sels ;

3° On n'y trouve que de l'albumine, sans aucune trace de caséine. La proportion de matière albumineuse y est énorme.

Parmi les substances salines, le sel marin est l'élément qui domine, tandis que c'est le phosphate de chaux dans le lait normal.

MM. Joly et Filhol ont analysé aussi le lait d'une jeune chienne qui n'a jamais subi les approches du mâle. Sa densité, ses qualités physiques et chimiques, offrent de nombreuses ressemblances avec le lait de Mme D...

On sait que les jeunes vierges, les femmes âgées (soixante-quinze ans et au-delà), les boucs pendant le rut, et même certains individus de notre espèce, ont quelquefois assez de lait pour être en état de remplir au besoin le rôle de nourrice. Aristote, Haller, Al. de Humboldt, Burdacle, Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, Auzias-Turenne, etc., en ont cité de curieux exemples. Ces faits, auxquels s'ajoutent ceux que nous venons de rapporter, prouvent, de la manière la plus évidente, que la sécrétion laiteuse peut avoir lieu indépendamment de l'état de grossesse, de l'allaitement, de toute influence du sexe féminin, et même de tout rapprochement sexuel. Le sang des mâles, comme celui des femelles, renferme donc tous les élémens du lait. Partout où il y a des glandes mammaires, il peut y avoir sécrétion laiteuse. La menstruation n'empêche pas cette sécrétion chez les femmes, même lorsqu'elles n'ont pas de nourrisson. Mme D... était réglée un des jours où nous avons analysé son lait (18 décembre 1852).

Physiologie du mal de mer.

M. Marshall-Hall adresse une note dans laquelle il expose les résultats de ses études physiologistes sur le mal de mer, pendant un trajet de Liverpool aux États-Unis d'Amérique.

Tous les phénomènes de cette maladie me conduisent, dit l'auteur, à croire que c'est la moelle épinière qui est le centre nerveux, et que ce sont le nerf pneumo-gastrique et les nerfs diaphragmatiques, intercostaux et abdominaux qui sont les nerfs esodiques et exodiques qui présentent, en leur liaison avec ce centre, l'origine et les cours d'action catastaltiques et diastaltiques, dans cette circonstance.

Il me paraît que les mouvemens d'élévation et d'abaissement du vaisseau influent spécialement sur l'état de la circulation du sang de la moelle épinière. Dans les premiers, la force de l'influence du sang sur cet organe est diminuée ; dans les seconds, elle est augmentée. Il y a donc changement perpétuel dans la force de cette impulsion ; d'où résulte l'excitation, l'agacement de la moelle, du nerf pneumo-gastrique, des nerfs diaphragmatiques, etc.

Les mouvemens d'une voiture, d'une balançoire, etc., s'ils sont assez continus, produisent les mêmes effets chez les individus très susceptibles.

L'influence de la position du corps, par laquelle ces mouvemens d'élévation et de dépression sont augmentés ou diminués, est très remarquable. Si la position horizontale dans la direction de l'axe du mouvement du vaisseau est choisie et bien conservée, le voyageur peut échapper au mal de mer ; et ce n'est qu'en changeant de position, qu'il en éprouve les premiers symptômes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 30 Mars 1853. — Présidence de M. Guersant.

Anévrisme de l'artère sus-orbitaire guéri par l'injection de perchlorure de fer concentré.

M. Larrey communique, au nom de M. Raoult-Deslongchamps, médecin aide-major, une observation d'anévrisme de l'artère sus-orbitaire, traité avec succès par l'injection de perchlorure de fer.

La tumeur, du volume d'un petit œuf de pigeon, était située à la région sus-orbitaire ; elle présentait un mouvement d'impulsion assez marqué. On y sentait des pulsations assez énergiques, isochrones, ainsi que l'impulsion aux battemens du pouls. Ces pulsations augmentaient par la pression au-dessus de la tumeur, et diminuaient lorsqu'on la comprimait au-dessous. La pression directe sur la tumeur l'affaissait et la faisait disparaître complètement pour reparaître aussitôt qu'on cessait de presser.

Ne doutant pas qu'il n'eût affaire à un anévrisme de l'artère sus-orbitaire, M. Deslongchamps, après avoir balancé les avantages et les inconvéniens des divers modes de traitement indiqués en pareil cas, se résolut à recourir à la compression, rendue facile dans ce cas par la disposition des parties. La compression, faite au moyen d'une pelote maintenue par un ressort de pendule, fut continuée pendant vingt-cinq jours sans succès bien marqué. Ayant eu connaissance alors des expériences faites par M. Pravaz, avec le perchlorure de fer, M. Deslongchamps résolut d'essayer ce nouveau mode de traitement, ce qu'il fit de la manière suivante :

Après avoir fait comprimer, par un aide, au-dessus et au-dessous de la tumeur, l'opérateur fit à la partie interne du sac une ponction oblique de 3 millimètres, avec un bistouri très aigu. Il sortit quelques gouttes de sang rutilant. Une seringue en verre, bien effilée, chargée d'une solution concentrée de perchlorure de fer, fut introduite le long de la lame du bistouri, jusque dans le sac, et l'opérateur pressa sur le piston.

La seringue retirée, il sortit encore quelques gouttes de sang et l'écoulement fut de suite arrêté, en portant de nouveau dans la plaie le bec de la seringue trempé dans la solution. La tumeur ne présentait de dureté qu'aux environs de la ponction, le résultat de l'opération était incomplet ; en examinant la seringue, M. Deslongchamps reconnut que cet insuccès tenait à ce que l'extrémité de la canule était bouchée par un petit caillot qui avait empêché la sortie du liquide.

Le lendemain, M. Deslongchamps pratiqua une seconde injection de 10 à 12 gouttes de liquide, avec les précautions nécessaires pour s'assurer de sa pénétration dans le sac anévrismal. Au bout de trois minutes, il sentit la tumeur durcie, et les battemens avaient disparu. La seringue retirée, il ne s'écoula pas une seule goutte de sang.

Le lendemain de cette seconde opération, il y avait un gonflement inflammatoire considérable de la tumeur, qu'on se contenta de combattre par des applications de compresses résolutives et le repos. Dès le jour suivant, la tumeur était dure et revenue à son premier volume ; il n'y avait plus de pulsations, et après sept à huit jours durant lesquels il se fit un écoulement séro-purulent par la petite plaie, la tumeur diminua graduellement de volume ; environ un mois après l'opération, on n'apercevait plus à la place de l'anévrisme qu'un peu de rougeur et un léger épaississement de la peau.

M. Lallemand vient d'entendre avec un vif plaisir cette communication, et il est heureux d'apprendre que la méthode de coagulation du sang dans les artères, qu'il a exposée dans la précédente séance, devant la Société, ait reçu une aussi heureuse application sur l'homme. Il regrette seulement que l'auteur de cette heureuse tentative se soit servi d'un bistouri pour pratiquer la ponction. L'usage d'un bistouri, quelque mince qu'en soit la lame, est évidemment trop dangereux en pareil cas. Un petit trois-quarts explorateur, à la canule duquel on adapte une petite seringue à pas de vis, tel que celui dont s'est servi M. Pravaz dans ses expériences, est de beaucoup préférable.

M. Robert se demande si, dans le fait dont M. Larrey vient de donner communication, on n'aurait pas eu affaire à une tumeur érectile plutôt qu'à un véritable anévrisme de l'artère sus-orbitaire. Le siége seul de la tumeur le porterait à penser que l'on avait affaire à une tumeur érectile ou à un de ces anévrysmes cirsoïdes particuliers à cette région, dont il a entretenu dans le temps l'Académie de médecine.

M. Larrey est d'autant moins éloigné de partager l'opinion que vient d'émettre M. Robert, qu'il a eu lui-même cette pensée en lisant l'observation de M. Deslongchamps. Il est à regretter que pour une première application d'une méthode aussi importante, on n'ait pas eu affaire à un anévrysme d'une artère volumineuse.

M. Jarjavay rapporte un fait qui tendrait à prouver qu'une contusion peut très bien produire un anévrysme dans une artère d'un petit calibre, ainsi que cela paraît avoir eu lieu pour l'opéré de M. Deslongchamps.

M. Demarquay : On n'est pas fondé à dire, par cela seul que la tumeur a lieu sur le trajet d'une petite artère, comme est l'artère sus-orbitaire, que ce n'est point un véritable anévrysme. Ayant eu l'occasion de faire des recherches sur ce sujet, M. Demarquay a recueilli un grand nombre d'observations, qui prouvent que des artères d'un très petit calibre peuvent être le siége d'anévrysmes. Il pense, en conséquence, qu'il faut être très réservé avant de conclure à la non-existence d'un anévrysme.

M. Forget verrait avec peine qu'on parût vouloir jeter, par cette discussion, du doute sur la valeur d'un fait nouveau de thérapeutique chirurgicale, dont tout le monde a entendu la communication avec intérêt. D'après quelques détails qu'il rappelle, notamment la disparition complète et brusque de la tumeur lorsqu'on la comprime, sans aucune sensation du corps inégal sous le doigt, la circonscription nette de la tumeur et sa situation sur le trajet de l'artère sus-orbitaire, M. Forget croit qu'il n'est pas possible de méconnaître l'existence d'un petit anévrysme.

M. Robert fait remarquer, au sujet du fait cité par M. Jarjavay, que ce fait, donné comme un exemple d'anévrysme d'une petite artère, porte à faux ; c'était un anévrysme artérioso-veineux, et non un véritable anévrysme, ainsi qu'on peut s'en assurer par l'examen de la pièce anatomique qui est au musée Dupuytren.

Quant aux anévrysmes dont parle M. Demarquay, c'étaient également, à en juger du moins par ceux qu'il connaît, des anévrysmes cirsoïdes.

Enfin, en ce qui concerne les observations de M. Forget, les caractères qu'il vient d'indiquer, sont aussi bien applicables à l'anévrysme cirsoïde qu'à l'anévrysme vrai ou sacciforme. Du reste, M. Robert ne prétend nullement, par les réflexions qu'il a faites à ce sujet, infirmer en quoi que ce soit la valeur du fait communiqué par M. Larrey. Ce fait eût-il trait à une tumeur érectile ou à un anévrysme cirsoïde, il n'en constaterait pas moins une heureuse application de la méthode de M. Pravaz. Mais ses réflexions ont eu simplement pour objet de tenir la Société en garde contre la trop grande facilité avec laquelle on admet généralement dans la science des faits qui ne sont pas suffisamment épurés. Il est utile qu'on sache que des doutes fondés ont pu être élevés sur la nature de ce fait, et qu'on ne puisse pas dire un jour qu'il est passé sans contrôle devant la Société de chirurgie.

Action des divers coagulans sur l'albumine.

M. Debout répète, en présence de la Société, quelques expériences qu'il a faites avec M. Mialhe, avec les diverses substances coagulantes pour déterminer leur valeur respective. Le but principal de la communication de M. Debout, est de démontrer que le perchlorure de fer coagule l'albumine dans une proportion déterminée, proportion au-delà de laquelle le caillot formé se redissout ; et qu'il importe par conséquent, dans l'application, de ne pas dépasser la quantité nécessaire à la coagulation.

Ablation d'un cancroïde de la mâchoire supérieure.

M. Michon présente un malade auquel il a pratiqué la résection d'une portion très étendue du maxillaire supérieur, pour un cancroïde siégeant dans cette région. L'objet de cette présentation est de démontrer la préférence à donner à la résection sur la désarticulation de l'os maxillaire, lorsque toutefois le choix est possible ; préférence fondée à la fois sur l'avantage de conserver une portion de la charpente osseuse de la face et sur la plus grande facilité de placer un obturateur.

M. Michon se propose de revenir incessamment sur cette opération, au sujet de laquelle il lira un travail à la Société.

— M. Marjolin lit un rapport sur divers travaux communiqués à la Société par M. le professeur Heyfelder, d'Erlangen. Le rapport conclut à l'admission de M. Heyfelder au titre de membre correspondant étranger de la Société.

La Société procède immédiatement au scrutin, qui donne à M. Heyfelder l'unanimité des suffrages.

La séance est levée à cinq heures un quart.

COURRIER.

Concours de l'agrégation. — Le concours pour cinq places de professeurs-agrégés (section de médecine), à la Faculté de médecine de Paris, s'est terminé ce soir par les nominations suivantes :

1° M. Aran,
2° M. Bouchut,
3° M. Lasègue,
4° M. Delpech,
5° M. Gubler.

BULLETIN SANITAIRE.

Si nous ne sommes pas revenu plus souvent, dans ce journal, sur la marche de l'épidémie de fièvre typhoïde dont nous avons été des premiers à signaler l'invasion et les progrès, c'est que, depuis notre dernier bulletin, cette épidémie est entrée en une voie décroissante des plus rapides. Ainsi, de 1,540, chiffre le plus élevé de malades typhoïques que les hôpitaux aient rassemblés, le 5 mars, elle est descendue à 1,389 le 15, à 1,253 le 20, à 1,184 le 23, à 1,091 le 28, et à 994 le 31 mars. Hier même, 7 avril, il ne restait plus dans les hôpitaux que 891 malades atteints de cette affection.

Le mouvement entier du mois de mars se résume en 1,359 nouveaux cas de fièvre typhoïde et en 398 décès. Cette proportion de la mortalité semblerait bien forte, si l'on ne se rappelait que déjà, le 1er mars, il existait dans les hôpitaux 1,504 malades, et que c'est par conséquent sur le chiffre de 2,863 malades que l'on a compté 398 morts, ou 14 pour 100 environ.

Depuis le mois d'avril, du reste, le nombre des malades atteints de fièvre typhoïde se maintient dans d'assez étroites limites :

	Entrées.	Sorties.	Décès.
Vendredi 1er avril.	32	26	6
Samedi 2.	26	49	7
Dimanche 3. . .	8	38	7
Lundi 4.	30	32	10
Mardi 5.	19	28	7
Mercredi 6. . .	24	25	6

En revanche, le nombre des maladies, autres que la fièvre typhoïde, a subi une élévation assez marquée, et hier, 7 avril, il y avait encore 6,317 malades dans les hôpitaux.

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de zoologie* (Histoire naturelle des Reptiles et des Poissons). — M. le Professeur C. Duméril, Membre de l'Académie des sciences, ouvrira ce cours, le Lundi 11 avril, à onze heures et demie très précises, dans les Galeries du Muséum. Les leçons suivantes auront lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à la même heure.

Le Professeur sera suppléé, en cas d'absence, par M. le Docteur Aug. Duméril, Aide-Naturaliste, Agrégé de la Faculté de Médcine.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltestbet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 43. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 12 Avril 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An.............	32 Fr
6 Mois...........	17
3 Mois...........	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

AVIS.

A dater du 15 avril prochain, les bureaux de l'UNION MÉDICALE seront transférés *rue Saint-Georges, n° 12*. C'est à cette nouvelle adresse que devra parvenir tout ce qui concerne l'*administration* du journal.

Tout ce qui concerne la *rédaction*, devra continuer à être adressé à M. le docteur Amédée Latour, 56, *faubourg Montmartre.*

SOUSCRIPTION

pour élever un monument à la mémoire de M. Orfila.

MM. Baret, 5 fr.; l'Association médicale de l'arrondissement de Vire (Calvados), 50 fr.; Mussot, 10 fr.; Gerain fils, d.-m. à Ars-en-Ré, 5 fr.; Dieulafoy, d.-m. à Toulouse, 50 fr. (2me offrande).

Total de la 18me liste. . . .	120 fr.
Listes précédentes	2,559 fr.
Total de la souscription de l'UNION MÉDICALE.	2,679 fr.

PARIS, LE 11 AVRIL 1853.

DU ROLE DES MÉDECINS DANS LES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS.

Le Comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE est saisi d'une question grave et d'une grande importance actuelle pour le corps médical. Le Comité se trouve très honoré de la confiance qu'on lui témoigne et des conseils qu'on veut bien lui demander à cet égard; mais la question qui lui est soumise est si délicate, il faut tenir compte, pour sa solution, d'intérêts si divers et tous respectables, et cette solution pouvant mettre, sinon en opposition, au moins en regard les uns des autres les besoins de la classe pauvre et les justes exigences des médecins, que ces circonstances commandent au Comité une grande prudence et une grande réserve dans l'expression de l'opinion qu'il doit émettre.

Voici l'état de la question tel qu'il est très lucidement exposé dans la communication suivante de l'un de nos honorables souscripteurs :

2 Avril 1853.

Monsieur le rédacteur,

S'il en est qui reprochent à votre journal de s'occuper de philosophie médicale et de s'intéresser aux questions professionnelles, il en est d'autres qui le lisent et qui restent ses fidèles abonnés, précisément parce qu'il ne se borne pas à publier une série d'observations illisibles et sans coordination aucune, sous prétexte de pratique pure. Comme je suis de ces derniers, je prends la liberté de soumettre à l'examen du Comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE la question suivante, qui touche à la fois aux rapports confraternels et à la dignité de la profession.

L'esprit d'Association gagne tous les jours du terrain, et ce n'est pas à vous, monsieur le rédacteur, que j'entreprendrai d'en démontrer les avantages généraux et particuliers, puisque vous êtes vous-même un des plus fervens apôtres de ce genre d'assistance fraternelle.

En ce moment s'organisent presque partout, et avec l'encouragement de l'autorité administrative, des *Sociétés de secours mutuels*, ayant pour but de fournir aux souscripteurs malades les soins du médecin, les médicamens et même une indemnité pécuniaire.

Certes, chacun doit approuver de semblables institutions et concourir même, s'il le peut, à leur organisation. Aussi, un grand nombre de souscripteurs sont-ils seulement *honoraires* et contribuent-ils aux charges de la Société, sans réclamer de droit aux secours, dont ils n'ont pas besoin.

Malheureusement, il en est aussi de moins généreux, que leur position de fortune devrait classer naturellement parmi les *honoraires*, et qui cependant se font inscrire comme membres *participans*, c'est-à-dire réclamant, en cas de maladie, les soins du médecin et les médicamens aux dépens de la Société.

Or, vous le savez, monsieur le rédacteur, la rémunération des médecins des Associations de secours est tellement faible qu'on peut la considérer comme à peu près nulle. Œuvre de dévoûment qui honore le corps médical, et pour l'accomplissement de laquelle chacun de nous est toujours prêt. Mais si nous avons quelque droit de nous enorgueillir de nos fonctions charitables, n'est-ce pas pour nous un devoir de tenir à ce que nos soins soient justement honorés par ceux qui peuvent le faire? Et ne serait-ce pas à la fois manquer à nos devoirs confraternels et abaisser la dignité professionnelle que d'accepter une position dans laquelle le médecin devrait visiter indistinctement les *participans* riches comme les *participans* pauvres d'une Association, enlevant ainsi à ses confrères une clientèle capable d'honorer leurs soins, et livrant lui-même ses services au rabais, comme s'il doutait de leur valeur?

Si ce n'est pas un vain scrupule qui me dicte ces lignes, il en faudrait conclure que nous ne devrions accepter les fonctions de médecins d'une *Société de secours mutuels*, aux conditions ordinaires, c'est-à-dire presque gratuitement, que lorsque les souscripteurs *connus pour n'avoir pas besoin de secours* seraient tous rangés dans la classe des *honoraires* ou *non-participans*.

Telle est la question que je soumets au jury d'honneur, dont plus d'une fois les décisions ont reçu l'assentiment général.

Agréez, monsieur le rédacteur, mes salutations confraternelles,

Dr DUFAU.

Le Comité croit devoir rappeler, avant tout, que l'UNION MÉDICALE a plusieurs fois attiré l'attention de ses lecteurs sur les conditions difficiles dans lesquelles se trouvaient placés les médecins en face des Sociétés de secours mutuels. De ces conditions le journal a fait ressortir, à plusieurs reprises, l'utilité et l'importance, pour le corps médical, de l'association entre ses membres. Il a cité de tristes exemples, pour prouver que l'individualisme et l'antagonisme dans lesquels vivent les médecins, tournaient au détriment de tous sans profiter à personne. Il a montré que les résultats de cet antagonisme avaient été tels, dans certaines localités, que là où quelques Sociétés de secours offraient une indemnité annuelle de 1,000 fr. à leur médecin, un autre médecin venait proposer ses services pour 500 fr., un troisième pour 250 fr., un quatrième pour rien. Il a dit et redit que les Sociétés de secours mutuels étant destinées à s'étendre et à se propager partout, cette extension placerait tôt ou tard le corps médical en présence de difficultés graves, et que son inaction et son indifférence à cet égard lui préparaient, pour un avenir plus ou moins prochain, des embarras considérables.

Si le Comité voit avec peine que ses prévisions n'ont pas été trompées, il ne doit pas moins faire tous ses efforts pour répondre à l'honorable confiance qui lui est témoignée.

A cet égard, il rappelle encore que, depuis la révolution de Février, la doctrine constante de l'UNION MÉDICALE a été celle-ci : Le corps médical doit demander à lui-même et chercher en lui-même les modifications qu'il n'a espérées jusque-là que des pouvoirs publics. Dans des temps d'agitation démocratique, il risquerait de voir ses intérêts professionnels sacrifiés aux intérêts des masses. Sous le règne de principes opposés, pour des avantages moraux et matériels contestables et problématiques, il courrait la chance de perdre ses libertés professionnelles. Ne rien demander au pouvoir, faire ses affaires lui-même, dans les limites qui lui sont imposées par les lois, tel est le conseil que l'UNION MÉDICALE a cru devoir donner au corps médical, et que son Comité de rédaction croit opportun de rappeler.

Partant de ce principe, convaincu d'ailleurs que l'administration qui encourage et patrone les Sociétés de secours mutuels ne peut pas vouloir sacrifier les intérêts du corps médical aux intérêts d'aucune autre classe de la société, le Comité pense que la première chose à faire, pour les médecins

---

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Histoire de la deuxième période de la médecine ancienne; période alexandrine. — Hérophile. Anatomie d'Hérophile; a-t-il disséqué des hommes vivans? Tertullien et les détracteurs de l'anatomie humaine. Études d'Hérophile sur le système nerveux; découverte des vaisseaux chylifères. Hérophile et Aselli. — Physiologie d'Hérophile, ses études remarquables sur le pouls, les sécrétions, les fonctions de l'appareil respiratoire, etc. Pathologie d'Hérophile; études de séméiotique. Thérapeutique d'Hérophile. — De la médecine empirique et de la médecine rationnelle. Disciples d'Hérophile, leur caractère.

XIII.

Histoire de la 2e période de la médecine antique, ou période alexandrine.

Cette période commence vers l'an 300 avant J.-C., époque de la fondation de l'école d'Alexandrie, et se termine vers la fin du IIe siècle de l'ère chrétienne, à l'apparition de Galien.

Elle s'inaugure par les deux noms illustres d'Hérophile et d'Érasistrate, fondateurs de l'école anatomique d'Alexandrie.

Hérophile naquit à Chalcédoine, en Bythinie, l'an 344 de l'ère chrétienne. Il était donc dans toute la force de l'âge, lors de la fondation de l'école d'Alexandrie. Cet homme illustre doit être étudié à un triple point de vue : 1° comme anatomiste; 2° comme physiologiste; 3° comme médecin.

Ce n'est guère que dans Galien et quelques autres auteurs de l'antiquité, que nous pouvons trouver les élémens de cette triple étude, car des innombrables ouvrages écrits par Hérophile, il ne nous reste rien. Tous ont été entraînés dans l'effroyable naufrage qui a englouti tant de richesses scientifiques.

1° *Anatomie d'Hérophile.* — Hérophile eut, pendant toute sa vie, une préoccupation constante, celle de répandre parmi les médecins le goût de l'anatomie et d'en vulgariser l'étude; aussi Fallope l'appelle-t-il, avec raison, l'*évangéliste* de l'anatomie. Une tradition conservée dans l'ouvrage de Celse, fait peser sur Hérophile l'accusation d'avoir disséqué des hommes vivans, criminels condamnés à mort, que Ptolémée-Soter lui aurait livrés pour en faire des sujets d'études. L'opinion qui prête au célèbre anatomiste d'Alexandrie une barbarie si révoltante, n'est rien moins que démontrée. Il est plus probable qu'elle a été enfantée par l'imagination populaire. On comprend très bien qu'à une époque où, pour la première fois, des cadavres humains furent disséqués ouvertement, l'imagination du peuple, frappée d'un fait inouï jusqu'alors, le dénatura, en l'exagérant, et que de cette exagération naquit la croyance erronée qu'à Alexandrie les anatomistes, avec l'autorisation du roi, disséquaient des hommes vivans.

Cette accusation, nous la trouvons reproduite dans un passage du célèbre apologiste du christianisme, Tertullien. « Ce médecin, ou plutôt ce *boucher*, dit l'orateur chrétien en parlant d'Hérophile, qui a passé sa vie à torturer les hommes, afin de les mieux connaître, n'est point parvenu cependant à trouver ce qu'il cherchait. A quoi bon, en effet, chercher le secret de la vie dans la mort?... La mort change toutes choses, surtout lorsqu'elle n'est pas simple, mais qu'elle est le résultat des tourmens auxquels la recherche exacte de l'anatomiste a exposé les malheureux? » Nous retrouvons là, sous la plume de Tertullien, ces phrases banales, ces reproches absurdes adressés de tous temps aux anatomistes par des hommes qui, mus soit par l'ignorance, soit par la mauvaise foi, soit par des préjugés ridicules, se sont élevés contre l'étude de l'anatomie humaine.

Hérophile était très versé dans l'anatomie comparée. Il avait étudié comparativement les organes de l'homme et ceux des diverses espèces animales; en suivant cette voie, il était arrivé à la découverte d'un grand nombre de faits inconnus avant lui.

Ses travaux les plus importans, sans contredit, sont ceux qu'il a faits sur le système nerveux. Jusqu'à lui on avait confondu, sous la dénomination commune de nerfs : 1° les nerfs proprement dits; 2° les tendons; 3° les ligamens. Le premier, Hérophile distingua nettement les véritables nerfs des tendons et des ligamens, et reconnut que les cordons blancs, qui méritent le nom de nerfs, tirent tous leur origine du cerveau et de la moelle épinière. A ces cordons il assigna deux usages : 1° celui de transmettre au cerveau les sensations produites par les objets extérieurs; idée neuve et hardie à une époque où le cerveau était considéré comme une glande destinée à sécréter la pituite, et où l'on plaçait dans le cœur le siége de la pensée; 2° le deuxième usage attribué aux nerfs par Hérophile, est de transmettre aux muscles les ordres de la volonté. Quel immense progrès depuis Hippocrate!

C'est d'Hérophile que date l'étude anatomique sérieuse du cerveau. Jusqu'à lui on s'était contenté d'examiner la surface extérieure de cet organe, sans prendre soin d'en étudier séparément les diverses parties. Hérophile sépara ces parties, les décrivit et leur imposa des noms. Il disséqua les nerfs *optiques*, qu'il considéra comme des nerfs *spéciaux*; il les suivit depuis leur origine jusqu'à leur terminaison dans l'intérieur de l'œil. Il disait que ces nerfs se distinguaient des autres par leur structure et leurs usages. Il les supposait creusés de cavités, qu'il désignait sous le nom de *pores optiques*. Le premier, il a indiqué les sinus de la dure-mère et le confluent ou réservoir *torcular*, qui reçoit les principaux d'entr'eux. C'est lui qui a donné le nom de *veine artérieuse* à l'artère pulmonaire, lui qui a nommé le *duodenum*, la *rétine* et la *toile choroïdienne*.

Un jour en ouvrant un chevreau, une autre fois, en ouvrant le corps d'un homme mort peu de temps après avoir mangé, Hérophile s'aperçut que le mésentère était parcouru par de petits vaisseaux blancs; il fut très étonné que ces vaisseaux n'aboutissaient pas au foie, où l'on croyait alors que se rendaient toutes les veines. Il suivit ces vaisseaux blancs et les vit se terminer à des corps spongieux et glanduleux exis-

dans les localités desquels s'organisent des Sociétés de secours mutuels, c'est de se concerter et de s'entendre sur les conditions auxquelles ils pourront accepter l'honorable mission de médecin de ces Sociétés.

Le comité ne peut, à cet égard, qu'émettre un principe, sans entrer dans les détails. Il est à sa connaissance que certaines Sociétés de secours n'accordent que 50 centimes d'honoraire par visite à leur médecin, et que, quelle que soit la durée de la maladie, la Société ne paie jamais que huit visites, comme aussi elle ne compte qu'une seule visite, quel que soit le nombre des malades dans une même famille de sociétaires.

Le Comité pense que ce sont là des conditions dérisoires, humiliantes, indignes du corps médical, à qui on enlève ainsi, par une rétribution semblable, le mérite et la spontanéité de ses sentimens charitables qui n'ont jamais fait défaut envers les pauvres. Mieux vaut ne rien accepter que de souscrire à un tarif que l'on n'oserait pas proposer pour les travaux les plus infimes.

Le Comité pense que le système de rétribution par visite présente des inconvéniens sérieux, qu'il peut susciter des embarras, des tracasseries, des récriminations, et que les médecins agiront sagement en demandant la rétribution par annuités.

Le Comité connaît trop bien la générosité et le désintéressement du corps médical pour qu'il ait besoin de lui recommander, à cet égard, des prétentions modérées et des exigences raisonnables. Il lui suffira de rappeler qu'à Paris, les plus grandes célébrités de la science et de l'art, prêtent à l'assistance publique leur temps, leurs lumières, leur talent, leur expérience, pour une rétribution dont le maximum ne dépasse pas la somme de 1,200 fr. par an.

Il est certain qu'il n'est pas un médecin des hôpitaux de Paris qui ne préférât faire gratuitement son service nosocomial que de recevoir, par malade, une rétribution indigne.

D'accord sur le système et le mode de rétribution, les médecins doivent aussi se concerter sur la composition des Sociétés de secours de leurs localités. C'est fort triste à dire; mais à Paris aussi bien que dans les départemens, un certain nombre de personnes, à l'abri du besoin, se font inscrire, comme *participans*, sur la liste des Sociétés de secours mutuels.

Le Comité adhère sur ce point à l'opinion exprimée par l'honorable correspondant dont la lettre précède. S'il y a lieu de supposer ou d'admettre que l'administration locale ne s'est pas montrée suffisamment sévère sur le classement des sociétaires en *honoraires* et en *participans*, c'est le droit, c'est le devoir impérieux des médecins de signaler, de dénoncer les abus qui auront pu se produire. Mais ici encore, les médecins comprendront combien plus sera efficace, digne et convenable, une réclamation émanée d'une réunion de médecins, que d'un praticien seul et isolé.

Ainsi, de quelque côté qu'on envisage les intérêts moraux et professionnels du corps médical, se montre puissant et fécond le principe de l'association.

Comme on le voit, le Comité se place dans l'hypothèse, presque partout réalisée, que les Sociétés de secours mutuels choisissent elles-mêmes leur médecin, et les imposent aux malades auxquels on enlève la liberté du choix. Dans l'hypothèse contraire, avec le système de la liberté du choix du médecin par le malade, le mode de rétribution annuelle est impossible, et la rétribution par visite est forcée. Dans ce cas, le Comité ose donner le conseil aux médecins, si la rétribution n'est pas honorable, d'en faire l'abandon au profit de l'œuvre, ou de la transformer en objets de nécessité première pour leurs pauvres malades.

Le beau idéal pour le Comité, en pareille matière, serait que les Sociétés de secours mutuels laissassent organiser, dans leurs localités respectives, le service médical par les médecins eux-mêmes réunis en associations locales; que la liberté du choix du médecin par le malade, fût déclarée en principe; que le choix du médecin rétribué fût fait par l'élection des médecins et pour une limite de temps déterminée, afin que tous les praticiens d'une localité pussent à tour de rôle participer aux avantages ou subir les charges de leur Société de secours mutuels. Mais c'est là une idée qui restera longtemps à l'état de vœu, et le Comité ne veut et ne peut donner que des conseils pratiques et applicables.

En tout état de cause, quelle que puisse être l'infimité de la rétribution promise, le Comité considérerait comme un acte grave pour un médecin, et plus grave encore pour une réunion de médecins, un refus de concours en faveur des Sociétés de secours mutuels. Il ne conseillera jamais une mesure semblable. Sauver et respecter la dignité professionnelle en rejetant d'infimes honoraires, mais conserver au médecin, intacte et pure, sa mission d'humanité et de charité, telle est la conduite, semble-t-il au Comité, qui devra concilier aux ministres de notre art l'estime de l'administration et la reconnaissance du pauvre.

Au nom du Comité de rédaction, qui a approuvé,

Amédée Latour.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DU TANNATE DE QUININE CONTRE LES SUEURS NOCTURNES;

Par M. le docteur Delioux, médecin en chef de la marine, professeur aux Écoles de médecine navales, etc.

Les sueurs nocturnes qui surviennent comme épiphénomène à toutes les périodes de la phthisie tuberculeuse, aggravent l'état des sujets en y ajoutant un nouvel élément de débilitation. On s'efforce donc avec raison de les modérer et de les suspendre; et si l'on parvient à ce dernier résultat, pour peu que la tuberculisation ne soit pas encore trop avancée, il est possible qu'avec le concours d'autres agens thérapeutiques et hygiéniques on en arrête momentanément les progrès.

Contre ce symptôme qui révèle souvent à l'observateur attentif la gravité d'une lésion sur la nature de laquelle des illusions restaient encore, ou qui, aux approches du terme fatal, accélère et augmente le malaise des malades, deux modes de médicamentation ont été spécialement recommandés; l'un a pour base le sulfate de quinine, l'autre le tannin. A voir la régularité avec laquelle apparaît la sueur chez les phthisiques, vers la fin du nycthéméron, on comprend que la pensée soit venue de lui opposer l'influence antipériodique de la quinine; on comprend aussi que l'on ait invoqué contre elle le tannin, qui joint à la capacité d'enrayer la périodicité morbide une action tonique et astringente, une action susceptible de donner aux fluides une plasticité, aux solides un ressort virtuellement antagonistes de la tendance aux déperditions séreuses. L'empirisme a pu découvrir fortuitement les propriétés antidiaphorétiques de la quinine et du tannin; le rationalisme les aurait trouvées en les cherchant, et il les explique.

J'ai expérimenté l'un et l'autre. Le résultat n'a point été à l'avantage du sulfate de quinine. Lorsque les sueurs avaient une certaine apparence de crises provoquées par une exacerbation, ou mieux, par un paroxysme fébrile, ce sel en triomphait quelquefois, mais non pas toujours.

C'est qu'il y avait là, si l'on peut ainsi dire, un sub-périodisme auquel convenait l'alcaloïde du quinquina. Mais en observant de près les circonstances dans lesquelles se produit la sueur des phthisiques, on reconnaît que, le plus généralement, elle ne se lie point comme rapport de cause à effet au redoublement qu'éprouvent vers le soir la plupart des fébricitans, mais qu'elle se développe habituellement sous l'influence presque exclusive de l'état de sommeil; les phthisiques suent la nuit pendant et parce qu'ils dorment; et cela est si vrai, que beaucoup d'entre eux suent dans la journée, à différentes heures, quand ils se livrent au sommeil. Il y a donc là un élément distinct du périodisme, qui veut être attaqué par autre chose qu'un antipériodique pur; le tannin satisfait à cette indication mieux que le sulfate de quinine, et après plusieurs essais comparatifs, je suis arrivé à accorder au premier sur le second une supériorité telle, que j'en ai déduit un choix absolu, dans les cas où il s'agit de maintenir dans leurs limites normales les fonctions sécrétoires de la peau.

La désignation de *sueur nocturne* implique une erreur d'appréciation; ce n'est pas une *sueur de nuit*, c'est une *sueur de sommeil*, et s'il était permis de créer un mot nouveau, je la nommerais volontiers la sueur hypnique (de ὕπνος, sommeil).

Le travail de tuberculisation n'est pas l'unique cause de ce genre de sueur; on la rencontre aussi chez les convalescens, surtout après des maladies longues et graves, dans certaines bronchites profondes et opiniâtres, sans lésion organique; parfois, enfin, on l'observe fortuitement dans le cours de maladies d'origine et de nature diverses, ou dans l'état apparent de santé chez des individus d'une constitution débile. Dans toutes ces circonstances, je l'ai vue céder à l'usage du tannin plus promptement et plus sûrement qu'à celui du sulfate de quinine. J'en avais conclu que l'extrait et la décoction de quinquina, où le tannin se retrouve à côté de la quinine, devraient amener de bons résultats; et, effectivement, j'ai trouvé ces préparations quiniques préférables au sulfate de quinine, comme antidiaphorétiques dans les cas en question. Aussitôt que le tannate de quinine eut été introduit dans la thérapeutique par M. Barreswil, j'eus la pensée d'éprouver contre les sueurs hypniques ce sel qui me parut de nature à combattre d'un seul coup les deux conditions originelles de cet accident, l'une constante, la débilité organique, l'autre contingente, la périodicité. C'est dans ce but que j'ai institué quelques expériences dont je vais présenter ici le résumé.

Observation I. — Lesage, ouvrier de l'arsenal, 34 ans, malade depuis deux années, résiste depuis longtemps, sous l'influence de l'huile de foie de morue, à une fonte tuberculeuse qui envahit le sommet des deux poumons; il a eu à plusieurs reprises des sueurs nocturnes; deux fois le tannin les a fait disparaître. A la fin d'octobre 1852, des sueurs abondantes reviennent pendant le sommeil.

Le 30 et le 31 octobre, 60 centigrammes de tannate de quinine; un peu moins de sueur pendant les deux nuits.

A partir du 1er novembre, tannate de quinine, 80 centigrammes tous les jours, jusqu'au 10 inclusivement; les sueurs diminuent sensiblement jusqu'au 4; le 5, elles sont presque nulles; le 6, elles semblent augmenter un peu; le 7, pas de sueur; le 8, léger retour; les 9, 10, 11, 12 novembre, plus de sueur; cet état persiste pendant un laps de temps assez considérable. Depuis, il y a eu quelques courtes réapparitions de

---

tant dans l'épaisseur même du mésentère. Ne voyez-vous pas dans cette observation d'Hérophile poindre la brillante découverte des vaisseaux chylifères, définitivement accomplie dix-huit siècles plus tard par l'immortel Aselli?

Hérophile est l'auteur d'une bonne description du foie de l'homme comparé à celui des animaux. Il a fait également l'anatomie comparée des organes génitaux dans les deux sexes.

Physiologie d'Hérophile. — L'étude sérieuse du *pouls* date de Praxagore, maître d'Hérophile. Celui-ci continua, sur ce point, les recheches de son maître et les développa. Il étudia les pulsations artérielles au triple point de vue : 1° de leur rapidité, 2° de leur force, 3° de leur rhythme ou mode de succession, cadre excellent dans lequel on pouvait faire entrer à peu près tout ce qu'il y a d'important à étudier sur le pouls. Hérophile a soin de noter les différences que présente le pouls à ce triple point de vue, suivant les circonstances individuelles, les tempéramens, et surtout les âges, question importante, sur laquelle il n'y a encore aujourd'hui que des élémens épars et une doctrine incomplète.

Avant Hérophile, on n'avait aucune idée nette touchant la cause ou le mode de production du pouls. Suivant les uns, cette cause résidait dans un mouvement des artères elles-mêmes; pour d'autres, le pouls était dû à un mouvement propre du liquide contenu dans ces vaisseaux. Hérophile déclare que la cause des pulsations artérielles ne réside ni dans les artères, ni dans le liquide qu'elles contiennent, mais dans le cœur; de telle sorte, ajoute-t-il, que toute modification dans les pulsations artérielles, traduit exactement et nécessairement, une modification correspondante des battemens du cœur. Cette idée du célèbre anatomiste d'Alexandrie, aujourd'hui vulgaire dans la science, trouva dès son origine et bien des siècles après, des adversaires ardens et des contradicteurs acharnés; car il est dans la destinée de toute vérité nouvelle de passer par la filière des contradictions, avant de prendre domicile dans la science, et souvent d'être replongée pendant un temps plus ou moins long dans les ténèbres de l'oubli, pour en sortir tôt ou tard et apparaître enfin plus éclatante et plus lumineuse à tous les esprits.

Hérophile émet encore une idée nouvelle et vraie, lorsqu'il donne la force du pouls comme la mesure de la force vitale. De là l'utilité de l'étude du pouls dans les maladies, pour évaluer le degré d'énergie vitale des malades, leur force de résistance, soit contre la maladie et contre le traitement souvent très énergique par lequel le médecin est obligé de combattre les accidens morbides.

Le premier, Hérophile a exposé des idées nettes sur l'usage des glandes et les sécrétions dont elles sont le siége, et indiqué la solidarité intime qui unit entr'elles les fonctions respiratoire et circulatoire.

Au sujet de la fonction de l'appareil pulmonaire, Hérophile soutenait cette opinion depuis battue en brèche et ruinée, que le poumon, dans son double mouvement d'expansion et de retrait, est actif. Il assimilait ainsi le poumon à l'organe central de la circulation. Cette question, jugée aujourd'hui dans un sens différent de celui d'Hérophile, au point de vue de la dilatation et de la contraction de la totalité des organes pulmonaires, est encore pendante au point de vue du double mouvement d'expansion et de retrait des dernières ramifications bronchiques.

Pathologie d'Hérophile. Hérophile donne de la médecine une définition large et belle qui en fait comprendre à la fois et la grandeur et les difficultés. C'est, en quelque sorte, le commentaire du premier aphorisme d'Hippocrate.

La médecine est, dit-il, la connaissance d'abord de l'état naturel du corps, puis de son état contre nature, et enfin des choses qui peuvent agir sur le corps, soit pour le conserver sain, soit pour le rendre malade, soit pour le délivrer de la maladie.

On voit par cette définition que, d'après Hérophile, on ne pouvait pas être véritable médecin sans avoir des notions étendues sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie proprement dite, l'anatomie pathologique et les sciences naturelles ou accessoires de la médecine. On peut donc invoquer l'autorité du grand nom d'Hérophile contre ceux qui prétendent qu'il n'est nullement nécessaire au médecin d'être un profond anatomiste et d'être versé dans la connaissance des sciences naturelles. Cette manière large et complète de comprendre la médecine justifie cette phrase de Haller, qui dit en parlant d'Hérophile : *Totam artem tenuit.*

Il semble qu'un homme qui avait passé sa vie à disséquer des cadavres humains, méritant ainsi le glorieux reproche que Tertullien lui fait en ces termes : *sexcentos homines exsequit*; il semble, dis-je, qu'Hérophile ait dû faire entrer dans l'explication des maladies la considération des solides; il n'en est rien. Imbu des idées d'Hippocrate, dont il avait commenté les œuvres, Hérophile suivit le médecin de Cos dans ses erremens; il ne tint pas compte des solides, dont il subordonna les lésions à l'altération primitive des humeurs, cause prochaine de toutes les maladies. Il est curieux de voir un si grand anatomiste obligé de plier sous le joug des doctrines humorales d'Hippocrate. Ce joug ne devait être secoué que plus tard, par un homme dont l'audace égalait le génie, par un des plus grands révolutionnaires que la médecine ait produits, par Asclépiade, en un mot.

Comme tous les médecins de son temps, suivant les traces d'Hippocrate, Hérophile s'était beaucoup occupé de séméiotique. Il considérait en séméiotique trois choses principales : 1° les signes *anamnestiques;* 2° les signes *pronostiques* ; 3° les signes *diagnostiques.* Il insistait sur l'importance des signes anamnestiques ou commémoratifs qui, en nous reportant vers le passé des malades, peuvent nous révéler le présent. Il disait, qu'à l'aide de ces signes, on pouvait souvent déterminer la nature de la maladie que l'on avait sous les yeux, et il citait comme exemple une affection que nous trouvons mentionnée pour la première fois dans les livres de l'antiquité, *la rage.*

Les signes anamnestiques, suivant Hérophile, peuvent singulièrement éclairer le médecin sur le pronostic de certaines maladies. C'est ainsi, par exemple, que, consulté par un malade atteint de bronchites fréquentes, le médecin, s'il vient à apprendre que les parens de cet individu sont morts phthisiques, devra craindre que ces bronchites ne soient que les symptômes d'une maladie grave et mortelle.

Hérophile insiste encore sur les signes anamnestiques pour en tirer des inductions relatives au traitement des maladies. Si le médecin

sueurs nocturnes qui ont cédé au tannin ou au tannate de quinine comme antérieurement.

Observation II. — Brandin, soldat d'infanterie, a contracté, le 13 août 1852, à la suite d'un bain de mer, une pleuro-pneumonie compliquée d'embarras gastro-intestinal. Il est sorti guéri le 30 du même mois. Pendant cette maladie, la transpiration nocturne a été en général abondante.

Le 30 septembre, il rentre à l'hôpital, atteint d'une bronchite profonde, et accusant une légère douleur au point antécédemment occupé par la pneumonie. En cet endroit, la matité est revenue avec râle souscrépitant fin ; la percussion donne un son normal dans le reste du thorax, et l'auscultation du râle muqueux ; pendant un long séjour à l'hôpital, ce malade a souvent présenté des symptômes graves qui décèlent un travail de tuberculisation pulmonaire ; mais ici, comme dans toutes les observations consignées dans ce travail, nous nous bornons à mentionner le double fait des sueurs nocturnes et de l'influence qu'a exercée sur elle le tannate de quinine.

Brandin, d'une constitution très délicate, est très affaibli par la maladie, sue fréquemment pendant son sommeil.

Du 30 octobre au 2 novembre, on lui prescrit chaque jour 60 centigrammes de tannate de quinine, sans succès.

Le 3 et le 4 novembre, on porte le médicament à 80 centigrammes ; même insuccès.

Le 5, on prescrit 60 centigrammes de tannin; la sueur diminue, et il en est de même les jours suivans.

Dans le courant de décembre, les sueurs reparaissent très abondantes ; le tannate de quinine, à la dose d'un gramme, les modère peu; on revient au tannin qui produit un meilleur effet.

Cette observation, peu favorable au tannate de quinine, l'est davantage au tannin; mais c'est sous l'influence continue de l'huile de foie de morue, qui a modifié plus profondément l'état général, que les sueurs ont fini par disparaître, en même temps qu'une amélioration notable a été obtenue. Ce militaire a été envoyé en congé de convalescence au mois de janvier 1853.

Observation III. — Havard, 25 ans, ouvrier du port, tubercules pulmonaires au premier degré.

1er novembre 1852, sueurs nocturnes ; tannate de quinine, 60 centigrammes par jour. Le 4 seulement les sueurs commencent à diminuer ; elles deviennent de plus en plus faibles ; à partir du 9, elles ne reviennent point. Le tannate de quinine est continué à la même dose jusqu'au 12, et supprimé après un résultat très probant en sa faveur.

Observation IV. — Leboullanger, matelot, 36 ans, a eu au mois d'octobre 1852 une fièvre typhoïde, dans le cours de laquelle sont survenus, vers le soir, des paroxysmes fébriles suivis de sueurs, qu'a modifiés favorablement le sulfate de quinine.

Dans les premiers jours de novembre, la convalescence est établie ; les fonctions digestives se régularisent, les organes respiratoires sont en bon état ; mais il revient un peu de fièvre vers le soir, avec sueurs nocturnes copieuses.

Le 5 novembre, tannate de quinine, 60 centigrammes.

Le 6, moins de fièvre ; même prescription pendant cinq jours.

Le 7 et le 8, il y a encore un peu de sueur nocturne ; le 9 elle a disparu, ainsi que la fièvre.

Observation V. — Poulet, ouvrier du port, 33 ans, phthisie pulmonaire au troisième degré, a presque toutes les nuits des sueurs générales. Le 8 décembre 1852, on lui administre le tannate de quinine; après la première dose, les sueurs, de générales, deviennent partielles et moins copieuses ; elles se suspendent complètement au bout de quelques jours ; quand elles reparaissent, le tannate, de 60 centigrammes à 1 gramme, les modère, mais il ne peut apporter qu'un soulagement momentané au malade, qui finit par succomber aux progrès de la lésion organique.

Observation VI. — André, soldat au 2me régiment de marine, 26 ans, au commencement de la convalescence d'une fièvre typhoïde grave, les organes respiratoires étant sains, présente un peu de fièvre le soir, avec sueurs et *insomnie* pendant la nuit; il n'y a donc point dans ce cas *sueur hypnique* proprement dite, mais une intermittente quotidienne dans les accès de laquelle la fièvre n'est point en rapport avec l'intensité de la crise sudorale.

Le 7 novembre 1852, tannate de quinine, 60 centigrammes. Dès le lendemain, les sueurs diminuent; le 9, sommeil sans sueur.

Les 9, 10, 11, on ne trouve pas de fièvre à la visite du soir; le malade dort pendant la nuit et sue encore légèrement. Le tannate de quinine est continué pendant quelques jours, et les sueurs ne reviennent plus.

Observation VII. — Lelièvre, soldat d'infanterie, bronchite subaiguë depuis quinze jours, sans traces de tubercules, a des quintes de toux fréquentes le soir et la nuit, et sue pendant le sommeil.

En trois jours, le tannate de quinine a supprimé complètement les sueurs.

Observation VIII. — François, soldat d'infanterie, vient d'être atteint d'un embarras gastrique avec fièvre, qui a cédé en quelques jours à un purgatif salin, à la diète et aux émolliens; il n'offre aucune trace de lésion pulmonaire ; il paraît d'une constitution un peu faible ; il dit cependant s'être toujours bien porté. Il sue assez abondamment pendant le sommeil.

Prescrit pendant quatre jours, le tannate de quinine supprime complètement les sueurs nocturnes.

Ces observations suffisent, je le pense, pour démontrer l'influence heureuse que le tannate de quinine peut exercer sur les sueurs nocturnes. La deuxième seule constate son inefficacité dans un cas où le tannin réussissait; je pourrais en citer d'autres où j'ai obtenu le même résultat; mais j'ai jugé inutile de les consigner dans ce travail, parce que l'action du tannin et de quelques substances tannifères, telles que le cachou, contre le symptôme sueur, est connue et appréciée depuis longtemps; seulement il était utile peut-être de déposer un nouveau témoignage en sa faveur; mais ce qui n'avait pas été, que je sache, expérimenté au même titre, c'est le tannate de quinine, dont j'ai voulu signaler aux praticiens une application digne d'un certain intérêt.

En résumé, le tannate de quinine est apte à réprimer l'espèce de sueur que je proposerais de nommer *sueur hypnique ;*

Si, à cet égard, il est parfois inférieur au tannin pur, il est supérieur au sulfate de quinine;

Réunissant une double action tonique et antipériodique, il me paraît répondre mieux que ce dernier sel aux indications complexes des conditions morbides dans lesquelles apparaissent les sueurs hypniques.

Un mot, en finissant, sur la manière dont j'ai employé le tannate de quinine; l'insipidité de ce médicament rend son mode d'administration des plus faciles; je le donne en poudre, divisant la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, en trois ou quatre prises, que l'on fait prendre par intervalles dans l'après-midi, ou au commencement de la soirée, de façon que la dernière soit consommée trois ou quatre heures avant le sommeil (1). Je ne l'ai jamais vu provoquer l'insomnie, ni causer aucun trouble du côté du système nerveux ou des organes digestifs.

Nous croyons devoir rapprocher du travail de M. Delioux, la note suivante, qui nous est communiquée par M. le docteur Guénée, honorable praticien de Longjumeau :

Mlle Hautefeuille, âgée de 30 ans, malade depuis trois ans au moins, était phthisique au troisième degré, lorsque je fus appelé pour lui donner des soins. La percussion et l'auscultation donnaient tous les signes et symptômes ordinaires à ce degré de la maladie ; en outre, une fièvre quotidienne revenait tous les soirs vers les cinq ou six heures, et était suivie d'une sueur abondante, durant toute la nuit, avec une toux, qui, disait-elle, lui arrachait la poitrine. Le sulfate de quinine uni à l'opium ne pouvant triompher de cette fièvre et de ces sueurs, je lui fis administrer le tannate de quinine en pastilles : 6 à midi, 6 à quatre heures du soir et 6 à 8 heures. Dès le premier jour, elle en éprouva du soulagement, et après cinq à six jours de l'emploi de ce médicament les sueurs disparurent et la toux diminue sensiblement ; la malade peut prendre un peu de sommeil et se reposer assez, les forces même ont reparu pendant assez de temps pour donner un peu d'espoir à la malade. Mais la maladie avait déjà fait trop de progrès, et malgré les bons effets des pastilles de tannate, l'amaigrissement marchait avec rapidité, et la mort ne tarda pas à venir mettre fin à toutes les souffrances de la malade.

J'ai encore pu juger des bons résultats obtenus au moyen des pastilles de tannate de quinine sur un autre sujet, le père de la malade dont nous venons de parler. Cet homme, âgé de 65 ans, et atteint d'une bronchite chronique depuis plus de quarante ans, fait un usage assez fréquent des pastilles de tannate, qui lui procurent toujours un soulagement marqué.

Guénée, d.-m. p.

(1) Les doses indiquées par M. Barreswil sont de 25 centigrammes. De plus, M. Barreswil fait préparer des pastilles contenant 1 centigramme de tannate de quinine, qui sont un des plus énergiques corroborans de la matière médicale.

(*Note du rédacteur.*)

HYGIÈNE PUBLIQUE.

DU BLANC DE ZINC ET DU BLANC DE PLOMB.

Nous avons fait connaître, dans un de nos derniers numéros (2 avril 1853), les conclusions du rapport qui vient d'être adopté par le comité d'hygiène publique et le comité des arts et manufactures, réunis en commission, sur la question grave et délicate de la suppression des fabriques de céruse. Ce rapport, dû à la plume habile de notre honorable et savant confrère, M. le docteur Tardieu, mérite toute notre attention, non seulement comme document officiel, mais encore parce qu'il nous offre la garantie des noms les plus honorables.

On a pu voir que la commission s'est prononcée contre la pensée d'interdire, quant à présent, la fabrication de la céruse. Il y a dans cette conclusion un acte de haute prudence sur lequel nous ne nous arrêterons pas, parce qu'il s'appuie principalement sur des motifs étrangers à l'hygiène, et qui, par conséquent, ne sont point de notre compétence. Mais nous ne pouvons, dans l'intérêt de nos opinions, nous dispenser de faire ressortir l'esprit général qui semble avoir présidé à la rédaction de ce travail remarquable. En effet, nous y trouvons en germe le succès des doctrines humanitaires que nous défendons; et c'est avec bonheur que nous croyons pouvoir dire que cette pièce officielle constitue une autorité de plus acquise à notre cause.

Nous constaterons, d'abord, que la commission et le gouvernement lui-même reconnaissent la grande et réelle importance du problème dont on cherche la solution : « Les deux comités....., dit M. le rapporteur, sont appelés à donner leur avis sur une des plus graves questions que puisse leur soumettre la haute confiance de M. le ministre. » Or, où résiderait la gravité de la question en litige, si la céruse n'offrait aucun danger pour la santé publique, et si le blanc de zinc n'avait aucune des qualités qui le signalent à l'attention générale comme un produit propre à remplacer le blanc de plomb dans toutes ou presque toutes ses applications? Si donc la

---

apprend, par exemple, qu'un malade, antérieurement à sa maladie, s'est livré à des excès qui ont épuisé ses forces et ébranlé son système nerveux, c'est là une circonstance qu'il devra prendre en sérieuse considération dans l'institution de la thérapeutique.

Telles étaient les considérations à l'aide desquelles Hérophile établissait l'importance des signes *anamnestiques.* Il avait coutume de dire, en forme d'aphorisme, que la connaissance complète d'une maladie se compose de deux choses : 1° des diverses circonstances qui l'ont précédée ; 2° des diverses altérations qui la constituent, c'est-à-dire, en d'autres termes, des signes anamnestiques et des signes diagnostiques.

Hérophile s'était beaucoup occupé de la détermination des divers caractères du pouls dans les maladies. Il paraît qu'à force de méditer sur ce sujet, il était tombé dans de ridicules minuties, surtout à propos du *rhythme* ou mode de succession des pulsations artérielles, ce qui faisait dire à quelques auteurs de son temps, qu'il avait traité de la médecine en musicien ou en géomètre plus qu'en vrai médecin. Le même reproche a été fait, de nos jours, à Bordeu.

Hérophile compte au premier rang des commentateurs d'Hippocrate. Il avait plus particulièrement commenté le traité du *pronostic* et les *aphorismes.* Il avait composé un ouvrage considérable sur la *diététique.*

La *thérapeutique* d'Hérophile différait à certains égards de celle de ses prédécesseurs, et surtout de celle d'Hippocrate. Hérophile avait une tendance marquée vers l'empirisme et la polypharmacie, chose singulière chez un anatomiste. S'il est vrai, disait-il, que l'institution du traitement des maladies doit découler de la connaissance des causes qui les produisent et des lésions qui les constituent, il n'est pas moins vrai aussi que, dans un grand nombre de cas, cette connaissance ne sert de rien. Il faut alors essayer successivement un certain nombre de remèdes et voir quel est celui qui réussit le mieux pour l'employer ensuite dans des cas analogues. Ce raisonnement, par lequel Hérophile pose les fondemens de l'empirisme, est inattaquable. Comment, en effet, reconnaître à *priori*, par exemple, d'après la connaissance exacte des causes et des lésions de la fièvre intermittente, la merveilleuse vertu du quinquina ? Il en est de même de tous les autres précieux spécifiques dont l'empirisme a doté la science et l'humanité. Ceci ne prouve pas que la médecine doive être exclusivement empirique, mais démontre du moins qu'elle ne doit pas rester exclusivement dogmatique et rationnelle. C'est pour cela qu'Hérophile, tout en restant dogmatique en principe, devient empirique dans l'application, lorsque le raisonnement basé sur l'étude des causes et des lésions des maladies ne le conduit pas à des résultats satisfaisans en thérapeutique. C'est à cause de cette déclaration de principes faite par Hérophile, que la secte empirique l'a revendiqué comme un de ses chefs. Les disciples d'Hérophile continuèrent la tradition de leur maître. Nous allons les passer en revue.

Des Hérophiléens ou disciples d'Hérophile. — Du vivant d'Hérophile et longtemps encore après sa mort, un grand nombre de médecins se firent une gloire de suivre les doctrines d'Hérophile et de se proclamer ses disciples. Au dire de Strabon, historien et géographe qui vivait sous Tibère, il y avait de son temps, en divers pays, des écoles où l'on enseignait uniquement les doctrines médicales d'Hérophile. Par une étrange singularité, de ces écoles hérophiléennes, il n'est sorti aucun anatomiste; on y trouvait de tout excepté de l'anatomie. Il y avait des érudits, des commentateurs, des dogmatiques, des empiriques, des polypharmaques, en un mot, une foule d'hommes d'opinions diverses qui s'étaient ralliés autour d'une même bannière portant inscrit le nom d'Hérophile. Parmi ces médecins il faut distinguer : Callimaque, Callianax, Bacchius qui donna une théorie des hémorrhagies, et commenta les aphorismes; Mautias, maître d'Héraclide (de Tarente), Chryserne, Démétrius (d'Apamée), Suidas, Zénon, Héraclide (d'Erythrée), Andreas (de Caryste), médecin et toxicologiste; il fit un traité de l'*hydrophobie* et de la *pantophobie*; et Pollophane, Dioscoride, Phacas, Zeuxis, Appollonius mus, Alexandre Philalettre, auteur d'une exposition des doctrines de tous les médecins qui l'avaient précédé, véritable histoire de la médecine dont il ne reste rien; enfin Démosthènes, oculiste célèbre de l'antiquité, Aristoxène et Gaius.

En général les disciples d'Hérophile, se distinguent par un goût prononcé pour la polypharmacie. Presque tous écrivirent sur la matière médicale; nous allons voir, dans une autre école qui eut pour chef Erasistrate, contemporain et rival d'Hérophile, se dessiner une tendance toute contraire.

COURRIER.

Les deux premiers orateurs inscrits dans la question de l'atrophie musculaire progressive, sont MM. Parchappe et Bégin.

— L'assemblée générale annuelle de la *Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine* a eu lieu le 30 mars, dans la grande salle de l'École de pharmacie.

M. Fumouse, secrétaire, a donné lecture du compte-rendu annuel des travaux du conseil d'administration. Il a rappelé qu'aussitôt son installation, le conseil s'était empressé d'adresser un travail sur l'ensemble de la législation pharmaceutique au comité supérieur d'hygiène publique, saisi de la question ; que ce travail, distribué à tous les membres de la Société, avait paru obtenir leur assentiment presque unanime.

L'assemblée a pris ensuite plusieurs résolutions, parmi lesquelles il en est une qui mérite surtout d'être signalée.

La Société, qui avait déjà pris sous son patronage le placement des élèves en pharmacie, a institué, cette année, six prix annuels qui seront accordés aux plus méritans.

Nous applaudissons vivement à cette tendre sollicitude, et à ces encouragemens donnés à la jeunesse studieuse, parmi laquelle se recrute chaque année le corps pharmaceutique.

La Société a procédé ensuite au renouvellement partiel de son bureau.

M. Vée, a été nommé vice-président; M. Pennes, secrétaire-adjoint et M. Hottot a été réélu trésorier. MM. Garrot, Robiquet, Martial-Lamouroux, Lebrou, Savoye et Fournier ont été nommés conseillers.

Ces élections faites à une très grande majorité, témoignent de l'esprit qui anime la Société.

Elles sont la consécration des idées émises dans le mémoire adressé au comité d'hygiène, par le précédent conseil d'administration.

Elles prouvent que les pharmaciens de Paris pensent, qu'en présence de la responsabilité si réelle qui leur incombe, une large part doit être faite à l'intelligence, dans la législation destinée à les régir, et qu'ils sont peu partisans des mesures absolues et restrictives demandées en leur nom; que s'ils sollicitent, comme tous les honnêtes gens doivent le faire, des poursuites contre le charlatanisme, ils désirent également que le pharmacien ne soit pas soustrait au droit commun, et qu'il puisse tirer honorablement parti d'une découverte utile à l'humanité. Ce sont ces idées que nous avons toujours soutenues et qui viennent de triompher à l'académie de médecine.

Par suite de ces nominations, le conseil d'administration, pour l'année 1853-54 se trouve ainsi composé :

MM. Labélonye, président,
Vée, vice-président,
Fumouze, secrétaire général,
Pennes, secrétaire adjoint,
Hottot, trésorier.
Schaufelle, Barruel, Favrot, Jutier, Garot, Robiquet, M.-Lamouroux, Lebrun, Savoye et Fournier, conseillers.

solution du problème n'est point encore trouvée, à cause des difficultés administratives qui surgissent, le problème, du moins, est posé; le temps fera le reste.

Mais le document officiel va plus loin. Il n'a pas cru devoir se taire sur les propriétés vénéneuses des préparations plombiques : « Les préparations de plomb, et notamment la céruse, dit le rapport, constituent un poison subtil et lent, qui, introduit par le simple contact ou par les voies respiratoires au sein de l'organisme, y détermine les accidens les plus funestes, et peut causer la mort. »

Ici, nous aurions aimé à trouver des renseignemens plus complets sur les inconvéniens graves de la fabrication et de l'emploi de la céruse. D'une part, il appartenait à une commission officielle, et, d'ailleurs, si compétente, d'établir authentiquement des points d'hygiène publique et privée que la science a mis en lumière, et de reconnaître hautement des faits qui sont depuis longtemps hors de toute contestation ; d'autre part, l'honorable rapporteur de la commission aurait pu mieux que personne, en raison de ses connaissances spéciales, tracer un tableau fidèle et saisissant des souffrances que nous voudrions pouvoir adoucir, et les dangers que notre voix cherche à conjurer.

Cependant, tout en signalant cette lacune regrettable, nous ferons remarquer que les paroles mêmes du rapport ne laissent pas que d'avoir une grande portée; et que les faits que nous avons cités nous-même à plusieurs reprises, doivent acquérir une grande valeur, si nous les rapprochons du texte du document officiel, où nous trouvons les lignes qui suivent : « La *fabrication* de la céruse reste, en effet, pour le plus grand nombre, la plus périlleuse des industries, et, par malheur, cette opinion est encore aujourd'hui trop justifiée pour le chiffre des malades que certaines usines livrent chaque année à l'assistance publique. »

Les convictions de la commission officielle ne sont guère moins évidentes, relativement à l'*emploi* de la céruse. Et nous aimons à constater que de ce côté de la grande question d'hygiène qui nous occupe, le travail de la commission officielle n'a rien enlevé à la force des argumens que nous avons émis dans nos précédens articles.

Dans cet état des choses, et malgré des opinions si manifestes, si profondément senties, si bien exprimées, le rapport ne conclut pas à la suppression des fabriques de céruse. Il nous importe d'examiner les motifs sur lesquels la commission s'est appuyée, mais seulement, comme nous ne saurions trop le répéter, au point de vue de l'hygiène.

A ce point de vue, plusieurs faits très remarquables sont signalés et reconnus par la commission.

Dans quelques fabriques de céruse, mais seulement dans quelques-unes, la fabrication de ce produit a été portée à un tel point de perfectionnement hygiénique, qu'on n'y observe plus ou presque plus d'ouvriers atteints d'accidens saturnins, de telle sorte qu'on ne saurait présenter des raisons suffisantes pour fermer des établissemens qui se montrent aujourd'hui si peu nuisibles aux travailleurs. Nous avons signalé nous-même à la reconnaissance publique ces perfectionnemens.

Ces perfectionnemens, continue le rapport, consistent, outre la substitution des machines aux bras de l'homme et l'emploi des appareils clos, dans des soins personnels relatifs aux ouvriers, et qui dépendent soit de l'intelligence des ouvriers eux-mêmes, soit du bon vouloir et du zèle des patrons.

Ils sont dus certainement, il faut le dire, à la philanthropie de quelques propriétaires d'usine, mais aussi « à la double pression des efforts incessans de l'administration et surtout de la *concurrence salutaire du blanc de zinc.* »

« D'ailleurs, ajoute le rapport parmi les raisons qui ont porté la commission à ne pas demander la suppression des fabriques de céruse, « d'ailleurs, ... grâce à des *avantages reconnus*, le blanc de zinc occupe déjà une place importante, qui n'est pas moindre du tiers de la consommation, et ses progrès toujours croissans continueront de s'accomplir sans que l'équilibre commercial en soit rompu. »

Pour ce qui est de l'emploi de la céruse, la commission n'a pas cru devoir se prononcer sur la meilleure pratique à suivre. Pour elle, il y a là « un sujet d'étude digne d'être signalé à toute l'attention des administrateurs et des savans, et dans lequel la substitution du blanc de zinc au blanc de plomb n'a fait qu'ouvrir la voie. »

Enfin, si la commission repousse l'idée de la suppression des fabriques de céruse, elle insiste, comme on a pu le voir, dans ses conclusions, sur la nécessité impérieuse de faire adopter dans toutes les usines les heureux perfectionnemens qui se sont montrés si efficaces dans un petit nombre; elle appelle implicitement l'appui du gouvernement pour favoriser la substitution du blanc de zinc au blanc de plomb dans l'industrie et dans les arts, *sans perturbation violente*, *sans atteinte portée à la liberté du commerce*; et elle propose de rédiger des instructions pratiques qui seront répandues autant que possible, et dans lesquelles les ouvriers pourront trouver des moyens de se soustraire aux dangers qu'ils courent, soit dans la *fabrication*, soit dans l'*emploi* de la céruse.

A la lecture des courtes considérations qui précèdent et dans lesquelles, en résumant d'une manière très sommaire la partie médicale du rapport de la commission officielle, nous avons cherché à mettre en évidence l'esprit général qui règne dans ce travail intéressant, on est frappé tout d'abord des immenses difficultés que doit présenter l'assainissement des industries dangereuses dans lesquelles entrent le plomb et ses composés, puisque, d'après l'aveu de la commission, il dépend, non seulement de la sollicitude active, incessante de l'administration, mais encore de la capacité et du zèle soutenus des chefs d'usines, et, ce qui est plus grave encore, de l'intelligence, des lumières et de l'expérience des ouvriers eux-mêmes, sans lesquelles toutes les mesures tomberont inefficaces ; tandis que la fabrication et l'emploi du blanc de zinc ne demandent aucun soin, aucune préoccupation, aucune mesure réglementaire, aucune surveillance de l'autorité.

Mais ce que nous désirons surtout mettre sous les yeux de nos lecteurs, c'est que les organes officiels du gouvernement établissent d'une manière authentique et solennelle : les dangers qui résultent de la manipulation du plomb et de ses composés, à quelque titre que ce soit, la nécessité d'efforts considérables et incessans pour faire disparaître ou diminuer seulement ces dangers, la supériorité hygiénique du blanc de zinc, et enfin la convenance de l'appui du gouvernement pour la réalisation de la réforme que l'UNION MÉDICALE a demandée dans l'intérêt de la santé publique.

Ces doctrines, désormais acquises à l'administration, sont parfaitement en harmonie avec les opinions que nous avons soutenues, et nous considérons le rapport de la commission comme un grand pas fait dans la voie salutaire où nous nous efforçons d'entraîner de plus en plus l'opinion publique, savoir : *la substitution du blanc de zinc au blanc de plomb dans l'industrie et dans les arts.*

G. RICHELOT.

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE.

LES PERLES D'ÉTHER.

Il est peu de médicamens sur l'utilité et sur les propriétés desquels les thérapeutistes soient aussi généralement d'accord que sur celles de l'éther. Supposez un instant la pratique médicale privée de cet agent précieux et voyez quelle arme puissante vous enlevez à l'art de soulager et de guérir. Sydenham aurait renoncé à l'exercice de la médecine s'il eût été privé de l'emploi de l'opium ; il est certain que les services que rend l'éther, sans présenter le même degré de valeur et d'importance, sont si nombreux, si fréquens, si variés, que la pratique de l'art serait aussi considérablement gênée par l'absence de ce médicament.

Cependant, quoique les indications de l'emploi de l'éther soient aussi nombreuses que diverses, quoiqu'il n'y ait point de jour peut-être où le praticien ne le prescrive, quoiqu'un grand nombre de gens du monde en fassent un usage souvent abusif, ce médicament est de tous les agens de la matière médicale celui que médecins prescrivent et que malades prennent à doses qu'ils ne peuvent jamais apprécier. Toutes les préparations d'éther, et surtout l'éther lui-même, par sa volatilité extrême, laissent perdre une grande partie de leur principe. D'ailleurs, la sensation étrange et douloureuse que l'éther produit sur les surfaces buccale et pharyngienne, empêchent qu'il puisse être donné à dose tant soit peu considérable, ce qui serait souvent très nécessaire. Il résulte de cela que l'éther est très difficile à administrer, soit à faibles, soit à hautes doses, et que nous ne connaissons peut-être pas encore toutes les propriétés thérapeutiques ou le degré d'action des propriétés de cet agent.

Ces inconvéniens ont frappé un honorable praticien des départemens, M. le docteur Clertan, de Dijon, qui par un système très ingénieux de capsulage qui a reçu l'approbation de l'Académie impériale de médecine, sur le rapport du savant M. Guibourt, est parvenu à renfermer l'éther dans des enveloppes élégantes et très facilement solubles dans l'estomac. C'est ce que ce confrère appelle les *perles d'éther*. Le mot est joli et aura du succès parmi les nombreux névropathiques. Le praticien austère peut le laisser passer en conscience, car il représente une chose vraiment bonne et utile, progrès de détail qui offre de véritables avantages. Ces avantages, les voici :

Le praticien sait toujours ce qu'il fait en administrant l'éther sous cette forme. Chaque perle contenant de quatre à cinq gouttes d'éther, la dose prescrite est toujours et inévitablement absorbée, sans perte, sans évaporation.

L'odeur pénétrante de l'éther est, pour certains malades, un objet de répulsion ; les perles de M. Clertan sont complètement inodores, de sorte que ce sédatif puissant peut être administré sous cette forme à l'insu des malades, que le mot éther fait tressaillir.

Quelque bien clos que soient les vases qui renferment l'éther, il se volatilise toujours, et quand on a recours au flacon, dans un moment pressé, on le trouve vide. D'ailleurs, il s'altère plus ou moins après un certain temps. M. Guibourt a constaté que les perles d'éther de M. Clertan avaient conservé toute leur pureté un an après leur fabrication, et M. Clertan assure qu'elles peuvent se conserver indéfiniment.

Sous la forme capsulaire, l'éther arrive pur et sans évaporation dans l'estomac, sans irriter les membranes buccales et pharyngiennes, sans exciter la toux, en portant immédiatement, et par son absorption rapide, dans tout l'organisme, son action sédative si précieuse.

Ces avantages méritaient d'être signalés aux praticiens. Les perles d'éther sont déjà presque exclusivement employées par un grand nombre de médecins de Paris, parmi lesquels nous citerons M. Trousseau, M. Pidoux, qui en font les plus grands éloges. Il est certain que des inventions thérapeutiques qui font plus de bruit et qui ont plus d'éclat, ne rendront pas aux praticiens et aux malades les mêmes services que cette modification utile apportée par un modeste confrère des départemens.

Nous terminerons cette courte note par un fait qui nous est personnel. Tourmenté par une pneumatose intestinale que nous croyons liée à un état névro-sthénique général, nous avons trouvé quelquefois dans l'emploi de l'éther quelque soulagement, et nous l'employions sous la forme vulgaire, quelques gouttes sur un morceau de sucre. Mais sous cette forme, l'éther nous était très désagréable. Depuis que nous connaissons les perles de M. Clertan, nous n'avons plus craint de recourir à l'éther, et chaque fois le soulagement a été si immédiat et si complet, que c'est presque pour nous un devoir de gratitude de signaler ce résultat à nos confrères.

Amédée LATOUR.

INSTRUMENS ET APPAREILS.

NOUVELLE CEINTURE HERNIAIRE,

Inventée par MM. les docteurs ROCHARD, ancien chirurgien de la marine nationale, médecin-adjoint de la prison des Madelonnettes, directeur de la Maison de santé de la rue Marbeuf, et BESSIÈRE.

On sait ce que Percy répondait à un illustre personnage qui lui demandait un *bon* bandage herniaire : *Mais cet heureux phénix est encore à trouver.*

MM. Rochard et Bessière ont-ils fait cette découverte? D'abord elle n'était pas à faire, il serait injuste de faire aujourd'hui la réponse de Percy, car il existe quelques bons bandages. Pouvait-on en concevoir de meilleurs encore? Nous le pensons, et c'est ce que les nouveaux inventeurs nous semblent avoir prouvé. C'est d'ailleurs le système de la ceinture qu'ils ont substitué à celui du bandage, et cette ceinture paraît remplir toutes les conditions de prévention et de contention que les inventeurs avaient en vue. En voici une description succincte qui en fera sentir les avantages.

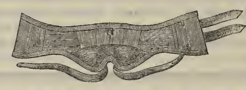
La ceinture de MM. Rochard et Bessière est entièrement composée de tissus simples et résistans qui, tout en se prêtant aux mouvemens du corps, maintiennent la partie inférieure de l'abdomen dans sa position naturelle. Elle est disposée de manière à s'appliquer parfaitement et avec la plus grande facilité sur la région hypogastrique, les hanches et la partie postérieure du bassin ; elle est maintenue dans cette position par deux courroies en tissu de fil, dont l'extrémité vient se fixer dans des boucles cousues sur la ceinture.



Il est bien entendu que les dimensions de la ceinture varient selon les individus et qu'elles sont prises sur mesure.

Les bords sont recouverts de peluche, de peau ou de tout autre tissu doux au toucher.

L'extrémité inférieure, en dedans, est munie de deux coussinets qui se placent d'eux-mêmes et sans difficulté sur les anneaux inguinaux et sur les anneaux cruraux, ouvertures où se forment habituellement les hernies.



On conçoit que ces coussinets devront être de dimensions, de forme et de résistance variables, selon que la ceinture est destinée à prévenir la formation des hernies, ou à contenir celles qui existent. Comme on le voit sur la figure, les coussinets sont séparés l'un de l'autre par une échancrure qui protège et laisse libres les organes génitaux.

Deux bandes ou sous-cuisses, réunies à chaque coussinet, passent sur la face antérieure de la cuisse, remontent le long de la région fessière, et viennent s'attacher, à l'aide de boucles, sur le derrière de la ceinture.

La ceinture Rochard et Bessière soulève convenablement la masse des intestins, et protège ainsi les ouvertures herniées contre le choc et les efforts directs. Cette protection, qui permet aux ouvertures de reprendre leur vitalité contractile, et aux tégumens de conserver leur nutrition, est certainement la meilleure condition qui puisse faire espérer la guérison de la hernie.

A l'encontre de la plupart des bandages, la pression exercée par la ceinture nouvelle est douce et ne tend pas à élargir les anneaux ou à atrophier les tégumens, résultats si fréquens dans les bandages ordinaires.

Elle n'a pas l'inconvénient aussi fréquent, dans les bandages usuels, de laisser glisser, froisser et échapper certaines hernies.

La pression, ayant lieu par la ceinture qui soutient le ventre et amortit l'action du diaphragme, n'a pas besoin d'être exercée par les pelottes qui blessent souvent, excorient les tissus, déterminent des dépressions si préjudiciables, et deviennent l'origine et les causes d'accidens plus ou moins graves.

Il n'est pas jusqu'au volume de cette nouvelle ceinture qui peut paraître considérable, mais qui ne soit un avantage, au point de vue préventif, car il prévient le relâchement de ventre, si fréquent chez les hernieux. D'ailleurs, l'habitude fait disparaître très rapidement l'inconvénient du volume, car, s'appliquant exactement sur le bassin, aucun mouvement n'en est gêné. A ce point de vue de la prévention, cette nouvelle ceinture devrait entrer dans le vêtement habituel de cavalier, de toutes les personnes prédisposées aux hernies, et de toutes celles qui se livrent à des travaux fatigans.

Les avantages que nous venons de reconnaître à la nouvelle ceinture de MM. Rochard et Bessière, lui assurent la préférence des praticiens et des malades.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 44. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 14 Avril 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............. 32 Fr
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 13 AVRIL 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Si nous voulions indiquer avec exactitude l'impression qui nous est restée de la discussion académique sur la communication de M. Cruveilhier, et de cette communication elle-même, nous serions forcé de reconnaître que nous ne voyons pas encore le sujet inondé d'une lumière éclatante et que, des élémens complexes dont se compose toute maladie, dans l'atrophie musculaire progressive, nous ne distinguons encore bien clairement que le fait symptomatique. Les trois orateurs qui ont pris la parole sur l'observation de M. Cruveilhier, ont exposé trois doctrines différentes, ce qui fait déjà quatre doctrines, car celle du savant professeur diffère des trois autres. Il nous serait facile de discuter longuement sur les opinions diverses exposées par MM. Cruveilhier, Bouvier, Parchappe et Jules Guérin; mais pourrions-nous le faire utilement? Nous ne le pensons pas, et nous croyons n'avoir autre chose à faire, en ce moment, que de reproduire les idées des savans académiciens. Nos lecteurs trouveront aussi, dans ce même numéro, une note intéressante de M. le professeur Forget (de Strasbourg), sur le même sujet.

Parmi les pièces de la correspondance, a été signalée une réclamation d'honorables confrères du département de la Creuse, contre le rôle que leur a fait jouer M. le docteur Maslieurat-Lagémar dans le récit d'une opération césarienne, sur laquelle M. Depaul a fait un rapport. Cette réclamation a été renvoyée à la commission, à laquelle M. le professeur Velpeau a été prié de s'adjoindre.

Une perte nouvelle a été annoncée à l'Académie, celle du respectable M. Husson, membre de la compagnie, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, qui vient de terminer sa longue et honorable carrière à l'âge de 86 ans.

Amédée LATOUR.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

RECHERCHES ÉLECTRO-PHYSIOLOGIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LE DIAPHRAGME;

Mémoire présenté à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine,

Par M. le docteur DUCHENNE DE BOULOGNE (1).

(DEUXIÈME PARTIE.)

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DES PRINCIPAUX FAITS QUI RESSORTENT DU MÉMOIRE.

A. Recherches électro-physiologiques.

I. Il ressort de toutes les expériences exposées dans ce mémoire et pratiquées sur l'homme et sur les animaux vivans ou morts, que la contraction du diaphragme provoquée par l'électrisation localisée dans le nerf phrénique, produit l'élévation des côtes diaphragmatiques et leur mouvement en dehors, quand les parois abdominales sont intactes. On voit aussi dans ces expériences le diamètre antéro-postérieur de la base du thorax s'agrandir, mais d'une manière à peine sensible.

Dans certains cas, le mouvement excentrique des côtes inférieures est communiqué aux côtes supérieures.

II. Mais, quand l'animal est éventré et que les viscères ont été abaissés, la contraction isolée du diaphragme, produite par l'électrisation localisée, porte les côtes diaphragmatiques dans une direction opposée, c'est-à-dire en dedans.

III. Bien que le diaphragme devienne expirateur, quant aux mouvemens qu'il imprime aux côtes inférieures, alors qu'il a perdu ses rapports de contiguité avec les viscères abdominaux, il n'en agrandit pas moins encore le diamètre vertical de la poitrine, en s'abaissant.

IV. Le mouvement concentrique de la partie inférieure de la poitrine, après l'ouverture de l'abdomen et l'abaissement des viscères, prouve, contrairement à l'opinion de MM. Beau et Maissiat, que le péricarde n'offre pas un point d'appui suffisant au diaphragme pour qu'il puisse produire l'expansion des côtes auxquelles il s'insère.

V. Les mouvemens en sens contraire de la base de la poitrine, suivant que les viscères abdominaux sont ou non abaissés, pendant la contraction du diaphragme, démontrent, comme l'avait pressenti M. Magendie, que l'expansion des côtes inférieures par la contraction physiologique du diaphragme, est due au point d'appui que ce muscle prend alors sur les viscères abdominaux.

VI. Le point d'appui offert au diaphragme par les viscères abdominaux ne pourrait produire, à lui seul, le mouvement d'expansion qu'on observe pendant sa contraction, si ce point d'appui ne se faisait pas sur la surface large et convexe de ces viscères. Cette proposition ressort d'une expérience dans laquelle on ne parvient pas à effectuer le mouvement excentrique des côtes inférieures, quand, la main étant placée au centre du diaphragme d'un cheval mort, on s'oppose à l'abaissement de ce muscle, pendant qu'on le fait contracter par l'électricité.

B. Déductions pathologiques et thérapeutiques.

1° Paralysie du diaphragme

VII. Les observations rapportées dans ce mémoire établissent que la paralysie du diaphragme, admise théoriquement par les auteurs, existe réellement, et qu'elle est caractérisée par certains signes diagnostiques dont voici les principaux : pendant l'inspiration, les hypocondres et l'épigastre *sont déprimés*, tandis qu'au contraire la poitrine se *dilate* pendant l'expiration; les mouvemens de la poitrine et de l'abdomen ont lieu également dans un sens opposé, c'est-à-dire que l'abdomen *se soulève* tandis que la poitrine *se resserre*. Le malade semble aspirer ses viscères abdominaux, quand l'inspiration produit l'expansion de la poitrine, et cela d'autant plus que le thorax s'agrandit davantage. De là une inspiration courte et insuffisante aux besoins de la phonation et du parler; de là aussi l'impossibilité d'inspirer largement, de soupirer, etc., sans être étouffé par l'ascension de ces viscères.

VIII. La paralysie du diaphragme n'est pas en elle-même mortelle, comme on le pense généralement. L'inspiration qui se fait alors, soit par les intercostaux, quand le malade est en repos, soit à la fois par les intercostaux et tous les autres respirateurs, quand la respiration est plus agitée, suffit à l'hématose. Le malade, en effet, vit longtemps avec une paralysie du diaphragme; mais alors la plus simple bronchite peut occasionner la mort par asphyxie, l'expectoration étant difficile ou impossible.

IX. Le meilleur traitement à opposer à la paralysie du diaphragme, c'est l'électrisation localisée de ce muscle par l'intermédiaire des nerfs phréniques.

2° Respiration artificielle par l'électrisation du diaphragme dans le traitement de l'asphyxie.

X. Quand les muscles respirateurs semblent demi-paralysés ou qu'ils ne reçoivent plus un stimulus suffisant, comme on

(1) Suite et fin. Voir les numéros des 3, 5, 8, 31 Mars, 2, 5, 7 et 9 Avril.

Feuilleton.

DE L'INFLUENCE DE LA MUSIQUE SUR LA GUÉRISON DES MALADIES;

Lu dans la séance générale des Sociétés archéologiques de l'Yonne, réunies au comité de la Société des monumens historiques de France, sous la présidence de M. de Caumont (1).

Par M. le docteur ROLLAND, de Sens.

IV.

Si je voulais vous prouver cette heureuse influence de la musique sur les mœurs et les habitudes d'un peuple, les exemples ne me manqueraient pas; je citerais à l'instant les Arcades qui, habitant un pays froid et brumeux, adoucissaient leur triste condition par le charme de la mélodie, ou Milet parcourant sur sa flûte le mode phrygien, et calmant ainsi les fureurs de l'ivresse des jeunes viveurs de son temps.

Je vous rappellerais également la lyre de Therpandre, qui, par ses sons mélodieux et les chants dont il l'accompagnait, dissipait les séditions. La musique de nos jours, malgré sa supériorité sur celle des anciens, ne jouit pas encore, il faut le dire, de cet heureux privilége; mais n'oublions pas non plus qu'elle est moins répandue chez nous, qu'elle est encore l'apanage des classes élevées, et qu'elle ne saurait agir puissamment sur les masses. Ce serait donc une question de temps et de propagation expansive. Cependant, le fait précité s'était passé à Lacédémone, qui n'apprenait qu'une musique fort peu savante. Il est donc permis de supposer que la lyre de Therpandre n'eut affaire qu'à une légère émeute, une émeute de troisième ordre.

Enfin, si j'établissais *crescendo* mes preuves *poco a poco*, j'évoquerais le souvenir de Thimothée, le poète révolutionnaire... en musique. Cet habile musicien, peu satisfait du petit nombre de cordes que possédait la lyre de son temps, en ajouta quatre autres, ce qui faisait onze en tout. Il obtint, par cette modification, des effets surprenans, tenant au genre chromatique, qu'il avait ainsi créé. Les Lacédémoniens, toutefois, n'avaient pas vu, sans quelque déplaisir, la lyre trop polycorde dont Thimothée se permettait l'usage; et pour prévenir les suites que de pareilles innovations pouvaient apporter aux bonnes mœurs, ou plutôt à l'âpreté de leur caractère, en exaltant au-delà d'une certaine limite les sentimens affectueux, ils rendirent un décret qui obligeait Thimothée à couper ses cordes supplémentaires. Mais le musicien, frappé dans ce qu'il avait de plus cher par des prétentions qui ruinaient les effets qu'il obtenait de son instrument, usa de subterfuge; il fit remonter à Apollon le perfectionnement dont il était bien véritablement l'auteur; et, plaçant sous cette dernière égide l'adjonction de ses quatre nouvelles cordes, il fit voir à ses juges étonnés une petite statue de ce dieu, qu'il avait préparée, et dont la lyre avait le même nombre de cordes que la sienne. Il fut alors renvoyé absous; mais il fallait, comme on le voit, ruser avec ce peuple abrupte, pour arriver à le policer à l'aide de la musique.

Les effets nouveaux, créés par le chromatisme perfectionné de Thimothée, en donnant à certains modes une touche voluptueuse, une tendre langueur, jetaient dans le cœur de ces farouches républicains un trouble et des émotions nouvelles qui allaient au-delà des désirs du législateur. Il n'y avait, en effet, rien d'humain à Sparte : l'amour de la patrie, le dévoûment absolu à l'État, absorbaient tous les sentimens doux et tendres; les hommes façonnés, dès leur enfance, au rude métier des armes, recevaient une éducation toute physique et militaire; les jeunes filles, luttant de force et d'adresse dans les exercices du cirque ou du pugilat, n'étaient guère sensibles qu'à une musique éclatante et guerrière. Une législation barbare, qui permettait de jeter au gouffre les nouveau-nés infirmes ou contrefaits, était bien capable, d'ailleurs, d'étouffer dès le berceau le culte des belles-lettres et des arts; aussi Thimothée, dégoûté des obstacles qu'on lui suscitait de toutes parts, et craignant pour sa lyre bien-aimée, finit par se fixer en Macédonie, où l'appela le roi Archelaüs. Il ne faut pas le confondre avec Thimothée de Thèbes, joueur de flûte, qui vivait à la cour d'Alexandre, et savait, dit-on, apaiser à son gré, ou exciter par ses accords mélodieux les passions du grand roi.

Laissons maintenant de côté ces histoires fabuleuses, qui ne sont au fond qu'une exagération du pouvoir de la musique; et disons que les faits les plus positifs témoignent de l'heureuse influence de cet art dans tous les instans de la vie; il n'en est aucun parmi nous qui ne se rappelle, avec plus ou moins de bonheur, les chants du jeune âge. C'est toujours avec la plus vive émotion, le plus agréable souvenir de nos premières années, que nous représentons à notre mémoire les chansonnettes chantées par notre bonne mère, quand réunis, dans les longues soirées d'hiver, près du foyer paternel, nous réclamions avec insistance le couplet précurseur du songe heureux qui berçait notre enfance.

Aussi la musique a l'heureuse prérogative de réveiller, après de longues années, nos sentimens, nos impressions; elle retrace à l'imagination les ris et les jeux de la jeunesse, la première éclosion des troubles du cœur, les lieux qui les ont fait naître, les doux souvenirs qui s'y rattachent; et par là nous fait aussi plus vivement sentir les soucis, les tracas, les inquiétudes et les chagrins de l'âge mûr.

Dans les considérations générales que nous venons d'émettre, et sur lesquelles il nous serait impossible de nous étendre davantage sans abuser de votre patience, nous pensons avoir assez suffisamment démontré les modifications heureuses apportées aux conditions physiologiques de l'existence par la musique, pour pouvoir dès maintenant, et avec plus de certitude peut-être, vous prouver l'action directe de cet art appliqué à la pathologie humaine. Arrivant donc à la thérapeutique musicale, et sans croire avec les anciens qu'elle puisse aller jusqu'à guérir la peste, le rhumatisme, la goutte ou la piqûre des reptiles, nous affirmons, parce que les exemples surabondent, que la musique revendique ses succès dans toute cette grande classe qui comprend les névroses, l'aliénation mentale, l'hypocondrie, la chorée, la catalepsie, l'hystérie, la fièvre intermittente, etc., etc.

Une fois décidé à recourir à cet agent pour combattre les maladies

(1) Suite. — Voir les numéros des 29, 31 Mars et 9 Avril.

l'observe dans certains cas d'empoisonnement par l'opium, le chloroforme, la vapeur de charbon et dans quelques fièvres graves, le choléra par exemple, enfin, dans l'asphyxie en général, la respiration devient de plus en plus rare, et la mort est imminente. C'est alors que la respiration artificielle par l'électrisation localisée dans les nerfs phréniques peut entretenir l'hématose et prolonger, peut-être même rappeler la vie prête à s'échapper, et permettre de combattre l'intoxication par une médication appropriée.

XI. L'électrisation des nerfs phréniques, pratiquée telle qu'elle est décrite dans le mémoire, imite parfaitement la respiration naturelle et fait pénétrer mécaniquement l'air dans les voies aériennes avec force et en quantité suffisante, comme on peut s'en assurer sur le cadavre qu'on fait ainsi respirer largement et très bruyamment quelque temps encore après la mort.

3° Contracture du diaphragme.

XII. La contracture du diaphragme qu'on produit sur l'animal vivant en faisant passer dans ses nerfs phréniques un courant d'induction rapide, détermine promptement l'asphyxie.

XIII. Si la contracture du diaphragme n'a pas encore été observée chez l'homme, c'est sans doute parce qu'on en ignorait les signes diagnostiques.

XIV. Voici, d'après mes expériences électro-physiologiques pratiquées sur l'animal vivant, quels doivent être chez l'homme les principaux symptômes de la contracture du diaphragme. La moitié inférieure de la poitrine est agrandie, surtout transversalement, d'une manière continue ; les hypocondres et l'épigastre sont soulevés ; les muscles de l'abdomen s'épuisent en vains efforts pour resserrer la base de la poitrine, et alors, on voit les scalènes, les trapèzes et les grands dentelés se contracter énergiquement, puis se relâcher brusquement ; mais bientôt les mouvemens respiratoires de la partie supérieure du thorax s'affaiblissent et se ralentissent, et enfin en moins d'une ou deux minutes l'asphyxie commence, et la mort termine rapidement la scène, si la contracture du diaphragme continue.

XV. La contracture limitée à la moitié du diaphragme occasionne seulement une grande gêne de la respiration ; mais n'empêche pas les mouvemens dans la partie inférieure de la poitrine.

PATHOLOGIE.

ATROPHIE PARALYTIQUE ISOLÉE DES DEUX MEMBRES SUPÉRIEURS.

Mon cher directeur,

Peu de lecteurs, probablement, ont apporté autant d'intérêt que moi à la communication que notre affectionné maître, M. Cruveilhier, vient de faire à l'Académie de médecine, sous le titre de *paralysie musculaire progressive atrophique*. C'est que, si les lésions constatées par cet habile observateur se trouvent confirmées par les faits ultérieurs, elles m'auront donné le mot d'une énigme qui n'a cessé de me préoccuper depuis onze ans que j'ai recueilli le cas singulier consigné dans ma *Clinique médicale de la Faculté de Strasbourg*, en 1842 (p. 100). Je reproduis ici textuellement les termes de mon compte-rendu, comme expression pure de l'étonnement, des soupçons et des doutes qui se produisirent en moi au moment même de l'observation :

« Le fait suivant est d'une singularité telle, que nous ne connaissons aucun cas analogue :

» Un homme de 34 ans, d'assez bonne constitution, quoiqu'un peu grêle et nerveux, tisserand de son métier, éprouva, il y a trois ans, des maux de tête, à la suite desquels le bras droit d'abord fut pris d'affaiblissement, puis le bras gauche ; dès lors, *les deux membres semi-paralysés s'atrophièrent successivement*. Aujourd'hui, les deux bras sont considérablement amaigris ; le malade les soulève avec peine, et ne peut nullement s'en servir. Le reste du corps est en bon état ; la céphalalgie a cessé ; toutes les fonctions s'exécutent normalement.

» Le malade n'a jamais eu de rhumatisme, n'a jamais manié de plomb, etc.; nulle cause, enfin, qu'on puisse invoquer raisonnablement, si ce n'est une lésion organique des centres nerveux ; mais alors pourquoi la paralysie reste-t-elle bornée aux membres supérieurs ?

» Pendant un mois, nous essayons la strychnine à l'intérieur et à l'extérieur, les bains sulfureux, les révulsifs, etc. Le malade sort, désespérant de trouver un remède à sa triste et bizarre infirmité. »

Vous voyez que, comme M. Cruveilhier, je manifeste ici de la tendance à considérer la paralysie comme ayant précédé l'atrophie. Cette suggestion dérivait naturellement de la céphalalgie, que le malade prétendait avoir éprouvée au début. Mais la défiance est si légitime, à l'endroit des antécédens fondés sur la seule déclaration des malades, que je n'oserais affirmer aujourd'hui que la débilité musculaire a été la cause et non l'effet de l'atrophie. Celle-ci peut très bien avoir précédé la paralysie ; et l'on pourrait admettre, avec autant de vraisemblance, que ces deux élémens se sont produits parallèlement.

Quoi qu'il en soit, cette atrophie paralytique, bornée aux deux bras, me paraissait inexplicable. La lésion cérébrale, indiquée par la céphalalgie, ne résolvait aucunement la difficulté. Une lésion de la moelle pouvait paraître plus probable ; mais pourquoi cette intégrité des parties sous-jacentes à la région brachiale ? En supposant une lésion des cordons antérieurs isolés, la paralysie et l'atrophie eussent dû s'étendre aux régions inférieures. L'idée d'une lésion, bornée à quelques racines antérieures, se présentait assez naturellement ; mais comment supposer une altération si singulière et bornée précisément aux racines antérieures des deux plexus brachiaux ? Tout étrange qu'elle paraisse, il faudra bien accepter cette altération, si les remarques de M. Cruveilhier se vérifient à l'avenir. Elle seule, d'ailleurs, donne l'explication rationnelle de ces lésions ainsi circonscrites, bien qu'il reste à déterminer comment ces lésions peuvent se produire.

Pardonnez-moi d'avoir occupé vos lecteurs d'une observation aussi incomplète ; mais, telle qu'elle est, j'ai pensé qu'elle comportait quelque intérêt, comme unité de plus à joindre aux cas rares de cette espèce.

Veuillez agréer l'expression des sentimens dévoués de votre tout affectionné confrère,

Professeur FORGET (de Strasbourg.)

Strasbourg, 7 Avril 1853.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 Avril 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

La correspondance comprend :

1° Une lettre du ministre de l'intérieur et du commerce, qui informe l'Académie qu'il autorise la reprise des travaux de la commission de l'*Annuaire des eaux de la France*.

2° Une lettre de M. RENAULDIN, qui annonce qu'il fait hommage à chacun des membres de l'Académie d'un exemplaire de son ouvrage sur les *Médecins numismatistes*.

Des remercîmens seront adressés au nom de l'Académie à M. Renauldin.

3° Une note de M. DEBRY, de Brest, relative à un pessaire à gouttière, pour porter les remèdes dans le vagin, dont il se croit inventeur.

4° Trois lettres de MM. BOUYER, PONTIS et LACAUX, contenant une réclamation relative à la manière dont M. Maslieurat-Lagémard a fait la relation d'une opération césarienne dans son mémoire intitulé : Dix ans de pratique obstétricale dans le département de la Creuse, qui a été récemment l'objet d'un rapport de l'Académie. (Renvoyé à l'ancienne commission.)

5° Une note de M. SPITZER, de Marseille, sur le seigle ergoté. (Commission nommée.)

6° Un mémoire de M. BASSET, sur un *nouveau moyen de prévenir les infiltrations urineuses dans les opérations d'urétrotomie et d'uréthroplastie.* (Comm. d'Argenteuil.)

7° Un mémoire de M. CHATIN, sur un fait relatif au goître et au crétinisme. (Voir l'Académie des sciences.)

8° Un mémoire de M. IMBERT-GOURBEYRE, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine, intitulé : De l'action physiologique de l'huile essentielle d'oranges amères. (Voir l'Académie des sciences.)

Des gâteux dans les asiles d'aliénés.

9° M. GIRARD, médecin en chef de l'asile des aliénés d'Auxerre, adresse un mémoire intitulé : Les gâteux dans les asiles d'aliénés.

L'auteur a cherché à prouver dans ce mémoire :

1° Que gâter n'est qu'un symptôme d'une affection plus ou moins grave du système nerveux.

2° Que ce symptôme se manifeste dans le délire aigu, dans la stupeur mélancolique, dans l'idiotie, dans la démence avancée, dans la paralysie générale et dans l'épilepsie.

3° Que pour faire disparaître ou atténuer ce symptôme, il faut traiter l'affection dont il émane, selon les indications qui lui sont propres, absolument comme dans la fièvre typhoïde ; il faut guérir l'affection typhoïde pour rendre les excrétions volontaires, ou encore comme dans les inflammations des organes, il faut traiter l'inflammation pour supprimer la fièvre. (Comm. MM. Ferrus, Londe et Baillarger.)

Traitement des anévrysmes par des injections de substances qui coagulent le sang.

10° M. LEROY-D'ÉTIOLLES écrit à l'Académie, au sujet de cette méthode, dans laquelle il voit trois idées distinctes : premièrement l'idée de suspendre, d'isoler une petite colonne de sang dans une artère et de la rendre stagnante entre deux points de compression ; secondement l'idée de favoriser la coagulation de cette portion de sang stagnante, en injectant une solution styptique dans la cavité de l'artère, au moyen d'une cernule assez ténue, assez effilée pour ne pas léser le vaisseau ; troisièmement le choix de la substance la plus propre à déterminer la coagulation.

M. Leroy d'Étiolles réclame : de ces trois idées je crois pouvoir dire que deux m'appartiennent, les deux premières pour les avoir publiées en 1832, en 1835, en 1844. Il place sous les yeux de l'Académie, un recueil de mémoires et de lettres où se trouvent consignées les expériences qu'il a faites à ce sujet. Reste la troisième idée, c'est-dire le choix de la substance la plus propre à produire la coagulation : l'on a parlé de perchlorure de fer, il croit qu'en effet une solution de ce sel sera plus efficace que l'alcool dont il s'est servi dans ses expériences, peut-être en trouvera-t-on un autre d'un effet plus puissant encore, et il le désire, car la réussite de la méthode en deviendrait plus certaine. « S'il » est vrai, comme on l'a dit dans la Société de chirurgie, ajoute M. Leroy-» d'Étiolles, que cette méthode soit appelée à avoir dans le traitement » des anévrysmes une importance égale à celle de la lithotritie, dans » les affections calculeuses on devra trouver naturel que je rappelle » quelle part me revient dans son invention, et l'Académie, je suppose, » ne me saura pas mauvais gré de la saisir de la question. »

M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la mort de M. Husson. Une députation de l'Académie assistera au convoi qui devra avoir lieu le mercredi 13.

Huiles de foie de morue.

M. BOUCHARDAT lit en son nom et celui de MM. Grisolle, Guibourt et Soubeiran, un rapport sur des travaux de M. Berthé, pharmacien à Paris, relatifs à l'huile de foie de morue et à ses succédanés. M. le rapporteur résume ce rapport en ces termes :

Dans les différens mémoires que M. Berthé a présentés à l'Académie, il a ajouté des faits importans à l'histoire des huiles de foies de morue ; il a, en particulier, exécuté des expériences intéressantes pour démontrer la présence du phosphore dans cette huile. Il a établi comment la

---

que nous venons de citer, mettez tous vos soins à ne l'appliquer que dans les cas bien déterminés où l'expérience vous en aura fourni les indications ; n'exposez pas à la dérision, par une légèreté coupable, une thérapeutique assurément utile, vous en compromettriez le succès par un emploi intempestif. Etudiez les natures réfractaires, et rappelez-vous qu'il existe des constitutions exceptionnelles auxquelles le sens musical semble faire défaut ; il en est d'autres, au contraire, qui ont une si grande passion pour cet art, qu'il faudra vous mettre en garde contre une excitation qui pourrait dépasser le but en provoquant des sensations trop vives ; on ne sait pas assez toutes ces particularités.

Grétry, ce charmant et délicieux compositeur, dont toutes les mélodies sont empreintes d'une grâce, d'une fraîcheur et d'une pureté dont rien n'approche, se passionnait, s'exaltait tellement pour son art, qu'une fois au piano, nul besoin autre que celui de la composition ne se faisait ressentir ; la faim, le froid, le sommeil, ne pouvaient le rappeler au sentiment de l'existence ; c'est alors et surtout alors que cette musique enchanteresse, qui arrive si facilement au cœur, et que tous nous avons encore tant de plaisir à entendre, coulait de sa source. L'inspiration et la verve de ce grand musicien n'étaient jamais si vives qu'au moment de ses souffrances ; il crachait le sang, souffrait beaucoup d'une petite toux sèche, et pourtant il ne pouvait s'arracher au travail ; il fallait batailler pour le faire consentir à se reposer.

Lagrange, l'illustre géomètre, éprouvait un tel ravissement quand il entendait de belle musique, qu'il restait complètement isolé au milieu des nombreux spectateurs qui l'entouraient, à ce point même que ne perdant aucune note du chef-d'œuvre qui le charmait, il avait pu résoudre les problèmes les plus ardus. Voici un exemple de fanatisme musical qui vous prouvera jusqu'où peut aller l'exaltation de la sensibilité chez certains individus.

Un curé, grand amateur de musique et joueur émérite de vielle, entendit un jour un célèbre guitariste. De la guitare à la vielle, il y a tout un abîme, aussi les sons plus mélodieux, les accords plus riches de cet instrument (aujourd'hui délaissé fort mal à propos selon nous) lui causèrent de tels ravissemens, qu'il tomba en proie à de vives convulsions, et confessa que s'il n'avait été promptement soustrait à cet enchantement, il aurait infailliblement passé de vie à trépas. Avec un pareil dilettante, un médecin mélodiste ferait bien d'agir à dose homœopathique. Heureusement que pour l'emploi du remède, de pareils mélomanes sont encore assez rares. Néanmoins, il faut se rendre à l'évidence, le violon, ce roi des instrumens, lorsqu'il est joué par de grands virtuoses, peut produire un effet nerveux tel qu'un malaise, une syncope même, peuvent en être le résultat. Mon honorable et savant ami Alard, dans certains passages, dans certains mouvemens passionnés de ses compositions, émeut si profondément l'âme par la suavité de son jeu, que nous avons vu des personnes fortement impressionnables qui ne pouvaient y résister. Cette susceptibilité extrême a imposé sans doute à sa conscience quelques évanouissemens, mais ajoutons, pour rassurer les nombreux amateurs de son rare et beau talent, que, semblable à la lance d'Achille, son archet magique a le don de guérir les blessures qu'il cause, et que les gens qu'il aurait pu tuer de la sorte sont encore pleins de vie et de santé. Dans certains cas morbides, nous ne craindrions même pas de recourir à son inépuisable obligeance si le besoin s'en faisait sentir.

Donc, quand la musique tue, ce n'est pas par l'exécution ; à moins d'anévrysme intercurrent ; personne ne meurt dans un concert, c'est un point établi.

Et pourtant, si la musique guérit certains malades, on ne peut mettre en doute qu'elle ne puisse tuer des gens bien constitués, qui, sans ses excitations continuelles, auraient pu fournir une longue carrière. Ce n'est plus, il est vrai, en agissant comme remède donné à dose toxique, mais en impressionnant trop vivement certaines organisations nerveuses ; elle ne peut en elles s'allier à une modération nécessaire à la santé ; chez les hommes surexcités par les entraînemens, elle donne une mort prématurée, en leur faisant dépenser continuellement une somme d'influx nerveux à laquelle leur organisation délicate ne peut suffire. Bellini, Donizetti, moissonnés à la fleur de l'âge, l'un phthisique et l'autre fou, ne témoignent que trop des ravages de cette surexcitation musicale. Pergolèse est profondément triste ; sa musique, empreinte d'une molle langueur, d'une profonde expression mélancolique, révèle une complexion frêle et débile. Son *Stabat mater*, universellement regardé comme son plus beau chef-d'œuvre, fut composé sur son lit de mort ; avec le dernier verset, dit-on, s'exhala son âme. Il avait à peine trente-trois ans.

La musique agit en produisant des secousses nerveuses, en excitant l'activité de la circulation, en exaltant le système nerveux affaibli, ou en le modérant dans son excès, selon le mode ou le genre musical employé.

Dans l'aliénation mentale, on recherche principalement les airs doux et langoureux dans le mode mineur, ceux encore qui se rattachent aux souvenirs qui existaient dans l'état de santé ; si l'on croit devoir recourir à la musique instrumentale, on choisira le trio, le quatuor, le quintette au plus, ou quelques mélodies simples dans les conditions indiquées plus haut, avec un accompagnement approprié sans fracas et sans luxe d'orchestration ; c'est ainsi que les médecins obtinrent la guérison de Philippe V d'Espagne, par le célèbre Farinelli.

Ce roi, en proie à la plus sombre mélancolie, ne put résister à la voix mélodieuse et pure de ce grand artiste. Après avoir entendu pendant quelque temps ce musicien célèbre, qui chantait dans le mode mineur, et parmi les *andante* les *adagio largo con passionnato*, les morceaux de son répertoire, le roi, dont l'indifférence profonde allait jusqu'à l'oubli des premiers soins de la propreté, qui n'était plus qu'un farouche sauvage chargé d'une couronne inutile, consentit enfin à se laisser couper la barbe, et reprit, avec les attributs de la royauté, le fardeau des affaires. Dans sa reconnaissance, il voulut conserver près de lui cette voix enchanteresse qui lui avait fait recouvrer la raison, et fit de son chanteur émérite son conseiller, son ministre, son favori. Cette cure, quelque brillante qu'elle fût, ne méritait sans doute pas cette faveur insigne ; mais Farinelli n'oublia jamais, au sein des grandeurs, la modestie de son origine. Le pauvre chanteur, ainsi parvenu à la plus haute place que puisse ambitionner l'homme, et dont le bon sens égalait le talent, n'eut que trop souvent l'occasion de donner des leçons de convenance et de raison aux seigneurs de la cour, qui le raillaient sur sa basse extraction, ne comprenant pas que celui-là seul est véritablement, noble et grand que l'Être suprême enrichit de ses dons, et qu'il marque de son sceau en laissant pénétrer dans son âme le plus faible rayon de sa puissance.

(*La suite à un prochain n°.*)

réaction de l'iode sur l'huile était autre que celle que l'on avait admise. Partant de ce point, il a montré comment on avait pu être induit en erreur sur la composition de l'huile iodée, et comment il fallait procéder pour arriver à un résultat constant.

En conséquence, la commission propose d'adresser des remercîmens à l'auteur pour ses utiles communications. (Adopté.)

— M. BOUCHARDAT lit un rapport sur des remèdes secrets, dont la discussion, provoquée par M. H. Gaultier de Claubry, est renvoyée à la séance prochaine, l'ordre du jour étant trop chargé.

La parole devait être donnée, d'après l'ordre d'inscription, à M. Piorry, pour un rapport officiel; mais sur la demande de M. Bouvier, l'Académie, consultée, décide qu'elle entendra la suite de la discussion sur le mémoire de M. Cruveilhier.

La parole est à M. Parchappe.

M. PARCHAPPE : Le vif intérêt excité au dedans et au dehors de l'Académie par le mémoire de M. le professeur Cruveilhier, s'explique non moins par l'importance des questions résolues ou soulevées que par l'autorité du nom et le talent de l'exposition. En effet, au point de vue physiologique, ce mémoire confirme, par une nouvelle preuve, la vérité du magnifique théorème de Ch. Bell, et fournit un nouvel élément de discussion à la théorie encore imparfaite de la nutrition musculaire; au point de vue pathologique, il fonde sur des caractères anatomo-pathologiques spéciaux la détermination d'une espèce nosologique nouvelle, la paralysie du mouvement volontaire par atrophie des nerfs moteurs et des muscles, et soulève la question du rôle de l'atrophie nerveuse dans les maladies qui ont pour siége soit le système nerveux lui-même, soit l'appareil musculaire.

Symptomatologiquement caractérisée par le développement graduel et successif de la diminution du mouvement, jusqu'à l'abolition, dans les muscles volontaires et par l'intégrité, parfaite et jusqu'au dernier moment persistante, de la sensibilité et des facultés intellectuelles et morales, la nouvelle espèce morbide, à laquelle M. Cruveilhier rattache positivement les trois observations contenues dans son mémoire, et analogiquement, les observations publiées par divers auteurs, notamment par MM. Aran, Thouvenet, Duchenne, etc, aurait pour caractères anatomo-pathologiques, d'une part, l'absence de toute altération dans l'encéphale et la moelle épinière, d'autre part, l'existence non seulement de l'atrophie musculaire, positivement reconnue par M. Cruveilhier lui-même et après lui par d'autres observateurs, mais encore et de plus, l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux, constatée par M. Cruveilhier dans l'observation unique où l'état de ces racines a été vérifié.

M. Cruveilhier ne paraît pas hésiter à admettre que cette dernière altération ait existé dans les deux observations qu'il a lui-même recueillies et ne doive exister dans toutes les observations semblables. Il ne pense pas que la coïncidence de l'atrophie des racines nerveuses avec l'atrophie des muscles auxquels se distribuent leurs branches puisse être fortuite, exceptionnelle. Pour lui, il n'y a pas dans la science de faits vraiment exceptionnels. Il y a des faits complets ou incomplets, bien ou mal observés, semblables ou différens.

J'avoue que je partage entièrement cette conviction philosophique sur la valeur des faits en médecine. Aussi je crois, comme M. Cruveilhier, que la coïncidence de l'atrophie des racines motrices spinales avec l'atrophie des muscles volontaires, dans l'espèce distincte de paralysie graduelle du mouvement volontaire qu'il aura eu l'honneur de déterminer pour la première fois, ne manquera pas de se vérifier par d'autres observations. Et s'il arrivait que cette vérification ne se réalisât pas dans des cas où à un développement morbide analogue correspondrait purement et simplement l'atrophie musculaire, il en faudrait conclure à l'existence de deux maladies différentes par leur nature, bien qu'analogues par leurs symptômes. Et, loin que cette nécessité de distinguer une autre espèce de maladie caractérisée par l'abolition graduelle du mouvement volontaire infirmât la valeur de la détermination nosologique due à M. Cruveilhier, il faudrait y voir un nouveau perfectionnement de la science et un acheminement à la cessation de cette confusion de faits, d'idées et de mots qui s'est depuis quelque temps introduite dans les études des pathologistes sur les maladies paralytiques.

En déterminant la nouvelle espèce morbide, M. Cruveilhier, comme on devait l'attendre de sa sagacité, n'a pas manqué de l'opposer à la maladie depuis longtemps connue sous le nom de paralysie générale des aliénés.

Dès 1838, dans un mémoire sur les altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale, j'ai élevé la prétention d'avoir déterminé anatomo-pathologiquement cette dernière espèce de maladie, sous le nom de folie paralytique, en lui attribuant pour caractère essentiel le ramollissement phlegmasique de la couche corticale cérébrale. Dans tous les cas de paralysie générale rigoureusement diagnostiquée et suivie de mort, qui se sont présentés à mon observation dans l'asile public des aliénés de la Seine-Inférieure, depuis le 1er janvier 1835 jusqu'au 1er janvier 1848, j'ai positivement, et sans rencontrer une seule exception, constaté l'existence du ramollissement plus ou moins étendu, plus ou moins profond de la couche corticale cérébrale. Le nombre de ces observations, qui s'élevait en 1838 à 43, avait atteint en 1841, époque de la publication de mes documens nécroscopiques, le chiffre 86, et en 1848, époque d'une communication faite à l'Académie des sciences, le chiffre 201.

Cette détermination, qui a pour moi la valeur d'une démonstration, bien qu'elle n'ait pas été jusqu'à ce moment généralement acceptée, deviendra de plus en plus sûre et de moins en moins contestable et contestée, à mesure que la science se perfectionnera dans la connaissance approfondie des diverses espèces de paralysie.

Parmi les différences nombreuses qui séparent la paralysie générale des aliénés, la folie paralytique, soit des diverses espèces de paralysie qu'on a essayé de confondre avec elle sous le nom de *paralysie générale progressive*, soit de la maladie décrite par M. Cruveilhier, il en est une qui porte sur le mode même de l'altération du mouvement, et que je crois utile de signaler en quelque mots.

Dans la paralysie générale des aliénés, dans la folie paralytique, quand il n'y a pas de complication avec une autre maladie, c'est-à-dire quand le ramollissement phlegmasique, qui la constitue anatomiquement, se borne à la couche corticale cérébrale, l'altération du mouvement, qui augmente lentement et graduellement, n'arrive jamais jusqu'à sa suppression absolue. La paralysie demeure incomplète, caractère qui a été saisi dès la première époque où cette maladie a été observée. Et, d'autre part, l'affaiblissement graduel de la force motrice volontaire, qui est le caractère essentiel de cette paralysie, porte à la fois sur tous les muscles volontaires, bien qu'elle se traduise dans les mouvemens partiels par des effets fort inégaux, sans aucun doute, suivant le siége, l'étendue et la profondeur du ramollissement, mais surtout suivant l'inégalité du degré de précision et de force réclamé par les divers mouvemens composés qui donnent naissance à la parole, à la station, à la marche, etc. La paralysie est primitivement générale, et son développement est bien plus un développement d'intensité graduelle dans tous les mouvemens volontaires, qu'un développement d'extension graduelle d'un muscle ou d'un système de muscles à un autre muscle ou à un autre système de muscles. Il en est de la diminution de la motricité volontaire dans la folie paralytique, comme de la diminution de la sensibilité, qui, dans cette maladie, a aussi pour caractères d'être graduelle, générale et incomplète.

Après avoir déterminé, par des preuves à mon avis irréfragables, les caractères nosologiques de la nouvelle espèce distincte de paralysie des mouvemens volontaires, M. Cruveilhier a posé la question pathogénique en ces termes :

« Quelle est la part respective de l'atrophie musculaire et de l'atrophie des racines spinales antérieures dans la production de cette paralysie? Ou, quel est le rapport qui existe entre ces deux atrophies? »

M. Cruveilhier pense que l'atrophie des racines motrices est l'altération primitive et essentielle, celle qui amène consécutivement dans les muscles d'abord la paralysie, puis l'atrophie, et il résume sa doctrine pathologique en disant :

« Il existe une espèce de paralysie du mouvement tantôt partielle, tantôt générale, coïncidant avec l'intégrité du sentiment et de l'intelligence, qui a son principe dans l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux. »

C'est ainsi que M. Cruveilhier a dénoué ce qu'il a fort justement appelé le nœud de la question.

C'est en effet à cette question de l'antériorité pathogénique de l'atrophie dans les nerfs ou dans les muscles que commencent les grandes difficultés et que commenceront aussi les grands dissentimens.

La connexion pathogénique des deux lésions est démontrée dans l'observation de Lecomte par la concordance du degré d'intensité de lésion entre les parties nerveuses et musculaires anatomiquement et physiologiquement unies. Cette connexion, dont la réalité s'appuie en outre sur toutes les analogies pathologiques, avait déjà été positivement constatée par M. J. Guérin.

Chez une jeune fille atteinte de pied-bot, les extenseurs des orteils et les péroniers latéraux étaient complètement paralysés, le membre tout entier émacié, la sensibilité conservée : on trouva, après la mort, une décoloration des muscles paralysés de la jambe et de plusieurs muscles de la cuisse, une diminution de volume notable dans les nerfs du membre, plus considérable et évaluée au quart du volume normal dans les racines antérieures lombaires et sacrées du même côté. Aucune lésion ne put être constatée dans la moelle épinière, ni dans les racines postérieures.

M. Cruveilhier, qui ne conçoit la possibilité de cette connexion entre les deux lésions, que sous la condition d'un rapport de subordination, admet lui-même qu'on peut chercher dans l'une ou l'autre des deux lésions celle qui aurait le caractère d'un point de départ, d'une cause.

Après avoir comparé les motifs qui peuvent être invoqués en faveur de l'une ou l'autre des deux hypothèses, le savant professeur se décide en faveur de celle qui attribue le rôle de point de départ et de cause à l'atrophie des racines nerveuses.

C'est, en effet, par l'appréciation analogique du rôle primitif ou consécutif qui appartient à l'atrophie nerveuse dans les maladies du système nerveux et des muscles, et par l'induction physiologique, que la question difficile dont il s'agit peut être tranchée, si elle est vraiment susceptible d'une solution absolue avant que des faits plus nombreux, plus complets, l'aient reproduite et éclairée sous toutes ses faces.

Mais il est tout d'abord important de remarquer que les deux hypothèses discutées par M. Cruveilhier n'épuisent pas la question.

Il y a des atrophies coexistantes du système nerveux et du système locomoteur, sur l'antériorité relative desquelles il est impossible de se prononcer, et qui paraissent représenter deux faits contemporains, simultanément produits sous l'influence d'une même cause, ce sont toutes les atrophies congéniales qui peuvent être véritablement rapportées à l'agénèse. L'agénèse simultanée de diverses parties du système nerveux et des appareils sensitifs ou locomoteurs qui s'y rattachent n'est-elle pas le plus souvent l'expression d'une lésion dynamique unique qui étend à la fois son action sur toutes les parties instrumentales d'une fonction.

Un caractère analogue ne pourrait-il pas appartenir à la maladie nouvellement étudiée, dont les élémens anatomiques, atrophie nerveuse et atrophie musculaire, seraient la commune expression d'une lésion dynamique, essence de la maladie et condition primitive des deux lésions simultanées et secondaires? Mais ici, le domaine de la question s'élargit à un tel point, que la pathologie tout entière pourrait y entrer.

Je crois qu'il est sage, au moins quant à présent, de la restreindre dans les données positives des faits anatomo-pathologiques, comme l'a fait sciemment et volontairement M. Cruveilhier, et de se borner par conséquent à l'appréciation comparée des deux hypothèses qu'il a discutées.

M. Cruveilhier admet d'une manière générale la possibilité de l'atrophie nerveuse, consécutive à une atrophie musculaire primitive ou idiopathique. En effet, il croit que le système nerveux, devenu inactif, peut s'atrophier; il cite les faits bien connus d'atrophie du nerf optique dans les cas de suppression de la vision, dépendante de lésions du globe de l'œil; il est disposé à admettre qu'à la suite de l'amputation d'un membre, les racines spinales antérieures et postérieures qui présidaient au mouvement et au sentiment des parties qui n'existent plus, doivent présenter des atrophies correspondantes.

Je crois que l'influence de l'inactivité fonctionnelle sur l'atrophie des diverses parties constituantes du système nerveux, bien qu'assez généralement admise, n'est pas encore exactement appréciée dans toute son importance.

Persuadé que la diminution du mouvement de composition nutritive, sous l'influence de l'inactivité fonctionnelle, représente une loi générale de l'économie vivante, j'avais admis, *à priori*, dès mes premières recherches d'anatomie pathologique sur l'aliénation mentale, que la diminution ou la suppression de l'activité cérébrale dans la démence devait avoir pour effet de produire à la longue une atrophie plus ou moins considérable du cerveau.

C'est en partie pour donner une base solide aux recherches que je me proposais de faire pour la vérification de cette loi, que je me suis d'abord efforcé de déterminer aussi rigoureusement que possible le volume et le poids normal de l'encéphale, en tenant compte de toutes les différences physiologiques, résultats que j'ai publiés en 1836.

De 1835 à 1848, j'ai pesé avec soin le cerveau de tous les aliénés qui ont succombé dans le service, à la tête duquel j'étais placé, et j'ai ainsi obtenu, en définitive, une masse considérable de faits parfaitement concluans. La discussion raisonnée de 284 observations m'avait conduit, dès 1841, à formuler, dans mon *traité de la folie*, la loi pathologique *du décroissement graduel du cerveau en raison de la dégradation successive de l'intelligence dans la folie simple*. Une nouvelle série de 498 observations m'a permis de confirmer cette loi. Dans une note communiquée à l'Académie des sciences, le 31 juillet 1848, j'ai résumé les résultats de ces deux séries d'observations, qui se contrôlent l'une l'autre, et qui s'appuient définitivement sur 782 observations.

	1re série.		2e série.		Totalité.		Proport. des différences.	
	hom.	fem.	hom.	fem.	hom.	fem.	hom.	fem.
Folie aiguë (manie et mélancolie, état aigu)..	1,449	1,295	1,428	1,253	1,433	1,274	1000	1000
Folie chronique (démence).....	1,363	1,186	1,335	1,191	1,344	1,189	923	933
Folie chronique:								
1° Simple affaiblissem. intell.	1,402	1,216	1,418	1,214	1,405	1,227	980	963
2° Manie et mélancolie chron.	1,395	1,231	1,370	1,237	1,381	1,235	963	969
3° Incohérence.	1,374	1,202	1,353	1,210	1,358	1,208	947	948
4° Stupidité.....	1,297	1,152	1,274	1,129	1,281	1,139	886	894

L'existence de la loi ressort clairement de la comparaison des deux catégories, folie aiguë et folie chronique, dont les moyennes diffèrent d'une quantité en poids égale à 89 grammes pour les hommes, à 85 grammes pour les femmes; en proportion égale à 77/1000 pour les hommes, à 67/1000 pour les femmes.

Elle se révèle encore plus évidemment par la comparaison des moyennes dans les quatre catégories de la folie chronique, où l'on voit le poids du cerveau diminuer en même temps que la puissance intellectuelle, et où la différence des moyennes entre la folie aiguë et le dernier degré de la folie chronique atteint 152 grammes ou 114/1000 chez les hommes, et 135 grammes ou 106/1000 chez les femmes.

L'atrophie du cerveau par inactivité fonctionnelle, que j'ai pu ainsi démontrer sur une large échelle par la preuve irréfutable du poids comparé, se laisse d'ailleurs saisir avec évidence pour un œil exercé dans les cas individuels, toutes les fois qu'elle est un peu prononcée. Et je l'ai, dans un grand nombre de cas, positivement constatée par la mensuration partielle, soit des circonvolutions, soit de la couche corticale.

L'atrophie avec induration joue dans les maladies de la moelle assez confusément rapportées à l'inflammation un rôle très important. Je suis porté à croire, que dans un certain nombre de cas de paralysie ancienne où je n'ai trouvé après la mort d'autre altération qu'une induration atrophique de la moelle épinière, la diminution de l'activité fonctionnelle avait eu une part principale dans l'atrophie de l'organe nerveux.

Chez une femme atteinte de paraplégie depuis dix ans, dont la paralysie avait d'abord porté exclusivement sur le mouvement complètement aboli dans les jambes, s'était dans les deux dernières années de la vie étendue à la sensibilité, l'anesthésie occupait les extrémités inférieures des deux côtés jusqu'au dessus du genou, et avait respecté les fonctions de la vessie et du rectum, j'ai constaté après la mort une atrophie très notable de la moitié inférieure de la moelle épinière, des nerfs de la queue de cheval et des muscles des extrémités inférieures, surtout des jambes.

Ollivier (d'Angers) a cité, d'après M. Magendie, l'observation d'une vieille femme qui était depuis une douzaine d'années dans une inaction presque complète, le corps fortement fléchi en avant et les membres inférieurs dans un état de contracture assez prononcé; aucune altération de la sensibilité n'accompagnait la lésion du mouvement. — On trouva la moelle épinière considérablement diminuée de volume et très dure. Les racines antérieures des nerfs rachidiens étaient réduites en quelque sorte à leur névrilème, tandis que les postérieures n'offraient aucun changement appréciable.

On ne trouve, il est vrai, dans les annales de la science, qu'un petit nombre de cas d'atrophie des nerfs coïncidant avec l'atrophie des muscles dans les paralysies anciennes de cause encéphalique; mais souvent on a constaté, en même temps que la conservation du volume, l'altération de la couleur et de la consistance, expression non équivoque d'une lésion de nutrition.

L'influence de l'inactivité fonctionnelle dans les muscles, comme condition déterminante de leur atrophie, est démontrée par un si grand nombre de faits physiologiques et pathologiques, qu'il serait tout à fait superflu d'en citer des exemples.

Si la portée de cet ensemble de faits, qui démontre la généralité de la loi de décroissance des organes en raison de leur inactivité fonctionnelle, est réduite à ce qui se rapporte à l'influence de l'inactivité motrice, on voit que l'effet d'atrophie qui peut lui être attribuée, se produit dans les divers instrumens organiques du mouvement sous la condition de subordination et de solidarité qui les unit physiologiquement. Ainsi l'atrophie du muscle, organe producteur du mouvement, est l'expression constante de l'influence de l'inactivité motrice, que cette inactivité ait pour condition une altération de l'encéphale, de

la moelle épinière, des racines motrices, des nerfs. Mais en même temps tous les instrumens intermédiaires de l'action motrice supprimée, nerfs moteurs, racines motrices, cordons moteurs de la moelle, participent au mouvement d'atrophie. Et de plus, si l'inactivité motrice a sa condition essentielle dans le muscle lui-même, l'atrophie tend encore à se propager dans les agens nerveux du mouvement, rendus plus ou moins complètement inactifs par l'immobilité musculaire, dans les nerfs, dans les racines motrices et jusque dans la moelle épinière.

Bien que je sois disposé à accorder une part importante à l'inactivité fonctionnelle dans la génération de l'atrophie nerveuse, et à admettre que la suppression de toute action musculaire, et, à plus forte raison, la suppression des muscles eux-mêmes, en tant qu'organes de mouvement, puisse et doive provoquer l'atrophie des nerfs moteurs et des racines motrices, j'avoue pourtant que, dans l'observation qui est le sujet de cette discussion, l'atrophie des racines motrices est signalée comme si considérable dans son intensité, et si rapide dans son développement, que je ne puis pas, plus que M. Cruveilhier, consentir à la considérer comme une simple atrophie d'inactivité fonctionnelle, consécutive à l'atrophie primitive et essentielle des muscles.

Le défaut de rapport entre l'atrophie considérable des racines motrices et l'atrophie beaucoup moins prononcée de leurs irradiations dans les muscles, serait encore une difficulté sérieuse contre l'hypothèse de la propagation des muscles aux nerfs.

On ne saurait contester que la propagation de l'atrophie en sens inverse, c'est-à-dire du système nerveux aux muscles, ne soit, à tous les points de vue, le fait le plus ordinaire, le plus général et le plus certain.

L'insuffisance probable de l'hypothèse du développement consécutif de l'atrophie dans les racines motrices, par suite de l'inactivité fonctionnelle que leur aurait imposée l'atrophie musculaire, conduit naturellement à admettre la probabilité de l'hypothèse contraire adoptée par M. Cruveilhier.

A l'appui de son opinion, M. Cruveilhier a invoqué un grand nombre de preuves analogiques, dont on ne saurait contester la valeur et la force. Ainsi M. Cruveilhier rappelle la généralité du fait de la subordination pathologique de l'atrophie musculaire à l'altération des divers élémens constituans du système nerveux, encéphale, moelle, nerfs; il insiste sur la rapidité et l'intensité du mouvement d'atrophie qui se produit dans les muscles sous l'influence de la section accidentelle des nerfs chez l'homme et de leur section expérimentale chez les animaux; et tous les détails d'explications ingénieuses qu'il donne pour motiver la vraisemblance de sa doctrine sont généralement conformes à toutes les données de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie du système nerveux.

C'est en m'appuyant sur l'accord, beaucoup plus constant qu'on ne le croit, de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie, que je passerai rapidement en revue les objections adressées à la doctrine de M. Cruveilhier, par M. Bouvier, dans son intéressante et savante improvisation.

Quand cet accord n'existe pas, ce n'est pas la faute de la nature, qui a soumis à des lois constantes, invariables, les phénomènes de la vie; c'est la faute ou de l'anatomie, ou de la physiologie, ou de la pathologie, la faute même de toutes les trois, et quelquefois aussi, il faut bien l'avouer, la faute des observateurs.

Il y a déjà, dans l'observation si patiemment étudiée, si clairement exposée, si judicieusement interprétée de M. Cruveilhier, un exemple assez éclatant de l'accord de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie en ce qui se rapporte au théorème de Ch. Bell. Il n'est pas sans intérêt de rappeler, à ce sujet, que la distinction des nerfs purement moteurs et purement sensitifs que Galien avait admise par induction anatomique, a été construite par Ch. Bell, dans l'admirable développement qu'il lui a donnée, sur des données en quelque sorte purement anatomiques, que l'expérimentation physiologique et l'observation pathologique ont élevées jusqu'à la hauteur de démonstration scientifique, déjà strictement dans l'œuvre de Bell lui-même, et depuis largement et magnifiquement dans les œuvres des plus éminens physiologistes, Magendie, Béclard, Muller, Longet, etc.

Les distinctions exactes et judicieuses, que M. Bouvier a faites ou rappelées, en ce qui se rapporte aux divers degrés de la paralysie et de l'atrophie dans les muscles, et aux résultats des expériences de MM. Duchenne et Brierre de Boismont, sur la persistance et la disparition de l'irritabilité musculaire, ne font qu'exprimer, sous une forme restreinte, des ordres distincts de faits, que la physiologie est parfaitement en mesure de compléter.

Le mouvement volontaire seul est paralysé dans les muscles par les maladies qui ont exclusivement leur siége dans l'encéphale. Le mouvement par les excitations directes portées sur les muscles, sur les nerfs, sur la moelle, est encore possible. L'irritation électrique démontre la persistance de la contractilité musculaire. Les muscles gardent, jusqu'à un certain point, leur tension motrice. Leur atrophie est lente et limitée. C'est le cas des hémiplégies cérébrales et cérébelleuses; c'est aussi le cas de la paralysie générale des aliénés, dans laquelle la maladie a pour siége la couche corticale cérébrale.

Le mouvement volontaire est paralysé; la contractilité musculaire s'éteint consécutivement après une durée plus ou moins longue, en même temps que se prononce un mouvement rapide d'atrophie profonde, dans les maladies qui suppriment l'action des centres nerveux par une lésion profonde de la moelle épinière, et plus sûrement encore par une lésion profonde des racines motrices et des nerfs moteurs. Les muscles perdent leur tension motrice. Ils ne répondent que faiblement, et finissent par cesser de répondre à l'irritation galvanique, en même temps qu'ils s'atrophient rapidement et profondément. C'est le cas des paralysies vraies, dans lesquelles MM. Duchenne et Brierre de Boismont ont constaté la suppression de l'irritabilité musculaire. C'est le cas de la maladie dont l'observation de Lecomte est un exemple.

Enfin, dans l'atrophie musculaire idiopathique, sans lésion des nerfs des centres nerveux, dont j'admets parfaitement l'existence, il est évident que le mouvement volontaire et l'irritabilité musculaire doivent diminuer graduellement, pour disparaître complètement et sans retour, dans tout muscle, dans tout faisceau, dans toute fibre musculaire dont l'atrophie a atteint son dernier terme, c'est-à-dire la transformation graisseuse.

Certainement, le nom de paralysie qui implique la diminution ou la suppression du mouvement par altération du système nerveux, ne serait pas applicable à ces cas d'atrophie musculaire, idiopathique et primitive, qui, jusqu'à la dernière observation de M. Cruveilhier, paraissaient devoir comprendre toutes les observations groupées par M. Aran, sous le nom d'*atrophie musculaire progressive*, et par M. Thouvenet, sous le nom de *paralysie musculaire atrophique*.

Mais, certainement aussi, il ne s'agit pas d'un cas de ce genre dans l'observation de Lecomte, qui est bien une paralysie, puisqu'un de ses caractères anatomiques esssentiels est la lésion profonde des racines nerveuses motrices.

L'objection tirée par M. Bouvier de la marche suivie par la suppression du mouvement volontaire et de l'irritabilité dans ses rapports avec la marche de l'atrophie musculaire, ne me paraît pas avoir la portée qu'il lui attribue pour infirmer la doctrine soutenue par M. Cruveilhier. Que montrent en effet les symptômes observés pendant la vie? La diminution graduelle du mouvement volontaire coïncidant avec la diminution du volume des muscles, et la persistance de l'irritabilité musculaire, jusqu'à l'effacement complet des muscles. Que montrent les altérations constatées après la mort? Divers degrés d'atrophie nerveuse coïncidant avec divers degrés correspondans d'atrophie musculaire, la persistance de fibres musculaires intactes dans les muscles dont l'irritabilité avait persisté, la transformation graisseuse complète dans ceux dont l'irritabilité avait été éteinte.

Que conclure de ces faits, sinon la connexion étroite, la correspondance parfaite des deux lésions d'atrophie, se maintenant toujours et partout entre le muscle et le nerf, et jusque dans le dernier rapport de la fibre musculaire et de la fibre nerveuse, premier terme et élément anatomo-pathologique essentiel de la maladie dans ce qu'elle a de connu.

Ce sont ces fibres musculaires non atrophiées en connexion normale avec la moelle épinière et l'encéphale, au moyen de filets nerveux non atrophiés, qui répondent jusqu'au dernier moment aux excitations de la volonté et aux irritations de l'électricité.

Une autre objection de M. Bouvier est tirée de la rapidité de la marche et de l'intensité du degré de l'atrophie musculaire dans la maladie dont le caractère le plus frappant lui paraît être la tendance à la transformation graisseuse des muscles. Mais cette rapidité et cette intensité exceptionnelles de l'atrophie musculaire, considérée comme consécutive, suivant M. Cruveilhier, à l'atrophie nerveuse, et qui lui est sans contredit étroitement, intimement liée, n'a rien que de conforme à ce que l'on sait de l'influence exercée par les sections accidentelles ou expérimentales de nerfs moteurs. Pour chaque fibre musculaire qui s'atrophie, l'atrophie complète du filament nerveux qui lui correspond dans la racine motrice est l'équivalent d'une section. Est-il étonnant que sous son influence des effets analogues à ceux de la section soient produits dans les fibres musculaires.

Enfin, et c'est là une dernière objection qui soulève une question importante que la physiologie n'a pas encore suffisamment éclairée, la subordination, invoquée par M. Cruveilhier, du muscle aux racines motrices, n'est certaine qu'en ce qui se rapporte au mouvement volontaire; elle est contestable et contestée en ce qui se rapporte à la contractilité et surtout à la nutrition musculaires.

Mais sur ce point, ce qui est positivement établi par l'expérimentation physiologique, par les travaux de Muller, Sticker, Reid, et notamment par les belles recherches de mon honorable ami Longet, c'est que la contractilité ne persiste que pendant un certain temps, quelques semaines, quelques mois dans les muscles, quand ils ont été séparés de la moelle épinière complètement par la section des nerfs mixtes, ou partiellement, soit par la section des nerfs moteurs, soit par la section des nerfs sensitifs, et que la contractilité ne s'éteint qu'à mesure et en raison des progrès de l'atrophie.

Si l'on rapproche de ces faits bien démontrés, la disparition beaucoup plus rapide de la contractilité dans les muscles après la ligature des artères, on reconnaîtra que la diminution et la cessation de la contractilité musculaire sont essentiellement sous l'influence de la nutrition des muscles.

La contractilité musculaire est généralement considérée par les physiologistes, comme une propriété inhérente aux muscles, dépendante de leur état de vie, et par conséquent subordonnée au mouvement de composition nutritive, qui est la condition de l'entretien de leur vie. Ce mouvement de composition nutritive est lui-même subordonné à l'action du sang qui apporte les matériaux de la nutrition, à l'activité fonctionnelle du muscle qui est mise en jeu : pour le mouvement, au moyen des nerfs moteurs, par les centres nerveux, et pour l'assimilation nutritive, très probablement par les mêmes centres au moyen des nerfs sensitifs du système cérébro-spinal, ou des fibres grises du système ganglionnaire. Que l'une ou l'autre de ces conditions vienne à être supprimée, et l'atrophie se produisant dans les muscles entraînera la perte de la contractilité.

La suppression évidente de l'une de ces conditions par l'atrophie des racines antérieures dans l'observation de Lecomte, a pu, a dû suffire à provoquer l'atrophie musculaire.

Mais quelle est la cause de l'atrophie des racines antérieures? Est-elle dans une lésion anatomique, dans une lésion dynamique des parties nerveuses centrales, substance grise de la moelle épinière par exemple, qui aurait agi à la fois sur ces racines et sur les muscles eux-même pour les atrophier.

J'imiterai sur ces questions obscures la sage réserve de M. Cruveilhier, et je m'arrêterai comme lui devant l'inconnu.

Malgré l'étendue sans doute déjà trop grande, que je me suis trouvé entraîner à donner à cette note, je me vois encore forcé de présenter, avant de finir, quelques courtes observations sur la dénomination donnée par M. Cruveilhier à la maladie qu'il a déterminée.

Comme M. Bouvier, je conçois qu'on puisse accorder une certaine importance à la dénomination des maladies, et je partage bien sincèrement son éloignement pour cette qualification de *progressive*, depuis quelques années introduite dans la nomenclature nosographique. Je connais peu de maladies auxquelles cette appellation ne puisse être appliquée, soit à un moment donné, soit même dans tout le cours de leur développement; et il me semble que toutes les paralysies du mouvement, qui n'atteignent pas du premier coup leur terme, c'est-à-dire qui ne sont pas dues à une désorganisation rapide et profonde de l'une des parties du système nerveux d'où dépendent les mouvemens, sont progressives dans leur développement. Je laisserai très volontiers à M. Cruveilhier le soin de tenir compte de cette observation, s'il le juge utile ou convenable. Mais je tiens essentiellement à ce que le nom de paralysie soit conservé à une maladie dont un des caractères essentiels est une altération du mouvement, liée à une altération du système nerveux.

En définitive, je pense que la maladie dont M. Cruveilhier a déterminé les caractères symptomatiques et anatomo-pathologiques, doit entrer comme espèce distincte dans le cadre nosologique; qu'elle doit y être rapportée à la classe des paralysies du mouvement; et que, quant à présent et jusqu'à plus ample informé, elle peut être considérée selon la formule donnée par M. Cruveilhier, *comme une espèce de paralysie tantôt partielle, tantôt générale, coïncidant avec l'intégrité du sentiment et de l'intelligence, et ayant son principe dans l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux.*

Nous sommes obligé de renvoyer au prochain numéro le discours de M. Guérin qui a clos cette discussion.

RÉCLAMATION.

A M. le docteur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Paris, ce 12 Avril 1853.

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi de trancher la question de la priorité de l'opération de la désarticulation complète de l'os maxillaire inférieur, en vous priant de publier l'observation ci-jointe de M. le docteur Carnochan, qui pratiqua avec succès cette opération à New-York, le 13 juillet 1851. M. Cornochan eut l'obligeance de m'envoyer sa brochure, il y a plusieurs mois, par l'intermédiaire de mon ami le professeur Barker. L'observation fut publiée pour la première fois dans le *Journal de médecine* de New-York, en 1851, et reproduit en janvier 1852, sous forme de brochure. Cette brochure contient des planches (que je serai heureux de montrer à mes confrères) représentant les pièces pathologiques ainsi que le portrait du malade après la guérison.

Du reste, je ne saurais terminer cette lettre sans féliciter M. le docteur Maisonneuve sur le beau résultat de son opération, conçue et exécutée avec tant d'habileté; et je ne doute point qu'il ne soit lui-même le premier à rendre justice à ces qualités qui distinguent si éminemment le jeune et déjà célèbre chirurgien de New-York.

Je ne suis pas à même de discuter les droits de M. le docteur Heyfelder, mais je crois pouvoir affirmer qu'aucune *observation* de la désarticulation *complète* de l'os maxillaire inférieur n'a été publiée antérieurement à celle de M. le docteur Carnochan.

Agréez, etc.

H. Olliffe, d.-m. p.

Médecin de l'ambassade de S. M. britannique.

Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer au prochain numéro l'observation de M. Carnochan.

AVIS.

A dater du 15 avril prochain, les bureaux de l'Union Médicale seront transférés *rue Saint-Georges*, n° 12. C'est à cette nouvelle adresse que devra parvenir tout ce qui concerne l'*administration* du journal.

Tout ce qui concerne la *rédaction*, devra continuer à être adressé à M. le docteur Amédée Latour, 56, *faubourg Montmartre.*

COURRIER.

— Par arrêté du 21 mars, M. le docteur Lépine, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est définitivement nommé professeur titulaire d'accouchement à cette école, en remplacement de M. Naigeon, décédé.

— Par arrêté de M. le préfet du Gard du 30 mars, M. le docteur Étienne Pleindoux a été nommé médecin de la maison d'arrêt et de justice de Nîmes, en remplacement de M. le docteur Gril, décédé.

— M. Bouchut, médecin de l'hôpital Bon-Secours, a commencé son cours de *pathologie médicale* le mercredi 13 avril, à quatre heures, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

On s'inscrit chez M. Gaucherant, à l'École pratique.

Maladie des yeux. — Le docteur Tavignot commencera son cours pratique des maladies des yeux, le lundi 18 avril, à onze heures, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure, à son *dispensaire*, 8, rue *Grégoire-de-Tours*, près la rue de Bussy.

— La *Société médicale allemande* (fondée en 1844), vient de transférer son siége dans un local plus spacieux, au n° 24, de la rue de l'École-de-Médecine (au 2me). — Les séances ont lieu, en hiver, tous les lundis; en été, les premier et troisième lundis de chaque mois, à huit heures du soir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Physiologie des substances alimentaires, ou Histoire physique, chimique, hygiénique et poétique des alimens avec leur étymologie grecque, celtique, latine, et leurs dénominations en langues allemande, anglaise, espagnole et latine; par Stanislas Martin, pharmacien, etc. — Un vol. in-18, Paris, 1853, chez l'auteur, rue des Jeûneurs, 14. — Prix : 3 fr. 50 c.

Mode d'action des anesthésiques par inspiration, moyens de prévoir quels agens peuvent en jouer le rôle d'en composer de nouveaux et de modifier leurs propriétés suivant les indications; par M. Édouard Robin, professeur de chimie, etc. — In-8, Paris, 1852, J.-B. Baillière. — Prix : 1 fr. 25 c.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltestet et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 45. SEPTIÈME ANNÉE. **Samedi 16 Avril 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS: Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE DES ENFANS NOUVEAU-NÉS.

HOPITAL NECKER. — Leçons cliniques de M. NATALIS GUILLOT.

Sommaire. — Affection diphthéritique. — Considérations générales.

Il y a quelque quinze ou vingt ans que M. Trousseau fonda avec bonheur à l'hôpital Necker, et continua avec un succès qui ne s'est jamais démenti, une clinique dont il puisait les principaux élémens dans un service fort intéressant de nourrices. Ce brillant héritage a été recueilli par M. Natalis Guillot ; et si le talent bien connu de ce dernier, ses nombreux travaux que recommandent tant de vues originales, tant d'aperçus ingénieux, n'étaient pas déjà pour nous un sûr garant de l'éclat qu'il saura répandre sur son enseignement, il nous suffirait de rappeler au souvenir de nos lecteurs les leçons vraiment attachantes que nous avons publiées l'année dernière dans ce journal.

En voulant bien nous communiquer personnellement les résultats de recherches toutes récentes et pleines d'intérêt, M. Natalis Guillot nous a mis à même d'apprécier l'abondance et la nouveauté des matières sur lesquelles doivent rouler les leçons de cette année, et d'entrevoir l'heureux avenir qui est réservé à son cours. La foule qui se pressait ces jours passés dans l'amphithéâtre de l'hôpital Necker, a déjà réalisé nos prévisions. Comme l'année dernière, nous reproduirons ces leçons avec toute l'exactitude et toute la fidélité dont nous sommes capable.

Au n° 21 de la salle Sainte-Cécile, est couché un enfant d'environ deux mois, qui a présenté les phénomènes suivans :

Si l'on en croit les renseignemens fournis par la mère, il aurait été pris, il y a environ un mois, de diarrhée et de vomissemens. A la suite de ces accidens, on se serait aperçu de la formation de pellicules blanchâtres dans l'arrière-bouche. En même temps se serait manifestée une conjonctivite de l'œil gauche, donnant lieu à un suintement purulent, quoique n'offrant pas les caractères de l'ophthalmie purulente proprement dite. Les narines auraient été le siége d'un écoulement sanieux et puriforme. Consécutivement, les fesses et les parties génitales sont devenues rouges. Aux membres se sont développés des érythèmes semblables, puis des abcès bientôt suivis d'ouvertures fistuleuses. Des applications de sangsues ont été prescrites en ville pour combattre ces phlegmasies locales et les petites plaies résultant de la morsure de ces annelides se sont ulcérées. Un vésicatoire a été appliqué au bras gauche, et sa surface s'est creusée, déprimée, en se recouvrant de pseudo-membranes. L'un des poignets présente à ses faces dorsale et palmaire des ulcérations à surface également déprimée, pseudo-membraneuse, qui paraissent avoir succédé à des excoriations érythémateuses.

Malgré tous ces désordres, l'enfant n'a pas dépéri; il offre un embonpoint remarquable et les apparences d'une santé robuste. Il n'existe pas de fièvre ; mais, si l'on ausculte la poitrine du côté gauche, on trouve la respiration modifiée par des râles humides.

Tel est, en quelques mots, l'état du petit malade. A quelle maladie faut-il rapporter ces divers accidens? Selon M. Guillot, à une affection générale, dont tous les troubles locaux que nous avons signalés ne sont que l'expression multiple, et que, faute d'une appellation meilleure dans l'état actuel de la science, l'on pourrait désigner sous le nom d'affection diphthéritique.

A supposer que cette maladie marche naturellement sans être entravée par les moyens thérapeutiques qui pourront être mis en usage, qu'arrivera-t-il? On peut prévoir qu'elle prendra l'une des trois directions suivantes.

Ou bien la maladie restera stationnaire, et les râles humides que nous avons notés dans le côté gauche de la poitrine, se transformant en crépitation, une pneumonie secondaire surviendra, qui peut amener très rapidement une terminaison funeste.

Ou bien il n'y aura pas de pneumonie, et l'enfant périra épuisé consécutivement par l'abondance de la suppuration et les progrès du travail ulcératif dont certains points des membres supérieurs et inférieurs sont actuellement le siége.

Ou bien enfin un nouveau développement de fausses membranes peut avoir lieu. Et alors plusieurs hypothèses se présentent naturellement à l'esprit. Les pseudo-membranes peuvent se former dans les fosses nasales, et la maladie se limiter, concentrer ses forces pour ainsi dire sur ce point de l'économie. En pareil cas, l'enfant jette par les fosses nasales une morve sanieuse, sanguinolente, mêlée de débris de pseudo-membranes.

A l'autopsie, on trouve la muqueuse de Schneider tuméfiée, rouge, pulpeuse, friable, recouverte de pus et de lambeaux grisâtres, dont la nature n'est pas douteuse. Débarrassée de ces produits, cette membrane apparaît avec tous les caractères que nous venons de signaler, et de plus ecchymosée et quelquefois ulcérée.

A l'appui de ces détails, M. Guillot met sous les yeux de son auditoire des dessins fort bien faits de cet état pathologique, qu'il a copiés sur la nature, sur des enfans atteints de diphthérite des fosses nasales.

Dans une seconde hypothèse, on peut admettre que les fausses membranes se développeraient sur les parties les plus éloignées de l'arbre aérien. Les dernières ramifications des bronches, la trachée, le larynx, pourraient être successivement envahis par la production morbide ; et il n'est pas impossible qu'un de ces jours on ait à pratiquer une opération de trachéotomie pour un cas de croup.

Ainsi, les désordres variés, dont nous avons tracé l'esquisse, pourraient aboutir à une diphthérite des fosses nasales, aussi bien qu'à un croup. Pour le moment, l'affection diphthéritique n'est manifeste que dans l'arrière-bouche et sur les fosses nasales, ainsi que sur les surfaces ulcérées dont nous avons parlé.

Dans le cas où l'une des hypothèses mentionnées se réaliserait, il ne faudrait pas, et M. Guillot insiste sur ce point, voir là purement et simplement un croup, par exemple, mais une affection générale dont le croup serait la limite extrême, l'expression la plus grave.

Quoi qu'il en soit, l'enfant est voué à une mort certaine. Il sera emporté par l'une des affections dont nous avons signalé la possibilité.

La maladie dont cet enfant est atteint, ne saurait guère être confondue qu'avec une affection gangréneuse. Or, en se plaçant à un point de vue général, il faut considérer que la maladie gangréneuse ne donne pas lieu à la formation d'un produit, mais à une destruction. D'ailleurs, elle se manifeste par une fétidité particulière, une odeur *sui generis*. Et l'enfant n'exhale aucune odeur semblable.

La gangrène des enfans se produit, pour la grande majorité des cas, dans le cours d'une fièvre éruptive. C'est une affection

Feuilleton.

CAUSERIES.

ON NE VOIT RIEN VENIR.

Il y a quelques-uns de nos confrères qui, à cette heure, s'écrient tous les matins, au moment où le *Moniteur* fait son apparition sur l'horizon : Anne, ma sœur Anne, ne vois-tu rien venir? Ce sont les honorables candidats, ou plutôt les savans *présentés* aux trois chaires vacantes dans les Facultés de Paris et de Montpellier. Et le *Moniteur* impitoyablement se tait. Que veut dire ce silence, s'écrient à la fois nos confrères inquiets? Le conseil académique a depuis longtemps fait connaître ses choix, d'où peut venir le retard du ministre? Hésiterait-il? Les présentations des Facultés et du conseil académique rencontreraient-elles de l'opposition? L'ordre des listes serait-il interverti? La présentation elle-même sera-t-elle maintenue? Le fameux *nomme et révoque* va-t-il être mis en action?

Quel est donc ce mystère?
Je tremble, — j'espère,

répètent en chœur nos infortunés confrères, car rien de plus malheureux que le doute et l'impatience du résultat.

Que je serais heureux de pouvoir leur annoncer le dénoûment! Mais la vérité, plus que la modestie, m'oblige à dire que je ne le connais pas, et même que, sur ce qui concerne certains personnages de ce drame professoral, je ne le pressens pas du tout. Paris, sur ce point, m'inquiète moins que Montpellier. Je tiens comme certaines les nominations de M. Grisolle à la chaire de thérapeutique, et de M. Moquin-Tandon à celle d'histoire naturelle. Le concurrent que M. Grisolle avait le plus à craindre, s'est dès le premier jour et très résolument soumis à la décision de la Faculté. Cette soumission, acte de déférence et de bon goût, a été généralement approuvée. Puisque le Pouvoir, qui a la liberté de s'y soustraire, consent à invoquer le jugement d'un jury compétent, les compétiteurs auraient mauvaise grâce à le décliner eux-mêmes. Quelque peu partisan que je sois du système de la présentation, je prends la liberté grande de le préférer au système de la nomination directe, en vertu de ce vieil adage consacré par la sagesse des nations : Entre deux maux, il faut choisir le moindre. Or, assurément, M. le ministre de l'instruction publique a trop d'esprit pour ne pas se croire moins compétent sur ce sujet que nos Facultés de médecine. Il hausserait les épaules de mépris à qui voudrait lui faire une flatterie à cet égard.

Quant à M. Moquin-Tandon, sa nomination me paraît tout aussi sûre. Je n'ai pas l'avantage de connaître ce savant professeur de la Faculté des sciences de Toulouse, et je n'ai jamais eu l'honneur de le voir ; mais pour croire que la Faculté de médecine de Paris va faire une excellente acquisition, je m'en rapporte au jugement de quelques amis compétens, je m'en rapporte surtout au succès qu'a eu l'enseignement de M. Moquin-Tandon à Toulouse, ville très difficile sur ce point, qui a conservé les grandes traditions de l'Université, où professaient de mon temps, avec un retentissement immense, les Delpech et les Malpel, à la Faculté de droit ; les Carré et les Cabantous, à la Faculté des lettres ; les Dispan et les Boisgiraud, à la Faculté des sciences ; les Viguerie et les Ducasse, à l'École de médecine ; où brillait au barreau le célèbre Romiguières, l'avocat incomparable ; où la chaire sacrée retentissait des accens éloquens de Mac-Carthy, tous professeurs et orateurs auxquels il n'a manqué que l'éclatant théâtre de Paris pour conquérir une renommée européenne. De sorte que je le dis sans gasconnade, réussir à Toulouse, est une garantie très probable de succès à Paris.

Pour ce qui concerne les candidatures de Montpellier, on assure qu'il y a encore doute sur le résultat. L'influence locale s'exerce très légitimement sur un candidat du crû, M. le docteur Benoît, homme d'un mérite réel, anatomiste exercé, dont l'enseignement tantôt officieux, tantôt officiel, a été très goûté des élèves, et qui a bien fait de venir se montrer à Paris pour se faire apprécier de tous ceux qui ont eu l'heureuse occasion de connaître la distinction de son esprit et l'attrait de sa conversation. Son concurrent, M. Lacauchie, a laissé une grande réputation dans l'enseignement de la médecine militaire. Ses travaux sur l'*hydrotomie*, qui commencent à être appréciés à leur valeur, l'ont conduit à quelques découvertes anatomiques. On lui reconnaît une grande aptitude pour l'enseignement et surtout pour l'enseignement de l'anatomie, science qu'il cultive avec amour. Il est aussi question d'un troisième candidat, de M. le professeur Rigaud, de Strasbourg, qui ambitionnerait de vivre sous le ciel plus clément de Montpellier. M. Rigaud est certainement un homme de talent qui a pu s'étonner, à bon droit, de ne se trouver placé sur aucune liste de présentation. C'est pour lui un malheur véritable ; mais je me permets de dire que le meilleur conseil que ses amis puissent lui donner, c'est de le subir avec résignation.

Dieu me préserve de toute ambition sur la détermination du Pouvoir à ce sujet! Moins que jamais la Presse peut avoir de prétention semblable. D'ailleurs, demain peut-être, et à l'heure même où ces lignes verront le jour, le *Moniteur* annoncera le résultat. Ce que j'en vais dire est pour ma propre satisfaction, et le lecteur me passera bien cette fantaisie de journaliste.

Je trouve donc qu'on aurait tort de contrarier Montpellier sur le choix de ses professeurs. Cette École annonce, proclame et soutient qu'elle est en possession d'un dogme et d'une doctrine que Paris ne comprend pas et repousse. On sait ce que je pense à cet égard. Je crois que Montpellier revendique ce qui appartient à tous, et que Paris croit rejeter ce qui fait le fond de ses croyances. Mais enfin, si, comme tout le monde se complaît à le dire, il est bon et utile qu'il y ait à Montpellier un enseignement différent, si ce n'est opposé, de celui de Paris, pourquoi vouloir infuser dans cette École, qui le repousse, l'élément parisien? Laissez-la librement dispenser à ses élèves l'enseignement qu'elle croit le meilleur. Laissez-la développer cette doctrine qui doit préserver la science médicale des écueils où la conduit la *méthode* de Paris. Je souligne à dessein le mot méthode, parce que, dans ma conviction, Montpellier lutte beaucoup plus contre une méthode que contre

secondaire, à marche ordinairement rapide. Ici, les accidens sont primitifs. La maladie s'est développée lentement et d'emblée.

Les fausses membranes seraient là d'ailleurs pour établir la nature dipthéritique de la maladie. En examinant ces produits, il est facile de voir qu'on a affaire à de la fibrine, ainsi que l'a démontré M. Empis. Convenablement lavées, les pseudo-membranes apparaissent sous la forme d'un feutrage parcouru par des filamens grisâtres. Si c'est de la fibrine, comme il y a lieu de le croire, le sang des diphthéritiques serait donc un sang qui se défibrine, fait bien curieux, bien digne d'attention, et d'où l'on pourrait tirer d'importantes déductions.

Comparée aux affections de l'adulte, quelle place l'affection diphthéritique doit-elle occuper dans le cadre nosologique?

M. Guillot considère cette maladie comme touchant, par certains points, aux maladies générales déterminées par l'absorption d'un virus, comme le farcin. Il admettrait volontiers aussi sa propriété contagieuse, malgré les divergences qui règnent sur ce point parmi les auteurs.

Quoi qu'il en soit, voyons si des faits qui précèdent il n'y aurait pas à déduire quelques indications de traitement. En se plaçant au point de vue d'une affection générale, il est évident qu'il faudrait s'attaquer à l'ensemble de cette affection, plutôt qu'aux détails par lesquels elle se traduit à nos yeux. Si la diphthérite résulte d'une défibrination du sang, c'est en combattant la cause de cette défibrination, qu'on pourrait arrêter les progrès de la production diphthéritique. Mais dans l'impuissance où l'on est de s'adresser à cette cause même, on se bornera à attaquer le mal dans ses effets. Ainsi, des bains aromatiques ont été prescrits dans le but de modifier les surfaces ulcérées ou suppurantes. L'œil malade a été cautérisé avec une solution concentrée de nitrate d'argent.

L'intérieur de la bouche, les amygdales, le pharynx, ont été cautérisés avec le nitrate d'argent solide. Quelques points de muguet, s'étant produits en divers points de la cavité buccale, ont été traités par l'emploi du même caustique. On redoute beaucoup, pour le dire en passant, surtout chez les enfans dont l'indocilité est un obstacle à ces sortes de cautérisations, que le nitrate d'argent solide, porté dans la bouche ou dans le pharynx, ne se casse et soit avalé. Il résulterait de plusieurs cas aujourd'hui bien connus, et d'un cas, entr'autres, dont M. Guillot a été témoin, qu'un morceau de nitrate d'argent d'un à deux centimètres de longueur, peut parcourir toute l'étendue des voies digestives sans causer aucun accident.

Des injections à l'eau de guimauve ont été dirigées sur les fosses nasales. Si l'écoulement continuait ou s'aggravait, on leur substituerait les injections avec une solution de nitrate d'argent.

En considérant la diphthérite comme une affection générale, comme le résultat d'une sorte d'intoxication, M. Natalis Guillot se sépare franchement de la plupart des modernes, qui ne voient dans le croup, l'angine diphthéritique et le coryza couenneux, que des affections locales. Il se rattache aux idées anciennes; il adopte l'opinion des premiers observateurs qui ont présenté les symptômes de l'angine gangréneuse et du croup comme des degrés différens d'une même maladie. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire la belle description de l'ulcère syriaque par Arétée.

On sait que les auteurs du XVIe siècle, parmi lesquels il faut citer Baillou, le premier qui ait parlé d'une fausse membrane trouvée dans la trachée-artère d'un enfant, n'ont fait que reproduire les idées d'Arétée. Leurs descriptions de la maladie qui régna épidémiquement à cette époque en Espagne et en Italie, semblent copiées sur celle de l'ulcère syriaque. Ce n'est qu'au XVIIIe siècle, pendant le cours d'une épidémie d'angine gangréneuse qui régna à Crémone, en 1747, qu'un observateur, Ghisi, ayant constaté la présence d'une fausse membrane dans le larynx d'un enfant, eut le premier l'idée de considérer cet état pathologique comme une maladie particulière, qu'il désigna sous le nom d'*angine perfide et mortelle*, pour la distinguer de l'angine gangréneuse ordinaire, qui ne se termine pas par suffocation. Cette manière de voir fut adoptée, en 1765, par F. Home, qui, pour la première fois, prononça le mot de croup, puis par Michaëlis, Vieusseux, Jurine, Schwilgué, Double, Royer-Collard, etc., qui, tous, séparèrent dans leurs descriptions la diphthérite du pharynx de la diphthérite du larynx.

Les travaux de M. Bretonneau ont replacé la question sur le terrain des idées anciennes, mais il faut reconnaître que le point de vue où s'est placé ce savant observateur est loin d'être adopté par la plupart des médecins. Bien que M. Guersant père ait pris vaillemment sa défense dans le *Dictionnaire en 30 volumes* (article CROUP), nos tendances analytiques paraissent avoir définitivement triomphé. Sans doute il existe dans la science des faits nombreux de diphthérite affectant à la fois le pharynx et les voies de l'air, mais on ne saurait méconnaître que ces affections, bien qu'étant de même nature, se montrent dans la pratique parfaitement distinctes dans le plus grand nombre des cas, et qu'il y a lieu par conséquent à les étudier séparément.

Dr E. HERVIEUX.

CHIRURGIE.

AMPUTATION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE EN TOTALITÉ, AVEC DÉSARTICULATION DES DEUX CONDYLES;

Par J.-M. CARNOCHAN, d.-m., professeur de chirurgie au Collège médical de New-York, etc. (1).

Nonobstant la multitude de cas constatés jusqu'à ce jour, de la perte, par suite d'accidens ou de maladies, de portions notables de la mâchoire inférieure, les chirurgiens semblent avoir hésité à admettre la possibilité de faire l'amputation de cet os, soit partielle, soit totale. Ce fut à Dupuytren qu'était réservée la gloire de réséquer pour la première fois, en 1812, par une opération méthodique, une portion de l'os maxillaire inférieur. Mais, depuis cette innovation de l'illustre chirurgien français, l'on a souvent pratiqué avec succès la résection partielle de l'os. Dans les annales de la chirurgie nous ne trouvons qu'une simple allusion à l'amputation de la mâchoire inférieure *en totalité*, faite par Walther, de Bonn; mais il m'a été impossible d'en constater l'exactitude.

L'observation suivante prouvera que l'on peut tenter avec succès cette opération; et que l'opéré, bien qu'il soit privé de l'instrument principal de la mastication, pourra survivre, et jouir d'une santé normale.

Nicholas Donegau, âgé de 43 ans, cultivateur, fut admis le 7 mars 1851, à l'hospice des Émigrés de New-York. Pendant quelques semaines, il subit, dans les salles de médecine, un traitement pour une affection typhoïde. Ensuite il fut transféré au service de chirurgie, celui dont je suis chargé. En examinant le malade, j'ai trouvé une forte tuméfaction de la face; il se plaignait de vives douleurs, qui siégeaient dans toute l'étendue de l'os maxillaire inférieur. En poursuivant mon examen, j'ai découvert que cet os était profondément nécrosé. En outre, le malade présentait tous les signes extérieurs d'une constitution cachectique. Il m'a appris que pendant son voyage d'Irlande en Amérique, il avait reçu un coup violent à la mâchoire inférieure et au côté de la face. Cette circonstance, jointe aux suites de la fièvre, paraît, autant que l'on puisse s'en assurer, avoir été l'origine de la maladie de l'os.

On commença par lui prescrire un traitement tonique, et on eut recours en même temps à plusieurs lotions locales, afin de diminuer l'irritation de la cavité buccale, et de remédier à l'extrême fétidité de l'haleine. Bientôt, les dents commencèrent à s'ébranler, et il fallut les extraire, l'arcade alvéolaire se dénuda en partie, le gonflement augmenta dans la direction des branches et des condyles; et le malade se plaignait de douleurs atroces. On persévéra dans l'usage d'alimens nutritifs, de médicamens toniques, et de lotions sédatives et astringentes. Pendant trois mois l'on poursuivit ce mode de traitement; au bout de ce temps il devint évident que la maladie du tissu osseux s'était trop profondément enracinée pour être accessible à l'influence de simples remèdes. Actuellement, la maladie avait paru s'être emparée de la mâchoire entière; il se faisait dans la cavité de la bouche une abondante sécrétion purulente, ainsi qu'un ptyalisme très considérable. La fétidité devint insupportable pour le malade et pour les assistans. La fièvre hectique commençait à se manifester; il survint de la diarrhée, et le malade s'épuisait rapidement, sous le coup des complications de la maladie, et sous l'influence des douleurs terribles qui le tourmentaient. Il me paraissait démontré que la mort prompte du malade ne pouvait être évitée, qu'en remédiant à la cause de ses souffrances. Les tégumens qui recouvraient les parties malades, bien qu'il fussent considérablement tuméfiés, œdémateux, tendus et rouges, n'avaient subi aucune altération. Les sécrétions viciées s'écoulaient librement par la bouche.

Le 13 juillet, à la suite d'une consultation, il fut décidé que l'on pratiquerait l'ablation de l'os. A raison de la nature formidable de l'opération, ainsi que de l'état affaibli et cachectique du malade, j'ai cru devoir lui exposer tous les périls qui l'accompagnaient. Après lui avoir laissé le temps nécessaire pour se décider, je me suis occupé des moyens convenables pour atténuer autant que possible, la douleur de l'opération; nous ne crûmes pas qu'il serait prudent d'administrer soit le chloroforme, soit l'éther, à cause du danger d'asphyxie, par suite de l'introduction du sang dans les voies aériennes.

Le malade étant assis sur une chaise, et les aides placés convenablement, je fis une première incision, commençant au niveau du condyle gauche, se dirigeant en bas vers l'angle de la mâchoire, passant à deux lignes environ en avant du bord postérieur de la branche, s'étendant le long de la base de la mâchoire, en se terminant par une légère courbe sur la ligne médiane à un demi-pouce environ de la lèvre inférieure. L'os fut ensuite exposé, en partie, en disséquant de bas en haut, les tissus de la joue, et en renversant en bas le bord inférieur de l'incision. Les tissus constituant la surface inférieure de la cavité buccale, et ceux situés sur la face interne du corps de l'os, furent séparés de leurs attaches, en arrière jusqu'à l'angle de la mâchoire. Les insertions du muscle buccinateur furent ensuite divisées. Les artères faciale, sous-mentonnière et linguale furent ensuite liées. On s'aperçut maintenant que l'os était détaché en partie à la symphyse, et que la nécrose était complète à partir de ce point jusqu'à la partie inférieure de la branche. Cette portion elle-même était malade; le périoste était enflammé à l'extérieur, et se détachait facilement en plusieurs endroits. La langue fut ensuite saisie et tirée en avant, tandis que je divisais les muscles génio-hyo-glosses. Je passai ensuite une double ligature à travers la partie antérieure de la racine de la langue, et je la confiai à un aide, afin d'en empêcher la rétraction vers l'orifice supérieur du larynx.

Il y a quelques années, un chirurgien éminent de la ville de New-York rencontra dans sa pratique un cas mortel résultant d'une chute en arrière de la langue. Il ne faudrait jamais manquer de se prémunir contre des malheurs pareils, toutes les fois qu'il s'agit de diviser les attaches musculaires de la langue à la partie postérieure de l'os derrière la symphyse. Un léger effort, exercé sur la moitié gauche du corps de la

(1) Voir la lettre de M. le docteur Olliffe, insérée dans notre dernier numéro.

une philosophie; et Paris, qui croit avoir une philosophie, n'a qu'une méthode.

Mon humble avis est que Montpellier doit connaître mieux que nous ce qui convient à son enseignement, aux habitudes, au tempérament de ses élèves. Si cette École ne veut pas de la méthode de Paris, il y aurait une sorte d'oppression à la lui imposer. N'exposerait-on pas, d'ailleurs, un sectateur de cette méthode, soit à parler aux élèves un langage qu'ils ne comprendront pas, soit, s'il en faisait abandon, à se servir d'une langue qu'il ne comprendrait pas lui-même?

Je trouve que tout est à sa place; de même que les excellentes figues du chaud climat de Montpellier ne peuvent pas mûrir sur la colline froide et brumeuse de Montmartre, de même on n'acclimatera pas sous le riant soleil de la moderne Cos l'enseignement terne et sec de l'amphithéâtre de Paris. Il faut à ces natures méridionales, dans la science plus d'expansion, plus de couleur, plus d'accent, plus de poésie qu'on ne sait lui en donner à Paris. Le Platon de la médecine, le vénérable M. Lordat, attire, émeut et charme à Montpellier des élèves qu'il trouverait à Paris indifférens ou moqueurs. J'ai entendu une leçon de Delpech, qui, par la mimique passionnée, le langage coloré et pittoresque, eût fort étonné les auditeurs habituels de Dupuytren, au geste nul, à la parole monotone et traînante.

De ce petit discours je conclurais :

1° Qu'on ne prive pas la Faculté de Strasbourg de l'enseignement éprouvé dispensé par M. Rigaud;

2° Que l'on donne au plus vite à M. Lacauchie, au Val-de-Grâce ou ailleurs, une chaire d'anatomie pour utiliser l'aptitude réelle, et la vocation sérieuse de ce savant confrère;

3° Que l'on accorde M. Benoît à Montpellier, où professeurs et élèves l'espèrent, l'attendent et lui préparent bon accueil.

Amédée LATOUR.

VARIÉTÉS.

NOTE SUR L'EMPLOI DE LA MORT AUX MOUCHES, DITE COBALT.

On lit dans Dorvault, à l'article *Arsenic* : « L'arsenic métallique n'est point employé en médecine, mais il l'est dans l'économie domestique, sous le nom de *Cobalt à mouches, de mort* ou de *poudre aux mouches*. Pour cet emploi, on le réduit en poudre et on le délaie avec de l'eau sur des assiettes. Le métal s'oxyde peu à peu, et forme de l'acide arsénieux qui se dissout dans l'eau, laquelle alors devient vénéneuse et tue les mouches. »

Désireux de connaître si la quantité d'arsenic, absorbée par les mouches victimes de cet agent, était considérable, j'ai recueilli 5 grammes de mouches mortes, tombées sur les meubles et autour des vases contenant le liquide empoisonné. Ces 5 grammes de mouches, mis dans une capsule en porcelaine, ont été traités à chaud par l'acide chloronitrique (eau régale), jusqu'à destruction de la matière animale.

Le liquide résultant de cette opération a été versé peu à peu dans un appareil de Marsh, qui avait fonctionné à blanc et qui ne donnait aucune trace miroitante sur une soucoupe en porcelaine; à peine le liquide avait-il été mêlé, que les taches abondantes et considérables étaient déposées sur les parois de la soucoupe. Cette expérience me démontra qu'il ne serait pas sans danger de laisser exposés à la chute des mouches empoisonnées des vases contenant des alimens solides ou liquides, surtout si ces alimens devaient servir à la nourriture d'enfans ou de personnes affaiblies par la maladie.

Je me suis demandé bien des fois, en voyant une grande quantité de mouches éparses sur le sol, si la mort était due à ce que l'animal avait avalé une certaine dose de liquide, ou si des émanations délétères étaient venues le surprendre au moment où il voltigeait au-dessus de l'assiette contenant le liquide. Si, comme le dit Dorvault, l'arsenic s'oxyde, ce doit être aux dépens de l'oxygène de l'eau dans laquelle le métal est en suspension; mais alors l'hydrogène qui se trouve libre et à l'état naissant, en contact avec l'arsenic, le dissout et forme peut-être, comme dans l'appareil de Marsh, de l'hydrogène arsénié qui, absorbé par les organes respiratoires des mouches, les foudroie. Ceci expliquerait comment on les trouve mortes, à des distances assez éloignées du vase qui contient le liquide empoisonné.

Lorsque la saison me le permettra, j'ai l'intention de vérifier le fait, en recouvrant une assiette contenant de l'eau et de la mort-à-mouches, avec un de ces petits meubles en grillage dont on se sert pour recouvrir les viandes et les alimens que l'on veut soustraire à la visite de ces insectes (1).

RÉFUVEILLE, ancien pharmacien.

(1) *Bulletin des travaux de la Société libre des pharmaciens de Rouen*, année 1852.

mâchoire, rompit la symphyse et le point de réunion de l'angle et de la branche, et cette portion fut facilement enlevée. Il s'agissait ensuite d'enlever la branche gauche. La surface extérieure de la branche de la mâchoire, et de l'articulation temporo-maxillaire furent mises à nu, en disséquant le masséter de bas en haut, jusqu'à l'arcade zygomatique. En saisissant la branche afin de tirer en bas l'apophyse coronoïde, on trouva le muscle temporal rigide et rétracté. Cette circonstance créa une difficulté inattendue qui fut augmentée par le développement anormal de l'apophyse, ainsi que par la rétraction des muscles ptérygoïdiens. J'ai cherché et reconnu, en passant le doigt indicateur le long de la face interne de la branche, la position des artères carotides externe et interne. Je divisai ensuite l'attache du ptérygoïdien interne, en effleurant l'os, et en évitant avec soin le nerf lingual qui se trouvait très proche. Me dirigeant toujours de bas en haut, je sentis l'orifice du canal dentaire, et suivant l'instrument avec le doigt, je divisai l'artère et le nerf dentaires. Puis, je séparai avec le bistouri les tissus attachés à la face interne de l'os, entre le condyle et l'apophyse coronoïde. Au niveau de ce point, au bord postérieur de la branche, les artères faciale transverse, maxillaire interne et temporale, forment une espèce de *tripode* dont il ne faut pas diviser les deux dernières branches, si l'on peut s'en empêcher. Maintenant, il fallait détacher le tendon du muscle temporal. Ne pouvant déprimer l'apophyse coronoïde, j'agis avec précaution, divisant les attaches inférieures du tendon à l'aide de ciseaux recourbés; en se servant de ces ciseaux ainsi que d'un bistouri boutonné, on divisa une portion considérable du tendon. Craignant de me servir d'un instrument tranchant profondément dans la fosse temporale, là où l'apophyse coronoïde se trouvait placée, je fis usage de ciseaux d'os courbés sur le plat; et, en poussant les lames de cet instrument sur l'apophyse aussi loin que possible, je pus détacher le muscle temporal. La branche, devenue maintenant mobile, pouvait être employée comme levier, pour aider à la désarticulation de l'os.

Afin d'effectuer avec sûreté la désarticulation du condyle, j'ai commencé par pénétrer dans l'articulation en coupant les ligamens d'avant en arrière et de dehors en dedans. De cette façon, l'articulation fut ouverte suffisamment pour qu'on pût luxer complètement le condyle. Je me servis ensuite de ciseaux émoussés pour couper avec soin la partie interne de la capsule et l'insertion maxillaire du muscle ptérigoïdien interne; et par un mouvement lent de rotation de la branche sur son axe, le condyle fut détaché et l'opération fut terminée de ce côté. En désarticulant d'après cette méthode, j'ai pu éviter de léser l'artère temporale, ainsi que l'artère maxillaire interne. Pour effectuer la désarticulation de l'autre moitié de la mâchoire inférieure, une incision semblable fut faite du côté opposé, de manière à rencontrer la première sur la ligne médiane. La dissection fut semblable, et en désarticulant le second condyle de la même manière que le premier, j'ai réussi de nouveau à éviter les artères temporale et maxillaire interne.

(Suit la description des planches, ainsi que quelques réflexions sur le *modus operandi.*) Puis l'auteur continue ainsi :

J'avais pour but, en faisant les incisions de manière à former un V renversé au-devant de l'insertion des muscles génio-hyoglosses, de laisser une portion des tégumens formée de façon à permettre de passer des points de suture à travers les tégumens et la base de la langue à la fois, au point où ces muscles avaient été détachés de la face interne de la mâchoire. Les divers tissus, ainsi incorporés dans la cicatrice, servaient à former une bride, semblable, en quelque sorte, aux insertions musculaires de la langue aux apophyses.

La perte de sang fut peu considérable. Les artères divisées, outre celles déjà citées, furent l'artère transverse de la face, le rameau massétérin antérieur, la parotidienne antérieure, etc. L'os étant désarticulé, les lèvres de l'incision furent réunies par dix-huit points de suture entortillée. La langue fut maintenue en avant en attachant les bouts de la ligature qu'on avait déjà passée à travers sa base, de chaque côté, à une bande appliquée verticalement autour de la tête. On leva le premier appareil quarante-huit heures après l'opération. La réunion avait eu lieu par première intention, et l'on enleva huit épingles de la suture. Au bout de quatrevingt-seize heures, on examina la plaie de nouveau. La cicatrisation fut complète, et les autres épingles furent enlevées. Le septième jour, on put enlever la ligature de la langue. Le dixième jour, les ligatures artérielles se détachèrent; et enfin, le quatorzième jour, le malade fut prononcé guéri; aucun symptôme alarmant n'était survenu depuis l'opération.

L'opération dura cinquante-cinq minutes. Elle fut faite en la présence de MM. les docteurs Williams, Dewees, Dixon, de New-York, et par les docteurs Thompson, Whitehead, Smith et Bailey, attachés au service médical de l'hôpital.

L'apparence actuelle du malade ne donne pas l'impression d'une difformité en rapport avec la mutilation qu'il a subie. Son état général est fort satisfaisant. Le canal de Sténon a été divisé des deux côtés dans les incisions superficielles; mais il n'y a point de fistule salivaire; la salive s'écoule librement dans la bouche. La section des branches du nerf facial n'a pas été suivie de paralysie de la face; seulement, pendant un certain laps de temps après l'incision, l'action du muscle orbiculaire des paupières paraissait un peu diminuée. En saisissant le menton avec la main, on sent une espèce de dépôt cartilagineux en forme de croissant, ayant environ trois pouces de longueur, et dont le siége correspond à l'endroit où l'os était le plus malade. Plus haut, vers la cavité glenoïde, il n'y a pas de dépôt de cette espèce. On évita avec soin de léser le pharynx en détachant les tissus mous de l'angle de la mâchoire; et le malade a pu, immédiatement après l'opération, avaler les liquides en petite quantité. La déglutition se fait sans difficulté; l'articulation est assez nette pour rendre ses paroles intelligibles; et quoiqu'il soit privé de la faculté de la mastication, il peut manger en brisant les alimens entre la langue et la voûte palatine.

New-York, 759, *Broadway. Décembre* 1851.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

NOUVELLE MÉTHODE DE RÉSECTION DES NERFS DE LA FACE; — MÉTHODE PAR EXTRACTION;

Par M. le docteur L. BEAU, chirurgien-major de la marine, chef des travaux anatomiques à l'École de médecine navale du port de Toulon.

(Suite. — Voir les nos des 7 et 9 Avril.)

c. TROU D'ÉMERGENCE OU MENTONNIER.

1° *Situation.* Nous touchons ici à un point d'anatomie graphique qui doit nous intéresser d'une manière spéciale; aussi le traiterons-nous avec tout le soin qu'il mérite à nos yeux.

A. *Situation du trou mentonnier relativement à l'os maxillaire.*

Quelle que soit la hauteur du corps de la mâchoire, hauteur très variable, puisqu'elle peut aller de 2 jusqu'à 3 centimètres et demi, le trou mentonnier chez l'adulte est presque toujours placé à peu près exactement au milieu de l'os, à égale distance de ses bords.

Chez les vieillards privés de dents, l'arcade alvéolaire disparaissant, le trou vient affleurer, pour ainsi dire, ce bord émoussé de l'os maxillaire, et n'en est plus séparé que par 3 millimètres au plus; tandis qu'il conserve avec le bord inférieur de l'os les mêmes rapports qu'il affectait dans l'âge adulte.

B. *Situation de ce trou par rapport aux dents inférieures.*

Il est indispensable que nous précisions ici, d'une manière exacte, la situation relative du trou mentonnier par rapport aux dents.

Les auteurs d'anatomie descriptive se taisent ou sont fort peu explicites sur ce sujet.

Bichat ne s'en occupe en aucune façon.

M. Cloquet place le trou mentonnier immédiatement au-dessous de la deuxième petite molaire ou de la première.

M. Cruveilhier le fait s'ouvrir au niveau de la deuxième petite molaire.

D'un autre côté, on est étonné des erreurs que renferment, à ce propos, nos principaux auteurs classiques de médecine opératoire. MM. Malgaigne et Vidal (de Cassis) placent ce trou, chez les adultes, ordinairement au-dessous de la rainure osseuse qui sépare les alvéoles de la dent canine et de la première molaire; M. Malgaigne ajoute qu'il l'a trouvé à quelques millimètres plus en arrière chez les vieillards.

Des observations portant sur un assez grand nombre de pièces conservées dans notre Musée d'anatomie, m'ont amené aux conclusions suivantes: Sur 68 maxillaires inférieurs, j'ai rencontré ce trou 47 fois, c'est-à-dire un peu plus de deux fois sur trois, entre la première et la deuxième petites molaires, et 21 fois sous la deuxième petite molaire; jamais, par conséquent en avant de la première molaire.

Remarquons de plus, sans avoir pourtant la prétention d'en déduire une loi générale, à cause du champ trop étroit de nos observations, que, sur six têtes étrangères à la race caucasique, le trou mentonnier s'est constamment trouvé placé sous la deuxième molaire.

Ces têtes avaient appartenu à deux Polynésiens, un Chinois et trois nègres.

Enfin, contrairement encore à l'assertion de quelques auteurs, l'âge ne nous a paru apporter aucun changement dans la situation relative du trou mentonnier par rapport aux dents.

2° *Direction.* L'ouverture mentonnière regarde en général obliquement en arrière et en haut; assez souvent elle s'ouvre directement en dehors.

3° *Forme et dimensions.* Sa forme est le plus ordinairement ovalaire, à grand diamètre antéro-postérieur. Sa circonférence est très fréquemment comme effacée en haut et en arrière par le passage du nerf.

Ses dimensions sont très variables, elles peuvent différer de 2 millimètres à 7 millimètres; 3 millimètres 1/2 constituent sa largeur ordinaire.

Quelquefois cette ouverture est plus étendue d'un côté que de l'autre.

4° *Nombre.* Deux fois nous avons rencontré le trou mentonnier double. Dans ces cas, fort rares, on le voit, les deux trous étaient d'un calibre très inégal : le plus considérable occupait la situation normale; l'autre, beaucoup plus petit et évidemment surnuméraire, était placé à deux ou trois millimètres au-dessous.

Cette anomalie de nombre se remarque aussi pour le trou sous-orbitaire; elle y est même un peu plus commune (je l'ai observée six fois sur 60 sujets). Le plus étroit des deux orifices est toujours ici situé en dedans, par rapport au trou principal.

§ 2. Manuel opératoire.

L'opération que nous proposons peut s'exécuter en deux points différens de la mâchoire inférieure : 1° dans le corps de l'os; 2° dans sa branche montante.

Nous allons successivement décrire ces deux procédés.

a. RÉSECTION DU NERF DENTAIRE DANS LE CORPS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR; EXTRACTION DE TOUTE L'ÉTENDUE DE CE NERF QUI CORRESPOND A CETTE PARTIE DE LA MACHOIRE.

PREMIER TEMPS. — *Section des parties molles.*

L'insensibilité chloroformique obtenue, l'opérateur s'assure préalablement des divers points qui doivent le guider pour la formation du lambeau cutané. Il reconnaît le bord antérieur du masseter, puis, il cherche l'intervalle des deux petites molaires inférieures, au-dessous duquel se trouve, en général, l'orifice du trou mentonnier.

Armé d'un bistouri droit, il fait alors à la peau une section semi-lunaire à concavité supérieure, qui, partant du bord antérieur du masseter, immédiatement au-dessous de la gouttière muqueuse alvéolo-jugale, descend presque verticalement d'abord, puis se recourbe assez brusquement pour gagner le niveau de la base de la mâchoire, pour que cette incision suit jusqu'au-dessous du trou mentonnier. En ce point, l'incision se recourbe de nouveau de manière à circonscrire l'ouverture mentonnière et à venir se terminer dans une direction verticale, à un centimètre en dedans de cet orifice. L'instrument tranchant s'arrêtera à la hauteur du repli muqueux gingivo-labial, sans l'atteindre.

Cette incision doit comprendre toute l'épaisseur des parties molles, et parvenir ainsi d'un seul coup jusqu'à l'os. L'artère faciale est nécessairement divisée en arrière pendant ce premier temps de l'opération. Il ne serait certainement pas impossible d'éviter ce vaisseau; mais on ne le ferait qu'en portant l'incision plus antérieurement, ce qui forcerait à placer la couronne de trépan dans un point moins reculé, et, diminuant par conséquent la longueur de la partie nerveuse réséquée, pourrait ainsi faire manquer le but de l'opération. D'ailleurs, la lésion de l'artère faciale n'est fâcheuse, qu'en ce sens qu'elle prolonge quelque peu l'opération à cause de l'application obligée de la ligature sur les deux extrémités divisées du vaisseau.

DEUXIÈME TEMPS. — *Application de la couronne de trépan; section du nerf dentaire dans son canal.*

Il s'agit maintenant de relever la partie postérieure du lambeau, en séparant exactement les parties molles de l'os, immédiatement au-devant du bord antérieur du masseter, dans l'étendue qui convient pour appliquer la couronne de trépan. La membrane muqueuse buccale doit toujours être ménagée avec le plus grand soin.

Il est bon de ruginer ensuite la surface osseuse, pour la dépouiller de son périoste dans le point où portera l'instrument perforateur.

Quant au lieu précis sur lequel sera placé la couronne, on peut dire qu'elle devra affleurer en arrière le bord antérieur du masseter, et qu'elle sera posée à 5 millimètres seulement au-dessus du bord inférieur de l'os maxillaire. L'instrument attaquera ainsi cet os sur le trajet d'une verticale abaissée de la deuxième grosse molaire, et le diamètre horizontal de la couronne correspondra au canal lui-même, cette couronne devant présenter une étendue de 15 millimètres.

Le trépan une fois convenablement placé, il faut le faire agir à une profondeur suffisante pour découvrir le nerf, tout en évitant de le diviser avec la scie. Pour cela, on ne pénétrera pas au-delà de la table externe de l'os, et on fera sauter cette lame compacte au moyen d'un levier approprié selon le procédé évulsif de M. J. Roux.

La virole osseuse ainsi détachée, entraîne ordinairement avec elle la paroi externe du canal dentaire, et le nerf se montre à nu comme une traverse blanche dans le fond du trou obtenu par l'action du trépan. Si le canal était encore recouvert par le tissu spongieux de l'os, il serait facile, avec un burin ou un petit ciseau froid et un maillet, de parvenir au nerf, en détruisant la paroi mince et fragile du cylindre osseux qui l'enveloppe.

Quoi qu'il en soit, la branche dentaire mise à nu dans toute l'étendue circonscrite par la couronne, on la soulève légèrement avec une sonde cannelée flexible, légèrement recourbée à son extrémité, et on la sectionne nettement en travers, dans le point le plus reculé possible.

Dès ce moment, le reste de l'opération s'effectuera dans un état d'insensibilité locale complète, et il n'y aura plus d'inconvénient à voir l'anesthésie chloroformique se dissiper, avantage important dans une opération qui demande toujours un temps assez long.

Saisissant alors le nerf avec une pince à disséquer, par son extrémité sectionnée, le chirurgien l'attirera vers lui, et, le maintenant ainsi dans un état de tension légère, il détruira les brides fibreuses, très faibles d'ailleurs, qui unissent le névrilème à la membrane propre de l'os tout autour de la section antérieure du canal dentaire, de manière à isoler complètement le nerf en ce point.

Nous ne nous arrêterons pas à l'hémorrhagie provenant de l'artère dentaire; elle n'a d'autre inconvénient que celui de masquer les parties profondes dans les premiers momens. On en a facilement raison, en établissant pendant quelques instans une compression directe au moyen de petites éponges trempées dans l'eau froide; l'écoulement s'arrête bientôt et permet de poursuivre l'opération.

TROISIÈME TEMPS. — *Section du nerf mentonnier.*

Pour reconnaître le trou mentonnier, on dissèque en avant le lambeau demi-circulaire, comme on vient de le faire en arrière, c'est-à-dire qu'on détache, de bas en haut, les parties molles, de l'os. Il faut procéder ici avec précaution, pour ne pas s'exposer à couper en travers le nerf, au sortir de son canal. D'ailleurs, la découverte d'une seule branche de l'épanouissement nerveux doit suffire pour guider le chirurgien. Ces branches aboutissent toutes à l'orifice qu'il s'agit de trouver.

Le nerf découvert au point de son émergence, on en poursuit les ramifications, le plus possible, dans l'étendue de 1 centimètre 1/2 environ, et, passant sous elles la pointe du bistouri, on les divise toutes d'un seul coup, en dirigeant contre soi le tranchant de l'instrument.

Saisissant alors avec une pince à disséquer les extrémités de ces branches nerveuses réunies ainsi en un seul faisceau, et tirant doucement sur elles, de manière à les tendre, on déta-

chera tous les liens fibreux, assez solides en ce point, qui unissent le névrilème au périoste du pourtour du trou mentonnier. Cette partie de l'opération doit être exécutée avec le plus grand soin ; il s'agit, en effet, de ménager complètement le névrilème, enveloppe résistante qui seule supportera les tractions qu'on va exercer sur le nerf; et, d'autre part, il faut pourtant que la pointe du bistouri divise tous les filamens qui se portent du nerf aux parois de l'ouverture du canal, et qui fourniraient un obstacle assez puissant à l'extraction du cordon nerveux.

On pourrait, peut-être, pour plus de sûreté, substituer ici l'extrémité mousse d'une sonde cannelée, à la pointe offensive du bistouri.

(*La suite à un prochain n°.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 Avril. — Présidence de M. DE JUSSIEU.

Traitement de l'hydrocèle vaginale.

M. BAUDENS lit un mémoire sur le traitement de l'hydrocèle vaginale par la méthode qu'il a exposée devant l'Académie dans une précédente communication. Cette méthode consiste à pratiquer des injections multiples avec des liquides de plus en plus excitans, pour élever graduellement l'inflammation de la tunique vaginale, et à s'arrêter juste au degré voulu. On est arrivé à la limite désirable quand la tunique vaginale sécrète une lymphe plastique coagulable, formant des dépôts fibrineux, des exsudations pseudo-membraneuses. Jusqu'ici, pour reconnaître que l'inflammation est arrivée à un degré d'intensité suffisant, on était réduit à constater l'augmentation en volume des bourses du côté opéré et même du testicule, avec chaleur et douleur se propageant quelquefois sous les lombes. J'ai découvert, dit M. Baudens, depuis un an, un signe beaucoup plus infaillible, j'en ai vérifié l'exactitude sur vingt malades opérés; il ne m'a pas trompé une seule fois.

On sait que nous laissons en place, pendant trois ou quatre jours, la canule de notre trocart dans le scrotum, afin de rester tout ce temps en communication avec la tunique vaginale, dont nous voulons développer graduellement l'inflammation. Or, chaque fois que nous ôtons la tige pleine qui ferme la canule, il s'en écoule un liquide plus ou moins abondant fourni par la tunique vaginale. Ce liquide est chaque fois recueilli dans un petit verre, et quand l'inflammation est assez élevée pour sécréter des matières plastiques, le liquide contenu dans le verre se sépare, comme le sang d'une saignée, en deux parties: l'une séreuse, l'autre centrale plastique, sous forme de pseudo-membranes nageant dans la sérosité. C'est à ce signe que l'on reconnaît que l'inflammation produite par l'injection a été suffisante pour assurer la guérison.

Goître et crétinisme.

M. CHATIN adresse sous ce titre : *un fait dans la question du goître et du crétinisme*, un mémoire qu'il résume par les lignes suivantes :

Fully et Saillou sont deux villages contigus et placés au milieu des vignobles qui s'étendent sur la rive droite du Rhône. Fully, où toute la population a le goître, est cité pour le grand nombre de ses crétins ; Saillou est au contraire renommé dans le Valais pour la belle santé de ses habitans, que n'atteignait que rarement le goître, plus rarement encore le crétinisme. Le contraste était d'autant plus remarqué, que les conditions d'altitude, d'aération, d'exposition, etc., sont aussi semblables que possible entre les deux villages. Mais depuis quelques années, Saillou a perdu l'heureux privilége dont il jouissait; le goître et le crétinisme frappent ses habitans, auxquels ceux de Fully n'auront bientôt plus rien à envier.

Les observations faites par M. Moulin, président de Saillou, établissent que les progrès du goître et du crétinisme datent de l'époque où, malgré les conseils de M. Barman, frère de l'ambassadeur suisse à Paris, la commune a rencontré la prise d'eau destinée au village de la partie inférieure du torrent (la Salente) au point où celui-ci se précipite en cascades des glaciers de la montagne. Entre les deux prises d'eau est une source thermale (environ 28° centig.) abondante, qui se jette dans le torrent, dont elle forme à peu près la soixantième partie.

Or, il résulte de mes analyses :

Que l'eau du torrent, détournée en amont de la source chaude, et qui n'est autre que celle actuellement consommée à Saillou, est privée d'iode, comme celle de Fully et de la plupart des contrées du Valais ;

Que l'eau du torrent prise sur le point où était l'ancienne prise d'eau, est plus iodurée que l'eau bue à Paris ;

Que l'eau de la source thermale qui se jette dans le torrent entre la prise d'eau ancienne et la nouvelle est une véritable eau minérale, qui contient au moins soixante fois plus d'iode que l'eau de Paris et de la plupart des contrées où le goître est inconnu.

Ces observations ont pour effet d'établir :

1° L'existence de la nature d'une cause locale du goître et du crétinisme ;

2° La possibilité d'introduire les eaux minérales iodurées comme prophylactique de ces maladies dans le régime alimentaire des hommes, ainsi que dans celui des animaux producteurs de lait, viande, etc.

Action physiologique de l'huile essentielle d'oranges amères.

M. IMBERT-GOURBEYRE adresse un mémoire sur ce sujet. L'auteur résume, dans les termes suivans, les conclusions auxquelles l'ont conduit les recherches qui font l'objet de ce travail :

1° L'huile essentielle d'oranges amères développe, dans l'organisme à l'état physiologique, des affections *sui generis*, des accidens spéciaux.

2° Ces accidens sont de deux ordres : d'un côté, des accidens locaux caractérisés par des éruptions de diverse nature; de l'autre, des phénomènes nerveux, tels que céphalalgie, névralgies faciales, bourdonnemens d'oreille, oppression thoracique, gastralgie, pandiculations, agitation et insomnies nocturnes, et même des convulsions épileptiformes.

3° L'action du principe volatil des aurantiacées a beaucoup de rapport avec celle du camphre.

4° Cette huile essentielle paraît être soumise à la loi de *substitution* ou de *similitude*.

Rupture des sondes et bougies dans la vessie; leur extraction par les voies naturelles, sans incision.

M. LEROY-D'ÉTIOLLES, après avoir rappelé ses communications précédentes sur les moyens d'extraire de la vessie des corps étrangers autres que les calculs, cite des faits nouveaux qui en démontrent l'efficacité.

Mais comme le mécanisme des instrumens extracteurs varie en raison de la nature et de la forme des corps à extraire, il dit, pour ne pas faire de confusion, qu'il ne parlera dans cette lettre que des bougies et des sondes. Si elles sont petites, un instrument les ploie en double, les deux bouts dirigés en arrière; si elles sont assez grosses pour que leur volume, ainsi ployées, ne permette pas leur sortie, un autre instrument les saisissant par le travers, les fait tourner sur elles-mêmes et les place dans la direction de l'urètre. C'est une sorte de brise-pierre dont les branches ou mors au lieu de s'affronter d'avant en arrière s'accolent latéralement. (Voir la fig.)

L'application de la gutta-percha à la fabrication des sondes, ajoute M. Leroy-d'Étiolles, a augmenté de beaucoup la fréquence des accidens de ce genre; pour sa part il a eu cinq fois l'occasion d'extraire des fragmens de bougies et sondes faites de cette substance; et à ce sujet il fait une remarque importante, c'est que parmi ces instrumens il y en a qui subissent une altération spontanée qui après quelques mois, les rend sans avoir servi, tellement fragiles qu'ils se rompent comme le bois le plus léger ou comme de la cire. M. Leroy, met sous les yeux de l'Académie, des sondes et des bougies fabriquées à la même époque, qui lors de leur livraison paraissaient également bonnes; les unes ont subi l'altération dont il vient d'être parlé, tandis que d'autres ont conservé leur souplesse. Des chirurgiens et des malades ignorant cette particularité ont introduit de ces bougies et les ont brisées dans la vessie sans avoir fait aucun effort pour les introduire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 Avril 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Suite et fin de la discussion sur le mémoire de M. Cruveilhier.

M. J. GUÉRIN : De quelque manière qu'on envisage la maladie qui a fait le sujet de l'intéressante communication de M. Cruveilhier, on ne saurait méconnaître qu'elle est entourée de grandes obscurités. Je n'en voudrais d'autre preuve que la diversité des opinions exprimées par les trois honorables membres qui ont pris part jusqu'ici à la discussion. Pour M. Cruveilhier, c'est une paralysie du mouvement par atrophie des racines antérieures. Pour M. Bouvier, c'est une atrophie musculaire essentielle primitive, dans laquelle la lésion nerveuse mérite d'être prise en considération, mais comme phénomène accessoire seulement. Pour M. Parchappe, c'est évidemment une paralysie du mouvement, mais par des considérations un peu différentes de celles invoquées par M. Cruveilhier. Comme fait et comme doctrine n'y a-t-il rien de plus à voir dans la maladie de Lecomte? Après avoir lu et écouté attentivement les raisons données de part et d'autre, il m'a paru qu'on avait négligé quelques-unes des circonstances de l'observation rapportée avec tant de soin par M. Cruveilhier, capables de jeter quelque lumière sur le sujet en discussion. Précisons d'abord l'objet du débat. De quoi s'agit-il? 1° De savoir si la maladie observée par M. Cruveilhier, est une paralysie du mouvement produite par l'atrophie des racines antérieures ou une maladie essentielle et primitive des muscles telle qu'elle a été désignée dans ces derniers temps sous le titre d'*atrophie musculaire progressive;* 2° si, en envisageant la maladie de Lecomte comme une paralysie, on peut la considérer comme maladie nouvelle. Je vais examiner successivement ces deux questions au point de vue du fait et au point de vue de la doctrine.

Il a dans l'observation rapportée par M. Cruveilhier trois circonstances principales, matérielles : l'atrophie des racines nerveuses dévolues au mouvement, l'atrophie des muscles, et la transformation graisseuse des muscles atrophiés. Il s'agit de déterminer le mode de génération et de subordination de ces faits, par rapport à la paralysie. M. Cruveilhier, sans se prononcer d'une manière absolue, considère la lésion des racines antérieures comme primitive, et les altérations musculaires comme consécutives. Vous connaissez l'opinion mixte de M. Bouvier. M. Parchappe, plus explicite, a cherché à établir d'une manière plus positive que la lésion nerveuse a été la première en date, qu'il s'est agi d'une paralysie du mouvement, et il y est arrivé moins par les faits que par une série d'inductions fort habiles, et qui pourront convaincre un certain ordre d'esprits. Jusque-là nos honorables collègues ont fondé leurs raisonnemens sur les faits d'anatomie pathologique, fournis par l'observation de Lecomte. Mais ils ne sont pas allés au-delà. Cependant il existe dans cette observation des faits de physiologie pathologique et des renseignemens étiologiques auxquels personne ne me paraît avoir pris garde, et qui sont peut-être de nature à jeter le plus grand jour sur les obscurités de la question.

La paralysie n'est pas, comme on le suppose généralement, un état absolu : elle présente plusieurs phases, plusieurs degrés, plusieurs modes qui la diversifient de manière à multiplier ses apparences et ses manifestations. Aussi, depuis plusieurs années, ai-je cherché à établir que la paralysie comprend surtout trois modes, trois degrés : la *contracture simple*, la *contracture paralytique* et la *résolution paralytique*. Ces trois états, émanant de la même origine, se trouvent souvent réunis chez le même individu et dans un même appareil musculaire. C'est ce que l'on a pu observer chez Lecomte. Faisant à l'histoire de sa maladie l'application des données qui précèdent, on constate deux faits également importans : 1° une espèce de spasme fibrillaire permanent, qui a été observé dès l'origine de la maladie, et comme un de ses premiers symptômes, sinon le premier. 2° M. Cruveilhier a constaté qu'il y avait chez Lecomte certains mouvemens spasmodiques désordonnés : ainsi, lorsque le malade faisait effort pour écarter les mâchoires, il éprouvait des tremblemens, des mouvemens alternatifs d'élévation et d'abaissement de la mâchoire inférieure, ou bien celle-ci était brusquement, involontairement portée en avant, sous l'influence de la contracture spasmodique des ptérygoïdiens externes. Or, à l'autopsie, il s'est trouvé que non seulement « tous les muscles élévateurs de la mâchoire inférieure, » temporal, masséter, ptérygoïdien interne, avaient leur développe- » ment ordinaire, mais que les ptérygoïdiens externes ont paru relative- » ment plus développés que les autres muscles masticateurs. » Qu'est-ce que cela, sinon que l'affection spasmodique des muscles, la contracture, c'est-à-dire la paralysie, avait existé avant l'atrophie musculaire, l'atrophie, à laquelle on a voulu la rattacher? Le spasme fibrillaire de la plupart des muscles, et la contracture paralytique mieux accusée dans quelques-uns seulement, sont donc des faits propres à établir que, chez Lecomte, la paralysie a précédé et produit l'atrophie musculaire, en d'autres termes, que la maladie était bien une paralysie.

Mais quelle est, dans l'état actuel de la science, la signification de cette paralysie et la place qu'elle doit occuper dans le cadre nosologique; en d'autres termes, faut-il la regarder comme une espèce nouvelle de paralysie?

Il convient de considérer, dans le cas de Lecomte, l'atrophie des racines antérieures liées à la paralysie du mouvement, d'une part; de l'autre, l'atrophie des muscles paralysés et leur transformation graisseuse. Relativement à la concordance de l'atrophie des racines du mouvement avec l'abolition de la contractilité, le fait rapporté par notre savant collègue M. Cruveilhier, n'est pas le premier qui soit connu dans la science. Ainsi que l'a déjà fait remarquer M. Parchappe, à la date de 1842, M. Longet avait déjà publié un fait de ce genre, que je lui avais communiqué (1). Ce fait n'offre pas seulement, comme l'a dit M. Parchappe, un premier exemple de l'atrophie des racines antérieures, ayant coïncidé avec une paralysie de quelques-uns des muscles du membre inférieur correspondant, mais on y trouve surtout *deux circonstances* très précieuses, propres à mettre hors de doute la subordination de la paralysie du mouvement à l'atrophie des racines. Ces deux circonstances sont : 1° l'association, dans les différens muscles de la jambe, des différens degrés et modes de la paralysie (contracture et résolution paralytiques), desquels était résultée une difformité du pied; 2° la décoloration et l'atrophie des muscles et faisceaux de muscles paralysés. Ajoutons que, comme dans le cas rapporté par M. Cruveilhier, toutes les racines nerveuses n'étaient pas également et complètement atrophiées, et que, corrélativement, tous les muscles, tous les faisceaux de muscles n'étaient pas également paralysés, décolorés et atrophiés. Voilà pour la question physiologique.

Cependant, ainsi que M. Bouvier l'a très justement fait remarquer, chez Lecomte, le fait de la dégénérescence graisseuse des muscles, rapide, général, arrivant pour ainsi dire en même temps que l'atrophie, n'est pas en rapport avec ce que l'on observe dans les paralysies dépendant d'une altération de la moelle ou des nerfs rachidiens. Le fait est exact; la dégénérescence graisseuse est, dans ces sortes de paralysies, beaucoup plus tardive, beaucoup moins générale et moins complète. Mais cette difficulté n'en est peut-être pas une si l'on veut bien tenir compte de la nature des faits et de leurs conditions de diversité.

Jusqu'ici, nous ne nous sommes préoccupés que de l'existence de la paralysie considérée d'une manière absolue. Mais, en principe, il doit exister, et en fait, il existe différentes espèces de paralysies, dont la nature étiologique différente implique une différence proportionnelle dans les caractères. Ceci n'est pas une hypothèse, et pour n'en citer que deux exemples : la paralysie saturnine et la paralysie syphilitique n'offrent-elles pas des différences corrélatives à la différence de leur l'évolution de la cause. Or, dans la maladie de Lecomte, n'a-t-il pas existé aussi des circonstances étiologiques capables de rendre compte des caractères particuliers de l'altération musculaire : l'atrophie graisseuse? Sans aucun doute, suivant nous; et l'Académie va pouvoir s'en convaincre.

Au commencement de l'observation rapportée par M. Cruveilhier, on lit que « Lecomte fait remonter à deux ans environ l'origine de sa » maladie, il en accuse *une nuit passé à la belle étoile* sur un pavé » boueux, dont il n'était séparé que par une toile humide. Il se réveille » *tout engourdi* du côté droit, sur lequel il était couché. »

Pendant un an, à la suite de cette nuit, le malade éprouve un *affaiblissement* de la myotilité bornée à la main. « Au bout de ce temps, à » la suite d'une *nuit froide et humide passée à la belle étoile*, » Lecomte éprouve une assez grande *faiblesse* dans les membres inférieurs, et plus particulièrement dans les genoux ; depuis cette époque, » il ne lui fut plus possible de supporter sans fatigue une longue » marche; il *tombait souvent*, etc. » Telles sont les circonstances qui ont présidé au développement de la maladie de Lecomte. Est-il possible d'en méconnaître le caractère et la portée? Après une première nuit passée sur un pavé boueux, première atteinte, état local et stationnaire; après une seconde nuit froide et humide passée à la belle étoile, extension de la maladie? La seconde épreuve ne confirme-t-elle pas, ne met-elle pas hors de doute la signification de la première, et toutes deux ne s'accordent-elles pas pour établir que Lecomte, a contracté sur ce pavé humide, dans la boue, une paralysie de nature rhumatismale, en un mot, d'une nature spéciale quelconque? Comment a dû agir organiquement cette cause, sinon de l'extérieur à l'intérieur, à la périphérie du système nerveux, c'est-à-dire sur les extrémités terminales et complexes des deux systèmes nerveux, ganglionnaire et rachidien? En admettant cette manière de voir, infiniment probable, quoi de plus facile à expliquer que les phénomènes de contracture spasmodique d'une part, et de l'autre le mode d'altération particulière de la contexture des muscles, l'atrophie graisseuse, par la paralysie d'une portion périphérique du système nerveux ganglionnaire, combinées avec la paralysie périphérique des filets nerveux rachidiens correspondant aux racines atrophiées? De cette façon, ne met-on pas d'accord toutes les circonstances anatomiques, physiologiques et pathologiques de la maladie : la spécificité des caractères en rapport avec la spécificité des causes?

D'après cet exposé, la maladie dont M. Cruveilhier nous a présenté l'observation, serait donc une paralysie du mouvement produite au point de vue physiologique par l'atrophie des racines des nerfs affectés au mouvement volontaire; et au point de vue pathologique, une paralysie spéciale, de nature rhumatismale, ayant commencé par la périphérie du système nerveux, et ayant atteint simultanément des filets appartenant au deux systèmes nerveux : animal et ganglionnaire; en un mot, une *paralysie rhumatismale périphérique du mouvement.*

(1) *Anatomie et physiologie du système nerveux*, etc.; par F.-A. Longet. 1842. Tome I, page 358.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 46. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 19 Avril 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois............. 17
3 Mois............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOUSCRIPTION

pour élever un monument à la mémoire de M. Orfila.

Souscriptions reçues au bureau de M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, à la Faculté :

MM. Buron père et fils, à Cauterets, 100 f.; Dubois (d'Amiens), 10 fr.; Fontan (2me offrande), 100 fr.; Dumesnil, interne, 10 fr.; Lanaux, 10 fr.; Lejeune, à Montaigu, 10 fr.; Carré, à Bergerac, 5 fr.; Delestre, père et fils, 10 fr.; Achille Scribe, 40 fr.; Couture, du Havre, 10 fr.; Mestre, 12 fr.; Alfaro, 20 fr.

PARIS, LE 18 AVRIL 1853.

L'importante question sur laquelle le Comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE a été invité à donner son avis, préoccupe aussi un grand nombre de nos confrères, qui ont bien voulu nous faire part de leurs observations, de leurs réflexions, et quelques-uns même de leurs objections. Avant de reprendre ce sujet, nous croyons devoir faire connaître celles de ces opinions qui nous paraissent être le résultat des méditations les plus sérieuses, et qui émanent de confrères offrant la garantie de position et de notoriété. On comprend que, dans une question aussi délicate, ceux qui se rendent l'interprète du corps médical doivent être à l'abri de tout soupçon d'intérêt personnel. A ce titre, le travail que nous offrons aujourd'hui à nos lecteurs, ne pouvait présenter de plus sérieuses garanties que celle de son respectable et savant signataire, M. le docteur Saucerotte, de Lunéville. Amédée LATOUR.

DES SOCIÉTÉS DE PRÉVOYANCE DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA PROFESSION MÉDICALE.

Le vaste développement que prennent chaque jour les Sociétés de prévoyance, l'importance qu'elles tirent de la protection que leur accorde le gouvernement, sont, certes, de nature à éveiller toute la sollicitude du corps médical, appelé à prendre, dans le jeu de cette institution la part la plus considérable.

Deux intérêts sont ici en présence : accorder une juste satisfaction aux besoins des classes nécessiteuses, tout en sauvegardant la cause non moins respectable de notre profession, tel est le problème à résoudre.

Remarquons, d'abord, que les Sociétés de prévoyance sont vis-à-vis des médecins dans une position beaucoup plus favorable que ceux-ci vis-à-vis de ces Sociétés. D'un côté, en effet, désaccord, lutte intestine d'intérêts rivaux, difficulté de s'entendre sur les bases d'un arrangement commun ; d'un autre, l'unité de vue et d'action qui appartient aux institutions dont le but est clairement défini, avec l'autorité que donne à leurs décisions la sanction du législateur, et la puissance irrésistible qui appartient aux forces collectives.

Or, que se proposent les Sociétés de prévoyance dans leurs rapports avec le corps médical? D'en obtenir les meilleurs services, au plus bas prix possible.

Du côté des médecins, le problème est plus complexe. La première question qui se présente, et qui, bien que réduite en apparence à des chiffres, a une portée plus haute qu'il ne le semble, c'est celle-ci : Faut-il accorder nos soins à prix réduit aux malades des Sociétés de prévoyance ?

Nul de nous qui ne soit, au premier abord, tenté de répondre par l'affirmative. Créées sous l'inspiration de la philantropie la plus louable, se soutenant à l'aide des cotisations, que l'ouvrier laborieux prélève sur sa modeste épargne, et par les dons désintéressés de généreux bienfaiteurs, ces associations ne peuvent que trouver les plus vives sympathies parmi des hommes qui mettent tous les jours en pratique ces préceptes de fraternité que tant d'autres se bornent à prêcher. Mais si la dignité professionnelle est engagée dans la question; si de cette diminution de salaire peut sortir pour l'avenir un grave préjudice dans le produit déjà si minime pour la grande majorité des praticiens de la plus laborieuse des professions, il doit nous être permis de protester contre un système de philantropie qui ne profiterait aux uns qu'en dépouillant les autres.

Or, je dis premièrement qu'il y a là une question de dignité professionnelle.

Il y a, dans chaque partie de la France, pour chaque localité, un taux moyen auquel l'usage et le respect des convenances, un sentiment de justice et les ressources personnelles des habitans ont fixé les honoraires du médecin. Eh bien! je dis qu'abaisser ce taux déjà si modeste, et si inférieur aux honoraires des autres professions libérales, quel que soit d'ailleurs le mode de rétribution adopté, annuel ou par visite, c'est amoindrir la profession médicale, c'est faire descendre le médecin du rang qu'il doit occuper dans la société, c'est vouloir que cette profession ne se recrute que parmi les déshérités des autres carrières.

Objectera-t-on que les médecins ne se sont jamais crus atteints dans leur considération, parce qu'ils reçoivent des établissemens hospitaliers auxquels ils sont attachés, un traitement bien inférieur à la valeur des soins qu'ils leur rendent?

Je ne dirai pas que c'est se prévaloir d'une injustice pour en consacrer une autre, et qu'il n'en serait pas ainsi si, dans la répartition des émolumens attachés aux fonctions publiques, les gouvernemens qui se succèdent, sans nous être plus favorables, se montraient plus soucieux des droits acquis par de pénibles services. Mais enfin, il n'y a ici aucune assimilation possible. La position de médecin d'hôpital, par cela même qu'elle ne s'accorde pour l'ordinaire qu'à des capacités éprouvées, est beaucoup moins recherchée pour les avantages pécuniaires qu'on en retire, qu'en vue de la position honorable qu'elle crée, et nul ne songe à s'en prévaloir contre nous et à y chercher un terme de comparaison, s'il s'agit d'apprécier le prix de nos soins.

A l'égard des associations particulières, il en est tout autrement. D'abord tous les praticiens pouvant être appelés indistinctement à donner des soins à leurs malades, il n'y a de position privilégiée, officielle pour personne, et nul ne saurait s'en faire un titre à la faveur du public et de l'administration.

D'un autre côté, les sociétaires, en faveur desquels le prix des visites aura été abaissé, ne manqueront pas, comptez-y bien, de réclamer le même privilége pour leur famille, et s'ils ne l'exigent pas, il se trouvera toujours des confrères empressés de leur offrir cette satisfaction. De là à un abaissement général du taux moyen de nos honoraires dans la partie de la population restée, pour un motif ou pour un autre, en dehors de ces associations, il n'y a qu'un pas qui sera bientôt franchi, si ce n'est dans les grands centres de population, du moins dans la plupart des villes de province, où l'on vit beaucoup moins étranger les uns aux autres, et où les sociétés de prévoyance tendent à englober presque toute la population ouvrière.

Mais, a-t-on dit, parmi les malades appartenant à ces sociétés, il s'en trouve toujours un certain nombre qui, soit mauvais vouloir, improbité, soit à cause de l'exiguité de leurs ressources, n'auraient pas payé leur médecin. En répartissant sur tous le prix diminué de vos soins, on ne fait donc que rétablir l'équilibre ; et en somme le médecin n'y perdra rien, ou si

Feuilleton.

DE L'INFLUENCE DE LA MUSIQUE SUR LA GUÉRISON DES MALADIES ;

Lu dans la séance générale des Sociétés archéologiques de l'Yonne, réunies au comité de la Société des monumens historiques de France, sous la présidence de M. de Caumont (1).

Par M. le docteur ROLLAND, de Sens.

V.

Dans cette revue, nous ne pouvons que signaler à la hâte les résultats brillans obtenus par les médecins en chef de nos établissemens d'aliénés, à l'aide des moyens moraux qui comprennent pour la plus grande part la musique. Le docteur Mercurin, de Saint-Remy, possédait un magnifique asile, où la folie et divers genres de névroses étaient traités par la musique et la danse. Il obtenait, par ces agens hygiéniques, de très nombreuses guérisons. Toutefois, on avait un peu négligé ce genre de médication ; lorsque, dans ces dernières années, on y est revenu avec des résultats assez avantageux, pour continuer avec ardeur les essais tentés en ce sens ; et si l'on n'a pas recueilli tout ce que l'on était en droit d'attendre d'un aussi puissant modificateur, c'est que la thérapeutique musicale est d'une extrême difficulté, non seulement dans plusieurs de ses applications, mais encore dans les élémens qui la composent, élémens qui ne sont pas toujours à la portée des hommes de mérite qui en comprendraient le mieux leur emploi judicieux. Les grands artistes chanteurs ou instrumentistes ne sont pas très nombreux, en effet ; ils sont presque tous au sein des capitales ; et l'on ne pourrait faire intervenir leur beau talent dans la plupart des circonstances où l'on désirerait obtenir de leur concours l'effet recherché. On comprend, de reste, sans que je puisse plus m'étendre sur ce sujet, combien il serait important de ne jamais faire entendre aux malades que de bonne musique, mais on comprend aussi toute la difficulté résultant de cette exigence. Cependant, pour opérer des guérisons dans beaucoup de circonstances, il suffira d'une musique légère et gracieuse, une simple romance au piano, chantée avec goût, un *andante*, un *andantino* sur le violon, avec accompagnement de basse et piano, joués avec sentiment, avec expression, répondront bien souvent à la plupart des cas réclamant l'intervention de la musique, et faute de mieux, on fera bien de s'en contenter.

Un mien ami prétendant que je me trompais gravement, m'offrit de me prouver mon erreur ; il avait une charmante enfant qui souffrait cruellement de l'évolution de ses premières dents, il voulut, en ma présence, et séance tenante, étudier l'influence de la musique, que je lui avais indiquée déjà et qu'il avait plus d'une fois essayée vainement. Sa persévérance n'avait encore reçu aucun encouragement ; la petite, rien qu'en voyant l'instrument présage de son supplice, jetait les hauts cris et ne pressentait que trop à quel genre d'expérience on allait la soumettre; il se mit à jouer, en effet, sur un mauvais violon criard dont les cordes humides et fausses, écrasées par une main matérielle et trop peu exercée ne rendaient qu'un sifflement aigu capable d'écorcher un tympan d'artilleur, et cet infortuné violoniste, aussi bon père que mauvais musicien, qui aurait tout fait au monde pour apaiser sa chère enfant, s'évertuant en vain à calmer des souffrances qui, loin de diminuer, s'exagéraient à l'audition de ses notes déchirantes, me remit triomphalement son violon en main. Je n'avais ni le talent d'Alard, ni celui de Paganini, je ne possédais non plus un Stradivarius, mais avec un moment de préparation, après avoir convenablement monté l'instrument, l'avoir légèrement chauffé, je commençai par jouer un air lent, constamment mélancolique; puis ensuite chantant à voix basse, les lèvres fermées, en pinçant les cordes en manière de guitare, je fis bientôt cesser les cris de la jeune malade ; enfin, après quelques minutes, j'obtins un succès complet, la petite manifesta son bonheur et sa joie par un silence religieux ; son étonnement profond, de petits mouvemens cadencés, suivis du plus agréable sourire, comme si elle eût voulu me payer de mes efforts et de ma bonne volonté ; l'attention soutenue qu'elle prêtait à des accens qui, à défaut d'autre mérite, avaient au moins la justesse et la douceur pour caractères, portèrent la conviction dans l'esprit du père. Plusieurs fois j'eus l'occasion d'employer la méthode avec les mêmes résultats heureux. Je n'eus donc pas de peine à persuader à mon ami que la mauvaise administration du remède, sa mauvaise qualité avaient été jusqu'alors la seule cause de son insuccès.

Les exemples des heureux bienfaits de la musique appliquée à la santé de l'homme et considérée comme un des plus puissans moyens hygiéniques sont tellement multipliés, que lorsqu'on veut en établir la démonstration, on n'a pour ainsi dire que l'embarras du choix. Vous le savez tous, la musique nous aide à supporter les fatigues extrêmes et nous les fait souvent oublier complètement. M. le professeur Rostan avait ordonné à une jeune personne, victime de l'abus des plaisirs du monde, une légère promenade pédestre qu'elle avait grand'peine à faire. Cette dame, en voie d'accomplissement de cette prescription, rencontra un jour sur son passage un régiment précédé de sa musique, faisant entendre une marche guerrière dont le rythme bien accentué lui facilita si bien sa périgrination par ordonnance, qu'elle arriva *jocoso allegro*, sans aucune lassitude et sans s'en apercevoir, jusqu'aux portes de la caserne. Ce régiment passant chaque jour devant son habitation, elle profita de cette circonstance pour allonger sa promenade, et bientôt, sous l'influence de cette médication non prévue par le savant docteur, ses forces épuisées reparurent avec la santé.

L'introduction de la musique dans l'armée n'eut jamais, à son origine, d'autres motifs que la stimulation qu'elle exerce naturellement sur l'homme. Aux sons d'une musique guerrière, ne voit-on pas la langueur faire place à l'activité, les forces du soldat épuisé renaître et se décupler ; telle fatigue qu'il ne pourrait supporter sans la musique, lui paraît nulle ; si, dans ses longues courses, ses campagnes pénibles, il est soutenu par l'harmonie brillante et mesurée d'une marche ou d'un pas redoublé, il sent moins les privations et la fatigue, se trouve plus allègre et dispos tant qu'il en subit l'action bienfaisante.

Dans les ateliers, les établissemens publics, les grands centres indus-

(1) Suite. — Voir les numéros des 29, 31 Mars, 9 et 14 Avril.

vous voulez, il n'y perdra pas davantage.

Je ne me bornerai pas à répondre qu'il est très fâcheux pour la moralité des Sociétés de prévoyance *qu'il y perde autant*, et qu'il y a oubli de toute convenance à vouloir qu'une institution consacrée par les lois, protégée par l'administration, s'autorise du désordre ou de la misère des uns pour frustrer les autres de ce qui leur est justement dû. Mais je dirai que l'abandon fait par le médecin à l'ouvrier pauvre, imprévoyant ou même vicieux de tout ou partie de ses honoraires, est un sacrifice spontané au respect de sa profession et à la position particulière de ses cliens, qu'on n'est pas en droit de nous enlever le mérite d'une bonne action, et de fixer ainsi par avance le tarif de notre bienfaisance. C'est là un des rares priviléges d'une profession qui n'a guère d'autre prix que son indépendance et le pouvoir de faire le bien comme on l'entend; sachons au moins le défendre!

Ajoutons que nous faisons, à la différence de notre confrère M. Dufau, une très grande différence entre les établissemens charitables proprement dits, aux ressources desquels ne participent que les indigens et les Sociétés de prévoyance, lesquelles se recrutent d'individus vivant de leur industrie, et n'ayant d'autre but, en se réunissant, que de recueillir les avantages de la mutualité. Cette classe de la population, comprenant, en effet, dans vos villes, les cinq sixièmes de la clientèle payante, de quoi vivra le médecin, si les devoirs les plus rigoureux de la charité privée doivent s'étendre jusque là, sans en excepter même ceux qui ne s'affilient que par un méprisable calcul et pour se soustraire aux plus légitimes obligations?

Remarquons que lorsque autour de nous tout a augmenté de valeur dans une énorme proportion, le taux moyen de la visite du médecin est resté, en province du moins, ce qu'il était il y a un demi-siècle et plus.

Je ne me rendrai pas, à ce sujet, l'écho des doléances du corps médical (à quoi bon? et qui est disposé à les écouter aujourd'hui?), mais je dirai à mes confrères, jeunes et vieux: Avant de céder à un élan, louable peut-être, mais irréfléchi de générosité, examinez mûrement si des questions de dignité médicale et d'intérêt professionnel qui se trouvent engagées dans le débat ne doivent pas peser d'un grand poids dans la balance; s'il y a, je ne dirai pas seulement convenance, mais justice à venir ainsi, à d'autres titres qu'à celui de l'infortune, vous marchander le prix de vos services. De ces services si parcimonieusement rétribués, qu'un sur cent à peine trouve dans les seules ressources de sa profession de quoi élever honorablement sa famille, et assurer le repos de ses vieux jours! Je vous dirai encore: si vous voulez échapper aux conséquences du charlatanisme et de la concurrence au rabais, cette double plaie, cette double honte de notre profession, unissez-vous, et ne décidez rien que d'un commun accord sur toutes ces questions où notre position sociale est en jeu. Appelez à vous tous les hommes de bien, grâce à Dieu, si nombreux dans notre profession, et dont le dévoûment à la cause de l'humanité n'a pas besoin d'être réglementé pour se donner carrière, mais qui ne savent pas non plus se couvrir du manteau de la philantropie pour supplanter leurs confrères auprès de ceux qu'allèche avant tout l'appât du bon marché. C'est de l'éparpillement de nos intérêts, c'est des tiraillemens d'un égoïste individualisme que découlent toutes nos misères.

En résumé, et pour conclure, s'il m'est permis de venir ajouter quelques conseils aux excellentes directions données par le très honorable Comité de l'Union au corps médical, je crois que, dans l'état actuel des choses, le seul moyen de concilier la cause respectable des classes laborieuses avec nos devoirs professionnels, c'est:

1° De ne pas accepter un prix inférieur à celui du taux moyen de la visite dans chaque localité.

2° De repousser l'abonnement, qui a toujours pour résultat l'avilissement de nos honoraires et l'exclusion imméritée des confrères les mieux placés dans l'estime publique.

3° De faire *spontanément* à la fin de chaque année (tout en refusant de passer, pour quelque motif que ce soit, sous les fourches caudines du marchandage) l'abandon du quart, par exemple, de ce qui revient à chacun sur le total des visites faites aux membres de l'association.

Il me semble qu'en agissant ainsi, nous aurons sauvegardé l'honorabilité médicale, tout en payant notre dette à la philantropie; bien entendu, d'ailleurs, que nous n'entendons poser de limite à aucun désintéressement. Que ceux qui le peuvent fassent plus, et personne n'aura le droit de le trouver mauvais. Que si nous sommes en dissentiment, à cet égard, avec quelques confrères, pourquoi cela nous empêcherait-il de marcher, pour notre propre compte, dans ce que nous regardons comme le droit chemin, dussions-nous y marcher seuls?

Tels sont les principes que j'ai défendus hautement au sein du conseil d'administration d'une Société de prévoyance dont je fais partie, croyant, en cela, être fidèle à ma double mission de médecin et d'administrateur. A mes confrères de juger si je n'ai pas failli à ce double devoir.

Dr C. Saucerotte,
Membre correspondant de l'Académie de médecine.

OPHTHALMOLOGIE.

DE LA KOPIOPIE, CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE DE SA NATURE ET DE SES INDICATIONS;

Par M. le docteur Tavignot, professeur d'ophthalmologie.

On sait que la kopiopie, mot moderne, qui vient de *κοπιος, fatigue*, n'est autre chose qu'une tendance à la fatigue des yeux, portée à un degré tel, que tout travail un peu prolongé de ces organes devient impossible.

En effet, une personne atteinte de kopiopie, ne peut exercer sa vue sur des objets rapprochés pendant plus de dix minutes, un quart, une demi-heure, trois quarts d'heure, au maximum, sans éprouver, en même temps qu'une tension dans l'orbite, un trouble de la vision porté au point de ne plus distinguer les objets.

Après un repos forcé de quelques minutes les yeux redeviennent, il est vrai, aptes à la vision; mais la reprise des mêmes travaux ne tarde guère à produire les mêmes résultats, de telle sorte que, finalement, le sujet affecté de kopiopie, sans avoir perdu la vue, se trouve néanmoins dans la fâcheuse position de ne pouvoir l'utiliser convenablement pour ses travaux ordinaires.

La kopiopie, telle que nous venons de la faire connaître, n'est certainement pas une maladie nouvellement découverte. Il ne faut pas qu'à cet égard MM. Bonnet et Pétrequin se fassent illusion. Il n'y a de nouveau dans les travaux de nos honorables confrères, sur ce sujet, que le traitement qu'ils ont mis en usage: *la myotomie oculaire*.

En effet, la kopiopie avait depuis longtemps fixé l'attention des ophthalmologistes, qui désignaient cette affection sous le nom d'*hebetudo visûs*, ou bien encore d'*asthénopie*.

Quoi qu'il en soit, la kopiopie, tout en restant la même par sa nature, peut survenir dans des conditions variables: nous l'avons rencontrée sur des adolescens et chez des adultes; elle peut exister seule ou être associée au strabisme.

Pour nous, d'après de nombreux faits observés avec soin, nous n'avons jamais hésité à reconnaître que la kopiopie proprement dite n'avait aucun rapport avec l'amblyopie ou l'amaurose. *Elle résulte évidemment d'une adaptation insuffisante de l'œil aux distances rapprochées, pendant un temps suffisant pour la régularité et pour la permanence des fonctions visuelles.*

Ce défaut d'adaptation peut lui-même dépendre de deux causes différentes en réalité, bien qu'aboutissant au même résultat.

Ainsi, lorsqu'une personne qui devient presbyte veut prolonger ses travaux de lecture ou d'écriture, en conservant la distance qu'elle mettait précédemment entre l'œil et l'objet, la kopiopie survient dès l'instant où le système musculaire de l'œil ne peut plus provoquer, et surtout entretenir d'une manière permanente une adaptation nouvelle de l'organe de la vue.

Quand un sujet, sans être presbyte, est doué d'un système musculaire de l'œil peu développé, le même phénomène a lieu, car l'ajustement de l'œil à une distance rapprochée court grand risque de n'être que momentané. Et l'effort seul que font les muscles pour remplir, pendant quelques instans, leurs fonctions, les fait tomber ensuite dans un état d'atonie ou de relâchement qui n'est pas compatible avec la vision distincte des objets rapprochés.

On voit que les kopiopiques, d'après cette doctrine, sont dépourvus de la faculté de devenir définitivement myopes, c'est-à-dire d'avoir une vue assez courte pour percevoir distinctement les objets assez rapprochés.

Leur myopie étant instable, la perception cesse avec elle, et par le fait seul de cette instabilité.

Qu'on n'oublie pas qu'un malade atteint de kopiopie a la vue relativement trop longue, en ce sens qu'il manque de la faculté de la raccourcir pendant un temps convenable, pour se livrer à des travaux un peu minutieux; et on comprendra mieux comment agissent les moyens à l'aide desquels nous guérissons sûrement la kopiopie lorsqu'elle est dépourvue de complications.

Pour raccourcir, en effet, la portée visuelle, il suffit de faire usage de verres convexes; et c'est là, définitivement, le seul moyen de rendre aux yeux, sans risque et sans danger, leur force primitive.

Dans les cas ordinaires, il n'est pas nécessaire d'avoir recours à des verres convexes très forts. Nous commençons généralement par le n° 48, pour arriver ensuite, s'il y a lieu, c'est-à-dire si l'amélioration nous paraît insuffisante, au n° 36, puis au n° 30.

A l'aide de ces lunettes que le malade garde pendant toute la durée de son travail, quel qu'il soit, la tendance à la fatigue des yeux cesse comme par enchantement. J'ai vu des kopiopiques pouvoir travailler d'emblée, soit à la lecture ou à l'écriture, soit à la couture, pendant dix heures de suite, sans rien éprouver du côté de l'appareil oculaire.

Souvent, il faut le reconnaître, il n'en est pas ainsi; et après trois heures d'application avec les lunettes, la fatigue commence.

Mais, en réalité, l'amélioration est encore trop sensible pour ne pas frapper le malade lui-même, qui se prête dès lors, très

---

triels, l'ouvrier charme son travail, se le rend plus attrayant par le chant. A l'aide de la musique, le temps passe plus rapide et sans apporter autant de fatigue et d'ennui, elle abrège la journée, l'égaye et donne à celui qui se fait son interprète un caractère heureux; l'homme dont le gosier module sans cesse ne songe pas au mal, les mauvaises pensées ne germent pas dans son cerveau. La musique est la voix du bon ange; le pervers ne l'entend pas souvent, il est triste, morose et taciturne; l'ouvrier laborieux, jouissant d'une bonne santé, lui est tout opposé; il chante, chante et toujours chante. Si, réuni à ses camarades d'atelier, son genre d'industrie exige un grand déploiement de forces, il sait tourner au profit de tous l'heureux don de la nature, il peut alors, par un mouvement musical bien rythmé, leur donner une impulsion plus considérable et plus soutenue; il développera même, par ce moyen, une puissance énorme. Nous le voyons tous les jours dans le mouvement imprimé à la vis du pressoir écrasant le raisin, ou dans le cri monotone et mesuré du marin à la manœuvre.

L'hypocondrie, la mélancolie, les humeurs noires, le spleen anglais, la langueur, les vapeurs, qui ne sont que des variétés d'une même maladie, devront surtout trouver dans les doux accords de la musique une thérapeutique efficace, un traitement rationnel et favorable qu'on n'a pas vraiment assez souvent mis en œuvre. Dans ces affections où viennent échouer la plupart des médicamens tirés de la matière médicale, il y aura à faire un heureux mélange, un choix judicieux des agens de la pharmacie, secondés par les effets puissans de la musique. Si nous voulions vous en citer un exemple que vous avez tous présent à la mémoire et dont le souvenir se rattache aux souvenirs de votre enfance, nous vous rappellerions les fureurs insensées du roi Saül, en proie à la plus sombre mélancolie et se dissipant comme l'orage sous les rayons bienfaisans du soleil, aux accens harmonieux de la harpe de David.

M. Petroz, l'un de nos homœopathes en vogue, a vu une bonne musicienne faire cesser tout à coup, pour ainsi dire, les accès de catalepsie d'une de ses malades; un air chéri, lorsqu'il était chanté près d'elle, accélérait sa respiration, diminuait le pouls et amenait quelquefois instantanément la cessation de la contraction musculaire, et tout cela sans aucune espèce de globule aconitique ou autre.

Mon honorable parent, le docteur Bourdois de Lamothe, eut le bonde rappeler à la vie une jeune dame atteinte d'une fièvre grave qui avait résisté à tous les moyens conseillés par les plus illustres médecins. Les symptômes ayant, pendant dix-huit jours, pris une marche ascendante, s'étaient aggravés à ce point, que tous ceux qui entouraient et aimaient la pauvre malade avaient perdu toute espérance; la situation était tellement désespérée, qu'à tout moment l'instant suprême semblait arrivé. Un profond désespoir s'était emparé de tous les assistans plongés dans une morne stupeur. M. Bourdois, découragé, aperçut une harpe, soudain la pensée lui vint que sa malade, qui était une excellente musicienne, pouvait, en entendant jouer de cet instrument, recevoir une commotion nerveuse favorable à son état. Ce fut une heureuse inspiration; il fit part au mari désolé du désir qu'il aurait d'essayer de ce moyen en face de l'impuissance de l'art, et parvint, après quelques instans, à vaincre la répugnance qu'éprouve ce dernier à faire de la musique au lit d'une agonisante. Une artiste, non moins célèbre par la puissance de son organisation musicale que par la bonté de son cœur, voulut bien seconder le médecin dans cette dernière tentative; placée près de la chambre de la mourante, elle commença par jouer ses plus belles mélodies, ses morçeaux les plus expressifs. Pendant une mortelle demi-heure, on n'obtint d'abord aucun résultat; cependant, après avoir tiré de l'instrument les plus mélodieux accords, la plus ravissante expression, on commença à remarquer un peu d'élévation dans le pouls; la respiration, qui s'était suspendue, reprit son cours et s'accéléra; bientôt les mouvemens de la poitrine se prononcent, une douce moiteur, une chaleur halitueuse et pénétrante se répandirent sur tous les membres devenus plus souples. A une oppression sans cesse croissante et qui tenait dans la plus anxieuse inquiétude les spectateurs de cette pénible scène succédèrent de profonds soupirs indiquant déjà le rétablissement des fonctions respiratoires; puis tout à coup le sang jaillit du nez avec abondance; l'état léthargique ayant cessé, la malade retrouva la parole, elle fut alors sauvée; après quelques jours de continuation de cette merveilleuse thérapeutique, les forces revinrent, et à leur suite une si brillante santé, que vingt ans après cette heureuse cure, cette dame jouissait encore d'une santé parfaite.

Chez les enfans dont la dentition s'accomplit douloureusement, la musique exerce une action qu'on ne peut nier.

Voyez ce petit être maussade, souffrant et grognon, se refusant à toutes les caresses, rejetant tous les jouets qu'on lui offre. Ses gencives, siége d'un prurit incommode qui l'agace nerveusement, ne lui laissent ni tranquillité, ni repos; ses jours se passent dans un état de souffrance habituelle, ses nuits sont privées d'un sommeil réparateur, tous les remèdes suggérés par la tendresse de ses parens inquiets ont échoué; faites entendre alors au pauvre malade un chant doux et monotone, bercez-le doucement avec une de ces mélodies à trois notes que l'instinct éveille chez les mères alarmées, et ses paupières vont s'appesantir, l'état nerveux se calmera, la douleur fuira pour quelques heures, il est facile de s'en convaincre par une expérience de tous les jours.

(*La suite à un prochain n°.*)

Le *Courrier de Marseille* publie, et le *Moniteur officiel* reproduit la nouvelle suivante: « Un magnifique banquet réunissait hier, 13 avril, à l'hôtel des Bains-du-Prado, les médecins homœopathes de Marseille et des départemens circonvoisins. M. le ministre de la guerre avait été invité à cette brillante fête; mais son état de convalescence ne lui permettant pas d'y prendre part, il s'y est fait représenter par les officiers supérieurs de sa suite. »

— M. Bernard, suppléant M. Magendie au Collége de France, commencera son cours le mercredi 20 avril, à midi, et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Il traitera des découvertes les plus récentes sur la physiologie et la médecine.

volontiers, aux changemens ultérieurs qu'il faut faire dans les numéros des verres convexes.

Une règle très importante à suivre, et qui devra toujours servir de guide dans le choix de tel ou tel numéro de lunettes, c'est de rejeter tout verre convexe qui grossit très sensiblement les objets : cette circonstance, à elle seule, indique suffisamment que ce verre est trop fort ; il faut par conséquent choisir un ou même deux numéros au-dessous, selon les cas particuliers.

La guérison de la kopiopie, au moyen de verres convexes, est non seulement instantanée en quelque sorte, mais elle est durable. Un notaire, traité par nous, il y a trois ans, et qui était décidé à vendre sa charge par suite de l'impossibilité où il était de continuer ses travaux, est aujourd'hui parfaitement bien ; il continue ses fonctions sans gêne aucune, ainsi qu'il nous l'a affirmé il y a deux mois à peine.

Les faits à l'aide desquels nous pourrions prouver la réalité des assertions précédentes seraient assez nombreux, si nous avions pris soin de les consigner tous avec détails. Je ne dirai pas que le temps nous a manqué pour cela, car il ne peut jamais faire défaut à celui qui vise à être utile; mais où était l'utilité de rassembler une masse de faits semblables, et dont la signification collective est une ?

Les suivans, qui me tombent sous la main, ne sont-ils pas d'ailleurs suffisans pour engager, disons plus, pour forcer les praticiens à nous suivre sur ce terrain encore peu connu ?

Observation I. — M. S..., 38 ans, est atteint de kopiopie depuis quinze à dix-huit mois; bien que grand, fort et chargé d'embonpoint, la fibre est molle, le tempérament lymphatique prédomine toujours. Quelques douleurs névralgiques de l'estomac et des intestins ont seulement précédé le début de la kopiopie. Le docteur Delamarre, de Sées, qui m'avait adressé M. S..., a été témoin de la guérison qui persiste toujours; le malade fait usage de verres convexes, n° 48.

Observation II. — En novembre 1852, le docteur Dufrénois m'a adressé Mme L..., âgée de 30 ans environ, qui ne pouvait travailler à la couture plus de quinze à vingt minutes sans éprouver un trouble très prononcé de la vue, accompagné de douleurs assez vives dans les yeux et dans les orbites. A l'aide de verres convexes, n° 36, elle travaille actuellement dix à douze heures par jour ; souvent même elle passe une partie de la nuit sans éprouver de gêne sensible. Le n° 48, suffisant au début, a dû être remplacé plus tard par le n° 36, dont elle continue à faire usage.

Observation III. — Un jeune homme de 31 ans m'a été adressé par le docteur Lancelin; il avait une assez longue vue; l'état de marin, qu'il a exercé antérieurement, rend assez bien compte de cette particularité.

Plus tard, ce jeune homme ayant pris la profession de cordonnier, a vu bientôt sa vue se troubler après trois quarts d'heure ou une heure, au point de le forcer à interrompre son travail ; la kopiopie était encore plus imminente à la lumière artificielle. L'usage de verres convexes, n° 48, a été suffisant pour lui permettre de continuer ses occupations.

Observation IV. — Mme Lefrançois, de Chailloué (Orne), âgée de 19 ans, faible, lymphatique, assez débilitée depuis une couche qu'elle vient de faire, ne peut travailler aux gants Jouvin, qu'elle fabrique, sans que sa vue se trouble aussitôt et que les paupières ne se congestionnent. Je lui ai fait prendre des verres convexes, n° 48, et dès le premier jour elle put travailler trois heures de suite sans gêne dans la vue. Elle se trouve naturellement très heureuse de ce premier résultat, et promet de suivre nos prescriptions pour consolider sa guérison.

Observation V. — M. Arn..., propriétaire, 27 ans, constitution nerveuse, a eu quelques contrariétés qui ont encore agacé son système nerveux. Comme distraction, il se livre très assidûment à la lecture d'ouvrages littéraires imprimés, par parenthèse, en caractères assez fins. Il prolongeait parfois cette lecture jusqu'à une heure assez avancée de la nuit. Bientôt, sa vue, qui était excellente, car il n'était pas myope et voyait même très bien à d'assez grandes distances, se troubla après vingt ou vingt-cinq minutes de lecture. Cette kopiopie, pour laquelle je fus consulté en 1851, disparut, comme dans les cas précédens, à l'aide de verres convexes. Le n° 48 fut suffisant, et le malade put continuer sans inconvéniens les travaux auxquels il avait pris un goût très vif.

Les lunettes étant destinées à raccourcir la portée de la vue, deviennent non seulement inutiles, mais même nuisibles en dehors des occupations habituelles du malade, c'est-à-dire toutes les fois qu'il s'agit de regarder les objets éloignés.

CLINIQUE DE LA VILLE.

CAS DE COQUELUCHE AVEC COMPLICATION DE CONVULSIONS.

Dans l'intéressant travail de M. le docteur J. Bienfait, de Reims, publié le 25 mars passé dans ce journal, ont été cités sept cas de coqueluche avec complications, observés par MM. Rilliet et Barthez et par M. Papavoine. Sur l'ensemble de ces sept cas, la mort a eu lieu six fois, et a été la conséquence immédiate des convulsions dans un espace de temps qui a varié entre une demi-heure et vingt-quatre heures.

Il n'est peut-être sans intérêt de faire connaître une nouvelle observation de ce genre, d'autant plus que le cas dont il il s'agit vient augmenter le nombre des terminaisons heureuses :

Un petit garçon de six mois et demi, nourri au sein par une nourrice très bien portante, bien constitué lui-même, sans présenter encore les symptômes de la dentition, est pris de coqueluche vers la fin de janvier 1853. Deux enfans plus âgés de la même famille en avaient été atteints avant lui, et avaient été guéris par l'administration du café noir.

Le 5 février, la nourrice, à peine sortie en promenade avec l'enfant, le rapporte à la hâte, en disant qu'il vient d'avoir un très fort étouffement. Appelé en toute hâte, je trouve l'enfant très abattu, sa respiration est profonde et accompagnée de gémissemens. Toutefois, il prend encore très bien le sein. Après quelque temps de repos, j'ordonne une petite dose d'ipécacuanha, qui produit un vomissement avec évacuation de mucosités épaisses et filantes.

Le 7 et le 8 au matin, il y a eu deux selles. Déjà, depuis la veille, l'auscultation de la poitrine avait fait reconnaître la présence de râles muqueux abondans dans les deux poumons, et une potion gommeuse, avec 1 gramme d'oxyde blanc d'antimoine, avait été prescrite.

Le 8 février, à une heure de l'après-midi, je suis témoin d'un accès. Voici ses symptômes principaux dans leur ordre de succession :

L'enfant devient silencieux, se raidit; les yeux se convulsent; des mouvemens convulsifs de la face et des extrémités surviennent peu à peu, et augmentent graduellement; la figure se colore et prend une teinte bleuâtre; la respiration devient irrégulière, bruyante, suspirieuse; une écume blanchâtre, semblable à celle que l'on pouvait constater après chaque accès ordinaire de coqueluche, est expulsée de la bouche. Cet état dure quelques minutes; enfin, les mouvemens et les spasmes diminuent d'intensité, puis cessent complètement, et l'enfant reste pâle et dans un état de prostration complète, sa respiration étant toujours plaintive et saccadée.

Je fais administrer un lavement avec de l'eau tiède vinaigrée, pour établir une dérivation sur le gros intestin.

A deux heures, un autre accès survient; nouveau lavement.

A deux heures et demie et à trois heures, les accès se renouvellent; une sangsue est appliquée derrière l'oreille droite; l'écoulement du sang, entretenu pendant quelque temps, et une vessie de glace maintenue sur la tête, ont pour résultat d'éloigner les accès qui s'étaient considérablement rapprochés, au point de revenir toutes les demi-heures.

Il est à remarquer qu'au fur et à mesure que les accès convulsifs augmentaient en force et en fréquence, la toux diminuait, au point de manquer presque entièrement. Il nous a semblé même que la convulsion se manifestait juste au moment où la quinte de coqueluche devait avoir lieu, et par instans qu'elle la remplaçait complètement.

Dans l'intervalle des accès, l'enfant jouissait d'un sommeil profond, interrompu seulement de temps en temps par des soubresauts violens, accompagnés de cris. Il tète quand on lui présente le sein.

Vers minuit, les convulsions diminuèrent, au point de ne revenir que toutes les deux heures. On essaie alors de supprimer la glace, mais on est bientôt forcé d'y recourir de nouveau; tous les symptômes ne tardent pas à s'aggraver d'une manière effrayante.

Le lendemain, vers cinq heures du matin, nous constatons avec plaisir que la toux a reparu, et que les quintes sont même assez fortes.

On supprime la glace définitivement, et on administre 15 centigrammes de calomel avec 20 centigrammes de rhubarbe.

Dès lors, l'intervalle des accès augmente encore. Le sommeil est calme, sans soubresauts, ni cris.

Déjà dans la soirée et dans la nuit du 8, j'avais eu des consultations avec M. le docteur Leblond. Dans la matinée du 9, M. le docteur Rousseau a bien voulu se joindre à nous. Cet honorable confrère, s'appuyant sur cette circonstance, que les accès reviennent avec une régularité parfaite, conseille l'administration de lavemens amidonnés avec 10 centig. de sulfate de quinine. Du reste, il est bon de dire qu'au moment de cette consultation, un amendement notable s'est déjà manifesté dans la fréquence des crises, et que l'intervalle qui a séparé les deux derniers accès, a été beaucoup plus long que les précédens. Cependant, on administre le lavement, mais tout aussitôt on occasionne une crise.

Dans le courant de l'après-midi, deux accès se manifestent encore; mais deux autres lavemens de sulfate de quinine sont donnés. A huit heures et demie du soir, le dernier accès, le vingt-quatrième en trente-deux heures, a lieu.

A part les quintes fréquentes de toux, la nuit du 9 au 10 se passe bien.

La journée du 10 février est également bonne; l'enfant est affamé, tète beaucoup, et boit de l'eau sucrée. Son sommeil est calme. Des bains tièdes et le café noir furent employés plus tard pour combattre la coqueluche revenue dans toute sa force.

S. Feldmann, d.-m.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'IODURE DE FER; — DE SON MEILLEUR MODE D'ADMINISTRATION.

L'iodure de fer est universellement reconnu comme un excellent médicament, qui participe des propriétés de l'iode et du fer. En France, il a été préconisé par MM. Magendie, Piaquin, Piedagnel, Ricord, contre la chlorose, surtout celle qui est déterminée par la cachexie scrofuleuse, la leucorrhée, l'amenorrhée, les affections scrofuleuses et différens accidens de la syphilis constitutionnelle, rebelles aux matériaux.

Suivant M. Dupasquier, l'iodure de fer exerce aussi une action puissante sur l'organe pulmonaire. Il produit le plus souvent une amélioration prompte et notable des symptômes de la phthisie, amélioration qu'on ne pourrait attendre d'aucun des remèdes employés ordinairement contre cette maladie. Nous devons ajouter que les faits nouveaux observés par MM. Bricheteau (1), Buttura et quelques autres médecins, semblent confirmer les assertions de M. Dupasquier.

En Angleterre, l'emploi thérapeutique de l'iodure de fer a été aussi l'objet d'un grand nombre d'observations. Suivant Thompson, le fer, en se combinant avec l'iode, diminue l'action irritante de ce dernier corps et contribue par sa présence à donner du ton et de l'énergie à l'économie. On s'aperçoit bientôt de son heureuse influence par le prompt changement de la couleur de la peau, l'augmentation de l'appétit, le retour des forces et de la gaîté. Thompson cite environ trente cas de guérisons obtenues par l'iodure de fer dans les affections chlorotiques, scrofuleuses, cancéreuses et syphilitiques.

D'après l'esquisse qui précède, il est hors de doute que l'iodure de fer ne soit un des agens thérapeutiques les plus précieux que possède l'art de guérir. Malheureusement, la difficulté qu'on éprouve à l'obtenir à l'état de pureté, la rapidité avec laquelle il se décompose sous l'influence des agens extérieurs, sa saveur styptique désagréable, ont été jusqu'ici autant d'obstacles à son emploi plus fréquent en médecine. Frappé de ces inconvéniens, M. Dupasquier a bien fait tous ses efforts pour les faire disparaître, mais les nouvelles formules qu'il a fait connaître, quoique supérieures aux anciennes, ont encore le grave défaut de donner naissance à des produits qui ne sont pas susceptibles d'une longue conservation.

C'est cette dernière partie de la question que M. Blancard a complètement résolue, ainsi que l'attestent et le rapport de l'Académie de médecine de Paris, en date du 13 août 1850, et les nombreux documens publiés dans les meilleurs ouvrages de médecine (2). Nous pensons aussi que les pilules d'iodure de fer, préparées selon la formule de M. Blancard, sont réellement dignes de la préférence que le corps médical semble leur accorder, et nous basons notre opinion sur ce que ces pilules, étant préservées de toute altération par la couche balsamique qui les recouvre, sont toujours constantes dans leur composition ; sur ce qu'étant sans saveur et d'un faible volume, elles sont d'une administration facile; sur ce qu'enfin elles ont la propriété de se dissoudre peu à peu dans toute l'étendue des voies digestives, ce qui permet à l'iodure de fer d'y être absorbé pour ainsi dire molécule à molécule, sans fatigue pour les organes. Dans un article prochain, nous en publierons la formule.

(*Journal de méd. de Toulouse* et *Gaz. des hôp.*)

(1) *Traité sur les maladies chroniques qui ont leur siége dans les organes de l'appareil respiratoire*, par M. Bricheteau.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 26 Janvier 1853. — Présidence de M. Bouvier.

Sommaire. — Lettre de M. Thirial, candidat à l'une des places de *membre associé*. — Proposition de M. Legroux relative aux livres et mémoires envoyés à la Société. — Rapport de M. Legroux sur une observation de M. Bernard (*hémorrhagie de l'ovaire et des trompes, pendant une fièvre éruptive*). — Mémoires de M. Natalis Guillot et de MM. Blache et H. Roger sur l'*emphysème généralisé chez les enfans*; discussion et faits analogues : MM. Bourdon, Guérard, Marrotte, Barth, Legroux, Moutard-Martin.

M. Henri Roger, secrétaire général, donne lecture de la correspondance, qui comprend l'envoi des derniers numéros du journal de M. Lucas-Championnière et de la *Gazette médicale de Montpellier*, et une lettre de M. le docteur Thirial, qui demande à être nommé *membre associé*, et qui adresse un mémoire à l'appui de sa candidature.

M. Legroux propose que les journaux et les mémoires ou ouvrages envoyés à la Société, soient distribués à des membres qui en feront un rapport verbal. Cette proposition est adoptée.

M. Legroux donne ensuite lecture, en son nom et en celui de M. Moutard-Martin, d'un rapport sur une observation de M. Bernard, lue à la Société dans une des séances précédentes, et qui est intitulée : *Hémorrhagie de l'ovaire et des trompes, survenue pendant le cours d'une fièvre éruptive, et terminée par la mort.*

Nous rappellerons en peu de mots (dit M. Legroux) les principaux faits de cette observation.

Une femme de 27 ans a donné des soins à une sœur qui a succombé à une petite-vérole.

Elle entre à l'hôpital, dans le service de notre collègue M. Marrotte, en même temps qu'un frère et une sœur affectés tous deux de variole.

Chez elle, la maladie a débuté le 26 novembre par des frissons; une rachialgie lombo-sacrée des plus violentes, des vomissemens, de la fièvre.

Suspendus le second jour, les vomissemens se renouvellent le troisième; persistance des autres symptômes.

4me jour. Même état, aggravé peut-être, et, en outre, éruption cutanée, encore mal caractérisée, ressemblant surtout à l'éruption varioli-que plus marquée sur le tronc et les membres qu'à la figure. Çà et là, sur ces parties, taches rosées, légèrement saillantes, disparaissant sous la pression du doigt. Amendement des symptômes généraux dans la journée.

5me jour. Amendement soutenu; face congestionnée, d'un rouge uniforme, qui paraît tenir à un coryza survenu depuis la veille, plutôt qu'à une éruption. Injection prononcée du voile du palais et de la voûte palatine.

L'éruption cutanée reste la même, et par sa disposition rappelle l'éruption rubéolique.

Du 5me au 6me jour, dans la nuit, hémorrhagie utérine des plus abondantes, qui plonge la malade dans une prostration extrême; la décoloration de la peau laisse néanmoins persister l'éruption, qui forme çà et là des dessins semi-circulaires.

6me jour. L'hémorrhagie s'arrête graduellement. La malade se trouve assez bien, quand elle meurt inopinément comme s'éteint une lampe dans laquelle l'huile vient à manquer.

Autopsie : Rien à noter du côté de la poitrine et des organes digestifs.

Kyste ovarique pileux, sur la description duquel il serait superflu d'insister.

Utérus un peu plus volumineux qu'à l'état normal, sa cavité est remplie de sang demi-liquide; la muqueuse du fond est comme épaissie et injectée; les deux trompes dilatées par du sang noirâtre; dans l'ovaire gauche, foyer hémorrhagique contenant un caillot noir assez mou.

A propos de ce fait intéressant, M. Bernard a appelé notre attention sur deux questions :

L'une concerne le diagnostic difficile de l'éruption cutanée;

L'autre, l'hémorrhagie, qui, utérine pendant la vie, se montre ovarique et tubaire sur le cadavre.

Suivant M. Bernard, il a été impossible de préciser le diagnostic de l'éruption, qui est resté flottant entre une rougeole et une variole.

En faveur de celle-ci, il existe bien, dit-il, la circonstance commémorative d'une triple variole dans la même famille; l'absence de catarrhe prodromique; la rapidité avec laquelle s'est faite l'éruption ; les frissons, les vomissemens, la rachialgie.

Mais les caractères de l'éruption, assez mal dessinés il est vrai, arrêtés

(2) *Annuaire de thérapeutique* pour 1851, page 199. — *Formulaire de Bouchardat*, année 1853, page 374. — *Gazette médicale*, 17 mars 1850. — Orfila, *Élémens de chimie*, édition 1851, page 488.

dans leurs manifestations par les accidens mortels, ne sont-ils pas ceux de la rougeole? Ajoutezà cela le coryza un peu tardif, du larmoiement, de la rougeur de la face, une toux quinteuse; phénomènes secondaires, sans doute, mais dont la réunion offre un cachet morbilleux.

Les raisons alléguées en faveur de la première hypothèse sont tellement imposantes, qu'elles semblent ne pas devoir laisser prise à la seconde.

Je crois néanmoins devoir discuter les faits invoqués en faveur de celle-ci.

Le plus saillant de ces faits est la disposition *semi-circulaire ou en croissant* des taches éruptives. En admettant que ces taches aient perdu, les second et troisième jours, l'apparence variolique dont il est parlé le premier, qu'elles aient revêtu la disposition et l'aspect morbilleux, faut-il en conclure que cette éruption, certainement anomale, irrégulière, doive prévaloir, au point de vue du diagnostic, sur l'ensemble des faits qui plaident en faveur de la variole? Cette question, à laquelle je n'hésite pas à répondre par la négative, en soulève une autre: quelle est la valeur séméiologique de la disposition plus ou moins irrégulièrement semi-circulaire dans les éruptions fébriles?

La plupart des éruptions cutanées, aiguës ou chroniques, ont une tendance marquée vers les formes plus ou moins complètement circulaires.

Si la forme en croissant est un caractère constant de la rougeole, il ne lui est pas exclusif.

On le retrouve également dans la variole à son début; surtout quand elle doit être confluente. Il n'est pas rare, alors, de voir l'éruption se présenter avec tous les caractères extérieurs de l'éruption morbilleuse. La confusion entre ces deux affections est d'autant plus facile, que la dernière revêt parfois la forme papuleuse, et peut à son tour en imposer pour une variole.

La forme morbilleuse s'est fréquemment montrée dans les exanthèmes cutanés, auxquels a donné naissance la température tropicale de l'été. La ressemblance est telle, dans ces différens cas, que, sans autre signe, on doit nécessairement diagnostiquer une rougeole.

Force est donc, en présence d'une éruption morbilliforme, de chercher des signes diagnostiques ailleurs que dans la forme éruptive.

La cause probable, les manifestations prodromiques, l'ordre évolutionnaire des phénomènes primitifs et secondaires ont alors bien autrement de valeur que l'éruption naissante.

Dans le cas présent, la malade sort d'un foyer varioleux; elle est la quatrième malade d'une famille, dont trois sont ou ont été frappés de petite-vérole; elle a vécu avec eux, a donné des soins à l'un d'eux, qui a succombé; elle paie aussi son tribut.

Les premiers phénomènes sont le frisson, la rachialgie, les vomissemens, symptômes presque solennels; l'éruption se montre au début du quatrième jour. Elle est peut-être un peu hâtive; mais quelle violence dans les prodrômes!

En même temps que l'éruption se montre, le palais, le voile du palais s'injectent; coryza et larmoiement.

Ce sont là non des phénomènes tardifs d'une affection morbilleuse, car la bouche est étrangère à cette éruption, mais c'est la variole portant ses ravages sur les muqueuses nasale et buccale.

Cette rougeur érythémateuse uniforme, qui, le cinquième jour, couvre la face, et que notre confrère attribue au coryza survenu la veille, n'est, à notre avis, qu'une large plaque éruptive, dont tous les points se touchent, sans laisser entr'eux les vides qui se voient sur le reste du corps.

En résumé, tout en respectant le doute consciencieux qui a présidé au diagnostic différentiel de notre jeune confrère, nous croyons pouvoir dire qu'il n'existe, en faveur d'une rougeole, aucun motif plausible; que la maladie à laquelle a succombé cette femme était une variole anomale, irrégulière dans ses manifestations éruptives, et dont la malignité s'est révélée par la métrorrhagie qui a précédé et accéléré la mort.

Bien que dans l'observation il ne soit pas fait mention des qualités du sang perdu, nous pouvons rationnellement admettre que ce liquide était altéré dans sa composition, qu'il était dissous, avait perdu la faculté de se coaguler spontanément, comme cela arrive dans les fièvres graves en général, comme nous l'avons vu dans d'autres cas de variole.

Ainsi s'est produite, il y a peu de temps, une hématurie presque foudroyante sur un malade affecté de variole grave, contractée dans une visite faite à un autre malade couché dans mon service, à l'hôpital Beaujon, près d'un varioleux. Le sang, rendu par les voies urinaires, était liquide, d'un noir sale, sans coagulum. Nous avons observé même fait dans la scarlatine maligne. Nous avons vu, dans la variole grave, des ecchymoses sous-cutanées, et une aréole ecchymotique entourant chaque pustule. A côté de ces faits, on pourrait placer celui dont notre honorable collègue, M. Hérard a récemment entretenu l'Académie de médecine, et qu'en raison des symptômes qui ont précédé les hémorrhagies cellulaires et cutanées, nous soupçonnerions volontiers d'appartenir à la variole. Ce fait est remarquable surtout par l'absence complète de fibrine coagulable dans le sang du malade.

Les diverses hémorrhagies que l'on observe dans le cours des fièvres typhoïdes ont avec les précédentes des rapports étiologiques évidens.

Il est certainement d'un haut intérêt scientifique de pouvoir préciser les altérations qu'éprouve le fluide sanguin dans les maladies. Mais malgré les lumières que la chimie et quelques expériences physiologiques ont fournies à l'étude de ces altérations, nous en sommes encore à chercher le mystérieux enchaînement des causes et des effets; la subordination de ces derniers entre eux; à nous demander quel secours cette étude a prêté à la thérapeutique.

La dissolution du sang, sa défibrination dans les fièvres graves, est un fait. Mais quelle est sa cause? L'agent morbide qui a envahi l'économie a-t-il exercé son influence sur les solides d'abord, sur les liquides ensuite? L'altération de ceux-ci n'est-elle pas autant l'effet de la perturbation du système nerveux que la conséquence directe de l'intoxication? Ces questions, auxquelles il serait facile d'en ajouter d'autres, sont insolubles quant à présent. Je dirai plus, c'est que leur solution, à laquelle je suis, comme tant d'autres, disposé à travailler ardemment, ne promet pas à la thérapeutique, but final de nos efforts, un bien puissant concours.

Il est difficile de dire pourquoi, dans ces hémopathies, le sang se fait jour plutôt par une voie que par une autre. On conçoit sa prédilection pour les voies utérines chez la femme qui est réglée, mais cette prédilection n'a rien de fixe, puisque nous voyons dans le même cas l'hémorrhagie se faire dans le tissu cellulaire et par d'autres voies anormales. Nous ignorons la cause de ces déterminations électives; mais en général c'est vers une surface d'exhalation que le mouvement s'opère.

Quelques mots sur les altérations anatomiques de l'utérus et de l'ovaire.

M. Bernard a intitulé son observation: « Hémorrhagie de l'ovaire et » des trompes pendant le cours d'une fièvre éruptive, terminée par la » la mort. » Ce titre paraîtra peut-être un peu trop anatomique si l'on réfléchit que la mort a été précédée par une métrorrhagie effrayante. Auprès du fait symptomatique, le fait anatomique perd certainement de son importance. Ce que l'on peut dire, néanmoins, c'est qu'en présence de l'altération du sang, cause première de l'hémorrhagie, la dissémination des lésions sur l'ovaire, les trompes et l'utérus, accuse un *molimen hemorrhagicum* dans tout l'appareil générateur. Mais, pendant la vie, le sang est-il sorti de ces points à la fois? Il nous paraît probable que le fond de l'utérus, où la membrane muqueuse avait un aspect fongueux et rougeâtre, a été la source d'où le sang a jailli. Nous ne contestons pas qu'il ait pu venir également des trompes. Mais ces conduits capillaires n'ont pu en fournir qu'une bien faible quantité. On pourrait même prétendre que le sang qu'elles contiennent vient de l'utérus. Il n'est pas nécessaire, pour expliquer cette pénétration du sang dans leur conduit, d'admettre la formation d'un caillot bouchant l'orifice utérin et forçant le liquide épanché dans la cavité à refluer dans les trompes; l'action capillaire de ces tubes suffirait pour expliquer cette pénétration; mais nous ne voyons aucune objection à opposer à l'idée d'un raptus hémorrhagique réparti sur les différentes parties de l'appareil générateur.

Malgré les dissidences qui existent entre les opinions émises par l'auteur de l'observation et les rapporteurs, malgré les lacunes que l'on serait en droit de reprocher à ce travail, le fait nous a paru digne d'intérêt; nous en proposons le dépôt aux archives de la Société; des remercîmens à l'auteur en l'engageant à continuer ses communications, et son inscription au nombre des candidats qui désireront obtenir le titre de membres associés.

Les conclusions du rapport de M. Legroux sont adoptées.

— M. Guillot (Natalis) donne lecture d'un mémoire sur l'*emphysème généralisé chez les enfans*, et présente de nombreux dessins des altérations anatomiques.

Voici le résumé de ce travail (le mémoire entier sera publié dans les *Archives générales de médecine*):

Observations d'emphysème siégeant sous la plèvre, dans le tissu cellulaire des médiastins, étendu jusqu'aux régions du cou, du tronc, de la tête, et des membres, que l'on peut attribuer aux efforts de la toux chez les enfans.

« Ces observations (dit M. Guillot), au nombre de quinze, qui m'ont fourni l'occasion de retracer les dessins présentés à la Société, se rapportent en partie à l'étude d'une lésion déjà connue, mais retracent en même temps certaines particularités qui me semblent ignorées.

» L'emphysème des enfans ne me paraît avoir été suivi qu'au-dessous de la plèvre; dans les histoires que je rapporte, la propagation de l'air s'est étendue au-delà des limites de cette membrane, dans le médiastin, dans le cou, la tête, le tronc et les membres. Ce qui représente bien réellement une série de lésions successives, ayant un point de départ commun, variables seulement par l'extension des parties occupées par l'air.

» Le premier degré de cette lésion, l'emphysème sous-pleural, est bien connu; l'emphysème du médiastin et du tronc, considéré dans les circonstances où je l'étudie, l'est beaucoup moins; je crois même qu'il ne l'est pas du tout.

» A cette première série des désordres anatomiques, se rattachent d'autres lésions secondaires. Nos observations permettent de les comparer; ce sont les modifications qui surviennent dans les parties distendues par l'air; elles consistent dans la présence du pus ou du sang dans les tissus emphysémateux. Apparentes au-dessous de la plèvre, et non au-delà des limites de cette enveloppe, elles semblent être le résultat de quelques maladies intercurrentes (rougeoles, varioles, pneumonies, etc.)

» En présence de la diversité des opinions émises et controversées au sujet de l'origine de l'emphysème, je dois faire remarquer que tous les enfans observés par moi dans la circonstance présente, toussaient avec force ou avaient une coqueluche intense; que, chez quelques-uns, l'action de la toux sur la propagation de l'air au-dehors, ne fut pas douteuse: les détails des observations le prouvent; j'ai donc dû croire que l'influence de la toux avait été constamment l'occasion des lésions que je signale.

» La rareté de ces sortes de lésions n'est pas grande: actuellement encore, j'ai sous les yeux un enfant affecté d'emphysème du tissu cellulaire à la suite d'efforts de toux; et cet emphysème, après avoir disparu, s'est reproduit sous l'influence de la même cause.

» Ce mémoire, que je soumets à la Société, est destiné à l'étude de cette série de lésions, à l'examen des caractères symptomatiques propres à la faire reconnaître pendant la vie; manifestes surtout lorsqu'elles sont très étendues, elles embarrassent l'observateur lorsqu'elles se produisent sur une très faible échelle; si elles permettent alors à l'enfant de vivre, ne peuvent-elles même alors avoir une influence encore assez grande pour troubler la santé, et être le point de départ de tant de difficultés de respirer, observées dans l'âge adulte, et dont l'origine remonte si fréquemment aux premières années de la vie?

» Une connexion semblable entre les maladies de l'enfant et celles de l'adulte, n'offre-t-elle pas un sujet digne d'attention, malgré l'obscurité qui l'entoure?

» Quoi qu'il en soit, ne dût-on considérer ces observations que comme des additions à l'histoire de la toux, et de la toux de la coqueluche en particulier, elles auraient encore un certain degré d'intérêt; car elles ne paraissent pas exprimer des cas rares, si j'en juge par la facilité avec laquelle j'ai pu les recueillir dans un service consacré aux maladies des enfans. »

(La suite au prochain numéro.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 6 Avril 1853. — Présidence de M. Guersant.

Après la lecture du procès-verbal, M. Gerdy présente deux malades chez qui, à la suite d'un érysipèle, il s'est produit des brides tendineuses rétractiles et saillantes sous la peau, qu'il considère comme étant le résultat de l'inflammation simultanée du tissu cellulaire et des vaisseaux lymphatiques.

Injections de perchlorure de fer dans les artères.

M. Giraldès annonce qu'il vient d'entreprendre quelques expériences d'injections de perchlorure de fer dans les artères sur des animaux, avec le concours de M. Goubaud, d'Alfort. Il tiendra la Société au courant des résultats qu'il aura constatés. Mais, en attendant, il croit devoir faire part de quelques difficultés qu'il a rencontrées dans la pratique de ces injections, difficultés qui proviennent de ce que le perchlorure de fer venant coaguler le sang contenu dans la canule avant d'atteindre celui qui est renfermé dans l'artère, l'injection n'arrive pas ou n'arrive dans le calibre du vaisseau qu'en quantité insuffisante.

M. Debout, à propos de cette communication, se voit obligé de rendre compte de quelques expériences qu'il a tentées de son côté avec le concours de MM. Leblanc et Denonvilliers. Il ne se proposait pas d'entretenir la Société de ses expériences dans cette séance, mais les craintes exprimées par M. Giraldès, sur la difficulté de faire pénétrer l'injection, à cause de la coagulation du sang contenu dans la canule, l'ont engagé à signaler les résultats qu'il a obtenus, et qui lui paraissent fournir quelques enseignemens utiles.

M. Debout fait remarquer d'abord que ce n'est pas une coagulation du sang qui s'opère dans le vaisseau après l'injection du perchlorure de fer, mais une décomposition de la solution injection, qui se produit. Il se forme un magma constitué par un mélange d'albuminate de fer, et surtout un précipité de sesqui-oxyde formant une sorte de bouchon solide qui obture le calibre du vaisseau. Ce prétendu caillot se forme assez rapidement. M. Debout l'a vu se produire en une minute avec cinq ou six gouttes. La malaxation de l'artère, après l'injection, a paru hâter la formation du caillot. Seulement, si on ne prolonge pas la compression, il ne persiste pas; battu par l'ondée sanguine, ses matériaux sont chassés dans la circulation périphérique. Il n'en a pas été ainsi dans les expériences de M. Pravaz, dans lesquelles la compression a été maintenue pendant cinq minutes après l'injection. On prévient aussi cette dissolution en injectant un excès de perchlorure de fer. Mais est-il indifférent d'introduire une plus ou moins grande quantité de sel de fer? M. Debout ne le pense pas, et il en trouve la preuve dans les phénomènes qu'il a observés sur les chevaux soumis à cette expérimentation.

Au rapport de M. Lallemand, durant les six jours que l'on a laissé vivre le cheval qui a été le sujet de la deuxième expérience de M. Pravaz, l'animal était resté bien portant. Il n'en a pas été de même des deux animaux auxquels M. Debout a injecté six gouttes de perchlorure. M. Leblanc, qui les a observés depuis, jour par jour, leur a trouvé de la fièvre; ils étaient tristes, abattus et ne mangeaient point. C'est au transport des matières inorganiques dans la circulation cérébrale que sont dus probablement ces effets généraux. Ce fait mérite d'être examiné de nouveau et avec force.

Un point sur lequel M. Debout appelle encore l'attention de ses collègues, est l'action locale du perchlorure de fer sur les parois artérielles; il les tanne et peut les amincir au point que sous l'influence du retour de l'ondée sanguine, elles se laissent dilater. Ainsi, sur l'un des chevaux dont la plaie n'avait pas été réunie afin de pouvoir suivre la marche des phénomènes locaux, M. Debout a constaté, au bout de quarante-huit heures, la dilatation variqueuse de la carotide. L'autre cheval ne présentait rien de semblable; les parois artérielles, dans la partie où s'était produit le magma présentaient au contraire une densité plus considérable.

Les phénomènes observés dans ces expériences prouvent qu'il faut être réservé quant à la quantité de liquide que l'on injecte, puisqu'on ignore les résultats du transport des matériaux précipités dans la circulation du périphérique, et que ceux observés chez les chevaux fournis aux expériences de M. Debout témoignent d'un certain danger.

Résection du maxillaire supérieur et de la moitié droite du maxillaire inférieur.

M. le professeur Heyfelder, d'Erlengen, communique une observation de résection de l'os maxillaire supérieur et de l'os zygomatique du côté droit, et de la moitié droite de la mâchoire inférieure, pratiquée sur un sujet de 18 ans, pour une tumeur cancéreuse qui s'étendait du bord inférieur de l'orbite droit jusqu'au bord inférieur de la mâchoire inférieure de ce côté, et du bord externe de la branche ascendante de la mandibule jusqu'au nez. La tumeur était formée de deux parties presque de la même grandeur, intimement unies l'une à l'autre, et dont la première s'était développée dans la mâchoire supérieure. Il résultait de cette tumeur une difformité considérable et une très grande gêne pour la déglutition. Quant à la nature de la tumeur, son développement rapide et le résultat de l'examen microscopique ne laissaient aucun doute qu'elle fût cancéreuse. Son ablation rendit nécessaire la résection totale de l'os zygomatique, de l'os maxillaire supérieur du côté droit et de la plus grande moitié du maxillaire inférieur, ce qui constitua une opération extrêmement laborieuse.

La réunion de la plaie était complète le 6me jour. Mais, dès la veille (le 5me jour), il s'était manifesté quelques symptômes morbides (fièvre, insomnie, délire suivi d'abattement, etc.) qui s'accrurent les jours suivans. L'opéré finit par succomber le 27me jour après l'opération.

L'autopsie fit constater que ce malade était mort des suites d'une infection purulente, bien que la plaie eût été réunie presque immédiatement, et qu'il ne se fût manifesté aucun des symptômes qui caractérisent habituellement la pyémie.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. — MM. Boinet, Broca, Follin, Boyer, Triquet, Verneuil, Depaul, Sappey, Laborie et Houël, ont été admis à prendre part aux épreuves définitives pour trois places de chirurgiens des hôpitaux.

— La démolition de la partie de l'Hôtel-Dieu, située sur la rive droite du petit bras de la Seine, vient d'être arrêtée en principe par le conseil municipal, qui a décidé la prolongation du quai du Marché-Neuf sur l'emplacement de l'Hôtel-Dieu.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltestе et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 47. SEPTIÈME ANNÉE. **Jeudi 21 Avril 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois............. 17
3 Mois............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 20 AVRIL 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Avant d'arriver à la partie de la séance qui a suscité une discussion intéressante, nous reproduirons ici une courte lettre communiquée à l'Académie par M. Cloquet, et écrite par son neveu, M. le docteur Ernest Cloquet, qui donne quelques détails intéressans sur la marche du choléra en Perse :

« Teheran, 17 Février 1853.

« Nous sommes menacés du choléra pour le printemps prochain et je suis obligé de faire les honneurs du pays à ce désagréable visiteur. La maladie suit, cette fois-ci, une marche tout à fait insolite ; elle s'est déclarée à Bassorah en 1851 ; de là elle a remonté le cours du Tigre jusqu'à Bagdad ; de Bagdad, en traversant le Kurdistan, elle s'est portée vers la province d'Azerbaïdjan. Après avoir ravagé ce pays, et notamment Tauris, qui en est la capitale, elle se dirige vers le sud et le sud-est, en suivant les bords de la mer Caspienne, et l'on assure qu'elle s'est montrée à Casbin, qui n'est qu'à vingt-deux lieues de Teheran. D'après cet itinéraire, il n'est pas probable que cette fois-ci, le choléra se porte du côté de l'Europe ; il y a tout lieu d'espérer qu'après avoir levé son impôt sur la Perse, l'épidémie se jettera sur l'Inde, sa patrie, qu'elle n'aurait jamais dû quitter.

» Le dr Ernest CLOQUET,
» Membre correspondant de l'Académie impériale de médecine,
» médecin du shah de Perse. »

Nous avons cherché à dissiper les craintes que l'apparition du choléra en Pologne et en Russie avait fait naître, en nous fondant sur ce fait, que cette sorte d'explosion épidémique n'était qu'un accident isolé, ne paraissant avoir aucune filiation avec la grande épidémie qui partie, comme toujours, du delta du Gange, s'épandait dans les provinces orientales de la Turquie, et menaçait de pénétrer en Europe par le Caucase. Il paraît qu'en Asie comme en Europe, le choléra parcourt cette fois, une voie inusitée. Il remonte vers sa source. Puisse-t-il ne pas se diviser en embranchemens!

Les honneurs de la séance ont été pour M. Piorry, qui a lu un rapport intéressant sur les moyens employés par M. le docteur Blanchet pour doter les sourds-muets de l'ouïe et de la parole.

C'est une grave question que celle de la surdi-mutité, et qui se rattache aux plus hautes considérations de la psychologie, de la physiologie et de la pathologie, comme aussi elle exige des connaissances positives sur les phénomènes et les lois de l'acoustique. Pour envisager ce sujet sous tous ses aspects, il faudrait être à la fois médecin, philosophe et physicien ; médecin, pour savoir reconnaître et traiter, quand c'est possible, les altérations organiques, si celles-ci sont la cause de l'infirmité ; philosophe, pour faire concorder les moyens de l'art avec les lois psychiques qui président à la genèse des idées ; physicien, pour appliquer avec discernement et mesure ces moyens de l'art, si ces moyens sont applicables. Quiconque a lu un des innombrables travaux publiés sur l'éducation des sourds-muets, a compris tout ce que ce sujet présente d'obscur et de complexe. Quiconque a pénétré dans un asile ouvert à cette infirmité, a été frappé de ce fait, que la surdi-mutité n'exerce pas une influence toujours égale, toujours semblable sur le dévelpppement des facultés intellectuelles. A côté de l'idiot, plongé dans la nuit épaisse de l'hébétude, on aperçoit des fronts, des yeux, des physionomies éclairés par le rayon divin de l'intelligence. Même différence pour les facultés affectives ; là, le sommeil profond de ces facultés ; ici, toutes les passions de l'âme, amour, amitié, dévoûment, haine, vengeance, et le reste.

Sont-ils susceptibles d'une éducation semblable tous ces infortunés, chez les mieux partagés desquels les manifestations de l'âme humaine n'apparaissent jamais que comme à travers un voile plus ou moins épais ? Non, certes ; Itard, et avant lui l'abbé Sicard, et avant lui un Portugais dont le nom nous échappe en ce moment, Haller, Diderot, tous ceux enfin qui ont étudié la surdi-mutité avec un peu de philosophie, ont cherché à catégoriser cette infirmité, et ont reconnu qu'il y avait des sujets réfractaires à toute éducation, à côté de ceux dont l'esprit était apte à une culture plus ou moins fructueuse.

Parmi les moyens d'éducation, de tout temps on a fait des tentatives pour faire pénétrer d'abord dans l'esprit de ces infortunés l'idée du son, d'éduquer ensuite leurs organes auditifs à sa perception, de façonner enfin leurs organes vocaux à l'émission de la parole articulée. Il faut bien le dire, toutes ces tentatives n'ont amené que des résultats à peu près nuls. Nous avons plusieurs fois assisté aux exercices de plusieurs établissemens publics ou privés consacrés à l'éducation des sourds-muets ; nous avons entendu ces malheureux dressés à réciter des fables, à lire, à chanter même, toujours nous sommes sorti de ces séances le cœur attristé, et notre sens auditif très désagréablement affecté par les sons sauvages et qui n'avaient rien d'humain, émis par ces pauvres créatures.

M. le docteur Blanchet est-il plus heureux ? La commission dont M. Piorry est l'organe l'assure. C'est là une garantie sérieuse assurément. Cependant, malgré la timidé des objections qui ont été faites au rapport, l'Académie ne nous a pas paru très édifiée sur le compte de cette méthode et elle a saisi avec empressement l'occasion que lui a offerte M. Bonnafont de renvoyer son vote à la prochaine séance. Cet honorable confrère a promis, en effet, une communication qui pourra jeter quelques lumières sur la question.

Ces lumières viendront à propos. Le côté psychique du sujet n'a pas même été indiqué, soit dans le rapport, soit dans la discussion qui l'a suivi. M. Bousquet paraissait vouloir entrer dans cette partie de la question, mais il a coupé court et a semblé ne pas vouloir effrayer l'Académie, moins familiarisée que lui avec les études de ce genre.

Quelques obscurités de rédaction dans le rapport ont engagé M. Bérard à prendre la parole sur deux points, l'un de physique, l'autre de physiologie. Il a rappelé ce principe de physique, que l'intensité du son ne dépendait pas du nombre des vibrations, mais de la force qui le produit. Il a rappelé la loi physiologique des fonctions spéciales des nerfs sensitifs, et, par quelques mots d'une clarté qui lui est familière, il a montré l'erreur dans laquelle tomberaient les éducateurs des sourds-muets qui croiraient avoir ouvert à ces infortunés le sens de l'audition, parce qu'ils les auraient rendus attentifs aux sensations purement tactiles qui résultent des vibrations.

Nous aurons occasion de revenir sur ce sujet intéressant, puisque l'Académie a renvoyé la discussion des conclusions du rapport à mardi prochain. Nous ne voulons pas cependant que l'on infère de ce que nous venons de dire une critique de la méthode de M. Blanchet ou du rapport de l'honorable M. Piorry ; nous ne connaissons pas cette méthode, et nous avons toute confiance dans les lumières spéciales du rappor-

Feuilleton.

DE L'INFLUENCE DE LA MUSIQUE SUR LA GUÉRISON DES MALADIES ;

Lu dans la séance générale des Sociétés archéologiques de l'Yonne, réunies au comité de la Société des monumens historiques de France, sous la présidence de M. de Caumont (1).

Par M. le docteur ROLLAND, de Sens.

VI.

A l'hypocondrie produite par le chagrin d'un amour malheureux, je ne voudrais opposer que le charme de la musique. Et si, à ce propos, me reportant encore à quelque exemple fameux tiré de l'antiquité, je vous citais l'amour d'Antiochus pour la belle Stratonie, ce ne serait que pour vous montrer la supériorité de la méthode mélodique appliquée à ce cas malencontreux ; car, tout en rendant justice à la supériorité d'Érasistrate, notre illustre confrère, découvrant la source des peines de son intéressant malade dans un regard furtif accompagné d'une plus grande vivacité dans l'action du cœur, j'avoue qu'avant de recourir au remède étrange ordonné par le médecin, j'eusse conseillé les plus belles mélodies, les chants les plus suaves. Ainsi que nous l'avons établi, le sentiment musical était développé chez les Grecs à un point extrême ; les exemples de guérison d'affections nerveuses étaient connus dès cette époque. Or, sous le rapport de la musique, Érasistrate n'était pas à la hauteur de son siècle ; car si son diagnostic dénotait une grande connaissance du cœur humain, sa thérapeutique exceptionnelle n'aurait pas été facilement accueillie de nos jours, et aurait, à n'en pas douter, soulevé de nombreuses et amères critiques ; mais, après tout, les mœurs, moins sévères que les nôtres, rendaient peut-être, en ce temps-là, le moyen plus acceptable.

Dans la chlorose, l'action curative de la musique est certes incontestable. Une jeune fille atteinte de cette maladie, et que le moindre mouvement essouffle, qui ne peut faire un pas sans éprouver de fortes palpitations, monter un escalier sans s'arrêter, pour reprendre haleine, fournira la carrière des plus intrépides danseuses, lorsqu'elle entendra les sons entraînans de l'orchestre. Nous voyons, dans nos soirées d'hiver, ces petits êtres frêles et délicats, fleurs charmantes de la civilisation, paraissant chanceler au moindre choc, et qui, au premier coup d'archet des Strauss et des Musard, acquièrent tout à coup une vivacité, une force, une élasticité de jarret incroyables ; et si l'on songe un instant que la polka, la mazurka, la shotisch, la rédowa, ces importations plus ou moins exotiques des pays du Nord, demandent un déploiement de forces, une activité bien autrement supérieure à celles qu'exigeaient notre vieux balancé, notre classique queue-du-chat, on conviendra qu'il est peu de merveilles que la musique ne puisse réaliser. Les fameuses cures opérées par le baquet mesmérien, qui avait l'heureuse prérogative de distraire les fainéans de la cour et de la ville, en offrant aux esprits blasés de cette époque les ressources d'une agréable thérapeutique, trouvaient encore dans la musique un adjuvant fort important, que le grand jongleur ne manquait jamais de mettre en usage. C'était toujours aux sons d'une harmonie vaporeuse et suave que commençaient les délectations du baquet à la mode ; des flûtes et hautbois cachés faisaient entendre leurs accords mélodieux pendant les passes bienheureuses. Mesmer avait une riche mise en scène, et n'ignorait pas la valeur des séductions musicales.

J'aime mieux cependant l'intervention de la musique dans le fait suivant, beaucoup plus médical :

Un musicien perdit son fils bien-aimé, son seul amour ; cet affreux malheur le plongea dans un désespoir mortel ; la douleur fut si profonde et si cruellement sentie, qu'elle tarit à l'instant la source de ses larmes, et que sa santé en reçut la plus pénible atteinte ; à la moindre marche, accablé de fatigue ; il éprouvait, en outre, dans l'épigastre, une constriction douloureuse ; les digestions se dérangèrent, puis survinrent des suffocations et des syncopes ; bientôt une suffusion séreuse alarmante se joignit au cortège des symptômes que nous venons de retracer ; le gonflement des extrémités inférieures, accompagné d'une faiblesse et d'une anxiété croissantes, présageait la fin prochaine de ce père infortuné, qui, depuis la mort irréparable de son fils, fuyait les amis nombreux qu'il s'était faits par son aménité, son esprit, le charme de sa conversation, et surtout par le culte qu'il avait voué à l'art musical. Sombre et taciturne, il semblait se nourrir de sa douleur, recherchait la solitude, évitant avec soin la société des hommes. L'un d'eux, grand musicien, se rappelant que son ami n'avait jamais pu entendre, sans le plus vif attendrissement, l'*Oh quam tristis et afflicta* du *Stabat Mater* de Pergolèse, chef-d'œuvre inimitable de sentiment et d'expression, se mit à chanter cet admirable morceau. Doué d'une voix sympathique et mélodieuse, pénétré du désir de rendre à la vie celui qu'il chérissait comme un frère, il eut des accens d'une suavité pénétrante. Le malade, qui n'avait pas été prévenu de la tentative qui serait faite, et que ces sons ravissans transportaient dans les régions célestes, touché jusqu'à l'âme, ne put résister à cette divine mélodie. Il fondit en larmes, et son cœur, noyé d'ivresse, oublia pour quelques momens la perte de son bien-aimé fils, ou plutôt il se crut un instant dans le ciel avec celui qu'il avait tant chéri. Son ami, charmé de l'effet prodigieux qu'il obtenait, lui fit successivement entendre les différens morceaux qu'il supposait plus capables de l'émouvoir plus profondément ; et bientôt le sommeil qui, depuis plusieurs mois, lui refusait son baume réparateur, vint enfin clore ses paupières et lui prodiguer ses dons.

L'illustre auteur de la *Physiologie des passions*, Alibert, aimait beaucoup la musique ; il connaissait toute la valeur de cet agent curatif, et fit un jour de compte à demi avec Benazet, le célèbre violoncelliste, père de cette fauvette délicieuse des salons, ayant nom Sabatier, que vous avez tous eu le plaisir d'entendre bien des fois dans cette salle, une cure que je vous demande la permission de vous raconter.

A la suite de chagrins de toute nature, une jeune dame, douée d'une constitution frêle et nerveuse, devint tout à coup mélancolique ; la vie ne lui semblait plus qu'un inutile fardeau, supporté cependant en vue

(1) Suite. — Voir les numéros des 29, 31 Mars, 9, 14 et 19 Avril.

teur et de la commission. Nous estimons seulement que l'Académie a toute raison de ne donner son approbation, sur ce sujet délicat et difficile, qu'à très bon escient.

Amédée Latour.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de M. le professeur Trousseau.

Sommaire. — Sur la varicelle, la varioloïde, la variole, et sur quelques questions à l'ordre du jour, telles que la vaccination, la revaccination, et l'inoculation varioleuse.

Vous avez dû voir, depuis quelque temps, entrer dans nos salles, un certain nombre de malades atteints de variole ou de varioloïde, et, en les voyant, vous avez pu concevoir des doutes sur l'importance de la vaccine, sur l'influence de ce modificateur puissant, et aussi sur la légitimité de certaines éruptions traitées de variole ou de varioloïde, et qui se présentent avec des caractères tels, qu'elles pourraient être prises pour des affections éruptives différentes, pour des varicelles, par exemple. Je vais donc, pour faire pénétrer autant que possible la lumière dans vos esprits, étudier dans une série de leçons la varicelle, la varioloïde, la variole ; la vaccine, son histoire, son origine, ses transformations. Nous traiterons ensuite de la vaccination, de la revaccination et de l'inoculation variolique, questions brûlantes aujourd'hui, et qui, avant vingt-cinq ou trente ans, sont destinées à réveiller au sein de la génération médicale qui nous suivra une vive agitation et des luttes ardentes.

Cette première leçon sera consacrée à l'étude de la varicelle. Mais, auparavant, laissez-moi vous présenter quelques considérations préliminaires indispensables pour la complète intelligence des choses qui vont faire l'objet de notre étude.

Lorsque vous lisez les auteurs des siècles derniers, et principalement le livre magnifique dans lequel Sydenham parle des épidémies de variole, vous y trouvez écrits souvent les mots *variolæ anomalæ*. Ces varioles anomales, bien qu'ayant dans certaines circonstances de nombreux points de contact avec la variole, en diffèrent cependant à certains points de vue.

Que si vous arrivez à des auteurs rapprochés de nous, à Dehaën, à Borsieri, vous retrouvez dans leurs livres des histoires de varioles anomales désignées par eux sous le nom de *variolæ anomalæ, irregulares*. En se rapprochant davantage des temps où la vaccine a été découverte, outre les noms de *variolæ anomalæ, irregulares*, nous trouvons ceux de *variolæ cristallinæ, variolæ cornatæ*, c'est-à-dire varioles *cristallines*, varioles *cornées*.

Ces formes diverses de la variole étaient des anomalies, des exceptions à une époque où la vaccine n'était point encore connue. Ces varioles *cornées*, *anomales*, sont devenues en quelque sorte la règle aujourd'hui, ce qui tient à l'heureuse influence de la vaccine, qui, grâce à un zèle ardent et éclairé, a pénétré partout, dans les campagnes comme dans les villes, et a tout envahi.

Mais voyons quelle est l'influence que les virus en général, et le virus varioleux en particulier, exercent sur l'économie, lorsque, d'une manière ou d'une autre, par inoculation ou par contagion, ils viennent à être introduits dans le corps de l'homme. Le virus varioleux, appliqué à l'économie, y détermine des phénomènes particuliers. C'est d'abord une fièvre intense, qui dure un certain temps, période d'incubation pendant laquelle le virus sommeille, ou plutôt subit une élaboration particulière, sans modification extérieure ; c'est en second lieu une éruption dont je décrirai plus tard les caractères. Qu'il me suffise, pour le moment, de mettre en lumière un fait capital, à savoir, qu'il résulte pour l'individu qui a subi une fois l'influence du virus varioleux, une modification spéciale en vertu de laquelle il cesse d'être apte à la subir de nouveau. Cela n'a pas lieu seulement pour la variole, mais encore pour la fièvre jaune, la coqueluche et autres affections complètement étrangères à la famille des maladies éruptives. Il est certain que, dans tous ces cas, l'économie ne reçoit plus, volontiers du moins, l'atteinte de l'agent morbide. Cependant elle subit, exceptionnellement il est vrai, mais enfin elle subit quelquefois une nouvelle atteinte, si bien que nous trouvons déjà consignés dans les histoires des épidémies de variole qui ont sévi dans le siècle dernier, des faits authentiques de variolés ayant repris la maladie, et que j'ai pu observer, en 1831, un étudiant en médecine qui, après trois éruptions varioliques successives, a été frappé, sous mes yeux, d'une quatrième attaque.

Il est donc certain qu'avant la découverte de la vaccine, on avait observé des varioles revenant une première, une deuxième et une troisième fois, et chaque fois avec des modifications particulières. A la fin du siècle dernier, il y avait à Londres un hôpital (qui existe encore aujourd'hui) exclusivement destiné aux varioleux, où l'on faisait entrer tous les individus atteints de cette maladie, afin de préserver la partie saine de la population de toute influence contagieuse. Là, avant la découverte de la vaccine, on constatait déjà de nombreux cas de variole chez des individus variolés ou inoculés avec le virus variolique. Mais déjà aussi on constatait, de la manière la plus positive, que ces éruptions secondaires avaient des caractères particuliers différens de ceux de l'éruption primitive ; que, par exemple, les pustules étaient moins prononcées, moins nombreuses, qu'elles se cornaient ; en un mot, qu'on avait affaire à des varioles modifiées.

Cependant, de nos jours, et après que la vaccine eut, jusqu'en 1820, préservé presque complètement les populations des épidémies de variole, ces épidémies reparurent d'abord à Marseille, puis à Édimbourg, et de là en Angleterre. Dans le cours de ces épidémies, on put voir, parmi les individus frappés de la maladie, un grand nombre de vaccinés. On en compta environ quatre à cinq mille. A cette époque, on décrivit une forme particulière de variole, à laquelle on donna le nom de varioloïde. Au milieu de ces épidémies de variole, on trouva des gens qui, ayant eu la maladie, furent pris de varioloïde, comme aussi on trouva des individus qui, atteints entièrement de variole, subirent l'influence de la vaccine.

Ces faits firent réfléchir ; des doutes s'élevèrent dans l'esprit de quelques médecins, sur la légitimité de ces varioles qui n'avaient pas mis les personnes atteintes à couvert contre une nouvelle affection, ou bien ne les avaient pas rendues réfractaires à l'influence de la vaccine. Ils en vinrent à penser que ces prétendus variolés n'avaient eu qu'une simple varicelle. Ils différenciaient ainsi la varicelle de la variole ; tandis que, d'un autre côté, le plus grand nombre de médecins, qui ne veulent pas croire à la spécificité des maladies, se refusent à voir entre la variole et la varicelle une différence spécifique, et font de celle-ci une modification particulière de la variole.

Ceci posé, passons maintenant en revue les divers caractères de la varicelle, en insistant particulièrement sur ceux qui la différencient de la variole ou de la varioloïde.

La varicelle, *petite-vérole volante*, appelée aussi en Angleterre *petite-vérole des poulets*, est une maladie qui frappe ordinairement les très jeunes enfans, et très rarement les adultes. La varioloïde, au contraire, est une maladie qui ne frappe presque jamais les très jeunes enfans vaccinés, et qui sévit principalement sur les adultes. Voilà déjà un bon caractère différentiel.

Quant aux caractères propres à la varicelle, que l'individu ait été ou non vacciné, qu'il ait eu ou non la variole ou la varioloïde, ils sont toujours les mêmes ; la maladie ne subit aucune modification ; elle présente, chez tous les individus chez lesquels elle se développe, les caractères propres à la petite-vérole volante, caractères particuliers soit de fièvre, soit d'éruption. La maladie débute par un mouvement fébrile vif, sans vomissemens ni douleurs de reins ; tandis que dans la varioloïde ou la variole, les vomissemens et les douleurs lombaires sont à peu près constans. Avant vingt-quatre heures révolues, quelquefois après quatre ou cinq heures de fièvre, comme dans la scarlatine, apparaissent de petits boutons rouges, légèrement proéminens à la surface de la peau, et ressemblant aux boutons de la petite-vérole au deuxième jour de l'éruption. La fièvre est d'une si courte durée que, dans un grand nombre de cas, le médecin ne peut en constater l'existence. Dans aucune autre maladie pustuleuse, variole ou varioloïde, on n'observe un pareil phénomène.

Une fois l'éruption sortie, la fièvre continue pendant quatre ou cinq jours, mais en présentant un caractère tout particulier, c'est-à-dire qu'elle s'éteint le jour pour se rallumer la nuit avec la même violence. Cela dure ainsi quatre ou cinq jours. Chaque fièvre nouvelle amène une éruption nouvelle ; si bien qu'ayant, je suppose, constaté au premier jour de la maladie, l'existence de 20 boutons au visage, le lendemain vous en comptez 30, le surlendemain 40, puis 50 et 60 les jours suivans ; il en sera de même sur le reste du corps ; de telle sorte qu'au lieu de s'épuiser comme la variole, la rougeole et la scarlatine, en un seul effort, et de tout jeter à la peau en vingt-quatre heures, la fièvre de la varicelle paie, pour ainsi dire, en petite monnaie ; l'éruption se fait chaque jour par groupes différens les uns des autres ; si bien qu'un médecin qui a l'habitude de voir des varicelles, n'a pas de peine à distinguer l'éruption du jour de celle de la veille ou de l'avant-veille, car les pustules qui composent chaque groupe d'éruption, diffèrent complètement par leur forme des pustules du groupe qui précède et de celui qui suit.

La forme des pustules de la varicelle est si profondément différente de celle de la variole, qu'il suffit de les voir une fois pour ne plus les confondre. Le bouton de la varicelle est rouge, acuminé ; il est remplacé douze ou vingt-quatre heures après par une bulle qui ressemble à la bulle du pemphigus, de certains érysipèles, de certains herpès, et particulièrement de l'herpès *zoster*. Cette bulle est isolée, arrondie comme la bulle d'une brûlure produite par une goutte d'eau ou d'huile bouillante : elle est tendue, d'une limpidité parfaite, contenant de l'eau au lieu de pus.

Quinze heures après son apparition, on voit se dessiner autour d'elle une petite auréole inflammatoire beaucoup plus hâtive que celle de la variole, puisque cette dernière ne se forme que trois jours après l'apparition de la pustule. Si vous venez à tendre la peau au niveau de l'auréole, vous la faites disparaître et il ne reste plus que la bulle transparente semblable à une goutte d'eau limpide. Le lendemain, la bulle

---

d'un monde meilleur, avec courage. Mais des convulsions, des syncopes fréquentes, des crachemens de sang, accompagnés de sueurs profuses, semblaient devoir bientôt en abréger la durée. Tout, en effet, indiquait une fin prochaine, lorsqu'Alibert la décida à recourir au talent de Benazet. Cet artiste, placé dans une chambre près de la malade, commença par tirer de son instrument des sons sonores et mélodieux, en rapport avec le caractère et les habitudes de la malade ; celle-ci, plongée dans une indifférence, une atonie que rienne semblait éveiller, y parut d'abord insensible ; mais le charme ne tarde pas à s'opérer graduellement ; la mourante, qui depuis quelques instans subissait la fatigue d'un délire intense ayant succédé à l'état dont nous venons de parler, se calme peu à peu ; sa tête s'incline à droite et à gauche par une espèce de mouvement imperceptible automatique involontaire, dans lequel pourtant on reconnaît la mesure appréciée déjà par la malade. Alibert, craignant de la fatiguer, fait signe à Benazet d'interrompre l'expérience. Après quelques heures d'un repos salutaire, on reprend la séance : l'amélioration ne tarde pas à se prononcer. Ses yeux, depuis longtemps privés des douceurs du sommeil, se fermèrent aux sons enchanteurs prodigués par l'éminent artiste. Et après huit ou dix jours de séances musicales, auxquelles la malade prenait le plus vif intérêt, la convalescence s'établit d'une manière durable et définitive.

Le docteur Descuret, dont la sincérité ne peut être un instant mise en doute, nous raconte l'aventure suivante. Benazet lui-même, près d'en être la victime, en fut au contraire le héros ressuscité. Dans son adolescence, à la suite d'une fièvre typhoïde, ce musicien était plongé dans une léthargie profonde, dont rien ne semblait pouvoir le tirer, et qui, aux yeux du médecin ordinaire, ne devait avoir d'autre issue que la mort ; on songeait pour ainsi dire aux funérailles. Lorsqu'un orgue de Barbarie, passant sous ses fenêtres, se mit à jouer la *Marche des Tartares*, de Kreutzer, pour laquelle le mourant avait une prédilection toute particulière. Par un mouvement machinal, et qu'il fallut pourtant bien accepter, les pieds du moribond soulevant, j'oserais presque dire son linceul, indiquaient la mesure de cet air ; l'orgue s'étant arrêté, les pieds retombèrent dans leur immobilité primitive. On fit monter l'orgue, et les pieds se remettant plus vivement à battre la mesure, la connaissance revint au malade, et plus tard la santé.

Non seulement la musique galvanise, et retient sur les lèvres des mourans le dernier souffle prêt à s'exhaler, mais il n'y a pas de souffrance, si aiguë qu'elle soit, qui ne puisse être atténuée par elle ; tous ceux qui l'aiment et la sentent vivement, ont pu, dans quelques circonstances, en faire l'épreuve sur eux-mêmes. En voici, du reste, un exemple bien authentique et bien frappant :

Un jour, en place de Grève, un misérable subissait l'affreux supplice de la roue ; au milieu des tortures que lui infligeait le bourreau, la victime, accablée par l'affreuse douleur de ses membres broyés, vit passer une troupe de musiciens ambulans jetant au milieu de cette scène de désolation leurs joyeux accords ; elle sollicita tout aussitôt leur bienveillante intervention, et cette troupe nomade compâtissant à l'horreur de cette cruelle situation, lui fit entendre les plus beaux morceaux ; le malheureux patient supportant alors plus courageusement les angoisses de sa terrible expiation, fit cesser un instant ses cris déchirans, en priant le bourreau d'achever, au milieu de cet adoucissement, sa trop longue agonie. Ce fait, tout extraordinaire qu'il paraisse, ne peut être nié ; la musique, en produisant une sorte d'exaltation enthousiaste, explique parfaitement, selon nous, cette diminution de la sensibilité. Archimède, impassible au milieu du carnage, et recevant le coup fatal sans en avoir conscience ; cet autre savant qui se laisse brûler les pieds sans s'en apercevoir, bien qu'amenés à l'oubli complet du moi par un mobile différent, c'est-à-dire une contention absolue de l'esprit, viennent corroborer, par leur exemple, le phénomène étrange que nous venons de vous raconter.

Je l'ai dit, la musique, pour être employée comme moyen thérapeutique, demande de l'instruction, de la sensibilité, du tact et du goût ; il faut savoir bien assortir aux professions, aux habitudes, à l'éducation, aux localités même, les différens modes d'expression musicale à mettre en œuvre près du lit des malades. Le succès dépendra bien souvent aussi du choix des morceaux, du goût et du talent de l'artiste ; car il ne suffit pas, pour obtenir de la musique tout ce qu'on est en droit d'en attendre, de la prodiguer sans rime ni mesure ; et si le remède est commun, il est assez rarement de bonne qualité ; ainsi, règle générale, quand vous croirez devoir l'appliquer comme moyen curatif, fuyez ces grands harmonistes, habitués à faire de la voltige sur la corde roide, du violon ou du piano, n'estimant belle, à l'instar de bien des gens, que la musique difficile. Ces convulsionnaires mélophones, capables, avec leurs difficultés vaincues, de susciter des crises nerveuses, devront être proscrits impitoyablement de la chambre d'un malade ou d'un convalescent.

Sachez modifier vos chants ou votre instrumentation, selon que vous avez affaire à des hommes nés dans les climats chauds ou dans les pays froids ; n'en usez jamais chez nos bons villageois, dont la fibre un peu dure et l'oreille inharmonieuse ne saurait s'accommoder à de telles délicatesses, ou alors prenez la vielle, la musette, le bignou, l'instrument qui berça leur enfance, le tambourin encore, le chalumeau champêtre, au son desquels, sous la tonnelle du gros chêne, se passaient les joyeux ébats des robustes anciens.

A l'un de ces hypocondriaques si communs dans le monde, et qui se tiennent sur les confins de la maladie sans jamais aborder aucune lésion organique, bocaux à demi fêlés, quinteux pleureurs et moroses, n'offrez jamais qu'une musique vive et légère : les boléros, tarentelles, saltarelles, tous ces mouvemens, *allegro, allegretto, vivace, schezo con brio*, me sembleraient devoir être choisis de préférence.

(La fin à un prochain numéro.)

Par décret impérial, en date du 16 avril 1853, M. Fischer, premier médecin en chef de la marine, a été admis à faire valoir ses droits à la pension de retraite, à titre d'ancienneté de services.

— Par un décret du même jour, M. Lauvergne, second médecin en chef de la marine, est nommé au grade de premier médecin en chef, en remplacement de M. Fischer.

ERRATUM. — Numéro du 16 avril, 3me page, 1re colonne, 3me alinéa, ligne 7me, lisez ainsi : « semblable, en quelque sorte, aux insertions musculaires de la langue aux apophyses *géni*. »

s'étend, s'agrandit, se défigure ; elle perd sa parfaite rondeur, et le liquide qu'elle contient prend une teinte légèrement opaline. Vingt-quatre heures après, l'auréole s'étend, s'élargit à son tour et devient d'un rouge beaucoup plus foncé que celle de la variole. Au lieu de ce rose agréable propre à l'auréole de la variole, *lætè rosea*, suivant la jolie expression de Sydenham, elle revêt une teinte d'un rouge livide. Le quatrième jour, la bulle se dessèche et laisse à sa place une plaque noire et irrégulière comme la plaque d'une pustule d'ecthyma ou comme celle de certains ulcères desséchés de la peau.

Une fois que la dernière pustule est sortie, la fièvre tombe complètement, ce qui est bien différent de ce qui se passe dans la variole ou la varioloïde. Ici, en effet, l'on voit au huitième jour de la maladie survenir un mouvement fébrile que l'on a désigné sous le nom de fièvre de maturation ou de suppuration. Dans la varicelle, au contraire, une fois l'éruption épuisée, la fièvre s'éteint pour ne plus reparaître, bien qu'il y ait encore à la peau des bulles remplies de pus. Ordinairement, du quatrième au cinquième jour, toutes les bulles sont sèches et le malade est guéri. Quelquefois, cependant, la formation des bulles continue pendant un certain temps, et je me souviens d'avoir vu, dans une épidémie de varicelle que j'ai eu l'occasion d'observer dans mon service d'enfans, à l'hôpital Necker, l'éruption se prolonger pendant trois à quatre semaines. Ces bulles prirent, vers la fin de la maladie, les caractères des bulles du pemphigus en même temps que se manifestait chez les petits malades une altération grave de la santé. Mais c'est là l'exception. Depuis que je fais de la médecine, je n'ai jamais vu, soit dans ma pratique particulière, soit dans les hôpitaux d'enfans, où je suis resté quinze ans, je n'ai jamais vu, dis-je, un seul enfant mourir de la varicelle.

La varicelle se conduit absolument de même chez les individus vaccinés que chez ceux qui ne le sont pas. J'ai vu à l'hôpital Necker, où je n'avais que de très jeunes enfans, tous vaccinés, la varicelle frapper l'universalité des enfans. Or, l'immunité que la vaccine donne contre la variole se prolonge assez longtemps pour qu'il soit exceptionnel de voir la variole atteindre des enfans vaccinés, d'où il faut conclure que la varicelle n'est pas une simple modification de la variole. Comme contre-épreuve, nous voyons que lorsque par exception la vertu préservatrice de la vaccine fait défaut, les enfans sont frappés en variole et non en varioloïde. Or, la varicelle se rapproche beaucoup plus, par ses caractères, de la varioloïde que de la variole. Si donc la varicelle n'était qu'une simple modification de la variole, ce n'est pas en varicelle que les enfans vaccinés devraient être frappés. On voit des enfans vaccinés ou ayant eu la variole, frappés par la varicelle au même titre que par la rougeole, la scarlatine, l'érythème noueux, et en général par les maladies de peau, qui ont sur eux tant de prise.

Il y a donc, entre la variole et la varicelle, une différence du tout au tout. La marche et la durée de la fièvre initiale, la marche et la durée de l'éruption varicelleuse et ses phases diverses sont des caractères qui ne permettent pas de confondre la varicelle avec aucune autre maladie éruptive. Mais la varicelle, bien qu'elle soit d'une bénignité merveilleuse, puisque je n'ai jamais vu un seul enfant mourir de cette maladie, laisse cependant des traces sur la peau. Ces marques peuvent être et sont réellement prises, soit par les parens qui sont bien excusables, soit par les médecins qui le sont beaucoup moins, pour des marques de petite vérole. En général, les parens ne se trompent guère sur la nature de l'éruption, et lorsque le médecin, souvent moins instruit qu'eux sur ce point, prenant une varicelle pour une variole, leur déclare que leur enfant a la petite-vérole, les mères savent bien lui dire : Oh! non Monsieur, vous vous trompez, ce n'est pas la petite-vérole, ce n'est que la petite-vérole volante. Ces mères savent parfaitement que la petite-vérole volante et la variole ne sont pas la même chose. Cependant il y a des parens un peu médecins qui croient que c'est la même chose, et qui, lorsqu'on leur conseille de faire vacciner leur enfant, répondent : Ce n'est pas la peine de le vacciner, il a eu la *picote*. Or, ces prétendus picotés ou variolés, quand surviennent des épidémies de petite-vérole, contractent la maladie sans modification aucune, et l'on en voit qui ne sont nullement réfractaires à l'inoculation du vaccin. Alors certains médecins, témoins de ces faits, disent : Vous voyez bien que des gens ayant eu la variole peuvent la contracter de nouveau ; vous voyez qu'ils peuvent également prendre la vaccine. Eh! sans doute, on peut avoir eu la variole et la reprendre, mais très certainement aussi la plupart de ceux que l'on considère comme plusieurs fois variolés n'ont eu primitivement qu'une simple varicelle, et cette erreur est due à ce que le plus grand nombre des médecins ne savent pas distinguer la varicelle de la variole ou de la varioloïde, bien que, ainsi que nous croyons l'avoir démontré, la chose soit d'une facilité extrême. La prochaine séance sera consacrée à l'étude de la varioloïde.

(La suite à un prochain n°.) — Dr A. Tartivel.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

NOUVELLE MÉTHODE DE RÉSECTION DES NERFS DE LA FACE ; — MÉTHODE PAR EXTRACTION ;

Par M. le docteur L. Beau, chirurgien-major de la marine, chef des travaux anatomiques à l'École de médecine navale du port de Toulon.

(Suite. — Voir les nos des 7, 9 et 16 Avril.)

Quatrième temps. — *Extraction du nerf.*

Enfin, toutes ces conditions étant remplies et la portion du nerf à réséquer présentant deux bouts libres de 1 centimètre 1/2 de longueur environ, voici comment il convient de s'y prendre pour en opérer l'extraction :

Le chirurgien saisit successivement avec deux pinces, les deux bouts du nerf vers leur extrémité tout-à-fait terminale, dans une direction exactement perpendiculaire à leur longueur ; puis, il les enroule comme une corde autour des extrémités serrées de chacune des pinces, en faisant décrire ainsi au nerf un tour complet sur cet instrument.

Tenant alors une pince dans chaque main, l'opérateur tire sur le nerf, en le maintenant tendu, alternativement d'un côté vers l'autre ; chacune de ces tractions détache ou déchire quelques-uns des rares élémens fibreux ou des ramuscules nerveux qui unissent le nerf à l'os, jusqu'à ce qu'enfin toutes ces causes de fixité étant détruites, le nerf se laisse entraîner en masse par l'une des deux ouvertures du canal, le plus ordinairement par l'ouverture mentonnière.

Dans ce mouvement de translation du nerf, le faisceau de fibres qui est destiné à aller constituer la branche incisive, est retiré aussi du canal ; seulement, comme il est retenu par sa partie antérieure non divisée, il se sépare du reste du cordon nerveux, pendant que celui-ci chemine d'arrière en avant, et, après l'extraction, il reste isolé, appendu au-dehors du trou mentonnier, dans lequel il pénètre par une de ses extrémités. Il suffit de le sectionner en ce point avec la pointe du bistouri. Inutile d'ajouter que si l'extraction avait lieu exceptionnellement par l'ouverture artificielle du canal, le rameau incisif se déchirerait à une profondeur plus ou moins considérable.

Précautions nécessaires pour empêcher la déchirure du nerf dentaire, pendant les efforts de traction.

L'extraction sera ainsi facilement obtenue, si, tout en se conformant aux préceptes établis plus haut, on a encore le soin d'agir par des tractions lentes, quoique suffisamment fortes, et toujours sans secousses ; si, en outre, on exerce ces tractions, le plus possible suivant la direction normale du canal, de manière à empêcher que les extrémités nerveuses ne se coudent à angle trop prononcé sur les ouvertures osseuses.

La forme des pinces, avec lesquelles on a saisi le nerf, n'est pas même indifférente ici. Il faudra que ces pinces soient fortes, que leurs mors s'engrènent bien exactement, et que leurs extrémités rapprochées représentent une tige cylindrique, au lieu de figurer une pointe conique. Le nerf, en effet, s'enroulera beaucoup plus exactement sur un cylindre, et la traction portera d'une façon parfaitement égale sur tous les faisceaux du cordon nerveux en même temps.

En résumé, des précautions convenables, de bons instrumens et un peu d'habitude suffiront toujours pour empêcher la dilacération du nerf. Nous prononçons sans hésitation une affirmation absolue; car, dans plus de trente expériences sur le cadavre, toujours nous avons obtenu l'extraction du nerf sans déchirure; excepté cependant, sur un jeune enfant de douze ans, chez lequel la déchirure eut lieu au niveau du trou mentonnier. Cet accident a tenu dans ce cas, à la mollesse générale des tissus, encore assez prononcée à cet âge de la vie. Heureusement pour l'avenir de notre procédé, les névralgies, surtout celles à forme rebelle, sont bien rares, si même elles se montrent, avant l'époque de la puberté.

Cinquième temps. — *Pansement.*

Le lambeau, abandonné à lui-même, s'abaisse par son propre poids, et vient recouvrir comme un opercule les parties profondes.

Quelques serres-fines assurent le rapprochement des lèvres de la plaie. Elles doivent être assez espacées pour que la suppuration, qui va s'établir, se fasse aisément jour dans leur intervalle.

On peut espérer une cicatrisation complète en quinze ou vingt jours, et peut-être même beaucoup plus tôt.

Modification du procédé précédent ; — Extraction du nerf par la bouche.

Si on avait à opérer sur une femme jeune encore, on pourrait, dans le but de rendre la cicatrice moins étendue et partant moins défectueuse, attaquer le nerf mentonnier et l'extraire par la bouche.

Dans ce cas, une incision semi-lunaire commençant au bord antérieur du muscle masseter, à la hauteur déjà indiquée, pour venir aboutir à 2 centimètres 1/2 seulement en avant de ce point, serait plus que suffisante pour l'application facile de la couronne de trépan.

Le nerf mis à nu et sectionné en arrière, il faudrait faire renverser fortement en bas, par un aide, la lèvre inférieure près de la commissure du côté malade, de manière à mettre à découvert le fond de la gouttière gingivo-labiale. On diviserait, ensuite, en travers, dans l'étendue de 2 centimètres au moins, la membrane muqueuse, au-dessous de l'intervalle de séparation des deux petites molaires, dans le point où elle se détache de l'os pour se porter sur la lèvre.

Immédiatement au-dessous de cette membrane, on découvrirait les nombreux filets du mentonnier, et, en poursuivant ces filets de haut en bas, on ne tarderait pas à arriver au trou d'émergence du nerf. On se conduirait alors exactement comme nous l'avons indiqué dans le procédé ordinaire.

Seulement, on conçoit que, malgré le renversement forcé de la lèvre en bas, il sera toujours impossible de faire manœuvrer dans la bouche les instrumens, et particulièrement la pince, avec autant de facilité qu'au dehors. De plus, la situation déclive de la plaie dans la cavité buccale, pourra ne pas être sans inconvéniens pendant la période de cicatrisation. Aussi faudra-t-il, toutes les fois qu'on n'y sera pas forcé par des exigences particulières, choisir la large incision extérieure que nous avons décrite plus haut. La difformité qui résulterait de la cicatrice serait, du reste, fort légère, surtout chez les hommes, où elle serait en grande partie masquée par les poils de la barbe.

b. Résection du nerf dentaire dans la branche montante du maxillaire inférieur; extraction de toute l'étendue de ce nerf qui correspond a cette partie de la machoire.

Circonstances qui peuvent réclamer le choix de ce procédé. — Si les douleurs névralgiques se manifestaient vers la dernière molaire et la partie la plus reculée du rebord gingival, si surtout les élancemens douloureux paraissaient remonter très haut dans la direction de la branche dentaire, le procédé précédemment indiqué pourrait devenir insuffisant, et il serait alors rationnel de faire porter la résection sur un point du nerf, postérieur à celui que nous avons conseillé plus haut d'attaquer. Dans ce cas, il est vrai, le nerf plus profond exigera, pour être mis à découvert, la section de parties molles plus nombreuses et plus importantes ; l'opération sera évidemment plus laborieuse, sinon plus dangereuse ; mais ces motifs ne devront pas suffire pour arrêter le chirurgien, d'autant que l'expérience a déjà prononcé sur ce fait, notre opération n'étant, en définitive, qu'une modification de celle que M. Warren tenta avec un plein succès, en 1828.

Premier temps. — *Section des parties molles.*

Incision légèrement oblique en bas et en avant, partant de 1 centimètre au-dessous de l'arcade zygomatique, au niveau de la partie moyenne de l'échancrure sigmoïde, et descendant dans la direction de la branche de la mâchoire, toujours à égale distance des bords antérieur et postérieur de cette lame osseuse. L'instrument tranchant passera ainsi à 2 centim. 1/2 environ au-devant de la base du tragus. Vers la partie inférieure de la branche maxillaire, l'incision se recourbera en avant pour venir gagner le bord inférieur du corps de la mâchoire; puis, continuant sa direction curviligne, elle remontera vers la première grosse molaire, jusqu'à la hauteur du repli gingivo-labial.

Cette incision, rectiligne dans la première partie, et courbe à concavité supérieure dans sa deuxième moitié, devra comprendre toute l'épaisseur des parties molles jusqu'à l'os. La peau, les artères transverse de la face et faciale, la plupart des branches du nerf facial, le canal de Sténon, le muscle masséter et quelques faisceaux du peaucier et du triangulaire des lèvres seront ainsi divisés du même coup.

Les artères seront liées immédiatement, et à leurs deux bouts, si la chose est nécessaire.

Il ne serait pas impossible, cependant, d'éviter la section du conduit de Sténon et celle du bord antérieur de la parotide ; pour cela, on n'aurait qu'à découvrir et disséquer avec soin ces parties, rejeter la parotide en arrière, et relever son canal excréteur avec un crochet mousse vers l'arcade zygomatique, avant de diviser le masséter contre lequel la glande et son canal sont directement appliqués.

On se créerait sans doute ainsi de nouvelles difficultés opératoires ; mais cet inconvénient serait amplement racheté par la précieuse garantie qu'on obtiendrait contre toute fistule salivaire consécutive. Et pourtant, n'oublions qu'après l'opération de M. Warren, la section de la parotide, et très certainement aussi de son conduit, n'entraîna aucun accident semblable, probablement grâce au succès si remarquable des moyens unissans employés.

(La fin au prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 Avril 1853. — Présidence de M. Bérard.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Lemazurier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Versailles, sur une épidémie de rougeole et de suette miliaire qui a régné dans la commune de Viroflay, en novembre 1852. (Comm. des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Lafon, médecin-inspecteur des eaux minérales de Trébas (Tarn), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852. (Comm. des eaux minérales.)

3° Le relevé statistique des décès dans la ville de Paris, pour les mois d'avril, mai, juin, juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1852.

4° Un mémoire de M. le docteur Goyrand (d'Aix), relatif à un cas

d'*imperforation de l'anus avec absence d'une partie du rectum*, dans lequel il a pratiqué avec succès un anus artificiel au-devant de la fosse iliaque gauche, d'après la méthode de Littre. (Comm. MM. Laugier, Bouvier et Velpeau.)

5° Un mémoire de M. Gillebert-Dhercourt, ayant pour titre : *De l'hydrothérapie dans le traitement de la surexcitabilité nerveuse*. (Comm. MM. Pâtissier et Gibert.)

6° Un mémoire de M. Dumont, pharmacien à Cambray, sur l'*action de la digitaline dans les affections cutanées*. (Comm. des remèdes.)

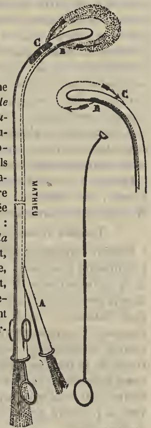
7° Une observation de M. Chevillon, de Vitry-le-Français, relative à un cas de *gangrène pultacée de la lèvre*, accompagnée d'accidens généraux très graves à la suite d'une piqûre de sangsue. (Comm. MM. Gaultier de Claubry et Requin.)

8° Une lettre de M. Ribes, de Nîmes, qui, à l'occasion de la dernière communication de M. le docteur Ischetgrin, inspecteur du service sanitaire de la Pologne, et dans laquelle ce médecin signalait comme un fait capital et nouveau le *développement spontané du choléra* dans des lieux autres que ceux limitrophes des rives du Gange, dit avoir fait la même observation et avoir émis la même idée dans un rapport qu'il a adressé à l'Académie il y a plus de trois ans, sur le choléra de Nîmes et du midi de la France. (Comm. du choléra.)

9° Une note de M. Szokalsky, de Savigny-sous-Beaune (Côte-d'Or), contenant une observation de *glucosurie consécutive à la fracture du crâne*. (Comm. MM. Bérard et Bouchardat.)

10° Une observation de M. Halleguet, de Châteaulin, sur un cas d'*invagination intestinale*, avec expulsion d'une anse d'intestin grêle gangrénée. (Comm. MM. Cruveilhier et Gaultier de Claubry.)

11° M. Leroy-d'Étiolles adresse une note relative à l'*évacuation de débris de la pierre, au moyen de la sonde à double courant*. Il rappelle que cet instrument, imaginé par Haller et par M. Cloquet, dans le but de dissoudre les calculs urinaires, a été appliqué par lui à l'évacuation artificielle du détritus de la pierre broyée dans la vessie; il en a publié l'idée dès l'année 1825, dans son livre intitulé : *Exposé des procédés pour guérir de la pierre*. La sonde qu'il emploie dans ce but, et qu'il met sous les yeux de l'Académie, diffère de celle de Haller et de M. Cloquet, en ce que les deux tubes sont de diamètres très inégaux, le tube de sortie devant être beaucoup plus large que le tube d'arrivée du liquide.



Atrophie musculaire progressive.

12° M. le docteur Niepce, médecin-inspecteur des eaux minérales d'Allevard, à Mâcon (Saône-et-Loire), communique l'observation suivante d'atrophie musculaire progressive, qui présente un double intérêt : 1° parce que cette maladie existant chez un médecin, elle a pu être suivie scientifiquement dans sa marche; et 2° parce que non seulement elle a pu être arrêtée, mais encore parce qu'elle est en voie de guérison.

Le docteur M..., de l'arrondissement de la Tour-du-Pin (département de l'Isère), âgé de 42 ans, d'un tempérament bilieux, d'une constitution qui avait été bonne jusqu'à l'apparition des premiers symptômes de la maladie, a ressenti, il y a trois ans, à la suite des fatigues incessantes de l'exercice médical dans les campagnes, quelques douleurs rhumatismales dans différentes parties du corps, principalement dans les muscles du cou, du dos et des bras, accompagnés d'accès de fièvre intermittente. Ces douleurs rhumatismales durèrent pendant tout le mois de mai, et disparurent dans le commencement de juin, en même temps que la fièvre, qui céda aux préparations amères et au sulfate de quinine. Dès les premiers jours de juillet, le malade s'aperçut que la région postérieure du cou, le bras, l'avant-bras et la main gauche s'amaigrissaient, que les mouvemens musculaires s'affaiblissaient dans ces parties. La tête était légèrement fléchie sur le thorax. Attribuant ces lésions au principe rhumatismal, ce malade se rendit aux eaux d'Aix, en Savoie, pour y suivre un traitement thermal complet.

Il resta aux eaux pendant vingt-six jours, après lesquels il revint chez lui. Il n'éprouva plus aucune douleur rhumatismale; sa fièvre ne reparut plus; mais l'amaigrissement musculaire, la faiblesse des mouvemens augmentèrent. Craignant alors d'être atteint d'une maladie de la moelle épinière, il fit appliquer à la nuque des moxas, des vésicatoires pendant l'hiver suivant. Au printemps, voyant que ce traitement n'avait produit aucun résultat satisfaisant, il employa les frictions avec la teinture de noix vomique sur les parties affaiblies, et se soumit à l'usage interne de la strychnine.

Cette nouvelle médication ne modifia en rien l'affection, et l'atrophie musculaire continua d'augmenter en même temps que les muscles perdaient leurs mouvemens.

Le malade n'éprouvait aucune douleur. L'appétit était bon, les digestions faciles, et la respiration n'avait éprouvé aucune modification. Les membres inférieurs étaient à l'état normal.

La tête était alors fléchie fortement en avant, au point que le menton s'appuyait sur le devant du thorax, et était légèrement incliné à gauche. Les mouvemens du bras gauche presque impossibles, et les doigts de la main étaient fortement fléchis.

Dès le 12 juin, il se rendit de nouveau à Aix, en Savoie, où il prit dix-huit douches et bains de vapeurs. N'éprouvant aucune amélioration de ce traitement, il se rendit à l'établissement thermal d'Allevard, dans l'espoir d'y être plus heureux.

A son arrivée je constatai l'état suivant :

La tête est fléchie en avant et le menton reposant sur le thorax. La région postérieure du cou est atrophiée, au point que les apophyses transverses et épineuses sont apparentes.

Le membre thoracique gauche est pendant le long du corps, les doigts de la main fortement fléchis. Pour relever un peu la tête, le malade est obligé de faire de violens efforts, qui parviennent seulement à la soulever très faiblement.

Les mouvemens du bras, de l'avant-bras et de la main gauches sont très faibles. Ceux du bras droit sont plus mobiles et plus faciles.

La respiration est facile.

L'appétit est bon.

Les digestions faciles.

Les membres inférieurs sont intacts; la locomotion est facile.

Muscles postérieurs du cou. — La trapèze est atrophié dans toutes ses parties, beaucoup plus à gauche qu'à droite. Les mouvemens d'élévation du moignon de l'épaule du côté gauche sont impossibles. L'inclinaison latérale et l'extension de la tête et son mouvement de rotation à gauche sont réduits à très peu de chose. Du côté droit, ils sont plus prononcés.

Le grand dorsal et le grand rond présentent dans leur moitié supérieure une atrophie considérable; aussi, les mouvemens d'adduction et de rotation en dedans et en arrière du bras gauche sont impossibles. A droite, ils le sont beaucoup plus.

Le *rhomboïde* est également plus atrophié à gauche qu'à droite, et les mouvemens de rotation qu'il imprime à l'omoplate sont impossibles.

L'*angulaire de l'omoplate* est aussi atrophié.

Le *splénius* est spécialement atrophié, puisque les mouvemens d'extension de la tête sont presque abolis.

Muscles antérieurs du cou. — A la région antérieure du cou, les muscles sterno-cléido-mastoïdiens sont atrophiés, principalement du côté gauche. Les mouvemens qu'ils impriment sont presque nuls à gauche. Les autres muscles sont sains.

Muscles de l'épaule. — Le muscle deltoïde gauche présente une atrophie considérable. Son action est nulle. Il en est de même du sus-épineux, du sous-épineux et du sous-scapulaire.

L'aspect de l'épaule présente une déformation considérable, et l'on voit que les muscles sont réduits à une très faible épaisseur. Les muscles de l'épaule droite sont un peu affaiblis, et leurs mouvemens sont presque intacts.

Muscles du bras. — Tous les muscles du bras gauche sont atrophiés et leurs mouvemens abolis. Ceux du bras droit sont à peine déformés, et leurs mouvemens sont à peu près à l'état normal.

Muscles de l'avant-bras. — L'atrophie considérable des muscles du membre gauche rend leurs mouvemens presque nuls; l'avant-bras droit est sain, ainsi que ses mouvemens.

Muscles de la main. — Les muscles de l'éminence thénar de la main gauche sont complètement atrophiés et ne jouissent d'aucun mouvement. Il en est de même de ceux de l'éminence hypothénar et des interosseux. Les doigts sont fléchis. Dans cette main la paralysie est à peu près complète; la main droite est normale.

Muscles de la région thoracique. — Le grand pectoral gauche a diminué de moitié de volume; le droit est intact. Il est impossible au malade de croiser le bras gauche et de porter la main gauche sur le devant de la poitrine; tandis que ces mouvemens sont faciles pour le bras droit.

Le petit pectoral et le sous-clavier gauche sont un peu atrophiés, il en est de même du grand dentelé. Tous les muscles de l'abdomen, des lombes et des membres pelviens sont sains, et leurs mouvemens intacts.

Les *muscles de la face* n'ont éprouvé aucune altération appréciable.

La déglutition, les mouvemens de la langue, la voix, la digestion n'ont éprouvé aucune modification.

Tous les muscles de la vie organique ont conservé leurs fonctions.

Dans toutes les régions atrophiées, la sensibilité s'est conservée, soit à la peau, soit dans les parties profondes. Il y a seulement affaiblissement et perte des mouvemens volontaires.

Tel est l'état de ce malade à son arrivée à Allevard; mais quelle peut être la cause de ce défaut de nutrition, de cette résorption lente de la substance musculaire, de cette atrophie progressive, qui ont amené l'affaiblissement et la paralysie des mouvemens volontaires?

Devais-je attribuer cette maladie aux douleurs rhumatismales ou à la fièvre intermittente, ou à une lésion de la moelle épinière? Là se présentait la difficulté. Mais le traitement thermal m'a fait découvrir la cause vraie de cette terrible affection.

Soumis à l'action interne et externe des eaux sulfureuses et fortement iodurées d'Allevard, ce malade a été atteint d'une poussée très forte qui a amené la sortie sur la surface cutanée d'une éruption de syphilides nombreuses.

Le traitement thermal a été énergique, et la poussée s'est prolongée pendant plusieurs jours. Le malade a pris des bains, des douches générales, des douches écossaises dirigées sur la nuque et le long du rachis, et des bains de vapeur. Ce traitement, supporté très facilement par le malade, ne parut avoir d'autre résultat que celui de l'apparition des syphilides, et le malade retourna chez lui dans le même état. Mais, à dater de ce moment, l'atrophie n'a plus fait de progrès.

Dès le mois de janvier suivant, le malade, auquel j'avais conseillé l'iodure potassique, s'est aperçu que les muscles atrophiés avaient légèrement augmenté de volume, principalement à la nuque, et que les mouvemens semblaient revenir.

A dater de ce moment, la substance fibreuse augmenta de volume, les mouvemens devinrent plus sensibles, et le malade étant revenu à Allevard au commencement de juillet de l'année suivante, il me fut facile de constater une amélioration très notable, au point que l'atrophie a diminué de moitié. La main gauche a repris un peu de force; les doigts sont moins fléchis et les muscles plus développés.

Le traitement thermal a consisté en bains, et surtout en douches écossaises. Une nouvelle poussée s'est manifestée, mais elle a consisté seulement en une éruption milliaire.

Telle est l'observation que j'ai recueillie de ce malade et que je m'empresse d'adresser à l'Académie, afin de contribuer à éclairer la pathologie de cette maladie, qui ne se rencontre que rarement.

13° Une observation de M. Niepce, sur un cas de paralysie musculaire atrophique. (Nous publierons ce fait.)

14° M. Serres, de Dax, écrit pour réclamer l'ouverture d'un paquet cacheté qu'il a déposé à l'Académie, et dans lequel il fait connaître un succédané du quinquina qui guérit les fièvres intermittentes, les fièvres continues et même les fièvres symptomatiques.

L'ouverture du paquet cacheté étant faite, on y apprend que le fébrifuge en question est le charbon végétal.

M. J. Cloquet lit une lettre sur le choléra en Perse. (Voir plus haut.)

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Piorry, pour la lecture d'un rapport officiel.

M. Piorry lit, au nom d'une commisssion, un rapport officiel en réponse au ministre de l'intérieur, qui consulte l'Académie sur la méthode de traitement de la surdi-mutité, appliquée par M. Blanchet à l'institution des sourds-muets de Paris.

Une longue discussion suit la lecture de ce rapport.

M. Bonnafont ayant demandé à présenter quelques considérations qu'il croit de nature à pouvoir éclairer la question, la suite de la discussion et le vote des conclusions sont renvoyés à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures.

PRESSE MÉDICALE.

Bulletin général de thérapeutique. — Nos de Janvier, Février et Mars.

Emploi de la digitaline dans la spermatorrhée; par le docteur Lucien Corvisart.

C'est en quelque sorte par hasard que M. Lucien Corvisart a été mis sur la voie de ce traitement nouveau de la spermatorrhée. Élève de M. Chomel, c'est en recueillant l'observation d'un malade qu'il traitait à sa clinique pour des palpitations de cœur, qu'il crut reconnaître, pour la première fois, l'action de la digitale contre le flux séminal, et depuis deux autres faits sont venus confirmer ce premier résultat favorable.

Des trois malades dont M. Corvisart rapporte l'observation, le premier est un estampeur, âgé de 20 ans, qui faisait tous les huit jours une orgie complète, et répétait alors le coït cinq ou six fois. Bientôt digestions lentes, anorexie, palpitations de cœur, bouffécs de chaleur au visage, éblouissemens, tintemens d'oreilles, accès de dyspnée la nuit, hallucinations de l'ouïe et douleur précordiale vive suivie de fièvre. Traité d'abord par trois saignées sans grand succès pour une prétendue endocardite, le malade entra dans le service de M. Chomel, où, soumis à l'emploi de la digitaline, il voit rapidement diminuer le nombre des pollutions, qui revenaient parfois le jour, mais surtout la nuit, sans laisser de trace dans son souvenir. Il quitte l'hôpital après trente-huit jours, et dans cet espace de temps, il n'a eu que cinq pollutions, dont une seule en vingt-deux jours.

Dans le second cas, il est question d'un sculpteur, âgé de 18 ans, n'ayant pas fait d'excès vénériens, chez lequel des pollutions nocturnes se montraient depuis deux ou trois ans. Elles cessèrent momentanément à la suite de la masturbation, pour revenir plus fréquentes. Les forces diminuaient, l'esprit devenait plus paresseux, la mémoire plus courte, douleur le long des vertèbres. Tremblement général habituel, quoique léger, un peu de bégaiement. Insuccès complet du camphre. Amélioration momentanée par les amers. Traité par la digitaline, à la dose de 3 milligrammes par jour, les pollutions se suspendirent après trois jours, et il resta six jours sans en avoir. Le 17e jour du traitement, il eut encore une pollution, et en somme, il n'eut que cinq pollutions en trente-quatre jours de traitement, dont les deux dernières furent séparées par vingt-deux jours d'intervalle. Les forces avaient reparu, les digestions étaient bonnes, pas de douleur dans le dos, pas de tremblement ni de bégaiement.

Le troisième malade, menuisier, âgé de 30 ans, célibataire, affecté de pertes séminales depuis l'âge de 14 ans, en allant à la garderobe, avait vu les pertes augmenter beaucoup depuis une année, et il avait été forcé de renoncer au coït, parce que l'éjaculation avait lieu presque sans intromission. Depuis quatre ou cinq ans, il avait commencé à perdre ses forces, était devenu moins actif, avait parfois des absences de mémoire et une très grande sensibilité au froid. Affaiblissement de la vue, digestions pénibles, haleine courte, quelques palpitations du cœur. L'urine contenait des spermatozoaires nettement dessinés. La maladie avait résisté à des bains salins, à des frictions sur la colonne vertébrale, plus tard à des bains frais et à des pilules de cantharides. Traité par la digitaline, il resta cinq jours sans perte séminale. Les pertes se sont éloignées sous l'influence de la digitaline, mais jamais elles n'ont entièrement disparu.

COURRIER.

Le Comité de rédaction de l'Union Médicale se réunira vendredi, à l'heure ordinaire, dans le nouveau local du journal, 12, rue Saint-Georges.

Banquet des internes en pharmacie. — Quelques internes en pharmacie ont eu l'heureuse pensée de réunir dans un banquet les internes actuellement en activité dans les hôpitaux et leurs anciens collègues habitant Paris ou les départemens.

La réunion était composée de cent personnes, parmi lesquelles on remarquait MM. Soubeiran, Tassart, Boissel, Chevallier, Toutin, Guiart, Garot, Bouchardat, Mialhe, Fordos, Chatin, Dorvault, Gelis, Fermond, Grassi, Ducommun, Réveil, Cloes, etc. M. Quevenne était malade et n'a pu se rendre à la réunion.

M. Soubeiran a prononcé un discours qui a excité l'approbation générale, auquel a répondu avec chaleur M. Ossian (Henri) fils, lauréat du concours de cette année.

— La nomination de M. le docteur Brousse, comme chef des travaux chimiques, à Montpellier, a été confirmée par le ministre.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 48. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 23 Avril 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens;

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE DES ENFANS NOUVEAU-NÉS.

HOPITAL NECKER. — Leçons cliniques de M. NATALIS GUILLOT.

Sommaire. — Accidens de syphilis constitutionnelle chez un enfant d'un mois.— Réflexions.

La question de la syphilis constitutionnelle chez les enfans du premier âge, si vivement débattue dans ces derniers temps, présente, comme toutes les questions à l'étude, un intérêt toujours nouveau, et l'on ne saurait mieux faire que d'appeler l'attention sur tous les faits qui s'y rattachent. C'est sur une observation de ce genre que roulait aujourd'hui la leçon clinique de M. Natalis Guillot.

L'enfant dont il s'agit, est âgé d'un mois, et porte dans son habitude extérieure, sinon tous, au moins la plupart des caractères de l'affection syphilitique. Il ne présente pas la moindre trace de chancres primitifs, accident très rare chez les enfans du premier âge, comme on sait, et qu'on ne rencontre guère que quand une partie du corps du nouveau-né s'est trouvée, au passage, en contact avec quelque chancre de la vulve ou du vagin. L'épiderme des pieds se soulève par larges feuillets, audessous desquels on peut apercevoir un autre épiderme déjà formé; l'extrémité libre des ongles présente un cercle rougeâtre remarquable. Les talons ont aussi une rougeur insolite.

La surface tégumentaire externe, et particulièrement la peau du ventre et de la partie postérieure de la tête est parsemée de taches, et en quelques points de papules, qui présentent les caractères suivans : les unes sont déjà anciennes et présentent une teinte brune, plus ou moins foncée; elles sont irrégulières, du diamètre de 4 à 5 millimètres. Les autres, plus récentes, datant d'un ou de deux jours, sont d'un rouge cuivré, qu'on ne pourrait rendre en peinture que par un mélange de carmin et de jaune d'Inde. Elles disparaissent par la pression, mais la coloration cuivrée reparaît très vite; chez le petit malade observé, elles siégent sur le front, derrière les oreilles et à la partie externe des avant-bras. En vieillissant, les taches cuivrées brunissent, prennent une teinte noirâtre qui ne disparaît plus sous la pression du doigt. Loin de là, on les rend plus manifestes, en faisant pâlir par cette pression la peau qui les avoisine. C'est un moyen de diagnostic.

Du côté des muqueuses, que trouvons-nous? La bouche est intacte; mais en examinant l'une des commissures labiales, on peut apercevoir un commencement d'élévation du derme, qui n'est autre chose que le début d'une plaque muqueuse en voie de formation. Bientôt la partie soulevée se dépouillera de son épiderme, et cette élevure deviendra le siége d'un suintement particulier.

De plus, il existe un coryza. L'épithélium qui tapisse la muqueuse de l'orifice antérieur des fosses nasales est détaché, et de cette surface dénudée suinte un liquide séro-purulent.

Dans des cas semblables, on a observé simultanément des phénomènes analogues du côté du conduit auditif externe, pareille tuméfaction, pareille dénudation de la muqueuse de cet organe, pareil écoulement. Mais cela n'existe pas chez l'enfant soumis à notre examen.

Le pourtour de l'orifice anal est affecté de la même manière. On ne saurait mieux comparer l'apparence qu'il présente qu'à une cocarde rouge dont cet orifice formerait le centre. L'épiderme est déjà enlevé, et, si rien n'entrave la marche de cette lésion, le derme se détruira à son tour, comme on peut en juger d'après un moule en plâtre pris sur la nature, que M. Guillot met sous les yeux de ses auditeurs. Cette cocarde est entourée d'un érythème secondaire qui occupe les fesses et la partie interne des cuisses.

Chez un adulte, de telles lésions s'accompagneraient de l'engorgement des ganglions inguinaux. Ici, on n'observe pas la moindre tuméfaction des glandes lymphatiques, pas plus au cou qu'au pli de l'aine.

Aucune des parties du squelette n'a subi la moindre altération. Les os et leur périoste sont partout intacts.

L'examen de la poitrine, à l'aide de l'auscultation et de la percussion, ne révèle l'existence d'aucun accident, d'aucune lésion; l'enfant ne tousse pas; il n'y a pas de phénomènes de bronchite. L'appareil digestif offre la même intégrité. Il n'y a rien du côté de la bouche, la langue est belle, le ventre souple, sans dureté, sans météorisme. Le foie a son volume normal. Ni diarrhée, ni constipation.

Interrogée sur ses antécédens, la mère a avoué qu'elle avait cohabité avec un homme, porteur de *boutons* aux parties génitales, et qu'on avait guéri à l'aide de pilules. Cette femme aurait eu elle-même, dans le cours de sa grossesse, des boutons semblables aux parties sexuelles, dont on l'aurait guérie au moyen de quelques cautérisations avec la pierre infernale. Il paraît difficile de ne pas admettre, en présence de tels renseignemens, l'existence d'une infection syphilitique chez la mère.

Comment et à quelle époque le virus syphilitique a-t-il été transmis à l'enfant? On sait que la vérole peut atteindre le fœtus dans le sein de la mère, soit que celle-ci la lui ait directement communiquée, soit que, par l'acte de la fécondation, il l'ait reçue de son père, ou bien encore il peut la contracter au passage. De ces trois modes de transmission, lequel a eu lieu dans le cas actuel? C'est ce qu'il est difficile de préciser. Ce qui n'est pas douteux, c'est que l'enfant dont on vient de retracer l'histoire est atteint de syphilis.

Supposons que cette maladie, abandonnée à elle-même, suive sa marche naturelle, qu'arrivera-t-il?

Tous les accidens que nous avons décrits s'exaspéreront. Les taches de la peau se multiplieront, les plaques muqueuses se développeront; bientôt, privées de leur épiderme, elles donneront lieu à un suintement séreux plus ou moins abondant; l'écoulement des fosses nasales deviendra plus sanieux et plus fétide, l'ulcère de l'anus se creusera, l'érythème des fesses croîtra en étendue. Des éruptions diverses apparaîtront à la peau, strophulus, lichen, papules, etc.; bientôt, épuisé par cette série d'accidens, l'enfant dépérira, tombera dans le marasme et une décrépitude prématurée; le dévoiement s'établira, les extrémités s'infiltreront; l'auscultation révélera dans la poitrine des râles plus ou moins abondans, et la mort arrivera par l'aggravation d'un de ces phénomènes secondaires.

Que trouvera-t-on à l'autopsie? Peut-être les traces d'une entérite, qu'il ne viendra probablement à l'idée de personne de mettre sur le compte d'une intoxication syphilitique. Du côté des poumons, on peut rencontrer une pneumonie compliquée de tubercules si la race est tuberculeuse.

Quant à l'existence de cette lymphe fibro-plastique qu'on a observée dans ces derniers temps sur les poumons et le foie des nouveau-nés syphilitiques, M. Natalis Guillot, tout en rendant hommage aux efforts des hommes qui ont cherché à éclairer ce point obscur de la science, ne peut s'empêcher de faire remarquer que la présence de ce tissu fibro-plastique n'a rien qui doive surprendre, puisqu'on le rencontre chez les sujets sains dans tous les organes, les poumons, le foie, la rate, etc. Il a fait un certain nombre d'expériences, desquelles

---

Feuilleton.

TRAITÉ DE LA VIEILLESSE, HYGIÉNIQUE, MÉDICAL ET PHILOSOPHIQUE,

OU

Recherches sur l'état physiologique, les facultés morales, les maladies de l'âge avancé, et sur les moyens les plus sûrs, les mieux expérimentés, de soutenir et de prolonger l'activité vitale à cette époque de l'existence.

PAR LE DOCTEUR RÉVEILLÉ-PARISE,

Membre de l'Académie de médecine, etc.

Un volume in-8°; Paris, 1853, J.-B. BAILLIÈRE.

L'esprit charmant, le philosophe aimable, l'écrivain élégant, le confrère bienveillant, l'auteur du livre dont je viens d'indiquer le titre, est mort l'année passée. Je me reproche de n'avoir pas plus tôt apprécié cet ouvrage, le dernier de cette plume facile et féconde, et dont il n'a pas été donné à l'auteur de voir les destinées. On ne doit aux morts que la vérité, est-il admis en critique. J'estime qu'on doit la vérité à tous, mais qu'on la doit avec plus de ménagemens encore, avec plus d'égards et de réserve aux morts qu'aux vivans; car les morts ne peuvent plus répondre, ne peuvent plus récriminer contre une critique injuste, ne peuvent plus rectifier une critique erronée, ne peuvent plus se justifier ou se défendre. C'est avec cette pensée, que je crois pieuse, que je vais parcourir avec vous, bien-aimé lecteur, l'œuvre posthume de Réveillé-Parise. Notre excellent et savant confrère serait encore parmi nous, je n'hésiterais pas à lui soumettre quelques doutes, quelques objections même; il n'est plus là pour éclaircir mes doutes ou pour répondre à mes objections, et je crois devoir me borner à une simple analyse de son livre.

Faire l'histoire de la vieillesse, c'est-à-dire faire le tableau de l'empreinte du temps sur le corps humain, soit dans les organes qui le composent, soit dans son essence spirituelle; jeter un coup d'œil sur les maladies qui nous assiégent à cet âge et sur leur caractère fondamental; exposer ensuite, comme une conséquence directe, les règles les mieux fondées sur une expérience positive, pour maintenir le plus possible les forces de la vie dans leur intégrité, afin d'en prolonger l'action, tel est l'objet de cet ouvrage; entreprise aussi grande que difficile, dit avec raison Réveillé-Parise. L'admirable dialogue de Cicéron, *De senectate*, n'est qu'une apologie éloquente de la vieillesse. Aussi, disait Montaigne, ce livre donne-t-il appétit de vieillir. « J'ai voulu, dit notre auteur, considérer la vieillesse d'une manière plus étendue, l'étudier sous tous ses aspects, la faire envisager, non comme une immense supériorité de l'homme, bien moins encore comme un déclin total, comme une sorte de maladie, d'imbécillité chronique qui ne se termine que par la mort. Mon dessein a été de l'examiner réellement dans ce qu'elle est, dans ce qu'elle a de grand, de profond, dans ce qu'elle a de fatal, de fâcheux et de triste. »

L'auteur a coupé son œuvre par quatre divisions qui paraissent extrêmement heureuses : 1° physiologie; 2° psychologie; 3° pathologie; 4° hygiène. Ce cadre est très vaste. On a reproché à Réveillé-Parise de ne l'avoir pas également rempli : il est certain, qu'au point de vue des exigences de la science médicale moderne, la partie consacrée à la *pathologie* laisse beaucoup à désirer. L'auteur n'y a pas mis une seule observation de maladie, les descriptions symptomatiques y sont faites à grands traits, et il n'a pas sacrifié au goût général pour l'anatomie pathologique. Ces remarques sont fondées; reste à savoir si l'auteur ne se les est pas attirées sciemment, et s'il n'a pas péché avec connaissance de cause. C'est mon opinion. Il a voulu laisser à son jeune confrère, M. le docteur Durand-Fardel, qui va publier un *Traité des maladies des vieillards*, le mérite de compléter la partie véritablement médicale de son livre, et j'ai idée que s'il eût été possible de réunir ces deux traités pour en faire un ouvrage en deux volumes, tout le monde y aurait gagné, les auteurs, les éditeurs et le public.

Quoi qu'il en soit, et prenant l'œuvre de Réveillé-Parise telle qu'il l'a conçue et exécutée, suivons-le rapidement dans l'exposition de ses idées.

Après avoir tracé les caractères généraux de la vieillesse, l'auteur étudie les modifications séniles dans toutes les grandes fonctions de l'économie. D'abord la nutrition, qui presque toujours s'allanguit et s'altère, soit par la mastication imparfaite des alimens, soit par un état, spécial à cet âge, du foie et des mauvaises conditions de la bile qu'il sécrète. Cependant Réveillé-Parise fait observer, avec raison, qu'il n'est pas rare de trouver des vieillards bons et intrépides gastronomes, qui peuvent dire comme Fontenelle :

Qu'on raisonne *ab hoc* et *ab hac*
Sur mon existence présente ;
Je ne suis plus qu'un *estomac*,
C'est bien peu, mais je m'en contente.

La circulation, et par suite la caloricité, éprouvent des atteintes profondes par diminution du sang artériel, par ossification des valvules et de quelques gros troncs, par ralentissement du mouvement circulatoire, par atonie et oblitération du système capillaire cutané, tristes conditions de la circulation sénile. Puis, les graves altérations du système pulmonaire et de l'importante fonction auquel il préside, qui se résument par ces mots : hématose incomplète. Les modifications séniles des organes sécréteurs ont aussi une grande importance. Le foie, ou se flétrit ou se rapetisse, ou s'hypertrophie et s'engorge, sa circulation spéciale s'embarrasse. L'appareil urinaire est un des premiers à subir les atteintes de l'âge.

Passant aux modifications séniles des organes de relation, l'auteur expose que le cerveau, ce merveilleux appareil, centre et dispensateur de la sensibilité, s'altère évidemment dans son volume, dans sa substance et dans son système sanguin. Il paraît bien constaté que la masse encéphalique diminue dans la vieillesse approchant de la caducité, soit que cette diminution ait lieu dans la pulpe cérébrale elle-même, soit par l'épaisseur croissante des parois du crâne. Chez le vieillard fatigué par l'âge, par un long exercice des facultés intellectuelles, la circulation sanguine du cerveau devient, d'année en année, lente et difficile, d'au-

il résulterait qu'on peut, par exemple, toujours donner au foie l'apparence cadavérique décrite par M. Gubler, comme résultant de l'intoxication syphilitique. Si on lave le foie d'un enfant au moyen d'une injection poussée par la veine porte, et qu'on le prive par ce moyen d'une partie plus ou moins considérable du sang qu'il contient, certaines portions de cet organe se décolorent et présentent des taches *cuir de botte*, exactement semblables aux taches décrites par l'observateur distingué que nous venons de nommer. L'examen microscopique, répété avec le plus grand soin et la plus grande persévérance, n'aurait permis à M. Guillot de rien observer dans le foie des nouveau-nés syphilitiques qu'on ne rencontrât dans le foie de tous les autres enfans.

Soulevée à propos des plaques muqueuses et des divers accidens secondaires que nous avons décrits chez le petit malade, la question de la contagion a été résolue négativement par M. Guillot. Sur 70 à 80 enfans syphilitiques que l'habile clinicien a eu l'occasion d'observer aux Enfans-Trouvés, sur un chiffre non moins élevé qui s'est présenté à son examen dans les salles de l'hôpital Necker, il n'a jamais observé un seul fait de contagion. Il a vu des enfans atteints d'accidens secondaires prendre journellement le sein sans rien communiquer à leur nourrice; il a vu des nourrices infectées allaiter des enfans sains sans leur transmettre la syphilis. Ce n'est pas à dire pour cela qu'on doive donner à un nouveau-né une nourrice syphilitique. Le dégoût qu'inspire cette maladie serait à lui seul une raison suffisante d'éloigner un pareil choix. Mais on doit être considérablement rassuré sur les conséquences résultant des rapports d'une femme infectée avec son nourrisson *et vice versâ*.

Quel traitement faudra-t-il diriger contre les accidens observés chez l'enfant en question?

Indépendamment du traitement hygiénique, qui consisterait dans le choix d'une bonne nourrice, et, à son défaut, dans une alimentation convenable, l'entretien d'une douce température autour du petit malade, l'exposition au soleil, etc.; il y a à faire un traitement anti-syphilitique.

Les préparations mercurielles réussissent généralement bien en pareil cas. Leur action chez l'enfant est beaucoup plus efficace et plus rapide que chez l'adulte. C'est un fait qui a frappé tous les hommes habitués à manier cet agent thérapeutique. On comprend sans peine que les médicamens, chez les enfans, doivent être donnés sous le plus petit volume possible. Or, le sublimé exigerait, pour être administré, de grandes quantités de véhicule, qui ne seraient pas sans inconvénient à cet âge. Le proto-iodure hydrargyrique satisfait beaucoup mieux à ces conditions que le bichlorure de mercure. Sous quelle forme le prescrira-t-on?

En pilules, ce n'est pas possible. Les enfans ne savent pas avaler les pilules, dont l'ingestion est déjà quelquefois très difficile chez les adultes. En poudre, on aurait des inconvéniens analogues. La forme liquide est celle qu'on doit adopter.

Aux sirops qu'on a proposés dans des cas semblables, M. Natalis Guillot préfère un julep dans lequel on fait dissoudre 25 milligrammes de proto-iodure de mercure. On recommande à la mère de donner, tous les quarts d'heure, à l'enfant, une cuillerée à bouche de cette potion, préalablement secouée et d'en surveiller les effets. Si le médicament donne lieu à des vomissemens, ce qui n'est pas rare, on mettra un intervalle d'une demi-heure entre l'ingestion de chaque cuillerée. Si, malgré cette précaution, l'enfant continuait de vomir ou avait de la diarrhée, des douleurs d'entrailles, on suspendrait complètement l'usage du julep.

Contrairement aux préceptes tracés dans certains livres, M. Natalis Guillot conseille d'être très réservé sur les doses de proto-iodure hydrargyrique qu'on prescrit à l'intérieur, et d'élever celles du même agent employé pour l'usage externe.

Il a vu, chez un enfant de huit mois, des accidens graves : diarrhée, vomissemens, dépression du pouls, pâleur de la face, prostration des forces, etc., survenir par la simple administration de 5 centigrammes de calomel, et n'a jamais observé aucune suite grave par l'emploi des bains mercuriels à haute dose.

Tandis que la plupart des praticiens, qui se sont occupés des maladies de l'enfance, n'osent pas élever à plus de 50 centigrammes à 1 gramme la dose de sublimé à mettre dans un bain, le médecin de l'hôpital Necker ne craint pas de porter cette dose à 10 grammes, en l'additionnant de 6 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque. La formule du bain prescrit au petit malade qui a fait le sujet de cette leçon, est ainsi conçue :

Sublimé corrosif.	10 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque. .	6 grammes.
Eau.	q. s.

Dr E. Hervieux.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

OBSERVATION DE GLUCOSURIE CONSÉCUTIVE A LA FRACTURE DES OS DU CRANE;

Par M. le docteur V. Szokalski, de Savigny-sous-Beaune (Côte-d'Or).

(Communication faite à l'Académie de médecine, séance du 19 avril 1853.)

Un vigneron de Savigny-sous-Beaune, âgé de 38 ans, robuste, sanguin et jouissant d'une excellente santé, tomba d'un rocher escarpé le 15 janvier dernier, et se blessa gravement à la tête. Trouvé sans connaissance par ses amis, il fut immédiatement transporté chez lui et confié à mes soins. En route, il avait déjà repris l'usage de ses sens, et bien qu'étourdi encore par sa chute, il a pu rendre un compte assez exact de sa position.

Ayant lavé la face et rasé les cheveux ensanglantés, je trouvai sur le vertex une plaie en lambeau qui pouvait avoir 8 à 10 centimètres de longueur. Après avoir soulevé ce lambeau et éloigné avec précaution le sang coagulé, je constatai que les os du crâne étaient brisés et enfoncés au milieu de la suture sagittaire. L'enfoncement consistait en deux morceaux fracturés du pariétal gauche. L'un d'eux avait la grandeur d'une pièce de deux francs. L'autre était plus petit et ils formaient un angle rentrant assez profond, qui résistait solidement à la pression du doigt investigateur. Le pariétal droit fit sentir un bord saillant et tranchant. Les autres parties du crâne étaient intactes, mais les tégumens de la tête, ainsi que la face, présentaient dans plusieurs endroits des contusions et des déchirures profondes. La paupière droite, ecchymosée, recouvrait l'œil, un peu dévié en dedans; la pupille était fortement contractée, mais la rétine conservait sa sensibilité normale. Quant aux autres fonctions de l'économie, j'ai pu remarquer surtout trois anomalies : l'engourdissement dans la moitié droite du corps, paralysie limitée au pied droit, et l'exagération de la sensibilité de l'épaule du même côté.

Le malade remuait bien ses membres, il sentait bien le contact des corps, les piqûres, le chatouillement, etc., mais il se plaignait d'engourdissement et de fourmillement dans le côté droit, qui ne dépassaient pas la ligne médiane du corps. Il remuait bien la jambe et la cuisse, mais ni le pied, ni les orteils n'obéissaient plus à sa volonté, et la sensibilité, déjà engourdie au genou, diminuait encore davantage au mollet, et devenait presque nulle à la plante du pied. L'exagération de la sensibilité était limitée aux tégumens du deltoïde droit; ces tégumens n'étaient ni rouges, ni gonflés. Cependant, le contact de la chemise même était difficilement supporté, et toute autre excitation occasionnait une douleur intolérable.

Ayant pratiqué une saignée copieuse, je réunis, à l'aide des bandelettes agglutinatives, toutes les plaies de la face et de la tête, excepté celle qui correspondait à la fracture du crâne, et je fis fomenter la tête sans relâche avec de l'eau froide. La nuit fut assez mauvaise, la somnolence qui alternait avec de l'agitation, le délire, la fièvre très prononcée, me forcèrent à recommander les révulsifs sur les extrémités inférieures et à recourir encore une fois à la lancette. Enfin je réussis à calmer la réaction traumatique, mais la bouche exhalait une odeur fade et la langue se couvrait d'un enduit jaunâtre. La bouche mauvaise, des rapports et quelques vomissemens bilieux, me déterminèrent à prescrire un purgatif salin; mais des évacuations copieuses, et fétides, n'amenèrent aucun soulagement. Le malade accusait un abattement, son pouls devint faible et précipité, sa peau sèche, sa soif ardente, et c'est alors que l'on me fit savoir qu'il rendait souvent et beaucoup d'urine.

Attribuant cette circonstance à la grande quantité des liquides ingérés, qui s'élevait quelquefois à cinq litres par jour, je fis mesurer la boisson ainsi que les urines rendues, et il se trouva que le malade urinait à peine un demi-litre plus qu'il ne buvait. L'analyse de l'urine me montra qu'elle était chargée de sucre; elle était pâle, inodore et sans dépôt; portée à l'ébullition avec le réactif de Fromherz, elle se colorait en jaune rougeâtre et déposait le péroxyde rouge de cuivre. Chauffée dans un madras avec le lait de chaux, selon le conseil de M. Mialhe, ou avec l'excès de potasse caustique, selon celui de M. Bouchardat, elle formait un liquide brun assez foncé. Ainsi, nul doute sur la présence de la glucosurie. Je l'attribuais à la commotion par contre-coup du plancher du quatrième ventricule, car rien ne m'autorisait à admettre que le bulbe rachidien eût été plus gravement atteint. La glucosurie, considérée de cette manière, ne me semblait pas exiger un traitement actif; ainsi, la restriction dans les alimens féculacés, les boissons alcalines et les purgatifs salins étaient les seuls moyens que je lui ai opposés. S'il est vrai, me suis-je dit, comme nous l'assure M. Bernard, que la glucosurie disparaît spontanément chez les animaux peu de temps après la piqûre du bulbe rachidien, elle devrait disparaître aussi chez mon malade, qui du reste alla de mieux en mieux et me fit espérer un rétablissement complet.

Cette prévision s'est réalisée en entier. Dans la cinquième semaine après l'accident, l'œil droit cessa de se tourner en dedans et le pied paralysé commença à se mouvoir, les tégumens du deltoïde droit étaient toujours très sensibles, et il m'était impossible de m'expliquer autrement cette circonstance que par l'excitation des extrémités cérébrales des fibres sensitives. Le malade ne se plaignait plus ni de fourmillement, ni d'engourdissement dans la moitié droite du corps, et les urines, bien que copieuses encore, fournissaient cependant une quantité moins considérable de sucre, à en juger d'après la couleur des liqueurs obtenues par l'analyse et par la quantité du péroxyde rouge de cuivre. Toutes les plaies moins importantes étaient déjà fermées, et celle qui correspondait à la fracture rendait du pus de bonne nature. L'état des pieds était très satisfaisant et le malade commença à se promener à l'aide d'un bâton.

Aujourd'hui, il est presque rétabli et se livre déjà à quelques occupations domestiques. Je ne trouve plus de glucose dans ses urines, dont la quantité est aussi devenue normale. Le pied droit a regagné totalement sa mobilité, mais la douleur de l'épaule, bien que diminuée, est encore pénible et gênante. La plaie de tête, devenue fistuleuse, sécrète un liquide séreux et me fait espérer qu'elle ne tardera pas à se cicatriser.

Réflexions. — Cette observation, dans laquelle je passe sous silence les détails les moins importans, mérite notre intérêt sous beaucoup de rapports, mais elle se recommande surtout à notre attention par la *glucosurie*, que l'on peut à juste titre appeler *traumatique*. L'individu dont il est question ici jouissait d'une excellente santé, et rien ne m'autorisait à admettre qu'il eût été atteint du diabète sucré avant son

---

tant plus que la pléthore veineuse prédomine à cet âge, tandis que la contractilité artérielle a beaucoup diminué. De là des obstacles multipliés à la marche du sang. A un certain âge la tête du vieillard est toujours lourde, comme embarrassée, parce qu'il n'y a jamais de proportion normale dans la quantité de sang qu'elle doit contenir. L'auteur passe en revue les altérations et les dégradations successives de la vue, de l'ouïe, du tact, de la voix, de l'appareil locomoteur, dégradations plus lentes pour le goût que pour les autres sens, car comme le dit Bichat, c'est le dernier fil auquel est suspendu le bonheur d'exister.

Viennent ensuite les modifications séniles des organes de la génération. C'est ordinairement, dit l'auteur, de cinquante à soixante ans que se fait ce changement physiologico-organique. A cette époque, l'homme, si fier de sa puissance virile, élevé jusqu'au caractère sacré de la paternité, la sent pourtant décroître et presque avec un sentiment d'indignation. Ce degré de faiblesse lui annonce qu'il n'est plus aussi homme que par le passé, qu'il y a déchéance de sa force, par conséquent de son pouvoir. Il peut en retarder l'effet jusqu'à un certain point, mais non entièrement; la loi doit avoir sa pleine et entière exécution, *dura lex, sed lex*. Bientôt, les organes générateurs diminuent d'activité, la fonction baisse, languit et cesse entièrement.

Après avoir étudié la vieillesse sous le point de vue matériel et organique, Reveillé-Parise l'examine sous le point de vue psychologique, c'est-à-dire de la vie de l'esprit.

Il débute par ces sages paroles qui ne plairont pas à tous les vieillards, mais qui sont l'expression de faits tous les jours observables : « L'esprit est enfant dans un corps enfant; il est viril dans l'âge de la force; il s'affaiblit sous quelques rapports dans la vieillesse; il devient caduc quand le corps est usé, brisé par les années. On est forcé de reconnaître cette vérité ou de nier les coordinations psycho-organiques les plus évidentes. Sans cette loi, en effet, on ne trouverait aucune différence dans les manifestations de l'intelligence à toutes les époques de la vie. » Ici, l'auteur entre, avec la fermeté et l'assurance que donnent la méditation, dans les délicates et profondes questions de la dualité humaine, de la transsubstantiation des idées, de la théorie de l'union de l'âme et du corps. Il s'appuie sur l'opinion du pieux Bonnet, qui n'a pas craint de dire : quand toutes les âmes seraient exactement *identiques*, il suffirait que Dieu eût varié les cerveaux pour varier toutes les âmes. Si l'âme d'un Huron eût pu hériter du cerveau de Montesquieu, Montesquieu créerait encore. Saint Augustin n'avait-il pas déjà dit : la manière dont les esprits sont unis aux corps est tout à fait merveilleuse, elle ne peut être comprise par l'homme, et cette union est pourtant l'homme lui-même. Le grand Bossuet a dit encore : il y a dans toutes nos opérations quelque chose de l'âme et quelque chose du corps. La volonté n'est point attachée à nos organes, elle préside à leur action.

Avec de pareils témoignages, Réveillé-Parise a pu conclure, sans blesser aucune croyance, que l'âme humaine a besoin d'un instrument pour ses manifestations, qu'elle s'adapte, qu'elle se moule, pour ainsi dire, aux formes variées de cet instrument, et qu'elle en subit les modifications diverses. C'est de ce point de vue qu'il examine les facultés intellectuelles dans la vieillesse, les sentimens et les passions, chapitres excellens, dont la lecture est pleine d'attraits et témoigne de cette aimable et douce philosophie qui donnait tant d'attrait à la conversation de Réveillé-Parise.

Les derniers chapitres de cette seconde partie sont, sans contredit, les meilleurs, les plus élevés, les plus littérairement écrits de l'ouvrage. L'auteur y aborde avec une grande indépendance le terrible problème de l'immortalité de l'âme et de la vie future, terrible surtout pour le vieillard dont la décision ne peut pas être remise. Après avoir exposé les motifs pour et contre avec une parfaite impartialité, Réveillé-Parise termine cette seconde partie par le passage suivant, qui donnera au lecteur comme un spécimen de l'élévation des idées, de la beauté de la forme et des aspirations pieuses de cette œuvre, remarquable à tant de titres :

« L'absorption définitive, absolue de l'âme avec le corps dans le grand tout, l'*omne immensum*; ou bien la survivance de cette âme avec progression ascendante; autrement dit, la mort comme l'éternel repos, ou bien la mort comme un changement d'existence : il n'y a pas de doctrine intermédiaire, le choix est forcé. C'est au vieillard, quand la mesure de temps et de vie qui lui fut accordée touche à son terme, à se décider; l'heure approche; la mort va lever sa faulx. Si ce vieillard a le singulier courage de regarder comme définitive la nuit profonde et éternellement silencieuse du trépas; eh bien! soit : c'est estimer sa vie à un prix de bien minime valeur. Si, au contraire, il voit s'ouvrir devant lui les radieuses perspectives d'une vie qui ne doit pas finir, s'il croit à un Dieu qui se révèle à nos sens dans l'étendue infinie, à l'indivisible et immatérielle unité de l'Être spirituel, il croit aussi, par cela même, que l'âme doit survivre et se perfectionner indéfiniment. Appuyée sur un principe aussi fortifiant que consolateur, la période extrême de sa vie sera douce et calme; il éprouvera, avant de mourir, une profonde, une complète sérénité de l'esprit. Heureux présage de la paix du ciel et des destinées qui l'attendent. »

L'espace me manque pour suivre l'auteur dans la pathologie et l'hygiène de la vieillesse. Je le regrette moins après avoir relu ces deux parties, auxquelles des esprits exigeans pourront faire de nombreuses objections. En ce qui concerne l'hygiène, cependant, l'auteur a été plus heureux, et on lira plusieurs chapitres avec un vif intérêt.

En somme, ne cherchez dans ce livre ni formules, ni remèdes, ni descriptions pathologiques, ni secours de ce qu'on appelle pratique médicale. Si, vous élevant au point de vue de l'auteur lui-même, vous croyez que toute la médecine, que la médecine de la vieillesse surtout n'est pas renfermée dans nos traités de pathologie et de thérapeutique; si vous pensez que le médecin est autre chose encore qu'un donneur de remèdes, et qu'il existe une thérapeutique de l'esprit et de l'âme dont a besoin surtout le vieillard qui s'approche du tombeau; lisez et relisez l'œuvre de Réveillé-Parise, livre plein d'attrait, émanation d'un cœur charitable et bon, d'un esprit ingénieux et fin; vous y trouverez d'excellens préceptes, une érudition charmante et un style dont notre littérature médicale perd de plus en plus le secret.

Amédée Latour.

accident. La fracture limitée du crâne et l'enfoncement des os à l'endroit correspondant au sinus longitudinal, a dû exposer moins la substance cérébrale que si elle avait eu lieu plus loin de la ligne médiane. Toutefois, l'hémisphère gauche s'en est ressenti, et de là l'engourdissement hémiplégique de la moitié du corps opposée à la fracture, la paralysie du pied et l'hypéresthésie de l'épaule. A ces phénomènes vint s'adjoindre le diabète sucré qui a persisté sans modification pendant plus de quatre semaines, qui a diminué graduellement avec le progrès de la guérison, et qui a fini par disparaître au moment où elle était achevée. Il n'est pas possible d'admettre, dans cet enchaînement de faits une coïncidence fortuite. Si les cas analogues ont jusqu'à présent échappé à l'attention des observateurs, c'est qu'on était loin de présumer la liaison merveilleuse entre la formation du sucre dans l'économie et les fonctions de l'encéphale. Du moment où cette liaison était démontrée par les expériences directes, on avait le droit de s'attendre à ce que les lésions traumatiques du cerveau provoquassent quelquefois la glucosurie, aussi bien qu'elles provoquent la jaunisse, les vomissemens bilieux, l'état saburral, etc. Les preuves matérielles d'une coïncidence pareille nous ont manqué jusqu'à présent; aussi je m'empresse de communiquer à l'Académie celle que le hasard m'a fait trouver en présence de ce fait. Le chirurgien ne pourra plus désormais se dispenser d'analyser les urines dans les lésions traumatiques du cerveau; elles peuvent lui fournir des indications précieuses pour un traitement, et nous livrer en même temps des élémens très importans pour achever l'histoire de la glucosurie, qui intéresse aujourd'hui à un si haut degré le monde savant.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

NOUVELLE MÉTHODE DE RÉSECTION DES NERFS DE LA FACE; — MÉTHODE PAR EXTRACTION;

Par M. le docteur L. Beau, chirurgien-major de la marine, chef des travaux anatomiques à l'École de médecine navale du port de Toulon.

(Suite et fin. — Voir les nos des 7, 9 16 et 21 Avril.)

Deuxième temps. — *Application de la couronne de trépan supérieurement; section du nerf dentaire en arrière.*

Ce temps de l'opération n'est autre chose que la trépanation exécutée, il y a déjà trente ans, par M. Warren.

Il s'agit, en effet, après avoir fait écarter de chaque côté par des aides la peau et les fibres divisées du masséter, de ruginer l'os sur le point et dans l'étendue convenables, et de placer, à 5 millimètres au-dessous de l'échancrure sigmoïde et à égale distance des bords antérieur et postérieur de la branche montante, une couronne de trépan de 2 centimètres de diamètre, comme celle qu'employa M. Warren.

De cette manière, on sera certain de découvrir le dentaire inférieur avant son entrée dans le canal, ce qui est important pour éviter sûrement sa déchirure par l'action de l'instrument perforant.

Le trépan doit, ici, emporter toute l'épaisseur; et, comme le nerf est immédiatement appliqué contre lui, il convient d'agir avec beaucoup de précaution, pour ne pas pénétrer trop profondément et ne pas s'exposer ainsi à couper la branche nerveuse avec la scie circulaire. Cet inconvénient, toujours fâcheux à cause des douleurs très vives qu'il pourrait déterminer si l'insensibilité chloroformique n'avait pas été obtenue ou avait cessé, serait des plus compromettans pour l'issue de l'opération, si la section du nerf avait lieu en avant et en bas. La connaissance exacte de la forme et des degrés divers d'épaisseur de l'os à trépaner, pourra seule mettre sûrement à l'abri de cet accident. On se rappelle ce que nous avons dit à ce sujet dans nos considérations préliminaires; il ne nous reste plus qu'à tirer les conséquences chirurgicales de ces faits anatomiques.

Lorsque le trépan aura pénétré à 5 millimètres environ, il faudra être très attentif et retirer souvent la couronne, pour s'assurer, par l'exploration de la rainure circulaire, si l'os est traversé en arrière et en haut. Dès que la virole paraîtra détachée dans les trois quarts supéro-postérieurs de sa circonférence, on devra renoncer au trépan, et, se conformant à la méthode générale de M. J. Roux (1), on la fera sauter par évulsion.

Si, en effet, on voulait achever la section osseuse avec la scie circulaire, il faudrait, à cause de l'épaisseur considérable de la base de l'apophyse coronoïde, faire pénétrer l'instrument à 5 ou 6 millimètres de profondeur de plus, et le nerf serait nécessairement compris dans cette section. Ainsi donc, le précepte de M. J. Roux, si utile dans certaines trépanations de la boîte osseuse crânienne, trouve encore ici une application très heureuse.

Il sera bon également de se souvenir qu'il convient de placer de préférence le levier destiné à opérer l'évulsion, dans la moitié inféro-postérieure de la rainure creusée par le trépan, c'est-à-dire du côté où le maxillaire inférieur peut offrir le plus de résistance comme point d'appui.

Au-dessous de l'os, on découvre une membrane très mince, qui n'est autre chose que le périoste; on le déchire avec la sonde cannelée. On rencontre alors quelques flocons de tissu adipeux mou et presque diffluens, qu'on écarte aussi; puis le nerf, qui parfois même se montre tout d'abord après l'enlèvement de la plaque osseuse.

La situation, la direction, la forme et la couleur du nerf le font aisément reconnaître; il se présente comme une diagonale blanche, traversant obliquement le fond de la solution de continuité. Aucune erreur n'est donc possible. Il est bon de se souvenir pourtant que le nerf lingual est fort peu distant en ce point du dentaire, surtout supérieurement, où il est presque accolé à son côté interne. Plus bas, il s'en écarte légèrement pour se porter plus en dedans; aussi est-ce vers ce point qu'il faut chercher d'abord à isoler le nerf dentaire, pour ne pas s'exposer à le confondre avec le lingual (1).

Quant à l'artère dentaire inférieure, branche de la maxillaire interne, bien située au côté externe du nerf, il n'est pourtant pas impossible de l'éviter. D'ailleurs sa lésion n'aurait pas d'inconvénient sérieux, M. Warren l'a liée sans aucune difficulté.

Le nerf bien reconnu, il s'agit de le sectionner dans le point le plus reculé qu'on peut atteindre. Pour cela, après l'avoir suffisamment isolé des parties environnantes, il convient de passer au-dessous de lui le bec recourbé d'une sonde cannelée flexible, et de le diviser sur la cannelure de la sonde avec la pointe du bistouri droit, vers les limites postérieures de la circonférence osseuse. Un ténotome à tranchant concave et à pointe émoussée pourrait avantageusement remplacer la sonde cannelée et le bistouri.

Ce qu'il y a de vraiment important dans ce temps de l'opéaation, c'est d'isoler et de sectionner le nerf, en ménageant absolument les parties environnantes nerveuses ou vasculaires qu'il serait imprudent d'atteindre. L'emploi exclusif des instrumens mousses, et la connaissance anatomique parfaite de la région mettront toujours sûrement à l'abri de ces dangers.

Troisième temps. — *Application de la couronne de trépan inférieurement; — section du nerf dentaire en avant.*

Le manuel opératoire est exactement le même que dans le premier procédé; aussi ne reviendrons-nous pas sur sa description.

La couronne de trépan doit être appliquée sur le même point, c'est-à-dire au-devant du bord antérieur du muscle masséter, et absolument comme s'il s'agissait de la résection du nerf dentaire dans l'épaisseur du corps de la mâchoire inférieure.

Seulement, on conçoit que la section du nerf, au lieu de se faire sur les limites postérieures de la circonférence osseuse, doit se pratiquer au point diamétralement opposé.

Quatrième temps. — *Extraction du nerf.*

Nous nous contenterons de dire à ce sujet, pour ne pas nous répéter, que l'extraction du nerf dans la branche de la mâchoire doit se faire de la même manière et avec les mêmes précautions que nous avons indiquées déjà, à propos de l'extraction du nerf dans le corps de l'os.

Le nerf est ici, en général, plus facilement retiré par la partie postérieure. Dans tous les cas, l'extraction est aussi facile et aussi sûre que dans notre premier procédé.

Quand au filet myloïdien, il se déchire dans les efforts de traction qui entraînent le reste du cordon nerveux.

Rappelons encore qu'il est indispensable d'isoler préalablement les deux extrémités nerveuses au moment de leur pénétration dans le canal osseux, en détruisant les quelques brides fibreuses qui les unissent aux parties voisines.

Cinquième temps. — *Pansement.*

Rien qui mérite une mention spéciale.

§ 3. — Appréciations.

1° Les nombreuses trépanations de M. Roux, soit pour des cas de carie, soit pour des névralgies trifaciales, démontrent suffisamment l'innocuité à peu près complète de ce genre d'opération. Il est à remarquer que les perforations des os maxillaires en particulier, n'ont jamais été suivies du plus léger accident dans sa pratique.

Il est vrai que les trépanations de M. J. Roux, sur le maxillaire inférieur, n'ayant jamais traversé l'os de part en part, nous nous écartons de cette méthode générale, en adoptant, dans notre second procédé, le mode opératoire de M. Warren. Sans nier le degré de gravité plus élevé de ce second procédé, nous ne pensons pas, cependant, qu'il expose à des dangers réels. La théorie nous donne, en effet, le droit de supposer que ce plan fibreux, nommé improprement ligament latéral interne de l'articulation temporo-maxillaire, situé au-delà du nerf dentaire, limitera dans ce sens l'inflammation et le cheminement du pus, comme le font en général toutes les toiles aponévrotiques. D'ailleurs, cette opinion est, comme nous l'avons dit plus haut, corroborée par le fait unique que possède la science. Après l'opération de M. Warren, la plaie ayant été réunie par première intention, le malade guérit le neuvième jour.

2° Ces craintes écartées, quelques personnes se demanderont encore si le résultat lui-même que nous nous proposons par notre procédé, l'extraction du nerf hors de son canal, pourra toujours être obtenu; si la déchirure des extrémités du cordon nerveux, sous l'effort des tractions assez puissantes pour l'entraîner au dehors, ne viendra pas compromettre entièrement, dans quelques cas, le succès de l'opération?

Pour répondre à cette objection, très sérieuse si elle était juste, nous rappellerons que, dans plus de trente essais sur le cadavre, dont quelques-uns ont été exécutés publiquement sous les yeux de M. le professeur Jules Roux, nous n'avons échoué qu'une seule fois, et cela, on le sait déjà, par le fait de conditions tout à fait exceptionnelles.

Que si pourtant, par impossible, le nerf se déchirait à ses deux extrémités, avant qu'on eût pu l'extraire de son canal, il resterait encore au chirurgien un moyen, moins sûr sans doute que l'extraction, mais qui donnerait encore de grandes chances de succès, je veux parler du refoulement.

Un fil d'argent ou de cuivre blanchi de 2 millimètres de diamètre, flexible et arrondi à sa pointe par l'action de la lime, serait introduit, soit d'arrière en avant, soit d'avant en arrière, suivant le procédé d'extraction mis en usage dans le canal dentaire; il y pénétrerait à travers l'une des deux ouvertures artificielles de ce canal, obtenues par la couronne de trépan placée en avant du bord antérieur du masséter.

Ce fil, poussé directement par les doigts de l'opérateur, ou au moyen d'une pince qui le saisirait fortement auprès de l'ouverture osseuse, s'engagerait dans le canal et le parcourrait dans toute son étendue.

Quelques mouvemens de va-et-vient, imprimés ensuite à cette tige métallique, suffiraient pour désorganiser complètement le faisceau nerveux contenu.

Ce procédé, que nous avons nommé *procédé par refoulement*, serait, on le comprend, une ressource précieuse pour un chirurgien qui, par une cause quelconque, aurait vu le procédé par arrachement échouer entre ses mains; car il lui permettrait de compter encore avec assez de certitude sur une cure radicale.

3° Enfin, quelques esprits pratiques, et qui ne veulent accepter que les faits consacrés par des épreuves expérimentales, mettront tout d'abord en suspicion notre procédé, et le qualifieront désobligeamment de procédé d'amphithéâtre.

Nous répondrons à ces hommes un peu sévères dans leur critique, que notre opération, essayée seulement encore, il est vrai, sur le cadavre, a pourtant en sa faveur toutes les probabilités qui résultent des expériences histologiques et des faits chirurgicaux, comme nous croyons l'avoir démontré au début de notre travail.

Sans revenir sur ces deux ordres de preuves, rappelons seulement que si la reproduction de la fibre primitive inverse était rendue véritablement impossible, entre les deux bouts divisés du nerf, par une perte de substance de quinze à dix-huit lignes (Lisfranc), notre procédé ne laisserait aucune chance de récidive, puisque, dans toutes nos excisions, nous avons constamment obtenu de vingt à vingt-six lignes du nerf; étendue qu'on pouvait augmenter encore, si on le supposait utile, en portant le cautère de M. J. Roux sur le bout radiculaire du nerf. Aussi, en supposant même, comme nous sommes disposé à le croire d'ailleurs, que la nature jouisse d'une force réparatrice plus puissante que ne l'admettait Lisfranc, nos résections vont assez loin pour rassurer complètement sur la possibilité de tout travail régénérateur.

En conséquence, nous croyons être en droit de conclure à l'impossibilité de la récidive sur la branche nerveuse réséquée, après l'opération que nous proposons, certitude que ne donne, comme nous l'avons dit déjà, aucun des procédés mis en usage jusqu'à ce jour dans les névralgies dentaires inférieures.

Cette certitude n'admet qu'une unique et heureusement assez rare exception : c'est le cas où la cause morbide serait centrale, ou bien située sur un point du nerf placé hors de la portée des agens chirurgicaux.

Je me hâte pourtant d'ajouter qu'en pareille matière les déductions théoriques les plus probantes sont encore insuffisantes, et qu'il convient d'attendre, avant d'adopter une opinion absolue sur ce sujet, que l'expérience directe ait prononcé en dernier ressort.

Aussi désirons-nous vivement, non seulement au point de vue purement scientifique, mais encore et bien plus dans l'intérêt des nombreux malades qui sont tourmentés par cette cruelle affection, que des chirurgiens placés sous ce rapport dans une position plus favorisée que nous, puissent expérimenter notre procédé et juger définitivement de sa valeur curative.

Quant à la question personnelle que réveille toujours la proposition d'un moyen nouveau, disons, en toute franchise, que nous sommes loin de nous exagérer l'importance de notre mérite, d'autant que nous reconnaissons volontiers n'avoir fait en réalité qu'appliquer au nerf frontal et au dentaire inférieur le procédé de M. Malgaigne, pour l'extraction du sous-orbitaire. Notre innovation, en ce qui touche le nerf dentaire, consiste uniquement dans la combinaison de la trépanation évulsive de M. J. Roux, avec le procédé par arrachement de M. Malgaigne. C'est donc, en définitive, à ces deux professeurs que nous rapporterions tout l'honneur de notre méthode,

(1) *Trépanation par évulsion*, par le docteur J. Roux. (Union Méd., 1848.)

(1) Cette proximité du lingual nous fait entrevoir la possibilité, dans le cas de névralgie, d'ailleurs fort rare de ce nerf, de l'attaquer par la trépanation de M. Warren. On devrait craindre, il est vrai, de n'obtenir qu'une résection insuffisante, à moins d'augmenter l'étendue de la partie excisée, en exerçant une assez forte traction sur l'extrémité périphérique du nerf, après l'avoir sectionné préalablement en haut et en arrière.

si elle était adoptée; acceptant toute la responsabilité de l'insuccès, si elle est destinée à échouer.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 13 Avril 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

Jambe artificielle.

M. LARREY présente plusieurs amputés munis de la jambe artificielle de M. de Beaufort. Cette jambe artificielle est construite d'après un mécanisme qui lui permet de s'allonger quand le poids du corps porte sur elle, tandis qu'elle se raccourcit au contraire quand elle ne supporte plus rien. Grâce à ce mécanisme, les amputés peuvent marcher sans *faucher*, et ils sont moins exposés aux chutes qu'avec les pilons ordinaires.

Injections de perchlorure de fer.

M. GIRALDÈS présente quelques pièces anatomiques provenant des animaux auxquels il a pratiqué des injections de perchlorure de fer; ce sont les deux artères carotides d'un cheval et celles d'un âne sujets de ces expériences. Dans la première artère, appartenant au cheval, il a trouvé un magma épais, dur, consistant, noirâtre, occupant une étendue assez considérable du vaisseau; il y avait, comme l'a observé M. Lallemand, trois caillots, un moyen, un supérieur et un inférieur. Le caillot supérieur était dur, l'inférieur était mou. M. Giraldès croit que ce dernier a été formé *post mortem*.

Le caillot de la carotide appartenant à l'âne était aussi très considérable et très dur; il datait de huit jours au moment de l'autopsie. Avant de faire abattre l'animal, M. Giraldès a voulu essayer de pratiquer une injection dans l'artère carotide du côté opposé. La portion d'artère comprise entre les deux ligatures a été immédiatement bouchée par un épais caillot. L'animal est tombé aussitôt. C'est là ce qui arrive habituellement quand on pratique simultanément l'injection des deux côtés. C'est, du reste, une confirmation de ce que les chirurgiens ont pu observer lorsqu'on pratique la ligature simultanée des deux artères carotides, d'où le précepte de ne pratiquer jamais ces deux ligatures qu'à de longs intervalles.

M. Giraldès a cherché à voir quel était l'état des tuniques artérielles; il a trouvé la tunique interne tomenteuse comme l'avait constaté M. Lallemand; et dans la tunique externe il a trouvé une vascularisation abondante. Quel est le travail consécutif qui s'est fait dans les artères? C'est là un point à examiner, et que M. Giraldès se propose d'étudier dans la suite de ses recherches.

M. DEBOUT met sous les yeux de la Société l'artère carotide d'un cheval, qu'il a injectée il y a eu dimanche huit jours. La membrane interne n'était que très légèrement épaissie, mais il existait un épanchement en chapelet entre les tuniques artérielles.

M. LENOIR croit que M. Debout, au lieu de pratiquer l'injection dans le calibre de l'artère, l'a pratiquée entre les tuniques de ce vaisseau.

M. ROBERT exprime la même opinion. Cette opinion est également partagée par M. Giraldès, qui, sur huit expériences qu'il a pratiquées, n'a pas eu une seule fois ce résultat.

M. DEBOUT est très certain d'avoir injecté dans le calibre de l'artère, qui avait été préalablement isolée, ainsi que MM. Denonvilliers et Leblanc ont pu le constater.

Ces expériences seront continuées. MM. Giraldès et Debout en feront connaître de nouveau les résultats.

Sur l'engoûment et l'étranglement herniaires.

M. le docteur BENOÎT, agrégé de la Faculté de Montpellier, présente à la Société une partie d'un travail étendu sur l'engoûment et l'étranglement herniaires. Il recherche les conditions anatomo-pathologiques de l'étranglement, et établit, par des faits qui lui sont propres, la réalité de l'étranglement par l'anus crural, qui a été, à tort, nié par certains chirurgiens. M. Benoît donne ensuite lecture d'une observation remarquable par les incertitudes qui entouraient le diagnostic et par des résultats anatomo-pathologiques exceptionnels, qui devaient modifier les conséquences de la herniotomie. Voici le résumé de ce fait important :

Hofferlin Johannes, âgé d'environ 40 ans, d'une constitution forte et robuste, entre à l'hôpital, accusant une vive douleur dans une tumeur herniaire, inguinale droite. Cet homme paraît dans un état d'ivresse, s'exprime avec peine et ne donne que des réponses peu satisfaisantes à un interrogatoire laborieux. Il semble établi, cependant, que sa hernie date de huit mois, et que, grosse comme un œuf de poule primitivement, elle a pris d'une manière subite, il y a quelques jours, et sous l'influence d'un effort, le volume des deux poings. La hernie est inguinale externe, ainsi que l'indiquent la position du testicule et du cordon spermatique. — Point de selles depuis plusieurs jours, peau chaude, pouls fréquent et faible, affaissement considérable, douleurs vives dans la tumeur herniaire et au niveau de l'anneau inguinal. Les premiers moyens employés amènent une évacuation alvine, sans modifier la tumeur, qui résiste à tous les efforts de réduction.

Bientôt les symptômes généraux prennent des proportions effrayantes. Nausées, vomissemens, délire, prostration extrême, pouls filiforme, refroidissement des extrémités, sensibilité persistante dans la tumeur, etc. M. Benoît avoue qu'en présence d'un état aussi alarmant, qui semblait révéler quelque affection générale indépendante de la hernie, il hésite à attaquer celle-ci par l'instrument tranchant. Cependant, pensant que, dans l'hypothèse même où l'étranglement ne serait pas la cause première de tous ces symptômes, il ne pouvait que contribuer à leur aggravation, M. Benoît se décida à pratiquer la herniotomie, malgré toutes les chances d'insuccès qu'elle présentait.

Le cœcum tout entier, l'appendice cœcal, une portion d'intestin grêle et une substance épiploïque indurée forment la masse herniée. Des adhérences très fortes et anciennes unissent ces viscères entr'eux et avec le sac. Ces adhérences sont incisées ou déchirées avec précaution; un débridement est opéré en haut et en dehors; et quoique l'ouverture inguinale paraisse suffisamment agrandie, ce n'est qu'après des manœuvres réitérées avec ménagement et persévérance, que la masse herniaire est repoussée dans l'abdomen. Une circonstance digne de remarque, c'est que, pour arriver à ce résultat, il a fallu replier l'intestin sur lui-même, et le refouler au-dessus d'autres portions intestinales fixées au pourtour de l'anneau interne par des adhérences invincibles.

L'opération est suivie d'un soulagement notable et immédiat; mais on ne peut faire revenir que momentanément le malade de la prostration dans laquelle il est plongé, et qui amène la mort le lendemain de l'opération.

Parmi les faits révélés par l'autopsie, les plus remarquables étaient : 1° des adhérences fortes et résistantes, unissant une masse intestinale à la face interne de la paroi abdominale antérieure, aux environs de l'anneau inguinal, derrière lequel était ainsi fixée une véritable barrière. 2° Des ulcérations et des plaques sur la muqueuse intestinale, telles qu'on les rencontre dans les fièvres typhoïdes.

M. Benoît termine par quelques réflexions sur les obscurités que la présence de l'état typhoïque devait jeter sur le diagnostic des symptômes propres à l'étranglement herniaire; et il appelle l'attention de la Société sur ces adhérences intra-abdominales, qui, dans d'autres cas cités par ce confrère, ont mis des chirurgiens distingués dans l'obligation de laisser au dehors une masse viscérale découverte par la herniotomie. (Comm. MM. Michon, Larrey et Forget.)

Grossesse extra-utérine simulant un kyste sanguin du petit bassin.

M. le docteur ARAN, médecin des hôpitaux, présente les pièces anatomiques recueillies par lui dans un cas de grossesse extra-utérine simulant une tumeur sanguine du petit bassin. Ce cas est relatif à une femme de 30 ans, ouvrière en cotons, habituellement bien réglée et déjà mère de cinq enfans, qui vint réclamer ses soins au mois de mars dernier, pour une hémorrhagie utérine dont elle était affectée depuis le 20 janvier. Cette hémorrhagie avait paru après un retard de sept jours et à la suite d'un violent chagrin. D'abord ne revenant qu'à intervalles, elle n'avait pas tardé à devenir continue, et avec elle avaient paru des douleurs semblables à celles de l'accouchement. Un examen assez détaillé, pratiqué le 28 mars, fit reconnaître un gonflement considérable des lèvres du col, avec écartement, renversement en dehors et aspect fongueux, et de plus une tumeur située en arrière et à gauche du corps de l'utérus, et que l'on crut être une rétroflexion de cet organe. Le 1er avril, des accidens aigus ayant appelé l'attention, on constata, au-dessus du ligament de Fallope, du côté gauche, une tumeur qui le dépassait de 2 à 3 centimètres, et qui se prolongeant dans le petit bassin, qu'elle remplissait en partie, circonscrivait l'utérus en arrière, et latéralement le refoulait en haut et en avant, et comprimait la vessie. Le 4 avril, il survint des signes de péritonite, et le lendemain on put constater que la tumeur s'était étendue supérieurement à droite; cependant elle dépassait de cinq à six travers de doigt l'arcade de Fallope à gauche, tandis que à droite elle ne s'élevait au-dessus de ce ligament que de deux ou trois travers de doigt. En même temps, la malade avait notablement pâli, et malgré une amélioration momentanée survenue dans son état, à la suite de l'emploi des toniques et de l'application d'un large vésicatoire sur le ventre, elle succomba le 8 avril, trois heures après un frisson violent avec claquement de dents, et au milieu d'accidens qui semblaient indiquer une perte de sang intérieure.

L'examen du cadavre montra des adhérences filamenteuses récentes, unissant les intestins entre eux et avec la paroi antérieure de l'abdomen, le péritoine épaissi et coloré en bleu noirâtre, du sang épanché et coagulé récemment dans divers points de la cavité péritonéale, surtout inférieurement, au voisinage d'une tumeur qui remplissait tout le petit bassin et le débordait de 2 1/2 centimètres, refoulait en haut et en avant l'utérus, et était contournée par l'S iliaque qui pénétrait dans le bassin à droite et en arrière, pour aller se placer ensuite en arrière et à gauche. Cette tumeur, qui paraissait revêtue partout par le péritoine (1), était constituée par un caillot sanguin pesant près d'un kilogramme, formé de deux parties, l'une située en avant et à gauche, de date plus ancienne, et comme stratifiée; l'autre, située à droite et en bas, composée de sang noirâtre pris en gelée. En cherchant à enlever ce caillot, on entraîna à gauche un petit fœtus qui pouvait avoir deux mois ou deux mois et demi, mais qui était littéralement appuyé par le caillot contre les parois du bassin, et qui tenait, par son cordon ombilical, à une espèce de gâteau placentaire inséré sur la face postéro-inférieure gauche du caillot. L'utérus était un peu augmenté de volume, ses cavités dilatées, sans autre altération, et surtout sans membrane caduque. La lèvre antérieure du col était mince et transparente, la postérieure se continuait avec la tumeur. Les orifices des trompes étaient dilatés, surtout celui de la trompe droite, qui, se dilatant bientôt, à son tour, se renflait en entonnoir et venait s'insérer sur la tumeur sanguine. Cette espèce d'entonnoir pouvait avoir 6 ou 7 centimètres de diamètre dans tous les sens; il communiquait avec la cavité de la tumeur sanguine par une ouverture arrondie, à bords lisses, de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres de diamètre; il contenait quelques caillots noirâtres. L'ovaire correspondant était sain. A gauche, la trompe se portait en haut et était accolée et aplatie sur la tumeur; l'ovaire n'a pas été retrouvé. La poche sanguine, d'un volume considérable, était garnie à son intérieur de couches fibrineuses; elle ne présentait nulle part trace de l'insertion des cotyledons du placenta.

Rapprochant ce cas des faits connus de véritables tumeurs sanguines du petit bassin, M. Aran a montré les nombreux et étroits rapports qui existent entre toutes les tumeurs sanguines qui se produisent dans cette région, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, et il en a conclu que la grossesse extra-utérine doit être comptée à l'avenir comme pouvant être le point de départ d'une de ces tumeurs. Le mécanisme de leur production reste encore assez obscur dans le cas de ce genre. En effet, s'il est permis de croire que c'est primitivement dans la trompe droite que le fœtus s'est développé, et que chassé de cette trompe à travers l'ouverture qui a été retrouvée à l'autopsie, et qui s'est probablement rétrécie depuis, il a été refoulé peu à peu à gauche par des épanchemens de sang successifs; il ne faut pas oublier que l'ovaire gauche n'a pas pu être retrouvé d'une manière certaine, et que c'est peut-être dans sa cavité que le fœtus a pu rester et acquérir son développement. Ce fait n'est pas non plus de nature à juger la question du siége précis de l'épanchement sanguin; car si la tumeur paraissait avoir son siége au-dessous du péritoine, il y avait cependant des caillots en assez grande quantité dans la cavité abdominale, et l'on sait d'ailleurs que les couches fibrineuses anciennes sont susceptibles d'acquérir un aspect lisse et poli qui rappelle tout à fait celui des membranes séreuses. Ce fait a néanmoins une véritable importance, dit en terminant M. Aran, en ce qu'il montre la nécessité d'établir entre les tumeurs sanguines du petit bassin des distinctions fondées sur leur véritable nature, et tant qu'on n'aura pas trouvé les signes qui caractérisent chacune de ces variétés, le traitement ne reposera pas sur des bases certaines et rationnelles.

(1) La dissection de la cloison recto-vaginale a montré depuis que le péritoine était situé en dedans de la tumeur, autrement dit, que celle-ci était intra-péritonéale.

COURRIER.

M. le prince Poniatowski, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire de Toscane à Paris, a signé, au nom de son gouvernement, avec M. Drouyn-de-L'huis, ministre des affaires étrangères, la convention sanitaire internationale et le réglement annexe déjà successivement adoptés par la Sardaigne, le Portugal et la Turquie. Cette nouvelle adhésion porte à cinq, en y comprenant la France, le nombre des puissances qui se sont engagées, dans l'intérêt du commerce et de la navigation, à modifier leur régime sanitaire d'après les bases arrêtées par la conférence internationale réunie à Paris dans le courant de l'année dernière. (*Moniteur.*)

— Par un arrêté du 21 avril, le docteur Ch. Petit a été nommé médecin-inspecteur des eaux minérales de Vichy, en remplacement du docteur Prunelle, nommé inspecteur honoraire.

— Dans la séance du jeudi 7 avril, le conseil de la Faculté a reçu de M. Houël une série de 21 pièces très intéressantes, adressées au Musée par M. le docteur Lherminier, de la Guadeloupe. Toutes ces pièces ont trait à des affections des os, à des ostéites avec végétations périostiques, destruction plus ou moins profonde du tissu osseux lui-même, survenues à la suite d'ulcères de la jambe. Sur une de ces pièces, l'os a été même détruit dans les trois quarts de son épaisseur. L'amputation du membre, dans la plupart des cas, a été nécessaire. Le Musée possédait déjà un assez bon nombre de pièces analogues; mais les faits de M. Lherminier formant une série graduée, depuis le premier degré, pour ainsi dire, jusqu'au degré ultime de l'altération osseuse, ils n'en ajouteront pas moins un grand intérêt à cette partie déjà si importante de notre magnifique collection anatomo-pathologique.

— Barnum, le grand spéculateur américain, vient de faire une proposition merveilleuse à la Société de tempérance de New-Yorck. Voici l'extrait de son discours :

« J'estime que l'intempérence, ce fléau maudit de notre pays, est cause d'une dépense annuelle ou perte de 250 millions de dollars pour le pays. Dans notre ville on compte 7,000 débits de liqueurs : supposons que la dépense faite par les consommateurs dans chacune de ces boutiques soit de 10 dollars par jour, la dépense totale, pendant une année, sera de 25,550,000 dollars, outre les affaires de détail. Si la ville veut me donner cette somme, et interdire la vente des liqueurs et spiritueux pendant un an, j'offre de payer toutes les contributions de la ville, s'élevant à 4 millions; de faire élever chaque enfant dans une bonne école; de donner à chaque famille une bibliothèque de 100 bons livres, 3 barriques de farine et une robe de soie pour chaque dame, jeune ou vieille, un habillement complet pour chaque homme, jeune ou vieux, et de plus, une entrée libre pour tous au musée. »

(*Standard.*)

— M. le professeur Ribes a demandé à la Faculté de médecine de Montpellier son approbation pour permuter la place de professeur d'hygiène qu'il occupe, contre celle de pathologie médicale, que laisse vacante la mort de M. Rech. Cette demande a été accueillie à l'unanimité.

— Le corps des officiers de santé de l'armée sarde vient d'adresser des félicitations publiques au professeur Allessandro Riberi, sénateur du royaume, président du conseil de santé militaire, et médecin du roi de Piémont, à l'occasion de la décoration de commandeur de la Légion-d'Honneur qui lui a été accordée par l'Empereur des Français.

— M. le docteur Saint-Yves a été nommé médecin inspecteur des aliénés du département de Seine-et-Marne.

— M. Aubanel, médecin en chef de l'asile des aliénés de Marseille, dont on connaît les travaux remarquables, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— M. le docteur Alfred Sauze, ancien chef interne de l'asile des aliénés de Marseille, a été nommé médecin-adjoint de cet établissement,

— Les élèves du professeur Van der Kolk ont célébré, le 28 février, l'anniversaire de sa vingt-cinquième année de professorat à l'Académie d'Utrecht. On aime à rappeler ces preuves de bons rapports entre les maîtres et les élèves.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 49. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 26 Avril 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOUSCRIPTION

pour élever un monument à la mémoire de M. Orfila.

MM. Louis, 100 fr.; Perrier, docteur-médecin à La Charité, 5 fr.; Izarié, médecin-inspecteur aux Eaux-Chaudes, 10 fr.

Total de la 19ᵐᵉ liste. . . .	115 fr.
Listes précédentes	2,679 fr.
Total de la souscription de l'UNION MÉDICALE.	2,794 fr.

PARIS, LE 25 AVRIL 1853.

LES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS ET LES MÉDECINS.

Au nombre et à l'intérêt des communications que nous recevons relativement à notre article du 12 avril dernier, sur la position du médecin dans les Sociétés de secours mutuels, il nous est impossible de ne pas reconnaître que cette question préoccupe vivement à cette heure le corps médical, et qu'il en comprend toute l'importance et toute la gravité. Parmi nos correspondans, il en est qui acceptent et qui approuvent la solution que, de concert avec le conseil de rédaction de l'UNION MÉDICALE, nous avons proposée pour cette question. Il en est d'autres qui, sans critiquer notre solution qu'ils croient utile et applicable dans la majorité des cas, indiquent quelques modifications spécialement en vue d'exigences locales. Il en est enfin qui improuvent plus ou moins carrément notre solution, et qui proposent de lui en substituer une autre qu'ils indiquent. Mais tous, sans exception aucune, témoignent ou qu'ils sentent ou qu'ils commencent à pressentir qu'un grand danger menace la profession, danger que le Congrès médical de 1845 avait entrevu, et qu'après lui, depuis l'existence de ce journal, dont nous avons l'honneur de diriger la rédaction, nous avons souvent signalé.

Quant aux objections et aux critiques, nous répondrons très simplement : nous n'avons eu ni l'intention, ni la prétention de prescrire et surtout d'imposer au corps médical une ligne de conduite. Consulté par un de nos honorables souscripteurs, nous avons répondu dans les limites de notre intelligence, et certainement avec conscience. On nous demandait un conseil, c'est un conseil que nous avons donné. Nous avons dû accepter la position telle qu'elle est. Nous voyons, dans les objections qui nous sont adressées, des aspirations vers un ordre de choses différent et meilleur, mais ces espérances, avec la meilleure volonté du monde, nous ne pouvons les prendre pour des réalités. On nous demandait : Qu'y a-t-il à faire dans les circonstances actuelles, et non ce qui devrait être dans des circonstances autres et plus rassurantes. Eh bien ! nous persistons à croire, même après un examen attentif de tout ce qui nous a été adressé sur ce sujet, que nous avons donné la seule solution possible aux difficultés présentes. Nous gémissons, autant que qui que ce soit, des pénibles nécessités auxquelles le corps médical est condamné; mais dans sa position actuelle vis-à-vis de la société, nous estimons que ce serait un malheur immense et peut-être irréparable pour la profession, de se déclarer en hostilité contre les Sociétés de secours mutuels, et de signifier un refus plus ou moins formel de concours.

Que nos critiques et nos opposans aient la bonté de considérer que l'institution généralisée des Sociétés de secours mutuels est toute récente et toute fraîche; que le mécanisme de leur fonctionnement n'a pu être encore suffisamment apprécié; que les règles de leur composition ne sont pas éternelles et n'enchaînent pas le pouvoir qui les a prescrites; qu'en ce qui concerne les secours médicaux, il n'y a pas, à proprement parler, de réglementation fixe, et que leur mode d'application varie d'un département à l'autre; que, par conséquent, la participation qui est demandée aujourd'hui au corps médical n'enchaîne ni sa liberté, ni son avenir. Dans cette position, nous disons que l'expérience seule peut apprendre au corps médical quels seront les abus contre lesquels il aura à réagir, et que le corps médical sera d'autant plus fort, d'autant plus écouté, que ses réclamations seront d'autant plus légitimes, que l'usage et l'application auront démontré la réalité de ses griefs.

Est-ce à dire, comme le prétend un de nos critiques, que nous conseillons le *statu quo*? Ce critique nous a mal lu. En conseillant à nos confrères de chaque localité où s'établit une Société de secours mutuels, de se concerter et de s'entendre sur les conditions de leur participation à cette institution, nous pensons leur avoir donné un conseil dont ils apprécieront la prudence, si la rivalité professionnelle, si le froid isolement, si le triste et stérile individualisme ne les empêchent de le suivre. Que pouvons-nous contre ces déplorables résultats de la situation médicale actuelle? Rien, que d'officieux et d'affectueux conseils. Nous répétons que, quelle que soit la gravité de la position, si le corps médical savait s'entendre, il paraît aux plus pressans et aux plus grands dangers, sans faire aucun acte d'opposition répréhensible et sans rien demander aux pouvoirs publics, qui ne sont pas en mesure d'écouter nos doléances. Aide-toi, Dieu t'aidera, maxime aussi sage et aussi vraie pour les corporations que pour les individus.

Remarquons, en outre, que tout ce qui concerne l'établissement et le fonctionnement des Sociétés de secours mutuels est laissé, pour la partie essentielle, à l'autorité locale. Cette disposition est rassurante. Elle indique que les influences locales doivent jouer un grand rôle dans ces institutions, et, en vérité, le corps médical n'a qu'à se tâter pour bien comprendre sa puissance à cet égard, surtout, nous ne saurions trop le redire, s'il agit de concert et avec toute la mesure et la convenance qu'on a droit d'attendre de lui.

La position est aussi nette que possible :

Les Sociétés de secours mutuels, institutions bienfaisantes et charitables que tout homme de bien doit encourager, ne peuvent se passer du concours du corps médical ;

Le corps médical a droit de demander que ce concours qu'il veut prêter, ne soit pas pour lui une cause de ruine ;

Les pouvoirs publics, pas plus que les autorités locales, n'ont intérêt à ce qu'il en soit ainsi ;

Des réclamations locales justes, mesurées, délibérées en commun, doivent frapper la justice et éclairer la religion des autorités locales ;

Ce sont des réclamations de cette nature que nous conseillons de faire : 1° sur la composition des Sociétés; 2° sur le tarif et le mode des honoraires du médecin ;

Qu'on nous indique une voie meilleure et plus pratique; nons n'en avons pas encore aperçu.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de M. le professeur TROUSSEAU.

Sommaire. — De la varioloïde et des caractères qui la distinguent de la variole.

Pour bien comprendre la varioloïde, il faut demander des lumières à l'histoire naturelle et avoir présent à l'esprit le fait vulgaire de la dégénération des semences et des produits de ces semences dans les végétaux. La chose est si évidente, qu'il n'est pas de paysan, quelque grossier que vous le supposiez, qui ne sache cela pertinemment pour l'avoir maintes fois cons-

Feuilleton.

DE L'INFLUENCE DE LA MUSIQUE SUR LA GUÉRISON DES MALADIES;

Lu dans la séance générale des Sociétés archéologiques de l'Yonne, réunies au comité de la Société des monumens historiques de France, sous la présidence de M. de Caumont (1).

Par M. le docteur ROLLAND, de Sens.

VII.

A un homme atteint dans ses plus chères affections, fuyant la société de ses semblables, recherchant la solitude, le silence et l'obscurité, malade par l'excès de sa douleur morale, dont le malheur est tout récent, ferez-vous entendre une musique d'un caractère vif et léger? Vous seriez d'une maladresse inique et vous vous feriez chasser comme un vil histrion.

Sachez d'abord attendre, puis saisissant le moment favorable, produisez des sons en rapport avec la situation de l'âme; je suppose, bien entendu, que l'indication bien précise de cet agent thérapeutique vous aura été révélée soit par l'éducation, soit par les habitudes du malade, ou par la tendresse éclairée des parens, comme devant offrir quelques chances heureuses; car, encore une fois, il ne faut pas perdre de vue qu'on ne saurait essayer l'influence musicale chez tous les malades indistinctement.

Un ecclésiastique, en proie à l'une des maladies nerveuses rentrant dans le groupe qui compose plus volontiers l'action musicale, comme prescription, et dont nous venons de vous entretenir à l'instant, n'allégerait ses maux ni par la mise en scène de nos grands opéras, ni par les mélodies trop sensuelles de nos ténors et de nos sopranis. Les chefs-d'œuvre de Palestrina, les mottets d'Allegri, le stabat de Pergolèse, les admirables psaumes de Marcello, tous ces chants majestueux et solennels soutenus par les orgues de nos grandes cathédrales, accompagnant les voix graves des basses, conviendraient parfaitement dans les cas où vous croiriez préférable d'en appeler à la formule mélodique.

A une jeune fille irréprochable et pure, dont le système nerveux surexcité par des écarts de différente nature, exalte l'imagination jusqu'à produire des désordres morbides, ne faites entendre ni les accens passionnés de la musique dramatique, ni l'harmonie trop expressive de nos opéras lyriques; par ce choix malheureux, vous feriez naître avant le temps des passions dévorantes suscitées et développées par un tempérament trop ardent, mais contenues par l'éducation, la morale et l'instruction religieuse; les mélodies les plus simples, un chant à une ou deux voix, avec accompagnement de piano, harpe ou quatuor, sans exclusion des autres moyens hygiéniques, appartiennent aux prédispositions nerveuses de cet âge, le seul élément de succès qu'on puisse leur emprunter.

Si vous aviez à faire, au contraire, à quelques gens du monde à demi-blasés sur tous les plaisirs, à bout de toutes jouissances, et que vous désireriez impressionner vivement, vous n'auriez rien à redouter des mouvemens pathétiques des chants passionnés et dramatiques de nos plus beaux opéras; tout ce que vous pourriez craindre, serait peut-être de les trouver froids devant les plus admirables productions de nos modernes compositeurs; s'ils restaient complètement insensibles à l'audition des chefs-d'œuvre de Rossini, Meyerbeer, Halévy, Auber, Adam, Hérold, Boëldieu, etc., vous n'auriez rien à attendre de la médication qui nous occupe, et pourriez les envoyer promener...... à toutes les eaux du monde; la cure par la musique n'aurait plus sa raison d'être, ces gens-là vous offriraient un corps sans âme, inerte à toute espèce de galvanisation, et dont la fibre épuisée n'éprouverait aucune secousse à la plus riche étincelle électrogène que vous en pourriez tirer avec de pareils organismes. Il n'y a rien à tenter, on compromettrait les meilleures choses.

Si vous consultiez toujours le tempérament, le caractère, les préjugés, l'éducation, les sympathies, les antipathies, les impressions des individus que vous voudriez soumettre à l'empire de la musique, vous reconnaîtriez, après quelque temps d'expérience, que rien n'est plus difficile que d'administrer un pareil médicament, d'en régler savamment l'emploi, d'en fixer les conditions, d'assigner les limites de son action, de le doser, en un mot, de la façon la plus convenable. A l'appui de ce que j'ose avancer, je terminerai par le fait suivant cette notice déjà trop longue.

Choron, l'un de nos plus grands musiciens sans contredit, celui peut-être qui a rendu le plus de services à l'art, aurait fort mal accueilli celui qui, pour le charmer ou consoler ses ennuis, se serait avisé de lui faire entendre les chefs-d'œuvre des plus grands compositeurs modernes. Il n'aimait que la musique des grands maîtres italiens des siècles qui précèdent le nôtre. Il disait un jour à Duprez : Tu peux, mon ami, devenir le premier chanteur du monde, mais pour Dieu, ne va pas brailler dans leur Académie royale de musique, tu serais perdu; heureusement, la prophétie fut démentie par le fait, car nous avons tous eu le bonheur d'entendre assez longtemps ce grand chanteur brailler sur notre première scène lyrique. Il y avait pourtant dans cette boutade quelque raison; on ne peut nier effectivement que la vaste salle de l'Opéra, en exigeant des chanteurs un déploiement considérable de forces, ne les contraigne à sacrifier le sentiment à l'éclat, dans les efforts continuels de la voix pour lutter contre l'ampleur de la salle et la puissance contenue cependant de l'orchestre. Si Duprez ne laissa ni son goût, ni sa méthode, il perdit beaucoup de son énergie et du brillant de son timbre.

Choron n'aimait pas le Conservatoire, et en cela il était fort injuste, car on ne peut se dissimuler tout ce que cette pépinière a produit de délicieux artistes; mais dans son style imagé il faisait ainsi la critique des sujets et du monument: Gardez-vous, mes enfans, d'entrer au Conservatoire, ce ne sera jamais qu'une grande cage dans laquelle on élèvera des canards, qu'on nous livrera plus tard pour des rossignols ! Sans nul doute, il est sorti de cet établissement quelques choses comparables aux palmipèdes précités; mais, pour nous consoler, les fauvettes et les

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 29, 31 Mars, 9, 14, 19 et 21 Avril.

taté. Un fermier prend des semences de choix, du froment, par exemple, qu'il confie à la terre. Deux, trois, quatre, cinq années se passent pendant lesquelles il emprunte aux récoltes successives nées de cette première semence, les grains qui doivent servir de semence nouvelle. Au bout de quatre ou cinq ans il s'aperçoit, au prix que le meunier lui offre, que son blé a dégénéré; cependant ce blé a été semé chaque fois dans un sol également riche, et entouré des mêmes soins de culture. Alors le fermier comprend qu'il y a obligation pour lui de ne plus prendre dans son propre fonds, mais d'aller ailleurs, chercher d'autre blé. Il va donc acheter au marché de la ville voisine, ce qu'en terme d'agriculture on appelle du *blé de semence*, et, à la récolte suivante, il obtient avec cette nouvelle semence, du blé de première qualité. Cette dégénération des semences est d'une extrême évidence pour celles que nous cultivons ordinairement, et nous sommes à même de la constater chaque jour. Il en est de même des autres graines végétales.

L'expérience nous apprend égalementqu'une même semence confiée à des sols de diverse nature, dont l'altitude, la température et l'humidité sont différentes, subit des modifications prodigieuses, bien propres à faire croire que les produits qui en naissent appartiennent à des espèces différentes.

Lorsque, faisant de la botanique dans un pays plat, vous parcourez une étendue de plusieurs kilomètres, par exemple, vous rencontrez dans tout l'espace que vous avez parcouru des plantes dont les espèces ne changent pas, présentent partout les mêmes formes, et vous reconnaissez sans peine les espèces et les variétés très peu modifiées. Mais si vous herborisez dans un pays montagneux, et que, partant de la vallée riche des alluvions que les eaux lui ont apportés, vous vous éleviez graduellement jusqu'à la zone des glaces, vous êtes stupéfait, à mesure que vous montez, des dégradations subies par une même plante. C'est ainsi que le *myosotis*, par exemple, auquel vous aviez trouvé dans la vallée 30 centimètres de hauteur, présente à peine une taille d'un centimètre au niveau de la zone des glaces; vous reconnaissez bien à l'inflorescence que c'est la même plante que vous avez déjà vue au bas de la montagne, mais au myosotis de la zone des glaces il manque quelque chose, la taille, et aussi quelques poils. Ainsi, la nature du sol dans lequel une même semence est jetée exerce sur elle une grande influence, si bien que, placée dans des conditions nouvelles, elle prend des caractères nouveaux, dans des lieux différens elle revêt des formes différentes, formes et caractères qui se manifestant à l'extérieur dans les produits de cette semence, et servent à créer des variétés dans une même espèce végétale. C'est ainsi que vous appelez *myosotis nain*, le myosotis du sommet de la montagne, tandis que celui de la vallée est le vrai myosotis. Cependant, le myosotis nain et le vrai myosotis sont la même plante, car lorsque prenant des semences de myosotis nain vous les transportez dans la plaine, sur un terrain plus riche, vous finissez par obtenir, après plusieurs générations successives, le même myosotis que vous aviez trouvé dans la vallée.

Cette dégénération que nous venons de constater dans les végétaux, existe aussi dans les espèces animales. Les mêmes animaux qui, dans certains climats, ont une haute taille et une riche robe, perdent sous d'autres cieux et leur taille et la couleur de leur robe, ils se modifient profondément; mais, si après un temps plus ou moins long, on les rend à leur patrie, on les voit reprendre une partie de leurs attributs primitifs, et avec des soins assidus continués pendant plusieurs générations animales, on parvient à les reconstituer dans leurs formes originelles.

Il n'est pas prouvé que le créateur ait fait cinquante espèces de chiens, mais le croisement amène dans cet animal des modifications nombreuses et considérables qui sont l'origine de cette multitude d'espèces et de variétés que nous avons sous les yeux.

En Angleterre, ce pays où l'on a porté si haut l'art de l'élève des bestiaux, on est parvenu, par des croisemens intelligens, à faire à volonté des pourceaux gras, des moutons gras, des chevaux musculeux pour les travaux rudes, et des bœufs gras pour les plaisirs de la table.

Ces quelques considérations préliminaires sur la dégénérescence des espèces végétales et animales, vous permettent de comprendre à merveille comment des espèces morbides pourront également dégénérer, comment, transportées sur un terrain modifié, elles subiront des modifications diverses. Vous comprendrez aussi pourquoi certaines semences morbides ne fructifient pas sur des terrains préparés d'une certaine manière. Vous savez à merveille que les copulations végétales ou animales ne sont pas, Dieu merci! toutes fécondes. Cependant la semence du mâle a été chaque fois mise en contact avec l'organe femelle, d'où il faut conclure que la réceptivité de la femelle ou la qualité de la semence n'ont pas toujours été les mêmes.

Quand on confie telle semence végétale à tel terrain, elle n'y lève pas, parce que le terrain n'est pas propre à recevoir ou à concevoir cette semence. Il en est de même des semences animales; il en est de même aussi des semences morbifiques. Il n'est donc pas surprenant que l'économie puisse subir ou avoir subi une modification, en vertu de laquelle elle ne recevra pas une semence morbide, ou la recevra d'une tout autre façon qu'elle ne la recevait une ou plusieurs années auparavant.

L'expérience démontre que lorsqu'un enfant a eu une névrose particulière, la coqueluche, il devient impropre à recevoir de nouveau la semence morbide qui produit la coqueluche. La différence survenue dans l'organisation de l'enfant n'est appréciable ni à l'œil de l'anatomiste, ni à l'œil du physiologiste, mais elle n'échappe pas à celui du médecin. Éclairé par l'expérience, le médecin peut déclarer avec certitude que l'organisation de l'enfant a subi une modification, en vertu de laquelle la coqueluche n'aura plus de prise sur elle. La même chose a lieu pour la rougeole, la scarlatine, la variole, etc. Nous savons tous à merveille qu'un individu qui a eu la variole, neuf cent quatre-vingt-dix-neuf fois sur mille repoussera invinciblement l'atteinte de cette maladie. Que se passe-t-il alors? Nous n'en savons rien, pas plus que nous ne savons pourquoi une fille impubère ne peut concevoir, pourquoi une femme qui est arrivée à l'âge de la ménopause devient impropre à être fécondée.

Cette résistance à la réceptivité ou à la conception de la semence morbifique, n'est pas toujours absolue; elle peut être relative. Nous trouvons encore dans les plantes un terme de comparaison. Prenons, par exemple, mille semences végétales de la même espèce, et jetons-les dans mille terrains différens. Les mille individus qui naîtront de ces mille semences auront un port, un feuillage, et quelquefois même une inflorescence différens, ce qui dépendra des qualités ou des conditions diverses du sol dans lequel chacune de ces semences est tombée. Dès lors, vous allez comprendre à merveille comment la même semence morbifique, tombée je suppose sur mille individus, y fructifiera en présentant sur chaque individu des accidens de forme qui constitueront des variétés morbides.

Lorsqu'un individu, en vertu d'une maladie antérieure, la variole ou la vaccine, a été mis dans des conditions telles, que la variole ne puisse plus avoir de prise sur lui, cet individu peut perdre, après plusieurs années, la modification précieuse qui lui donne l'immunité, et devenir apte à recevoir la semence morbifique, mais il la recevra d'une certaine façon, en la modifiant. Supposons un certain nombre d'individus ayant subi à des époques différentes la modification dont il s'agit. Ceux qui l'auront subie il y a un ou deux ans, repousseront en général invinciblement l'influence variolique; ceux qui l'auront subie il y a dix ans, recevront l'influence d'une manière particulière; ceux qui l'auront subie il y a vingt ans, la recevront d'une façon différente, et ainsi de suite; d'où autant de variétés diverses dans l'expression de la maladie qui sera le produit de cette semence. Ce principe nous donne la clé des nombreuses variétés de la varioloïde.

La varioloïde n'est autre chose que la variole se développant chez des individus qui n'ont pas entièrement perdu l'aptitude à prendre la variole. Cette aptitude se perd par une variole antécédente ou par la vaccine. La varioloïde est une variole qui prend l'homme lorsqu'il a perdu une partie plus ou moins considérable de l'immunité que la maladie antérieure, variole ou vaccine, lui avait acquise. Dans ces conditions, l'homme soumis à l'influence du virus variolique aura une maladie qui se souviendra plus ou moins de son origine. Il en résultera, d'une part, des varioloïdes dans lesquelles on pourra à peine reconnaître les caractères de la variole, et, d'autre part, des varioloïdes ayant avec la variole si peu de différence, que vraiment on pourra les considérer presque comme des varioles légitimes. Entre ces deux extrêmes, il y aura une foule de nuances ou de modifications intermédiaires.

La varioloïde n'est donc qu'une variole modifiée. Cela se prouve par une expérience des plus simples et des plus nettes, à savoir que lorsqu'un individu, atteint de varioloïde, est mis en contact avec d'autres individus non variolés ou non vaccinés, il leur communique la variole la plus franche et la plus légitime. Voilà une démonstration rigoureuse. C'était bien la même semence morbide, puisque cette semence, rencontrant un terrain vierge, y a régénéré la variole.

Passons maintenant en revue les formes de la varioloïde. Les formes de l'éruption sont différentes. De là, dix ou quinze variétés fort difficiles à définir, parce qu'on ne peut les circonscrire dans un cadre bien nettement délimité, et parce que, dans tous ces cas de varioloïde, on trouve toujours quelques pustules qui rappellent celles de la variole. Nous allons donc présenter seulement un tableau général de cette affection et de ses variétés.

Fièvre initiale. — Dans la variole, la fièvre initiale débute ordinairement par un violent mal de tête, des vomissemens, des douleurs de reins, une courbature générale, des sueurs abondantes chez l'adulte, par de la diarrhée et des convulsions chez l'enfant. Dans la variole confluente, cette fièvre dure quarante-huit heures, et, le troisième jour de la maladie, après quarante-huit heures révolues, l'éruption apparaît. Dans la variole discrète, la fièvre dure en général soixante-douze heures, et l'éruption se montre au quatrième jour de la maladie. Dans l'un et l'autre cas, cette éruption s'accomplit dans l'espace de vingt-quatre ou trente-six heures, c'est-à-dire qu'après vingt-quatre ou trente-six heures révolues, tous les

---

rossignols ont trop souvent couvert de leur ramage gracieux les chants du canard, pour ne pas faire chérir la volière.

Choron dédaignait la musique instrumentale, et ce n'était pas là l'un des plus beaux côtés de son organisation musicale; mais les voix qui réunissaient le sentiment à la justesse avaient toutes ses sympathies. Pour lui, l'horison musical s'arrêtait aux grands maîtres des XVI[e] et XVII[e] siècles; à la seule pensée d'entendre ou de faire exécuter les chefs-d'œuvre de ces grands compositeurs, qui, dans leur genre, n'ont jamais été dépassés, si tant est qu'ils aient été suivis, il se passionnait avec une exaltation sans égale. Prêt à mourir, il disait au docteur Descouts, son médecin: Savez-vous ce que c'est que Palestrina? C'est, lui répondit celui-ci, l'un des plus grands musiciens de l'école italienne. C'est bien autre chose, reprit-il avec feu, tâchez, mon ami, de le retenir, et faites-le connaître, c'est neuf! Figurez-vous un immense océan dont les flots roulent avec calme et majesté, c'est la musique antique; d'un autre côté, voyez cet océan dont les vagues furieuses s'élèvent jusqu'au nues, pour retomber lourdement dans l'abîme, c'est la musique moderne. Eh bien! Palestrina, c'est le Racine, c'est le Raphaël, c'est le Jésus-Christ de la musique!

Maintenant, si à un homme de ce caractère, nourri des beautés de la musique ancienne, et dont la vie entière s'était passée dans ce culte religieux, vous aviez offert toutes ces richesses harmoniques de nos plus grands compositeurs modernes, alors même que votre esprit s'en serait présenté la plus pressante médication comme moyen de soulagement ou de guérison, vous auriez misérablement échoué, parce qu'avant tout il faut, dans la recherche des agens propres à émouvoir ou à ébranler favorablement l'organisation humaine, tenir compte de mille circonstances, et que c'est justement sur cette appréciation plus ou moins exacte que se fondent les revers ou les succès qui infirment ou justifient le choix les méthodes thérapeutiques.

FIN.

Angers, 17 avril 1853.

Monsieur le rédacteur,

Le feuilleton, qui nous dit l'influence de la musique sur la guérison des maladies, me décide à vous faire connaître comment Corvisart a rappelé à la vie mon fils aîné, aujourd'hui dans sa 53[e] année, reçu à Paris docteur médecin le 10 juillet 1829 (sa thèse traitant de la duplicité monstrueuse par inclusion, au sujet du cas curieux présenté par le jeune Bissieu).

J'étais alors médecin des troupes légères de la garde impériale, mon fils, âgé de 3 ans, vif, sanguin, était choyé par tous les militaires, et souvent il se trouvait au milieu des musiciens. Vers la mi-vendémiaire, an XII, il fut pris de fièvre typhoïde angéioténique, dont la marche fut rapide; au 10[e] jour, il restait peu d'espoir, car l'encéphalite prédominait. Les vésicatoires ne donnaient plus, la déglutition impossible, plus de sécrétions, toute médication, toute excitation nerveuse semblaient inutiles... Corvisart qui, par amitié pour nous, ne quittait presque pas ma maison dans cette pénible circonstance, me proposa d'avoir des instrumens d'airain et d'essayer leur effet sur les nerfs, principaux agens de nos facultés. Je fis venir deux cors, deux bassons, deux clarinettes et un trompette. Ce dernier sonna vivement dans un appartement éloigné de celui du petit malade. Les sons aigus qu'il aimait à entendre presque journellement, produisirent bientôt un commencement d'action sur les paupières; l'harmonie suivit, plus rapprochée du malade, et les paupières, les lèvres se contractèrent. On commença, peu de temps après, à faire passer quelques cuillerées de liquide, puis la déglutition devint facile. La respiration, par suite la circulation, se rétablirent ainsi que le travail des vésicatoires, qui étaient devenus secs. Pendant quatre ou cinq jours il y eut demi-heure, matin et soir, une gracieuse harmonie près du cher ressuscité, et la convalescence fut proclamée. MM. Hallé, Leroux, Husson (qui vient de nous être enlevé), etc., ainsi que Corvisart, tous m'honorant d'une franche cordialité, furent témoins de la joie de ma famille, résultat de la musique, qui a toujours mérité notre reconnaissance et qui continue à embellir une partie de notre existence. Dans ma pratique médicale, qui est bien ancienne, j'ai souvent conseillé les délices de la bonne musique pour combattre des affections physiques et morales.

Agréez, etc. P. LA CHÈSE, d.-m.,

Directeur honoraire de l'École de médecine d'Angers.

MÉDECINE HOMOEOPATHIQUE; — EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE. — Une question importante pour la médecine homœopathique était soumise hier au tribunal de police correctionnelle.

Le 30 décembre dernier, une perquisition faite au domicile de M. de Bonnard, docteur en médecine, rue Montmartre, 76, amena la saisie d'une boîte contenant, dans un compartiment, 160 petits flacons en verre blancs étiquetés, et dans un autre compartiment, 1,350 petits tubes de verre étiquetés, et remplis, pour la plupart, de petits globules blancs. Un élève en médecine présent à la perquisition avoua que ces médicamens étaient préparés à l'avance pour l'exercice de la médecine homœopathique, à laquelle se livre M. de Bonnard.

Une expertise a constaté que les préparations contenues dans les flacons ou les petits tubes en verre avaient pour base des substances médicamenteuses, quelque minimes que fût pour chaque préparation la quantité desdites substances; et de plus, qu'elles n'étaient pas inscrites au *Codex;* qu'en conséquence elles devaient être considérées comme des remèdes secrets.

Le sieur de Bonnard a donc été traduit devant le tribunal de police correctionnelle sous la double prévention d'exercice illégal de la pharmacie et d'annonce et vente de remèdes secrets.

Le tribunal a rendu un jugement dans lequel il est dit:

« Attendu que s'il a été saisi au domicile de Bonnard une certaine quantité de médicamens dont la formule ne se trouve pas au *Codex*, il résulte des circonstances de la cause que de Bonnard se livre à la pratique d'une médecine particulière, dont les préparations spéciales ne sont prévues dans aucun des formulaires légaux, et que dès lors il n'y a pas lieu de considérer ces médicamens comme des remèdes secrets, par cela seul que le *Codex* ne les indique pas. »

Sur le fait d'exercice illégal de la pharmacie, le sieur de Bonnard a été condamné à 100 fr. d'amende.

boutons qui doivent composer l'éruption sont sortis.

La fièvre initiale de la varioloïde, d'après des observations faites non pas sur des milliers, mais sur des centaines de mille d'individus en Allemagne, en France, en Angleterre, diffère extrêmement peu de la fièvre initiale de la variole proprement dite. Cependant, un phénomène fréquent dans la fièvre initiale de la varioloïde, c'est une éruption analogue à l'éruption de la scarlatine, apparaissant, au deuxième jour de l'invasion de la maladie, au cou, à la face interne des avant-bras, au pli de l'aine, quelquefois sur le ventre. Dans certains cas, cette éruption prend une teinte violacée, comme dans quelques varioles graves accompagnées de *pourpre*, sans qu'il en résulte pour la varioloïde un plus grande gravité. Ainsi, la fièvre initiale de la varioloïde diffère extrêmement peu dans son intensité et sa durée de la fièvre initiale de la variole.

Éruption. — L'éruption de la variole apparaît après quarante-huit heures révolues dans la variole confluente, après soixante-douze heures dans la variole discrète. Dans ce dernier cas, au deuxième jour de l'éruption, le bouton fait une légère saillie qui augmente le troisième jour, en même temps que le bouton s'élargit, et par là même semble s'aplatir. Quelques boutons présentent déjà à leur centre une légère ombilication. Au quatrième jour, huitième jour de la maladie, la pustule se remplit de sérosité lactescente, s'élargit et s'ombilique. En même temps, autour de chaque pustule, se dessine une auréole inflammatoire qui, dans la variole discrète, acquiert beaucoup d'étendue et amène dans son voisinage une tuméfaction considérable. Chacune a en général une étendue d'un demi-centimètre à un centimètre. Cette auréole inflammatoire, développée autour de chaque pustule, atteint son summum au dixième jour de la maladie; à la fin du dixième jour, elle commence à décroître pour disparaître complètement du onzième au douzième jour; alors la pustule ne présente plus que l'aspect d'une goutte blanche pareille à une goutte de cire figée.

Du onzième au douzième jour, la pustule se déchire, laisse écouler du pus, et il ne reste alors qu'une squamme qui se détache du vingtième au vingt-cinquième jour. Voilà comment les choses se passent dans la variole discrète; or, c'est cette forme de la variole qu'il faut toujours avoir en vue, quand on compare cette maladie à la varioloïde. Les pustules sont généralement égales les unes aux autres dans le même point du corps, mais inégales sur des points différens. Elles ont beaucoup de largeur aux avant-bras et aux mains; elles en ont moins au visage que sur le tronc et aux membres. Celles des mains, par exemple, comparées à celles du visage, ne leur ressemblent pas. Au visage, elles sont plus petites, se sèchent beaucoup plus rapidement, si bien qu'au quinzième et au dix-huitième jour de la maladie, on peut voir encore aux mains de larges bulles remplies de sérosité purulente et ombiliquée, tandis qu'au visage, dès le neuvième ou le dixième jour de la maladie, les pustules se sèchent, et qu'au treizième jour, tout est sec, dans la variole discrète.

Dans la varioloïde, les choses sont loin de se passer ainsi. Au premier jour, l'éruption se présente avec les mêmes caractères que dans la variole; au deuxième jour, les boutons sont acuminés; au troisième jour, ils s'élèvent encore; au quatrième jour, ils se remplissent de sérosité lactescente avec peu ou point d'ombilication, mais ils ne prennent jamais assez de largeur pour ressembler à des gouttes de cire. Dans la variole, lorsqu'au 4me jour de l'éruption, on passe la main sur les bras et les mains du malade, on sent des inégalités douces qui fléchissent mollement sous la pression. Dans la varioloïde, au contraire, dès le quatrième ou le cinquième jour de l'éruption, lorsque fermant les yeux, pour mieux recueillir ses impressions, on promène doucement la main sur celles du malade, au lieu de cette sensation douce, on a celle d'une surface inégale, rude, raboteuse, semée de tubercules acuminés et cornés comme des verrues. Au huitième ou au neuvième jour de l'éruption, toutes les pustules se sont cornées, durcies, séchées sans suppuration.

Au huitième jour de la variole discrète, survient un mouvement fébrile appelé *fièvre de maturation* ou de *suppuration*. Dans la varioloïde, cette fièvre manque le plus ordinairement, à moins que la maladie ne soit d'une extrême intensité.

Ainsi : 1° modification des pustules, qui, dès le quatrième ou le cinquième jour de l'éruption, se cornent, se durcissent, se dessèchent et ne suppurent pas.

2° Absence de la fièvre de suppuration ou de maturation au huitième jour de la maladie. Tels sont les caractères fondamentaux qui distinguent la varioloïde de la variole discrète.

Mais ces caractères ne sont pas toujours si nettement tranchés. Lorsque la variole ou la varioloïde est inoculée par la lancette, avec une extrême prudence, cela va sans dire, à une personne qui a perdu presque toute l'immunité que lui avait donnée la vaccine, la varioloïde qui en résulte va être presque la variole légitime.

Dans les épidémies signalées en Allemagne et en Angleterre, on a constaté des varioloïdes prenant les allures de la variole franche. Ainsi, sur les limites de la perte totale de l'immunité que donne la vaccine, la variole reprend la plupart de ses caractères, tout en conservant cependant quelques traits de la varioloïde. Voyez notre malade de la salle Sainte-Agnès, il y a près de dix ans que cet homme a été vacciné, il a pris une varioloïde. Le début de la maladie a été semblable à celui des varioles les plus sévères. L'éruption a présenté les caractères de l'éruption varioleuse la plus intense; tout s'annonçait avec l'aspect de la variole légitime. Mais bientôt l'immunité de la vaccine a fait sentir son heureuse influence. Au lieu du gonflement énorme de la face que faisait craindre une éruption confluente, il n'y a eu qu'une tuméfaction médiocre; au lieu de cette salivation considérable qui se montre toujours dans la variole, la salivation n'a offert rien d'exagéré; il n'y a pas eu de délire, pas de ces symptômes cérébraux qui emportent presque toujours les varioleux. Cependant, regardez au front de notre malade et voyez ces boutons inégaux, comme dans la variole (je ne parle pas, bien entendu, de la variole confluente, dans laquelle des bulles innombrables, groupées et confondeus, jettent sur le visage ce voile grisâtre, ce masque de papier Joseph, suivant l'expression de Bailly, je parle seulement de la variole discrète); voyez, dis-je, au front de notre malade ces pustules inégales, anguleuses, remplies de pus, ayant enfin tous les caractères des pustules de la variole discrète. Rien que d'après ces caractères, on aurait cru avoir affaire à une variole, mais les caractères déjà indiqués sont venus nous détromper chez notre homme encore, la fièvre est venue au huitième jour; mais, contrairement à ce qui arrive dans la variole, elle a diminué dès le neuvième jour et a complètement disparu au dixième.

Dans la variole demi-confluente ou confluente, la tuméfaction du visage cessant, doit être remplacée au 10e, 11e ou 12e jour au plus tard, par le gonflement des pieds et des mains, sans quoi le malade meurt fatalement, inévitablement; c'est Sydenham qui l'a dit, et l'expérience journalière prouve qu'il ne s'est pas trompé. Ici, malgré la confluence de l'éruption, les pieds et les mains ne se sont pas gonflés et nous sommes au 13e jour de la maladie.

Au lieu de voir, comme dans la variole, les pustules des mains et des bras s'accroître jusqu'au 14e jour et ressembler à de larges gouttes de cire figée, pour se crever ensuite vers le 14e, 15e, 16e ou 17e jour; chez ce malade, au 13e jour de la maladie, nous voyons que presque tous les boutons de l'avant-bras se sont cornés. Sur 100 boutons, il s'en trouve à peine 5 ou 6 qui suppurent, encore cette suppuration n'a-t-elle pas les mêmes caractères que celle de la variole discrète.

Ainsi, dans cette éruption si confluente, qui semblait appartenir à la variole, la marche de la maladie est venue nous montrer, par une série de caractères tranchés que nous n'avons eu affaire qu'à une variole modifiée, à une varioloïde. Ces caractères sont le peu de gonflement de la face, le peu de salivation, l'absence du délire, l'absence de tuméfaction des pieds et des mains, la dessication et l'induration des pustules sans suppuration.

En général, dans la varioloïde, les pustules se sèchent vers le 5e, 6e ou 7e jour de l'éruption. Dans le cas actuel la dessication n'a commencé qu'au 8e jour. Ce n'est donc qu'au 8e jour que la maladie a pris les caractères de la varioloïde, au 10e jour, elle l'a été franchement, complètement.

Je viens de vous montrer ici la varioloïde, à la limite, pour ainsi dire, de la variole; mais entre ce terme et celui où la varioloïde semble n'avoir avec la variole presque aucun trait de ressemblance, il existe une infinité de nuances intermédiaires dont je ne puis vous tracer le tableau. Ce qu'il importe de bien comprendre, c'est que, dans la varioloïde, l'éruption peut quelquefois être si discrète, qu'il n'y ait sur tout le corps que 15 ou même 10 pustules; que, dans d'autres cas, elle peut présenter une confluence de plus en plus grande pour arriver enfin à être à peu de chose près ce qu'est l'éruption de la variole. Mais il faut bien retenir aussi que tant que l'homme conserve un peu de l'immunité que lui a donnée la vaccine et qui lui permet de se dérober aux coups de la variole légitime, l'influence de cette immunité éclate soit dans les caractères de la fièvre, soit dans ceux de l'éruption, ou, en d'autres termes, dans l'expression symptomatique soit générale, soit locale de la maladie. C'est ce dont vous voyez un exemple remarquable dans le malade de la salle Sainte-Agnès.

(*La suite à un prochain n°.*) Dr A. TARTIVEL.

TÉRATOLOGIE.

OBSERVATION D'HERMAPHRODISME APPARENT CHEZ LE SEXE MASCULIN, AVEC HYPOSPADIAS;

Recueillie par MM. les docteurs NAURY DE PEYRE et C. LAFARGUE, de Mant (Landes).

Le 8 janvier 1853, le docteur Naury fut requis par le maire d'Arget, à l'effet de rendre à l'état civil à son véritable sexe un individu qui venait de naître, et dont la conformation vicieuse des parties génitales donnait lieu à l'incertitude.

Le 5 avril, mon excellent confrère et ami eut l'obligeance de me faire visiter cette anomalie de la nature, et voici les phénomènes qui se présentèrent à notre observation :

Lucien Daraijuez, âgé de 3 mois, né en secondes couches de parens jeunes et bien portans, offre les apparences d'une santé ordinaire; il tète avec appétit, dort et crie comme les enfans de son âge. Sa taille est de 50 centimètres, et son poids de 3 kilog. 1/2.

Sur la partie antérieure de l'abdomen, à 3 centimètres au-dessous de la cicatrice ombilicale, et sur la ligne médiane, il présente une fente ou *fissure* demi-elliptique de trois centimètres dans le sens transversal, sur deux dans le sens vertical, offrant grossièrement l'aspect de la bouche entr'ouverte de l'enfant quand il crie. Cette fissure est revêtue d'une membrane rouge, vermeille, lubréfiée comme celle d'un vagin. Du centre de cette ouverture s'élève un corps charnu de la forme et du volume d'une grosse olive, faisant saillie au-dehors, offrant au toucher la résistance d'un corps spongieux, érectile, de couleur rouge vermeille, surmonté par un petit tubercule ou gland arrondi, imperforé, circonscrit, du volume d'un grain de maïs, de couleur rosée, moins rouge que le corps olivaire qu'il couronne. Ce corps, véritable pénis rudimentaire comme implanté dans la *fissure vaginale*, n'adhère que par quelques points en haut et sur la ligne médiane à la peau du ventre, et se trouve libre dans les autres directions. A la face inférieure, et vers la partie moyenne de ce pénis imparfait, à quelques lignes au-dessous du petit gland imparfait, on aperçoit une ouverture au méât urinaire qui laisse passer les urines; c'est ce qui constitue un véritable *hypospadias*. Sur le fond de la fissure, et des deux côtés de la ligne médiane, on remarque en renversant la peau, et en grandissant un peu l'ouverture, deux tubercules charnus, du volume de deux haricots ronds, légèrement concaves en haut, sur lesquels repose la base du pénis, de couleur rosée, humides comme le reste, et séparés l'un de l'autre par un prolongement du raphé médian de la peau du scrotum qui se plisse légèrement en travers, et s'amincit en cet endroit.

Des deux côtés, et par l'ouverture des deux anneaux inguinaux, s'échappent des masses herniaires intestinales assez dures au toucher, tombant jusqu'au fond du scrotum dont la peau s'est allongée. En arrière, et à la base du scrotum, on distingue deux petits corps ovoïdes de la grosseur d'une petite noisette, dure au toucher, sensibles à la pression, et suspendus à un cordon qui, sans trop d'adhérences, remonte de part et d'autre vers le canal inguinal. On ne saurait ne pas reconnaître là les testicules et leurs cordons.

Réflexions. — En analysant cette observation, il est facile de se rendre raison des phénomènes, et de reconnaître un de ces cas de monstruosités qu'on a quelquefois observés chez l'homme, et dont les travaux de Meckel, et ceux plus récens de MM. Serres et Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, sur l'organogénésie, ont donné la plus rationnelle explication.

Ici l'ambiguité du sexe ne porte que sur les organes externes de la copulation. Ce *corps olivaire*, représentant une *verge* incomplète avec hypospadias, et cette *fissure scrotale*, simulant une *vulve* transversale entr'ouverte, se comprennent et s'expliquent de la même manière par un arrêt de développement. D'ailleurs, l'observation apprend que, dans les premiers temps de leur existence, tous les fœtus dans l'espèce humaine ont les organes génitaux externes conformés de la même manière, et le type de cette conformation apparente est celui de l'organe féminin. Ce n'est que par la suite, et par les progrès de la fécondation, que s'opère le rapprochement, la soudure des parties latérales symétriques de nos organes, suivant la théorie du développement excentrique due à M. Serres.

Ainsi, dans le principe, et en ne considérant que la conformation apparente des organes génitaux externes, ne pourrait-on pas dire que tout homme a été femme? M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, considérant, en outre, que les organes génitaux externes se nourrissent par des trous vasculaires différens de ceux qui alimentent les organes génitaux internes, a divisé l'appareil générateur en six segmens qu'il a rendus indépendans, sous ce point de vue de leur existence, bien qu'ils puissent être étroitement liés par leurs fonctions. Cette idée, vraiment lumineuse, lui a donné la clé d'un grand nombre de cas d'anomalies sexuelles inexplicables sans cela, de ces diverses espèces d'hermaphrodismes, que la nature nous offre quelquefois dans l'espèce humaine, mais bien plus fréquemment dans les classes plus inférieures du règne animal.

Nous suivrons attentivement les diverses phases de cette anomalie dans le développement ultérieur des organes qui la constituent, et nous nous ferons un véritable devoir de compléter notre observation.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 26 Janvier 1853. — Présidence de M. BOUVIER.

(Suite. — Voir le numéro du 19 Avril.

M. Henri ROGER : J'ai écouté avec d'autant plus d'intérêt l'important mémoire de M. Guillot, que je vais lire à la Société, au nom de M. Blache et au mien, une note sur le même sujet, *sur l'emphysème généralisé des enfans*, note rédigée depuis longtemps et que nous avons pensé devoir venir plus à propos, après le travail de notre honorable confrère : nos observations gagneront certainement à être ainsi rapprochées des siennes.

Mais auparavant je désire présenter quelques considérations sur la forme de l'emphysème pulmonaire que M. Guillot vient de décrire si exactement, et dont il a présenté des dessins si vrais. Cet emphysème sous-pleural, caractérisé par de grosses ampoules, du volume d'un pois à celui d'une grosse amande, tout à fait transparentes et distendues par de l'air, ampoules qui se montrent principalement aux bords libres des poumons, est assez commun dans les deux premières années de la vie; nous l'avons observé bien des fois, et tout récemment encore, aux Enfans-Trouvés; et presque toujours nous l'avons constaté chez des enfans atteints d'affections aiguës des voies respiratoires. Il est, en outre, une autre forme que M. Guillot a sans doute rencontrée, bien qu'elle ne soit pas mentionnée dans son mémoire, c'est la disposition comme *vermiculaire* des ampoules sous-pleurales : à la partie supérieure et antérieure surtout des poumons, on voit des lignes sinueuses d'un demi-centimètre à trois centimètres de longueur, et d'un à plusieurs millimètres de largeur : ce sont des soulèvemens de la plèvre, par l'air, avec écartement du tissu pulmonaire voisin.

Cette forme de l'emphysème se rencontre d'ailleurs à l'autopsie d'enfans qui ont succombé pareillement à quelque affection aiguë des voies respiratoires et qui ont présenté d'une manière plus ou moins évidente de la toux par accès; pendant la vie, on ne peut guère que la supposer; presque toujours elle échappe à l'observateur, dont l'attention est prise exclusivement par les symptômes des maladies primitives ou concomitantes. Comme la bronchite ou la pneumonie existantes simultanément donnent leurs signes physiques ordinaires, ces signes masqueront ceux que cet emphysème local fournirait peut-être, de sorte qu'un diagnostic précis est, pour ainsi dire, impossible.

De l'emphysème généralisé chez les enfans.

Il nous a été donné d'observer sept fois (voyez plus loin), des enfans qui, sans cause externe appréciable, sans lésion chirurgicale apparente (contusion du thorax ou fracture de côtes), sans s'être livrés à aucun mouvement violent (1), et presque toujours dans le cours d'une affection de poitrine, présentaient tout à coup les phénomènes suivans : une tumeur se montrait, le plus souvent à la partie inférieure antérieure ou latérale du cou, sans changement de couleur à la peau, s'étalant mais ne disparaissant pas sous la pression de la main, et donnant alors un bruit et une sensation de crépitation évidente. Cette tumeur, ou plutôt cette saillie, d'abord circonscrite dans l'étendue de quelques centimètres, augmentait par les cris de l'enfant, par les grands mouvemens respiratoires, et faisait, d'heure en heure, des progrès marqués; du col, elle gagnait les régions maxillaires, les joues, pour envahir toute la face, en augmenter le volume, en altérer complètement la physionomie; pendant qu'elle s'élevait ainsi, elle s'avançait pareillement en bas, vers le thorax et les extrémités supérieures; puis elle descendait vers l'abdomen, et elle aurait fini par occuper la surface du corps tout entière si la mort n'avait arrêté ses progrès continus.

A ces caractères, à cette crépitation pathognomonique sous la pression du doigt, à cette marche graduellement envahissante, il était facile de reconnaître la nature de l'altération à laquelle on avait affaire : il s'agissait évidemment, chez ces jeunes sujets, d'un *emphysème du tissu cellulaire* qui, partant d'une lésion thoracique, s'était irradié de tous côtés et avait progressé, par voie de contiguïté et de continuité dans une étendue plus ou moins considérable de la périphérie, l'air s'infiltrant de proche en proche dans les aréoles du tissu.

Tandis que cette infiltration gazeuse suivait son cours, des désordres fonctionnels graves apparaissaient simultanément : la respiration, déjà accélérée par l'affection primitive, devenait encore plus rapide ; le pouls prenait une petitesse et une fréquence extrêmes; et l'enfant, défiguré, gonflé et comme soufflé, assoupi, cyanosé, succombait à une asphyxie toujours croissante, tantôt au bout de quelques heures seulement, tantôt après un jour ou deux au plus.

Dans les faits que nous avons observés, quelle était la *cause* de cet emphysème général ? Était-il possible d'admettre une exhalaison gazeuse spontanée, une véritable sécrétion; ou bien ne devait-on pas plutôt supposer que les voies aérifères, ouvertes en quelque point, s'étaient mises en communication avec le tissu cellulaire de la périphérie ? Sans contester d'une manière absolue la possibilité d'un dégagement spontané du gaz au sein des parties vivantes (1) (autre que celui qui dépend de la gangrène), nous pensons que la formation de l'emphysème s'explique beaucoup plus naturellement par quelque déchirure interne du tube aérifère. L'analogie confirme cette seconde explication : dans quelles circonstances voit-on la plupart du temps se manifester l'infiltration gazeuse ? Elle n'est pas rare, dans l'enfance comme aux autres âges, dans les lésions chirurgicales qui ont compromis les organes de la respiration ; elle n'est pas très rare non plus pendant le cours des accouchemens difficiles qui donnent lieu à des cris, à des efforts violens et prolongés (mémoire de M. Depaul, *Gaz. méd.*, 1842, t. x, p. 689) ; on l'a observée chez des adultes atteints d'emphysème pulmonaire sous-pleural avec rupture probable (*Arch. gén. de méd.*, 1843, t. I, p. 473), ou de caverne tuberculeuse au sommet du poumon s'ouvrant dans le tissu cellulaire de la région inférieure du cou. Le docteur Boddant (de Gand) a rapporté (*Gaz. méd. de Paris*, 1840, t. VIII, p. 698) l'histoire d'une jeune fille âgée de 15 ans, qui succomba à un emphysème général spontané, et chez laquelle on découvrit « dans le ventricule droit du larynx, un peu au-dessous de la corde vocale, un petit ulcère rond et percé à son centre d'une ouverture » grosse comme la tête d'une épingle, ouverture qui avait permis au gaz de s'épancher d'abord sous la peau du cou (le docteur Burgraëve a même cité un exemple d'emphysème général consécutif à un ramollissement pultacé de l'estomac, avec rupture sous-péritonéale de ce viscère (*Arch. gén. de méd.*, 184?, t. x, p. 89).

C'est sur des enfans présentant des conditions pathologiques analogues, que nous avons constaté le développement de l'emphysème généralisé. On pourra en juger par les faits suivans que nous résumons en quelques lignes.

OBSERVATIONS.

Ire. — Mlle B..., petite fille de 2 ans, atteinte depuis quelques jours de pneumonie double très grave. Un matin, au jour, nous constatons un gonflement de la partie inférieure de la joue, avec crépitation caractéristique. Cet emphysème se propage au col, à la face, au haut de la poitrine, et la mort a lieu en moins de quarante-huit heures. Il n'y eut aucun soulagement par l'application des ventouses sèches sur les régions emphysémateuses.

IIe. — Garçon de 3 ans, affecté d'une pneumonie qui avait suivi la coqueluche. Les quintes avaient presque cessé. Emphysème au col, au thorax, à la face, au ventre. Mort quarante-huit heures après.

IIIe. — Fille de 4 à 5 ans, à la Villette ; affection aiguë de la poitrine ; symptômes de broncho-pneumonie. Le matin, on s'était aperçu d'un gonflement du col et de la face, dont la nature avait été méconnue ; la fièvre et la dyspnée étaient extrêmes. La mort paraissait prochaine.

IVe. — Enfant du général R... ; garçon de 4 ans, très fort ; bronchite, pleurésie gauche ; quintes de coqueluche, sans sifflement. Au bout de trois ou quatre jours, le matin, on constate de l'emphysème au col, à la face, puis au thorax. M. Roux, appelé en consultation, proposa de faire, sur les points emphysémateux, des incisions qui ne furent point pratiquées.

Ve. — Fille de Mme L.., à Gonesse, âgée de 18 mois : broncho-pneumonie double. La veille, l'emphysème, pris pour de l'anasarque, s'était étendu jusqu'au ventre. Consultés, nous arrivâmes quand l'enfant était mourante.

VIe. — Chez une petite fille d'un an, que nous observions en 1847, et qui était atteinte d'un eczéma impétigineux du cuir chevelu, avec exsudation séro-purulente des plus abondantes, nous vîmes tout à coup survenir, le 3e jour, vers les parties latérales de la face, une tuméfaction tout à fait analogue à celle qui caractérise les oreillons; une fièvre excessive et des vomissemens se manifestèrent en même temps qu'une diarrhée verdâtre, puis, quelques mouvemens convulsifs, et un emphysème, dont les progrès pouvaient être suivis, envahit le cou, la face et le haut du thorax. En quarante-huit heures, la mort eut lieu, sans qu'il y eût eu de diminution dans l'exsudation eczémateuse.

VIIe. — Tout récemment, au mois de février dernier, nous fûmes appelé en consultation par notre honorable confrère, M. Ch. Ozanam, auprès d'un petit garçon, âgé d'environ cinq ans, qui avait été pris successivement de rougeole, de broncho-pneumonie et chez lequel se manifesta, en même temps qu'une dyspnée et une fréquence du pouls extrêmes, un emphysème extérieur d'abord localisé et ensuite étendu au tronc jusqu'au-dessous du nombril. La pneumonie avait été traitée par le kermès, le calomel, l'aconit, les vésicatoires. Nous conseillâmes de traiter l'emphysème du tissu cellulaire par des ponctions multipliées qui furent faites en effet par M. Ozanam, qui furent très nombreuses, pratiquées avec un trocart très fin. Nous fûmes assez heureux pour que ce traitement fût suivi de succès et qu'une guérison tout à fait exceptionnelle, fut obtenue. Ce cas est, nous le croyons, unique dans la science; il sera publié avec détails par M. Ozanam.

Des faits précités nous rapprocherons :

1° Trois ou quatre observations semblables que M. Guersant avait rencontrées dans sa longue carrière, mais où l'autopsie n'avait pas non plus été faite ;

2° Une observation qui a une certaine analogie avec les précédentes, et dans laquelle il nous fut donné de voir les progrès, à l'extérieur, de l'emphysème sous-cutané. C'était un enfant à qui M. Guersant fils avait pratiqué, fort habilement d'ailleurs, la trachéotomie, dans la période ultime du croup. L'air chassé à travers l'ouverture faite à la trachée-artère, s'infiltra dans le tissu cellulaire des bords de la plaie, et, malgré une compression méthodique, il progressa de plus en plus dans tous les sens, gagna la face, le thorax, l'abdomen et était généralisé quand l'enfant succomba en moins de trois jours ;

3° Une observation publiée dans l'UNION MÉDICALE (8 février 1851) par M. Sandret, professeur à l'École de médecine de Besançon : chez un enfant de 9 ans, atteint de la rage, on constata le dernier jour de la vie (on s'en aperçut le matin ; peut-être existait-il la veille au soir) « un emphysème sous-cutané presque général, qui se reconnaissait aisément à une crépitation très sensible dans la région du dos et dans la longueur des bras. » Il y avait eu efforts successifs et répétés de la respiration.

On voit, en comparant les faits que nous venons de raconter très sommairement, que tous les sujets étaient (comme ceux dont M. Natalis Guillot vient de nous entretenir) atteints d'une affection aiguë des voies respiratoires, bronchite, coqueluche, pneumonie et peut-être tuberculisation aiguë des poumons. Chez tous, le soulèvement de la peau, avec crépitation caractéristique, s'était manifesté d'abord sur le trajet ou dans le voisinage immédiat des organes de la respiration.

De ces faits et des considérations précédentes, ne devons-nous donc pas conclure que, chez ces jeunes sujets, quelque déchirure de la membrane muqueuse du tube aérifère (érosion ou ulcération), quelque rupture des vésicules pulmonaires et de la plèvre correspondante s'était opérée au milieu des cris ou dans les secousses de la toux, et que l'air, s'épanchant à travers cet orifice dans un premier foyer, avait ensuite cheminé sous les tégumens, grâce à la communication des aréoles du tissu cellulaire (1) ? Tel doit avoir été le mécanisme de l'emphysème général que nous avons observé dans notre pratique particulière, sans qu'il nous ait été possible de demander à l'autopsie la preuve directe de notre assertion.

Cette preuve, M. Guillot, plus favorisé que nous, vient de la donner de la manière la plus positive par ses remarquables observations.

Le *pronostic* de l'emphysème généralisé est d'une gravité extrême : dans tous les cas (sauf un seul), nous l'avons vu suivi de mort, et d'une mort très rapide. Le dernier exemple (celui de M. Ozanam) doit pourtant prouver que tout espoir n'est pas complètement perdu, et que la guérison n'est pas absolument impossible.

Les ampoules de l'emphysème sous-pleural, lorsqu'elles crèvent, ce qui est fort rare, se perforent (M. Guillot vient de le démontrer) par un orifice excessivement petit, et il n'est pas impossible que l'occlusion s'en fasse presque aussitôt, par suite d'un travail d'inflammation adhésive. La perforation une fois oblitérée, comme il arrive pareillement dans certains cas de pneumo-thorax par autre cause, l'air infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané peut se résorber : ce qu'on observe dans l'emphysème traumatique des parois du thorax, prouve même que cette résorption n'est pas alors très difficile.

Relativement au *traitement* de l'emphysème généralisé, nous croyons qu'on peut hâter la résorption de l'air infiltré par des applications résolutives; mais auparavant, nous pensons qu'il faut combattre les effets immédiats de la déchirure du poumon, à savoir la marche progressive de cette infiltration de l'air dans le tissu cellulaire. Les calmans, les opiacés, les autres narcotiques, la digitale, administrés à dose assez élevée, diminueront la fréquence de la respiration, et, en conséquence, les chances d'extension de l'emphysème. On soulagera, tout au moins, les petits malades, et l'on retardera la terminaison fatale : et il n'est pas impossible que, grâce à ce délai, le travail d'oblitération adhésive s'opère.

Il nous paraît convenable, sans attendre cette occlusion si peu espérée, et sans se fier non plus à la possibilité d'une résorption ultérieure de l'air épanché sous la peau, d'évacuer cet air, soit au moyen de mouchetures, soit plutôt de ponctions multipliées avec un trocart très fin. On a vu plus haut (obs. VII), que cette opération a été pratiquée dans le seul cas où la guérison a été obtenue (2).

Après la lecture des deux mémoires précédens, une discussion s'engage relativement aux faits et aux conclusions qu'ils contiennent.

M. GUILLOT pense que dans ces cas d'emphysème pulmonaire ou sous-pleural avec ampoules, le diagnostic, bien que difficile, n'est pas impossible. Il rapporte l'exemple d'un enfant chez lequel il y avait coqueluche avec excès d'étouffement, et qui était affecté de cette forme d'emphysème, soupçonnée pendant la vie.

Il a maintenant sous les yeux un jeune sujet atteint de bronchite légère et de coqueluche, et qui, par instant, a des accès d'asthme. Il croit à l'existence d'un emphysème. Cet enfant perdra de son poids, sera pris probablement de pneumonie, et, à l'autopsie, on retrouvera sans doute les lésions précitées. Le diagnostic est donc possible avec une grande attention; quant à la médication qui peut être efficace, il est obligé d'avouer qu'il ne saurait la formuler.

M. BOURDON : M. Guillot nous a dit, dans son mémoire, que dans les ampoules de l'emphysème sous-pleural, il avait trouvé du pus et des mucosités; il a paru penser que ces liquides s'étaient formés dans la cavité même formée par le tissu pulmonaire distendu en ampoule; n'est-il pas plus probable qu'ils provenaient des bronches, d'où l'expiration les aurait chassés.

M. GUILLOT : Dans l'emphysème vésiculaire, on constate assez facilement la communication des bronches avec les cellules pulmonaires agrandies; mais, dans l'emphysème sous-pleural, on ne retrouve pas cette communication. Si elle existait, l'insufflation des poumons gonflerait les ampoules, ce qui n'a pas lieu, comme elle distend l'organe lui-même; et, en tous cas, l'orifice de communication doit être excessivement petit, comme par exemple il serait d'une vessie qu'on aurait piquée avec la pointe d'une aiguille, et du pus ne pourrait passer et arriver dans la cavité ampullaire.

M. GUÉRARD : M. Guillot se demandait tout-à-l'heure si le phénomène de la déchirure du tissu pulmonaire dans les cas précités d'emphysème généralisé, se faisait dans l'expiration. Quelques faits militent en faveur de l'influence de l'expiration. D'abord, au point de vue physique, la résistance du tissu pulmonaire est très grande quand la force qui agit sur lui est lente et progressive ; rarement alors la déchirure du parenchyme s'opère ; elle se fait, au contraire, si ce sont des mouvemens brusques, saccadés. Tout effort sur un point donné détermine cet effet, ainsi qu'on voit une balle percer un carreau sans le briser. Or, les phénomènes d'inspiration sont lents, comparés à ceux de l'expiration : celle-ci est rapide, saccadée dans la coqueluche, et le sifflement montre précisément que l'air a de la difficulté à pénétrer par l'inspiration. Les données de l'hygiène viennent ici éclairer la question : on sait que les carriers meurent prématurément; ils succombent vite à une maladie connue maintenant, et, par les descriptions qui en ont été données, on peut établir que c'est un emphysème; les poumons sont couverts de mamelons qui ont altéré la surface du viscère. Dans les violens efforts de leur profession, comme partout où il y a des efforts brusques et saccadés, c'est l'expiration tout entière qui agit. Il en est de même dans toutes les affections où la toux est saccadée; elle peut donner lieu à un emphysème. Je me rappelle avoir vu, il y a une quinzaine d'années, à Saint-Antoine, un malade atteint de phthisie commençante, qui fut pris d'une violente quinte de toux; la face devint emphysémateuse, et le matin nous le trouvâmes tout défiguré par cet emphysème du tissu cellulaire sous-cutané de la face; il voulut quitter l'hôpital et alla mourir chez lui quarante-huit heures après.

M. MARROTTE demande comment on expliquerait un fait qui resterait inexplicable en contestant la communication entre l'emphysème sous-pleural et les tuyaux bronchiques, à savoir la production d'un emphysème général; si cet emphysème se produit et se généralise, c'est que de nouvelles quantités d'air arrivent dans la cavité et chassent l'air qui s'y était primitivement introduit.

M. GUILLOT revient sur la difficulté qu'il y a à démontrer cette communication. L'insufflation pulmonaire, ainsi qu'il l'a déjà dit, ne modifie point le volume de l'ampoule ; si on place le poumon sous l'eau et qu'on insuffle de nouveau, on ne voit pas le point de la perforation. Ce qu'on peut affirmer, c'est que si, dans certains cas, la communication est visible, dans d'autres elle échappe complètement à l'observateur. De même chez l'adulte, il est difficile de reconnaître le point où le poumon s'est perforé, et il faut parfois l'examen le plus attentif pour le découvrir.

M. BARTH a eu de nombreuses occasions de voir toutes les formes et tous les degrés de l'emphysème; en y regardant de près, on constate que l'emphysème pulmonaire, parvenu à un certain degré, ne reste pas pas vésiculaire; on reconnaît dans le tissu altéré des portions de paroi des cellules; puis ces parois disparaissent et les cellules se trouvent réunies.

Relativement au diagnostic anatomique des abcès du poumon et des dilatations des dernières bronches, il rappelle que ces dernières ramifications dilatées se montrent avec une accumulation de muco-pus qui simule quelquefois parfaitement un abcès; ces masses purulentes sont quelquefois multiples et en imposent pour des collections purulentes. Plus d'une fois, à la Société anatomique, il a pu rectifier des erreurs de ce genre.

M. LEGROUX : J'ai eu, il y a un an, dans mon service à l'hôpital Beaujon, un malade qui présentait des signes de tubercules au sommet du poumon gauche. Après un effort de toux il se forma un emphysème, d'abord sous-pleural, sans doute, qui devint sous-cutané, qui occupait le côté du cou, puis la poitrine, puis s'étendit du côté opposé; la pression y déterminait de la douleur et une crépitation caractéristique. En quinze jours ou trois semaines, l'air infiltré fut résorbé, la crépitation cessa d'être perçue, et cet homme guérit de cet accident.

Je suis porté à croire que, dans les fièvres typhoïdes à forme thoracique grave, où la respiration est rapide et haute, il se forme des emphysèmes vésiculaires, parfois peut-être sous-pleuraux. Plusieurs fois, dans des cas semblables, j'ai donné des vomitifs, et j'ai remarqué que l'état des malades était aggravé plutôt qu'amendé.

M. Legroux conteste l'explication qui a été donnée de la formation de l'emphysème excessif, avec bulles, pendant l'expiration. Il lui semble, au contraire, qu'il se produit dans les inspirations forcées. Dans l'expiration, l'air est chassé de la poitrine; les cellules sont alors aplaties, tandis qu'elles se dilatent par les mouvemens inspirateurs. Si la toux est convulsive dans l'inspiration, les cellules pulmonaires, distendues outre mesure, pourront se rompre; et au contraire, dans l'effort expirateur, le parenchyme s'aplatit et les cellules se protègent les unes les autres. Dans l'effort, on remplit sa poitrine d'air, et on pousse : la rupture a lieu, dans ces cas-là, aux extrémités bronchiques, alors que la glotte est fermée et qu'il y a tension de tous les muscles.

M. GUILLOT maintient son explication de la formation de l'emphysème dans l'expiration; quant à la maladie même, il y est disposé à la rattacher à des affections de l'enfance, comme d'ailleurs l'ont prouvé les observations de MM. Louis et Jackson. L'influence de la coqueluche sur l'emphysème pulmonaire lui semble incontestable.

M. LEGROUX, tout en admettant l'influence de l'hérédité pour la formation de l'emphysème, pense également qu'on doit, dans certains cas, l'attribuer à des affections aiguës des voies respiratoires qui se sont montrées pendant l'enfance.

M. MOUTARD-MARTIN cite un fait analogue à ceux qui viennent d'être rapportés : une femme de 32 ans, qu'il a observée dans le service de M. Chomel, était affectée de bronchite : il n'y avait pas de trace évidente d'altération organique du poumon ; cette femme présenta les symptômes d'un emphysème qui commença au creux sous-claviculaire et qui se généralisa à toutes les parties du tronc. On administra l'opium à haute dose et la guérison fut complète.

Le secrétaire général, Henri ROGER.

---

(1) M. Velpeau a présenté à l'Académie de médecine, au nom de M. Vitali, l'observation d'un emphysème général survenu, sans lésion extérieure, chez un enfant qui faisait effort pour se dégager des bras d'un autre enfant. (*Archives génér. de méd.*, 1846, t. XII, p. 372.)

(1) « Le dégagement de gaz n'est pas très rare pendant la vie, dit Vogel (*Encyc. anatom.*, t. IX, *Anatom. patholog. génér.*, p. 26) : on l'observe dans les fièvres dites putrides, dans le typhus et dans la gangrène. Il a ordinairement pour point de départ les liquides du corps, et plus souvent que tout autre le sang, lorsque celui-ci déjà altéré par avance sous le rapport de sa composition chimique, demeure stagnant dans quelque partie du corps, de manière à ne pouvoir subir la purification nécessaire par la respiration et la sécrétion : ou bien, quand le désordre s'est mis dans quelque sécrétion, par exemple celle de la bile ou de l'urine, et que les matériaux de ces liquides restent dans le sang. *Il se forme alors des produits gazeux* qui s'accumulent dans le parenchyme des organes, *dans le tissu cellulaire*, et y déterminent un *emphysème*. » — Quelques auteurs ont parlé aussi d'exhalation gazeuse spontanée survenue à la suite de morsure par des serpens à sonnettes ; mais nous ne voyons pas qu'il soit question de ce dégagement de gaz (si ce n'est peut-être en cas de gangrène) dans les observations de M. Sigaud (voyez l'ouvrage *sur les maladies du Brésil*).

(1) Il en a été probablement ainsi dans un cas observé chez un garçon de 3 ans, par M. le docteur Boussal. (UNION MÉDICALE, 1847, t. I, p. 392.)

(2) Si, comme dans le cas rapporté par M. Boddant de Gand, où l'emphysème était consécutif à une accélération du larynx, il était possible d'arriver au diagnostic de cette lésion, peut-être qu'une compression serait utile pour s'opposer aux progrès de l'infiltration.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 50. SEPTIÈME ANNÉE. **Jeudi 28 Avril 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 27 AVRIL 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

QUESTION DE LA SURDI-MUTITÉ.

On dit qu'au-delà, qu'au-dessus ou qu'au-dessous de la question scientifique et humanitaire qui s'agite devant l'Académie de médecine, il y a une question individuelle et d'intérêt particulier. Cette condition, si elle existe, n'est pas de nature à modifier notre appréciation. Si cet intérêt particulier, en faisant ses propres affaires, améliorait réellement la triste position des infortunés que la nature a traités en marâtre, il serait d'une austérité inintelligente et absurde de lui faire opposition. Le bien, d'où qu'il vienne et quelles que soient les intentions qui le réalisent, doit être encouragé, loué et publié. Mais si, au contraire, sous le manteau d'une philanthropie décevante, se cachait quelque illégitime ambition, ce serait aussi, et bien plus, le devoir de la presse d'examiner à fond ce qu'on propose et ce qu'on vante au nom de l'intérêt général, afin d'éclairer l'opinion publique d'abord, et puis, autant que possible, de s'adresser à la religion des juges.

C'est dans cette disposition d'esprit que nous allons donner nos impressions sur la séance d'hier à l'Académie de médecine, où il s'est agi d'une méthode dite nouvelle pour l'éducation des sourds-muets.

Nous dirons en premier lieu que ce n'est que d'hier que nous avons bien compris de quoi il était question. Le rapport de l'honorable et savant M. Piorry, lu dans la dernière séance, la discussion qui avait suivi cette lecture, ne nous avaient pas mis au courant, et c'était certainement notre faute, de ce dont il s'agissait. Si l'Académie, ainsi que le vœu lui en a été souvent exprimé, ne discutait les rapports qui lui sont faits, qu'après leur impression, elle donnerait à ses discussions une valeur, une importance, et à ses votes une autorité, que l'improvisation et l'impromptu sont souvent impuissans à lui donner.

Il ne faut pas se le dissimuler, et il est important que l'Académie le sache, les travaux de M. Blanchet, que nous aurons à apprécier plus bas, le rapport de la Commission dont M. Piorry a été l'organe, sont une critique plus ou moins avouée et plus ou moins apparente de l'état actuel des choses, relativement à l'enseignement, dans l'institution des sourds-muets de Paris.

Cet enseignement est en ce moment en butte à des attaques très vives. A la tête des opposans, il faut placer M. le docteur Hubert-Valleroux qui, dans plusieurs publications récentes et très remarquables, s'est efforcé de prouver que le système d'éducation des sourds-muets, suivi dans l'institution impériale de Paris, ne donne que des résultats imparfaits, incomplets quand ils ne sont pas tout à fait négatifs. Sans se montrer aussi décidément hostile que M. Hubert-Valleroux, M. Blanchet critique aussi le système officiel. En quoi donc consiste ce système ? En voici les principaux élémens :

La durée des études est de six ans. Le nombre des professeurs est de six, dont quatre sont sourds-muets et deux parlans. L'institution de Paris suit un mode de rotation qui consiste en ce que chaque professeur, sourd-muet ou parlant, à tour de rôle prend tous les élèves qui sont admis au commencement de l'année, et poursuit leur enseignement pendant six ans jusqu'à la sortie de l'établissement, et cet enseignement se donne presque exclusivement à l'aide des signes et de l'écriture. Il faut en excepter une heure de classe d'articulation donnée cinq fois par semaine à tous les élèves des diverses classes réunies, au nombre de 130 environ ; ajoutons que tous les maîtres d'étude de l'établissement sont sourds-muets.

C'est contre ce système, suivi depuis un très grand nombre d'années dans l'institution de Paris, que s'élèvent aujourd'hui des réclamations plus ou moins vives. On lui oppose les méthodes plus rationnelles, dit-on, et plus efficaces, employées dans des institutions particulières. On lui oppose surtout ce qui se fait en Allemagne, en Hollande, en Belgique, où l'on a presque entièrement abandonné le système d'éducation par les signes pour le système par la parole. On reproche au système de Paris de n'établir aucune division, aucune catégorie parmi les sourds-muets, et de leur donner à tous, indistinctement, sans tenir compte de leurs aptitudes intellectuelles diverses, de leur état de surdi-mutité congéniale ou acquise, du degré de leur infirmité et de la probabilité plus ou moins grande de leur curabilité, de leur donner à tous le même enseignement. On lui reproche encore, à ce système de Paris, de plonger presque toute la journée dans une atmosphère muette ceux des élèves de l'institution auxquels les secours de l'art médical a rendu le bienfait du sens de l'ouïe, ou ceux qui n'avaient pas encore entièrement perdu l'audition, et pour cette catégorie d'élèves, les critiques du système vont jusqu'à dire que l'institution de Paris n'est qu'une grande fabrique de sourds-muets.

Ces critiques, fort graves et bien d'autres encore qui sont plus du domaine administratif et économique que du domaine scientifique, ne sont pas restées sans réponse, comme on le pense bien. L'institution impériale de Paris, qui est largement rétribuée par le budget, tient à conserver sa réputation d'institution modèle, et l'on a pu lire récemment dans un journal politique, *la Presse*, les réponses qu'un professeur de cet établissement a cru devoir adresser aux mémoires de M. Hubert-Valleroux.

M. Blanchet, plus prudent et peut-être plus habile, n'a pas confié ses critiques à la presse périodique. Il les a consignées dans un ouvrage en deux volumes grand in-8° (1), qu'il a résumé en un mémoire adressé à M. le ministre de l'intérieur, à qui ressortit l'administration et la direction de l'institution impériale des sourds-muets de Paris. M. Blanchet demande à M. le ministre la réforme du système d'enseignement suivi dans l'institution de Paris, et M. le ministre a consulté l'Académie sur l'utilité de cette réforme, et lui demande plus ou moins directement si au système actuel il convient de substituer le système proposé par M. Blanchet.

Pour mettre nos lecteurs à même d'apprécier le rapport de la commission et la discussion qui s'est ouverte sur ce sujet, nous allons rappeler ici les termes mêmes des questions adressées à l'Académie par M. le ministre de l'intérieur, ainsi que les conclusions du rapport de la commission :

Après avoir constaté l'état des élèves de l'institution nationale des sourds-muets traités par le docteur Blanchet, la commission voudra bien examiner si :

1° Parmi les élèves qui entrent chaque année dans l'établissement, il ne s'en trouve pas un certain nombre qui, ainsi que le signale ce chirurgien, seraient susceptibles de guérison ou d'amélioration, par suite du traitement qu'il a imaginé, et pourraient arriver à saisir la parole directement par l'oreille, ou par l'intermédiaire d'instrumens acoustiques, ou par d'autres moyens.

2° Si d'autres *élèves n'ont pas conservé l'usage de la parole, et ne seraient pas susceptibles d'acquérir la faculté de la lire sur les lèvres, quoiqu'ils soient atteints d'une surdité incurable.*

3° Examiner si les élèves de cette dernière catégorie ne pourraient pas recevoir quelque notion du son par les nerfs de *sensibilité générale*, comme l'indique M. Blanchet.

4° La commission voudra bien faire connaître également si, dans sa pensée, il y aurait avantage à ce que, suivant le vœu exprimé par ce chirurgien, les élèves composant les deux catégories ci-dessus désignées, les uns pour retirer plus de bienfait du traitement, les autres pour développer leur faculté d'articuler et de lire la parole sur les lèvres, fussent appelés à recevoir une éducation spéciale donnée exclusivement par des professeurs parlans, qui les exerceraient plusieurs heures par jour à l'étude de la parole.

5° Enfin, elle exprimera un avis sur l'opinion de M. Blanchet, qui assure que les élèves *soumis à ce mode particulier d'instruction et à un traitement approprié, pourraient rentrer, à la fin de leurs cours d'étude, dans la société, avec la faculté de communiquer à l'aide du langage articulé.*

Voici maintenant ce que la commission répond à ces questions :

Il résulte des observations de la commission et des faits consignés dans ses procès-verbaux :

Que la plupart des élèves traités par M. le docteur Blanchet ont éprouvé une amélioration notable dans l'état de leur appareil auditif et vocal;

Que, relativement à ceux de la première série, le n° 1, qui n'entendait, au moment de son entrée dans l'école (Procès-verbal 4, p. 14), aucun son articulé et pas d'ondes sonores au-dessus de 312 vibrations, percevait après le traitement des sons de 2,000, la parole à voix haute près de son oreille, et à l'aide d'un cornet acoustique, les mots prononcés à voix basse.

Chez le n° 2, qui n'entendait que 512, l'audition s'était développée au point de percevoir 4,600 vibrations et de pouvoir mettre sa voix d'accord avec tous les sons de l'harmonium qui se trouvaient dans le registre de son appareil vocal, d'entendre les mots prononcés à environ 2 mètres de son oreille et de pouvoir les répéter (Procès-verbaux 1, 2, 4).

Le n° 3, qui précédemment ne percevait que des sons de 172 à 300, entendait maintenant jusqu'à 2,500 vibrations, répétait les mots proférés à la distance d'un mètre et exécutait les ordres qu'on lui donnait à l'aide de la parole (Procès-verbaux 1, 2, 4).

Le n° 4 était parvenu à acquérir la parole et la faculté de la lire facilement sur les lèvres, quoique son audition ne se fût élevée que de 86 à 526.

Que, relativement aux élèves de la deuxième série, le n° 1 était parvenu à causer facilement (Procès-verbaux 2 et 4), à chanter des airs variés, à réciter des fables; sa voix avait acquis un notable développement, et sa parole, quoique un peu rude, était très distincte. Ses progrès pour l'audition et la parole étaient si avancés, que la commission l'a vu exerçant très bien son jeune frère à la gymnastique vocale et auditive (Procès-verbal 4).

Le n° 2, comme le précédent, atteint de surdi-mutité congéniale, entendait tous les mots à une certaine distance de son oreille et pouvait facilement les reproduire (Procès-verbaux 2 et 4).

Que parmi les élèves de la troisième série, il s'en trouvait quatre dont l'audition s'était étendue jusqu'à 4,000 vibrations, et qui percevaient la voix, la parole, à 30 ou 40 centimètres de distance, répétaient aisément les mots qu'on leur disait et répondaient pour la plupart aux diverses questions qu'on leur adressait (Procès-verbal 4, p. 1, 2 et 3).

Que, relativement aux élèves de la quatrième série, la commission en a observé 5 dont l'audition s'étendait, pour 4, à 2,000, et chez un cinquième, à 4,087 vibrations. Tous entendaient les mots, les répétaient distinctement; le cinquième percevait même la parole à plus d'un mètre de distance. (Procès-verbal 4, p. 12.)

Que, d'après l'examen des élèves auquel la commission a procédé, il s'en est trouvé constamment dans chaque série un certain nombre (1 sur 3, 4 ou 5), dont l'affection s'est montrée susceptible d'être guérie ou améliorée, et qui, soumis à une éducation et à un traitement convenables, pourraient arriver à saisir directement la parole par l'oreille ou par l'intermédiaire d'instrumens d'acoustique.

Que l'appréciation des altérations de l'ouïe, de l'appareil vocal et des résultats du traitement, faite à l'aide des acoumètres et du nombre de vibrations perçues, a paru à la commission un moyen d'une grande exactitude, et non moins utile que l'emploi de l'orgue appliqué aux exercices de gymnastique vocale et auditive.

Que, relativement aux sourds-muets atteints de la perte de l'ouïe à un âge avancé, mais possédant encore à un degré plus ou moins parfait l'usage du langage articulé, ils peuvent, quoique affectés d'une surdité à peu près incurable, non seulement conserver, mais encore développer la faculté de parler et acquérir celle de lire la parole sur les lèvres.

Que les sourds-muets de cette dernière catégorie, ainsi que le constatent les expériences nombreuses que les membres de la commission ont répétées eux-mêmes, peuvent percevoir, par les nerfs de sensibilité générale, des vibrations depuis 80, 90, 100, jusqu'à 1,000 et même 1,200, et recevoir ainsi l'impression tactile d'un certain nombre d'ondes sonores, et que la culture et le développement de cette faculté devront nécessairement leur faciliter la vie de relation, et alléger leur infirmité.

Qu'il est indispensable que les élèves des deux catégories que nous venons de signaler, les uns pour retirer plus de bénéfice du traitement, les autres pour conserver et développer leur faculté de parler et d'entendre; d'autres, enfin, pour acquérir celle de lire la parole sur les lèvres, et ne pas perdre l'usage du langage articulé, reçoivent une éducation spéciale, donnée exclusivement par des professeurs parlans, chargés de les exercer suffisamment à l'articulation.

Qu'il est encore nécessaire, pour assurer et hâter le progrès de la parole et le développement de l'audition, de les placer dans une division spéciale, de les isoler, dans tous les instans de la journée, des autres enfans qui n'offrent pas les mêmes dispositions à acquérir le langage articulé, ou à recouvrer l'ouïe.

Que pour pouvoir établir cette division et empêcher que, d'après le système de rotation en usage à l'école de Paris, les sourds-parlans, les demi-sourds-muets, les sujets susceptibles de recouvrir l'ouïe et la parole, ne restent entièrement confondus avec ceux qui sont tout à fait sourds-muets, qu'ils ne soient indistinctement instruits comme eux, pendant toute la durée de leurs études, presque exclusivement à l'aide des signes, par des professeurs sourds-muets ou parlans, qu'ils perdent par conséquent l'usage de la parole, et sortent des écoles avec une aggravation de leur infirmité, il faut classer tous les enfans dès leur entrée dans l'institution.

Qu'enfin, en observant ces règles, il y a tout lieu d'espérer que les élèves des deux catégories mentionnées pourront rentrer, à la fin de leurs études, dans leur famille et dans la société, avec la faculté de communiquer et de converser plus ou moins complètement à l'aide du langage articulé.

Ainsi, ce que M. Blanchet propose, et ce que la commission trouve digne d'encouragemens, c'est :

(1) Nous passons sous silence les nombreux mémoires adressés à l'Académie des sciences par M. Blanchet.

En principe, la substitution de la méthode par la parole à la méthode par la mimique;

Comme application, la catégorie des sourds-muets d'après leur degré d'infirmité constaté par les moyens indiqués par M. Blanchet;

Comme conséquence, une réforme profonde dans le système d'enseignement suivi jusqu'à présent dans l'institution de Paris.

On peut comprendre, d'après ce qui précède, toute l'importance et la gravité des questions soumises à l'Académie. Elles touchent, et par des afférences très intimes et très délicates, aux plus curieux et aux plus difficiles problèmes de la physiologie, de la psychologie et de la médecine. M. Ferrus le faisait observer hier avec un grand sens, la solution est à la fois médicale et pédagogique. Un vote de l'Académie peut avoir des conséquences fort graves. Il importe de ne rien précipiter. L'Académie, du reste, il faut lui rendre cette justice, a conscience des difficultés et des obscurités du sujet; elle n'a pas cédé aux entraînemens de l'honorable rapporteur, dont les convictions paraissent solidement établies; elle ne cherche évidemment qu'à différer son vote pour l'éclairer par la discussion, et cette temporisation prudente ne peut être qu'approuvée.

Puisque l'Académie veut bien écouter quelquefois ce qui se dit en dehors d'elle, nous prendrons la liberté de dire notre humble opinion : 1° sur la nouveauté de la méthode de M. Blanchet et de la réforme demandée par ce médecin, et appuyée par la commission de l'Académie; 2° sur son utilité; 3° sur les conséquences qu'elle pourrait avoir.

Sur la question de nouveauté, nous ne croyons pas et nous n'avons vu nulle part, d'ailleurs, que M. Blanchet ait élevé des prétentions formelles à cet égard. Chirurgien de l'institution des sourds-muets de Paris, M. Blanchet a dû nécessairement, par position, se mettre au courant de tous les travaux faits avant lui. Il ne peut pas ignorer, quant à la catégorisation qu'il demande et qu'il formule, qu'elle a été sollicitée et très scientifiquement formulée par Itard, il y a trente ans. Quant aux efforts pour douer de l'ouïe et de la parole les infortunés sourds-muets, il nous répugne d'admettre que M. Blanchet ait voulu taire ou méconnaître les services rendus à cet égard par ses devanciers, dont quelques-uns sont ses contemporains. Il connaît mieux que nous les travaux d'Amman, de Wallis, de Pereire, qui firent tant de bruit dans le siècle dernier, de Pereire surtout, ce modeste, ingénieux et patient éducateur, qui obtint les honneurs d'un éloquent rapport fait à l'Académie des sciences par Buffon lui-même. Il sait les belles recherches et les remarquables résultats obtenus par M. Deleau sur le diagnostic, la pathogénie et le traitement de la surdi-mutité; il sait qu'un des élèves de M. Deleau, M. Dubois, a fondé à Paris une institution où l'éducation par la mimique ne joue qu'un rôle très secondaire, et où tous les efforts sont dirigés vers l'éducation par la parole. Il a vu le résultat saisissant obtenu par M. Baudelocque sur un jeune sourd-muet qui parle et qui chante de façon très satisfaisante. Quant à l'application des instrumens sonores pour le diagnostic de la surdité et de ses degrés, M. Bonnafont lui a rappelé lui-même, dans la séance d'hier, l'application ingénieuse qu'il a proposée, et qu'il fait depuis plusieurs années, du diapason au diagnostic de la cophose.

Quant à l'étude véritablement médicale et pathologique de la surdi-mutité, à côté de lui, et dans le même établissement dont il est le chirurgien, il a pu voir M. Ménière, son collègue, se livrant depuis plusieurs années à l'étude sérieuse et attentive de tous les élémens de cette triste infirmité, et ne se hâtant pas de produire les résultats de son observation, parce que ce savant et modeste observateur se souvient du sublime aphorisme : *Ars longa, experentia fallax*. Enfin, quant à la réforme sollicitée par M. Blanchet, dans la méthode d'enseignement des sourds-muets, ce médecin qui a eu l'honneur de recevoir une mission du gouvernement pour visiter et étudier les méthodes suivies en Allemagne, en Hollande, en Belgique, qui a publié les résultats de son voyage, sait mieux que personne que cette réforme qu'il sollicite pour la France est en pleine voie d'exécution à l'étranger, et qu'il ne peut viser, sur ce point, qu'au titre d'importateur intelligent et zélé.

Mettons donc de côté la question de nouveauté, qu'injustement, comme on le voit, on voudrait favorablement juger envers M. Blanchet, et qu'avec plus de modestie et un sens vrai des choses, il ne revendique pas lui-même. Ce que la commission revendique pour lui, et ce que nous sommes prêt à lui accorder pour notre compte, quoique l'observation et l'expérience personnelles nous fassent complètement défaut sur ce point, c'est une catégorisation plus physiologique et plus sûre de la surdi-mutité et de ses degrés, et par là une classification plus naturelle et plus profitable; c'est l'emploi d'instrumens de diagnostic plus puissans et plus exacts; c'est enfin une détermination plus certaine de la probabilité de la curabilité de l'infirmité. Ces titres sont suffisans pour légitimer la chaleur d'approbation du savant rapporteur de M. Blanchet; on sait, en effet, que M. Piorry est le patron naturel de tous les progrès.

Un mot maintenant sur l'utilité de la réforme demandée.

(La suite à mardi prochain.) Amédée LATOUR.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Addition à la séance du 19 Avril 1853.)

Surdi-mutité.

M. PIORRY lit, au nom d'une commission, un rapport officiel en réponse à la demande de M. le ministre de l'intérieur, sur le traitement de la surdi-mutité que M. le docteur Blanchet emploie depuis quelques années à l'institution des sourds-muets de Paris.

Voici le résumé et les conclusions de cet important rapport, dont la lecture a occupé la plus grande partie de la séance. (Voyez *Premier-Paris*.)

M. VILLERMÉ a eu occasion de converser avec des sourds-muets et avec des personnes chargées de leur éducation; il a appris dans ces entretiens que si, lorsque la faculté d'entendre et de parler commençait à se développer chez les sourds-muets, ceux-ci venaient à cesser cette éducation, ils perdaient rapidement ce qu'ils avaient acquis, et n'étaient plus aptes à reprendre l'enseignement interrompu; de sorte qu'il faudrait que cet enseignement fût toujours continué et les élèves restassent toujours dans les établissemens de sourds-muets. Je ne sais jusqu'à quel point c'est là un résultat dont on puisse se montrer satisfait. Il serait donc important de pouvoir dire dans le rapport jusqu'à quel point la guérison se maintient à la suite du traitement dont il s'agit.

M. PIORRY : Ce que vient de dire M. Villermé est parfaitement juste. Il en est des organes de l'audition comme des muscles, ils s'atrophient et perdent leur aptitude fonctionnelle par l'inaction. Mais c'est précisément à cause de cela qu'il importe que les sourds-muets quittent les établissemens aussitôt qu'ils ont acquis le degré d'éducation nécessaire pour les besoins sociaux, car s'ils restent dans ces établissemens ils ne tardent pas à reprendre leurs anciennes habitudes et à perdre le fruit de leur éducation.

M. FERRUS a été plusieurs fois chargé de constater des faits semblables à ceux qui font l'objet du rapport, et il a été, par conséquent, à même de faire aussi quelques observations. Il faut, dit M. Ferrus, suivre pendant très longtemps les sourds-muets pour apprécier exactement les progrès qu'ils peuvent faire. Il arrive assez souvent que les sourds-muets disent ne pas entendre du tout lorsqu'ils entendent un peu; ils dissimulent souvent pour rester dans les établissemens; il résulte de là qu'on n'est jamais bien fixé sur leur état réel, et qu'on manque d'un point de départ précis pour apprécier les résultats des moyens employés. C'est là une très grande difficulté. Aussi ne saurait-on trop louer la commission pour la marche très bonne qu'elle a suivie dans cette circonstance.

Il est encore une autre circonstance dont il est importe de tenir compte, c'est le degré d'intelligence des sourds-muets. Rien n'est plus commun que de rencontrer des idiots parmi les sourds-muets; c'est là souvent une très grande cause de confusion.

Une autre difficulté, c'est d'apprécier la sensibilité tactile; on sait que chez les sourds-muets la sensibilité tactile est élevée quelquefois à un degré extrême. C'est même là une circonstance dont on peut tirer le plus grand parti.

Enfin M. Ferrus termine en insistant surtout sur la nécessité de diriger activement l'enseignement de l'articulation, qui n'a pas été en général assez suivi jusqu'ici. Il faut que cet enseignement soit constant. M. Ferrus rapporte quelques exemples de sujets chez qui la gymnastique de l'articulation a produit d'excellens résultats.

M. PIORRY : La commission a compris aussi toutes les difficultés qu'il y avait à constater le degré de la lésion des organes de l'audition. Elle a pris à cet égard toutes les précautions possibles pour éviter les causes d'erreur. Comme l'a dit M. Ferrus, il est fort difficile d'apprécier les divers degrés de surdi-mutité. C'est cependant à ce résultat qu'est arrivée la commission à l'aide des procédés imaginés par M. Blanchet. Ainsi il a été, en général, assez facile d'apprécier le nombre de vibrations perçues par les sourds-muets. La commission a aussi tenu compte du degré d'intelligence des sujets sur lesquels elle a suivi ces expérimentations.

M. BOUSQUET : Il faut savoir qu'un grand nombre de sourds-muets entendent lorsque la voix est élevée et directement dirigée vers eux; mais ils n'entendent pas la voix sur le ton ordinaire de la conversation. Et c'est parce qu'ils ne peuvent pas suivre la conversation qu'ils finissent par y renoncer. Si on ne doit, par les procédés d'éducation dont il s'agit, les amener qu'à ce résultat, c'est à y renoncer.

M. PIORRY : Les sourds-muets que la commission a examinés n'étaient pas parfaitement guéris encore, sans doute, mais on sait bien que ce n'est pas en quelques mois qu'on peut atteindre un pareil résultat. M. Bousquet nous parle d'ailleurs d'une époque où à peine les sourds-muets commençaient-ils à entendre un peu, qu'on les renvoyait aussitôt à l'établissement avec les autres sourds-muets, au milieu desquels ils ne tardaient pas à retomber dans leur état primitif.

M. LONDE voudrait savoir quels sont les moyens employés par M. Blanchet.

M. PIORRY : Ce traitement est trop complexe pour pouvoir le résumer en quelques mots. D'ailleurs tous les détails en ont été longuement énumérés dans le rapport.

M. BÉRARD ne sait s'il a bien entendu, mais il lui a semblé que le rapport contenait deux hérésies, une hérésie physique et une hérésie physiologique. Il y a deux choses à considérer dans le son, le *ton* qui dépend du nombre des vibrations, et l'*intensité*. Celle-ci peut varier beaucoup, le nombre des vibrations restant le même. M. le rapporteur semble avoir oublié de faire cette distinction et n'avoir tenu compte que du nombre des vibrations. On ne comprendrait pas bien qu'à l'aide du nombre des vibrations seulement, on pût avoir la mesure du degré d'audition.

Quant à l'hérésie physiologique, elle consisterait à avoir établi une sorte d'identité entre la sensibilité générale et la sensibilité spéciale. On sait qu'un même excitant appliqué alternativement sur tel ou tel sens produit des sensations très différentes, suivant le mode spécial de sensibilité des nerfs qui les animent : ici la sensation de lumière, là celle de la saveur, là celle du son, etc. M. Bérard voudrait qu'on fît disparaître du rapport certains passages qui assimilent un peu trop la sensibilité tactile générale avec l'impression auditive.

M. PIORRY répond à M. Bérard qu'il n'ignore pas les lois physiques qu'il vient de rappeler. La commission n'a pas négligé de tenir compte de l'intensité des sons comme du nombre des vibrations, mais l'intensité ne lui a pas paru, à beaucoup près, avoir la même importance dans ces expériences que le ton. Sans doute, il ne serait pas sans intérêt de répéter des expériences en tenant compte spécialement de l'intensité des vibrations, mais c'est ce qu'on pourra étudier plus tard.

M. Piorry se défend ensuite du reproche d'hérésie physiologique qui lui a été adressé par M. Bérard, au sujet de ce qu'il a dit de l'audition ou de la perception des vibrations sonores par le secours de la sensibilité générale. C'est un sujet sur lequel M. Piorry accepterait volontiers la discussion, mais qui est trop en dehors de l'objet spécial du rapport pour qu'il croie utile de l'engager en ce moment.

M. DUBOIS (d'Amiens), pour faciliter la décision que va prendre l'Académie sur les conclusions du rapport, donne lecture de la dernière lettre de rappel du ministre, qui exprime le désir que l'expérience soit faite sur la plus grande échelle possible, afin de pouvoir déterminer la proportion des élèves sourds-muets qui peuvent profiter de ce système d'éducation, et de ceux qui y restent réfractaires. Mais afin que les points de la question qui peuvent être considérés comme étant actuellement résolus n'aient point à souffrir du retard que pourrait entraîner la solution de l'ensemble de toutes les questions qui se rattachent à ce sujet, M. le ministre invite la commission à scinder son travail, s'il y a lieu, et à s'occuper immédiatement des points qui peuvent lui paraître susceptibles d'une solution immédiate, sauf à ne considérer cette solution que comme provisoire.

M. BOUILLAUD est d'avis que l'hérésie physiologique signalée par M. Bérard a été commise, sinon intellectuellement, du moins nominalement. Elle existe, en effet, dans les mots dont s'est servi M. Blanchet dans son mémoire.

M. H. GAULTIER DE CLAUBRY appuie l'observation de M. Bérard sur la question de physique relative à la différence à faire entre le nombre des vibrations et leur intensité, et il appuie cette observation d'un nouvel exemple.

M. BONNANONT demande la parole pour présenter quelques observations qu'il croit de nature à jeter du jour sur la question.

Vu l'heure avancée, la suite de la discussion et le vote des conclusions sont renvoyés à la séance prochaine. La parole sera réservée à M. Bonnafont.

Séance du 26 Avril 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

La correspondance comprend :

1° Un grand nombre de communications ministérielles, relatives à des rapports sur les services annuels des établissemens thermaux, à des rapports sur les épidémies, et à des demandes d'avis sur des remèdes secrets.

2° Un mémoire de MM. BECQUEREL et VERNOIS, sur de nouveaux instrumens polarimètres. (Nous en publierons les conclusions dans un prochain numéro.)

3° Une observation de M. BURQ, relative à un cas de paralysie musculaire progressive, qu'il aurait guéri, il y a quelques années, par les armatures métalliques. (Comm. MM. J. Cloquet, Guérin et Bérard.)

4° Une lettre de M. MERCIER, qui réclame la priorité au sujet de la sonde évacuatrice que M. Leroy-d'Étiolles a présentée dans la dernière séance à l'Académie. D'après M. Mercier, cette sonde, à quelque différence de courbure près, serait celle qu'il a présentée lui-même à l'Académie en 1851. (Comm. MM. Laugier, Ségalas, Robert et Larrey.)

Surdi-mutité.

La correspondance comprend, en outre, sur le sujet du rapport de M. Piorry, deux lettres dont M. le secrétaire général donne lecture, l'une de M. Guéneau de Mussy, membre de la commission, la seconde de M. Deleau.

M. GUÉNEAU DE MUSSY exprime le regret qu'en rapportant les tentatives faites par Itard pour réveiller le sens auditif chez quelques-uns des enfans confiés à ses soins médicaux, M. Piorry n'ait pas fait connaître les résultats auxquels il était parvenu, omission doublement regrettable, puisque ces résultats appartiennent à un collègue qui a bien mérité des sourds-muets et de l'Académie, et qu'ils ont été constatés par l'Académie, qui, à cette occasion, a déjà répondu à la plus importante des questions qui lui sont de nouveau adressées par le ministre.

M. Guéneau de Mussy rapporte en ces termes les faits qui se sont passés à cette époque sous ses yeux :

Aussitôt qu'Itard fut nommé médecin de l'institution des sourds-muets, en 1799, il s'appliqua à rechercher si l'infirmité qui tenait ces infortunés séquestrés de la société était également incurable chez tous; il reconnut d'abord que la surdité n'était complète que dans un très petit nombre; que chez les autres elle existait à des degrés très différens, et que parmi ceux-ci il y en avait quelques-uns dont l'audition s'améliorait assez rapidement en l'excitant méthodiquement par l'action des corps sonores. Cette observation lui fournit la base d'une éducation physiologique appliquée au développement des organes de l'ouïe et de la parole; elle fut le point de départ des essais qu'il tenta dès lors sur quelques élèves choisis. Deux heures par jour, pendant trois ans, furent consacrés à cette expérience, dont le résultat combla ses vœux. Sur six enfans reçus sourds-muets à l'institution, trois surtout furent rendus à leurs familles, entendant et parlant.

Encouragé par ce succès, Itard poursuivait ses essais; il perfectionnait ses procédés; tous les ans il soumettait ses élèves nouvellement admis à un examen attentif, pour reconnaître ceux qui seraient susceptibles d'être tirés de la classe des sourds; il adressait au conseil d'administration une suite de rapports où, en exposant ses travaux, il lui soumettait des propositions tendant à régulariser ces essais, et insistait sur la nécessité de former une classe spéciale où les demi-sourds recevraient une éducation dirigée d'après les principes qu'il exposait.

Témoin des résultats obtenus par Itard et en appréciant l'importance, le conseil n'hésita pas à demander au ministre les fonds nécessaires pour l'établissement de la classe demandée.

L'Académie de médecine, consultée par le ministre à l'occasion de cette demande sur le *degré de confiance que pouvaient inspirer les résultats annoncés par le docteur Itard*, nomma une commission pour lui rendre compte des travaux de ce praticien.

Cette commission, après avoir suivi longtemps les travaux d'Itard, constaté les résultats qu'il obtenait, fit, par l'organe de notre regrettable collègue M. Husson, un rapport que l'Académie adopta le 6 mai 1828, et qui a été, par son ordre, inséré dans le second volume de ses mémoires.

La commission regarde comme démontré qu'au moyen de l'éducation spéciale du sens auditif, pratiquée par Itard, on pourrait mettre un dixième ou un douzième des élèves admis comme sourds-muets, en état, à leur sortie de l'institution, de communiquer par la parole avec leur famille.

Elle reconnaît la nécessité de la classe spéciale demandée par Itard et par le conseil d'administration, destinée à ces demi-sourds.

Vers la même époque, le docteur Deleau s'appliquait aussi avec beaucoup de persévérance à améliorer le sort des sourds-muets et à développer le sens auditif chez ceux qui en étaient susceptibles. Il parvenait ainsi à rendre assez d'audition à plusieurs sourds-muets pour les mettre en état de communiquer par la parole.

Tels sont les précédens qui, suivant M. Guéneau de Mussy, devaient être pris en considération pour apprécier ce que le docteur Blanchet a pu y ajouter.

Depuis vingt-cinq ans, la voie était ouverte et toute tracée; le docteur Blanchet y est entré et y a marché avec un zèle et une constance dignes d'éloges; il n'y a pas apporté une méthode nouvelle, des principes nouveaux, comme il pensait le croire. Ce qui lui appartient, c'est d'avoir mis en usage des instrumens, au moyen desquels il gradue d'une manière plus exacte qu'on ne l'avait fait avant lui, l'excitation portée sur le sens auditif, et mesure avec plus de précision les progrès de l'audition chez les élèves soumis à ses procédés. On ne peut mettre en doute qu'à l'aide de ces moyens perfectionnés et de sa persévérance, il ne parvienne à égaler les résultats qui ont été obtenus par ses devanciers.

Il est à remarquer qu'il n'a pas été conduit à assigner pour le nombre des élèves susceptibles d'être instruits par l'ouïe une autre proportion que celle qui a été indiquée par Itard, et vérifiée par l'Académie.

M. Deleau adresse la lettre suivante :

Messieurs,

Dans votre dernière séance, M. le professeur Piorry, d'après l'invitation de M. le ministre de l'intérieur, vous a fait un rapport sur le traitement et sur l'éducation auriculaire et orale des sourds-muets.

Depuis trente ans, je m'occupe de ces sortes de travaux, et je me suis toujours empressé de vous envoyer mes ouvrages. M. votre rapporteur n'en ayant pas fait mention, je crois devoir vous les adresser de nouveau. J'ose espérer, Messieurs, qu'ils vous mettront à même de résoudre les questions suivantes :

1° Quel est le médecin qui a fait faire le plus de progrès au traitement des sourds-muets qui en sont susceptibles?

2° Quel est celui qui a la priorité des innovations?

3° Quelle est la méthode physiologique la plus rationnelle et la plus expéditive pour l'éducation de la parole chez les sourds-muets privés entièrement de l'ouïe?

4° Quel est le médecin qui a fondé le premier une institution à Paris?

5° Et enfin, quel est le praticien qui, dans des expériences nouvelles, établies comparativement, obtiendra les succès les plus remarquables?

Permettez-moi, Messieurs, de faire quelques observations sur ces questions.

Dans l'ouvrage n° 1, j'ai traité de l'état de l'oreille chez les sourds-muets; j'ai démontré qu'il est facile d'explorer cet organe, même dès le bas-âge. Je rapporte des guérisons de surdi-mutité. Le dernier chapitre est intitulé : *De la nécessité de fonder en France un établissement destiné au traitement et à l'éducation des sourds-muets.* Enfin, on y lit quatre rapports faits à l'Académie des sciences, par MM. Percy, Magendie, Geoffroy Saint-Hilaire et Savart.

Pièce n° 2. — Je joins à ce livre une observation manuscrite du jeune sourd-muet, frère d'un sourd-muet guéri de son infirmité. Cet enfant était admis à l'institution de Paris; il m'a été confié par M. le ministre de la guerre. Il est fils d'un sous-officier de vétéran.

Pièce n° 3. — Ici je prouve qu'en deux jours, j'ai établi le diagnostic des causes de surdi-mutité chez soixante enfans plus ou moins âgés.

Pièce n° 4. — Dans cet ouvrage, intitulé : « Nouvelles recherches physiologiques sur les élémens de la parole qui composent la langue française, et sur leur application à une nouvelle dactylologie pour l'éducation des sourds-muets, » je cite le nom de plusieurs de mes élèves ; je fais surtout connaître Benjamin Dubois, sourd-muet, qui a fondé à Paris, rue de Courcelles, n° 30, une institution qui renferme quarante élèves; ils parlent tous comme leur maître. Vingt-quatre bourses sont données à Dubois, depuis dix ans, par M. le ministre de l'intérieur.

Comment se fait-il donc que l'honorable M. Piorry ignore ce fait?

Les documens sur lesquels ce professeur vous a fait un rapport ont aussi été adressés à l'Académie des sciences; M. le professeur Geoffroy Saint-Hilaire a été nommé rapporteur. Pour bien remplir sa mission, il s'est rendu à l'institution du jeune Dubois; il a causé de vive voix avec le professeur et avec ses élèves. C'est là qu'il a appris que tous ces infortunés étaient instruits par ma méthode pour l'instruction de la parole. Voici quelle a été sa réponse aux documens qui vous ont été envoyés par M. le ministre de l'intérieur : « L'institution pour instruire » les sourds-muets par la parole est toute fondée. M. le ministre de l'in» térieur y a contribué en accordant vingt-quatre bourses pour des » pauvres, et M. Deleau en donnant les principes physiologiques sur » lesquels est basée sa méthode. »

J'ose espérer, Messieurs, que vous prendrez mes communications en bonne part; j'espère aussi que vous accueillerez la proposition suivante :

Je propose qu'on choisisse dix à douze sourds-muets de l'âge de 4 à 8 ans, à peu près aussi sourds les uns que les autres, et que le sort les confie aux médecins qui se proposeront de traiter l'organe de l'ouïe et de leur inculquer la parole.

Après huit jours d'examen, les médecins qui entreront en lice feront un rapport sur l'état physiologique et pathologique de l'oreille moyenne des enfans qui leur auront été confiés. Une année après, on constatera leurs progrès dans l'art de parler.

Dans la pièce n° 5, j'offre un modèle d'examen qui a été fait par moi à l'hospice des Orphelins; on y lit les rapports de M. Baffos, votre confrère, et de M. Kapeler, médecin de cet hospice.

M. Piorry, répondant aux deux lettres de MM. Guéneau de Mussy et Deleau, regrette qu'ils n'aient paru l'un et l'autre connaître que très incomplètement son rapport, car ils y auraient trouvé ce qu'ils disent ne point y être. Il résulte, en effet, de quelques passages du rapport dont M. Piorry donne de nouveau lecture, qu'il a été tenu compte, dans ce rapport, des essais tentés dans le temps par Itard, et des belles recherches de M. Deleau.

La parole est à M. Bonnafont pour la lecture d'un travail sur ce même sujet.

M. Bonnafont : Je commence par remercier l'Académie de la bienveillance avec laquelle elle a accueilli la proposition que j'ai eu l'honneur de lui soumettre à sa dernière séance, et de me permettre ainsi d'apporter le fruit de mon expérience à la solution de la question fort difficile qui s'agite en ce moment.

Je témoignerai aussi mes regrets au savant rapporteur, pour l'avoir mis dans l'obligation de reparaître à cette séance; mais M. le professeur Piorry est trop partisan de la vérité pour qu'il ne me sache quelque gré, je l'espère du moins, de soumettre quelques nouveaux faits à ses appréciations.

La question aujourd'hui pendante devant l'Académie est bien certainement une de celles dont la solution est des plus difficiles, si même elle peut être résolue; car la surdi-mutité est une infirmité très complexe qui n'intéresse pas seulement les organes qui composent les appareils de l'ouïe et de la parole; il y a aussi au-dessus de ces appareils un organe qui les domine tous et qui en est trop souvent le point de départ. Toutes les personnes qui ont vu et observé de près les sourds-muets de naissance ont pu, comme nous, constater que cette infirmité se trouve assez souvent liée à un état plus ou moins marqué de débilité dans les organes du cerveau. L'apathie des facultés intellectuelles, qui résulte alors de cette dernière circonstance, ne saurait être confondue avec les effets propres à la surdité et au mutisme. Nous aurons, du reste, l'occasion de développer cette vérité dans un instant.

Tous les auteurs ont établi deux genres de surdi-mutité : l'un inné, et l'autre qui est la conséquence d'une maladie accidentelle survenue après la naissance. Cette distinction est d'une haute importance, parce que la première se complique presque toujours d'un affaiblissement des facultés intellectuelles et reste rebelle à tous les moyens curatifs; tandis que la seconde, bien qu'elle paraisse aussi grave que l'autre, peut n'avoir pour cause que la paralysie plus ou moins complète des nerfs labyrinthiques, ou toute autre affection de l'appareil de l'ouïe; mais généralement le cerveau n'ayant éprouvé aucune maladie organique, l'intelligence, à son tour, n'aura subi d'autre altération que celle qu'a pu produire l'absence d'un sens aussi nécessaire à son mécanisme. Bien que cette influence soit très grande, elle ne saurait jamais aller jusqu'à rendre le cerveau aussi rebelle que la surdité innée à tous les moyens d'éducation qui ont pour but le développement de l'intelligence.

Cette distinction faite des surdi-mutités innées et accidentelles, il reste à établir des catégories entre ces derniers individus, afin de juger ceux qui devront être rebelles à toute médication et ceux qui, moins affectés, pourront offrir quelques chances d'amélioration. Itard, qui est toujours l'auteur qui nous donne les idées les plus précises sur la question que nous agitons, avait établi cinq classes de sourds-muets : 1° ceux qui entendent la parole; 2° ceux qui entendent la voix; 3° ceux qui entendent les sons; 4° ceux qui entendent le bruit; 5° enfin ceux qui n'entendent absolument rien. Eh bien! de ces cinq classes, on doit en rayer les deux premières; car il est bien démontré que tous les sourds qui entendent les modulations de la parole, ainsi que celles de la voix, ne sont pas assez infirmes pour qu'ils ne puissent s'entendre parler, et par conséquent ne doivent pas être qualifiés de sourds-muets; ou bien si la parole chez eux, avec ce degré d'audition est réfractaire à tout perfectionnement, on doit les ranger plutôt parmi les idiots, car alors l'intelligence seule fait défaut, et refuse son concours si important.

Nous n'avons établi que trois classes de sourds-muets, et le moyen que nous avons employé pour opérer ce classement consiste dans l'application du diapason, comme M. Blanchet. Seulement, nous croyons devoir réclamer ici la priorité de l'emploi de cet instrument pour apprécier les divers degrés de sensibilité du nerf acoustique en l'apposant sur la région du crâne voisine de l'oreille.

C'est à Alger, en 1834, que je commençai à faire usage du diapason, en faisant des expériences pour juger l'influence qu'exerce la musique sur les membranes du tympan. C'est depuis 1840 que je me suis servi de ce moyen pour diagnostiquer le degré d'altération du nerf acoustique; mais son usage pour apprécier les divers degrés de surdité chez les sourds-muets ne date que de 1849, pendant mon séjour à l'hospice d'Arras. J'ignore à quelle époque M. Blanchet a commencé à se servir du diapason, mais je doute que cela remonte à une époque aussi éloignée. C'est là, du reste, un point qui doit peu intéresser l'Académie, et je vais passer de suite au résultat des expériences faites par moi dans l'établissement des sourds-muets d'Arras.

Sur 36 jeunes élèves soumis à l'action du diapason, dont 20 garçons et 16 jeunes filles, 10 garçons et 7 jeunes filles furent sensibles à cet instrument, représentant le sol, le la et le do du médium, et le témoignèrent par leur joie, tandis que tous les autres élèves n'éprouvèrent aucune sensation pendant l'application de cet instrument sur les différentes régions du crâne.

Ces expériences furent renouvelées quelques jours après avec un diapason représentant le sol de la 3e octave, dont le son est très aigu et les vibrations par conséquent très limitées. Voici les résultats que j'obtins : sur les 10 garçons qui avaient été et étaient encore sensibles au diapason représentant le mi, le sol et le do du médium, 4 seulement témoignèrent d'une manière non équivoque qu'ils percevaient le son du petit diapason, tandis que les 6 autres y furent totalement insensibles, qu'elle que fût la partie du crâne sur laquelle je répétai l'expérience.

Sur les 7 filles qui avaient été sensibles au premier diapason, 3 seulement entendirent le son du plus petit appliqué sur toutes les régions du crâne.

Les mêmes expériences furent répétées, et les mêmes instrumens appliqués sur diverses parties du corps, comme les côtes, le sternum et la colonne vertébrale; aucun des jeunes élèves qui n'avaient pas entendu le diapason sur le crâne, n'y fut sensible, tandis que tous ceux chez lesquels le son avait pénétré par la voûte crânienne donnèrent le même résultat, à des degrés différens, par le thorax, excepté par la colonne vertébrale, ce qui s'explique d'ailleurs par l'intersection des élémens qui la composent. Les côtes le conduisaient mieux; puis venait le sternum dans sa partie supérieure surtout, d'où le son est transmis avec une intensité au moins égale à toute la surface du crâne. Sur trois jeunes muets, le petit diapason, à la partie supérieure du sternum, produisit évidemment une impression bien plus forte que sur aucune des parties osseuses du crâne et de la face. C'est en faisant ces expériences que j'eus occasion de vérifier un phénomène d'acoustique fort curieux, que personne n'avait encore signalé, et que j'avais déjà observé chez des personnes affectées de surdité accidentelle. Trois sourds et muets qui entendaient bien le diapason d'un côté du crâne, ne l'entendaient pas du tout du côté opposé; preuve évidente 1° que les ondes sonores ne suivent pas toujours la courbe des os pour arriver au nerf acoustique, mais bien qu'elles traversent directement la substance osseuse, ainsi que la masse cérébrale, pour atteindre ces nerfs; 2° que les hémisphères cérébraux, considérés comme conducteurs des ondes sonores, ne transmettent le son qu'à l'oreille interne qui leur correspond, et jamais à celle du côté opposé. C'est là une observation essentielle pour l'étude des jeunes sourds et muets.

Ainsi, un fait qui, pour nous, est bien démontré, c'est que toute personne atteinte de cophose qui entend le son d'un diapason, soit du do de la 1re octave et surtout le sol de la 3e, dont le son est très aigu à la distance de 0m,05 de l'oreille, cette personne sera accessible aux intonations vocales, et, par conséquent, susceptible de parler elle-même avec le temps, pourvu toutefois que l'intelligence ne fasse pas défaut au concours si nécessaire qu'elle prête au mécanisme du langage articulé. On sait qu'un grand nombre de crétins qui entendent le bruit à certaine distance, sont cependant sourds et muets.

Personne n'ignore qu'une condition essentielle pour produire les modulations si nombreuses et si délicates de la parole, est que l'on s'entende parler comme on le dit vulgairement; sans cela, il sera impossible de suivre et de comprendre les diverses intonations non seulement d'une phrase, mais même d'un seul mot. Or, les faits nous ont appris qu'un sourd de naissance ne saurait entendre sa voix que lorsqu'il perçoit le son du diapason à la distance que nous avons déjà indiquée; et, tant que ce résultat ne sera pas obtenu, il faudra renoncer à l'espoir de le faire parler; car on ne peut appeler ainsi quelques sons criards, rauques, sans timbre aucun, et fort désagréables, qui sortent de la gorge plutôt que de la bouche, et qu'on est parvenu à obtenir d'une manière purement mécanique.

A ce propos, je demande la permission de citer à l'Académie un exemple assez curieux d'un sourd-muet auquel on avait cru rendre la parole, et dont la cure a fait un cetain bruit dans le monde savant.

Au nombre des guérisons proclamées par un des médecins auristes le plus en renom, figure le jeune Lecomte, sourd-muet de naissance, qui fut présenté à l'Institut comme ayant recouvré l'ouïe et la parole.

Nous n'avons pu nous procurer l'exposé du rapport qui fut fait, afin de juger le degré de sensibilité des nerfs acoustiques, ainsi que celui de la perfectibilité donnée à la parole; mais il fallait que ces deux facultés fussent ou parussent bien développées à notre confrère, si nous en jugeons par ces lignes que nous trouvons à la page 21 de l'introduction de ses *Recherches pratiques sur les maladies de l'oreille*, et qu'il adressait à la commission de l'Institut : « Votre commission connaît ces » jeunes gens (il s'agissait des nommés Dussaux, Martin et Eugène » Lecomte), mais il est bon qu'elle les examine de nouveau, depuis » qu'ils sont livrés dans le monde à des travaux manuels, *et forcés de* » *communiquer à l'aide de l'ouïe et de la parole*. Le premier a » appris dans un atelier l'état de dessinateur; le second est tourneur; » enfin, le troisième est à Toulouse, où l'on continue son éducation. » J'ai eu occasion de le revoir. *Il entend bien, et sa parole s'est* » *perfectionnée.* »

Frappé d'un pareil succès, je fus curieux, alors que je m'occupais de quelques expériences physiologiques sur l'organe de l'ouïe, et que je me berçais, moi aussi, de l'espoir de rendre l'ouïe aux sourds-muets, je fus curieux de constater ces beaux résultats.

Je n'eus aucune occasion de me mettre en relation avec les nommés Dussaux et Martin; mais le hasard ayant conduit dans mon cabinet un client qui connaissait le père de Lecomte, il me devint facile de voir ce jeune homme qui me fut conduit quelques jours après. Or, voici dans quel état je le trouvai :

Le diapason était entendu sur toute la surface du crâne, mais nullement à distance; la parole, si élevée qu'elle fût, n'était nullement entendue. Si on lui parlait en face, il répétait quelques mots que ses yeux seuls lui faisaient deviner par le mouvement des lèvres, puisqu'il les répétait aussi bien quand on les prononçait à voix basse. Sa parole consistait à articuler quelques mots ou quelques bouts de phrases, comme *papa, maman, bonjour, comment portez-vous?* Mais tout cela était dit d'une voix rauque, caverneuse et désagréable, qui indiquait qu'elle sortait machinalement d'un tuyau inerte plutôt que d'un instrument dirigé par l'ouïe; aussi, quand je lui demandai par écrit s'il s'entendait parler lorsqu'il prononçait *papa* et *maman*, il me répondit, aussi par écrit, négativement.

Telle était, et telle est probablement encore aujourd'hui la condition de l'ouïe et de la parole de cet élève. Il est vrai que quelques années nous séparaient de l'époque du traitement; et c'est ce qui pourrait expliquer, à la rigueur, la différence que nous avons observée; mais alors il faudrait arriver à cette autre conclusion, peu consolante, c'est que les effets produits par la médication n'ont été que momentanés. Du reste, ce jeune homme est très intelligent, et l'instruction qu'il a reçue à Toulouse lui permet d'occuper, avec distinction, un emploi dans les bureaux d'une grande administration.

J'ai cité ce fait avec quelques détails, parce qu'il méritait de l'être, et parce qu'il vient à l'appui de la théorie que nous professons, à savoir,

que pour apprendre à parler à un sourd et muet, il faut commencer par lui développer le sens de l'ouïe à un degré qui lui permette de s'entendre lui-même. Tant qu'on n'amènera pas l'audition à ce degré de sensibilité, on ne produira qu'un langage factice et machinal très fatiguant pour le parlant, et plus encore pour ceux qui l'écoutent, sans attrait d'ailleurs pour le sourd, puisqu'il ne pourra en apprécier la valeur; aussi l'oubliera-t-il facilement pour reprendre l'usage du langage mimique, dont ses yeux lui permettent de juger et de comprendre la signification.

Nous avons parlé, au commencement de cette notice, de l'influence qu'exerce le sens de l'ouïe sur l'intelligence; c'est une vérité sur laquelle tous les auteurs, tant philosophes que physiologistes, sont parfaitement d'accord. Les premiers, depuis Montaigne, procédant par induction seulement, n'apportent aucun fait à l'appui; tandis que les seconds, depuis les quelques résultats obtenus par l'abbé Sicard, Itard et M. Deleau, appuient leurs argumens du changement immense qui s'opère chez un sourd-muet ayant recouvré l'ouïe. Mais pour compléter cette démonstration, il fallait trouver un individu ayant déjà parlé et entendu, devenant complètement sourd par accident, et retrouvant le sens de l'ouïe.

Le fait que je vais citer résume ces conditions :

Un jeune caporal des zouaves, appartenant à une honorable famille, reçut dans les travaux qu'on exécutait en Algérie, pour faire la route de la Chiffa, un éclat de pierre qui lui fit une blessure sur la bosse pariétale gauche, avec fracture comminutive de l'os. Des accidens graves du côté de l'encéphale se développèrent avec une dureté de l'ouïe, qui allait toujours en augmentant. Après bien des soins donnés par M. Bonneau, chirurgien en chef de l'hôpital de Blidah, le blessé se rétablit, mais il resta tellement sourd, que la détonation d'un pistolet tiré à côté de ses oreilles ne produisait sur lui aucune sensation. Cette épreuve, renouvelée plusieurs fois, eut toujours le même résultat négatif.

M. Latil, chirurgien sous-aide, m'assure, dans son observation, que l'intelligence de ce jeune homme avait insensiblement baissé, au point qu'à son départ pour la France, il ressemblait presque à un idiot. Les sens de la vue, du goût et de l'odorat avaient conservé leur intégrité; il y avait absence presque complète de mémoire. Il est inutile d'ajouter que, n'entendant rien, il se servait, comme les sourds et muets, d'une ardoise pour converser.

Ce jeune homme me fut présenté en consultation en 1846, dix-huit mois environ après l'accident. Et la cophose me parut si complète, que je déclinai toute possibilité d'amélioration; mais les parens insistèrent tellement, que je dus céder à leur témoignage de confiance, et j'entrepris de le traiter.

Voici quel était son état :

Figure hébétée; yeux fixes; prononciation tellement défectueuse, qu'on n'aurait jamais supposé qu'il eût parlé. La perte de l'ouïe si complète, que les diapasons n'étaient nullement entendus sur la surface du crâne; la mémoire était si faible, que ce jeune homme ne pouvait se rappeler ce qu'il avait fait la veille même. Quoiqu'il eût reçu une bonne éducation, il écrivait mal et oubliait un grand nombre de lettres. Il le savait, et s'en apercevait en lisant son écriture; mais il lui était impossible de se corriger.

Pendant cinq mois, tous les moyens chirurgicaux que j'emploie ordinairement, et que je me propose de faire connaître à l'Académie, ayant été impuissans, je soumis le malade à l'action du galvanisme, avec l'appareil des frères Breton, mais dirigé d'une manière toute particulière sur le nerf acoustique. Ce mode consiste à introduire par la sonde en argent, placée dans les fosses nasales, un mandrin très fin en cuivre, et isolé avec de la soie dans toute son étendue, excepté à ses extrémités. Ce mandrin est ainsi engagé dans la trompe d'Eustache jusqu'à 2 ou 3 millimètres de la caisse. Cela étant fait, j'introduis par le conduit auditif externe une longue aiguille à acupuncture jusqu'à la membrane du tympan, que je traverse à côté de la corde de ce nom. Cet appareil, mis en rapport avec la pile, permet ainsi au fluide électrique d'exercer une action aussi directe que possible sur le nerf auditif.

Enfin, après deux mois d'une application quotidienne de ce moyen énergique, je fus assez heureux pour obtenir un résultat inespéré.

Je ne relaterai pas tous les incidens de cette guérison, quoique fort intéressans. Je me bornerai à dire qu'au fur et à mesure de l'amélioration de l'ouïe, toutes les facultés affectives suivaient le même progrès. C'est ainsi que la parole reprit très vite son rhythme et ses intonations normales, mais la mémoire fut plus lente à revenir.

Il y a maintenant sept ans que le fait s'est accompli, et le temps n'a nullement affaibli ses résultats. Cette observation confirme pleinement, comme on voit, ce que j'ai déjà avancé, à savoir : que le langage articulé exige, pour son fonctionnement, d'être entendu de la personne qui parle, et que les facultés intellectuelles qui s'affaiblissent par la perte de l'ouïe reviennent avec le rétablissement de ce sens. A ce propos, voici ce que disait, en 1831, un honorable membre de cette assemblée, M. Bouvier, dans une note qu'il a eu l'obligeance de me remettre il y a quelques mois; après avoir énuméré, avec le talent que vous lui connaissez, les ravages que la perte de l'ouïe exerce sur l'intelligence, M. Bouvier ajoute : mais l'ouïe est-elle rendue ou plutôt donnée (on voit que M. Bouvier faisait allusion à quelque sourd-muet qui avait recouvré l'ouïe) aux individus qui en étaient privés, tous les désordres que nous venons d'exposer disparaissent, et l'influence de ce sens reprend tous ses droits.

Nous allons passer maintenant à l'application que l'on peut faire des observations qui précèdent à l'enseignement des sourds-muets. Je serai aussi bref que possible, ne voulant pas trop abuser de l'attention de l'Académie; mais ce sujet est grave et mérite un sérieux examen.

L'instruction des sourds-muets comprend deux systèmes : l'un, qui consiste à faire apprendre, quand même, le langage oral, appartient plus particulièrement à l'école allemande; l'autre, au contraire, qui est basé de préférence sur le langage par signes, est représenté par l'école française et adopté presque exclusivement en Amérique.

Eh bien ! nous pensons qu'appliqués d'une manière exclusive, ces deux systèmes peuvent être également vicieux; car il doit arriver fréquemment que les professeurs du langage oral viennent se heurter contre des sujets absolument réfractaires à ce langage, et perdent ainsi un temps qui eût été mieux employé à apprendre les signes. De même les professeurs du langage mimique n'ont souvent appris que ce langage à certains élèves qui auraient pu profiter de tous les avantages de la parole.

Disons, toutefois, que le langage des signes est celui qui, malheureusement, trouve une application plus générale, et c'est dans le but de faire passer quelques élèves dans la classe orale, que tendent tous les efforts de ceux qui s'occupent de cette question si intéressante.

Nous nous plaisons à constater que de tous les établissemens de sourds-muets, c'est celui de Paris qui a tenté tous les essais avec le plus de persévérance; mais, dépourvues des moyens suffisans pour établir un classement rationnel, ces expériences ont dû être faites d'une manière empirique, et il n'est pas étonnant, dès lors, que les résultats en aient été peu satisfaisans. En serait-il de même avec la méthode que nous allons exposer? Les faits acquis, et les principes qu'il est permis d'en déduire peuvent promettre peut-être des résultats moins décevans.

Voici donc comment nous procéderions, si nous étions appelés à établir le classement des sourds-muets :

Nous les soumettrions tous indistinctement, d'abord, à l'action du diapason, appliqué sur le crâne ou à la partie supérieure du sternum; et bientôt nous verrions les sujets expérimentés se diviser en trois catégories bien tranchées :

1° Celle formée par ceux qui ne pourraient entendre d'aucune manière;

2° Celle représentée par les sourds qui ne percevraient le son de cet instrument qu'appliqué seulement et non à distance;

3° Celle comprenant probablement peu d'individus qui entendent le diapason appliqué sur le crâne et à une certaine distance de l'oreille.

Ces catégories bien établies, tous les sujets devront-ils être soumis au même mode d'instruction? Non, sans doute; et c'est ici que le système que je propose peut recevoir d'heureuses applications. Ainsi, les sourds de la première catégorie qui n'auraient rien entendu, je les considérerais comme rebelles à tout traitement chirurgical, et je les livrerais immédiatement à l'étude du langage mimique.

Pour ceux de la deuxième catégorie qui auraient été sensibles à l'application du diapason, je voudrais qu'on les mît en communication avec un instrument plus complet, le piano, par exemple, ou tout autre, à l'aide d'un appareil qui transmettrait les sons aux parties les plus propres à les recevoir. Il me semble qu'en donnant une valeur convenue à chaque son, il serait possible d'apprendre par cette voie bien des choses à l'élève.

Pendant qu'il serait soumis à ces épreuves, il va sans dire que l'on ne devrait pas négliger le traitement chirurgical, consistant dans le cathétérisme de la trompe d'Eustache, dans la dilatation à l'aide de petites bougies que j'emploie depuis longtemps, dans les insufflations plus ou moins excitantes ou balsamiques dans l'oreille moyenne, et enfin dans l'action électrique selon le mode que j'ai déjà indiqué.

Je ne me dissimule pas combien cette tâche présente de difficultés; mais si petit que soit le nombre des succès obtenus, il suffira pour justifier tous les efforts tentés à ce sujet. Puis, comme il est difficile d'apprécier, *à priori*, le degré de résistance qu'opposeront les nerfs auditifs aux moyens mis en usage pour exciter leur sensibilité, on doit, dès l'instant qu'ils ne sont pas complètement paralysés, tout essayer pour améliorer la position déjà si malheureuse du jeune sourd-muet.

Ce traitement devra durer, selon nous, de quatre à six mois, et si, après ce temps, aucun résultat n'a été obtenu, il faudra y renoncer et renvoyer l'élève à la classe mimique, où il restera cependant soumis aux exercices de la transmission des sons.

Voici, du reste, un fait curieux qui m'a donné l'idée des avantages que l'on pourrait retirer de l'emploi de ce moyen.

Il y a six ans, je donnais des soins à un accordeur de piano dont la surdité l'empêchait depuis plusieurs mois d'exercer son état.

Après avoir vainement employé tous les moyens curatifs, cet homme, désolé, insistait encore pour que je le misse à même de reprendre ses occupations, menaçant de se détruire s'il devait rester inactif. Comme il entendait bien le diapason appliqué, et qu'il était doué d'une intelligence peu commune, l'idée me vint de chercher à mettre les sons du piano en communication avec le crâne : pour cela, je fis faire une tige en fer de $0^m,05$ d'épaisseur, recourbée et terminée à chaque extrémité par une plaque, dont une destinée à s'appuyer sur la partie la plus vibrante de l'instrument, comme la table d'harmonie, pendant que l'autre s'appliquait sur la tête. Ce moyen réussit, et l'accordeur put reprendre ses occupations; ce fait, du reste, n'est pas le seul. Itard de Gérando et M. Puybonnieux, professeurs à l'institution des sourds-muets, citent des élèves qui entendaient les sons du piano en touchant seulement du bout du doigt la table d'harmonie.

Quant aux sourds-muets de la troisième catégorie, qui entendent le diapason à une distance quelconque de l'oreille, il ne peut y avoir aucune hésitation dans le choix du mode d'instruction qu'on devra leur appliquer. Comme il nous est bien démontré que tout individu entendant le son d'un diapason, surtout celui donnant le sol de la 3e octave, à la distance de $0^m,02$ seulement, doit avoir l'ouïe assez développé pour s'entendre parler, il est indispensable de le faire profiter de tout les bénéfices du langage oral. C'est aussi sur les sujets de cette catégorie que le traitement chirurgical, dont nous avons parlé, pourra être employé avec le plus de chances de succès.

Telles sont les observations que j'avais à soumettre à l'Académie sur un sujet si digne, à tous égards, de sa sollicitude. Pour moi, je m'estimerais bien heureux si je parvenais à jeter quelque lumière sur une question aussi délicate et surtout si je contribuais à améliorer le sort de ces jeunes infortunés, qui sont pour moi depuis longtemps l'objet de sérieuses préoccupations.

M. Piorry fait remarquer que le diapason dont s'est servi M. Bonnafont n'est pas le même que celui dont se sert M. Blanchet. Il met sous les yeux de l'Académie le diapason et l'acoumètre dont se sert ce médecin et cherche à en faire ressortir les avantages. Relativement à la manière dont M. Bonnafont applique le diapason sur le crâne, il lui paraît que les sourds-muets doivent en éprouver une sensation, sans doute, mais une sensation à laquelle le nerf auditif reste étranger. Que ce moyen soit bon, il n'en doute pas, mais il lui paraît insuffisant.

Établissant ensuite un parallèle entre la méthode de M. Deleau et celle de M. Blanchet, M. le rapporteur fait remarquer que ces deux médecins ont marché vers le même but, mais avec des moyens différens. Ce qui caractérise la méthode de M. Blanchet, c'est d'avoir cherché, par une gymnastique vocale, à faire passer graduellement l'organe auditif chez les sourds-muets de l'audition des sons graves à celle des sons de plus en plus aigus, et de les habituer à apprécier également le nombre et l'intensité des vibrations.

M. Ferrus déclare, en reprenant la parole, mettre entièrement hors de cause la méthode de M. Blanchet, s'en référant entièrement à cet égard à l'appréciation de la commission. C'est au sujet du travail de la commission qu'il désire présenter encore quelques observations.

Il y a deux buts dans le traitement des sourds-muets, et deux manières de l'envisager : le traitement médical et l'enseignement proprement dit. Il est évident que le ministre, en s'adressant à l'Académie, a désiré savoir ce qui avait été fait principalement au point de vue médical. Or, dans le rapport, il n'y a rien concernant les soins médicaux; il n'y est question exclusivement que de l'enseignement. M. Blanchet ne serait donc, d'après la commission, qu'un éducateur, qu'on me passe l'expression. Mais si l'on voulait faire l'historique de la question, on verrait qu'il y a longtemps qu'on s'est occupé de l'éducation des sourds-muets par la parole. Le sort des sourds-muets a été amélioré par M. Itard; il l'avait été avant lui par Sicard et par l'abbé de l'Épée.

L'enseignement par l'articulation se fait aujourd'hui dans plusieurs établissemens. M. Blanchet a-t-il été plus loin que ses devanciers? C'est ce que je ne vois pas. J'ai vu plusieurs élèves formés dans d'autres établissemens, et si je compare les résultats qu'on a obtenus chez quelques-uns d'entre eux, avec ceux qu'a obtenus M. Blanchet, je ne vois pas qu'il soit plus avancé à cet égard.

M. Ferrus ajoute qu'il ne lui paraît pas qu'on soit parvenu à fixer préalablement les conditions favorables de ce genre d'éducation; qu'on n'a pas tenu assez compte du degré d'intelligence des sourds-muets, ou plutôt on en a tenu compte, mais ce n'a été que pour faire l'éducation des plus intelligens. Mais il est évident que ce mode d'éducation restera toujours étranger au plus grand nombre. Or, si l'on compare sous ce rapport l'enseignement par l'articulation avec l'enseignement par signes et par l'écriture, on verra que le nombre de ceux à qui ce dernier est applicable est de beaucoup le plus grand.

En un mot, M. Ferrus reproche à la commission de n'avoir pas suffisamment distingué et catégorisé les sourds-muets, particulièrement par rapport à leur degré d'intelligence; de ne s'être exclusivement occupé que du côté pédagogique de la question, et d'avoir entièrement négligé le point de vue médical, ces deux ordres de moyens devant s'entr'aider et ne pouvant même être séparés; et il pense que l'Académie devait s'occuper de cette question sous le triple point de vue médical, psychologique et pédagogique.

M. Piorry répond que la commission, pas plus que M. Blanchet, n'a voulu exclure la médecine de l'enseignement des sourds-muets; elle a voulu seulement insister sur l'utilité de donner plus d'extension à l'éducation de la parole.

M. Cazeaux donne lecture d'un document qui lui a été remis par M. Volquin, chargé du cours d'articulation à l'institution des sourds-muets de Paris, et duquel il résulterait que M. Blanchet s'abuse, qu'il n'a jamais essayé d'apprendre à parler à un sourd de naissance, et qu'il n'y réussira jamais.

MM. J. Guérin et Bégin demandent la parole.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

COURRIER.

On assure que le docteur Richond des Brus est renommé médecin-inspecteur des eaux de Néris, en remplacement de M. le docteur Sébille, qui passe à l'inspection des eaux de Plombières.

— On dit encore que M. le docteur Amable Dubois est nommé snspecteur-adjoint des eaux de Vichy, en remplacement de M. Petit, dont nous avons annoncé la nomination à la place d'inspecteur.

— A la suite du concours pour trois places de chirurgien du bureau central des hôpitaux de Paris, MM. Follin, Depaul et Broca viennent d'être nommés à ces places.

— Par décret du 23 avril, l'Empereur a nommé officier de la Légion-d'Honneur M. le docteur Cloquet, médecin français près du schah de Perse.

M. Cloquet, neveu du célèbre professeur de la Faculté de médecine de Paris, a mérité cette distinction par son dévoûment à la science, son amour de l'humanité et son noble caractère, qui font honneur au nom français dans ces contrées lointaines.

— La Belgique vient de perdre deux membres célèbres du corps médical. M. le docteur Florent Cunier, ophthalmologiste, fondateur et rédacteur en chef des *Annales d'oculistique*, vient de mourir à Bruxelles, à peine âgé de 40 ans.

M. le docteur de Mersseman, de Bruges, membre titulaire de l'Académie de médecine belge, médecin aussi habile que littérateur distingué, vient aussi de terminer sa carrière.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Recueil de discours prononcés aux funérailles de M. Orfila. In-8°. Prix : 75 c.

A Paris, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Recherches statistiques sur les conceptions et les naissances à Versailles, considérées dans leur rapport avec les populations et les sexes, les années, les mois, les heures et les saisons météorologiques; par M. le docteur Ad. Bérigny. In-4°, Versailles, 1853.

Éloge de M. Récamier, par le docteur Henri Gouraud, son disciple et son ami. In-8°, Paris, 1853, librairie de Charles Douniol, rue de Tournon, 29.

De l'influence à domicile du secours médical et de la nécessité d'hôpitaux cantonaux, mémoire présenté à l'Académie d'Arras, en 1852; par le docteur Bruno Danvin, médecin de l'hospice et du bureau de bienfaisance de Saint-Pol, etc., précédé d'un rapport fait à l'Académie, par M. Billet, avocat. In-8°, Arras, 1853.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltestre et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 51. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 30 Avril 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOUSCRIPTION

pour élever un monument à la mémoire de M. Orfila.

Souscriptions reçues au bureau de M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, à la Faculté :

L'École de médecine de Nancy, 55 fr.; M. Regnier, secrétaire de la Faculté des sciences de Paris, 20 fr.; M. de Gisors, architecte, 20 fr.; M. Gondouin, id., 10 fr.; M. Gasc d'Hadancourt, 6 fr.; M. Samuseau, 10 fr.; M. Menot, 20 fr.; M[lle] Mosneron de St-Preux, 100 fr.; M. Brizard, 200 fr.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE TRACHÉOTOMIE, OU DE LA TRACHÉOTOMIE SOUS-CRICOIDIENNE;

Par M. le docteur DECÈS, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, professeur à l'École de médecine, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine de Paris, etc.

Appelé un jour à pratiquer la trachéotomie chez un sujet dont la trachée et le larynx se trouvaient entourés de tumeurs dures, épaisses et adhérentes; je fus obligé d'ouvrir ce canal dans le seul point demeuré accessible à l'action des instrumens, c'est-à-dire entre le cartilage cricoïde et le premier anneau. Je redoutais des obstacles et des difficultés, et vis avec plaisir que j'en rencontrais moins que dans les procédés usités. Ce point, en effet, est presque sous-cutané; on n'y rencontre aucun vaisseau et il offre toute facilité pour ouvrir un large accès à l'air. Je n'eus pas plus tôt remarqué ces circonstances précieuses, que je fis de nouvelles recherches et de nouveaux essais pour les vérifier. Ce sont ces faits, ces recherches et ces essais que je vais faire connaître, du moins dans ce qu'ils ont d'utile et de pratique, afin de mettre à même d'apprécier jusqu'à quel point le procédé que j'ai dû employer pour satisfaire à des exigences exceptionnelles, peut être substitué avec avantage à celui qui est généralement adopté.

Quelques mots, avant tout, sur celui-ci. Est-il bon, est-il avantageux? N'a-t-on rien à lui reprocher? S'il en était ainsi, pourquoi le changer, pourquoi proposer de lui en substituer un autre?

Mais au risque de paraître téméraire aux yeux de quelques-uns, nous affirmons qu'il est loin de mériter même la confiance qu'on lui accorde en général. Un instant d'examen suffira pour s'en convaincre. On nous accordera facilement que des hommes de la valeur de Vicq-d'Azir, de Desault et de Boyer n'ont pas cédé à de vaines raisons pour le condamner, et qu'ils étaient mus par des motifs sérieux en venant proposer chacun, de lui en substituer un autre. Qu'on nous objecte que leurs procédés n'ont pas prévalu et que malgré tout ce qu'ils ont dit, l'ancien est encore le seul que tout le monde emploie aujourd'hui; nous n'aurons nulle peine à en convenir, mais on nous accordera en retour que cela ne tient qu'à une seule circonstance, c'est qu'il est, à tout prendre, le moins imparfait de ceux connus. Mais qui oserait soutenir qu'il ne laisse rien à désirer, et que les difficultés et les dangers si bien signalés il y a quelques siècles par un chirurgien célèbre, sont moins grands aujourd'hui qu'au temps où il disait, en parlant de lui : « Doncques les chirurgiens de notre temps, » n'osent entreprendre cette opération, et moi-même aussi, à » leur imitation, ne l'ay jamais faite. Mais ce qui augmente » encore la peur de nos chirurgiens, c'est qu'ils craignent » d'offenser les veines, ou les artères jugulaires, ou les nerfs, » ou les muscles; mais surtout, l'infamie et le déshonneur est » capable de les épouvanter : parce qu'encore que l'opération » soit exécutée heureusement, néanmoins si le malade vient à » mourir, on rejette la faute sur l'incision. » (Hicrosm. Fabrice d'Aquapendente; *des opérat. chir.*) ch. XLIV. *Comment il faut percer la trachée-artère en la squinance*, pag. 626 de la trad. française; Lyon, 1670). Il faut bien en convenir, les dangers que redoutait l'intrépide Fabrice n'ont pas disparu par les modifications secondaires qu'on a fait subir au procédé qu'il décrit, et ce qui était vrai de son temps l'est encore aujourd'hui.

Une opinion bien différente s'est produite naguère, je le sais. M. le professeur Trousseau affirme que la trachéotomie est une opération simple, facile et sans danger! Il va jusqu'à dire que tout médecin, même étranger aux manœuvres de la chirurgie, peut l'entreprendre sans hésitation et la pratiquer sans crainte! (UNION MÉD., n° 91, pag. 364 et suiv. de l'année 1851:)

Les faits que rapporte M. Trousseau ont une grande valeur, sans doute, ce n'est pas nous qui voudrions le contester; mais changeront-ils l'opinion générale? Feront-ils considérer comme simple une opération qui réclame des connaissances anatomiques si nombreuses et si précises? Comme facile, celle qui exige un manuel opératoire compliqué, des précautions minutieuses, une attention toujours éveillée et soutenue? Comme exempte de danger, enfin, celle qui a occasionné bon nombre de morts instantanées pendant son emploi? Nous ne pouvons le croire. Qu'on y réfléchisse d'ailleurs! Est-ce chose véritablement facile qu'aller chercher la trachée là où elle est le plus profondément placée? Est-ce chose simple que la découvrir à travers un plexus veineux considérable? Est-ce chose exempte de danger que l'ouvrir largement sur des points qui peuvent être accolés à l'artère de Neubaüer et au tronc brachio-céphalique lui-même? N'est-on pas quelque peu tenté, en présence de rapports si dangereux, d'accuser de discrétion mensongère les annales de la science, quand elles ne rapportent qu'un si petit nombre d'accidens, et d'admettre comme extrêmement probable que les faits cités par Desault, par Béclard et par M. Guersant, ne sont pas les seuls qui aient été observés. Peut-on même s'empêcher de croire que plus d'un Ferrand a caché de semblables malheurs en les enfouissant dans le plus discret oubli.

Est-ce à dire qu'on doive rejeter la trachéotomie? Non, assurément; loin de là. Pour mon compte, je voudrais, comme M. Trousseau, voir cette précieuse opération se propager et s'introduire dans la pratique usuelle. Mais en songeant aux accidens nombreux qui la réclament, souvent à l'instant même et sans préparation, je n'ose l'attendre du procédé usité, parce qu'il est entouré de trop de difficultés et de dangers. Celui-là seul me paraîtrait avoir chance d'y parvenir, qui, simple comme la saignée, permettrait de trouver aisément l'organe sur lequel il faut agir, et ne laisserait redouter ni une hémorrhagie mortelle, ni ces accidens imprévus qui, jusqu'ici, quoi qu'on ait dit, ont fait de cette opération l'apanage d'un petit nombre de mains privilégiées.

Mais, nous dira-t-on, ces circonstances existent-elles? La trachée fournit-elle un point qui soit non seulement facile à sentir et à découvrir, mais encore libre d'organes importans, de nerfs et de vaisseaux considérables? Poser une telle question, c'est déjà presque l'avoir résolue; car qui ignore que le

Feuilleton.

CAUSERIES.

LE FEUILLETON AUX PHÉNOMÈNES.

Le vent souffle du côté des choses extraordinaires et merveilleuses. On n'entend parler de tous côtés que de phénomènes. Le surnaturel et le mystérieux sont à l'ordre du jour. J'ai là une cargaison de miracles qu'il faut que j'expédie, sans plus tarder, par la voie du feuilleton, aux lecteurs de ce journal. Pour suivre les préceptes de la poétique, je commencerai par l'extraordinaire, je passerai ensuite au mystérieux, pour finir par le surnaturel. Aristote et Quintillien n'auraient rien à reprendre, je suppose, à ce petit programme.

La chose extraordinaire, je l'ai vue, de mes yeux vue. J'ai vu un homme, sans communication aucune avec l'air extérieur, plonger dans les profondeurs de la Seine, y vivre 30, 40, 50 et jusqu'à 72 minutes, et reparaître à la surface, les bras chargés de trouvailles qu'il avait faites dans le lit du fleuve. Comme pour jeter un défi aux lois de la nature, cet homme, craignant de ne voir pas assez clair dans ces régions profondes, prend une lampe à la main, et cette lampe brûle et l'éclaire à plusieurs mètres au-dessous du niveau de l'eau. De cette expérience, j'ai plusieurs fois été témoin; elle est toujours très saisissante. L'inventeur de cette audacieuse chose est un peu des nôtres; M. de Saint-Simon Sicard est médecin, il est surtout physiologiste. Ce n'est qu'après une étude sérieuse des phénomènes respiratoires, phénomènes mécaniques et chimiques, de leurs lois et de leurs exigences, qu'il a imaginé l'appareil à l'aide duquel l'homme peut respirer et la lampe brûler au fond des eaux. Respiration, combustion, c'est tout un, M. de Saint-Simon vient de le prouver une fois de plus, car le système qu'il a imaginé pour faire respirer l'homme au sein des eaux, est le même qu'il emploie pour faire brûler sa lampe dans le même milieu.

Nos confrères de la presse politique, qui ont été invités à assister à ces expériences, se sont évertués à trouver le secret de cette invention; il a été dit et publié à cet égard beaucoup de choses qui ont dû singulièrement étonner les physiciens, et surtout les physiologistes. M. de Saint-Simon a dû beaucoup s'étonner lui-même d'avoir pu, par exemple, comprimer dans le fragile et petit appareil que son plongeur porte sur le dos et sur la tête, une masse d'air suffisante pour faire vivre un homme pendant une heure, c'est-à-dire quelque chose comme 24,000 pouces cubes d'air. Je ne m'ingénie pas à trouver des explications aussi sérieuses. M. de Saint-Simon s'est réservé le secret de son invention, je le respecterais, alors même que je l'aurais deviné; car ce secret est sa propriété, et pour en être jaloux, il l'a payé assez cher, je puis le dire, moi qui ai l'avantage de connaître M. de St-Simon depuis longtemps, et qui sais par quelles séries d'essais, de tâtonnemens, de labeurs, de sacrifices et de mécomptes de tout genre, il a fallu qu'il passât pour arriver aux résultats remarquables dont il a rendu le public témoin et juge.

A part le but que M. de Saint-Simon a eu en vue en inventant son appareil, but qui est le sauvetage des marchandises des vaisseaux naufragés, la pêche du corail et de l'huître perlière, l'histoire naturelle pourra retirer de grands avantages de cette invention. On sait combien de mystères cache à cet égard le fond des mers. On a vu des naturalistes descendre dans la cloche à plongeur pour tenter de surprendre sur le fait des phénomènes que la nature s'obstine à nous cacher. Avec l'appareil de M. de Saint-Simon, les recherches et l'observation deviendront plus faciles. Et l'ascension sur les montagnes les plus élevées, ne trouvera-t-elle pas aussi dans cet appareil un moyen très simple de vaincre l'obstacle qu'oppose la raréfaction de l'air? Je ne parle pas de la navigation aérienne et des espérances que cet appareil pourra faire naître. On voit qu'il y a dans cette invention quelque chose de fort sérieux, de très digne d'encouragemens, encouragemens nécessaires à M. de Saint-Simon, pour qu'il puisse perfectionner son œuvre et la soustraire à quelques objections de détail, qu'ont été très empressés de lui faire connaître les hommes qui oublient que les plus belles inventions ne sont jamais sorties parfaites de l'intellect humain.

Voici une découverte qui nous vient de Tours et qui serait due à l'un de nos confrères les plus éminens qui habite cette ville; j'ai nommé le savant et respectable M. Bretonneau. L'illustre auteur du *Traité de l'angine diphtéritique* aime passionnément les fleurs. Je suis bien aise d'apprendre à ceux qui l'ignorent que M. Bretonneau cultive le plus beau jardin à fleurs et à fruits qui existe peut-être en France. Je suis bien plus aise d'avoir pour complice, dans mes goûts pour l'horticulture, un confrère aussi célèbre. Il est vrai que je ne dédaignerais pas de lui ressembler aussi sous d'autres rapports. Quoi qu'il en soit, voici ce qu'on rapporte d'une expérience curieuse faite par M. Bretonneau. Il aurait soumis à l'action du chloroforme des fleurs de sensitive (*mimosa pudica*), et ces fleurs si susceptibles, si délicates lorsqu'elles sont éveillées, ont subi, pendant leur sommeil, des attouchemens réitérés sans éprouver la moindre sensation. Cette expérience, dit le *Journal du Loiret*, a été renouvelée ces jours derniers sur une jeune sensitive qui fleurissait pour la première fois dans une serre d'Orléans. A l'approche de l'éponge, la corolle est restée ouverte et s'est livrée avec une résignation insensible à l'autopsie qui a été faite de son ovaire et de ses organes les plus essentiels. Sur la même tige, une autre fleur non chloroformée s'est refermée comme une paupière à l'approche de la main.

Auraient-ils raison, ces naturalistes qui croient à l'existence d'un système nerveux dans les plantes? Ce qu'il y a de certain, c'est que les plantes ont des sympathies et des antipathies très marquées, non seulement pour ou contre d'autres plantes, mais encore pour ou contre certains animaux, — je n'ose pas encore dire pour ou contre certaines personnes, — et qu'elles sont averties de leur présence. Une de mes roses, *le camée*, la plus gracieuse et la plus délicate fleur qui se puisse voir, ne s'épanouissait pas, quoique ses boutons, pleins depuis quelques jours, semblassent ne retenir qu'avec peine leurs pétales brillans. Je cherchais la cause de ce retard, quand j'aperçus, blotti dans une feuille, et comme attendant sa proie, cet élégant coléoptère couleur d'émeraude, dont le nom entomologique m'échappe, et pour qui la rose sert à la fois, heureux insecte, de nourriture et de lit nuptial. Je l'écrasai

sommet de la trachée offre toutes ces conditions réunies entre le cartilage cricoïde et le premier anneau?

Je crois en avoir dit assez pour rappeler les difficultés et les dangers du procédé usité et pour éveiller l'attention sur la possibilité de les éviter. Il me resterait à indiquer par quelle voie on pourrait y parvenir, mais j'aime mieux laisser aux faits le soin de répondre et de le faire connaître. J'ajouterai seulement que j'ai recours presque exclusivement à celui que je vais faire connaître, depuis plus de quatorze ans, que j'en ai usé pour des cas et des âges différens, avec une égale facilité, que n'osant les rapporter tous de crainte de tomber dans des redites inutiles, j'ai cru devoir m'arrêter aux deux premiers, qui me paraissent suffire; que d'ailleurs je me réserve de décrire ensuite ce procédé lui-même, puis d'indiquer ses avantages spéciaux en les appuyant de quelques notes dans lesquelles je résumerai les recherches anatomiques que j'ai faites à leur occasion, notes qui permettront facilement de les vérifier et d'en contrôler la valeur et l'exactitude.

Observation I. — *Femme de 47 ans; — toux et enroûment chroniques; — tumeurs indurées sur le larynx; — tumeur abcédée sur la trachée; — violens accès de suffocation; — trachéotomie sous-cricoïdienne pendant une asphyxie des plus avancées; — mort.*

Le 15 janvier 1839, je trouve, au n° 5 de la salle Sainte-Félicité, la nommée Catherine Caillet, tisseuse, âgée de 47 ans, domiciliée à Reims. Elle paraît bien constituée, est d'une taille moyenne et d'un tempérament lymphatique.

Il y a six mois que, sans cause connue, elle fut prise de toux et d'enroûment; ses règles, qui avaient marché régulièrement jusque là, ont cessé de paraître depuis trois mois, et aussitôt des tumeurs ont paru en avant et sur le côté droit du larynx et de la trachée. D'abord isolées et mobiles, elles se sont indurées et agglomérées; en même temps les accidens qu'elle éprouvait ont pris de la gravité; à la dyspnée a succédé un étouffement habituel, et, depuis plusieurs semaines, de violens accès de suffocation qui l'effraient et l'ont décidée d'entrer à l'Hôtel-Dieu.

Fille, sans enfant, aucun de ses proches n'a été atteint de scrofules ni de phthisie; elle-même n'a éprouvé ni maladies de peau, ni syphilis, et, sauf quelques rhumes pendant la mauvaise saison, elle a joui constamment d'une bonne santé.

Etat actuel. — Voix enrouée, rauque, cassée et mal articulée; toux fréquente, sèche le plus souvent, mais qui ramène parfois un crachat petit, dense et visqueux. La toux se répète sous forme de quintes, notamment le soir et le matin, et après chacune d'elles la voix s'éteint, la malade peut à grand'peine se faire entendre à voix basse, et sa respiration s'accélère, devient pénible, bruyante, irrégulière et saccadée. Cependant, hors les momens où elle est tourmentée, elle est calme et peut aller et venir sans grande difficulté. La poitrine est sonore dans toute son étendue; l'expansion vésiculaire obscure, sauf au sommet des poumons, où on la perçoit faiblement. Le pouls est faible, fréquent, mais calme et régulier; la langue blanche et étalée, l'appétit encore prononcé, les digestions bonnes, les garderobes rares, la peau sèche et d'un blanc mat; toutes les autres fonctions, sauf la menstruation, s'exécutent d'une manière normale.

Il nous faut revenir aux symptômes locaux qui n'ont été qu'incomplètement indiqués, et sur lesquels nous avons besoin d'appeler plus particulièrement l'attention. Douleur habituelle dans la région du larynx qui redouble par la toux, la phonation et la déglutition; la pression de cet organe la développe à un plus haut degré, mais n'y détermine aucune crépitation. Plusieurs tumeurs entourent cet organe: la première, implantée sur le cartilage thyroïde, le couvre presqu'en entier et le déborde un peu à droite; la seconde adhère en partie à la précédente, longe le côté droit du larynx, soulève et enveloppe le bord correspondant du muscle sterno-mastoïdien, et va se terminer au niveau du corps thyroïde en s'unissant à la troisième qui, plus inférieure, occupe la région antérieure du col depuis le corps thyroïde jusqu'au sternum en emplissant toute la fossette où elle s'élève de manière à former un relief de plus d'un centimètre. La première s'est ouverte dès les premiers jours de décembre, la seconde quinze jours après, et l'une et l'autre continuent à fournir une petite quantité de pus séreux et floconneux. La troisième au contraire, rénitente au centre, où l'on sent un mouvement douteux et mal accusé de fluctuation, résiste dans le reste de son étendue. Cependant, sauf en ce point, toutes ces tumeurs sont dures, adhérentes, et suivent les mouvemens du larynx; elles forment par leur union, une sorte de plastron sous-cutané, qui couvre toute la longueur de l'arbre aérien dans sa région cervicale, excepté dans le seul point qui correspond au sommet de la trachée. Là en effet, leur écartement laisse subsister une échancrure ouverte à gauche, dont le bord supérieur est distant de 35 millimètres environ de l'inférieur, et le fond en rapport avec le cartilage cricoïde qu'on trouve dévié, en outre, de 12 à 15 millimètres, à gauche de la ligne médiane.

Le pharynx participe largement aux désordres du larynx: sa muqueuse est rouge, épaisse, mamelonnée, parsemée de petites ulcérations superficielles, comme tigrée de taches d'un gris jaunâtre, qui semblent produites par des concrétions albumineuses disséminées sur tous les points que la vue peut explorer, et plus particulièrement sur le côté droit, où elles sont plus petites et plus rapprochées. La déglutition est difficile et douloureuse: la malade ne peut avaler que des alimens liquides ou des boissons, et par petites quantités à la fois.

(La suite au prochain numéro.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

ÉTUDE COMPARÉE DES LÉSIONS ANATOMIQUES DANS L'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE ET DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

Note lue à la Société médico-chirurgicale de Paris, dans les séances des 11 Mars et 8 Avril 1853;

Par M. le docteur Duchenne de Boulogne (1).

Messieurs,

Vous n'avez sans doute pas oublié, qu'en vous racontant, dans la dernière séance, la triste histoire d'un nommé Lecomte, atteint depuis trois ans de cette affection si bien décrite par M. Aran sous le titre d'atrophie musculaire progressive, je vous disais: « Depuis longtemps Lecomte ne respire plus qu'avec son diaphragme; ce dernier muscle étant aujourd'hui affecté à son tour, l'existence de ce malade ne peut se prolonger longtemps. » Eh bien! Messieurs, ce malheureux est mort asphyxié le lendemain du jour où je vous tenais ce langage.

L'autopsie vient d'en être faite par M. le professeur Cruveilhier, qui, avec sa bienveillance habituelle, m'a permis de faire de mon côté quelques recherches sur l'état anatomique de la fibre musculaire de Lecomte, dont j'avais étudié la maladie depuis le jour de son entrée à l'hôpital jusqu'à sa mort.

Je viens faire connaître les résultats de ces recherches à la Société en plaçant sous ses yeux les figures qui représentent un des membres disséqués de Lecomte, et les différens degrés de transformation graisseuse de ses muscles examinés au microscope.

Il m'a semblé que ma communication offrirait un plus grand intérêt d'actualité et une plus grande utilité pratique, si j'examinais en même temps, comparativement, quel est l'état de la fibre musculaire, dans d'autres affections qui offrent quelques points de ressemblance avec l'atrophie musculaire progressive générale. C'est une question d'anatomie pathologique qui a été négligée jusqu'à ce jour.

Pour donner encore plus d'autorité aux caractères distinctifs que je tirerai de l'état anatomique de la fibre musculaire, je ferai suivre ces recherches de l'étude comparative des états anatomiques des centres nerveux dans ces mêmes affections.

Enfin, après avoir démontré, par l'ensemble de ces recherches comparatives, que ces affections sont essentiellement différentes, j'essaierai, dans un prochain travail, d'établir leur diagnostic différentiel, et de les distinguer de la paralysie générale saturnine et de la paralysie simple (le marasme) essentielle, en m'aidant principalement des signes tirés de l'état de contractilité électro-musculaire.

Les affections musculaires générales, dont il sera principalement question dans cette note, sont: 1° l'atrophie musculaire progressive, générale dite paralysie atrophique, par M. Cruveilhier; 2° la paralysie générale des aliénés; 3° la paralysie générale sans aliénation, que j'appellerai paralysie générale spinale, pour la distinguer de la paralysie des aliénés et de la paralysie saturnine.

Si je n'étais forcé de me restreindre, j'aurais pu agrandir mon cadre, en rapprochant des affections précédentes les paralysies générales par abus des liqueurs alcooliques, et par l'influence de certains gaz délétères.

Il en est une surtout dont il n'a pas encore été fait mention dans la science, c'est la paralysie générale par le sulfure de carbone qui entre dans la composition du caoutchouc vulcanisé. J'ai vu plusieurs ouvriers qui avaient travaillé à la fabrication de ce caoutchouc vulcanisé, atteints de la plupart des symptômes qui appartiennent à la paralysie générale des aliénés. La seule différence qu'il y ait dans ces cas, c'est que les accidens produits par la fabrication du caoutchouc vulcanisé ne sont qu'accidentels (durent quelques semaines), tandis que la paralysie générale des aliénés marche toujours fatalement, quoi qu'on fasse. J'en ai observé un cas récemment à la Charité (salle Saint-Félix, n° 12, service de M. Andral) chez un homme qui avait travaillé à la préparation du caoutchouc vulcanisé, dans la fabrique de Grenelle dirigée par M. Gérard.

Je ne veux pas faire ici l'histoire de cette paralysie générale produite par le sulfure de carbone, qui sera, j'espère, prochainement écrite par M. Andral. Mais je ne pouvais me dispenser de l'indiquer dans ce résumé des diverses affections musculaires générales.

Cette espèce de revue fait voir à combien de maladies diverses peut s'appliquer la dénomination de paralysie générale, qui, selon moi, devrait être employée seulement comme un terme générique, et non comme l'expression d'un type unique, la paralysie générale des aliénés. Elle démontre, en outre, la nécessité d'établir les caractères distinctifs de ces maladies diverses.

Tel est, Messieurs, le but de la note dont j'ai l'honneur de vous donner communication.

§ I.

Études comparatives sur l'état anatomique de la fibre musculaire dans l'atrophie musculaire progressive, dans la paralysie générale des aliénés, et dans la paralysie générale spinale (sans aliénation).

A. *État anatomique de la fibre musculaire dans l'atrophie musculaire progressive.*

L'autopsie de Lecomte me paraît destinée à jeter un grand jour sur l'anatomie pathologique de l'atrophie musculaire pro-

(1) C'est en s'appuyant sur les faits articulés dans cette note, et dont j'avais donné connaissance à la Société de médecine de Paris, que M. Bouvier a formulé la plupart des propositions contenues dans sa brillante allocution à l'Académie de médecine (séance du 5 avril 1853). C'est donc, moralement pour moi, un devoir de la publier.

---

sans pitié, et dès le lendemain mon *camée* libre d'appréhensions, étalait sa floraison splendide.

Voici qui est moins gracieux; la chose nous vient de Marseille et sent sa petite pointe d'ail. C'est un docteur en médecine, dit un journal de cette ville, qui lui a raconté le fait suivant: Un éleveur d'oiseaux pour la chasse au poste a un tout jeune enfant atteint de phthisie pulmonaire. Depuis que les symptômes du troisième degré de la maladie se sont manifestés, ce pauvre homme a vu peu à peu ses petits pensionnaires ne plus boire, refuser les graines les plus fraîches, maigrir et tomber morts, malgré le soin qu'il a eu de tenir les appartemens bien propres et bien aérés. Sans se rendre compte du fait, il a transporté chez un voisin le reste de ses oiseaux, qui jouissent en ce moment de la santé la plus parfaite. Seulement il a voulu, ces jours derniers, renouveler l'expérience en ramenant un *verdon* dans la chambre du petit malade; et là, malgré les soins les plus assidus, l'oiseau est mort au bout de quarante-huit heures.

On ne dit pas qu'on ait fait l'autopsie des victimes, ce qui laisse une grande lacune dans l'observation. Ce fait mystérieux ne s'expliquerait-il pas simplement par les émanations de quelque médicament administré au pauvre malade? On sait qu'il ne faut qu'une quantité presque infinitésimale de certains gaz dans l'atmosphère pour tuer des oiseaux. Supposez que l'on administre à ce malade une préparation médicinale dans laquelle entre l'acide hydro-cyanique, médicament fort employé chez les malheureux phthisiques?... Mais je fais l'esprit fort, et cela convient bien peu à qui croit aux sympathies et aux antipathies des plantes.

Mais tout ce que je viens d'exposer ne va pas à la cheville de ce qui me reste à dire. A dire, non, car je ne prends pas sous mon bonnet une aussi énorme chose. Je laisse donc la parole ou plutôt la plume au savant et honorable confrère qui a bien voulu m'adresser la lettre que voici:

Strasbourg, le 26 avril 1853.

Monsieur et très cher confrère,

Notre dernier numéro (20 avril) était sous presse quand la ville de Strasbourg fut envahie subitement par une épidémie, importée d'Allemagne, qui elle-même l'avait reçue d'un de ses ports du nord en communication constante avec les États-Unis d'Amérique.

Cette épidémie, prenant le contre-pied de ce que font toutes les autres, n'a encore choisi ses victimes que dans les classes aisées, les classes pauvres ont été complètement épargnées. Il est vrai que, sans être entièrement exempte de dangers, elle se présente sous des dehors tellement bénins, que personne, jusqu'ici, ne s'en est beaucoup effrayé.

Cette épidémie n'est pas la danse de St-Guy, mais bien la manie de faire danser les tables, exercice auquel on se livre avec une certaine frénésie dans toutes les réunions, dans tous les salons, au foyer de presque toutes les familles.

Mais je veux parler sérieusement. Il paraît que l'organisme humain dégage un fluide impondérable, de l'existence duquel on ne s'était pas douté jusqu'ici.

Il paraîtrait de plus, qu'en plaçant le corps humain dans certaines conditions, on peut obtenir de ce fluide des phénomènes qui consistent principalement dans un mouvement rotatoire imprimé aux corps inertes soumis à son action.

Ce fluide ne peut pas être l'électricité, car on opère en dehors de toutes les conditions exigées pour la réussite des expériences électriques. On n'a à s'occuper ni de conducteurs, ni de substances isolantes.

Il ne peut pas être le magnétisme, car la boussole mise en rapport avec une réunion d'expérimentateurs, ne se montre aucunement influencée.

Est-ce le magnétisme animal, est-ce le diamagnétisme? La suite des expériences à tenter nous le montrera peut-être.

Je passe à la description de l'expérience comme elle est tentée le plus souvent.

Un certain nombre de personnes, cinq, six, huit et même plus, se rangent autour d'une table: la meilleure sera un guéridon placé sur roulettes, qu'il soit en acajou, en palissandre, en érable, en noyer, en sapin, tout cela est indifférent, pourvu qu'il n'y ait pas de marbre. On place devant soi les deux mains, les doigts étendus, en laissant un intervalle de dix à douze centimètres entre les deux. La face palmaire repose légèrement sur la table, et personne ne doit toucher à son voisin, si ce n'est par le petit doigt dont la face palmaire sera appliquée sur la face dorsale du petit doigt du voisin. Si c'est le petit doigt de la main droite qui appuie sur le petit doigt de la main gauche du voisin, il faut que cette disposition se répète à travers toute la chaîne, de manière à ce que votre petit doigt de la main gauche soit croisé par le petit doigt de la main droite de votre voisin de gauche. On peut intervertir cette disposition, mais toujours à condition qu'elle soit chaque fois la même pour tout le monde. Cela fait, on s'arme de patience, et l'on attend. Toutefois, la conversation n'est pas interdite. Au bout de 15, 20, 30, 40, 60, 75 minutes, la table éprouve comme des frémissements, et finalement elle est suivie d'un mouvement de rotation dirigée dans le sens du petit doigt superposé. Intervertissez la disposition des petits doigts, le mouvement cesse un instant et puis recommence en sens inverse, et cela autant de fois que l'on intervertit les doigts. Rompez la chaîne des mains, tout mouvement cesse; la même chose a lieu si vous touchez à votre voisin par un autre point du corps, par exemple, le coude ou le genou. Si une personne étrangère à la chaîne vous touche quelque part, cessation du phénomène. Cependant cette même personne peut entrer dans la chaîne de la manière prescrite, sans détruire l'effet commencé.

On peut obtenir à trois personnes la même chose avec un chapeau que l'on place sur le fond sur une surface lisse, et cela en cinq ou six minutes, et même à deux personnes, avec une assiette en porcelaine.

Lorsque la table commence à tourner, les expérimentateurs se lèvent et la suivent, et ont nécessairement l'air de la pousser. Aussi, toute la Faculté de médecine et tout le corps médical, ainsi que la Faculté des sciences, tous ceux enfin qui ont l'habitude d'observer et de ne point se laisser aveugler par les apparences, ont-ils opposé une foule de fins de non-recevoir. La même chose a eu lieu en Allemagne, et les savans, le grand Alexandre de Humboldt en tête, ont commencé par déclarer que l'on devait se faire illusion, et que l'on prenait pour le résultat de l'ac-

gressive. C'est cette raison qui m'a décidé à faire graver avec le plus grand soin les figures qui représentent les différens états dans lesquels MM. Mandl, Aran et moi nous avons vu ses fibres musculaires examinées au microscope. (Ces figures ont été dessinées par M. Mandl, dont on connaît la grande expérience.) M. Cruveilhier, à qui je les ai montrées, m'a dit que ces résultats de l'examen microscopique sont identiques à ceux qui ressortent du même examen des muscles de Lecomte fait par M. le d[r] Gallet, aide d'anatomie à la Faculté, dont j'ai eu l'occasion d'apprécier le savoir dans des circonstances analogues. Ces figures ont d'autant plus de prix, qu'elles sont réellement les seules, jusqu'à présent, qui représentent l'état de la fibre musculaire dans la maladie dont il est question. M. Edward Meryon a publié, il est vrai, dans un journal anglais, une observation de transformation graisseuse musculaire, accompagnée de figures qui ont les plus grands rapports avec celles que j'ai vues sous le microscope de M. Mandl. Mais en lisant cette observation avec attention, M. Aran et moi n'y avons reconnu aucun des signes qui caractérisent l'atrophie musculaire progressive. Le sujet de cette observation me paraît avoir été atteint d'une affection musculaire commune dans l'enfance, que, pour mon compte, je déclare avoir observée un assez grand nombre de fois, et dont l'histoire est encore à faire.

Avant de décrire les résultats de l'examen microscopique des muscles de Lecomte, je vais rappeler les principales phases de sa maladie, au point de vue seulement de l'état de la contractilité électrique de ses muscles explorés à diverses époques. Je renvoie, pour son histoire plus complète, au mémoire de M. Aran, dans lequel son observation est rapportée avec des détails très intéressans (1).

Observation I. — J'ai fait une première exploration électro-musculaire, chez ce malheureux, en février 1850, époque de son entrée à la Charité, dans le service de M. Andral (salle St-Félix, n° 11), et je constatai alors, qu'à l'exception des abducteurs de l'index et du médius, les inter-osseux de la main droite ne répondaient plus à l'excitation électrique; que les muscles des éminences thénar et hypothénar se contractaient très faiblement par cette même excitation.

Cette main était alors très atrophiée; elle affectait déjà la forme d'une griffe.

Dans les autres régions du corps, on constatait l'existence de tous les muscles à l'aide de l'exploration électrique, bien que ses muscles s'atrophiassent déjà, surtout ceux du membre supérieur gauche, et qu'ils fussent le siége de contractions fibrillaires presque continues.

Certains usages du doigt et du pouce de la main droite étaient seuls perdus, mais les autres mouvemens s'exécutaient, quoiqu'avec moins de force qu'à l'état normal.

La parole était embarrassée; et cependant la langue se contractait bien par l'électricité.

J'ai vu s'atrophier un à un la plupart de tous ses muscles, et j'ai constaté que chacun d'eux s'est contracté, soit par la volonté, soit par l'électricité, *jusqu'à la dernière fibre musculaire*, l'absence complète du mouvement (la paralysie), n'ayant lieu que *lorsqu'on ne pouvait plus constater l'existence du muscle par la contractilité électrique.*

Il serait trop long d'indiquer ici l'époque de la mort de chacun des muscles de Lecomte, je me contenterai de dire: que depuis trois ans au moins on ne trouvait de contractilité à sa main droite que dans les muscles de l'éminence hypothénar, où j'ai pu obtenir quelques faibles contractions jusqu'à la mort de Lecomte; que, depuis plus d'un an, la langue et le deltoïde ne se contractaient plus par l'électricité; enfin, que la plupart des muscles du bras, bien que très atrophiés, et évidemment malades depuis l'entrée de Lecomte à l'hôpital (depuis le commencement de 1850) se contractaient encore très notablement par l'excitation électrique peu de jours avant la mort.

(La suite au prochain n°.)

(1) Depuis la lecture de cette partie de mon travail à la Société médico-chirurgicale, M. Cruveilhier a tracé, avec un grand talent d'exposition, le tableau de la maladie de Lecomte, dans l'importante communication qu'il vient d'en faire à l'Académie de médecine.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'USAGE DES PRÉPARATIONS DE GALIUM PALUSTRE CONTRE L'ÉPILEPSIE.

Nous empruntons la note suivante à la *Revue thérapeutique du Midi* du 15 avril 1853 :

« Monsieur le rédacteur,

» En 1840, j'ai signalé, dans les comptes-rendus de l'Académie des sciences, l'emploi du *Galium rigidum* et *G. mollugo* contre l'épilepsie; j'ai depuis lors continué mes observations sur cette propriété sanctionnée par l'expérience de trois générations de praticiens. Mon grand-père tenait probablement ces renseignemens de Gouan, son contemporain, qui s'exprime ainsi dans son *Traité de botanique appliquée :* « C'est à Jourdan, recteur de l'hôpital de Tein, qu'on a la grande » obligation d'avoir, enfin, donné la formule d'un remède anti-épilep- » tique que sa famille possédait depuis longtemps, et vraisemblable- » ment c'est cette espèce (*galium mollugo*) qui fut tant vantée par les » anciens, et désignée sous le nom de *galium palustre album latiore* » *folio*, etc... » Les auteurs modernes signalent à peine cette plante qui jouit de propriétés anti-spasmodiques irrécusables, et qui, dans l'état actuel de l'art médical, peut être considérée comme l'anti-épileptique le plus fidèle. Nos pharmaciens sont munis d'extrait de galium que nous employons à la dose de 8 grammes pour les enfans et 16 pour les adultes.

» L'expérience m'a pleinement confirmé l'opinion de Garidel, observant que, lorsque le suc de cette plante évacue, l'effet en est plus certain. L'étude soutenue que j'ai faite de ces préparations me fait un devoir de faire revivre ce précieux agent tombé dans l'oubli. Voici la meilleure préparation : c'est celle que j'avais envoyée à notre confrère feu le docteur Gril, de Nimes (1) :

» Je pile la plante fraîche, à laquelle j'ajoute un seizième de son poids d'alcool; je broie encore quelques instans; j'exprime et expose le suc à la température de 100°; je filtre et fais dissoudre dans la colature s. q. de sucre pour l'amener à l'état de sirop concentré, auquel j'ajoute un quart d'eau de fleurs d'oranger. Ce sirop est d'une saveur très agréable surtout pour les enfans, qui le prennent avec plaisir. La dose est d'une cuillerée par heure, lorsque les accès sont rapprochés, et deux ou trois, soir et matin, dans le cas contraire.

» Recevez, etc. A. Miergues fils, D.-M. M.»

(1) Voici un passage d'une lettre adressée à M. le docteur Miergues par le docteur de Boileau-Castelnau, qui explique ce que cette phrase de notre correspondant laissait d'obscur : « Je remis au docteur Gril vos fioles renfermant le remède anti-épileptique. Ce regrettable confrère, médecin de la maison de santé protestante, avait alors dans cet établissement une jeune fille atteinte d'une épilepsie hystérique. — Votre remède fut administré avec succès. Cette fille sortit de l'établissement apprès la cessation des accès; elle n'y est plus rentrée. Je m'enquerrai si les attaques ne se sont plus reproduites. » *(N. du R.)*

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 Avril. — Présidence de M. de Jussieu.

Nouveau traitement externe des névralgies sciatiques.

M. Poggiale lit un mémoire sur une nouvelle méthode curative externe contre les névralgies sciatiques.

L'auteur soumet au jugement de l'Académie le résultat de plusieurs années de recherches sur le traitement de la névralgie sciatique. Ayant observé que les combinaisons de substances médicamenteuses analogues donnaient de meilleurs résultats que les mêmes substances employées isolément, il a cherché un médicament réunissant un certain nombre de substances sédatives combinées dans des proportions spéciales. Voici la formule qui lui a le mieux réussi :

Extrait de belladone. . . . . , ...	5,00
Hydrochlorate de morphine.	0,40
Onguent populéum.	16,00
Axonge macéré dans q. s. de feuilles de datura. .	0,16
Essence de lavande.	q. s.

L'application du médicament consiste en frictions douces et prolongées. L'auteur cite dans ce mémoire dix cas de guérison de sciatique, tous remarquables par la durée antérieure de la maladie, l'insuccès des médications précédemment employées, la rapidité et la persistance du succès après l'application du médicament.

L'auteur résume son travail en ces termes :

Le rôle que joue la douleur dans les maladies est plus important que beaucoup de pathologistes ne le pensent; à lui seul, l'élément douleur est une cause puissante de maladie et peut produire les accidens les plus graves. Dans beaucoup d'affections, la douleur est le symptôme prédominant, si ce n'est toute la maladie, et, en la faisant cesser, l'état morbide tout entier disparaît.

La médecine contemporaine, trop analytique, substitue souvent à tort les formules simples aux formules complexes. La réunion de plusieurs substances analogues donne de meilleurs résultats que leur emploi isolé et successif; nous en avons des preuves dans les effets parfois surprenans de quelques médicamens très composés qui ont traversé les siècles, survivant à tous les systèmes, la thériaque entre autres.

Ablation totale de la mâchoire inférieure pour un cancer de cet os.

M. Maisonneuve communique, sous ce titre, une observation qu'il résume en ces termes :

Cette opération, qui n'avait pas encore été pratiquée En France, a été exécutée en deux fois; une moitié seulement de l'os ayant été d'abord atteinte par l'affection carcinomateuse. L'ablation de la portion gauche fut pratiquée le 17 juillet 1851. L'opération dura moins de dix minutes; la malade ayant été préalablement soumise à l'inhalation du chloroforme. M. Lebert, à qui la pièce anatomique fut confiée, y reconnut une affection cancéreuse de l'os, du genre dit : cancer en aiguilles. Le microscope y démontra l'existence de nombreuses cellules sphériques.

Aucun accident sérieux ne vint troubler la guérison, et lorsque le 24 septembre la malade sortit de l'hôpital, il ne restait d'autres traces de l'opération qu'une cicatrice linéaire sur le trajet des incisions. Le canal de Stenon et le nerf facial avaient été ménagés dans l'opération, de sorte qu'il n'y eut ni fistule, ni paralysie; le visage même avait conservé une régularité parfaite.

Quinze mois se passèrent sans que la guérison se démentît; mais alors la partie conservée de l'os commença à se tuméfier; des douleurs lancinantes, semblables à celles qui avaient amené la maladie du côté gauche, se manifestèrent du côté droit. L'état devint tel, que la malade dut se déterminer à subir une seconde opération qui fut pratiquée le 31 octobre, et consista dans l'ablation de toute la partie restante du maxillaire.

Après une pareille mutilation, il était à craindre que la langue, privée de son point d'appui antérieur, ne fût entraînée en arrière, que la déglutition surtout ne fût gravement compromise et que le visage ne restât considérablement déformé. Il n'en fut rien....

Aujourd'hui, dix-septième jour après l'opération, la malade est parfaitement guérie; son visage ne présente aucune déformation. La parole est parfaitement libre, et la malade peut manger facilement, non seulement des alimens liquides, mais de la viande hachée, du pain, des œufs et toutes sortes d'alimens faciles à triturer. Cette trituration s'opère au moyen de la langue, qui presse les alimens contre la voûte palatine.

Anévrysme de l'artère poplitée, guéri par l'injection de la solution concentrée de perchlorure de fer.

M. Niepce adresse une observation d'anévrysme de l'artère poplitée, guéri par l'injection de la solution concentrée de perchlorure de fer, suivant le procédé de M. Pravaz. Cette observation, dit l'auteur dans la lettre qui accompagne son mémoire, offre de l'intérêt, en ce qu'elle dé-

tion mystérieuse d'un fluide encore inconnu, l'effet de l'action musculaire et de la volonté, ou du-moins du désir, combinés d'un certain nombre de personnes. C'était, en passant, ma manière de voir personnelle jusqu'ici, mais qui commence à devenir ébranlée par les faits observés.

L'expérience ne réussit pas toujours, mais elle réussit dans le plus grand nombre de cas. Elle réussit mieux avec les femmes et les enfans qu'avec les hommes, mieux avec les adolescens qu'avec les hommes mûrs.

Mais on a construit des appareils qui fournissent déjà des résultats plus concluans. Ainsi, on a établi une table sur pivot, supportant en même temps les siéges des expérimentateurs, on a placé sur ces siéges des enfans, et au bout de fort peu de temps, la chaîne établie, table et enfans ont été entraînés dans la même rotation.

Les mouvemens rotatoires obtenus en dehors de la mécanique, ne sont pas sans exemple en physique. Vous connaissez les rotations du disque de cuivre obtenues à l'aide du magnétisme et de l'électricité, les rotations de la boussole, provoquées par celles d'un disque analogue, etc., etc.

Les gens du monde s'amusent de notre perplexité, et nous reprochent d'être toujours les derniers à douter de ce que nous devrions savoir avant eux. Ce reproche serait fondé, si notre temps n'était pas absorbé avant tout à mettre en pratique, pour le bien du prochain, ce que nous avons pu démêler de positif dans le grand livre de la nature. Les hommes de loisir viennent de soulever un nouveau coin du voile qui couvre les secrets de la création; à nous maintenant d'étudier cette découverte, et de trouver si elle peut profiter au bien de l'humanité.

La première chose à faire dans cette circonstance, est de s'assurer et de s'assurer encore de la sincérité du phénomène. Pour cela, il ne s'agit point de s'en rapporter aux grossières expériences faites par le vulgaire. Il faut, avant tout, faire construire des appareils faciles à mettre en mouvement, et s'entourer de personnes sérieuses, et désireuses de connaître la vérité pour répéter les expériences. Les enthousiastes ne peuvent point être utilisés ici.

J'ajoute, sous forme de narration, que, dans quelques expériences, la table, mise en rotation, a rompu la chaîne, et est allée se heurter contre le mur, du côté du nord, et que certains expérimentateurs prétendent lui faire changer de direction, sans intervertir la position des petits doigts, mais en exprimant tous ensemble la ferme volonté de ce changement de direction.

J'ajoute, de plus, et je garantis le fait, qui a été répété trois fois, sur trois personnes différentes, qu'une personne placée au centre de la chaîne, à la place de la table, et à laquelle les mains furent imposées de la manière prescrite, finit par tourner involontairement et machinalement sur elle-même.

Enfin, j'ajoute finalement que l'expérience n'est pas entièrement sans danger; des guéridons se sont dévissés et sont tombés sur les pieds des expérimentateurs; une jeune personne dans un pensionnat a été violemment renversée par la table qui a rompu la chaîne; une table à charnière s'est tout à coup fermée, et a écrasé les doigts de la moitié des expérimentatateurs; des dames se sont trouvées mal; d'autres ont eu des attaques de nerfs; et on mande officiellement de la Bavière, qu'un commis-voyageur israélite, qui avait provoqué et dirigé une semblable expérience dans la ville de Roth, est mort subitement pendant l'expérience.

Les tables non placées sur roulettes, les tables carrées, les tables vernies et non vernies, toutes sont propres à l'expérience, seulement l'effet est bien plus lent à se produire.

Tout cela a presque l'air d'une gasconnade, et si vous accordez la publicité de vos colonnes à ma lettre, je passerai probablement pendant un certain temps, auprès d'un grand nombre de confrères, pour un illuminé ou pour quelque chose comme un niais. Cependant j'ai résisté, j'ai scruté, et je commence à me rendre à l'évidence, comme la grande majorité de mes confrères, qui, s'il y a erreur, se trompent comme moi. Se tromper en si bonne compagnie n'est pas un grand péché; mon but principal est de provoquer les investigations des hommes sensés, sérieux, sur une remarquable propriété de notre organisme (si elle est réelle), de les avertir les premiers et avant les profanes, de ce qui se passe, et surtout de les engager à entreprendre la question d'une manière scientifique, ce qui n'a pas été fait jusqu'ici.

Veuillez agréer, cher confrère, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

D[r] E. Eissen,
Rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Strasbourg.*

Après une lettre semblable, il faut tirer l'échelle, bien-aimé lecteur. C'est à rompre la tête des si, des mais, des pourquoi qui viennent l'assaillir à ce récit fait par un médecin sérieux, savant, honorable, et dont la bonne foi perce par tous les pores. Pour moi, je déclare ingénûment que j'ai tenté l'expérience du chapeau; mais mon partner s'est levé au bout de cinq minutes, en me riant au nez. Rire n'est pas prouver, Monsieur..... Pour faire diversion aux idées qui brouillent ma cervelle, je m'en vais voir comment poussent mes roses et fleurissent mes deux pruniers.

Amédée Latour.

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de physiologie comparée.* — M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, ouvrira ce cours, *mardi 3 mai* 1853, à 11 heures précises, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Les leçons auront lieu dans l'*amphithéâtre de géologie.*

Errata. — Dans l'avant-dernier feuilleton : *De l'influence de la musique sur la guérison des maladies* (21 avril 1853), 1[re] colonne, 4[me] ligne, *au lieu de :* Stratomie, *lisez :* Stratonice. — 6[me] colonne, 18[me] ligne, *au lieu de :* anciens, *lisez :* amours. — 6[me] colonne, 21[me] ligne, *au lieu de :* bocaux fêlés, *lisez :* cerveaux fêlés; *ajoutez gens* après fêlés.

montre que la coagulation du sang dans les artères, peut être employée très utilement dans les anévrysmes des gros vaisseaux, et en comparant la facilité et la simplicité de cette opération avec la gravité et les difficultés souvent si grandes de la ligature, on doit considérer le procédé de M. Pravaz comme très avantageux, et offrant un véritable progrès dans la thérapeutique chirurgicale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 26 Avril 1853. — Présidence de M. Bérard.

MM. Vernois et Becquerel présentent un mémoire intitulé : *Des appareils polarimétriques; de la supériorité du polarimètre à extinction sur le saccharimètre de M. Soleil; et expériences nouvelles sur la présence de l'albumine dans le lait.*

Voici les conclusions de ce mémoire :

1° Les appareils polarimétriques, fondés sur la mesure directe de la déviation du plan de polarisation, fournissent des résultats au moins aussi exacts que ceux des appareils fondés sur la mesure de la compensation de cette même déviation.

2° L'exactitude et le degré de précision de ces instrumens, sont établis sur leur bonne construction et sur la grande étendue du cercle divisé qui porte l'échelle destinée à mesurer les déviations.

3° Les instrumens dans lesquels la disposition est telle, que le rayon *ordinaire* est éliminé de l'appareil, tandis que le rayon *extraordinaire* traverse seul le liquide actif, pour être éteint lorsqu'il rencontre sous un angle de 90° un autre rayon extraordinaire, sont les instrumens les plus commodes, et qui, désormais, devront être exclusivement employés dans les analyses des liquides organiques. Cette préférence est justifiée par les raisons suivantes :

(*a*) L'extinction est plus facile à apprécier dans ces instrumens que l'identité des deux couleurs dans les appareils à compensation.

(*b*) La plupart des liquides organiques transparens, vus à une certaine épaisseur, sont rouges. Par conséquent, on peut tout ramener à l'étude de l'extinction des rayons rouges, et obtenir ainsi des résultats toujours parfaitement comparables.

4° Les appareils polarimétriques permettent d'apprécier d'une manière plus exacte, que par les procédés chimiques les plus délicats et les plus parfaits, la quantité de substance active contenue dans un liquide doué d'un pouvoir rotatoire manifeste.

5° La proportion de lactine contenue dans le sérum du lait, ne peut être appréciée d'une manière exacte que par ces mêmes appareils.

6° Le lait de femme contient quelquefois une quantité d'albumine très faible; mais, dans le plus grand nombre de cas, il n'en contient aucune trace. C'est ce qui a lieu principalement pour son sérum, quand la coagulation a été obtenue en chauffant jusqu'à l'ébullition, comme dans toutes nos analyses. Il n'y a donc pas lieu d'admettre que, pour l'étude de ce lait, étude à laquelle notre travail est surtout consacré, la présence de ce principe immédiat puisse altérer les résultats de la détermination de la proportion de lactine accusés dans le sérum par le polarimètre.

7° Le lait de vache contient une proportion très faible d'albumine, qui diminue d'autant la quantité de sucre contenue dans ce liquide, lorsqu'on l'apprécie au polarimètre. Obtenu par la coagulation lente du lait, le sérum contient en moyenne 3 gr. 67 centig. d'albumine sur 1,000 grammes de sérum. Par la coagulation rapide (et c'est ainsi que nous avons toujours opéré), cette quantité n'est plus que de 2 gram. 54 centig., c'est donc ce chiffre de 2 gram. 54 centig., que nous pensons qu'on peut à la rigueur négliger pour les raisons sus-relatées :

« (*a*) Cette quantité d'albumine est souvent très faible et parfois » nulle.

» (*b*) La quantité d'albumine est très variable et ne peut être rattachée à aucune loi positive. »

Enfin, si on veut que le sérum en soit tout à fait débarassé, il y a pour cela un moyen très simple, il consiste à faire bouillir *pendant une minute* le sérum du lait, et à le filtrer avant de l'examiner au polarimètre. Alors, ce liquide ne contient plus de trace sensible d'albumine douée du pouvoir rotatoire, mais l'ébullition ainsi prolongée augmente les quantités proportionnelles de sucre contenues dans le sérum.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 20 Avril 1853. — Présidence de M. Guersant.

Kyste de la bourse synoviale de la région thyroïdienne.

M. Larrey présente un malade (un garde de Paris) qui porte un kyste de la bourse synoviale thyroïdienne. Cette tumeur offre cette particularité, qu'elle s'est développée sous l'influence de la pression exercée sur cette région par le col d'uniforme et par l'agrafe du col de l'habit. M. Larrey se demande s'il doit ouvrir largement ce kyste ou bien y pratiquer une injection iodée. Quel que soit celui de ces deux partis auquel il s'arrête, il en fera connaître le résultat à la Société.

La correspondance comprend, entre autres pièces :

Un mémoire de M. le docteur Jules Roux, de Toulon, sur un cas d'amputation tibio-tarsienne.

Ce mémoire est accompagné d'une lettre dont M. le secrétaire donne lecture.

Sur la demande de M. Verneuil, ce mémoire est renvoyé à la commission déjà nommée pour faire un rapport sur plusieurs communications analogues.

M. Lenoir dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Houzelot, chirurgien en chef de l'hôpital de Meaux, sur l'anesthésie obstétricale.

Tumeur fibreuse (maligne) située dans la région lombaire ; — opération ; — deux récidives ; — mort.

M. Marjolin lit sous ce titre une observation communiquée par M. le docteur Ehrmann, de Strasbourg, membre correspondant de la Société.

Il s'agit d'une jeune personne qui, dès l'âge de neuf ans, s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur dans la région lombaire droite. Trois ans après, cette tumeur ayant fait des progrès, M. Ehrmann en pratiqua l'ablation.

Plus de trois ans se passèrent sans qu'il se manifestât aucun phénomène à la région opérée ; la cicatrisation s'était faite au point que nulle récidive ne semblait possible. Mais cinq ans après cette opération, cette jeune personne s'aperçut qu'à la place de l'ancienne cicatrice la peau était soulevée, et qu'une tuméfaction de son pourtour produisait une tension assez forte sur les plis cutanés ; elle conçut dès lors des appréhensions sur le retour de l'ancienne affection, appréhensions qui ne furent que trop fondées, car la tumeur repullulait avec rapidité sur le siége occupé par la première. Cette fois, la peau soulevée s'amincit, devint bleuâtre, et une légère rongeur érythémateuse de tout le voisinage indiquait un travail intérieur dont le produit s'annonça bientôt par l'apparition d'une masse dure, bosselée, divisée en lobules par les brides de la peau. On vit s'accroître cette nouvelle tumeur sans pouvoir lui opposer la moindre résistance, et elle gagna au bout de quelques mois des proportions telles, qu'elle occupait l'espace compris entre la douzième côte et la côte de l'os des îles, et qu'elle anticipait sur la masse musculaire de la gouttière vertébrale du même côté. Cette tumeur étant indolente et l'organisme ne paraissant en recevoir aucune atteinte appréciable, M. Ehrmann proposa une seconde ablation.

Cette seconde opération fut plus grave que la première et beaucoup plus laborieuse, en raison de l'étendue du mal et de l'adhérence solide qu'avait contractée la base de la tumeur avec les tissus sous-jacens. Néanmoins, aucun accident ne vint la compliquer ; seulement il fallut plus de deux mois pour que la cicatrisation fût opérée d'une manière complète. Mais cette seconde guérison, bien que beaucoup plus longue et plus difficile à obtenir que la première, ne fut pas de longue durée. Au bout de dix-huit mois, le mal reparut et se propagea cette fois avec une intensité telle, et il acquit dans l'espace de dix-huit autres mois un tel volume, qu'on dut renoncer à toute tentative ultérieure. Non seulement à partir de la région lombaire, une nouvelle tumeur se développa et se propagea le long du dos, jusqu'à la région cervicale et claviculaire ; mais le creux axillaire et l'aine gauches devinrent également le siége de semblables masses sous-cutanées et mobiles.

A cette époque, la santé de cette demoiselle commença à s'altérer visiblement ; elle tomba dans un profond découragement, dans le marasme, et finit par succomber.

A l'autopsie, toutes les cavités splanchniques ont été ouvertes, et aucun organe n'a présenté la moindre trace d'altération organique. La maigreur extrême du corps faisait paraître d'une manière plus expressive encore les masses énormes qui s'étaient développées sous l'enveloppe cutanée intacte du dos, du creux de l'aisselle et de la région inguinale gauche.

La plus grande de ces tumeurs partait de la région lombaire, où elle faisait une saillie considérable pour se diriger vers l'épaule droite ; de là elle poussait un prolongement remplissant la région cervicale, et passant au-devant de la clavicule du même côté, où elle se terminait par un bord ondulé, lisse et très peu adhérent au tissu cellulaire sous-cutané, cette masse se laissait très facilement séparer dans tout son trajet, et une déchirure paraissait seule au niveau de la région scapulaire, où l'on voyait des prolongemens fibreux se détacher de lobules distincts pour adhérer un peu plus intimement que le reste de la tumeur à la surface correspondante de la peau.

Deux autres tumeurs de même nature, moins développées cependant, occupaient, l'une le creux axillaire gauche, l'autre la région inguinale du même côté. Leur énucléation fut très facile ; de légères adhérences celluleuses les fixaient seulement aux tissus circonvoisins et aucun développement vasculaire ne signalait les régions où elles avaient établi leur siége. Les ganglions lymphatiques étaient partout dans leur état normal. La tumeur du creux axillaire avait la dimension du poing d'un adulte, et celle du pli de l'aine égalait le volume d'un œuf d'oie.

En palpant ces masses, on y rencontre une consistance très grande unie à un certain degré d'élasticité. La couleur blanche et l'aspect *fibreux* ne pouvaient laisser de doute sur la nature du tissu de ces tumeurs, assurance que l'on avait, du reste, déjà acquise lors des premières ablations.

Quant à leur structure interne, elle correspondait parfaitement aux caractères extérieurs : tissu dense à fibres serrées, sans aucune trace de ramollissement, ni d'ulcération ; seulement les masses formées les dernières offraient un appareil vasculaire capillaire plus distinct que les anciennes.

A côté de ces altérations et de ces produits morbides, on en découvrait une autre qui n'a point encore été observée ; c'étaient de nombreuses exostoses mamelonnées à la surface externe de la calotte du crâne. Déjà, pendant la vie de la malade, l'attention de M. Ehrmann avait été attirée sur des espèces de nodosités du cuir chevelu, et il lui avait paru naturel de penser que ces élevures, indolentes du reste, ne devaient être autre chose que de petites tumeurs, de même nature que les grandes masses implantées dans les tégumens de la tête, mais il n'en fut pas ainsi, comme on le voit ; la peau (cuir chevelu), très saine, ne faisait que recouvrir ces excroissances osseuses qui, lorsque le périoste était enlevé, apparaissaient lisses, très dures et très compactes. Leur aspect extérieur dans l'os, aujourd'hui desséché, a quelque chose de lardacé et ressemble à cette altération du tissu osseux connu sous le nom de *dégénérescence éburnée*.

Ces petits mamelons sont élevés de 5 à 6 millimètres au-dessus de la surface du crâne et ont leur siége principalement au frontal et aux deux pariétaux ; les uns sont isolés, d'autres groupés ; ils sont superficiels, ne pénètrent point dans la surface diploïque, et la surface interne de la voûte crânienne ne se trouve garnie d'aucune aspérité.

En demandant à l'un des assistans, qui ignorait l'origine de cette pièce, à quoi ressemblaient ces exostoses, il répondit : à des tumeurs *fibro-lardacées*.

L'examen microscopique des tumeurs n'a pas été fait.

En résumé, au point de vue clinique, cette observation présente les conditions suivantes :

Développement de tumeurs fibro-plastiques dans un organisme entièrement dépourvu de principe d'hérédité ; marche lente de l'affection, n'exerçant d'abord aucune influence délétère sur la constitution de la malade ; système fibreux, musculaire et aponévrotique comme point de départ du produit parasite ; ablation première commandée par la gêne et la difformité qu'occasionnait le siége de la tumeur fibro-plastique ; récidive sur place au bout de trois ans ; nouvelle excision très profonde ; nouvelle recrudescence, développement de masses fibreuses énormes, dont quelques-unes éloignées du foyer originaire ; apparition d'une véritable diathèse fibro-plastique exerçant son influence jusque sur le tissu osseux crânien ; altération profonde de l'économie ; marasme ; mort.

Les réflexions auxquelles se livre M. Ehrmann, à ce sujet, peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

La dissémination des tumeurs fibro-plastiques, leur siége, l'extrême rareté de leur transformation, l'absence de leur ulcération, le défaut de retentissement dans les ganglions voisins, leur apparence de bénignité primitive, leur caractère hétéro-plastique et leur fréquente incurabilité, lui semblent devoir faire placer ces tumeurs entre le cancer et les produits oméo-plastiques.

Quant à la cellule improprement appelée cancéreuse, suivant M. Ehrmann, elle peut se rencontrer là où il n'y a pas de cancer ; le microscope l'a pu signaler dans des tumeurs fibro-plastiques, sans que pour cela ces dernières fussent constituées cancers ; les deux élémens *fibre* et *cellule* ne s'excluent donc pas.

Il résulte de là aussi que dans les tumeurs dites hétéro-plastiques, on a tant de peine à trouver dans tous les points de leur étendue, à l'aide du microscope, cette homogénéité désirée et que les explorations partielles entreprises du vivant des individus ne peuvent, le plus souvent, que fournir des données incertaines quant à la structure intime et moléculaire de leur tissu.

Sur la demande de plusieurs membres, le travail de M. Ehrmann est renvoyé au comité de publication.

— F. Martin lit un mémoire sur le traitement des fractures du fémur. (Une commission est nommée pour faire un rapport sur ce travail.)

(Addition à la séance précédente.)

Tumeur cancéreuse de la cuisse au-dessus du genou.

M. Larrey présente une tumeur cancéreuse à laquelle il avait fait allusion dans une précédente séance, à propos des ponctions exploratrice, et pour laquelle il a dû pratiquer ces jours derniers l'ampulation de la cuisse.

Cette tumeur, située à la face interne du tiers inférieur de la cuisse, s'était développée à la suite d'une contusion violente, un an auparavant, et avait envahi le pourtour du membre au-dessus du genou, chez un soldat âgé de 30 ans et d'une assez bonne constitution. Elle avait été assez ferme et résistante d'abord, offrant les caractères d'une tumeur squirrheuse, adhérente au fémur et à la surface de l'articulation ; puis elle était devenue molle, dépressible, avec fausse fluctuation, et des douleurs lancinantes très aiguës, surtout depuis la ponction, à tel point que l'amputation ne put être différée.

La tumeur enlevée offrit les particularités suivantes :

Une dimension de 42 centimètres dans sa plus grande circonférence, une distension marquée des tégumens amincis à toute sa surface, avec fausse fluctuation et ulcérés dans un point, une crépitation avec mobilité un peu au-dessus du niveau de l'articulation, une infiltration séreuse du tissu cellulaire et des muscles décolorés, des foyers sanguins ou apoplectiques disséminés à la superficie ou dans l'intérieur de la tumeur, une masse enfin de tissu encéphaloïde circonscrivant toute la région du genou. Quant à l'articulation du genou, le condyle interne du fémur, spontanément détaché du corps de l'os, en est séparé tout à fait par une certaine quantité de tissu cancéreux. Le condyle externe n'est plus adhérent au reste de l'os que par une lamelle osseuse très friable.

L'état général de l'amputé est aussi satisfaisant que possible, eu égard à un cas aussi grave.

COURRIER.

CRÉATION D'UN NOUVEL HOPITAL POUR LES ENFANS MALADES. — On assure que, sur le désir itérativement exprimé par S. M. l'Impératrice, présidente de la Société maternelle, et protectrice de toutes les Sociétés de bienfaisance qui s'occupent de l'enfance, il est grandement question d'ouvrir dans le faubourg Saint-Antoine une succursale de l'hôpital des Enfans-Malades. Deux pavillons seraient, dit-on, construits très prochainement à côté de l'hôpital Saint-Antoine, tous deux de 100 lits, et destinés l'un aux maladies aiguës, l'autre aux maladies chroniques de l'enfance.

Nous ne pouvons qu'applaudir, pour notre faible part, à une pareille mesure. Depuis longtemps, l'hôpital des Enfans-Malades est devenu tout à fait insuffisant pour les besoins de la population. Les 626 lits qu'il renferme sont presque toujours remplis, et d'ailleurs la moitié de cet établissement est consacrée au traitement de maladies chroniques qui immobilisent une grande partie de ces derniers lits. Il suit de là que les enfans sont obligés, sauf les cas d'urgence, d'attendre une vacance qui est bien longtemps à venir dans certains cas, et la preuve, c'est qu'on y reçoit à peine le tiers des malades qui se présentent pour demander leur placement. Mais une chose plus grave, c'est la situation même de l'hôpital des Enfans-Malades, rue de Sèvres, derrière les Invalides, c'est-à-dire dans un faubourg sud-ouest de Paris, très loin par conséquent des quartiers de la rive droite, et à plus forte raison des quartiers populeux des faubourgs Saint-Martin, du Temple et Saint-Antoine. Il faut, pour s'y rendre, que les personnes appartenant à ces derniers quartiers traversent en quelque sorte toute la ville avec leurs enfans dans un état plus ou moins grave, et souvent il leur arrive d'être refusées faute de place. Si l'enfant est admis, mêmes inconvéniens, il faut que les parens fassent un long voyage pour aller le visiter, et le plus souvent une visite à l'hôpital des Enfans est une journée perdue. Ajoutons que le transport d'enfans malades à une aussi grande distance et par des temps quelquefois très défavorables, peut avoir de graves inconvéniens et aggraver la maladie dont ils sont atteints.

La mesure si éminemment utile et morale, dont l'initiative appartient à S. M. l'Impératrice, met heureusement un terme à un pareil état de choses. Elle ne peut manquer d'être favorablement accueillie par la commission municipale de la ville de Paris ; et avant peu, il faut l'espérer, les populations laborieuses de l'Est auront à leur porte un établissement hospitalier qui recueillera les enfans malades de ces quartiers, et qui aura encore le précieux avantage de ne pas rompre, par l'éloignement, les liens de la famille et de l'affection.

— Nous avons reçu de M. le docteur Joseph Reymond, de Paris, une notice touchante sur M. Paul Roussel, jeune élève externe des hôpitaux, qui vient de succomber, victime de son zèle et de son dévoûment. Attaché au service de M. le docteur Vernois, à l'hôpital Saint-Antoine, le jeune Roussel, sous la direction de son chef de service, se livra avec excès aux fatigues occasionnées par l'épidémie de fièvre typhoïde, qui sévit cruellement sur ce quartier populeux. Il recueillait les observations à l'hôpital, faisait les autopsies à l'amphithéâtre, et allait dans les habitations voisines du quartier pour étudier les effets de l'insalubrité et de l'encombrement. Vivant, pour ainsi dire, dans une atmosphère typhoïque, le jeune Roussel, épuisé par le travail, tomba malade, et bientôt se déclarèrent les terribles symptômes de cette maladie qu'il étudiait avec tant d'ardeur. Ce jeune homme a succombé à la fièvre typhoïde. Estimé de ses chefs, aimé de ses camarades, l'orgueil d'une famille honorable, ce jeune disciple de notre art laisse de cruels regrets à tous ceux qui l'ont connu. M. le docteur Reymond a raison, « il ne faut pas laisser mourir silencieusement ceux que le dévoûment et le travail font tomber aux premiers pas de la carrière. »

— M. le docteur Cazenave commencera, à l'hôpital Saint-Louis, mercredi prochain 4 mai, à 9 heures, ses leçons cliniques *sur les maladies de la peau*, et les continuera les mercredis suivans, à la même heure. La visite des malades aura lieu à 8 heures.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 52. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 3 Mai 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SYPHILISATION.

RAPPORT A M. LE PRÉFET DE POLICE SUR LA QUESTION DE SAVOIR SI M. LE DOCTEUR AUZIAS-TURENNE PEUT ÊTRE AUTORISÉ A APPLIQUER OU A EXPÉRIMENTER LA SYPHILISATION A L'INFIRMERIE DE LA PRISON SAINT-LAZARE.

Par MM. les docteurs MÊLIER, président, Philippe RICORD, DENIS, CONNEAU, et MARCHAL (de Calvi), secrétaire rapporteur.

(Publié avec l'autorisation de M. le Préfet de police.)

Monsieur le Préfet,

La Commission que vous avez instituée pour donner un avis sur la demande de M. le docteur Auzias-Turenne, a l'honneur de vous adresser son rapport.

Ce rapport se compose de trois parties et d'une conclusion, plus un appendice.

La première partie offre un aperçu des travaux de la Commission et de ses rapports avec M. Auzias.

La seconde partie comprend les faits de syphilisation chez l'homme, de la pratique de M. Auzias, qui sont parvenus à la connaissance de la Commission.

La troisième partie est consacrée au récit d'une expérience de syphisation faite sur un singe par M. Auzias, en présence de la Commission.

La conclusion répond à la question que vous avez déférée à la Commission.

L'appendice renferme divers documens sur la syphilisation que la Commission s'est procurés.

—

PREMIÈRE PARTIE.

APERÇU DES TRAVAUX DE LA COMMISSION ET DE SES RAPPORTS AVEC M. AUZIAS.

Sollicité par M. Auzias, qui demandait l'autorisation d'*appliquer ou tout au moins d'expérimenter la syphilisation à l'infirmerie de la prison Saint-Lazare*, vous avez pensé, Monsieur le préfet, « qu'une demande intéressant à ce point la santé publique ne pouvait être accueillie ni repoussée sans un examen approfondi (1). »

Votre premier soin fut de chercher à vous renseigner sur le mérite de la méthode proposée. Mais les informations recueillies tant en France qu'à l'étranger, vous laissèrent une incertitude en présence de laquelle il vous était impossible de vous prononcer.

C'est alors que vous eûtes la pensée, comme il vous a plu de le dire, de « soumettre la question à une commission composée d'hommes dont l'opinion pût faire autorité pour tous (2). »

Cette Commission fut composée de MM.

MÊLIER, président de l'Académie impériale de médecine, membre du Comité consultatif d'hygiène publique ;

RICORD, membre de l'Académie impériale de médecine, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, chirurgien consultant du Dispensaire de salubrité publique du département de la Seine ;

DENIS, médecin en chef du dispensaire de salubrité du département de la Seine;

CONNEAU, premier médecin de l'Empereur, associé libre de l'Académie impériale de médecine;

MARCHAL (de Calvi), agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, ancien médecin principal de l'armée, et ancien professeur au Val-de-Grâce.

La commission se constitua le lundi, 12 juillet 1852, sous la présidence de M. Mêlier, désigné pour diriger ses délibérations, et elle nomma M. Marchal (de Calvi) son secrétaire.

Depuis lors, elle a tenu une séance toutes les semaines, quelquefois deux, sauf pendant la durée d'un voyage scientifique de son président à l'étranger, et dans quelques cas d'empêchement absolu de l'un ou l'autre de ses membres.

Dans sa première séance, son président exposa sommairement, dans les termes suivans, la tâche qu'elle avait à remplir :

« L'objet de la Commission est bien précis et circonscrit : il s'agit de savoir si M. le docteur Auzias-Turenne peut être autorisé à appliquer ou à expérimenter la syphilisation à l'infirmerie de la prison Saint-Lazare. Néanmoins, la commission pourra étendre son travail, et lui donner tous les développemens scientifiques qu'elle jugera nécessaires. Je n'ai pas manqué d'informer M. le préfet de police que l'Académie de médecine avait été saisie de la question par l'un de ses membres. Il a pensé que cette circonstance, très favorable et très avantageuse en elle-même, n'était pas de nature à empêcher la Commission de suivre la voie spéciale qui lui était tracée. M. le docteur Auzias, suivant le juste désir de M. le préfet, sera entendu autant de fois que la Commission et lui-même le jugeront convenable. »

Dans cette même séance, M. le président déposa sur le bureau les documens relatifs à la question que votre administration, Monsieur le Préfet, avait remis entre ses mains, savoir :

1° La demande de M. Auzias ;
2° Une lettre de M. le baron Seutin;
3° Un rapport succinct de M. le docteur Sperino;
4° Une lettre du directeur du Syphilicôme de Turin;
5° Une lettre particulière de M. Sperino à M. Seutin, transmise par ce dernier à titre de renseignement ;
6° Un rapport de M. le docteur Denis, médecin en chef du Dispensaire de salubrité du département de la Seine ;
7° Une réponse de M. Auzias à ce rapport ;
8° Enfin, un rapport de M. Gosselin, chirurgien de l'hôpital de Lourcine.

A ces documens étaient jointes :

1° Une brochure de M. Auzias, intitulée : *De la syphilisation, ou vaccination syphilitique* (extrait des *Archives générales de médecine*, n°s de juin et août 1851) ;

2° Une autre brochure du même auteur, ayant pour titre : *Lois de la syphilisation*, lues à l'Académie des sciences, séance du 17 novembre 1851 (ces deux brochures ayant été remises par l'auteur au président de la commission) ;

3° La thèse de M. le docteur Laval, sur la syphilisation, que M. le président s'était procurée.

MM. Ricord et Marchal (de Calvi) prirent successivement la parole pour exposer leurs impressions personnelles sur la question.

« M. Ricord : ..... Il a vu dès le principe, et il voit journellement M. Lind..., qui en est au moins à sa deux-centième inoculation, et n'est aucunement réfractaire. M. P.... autre sujet en voie d'expérimentation, est toujours inoculable. Quant à M. Laval, que l'on [illegible] parvenu au plus haut degré de syphilisation, M. Ricord lui-même lui a pratiqué des inoculations, à la suite desquelles il a constaté et fait constater l'existence des pustules caractéristiques. En somme, il y a jusqu'ici, de la part des syphilisateurs, beaucoup d'erreurs et d'illusions, et une ardeur à conclure qui doit inspirer la plus grande défiance. Que M. le docteur Auzias montre des faits dont on puisse apprécier tous les détails, et l'on jugera sans autre passion que celle de la vérité.

» M. Marchal : ..... Le principe de la syphilisation, qui n'est autre que la grande loi homœpathique *similia similibus* à sa plus haute expression, a fait naître dans son esprit des espérances dont il n'a pas voulu, dont il ne veut pas se défendre, attendu que le perfectionnement physique de l'espèce humaine est au prix de la destruction de la syphilis, et que tout ce qui semble seulement pouvoir conduire à un pareil but, mérite d'être examiné avec un soin scrupuleux. Il termine en rapportant plusieurs faits de sa pratique, qui témoignent, suivant lui, en faveur de la syphilisation curative.

« M. Ricord reprend ces faits et les discute ; il leur refuse de tous points la signification que leur prête M. Marchal.

» M. Marchal insiste, en disant, au surplus, que, si l'on ne veut pas y voir des preuves, on doit y trouver des motifs d'approfondir la question. Il ajoute : s'il était prouvé que le virus syphilitique peut se neutraliser lui-même, on serait conduit à faire l'application de cette loi à la rage, à la morve ; et quel bienfait pour l'humanité si l'on pouvait un jour proclamer ce principe : que les maladies virulentes sont curables, sous certaines conditions, par le produit morbide qui leur donne naissance. »

Dans la séance suivante, le 14 juillet 1852, le secrétaire lut, suivant ce qui avait été décidé, une analyse détaillée des pièces déposées dans la première séance, moins les documens imprimés, qui n'étaient pas nouveaux pour les membres de la Commission.

Voici cette analyse.

Analyse des documens remis à la Commission d'après les ordres de M. le Préfet de police.

N° 1. *Lettre de M. le docteur Auzias-Turenne à M. le Préfet de police, en date du 9 février 1852.*

M. Auzias demande à M. le Préfet de vouloir bien l'autoriser à appliquer ou tout au moins à expérimenter la syphilisation à l'infirmerie de la prison St-Lazare. Il le prie, à cette fin, de vouloir bien prendre des renseignemens sur sa méthode : en Piémont, auprès de M. le ministre de l'intérieur des États sardes, de M. le préfet de police de Turin, et de M. Demaria, secrétaire général de l'Académie médico-chirurgicale de Sardaigne ; en Belgique, auprès de M. le baron Seutin. « Les sujets qui se sont confiés à mes soins sont nombreux, dit M. Auzias. Il ne s'agit donc plus d'expériences, mais de l'application d'une méthode éprouvée et appliquée en outre depuis plus d'un an dans plusieurs parties de l'Italie, et notamment à Turin. »

N° 2. *Note de M. le baron Seutin, datée du 19 février 1852, et adressée à M. Verheyen, directeur des prisons et de la sûreté publique, à Bruxelles, par suite d'une demande de renseignemens émanée de M. le Préfet de police.*

Dans cette note très succinte (deux pages), M. Seutin, qui n'avait fait que passer à Turin, dit avoir vu, au syphilicôme de cette ville, des femmes que M. Sperino avait rendues réfractaires au virus syphilitique par la syphilisation. Plus bas, moins affirmatif, il dit seulement que la méthode *paraissait* avoir atteint son but. Il ajoute que les malades du syphilicôme, pleins de confiance en M. Sperino, se soumettaient sans répugnance à la pratique des inoculations dont lui, M. Seutin, n'avait vu résulter aucun accident ; et que M. Sperino avait constaté une amélioration notable dans la santé des filles publiques depuis l'introduction de la syphilisation. Toutefois, reprend l'auteur de la note, MM. Ricord et Cullerier n'ayant obtenu de cette méthode que des résultats négatifs, il n'est pas possible de conclure, et il est urgent de procéder à une expérimentation méthodique et suivie. Cette expérimentation, M. Seutin l'appelle de tous ses vœux, et il désire que les expériences soient faites publiquement par M. Auzias lui-même.

N° 3. *Note de M. Sperino, médecin du Syphilicôme de Turin, datée du 10 mars 1852, conformément aux ordres de M. le ministre de l'intérieur des États sardes, également par suite d'une demande de renseignemens émanée de M. le Préfet de police.*

Cette note est aussi très sommaire, mais il convient de faire observer qu'on avait laissé ignorer à M. Sperino qu'elle fût destinée à M. le Préfet de police. Il y est dit que toutes les femmes soumises à la syphilisation par l'auteur étaient, à leur entrée à l'hôpital, affectées de syphilis primitive ou constitutionnelle, le plus souvent très grave ; que toujours, pour commencer ou continuer le traitement, on s'était assuré de leur plein assentiment ; que plusieurs d'entre elles avaient demandé spontanément à être syphilisées ; que, sur 80 femmes traitées ainsi, 3, après quelques pustules d'inoculation, ayant montré de la répugnance à continuer ce traitement, on y avait renoncé aussitôt ; 60 étaient sorties guéries, [illegible] avaient succombé à des maladies étrangères à la syphilis ; que, sur les 60 guéries, 23 étaient rentrées, dont 15 pour des affections non syphilitiques, 2 pour des végétations ayant repullulé faute d'une excision assez profonde, et 6 pour des accidens vénériens ; que, sur ces 6 dernières, 2 étaient affectées d'ulcéres primitifs ayant guéri sans mercure, 1 était atteinte d'ulcère primitif simple et de bubon inguinal droit non virulent, ayant guéri par l'inoculation, qui n'avait pas été poussée assez loin la première fois, et 3 avaient des accidens constitutionnels déjà modifiés, chez deux d'entre elles, sous l'influence de nouvelles inoculations. M. Sperino annonce la publication prochaine de ses observations, et affirme, en terminant, que la santé des individus soumis à la syphilisation est bien meilleure que celle des individus traités par les mercuriaux.

N° 4. *Lettre d'envoi de la note précédente par le directeur du Syphilicôme, datée du 13 mars 1853.*

L'auteur de cette lettre avance que, sur les 23 malades rentrées au syphilicôme après y avoir été syphilisées, et qui en étaient sorties de nouveau, 4 y sont encore rentrées deux fois et 2 trois fois, avec des accidens syphilitiques. Il ajoute que les administrateurs de l'hospice du Refuge de Turin ne veulent plus recevoir aucune femme sortant du Syphilicôme, parce que chez plusieurs des femmes syphilisées dans ce dernier établissement et admises dans le premier, les cicatrices des ulcères d'inoculation s'étaient rouvertes (1).

N° 5. *Lettre de M. le docteur Sperino à M. le baron Seutin.*

Il est question, dans cette lettre, de deux femmes sur lesquelles M. Thiry, chirurgien de l'hôpital des vénériens de Bruxelles, n'avait pas encore observé d'amélioration après soixante inoculations qu'il leur avait pratiquées. Cet insuccès momentané dépend probablement, suivant M. Sperino, *d'une condition d'orgasme du système vasculaire*, sinon et plutôt de ce que les inoculations n'ont pas été suffisamment rapprochées. « Dites à M. Thiry, ajoute-t-il, qu'après avoir bien purgé les malades et leur avoir donné quelques bains, il leur fasse une trentaine de piqûres. Six, huit jours après, il leur en fera un nombre égal, et il verra un effet qui lui causera une surprise agréable. » Les inoculations nombreuses, d'après M. Sperino, donnent de petits chancres qui durent peu de jours, souvent mêmes de simples pustules, qui disparaissent très vite, sans s'être ouvertes. « Si je pouvais, reprend-il, vous présenter les dernières malades que j'ai soumises à la syphilisation par un très grand nombre d'inoculations faites en peu de jours, vous seriez certainement étonné de voir que le résultat de l'inoculation syphilitique sera bientôt pareil à celui de la vaccination, et que dans l'espace d'un mois, lorsque le malade aura consenti à recevoir plusieurs piqûres en peu de jours, il sera guéri d'une affection qui aurait exigé l'emploi des mercuriaux pendant un espace de temps beaucoup plus long. » Jamais, à la suite de la syphilisation, M. Sperino n'a été obligé de recourir au mercure, et toutes les fois que des accidens constitutionnels se sont

(1) Lettre de M. le Préfet de police à M. le Président de la Commission.
(2) *Ibidem.*

(1) Cette dernière assertion n'est pas exacte : cela résulte des renseignemens pris à Turin par la Commission.

produits par l'effet d'une syphilisation incomplète, ils ont cédé à de nouvelles inoculations. L'auteur publiera 80 observations, qui répondront victorieusement aux quatres questions posées par M. Ricord dans sa 33me lettre sur la syphilis. M. Ricord (c'est M. Sperino qui parle) a condamné la syphilisation sans l'avoir étudiée pratiquement; lorsqu'il l'aura expérimentée ou qu'il aura assisté à des expériences bien faites, il s'empressera d'imiter M. Arago, qui, lui aussi, avait condamné *à priori* le télégraphe électrique, et qui ne craignit pas de se rétracter publiquement après avoir vu de ses yeux fonctionner l'admirable mécanisme. M. Sperino termine par cette considération, que, puisque les médecins des services de vénériens des hôpitaux de Paris ne veulent pas s'occuper de la syphilisation, la justice veut que M. Auzias soit autorisé à l'expérimenter.

N° 6. *Rapport sur la syphilisation adressé à M. le Préfet de police, à la date du* 22 *mai* 1852, *par M. le docteur Denis, médecin en chef du dispensaire de salubrité du département de la Seine.*

L'auteur commence par expliquer comment, ayant dû se mettre en rapport avec les médecins qui s'occupaient de la syphilisation, et suivre leurs travaux, il ne lui a pas été possible de faire son rapport à bref délai. Cela dit, il expose en ces termes la pratique de M. Auzias: « Inoculez du virus syphilitique à un individu sain, il se développera un chancre primitif bien caractérisé et qui parcourra toutes ses périodes; inoculez-le une seconde fois avec du virus pris sur son chancre ou sur celui d'un autre individu, le chancre de cette deuxième inoculation sera moins intense que celui de la première; celui de la troisième le sera moins que celui de la deuxième; et ainsi de suite jusqu'à ce que l'inoculation ne puisse plus avoir lieu. Ainsi, le malade est guéri, la syphilisation est complète, et le sujet ne peut plus désormais contracter la syphilis. » Passons aux faits, dit M. le docteur Denis. Le premier est celui du docteur Lind...., qui, après douze inoculations ayant donné lieu à douze chancres phagédéniques, ne fut pas moins affecté de la syphilis constitutionnelle. « Ce jeune homme naguère si beau, continue l'auteur du rapport, a aujourd'hui une santé profondément altérée, et sa vue laisse une impression de profonde tristesse. » Il ajoute que le sujet, pressé, dans une séance de la Société de chirurgie de se soumettre enfin à un traitement rationnel, répondit en s'y refusant, qu'il fallait que sa mort prouvât que la doctrine de M. Auzias est une terrible erreur, et empêchât d'autres malheurs.

M. Denis ne fait que mentionner deux cas négatifs du service de M. le docteur Gosselin, à Lourcine, et passe à l'examen des renseignemens fournis par M. Sperino. Il n'hésite pas à les regarder comme nuls, à cause des réticences qu'il y remarque, de l'inexactitude des détails et de la légèreté des appréciations... (1). Arrivant à la lettre de M. Seutin, l'auteur du rapport hésite à la qualifier. Quoi! sur un simple aperçu, en passant à Turin, des malades de M. Sperino, chez lesquelles il lui *a paru* que la méthode avait atteint son but, et sur les helles promesses de M. Auzias, il veut qu'on ouvre à celui-ci les portes d'un hôpital; et il ajoute expressément que les expériences doivent être faites par M. Auzias lui-même, comme si l'on avait à se défier d'hommes tels que MM. Ricord, Cullerier, et lui-même, M. Denis, qui ont consacré leur vie à s'efforcer, non sans quelque succès, d'atténuer l'horrible fléau de la syphilis!

Comment M. Auzias envoie-t-il chercher la lumière à Turin quand elle est toute faite à Paris? Puisqu'il a tant de confiance dans la syphilisation, pourquoi son nom ne figure-t-il pas en tête des victimes de sa méthode? Quelle comparaison peut-on établir entre la variole et la syphilis au point de vue de la préservation par l'inoculation? Comment admettre qu'un individu déjà atteint de la syphilis ne soit plus exposé à la contracter, quand on voit fréquemment, au Dispensaire de la préfecture de police, des femmes infectées plusieurs fois dans l'année ou pendant plusieurs années de suite? M. Denis pose toutes ces questions, suivant lui résolues d'avance, et il conclut formellement qu'il n'y a pas lieu d'autoriser M. Auzias à faire des expériences à St-Lazare. « M. le Préfet, dit-il en terminant, verra dans sa sagesse, s'il ne conviendrait pas d'interdire les pratiques médicales de M. Auzias, lesquelles peuvent devenir funestes aux générations présentes et futures. »

N° 7. *Réponse de M. le docteur Auzias au rapport de M. Denis, datée du* 10 *juin* 1852.

M. le docteur Auzias répond successivement à quatre objections de M. Denis, après avoir exprimé le regret de ne pouvoir être tout à fait catégorique, faute d'avoir sous les yeux le rapport de ce médecin, qui ne lui a été communiqué qu'en substance et verbalement.

Première objection : M. Sperino produit des raisonnemens et non pas des faits.

Réponse : Les faits de M. Sperino se sont passés au grand jour d'un hôpital et se comptent par centaines. M. Denis ne doit pas ignorer l'observation de M. Zelaski, traduite dans le numéro de décembre des *Annales des maladies de la peau et de la syphilis.*

Deuxième objection : Le fait désastreux de M. Lind...

Réponse : Le docteur Lind... était gravement malade lorsque M. Auzias a commencé à le syphiliser. Il ne lui a fait qu'une inoculation. Les autres inoculations ont été faites par M. Ricord, et elles l'ont été contrairement aux principes de la syphilisation.

Troisième objection : Le fait de M. Gosselin.

Réponse : Ce fait a été publié, non par M. Gosselin, qui, conséquemment, n'en prend pas la responsabilité, mais par un élève en médecine, lequel, tout en désignant M. Auzias d'une manière peu convenable, ne l'a pas nommé cependant, afin que celui-ci ne fût pas autorisé à répondre. Du reste, ce cas de M. Gosselin est un exemple de syphilisation très mal et très incomplètement faite.

Quatrième objection : Pourquoi M. Auzias ne s'est-il pas syphilisé?

Réponse : M. Auzias ne propose de syphiliser que les personnes affectées de syphilis, etc., et, en ne s'inoculant pas, il reste fidèle à ses principes.

M. Auzias, après avoir répondu aux objections de M. le médecin en chef du Dispensaire, exprime le vœu d'être mis personnellement en rapport avec lui, et cite les principales sources auxquelles il aurait fallu puiser pour rédiger un rapport exact et complet sur sa méthode, savoir :

1° *Archives générales de médecine* (1851, nos de juin et d'août);
2° *Gazette médicale de Paris* (1850, nos 47 et 48; 1851, nos 4, 30, 40 et 48; 1852, n° 14);
3° *Union médicale* (1851, n° du 23 septembre; 1852, n° du 4 mai);
4° *Gazette des hôpitaux* (1851, n° du 15 juillet);
5° *Journal des Connaissances médicales* (1851, n° de juillet);
6° *Gazette médicale de Lyon* (1851, n° du 30 janvier);
7° *Gazette médicale de Toulouse* (1852, 2me et 4me livraisons);
8° *Annales de la syphilis* (1851, nos de juillet et de décembre);
9° *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique* (t. IX, nos 1 et 6).

M. Auzias repousse énergiquement l'imputation d'avoir demandé que l'on contraignît les filles publiques à subir la syphilisation (1), et termine en exprimant le désir d'être chargé provisoirement de quelques lits à l'infirmerie de la prison Saint-Lazare.

N° 8. *Rapport de M. Gosselin sur les faits de syphilisation observés dans son service, à l'hôpital de Lourcine, daté du* 20 *juin* 1852.

M. Gosselin ayant été cité dans le rapport de M. Denis et dans la réponse de M. Auzias, M. le Préfet de police fit appel à ses lumières, et il fut invité : 1° à donner des renseignements sur les deux cas de syphilisation qui s'étaient passés dans son service; 2° à faire connaître son opinion personnelle sur cette méthode.

Relativement au premier point, M. Gosselin commence par établir comment, d'après les indications précises de M. Sperino, qui annonçait de nombreux succès (à défaut d'indications fournies par M. Auzias, qui n'avait encore publié aucun exemple de syphilisation dans l'espèce humaine), il s'était cru suffisamment autorisé à essayer cette méthode dans son service.

La première malade sur laquelle il en fit l'application portait un chancre anal parfaitement caractérisé. Il lui pratiqua, en quatre séances, neuf inoculations, les unes sur les cuisses, les autres sur le ventre, et son intention était de continuer; mais la malade s'y opposa énergiquement, tant à cause de la douleur produite par les chancres artificiels qu'à raison des cicatrices qui devaient en résulter. M. Gosselin fit, dans ce premier cas, deux remarques intéressantes : d'abord les derniers chancres inoculés furent aussi étendus et durèrent aussi longtemps que les premiers; ensuite, l'ulcère anal persista pendant plusieurs semaines après la cicatrisation des chancres d'inoculation.

La deuxième malade que M. Gosselin tenta de syphiliser est cette jeune fille dont l'observation, recueillie jour par jour sous la dictée de ce chirurgien, a été publiée par M. Archambault, interne; publication expressément autorisée par M. Gosselin (2). Cette jeune fille était affectée de tubercules muqueux en grand nombre aux parties génitales, et d'une syphilide papuleuse très prononcée. Il lui fit dix-neuf inoculations en neuf séances, dans l'espace de sept semaines, et n'obtint aucun des résultats annoncés par M. Sperino :

Ainsi, 1° la durée des chancres ne diminua pas progressivement; au contraire, quelques-uns des ulcères des dernières inoculations durèrent [illegible] jours de plus que ceux des premières; 2° au lieu de disparaître, les tubercules muqueux prirent de l'accroissement et devinrent douloureux, au point de causer l'insomnie pendant plusieurs jours; 3° quelques-uns des chancres d'inoculation devinrent eux-mêmes très douloureux et forcèrent la malade à garder le repos au lit.

Après soixante-dix jours passés à l'hôpital, sans avoir éprouvé d'amélioration, cette jeune fille supplia M. Gosselin de renoncer aux inoculations, et le traitement ordinaire, institué aussitôt, amena un très prompt amendement.

M. Gosselin a remarqué, dans ce cas, que toutes choses égales, les chancres des cuisses sont plus larges et plus durables que ceux du ventre; d'où il suit que si M. Sperino et les autres expérimentateurs ont inoculé sur le ventre, à la fin du traitement, après avoir inoculé sur les cuisses, ils ont pu croire, avec une apparence de fondement, à l'atténuation progressive des effets locaux de l'inoculation.

« Il est devenu évident pour moi, dit M. Gosselin en terminant sur le premier point, que les assertions si séduisantes de M. Sperino tombent devant les faits observés avec rigueur, et je regarde comme un devoir de rejeter la syphilisation tant que son utilité ne sera pas démontrée par des observations recueillies avec tout le soin désirable. »

Sur le second point (l'opinion personnelle de M. Gosselin, touchant la syphilisation), l'auteur conclut ainsi : en tant que méthode prophylactique, la syphilisation est restée une hypothèse; en tant que méthode thérapeutique, elle est inférieure aux méthodes employées généralement. « Il est vrai, ajoute-t-il en terminant, que d'après M. Auzias, mes syphilisations ont été mal faites. Je réponds à cela que je les ai faites suivant le procédé avec lequel M. Sperino prétend avoir obtenu de grands succès. Je n'ai pu suivre les procédés de M. Auzias lui-même, car je ne sais pas quels ils sont, et je ne connais aucun fait qui en ait démontré la supériorité. »

Tels étaient en substance, M. le Préfet, les documens que vous aviez fait remettre à la Commission; tel était l'état de la question.

Dans la même séance où ce résumé fut présenté, M. le président annonça qu'un rapport sur la syphilisation devait être lu à l'Académie de médecine le mardi suivant, et il invita les membres de la Commission qui ne faisaient point partie de cette compagnie, à assister à cette lecture et à la discussion qui s'en suivrait. C'était un devoir auquel ils n'eurent garde de manquer, et un avantage dont ils s'empressèrent de profiter. Des places leur avaient été réservées par les soins de M. le président de la Commission, qui, à cette époque, présidait l'Académie.

Le 7 août 1852, dans notre cinquième séance, M. le docteur Auzias, convoqué par M. le président, parut devant la Commission, et fut invité à exposer ses doctrines.

Dès ce jour, Monsieur le Préfet, la Commission reconnut, avec une pénible surprise, qu'elle obtiendrait très difficilement de M. Auzias les seules preuves admissibles en si grave matière, c'est-à-dire des faits.

Il importe de mettre sous vos yeux le passage du procès-verbal qui comprend les questions adressées à M. Auzias et ses réponses.

Voici ce passage :

« M. le Président annonce que M. Auzias va être introduit. On peut, dit-il, procéder de deux manières à son égard : lui laisser développer ses idées, ou l'interroger.

» M. Marchal pense que l'on doit laisser à M. Auzias toute latitude.

» C'est aussi l'opinion de M. le Président, et la Commission y adhère.

» M. Auzias est introduit.

» M. le Président à M. Auzias : Vous savez comme nous quel est le but de la Commission; quelle est la question à laquelle elle doit répondre. Pour donner l'avis que l'autorité lui demande, il faut qu'elle s'éclaire, et c'est pour s'éclairer qu'elle vous convie. Veuillez dire comment vous entendez qu'elle procède. Désirez-vous faire un exposé doctrinal, ou préférez-vous répondre à des interrogations?

» M. Auzias : Je préfère être interrogé. La Commission y gagnera du temps, et moi-même j'y gagnerai d'être plus précis.

» M. le Président : Il y a, dans la syphilisation, deux faits distincts : la syphilisation préventive et la syphilisation curative. Voulez-vous que nous suivions nous-mêmes cette distinction, et que nous nous occupions d'abord de la syphilisation préventive? La syphilisation curative viendrait ensuite.

» M. Auzias répond affirmativement.

» M. le Président : Dites-nous donc, s'il vous plaît, comment vous entendez la syphilisation préventive?

» M. Auzias : De deux manières : 1° la syphilisation préventive est appliquée à un individu sain; 2° elle est appliquée à un individu malade. Dans le premier cas, elle est fondée en fait : je veux dire qu'il est incontestable qu'on peut conduire un individu sain jusqu'à l'immunité, en lui communiquant une série de chancres, sans lui faire courir aucun danger, sans altérer sa constitution. Mais les cas dans lesquels on doit la pratiquer sont rares et exceptionnels. En effet, on n'est jamais bien sûr que les syphilisés n'échapperont pas à l'action du syphilisateur. Si un voyage, un caprice, une appréhension spontanée ou communiquée, ou toute autre cause, venaient à interrompre la syphilisation, il pourrait en résulter des inconvénients graves. D'ailleurs, on est toujours à temps de pratiquer la syphilisation préventive à dater du premier accident syphilitique qui se présente : c'est le deuxième cas.

» M. le Président : Ainsi, vous excluez, en général, la syphilisation préventive, et vous ne demandez pas à l'appliquer?

» M. Auzias : Je répète que je ne voudrais l'appliquer que dans des cas exceptionnels.

» M. Ricord : Si M. Auzias trouvait une personne dont il fût parfaitement sûr pour toute la durée de la syphilisation, et qui voulût se soumettre à la syphilisation préventive, entreprendrait-il de la syphiliser?

» M. Auzias : C'est selon le cas : il y a telle personne, dans ces conditions, que je syphiliserais, et telle autre que je ne syphiliserais pas.

» M. Ricord : Il y a donc des dangers sérieux à la syphilisation préventive?

» M. Auzias : Nullement, quand elle est bien faite.

» M. Ricord : Pourquoi, avec cette certitude, M. Auzias ne s'est-il pas syphilisé?

» M. Marchal : Cela importe peu. Si la syphilisation repose sur des faits positifs, on ne peut rien conclure contre elle, de ce que M. Auzias ne s'est pas syphilisé.

» M. Ricord : La question a beaucoup d'importance à mes yeux, et j'y insiste.

» M. Auzias : Je ne suis pas fixé sur les cas dans lesquels j'appliquerais la syphilisation préventive, et je répète que la détermination de ces cas est chose très difficile, très délicate.

» M. Ricord : S'il s'agissait d'une fille publique qui consentît à être syphilisée, et dont il serait parfaitement sûr d'être le maître pendant toute la durée de la syphilisation, M. Auzias la syphiliserait-il?

» M. Auzias : Une fille publique pourrait consentir à être syphilisée, et revenir sur sa résolution, particulièrement si elle subissait certaines influences morales. S'il était possible qu'elle fût en même temps libre de sa volonté et soumise à la mienne, je pourrais, dans l'intérêt de la santé publique, consentir à la syphiliser.

» M. Ricord : Je reviens à la question, selon moi capitale, que je posais tout à l'heure : M. Auzias est convaincu ou il doute; s'il est convaincu, pourquoi n'a-t-il pas donné sur lui-même, comme j'ai fait en cas pareil, la preuve de sa doctrine?

» M. Auzias : Je ne suis pas un sujet. Ma vie est irréprochable; mais elle n'est pas à l'abri des calomnies et des insinuations malveillantes. On a essayé d'entrer dans ma vie privée, de scruter ma moralité, et cela au détriment de mes relations sociales, qu'on aurait pu briser. Que serait-ce si j'avais moi-même renversé la cloison qui sépare en moi l'homme public de l'homme privé? On aurait pu me demander compte de toute ma vie, travestir, déchirer ma conduite, sous prétexte que, puisque je devenais un sujet d'observation, il fallait bien que je fusse examiné et discuté.

» M. Denis : Cependant M. Auzias a pratiqué la syphilisation préventive.

» M. Auzias : Cela est vrai, mais beaucoup moins qu'on ne le suppose. Il est des sujets guéris par la syphilisation qui ont voulu se donner le mérite d'un grand dévoûment à la science. Même à leur égard j'ai gardé le secret imposé au médecin, et je me suis abstenu de les signaler. Je n'ai fait que quatre fois la syphilisation préventive : trois fois sur des médecins, une fois sur un homme du monde.

» M. le Président : Pourriez-vous présenter les personnes dont vous venez de parler, je veux dire des personnes rendues réfractaires par la syphilisation?

» L'une de ces personnes est au Brésil. Deux seulement sont à Paris; j'ignore si elles se présenteraient devant la commission, et j'en doute. Il n'y a rien à gagner à figurer comme sujet d'expérimentation dans un débat du genre de celui-ci. La réputation peut en souffrir cruellement. Je vais plus loin, si ces sujets voulaient se présenter, je leur montrerais d'abord le danger auquel ils s'exposeraient.

» M. le Président : Vous auriez le plus grand tort; ils pourraient

(1) M. Sperino explique, dans une lettre à la Commission, comment, n'ayant pas su que le rapport était destiné à l'autorité française, il s'était borné à un résumé très succinct.

(1) Il n'est pas à la connaissance de la Commission que ce reproche ait été adressé à M. Auzias.

(2) Ce témoignage de M. Gosselin contredit une allégation de M. Auzias. (V. plus haut.)

compter sur la discrétion des membres de la Commission. La Commission ne peut pas se contenter d'assertions. Il lui faut des faits pour asseoir son jugement. Sur quoi voulez-vous qu'elle juge si vous-même vous prenez à tâche de dissimuler les preuves, au lieu de vous efforcer avec ardeur de les produire, comme votre intérêt et l'intérêt de ce qui vous paraît être la vérité vous le commandent impérieusement?

» M. Ricord : Quelles objections M. Auzias ferait-il à un individu qui offrirait de se faire syphiliser, qui le désirerait?

» M. Auzias : Aucune objection quant à la méthode, dont je suis sûr; de très graves objections quant aux préjugés et aux répugnances que cet individu pourrait rencontrer plus tard dans le monde, et par suite desquelles sa position, son avenir, pourraient être compromis.

» M. Ricord : Je déclare que je ne suis pas satisfait de la réponse de M. Auzias à cette question précise qui je lui ai posée : Pourquoi, convaincu comme vous l'êtes de l'innocuité et de l'efficacité de la syphilisation préventive, ne vous êtes-vous pas syphilisé vous-même? Et, quant aux explications qu'il a fournies en dernier lieu, j'en tire cette conséquence qu'à ses propres yeux la syphilisation préventive peut être moralement nuisible : je désire que mon observation soit textuellement consignée au procès-verbal.

» M. le Président : Si je ne me trompe, on peut conclure de ce que vient de dire M. Auzias, qu'il appliquerait la syphilisation préventive aux filles publiques, de leur consentement, s'il était bien sûr de les voir jusqu'au bout soumises à sa volonté, et que, quant à présent, il ne serait pas disposé à l'appliquer sur d'autres personnes.

» M. Auzias : Telle est, en effet, mon opinion.

» M. le Président : Combien de temps la syphilisation préventive exige-t-elle?

» M. Auzias : On peut la faire complète dans l'espace de deux mois, en précipitant les inoculations et en les multipliant. Mais je préfère y mettre un temps plus long, quatre à cinq mois, parce qu'alors elle est plus sûre, et, si je puis m'exprimer ainsi, plus définitive. Dans la syphilisation préventive à marche forcée il s'établit une sorte d'oscillation, de façon qu'au bout de quelques semaines on peut encore donner de petits chancres à tel individu que l'on croyait entièrement réfractaire.

» M. le Président : Nous pouvons je crois, passer à la syphilisation curative. Comment entendez-vous cette seconde espèce de syphilisation?

» M. Auzias : On peut l'envisager dans deux cas différens : 1° celui dans lequel la syphilis, à son début, ne se révèle encore que par l'induration chancreuse ; 2° celui où elle existe depuis un certain temps et se manifeste par des accidens généraux. Il commence par le premier cas. Un malade de M. Ricord avait un chancre induré et un engorgement des bourses qui nécessita une application de sangsues. Les piqûres de sangsues s'inoculèrent, l'induration chancreuse se dissipa, et le malade n'eut pas d'accidens constitutionels.

» M. Ricord : Je proteste de toutes mes forces contre cette assertion, que je déclare absolument erronée.

» M. Auzias : Je suis sûr de mes souvenirs.

» M. Ricord : Le fait a été mal observé.

» M. Auzias : Je réponds de ce que j'ai vu. Voici un autre cas : M. Puche, chirurgien de l'hôpital du midi, avait écrit sur la pancarte d'un de ses malades : *chancre induré.* Je priai M. Puche de vouloir bien faire à ce malade quelques inoculations avec le pus du chancre existant. M. Puche se rendit à mon désir, et quelques jours après, je lui fis remarquer que le chancre n'était plus induré. C'est vrai, dit-il, je m'étais trompé, et il effaça le mot *induré.* Sa lancette l'avait effacé avant sa plume. Depuis cette époque, je ne traite pas autrement que par quelques inoculations de leur pus, les individus qui portent des chancres indurés, et ils guérissent parfaitement.

» M. Marchal : M. Auzias a-t-il guéri des chancres indurés, j'entends dire fait disparaître l'induration en inoculant au malade un pus étranger?

» M. Auzias : Quand le pus du chancre induré n'est plus inoculable au malade, je prends du pus inoculable sur un autre malade, je le choisis très énergique, et les choses se passent comme précédemment.

» M. le Président : Voilà pour le premier cas, celui dans lequel la syphilis au début se marque par l'induration. Avez-vous des cas d'accidens shphilitiques généraux guéris par la syphilisation?

(Suit l'exposé succint d'un fait de M. Auzias, qui trouvera sa place plus loin.)

» M. Ricord : M. Auzias veut-il nous dire à quelle époque, suivant lui, commence l'induration chancreuse?

» M. Auzias : L'induration est tardive pour un chancre unique ou pour un premier chancre, et ne se montre guère, dans ces deux cas, avant le sixième jour. Mais quand un premier chancre existe depuis plusieurs jours, un second chancre peut s'indurer dès le troisième jour. On peut du reste obtenir facilement des chancres indurés avec du pus de chancres qui ne le sont pas. Lorsque l'induration se montre pendant la syphilisation, je me hâte de faire d'autres inoculations, pour ne pas laisser naître des accidens généraux. Quand à l'inoculation, elle est de plusieurs jours pour un premier chancre, et très courte au contraire à la suite des inoculations pratiquées sur des individus déjà affectés de chancres. J'ai été à même de vérifier cette remarque sur un malade que je suis autorisé à nommer devant la commission, M. de***, qui était malade depuis quinze ans et que je guéris en ce moment par la syphilisation. Je l'ai inoculé avec du pus *vierge,* qui m'a été fourni par une jeune personne de la rue des Martyrs. J'appelle ainsi le pus d'un chancre de première invasion : c'est le plus énergique.

» M. le Président : Pouvez-vous nous montrer des individus guéris d'accidens syphiliques généraux par la syphilisation?

» M. Auzias : C'est très difficile. Ces sortes de malades tiennent au secret ; tous les médecins le savent.

» M. Ricord : Je n'ai jamais éprouvé la moindre difficulté, de la part d'un de mes malades, quand j'ai dû le montrer.

» M. Denis : D'un autre côté, il n'y a guère à penser que des individus qui osent se soumettre à une pareille méthode seraient si timorés quand il s'agirait de se présenter devant une Commission, qui offre d'ailleurs toutes les garanties désirables de réserve et de discrétion.

» M. Conneau : Mais M. de ***, qui a permis qu'on le nommât, ne pourrait-il pas se présenter? Ce serait d'autant plus utile et plus avantageux, qu'il est en traitement et qu'on pourrait suivre sur lui les phases de la syphilisation.

» M. Auzias : Je crois pouvoir m'engager à présenter M. de ***, mais je vois de grands inconvéniens à en montrer d'autres. Un signe, un geste, un sourire ironique, une question adressée d'une certaine manière, pourrait donner à penser à mes malades que je ne leur applique pas une méthode éprouvée, et ébranler leur confiance. Ensuite, involontairement, une indiscrétion pourrait être commise. M. Ricord n'a-t-il point parlé, à l'Académie, d'un fait relatif à un étudiant en droit, par suite d'une indiscrétion de M. Piédagnel. Il y a eu d'ailleurs, je dois le dire ici, dans les révélations de M. Piédagnel, autre chose qu'une indiscrétion. Tout est faux dans le fait tel qu'il l'a cité. Quant à moi, je dois le secret médical même à une tombe, et je ne le trahirai pas. Mais deux étudians en médecine qui n'ont pas quitté le sujet pendant toute la durée de sa maladie, pourront parler, et ils parleront.

» M. Ricord : J'ai rapporté ce qui m'avait été dit par un confrère honorable, M. Piédagnel, devant un confrère également honorable, M. Giraldès, et je suis convaincu qu'il a dit la vérité sans avoir commis d'indiscrétion.

» M. Denis : L'indiscrétion consisterait à révéler le nom, à compromettre la famille ; il n'y a pas d'indiscrétion aux yeux de tout homme de bon sens et de bonne foi, à signaler les détails d'un fait pathologique malheureux ; et si ce fait pathologique n'avait pas le caractère de la nécessité, s'il a dépendu de la volonté d'un homme qu'il fût ou ne fut pas, celui qui le signale fait acte d'honnêteté.

» M. le Président : L'honorabilité de M. Piedagnel est inattaquable, et la Commission repousserait avec énergie tout ce qui pourrait tendre à y porter atteinte.

(Suivent quelques détails donnés par M. Auzias, relativement à l'étudiant en droit dont il vient d'être parlé, mort pendant la syphilisation ; ces détails seront consignés plus loin.)

» M. Denis : Pourrait-on avoir l'adresse des deux étudians qui ont soigné ce jeune homme?

» M. Auzias : Je m'engage à donner leur adresse, et je tiens à ce qu'ils soient entendus.

» M. le Président : Vous serez satisfait. Un mot maintenant touchant les expériences sur les animaux. Vous ne douiez pas de la transmissibilité de la syphilis de l'homme aux animaux, et j'entends dire toute la syphilis, locale et générale?

» M. Auzias : Assurément, non. C'est un fait.

» M. le Président : Voudriez-vous en donner la preuve à la commission par voie d'expérience?

» M. Auzias : Non seulement j'y consens, mais je le désire.

» M. le Président : Sur quel animal voulez-vous expérimenter?

» M. Auzias : Sur un singe macaque.

» M. le Président : Il en sera référé à M. le Préfet de police.

» M. Marchal : L'inoculation réussit-elle toujours chez les singes?

» M. Auzias : Pas toujours.

» M. Marchal : Alors on pourrait croire que l'animal est syphilisé quand il est seulement non inoculable, ce qui est très différent. Il y a là une cause d'incertitude.

» M. Auzias : Nullement, car lorsqu'on ne réussit pas avec un pus chez un animal qui n'est pas syphilisé, on réussit inévitablement en multipliant les inoculations avec des pus plus énergiques et variés. »

Vous venez de le voir, Monsieur le Préfet, et c'est avec le plus grand regret que la commission y insite : M. Auzias, l'auteur d'une méthode qui, il faut bien le reconnaître, excite tout d'abord l'effroi ou même l'horreur dans la plupart des esprits, M. Auzias fait des restrictions, élève lui-même des difficultés, se retranche derrière le secret médical, lorsqu'il s'agit de produire, dans le sein d'une commission, les preuves expérimentales de l'efficacité, et surtout de l'innocuité de sa méthode.

Cependant, le rapport sur la syphilisation avait été lu à l'Académie de médecine, et la discussion à laquelle il avait donné lieu se poursuivait au milieu de l'attention publique, vivement excitée.

Cette discussion se termina le 21 août 1852, par la réprobation la plus formelle de la pratique proposée par M. Auzias, en faveur de laquelle deux voix seulement s'élevèrent dans le sein de l'Académie.

Les deux membres dissidens ne s'étant pas levés à la contre-épreuve, la condamnation fut unanime.

En présence de cette imposante manifestation, il semblait, Monsieur le préfet, que la Commission dût cesser immédiatement ses travaux, et vous adresser, pour toute réponse, l'arrêt de l'Académie. Deux commissaires avaient pris part au vote, en qualité, l'un de président, le second de membre de cette compagnie ; deux autres l'acceptaient sans réserve ; un seul, malgré son respect pour l'Académie, le récusait, attendu que, suivant lui, les véritables élémens de la question, les faits avaient manqué à la discussion, qui, par conséquent, avait été purement théorique ; et aussi parce qu'il possède personnellement des faits auxquels il persiste à attribuer une véritable signification en faveur de la syphilisation. Mais la commission n'avait pas à tenir compte d'une opinion individuelle, et, en somme, non seulement elle acceptait le vote réprobateur formulé contre la syphilisation par le premier corps médical de l'Europe, mais encore elle y applaudissait de toutes ses forces.

Néanmoins, et en ceci la commission fut unanime, considérant que M. Auzias n'avait pu être entendu dans le débat académique ; espérant que, sous le coup de la condamnation dont ses idées et sa pratique venaient d'être frappées, il ferait des efforts, faciles suivant elle, pour y répondre par les seuls argumens valables, par des faits, elle se décida à continuer ses travaux.

Seulement sa tâche était devenue beaucoup plus restreinte, et tout à fait spéciale. Elle se limitait forcément, désormais, aux termes dans lesquels vous l'aviez vous-même circonscrite. Il ne s'agissait plus d'examiner la question scientifique, qui venait d'être tranchée souverainement. Il s'agissait uniquement de savoir si M. Auzias était en possession de faits qui fussent de nature à appuyer la demande qu'il avait formée auprès de vous, et à justifier votre confiance.

Cette restriction vous expliquera, Monsieur le Préfet, comment divers documens se rapportant à la question scientifique, et que la commission s'était procurés, le plus souvent par votre entremise, n'ont pu trouver place dans ce rapport. (1)

Malheureusement M. Auzias n'a point profité de l'occasion qui lui était offerte de relever et de faire triompher ses principes.

La commission a voulu que l'extrait de nos procès-verbaux vous montrât dans quel esprit il a accueilli l'invitation, réitérée jusqu'à la lassitude, de présenter des faits.

« M. le Président à M. Auzias : Montrez-nous des faits. En médecine, on ne peut juger que sur preuve expérimentale. Cela est nécessaire toujours, et plus que jamais quand il s'agit d'une méthode telle que la syphilisation.

» M. Auzias : Il est très difficile de montrer des syphilitiques. Souvent mes malades m'échappent à moi-même. L'idée de paraître devant une commission les effraie. Les riches refusent de se présenter, et les pauvres se dissimulent. Maintes fois des individus que j'avais syphilisés m'ont donné de fausses adresses, et je n'ai pu les retrouver, quelque peine que j'aie prise. Au reste, je ne puis forcer personne, et je suis tenu au secret médical envers les malades que je traite.

» M. Denis : Il faut croire que les malades de M. Auzias sont d'une espèce particulière. Je pense, quant à moi, que ce sont les syphilisés, et non les syphilitiques qu'on a tant de peine à présenter, et cela pour de bons motifs. Quant au secret médical, il serait observé par la Commission aussi bien que par M. Auzias lui-même, et c'est tout au plus si cette raison est convenable envers la Commission. Ensuite, voilà certainement la première fois qu'un inventeur, passionné pour son œuvre, se fait une loi absolue de mettre sous le boisseau les faits qui pourraient donner l'éclatante démonstration de sa découverte.

» M. Auzias : Jusqu'à présent la Commission n'a pas dit au juste ce qu'elle voulait voir.

» M. le Président : La Commission vous a demandé sans cesse et vous demande encore de lui montrer tous les faits qui sont à votre disposition et qui vous paraissent témoigner en faveur de la syphilisation ; quels qu'ils soient, elle les examinera avec attention, comme c'est son devoir et son désir. Il est impossible de vous faire une meilleure position et de vous donner plus de latitude. Il est impossible aussi, ce me semble, d'être plus catégorique.

» M. Auzias : Pourtant, je suis obligé d'avouer que je ne vois là rien de précis.

» M. le Président : Avez-vous des individus guéris de la syphilis par la syphilisation? Montrez-les. La Commission les interrogera avec autant de réserve que de soin. Avez-vous surtout des individus en traitement de la syphilis par la syphilisation? Montrez-les, et ne craignez pas qu'un mot, un geste, un signe d'un membre quelconque de la Commission, puisse ébranler la confiance de ces individus en votre méthode. Je ne devrais pas avoir besoin de vous donner cette assurance.

» M. Auzias : Faute par la Commission de préciser les cas qu'elle veut voir, je ne puis rien lui montrer.

» M. le Président : La Commission doit être édifiée sur ce point. C'en est assez. »

Quelques jours après cette conférence, M. le Président recevait de M. Auzias la pièce suivante, rédigée de manière à laisser paraître un vif désir d'obtempérer enfin aux vœux de la Commission :

« Si M. Auzias montre à la Commission des personnes guéries de la vérole par la syphilisation, on peut lui répondre que ces personnes n'avaient pas la vérole.

» Il croit ne pouvoir éclairer l'opinion de MM. les commissaires qu'en leur montrant les malades avant, pendant et après le traitement.

» Les malades riches ne se prêtent pas à cette exhibition. Les malades pauvres s'y prêtent, mais à condition qu'on fasse les frais de leur entretien pendant le traitement.

» La Commission consentira-t-elle sans scrupule à être témoin d'un pareil traitement sur le pauvre? OUI.

» Consentira-t-elle à suivre ce traitement dans un hôpital, si un chef de service le veut bien? OUI.

» Or, un médecin d'hôpital consent à me prêter quelques lits pour mes malades pauvres ; il le désire même, mais il veut que l'administration des hôpitaux n'y mette pas obstacle ou ferme les yeux.

» Il s'agit donc de la plus simple demande à faire par la Commission à l'administration des hôpitaux.

» Il n'y a pas à objecter la volonté du chef de service, qui m'est favorable.

» Il y a bien moins à objecter la complicité morale que la commission ne voudrait pas assumer, puisqu'elle l'assumerait bien plus encore en suivant des malades dans le secret de la clientèle de la ville.

» Je ne prétends pas (notez-le bien) qu'on me confie quelques lits pour imposer aux malades un traitement qui n'a pas la sanction des médecins. Je prie seulement la commission de demander (puisqu'elle consentirait à suivre les malades en ville), que des malades présentés par moi, désirant être traités par ma méthode, et ayant déjà subi un commencement de traitement, puissent recevoir asile dans une maison hospitalière. Si ces malades étaient riches, ils paieraient la pension d'une maison de santé. Mais ils sont malheureux et veulent être syphilisés ; il y a plus, leur traitement par la syphilisation est commencé : la maison de santé du pauvre, l'hôpital, leur sera-t-il fermé?

» La Commission désire-t-elle s'éclairer et voir? Elle n'a qu'à consentir à appuyer ma demande, qui est des plus simples. Elle fera en même temps oublier à quelques malheureux le poids de leur misère en les aidant dans le libre choix d'un médecin.

» En cas de refus de la part de la Commission, M. Auzias, voulant donner tous les gages de son désir d'éclairer MM. les commissaires, se rabat sur une demande encore plus simple que la première. Il prie tout uniment la Commission de lui donner une déclaration constatant qu'*elle désire voir des personnes traitées en chambre par la syphilisation.* M. Auzias ne doute pas que l'administration ne consente à lui fournir les moyens de satisfaire au désir de la Commission. M. Auzias se chargera de faire la demande sans que la Commission ait à s'en mêler.

» M. Auzias termine en faisant observer à la Commission que, dans

(1) Ils sont consignés dans l'*appendice.*

sa demande écrite à M. le Préfet de police, il n'a pas offert de montrer des malades; que, par conséquent, si la Commission veut en voir, c'est à elle d'aider M. Auzias pour qu'il puisse en montrer.

» 29 décembre 1852. »

La Commission, Monsieur le Préfet, rejeta les propositions de M. Auzias. C'est pour savoir si des expériences sur la syphilisation pouvaient être autorisées que vous l'aviez instituée; elle ne pouvait donc, sans préjuger la question et sans commettre une grave inconséquence, demander elle-même qu'au préalable des expériences fussent faites. Elle pensa que c'était à M. Auzias à fournir ses preuves, ce qui devait être facile à ce médecin, puisque, onze mois auparavant, le 9 février 1852, il avait l'honneur de vous écrire que sa méthode était *éprouvée*.

Quant à cette considération par laquelle se termine la note de M. Auzias, que, dans la demande qu'il vous avait adressée, *il n'avait pas offert de montrer des malades*, voici la réponse de la Commission : sur quelles raisons assez solides M. Auzias prétendait-il que vous pussiez vous fonder, M. le Préfet, pour lui accorder une autorisation comme celle qu'il sollicitait, si ce n'est sur des faits, rigoureusement contrôlés par des hommes compétens ?

Toutefois, au milieu de ces dissentimens, M. Auzias avait présenté à la Commission M. de *** comme il s'y était engagé; plus tard, il présenta aussi un individu qu'il supposait avoir été syphilisé par M. Ricord; en troisième lieu, il proposa à la Commission de suivre un cas de syphilisation à la prison Saint-Lazare; quatrièmement, il lui fit part d'un cas de syphilisation pratiquée sur un médecin de la province.

En outre, la Commission, de son côté, ouvrit une enquête sur le cas de l'étudiant en droit J..., mort pendant que M. Auzias le syphilisait, et sur celui de la fille X..., maîtresse de cet étudiant, syphilisée également par M. Auzias. Elle se procura aussi des renseignemens sur un tambour de la garde nationale, que M. Auzias a pareillement soumis à la pratique de la syphilisation.

C'est ce petit nombre de faits qui forment la matière de la seconde partie de ce rapport.

SUR LA QUESTION DE LA SURDI-MUTITÉ.

L'utilité d'une réforme dans l'enseignement des sourds-muets ne peut être appréciée et admise que tout autant que seront résolues une foule de questions préliminaires et connexes, dont l'importance frappe d'autant plus qu'on pénètre davantage dans cet intéressant sujet. Il y a trente-deux ans qu'Itard écrivait ces tristes paroles : « Placé ou, pour mieux dire, ignoré « entre les confins de la philosophie et de la médecine, le » sourd-muet n'a jamais été bien étudié ni par l'une, ni par » l'autre. » Il serait injuste de reproduire aujourd'hui cette pensée; cependant, en voyant un de nos médecins auristes les plus distingués, M. le docteur Hubert-Valleroux, la placer comme épigraphe sur la première page d'un de ses plus remarquables opuscules, on ne peut se défendre d'une certaine appréhension qu'il n'y ait encore un grand nombre d'obscurités dans l'étude pathologique et philosophique de la surdi-mutité. Signalons-en quelques-unes.

Disons, d'abord, qu'il y a très peu de temps qu'on a une idée assez exacte du nombre des sourds-muets en France. Lorsque la Convention nationale voulut que la patrie adoptât ces pauvres deshérités, elle ne comptait que sur un chiffre de 4,000 au plus. Le dernier recensement de la population française donne un chiffre de 30,000 sourds-muets environ. On évalue à 300,000 le nombre de ces malheureux en Europe. On voit qu'à ce point de vue déjà la question a une très grande importance; car, pour tous ceux qui connaissent les difficultés du dénombrement en pareille matière, la répugnance des familles et l'intérêt qu'elles peuvent avoir à dissimuler l'existence de cette infirmité, ces chiffres, quoique déjà bien élevés, ne doivent pas représenter la réalité des choses.

L'étude pathologique de la surdi-mutité a-t-elle conduit, jusqu'à présent, à des résultats tellement certains, qu'il soit possible de formuler un traitement de cette infirmité, soit médical, soit pédagogique, qui puisse être accepté par un esprit sévère?

L'étiologie de la surdi-mutité est encore plongée dans d'épaisses ténèbres. Quant à la répartition des sourds-muets sur la surface de l'Europe, on sait à peu près qu'ils sont plus nombreux dans telle contrée que dans telle autre; mais la cause pathogénique de cette plus grande fréquence ici qu'ailleurs, on ne la connaît pas, et il en est d'elle comme de la cause du crétinisme, dont vingt opinions se disputent la connaissance exclusive. Comme pour cette dernière infirmité on invoque l'influence de l'altitude, quoique la surdi-mutité se rencontre également dans les plaines; l'état plus ou moins hygrométrique de l'air, quoique l'infirmité s'observe dans les conditions de ce genre les plus opposées; la misère et la dégradation sociale, quoique la surdi-mutité afflige aussi bien les familles les plus opulentes et les plus aristocratiques, à preuve ce qui s'observe en Espagne; la scrofule, à ce point qu'on a dit que la surdi-mutité était la scrofule élevée à sa plus haute puissance; les orages de la dentition, les maladies éruptives de l'enfance; les émotions morales de la mère dans l'état de gestation, etc., etc.

De toutes ces causes, il en est une, la seule qui soit bien constatée et sur l'efficacité de laquelle les preuves surabondent, c'est l'hérédité; l'hérédité, qui n'est encore, pour le pathologiste, qu'un fait brut, et dont personne ne tente plus aujourd'hui de donner l'explication.

Quelle est la proportion des surdi-mutités congéniales et acquises? On n'en sait vraiment rien. Interrogez les instituteurs, tous leurs sourds-muets le sont de naissance. Adressez-vous aux médecins spéciaux, ils démontrent, par de bonnes raisons, que la surdité congéniale est la plus rare. Allez au fond des choses, cherchez à vérifier la valeur des preuves invoquées de part et d'autre, vous serez surpris de la légèreté de ces preuves, et, tout en penchant du côté des médecins, vous regretterez l'absence de tout élément décisif.

L'appréciation du degré de la cophose est un fait tout récent; tentée par Itard, poursuivie par M. Deleau, perfectionnée par M. Bonnafont, poussée plus avant, dit-on, par M. Blanchet, elle est encore un problème peu clair pour ceux qui ne s'en tiennent pas aux apparences, et les moyens employés pour la déterminer prêtent le flanc à des objections assez sérieuses.

Quant à l'origine et à la nature de la surdi-mutité, c'est un dédale d'opinions inextricable. Leur énumération seule nous ferait dépasser les limites raisonnables que nous devons assigner à cet article. Ce que nous avons retiré de plus clair de nos lectures sur ce point, c'est que la surdité reconnaît pour causes une variété considérable d'altérations pathologiques des organes du sens de l'ouïe, de leurs nerfs, de toutes les parties qui les abritent, les protègent ou les renferment, sans qu'il soit possible encore de se faire une idée de la prédominance de l'altération essentielle de cette infirmité.

Que dirons-nous des assertions contradictoires sur la curabilité des sourds-muets? *Tot capita, tot sensus*. C'est une confusion complète, et si la pratique n'est pas plus avancée que la théorie écrite, on peut hardiment mettre au défi tel instituteur ou tel médecin auriste que ce soit de pronostiquer, en présence du premier sourd-muet venu, la probabilité d'une cure plus ou moins complète.

Quant aux moyens de traitement employés, à l'heure qu'il est, et pour ne parler que des moyens médicaux, ils sont aussi nombreux qu'il y a de médecins ou de personnes s'occupant exclusivement de cette branche de la pathologie. Celui-ci fait de la chirurgie pure; celui-là de la médecine exclusivement; l'un s'adresse à l'électricité, l'autre on ne sait à quoi; car il est des secrets et des mystères dont on se réserve la propriété.

Tel est sommairement l'état de la science médicale sur la pathologie de la surdi-mutité. Nous ne dirons qu'un mot sur l'état de la question pédagogique. Trois écoles sont en présence : dans la première, on confie exclusivement à la parole l'éducation des sourds-muets; dans la seconde, on a surtout recours au langage des signes; dans la troisième, on combine ces deux élémens, et l'on a recours à la fois à la parole et à la mimique.

Quelle est de ces trois méthodes la meilleure et celle que l'Académie de médecine, par exemple, doive conseiller, car c'est en définitive ce qu'on lui demande?

Eh bien! nous ne craignons pas de dire qu'il est impossible, avec les documens que la science possède actuellement, de se déterminer avec une connaissance suffisante du sujet. A notre sens, l'Académie n'a qu'une chose à faire : c'est d'ouvrir une enquête, c'est de mettre ce sujet à l'étude, c'est d'inviter la commission, dont l'honorable M. Piorry est l'organe, de surseoir à des conclusions définitives, d'en proposer de provisoires, et qui n'engagent d'aucune façon l'avenir, tout en remerciant et en félicitant M. Blanchet de son zèle pour l'amélioration du sort des malheureux sourds-muets.

Toute autre conduite, un vote explicite et formel de l'Académie, aurait pour résultats possibles de pousser l'autorité vers des modifications, vers une désorganisation peut-être, dont la nécessité ne paraît pas si évidente, qu'un corps savant aussi autorisé que l'Académie de médecine doive la prendre sous son patronage. Un vote nul ou négatif pourrait avoir pour conséquence de trop rassurer la pédagogie officielle, de la faire persister dans un système et des méthodes d'enseignement qui provoquent de justes critiques, et qui sont, par conséquent, susceptibles de modifications que l'expérience, l'observation et l'étude peuvent seules faire adopter.

En résumé, voici notre solution de la question actuellement agitée devant l'Académie de médecine :

Rendre hommage au zèle et aux efforts de M. Blanchet; l'encourager et l'inviter à poursuivre ses intéressantes recherches; déclarer que ces recherches font concevoir l'espérance de modifications heureuses à apporter dans l'éducation des sourds-muets; mais que les résultats obtenus par cet expérimentateur ne paraissent pas encore suffisamment nombreux et saisissans, pour que de nouvelles observations ne soient pas nécessaires.

Constituer une nouvelle commission chargée d'étudier tous les élémens des questions pathologiques et pédagogiques de la surdi-mutité.

L'Académie de médecine ne doit pas laisser échapper cette belle, grave et importante question.

Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE.

BEURRE POUR REMPLACER L'HUILE DE FOIE DE MORUE; Par M. TROUSSEAU.

L'huile de foie de morue est un aliment qui restaure, qui reconstitue; en un mot, un médicament analeptique, à l'aide duquel on lutte contre l'action désorganisatrice des tubercules. Le seul inconvénient qu'ait cette huile, c'est quelquefois d'être mal digérée. Dans ce cas, M. Trousseau la remplace avec avantage, principalement dans sa pratique civile, par la composition suivante, dont il engage les praticiens à vulgariser l'usage :

Beurre frais.	125 gram.
Iodure de potassium.	5 centigr.
Bromure de potassium.	20 —
Chlorure de sodium.	2 gram.

Ce beurre est consommé dans la journée sur de très minces tartines de pain. (*Répertoire de pharmacie.*)

EMPLOI DU NITRATE DE PLOMB DANS LES MALADIES DE LA PEAU.

Le nitrate est de tous les sels de plomb le moins employé en médecine, quoi qu'il ait été vanté par un assez grand nombre d'auteurs; et cependant ce sel peut rendre des services dans certaines maladies chroniques de la peau.

Chez une femme de cinquante ans affectée depuis cinq ans d'une éruption, espèce de rupia ou d'impétigo, qui avait commencé par le vertex et qui s'était étendue peu à peu sur le front, le nez et les joues jusqu'au niveau de la bouche, de nombreux traitemens avaient été essayés sans succès. M. Ward, voyant que la peau autour des ulcérations et des cicatrices paraissait comme hypertrophiée et que les papilles faisaient saillie en beaucoup de points, comme dans l'éléphantiasis, pensa que ce qu'il y avait de mieux à faire était d'employer quelque astringent énergique; il prescrivit en conséquence des lotions avec le nitrate de plomb préparé de la manière suivante :

Carbonate de plomb.	1,25 grammes.
Acide nitrique dilué.	q. s. jusqu'à dissolution.
Eau distillée.	500 grammes.

Pour lotions deux ou trois fois par jour. Pas d'autres traitement que la quinine à l'intérieur.

En quelques jours l'éruption avait cessé de faire des progrès; les croûtes commençaient à se détacher, et la peau perdait sa rougeur et son gonflement.

Après quinze jours, la cicatrisation était complète; il ne restait plus que quelques écailles sur la face. Les lotions ont été encore continuées par prudence pendant quelques semaines. (*Scalpel.*)

PRESSE MÉDICALE.

Annales médico-psychologiques. — Janvier 1853.

De l'alcoolisme chronique, par le docteur MAGNUS HUSS.

« L'usage de diverses substances exerce sur la santé physique de l'homme et sur ses dispositions psychiques, une influence qui varie non seulement d'une substance à une autre, mais d'homme à homme. L'action toxique se manifeste par des symptômes dépendant soit de la tolérance du sujet, soit du mode d'administration, et alors, au lieu de rechercher le principe pathogénique dans des formes pathologiques indûment prises pour des entités, il est plus rationnel de l'étudier dans la cause première qui constitue à elle seule l'essentialité de l'affection. »

Telle est, suivant M. le docteur Renaudin, qui a analysé le travail du docteur Magnus, l'idée fondamentale du livre dont il avait à rendre compte.

Le docteur Magnus Huss, en constituant un groupe des phénomènes offerts par les ivrognes, en a fait une entité nouvelle qu'il désigne sous le nom d'*alcoolismus chronicus*, en même temps qu'il donne le nom d'*alcoolismus urutus* aux symptômes prochains et immédiats, qui se produisent dans le système nerveux à la suite de l'ivresse, et qui jusqu'alors ont été désignés sous la dénomination de *delirium tremens*.

COURRIER.

Nous engageons nos confrères à ne pas se laisser impressionner par l'étrangeté et le merveilleux des phénomènes dont il est tant question dans ce moment, des tables mouvantes et roulantes. Qu'ils fassent ce que nous avons fait nous-même, qu'ils expérimentent, et leur conviction ne tardera pas à se former sur la réalité de faits bien propres, il est vrai, à surprendre et même à émouvoir, mais qu'il faut savoir accepter. Hier, dimanche, nous avons fait vingt expériences qui ne nous ont laissé aucun doute sur la vérité du récit qu'a bien voulu nous faire M. le docteur Eissen, de Strasbourg. Nous reparlerons de tout cela samedi prochain.

— La commission d'hygène publique de la ville de Rio-Janeiro fait connaître aux navigateurs qu'un bateau à vapeur vient d'être destiné à faire le service de l'hôpital du Jurujuba, et que deux fois par jour, le matin à six heures et le soir à quatre heures, ce bateau passera près des navires mouillés dans le port. Les capitaines qui auraient des malades à leur bord sont priés de hisser au grand mât le pavillon de leur nation, pour que le bateau à vapeur puisse s'arrêter et attendre les malades.

Comme signe distinctif, ce bateau portera sur l'avant un pavillon rouge avec un S au milieu.

Tous les jours, chez le capitaine du port ou chez M. le consul d'Angleterre, on pourra avoir des nouvelles sur l'état des malades conduits à l'hôpital du Jurujuba. (*Diario de Rio de Janeiro.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Des sourds-muets, introduction à l'étude médicale et philosophique de la surdi-mutité; par M. E HUBERT-VALLEROUX, docteur en médecine, etc. — Paris, 1853. Un vol. in-8. — Prix : 2 fr. 75 c.
Paris, chez Victor Masson, libraire, place de l'École-de-Médecine, 17.

Question d'hygiène et de salubrité des prisons, de la possibilité des travaux agricoles dans les Maisons centrales, en particulier dans celle de Cadillac-sur-Garonne (ancien château du duc d'Epernon); par J.-F. FAUCHER (de Paris), docteur en médecine, médecin en chef du service médical de Cadillac, etc. Un vol. in-8 de 103 pages, Paris, 1853. — Prix : 2 fr. 50 c.

Traité de thérapeutique des maladies articulaires; par M. A. BONNET, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Lyon, membre correspondant de l'Académie de médecine. Un vol. in-8 de 700 pages, accompagné de 97 planches intercalées dans le texte. Paris, 1853. — Prix : 9 fr.

Ces deux publications se trouvent chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 53. SEPTIÈME ANNÉE. **Jeudi 5 Mai 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 4 MAI 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

QUESTION DE LA SURDI-MUTITÉ.

Le rapport de M. Piorry a trouvé hier deux adversaires considérables.

M. le docteur Ménière, médecin depuis quinze ans de l'institution des Sourds-muets de Paris, a fait taire d'honorables scrupules qui l'empêchaient d'intervenir dans le débat; et il a adressé à l'Académie une lettre dont la lecture a produit une véritable sensation. Cette lettre est la négation complète des progrès signalés par M. Piorry, et qu'on demande à l'Académie de sanctionner de son vote. Peut-être cette lettre est-elle trop absolue dans la négation, trop absolue aussi dans son approbation donnée aux méthodes d'enseignement suivies dans l'institution de Paris. Mais au moins M. Ménière a-t-il le mérite d'une grande franchise. C'est le *statu quo* pur et simple qu'il préconise et qu'il réclame. L'institution de Paris fait pour l'éducation des sourds-muets tout ce qu'elle peut, tout ce qu'elle doit; si elle donne la prééminence à l'éducation par la mimique et par la dactylologie, c'est qu'une expérience presque séculaire lui a appris que c'était la méthode qui rendait le plus de véritables et d'essentiels services à ses infortunés pensionnaires. Nous invitons le lecteur à lire cette lettre remarquable, et qui vient peser d'un grand poids dans cette discussion. Il est évident que la position spéciale de M. Ménière donne une grande autorité à ses opinions; cependant, nous éprouvons le regret de ne pouvoir les partager toutes, et l'occasion nous sera sans doute offerte d'en discuter quelques-unes.

Qu'il nous soit permis de faire remarquer ici, que nous sommes entré dans cette question sans parti pris, avec la ferme résolution de chercher la vérité et de l'indiquer là où nous croirions l'avoir trouvée; que nous n'avons sur ce sujet d'autre intérêt à défendre que celui de la science; que nous croyons avoir fait nos preuves pour l'amour du progrès, pour l'encouragement à donner aux inventions utiles et aux inventeurs modestes qui ont besoin d'appui, mais aussi que nous cherchons avant tout à nous assurer si le progrès est réel et sérieux.

C'est au nom du progrès sérieux que M. J. Guérin a vivement attaqué le rapport de M. Piorry. Il lui a reproché des lacunes regrettables, l'absence d'indication et d'appréciation des opinions et des pratiques qui ont cours soit en France, soit à l'étranger, d'avoir amoindri et rétréci la question, et de ne pas l'avoir envisagée sous les rapports de la médecine, de la physiologie, de la psychologie et de l'éducation, comme, a dit M. Guérin, c'était son devoir de le faire sur un sujet aussi important. Le programme que la commission n'a pas rempli, M. Guérin a voulu le remplir, mais l'heure avancée n'a pas permis à l'orateur d'entrer dans le cœur de la question; il a été obligé de remettre la suite de son oraison à la prochaine séance.

On comprend que nous voulions attendre que l'orateur ait exposé toutes ses idées pour nous livrer à leur appréciation.

M. Piorry paraît s'armer de pied en cap pour répondre à ses argumentateurs. Nous prévoyons une lutte qui ne sera pas sans intérêt. Amédée LATOUR.

LETTRE A M. LE PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE, SUR LA QUESTION DE LA SURDI-MUTITÉ.

Monsieur le Président,

Mon titre de médecin de l'institution impériale des Sourds-Muets de Paris me commandait peut-être de ne pas rester étranger au débat qui s'agite en ce moment au sein de l'Académie; cependant, le respect des convenances m'avait retenu, croyant devoir laisser à l'illustre compagnie le soin de répondre aux questions ministérielles en l'absence de toute influence étrangère. Ce sentiment de déférence pour l'initiative du corps que vous présidez, n'a pas été du goût de tout le monde, mais je me serais encore abstenu dans la crainte qu'on attribuât mon intervention à des intérêts personnels.

Plusieurs honorables membres de l'Académie ayant paru s'étonner de mon silence, n'ont pas voulu tenir compte des motifs que je viens d'indiquer; ils m'ont engagé à ne pas rester ainsi à l'écart et à fournir le tribut d'observations que j'ai pu recueillir en vertu de ma position particulière. J'avais besoin, je l'avoue, de cet encouragement, et je prie l'Académie de m'accorder quelques minutes d'une attention bienveillante.

Quinze années passées au milieu de l'institut des Sourds-Muets de Paris, une visite (non officielle, il est vrai) de la plupart des établissemens de ce genre qui existent en France, en Italie, en Espagne, en Suisse, en Angleterre et en Allemagne, l'étude attentive des meilleurs ouvrages écrits sur la surdi-mutité, la fréquentation habituelle des hommes les plus compétens sur cette matière, l'examen d'un grand nombre de sourds-muets, enfans ou adultes, appartenant à toutes les classes de la société, m'autorisent peut-être à avoir une opinion sur ce genre d'infirmité, congéniale ou acquise, sur les conséquences qu'elle entraîne et enfin sur sa curabilité. C'est cette opinion que je demande la faveur d'exposer en peu de mots.

Nous sommes assez portés par le sentiment orgueilleux de nos perfections, à plaindre beaucoup ceux qui n'en possèdent pas autant que nous. La pitié que les sourds-muets nous inspirent, prend sa source dans une comparaison tacite, mais il faut savoir que ceux-ci sont peu disposés à l'accepter. Il en est beaucoup et des plus instruits, des plus habiles, qui rejettent bien loin cette sympathie, dont le motif les blesse. Les sourds-muets se croient nos égaux en tout point; les ressources dont ils disposent pour communiquer entr'eux et avec les parlans leur suffisent à tous égards et ils ne se croient pas trop à plaindre, parce qu'ils n'entendent pas tout ce que nous disons. C'est une illusion que l'on comprend et qu'il serait généreux de ne pas détruire.

Quoi qu'il en soit, comme la surdi-mutité est bien véritablement une infirmité, comme il s'agit d'une imperfection organique plaçant l'individu dans un rapport d'infériorité relative à l'égard des entendans, il est du devoir de la science d'intervenir et de chercher à réparer un mal plus ou moins fâcheux pour celui qui en est atteint. Mais que faire? Peut-on guérir en pareil cas, ou sinon, améliorer l'oreille défaillante au point de rendre la conversation possible?

Si l'on pouvait résoudre ce beau problème, ce serait un grand bienfait; il faudrait élever des statues à l'heureux inventeur d'une méthode capable de remettre dans les conditions normales les infortunés sourds-muets. Personne, assurément, ne songera à désespérer de l'avenir. Ce n'est pas dans un siècle comme le nôtre, où éclosent à chaque instant les merveilles de la science, que l'on pourrait renoncer à l'espoir d'un si grand service rendu à l'humanité; mais il faut bien en convenir, jusqu'ici toutes les tentatives ont échoué.

Ma position à l'institution de Paris m'a procuré l'avantage de voir à l'œuvre un certain nombre de guérisseurs de la surdi-mutité. Un médecin anglais, patroné par deux membres de l'Académie, a essayé devant moi, le pouvoir d'une eau distillée contenant, suivant toute apparence, une préparation d'aconitine; il joignait à ce spécifique des excitations mécaniques de l'oreille, une gymnastique de l'ouïe, à la grande admiration de nombreux spectateurs qui s'étonnaient de l'ébranlement auditif causé par ces manœuvres; mais les enfans sourds-muets soumis à cette épreuve, n'ont pas cessé de figurer au nombre des élèves de la maison, en dépit des promesses de l'opérateur qui devait leur ouvrir les portes du monde parlant et entendant.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL, professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Exposition des travaux d'Erasistrate. — 1° Anatomie d'Erasistrate, ses études sur le système nerveux et particulièrement sur le cœur; opinion remarquable d'Erasistrate sur la structure intime des parties vivantes. — 2° Physiologie d'Erasistrate; ses idées sur les fonctions du cerveau; théorie nouvelle de la digestion; opinion remarquable d'Erasistrate sur les fonctions du foie, sur la respiration, sur le cours du sang et de l'air, sur la chaleur animale; ses idées sur l'usage de la bile; Erasistrate et M. Blondlot. — 3° Pathologie d'Erasistrate; doctrine de la *métemptose*; théorie de la fièvre, de l'inflammation, des hémorrhagies; théorie de la paralysie; Erasistrate et Ehrenberg.

XIV.

Histoire de la période alexandrine (suite). — Exposition des travaux d'Erasistrate.

Erasistrate était originaire de l'île de Cée, au dire de Suidas. Il avait eu pour maître Chrysippe, médecin de l'école de Cnide. Il avait déjà vieilli dans la pratique lorsqu'il vint s'établir à Alexandrie. Ce fut sur les instances de Ptolémée-Soter que, riche et âgé, il consentit à quitter la cour des rois de Syrie, dont il était le médecin, et se livra exclusivement à l'étude de l'anatomie et de la physiologie, pour se rendre dans la capitale de l'Egypte. Il y arriva à une époque où déjà Hérophile professait avec le plus grand éclat, et où les découvertes de ce grand anatomiste avaient porté au loin sa réputation et sa gloire. Comme Hérophile, Erasistrate doit être étudié à un triple point de vue : comme anatomiste, comme physiologiste et comme médecin.

1° *Anatomie d'Erasistrate.* — A l'exemple d'Hérophile, Erasistrate s'occupa spécialement du système nerveux. Il avait d'abord pensé que les nerfs provenaient tous des méninges, contrairement aux idées d'Hérophile, contre lequel il soutint à ce sujet une assez vive polémique. Mais bientôt, éclairé par l'étude et les dissections, il reconnut son erreur et adopta pleinement sur ce point les justes idées de son collègue. Il ajouta même aux travaux de ce dernier un grand nombre de notions nouvelles, émit des idées plus nettes et plus précises sur l'origine de certains nerfs, et leur distribution. Il étudia surtout le cerveau de l'homme comparativement avec celui des autres espèces animales. Ce qui le frappa dans cette étude, ce fut : 1° le volume considérable du cerveau de l'homme comparé à celui des animaux; 2° et surtout le nombre, la grandeur des circonvolutions et la profondeur des anfractuosités de cet organe dans l'espèce humaine. « Nulle part, dit-il, dans toute la série animale, je n'ai trouvé des circonvolutions si nombreuses et si marquées séparées par des anfractuosités si profondes. » D'où il conclut qu'il doit y avoir une relation intime entre le développement de l'intelligence et le nombre et le développement des circonvolutions cérébrales. Cette vue d'Érasistrate a été complètement confirmée par les travaux des anatomistes et des physiologistes modernes.

D'après Rufus d'Ephèse, Erasistrate avait distingué deux espèces de nerfs : les uns pour le mouvement, les autres pour le sentiment. Étudiant ensuite le système circulatoire, il donna le premier une description assez exacte des valvules du cœur, auxquelles il imposa les noms qu'elles portent encore aujourd'hui. Bien plus, il en indiqua les usages déduits de leur conformation et fit remarquer qu'elles sont disposées de façon à ne pas permettre le retour des fluides qui passent soit de l'une des cavités du cœur dans une autre, soit de ces cavités dans les vaisseaux. Il semble qu'Erasistrate n'avait qu'un pas à faire pour enlever à Harvey la gloire de sa brillante découverte, mais il fut invinciblement arrêté par les entraves de la théorie, d'après laquelle il croyait, avec Praxagoras, que les artères et le cœur gauche sont destinés à contenir de l'air.

Erasistrate avait émis une opinion des plus remarquables sur la structure intime des parties vivantes. Suivant lui, elles sont constituées par un parenchyme, c'est-à-dire par une masse qui semble homogène, mais dans laquelle on peut toujours distinguer trois parties différentes, trois élémens distincts, sortes de cordons qui parcourent ce parenchyme en sens divers, toujours intimement accolés ensemble et formant des réseaux et des plexus. Ces trois élémens ou cordons sont les artères, les veines et les nerfs. « Figurez-vous, dit-il, trois filamens qui se contournent en sens divers, marchant toujours ensemble sans se quitter jamais. » « Puisque, dit-il encore, ces parties s'accompagnent sans cesse, intimement accolées, il faut qu'elles exercent les unes sur les autres une influence réciproque, que, par exemple, le fluide contenu dans l'artère agisse sur les fluides contenus dans la veine et dans le nerf, et que réciproquement le fluide renfermé dans le nerf agisse sur les matières contenues dans la veine et l'artère. » Ne voit-on pas jaillir de ce passage l'idée nette et lumineuse de l'influence mutuelle du fluide nerveux, du fluide sanguin et du fluide atmosphérique. Bien que contrairement à l'opinion d'Erasistrate, les artères ne contiennent pas uniquement de l'air, cependant cet air existe dans ces vaisseaux; il y est dissous dans le sang, exerçant sur lui, à chaque instant, cette action vivifiante et mystérieuse sans laquelle ce fluide désormais impropre à entretenir la vie, devient un poison mortel pour l'économie animale.

Physiologie d'Erasistrate. — Erasistrate a jeté en physiologie bien des idées nouvelles qui marquent un progrès immense accompli depuis Hippocrate. D'abord, Erasistrate place dans le cerveau le siége de l'intelligence et établit que le développement de cette faculté est en rapport avec le nombre et le relief des circulations cérébrales.

Voilà pour les fonctions intellectuelles. Passant ensuite aux fonctions digestives et répudiant les théories de la coction et de la fermentation, il leur substitue l'idée, neuve alors, de la trituration de la matière alimentaire par les parois de l'estomac. Ce n'est pas tout, les alimens ainsi élaborés par la trituration stomacale sont absorbés dans l'intestin par les radicules de la veine porte, qui les déverse dans le foie. Là le liquide alimentaire se sépare en deux parties, dont l'une fournit les matériaux

Un autre personnage ayant obtenu (surpris peut-être) l'honneur d'une commission de membres de l'Académie des sciences, a pratiqué pendant un mois, et sous mes yeux, des manœuvres destinées à réveiller la sensibilité de l'oreille d'un certain nombre de sourds-muets pris parmi ceux de l'institution de Paris; j'ai tenu note des faits et gestes du susdit personnage, des résultats obtenus à la fin de chaque séance; ce procès-verbal, le plus scrupuleux, le plus circonstancié, a servi de base au travail du savant rapporteur, et il a démontré, de la manière la plus évidente, que ce professeur enthousiaste n'avait produit aucun changement dans la situation des sourds-muets confiés à ses soins.

Un autre, plus hardi (n'est-ce que hardiesse?) a osé appliquer une couronne de trépan sur le crâne d'une jeune fille qui est en ce moment au nombre des élèves de notre maison. Par cette ouverture, l'enfant devait percevoir les sons, l'enfant devait entendre..... L'enfant n'entend pas, ou du moins elle est toujours sourde-muette; et nous faisons en sorte de protéger sa tête contre les chocs extérieurs qui pourraient facilement la tuer.

Je pourrais grossir cette liste, Monsieur le Président, mais je craindrais de fatiguer l'attention de l'Académie.

La tentative actuelle, celle sur la valeur de laquelle l'Académie est appelée à se prononcer aujourd'hui, a-t-elle enfin atteint le but, objet de tant d'efforts? Une épreuve qui date de la fin de 1847, qui a été poursuivie avec une persévérance singulière, a-t-elle donné des résultats satisfaisans?

Parce que quelques sourds-muets incomplets sont arrivés à percevoir certains bruits, s'ensuit-il que ces pauvres enfans cessent d'appartenir à la catégorie des individus qui ne peuvent communiquer avec les entendans qu'au moyen de procédés artificiels? Quand, à l'aide d'un acoumètre, on parviendrait à savoir quel nombre de vibrations il faut pour ébranler bien moins l'oreille que le crâne d'un sourd-muet, faut-il en conclure que la voix articulée, la parole avec sa musique si délicate, si intellectuelle, sera perçue par un organe affaibli, vicié ou nul?

Il suffit d'avoir étudié ces petits prodiges, pour se convaincre que les sourds-muets parlans n'*entendent pas*, mais *voient* parler. Ceux qui n'ont aucun intérêt à feindre, avouent ingénûment que la main placée devant la bouche de leur interlocuteur, rompt à l'instant toute communication avec lui; de sorte que c'est toujours *l'œil qui se substitue à l'oreille*, et cause au spectateur non prévenu l'étonnement naïf dont l'explosion ne se fait jamais attendre.

Je pourrais vous en dire long, Monsieur le Président, sur le compte de ces illusions médicales que partagent si facilement les gens du monde, et contre lesquelles l'expérience apprend à se raidir. Dirai-je que l'amour de la science et de l'humanité n'est pas toujours le noble but que les guérisseurs de sourds-muets se proposent d'atteindre? En s'adressant à cet insatiable désir de guérison qui couve au cœur des parens d'un enfant sourd-muet, on se trouve en présence de la plus vivace de toutes les crédulités; magnétiseurs, somnambules, homœopathes, empiriques de tout genre, sont ardens à cette œuvre; le bienfait promis non moins qu'espéré se fait attendre longtemps; il n'arrive pas!... Mais si l'enfant est intelligent, si sa surdité incomplète lui permet de dire quelques mots, si son œil rapide apprend à lire sur les lèvres des parlans, c'en est assez pour satisfaire les moins difficiles, et les guérisseurs enregistrent un nouveau triomphe.

L'appréciateur sévère des faits de ce genre n'accueille pas si facilement l'idée d'un succès en pareil cas.

L'Académie de médecine accordera-t-elle sa haute sanction aux tentatives dont les résultats lui sont soumis? Il est permis d'en douter, d'autant plus que les moyens mis en usage n'ont évidemment, comme vous l'a dit avec tant d'autorité l'honorable M. Guéneau de Mussy, rien de nouveau, rien de spécial. Qu'importe l'instrument sonore quand il s'agit seulement de réveiller la sensibilité de l'oreille? L'orgue, l'acoumètre, le monocorde, ne possèdent pas de qualités spécifiques; l'ébranlement communiqué aux nerfs de l'audition, par tous ces agens, est un fait du même ordre, quel que soit son point de départ, son caractère; on n'a pas, que je sache, découvert dans les vibrations d'un corps, quel qu'il soit, une vertu occulte jusqu'ici, et jamais l'art de faire du bruit au bénéfice des sourds-muets ne pourra mériter l'honneur d'être appelé *méthode*.

Quand, par le déplacement d'un cristallin opaque ou par l'ouverture d'une pupille artificielle, une main habile livre passage à un rayon lumineux qui va tomber sur une rétine sensible, le phénomène de la vision se manifeste aussitôt, et il faut bien peu d'habitude pour que l'ex-aveugle prenne une connaissance exacte des objets. En sera-t-il de même quand un son parviendra au nerf auditif; l'ébranlement éprouvé par l'appareil labyrinthique suffira-t-il pour donner au cerveau la faculté de comprendre la parole et d'établir, à l'aide de cette communication nouvelle, les rapports intellectuels existant d'ordinaire entre les individus qui entendent? Vous le savez, M. le président, et l'Académie n'ignore pas que Itard a démontré, il y a longtemps, l'impossibilité d'un rapprochement semblable, la différence absolue qui existe entre ces deux termes d'une comparaison séduisante au premier aspect. Il ne suffit pas d'entendre un peu pour entendre assez; l'enfant qui naît avec une certaine faiblesse d'ouïe ou qui devient sourd peu de temps après sa naissance, est irrévocablement condamné à rester dans une classe exceptionnelle; il est par cela même sourd-muet, il lui faudra de toute nécessité user de moyens artificiels pour se faire comprendre des autres hommes; il est sourd muet, il restera sourd-muet...... Aucun fait garanti par une saine critique n'est venu protester contre cet arrêt, et ce qui se passe de nos jours est loin de pouvoir servir de base à une opinion contraire.

Réservons les droits de l'avenir, M. le président, je le veux bien, espérons qu'un jour l'isolement relatif du sourd-muet pourra cesser, mais en attendant, les hommes qui passent leur vie au milieu de ces infortunés et qui tiennent compte de l'expérience acquise, songent à venir en aide d'une manière efficace à ceux qu'atteint cette infirmité, et cherchent à résoudre le problème suivant : *Un sourd-muet étant donné, en tirer le meilleur parti possible*. La question ainsi posée dans sa généralité, sans tenir compte des différences individuelles, sans s'attacher avec une prédilection peu charitable à quelques rares privilégiés capables d'articuler des sons et de lire la parole sur les lèvres, en remplissant le rôle de la Providence, qui accueille toutes les misères et leur dispense également ses bienfaits; en suivant la marche qui est vraiment digne d'un gouvernement humain, il faudra faire ce qu'on fait en France, recevoir tous les sourds-muets et mettre à leur service la somme entière des moyens de communication à laquelle ils ont un droit égal. La lecture et l'écriture ordinaires, les signes alphabétiques, les signes de convention, l'articulation des sons et enfin la lecture sur les lèvres; tous ces moyens constituent le système d'éducation mis en pratique dans les deux grandes écoles de Paris et de Bordeaux, et dans la plupart des institutions départementales ou privées. Vouloir se borner à l'un de ces procédés, c'est manquer à son devoir, c'est abandonner sciemment à l'ignorance radicale tous les enfans qui n'ont pas beaucoup d'intelligence, tous ceux dont les organes vocaux sont essentiellement inhabiles, c'est faire ce que l'on fait dans certains pays où, par des éliminations successives, on arrive à réserver ses soins pour ceux qui peuvent le mieux en profiter et qui, même à défaut de ces soins, trouveraient en eux assez de ressources pour se créer de toutes pièces des relations suffisantes avec leurs semblables.

Jusqu'ici, l'administration publique, en France, a procédé plus généreusement; l'État a mieux compris ses devoirs, il a donné asile, dans les écoles impériales, à tous les sourds-muets non idiots; il a répandu à pleines mains l'instruction la plus variée sur tous ces malheureux enfans; il leur a fourni, avec une profession manuelle capable d'assurer leur existence, une somme de connaissances générales qui placent nos sourds-muets bien au-dessus de la moyenne obtenue dans les pays où l'on suit une méthode opposée.

Permettez-moi, Monsieur le Président, de faire connaître à l'Académie un fait d'une haute portée dans l'examen de cette question délicate.

En octobre 1847, il y eut à Pforzheim, dans le grand duché de Bade, une sorte de congrès des institutions des Sourds-Muets allemands. Des invitations avaient été adressées aux professeurs des pays voisins. M. Morel, actuellement directeur de l'institut de Bordeaux, se rendit à cette convocation; la langue allemande lui est familière, il prit une part active aux travaux de cette réunion, et il résulte des procès-verbaux recueillis par cet honorable maître que les élèves français instruits d'une manière générale par la méthode mimique, possèdent après un même nombre d'années d'études, une instruction bien plus étendue que ceux à qui l'on s'est efforcé d'apprendre à parler.

La raison de cette différence est bien simple. Il faut beaucoup moins de temps pour apprendre un fait que pour l'exprimer en mots; les idées valent mieux que les paroles; un enfant a bien plus d'intérêt à savoir qu'à dire; le bagage intellectuel est préférable cent fois à l'articulation de quelques sons; nos élèves de l'école de Paris savent beaucoup plus de choses qu'ils n'en peuvent exprimer oralement, enfin, les nôtres pensent et savent beaucoup, tandis que les autres s'efforcent de dire un peu.

Tel a été le résultat d'une conférence dans laquelle le professeur français avait à lutter contre un système qui prévaut généralement à l'étranger, mais les maîtres allemands ont été amenés par l'évidence à reconnaître que la méthode suivie en France, convenait mieux à la pluralité des sourds-muets, leur donnait incontestablement une plus grande valeur intellectuelle, en en faisant des hommes plus utiles, meilleurs, plus en rapport avec le milieu social où ils sont appelés à vivre.

Nous reconnaîtrons volontiers, de notre côté, que la méthode orale est plus satisfaisante pour ceux qui vivent avec les sourds-muets; mais, Monsieur le Président, permettez-moi de le dire, entre deux égoïsmes, il est juste de donner la préférence à celui de la partie la plus intéressée. Les sourds-muets, l'Académie le comprendra, sont moins faits pour nous que nous pour eux; c'est à nous, les riches, les favorisés, à venir vers eux, nous devons faire les avances et ne pas leur imposer la torture de prononcer à grand'peine quelques mots qu'ils n'entendent pas et dont ils ne se servent plus dès qu'ils sont loin de l'œil du maître. En un mot, les sourds-muets forment, quoiqu'on puisse dire, une classe à part, ils ont besoin de procédés artificiels pour se mettre en rapport avec nous, c'est à nous à leur fournir le plus grand nombre possible de ces moyens de communication, et, jusqu'ici, la France n'a pas failli à son devoir envers ses enfans déshérités du sens de l'ouïe.

L'institution de Paris est tout à la fois une école d'enseignement littéraire et un établissement industriel. On y donne à tous les sourds-muets une éducation pratique suffisante pour la généralité des élèves, et de plus, on leur apprend une profession manuelle qui les classe parmi les membres actifs et utiles de la société. Mais il y a des besoins intellectuels plus élevés. On a toujours compris que les sourds-muets les plus intelligens devaient recevoir une éducation plus complète, aussi l'ancienne administration avait pour ceux-ci une sorte d'école normale qui se recrutait parmi les plus habiles. La haute philantropie d'Itard a régularisé cette disposition qui n'était qu'accidentelle et facultative, il l'a rendue obligatoire, permanente, il a doté d'une main généreuse la classe de perfectionnement où sont reçus, après un concours, les élèves les plus distingués de l'institution, et ceux-ci deviennent maîtres à leur tour.

Ainsi l'école de Paris s'efforce de faire de bons sourds-muets, des sourds-muets instruits, moraux, laborieux, des sourds-muets pourvus de tous les moyens de communication avec les hommes. Ils écrivent rapidement; s'ils n'ont sous la main ni plume, ni crayon, ils ont recours à l'alphabet manuel; à défaut de celui-ci, que ne comprennent pas les parlans, ils se servent des signes naturels, si clairs, si expressifs, si rapides; enfin, quand aucun de ces moyens ne peut frapper l'esprit engourdi d'un homme ordinaire, l'articulation des sons vient au secours de l'un et de l'autre, et quelques phrases, plus ou moins correctement débitées, brisent l'obstacle qui existait entre les deux interlocuteurs.

Mais il faut noter, Monsieur le Président, et c'est là un point essentiel, que cette opération n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire. Si le parlant prononce bien; s'il a soin de s'exprimer avec lenteur, en appuyant sur toutes les syllabes; si sa bouche est bien conformée; si elle n'est pas cachée par une longue barbe; et enfin, si son visage est suffisamment éclairé, alors le sourd-muet peut lire sur ses lèvres, et c'est un dernier moyen de s'entendre. Mais toutes ces conditions se

---

de la bile et l'autre se transforme en sang. Ainsi, pour Erasistrate, le foie est l'organe essentiel de l'hématose; avant lui, on croyait que le sang se formait dans le cœur.

Du foie, où il prend naissance, le sang passe par *les orifices des rameaux de la veine cave*, qui le conduisent au cœur droit. Ici, l'ignorance des orifices de communication de la veine porte avec la veine cave fait commettre à Erasistrate une erreur physiologique. De l'oreillette droite, dans laquelle il a été déversé par la veine cave, le sang passe dans le ventricule droit, puis du ventricule droit dans la *veine artérieuse* (artère pulmonaire), qui le conduit dans les poumons. Là s'arrête Érasistrate, il perd la trace du cours du sang et ne sait plus ce qu'il devient. Nous verrons plus loin à quoi, dans ses préoccupations théoriques sur le rôle du cœur gauche et des artères, il fait servir les veines pulmonaires.

La respiration, suivant Érasistrate, a pour but de faire arriver de l'air dans les artères. Sous l'influence d'une cause inconnue, le thorax se dilate, ce qui amène immédiatement la dilatation du poumon, dilatation toute passive comme la contraction qui la suit. Ici, Erasistrate a raison contre Hérophile, professant que le poumon est actif dans ses mouvemens.

La dilatation du poumon, ajoute Érasistrate, produit un vide qui attire l'air extérieur dans cet organe à travers le conduit de *l'artère rude* (trachée). Des radicules bronchiques, ramifications de l'artère rude, Erasistrate fait passer l'air dans les veines pulmonaires, qui ne sont pour lui que la continuation des dernières ramifications bronchiques. Des veines pulmonaires, l'air est aspiré par l'oreillette gauche, qui se dilate à cet effet, puis par le ventricule gauche, d'où il passe dans l'aorte pour se répandre ensuite dans toutes les parties du corps.

Voilà une théorie bien erronée, sans doute; cependant, n'y a-t-il aucune étincelle de vérité à faire jaillir du sein de ces ténèbres? Ce serait se tromper que de le croire. Il y a de l'air dans les artères, comme le disait Erasistrate; seulement, au lieu d'y être seul et à l'état de liberté, il s'y trouve mélangé au sang et dissous dans ce fluide, de telle sorte que partout où va le sang, va l'air dissous dans le sang. Erasistrate avait raison quand il prétendait que l'air passe des poumons dans le sang; seulement il se trompait sur la manière dont ce passage s'effectue.

Du reste, Erasistrate comprenait bien le rôle de l'air dans les phénomènes de la vie. « L'homme, disait-il, ne peut vivre s'il n'introduit continuellement de l'air en lui; l'air, c'est la vie, ou du moins la condition du maintien de la vie, *c'est lui qui produit et entretient la chaleur du corps; il n'y a pas de chaleur innée.* » Voilà un pas immense fait par Erasistrate. Nous avons vu que dans les idées d'Hippocrate, le corps recélait une chaleur innée qui s'allume et s'éteint avec la vie. Pour Erasistrate, au contraire, la chaleur que le corps possède ne se produit et ne s'entretient qu'à la condition que l'air entre incessamment dans l'économie. Cette idée d'Erasistrate ne contient-elle pas en germe toute notre doctrine moderne de la chaleur animale?

Pour qu'une partie quelconque du corps vive, dit encore Érasistrate (et, pour lui, vivre c'est sentir, se mouvoir, se nourrir), pour que l'action musculaire puisse s'exercer, l'estomac modifier convenablement les alimens, pour que le foie fasse de la bile, le rein de l'urine, etc., pour tous ces actes il faut une même condition; cette condition, c'est l'influence réciproque des matières contenues dans ces trois parties ou élémens distincts jetés au sein du parenchyme des organes, artère, veine et nerf, c'est-à-dire l'influence réciproque de l'air, du sang et du fluide nerveux! Voilà des idées larges, neuves, hardies, puissantes; admirables germes de physiologie que l'étude patiente et l'observation attentive doivent féconder et développer un jour, après bien des siècles d'un travail lent et pénible.

Mais comment Erasistrate a-t-il été conduit à admettre que les artères sont destinées à servir de réservoir et de conduite à l'air? Une première raison, c'est que sur le cadavre on trouve les artères vides de sang. Si on lui objecte que d'une blessure faite à une artère d'un animal vivant il s'écoule du sang, Erasistrate répond sans embarras que, par le fait de la blessure, l'économie animale s'est trouvée dans un état anormal qui a permis le passage du sang des veines dans les artères.

Erasistrate voyait encore dans la présence du sang dans les cavités droites du cœur, sur le cadavre, et dans son absence dans les cavités gauches, la preuve que le cœur gauche est destiné à contenir de l'air, tandis que le cœur droit est réservé au sang.

L'analogie de structure qui existe entre la trachée et les artères lui paraît également une preuve que les artères contiennent de l'air comme la trachée. Il en est de même de la différence qu'il avait remarquée dans la structure des veines et dans celle des artères. « Si, disait-il, il n'y avait pas dans les veines et dans les artères une substance différente, pourquoi la nature aurait-elle créé deux ordres de vaisseaux différens. » « Que deviendrait l'air, ajoutait-il, s'il n'y avait pas de conduits particuliers chargés de le charrier et de le distribuer à tout le corps. »

Comme conséquence de cette opinion erronée, Erasistrate attribuait les pulsations artérielles au mouvement d'expansion de l'air dans les artères.

C'était dans la structure des glandes qu'Erasistrate cherchait l'explication des sécrétions. Il professait au sujet de la sécrétion biliaire une opinion remarquable, il pensait que ce liquide n'avait aucune influence sur les phénomènes de la digestion. Aujourd'hui, après d'innombrables travaux sur ce point de physiologie, on est arrivé à ne plus savoir du tout à quoi sert la bile. Tout récemment, un physiologiste distingué, M. Blondlot, a publié en 1849 et en 1850 des recherches expérimentales d'après lesquelles il établit que la bile est un liquide purement excrémentitiel et de nul usage dans le travail de la digestion. Ainsi, chose singulière, les progrès de la science sembleraient avoir pour dernier résultat de nous ramener à la vieille idée spéculative d'Erasistrate!

(La suite à un prochain numéro.)

(La suite à un prochain numéro.)

rencontrent rarement; trop souvent l'une ou l'autre fait défaut, et rend inutile ce dernier avantage si laborieusement acquis.

La lecture sur les lèvres est un art d'une délicatesse infinie, il faut, pour y exceller, un œil exercé, sans doute; mais, en pareille affaire, l'œil est bien moins utile qu'une intelligence prompte et fine; c'est une question de sagacité; il faut deviner une phrase à l'aide d'un mot saisi au vol, il faut mettre en jeu l'induction logique qui conduit tout d'un trait d'une parole à une idée; et cela est si vrai, qu'on ne trouve qu'un petit nombre d'individus capables de tirer un bon parti de cette faculté merveilleuse.

Ceux qui, jusqu'ici, ont atteint le plus haut degré de perfection, appartiennent à des familles dans lesquelles tout a été mis en œuvre pour arriver à ce but; ce sont des miracles de l'amour maternel; il faut des prodiges de patience, et encore ne sont-ils efficaces que chez les enfans les plus heureusement doués sous le rapport de l'intelligence.

Je crois, Monsieur le Président, et j'ose espérer que l'Académie partagera ce sentiment, je crois qu'il est impossible de faire de ces cas rares, exceptionnels, la règle uniforme d'un enseignement public; les trois quarts des sourds-muets soumis à ce système d'enseignement n'en tireraient aucun profit réel. C'est ce résultat d'une expérience presque séculaire qui influe sur la direction des études de l'institut de Paris. L'État, dans sa généreusité active et éclairée, dispense l'instruction à tous ceux qui ne peuvent l'acquérir par les procédés ordinaires; aveugles et sourds-muets, il ouvre des écoles dans lesquelles des maîtres habiles enseignent à ces desbérités de la nature les connaissances dont ils ont besoin pour remplir le rôle de citoyens utiles; il ne cherche pas une perfection imaginaire, il se contente d'améliorer le mal, de diminuer les infortunes, de rapprocher autant que possible, de la grande famille humaine, ceux de ses membres que le malheur en a séparés.

En résumé, Monsieur le Président, on n'a jamais guéri de sourds-muets; la possibilité de cette guérison doit être reléguée au nombre des *desiderata* les plus incertains de la science.

Les essais renouvelés depuis 1847, à l'institut de Paris, sont restés impuissans, et il en devait être ainsi, car ils ne diffèrent en rien d'essentiel de ceux qui les ont précédés, et qui avaient déjà échoué.

L'éducation auriculaire des sourds-muets doit être considérée comme impraticable; elle ne pourrait réussir que chez un individu guéri de la surdi-mutité.

Agréez, Monsieur le Président, etc.

P. MÉNIÈRE,
Agrégé de la Faculté,
Médecin de l'institution des Sourds-Muets.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE TRACHÉOTOMIE, OU DE LA TRACHÉOTOMIE SOUS-CRICOIDIENNE;

Par M. le docteur DECÈS, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, professeur à l'École de médecine, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine de Paris, etc.

(Suite. — Voir le numéro du 30 Avril.)

Cet examen terminé, un premier ordre de questions semble se poser de lui-même : quel est le véritable siège de l'affection et quelle en est la nature? La maladie siége-t-elle principalement dans les tumeurs externes et indurées? Serait-ce dans le pharynx ou le larynx qui, l'un et l'autre, sont évidemment lésés? Les tumeurs ont succédé à l'enrouement et à la toux qui attestaient la maladie du larynx : elles leur sont consécutives. La pharyngite ne s'est révélée qu'après l'apparition de celles-ci, on ne peut par conséquent la considérer que comme une simple coïncidence, une extension, ou si j'ose dire, une succession de parenté et de voisinage. Reste donc l'affection du larynx, point initial de tous les désordres observés. C'est dans ses fonctions qu'ont éclaté les premiers troubles; c'est dans son organisation ou autour de lui, que les premières lésions se sont manifestées. La fixité et la permanence de siége, de symptômes et d'accidens, tout annonce que non seulement il a été atteint le premier, mais qu'il est le principal organe lésé. Toutefois, s'agit-il ici, d'une inflammation simple, d'une affection spéciale ou d'une véritable diathèse? Il n'existe ni amaigrissement, ni faiblesse, ni langueur, ni teinte jaune-paille, ni tumeur dans d'autres régions, qui puissent faire soupçonner une diathèse cancéreuse; les ulcérations du pharynx pourraient faire penser à une infection syphilitique, mais l'absence de tout autre ulcère, de syphilides, d'exostôses, de gommes, de douleurs nocturnes, éloignent entièrement cette supposition. D'autre part, tandis que les crachats sont muqueux et non striés, que la sonorité de la poitrine est parfaite, que le murmure vésiculaire bien que faible, est pur de tout râle et de tout bruit anormal, qu'il n'existe ni sueurs nocturnes ni diarrhée ni amaigrissement prononcé qui autorisent à rattacher cette maladie à une diathèse tuberculeuse, son origine, son évolution, la durée de ses symptômes et leur permanence dans le larynx, suffisent pour caractériser une inflammation chronique de cet organe, inflammation sans signes spéciaux, sans aucun symptôme diathésique, par conséquent, simple et idiopathique.

Ce sont ces données qui servent de base au traitement dirigé d'abord contre elle, et qui a consisté dans une médication adoucissante, antiphlogistique et révulsive. La saignée, les sangsues, les ventouses scarrifiées, lui sont d'abord opposées; puis les pédiluves et les brachiluves synapisés, les purgatifs, etc.

Cependant la maladie fait des progrès : le 19 les quintes ont pris un si haut degré d'intensité, qu'elles sont suivies d'un sifflement laryngé qui se prolonge, perce à distance et se fait entendre distinctement du couloir qui précède la salle. Un large vésicatoire est appliqué entre les épaules et des gargarismes alunés sont employés.

Le 24, la déglutition, habituellement difficile, devient pénible et même douloureuse : la malade *s'entrache* (1) en avalant. Un peu de boisson prise en notre présence, ne peut pénétrer dans l'œsophage qu'en petite quantité et à l'aide de grands efforts; la plus grande partie revient par le nez ou tombe dans le larynx où elle fait éclater au même instant une toux convulsive suivie d'une suffocation des plus menaçantes.

Mais nous devons ajouter que ces accidens ne sont que momentanés et passagers : la malade se croit même en voie d'amélioration. Chaque remède, à mesure qu'il est proposé sert en quelque sorte d'aliment à ses trop confiantes illusions; elle leur attribue le peu de calme qu'elle doit exclusivement, au repos qu'elle prend depuis son séjour à l'hôpital. Nous ne pouvons nous méprendre sur ce calme traversé par des quintes plus fréquentes et plus longues; nous remarquons en outre, que sa voix s'éteint de plus en plus et que les suffocations acquièrent plus de durée et d'intensité. Aussi, en présence d'une asphyxie qui nous paraît prochaine, croyons-nous devoir lui proposer la trachéotomie comme son principal moyen de salut. Malheureusement, cette opération effraie beaucoup cette pauvre femme, elle ne consentira à s'y résigner, dit-elle, qu'autant qu'elle sera convaincue que nul autre remède ne pourra la soulager.

Déjà un délai fâcheux. Réduit à continuer une médication secondaire et insuffisante, je ne puis réussir à enrayer la marche sans cesse envahissante de cette maladie. Bientôt même, le rétrécissement du larynx devient si considérable, qu'une quinte qui éclate dans la nuit du 31 janvier au premier février, occasionne une véritable asphyxie au milieu de laquelle, elle perd connaissance et croit succomber. Aussi, vivement impressionnée par le danger auquel elle vient d'échapper, je la trouve lors de ma visite du matin, dans des dispositions bien différentes : elle réclame maintenant, d'elle-même, l'opération qu'elle semblait tant redouter. Mais une circonstance fâcheuse tarde peu à ébranler sa résolution : un peu de calme vient à reparaître, et tout chancelle avec lui. Mue alors, par un sentiment de fausse sécurité, ou peut-être par quelque leurre secret d'y échapper, elle y met pour condition expresse, qu'elle ne sera pratiquée que le lendemain matin. Rien ne peut ébranler sa funeste résolution.

Ce délai devait en effet lui être fatal. La journée fut orageuse, la nuit suivante plus terrible encore, et je la trouve si mal le lendemain au moment de ma visite, que je n'ose plus rien tenter. Un filet d'air entre à peine dans sa poitrine, son pouls est insensible et irrégulier; yeux ternes et vitrés; face bouffie et plombée; lèvres et extrémités livides et froides; sans connaissance, insensible, immobile, elle est plongée dans un état de torpeur effrayant.

Bien convaincu que l'art ne pouvait plus rien pour elle, je m'étais déjà retiré, lorsqu'une réflexion vint quelque peu ébranler ma résolution. L'asphyxie était des plus avancées, il est vrai, mais avait-elle franchi les limites au-delà desquelles tout secours est impuissant? quelles sont ces limites? le diagnostic les a-t-il bien précisées? Une grande probabilité fut la seule réponse pour résoudre ces questions. Me souvenant alors du précepte de Celse : *Satius est enim anceps auxilium experiri, quam nullum*, je me demandai si, quelque frêle que fût l'espoir auquel le doute pouvait s'accrocher, il n'y avait pas lieu de prendre un autre parti, surtout en présence d'une torpeur qui écartait tout sentiment de crainte chez la malade, et d'une insensibilité qui la préserverait de toute douleur. Quelque décevantes que dussent être ces réflexions elles suffirent cependant pour me faire hésiter et finirent par me ramener. Je me décide donc à tenter la trachéotomie en présence des élèves de l'École, et la pratique sans désemparer. Une incision longitudinale faite sur la région moyenne du col met en évidence le cartilage cricoïde, l'isthme du corps thyroïde et les deux premiers anneaux trachéaux, seul point accessible, comme on s'en souvient; une seconde incision transversale isole le cartilage cricoïde du premier anneau, et une large ouverture donne aussitôt accès à l'air dans les voies respiratoires.

Cette opération, pratiquée avec une grande célérité, ne fut contrariée ni par les mouvemens de la malade, ni par l'écoulement du sang, elle en perdit à peine une cuillerée à bouche. Mais nous observâmes pendant sa durée deux phénomènes qui méritent d'être rappelés; le premier, c'est qu'à mesure que le bistouri pénétrait dans la trachée, le premier anneau s'éloignait du cartilage cricoïde et s'abaissait avec rapidité, en ouvrant instantanément par son retrait une large ouverture; le second, c'est qu'en même temps que cette ouverture s'accroissait, l'air s'y précipitait et s'y engouffrait en produisant un sifflement comparable à celui qu'on entend lorsqu'on ouvre le robinet d'un ballon où le vide a été fait.

L'introduction de l'air, dans les voies aériennes, avait été si rapide et si abondante, qu'elle nous fit concevoir l'espoir du rétablissement de la respiration; malheureusement il n'en fut pas ainsi. Quelques inspirations inégales et intermittentes furent les seuls efforts que nous pûmes observer. Et, bien qu'une respiration artificielle fût promptement établie et longtemps continuée, que des titillations du nez et de la luette, que des frictions irritantes, que des excitans de toute nature fussent utilisés pour la seconder, la turgescence de la face tomba rapidement, sa teinte violette disparut, le refroidissement devint général, et nous pûmes enfin nous convaincre que toute lutte ultérieure devenait inutile et que rien ne pouvait la ranimer.

L'autopsie fut pratiquée vingt-quatre heures après la mort, en présence des élèves de l'École de médecine.

Le larynx est déjeté à gauche de la ligne médiane, de 13 à 14 millimètres environ. Mis en évidence par une coupe de la lèvre inférieure qui se bifurquait sous la base de la mâchoire inférieure pour en suivre les branches et allait se terminer sur les côtés du col, et par une section de la ligne médiane du maxillaire inférieur, qui permit d'en détacher les parties molles jusqu'au pharynx, nous pûmes alors observer les altérations suivantes : l'entrée de la glotte est presque entièrement fermée par le gonflement de ses bords; la petite ouverture qui subsiste et dans laquelle pourrait entrer à peine une plume de corbeau, est bouchée par un paquet de mucosité grisâtre, tenace, qui adhère à sa circonférence et pénètre ce conduit comme un clou qui y serait enfoncé. La muqueuse qui recouvre les cordes vocales, les ventricules et le reste du larynx, est épaisse, friable et d'un rouge foncé. Celle du pharynx, avec laquelle elle se continue, est livide, tuméfiée, mamelonnée, érodée sur un grand nombre de points, et couverte par places d'une matière jaunâtre et pultacée. Le tissu cellulaire sous-muqueux du larynx et du pharynx est épaissi et induré en général, et notamment près de la grande corne droite du cartilage thyroïde. Les cordes vocales sont rouges et hypertrophiées; la supérieure du côté droit a plus que doublé de volume. Les cartilages du larynx ont leur aspect, leur couleur et leur consistance normales; aucun n'est ossifié. L'épiglotte, détruite jusqu'à la base, n'offre plus, comme vestiges, que deux petites excroissances rouges, molles et fongueuses sur les points où ses bords étaient fixés. Les muscles laryngés sont rouges et hypertrophiés. Le corps thyroïde est dense, d'un rouge grisâtre, plus développé à droite, où il contourne la trachée et pénètre entre celle-ci et l'œsophage.

Les tumeurs sous-maxillaires sont constituées par des ganglions lymphatiques hypertrophiés, mais non dégénérés. Celles qui couvrent le larynx et la trachée offrent des altérations diverses; les deux supérieures, ouvertes sur le côté droit du col, sont traversées par un trajet fistuleux qui se termine en cul-de-sac dans leur épaisseur; la troisième, qui occupe la fossette sus-sternale, en grande partie ramollie, contient environ deux cuillerées à bouche de pus séreux, enfermé dans une sorte de membrane rouge et tomenteuse qui comprime la trachée-artère, dont elle n'est séparée que par un lacis vasculaire congestionné.

La muqueuse qui tapisse la trachée et les bronches paraît saine. Les poumons, libres d'adhérences, sauf à la base du gauche, où se rencontre un flocon de matière jaune plastique, sont lisses, marbrés, sans traces de tubercules; ils crépitent partout, excepté le long de leur bord postérieur, sur lequel une coupe longitudinale donne issue à du sang liquide mêlé d'air et de mucosités. Le cœur a un volume normal, ses cavités droites et les veines caves sont distendues par du sang noir liquide; les gauches sont vides.

L'orifice supérieur de l'œsophage, rouge et rétréci, permet difficilement l'introduction du doigt auriculaire; immédiatement au-dessous et dans le reste de son étendue, ce conduit est blanc et paraît sain. L'estomac, les intestins, le foie, la rate, les reins et tout l'appareil urinaire n'offrent rien d'anormal. La peau, les os du crâne, la face interne des tibias, les organes génitaux ne portent aucun stygmate vénérien. Les veines du cerveau et du cervelet sont pleines et distendues; les méninges soulevées par un peu de sérosité, les ventricules cérébraux à demi remplis. La coupe du cerveau est piquetée de rouge.

Catherine a évidemment succombé aux suites de l'asphyxie dans laquelle elle était plongée; le procédé opératoire n'y est pour rien : court, rapide, sans douleur ni hémorrhagie, ces conditions favorables l'eussent sauvée s'il en eût été temps encore. Toute idée d'échec écartée, reste le procédé en lui-même. D'une grande facilité d'exécution, il nous avait fourni une ouverture à larges dimensions, que l'indicateur traversait librement, qui pouvait par conséquent admettre une canule des plus fortes proportions, et offrir un libre accès à l'air. Mais inspiré par la nécessité, ne devait-on pas croire qu'il ne conviendrait qu'à quelques cas exceptionnels? Les avantages que nous venons de rappeler nous firent espérer mieux pour lui, et bientôt un examen attentif nous conduisit à croire que l'art pourrait l'utiliser contre des affections plus fréquentes et plus nombreuses. Parmi elles, le croup eut notre première pensée. Mais, comme chacun le sait, c'est surtout une maladie de la première enfance; or, il importait avant tout de s'assurer jusqu'à quel point notre procédé lui serait applicable. Nous fîmes donc des recherches et des essais sur des enfans de différens âges, qui ne tardèrent pas à nous convaincre qu'il fallait en effet quelque peu le modifier chez eux. Nous nous réservons de faire connaître cette modification dans l'observation suivante, qui concerne le premier fait où nous l'avons employé dans le jeune âge.

(*La fin au prochain numéro.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 Mai 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

La correspondance officielle ne comprend qu'une seule pièce, une lettre du ministre de la guerre qui demande l'avis de l'Académie sur l'opium algérien.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Ch. DUBREUILH, de Bordeaux, intitulé : De la version pour remplacer la crâniotomie dans les cas de rétrécissemens du bassin. (Comm. MM. Danyau et Cazeaux.)

2° Un mémoire de M. ROSSIGNOL, médecin-major au 9e dragons, au Mans, intitulé : De l'intermittence larvée ou latente dans les maladies inflammatoires, nerveuses, et dans d'autres affections. (Comm. MM. Grisolle et Bricheteau.)

3° Un ouvrage manuscrit de M. le docteur ALIBERT (Constant), sur les eaux d'Ax (Ariége). (Comm. des eaux minérales de la France).

4° Un mémoire de M. MOUCHON, pharmacien à Lyon, sur le marronnier d'Inde considéré comme agent fébrifuge, sur l'esculine, la saponine et l'extrait de marron d'Inde.

Le mémoire de M. Mouchon est accompagné de quelques observations de cas de fièvres intermittentes traitées par l'esculine de M. Mouchon dans le service de M. Durand (de Lunel), à l'hôpital militaire de Lyon. (Comm. des succédanés.)

5° Une 2me partie du mémoire de M. CHEVANDIER, de Die (Drôme), sur le traitement du rhumatisme par les bains de vapeurs thérébenthinés. (Comm. MM. Boullay, Bouvier et Gibert.)

6° Une lettre de M. LETELLIER, de St-Leu-Taverny, sur l'usage obstétrical du seigle ergoté. L'auteur considère le seigle ergoté comme complètement exempt des inconvéniens et des dangers qu'on lui a récemment attribués.

7° Une lettre de M. le docteur HULLIN, de Mortagne, accompagnée des tableaux des vaccinations qu'il a pratiquées en 1852. (Commission de vaccine.)

Sonde évacuatrice et brise-pierre évacuateur à double courant.

8° M. LEROY-D'ÉTIOLLES adresse sous ce titre une lettre pour répondre à la réclamation faite par M. Mercier dans la dernière séance.

(1) Qu'on nous pardonne de risquer ce néologisme : la langue française ne possède nul autre mot pour le remplacer. C'est bien *dans la trachée* (Εν τραχεία) que pénètre l'aliment ou la boisson. *Avaler de travers*, comme on dit, est une locution aussi fausse qu'inexacte, car on n'avale pas dans ce cas, on inspire; et qui sait si c'est en long, de biais ou de travers!

M. Leroy-d'Étiolles écrit que l'idée d'appliquer la sonde à double courant, à l'évacuation du détritus des calculs après la lithotritie, a été consignée par lui à la page 96 du livre intitulé : *Exposé des procédés pour guérir de la pierre*, publié en 1825, vingt ans avant l'évacuateur de M. Mercier, lequel, au surplus, diffère notablement de la sonde de M. Leroy-d'Étiolles, moins volumineuse, plus simple dans sa structure et dans son mécanisme, au dire de ce chirurgien, et pourtant aussi efficace, ainsi que l'ont démontré les expériences comparatives faites à l'hôpital Beaujon.

M. Leroy-d'Étiolles écrit encore qu'il a ajouté un conduit afférant au brise-pierre évacuateur, dont il a donné la description et la figure dans son *Traité de lithotritie*, publié en 1836. Ce double courant évacuateur, joint à l'écrasement des fragmens qui s'engagent, mais qui sont trop gros pour sortir, complète cet instrument exécuté par M. Mathieu.

Surdi-mutité.

L'Académie reçoit sur ce sujet :

1° Une lettre de M. Piroux, directeur de l'institution des Sourds-Muets de Nancy, avec les mémoires et opuscules imprimés relatifs au sujet en discussion devant l'Académie et dont les titres suivent :

1° Solution des principales questions relatives aux sourds-muets considérés en eux-mêmes et dans la société, au moyen de 25 tableaux synoptiques ; 1850.

2° Mémoire lu au congrès scientifique tenu à Nancy, en septembre 1850.

3° Documens divers (1852).

4° Liste avec explication des 360 élèves sourds-muets qui ont été admis à l'institution de Nancy.

2° Une lettre de M. Valade-Gabel, directeur de l'institution des Sourds-Muets de Bordeaux, avec une brochure intitulée (deuxième mémoire sur cette question) : *Quel rôle l'articulation et la lecture sur les lèvres doivent-elles jouer dans l'enseignement des sourds-muets ?* L'académie, dit M. Valade-Gabel, dans sa lettre, trouvera dans cette brochure la preuve que, dès avant 1838, les professeurs de l'école de Paris s'étaient justement préoccupés de tirer parti de toutes les facultés, de toutes les aptitudes dont les muets restent pourvus.

3° Une lettre de M. Valquin, professeur d'articulation à l'institution de Paris, contenant des renseignemens sur ce mode d'enseignement.

4° Une lettre de M. Deleau, qui informe l'Académie qu'on lui a confié, depuis quelque temps, un jeune sourd-muet, âgé de 4 ans, pour être traité de son infirmité. Après un examen approfondi, M. Deleau a jugé que cet infortuné pouvait retrouver l'ouïe par des soins assidus. Il désire qu'une commission soit nommée pour constater les résultats qu'il pourra obtenir.

5° Enfin une lettre de M. Ménière, dont M. le secrétaire perpétuel a donné lecture. (Voir plus haut.)

Toutes ces pièces sont renvoyées à la commission de la surdi-mutité.

Eaux minérales de Siradan (Hautes-Pyrénées).

M. O. Henry lit au nom de la commission des eaux minérales un rapport favorable sur une demande en autorisation d'exploitation d'une source minérale sise à Siradan (Hautes-Pyrénées).

D'après les résultats de l'analyse de la commission, entièrement concordante avec celle qu'avait faite déjà M. Filhol, de Toulouse, cette source devrait être considérée comme une eau saline appartenant au groupe des eaux sulfatées séléníto-magnésiennes. Cette eau offrirait beaucoup d'analogie avec celles des diverses sources qui alimentent les établissemens de Ste-Marie (Hautes-Pyrénées), de Bagnères-de-Bigorre, d'Encausse, d'Audinac, etc.

La commission, en conséquence, est d'avis qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

Remèdes secrets.

M. Poiseuille lit un rapport officiel sur une composition qualifiée sirop de dentition et soumise à l'Académie comme ayant la propriété de prévenir les accidens qui accompagnent le travail dentaire dans le premier âge.

La commission est d'avis que cette composition ne présente rien de nouveau et qu'elle ne peut, par conséquent, être l'objet d'une application favorable des décrets du 18 août 1810 et du 3 mai 1850. (Adopté.)

M. Robinet lit au nom de la commission des remèdes secrets un rapport sur divers remèdes que la commission déclare également n'être pas susceptibles de l'application des décrets précités. (Adopté.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la surdi-mutité.

M. J. Guérin prend la parole. Le temps ne lui ayant pas permis de terminer, la suite de son argumentation a été remise à la séance prochaine.

Ablation totale de la mâchoire inférieure.

M. Maisonneuve présente une jeune fille à laquelle il a pratiqué l'ablation totale de la mâchoire inférieure, pour un cancer de cet os, chez laquelle les fonctions importantes de la parole et de la déglutition ont été conservées intactes, et le visage n'a presque rien perdu de sa régularité.

Voici les détails de cette opération :

Mlle Soliveau (Angéline), âgée alors de 15 ans, vint au mois de juillet 1851, consulter M. Maisonneuve, à l'hôpital Cochin, pour une tumeur qui envahissait toute la moitié latérale gauche du maxillaire inférieur. Cette tumeur avait débuté d'une manière insensible, de sorte qu'au mois de mars, époque où la malade s'aperçut de son existence, elle avait acquis déjà un volume assez considérable.

Sa présence, toutefois, ne gênait en rien la mastication, non plus que la parole. Cet état persista sans changement notable, jusqu'à la fin de juillet, où la tumeur devint le siége de douleurs lancinantes, d'abord rares, puis de plus en plus fréquentes, qui la décidèrent à entrer à l'hôpital le 8 juillet 1851.

A cette époque, M. Maisonneuve reconnut que la tumeur occupait toute la moitié latérale gauche de l'os maxillaire inférieur, dont le volume avait presque triplé ; qu'elle était lisse, régulière, d'une consistance élastique ; que les dents, parfaitement saines, n'étaient même point ébranlées ; que les parties molles des lèvres et de la joue avaient conservé leur souplesse, leur texture et leur coloration normales. La malade se plaignait de douleurs lancinantes, bien différentes des douleurs névralgiques ou des douleurs dentaires.

L'ensemble de ces symptômes fit penser à M. Maisonneuve qu'il avait affaire à une tumeur carcinomateuse de l'os, et l'engagèrent à proposer la désarticulation de toute la moitié gauche du maxillaire inférieur. Cette proposition ayant été agréée des parens, l'opération fut pratiquée le 17 juillet, de la manière suivante :

La malade, couchée sur le lit d'opération, est soumise au chloroforme. Le chirurgien incise d'un seul trait et sur la ligne médiane, la lèvre inférieure et les parties molles du menton, jusqu'à la naissance du cou.

Une seconde incision, partant de l'extrémité inférieure de la précédente, fut dirigée d'abord transversalement le long du bord inférieur de la mâchoire, puis obliquement en haut, jusqu'au niveau du lobule de l'oreille. Le vaste lambeau circonscrit par ces deux incisions fut séparé rapidement de la face externe de l'os maxillaire, au moyen du histouri qui servit aussi à détacher les insertions inférieures du muscle masseter.

Passant alors une scie à chaîne sous la mâchoire au moyen d'une grande aiguille courbe, il opère la section de l'os, entre la première et la deuxième dent incisive droite. Ceci étant fait, il dissèque à grands traits les parties molles adhérentes à la face interne de la mâchoire, coupant d'abord à leur insertion les muscles qui s'attachent aux apophyses géni, puis le mylo-hyoïdien, le ptérygoïdien interne, ainsi que les vaisseaux et nerfs dentaires inférieurs. Imprimant ensuite un mouvement de bascule à l'os maxillaire, il fait saillir l'apophyse coronoïde sur laquelle il divise, au moyen de ciseaux mousses, le tendon du muscle crotophyte. Aussitôt après la division de ce muscle, la capsule, fortement distendue par le condyle, put être incisée facilement avec la pointe du histouri ; et quelques coups de ciseaux suffirent pour dégager entièrement l'os des tissus auxquels il adhérait encore.

Dans cette opération, qui dura moins de dix minutes, trois artères seulement furent intéressées, la coronaire des lèvres, la faciale et la dentaire inférieure, toutes trois furent liées à l'aide des pinces à coulant, et les parties molles furent réunies par la suture entortillée.

La pièce anatomique fut confiée à l'examen de M. Lebert, qui reconnut une affection cancéreuse de l'os, du genre dit : cancer en aiguilles. Le microscope y montra de nombreuses cellules spécifiques, ainsi qu'on peut le voir sur le dessin qu'en a fait M. Léveillé.

Aucun accident sérieux ne vint contrarier la guérison, et lorsque, le 24 septembre, la malade sortit de l'hôpital, il ne restait d'autres traces de l'opération qu'une cicatrice linéaire sur le trajet des incisions. Le canal de Stenon et le nerf facial avaient été ménagés dans l'opération, de sorte qu'il n'y eut ni fistule, ni paralysie. Le visage avait même conservé une régularité parfaite.

Quinze mois se passèrent sans que la guérison se démentît. Mais au mois de novembre 1852, la partie de l'os que l'on avait conservée commença à son tour à se tuméfier. D'abord peu sensible, cette tuméfaction fit chaque jour des progrès ; des douleurs lancinantes, semblables à celles qui avaient existé du côté gauche, se manifestèrent du côté droit. La malade se décida alors à revenir voir M. Maisonneuve, qui la fit entrer de nouveau à l'hôpital Cochin, le 28 mars 1853.

La portion restante de l'os maxillaire présentait les mêmes altérations qu'on avait antérieurement constatées sur la partie gauche ; seulement ces altérations étaient moins avancées. La tumeur, moins volumineuse, ne remontait pas aussi haut vers le condyle. Comme la première fois, les parties molles de la lèvre et de la joue étaient intactes ; les ganglions n'offraient aucune trace d'engorgement ; les dents étaient solides ; mais l'existence de douleurs lancinantes et la nature bien constatée de l'affection antérieure, déterminèrent M. Maisonneuve à compléter l'ablation totale du maxillaire. Cette dernière opération fut pratiquée le 31 mars 1853.

La malade étant, comme la première fois, soumise au chloroforme, M. Maisonneuve divisa verticalement la lèvre inférieure et les parties molles du menton, sur le trajet de l'ancienne cicatrice.

Une seconde incision, partant de l'extrémité inférieure de la première, fut dirigée le long du bord inférieur, de l'os, jusqu'au-devant de l'insertion du masséter. M. Maisonneuve crut pouvoir se dispenser de la prolonger, comme dans l'opération précédente, jusqu'au niveau du lobule de l'oreille. En effet, cette incision suffit pour mettre à découvert toute la face externe de l'os maxillaire, et pour diviser avec un bistouri boutonné les insertions inférieures du masséter. Ecartant ensuite l'os en dehors, il sépara facilement les insertions du muscle milo-hyoïdien, ainsi que celles du pterygoïdien interne.

Dans un troisième temps, il imprima un mouvement de bascule à la mâchoire, afin de faire saillir l'apophyse coronoïde, dont il sépara le tendon du muscle crotophyte. Puis, ayant dans un dernier temps incisé la capsule articulaire sur le condyle lui-même, et coupé l'insertion du pterygoïdien externe, il termina l'opération, en arrachant l'os qui ne tenait plus que par quelques brides peu solides.

Dans cette opération, il n'y eut d'intéressée qu'une seule artère importante, l'artère dentaire inférieure, sur laquelle on appliqua une ligature.

Toutes ces manœuvres durèrent à peine cinq minutes. Les parties molles furent ensuite rapprochées par la suture entortillée, et la malade fut reportée dans son lit.

Après une pareille mutilation, il était à craindre que la langue, privée de son point d'appui antérieur, ne fût entraînée en arrière, que la déglutition surtout ne fût gravement compromise, et que le visage ne restât considérablement déformé : il n'en fut rien. La langue, suffisamment maintenue par la cicatrice du côté gauche, n'éprouva aucun mouvement de rétraction ; la déglution des liquides ne cessa pas un seul instant de s'arrêter, et le visage conserve sa régularité et ses formes primitives.

La réunion s'opéra par première intention ; et dès le quatrième jour, on put enlever la totalité des épingles, sans qu'aucun écartement ne se manifestât dans la cicatrice.

Aujourd'hui, la malade est entièrement guérie ; son visage ne présente aucune déformation, ainsi qu'on peut le voir sur le portrait au daguerréotype qu'on en a fait faire. La parole est parfaitement libre, et la malade peut manger facilement, non seulement des alimens liquides, mais encore de la viande hachée, du pain, des œufs, et toutes sortes d'alimens faciles à triturer. Cette trituration s'opère avec une assez grande puissance entre la langue et la voûte palatine.



M. Mercier présente un malade qu'il a guéri, à l'aide des procédés de son invention, d'une rétention d'urine causée par une valvule vésicale.

PRESSE MÉDICALE.

Bulletin général de thérapeutique. — Nos de Janvier, Février et Mars.

De la valeur du traitement topique dans les inflammations aiguës du larynx et de la trachée ; par le docteur Eben Watson, professeur de médecine à l'Université de Glasgow.

Nous nous bornerons à reproduire les conclusions de cet important travail :

1° La solution de nitrate d'argent, appliquée sur une membrane muqueuse enflammée, a une action bien différente suivant le degré et l'intensité de l'inflammation. Dans la forme asthénique, elle agit comme stimulant des capillaires de la partie et aussi de son appareil sécréteur, tandis que dans la forme sthénique, elle augmentera la congestion de la membrane, principalement en diminuant la fluidité du sang dans les vaisseaux.

2° Dans la laryngite aiguë qui n'est pas accompagnée de production de fausses membranes et probablement aussi dans la véritable diphtérite, avec exsudation albumineuse, les applications locales d'une solution caustique, dont la concentration varie en raison inverse de l'intensité de l'inflammation, peuvent être employées avec des chances plus ou moins rapides de succès.

3° Pendant la période d'acuité du véritable croup, les applications stimulantes faites sur la partie affectée font plus de mal que de bien, mais lorsque la maladie commence à céder aux antiphlogistiques et à d'autres moyens, ces applications peuvent aider et concourir à la guérison.

4° L'œdème de la glotte, qu'il soit maladie primitive ou complication de tout autre état morbide, subit toujours une rapide amélioration, et, dans certains cas même, guérit complètement sous l'influence des applications topiques d'une solution concentrée de nitrate d'argent sur la partie œdémateuse.

5° Enfin, il résulte bien évidemment de tout ce précède, que c'est surtout dans la forme asthénique de l'inflammation laryngée que l'on peut attendre des bons effets de ces applications caustiques, que cette forme soit primitivement celle de la maladie ou qu'elle se soit produite sous l'influence combinée du temps et d'un traitement général.

COURRIER.

Le 15 février 1853, M. le docteur Triquet, assisté de M. Masson, interne des hôpitaux, voulant enlever une tumeur située sur la joue droite du sieur Breton, marchand faïencier, âgé de 24 ans, demeurant à Paris, rue Laffitte, n° 48, chercha à produire l'anesthésie au moyen du chloroforme. L'agent anesthésique détermina une asphyxie mortelle.

Traduits devant les tribunaux sous l'inculpation d'homicide par imprudence, malgré les efforts de MM. Devergie, Nélaton, Trousseau, Velpeau, Valleix, Mialhe et Gosselin, qui tous sont venus témoigner et de l'habileté de l'opérateur, et de l'impossibilité où se trouve le praticien le plus expérimenté de prévoir et d'empêcher l'action toxique du chloroforme, le tribunal a reconnu les deux prévenus coupables d'homicide par imprudence, imprudence résultant de ce qu'ils auraient fait l'opération dans un appartement manquant d'air, de ce qu'ils auraient eu recours au chloroforme sans nécessité, de ce qu'ils n'auraient pris aucune précaution pour le cas où un malheur serait arrivé ; en conséquence, le tribunal les a condamnés chacun à 50 fr. d'amende.

— Par un décret impérial, en date du 30 avril, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes,

Ont été nommés, dans la Faculté de médecine dd Paris :

A la chaire de thérapeutique et de matière médicale, M. Grisolle, agrégé en exercice ;

A la chaire d'histoire naturelle médicale, M. Moquin-Tandon, professeur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Toulouse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Des maladies vénériennes et de leur traitement, avec l'exposé complet des moyens à employer pour s'en préserver ; par F. Peron, d.-m. p. In-18, Paris, 1853, Germer-Baillière. — Prix : 1 fr. 25 c.

Applications pratiques des découvertes physiologiques les plus récentes concernant la digestion et l'absorption. — Thèse de concours ; par M. H. Hérard, d.-m. p. In-4°, Paris, 1853.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltestet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 54. SEPTIÈME ANNÉE. Samedi 7 Mai 1853.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue St-Georges, n° 12.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE TRACHÉOTOMIE, OU DE LA TRACHÉOTOMIE SOUS-CRICOIDIENNE;

Par M. le docteur DECÈS, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, professeur à l'École de médecine, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine de Paris, etc.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 30 Avril et 5 Mai.)

OBSERVATION II. — *Garçon de 7 ans; — seconde attaque de croup; —fausses-membranes sur les amygdales;—suffocations violentes; — asphyxie des plus avancées;—trachéotomie sous-cricoïdienne; — extraction de débris membraneux; — grande amélioration; —nouveaux phénomènes d'asphyxie; —mort trente heures après l'opération.*

Mon collègue Blanchard, médecin de l'Hôtel-Dieu de Reims, me fit appeler le 30 mars 1840, au faubourg Saint-Thomas, pour pratiquer la trachéotomie sur le fils unique de M. Beaudout.

Ce jeune garçon, âgé de 7 ans, d'une constitution lymphatique, jouit habituellement d'une bonne santé. Il est arrivé au cinquième jour d'une seconde attaque de croup qui, une première fois et un an avant, s'est terminée heureusement par l'éjection d'une fausse membrane. Cette fois, il a été pris au début d'une toux insolite qui n'a malheureusement appelé que tardivement l'attention des parens, et lorsque déjà la raucité de la voix eût acquis un caractère alarmant, et que l'abattement des forces, la chaleur de la peau, la soif et la fièvre eurent atteint un haut degré d'intensité.

Mandé la veille seulement, M. Blanchard reconnaît aussitôt tous les signes du croup : exsudation grisâtre et adhérente sur les amygdales, douleur au larynx, toux caractéristique, fièvre, etc., et ordonne des sangsues au col, de la moutarde aux jambes et un vomitif.

Le 29 au soir, amélioration douteuse et mal dessinée. Large vésicatoire sur la région antérieure du col, calomel à doses fractionnées, boissons émollientes et gommeuses continuées.

Le 30 au matin, nuit agitée et sans sommeil; sa toux a pris le timbre métallique, quintes fréquentes, voix éteinte, suffocations et défaillances. Cependant, le jour ramène un peu de calme. Nouveau vomitif qui fait rendre une fausse membrane grisâtre, épaisse, consistante, longue de près de 2 centimètres.

Le 30, à onze heures du soir, je vois le malade. Mandé lui-même quand les accidens avaient déjà acquis la plus haute gravité, mon confrère m'appelle pour tenter contre la période extrême de la maladie, l'unique moyen de salut qui reste à lui opposer. Nous trouvons en effet cet enfant dans un état qui semble appartenir à une véritable agonie. Affaissé, immobile, livide, sans connaissance, les membres froids, un œil fermé, l'autre largement ouvert et dévié en haut au point de ne laisser entrevoir qu'un petit segment de la cornée; sa respiration est sifflante, incomplète et saccadée. Ce n'est qu'après quelque temps d'attente et une quinte de toux éteinte, que nous remarquons quelques mouvemens automatiques; mais il retombe aussitôt dans une prostration complète au milieu de laquelle son pouls peut à peine être senti et compté.

Une menace aussi prochaine ne laisse aucun délai. L'opérer, c'est infiniment risquer, mais l'abandonner, c'est le livrer à une mort certaine. Le père est averti; il comprend le péril de cette situation, nous presse de l'affronter, et nos craintes et nos répugnances cèdent devant ses sollicitations.

L'enfant placé et maintenu convenablement, nous pratiquons une incision longitudinale sur la région moyenne du col; les muscles sont écartés, le premier espace annulaire de la trachée, mis à nu et divisé comme dans le cas précédent, mais le résultat n'est pas aussi avantageux. Au lieu de s'écarter l'une de l'autre, les lèvres de l'ouverture trachéale se maintiennent au contact, et le passage est trop étroit pour permettre l'introduction de la canule. Il faut donc l'agrandir sans délai. Nous abaissons rapidement l'isthme du corps thyroïde, ce qui met en évidence le sommet de la trachée; nous le divisons perpendiculairement sur la ligne médiane, en intéressant les deux premiers anneaux, de manière à donner à cette double incision la forme d'un T, et nous constatons avec plaisir que cette ouverture a acquis toutes les dimensions requises. Cependant, une canule de forte dimension y est à peine introduite, que l'enfant pâlit et s'affaisse; sa respiration s'embarrasse et bientôt se suspend. Quelques efforts instinctifs semblent bien encore la continuer, mais leur énergie diminue peu à peu et ils s'éloignent sensiblement; quelques secondes encore, et tout cesse et s'arrête. Vivement préoccupé de cet accident, j'enlève la canule à la hâte pour en chercher la cause; j'explore la trachée, saisis quelques fausses membranes qui y flottent et l'obstruent, mais sans parvenir à les détacher. Entraîné par l'urgence et manquant de tout autre moyen, j'applique les lèvres autour de la plaie, opère une forte succion et parviens ainsi à extraire une membrane canaliculée longue de près de 7 centimètres. Cependant, malgré la rapidité de ces soins, le temps court et la respiration ne se rétablit pas. Nous croyions notre petit malade déjà mort depuis plus de 30 secondes, quand heureusement un premier effort d'inspiration vint tout ranimer. De nouveaux efforts lui succèdent, l'air pénètre dans les poumons, réveille l'hématose et produit une véritable résurrection. Bientôt une légère rougeur colore ses joues, son œil s'ouvre; il regarde avec étonnement autour de lui, puis s'affermissant, il s'appuie sur le bras et exerce des mouvemens libres et réguliers. Nous pouvons alors replacer et fixer la canule, couvrir la plaie d'un appareil simple et léger, et enfin quitter l'enfant dans un état fort satisfaisant.

Le 31, à huit heures et demie du matin, M. Blanchard le voit seul. Il apprend que le reste de la nuit a été calme, bien qu'il ait peu dormi. La toux a continué et a expulsé une certaine quantité de mucosités grisâtres et consistantes. Une partie de celle-ci s'est arrêtée et desséchée dans la canule, dont elle a rétréci le diamètre au point de gêner la respiration; quelques symptômes d'asphyxie se sont même produits depuis peu; mais il suffit de la nettoyer pour qu'aussitôt la respiration reprenne avec force et que l'enfant se remette complètement.

Nous le voyons ensemble à midi et apprenons que le calme qui a succédé aux soins du matin a duré jusqu'à onze heures et demie; à ce moment, le petit malade s'est assis et a bu seul. Mais depuis tout a changé. Nous le trouvons plongé dans un état comateux, sa respiration est embarrassée, sa figure et ses extrémités sont froides et à demi-cyanosées, son pouls est fréquent et faible. Des fausses membranes tapissent de nouveau la canule; nous les enlevons en remarquant avec peine qu'elles se prolongent dans la trachée et pénètrent profondément dans les voies aériennes.

Cette nouvelle reproduction de fausses membranes, le siége qu'elles occupent, les accidens qu'elles déterminent, nous paraissent du plus mauvais augure; malgré les soins que nous prenons de les détruire et d'en prévenir le retour, nous ne pouvons plus nous faire illusion sur l'issue fatale qui lui est réservée. Aussi, l'amélioration qui leur succède n'est-elle que passagère; avant peu, de nouveaux phénomènes d'asphyxie reparaissent; se rapprochent et finissent par l'enlever.

L'autopsie n'a pu être faite.

Il est constant que cet enfant, arrivé à la période extrême du croup, succombait aux progrès d'une asphyxie des plus avancées, lorsque la trachéotomie a été pratiquée; que l'opération lui a procuré tout le bien qu'il était possible d'en attendre, puisqu'il a bien respiré, que les accidens ont cédé et que, sans la reproduction des fausses membranes et leur extension dans les bronches, on eût pu compter sur un succès. On ne lui attribuera pas la syncope effrayante qui a succédé à l'introduction de la canule. Il est certain que tout autre procédé n'aurait pu éviter l'obstacle qui l'a occasionnée. Nous ne dirons rien de quelques difficultés secondaires dues à l'application du vésicatoire : l'épiderme était détaché et soulevé, le derme couvert d'une couche gélatineuse et gluante, les tissus sous-jacens épaissis et congestionnés. On ne pouvait aisément sentir le larynx et la trachée, ni tendre et fixer la peau sur eux; mais il a suffi, pour les diminuer de beaucoup, d'enlever l'épiderme, d'absterger la peau et de recourir aux plus

Feuilleton.

CAUSERIES.

LA ROTATION DES TABLES.

Il faut parler sérieusement d'une chose fort sérieuse.

Mais avant d'entrer dans le récit des faits que j'ai vus, des expériences dont j'ai été le témoin ou auxquelles j'ai participé, je demande au lecteur la permission de lui rappeler quels sont mes antécédens en fait de croyance au merveilleux et aux phénomènes excentriques ou surnaturels. Je dirai quelques mots aussi, chemin faisant, des principes qui me semblent devoir diriger les esprits raisonnables, c'est-à-dire aussi éloignés d'une crédulité aveugle que d'un scepticisme systématique, en présence de faits nouveaux et plus ou moins extraordinaires.

J'ai vu que les quelques lignes que j'ai publiées mardi dernier, sur le phénomène de la rotation des tables, ont surpris un grand nombre de personnes, m'ont attiré les sarcasmes de quelques autres, ont jeté le doute et l'anxiété dans l'esprit d'un certain nombre, ont enfin encouragé plusieurs de mes confrères à imiter mon exemple, à voir et à expérimenter. Je comprends toutes ces dispositions diverses; je ne blâme pas les unes, je ne glorifie pas les autres. Je dirai à tous : mon passé répond de la véracité de ce que j'avance. J'ai voulu étudier le magnétisme animal, et je l'ai fait sans prévention, sans parti pris, avec résolution de voir et de dire ce que j'aurais vu. J'ai reconnu, j'ai admis en principe et en fait l'existence de phénomènes très remarquables, produits par des manœuvres et des pratiques particulières. Ces phénomènes, je les ai produits moi-même, non pas une fois, deux fois, dix fois, mais des centaines de fois. Et quels phénomènes! De la nature de ceux où toute illusion, toute supercherie est impossible. Celui, par exemple, de faire pleurer à volonté à chaudes et abondantes larmes la jeune fille la plus gaie, la plus rieuse qui se puisse imaginer. Celui, plus extraordinaire encore, de porter à l'instant les battemens du cœur de 70 à 120, à 130, à un nombre de pulsations tel, qu'il ne m'était plus possible de les compter. Mais entre ces phénomènes et ceux de la vision par l'occiput, par l'épigastre, à travers les corps opaques; et la prévision de l'avenir, et la divination, et le diagnostic des maladies ou l'indication de leur traitement, je n'ai vu qu'un profond abîme quand je ne rencontrais pas la fraude plus ou moins évidente. Et cette fraude souvent je l'ai dévoilée au grand jour. J'ai l'avantage d'être en très mauvaise odeur auprès des magnétiseurs et des magnétisés.

L'homœopathie! Je ne me suis pas borné à la repousser de ma raison, je l'ai expérimentée sur moi, sur les miens, sur mes animaux domestiques, et comme je n'ai jamais rien obtenu, rien constaté, rien observé d'évident et de sensible, force m'a bien été de le dire et de penser que les médecins homœopathes ou se faisaient de grandes illusions, ou spéculaient sur la crédulité humaine.

Quant à la phrénologie, je l'ai étudiée avec candeur et persévérance, je l'étudie quelquefois encore, mais je me suis presque toujours si énormément trompé dans mes appréciations, j'ai éprouvé des déceptions si flagrantes, qu'il ne m'a pas été possible d'adopter une doctrine où les réussites sont si rares et les mécomptes si fréquens.

Que dirai-je de la syphilisation? si ce n'est de rappeler aux lecteurs les aménités dont m'honorent à cette heure les syphilisateurs en déroute et le rôle que j'ai joué, dans ce journal, dans la discussion soulevée par les prétentions de cette doctrine.

Je n'ai pas cru superflu de remettre en mémoire ces souvenirs divers que je pourrais multiplier encore. En médecine, en physiologie, en philosophie générale ou appliquée, c'est une précaution utile et sage de dire à celui qui vient patroner un fait nouveau et extraordinaire : dis-moi ce que tu crois, je te dirai quelle confiance je peux ajouter à tes affirmations. Obligé par la conscience et par le respect que je dois à la vérité de me mettre en scène, j'ai le droit, je suppose, de dire que je ne suis ni illuminé, ni pyrrhonnien, et à l'instant même où j'écris ces lignes, je me tâte, m'interroge, m'observe, et je me demande surtout si je n'ai pas été dupe d'une illusion, victime d'une supercherie, complice d'une mystification criminelle, car je ne connais rien de plus inepte, de plus coupable et de plus odieux que d'employer son influence, quelque infime soit-elle, à propager l'erreur ou le mensonge.

Ces précautions prises avec mes lecteurs que j'honore, et qui connaissent toute ma respectueuse déférence envers eux, j'aborde simplement et naïvement le récit des expériences qui se sont faites sous mes yeux ou que j'ai faites moi-même.

Dans l'humble maison que j'habite à la campagne, durant la saison d'été, se trouve une petite colonie de jeunes gens. Ces jeunes gens, je les ai vus enfans, ils ont grandi sous mes yeux, je connais leur caractère, leur moralité, leurs penchans, je sais la confiance que je dois avoir en eux. Dimanche, 1er mai, ils se trouvaient tous réunis à Châtillon. J'avais publié la veille la lettre de notre honorable confrère M. Eissen, de Strasbourg, et, j'en demande bien pardon à nos confrères de la grande presse, mais tous les récits publiés par les journaux m'avaient laissé indifférent, tandis que cette lettre m'avait profondément impressionné. L'occasion était tentante; j'avais là, sous la main, quatre jeunes gens dont j'étais sûr, de seize à vingt ans, tous bien portans, tous, je l'affirme, incapables de vouloir me tromper, car j'ai le bonheur d'être aimé de ces jeunes, candides et expansives natures qui connaissent aussi l'affection que je leur porte. Il y avait aussi, ce qui ne gâte jamais rien, une jeune et charmante personne qui me sembla devoir admirablement compléter les conditions indiquées par la lettre de M. Eissen.

1re *Expérience :* Un vase de porcelaine, un compotier, est posé sur sur une table en bois de noyer verni. Alphonse et Mlle X... imposent leurs mains sur le vase, d'après les règles prescrites; une minute ne s'est pas écoulée, que le vase se met à tourner.

Cette expérience est répétée trois et quatre fois, toujours même résultat.

simples notions anatomiques. Il n'en peut être de même sur la nécessité de pratiquer une seconde incision pour agrandir l'ouverture trachéale; sans celle-ci, la première qui ne peut dépasser les trois cinquièmes antérieurs de la trachée sans craindre de léser les nerfs récurrens, eût été insuffisante pour introduire la canule. Cette nécessité tient à l'étroitesse du conduit aérien de l'enfant, et la commande par conséquent dans le jeune âge. Heureusement, rien n'est plus simple qu'abaisser quelque peu l'isthme du corps thyroïde, et qu'inciser les premiers anneaux; ce dernier temps allonge à peine la durée de l'opération.

Nous nous arrêtons à ces deux premiers faits qui suffisent pour prouver que notre procédé peut être employé chez l'adulte et l'enfant. Nous aurions pu en citer de plus heureux. Nous ne l'avons pas fait parce que nous avons hâte de finir et que nous n'avons nullement l'intention de prouver qu'il guérit le croup ni la phthisie laryngée, mais seulement qu'il fournit une ouverture suffisante pour faire largement respirer, en même temps qu'il met à l'abri de toute chance d'hémorrhagie et d'autres accidens sérieux. Ceci dit, nous allons faire connaître la manœuvre opératoire qu'il réclame chez l'adulte et chez l'enfant.

Tout étant disposé comme pour le procédé ordinaire, le malade placé et maintenu dans la position usitée, l'opérateur se tient à sa gauche de préférence; il tend les tégumens du col, les incise sur la ligne médiane depuis le bord inférieur du cartilage thyroïde jusqu'au niveau de l'isthme du corps thyroïde, dans une étendue de 25 à 30 millimètres. Les bords de cette incision et les muscles sous-jacens sont isolés et écartés les uns des autres par deux crochets mousses confiés à un aide. Alors apparaissent à nu le cartilage cricoïde et le premier anneau trachéal; l'ongle de l'indicateur gauche est appliqué sur la membrane qui les sépare, sert de conducteur à la pointe d'un bistouri qu'on plonge dans la trachée en divisant transversalement cette membrane. Le tranchant de l'instrument est dirigé successivement à droite et à gauche, isole le larynx de la trachée jusque un peu au-delà des extrémités du diamètre transversal de celle-ci, et produit ainsi une ouverture suffisante. Pendant ce dernier temps, l'ongle glisse sur le premier anneau qu'il n'a pas quitté, s'enroule sur son bord supérieur, pèse sur lui et l'abaisse comme ferait un crochet. Cette dernière manœuvre a pour but d'accroître rapidement l'ouverture trachéale, de fournir un large accès à l'air et d'assurer l'introduction de la canule.

Arrivé là, si l'on remarque que l'ouverture trachéale est insuffisante, rien de plus facile que de l'accroître autant que les exigences peuvent le réclamer. On abaisse l'isthme du corps thyroïde de manière à découvrir les deux, trois ou quatre premiers anneaux, on engage l'une des pointes mousses d'une paire de ciseaux dans l'ouverture transversale de la trachée, l'autre est appliquée perpendiculairement sur la partie antérieure du tube aérien, on divise celui-ci, et l'on obtient ainsi, par cette double incision, une ouverture qui a la forme d'un T.

Nous ne dirons rien de la facilité d'exécution et de l'innocuité de ce procédé; l'une et l'autre ressortent avec évidence de la manœuvre que nous venons de décrire; nous ne voulons insister un instant que sur l'avantage qu'il possède de se prêter à quelques exigences, souvent de la plus haute importance, en fournissant une ouverture à laquelle on peut donner des proportions qui dépassent tous les besoins connus. Chez l'adulte, l'incision transversale suffit; chez l'enfant, il faut y ajouter la division des deux premiers anneaux : mais là ne s'arrêtent ni chez l'un ni chez l'autre, les limites qu'on peut franchir sans danger; on peut abaisser cette dernière incision jusqu'au troisième, au quatrième et même au-delà. On conçoit combien cette ressource peut être précieuse pour la recherche et l'extraction de certains corps étrangers. En veut-on un exemple frappant? Supposons pour le donner, qu'un corps étranger rond, du diamètre de 20mm, et par conséquent de 60mm, de circonférence, se soit introduit dans la trachée d'un adulte : cela ne s'est peut-être jamais vu, mais assurément un plus volumineux ne pourrait traverser l'anneau du cartillage cricoïde; supposons encore que ce corps a doublé de volume et qu'il a acquis dans la trachée 90mm, de circonférence! Eh bien! même pour ce cas impossible, notre procédé fournirait une ouverture suffisante, comme un simple calcul va le démontrer. On estime en moyenne, le diamètre de l'extrémité supérieure de la trachée de l'adulte à 20mm, soit 60 de circonférence. Nous avons dit qu'on peut le diviser sans crainte, dans ses 3/5mes antérieurs; on obtient donc ainsi une ouverture de 36mm, de côté qui a 72mm, de circonférence. Si nous y ajoutons maintenant le produit de la division longitudinale des trois ou quatre premiers anneaux trachéaux qui fournit aisément 20 à 25mm, de côté, ou 40 à 50mm, de circonférence, nous obtiendrons ainsi une ouverture totale de plus de 100mm, de circonférence, proportion qui équivaut au double environ, de celle qu'on obtient par le procédé ordinaire, et évidemment de beaucoup supérieur à tous les besoins connus (*a*).

Je crois donc être fondé à tirer des faits qui précèdent, les conclusions suivantes :

1° La trachéotomie sous-cricoïdienne est un procédé simple, facile et sans danger;

2° Par elle on attaque la trachée-artère dans son point le plus superficiel et le plus facile à trouver;

3° On respecte le larynx, et l'on s'éloigne également de la glotte et des bronches;

4° On n'intéresse ni vaisseaux, ni nerfs, ni muscles, ni glandes, ni cartilages;

5° Malgré les petites dimensions de l'incision de la peau, on peut ouvrir la trachée dans une étendue plus considérable que par tout autre procédé;

6° L'ouverture qu'il fournit, permet de placer et de conserver à demeure, des canules capables d'entretenir largement la respiration, tout en se prêtant, si cela est nécessaire, à la recherche et à l'extraction des corps étrangers des plus fortes dimensions.

(*a*) Les mesures suivantes ont été prises sur des sujets d'âge et de sexe différens, soit par moi, soit par M. Créveaux, interne à l'Hôtel-Dieu de Reims.

1° Homme adulte.

Les diamètres de la trachée-artère, pris à l'intérieur et au niveau du premier anneau cartilagineux, offrent :

Le bilatéral, 21mm, l'antéro-postérieur, 19, moyenne, 20, circonférence. 60mm

Dans la *trachéotomie sous-cricoïdienne*, les coupes ont fourni :

1° L'incision transversale des 3/5mes antérieurs du 1er espace trachéal, 36mm de côté, ou une ouverture d'une circonférence de. 72mm

2° L'incision longitudinale des quatre premiers anneaux, savoir : le 1er 6, le 2me 6, le 3me 8, le 4me 5; ensemble, 25 de côté, ou une ouverture d'une circonférence de. 50mm

Ce qui équivaut, pour la double incision en T, à une circonférence totale de. 122mm

Dans la *trachéotomie sous-thyroïdienne*, la coupe longitudinale de quatre anneaux a fourni 23mm de côté, ou une ouverture d'une circonférence de, ... 46mm

Différence *à l'avantage de la trachéotomie sous-cricoïdienne*. 76mm

2° Femme adulte.

Les diamètres de la trachée-artère, pris à l'intérieur du premier anneau, offrent :

Le bilatéral, 16,5mm, l'antéro-postérieur, 15,5, moyenne, 16, circonférence de. 48mm

Dans la *trachétomie sous-cricoïdienne*, les coupes ont fourni :

1° L'incision transversale des 3/5mes antérieurs du premier espace trachéal, 30mm de côté, ou une ouverture d'une circonférence de. 60mm

2° L'incision longitudinale des quatre premiers anneaux, savoir : le 1er 8mm, le 2me 7mm, le 3me 5mm, le 4me 5mm; ensemble, 25 de côté, ou une circonférence de. 50mm

Ce qui équivaut, pour la double incision en T, à une circonférence totale de. , ... 110mm

Dans la *trachéotomie sous-thyroïdienne*, la coupe longitudinale de quatre anneaux a fourni 25mm de côté, on une ouverture d'une circonférence de. 50mm

Différence *à l'avantage de la trachéotomie sous-cricoïdienne*. 60mm

3° Enfant fort et bien développé de 14 mois.

Les diamètres de la trachée, pris à l'intérieur du premier anneau, offrent :

Le bilatéral, 10mm, l'antéro-postérieur, 10, moyenne, 10, circonférence. 30mm

Dans la *trachéotomie sous-cricoïdienne*, les coupes ont fourni :

1° L'incision transversale des 3/5mes intérieur du 1er espace trachéal, 18mm de côté, ou une ouverture d'une circonférence de. 36mm

2° L'incision longitudinale des deux premiers anneaux : 10 de côté, avec une circonférence de. 20mm

Ce qui équivaut, pour la double incision en T, à une circonférence totale de. 56mm

Dans la *trachéotomie sous-thyroïdienne*, la coupe longitudinale de quatre anneaux a offert 19mm de côté, ou une ouverture d'une circonférence de. 36mm

Différence *à l'avantage de la trachéotomie sous-cricoïdienne*. 20mm

Les mesures précédentes, tout exactes qu'elles sont, peuvent laisser subsister quelque incertitude dans l'esprit de celui qui voudrait connaître l'aire vraie des ovales obtenus par l'un et l'autre procédés; la circonférence ne la donne pas toujours d'une manière absolue. C'est pour y parvenir, ou du moins pour en approcher le plus près possible, que j'y ai ajouté les mesures des ovales dans les observations suivantes :

4° Homme de 34 ans.

Les diamètres de la trachée, pris à l'intérieur, offrent : le bilatéral 18mm, l'antéro-postérieur, 17, moyenne, 17,5, circonférence. 52,5

Dans la *trachéotomie sous-cricoïdienne*, les coupes fournissent :

1° L'incision transversale des 3/5mes antérieurs du 1er espace trachéal, 31,5 de côté, ou une ouverture d'une circonférence de. 63mm

2° L'incision longitudinale des quatre premiers anneaux a fourni, savoir : le 1er 7, le 2me 5, le 3me 6, le 4me 8; ensemble 26 de côté, ou une ouverture d'une circonférence de. . 52mm

---

2me *Expérience :* J'impose les mains avec Alphonse sur le même vase; dix-sept minutes s'écoulent, et le vase reste immobile.

3me *Expérience :* Alphonse et Alfred font l'expérience sur le même vase, et la rotation est obtenue plus rapidement encore que dans la première expérience.

4me *Expérience* : Alphonse et Norbert (deux frères) font la même expérience, le phénomène de rotation du vase ne se produit qu'après six minutes.

5me *Expérience* : Alphonse, Alfred, Norbert, Adrien et Mlle X... s'asseoient autour d'une table-guéridon à roulettes, en bois d'acajou; leurs mains sont placées d'après les règles indiquées; au bout de sept minutes et quelques secondes, la table s'agite et se met à tourner sur son axe.

6me *Expérience :* Je prends place dans la chaîne, le phénomène de la rotation de la table se produit au bout de quatre minutes.

Cette expérience a été faite dix fois de suite, et en changeant la place occupée par chacun des expérimentateurs, sans que ce changement influât en rien sur la rapidité avec laquelle le phénomène se produisait.

7me *Expérience :* Alphonse et Alfred reprennent l'expérience du compotier. Je les invite à vouloir mentalement que le vase, une fois mis en rotation, tourne dans un sens opposé. En moins de quinze secondes, le vase se met à tourner du nord au sud; il a fait à peine une demi-rotation, qu'il s'arrête un instant, et puis se met à tourner en sens inverse, du sud au nord.

Cette expérience répétée, ce jour-là, cinq à six fois, se reproduit toujours comme je viens de l'indiquer.

8me *Expérience :* Nous reprenons l'expérience de la table, moi participant. La rotation s'opère au bout de sept minutes. J'invite un spectateur à toucher l'un de nous. Le spectateur place un doigt sur mon épaule droite, la rotation cesse. Le doigt du spectateur est levé : le phénomène recommence.

Cette expérience a été répétée et variée de toutes manières, en touchant l'habit, la tête, l'épaule, le pied d'un des participans; toujours même résultat : cessation de tout mouvement, et sa reprise après que le contact avec un non participant a cessé.

Il est bien entendu que, malgré toute ma confiance dans la sincérité de mes jeunes amis et collaborateurs, j'étais très attentif sur leurs mains, leurs bras, leurs coudes, leurs pieds et qu'il m'est impossible d'admettre que j'aie été dupe ou victime d'aucune supercherie.

C'est sous l'impression de ces huit expériences répétées et variées, que j'écrivis, lundi soir, les quelques lignes qui parurent dans l'UNION de mardi.

Pour moi, le phénomène était irrécusable. Mais un ami, M. le docteur Debout, rédacteur en chef du *Bulletin de thérapeutique*, m'ayant prié de le rendre témoin de ces faits, je l'invitai à se rendre à Châtillon, hier, jeudi, où il est venu en compagnie de notre honorable confrère, M. le docteur Gorrée, de Boulogne-sur-Mer. Les expériences ont été faites de toutes les manières, elles ont été, pour moi, du moins, plus évidentes, plus sensibles, plus probantes encore que celles de dimanche, car M. Debout a pris des précautions que je croyais inutiles, a imposé des conditions auxquelles je ne pensais pas, a fait des contre-épreuves qui m'ont paru, a moi, décisives. Il ne m'appartient pas de dire qu'elles impressions sont restées dans l'esprit de mes honorables visiteurs. Je ne veux absolument parler ici, que pour mon propre compte. Ce que je dois constater seulement, c'est que comme moi, M. Debout n'a rien obtenu dans l'expérience du vase de porcelaine, tandis que M. Gorrée est arrivé rapidement et plusieurs fois au résultat désiré. M. Debout a été participant aux expériences de la table qui a tourné avec une effrayante rapidité.

Je dois dire aussi, qu'à la table-guéridon, légère et roulant facilement, nous avons voulu substituer une table carrée en acajou plein et beaucoup plus lourde, et que le phénomène ne s'est pas produit après quinze minutes, durée sans doute insuffisante.

Dans toutes les expériences que je viens de raconter, un fait m'a surtout frappé, parce qu'il me semble de nature à éloigner l'idée de toute supercherie, c'est le sens invariable de rotation initiale imprimé aux objets sur lesquels on expérimente. En supposant l'expérimentateur faisant face au nord, c'est toujours de droite à gauche, c'est-à-dire, du nord au sud, que les tables ou les vases commencent à tourner et tournent incessamment, si la volonté des expérimentateurs ne vient pas troubler cette tendance. De plus, avec ce mouvement de rotation, on observe encore que les objets obéissent à un mouvement de progression sensible, et ce mouvement est dirigé ostensiblement de l'est à l'ouest. Tels sont, au moins, les résultats de mes observations propres.

Qu'est-ce donc que ce phénomène, grand Dieu!... je me garderai bien de hasarder la plus petite opinion sur ce sujet. Mais ce que je dirai hardiment, c'est qu'il faut que la science sérieuse et autorisée s'empare au plus vite de ces faits, cherche à les constater, à les reproduire, à étudier leurs lois, à deviner leur nature, si cela se peut. C'est qu'il faut empêcher que la crédulité et le charlatanisme ne se ruent sur cette proie nouvelle; que la science nous dise ce qu'il faut croire et jusqu'où il faut croire; qu'il faut éviter que, par l'indifférence des philosophes et des savants, il n'arrive, de ce phénomène, ce qui arriva, lorsque deux mille ans avant la création de notre Académie des sciences, quelques observateurs de hasard, trouvèrent qu'un morceau d'ambre frotté, attirait les corps légers. Ce phénomène, presque passé inaperçu par la science antique, est devenu le pivot sur lequel roule la science moderne. Sans doute, ce fait d'animer, pour ainsi dire, les corps inertes et de les faire obéir à la volonté, est répugnant pour la raison humaine. Mais sous quelles exigences n'a-t-elle pas été obligée de se courber? Est-ce qu'elle comprend, est-ce qu'elle explique, la raison humaine, par quelle mystérieuse puissance l'aiguille aimantée se tourne toujours vers le nord? Est-ce qu'elle sait le premier mot de la nature intime des forces magné-

Ce qui équivaut, pour la double incision en T, à une circonférence totale de. . . . . 115 ^{mm}

L'*ovale* de cette double incision a offert dans son diamètre supéro-inférieur, 41^{mm}, dans son bilatéral, 36; moyenne, 38,5; circonférence. 115,5 ^{mm}

Dans la *trachéotomie sous-thyroïdienne*, la coupe a fourni, savoir :

1° L'incision longitudinale de quatre anneaux : 25^{mm} de côté, ou une circonférence de. . . . . 50 ^{mm}

2° L'ovale de cette incision un peu tendu, dans son diamètre supéro-inférieur, 24 ; dans son bilatéral, 16 ; moyenne, 20; circonférence. . . . . 60 ^{mm}

Différence à l'*avantage de la trachéotomie sous-cricoïdienne :*

1° Pour la circonférence totale (un peu plus du double) ou 65 ^{mm}

2° Dans les ovales (près du double), ou. . . . . 55 ^{mm}

5° *Femme de 55 ans.*

Les diamètres de la trachée, pris à l'intérieur, au niveau du premier anneau, offrent : le bilatéral, 16; l'antéro-postérieur, 15; moyenne, 15,5; circonférence. . . . . 46,5 ^{mm}

Les diamètres internes de l'*anneau cricoïdien*, pris à l'intérieur, ont présenté : le bilatéral, 12,5, l'antéro-postérieur, 13; moyenne, 12,5; circonférence. . . . . 37,5 ^{mm}

Dans la *trachéotomie sous-cricoïdienne*, les coupes ont fourni, savoir :

1° L'incision transversale des $3/5^{mes}$ antérieurs du premier espace trachéal, 28 de côté, ou une ouverture d'une circonférence de. . . . . 56 ^{mm}

2° L'incision longitudinale des quatre premiers anneaux, savoir : le 1er 6, le 2me 5, le 3me 5, le 4me 4; ensemble, 20, ou une ouverture d'une circonférence de. . . . . 40 ^{mm}

Ce qui équivaut, pour la double incision en T, à une circonférence totale de. 96 ^{mm}

L'*ovale* de cette double incision a donné, dans son diamètre supéro-inférieur, 31; dans son transverse, 25; moyenne, 28; circonférence. . . . . 84 ^{mm}

Dans la *trachéotomie sous-thyroïdienne*, la coupe a fourni, savoir :

1° L'incision longitudinale de quatre anneaux, 22^{mm} de côté, ou une circonférence de. . . . . 44 ^{mm}

2° L'ovale de cette incision, un peu tendu, dans son diamètre supéro-inférieur, 19 ; dans son bilatéral, 15, moyenne, 17; circonférence. 51 ^{mm}

Différence à l'avantage de la *trachéotomie sous-cricoïdienne :*

1° Pour la circonférence totale : plus du double, ou. . . 52 ^{mm}

2° Dans les ovales, moins du double, ou. . . . . 33 ^{mm}

6° *Femme adulte atteinte d'un goître volumineux.*

Le goître de cette femme s'étendait du bord inférieur du cartilage thyroïde à 3 centimètres du sternum; il pénétrait sous les muscles sterno-mastoïdiens qu'il soulevait et tendait, et se prolongeait en dedans, sous la trachée-artère qu'il entourait presque entièrement. Uni à la peau par un tissu cellulaire d'une grande laxité, on pouvait déprimer facilement sa région moyenne, et arriver au cartilage cricoïde et au premier anneau. Les conditions étaient moins avantageuses sous son bord inférieur ; sa proéminence, le court espace demeuré libre entre le sternum et lui, et surtout un réseau vasculaire sous-thyroïdien, fortement développé, auraient formé des obstacles presque insurmontables pour atteindre la trachée dans ce point pendant la vie. Le corps thyroïde se trouvait constitué par un tissu granuleux, homogène et d'un gris-jaunâtre. Deux petites parties seules étaient ramollies dans son lobe gauche.

Les diamètres internes de la trachée, pris au niveau du premier anneau, ont donné : le bilatéral, 15^{mm}; l'antéro-postérieur, 14; moyenne, 14,5; circonférence. . . . . 43,5 ^{mm}

Les diamètres internes du *cartilage cricoïde* avaient : le bilatéral, 13; l'antéro-postérieur, 14; moyenne, 13,5; circonférence. . . . . 40,5 ^{mm}

Dans la *trachéotomie sous-cricoïdienne*, les coupes ont fourni, savoir :

L'incision transversale des $3/5^{mes}$ antérieurs du premier espace trachéal, 26 de côté, ou une ouverture d'une circonférence de. . . . . 52 ^{mm}

L'incision longitudinale des deux premiers anneaux qui, seuls ont pu être atteints, savoir :

Le 1er 4; le 2me 7; ensemble, 11 de côté, ou une ouverture d'une circonférence de. . . . . 22 ^{mm}

Ce qui donne pour la double incision en T, une circonférence totale de. . . . . 74 ^{mm}

L'*ovale* de cette double incision offrait dans son diamètre supéro-inférieur, 29; dans son diamètre bilatéral, 21; moyenne, 25; circonférence. . . . . 75 ^{mm}

Dans la *trachéotomie sous-thyroïdienne*, les coupes ont donné :

L'incision longitudinale de quatre anneaux, 17, ou une circonférence de. . . . . 34 ^{mm}

L'ovale de cette incision dans son diamètre supéro-inférieur, 12; dans son transverse, 14; moyenne, 13; circonférence. . . . . 39 ^{mm}

Différence à l'avantage de la *trachéotomie sous-sricoïdienne :*

1° Pour la circonférence totale, plus du double, ou. . . . 40 ^{mm}

2° Pour les ovales, un peu moins du double, ou. . . . . . 36 ^{mm}

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

ÉTUDE COMPARÉE DES LÉSIONS ANATOMIQUES DANS L'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE ET DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

Note lue à la Société médico-chirurgicale de Paris, dans les séances des 11 Mars et 8 Avril 1853;

Par M. le docteur DUCHENNE DE BOULOGNE (1).

Autopsie de Lecomte — J'ai fait peindre, avec l'assentiment de M. Cruveilhier, le membre supérieur droit, disséqué de Lecomte, afin de représenter exactement le degré d'atrophie de chacun des muscles, et principalement pour montrer à quelles diverses décolorations de ces muscles correspondaient leurs différens degrés de transformation graisseuse (2) déterminées par l'examen microscopique.

Dans cette figure (3) que je mets sous les yeux de la Société, on voit que presque tous les muscles du bras, bien qu'arrivés aux dernières limites de l'atrophie, ont conservé leur coloration à peu près normale ; ces muscles n'ont offert aucune altération de nutrition, même à l'examen microscopique (voyez la fig. 1). Le brachial antérieur seul est profondément altéré et présente une coloration d'un gris pâle. A la face antérieure de l'avant-bras, le cubital antérieur, le grand et le petit palmaires ne sont plus que des tendons auxquels s'attachent quelques fibres musculaires. Chose bien singulière, ces fibres sont encore pour la plupart assez colorées, d'un rouge un peu pâle, et revêtent le caractère de la fibre normale. Il ne reste plus de traces, même aponévrotiques, du rond pronateur; plus profondément on trouve les débris des fibres musculaires appartenant aux fléchisseurs superficiel et profond, et au carré pronateur. Ces fibres offrent différens degrés de décoloration, depuis le rouge un peu jaunâtre jusqu'au gris pâle. Les fibres qui sont arrivées à ce dernier degré de décoloration ressemblent plutôt à de la gélatine qu'à de la fibre musculaire; on en distingue encore les faisceaux.

(1) Suite. — Voir le numéro du 30 avril.

(2) La préparation de ce membre a été faite par M. Géry fils, interne distingué, qui m'a puissamment secondé dans ces recherches.

(3) Je regrette de n'avoir pas pu reproduire cette figure coloriée dans la publication de mon travail.

Tous les muscles de la face palmaire de la main étaient arrivés au dernier degré d'altération de nutrition, à l'exception de quelques fibres musculaires de l'éminence hypothénar, qui étaient encore très colorées.

Si j'avais voulu parcourir toutes les régions du corps, on aurait vu qu'à côté des muscles entièrement graisseux il existait des muscles dont la fibre était encore pure, quoique très atrophiée.

Examen microscopique. — Les fibres musculaires, examinées au microscope par MM. Mandl (1), Aran et moi, ont été trouvées normales quant à leur volume et à leur texture, dans les muscles ou faisceaux musculaires qui avaient conservé leur coloration, et chez lesquels j'avais constaté, pendant la vie, l'existence de la contractilité électrique et volontaire. La figure 1 représente ces fibres normales à stries transversales. On voit dans quelques-unes (*a*) les traces de fibres longitudinales. Les autres fibres musculaires, plus ou moins décolorées, avaient subi à divers degrés la transformation graisseuse. Voici les caractères qui distinguent chacun de ces degrés :

FIBRE NORMALE. PREMIER DEGRÉ.

Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

Fig. 2, 3. Les stries transversales deviennent moins distinctes; elles sont fréquemment interrompues, disparaissent d'abord par-ci, par-là, et finissent par s'effacer complètement. Les fibres longitudinales au contraire deviennent de plus en plus marquées.

DEUXIÈME DEGRÉ.

Fig. 4. Fig. 5.

Fig. 4. Le faisceau musculaire se compose uniquement de fibres longitudinales; les stries transversales ayant complètement disparu. On observe, en dehors de la fibre musculaire, du tissu adipeux, composé de cellules (*a*) arrondies ou longitudinales. Il existe, en outre, des gouttelettes de graisse (*b*) déposées dans la fibre musculaire.

Fig. 5. Les fibres longitudinales ont encore conservé leur contractilité et sont ondulées.

(1) M. Mandl a eu l'obligeance de dessiner sous mes yeux les figures qui représentent les différens degrés de transformation graisseuse et de m'en donner la description.

tiques, électriques, du calorique, de la lumière? Et l'attraction, nous en rendons-nous autrement compte que par l'hypothèse, car n'est-elle pas une hypothèse elle-même, au moyen de laquelle nous expliquons les faits? Connaissez-vous donc, philosophes et savants, toutes les lois, tous les phénomènes, toutes les propriétés de la matière? Pour mon compte, je comprends aussi peu la suspension des corps célestes dans l'espace, la force qui les maintient à leur place et leur fait parcourir éternellement leur cercle immense, que le phénomène de la rotation d'une table sous l'influence de l'imposition des mains.

Maintenant, qu'y a-t-il dans les flancs de la découverte de ce phénomène, et que réserve-t-elle à l'avenir? Je le répète, et je serais heureux que mes honorables confrères qui ont vu, que ceux qui verront à leur tour, et qui ont eu ou qui auront le courage de confesser leur croyance, veuillent bien s'unir à moi dans l'expression et la manifestation de cette pensée : Il y a dans ce phénomène ce que les savans et les philosophes voudront qu'il y ait. S'ils le négligent, le dédaignent et le contestent sans expériment, il va tomber entre des mains indignes; il va s'obscurcir par l'exagération et l'enthousiasme; il va servir à la réhabilitation et à la propagation plus ardente des pratiques mystérieuses des sciences occultes ; il sera livré en pâture à la sottise, à la crédulité, à l'exploitation charlatanesque ; tandis que si les savans le voulaient, ils y trouveraient peut-être le fait initial d'une immense découverte.

Car, en regardant cette table sur laquelle j'écris ces dernières lignes, et en pensant à l'impression désobligeante pour mon amour-propre qu'elles vont probablement produire sur un certain nombre de mes lecteurs, je ne peux m'empêcher de m'écrier, comme autrefois Galilée :

Et cependant tu tournes !...

AMÉDÉE LATOUR.

RÉCLAMATION.

Paris, le 30 avril 1853.

Monsieur le rédacteur.

Au sujet de la prétendue découverte de M. Bretonneau, vous ne serez sans doute pas fâché d'apprendre que l'éthérisation de la sensitive a été pratiquée publiquement, au Collége de France, par M. Claude Bernard, le 7 mai 1851. Ce fait, dont j'ai été témoin, et que je retrouve consigné dans mes notes, peut vous être attesté par les nombreux auditeurs de M. Bernard et par lui-même. Sa modestie, vous le savez, égale son talent d'investigation. Il aurait trop à faire s'il lui fallait revendiquer la priorité de toutes les ingénieuses expériences qu'il imagine pour essayer de pénétrer les mystères de la physiologie. Mais ce service peut, ce me semble, lui être rendu par ceux auxquels il livre si généreusement le produit de ses travaux.

Cependant, ma démarche n'étant ni officielle, ni officieuse ; en vous priant d'agréer l'hommage de ma considération la plus distinguée, je vous demanderais, Monsieur le rédacteur, la permission de me dire simplement :

UN DE VOS ABONNÉS,
Auditeur assidu de M. Bernard depuis deux ans.

Paris, 5 mai 1853.

Monsieur le rédacteur,

L'UNION MÉDICALE du 5 mai, en rendant compte d'un procès relatif à une mort survenue pendant l'administration du chloroforme, donne à tort la qualification d'interne des hôpitaux à M. Masson, qui figure dans ce procès. Le seul interne des hôpitaux qui porte ce nom est M. Oscar Masson, lequel est complètement étranger à cette affaire.

Agréez, etc.

OSCAR MASSON,
Interne à l'hôpital Necker.

COURRIER.

La Société médicale des hôpitaux de Paris a procédé mercredi dernier au renouvellement de son bureau et à la formation de ses différens comités. M. le professeur Requin, vice-président de l'année dernière, a été élu président pour l'année 1853-1854. Ont été nommés : vice-président, M. Bricheteau; secrétaire-général, M. Henri Roger; secrétaires particuliers, MM. Hérard et Léger; trésorier, M. Labric. On a procédé ensuite à l'élection du conseil d'administration, dont MM. Barth, Legroux, Marrotte, Trélat et Vigla ont été nommés membres. En outre, feront partie du comité de publication MM. Hérard, Labric, Léger, Marrotte et Roger ; et du conseil de famille, MM. Devergie, Hervez de Chégoin, Horteloup, Guérard et Natalis Guillot.

Le secrétaire-général rappelle que la Société médicale des hôpitaux de Paris se compose de membres titulaires (médecins des hôpitaux), de membres associés et de correspondans ; elle tient ses séances les deuxième et quatrième mercredis de chaque mois, dans l'amphithéâtre des hôpitaux, rue Neuve-Notre-Dame, 2, à trois heures et demie de l'après-midi ; ces séances sont publiques. Il rappelle également que la Société a proposé un prix de 1,000 fr. à décerner, en 1854, à l'auteur du meilleur mémoire sur l'*albuminurie*. — S'adresser, pour les renseignemens, à M. Henri Roger, secrétaire-général, boulevard de la Madeleine, 15, à qui les mémoires devront être adressés *franco* avant le 31 décembre 1853.

TROISIÈME DEGRÉ.

Fig. 6. Fig. 7.



Fig. 6, 7. Les fibres longitudinales deviennent moins distinctes ; les molécules de graisse (*a*), de plus en plus abondantes, les recouvrent presque entièrement dans la figure 7.

QUATRIÈME DEGRÉ.

Fig. 8. Fig. 9. Fig. 10.

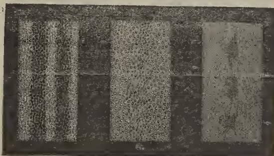


Fig. 8. (Deux faisceaux musculaires.) Les fibres longitudinales ont disparu. On ne voit que des molécules graisseuses très serrées et peu distinctes, surtout vers l'axe du faisceau.

Fig. 9. La graisse devient plus abondante, plus diffluente, ce qui donne plus de transparence au faisceau musculaire.

Fig. 10. On n'aperçoit plus de molécules de graisse distinctes ; le faisceau se compose d'une masse amorphe.

Chaque degré de transformation graisseuse correspondait à un degré de décoloration de la fibre musculaire, ou, en d'autres termes, l'altération de texture de la fibre musculaire était en raison directe de sa décoloration.

Un élève distingué de Ch. Bell, M. le docteur O'léary, lauréat de l'Université d'Edimbourg, est parvenu, à force de patience, à suivre chez les têtards de grenouilles la transformation des cellules organiques en fibres musculaires, depuis la fin de la segmentation du vitellus. Il a distingué dans ce développement de la fibre musculaire quatre phases principales, qui me paraissent correspondre assez exactement aux quatre degrés d'altération par lesquels passe la fibre musculaire avant d'arriver à l'état graisseux. Mais la maladie procède en sens inverse, c'est-à-dire que les stries transversales qui constituent la dernière phase de formation de la fibre musculaire correspondent au premier degré de la transformation graisseuse, et que le dernier degré de cette transformation pathologique se rapproche de l'état primitif de la fibre musculaire.

Voici, du reste, une note que M. O'leary a eu l'obligeance de me communiquer sur ses curieuses recherches, dont les résultats n'avaient pas encore été publiés.

« *Observations microscopiques faites sur le développement de la fibre musculaire des têtards de grenouilles.* (Ces têtards ont été choisis de préférence, parce qu'il était possible d'en avoir un plus grand nombre en même temps et au même degré de développement.)

» *Première phase.* — Les cellules organiques qui doivent plus tard constituer la fibre musculaire, se composent, dans le principe, d'une enveloppe transparente, de deux ou de trois noyaux, et d'une multitude de granulations moléculaires douées du mouvement brownien dans l'intérieur de la cellule ; et souvent masquant les noyaux. Ces noyaux sont de forme angulaire, allongée, de grandeurs différentes et réfractant la lumière à la manière des corps gras.

» Cette première phase de formation de la fibre musculaire durait encore quarante-huit heures après la fin de la segmentation.

» *Deuxième phase.* — Après un certain laps de temps, on voit disparaître la membrane enveloppante ; les noyaux deviennent alors très apparens, entourés de granulations disséminées sur un plus grand espace. Bientôt ces granulations disparaissent peu à peu, et il ne reste plus que les noyaux isolés, qui ont pris un certain degré d'accroissement.

» Celte seconde phase dure à peu près trois jours.

» *Troisième phase.*—On voit des *lignes longitudinales* commencer à se dessiner sur ces noyaux, comme par une sorte de retrait dans la matière dont ils se composent. Ces lignes deviennent de plus en plus prononcées et ressemblent quelquefois à des fentes longitudinales.

» Cette troisième phase dure un peu plus de vingt-quatre heures, et c'est le septième jour seulement à partir de la fin de la segmentation que paraissent les lignes longitudinales. Deux jours après la fibre musculaire entre dans la phase suivante :

» *Quatrième phase.*—Peu à peu commence à apparaître une seconde série de lignes (ce sont les stries transversales), qui finissent par masquer en partie les premières. Arrivé à ce point, le tissu musculaire futur se compose d'un amas de *petits parallélogrammes à stries transversales et à lignes longitudinales*, les dernières peu apparentes et disposées en lignes plus ou moins régulières. A partir de cette dernière phase, le seul changement que subissent ces parallélogrammes consiste dans une simple augmentation de volume en tous sens, au moyen de laquelle ils s'accollent les uns aux autres, et forment des fibres continues dans toute leur longueur.

» Toutes ces études ont été faites de demi-heure en demi-heure, pendant douze et quinze heures de suite. La première phase a été suivie pendant quarante-huit heures. »

Ces observations micrographiques me paraissent confirmer la doctrine si savamment développée depuis longues années par M. Serres, à savoir, que l'*anatomie pathologique n'est en grande partie qu'une organogénie arrêtée, ou un retour vers la structure primitive des organes.*

(La suite au prochain n°.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 Mai. — Présidence de M. DE JUSSIEU.

Traitement de la phthisie pulmonaire par l'emploi de l'hélicine.

M. le docteur EDOUARD DE LAMARE adresse un mémoire sur le traitement et la guérison radicale de la phthisie pulmonaire par l'emploi de l'hélicine, ou mucilage concentré provenant des limaçons.

Les différentes préparations du limaçon, dont un usage ancien et la pratique populaire avaient autrefois généralisé l'emploi dans les maladies de poitrine, ne produisent, entre les mains des praticiens actuels, que des effets nuls ou tout au moins palliatifs.

M. de Lamare a pensé que le discrédit dans lequel est tombé ce médicament, pouvait tenir à un mauvais mode d'administration et à l'insuffisance des doses employées. Il a donc à cet égard fait des expériences nombreuses dont le résultat est le sujet de son mémoire. Ces expériences démontrent que l'hélicine (mucilage du limaçon) qui se trouve presque impuissante toutes les fois qu'elle est administrée en bouillons légers ou en sirop, devient au contraire un moyen puissamment actif lorsqu'elle est suffisamment concentrée pour être administrée à haute dose, sous un petit volume. M. de Lamarre dit avoir obtenu à l'aide de cette subtance la guérison radicale d'un grand nombre de phthisies tuberculeuses avec cavernes constatées par d'habiles praticiens.

De l'oblitération du sac lacrymal.

M. le docteur MAGNE adresse la note suivante :

Quand je publia[1], il y a quatre ans, le résultat de mes recherches sur le traitement de la fistule du sac lacrymal, les auteurs et les praticiens étaient d'accord pour reconnaître qu'on ne guérissait pas cette affection, d'une manière durab e, par les divers procédés habituellement mis en usage. En effet :

Le *cathétérisme*, rarement praticable, souvent douloureux, toujours insuffisant, a été combattu par Rosas, Jæger, Sanson etc., et les mémoires de l'Académie de chirurgie contiennent les reproches, que Laforest, le père pour ainsi dire, de ce procédé, adresse à sa propre méthode.

Les *injections* doivent être prolongées pendant plusieurs mois pour donner quelques résultats, et les fausses routes, l'éraillement de la muqueuse qui tapisse les conduits lacrymaux sont loin d'améliorer la situation des patients ; dans ma pratique, qui remonte à quinze années, je ne compte que quelques succès exceptionnels de ce genre et dans les cas dont il est question, la maladie était légère et ne datait que de fort peu de temps.

La *dilatation du canal nasal* à l'aide du *clou*, du *séton* ou *de la corde à boyau*, méthode longue et douloureuse, ne préserve pas des récidives ; plusieurs mois sont nécessaires pour obtenir un certain degré de dilatation, et si le mal occupe le sac lacrymal, toutes ces souffrances sont en pure perte,

La *canule* a joué un grand rôle, grâce au patronage de Dupuytren ; le célèbre professeur M. Velpeau, la juge en ces termes : « J'ai vu que » la canule remontait très souvent dans le sac lacrymal pendant les » quatre premiers mois ; qu'il s'en échappait un grand nombre par les » fosses nasales avant la fin de la seconde année ; que celles qui restent » en place, se dénaturent, se dissolvent, au point de ne servir à rien. » — M. Robert a extrait une canule entourée d'incrustations, et qui avait déterminé la carie. — M. Janson (de Lyon), après avoir opéré 12 malades à l'aide de la canule, fut forcé plus tard de les réopérer par une autre méthode.

La guérison de la fistule lacrymale était donc encore un problème à résoudre, quand je pensai à remettre en honneur la cautérisation du sac lacrymal, proposée il y a un siècle par Nannoni. Les essais tentés jusqu'alors n'étaient pas encourageans, et je dois le dire, les auteurs s'élevaient contre cette méthode. — M. Velpeau l'avait essayée trois fois, et trois fois avec insuccès ; il est vrai que le savant professeur avait cautérisé avec l'azotate d'argent. — M. Sédillot (de Strasbourg) considérait la cautérisation du sac comme purement exceptionnelle. — M. Vidal (de Cassis) professait les mêmes opinions. — M. Desmarres, dans un ouvrage publié en 1847, regardait l'oblitération du sac comme une dernière ressource. En résumé, les chirurgiens étaient d'accord sur ce point : que l'oblitération du sac lacrymal ne pouvait être considérée que comme une méthode exceptionnelle.

Lutter contre une opinion soutenue par plusieurs hommes considérables, était sans doute bien téméraire ; cependant, découragé par les insuccès des autres procédés, j'eus recours à la cautérisation du sac, et je pratiquai ma première opération le 22 janvier 1848, assisté de mon honorable confrère, M. Boutin de Beauregard. Après deux tentatives infructueuses, dues au peu de causticité de l'agent que j'employais (l'azotate d'argent), je me servis d'un pinceau chargé de beurre d'antimoine, et le 24me jour après l'opération, la guérison était complète. La tumeur lacrymale remontait à trente années.

Je n'insisterai pas sur les diverses modifications que j'ai fait subir au procédé opératoire que j'employais au début, voici celui auquel je donne aujourd'hui la préférence, et qui m'a réussi, chez tous mes opérés, depuis six ans, un seul cas excepté, mais qui était compliqué de carie.

A l'aide d'un couteau dont la lame est à double tranchant, j'incise le sac, ou j'élargis l'ouverture s'il existe un trajet fistuleux ; j'écarte les lèvres de la plaie avec l'instrument que j'ai appelé *spéculum* ou *dilatateur du sac*; je vide et nettoie la cavité ; j'introduis ensuite le *porte-caustique*, et je cautérise surtout à l'embouchure des conduits lacrymaux. Le spéculum du sac offre le double avantage d'écarter les lèvres de la plaie, et de préserver du caustique les parties qui n'ont pas besoin d'être touchées. Il suffit alors d'un simple pansement à plat que l'on renouvelle tous les jours. Cette opération, aisée à pratiquer, dure deux minutes au plus, et peut se faire sans le secours d'un aide.

C'est ainsi que j'ai opéré, le 13 décembre dernier, Mme B..., place de Laborde, n° 7, pour une tumeur lacrymale datant de cinq années ; douze jours après, la cicatrisation était complète. — Mme R..., des environs de Dourdan, opérée de la même manière le 14 janvier 1853, et dont la tumeur remontait à quinze années, obtint un résultat semblable le 16me jour.

Le larmoiement qui se manifeste après l'oblitération du sac, finit par disparaître, soit que les larmes s'évaporent sur la surface de l'œil, soit qu'il surgisse dans la glande lacrymale une modification physiologique en présence d'une partie de l'appareil supprimée.

Je me crois donc suffisamment autorisé à proposer l'*oblitération du sac lacrymal, comme méthode générale*, et je crois avoir rendu un véritable service à la science et à l'humanité, car la tumeur et la fistule du sac lacrymal s'observent très fréquemment.

Je m'empresserai de présenter à l'Académie des guérisons récentes, et d'autres remontant à six années.

Présence de l'albumine dans le lait.

M. GIRARDIN, de Rouen, adresse une note pour servir à l'étude du lait. Il s'agit de la sécrétion normale d'albumine par l'organe mammaire.

M. Girardin a eu l'occasion de reconnaître, il y a déjà plusieurs années, comme l'a fait M. Doyère en 1851, que l'albumine est un élément constant du lait ; il a observé en outre une production anormale de ce principe azoté dans une circonstance toute spéciale qui n'a point encore attiré l'attention des physiologistes. Ayant constaté sur plusieurs vaches malades une forte proportion d'albumine qui donnait à leur lait un aspect visqueux et filant, et des propriétés anormales, M. Girardin a eu l'idée de rechercher ce même principe dans le lait provenant d'animaux en bon état de santé et habitant des localités très diverses. Il en a trouvé dans tous les échantillons qui lui ont été remis, en sorte qu'il est devenu évident pour lui que l'albumine figure toujours au nombre des principes constituans du lait, et qu'elle a été confondue avec la caséine dans les analyses antérieures à ses essais.

Sur le phénomène de la rotation du globe oculaire autour de son axe dans les mouvemens latéraux de la tête.

M. Victor SZOKALSKI, de Savigny (sous Beaune), adresse quelques observations sur la rotation de l'œil autour de son axe, et signale comme preuve de cette fonction encore peu connue, un phénomène objectif de la vision qui lui paraît, malgré sa fréquence, avoir échappé à l'attention des observateurs.

La rotation du globe oculaire autour de son axe est facile à constater, dit-il, par la simple inspection de l'œil. Lorsqu'on observe attentivement un objet quelconque près du pourtour de la cornée transparente dans l'œil d'une personne placée devant nous, et si on lui fait incliner alternativement la tête, tantôt vers une, tantôt vers l'autre épaule, on remarque que le globe de l'œil reste immobile comme une boussole d'un navire, et que l'orbite et ses paupières tournent autour de lui.

Pour se rendre compte d'un tel état de choses, on est obligé d'admettre que le globe de l'œil est soumis à un mouvement antagoniste et correctif, et l'examen anatomique des parties, démontre alors qu'il n'y a que les muscles obliques qui pourraient faire exécuter un pareil mouvement. En effet, ces muscles embrassent le globe oculaire comme une corde embrasse une poulie clouée sur place, et lui impriment, par leurs contractions alternatives le mouvement de va et vient ; ainsi, lorsqu'on ferme, par exemple, l'œil gauche et que l'on incline la tête du côté de l'épaule droite, l'oblique supérieur de ce côté se contracte et l'œil se tourne de manière que sa dimension verticale, au lieu de s'incliner à droite, conserve, jusqu'à une certaine limite, sa position primitive.

L'effort que nous faisons pour remuer latéralement la tête excite en même temps et à notre insu la rotation de l'œil, ce qui a probablement lieu par l'intermédiaire des filets qui prennent leur source des premiers nerfs cervicaux, passent par les ganglions sympathiques et se mêlent avec les filets des nerfs oculo-moteurs.

Les impressions rétiniennes règlent et dirigent la rotation, mais il n'en est pas moins vrai que cette fonction est primordialement associée au mouvement oscillatoire de la tête, car on l'observe aussi bien chez les aveugles de naissance que sur ceux qui voient et fixent de leur regard les objets.

Dans la vision binoculaire, la contraction de l'oblique supérieur, d'un côté, est toujours accompagnée de celle de l'oblique inférieur de l'autre côté, en sorte que toutes les dimensions correspondantes des deux rétines conservent leur parallélisme dans toutes les directions possibles du regard.

Ce mécanisme diminue considérablement la vacillation des images optiques au fond des yeux, mais son but principal est beaucoup plus important et plus élevé. Il faut, pour voir simple, que les deux images tombent sur les parties identiques des deux rétines ; mais le mouvement de la tête, du corps et du regard entravent continuellement ce rapport, et le jeu des muscles droits qui combine les deux axes visuels dans toutes les directions du regard, ne suffit nullement pour concorder entre eux tous les points de deux surfaces sensibles des deux rétines.

Il est évident, ajoute l'auteur, que nous ne verrions exactement sans le secours des muscles obliques, que les portions des objets placés à l'endroit où se rencontrent les deux axes optiques, et que les autres parties nous paraîtraient doubles dans le plus grand nombre de directions du regard. Afin de nous préserver de cette diplopie, la rotation des yeux autour de leur axe est de toute nécessité, mais le jeu des muscles obliques est, à cet effet, beaucoup plus varié et plus compliqué que l'on ne le pourrait croire. On est souvent obligé, pour concorder les deux images, de faire agir tantôt les deux obliques supérieurs, tantôt les deux inférieurs, de les contracter au même degré ou à des degrés différens, et de combiner à l'infini leur action avec celle des muscles droits.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Paris médical, *vade-mecum* des médecins étrangers, renseignemens historiques, statistiques, administratifs et scientifiques sur les hôpitaux et hospices civils et militaires, l'enseignement de la médecine, les Académies et Sociétés savantes, précédés d'une topographie médicale de Paris, et suivies d'un précis de bibliographie médicale française et des adresses de tous les médecins de Paris ; par le docteur Henri MEDING, président de la Société médicale allemande, à Paris, etc., 2 vol. in-18, Paris, 1852-53. J.-B. Baillière. — Prix : 6 fr.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 55. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 10 Mai 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SYPHILISATION.

RAPPORT A M. LE PRÉFET DE POLICE SUR LA QUESTION DE SAVOIR SI M. LE DOCTEUR AUZIAS-TURENNE PEUT ÊTRE AUTORISÉ A APPLIQUER OU A EXPÉRIMENTER LA SYPHILISATION A L'INFIRMERIE DE LA PRISON SAINT-LAZARE.

Par MM. les docteurs MÉLIER, président, Philippe RICORD, DENIS, CONNEAU, et MARCHAL (de Calvi), secrétaire rapporteur.

(Publié par décision de M. le Préfet de police.)

DEUXIÈME PARTIE.

Cette seconde partie comprend :

1° L'exposé pur et simple des faits, d'après les procès-verbaux de la Commission ;

2° L'appréciation de ces faits par la Commission, également d'après les procès-verbaux.

I.

EXPOSÉ DES FAITS DE SYPHILISATION CHEZ L'HOMME, DE LA PRATIQUE DE M. AUZIAS, PARVENUS A LA CONNAISSANCE DE LA COMMISSION.

Premier fait.

C'est celui de M. de ***.

M. Auzias présenta M. de *** à la Commission, dans la séance du 18 août 1852.

Voici l'extrait du procès-verbal de cette séance, relativement à cette présentation :

« On introduit M. Auzias et M. de ***.

» M. le Président à M. de *** : La commission a désiré vous entendre et vous examiner ; elle vous remercie de vous être rendu à son désir.

» M. de *** : J'ai voulu rendre hommage à la vérité, et donner à M. Auzias une faible preuve de ma reconnaissance.

» M. le Président : Vous avez eu la syphilis ?

» M. de *** : En 1831, j'eus un chancre à la verge. Trois ou quatre mois après, j'eus des ulcères à la gorge. Je fis, à Nantes, un traitement par les pilules de Belloste. On m'appliqua un vésicatoire sur la région hépatique, car je souffrais du foie ; la plaie s'ulcéra profondément. On me mit aussi un cautère sur la même région.

» M. Ricord : Combien de temps les ulcères de la verge mirent-ils à se cicatriser ?

» M. de *** : Je ne saurais le dire au juste.

» M. le Président : Il sera bon, je pense, que M. de *** complète son récit avant qu'on lui adresse des questions.

» M. de *** : Un an s'était écoulé. Je fis une chasse en forêt, et je me fatiguai beaucoup. Sans autre cause, car depuis un an je n'avais pas eu de rapports sexuels, je fus pris d'une urétrite cordée qui me fit cruellement souffrir. On me prescrivit du sirop de Cuisinier, et des injections : j'ignore lesquelles. Pendant deux ans je conservai une sécrétion, ce qu'on nomme vulgairement *goutte militaire*. Du reste, je ne perdais pas mes forces. Depuis huit à dix ans j'éprouve des douleurs rhumatismales. J'ai pris environ cent bouteilles de Rob-Laffecteur, et j'ai fait grande consommation de salsepareille. Je me trouvais, tantôt bien, tantôt mal. Il s'est joint, depuis quelque temps, aux autres symptômes, des sueurs particulières, très abondantes. J'avais souvent, sur la verge, de vives démangeaisons et de la cuisson. Il m'en venait d'autres aux cuisses, surtout à la cuisse droite, et aux reins. J'avais des douleurs ostéocopes et des maux de gorge. C'étaient de vieux restes suivant les uns, ce n'était rien suivant les autres. Depuis trois ans j'avais de continnelles insomnies, et il m'était survenu des glandes sur les côtés du cou et à la nuque. Ces glandes roulaient sous le doigt. J'étais affaissé, découragé, amaigri. Il y a un an, j'ai fait un séjour au bord de la mer, et je me suis remis, à peu près du moins, mais pour peu de temps. La poitrine est devenue malade. On me disait que c'était peut-être un commencement de tuberculisation, mais on ne l'affirmait pas. C'est surtout la partie supérieure des poumons qui était engagée. Mes douleurs s'étaient fixées à l'avant-bras, et je les sentais dans l'intérieur de l'os. J'ai recommencé cent fois la même série de souffrances, et je tournais pour ainsi dire dans le cercle de Popilius.

» J'en étais là lorsqu'un journal me fit connaître la méthode de M. Auzias. J'en parlai à un médecin, et je me rendis auprès de M. Auzias. Il m'entreprit, et je l'en remercie, car, depuis que je suis entre ses mains, je vis d'une vie nouvelle, et je n'aurais jamais espéré d'une méthode quelconque un aussi grand soulagement.

» M. Auzias commença par me faire venir un chancre au-dessous de la clavicule droite. Il m'en fit ensuite venir deux autres, un à gauche, sous la clavicule, et l'autre dont je fixai moi-même la place, sur l'omoplate. Ce dernier me gêna beaucoup, et me fit grandement souffrir. Cinq ou six jours après la seconde inoculation, M. Auzias me fit dix piqûres, puis en plusieurs fois, vingt, trente autres. Les dernières n'eurent point d'effet. Depuis que je me suis fait syphiliser, je n'ai plus de douleurs ni à l'avant-bras, ni en aucun autre point. Je ne souffre plus de la poitrine. Je mange. Je dors. Mes glandes ont disparu. Enfin, sauf les pustules d'inoculation, je suis tout à fait bien portant, et dans le meilleur état possible.

» Je crois avoir dit tout ce que j'avais à dire.

» M. Ricord : Combien de temps s'est-il passé entre l'apparition du chancre à la verge et celle du mal de gorge ?

» M. de *** : Deux, trois mois. C'est loin de moi, et je ne puis préciser davantage.

» M. Ricord : Quel était l'aspect des ulcères de la gorge ? Qui les a vus ? Est-ce un médecin ?

» M. de *** : Plusieurs médecins les ont vus.

» M. Marchal : Quelle a été l'opinion des médecins sur la nature des ulcères de la gorge ?

» M. de *** : Il les ont considérés comme syphilitiques, et je fus traité en conséquence, puisque je pris des pilules de Belloste.

» Je répare une omission : Quelques jours avant l'écoulement dont j'ai parlé, il m'était survenu une glande dans l'aîne.

» M. Marchal : Quels étaient les caractères de cette glande ?

» M. de *** : Elle était dure et très douloureuse. Au reste, j'ai eu des glandes partout, depuis trois ans, mais surtout à la nuque.

» M. Ricord : Quel était le siége précis des glandes à la nuque ?

» M. de *** indique l'espace situé en arrière du bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

» M. le Président : Vous êtes bien sûr de vos souvenirs en affirmant que l'écoulement se manifesta sans cause infectante, et, comme on pourrait dire spontanément ?

» M. de *** : Parfaitement sûr.

» M. le Président : Aviez-vous eu d'autres écoulemens ?

» M. de *** : Jamais.

» M. le Président : Veuillez préciser le plus possible l'état dans lequel vous vous trouviez lorsque la syphilisation a été commencée.

» M. de *** : J'avais des douleurs ostéocopes et des douleurs rhumatismales, des maux de tête, la respiration *sibilante*. Je toussais continuellement. J'avais des sueurs.

» M. Denis : Les douleurs étaient-elles plus fortes la nuit que le jour ?

» M. de *** : Je souffrais surtout dans le jour.

» M. Denis : Cela est bien certain ?

» M. de *** : Tout à fait certain.

» M. le Président : Existe-t-il une différence notable entre l'état présent du malade et son état antérieur ?

» M. de *** : Du tout au tout. J'ai eu, dans les premiers jours de la syphilisation, un appétit extraordinaire ; et, la nuit, je goûtais un repos qui m'était inconnu depuis des années. Il y a quinze jours, ce bien-être fut un moment interrompu, par suite de préoccupations vives et pénibles. Mais ces préoccupations ont cessé, et je me sens de nouveau dans le meilleur état. Je n'ai plus de douleurs. Je suis plein de force.

» M. Marchal : L'aspect extérieur du malade a-t-il changé depuis la syphilisation.

» M. de *** : Sensiblement. Toutes les personnes qui me connaissent s'étonnent de ma bonne mine et me font compliment.

» M. le Président : Avez-vous consulté souvent pour votre maladie ?

» M. de *** : Plus de trente médecins ; à Nantes, M. Lafon. A Paris, je n'ai vu que des homœopathes.

» M. Marchal : Le chancre dont le malade fut affecté en 1831, et qui constitue l'accident primitif, était-il dur à la base ?

» M. de *** : Je n'en ai aucun souvenir.

» M. de *** est invité à vouloir bien montrer les parties inoculées, et se découvre jusqu'à la ceinture.

» M. de *** est de petite taille, maigre, sec, fatigué. Il offre, sous les clavicules, dans l'étendue d'au moins un décimètre carré de chaque côté, un nombre considérable de pustules dont plusieurs sont énormes. D'autres sont très petites. Aucune n'est à l'état d'ulcération. Entre elles on voit les cicatrices des ulcères des premières inoculations. Une pustule assez volumineuse et qui l'a été infiniment plus, en même temps qu'elle a été très douloureuse et très incommode, existe dans la région sous-épineuse droite. Sept ou huit pustules se suivent le long de la rainure vertébrale, qui est très profonde chez le malade.

» M. Marchal : M. de *** est bien sûr de ne pas se tromper en affirmant que les secondes inoculations ont fait rétrograder les pustules des premières, et ainsi de suite ?

» M. de *** : Cela est tout à fait certain. La pustule de l'omoplate, par exemple, était énorme ; les nouvelles inoculations l'ont réduite immédiatement et considérablement. Aujourd'hui elle est insignifiante, relativement à ce qu'elle était.

» M. Ricord : Quelques-uns des ulcères des premières inoculations ont-ils manifesté une tendance phagédénique ?

» M. Auzias : Nullement ; d'ailleurs, les syphilisateurs défient le phagédénisme, certains de l'arrêter toujours au moyen de nouvelles inoculations. »

M. de *** ne s'est pas représenté devant la commission ; mais, dans la séance du 27 août, M. Auzias fut amené à fournir des explications sur le cas de ce malade, explications consignées dans le passage suivant du procès-verbal de cette séance :

« Lecture est donnée à M. Auzias de la partie du procès-verbal de l'avant-dernière séance, qui est relative à M. de ***.

» M. Auzias déclare n'avoir aucune observation à présenter sur le procès-verbal.

» M. Denis : M. Auzias peut-il nous dire sur quels symptômes d'infection syphilitique il s'est fondé pour appliquer la syphilisation à M. de ***.

» M. Auzias : Je vois où tend la question de M. Denis. Mais avant d'y répondre, je dirai, sans me permettre de blâmer la Commission, que j'aurais voulu que les questions adressées à M. de *** fussent présentées autrement et plus complètes : on serait arrivé, je pense, à un résultat plus précis.

» M. le Président : Je ne puis laisser passer cette remarque. J'ai insisté à dessein pour que M. de *** ne fût pas interrompu, afin qu'on ne pût prétendre que la Commission l'avait troublé ou influencé. Il a dit tout ce qu'il a voulu dire. Ce n'est qu'ensuite que des questions lui ont été adressées. M. Auzias trouve aujourd'hui que l'interrogatoire n'a pas été complet. Pourquoi ne l'a-t-il pas dit au moment même ? Son intérêt et son devoir étaient d'aviser à ce que tous les détails importans fussent connus de la Commission. Au reste, nous ne demandons pas mieux que d'entendre et d'examiner de nouveau M. de ***.

» M. Auzias : Maintenant, je vais répondre à la question de M. Denis.

» M. de *** a eu des blennorrhagies sans coït, que je considère comme un symptôme constitutionnel ; des douleurs rhumatoïdes ; des ganglions occipitaux, cervicaux, inguinaux ; des ulcérations à la gorge, déclarées syphilitiques par des observateurs tout à fait compétens ; des ulcérations consécutives et des papules au prépuce ; un psoriasis palmaire ; des douleurs ostéocopes ; une tumeur gommeuse à la région hépatique, ayant donné au malade l'idée d'une affection du foie, et que l'on eût reconnue comme moi pour ce qu'elle était réellement, si l'investigation sur ce point important avait été plus rigoureuse ; enfin, M. de *** a ressenti des douleurs périnéales, que j'ai souvent notées chez les individus affectés de syphilis constitutionnelle.

» Il est bien vrai que les douleurs ostéocopes étaient, contrairement à ce qu'on observe d'ordinaire, plus intenses le jour que la nuit. Mais cette exception à la règle tient à une autre exception : je veux dire que M. de *** faisait du jour la nuit. Il se couchait et dormait dans le jour ; la nuit, il faisait sa correspondance. Il est venu me voir plusieurs fois à quatre heures du matin.

» Au moment où j'ai commencé la syphilisation, les symptômes prédominans étaient : 1° des douleurs aux cuisses et aux avant-bras ; 2° des ganglions cervicaux ; 3° des éruptions croûteuses au cuir chevelu ; 4° les pesanteurs périnéales dont j'ai parlé.

» Peut-on admettre que des hommes aussi distingués que MM. Lafon et Mercier, de Nantes, jouissant d'une grande et légitime confiance dans la ville importante où ils exercent leur profession, auraient administré les mercuriaux, l'iodure de potassium et le Rob-Laffecteur, s'il n'y avait pas eu syphilis constitutionnelle ? Mais je veux admettre que je me sois trompé, que j'aie agi légèrement, il faudrait toujours reconnaître, eu égard à la prodigieuse amélioration qui s'est produite dans la santé de M. de ***, à la suite des inoculations, que la syphilisation, dans ce cas, a été non seulement innocente, mais souverainement bienfaisante.

» M. le Président : Il sera tenu compte, au procès-verbal, de vos observations ; mais je maintiens que l'interrogatoire de M. de *** a eu lieu de manière à laisser paraître la vérité et toute la vérité.

» M. Ricord : Quant à moi, j'ai su de M. de *** ce que je voulais savoir. Rien de ce que je viens d'entendre n'était nécessaire au jugement que je dois porter.

» M. Auzias : Permettez-moi de vous faire connaître le nombre d'inoculations que j'ai pratiquées à M. de ***, et à quels intervalles elles ont été pratiquées :

1er juillet.	1	inoculation.
14 —	2	inoculations.
20 —	2	—
28 —	10	—
30 —	10	—
1er août.	10	—
4 —	10	—
7 —	10	—
9 —	10	—
12 —	10	—
13 —	40	—
20 —	15	—

» Ainsi, du 1er juillet au 20 septembre, j'ai fait à M. de ***, sans

aucun accident, et avec le plus grand avantage pour sa santé, cent trente inoculations. »

Une dernière fois, le 3 septembre, il fut question de M. de *** entre la commission et M. Auzias ; et voici à quelle occasion, d'après le procès-verbal de la séance :

» M. le Président invite avec instance M. Auzias à faire tous ses efforts pour présenter à la Commission des exemples de syphilisation.

» M. Auzias répond qu'il y a de grands inconvéniens à faire de pareilles présentations, à cause des questions adressées aux malades et de la manière dont elles sont formulées ; que les malades perdent confiance dans la méthode et dans le médecin ; que, par exemple, M. de *** est ébranlé depuis l'examen de la Commission.

» M. Marchal est forcé de protester contre l'assertion de M. Auzias : M. de *** a été examiné, dit-il, avec toute réserve ; le procès-verbal en fait foi ; rien, absolument rien, dans les paroles, dans l'attitude des commissaires, n'a pu faire naître dans l'esprit du malade la plus légère interprétation contre la syphilisation.

» M. le Président se félicite, en présence de l'allégation de M. Auzias, d'avoir laissé toute latitude à M. de ***.

» M. Ricord fait remarquer la contradiction qui existe entre la présente insinuation de M. Auzias et la critique qu'il adressait précédemment à la Commission, de n'avoir pas assez multiplié les questions à M. de ***. »

Deuxième fait.

C'est le fait de l'étudiant J..., qui a produit une si vive et si pénible impression.

Plusieurs jeunes gens, MM. Lefèvre, Mialet, Guilbert et Roby, étudians en médecine, Rochefort, employé à la ville, ayant connu J... avant sa syphilisation, et l'ayant suivi ou même assisté depuis, furent appelés par M. le président à se rendre dans le sein de la Commission. Le premier, obligé de quitter Paris, s'expliqua dans une lettre circonstanciée; les quatre autres vinrent de leur personne exposer devant la Commission les détails qui étaient à leur connaissance sur ce cas malheureux.

De plus, la Commission fit rechercher et entendit, sur le compte de J..., la fille X..., ancienne maîtresse de ce jeune homme, qui, elle aussi, a été syphilisée par M. Auzias, et dont l'histoire viendra après celle-ci.

Enfin, M. Auzias lui-même avait donné, sur J..., quelques renseignemens que nous avons annoncés plus haut et renvoyés à cette partie du rapport.

Ce sont ces divers témoignages qu'il importe de reproduire textuellement, afin qu'aucun détail ne puisse être oublié ou involontairement altéré.

N° 1. *Lettre de M. Lefèvre, étudiant en médecine, datée du 20 août 1852.*

A Monsieur le Président de la Commission administrative de la syphilisation.

« Monsieur,

» Je m'empresse de répondre à la lettre que vous m'avez fait l'honneur de m'écrire, pour me prier de me rendre à la réunion de la Commission dont vous êtes le président.

» Je regrette beaucoup de ne pouvoir vous donner de vive voix tous les renseignemens que je connais sur la maladie et la mort de M. J... Mais je pars aujourd'hui même de Paris ; mes dispositions sont prises, ma place est arrêtée (je ne me rends pas sur une ligne de chemin de fer), et il m'est impossible de reculer.

» Néanmoins, je puis vous dire tout ce que je sais à ce sujet.

» Et d'abord, j'ai remis à M. Ricord, il y a environ trois semaines, une note écrite sous la dictée de J... lui-même, dans laquelle se trouvent relatées, par ordre de date, les différentes affections syphilitiques auxquelles ce jeune homme s'était exposé, et qu'il avait contractées avant le 30 janvier 1852, jour où débuta son traitement par les inoculations syphilisantes. Cette note contient, en outre, la relation des quinze ou vingt premiers jours du traitement, et malheureusement, elle s'arrête là.

» Je voyais peu J.... ; mais j'ai pu constater, environ deux mois avant sa mort, que ses bras étaient couverts de pustules chancreuses dont je ne crains pas d'évaluer le nombre à cinquante ou soixante de chaque côté.

» Sa santé générale, son caractère, étaient visiblement altérés ; sa maîtresse, que je rencontrai quelques jours après sa mort, me dit que, depuis longtemps, ce n'était plus un homme, qu'il avait complètement changé, que ses idées étaient habituellement tristes, qu'il lui semblait qu'il se sentait mourir. Elle me raconta qu'environ huit ou dix jours avant sa maladie, se promenant avec lui au Luxembourg, en plein soleil, elle l'avait prié de passer à l'ombre, mais qu'il grelottait. S'asseyant alors sur un banc, J... resta fort longtemps les yeux fixés vers la terre, dans un état d'accablement profond, dont il ne sortit que pour lui dire qu'il voulait faire un testament en sa faveur.

» J'ai été interroger le restaurateur chez lequel il prenait ses repas. Depuis longtemps, J... ne mangeait plus comme à l'ordinaire ; l'appétit était tantôt exagéré, tantôt nul ; en général, il avait besoin d'être stimulé.

» Tous ces détails, du reste, se trouvent renfermés dans la lettre de M. Roby, que je n'ai pas l'honneur de connaître. Cette lettre est entre les mains de M. Ricord.

» Je n'ai point été averti de la maladie, je n'ai point vu J... à cette époque.

» Les seules personnes qui l'aient suivi pendant les huit ou dix derniers jours qui ont précédé sa mort, sont :

MM. Piedagnel, médecin de l'Hôtel-Dieu;
Guilbert, rue Neuve-des-Poiriers, n° 3;
Mialet, cloître Saint-Benoit, n° 17;
Roby, peut-être;

» Et enfin la maîtresse qu'il avait alors, Mlle A..., dont je ne connais pas l'adresse, mais que j'ai vue depuis avec M. Guilbert, par lequel on pourrait peut-être la retrouver. Cette jeune femme l'a veillé pendant tout le cours de sa maladie ; c'est elle qui a fait demander M. Piedagnel à l'insu de M. Auzias (1).

» Mlle X..., dont il a été si souvent parlé, était la précédente maîtresse de J...; il l'avait décidée à se soumettre à la syphilisation à peu près en même temps que lui.

» Voici son nom et son adresse :

» Mlle X..., rue . . . . . , n° ....

» Enfin, Monsieur, le père et la mère du jeune homme sont venus chez moi. J'ai appris d'eux des détails. . . . . qui ne doivent pas trouver place dans une discussion scientifique. Ils m'ont prié eux-mêmes de ne pas laisser tomber dans l'oubli cette triste histoire pour prévenir d'autres imprudences du même genre.

» Voilà, Monsieur, tout ce que je sais ; je regrette de n'avoir pu que signaler le fait sans apporter dans son observation une précision suffisante.

» Recevez, Monsieur, l'assurance du profond et respectueux dévoûment avec lequel j'ai l'honneur d'être votre très humble serviteur.

» Signé : H. Lefèvre,

» à Châteaudun (Eure-et-Loir). »

N° 2. *Renseignemens fournis par M. Mialet, étudiant en médecine.*

« J'ai connu J... en mai 1851. Il avait eu des contestations avec son père et se trouvait dans une gêne extrême, vivant de privations, souffrant au physique et au moral. Il n'avait pas encore 21 ans l'an dernier, mais il était carré des épaules et robuste, sanguin, nullement scrofuleux. A cette époque (fin de mai 1851), il était atteint, à la verge, d'un chancre énorme, et il avait consulté M. Ricord, dont j'ai vu l'ordonnance. Il prenait de la salsepareille, de la liqueur de Vanswieten, etc.

» M. Ricord : Cela étant, je nie que M. J... ait suivi mon traitement, attendu que je ne prescris jamais ni salsepareille, ni liqueur de Vanswieten.

» M. Mialet : J... avait consulté plusieurs médecins, et il est possible que tout en ayant reçu les conseils de M. Ricord, il suivît, en ce moment, d'autres avis. Il ne m'a jamais parlé d'adénites indolentes ou autres dans les aines. De temps en temps, il prenait de nouveaux chancres avec des femmes différentes. Il était d'ailleurs très passionné. Je le perdis de vue jusqu'au 12 novembre, et je le trouvai dans un état déplorable. Il avait des ulcères à la gorge, des tumeurs roulantes à la nuque et des taches rouges à la peau (la roséole syphilitique). Il ne pouvait ni manger, ni dormir, ni travailler. Il souffrait beaucoup en buvant.

» Nous étions alors, comme je l'ai dit, en novembre. Je ne le revis plus qu'environ quatre mois après, en mars 1852. Il me dit qu'il s'était fait syphyliser et qu'il allait mieux; que sa gorge était en voie de guérison. Je bois, je mange, me disait-il, et je dors. D'ailleurs, son état extérieur n'avait point changé. Il me montra ses chancres aux bras. Il n'en avait pas alors plus de sept à huit, les uns croûteux, les autres en suppuration. Je n'ai pas vu ceux de la poitrine. Peu confiant, pour mon compte, dans la syphilisation, je lui conseillai de discontinuer. Mais comme sa santé s'était fort améliorée, au moins suivant lui, il repoussa cet avis. Dominé par l'idée d'avoir, à ses examens, une note brillante qu'il pût opposer aux reproches de son père, il travaillait énormément et faisait de la nuit le jour ; mangeant peu et prenant, pour veiller, trois ou quatre tasses de café tous les soirs. Quant à la syphilisation, les dernières inoculations n'avaient pas pris, et ce fait m'avait beaucoup frappé. Il se vantait d'acquérir bientôt l'immunité complète. Déjà il avait eu des rapports avec une femme positivement infectée, et il n'avait pris qu'un très petit chancre qui s'était cicatrisé après une seule cautérisation, lui qui jusque là avait toujours eu des chancres énormes. Dans le mois de juin, je le vis tous les jours. Les dernières inoculations doivent dater du commencement de ce mois. Le bras gauche était gonflé, et on l'épargnait. Vers la fin de juin, J... fut pris d'une fièvre qui revenait le soir, et dont la tenacité m'étonnait. Je supposai qu'une course en forêt, à Saint-Germain, y avait été pour quelque chose. Il fut purgé par ordonnance de M. Auzias, à ce que je crois. Du reste, il continuait le même genre de vie et se fatiguait à outrance. Vous n'y tiendrez pas, lui disais-je. C'était au commencement de juillet. Il avait alors au bras gauche huit ou dix chancres croûteux et d'autres en voie de cicatrisation ; ce bras était gonflé et douloureux, mais il n'était pas rouge. Le samedi 3 juillet, J... se leva pour aller dîner et se promener. Il était très fatigué, accablé, et rentra vers neuf heures. Le lendemain dimanche, un érysipèle se déclara au bras gauche, un peu au-dessus du coude, un peu au-dessous des pustules d'inoculation. Le lundi, l'érysipèle avait gagné toute la circonférence du bras, et le mardi il s'étendait à la poitrine, en avant et en arrière. Des phlyctènes se montrèrent ça et là, quelques-unes soulevant l'épiderme des cicatrices des chancres d'inoculation. Je ne me souviens pas d'avoir vu des pustules d'inoculation sur la poitrine, mais il devait y en avoir (1). Dès le lundi, la fièvre avait acquis une grande intensité ; la face était vultueuse, et, par intervalle, le malade délirait. Le mardi ou le mercredi, M. Auzias demanda une consultation, et je lui proposai M. Piedagnel, dont j'avais été l'élève et en qui j'avais grande confiance. M. Piedagnel, chez lequel je me rendis moi-même sans le rencontrer, vint à une heure et demie, sur quelques mots que je lui laissai; mais M. Auzias ne put se trouver au rendez-vous, et la consultation n'eut lieu qu'à deux heures de relevée. M. Piedagnel découvrit le malade et s'écria, en voyant les pustules d'inoculation : qu'est-ce que cela ? Je n'entendis pas la réponse de M. Auzias, et je pensai qu'il voulait dissimuler. Je crus alors de mon devoir d'aller attendre M. Piedagnel dans la rue, pour lui faire connaître toute la vérité. Mais M. Piedagnel me répondit que je ne lui apprenais rien ; que M. Auzias lui avait tout dit. M. Piedagnel, à la première vue de l'érysipèle, s'était écrié : voilà bien les caractères de l'érysipèle épidémique. Du reste, il ne paraissait aucunement irrité ou indigné, parlant plutôt d'une manière plaisante, et disant que, pour son compte, il ne syphiliserait pas plus les autres qu'il ne se ferait syphiliser lui-même. Il ne me dit pas un mot qui pût me faire supposer qu'il attribuait l'érysipèle aux pustules de la syphilisation.

» Il trouvait J... très gravement malade et annonçait une terminaison funeste dans le cas où le délire serait revenu le soir. Or, la nuit, J... extravagua et même il se leva et sortit sur le carré, d'où je le ramenai, car c'est moi qui le veillai cette nuit. Le lendemain matin, revenu un peu à lui, il répondait assez juste quand on l'interrogeait avec insistance. On avait prescrit un purgatif, à la suite de la consultation, et il en était résulté un peu de mieux, à ce que je crus du moins. Il y eut une seconde consultation, également entre M. Piedagnel et M. Auzias, le jour même de la mort, dans la matinée. On convint de faire une application de sangsues aux apophyses mastoïdes, et on la fit dans la journée. Le soir du 13 juillet, à onze heures, J... rendait le dernier soupir. Sa maladie avait débuté le 4, et avait, par conséquent, duré dix jours. Mais, selon moi, les prodrômes étaient de beaucoup antérieurs à l'apparition de l'érysipèle. »

N° 3. *Renseignemens fournis par M. Guilbert, étudiant en médecine.*

« Je connaissais J... depuis le commencement de 1851. Nous prenions nos repas dans le même restaurant. Il était petit, assez robuste. Il avait eu la vérole à Lyon, où il avait été traité par M. Diday. En mai ou avril 1851, il eut un chancre induré, et alla consulter M. Ricord, dont j'ai vu l'ordonnance, qui portait en tête, comme indication diagnostique : chancre induré; ganglions cervicaux postérieurs.... Je ne me souviens pas bien des médicamens formulés dans l'ordonnance. Ce que je puis affirmer, c'est que le chancre était dur et faisait saillie. Je partis en vacances et je ne revins qu'en octobre (1851). Je trouvai J... affaibli; il ne pouvait plus travailler, il se plaignait beaucoup. Il alla consulter M. le docteur Gérardin, dans la rue des Quatre-Vents, et ce médecin reconnut qu'il avait des ulcères syphilitiques dans la gorge, plus des engorgemens des ganglions cervicaux.

» J..., qui ne guérissait pas, voulait se faire syphiliser. Je m'efforçai de l'en détourner. Mais, vers la fin de janvier, n'écoutant que son propre désir, il se soumit à la syphilisation. Je le vis en février. « Je vais bien mieux, me dit-il; je travaille mieux. » Il m'annonça que, satisfait de la syphilisation en ce qui le concernait, il avait décidé sa maîtresse à se faire syphiliser; mais que, chez elle, les accidens disparaissaient moins vite en même temps que les inoculations prenaient moins bien. Je ne le vis plus guère que vers la mi-juin. Il était faible, avait toujours froid, et ne se réchauffait même pas en plein soleil, au jardin du Luxembourg. Du reste, il vivait mal, et prenait trois ou quatre tasses de café par jour.

» L'érysipèle débuta au bras gauche le 4 juillet. J'avais vu de grosses croûtes sur les bras, mais non pas récemment, et je ne saurais dire quel était l'état du bras gauche au moment de l'apparition de l'érysipèle. J... ne s'est jamais beaucoup plaint de ce bras. Je l'ai revu quatre ou cinq jours avant sa mort. L'érysipèle s'était étendu jusqu'au bras droit. J'ai assisté à la deuxième consultation. Pendant que MM. Piedagnel et Auzias conféraient dans la pièce voisine, j'étais auprès de J..., qui avait le délire presque constamment, mais qui eut alors un moment lucide, et me demanda ce que les médecins disaient. Je lui répondis que M. Auzias exposait sa doctrine à M. Piedagnel. Alors, supposant que M. Piedagnel abondait dans le sens de M. Auzias, il se prit à sourire et en témoigna sa satisfaction par quelques mots plaisans : car, à ses derniers momens même, il n'était point ou ne paraissait point désabusé. »

N° 4. *Renseignemens fournis par M. Rochefort, employé à la Ville.*

« J... avait eu deux fois la vérole à Lyon, lorsqu'il arriva à Paris en janvier 1851 ; la première fois il avait été traité par M. Diday ; la seconde par un autre médecin. A son arrivée à Paris, il avait un chancre, et alla consulter M. Ricord, qui le cautérisa.

» M. Ricord : Je ne cautérise jamais les chancres indurés.

» M. Rochefort : Peut-être le chancre n'était-il pas induré. En mai 1851, J. en eut un énorme. Il vit M. Ricord, qui reconnut des ganglions cervicaux postérieurs à l'état d'induration. Il consulta en même temps un autre médecin, qui lui fit prendre de la salsepareille. En juin, juillet et août 1851, il se fatiguait horriblement. En octobre, il eut un nouveau chancre, et prit les conseils de M. Gérardin. En novembre, il eut une roséole syphilitique. Il se déshabilla devant moi, et je l'examinai à diverses reprises. Les taches, d'abord peu colorées, devinrent plus rouges, puis cendrées. Il avait aussi mal à la gorge, où M. Gérardin crut voir des ulcérations syphilitiques.

» On parlait beaucoup alors de la méthode de M. Auzias. J... se fit syphiliser. Je ne me rappelle plus au juste à quelle époque. Je sais qu'environ quinze jours après, il me dit qu'il n'avait plus de roséole ; mais il souffrait encore de la gorge. Au bout de quelque temps, le mal de gorge cessa aussi, et J... me dit qu'il n'avait plus d'accidens. Mais son intelligence avait faibli. Cet affaiblissement datait d'avant la syphilisation. Depuis longtemps, tous ses amis avaient remarqué qu'il baissait. Je ne l'ai plus revu que le jour de sa mort. »

N° 5. *Renseignemens fournis par M. Roby, étudiant en médecine.*

« Au commencement de 1851, J... eut des chancres volans, et je le cautérisai. Il était très lymphatique. A diverses reprises, il eut des chancres. Il me demandait si la médecine ne possédait pas quelque moyen de détruire cette extrême facilité à contracter la vérole. C'est là ce qui le préoccupait, et ce qu'il a surtout cherché dans la syphilisation. Il me parla des théories de M. Sperino. Je m'efforçai de le dissuader, et ne pouvant y parvenir, je l'abandonnai à lui-même, et me brouillai avec lui. Nous avions échangé des paroles vives, et je lui avais dit qu'il n'était qu'un fou. En avril 1851, il eut un chancre non induré. En mai et juin, il était faible, pâle, anémique, fébricitant; il cherchait le soleil. Depuis quelque temps, il était revenu à moi. Un jour, au Luxembourg, je voulus lui prendre la taille, et il se récria aussitôt, tant le moindre attouchement lui était pénible. A peine pouvait-il supporter ses vêtemens. Il avait comme une hypéresthésie générale. Pourtant il a tenu bon jusqu'au bout, vis-à-vis de moi, du moins. Il faisait, si je puis le dire, bonne contenance, et ne voulait pas me donner le droit de le blâmer en le plaignant. Il ne voulait pas avoir eu tort. »

N° 6. *Renseignemens fournis par la fille X...*

« J... était d'une très bonne santé avant d'avoir eu la maladie à

(1) M. Lefèvre a été induit en erreur sur ce point. (V. plus loin, les renseignemens fournis par M. Mialet.)

(1) Voici ce que le procès-verbal de la séance du 3 septembre mentionne à ce sujet :

« M. Auzias ne se rappelle pas s'il a fait des inoculations à la poitrine, chez J...

» M. Auzias se retire, et M. Ricord demande qu'il soit tenu compte au procès-verbal de ce fait que, dans un cas qui a eu de si tristes conséquences, M. Auzias ne se rappelle pas une circonstance aussi importante. »

Il résulte de la déclaration de la fille X..., que J... *n'a jamais été inoculé qu'aux bras.* (V. plus bas.)

Lyon, où, d'après lui, il avait été mal soigné. Il prétendit, quand il devint malade à Paris, que c'était l'ancien mal qui lui était revenu. J'ai vu ses ulcères ; ils étaient rouges au pourtour, grisâtres au fond, et un peu creux. J'eus des rapports avec lui, et, les deux premières fois, je ne pris rien. Je ne devins malade que la troisième fois. Je ne l'avais jamais été auparavant. J... assista aux cours de M. Auzias, dont on parlait beaucoup. Il en était enthousiasmé et me déclara qu'il voulait se faire syphiliser. Il avait alors très mal à la gorge et des glandes au cou. Mais il n'avait pas de taches sur le corps. La première inoculation que M. Auzias lui fit au bras n'eut pas de résultat.

»M. Ricord : Je crois, d'après ce qui m'a été dit, que cette première inoculation avait été faite avec du pus blennorrhagique.

»La demoiselle X... : Autant que je puisse me rappeler, la première inoculation a été faite au bras gauche. Dès le lendemain, M. Auzias fit à J... une seconde inoculation, qui prit très bien, et donna une énorme pustule. Toutes les semaines on faisait de nouvelles piqûres et elles prenaient toujours. Un mois ou six semaines après le commencement de la syphilisation, il vint à J..., sur le corps, des taches comme il n'en avait pas encore eu. C'étaient de petites taches marbrées, rouges, tirant un peu sur le violet, très rapprochées et paraissant surtout le matin. Elles existaient en plus grand nombre au dos et à la poitrine. J... n'a jamais été inoculé qu'aux bras. Il était très faible et avait toujours froid, même au soleil. Il digérait mal, ses amis disaient qu'il avait perdu la mémoire. Il était devenu très irritable ; un rien le mettait en colère. Du reste, il avait conservé ses facultés viriles. Nous nous brouillâmes, et je ne le vis plus que quinze jours avant sa mort. Il était très monté contre la syphilisation. « Cela me fatigue et m'ennuie, me dit-il, je ne guéris pas ; les piqûres prennent toujours. Quand cela finira-t-il ? Il faut que M. Auzias me le dise. J'irai le lui demander. J'ai toujours faim ; je mange comme un ogre et je suis sans forces. » Son mal de gorge s'était passé, puis il était revenu. »

N° 7. *Renseignemens fournis par M. Auzias* (1).

« M. Marchal : Les chancres syphilisans étaient-ils cicatrisés chez ce jeune homme (M. J...), lorsque s'est développé l'érysipèle qui a causé sa mort ?

» M. Auzias : Parfaitement cicatrisés (2).

» M. Marchal : Était-il bien portant lors de l'invasion de l'érysipèle ?

» M. Auzias : Sa santé ne laissait rien à désirer (3). Il travaillait beaucoup pour ses examens. J'ajoute qu'il régnait alors une épidémie d'érysipèle, et que, dans la maison de ce jeune homme, sur le même carré, une femme fut, en même temps que lui, prise d'un érysipèle grave pour lequel elle passa un mois à l'hôpital de la Pitié. »

(La suite de la 2e partie prochainement.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

ÉTUDE COMPARÉE DES LÉSIONS ANATOMIQUES DANS L'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE ET DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

Note lue à la Société médico-chirurgicale de Paris, dans les séances des 11 Mars et 8 Avril 1853;

Par M. le docteur DUCHENNE DE BOULOGNE (4).

L'examen microscopique des muscles de Lecomte vient de confirmer un fait d'anatomie pathologique que j'avais annoncé en 1849, dans un mémoire intitulé : *Recherches sur l'atrophie musculaire avec transformation graisseuse* (5).

Je m'empresse de déclarer que la découverte de ce fait d'anatomie pathologique appartient en entier à M. le professeur Cruveilhier, et je saisis l'occasion de donner quelques explications sur ce sujet.

Depuis longtemps, mes recherches électro-physiologiques et pathologiques m'avaient permis d'observer, dans ma pratique civile et dans plusieurs hôpitaux, un certain nombre d'affections musculaires, confondues jusqu'alors avec les paralysies partielles ou générales, et qui, pour moi, cependant, *n'étaient rien moins que des paralysies.* J'avais vu, en effet, dans ces différens cas, les muscles s'atrophier isolément, de la manière la plus irrégulière, et conserver leur contractilité volontaire, jusqu'à ce que l'atrophie fût arrivée à ses dernières limites. La contractilité électro-musculaire, elle-même, n'avait disparu alors qu'avec la contractilité volontaire. Enfin, j'avais noté un symptôme qui annonçait, dès le début, un travail morbide localisé dans les muscles : la contractilité fibrillaire. L'ensemble de tous ces phénomènes me paraissait appartenir à une maladie non encore décrite ; ils avaient déjà formé la base de mon travail. Sur ces entrefaites, j'observai dans le service de M. Cruveilhier (Charité, salle Saint-Ferdinand, n° 11) un sujet, nommé Legrand, qui me paraissait entrer dans la catégorie de ceux qui avaient présenté cette même affection musculaire, mais cette fois plus généralisée. J'en fis faire la remarque à M. Cruveilhier, qui, déjà, secondant mes recherches, à cette époque, me permit d'explorer chez son malade l'état de la contractilité électro-musculaire. Peu de temps après, ce malade étant mort à la suite d'une variole, M. Cruveilhier en fit l'autopsie, et voulut bien m'en communiquer verbalement les résultats : *il avait trouvé chez ce sujet un grand nombre de muscles entièrement graisseux.*

C'est la connaissance de ce fait qui m'a décidé à donner à la maladie, qui faisait l'objet de mon mémoire à l'Institut, la dénomination d'*atrophie musculaire, avec transformation graisseuse* (1), dénomination qu'elle aurait toujours dû, selon moi, conserver, comme je le prouverai par la suite.

L'observation de Legrand a été rapportée dans mon mémoire, et citée textuellement par M. Aran, à qui je l'avais communiquée, puis par M. Thouvenet. Je m'applaudis aujourd'hui de l'avoir recueillie, puisqu'elle a consacré le fait d'anatomie pathologique découvert par mon savant maître.

En résumé, il ressort des faits exposés : 1° que la transformation graisseuse des muscles est la terminaison de la maladie décrite, en 1850, par M. Aran, sous la dénomination d'atrophie musculaire progressive ; 2° que cette transformation est précédée par une longue période, pendant laquelle la lésion de nutrition est caractérisée seulement par la diminution de la quantité des fibres musculaires.

B. *État anatomique de la fibre musculaire dans la paralysie générale des aliénés.*

M. Delasiauve a eu l'obligeance de m'envoyer à examiner des muscles provenant de sujets qui avaient succombé, dans son service de Bicêtre, à la paralysie générale des aliénés. Ces malades étaient arrivés au dernier degré de marasme, et peu de temps avant leur mort, nous avions constaté, M. Brierre de Boismont et moi, que leur contractilité électro-musculaire était restée dans la plus parfaite intégrité.

Ces muscles, bien que très atrophiés, avaient cependant conservé *leur coloration*; et à l'examen microscopique, fait par M. Lebert, *leur structure fut trouvée normale.*

C. *État anatomique de la fibre musculaire dans la paralysie spinale* (*sans aliénation*).

Une seule fois, il m'a été permis de constater, à l'œil nu, l'état anatomique de la fibre musculaire chez un sujet qui venait de succomber à une paralysie générale spinale (sans aliénation) ; M. Lebert a bien voulu en faire pour moi l'examen microscopique. Voici l'observation de ce malade, que j'extrais textuellement de mon mémoire adressé en 1849 à l'Institut.

OBSERVATION II. — *Paralysie générale spinale* (*sans aliénation*) ; — *perte de la contractilité électro-musculaire, et atrophie consécutive ; — autopsie : transformation graisseuse de quelques muscles ; — pas de lésion anatomique dans les centres nerveux.* — (Charité, salle Saint-Félix, n° 17 ; service de M. Andral.)

Martin, 55 ans, ancien militaire, jardinier depuis plusieurs années, d'une assez bonne constitution, n'a pas eu d'affection syphilitique, n'a pas abusé des plaisirs vénériens, n'a pas été exposé à l'intoxication saturnine, et n'a, d'ailleurs, jamais éprouvé de coliques ni de constipation qui puissent faire attribuer à cette cause la paralysie dont il est atteint ; pas de liseré blanchâtre des gencives ; enfin, pas de rhumatismes musculaires, ni douleurs névralgiques antérieures.

Le 28 septembre 1846, ce malade, portant une charge de bois sur l'épaule gauche, fit une chute qui occasionna une entorse, pour laquelle il fut forcé d'entrer à l'hôpital Beaujon. Quoiqu'il éprouvât alors des douleurs au-dessus de l'épaule gauche, on n'y fit pas attention ; et au bout d'un mois, il se déclara dans ce point un phlegmon, qui fut suivi d'une fièvre grave. Vers la fin de mars 1847, il sortit de l'hôpital, mais incomplètement guéri de son entorse, et s'aidant d'une crochette. Quelque temps après sa sortie, il commença à s'apercevoir que ses forces diminuaient dans les membres inférieurs. Depuis lors, l'affaiblissement musculaire augmenta graduellement, au point de rendre la station impossible. En octobre 1847, il fut forcé de s'aliter, et alors il sentit que les membres supérieurs perdaient aussi leur force ; le malade a remarqué que ses jambes diminuaient de volume. Depuis le début de la paralysie, pas de fièvre, pas de troubles de la digestion, pas de paralysie de la vessie ni du rectum.

En décembre 1847, époque de son entrée à la Charité, je constatai les phénomènes suivans : station et marche impossibles ; au lit, le malade peut faire exécuter tous les mouvemens à ses membres inférieurs, mais lentement et avec grands efforts ; il s'assied sur le lit et se tourne en tous sens ; il éprouve un peu d'affaiblissement dans les membres supérieurs ; pas de paralysie du rectum, pas de douleur dans la tête ni dans les membres, ni dans les rachis. Il n'a point de tremblement des membres, ni de soubresauts ; mais en l'examinant avec soin, on voit quelques contractions fibrillaires, rares, soulever la peau dans toutes les régions du corps. Etat général satisfaisant.

Exploration électro-musculaire : Contractilité électro-musculaire presque abolie dans les membres inférieurs et dans les muscles de l'abdomen, intacte dans les muscles du tronc, de la face et des membres supérieurs. Les nerfs, poplités, excités, provoquent des contractions dans les muscles qu'ils animent ; sensibilité électro-musculaire et cutanée considérablement diminuée dans les membres inférieurs, et qui ne se contractent pas lorsqu'on les excite directement ; sensibilité de la peau normale partout ailleurs.

Six mois après (*en juillet* 1848), *nouvel examen du malade.* Les forces ont diminué encore dans les membres supérieurs comme dans les membres inférieurs ; l'atrophie musculaire a augmenté et a gagné les membres supérieurs. Mais cette atrophie marche d'une manière uniforme, attaquant tout une région, tout un membre à la fois ; elle est beaucoup moins avancée que chez un malade couché au n° 12 de la salle St-Ferdinand, qui marche encore à l'aide d'une crochette, et qui est affecté d'une autre affection musculaire que j'appelle *atrophie avec transformation graisseuse.* Le malade conserve son appétit et ne souffre pas ; mais il se sent mourir, selon son expression. La parole est lente et difficile, la mastication exige des efforts ; les traits de la face et le jeu de la physionomie n'annoncent pas de paralysie des muscles. Je constate que la contractilité électro-musculaire a disparu à peu près dans tous les muscles, même dans ceux de la face et de la langue, et cela, avec un courant d'induction au maximum. Le temporal et le masséter ont seuls conservé leur irritabilité. La sensibilité électro-musculaire est perdue presque partout. La sensibilité électro-cutanée est intacte dans le tronc et les membres supérieurs. Point de paralysie de la vessie ni du rectum. L'intelligence n'a pas subi la moindre atteinte ; je m'assure que sa mémoire n'a pas diminué.

Ce malade vécut encore quelques mois dans cet état, conservant ses facultés intellectuelles et n'éprouvant aucun trouble dans ses fonctions digestives ; mais il s'éteignit peu à peu et mourut sans qu'il fût survenu la moindre complication, pas même dans la période ultime de sa maladie.

L'autopsie a été faite par M. Ampis, en présence de M. Pidoux, chargé provisoirement du service de M. Andral. Le cerveau et ses membranes, la moelle épinière et ses racines ont été examinés avec le plus grand soin, *ils n'ont présenté aucune lésion anatomique appréciable.* Les autres organes étaient dans un état normal. Les muscles des membres inférieurs, très émaciés, étaient les uns plus ou moins *décolorés, d'autres en partie graisseux* à l'œil nu, et, chose singulière ! le plus grand nombre des muscles de la jambe, bien que très atrophiés, et paralysés dès le début, soit dans leur contractilité volontaire, soit dans leur contractilité électrique, avaient conservé leur coloration normale. Examinés au microscope par M. Lebert, la fibre musculaire de ces derniers muscles a été trouvée parfaitement pure, tandis que quelques-uns de la cuisse, *qui étaient plus ou moins décolorés et jaunâtres, ont été trouvés tranformés en graisse à des degrés divers.*

Voici quelques-unes des considérations que j'avais placées à la suite de cette observation, dans mon mémoire à l'Institut :

« L'affaiblissement musculaire a été le symptôme le plus frappant chez ce malade, affaiblissement tel, qu'il empêchait la marche et la station, à une époque où ses muscles avaient encore un volume suffisant pour l'accomplissement de ces fonctions. L'atrophie musculaire ne pouvait certainement rendre raison de cet affaiblissement, car dans un autre cas d'atrophie musculaire progressive qui se trouvait en même temps que ce malade dans les salles de la Charité (1), et dans lequel on voyait les muscles des membres inférieurs bien plus émaciés, la marche était encore possible.

» Je conclus de ce fait que chez ce malade la lésion du mouvement l'emporte sur la lésion de nutrition, et que la première n'est pas la conséquence de la seconde.

» La lésion du mouvement s'est montrée au début dans les extrémités inférieures, a envahi peu à peu toutes les régions, même la face et la langue, où elle a été précédée par la perte de l'irritabilité.

» Je ferai remarquer, en passant, que chez ce malade la perte à peu près complète de la contractilité électro-musculaire a précédé, dans certaines régions, la perte des mouvemens volontaires, à la face par exemple. En effet, en entendant parler ce malade, en observant le jeu de sa physionomie, on ne se serait pas douté que les muscles de sa langue et de sa face étaient privés d'irritabilité électrique.

» Cette paralysie générale progressive a présenté quelques symptômes qui pourraient, jusqu'à un certain point, la faire confondre avec la paralysie générale des aliénés, par exemple, l'embarras de la parole, coïncidant avec les troubles généraux de la locomotion. Peut-être trouvera-t-on, un jour, un signe diagnostique différentiel entre ces deux maladies, dans l'état de la contractilité électro-musculaire ; car elle est toujours altérée dans la paralysie générale spinale, tandis qu'elle doit être intacte dans la paralysie générale des aliénés, si cette dernière est cérébrale. C'est ce que je n'ai pas encore eu l'occasion de constater.

» L'autopsie a démontré que certains muscles étaient profondément altérés dans leur texture et graisseux, mais que cette lésion nutrition était moins générale que dans l'atrophie musculaire avec transformation graisseuse, peut-être parce qu'elle est plus tardive. Enfin, et c'est le phénomène le plus important à noter, les muscles qui, pendant la vie, n'avaient pu se contracter par l'excitation électrique, ont été cependant trouvés quoique atrophiés, dans la plus parfaite intégrité, quant à leur coloration et à leur texture. »

Telles étaient donc les réflexions dont je faisais suivre cette observation en 1849, époque à laquelle je partageais des opinions qu'on me verra défendre dans le cours du présent mémoire.

On sait déjà que les recherches que j'ai faites depuis lors, avec M. Brierre de Boismont, ont établi ce que j'avais entrevu, à savoir, la conservation, dans la paralysie générale des aliénés, de la contractilité électro-musculaire, qui est profondément lésée dans la paralysie générale que j'ai appelée spinale. L'étude comparative de l'état anatomique de la fibre musculaire, comme on vient de le voir, fait encore ressortir un caractère distinctif de plus entre ces deux maladies, la paralysie générale des aliénés et la paralysie générale sans aliénation.

J'aurais pu faire suivre l'observation précédente de la relation d'un fait analogue, que j'ai observé à l'hôpital Beaujon en 1852, dans le service de M. Bouvier, et dans lequel les muscles paralysés avaient perdu, pendant la vie, leur contractilité

(1) Ce sont les renseignemens qui ont été omis à dessein et réservés dans la première partie de ce rapport. Ils sont extraits du procès-verbal de la séance du 7 août 1852.

(2) Au commencement de juillet, c'est-à-dire au moment de l'apparition de l'érysipèle, il y avait au bras gauche, sur lequel l'érysipèle a débuté, 8 ou 10 chancres croûteux, et d'autres en voie de cicatrisation ; ce bras était gonflé, douloureux, et on l'épargnait. (M. Mialet. V. plus haut.)

(3) J... était faible, pâle, anémique, fébricitant, etc., etc. (M. Roby. V. plus haut).

(4) Suite. — Voir les numéros des 30 avril et 7 mai.

(5) Ce travail faisait partie d'une série de mémoires que j'ai adressés, le 21 mai 1849, à l'Académie des sciences, pour le concours du prix de médecine et de chirurgie, sous le titre de : *Recherches électro-physiologiques, pathologiques et thérapeutiques.*

(1) Pour me conformer au langage reçu, je continuerai d'appeler cette maladie atrophie musculaire progressive.

(1) Quand j'écrivais ces réflexions, je faisais allusion à un malade dont il sera question par la suite dans ce mémoire. C'était un capitaine au long cours, qui était un véritable squelette vivant, et qui, le troisième de sa famille, était atteint de la maladie connue sous le nom d'atrophie musculaire progressive.

électrique, et ont été trouvés, à l'autopsie, en grande partie atrophiés et décolorés à des degrés divers. L'analyse de ce fait sera exposée dans la suite de ce travail.

Si maintenant on résume tous les faits exposés dans ce paragraphe, on voit que les muscles deviennent graisseux dans l'atrophie musculaire progressive et dans la paralysie générale sans aliénation, tandis que dans la paralysie générale des aliénés la fibre musculaire ne subit aucune altération dans sa texture, quel qu'ait été le degré de marasme auquel les malades soient arrivés.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 27 Avril 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Mathieu, accompagnée d'un instrument destiné à l'exploration des tumeurs, désigné sous le nom de trocart explorateur, que ce fabricant soumet au jugement de la Société. (M. Lenoir sera chargé d'examiner cet instrument et d'en faire l'objet d'un rapport s'il y a lieu.)

2° Une lettre de M. le docteur Szokalski, sur l'abrasion de la cornée transparente, annonçant que ce médecin a pratiqué un grand nombre de fois cette opération avec succès.

M. MARJOLIN rappelle, à cette occasion, qu'il a été beaucoup question de cette opération lors de l'origine de la Société. Après d'assez vifs débats, la question est restée pendante ; n'y aurait-il pas opportunité à ce qu'une commission fût chargée d'examiner cette question.

M. LARREY, par l'entremise de qui la lettre de M. Szokalski a été remise à la Société, ne pense pas qu'il y ait lieu à nommer une commission jusqu'à ce que M. Szokalski ait communiqué ses observations. Il suffirait, jusque là, de mentionner au procès-verbal sa communication.

La Société s'arrête à l'avis de M. Larrey.

M. MARJOLIN présente, au nom de M. Sédillot, le 1er volume de son *Traité de médecine opératoire.*

La Société entend la lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur Henriette, médecin belge, ayant pour titre : *Des injections nasales, considérées comme moyen d'alimenter les nouveau-nés, et de leur administrer les médicamens.*

Le moyen proposé par M. Henriette a pour objet de subvenir, à défaut de nourrices, ou, dans certains cas, de faiblesse extrême ou de vices de conformation, à l'alimentation des enfans nouveau-nés. Il consiste à injecter du lait de femme à l'aide d'une seringue en verre, dont l'extrémité de la canule est introduite dans la narine de l'enfant. Le piston de la seringue est poussé doucement, de manière à ce que le liquide nourricier tombe goutte à goutte dans les fosses nasales, de là sur la paroi postérieure du pharynx, dans l'œsophage, et enfin dans l'estomac. M. Henriette rapporte, à l'appui de son travail, onze observations, toutes relatives à des enfans plus ou moins débiles qui ont été soumis à ce mode d'alimentation, dans le but de suppléer aux difficultés que présentait chez eux l'allaitement par les voies ordinaires. Sur ces onze enfans, six ont bénéficié de cette méthode, cinq ont succombé malgré son usage.

La commission exprime, par l'organe de son rapporteur, l'opinion que ces injections sont appelées à rendre des services dans un certain nombre de circonstances, notamment dans les cas d'occlusion de la bouche, d'adhérence de la langue, de division du voile du palais, de trismus, etc.

Elle propose, en conséquence, pour conclusions, de déclarer :

1° Que les injections nasales constituent une ressource qu'on ne doit pas négliger d'employer dans les cas d'alimentation difficile chez les nouveau-nés;

2° Qu'elles donnent un moyen précieux pour l'introduction des substances médicamenteuses;

3° Que le travail de M. Henriette mérite d'être honorablement accueilli dans la bibliothèque de la Société, et que des remercîmens devront être adressés à l'auteur.

Après quelques observations de MM. Lallemand, Guersant et Deguise fils, qui ne tendent qu'à confirmer les propositions de la commission, ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

M. LENOIR lit, au nom d'une commission, un rapport sur un mémoire dont M. Voillemier a récemment donné lecture, et qui est relatif aux injections alimentaires dans le cas d'anus contre nature. (Nous avons publié un extrait étendu du travail de M. Voillemier. (Voir l'UNION MÉDICALE du 22 mars 1853.)

M. le rapporteur propose :

1° Vu l'importance et la nouveauté du sujet, de renvoyer le travail de M. Voillemier au comité de publication ;

2° De conférer à M. Voillemier le titre de membre titulaire de la Société de chirurgie.

M. LALLEMAND présente quelques observations sur la difficulté qu'il peut y avoir à distinguer les deux bouts supérieur et inférieur l'un de l'autre.

M. LENOIR répond que cette difficulté, qui est réelle, ne constitue point un obstacle à la nutrition par cette voie, car il résulte des expériences de M. Voillemier, que soit que l'injection ait lieu dans le bout supérieur ou dans le bout inférieur, la nutrition a toujours lieu ; dans un cas comme dans l'autre, les résidus sont semblables aux selles naturelles bien élaborées.

M. LARREY se demande si l'on ne pourrait pas utiliser, dans ces circonstances, les expériences de M. Corvisart, sur l'alimentation par le chyle artificiel. Ce serait là un sujet de recherches auxquelles M. Voillemier pourrait se livrer peut-être avec avantage. Il est permis de penser aussi que le chyle artificiel pourrait être utilisé sur des sujets auxquels on ferait subir l'opération de la gastrotomie de M. Sédillot.

Le première conclusion du rapport est mise aux voix et adoptée.

La Société sera appelée à voter, dans la prochaine séance, sur la proposition relative à l'admission de M. Voillemier.

M. HUGUIER présente une pièce anatomo-pathologique provenant d'un sujet qui a succombé aux suites d'une rupture du canal de l'urètre et des corps caverneux.

Voici la relation sommaire de ce fait :

Un homme âgé de 37 ans, marié, d'une forte constitution, fut pris de priapisme à la suite d'une application de vésicatoire prescrite pour une maladie de l'oreille. Au bout de quelques jours, le priapisme persistant, cet homme, malgré les conseils de son médecin, eut des rapports avec sa femme; mais croyant en cela agir avec plus de prudence, il se plaça de manière à ce que les rôles des deux époux fussent intervertis. Par suite d'un faux mouvement le pénis, alors en violente érection, fut brusquement et violemment ployé. Une douleur extrêmement vive suivit cet accident, et bientôt le pénis prit une couleur violacée; lorsque le malade voulut uriner, il ne le put pas. Le cathétérisme fut essayé, mais en vain, la sonde ne put pas pénétrer. Un écoulement sanguin considérable eut lieu par l'urètre. Le lendemain, le malade fut transporté à l'hôpital Beaujon, où M. Huguier constata l'état suivant :

La verge était le siége d'un épanchement considérable; le prépuce, ainsi que le scrotum, étaient œdématiés. Le périnée était le siége d'une ecchymose légère ; cette région, ainsi que l'hypogastre, étaient très douloureux au toucher. M. Huguier essaya d'introduire une sonde d'argent, mais l'instrument fut arrêté au niveau de la portion périnéale du pénis, et il s'écoula une certaine quantité de sang. Dans la soirée, le malade rendit une petite quantité d'urine teinte de sang.

Les jours suivans, la fièvre s'alluma, le pénis commença à se sphacéler. L'émission des urines, qui avait pu se faire, quoique très difficilement et en très petite quantité pendant les cinq à six premiers jours, devint tout à fait impossible. Il fallut recourir à la ponction hypogastrique. Mais, malgré cette opération, l'infiltration urineuse et la gangrène ayant continué à faire des progrès, le malade succomba douze jours après l'accident.

A l'autopsie, M. Huguier constata, au niveau du bulbe de l'urètre, une rupture considérable du canal; la rupture du canal était complète, un intervalle de 2 centimètres au moins séparait les deux bouts. Cet intervalle était occupé par une sorte de poche intermédiaire ou de cavité anfractueuse remplie de sang noirâtre mêlé à de l'urine. Le bulbe de l'urètre avait entièrement disparu ; il y avait à ce niveau une perte de substance des corps caverneux. La prostate et les vésicules séminales étaient à l'état normal. Les parois abdominales, jusqu'à la base de la poitrine, et de chaque côté, étaient le siége d'abcès urineux considérables.

MM. DEGUISE père, RICHET et LENOIR, rappellent quelques faits analogues qu'ils ont eu l'occasion d'observer, mais différant du fait de M. Huguier et en cela beaucoup moins graves, que la rupture avait eu lieu dans une étendue plus ou moins grande du corps caverneux, mais avec intégrité du canal de l'urètre.

— M. HUGUIER présente une seconde pièce anatomo-pathologique relative à un cas de grossesse extra-utérine, sur lequel il se propose d'entrer dans quelques développemens dans la séance prochaine, la pièce n'ayant pas encore été complètement examinée.

PRESSE MÉDICALE.

Bulletin général de thérapeutique. — Nos de Janvier, Février et Mars.

Considérations pratiques sur un cas de paralysie, liée à la grossesse, traitée et guérie par la strychnine; par M. V. BOULLAY.

Le fait en lui-même est très intéressant. Il est relatif à une jeune femme de 25 ans, bien portante, qui n'a jamais présenté de symptômes hystériques, et qui, arrivée au 7e mois d'une troisième grossesse, est prise subitement, en se promenant, de perte de connaissance, sans avoir éprouvé aucun signe précurseur. A la suite de cette perte de connaissance, on constate chez cette femme une déviation notable de la face, tirée à droite par les muscles contractés. Des mouvemens involontaires et presque continuels agitent tous les muscles du côté droit du corps et surtout ceux des membres supérieur et inférieur; cependant, sous l'influence de la volonté, les mouvemens de ces parties peuvent avoir assez de précision pour que la malade puisse saisir une aiguille. Une autre série de phénomènes, non moins remarquables, consiste en une anesthésie et une analgésie complète de toute la moitié droite du corps, parfaitement limitée en avant et en arrière à la ligne médiane. La face, comme le tronc et les membres, présente aussi la paralysie de la sensibilité du côté droit; mais de plus, tous les sens spéciaux, qui ont leur siége à la tête, sont paralysés du côté droit; ainsi plus de vision, plus d'olfaction, plus d'ouïe, plus de gustation de ce côté. Déviation de la langue à droite; déglutition difficile, un peu de paresse du rectum; incontinence d'urine (ce liquide ne contient pas d'albumine); difficulté de la phonation; un peu de gêne de la respiration à droite, aucun trouble du côté de l'appareil circulatoire. La malade ne sent plus les mouvemens de son enfant, qui pourtant se meut et vit très bien. Mais c'est surtout dans sa marche que la maladie offre des faits dignes d'attention. Deux mois après le début, les accidens sont sans changement ; mais après l'accouchement, la scène change : la sensibilité reparaît subitement dans certains points; dans d'autres, elle reste abolie. La paralysie des sens persiste, ainsi que les mouvemens involontaires. Cet état dure pendant six semaines et se complique de légers accidens de suites de couches, qui cèdent promptement à un traitement approprié; puis on administre la strychnine à la dose d'un centigramme, puis de deux centigrammes. Les effets physiologiques sont des plus marqués et surtout développés dans le côté malade. En deux ou trois jours, amélioration très marquée, et après un mois et demi de traitement, guérison complète.

A la suite de cette observation, l'auteur entre dans quelques détails relativement au traitement des paralysies dites nerveuses par la strychnine. On ne doit pas perdre de vue, dit-il, que cette substance produira chez tel individu des accidens à une dose où chez d'autres elle n'aura aucune action. Il faudra donc, comme on l'a dit, tâter les susceptibilités individuelles, et, pour cela, commencer par des doses très faibles. Le matin à jeun, de grand matin, pour ne point troubler l'heure des repas du malade, on administrera une pilule contenant 0,gr 01 de strychnine. S'il y a eu des effets produits, on continuera cette dose chaque jour; s'il n'y a pas eu d'effets, le deuxième jour, le soir, on administrera une deuxième pilule de 0,01 centig. ou d'un demi-centigramme, et l'on augmentera ainsi chaque jour la dose jusqu'à ce que le médicament agisse. Si pour une cause ou pour une autre, on cessait d'administrer le médicament pendant quelque temps, il faudrait bien se garder de recommencer ensuite son administration, en débutant par la dose à laquelle on en était resté; il faudrait, au contraire, recourir à la dose la plus faible. De même, comme le recommande M. Trousseau, si l'on changeait de pharmacien ou si celui-ci venait de renouveler sa préparation pharmaceutique épuisée, il faudrait se tenir sur ses gardes, et il serait prudent de diminuer la dose que l'on donnait précédemment; car une préparation nouvelle agit avec beaucoup plus d'énergie qu'une préparation ancienne. On devra aussi continuer les médicamens quelque temps après la guérison, afin de bien la consolider. On pourra et on devra souvent associer à la strychnine certains moyens adjuvans, ainsi le fer chez les chlorotiques et chez les femmes paralysées pendant leur grossesse, les antispasmodiques chez les hystériques.

Quant à l'époque à laquelle il convient de commencer le traitement de la paralysie développée chez les femmes enceintes, l'auteur pense qu'en aucun cas, on ne devra administrer la strychnine pendant la grossesse, non plus qu'après l'accouchement. Il faudra attendre en outre que la malade ne soit plus sous l'influence de l'état puerpéral, que les règles aient reparu, c'est-à-dire environ six semaines après l'accouchement. L'allaitement ne lui paraît pas une contr'indication formelle à l'administration de la strychnine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. ROGER,

Professeur-agrégé de la Faculté de médecine, rédacteur du Bulletin scientifique du *Constitutionnel.*

Très honoré et cher confrère,

Je vous remercie d'avoir aperçu et d'avoir indiqué le but sérieux, et j'ose dire élevé, de l'article dont vous avez bien voulu reproduire des extraits dans le *Constitutionnel.* Il est possible que des hommes légers et enthousiastes n'y aient vu que le récit de faits plus ou moins extraordinaires, mais les esprits graves auxquels s'adresse surtout l'UNION MÉDICALE, y ont vu ce que vous avez voulu vous-même mettre en lumière, un appel pressant à la science autorisée, pour arracher des mains de quelque exploitation coupable, des faits dont la réalité ne trouve presque plus d'incrédules aujourd'hui.

Ces faits, je les ai décrits tels que je les ai vus ; je viens de les voir se reproduire encore, je les ai reproduits moi-même, mais je me suis bien gardé, et je me garde soigneusement encore de leur donner aucune interprétation. J'approuve très fort ceux qui cherchent à les faire rentrer, par des explications plausibles, dans l'ordre des phénomènes physiologiques ou physiques; il est probable, et il faut l'espérer, qu'une démonstration satisfaisante viendra couronner les efforts de ceux qui la cherchent. Loin d'y nuire, je voudrais y pousser au contraire; et, à cet égard, permettez-moi, mon cher confrère, de vous signaler une circonsconstance qui me semble venir en aide à l'explication du phénomène par la contraction fibrillaire et inappréciable des muscles des doigts et de la main.

J'avais essayé vingt fois de produire la rotation des vases en porcelaine, avec des expérimentateurs qui la produisent avec une très grande facilité. Je n'y pouvais parvenir, et j'en accusais mon neuvième lustre, hélas! ou quelque faiblesse native. Je me trompais grossièrement. Je tiens à me réhabiliter à cet égard; car je produis aujourd'hui le phénomène avec une grande facilité. Pourquoi? C'est que j'appuyais mes avant-bras sur la table qui supportait le vase ; tandis que maintenant, en prenant la précaution de ne plus donner aucun appui à mes avant-bras, les vases tournent avec une merveilleuse facilité. Tout cela peut s'expliquer sans doute par ce mouvement fibrillaire dont je parlais tout à l'heure.

Mais il est d'autres phénomènes qui s'expliquent moins bien par les mêmes causes. Je ne les rappellerai pas par appréhension de me voir classer par vous au nombre des *complices.* Et par exemple, pour ne me compromettre que le moins possible :

On invoque les mouvemens produits par la fatigue des membres tenus longtemps en contraction ; je ne peux, en vérité, admettre cette explication, en voyant mes jeunes amis de Châtillon produire presque instantanément la rotation des vases, en moins de cinq secondes.

J'ai suivi, mon cher et savant confrère, les sages et judicieux préceptes que vous avez indiqués dans votre article; j'ai revu quinze et vingt fois les expériences ; je crois avoir pris toutes les précautions possibles pour me garantir de l'illusion ou de l'erreur, de sorte que, sans rien admettre de mystérieux ou de surnaturel dans la production du phénomène, je crois qu'il faut encore en chercher l'explication.

En effet, j'en ai reçu, depuis samedi dernier, juste une demi-douzaine d'explications. Il en est de physiologiques, il en est de mécaniques, il en est de physiques; toutes, comme vous le voyez, tendant à faire rentrer les faits dans l'ordre des phénomènes connus et parfaitement naturels. Je m'en réjouis, seulement je cherche à les appliquer aux phénomènes que j'ai vus, et si j'y réussis, croyez bien que je m'empresserai de le dire.

Il est bien vrai que nos collègues du comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE n'ont pu faire tourner la table un peu massive autour de laquelle ils s'étaient assis vendredi soir. Mais je dois décliner l'honneur ou la responsabilité que vous m'attribuez d'avoir dirigé l'expérience. Je n'y ai pris au contraire aucune part ; je n'ai rempli qu'un rôle passif de spectateur. Je n'en reconnais pas moins que l'expérience a complètement échoué et que l'invocation que vous aviez faite à cette table, en entrant dans la salle, — Tu ne tourneras pas! — s'est parfaitement accomplie. Vous n'en voulez pas conclure, n'est-ce pas, que ce fait négatif infirme les millions de faits positifs qui se sont produits sur tous les points du globe. Je ne peux admettre une épidémie aussi universelle d'erreur ou de fourberie qui ferait si peu d'honneur à l'esprit ou à la moralité du genre humain.

Non, le fait est certain : tables, chapeaux, vases, objets divers tournent sous l'influence de l'imposition des mains faite d'une certaine façon.

Ce phénomène vient-il révéler une nouvelle propriété de la matière?

S'expliquera-t-il facilement par les propriétés de la matière déjà connues?

C'est là précisément la seule question qui doive nous préoccuper aujourd'hui, et je vous remercie de nouveau d'avoir uni votre voix à la mienne pour demander aux savans de vouloir bien s'occuper de ce sujet. La maladie nouvelle, que vous avez si spirituellement désignée sous le nom de *fièvre de rotation,* pourrait donner le vertige à quelques esprits faibles, et vous avez sagement fait de rappeler tout le monde, et moi-même, au calme de l'observation, à l'austérité de la science et à la prudence du doute.

Agréez, etc. Amédée LATOUR.

P. S. Si vous assistez, vendredi prochain, à la séance du comité de rédaction, je vous promets communication de quelques expériences dont le récit me parvient, mais que je me garderai bien de publier.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 56. SEPTIÈME ANNÉE. **Jeudi 12 Mai 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois............. 17
3 Mois............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOUSCRIPTION

pour élever un monument à la mémoire de M. Orfila.

Souscription de l'UNION MÉDICALE : Un anonyme reconnaissant, 300 fr.

Souscriptions reçues au bureau de M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, à la Faculté :

MM. Rigout, 5 fr.; Possoz, maire de Passy, 100 fr.; de Romand et Mme la baronne de Romand, 100 fr.; l'Ecole de médecine d'Amiens, 100 fr.; Brédif, 20 fr.; Rolland, 5 fr.; Lejeune, capitaine du génie, 20 fr.; Mme veuve Brenier, 30 fr.; le baron Brenier, 30 fr.; Mme la baronne Doazan, 30 fr.; Mme Belle, 30 fr.; Caventou père, 20 fr.; Caventou fils, 10 fr.: l'*Union médicale de la Sarthe*, 50 fr.; Lecouteux, médecin au Mans, 5 fr.; Vallée, id., 5 fr.; Lejeune, id., 5 fr.; Guiet, id., 5 fr.; Lebele, id., 5 fr.; Mordret père, id., 5 fr.; Mordret fils, id., 5 fr.; Lizé, id., 5 fr.; Janin, id., 5 fr.; Bachelier, id., 5 fr.; Jauchot, id., 5 fr. Gendron, 5 fr.; Machelard, 5 fr.

PARIS, LE 11 MAI 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

QUESTION DE LA SURDI-MUTITÉ.

Si l'on veut bien se rappeler ce que nous avons dit, dès le commencement de la discussion actuelle, on s'apercevra facilement que l'Académie nous donne raison sur tous les points. Dès le principe, nous avions dit que la question était plus importante, plus étendue et plus grave que ne l'indiquaient les demandes faites à l'Académie par le ministre, et que ne semblait le supposer la commission elle-même. Tout le monde comprend aujourd'hui, moins l'honorable rapporteur, qu'il s'agit bien évidemment, comme nous l'avons dit, de substituer une méthode d'enseignement à une autre méthode; qu'il s'agit d'un procès intenté aux institutions officielles des sourds-muets de la France; que ce procès est porté devant l'Académie de médecine, et qu'on attend de son jugement une réforme radicale dans les méthodes d'éducation suivies jusqu'à ce jour dans ces institutions.

Les trois orateurs qui ont pris la parole dans cette séance, quoique placés à des points de vue très différens, ont été unanimes pour prévoir les conséquences du vote de l'Académie, et nous ne concevons pas que la sagacité ordinaire de M. Piorry lui ait fait défaut au point de contester la signification du vote qu'il réclame. M. Guérin, qui a fait un discours très remarquable, et qui a jeté de vives lumières sur tous les élémens de la question ; M. Guérin, qui penche ouvertement vers la méthode allemande, mais qui, comme nous, demande une enquête et une observation plus complète, M. Guérin recule, tant soit peu effrayé, devant les conclusions trop nues de la commission. M. Bégin qui, avec sa franchise ordinaire et toute militaire, a positivement déclaré qu'il s'agissait bien de modifier profondément le système de l'abbé de l'Épée, traditionnellement suivi dans l'institution de Paris, a proposé, en conséquence, le vote des conclusions du rapport de la commission, dont il fait partie. M. Bousquet, enfin, dont le sage et prudent discours a été écouté avec une faveur marquée et qui préférerait le *statu quo* à une révolution dont il n'aperçoit pas la légitimité, a montré clairement à l'Académie la portée et les conséquences du vote qu'on attend d'elle, et il lui a conseillé, à cet égard, une grande réserve.

Tout le monde comprend donc, aujourd'hui, la gravité de la position faite à l'Académie, et nous sommes profondément surpris de l'obstination de M. Piorry à amoindrir ainsi son rôle à lui-même, celui de la commission dont il est l'organe, celui de la compagnie à laquelle il appartient.

Eh bien ! s'il est de toute évidence que le vote des conclusions de la commission par l'Académie serait une improbation des méthodes d'éducation suivies dans les institutions des sourds-muets, si ce vote devait avoir pour résultat, comme cela est probable, une réforme dans le système d'éducation des sourds-muets, l'Académie n'a qu'à se demander, avant son vote, si elle est parfaitement édifiée sur la valeur des attaques dirigées contre la méthode française, et sur la réalité des succès obtenus par la méthode allemande.

Réduite à ces termes, la solution de la question par l'Académie ne paraît pas douteuse; ce corps savant demandera un plus ample informé. Il est dans la pensée de tous que l'esprit de routine ou d'habitude s'est peu à peu infiltré en France dans les institutions officielles de sourds-muets. Le défaut le plus grave et dont l'énergique protestation de M. Ménière n'a pas lavé l'institut de Paris, est l'absence ou l'insuffisance de catégorisation, le système vicieux de rotation des élèves et une préférence évidente pour l'éducation dactylologique. A ce point de vue, les travaux de M. Blanchet doivent trouver aujourd'hui devant l'Académie le même encouragement qu'y rencontrèrent en 1828 les travaux d'Itard, dont M. Blanchet n'est que le continuateur. Sur ce point, l'Académie ne peut pas se déjuger, et si quelque chose nous surprend, c'est que la commission, par l'organe de son rapporteur, ne tire pas un meilleur parti de cet antécédent qui lui est si favorable. Sous une autre forme, peut-être, le gouvernement ne demande pas autre chose au fond, à l'Académie, que ce qu'il lui demandait il y a vingt-cinq ans. Car la question est toujours la même ; l'on sait, en effet, que les efforts d'Itard n'aboutirent pas.

La question se représente aujourd'hui, mais avec un degré de passion de plus, et cette passion même doit rendre l'Académie plus circonspecte. Des deux médecins de l'institut de Paris, l'un pousse chaleureusement à la réforme, l'autre soutient avec énergie l'ordre de choses actuel. Parmi les membres de l'Académie qui ont pris part jusqu'ici à la discussion, les mêmes dissidences se font jour. Au milieu de sa critique pénétrante et prolongée du rapport de la commission, M. Guérin a montré clairement sa prédilection pour la méthode allemande dont il a fait l'exposition et dont il a énuméré les avantages et les résultats. M. Bousquet, au contraire, s'est plu à faire le tableau affligeant des insuccès, de la stérilité même des efforts des éducateurs qui ont surtout demandé au système d'éducation par la parole des résultats qu'ils n'ont pas obtenus, dit l'orateur, ou que temporairement et en fin de compte, sans bénéfice aucun pour la position sociale des sourds-muets.

On comprend que nous n'ayons pas la prétention de faire cesser ces dissidences et de concilier ces opinions diverses. Elles s'appuient chacune sur des autorités respectables, et, chose plus grave, sur des faits. Evidemment, dans une telle situation, l'Académie ne peut pas prendre une décision définitive. Elle adoptera un moyen terme qui donne un commencement de satisfaction aux partisans de la réforme, et se donnera tout le temps nécessaire pour étudier la question à fond. Peut-être d'ailleurs la discussion n'étant pas épuisée, quelque lumière nouvelle surgira-t-elle ; nous le désirons, *fiat lux.*

Amédée LATOUR.

HÉMOSTASIE.

NOUVELLES EXPÉRIENCES SUR L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU PERCHLORURE DE FER ; — HISTORIQUE DE CETTE QUESTION.

A Monsieur le docteur MARJOLIN, *secrétaire de la Société de chirurgie de Paris.*

Monsieur et cher collègue,

Vous m'avez fait l'honneur de me demander quelques renseignements, pour compléter les communications que M. Lallemand a bien voulu faire en mon nom à l'Académie des sciences et à la Société de chirurgie, sur l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des anévrysmes.

Lors même que je ne devrais pas ma faible coopération aux importans travaux d'une compagnie savante qui a bien voulu m'admettre au nombre de ses membres correspondans, je suis trop flatté de l'appel qui est fait à mon intervention directe, dans la grave question qui s'agite, pour ne pas m'empresser de satisfaire au désir que vous m'exprimez, comme secrétaire de la Société de chirurgie, de savoir :

1° Par quelle série d'idées j'ai été amené à employer l'électricité comme agent coagulant ;

2° Pourquoi, après avoir usé des moyens physiques, j'ai préféré l'emploi des moyens chimiques.

J'entre donc en matière.

Entraîné, par mes études antérieures, vers l'application des sciences physiques à l'art de guérir, j'entrepris, en 1828, des recherches sur les moyens de prévenir l'absorption des virus.

Entre ces moyens, la cautérisation des plaies envenimées par le galvanisme est un de ceux qui me réussit le mieux. Je l'essayai d'abord contre les morsures de la vipère; plus tard, en commun avec M. Breschet, contre l'inoculation du venin si redoutable des serpens de l'Inde, et enfin, je l'appliquai à neutraliser le virus rabiéique chez les animaux, même deux jours après son insertion.

Dans le cours de ces dernières expériences, dont la plupart eurent lieu à Alfort, avec le concours de MM. Girard, Delafond et Rigot, et qui ont été publiées dans les *Annales d'hygiène*, j'eus l'occasion de remarquer, après Brandt et Scudamore, avec quelle rapidité le rapprochement des deux *électrodes* détermine la coagulation du sang. Le galvanisme me parut, dès lors, un agent hémostatique qui pourrait avoir son utilité dans certaines circonstances, mais je n'entrevis formellement l'opportunité de ses applications dans le traitement des anévrysmes, que lorsque M. Velpeau eut fait connaître les expériences par lesquelles il a constaté qu'une aiguille, introduite à demeure dans le calibre d'un vaisseau, y détermine, en quelques heures, la formation d'un caillot. Je crus reconnaître, dans ce fait, le résultat d'une action galvanique faible, et il me parut très probable que la coagulation du sang serait obtenue plus facilement et plus promptement, par le moyen de deux aiguilles déliées, introduites dans l'artère, et mises en communication avec les deux pôles d'une pile voltaïque.

Pour vérifier cette vue spéculative, j'instituai à Alfort, avec le concours de M. Delafond, aujourd'hui professeur de cette École, une suite d'expériences qui me confirmèrent dans la conviction qu'appliqué à la cure des anévrysmes, la galvano-puncture offrait de nombreuses chances de succès.

S'il est assez facile d'expérimenter chez les animaux, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de constater chez l'homme vivant l'innocuité et l'utilité de méthodes thérapeutiques nouvelles, qui s'éloignent notablement de la pratique ordinaire. Il faut être chargé, pour cela, d'un service d'hôpital, ou avoir une clientèle chirurgicale assez nombreuse; je n'étais dans aucune de ces positions, et ne pouvant soumettre personnellement à une épreuve véritablement décisive l'idée que j'avais conçue, je fus réduit à les communiquer, en 1831, à quelques jeunes chirurgiens, en leur exposant toutes les raisons qui, dans mon esprit, la rendaient parfaitement réalisable.

Cet appel au concours des praticiens qui étaient en position de faire passer, dans l'art, une méthode curative qui n'était encore qu'une conception de la science, resta sans effet pendant de longues années, et l'application de la *galvano-puncture* au traitement des anévrysmes, n'a été citée que comme une idée ingénieuse qui attendait encore la sanction de l'expérience dans divers ouvrages publiés depuis 1831, tels que le nouveau *Dictionnaire de médecine*, et un travail assez étendu de M. Lisfranc, sur les méthodes connues d'oblitération des artères, travail qui parut en 1834.

C'est seulement en 1845 que M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, tenta l'application de la *galvano-puncture*, dans un cas de tumeur anévrysmale développée sur le trajet de l'artère temporale. Le premier essai, dirigé avec habileté, fut couronné d'un succès complet, que suivirent d'autres opérations non moins heureuses, pratiquées soit par le savant chirurgien lyonnais, soit par d'autres médecins nationaux ou étrangers.

La nouvelle méthode compta aussi des revers, dont quelques-uns peuvent être attribués, avec assez de raison, à l'inexpérience des opérateurs. Quoi qu'il en soit, bien que certains relevés statistiques lui paraissent favorables, elle est encore en instance auprès des Sociétés savantes, pour se faire naturaliser complètement dans la pratique de l'art.

Je viens de vous exposer, Monsieur et cher collègue, l'origine de l'électro-puncture, appliquée au traitement des anévrysmes, et la part théorique et expérimentale que j'ai prise à cette nouvelle thérapeutique. Il me reste à vous dire par quelle transition je suis arrivé à lui substituer, sinon dans tous les cas, au moins dans le plus grand nombre, une autre méthode purement chimique.

Je suivais depuis 1845, avec tout l'intérêt d'une paternité intellectuelle, les applications que la galvano-puncture recevait dans la plupart des contrées de l'Europe. Je ne pouvais me dissimuler que cette méthode, par les soins délicats qu'elle demande, par l'imperfection fréquente des appareils, et peut-être par une certaine *idiosyncrasie* (1) du sang, manquait assez

(1) Je suis disposé à croire qu'une diminution dans la quantité normale du chlo-

souvent le but désiré. Des expérimentateurs persévérans et éclairés, parmi lesquels je citerai le docteur G. Strambio, de Milan, avaient signalé, il est vrai, quelques-uns des écueils à éviter, mais il me semblait que pour vulgariser l'emploi du galvanisme, dans le traitement des anévrysmes, les précautions indiquées étaient insuffisantes, et que le procédé généralement usité devait être modifié.

Préoccupé depuis longtemps de cette idée, j'essayai en 1851 de la réaliser, en supprimant l'intermédiaire des aiguilles, pour la coagulation du sang dans le sac anévrysmal. Je fondais la rationalité de cette tentative sur la propriété que possède l'électricité voltaïque d'opérer le transport de certaines substances d'un pôle à l'autre, même à travers l'épaisseur des tissus.

J'imaginais qu'en plaçant, sur la tumeur anévrysmale, une compresse imbibée d'une solution saline facilement décomposable ; mettant cette compresse en contact avec l'un des pôles de la pile, tandis que l'autre électrode serait appliquée sur la partie opposée du corps, je déterminerais le passage de l'un des élémens de la substance saline dans l'intérieur même du sac. Si cet élément était susceptible de donner, avec l'albumine du sang, un composé insoluble, ce liquide serait coagulé plus ou moins promptement.

J'instituai, d'après ces idées théoriques, l'expérimentation suivante :

Ayant rempli un tube de verre d'une solution d'albumine, j'en fermai les deux extrémités par un morceau de parchemin épais. Ayant ensuite appliqué, sur chacune d'elles, une compresse imbibée de solutions salines diverses, et mis les deux pôles de la pile en communication avec les bouts du tube, il me sembla que dans quelques cas des stries opaques s'étendaient peu à peu d'une extrémité du tube à l'autre, à travers la solution d'albumine.

En supposant que je ne me fisse pas illusion à cet égard, ce que je n'ose affirmer, ce résultat était loin de répondre à mes espérances, car il impliquait la nécessité d'un temps très long pour la solidification de l'albumine.

Je me décidai alors à varier le procédé par l'introduction d'une aiguille, servant d'*électrode*, à travers l'un des morceaux de parchemin.

Cette fois, je vis un *coagulum* se former assez rapidement autour de ce corps étranger. Je ne pouvais douter que cet effet ne fût déterminé par le transport de l'un des élémens de la solution saline, car, si on substituait à celle-ci de l'eau pure, le phénomène ne se produisait plus que d'une manière lente et peu prononcée.

Le procédé que je viens de décrire rentrait, en partie, dans celui de la *meso-acupuncture*, indiqué en 1847, par le docteur G. Strambio, et appliqué depuis, sans beaucoup de succès, je crois, par MM. Baumgarten et Wertheimber; mais il en différait par l'intervention d'un élément chimique qui augmentait la *coagulabilité* de l'albumine, sous l'influence du galvanisme.

Je pouvais donc le regarder comme un perfectionnement probable de la *galvano-puncture*, puisqu'en supprimant une des aiguilles on évitait la cautérisation si fréquente des parois du sac, et on diminuait la chance de rencontrer un filet nerveux.

Un autre résultat, que j'appellerai providentiel, s'il est aussi généralement utile qu'on a lieu de l'espérer, devait être le fruit imprévu de mes recherches.

Durant le cours des expériences que je viens de rapporter, et qui avaient pour but soit de supprimer l'acupuncture, en conservant le galvanisme, soit de réduire l'opération à l'introduction d'une seule aiguille, je remarquai avec quelle *instantanéité* l'une des substances que j'essayais, le *perchlorure de fer*, déterminait *la prise en masse* d'une solution d'albumine ; considérant, en même temps, que les *martiaux* sont en général inoffensifs pour l'économie, employés à dose médiocre, je me demandai si au lieu de chercher à supprimer l'*acupuncture*, dans le traitement des anévrysmes, il ne serait pas plus avantageux de renoncer à l'emploi de l'électricité, en conservant la première pour introduire, dans la cavité du sac, un principe coagulant (1) aussi énergique que le *perchlorure* de fer. Je pensai aussitôt à réaliser cette idée, au moyen du *trocart* explorateur que l'on emploie pour reconnaître la nature des liquides contenus dans certaines tumeurs. Mais ceux que l'on trouve ordinairement chez les fabricans d'instrumens de chirurgie ne me paraissant pas assez déliés, j'attendis l'occasion d'un voyage à Paris pour en faire exécuter de plus appropriés au but que je me proposais. M. Charrière remplit parfaitement mes vues à cet égard. Je me procurai en outre une petite seringue dont le piston était manœuvré au moyen d'un pas de vis, afin que l'injecton s'opérât sans secousse, d'une manière continue, et pût être ménagée à volonté, d'une manière exacte.

rure de sodium, dissous dans le sérum du sang, peut rendre celui-ci moins coagulable par le galvanisme. Je fonde d'abord cette opinion sur l'explication que l'on donne de la manière dont la dissociation des élémens du sel mariu, produite par le galvanisme, amène la coagulation du sang à chacun des deux pôles; et ensuite sur des expériences, par lesquelles j'ai constaté, qu'en ajoutant un peu de sel marin à une solution d'albumine, on obtient plus promptement la coaguiation de celle-ci. Pourrait-on conclure de là que l'injection préalable, dans une tumeur anévrysmale, d'une solution de sel, rendrait la galvano-poncture plus efficace?

(1) On a dit que le perchlorure de fer ne déterminait point une véritable coagulation de l'albumine : on peut en dire autant des acides et des alcalis; alors, l'impropriété de l'expression, pour caractériser le phénomène, peut être reprochée à tous les chimistes. Le calorique seul paraît un véritable coagulant de l'albumine, car seul il la solidifie sans lui ajouter aucun principe pondérable.

J'étais dès lors en possession du matériel opératoire très simple qui m'était nécessaire.

De retour à Lyon, j'essayai, assisté de mon fils, interne des hôpitaux, de coaguler le sang dans la carotide d'un lapin; mais cette artère était trop déliée pour permettre d'introduire facilement le trocart dans l'intérieur de son calibre, sans perforer sa paroi d'outre en outre. Nous échouâmes donc dans cette première expérience dont le succès, d'ailleurs, aurait été fort peu concluant. Je me proposais de la recommencer bientôt, en opérant sur des animaux de forte taille, lorsqu'une maladie assez grave vint interrompre le cours de mes recherches. Elles auraient été peut-être ajournées indéfiniment, si le séjour du professeur Lallemand dans ma maison, en contribuant à me rendre la santé, n'eût ranimé en même temps mon ardeur scientifique presque éteinte.

Lui ayant communiqué, dans un de nos fréquens entretiens, qui étaient pour moi une source intarissable d'instruction, mes idées sur la chance probable de substituer aux moyens usités pour la guérison des anévrysmes une méthode plus simple, plus prompte et moins douloureuse, il m'encouragea à en reprendre l'exécution, et voulut bien me prêter l'assistance de ses lumières et de son intervention personnelle dans les expériences qu'il s'agissait de faire sur les animaux avant de proposer pour l'homme cette nouvelle thérapeutique.

M. Pétrequin, invité à participer à nos essais, tenta d'abord de produire un anévrysme traumatique sur le trajet de l'artère carotide d'un mouton; mais son opération, répétée deux fois, n'eut pas le succès qu'il en attendait. Un simple épanchement de flux, bientôt résorbé, fut le seul résultat de la ponction de chacune des carotides.

Nous nous décidâmes alors à opérer sur l'artère elle-même, et à tenter d'y intercepter le cours du sang, au moyen de l'injection de quelques gouttes de perchlorure de fer.

L'Institut et la Société de chirurgie ont reçu de M. Lallemand communication des suites de cette expérience et de celles qui furent exécutées ultérieurement sur des chevaux, avec le concours éclairé et bienveillant de M. Lecocq, directeur de l'école vétérinaire de Lyon. Je ne les rapporterai pas ici; je compléterai seulement l'observation relative au mouton, en ajoutant à cette note l'autopsie qui en fut faite deux mois et demi après l'opération par M. Lecocq, parce qu'elle offre des particularités qui n'ont pu être remarquées chez les autres animaux que l'on a sacrifiés avant que leurs plaies fussent cicatrisées.

Autopsie faite le 24 février 1853. — La peau qui recouvre le point de l'opération est parfaitement cicatrisée.

La jugulaire, légèrement déviée sur le point de l'opération par le tissu de cicatrice, présente son canal entièrement libre et de diamètre ordinaire.

La carotide, un peu déviée aussi, adhère assez fortement à la trachée sur le même point, par quelques brides fibreuses. Son canal intérieur est suivi facilement par le stylet ou par l'air insufflé, jusqu'à 2 centimètres environ du point où a eu lieu l'injection ; là, l'oblitération de sa cavité est tout à fait évidente.

L'extrémité située du côté de la tête présente un canal parfaitement libre, jusqu'au niveau de l'extrémité inférieure du corps thyroïde.

A ce point commence l'oblitération, et l'artère, en descendant jusqu'au point oblitéré inférieur, ne présente qu'un cordon fibreux, un peu confondu, au niveau de la cicatrice, avec le tissu cellulaire, enveloppant en commun les cordons du grand sympathique et de la dixième paire.

L'espace oblitéré mesure en tout une longueur de 85 millimètres.

Au commencement de l'oblitération supérieure, se trouve un petit magma coloré, que l'on prend d'abord pour un caillot sanguin, mais qui, examiné avec soin, laisse voir la couleur de rouille, particulière au sel de fer injecté. Le volume de ce caillot égale à peine celui d'un grain de millet un peu allongé.

On voit, par les détails de cette autopsie, que le *magma*, produit immédiat de l'injection, et les caillots sanguins qui ont dû se former consécutivement à l'opération, comme on l'a observé chez le cheval abattu au bout de dix jours, avaient été, pour ainsi dire, complètement résorbés au bout de deux mois et demi. Ce travail éliminateur ne fut accompagné d'aucun symptôme grave; seulement, l'animal perdit l'appétit pendant les premiers jours qni suivirent l'injection. Ce trouble pouvait être produit par l'inflammation de la plaie assez large que l'on avait laissée à découvert sans aucun pansement.

Pour expliquer la fièvre et l'anorexie observées chez les animaux opérés à Alfort, on a dit qu'elles étaient probablement le résultat d'une sorte d'intoxication par le sel ferreux injecté; je ne suis pas disposé à admettre cette étiologie; mais je n'en pense pas moins qu'il importe de n'employer que la quantité de *perchlorure* nécessaire pour la coagulation du sang, en l'évaluant d'après le volume de la tumeur. Les moyens que j'ai indiqués pour mesurer cette quantité, attestent assez l'importance que j'attache à ce précepte.

Un nouveau cas d'application de la méthode d'injection, qui sera publié prochainement, montrera que l'on ne peut dépasser notablement les limites approximatives que M. Lallemand et moi avons fixées, sans déterminer des symptômes d'intoxication, et sans que le caillot fermé se redissolve; mais il peut résulter d'une injection exubérante une inflammation trop vive du sac, qui en amène l'ulcératon consécutive, et l'expulsion en bloc du *magma* qu'il contient.

Il est inutile d'énumérer les inconvéniens éventuels de cette élimination prématurée du bouchon destiné à amener l'oblitération progressive de l'artère; je me bornerai à dire que le point essentiel au succès de l'opération, est de ménager toutes choses, de manière qu'il y ait résorption lente du corps étranger introduit dans la tumeur. L'autopsie du mouton, que j'ai rapportée, et l'observation de M. Raoul Deslonchamps, prouvent que cette terminaison est possible; une des conditions propres à l'assurer, est d'éviter d'introduire dans le sac anévrysmal un excès du liquide coagulant.

Ce précepte deviendrait surtout d'une rigueur absolue, s'il s'agissait d'un anévrysme profond où une simple fissure des parois du sac pourrait venir porter, non plus au dehors, mais au dedans de l'organisme, un liquide irritant.

Si j'avais à appliquer, dans un cas de cette espèce, la nouvelle méthode, je n'injecterais d'abord que quatre ou cinq gouttes de perchlorure de fer. En effet, il ne s'agit pas ici d'arrêter brusquement le cours impétueux du sang dans une artère volumineuse, comme la carotide d'un cheval. L'indication à remplir n'étant pas aussi immédiate, je crois que pour arriver à un heureux résultat, il suffit de déposer dans la tumeur anévrysmale un élément de solidification qui serve de noyau à l'agrégation de couches albumineuses successives; car, j'ai remarqué que, si on laisse tomber dans une solution d'albumine une seule goutte de *perchlorure* de fer concentré, il se forme bientôt autour d'elle des espèces de *stalagtites* qui sextuplent au moins son volume, et donnent un caillot solide dont le diamètre excède de beaucoup celui du calibre de l'artère la plus volumineuse, en sorte qu'il ne pourrait être entraîné hors du sac.

Si, au bout d'un certain temps, les battemens de la tumeur n'avaient point cessé complètement, rien ne s'opposerait à ce que l'on répétât l'injection, car la ponction, par un trocart délié comme celui que j'ai indiqué, est une opération absolument inoffensive.

Nous avons évalué, M. Lallemand et moi, à trois gouttes environ la quantité de perchlorure de fer qu'il suffit d'employer pour chaque centilitre de sang à coaguler; je serais disposé à descendre encore au-dessous de cette limite ; mais pour qu'elle puisse guider sûrement l'opérateur, il convient d'indiquer à quel degré de concentration doit être amenée la solution de *perchlorure* de fer.

C'est dans cette vue que je joins ici la description du procédé à suivre pour obtenir une liqueur toujours identique, parfaitement pure, et marquant 46 degrés à l'*aréomètre*. Cette description a été rédigée par l'un de nos pharmaciens chimistes les plus distingués, M. Burin du Buisson (1).

Je termine cette note, que je n'ai pas eu le temps de rendre plus courte, en soumettant les idées qu'elle renferme à l'examen éclairé de la Société de chirurgie; persuadé que si la nouvelle méthode doit prendre rang parmi les progrès de l'art de guérir, c'est l'orsqu'une discussion approfondie, comme toutes celles auxquelles se livre la Société, aura bien précisé les cas d'application et les moyens les plus rationnels de rendre cette application inoffensive, autant que le comporte la gravité des cas.

Agréez, monsieur et cher collègue, l'assurance de ma considération la plus distinguée. Ch. PRAVAZ, D.-M. P.

Paris, 2 mai 1853.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 Mai 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur MANGIN, médecin cantonal à Lamarche, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Damblain, Blevaincourt et Isches (Vosges), en 1852 et 1853.

2° Un rapport de M. le docteur SALENAVE, médecin-inspecteur des eaux minérales de Casteljaloux (Lot-et-Garonne), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852.

3° Un rapport de M. le docteur LEMAIRE, médecin-inspecteur des bains de mer de Dunkerque (Nord), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852.

4° Une lettre de M. le docteur LIÉGEY, médecin cantonal à Rambervillers, contenant des renseignemens relatifs à des cas de variole observés au village de Padoux (Vosges).

5° Une note de M. le docteur THOUVENET, de Limoges, contenant la relation d'une transfusion du sang opérée chez un sujet atteint de dyssenterie compliquée d'hémorrhagie intestinale. Cette opération a été faite sans succès. (Comm. MM. Longet, Bouvier et Bérard.)

6° Quelques remarques pratiques sur la vaccination des adultes, par M. ZANDICK.

7° Diverses communications imprimées sur la surdi-mutité adressées par MM. PUYBONNIEUX, professeur à l'institution des Sourds-Muets de Paris, Léon VAÏSSE, professeur de la classe de perfectionnement fondée par Itard, et RAMBERSON.

8° Mme veuve HUSSON informe l'Académie qu'elle lui fait hommage

(1) Nous publierons cette note dans le prochain numéro.

d'une partie des ouvrages de médecine composant la bibliothèque de son mari.

Une lettre de remercîmens sera adressée à Mme Husson au nom de l'Académie.

Déclaration de vacance.

M. Londe, au nom de la commission des onze membres chargée d'examiner dans quelle section pourra avoir lieu l'élection prochaine qui doit pourvoir au remplacement de MM. Castel, Réveillé-Parise et Richard, lit un rapport dont la conclusion est ainsi formulée :

« La commission propose de déclarer la vacance dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle, cette section devant conserver le droit plein et entier de proposer des thérapeutistes en même temps que des botanistes. (L'Académie adopte.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la surdi-mutité.

La parole est à M. J. Guérin pour continuer l'argumentation qu'il a commencée dans la précédente séance. Voici comment s'est exprimé M. Guérin :

M. J. Guérin : L'Académie n'a pas besoin que je lui rappelle l'importance de la question qui s'agite devant elle. Elle sait qu'à cette question se rattachent les problèmes les plus élevés de la physiologie, de la psychologie et de la pathologie. Cependant le rapport ne paraît pas l'avoir comprise de cette manière. Les critiques approfondies dont il a été l'objet de la part de plusieurs de nos collègues, et même de la part d'un membre de la commission, prouvent assez qu'il laisse beaucoup à désirer. Pour mon compte, après l'avoir lu attentivement, je suis obligé de déclarer qu'il m'a paru non seulement justifier les reproches dont il a été l'objet, mais en mériter peut-être de plus graves encore. L'Académie voudra bien le remarquer, il ne s'agit pas d'un simple rapport scientifique, dont on puisse laisser à l'avenir de confirmer ou d'infirmer les doctrines; mais il s'agit d'un rapport officiel, demandé par l'autorité, et destiné à servir de motif et de garantie à d'importantes réformes dans l'enseignement des sourds-muets. C'est l'Académie elle-même qui est appelée à prononcer; c'est son opinion, c'est son autorité qu'on invoque. Il est donc indispensable que le rapport réponde, sous tous les points de vue, à ce qu'on est en droit d'attendre d'elle. Mais une autre considération doit encore la rendre plus circonspecte et plus difficile. Le rapport demandé par le ministre est peut-être destiné à révolutionner les institutions publiques consacrées à l'éducation des sourds-muets. Il rencontrera des opposans, des adversaires parmi ceux qui ont intérêt à conserver ce qui existe. Ces adversaires ne l'épargneront pas. Il est donc très important que le travail qui sera fait au nom de l'Académie soit digne d'elle, et capable de supporter l'examen des plus difficiles. Eh bien ! et malgré toute ma déférence pour M. le rapporteur, je suis obligé de confesser que le rapport est loin de satisfaire à ces conditions. Il me paraît avoir amoindri et rétréci la question à résoudre ; il me paraît souvent faible d'informations et de preuves; mais il me paraît surtout manquer d'autorité; en un mot, c'est un rapport insuffisant. Pour que cette critique ne soit pas exposée au reproche qu'elle adresse, l'Académie voudra bien me permettre de la justifier.

L'objet du rapport est de faire connaître à M. le ministre l'opinion de l'Académie sur certaines innovations proposées par M. le docteur Blanchet dans le traitement des sourds-muets, dans leur classement à leur admission dans les écoles de l'État, et enfin dans leur éducation et leur enseignement. Cette mission est grave, puisqu'elle a pour but de motiver d'importantes réformes dans ce qui existe : elle est grande, puisqu'elle embrasse toutes les questions qui se rattachent au traitement et à l'éducation des sourds-muets. Mais au lieu de s'inspirer de ce double point de vue, le rapport semble, au contraire, avoir voulu s'y soustraire. D'une part, il a laissé ignorer à l'Académie le véritable motif et le but de son intervention; de l'autre, il a rétréci, comme à plaisir, le champ du débat; il a passé à pieds joints sur toutes les difficultés: on dirait même parfois qu'il n'y a pas pris garde. M. le rapporteur ne manquera pas de répondre, comme il l'a déjà fait, que le cadre du rapport était tout tracé par l'autorité; qu'il ne s'agissait que de répondre à des questions posées par le ministre. Mais cette fin de non recevoir ne saurait être admise. En s'adressant à l'Académie, le ministre ne lui a pas demandé des réponses d'oracles : il a invoqué ses lumières, sa compétence. Il lui a demandé des conclusions, mais il ne lui a pas interdit de les motiver. Or, bien que les questions ministérielles portent spécialement sur telle ou telle application de certaines méthodes employées dans l'éducation et le traitement des sourds-muets, il était impossible de détacher l'application des principes, de juger le fait sans peser la valeur de la méthode. On était donc obligé d'envisager la question dans toute sa généralité; car, on ne doit pas le perdre de vue un instant, c'est d'après l'opinion que l'Académie exprimera sur les questions particulières posées par le ministre que des réformes importantes et générales pourront être apportées aux institutions, aux principes. L'étendue de l'examen devait donc être en rapport avec celle des applications. Je n'exagère rien : l'Académie en a eu la preuve par la lettre même de M. Ménière, qui, comme je l'ai dit précédemment, a restreint le programme du débat à ses véritables proportions. Si je ne me suis pas trompé, l'Académie me permettra donc d'entrer dans les développemens nécessaires pour la mettre à même de porter, en connaissance de cause, un jugement sur la question qui lui est soumise.

De quoi s'agit-il? il s'agit, en général, de se prononcer entre les différens systèmes qui ont été proposés pour l'éducation physique et morale des sourds-muets, et en particulier de décider si le système suivi à l'institut des Sourds-Muets de Paris ne doit pas être remplacé par un autre système, ou au moins profondément modifié par les acquisitions de l'expérience des autres pays. Comme on le voit, je prends la question dans toute sa généralité. Je n'admets pas, comme mon honorable et savant collègue, M. Ferrus, qu'il y ait deux parts à faire, l'une pour la médecine, l'autre pour la pédagogie. Tout ce qui se rapporte à l'amélioration et à l'éducation des sourds-muets est du domaine de la médecine : d'une part, chercher à réveiller et à développer les moindres vestiges de la parole et de l'ouïe; de l'autre, chercher tous les moyens de suppléer par les autres fonctions à ces deux fonctions absentes, tel est le double problème qu'on doit se poser. Or, n'est-ce pas à la physiologie, à la psychologie et à la philosophie, c'est-à-dire à la médecine, envisagée dans son caractère le plus élevé, qu'il faut demander les élémens de cette solution? C'est ce que j'espère pouvoir démontrer.

Le premier devoir du rapporteur était de présenter un historique court, mais substantiel, du sujet. Déjà plusieurs réclamations, et celle de l'honorable M. Guéneau de Mussy, membre de la commission, ont insisté sur cette lacune. La réponse qu'a faite M. le rapporteur prouve qu'il n'a pas apprécié l'importance et le véritable caractère de cette première critique. Il ne s'agit pas, en effet, de citer des noms, de rappeler des travaux, mais il faut, dans une question de cette nature, préciser par les idées et les résultats la part que chacun a prise dans la chaîne du progrès. Fixer le point de départ et le point d'arrivée de la question, c'était le seul moyen de mettre l'Académie à même d'apprécier la part de chacun, et surtout le caractère de nouveauté et d'utilité des idées et des pratiques soumises à son approbation. Un historique de ce genre fait complètement défaut dans le rapport.

Que la sévérité de ces remarques adressées au rapport ne préjudicie rien de ce que j'ai à dire des travaux de M. Blanchet. Je le déclare d'avance au contraire, je suis très sympathique aux efforts de notre confrère, et en temps voulu je leur rendrai la justice qu'ils méritent.

Tous les efforts tentés jusqu'ici dans les différens pays pour asseoir les bases de l'éducation physique et morale des sourds-muets peuvent se rapporter à deux écoles principales : à l'école dite *française* et à l'école dite *allemande;* la première faisant surtout usage, dans l'éducation des sourds-muets, de la *méthode mimique* et de la *dactylologie*; la seconde ayant principalement recours à la *lecture sur les lèvres*, au *développement* et à *l'enseignement de la parole*; l'une presque exclusivement en honneur dans l'institut des Sourds-Muets de Paris; l'autre très répandue à l'étranger, en Belgique, en Hollande et dans tout le nord de l'Allemagne.

Les deux écoles rivales se disputent la prééminence ; elles se targuent toutes deux d'une incontestable supériorité, et s'adressent réciproquement les reproches les plus graves. Rappeler à l'Académie que les conclusions sur lesquelles on lui demande de voter, sont destinées à révolutionner l'école française, à introduire chez elle l'école allemande, n'est-ce pas lui rappeler d'un seul mot l'importance et l'étendue du débat, et lui montrer en même temps tout l'intérêt qui s'y rattache?

Quelque opinion qu'on se fasse des deux écoles, on ne peut s'empêcher de reconnaître que, tout en poursuivant le même but, elles se distinguent par les deux points de vue où elles se placent pour y atteindre. L'école française, préoccupée surtout de l'éducation de l'individu, s'attache à lui donner, sous les formes les plus faciles et par les voies les plus rapides, les connaissances qui, d'un sourd-muet, c'est-à-dire d'un être disgracié, feront un homme à peu près égal aux autres hommes, sous le rapport du développement et de la culture de l'intelligence. L'école allemande, au contraire, plus préoccupée des avantages que l'homme retire de son commerce avec la société, cherche à faire rentrer, par tous les moyens possibles, le pauvre sourd-muet dans la grande famille, dont son infirmité l'avait séquestré. Voilà une première et grande différence entre les méthodes française et allemande, c'est-à-dire voilà les préoccupations qui les dirigent à leur point de départ. Si l'on poursuit ces deux différences générales dans les particularités qui s'y rattachent, on aperçoit les avantages et les inconvéniens qui les caractérisent.

L'institut des Sourds-Muets de Paris passe à bon droit pour *faire*, comme l'écrit très sérieusement M. Ménière, *d'excellens sourds-muets*; mais, en réalité, il passe pour ne faire que cela. Ceux qui y arrivent avec une demi-surdité ou une mutité incomplète, en sortent complètement sourds et complètement muets. La pratique exclusive de la mimique anéantit les derniers rudimens de la voix et de l'ouïe. L'absence de l'exercice de la parole et de l'ouïe a pour effet nécessaire l'atrophie et la disparition des derniers vestiges de ces deux fonctions. C'est donc avec une certaine raison que l'on a dit de l'institut des Sourds-Muets de Paris, qu'il est une *très bonne fabrique de sourds-muets*.

Un second reproche à adresser à l'école de Paris, c'est de prédisposer ses élèves à la phthisie pulmonaire. La suppression de la parole est regardée comme une cause déterminante de la phthisie pulmonaire. On a vu bon nombre de personnes devenir phthisiques par le seul fait de la suppression de l'exercice de la parole ; les effets de l'emprisonnement cellulaire en font foi.

Voilà donc deux inconvéniens sérieux qu'on reproche à l'école française, c'est-à-dire à l'emploi exclusif du langage des signes.

Mais l'école française ne reconnaît pas ces inconvéniens, et, du reste, elle les rachèterait par des avantages qui lui sont propres.

En vertu de la mimique, comme moyen d'initiation et de transmission, la méthode française prétend donner simultanément à ses élèves la notion des faits et des idées. La dactylologie y ajoute les avantages d'une langue faite. C'est à la faveur de ce double moyen que l'école française se flatte de rendre l'éducation plus facile, plus rapide et plus complète. Et, en effet, ainsi que l'a rappelé M. Ménière, au congrès de Pforzheim, il a été assez généralement admis que les produits des écoles françaises étaient supérieurs, quant à la culture intellectuelle et morale de l'individu, au produit de l'école allemande. Mais, nous le répétons, cet avantage, dont il serait possible de trouver les causes ailleurs que dans la supériorité de la méthode mimique sur l'articulation, est acheté au détriment de l'isolement auquel elle condamne à jamais le sourd-muet, en le livrant à la société, dépourvu de tout moyen de communication avec elle.

On allègue, il est vrai, que, grâce à l'initiative et aux efforts d'Itard, il existe à l'Institut de Paris un cours d'articulation ; mais ce cours est un véritable leurre. Si je suis bien informé, les élèves y sont exercés au plus une heure par jour. En dehors du cours, ils ne s'occupent plus de la méthode. Leur instruction générale se fait par la mimique; ils communiquent entre eux par les signes. Le cours d'articulation n'est donc véritablement pour eux qu'une affaire de luxe, qu'un accessoire, au lieu d'être le principal. Ce n'est donc qu'une notion qu'on leur donne, et non une méthode d'éducation qu'on emploie.

L'école allemande, dont il ne faut pas aller chercher très loin les applications, puisqu'il s'en trouve à Paris même, se sert surtout de la *lecture sur les lèvres* et de *l'articulation*, c'est-à-dire de *l'enseignement de la parole.* La lecture sur les lèvres, improprement appelée ainsi, consiste à apprendre à l'élève à *reconnaître* les formes que la bouche affecte dans la prononciation de chaque mot. Il *relit* ainsi sur les lèvres, plutôt qu'il ne *lit*, les mots dont il a appris d'abord la concordance avec la langue écrite. La lecture sur les lèvres ne serait ainsi qu'une succédanée naturelle de la mimique et de la dactylologie artificielle de l'école française. Les ressources en sont vraiment admirables. Il ne s'agit pas, comme on l'a dit, et comme l'a répété M. Ménière, d'un tour de force que peuvent exécuter exceptionnellement certains individus, mais d'une merveilleuse méthode vulgarisée, et passée à l'état de pratique usuelle dans les écoles allemandes. C'est, en effet, à la faveur de cette méthode, qu'une escouade d'enfans comprennent et transcrivent simultanément sur un tableau la parole du professeur. Il m'a été donné de voir, dans l'institution de M. Dubois, rue de Courcelles, à Paris, de tout jeunes enfans saisir et reproduire, avec une merveilleuse rapidité la dictée que leur faisait leur maître ou maîtresse. L'habileté dans l'art de lire sur les lèvres peut être portée à ce point, que M. Dubois fils, qui fait le plus grand honneur à M. Deleau, son premier instituteur, m'a dit avoir pu deviner, d'après les seuls mouvemens des joues, des mots dont un interlocuteur cherchait à lui dissimuler la forme, en se plaçant les doigts sur la bouche; et il m'a ajouté que, souvent, il était parvenu à se faire comprendre de ses élèves en leur donnant, de la croisée de son appartement, des ordres pendant qu'ils étaient dans son jardin. Pour mon compte, je ne saurais trop exprimer mon admiration pour ce mode d'enseignement, la lecture sur les lèvres, qui révèle au physiologiste un ordre entier de mouvemens inexplorés jusqu'ici, et qui dénote, de la part des sourds-muets, une finesse d'observation égale à la richesse des faits qu'ils apprennent.

La valeur de cette ressource, comme moyen de mettre le sourd-muet en rapport avec ses semblables, est immense. Ai-je besoin de le faire remarquer? Il lui suffit, pour communiquer immédiatement avec tout le monde, de s'être initié à la forme labiale du langage commun. Quel avantage sur le sourd-muet instruit par la mimique et la dactylologie, qui ne peut comprendre que ceux qui ont appris son langage et qui s'en servent avec eux!

L'articulation ou *l'enseignement de la parole* est le second élément de la méthode allemande. L'enseignement de la parole a fait supposer, d'abord comme condition première, la nécessité d'un certain degré de la faculté d'entendre de la part du sourd-muet; mais l'expérience n'a pas tardé à montrer que cette condition n'est pas indispensable. Il faut donc distinguer sous ce rapport, parmi les sourds-muets, les *sourds complets parlant* et les *muets demi-sourds*. Il est possible, en effet, d'apprendre aux sourds complets à parler, sans qu'ils puissent s'entendre ni entendre parler, comme, à plus forte raison, il est possible de développer les rudimens de la parole et de l'ouïe chez ceux qui ne sont pas absolument sourds. La possibilité de ces faits n'est plus en question. Les adversaires de cette méthode allèguent, il est vrai, que, dans l'un et l'autre cas, on n'obtient, la plupart du temps, que des résultats incomplets, qu'une articulation rauque, sourde, incompréhensible, repoussante; mais, à côté de ces résultats, il en est d'excellens, d'admirables mêmes, et il m'a été donné d'en constater plusieurs qui font le plus grand honneur à la méthode. La négation systématique de ces résultats vient surtout de la part des personnes qui ne voient fonctionner que l'école française. Leur critique toute théorique n'est fondée que sur ce qu'ils ne voient pas et ne peuvent pas voir. Ils ne devinent pas jusqu'à quel point la nature humaine, l'instinct, a des ressources ignorées. Quant à moi, qui ai vu fonctionner une quarantaine de jeunes garçons et de jeunes filles, instruits d'après la méthode allemande, dans l'établissement de M. Dubois, je ne puis m'empêcher de regarder comme une ressource précieuse d'éducation des sourds-muets, la lecture sur les lèvres et l'articulation.

Mais, a-t-on dit, ces résultats ne peuvent être obtenus que chez des sujets très intelligens : ils sont donc très exceptionnels, et de plus, ils ne seraient pas durables.

Il est de fait que le degré d'intelligence joue un grand rôle dans le succès de la méthode allemande ; mais elle a cela de commun avec les autres méthodes. Toutefois, il convient de faire ici une distinction. On ne saurait trop reconnaître, avec MM. Ferrus et Bounafont, l'importance du rôle que joue l'intelligence dans l'éducation des sourds-muets. Toutes choses égales, d'ailleurs, c'est sans contredit le plus intelligent parmi les sourds-muets qui arrive à parler le mieux. Mais il serait inexact de dire que l'état de l'appareil vocal ou auditif est subordonné au degré d'intelligence. Il est de fait, et M. Ferrus le sait mieux que personne, qu'il est certains idiots qui ont l'appareil vocal très bien développé, sinon tout à fait normal; ils peuvent apprendre à parler, et ils prononcent très distinctement des mots et des phrases; ce qui leur manque, ce n'est pas l'organe ni la fonction, mais uniquement le moyen de s'en servir; chez certains sourds-muets, au contraire, le régulateur de la fonction existe, mais l'appareil fonctionnel manque, ou n'existe que très imparfaitement. On peut donc, chez le plus grand nombre des sourds-muets, même chez ceux doués d'une intelligence très médiocre, tirer de l'articulation un parti meilleur peut-être que des méthodes mimiques. J'ai vu des jeunes filles, d'une intelligence très peu développée, articuler d'une manière satisfaisante : elles s'en servaient surtout utilement pour la lecture.

A l'appui de leurs objections, que les résultats de l'enseignement de la parole sont très exceptionnels, peu durables et inférieurs à ceux de la méthode française, les adversaires de la méthode allemande, tels que M. Ménière, allèguent l'opinion des Allemands eux-mêmes. Au congrès de Pforzheim, en 1847, tous se seraient accordés à reconnaître la prééminence des produits de l'école française sur ceux de l'école allemande. Ceci est une véritable méprise. On a confondu, dans la comparaison qui a été faite des deux méthodes, la valeur de leurs produits, eu égard à l'éducation intellectuelle et morale des élèves, avec la valeur des moyens de communication qu'elles leur donnent.

Or, à ce dernier égard, voici deux citations empruntées à un remarquable discours prononcé à ce même congrès de Pforzheim, par le professeur Haug (1), qui mettra l'Académie à même d'être mieux édifiée :

« Mais jusqu'à quel point nos sourds-muets réussissent-ils dans l'articulation et la lecture sur les lèvres? Il serait injuste, et doublement injuste, de la part d'un Allemand, de vouloir méconnaître les heureux résultats qui, sous ce rapport, sont atteints dans presque toutes les

(1) *Annales de l'éducation des sourds-muets*, 1848, n° 3, p. 174.

» écoles allemandes, d'où sortent chaque année un nombre *considé-» rable* de sourds-muets qui ont acquis une telle habileté dans la pro-» nonciation et la lecture sur les lèvres, qu'ils peuvent, après une » courte fréquentation, *s'entretenir couramment avec tout étranger,* » à l'aide de la parole, et même perfectionner et compléter la connais-» sance de la langue quant aux idées et à l'expression. Ces résultats *sont » solides.* » Mais, ajoute l'auteur, avec une impartialité qui ne fait que rehausser la confiance que mérite son jugement, « est-ce avec la *majo-rité* de nos élèves que nous pouvons obtenir de si *éclatans* succès? *J'en doute.* » — Ce n'est pas là un sur mille, et encore moins un sur dix mille, comme paraît le croire M. Ménière, et avec lui quelques autres partisans exclusifs de la méthode française. Du reste, M. Morel, qui passe à bon droit pour un des partisans les plus éclairés de cette école, sans admettre la proportion de M. Haug ni celle de M. Ménière, reconnaît explicitement : « 1° que la parole doit être enseignée aux sourds-» muets qui montrent des dispositions pour cet enseignement; 2° que » les écoles françaises devraient faire un emploi moins constant des » signes mimiques, et donner une attention plus sérieuse à l'enseigne-» ment de la parole (1). »

Voilà donc les raisons et les faits qui militent en faveur de la lecture sur les lèvres et de l'enseignement de la parole aux sourds-muets. Avant de se prononcer comme il l'a fait sur telle ou telle observation, sur telle ou telle expérience afférant au système allemand, le rapport aurait donc dû s'enquérir d'abord de la valeur de ce système, assurer l'autorité de ses conclusions particulières par l'autorité de la méthode générale; mais il devait faire plus : il ne devait pas se borner à constater quelques résultats momentanés, mais s'enquérir de la durée, de la permanence de ces résultats. M. Bonnafont, dans la dernière séance, vous a fait connaître l'état d'un sujet qu'on citait comme une des merveilles de la méthode, et qui, après quelques années, avait été réduit à ne plus prononcer que quelques mots incompréhensibles. Ce fait est-il une exception? Je suis très porté à le croire; mais encore fallait-il, dans l'intérêt même de la méthode, le rechercher. Or, cela n'était pas impossible ni même difficile. M. Dubois, dont le zèle incomparable reçoit des encouragemens du gouvernement, nous a affirmé qu'il avait rendu, depuis une dizaine d'années, une cinquantaine de sujets à la société, qui tous conservent les avantages de leur éducation. Que sont devenus ces sujets? Si la commission ne pouvait s'en enquérir par elle-même, elle pouvait solliciter une enquête du gouvernement : la chose eût été d'autant plus favorable à la méthode et aux efforts de M. Dubois lui-même, que, si nous sommes bien informés, les commissaires que l'on a chargés spécialement de ce soin sont deux anciens professeurs de l'institut de Paris. Malgré la confiance que peut inspirer leur caractère, on peut, sans leur faire injure, croire qu'ils ne pécheront pas par un excès de zèle en faveur des méthodes opposées à celles qu'ils ont pratiquées toute leur vie, et avec lesquelles ils se sont faits ce qu'ils sont.

Il existait d'ailleurs dans la science d'autres documens précieux, dans lesquels, à l'autorité des faits se trouve réunie l'autorité des idées. Au nombre et en tête de ces documens je citerai l'ouvrage si remarquable de M. l'abbé Carton, que j'ai offert à l'Académie de la part de cet auteur. M. Carton, directeur de l'institut des sourds-muets de Bruges, est un des hommes de l'époque qui ont le plus approfondi la question des sourds-muets. Son ouvrage qui a remporté le prix en 1845, au concours ouvert par l'Académie des sciences de Belgique, renferme une appréciation aussi impartiale qu'élevée des différens systèmes. M. le rapporteur y eût trouvé non-seulement des documens importans à l'appui de la méthode allemande, qui est principalement appliquée à l'institut de Bruges, mais il y aurait vu comment M. Carton a su mettre à profit les enseignemens de la méthode française; car en fin de compte, il ne s'agissait pas de rendre un jugement au profit de telle ou telle méthode, mais de mettre l'autorité à même d'apprécier et d'employer, dans une mesure convenable, les progrès faits à l'étranger, reproduits et perfectionnés par un de nos compatriotes. Or sur tous ces points, je suis obligé de le répéter, le rapport est insuffisant : il manque de preuves et d'autorité.

Mais j'arrive à un troisième point de la question : à l'éducation de l'ouïe combinée avec l'éducation de la parole, à l'éducation physiologique des sourds-muets demi-sourds. C'est ici que commence le vrai terrain des recherches de M. Blanchet, terrain déjà parcouru par Itard et quelques autres de ses devanciers.

(Nous publierons la suite dans le prochain numéro.)

M. Bégin : La question qui nous occupe s'étend et acquiert plus d'importance à mesure que la discussion met en relief ses différens aspects. Elle a pris la proportion d'un grand problème d'enseignement à résoudre. Derrière les faits particuliers s'est glissé le débat déjà plusieurs fois reproduit de la supériorité relative des méthodes employées pour l'instruction des sourds-muets. On a cru voir qu'il s'agissait d'un changement profond à opérer dans le système adopté et dans les procédés traditionnellement suivis en France, pour développer les facultés intellectuelles et morales de ces infortunés, et pour les mettre en rapport avec les autres parties de la société.

Bien qu'au premier abord le jugement qu'elle va porter pouvant n'être que provisoire et susceptible de modifications ultérieures, semble ne pas l'engager définitivement, l'Académie comprend cependant toute son importance et ne se dissimule pas que si l'avis qui lui est demandé par M. le ministre ne doit pas rester une lettre morte, la responsabilité des dispositions d'application auxquelles il donnera lieu lui appartiendra en très grande partie.

Cette préoccupation très naturelle, quoique mal définie peut-être, me semble la cause principale de l'hésitation qui suspend depuis trois ou quatre séances notre vote sur les conclusions du rapport. La question, selon moi, n'est pas parfaitement saisie par quelques-uns de nos collègues qui l'ont discutée, et de cette confusion est résultée une incertitude correspondante concernant la portée réelle de l'avis que nous allons exprimer. C'est en vue de la ramener à ce que je crois être ses véritables termes, et de préparer la conviction éclairée de l'Académie, que je lui demande quelques instans d'attention.

Reprenant les faits de haut, M. Bégin rappelle d'abord les deux méthodes principales en usage dans les anciens établissemens, celle de la mimique et de la lecture sur les lèvres, et continue en ces termes:

(1) *Ibid.*, p. 212.

Il serait hors de propos de revenir sur la discussion des avantages et des inconvéniens attachés à chacune des méthodes indiquées, que quelques personnes prétendent susceptibles d'être associées, mais qui sont formellement exclusives dans la pratique, les élèves s'attachant toujours par la suite à l'un ou à l'autre des deux langages, mimique, ou parlé, qui leur a été spécialement enseigné, mais revenant plus volontiers au premier qui leur est plus naturel et plus facile.

La médecine n'a participé en rien à l'institution de l'une ni de l'autre de ces méthodes, et reste encore à peu près étrangère à leur emploi. On comprend qu'il dut en être ainsi lorsque la surdi-mutité était considérée comme le résultat d'une imperfection originelle d'organisation toujours identique et de sa nature irrémédiable. Mais aujourd'hui cette confusion ne saurait être maintenue. Il faut absolument établir entre les sourds-muets, d'après les procédés de diagnostic précis, des catégories qui permettent de les soumettre au mode de traitement ou d'instruction indiqués par chacune d'elles.

Le problème aujourd'hui posé est donc complexe d'une part, au point de vue de l'éducation générale des sourds-muets; la supériorité de la méthode mimique, telle que l'appliquent en France les écoles de l'Etat, est remise en question, comparativement à la méthode vocale. D'autre part, on se demande si tous les sourds-muets sont définitivement incurables, et si quelques-uns d'entre eux ne pourraient pas être guéris de leur surdité et ramenés aux conditions des enfans entendans et parlans?

En ce qui concerne la première question, celle de la meilleure méthode à suivre pour instruire les sourds-muets en leur conservant leur surdité, je me récuse complètement parce qu'il me manque, pour me décider, une connaissance pratique suffisante du mécanisme des procédés employés, et surtout de la valeur des résultats obtenus.

Je ne ferai, au sujet de nos écoles, qu'une réflexion, c'est que je crois y apercevoir un esprit intérieur de routine et une sorte d'arbitraire nuisible à leurs progrès.....

..... Ces faits me surgirent la pensée d'émettre le vœu qu'un conseil de perfectionnement soit créé pour les deux institutions de sourds-muets qui dépendent du gouvernement, à l'instar de celui qui a élevé et qui maintient notre Ecole polytechnique au premier rang parmi les établissemens d'instruction.

Je reviens à la seconde partie de la question, telle que je l'avais posée, la seule, selon moi, qui ait un caractère réellement médical, et pour la solution de laquelle cette Académie soit parfaitement compétente, à savoir la guérison de la surdi-mutité et les moyens à employer pour l'obtenir.

La question, pour nous, n'est pas de faire parler des sourds en leur conservant leur surdité. Ce que nous avons à examiner, c'est la possibilité de rétablir le sens de l'ouïe à un degré suffisant, pour que le sourd entende parler les autres, s'entende lui-même, et puisse, par suite, entrer en communication orale avec la société.

Ici se présente dès le début une difficulté assez sérieuse, c'est tout simplement qu'on a nié la possibilité de cette guérison de la surdi-mutité. Cette fin de non-recevoir est fondée sur deux motifs : 1° l'état des organes du sourd-muet, non pas tant en ce qui concerne l'oreille et le larynx, qu'en ce qu'il a perdu l'aptitude intellectuelle à se servir de la parole; 2° le fait d'expérience qui constate que l'audition et l'expression vocale ne sont aux sourds-muets de presque aucune utilité, que les plus avancés d'entre eux, sous ce double rapport, n'arrivent jamais qu'à soutenir des conversations sur les idées les plus simples et les plus matérielles, et redeviennent à l'instant sourds-muets dès qu'on arrive à se servir d'expressions qui ne leur sont plus aussi familières.

Ces observations doivent être examinées d'autant plus sérieusement, que si elles étaient fondées, il n'y aurait pas lieu à passer outre. On doit se demander, d'abord, si cette prétendue perte de la faculté instinctive de faire usage de la parole, n'est pas une simple supposition? Pourquoi l'instinct d'imitation serait-il plus affaibli chez le sourd-muet que chez les autres enfans du même âge? Il n'est pas douteux que lorsque la surdi-mutité, congéniale ou survenue pendant la première enfance, est produite par des lésions intra-crâniennes, certaines facultés ne puissent recevoir et ne reçoivent fréquemment, en effet, des atteintes qui peuvent aller jusqu'à l'idiotie; mais lorsque l'altération est bornée aux différentes parties de l'appareil auditif proprement dit, rien ne saurait justifier cette assertion que la maladie étant guérie, les conséquences de la guérison ne pourront être obtenues.

Lorsqu'un sens n'a jamais fonctionné, ou lorsque ses fonctions ont été abolies avant qu'il n'ait fourni des notions durables, il est toujours fort difficile de rétablir son action et de déshabituer le sujet de se servir des autres sens et des instrumens supplémentaires qu'il employait, et qui, jusque-là, ont suffi à ses besoins.

Même à l'état normal, chez les enfans bien organisés, l'éducation des sens et l'instruction donnée par leur intermédiaire, aussi bien que les différens modes d'expression des idées, loin d'être chacune aussi facile, aussi naturelle, pour ainsi dire, que l'affirment certaines personnes, exigent, chez ceux qui enseignent, beaucoup de patience et d'habileté, et ne s'achètent pour ceux qui apprennent qu'au prix de beaucoup de fatigues et d'ennuis.....

..... Arrivé à ce point de notre délibération, une dernière considération se présente : c'est celle du nombre des sourds-muets à qui pourraient être profitables les bienfaits du traitement difficile et nécessairement prolongé de leur infirmité. On s'accorde généralement à porter le nombre des sourds-muets à 22 ou à 24,000 environ pour toute la France, et à 300,000 pour l'Europe entière. D'autre part, Itard avait établi que la proportion des sourds-muets susceptibles d'être soumis avec avantage au traitement curatif, pouvait être du dixième approximativement. M. Blanchet élève cette proportion au cinquième et même au quart. En se bornant au nombre le plus faible, ce serait donc pour la France 12 à 1,500 individus au moins que l'on aurait l'espoir de rendre à la plénitude de la vie sociale; et si le succès répondait aux espérances que font naître les faits déjà acquis, ce n'est pas à moins de 30,000 pour toute l'Europe que cet admirable résultat pourrait s'étendre.

Une remarque affligeante doit trouver place ici : c'est que sur les nombres indiqués de sourds-muets qui paraissent exister en France, répartis en égale proportion, à peu près, entre les deux sexes, les deux institutions de Paris et de Bordeaux n'en reçoivent, d'après un relevé publié par M. Blanchet, en 1852, que 264, dont 187 garçons et 77 filles. Le même relevé ne porte pas au-delà de 1,621 (942 garçons et 679 filles), le nombre total de sourds-muets admis dans 46 institutions à recevoir les bénéfices d'une instruction qui leur serait nécessaire à tant de titres. Il ne faut pas oublier que les deux écoles de l'Etat sont les plus aptes à recevoir les sourds-muets indigens, et que la surdi-mutité est en proportion plus grande dans les classes pauvres que dans les autres.

Le système à mettre en pratique, pour rendre l'audition et l'usage de la parole aux sourds-muets qui sont susceptibles de recevoir ce double bienfait, n'a rien d'exclusif, et peut, sans perturbation considérable, être introduit dans les écoles de l'Etat. Mais c'est manifestement l'Etat qui peut, au début, l'appliquer avec le plus d'avantages, et lui faire produire tout ce qu'il est possible d'en attendre, d'abord parce qu'il possède le plus de ressources, et ensuite, par cette autre raison que, pouvant faire appel, ainsi que je l'ai déjà indiqué, au concours des hommes les plus éclairés, la marche sera plus ferme et les progrès devront être plus certains et plus complets.

Il y a certainement dans cette voie nouvelle, si largement ouverte par Itard, une palme de gloire à cueillir, que la France pourrait regretter plus tard d'avoir abandonné à des rivaux, qui viendraient, ainsi qu'on l'a vu tant d'autres fois, la réimporter chez elle, comme étant leur conquête.

Je ne dirai ici de l'enseignement et des soins auxquels devraient, selon moi, être soumis les sourds-muets susceptibles de recouvrir l'ouïe et la parole, que ce qui me semble indispensable pour corroborer ce qui précède, et montrer la simplicité et la facilité d'application des moyens à employer pour atteindre ce but.

D'abord, tous les sourds-muets admis dans les institutions de l'Etat, seraient soumis, lors de leur entrée, à un examen minutieux, ayant pour objet :

1° De vérifier, autant que possible, les médications portées sur la feuille de renseignemens dont ils sont porteurs, et dont les détails pourront être complétés;

2° De constater leur état physique actuel, sous le double rapport de la constitution et de la santé générale et sous celui des dispositions appréciables des différentes parties de l'appareil auditif;

3° De reconnaître, à l'aide d'épreuves déterminées et combinées à cet effet, son degré d'aptitude à percevoir les sons, à les produire par la voix, et approximativement de leur intelligence.

De ce premier examen médical et psychologique, dont les détails seront consignés immédiatement sur un registre, résultera un premier classement des sourds-muets, dont les uns suivront la direction générale de l'enseignement adopté pour les sourds, et les autres seront, en outre, soumis soit au traitement médical applicable aux lésions constatées de l'appareil auditif, soit seulement aux exercices de l'audition et de la voix qui auront été adoptés.

Les élèves arrivés à pouvoir entendre la parole et à la reproduire, seront définitivement séparés des autres et placés dans un quartier distinct, n'ayant plus de communication avec les sourds. Là, ils continueront la gymnastique auriculaire et vocale; la parole sera le moyen de communication en usage; aucune chose, de quelque nature qu'elle soit, ne sera demandée que par son nom; on pourra même, s'il est nécessaire, interdire l'usage de la mimique, en attachant les bras, ou en couvrant en partie les yeux avec des bandeaux.

Pendant les expériences d'instruction, pour fortifier les rapports du maître avec certains élèves, ou avec des classes entières, et ceux des élèves entr'eux, il sera possible de munir les premiers d'instrumens de renforcement de la voix et munir les seconds de cornets propres à réunir et à concentrer les vibrations sonores. Bien entendu que ces instrumens pourront être affaiblis et enfin supprimés à mesure que l'audition fera des progrès.

Pour compléter ces indications très succinctes, j'ajouterai que, dans l'intérêt des élèves, il pourrait être avantageux, dès que l'audition et la parole seront suffisamment développées, de les placer dans quelque établissement affecté à l'instruction des enfans parlans, soit lycée de l'État, soit institution religieuse ou privée, dont les chefs seraient honorés et s'empresseraient de les recevoir sans aucune vue de bénéfice à faire sur eux.

Je ne présente ces idées que pour donner un aperçu de la route qu'il serait possible de suivre, et par conséquent pour appuyer les conclusions du rapport que vous avez entendu, avec cette restriction toutefois que, sans indiquer au ministre le procédé à adopter de préférence, l'Académie se bornera à poser et à approuver le principe de la nécessité des traitemens curatifs des sourds-muets, de coordonner les moyens qu'elle croit les plus efficaces pour y réussir et de réglementer leur emploi, dont la surveillance et la direction lui resteront confiées.

(Nous publierons, dans le prochain numéro, le discours prononcé par M. Bousquet.)

COURRIER.

Le concours de l'agrégation pour les sciences anatomiques, physiologiques et chimiques s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le 6 juin prochain.

Les concurrens inscrits pour ce concours sont :

Pour l'anatomie et la physiologie : MM. Dupré, Segond, Verneuil, Boullard, Fano, Demarquay.

Pour la chimie : MM. Orfila (Louis), Figuier, Brame, Guillemin, Leconte.

— Le bruit court dans le monde médical que M. Rigaud, professeur à Strasbourg, sera nommé professeur à la chaire d'anatomie vacante à la Faculté de Montpellier. M. Benoit, que la Faculté a présenté pour cette chaire, pourrait, s'il était de nouveau présenté par la Faculté, être nommé à la chaire de pathologie, vacante par le décès de M. Rech, et enfin M. Lacauchie, présenté en seconde ligne, serait nommé, à Strasbourg en remplacement de M. Rigaut.

— M. le docteur Sandras commence, jeudi 19 mai, à l'hôpital Beaujon, ses leçons cliniques *sur les maladies nerveuses* et les continuera tous les jeudis suivans.

A 8 heures, visites des malades.

A 9 heures 1/2, leçon orale.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltestbet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 57. SEPTIÈME ANNÉE. **Samedi 14 Mai 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de M. le professeur TROUSSEAU.

Sommaire. — De la varioloïde comparée aux varioles anomales des XVIIe et XVIIIe siècles. — Histoire de la vaccine.

La varioloïde n'est connue du monde médical que depuis vingt-cinq ou vingt-six ans, c'est-à-dire depuis les fameuses épidémies de variole qui désolèrent l'Europe en 1820. Lorsqu'on veut approfondir l'histoire des épidémies en général, et en particulier des épidémies de variole, il faut ouvrir le beau livre dans lequel Sydenham a traité ce sujet avec une incontestable supériorité. Or, quand on lit, dans Sydenham, l'histoire des épidémies de variole de 1663, 1664 et 1665, on ne trouve rien qui rappelle, même de loin, la varioloïde. Mais quand on parcourt l'histoire des épidémies de varioles *anomales*, il semble qu'on y découvre des traces de varioloïde. Cependant, en lisant la relation de ces épidémies avec attention, on ne tarde pas à s'apercevoir que l'anomalie est plus dans les phénomènes généraux développés du côté de la tête, de la poitrine et du ventre, que dans les phénomènes locaux ou éruptifs. On ne trouve donc pas dans Sydenham une indication nette de la varioloïde.

Borsieri, qui vivait en plein règne de l'inoculation, qui voyait des malades inoculés et inoculait lui-même, Borsieri, dis-je, donne dans ses livres des indications évidentes de varioles *cornées*, c'est-à-dire de varioles dont les pustules se desséchaient, se durcissaient et se cornaient en très peu de temps. Voilà déjà quelque chose qui ressemble à la varioloïde.

A l'hôpital des Varioleux de Londres, dont Gregory avait la direction au commencement de ce siècle, direction qu'il a gardée jusqu'à sa mort, toute récente ; dans cet hôpital, Gregory constatait, jusqu'en 1815, 1816, 1818 et 1820, c'est-à-dire à une époque où il n'était pas encore question de varioloïde, et dans les premiers temps de la vaccine, des attaques de variole chez des individus variolés, inoculés, vaccinés ; mais dans ces attaques de variole il observait des anomalies et voyait que dans tous ces cas l'éruption se présentait avec des modifications particulières dont il fut frappé.

Enfin, depuis vingt-cinq ans, par suite de la substitution de la vaccine à l'inoculation, substitution faite dès le commencement de ce siècle, par suite aussi de la dégénération du vaccin, l'immunité contre la variole s'étant considérablement affaiblie, on a pu observer de nombreuses épidémies de varioles modifiées. C'est alors que l'on a étudié et nettement décrit la varioloïde. Or, si l'on compare cette forme de la variole aux varioles *anomales* qui ont régné épidémiquement dans les siècles derniers, si on les compare en particulier aux varioles anomales décrites par Sydenham, on voit que ce grand médecin n'avait nullement entrevu la varioloïde. Cette dernière maladie est donc une découverte de notre siècle ; ce n'est qu'une modification de la variole par la vaccine.

Passons donc à l'histoire de la vaccine.

Jenner était un très habile inoculateur de son district, situé dans le comté de Glocester, pays fertile en paturages et riche en espèces bovines. Lorsque, de 1792 à 1798, l'inoculation fut pratiquée en grand, en Angleterre, Jenner s'aperçut que certains individus étaient réfractaires à l'inoculation. Ce fait le frappa, longtemps il en chercha la cause sans pouvoir la trouver, lorsqu'un jour il apprit d'un fermier de son district que les gens qui prenaient la petite vérole des vaches ne contractaient jamais la variole. Or, la petite vérole des vaches est une affection éruptive qui se déclare au pis de ces animaux, l'enflamme, y produit des pustules. Il arrivait que les hommes employés à traire les vaches voyaient survenir à leurs mains des pustules semblables à celles qui se développaient sur le pis de ces ruminans, et depuis longtemps les fermiers avaient remarqué que, dans les épidémies de variole, ces individus étaient épargnés. Cette révélation fut pour Jenner un trait de lumière. Il parcourut toutes les fermes de son district, interrogeant les fermiers, qui tous lui confirmèrent ce fait, à savoir, que les personnes atteintes de *cow-pox*, petite vérole des vaches, ne contractaient pas la variole. Jenner eut alors la merveilleuse idée que le *cow-pox* inoculé à l'homme pourrait le préserver de la petite vérole, et, pour réaliser son idée, il résolut d'en faire l'inoculation. Il prit le virus non pas au pis de la vache, mais aux mains d'un individu qui avait contracté le cow-pox, l'inocula au bras d'un autre individu ; l'inoculation réussit ; la vaccine était découverte.

Mais le *cow-pox* était une maladie bizarre, étrange, survenant très rarement chez les vaches, et dont on ignorait complètement la cause. Des recherches furent faites pour savoir d'où provenait une pareille maladie. Un médecin anglais prétendit que le cow-pox était le résultat de la transmission d'une maladie d'un solipède, le cheval, à un ruminant, la vache. Cette maladie est ce que nous appelons, nous, *eaux-aux-jambes*, et ce que les Anglais appellent *grease*. Elle ressemble à un érysipèle dans lequel la peau du cheval se couvre de petites vésicules ou de petites pustules qui finissent par envahir tout le *paturon*. Des gens de la campagne avaient dit à Jenner : « Quand après avoir pansé nos chevaux atteints des *eaux-aux-jambes*, nous venons à traire nos vaches, nous donnons à celles-ci le *cow-pox*. » Cette origine du cow-pox fut vivement contestée.

En 1801, un médecin anglais, le docteur Loy, cherchant à éclairer cette question, entreprit de nombreuses expériences dans le but d'inoculer aux vaches les *eaux-aux-jambes*. Il ne put y parvenir, mais il soupçonna que la cause de son insuccès pouvait bien être l'époque trop tardive à laquelle il pratiquait l'inoculation. Il avait déjà constaté que le pus du cow-pox, pris sur le trayon de la vache à une certaine époque de la maladie, était inoculé sans résultat, ce qui tenait, suivant lui, à ce que le virus avait alors perdu son activité. Il savait, par exemple, qu'au dixième jour le virus est sans action, tandis qu'au cinquième et au sixième il possède toute sa virulence. Raisonnant par analogie, il pensa que si au lieu d'attendre que la maladie dite *eaux-aux-jambes* fut passée à l'état chronique, pour l'inoculer, il choisissait la période d'activité, il obtiendrait peut-être quelque résultat. C'est ce qu'il fit, et, de ses expériences, il tira cette conclusion, que, prenant le liquide renfermé dans les vésicules ou pustules du *paturon* des chevaux, et l'insérant sur les pis de la vache, il avait déterminé le cow-pox, et que prenant ensuite ce cow-pox ainsi obtenu et l'inoculant à la peau des enfans, il avait donné naissance à la vaccine.

Sacco reprit les expériences de Loy, les répéta sur 27 vaches et sur 8 enfans sans rien obtenir. Mais plus tard, y étant revenu avec plus de soin, il vint à bout d'inoculer une vache avec les *eaux-aux-jambes*, puis, reportant le liquide de la vache sur la peau d'un enfant, il obtint une pustule vaccinale.

Ces expériences furent répétées avec succès par un médecin danois.

Ainsi, d'après ces expérimentateurs, voilà une maladie qui

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire — Laissons tourner les tables. — Motifs de circonspection. — La surdi-mutité à l'Académie de médecine. — M. Guérin. — M. Piorry. — M. Bégin. — M. Bousquet. — Vacance à l'Académie. — Transformation des chaires. — Embarras pour Montpellier. — Le congrès des homœopathes. — L'Association des médecins et la responsabilité médicale.

Nous laisserons aujourd'hui, s'il vous plaît, tourner les tables. Aussi bien les choses en sont-elles venues au point qu'un homme, qui a quelque souci de sa réputation, ne peut plus, sans danger, se mêler à cette ronde vertigineuse. Avec les meilleures intentions du monde, on n'est pas sûr de ne pas blesser des susceptibilités plus ou moins austères, et quand, à cette appréhension, se joint le sentiment de son impuissance à prévenir les abus, les écarts de l'esprit, les entraînemens de l'enthousiasme, les illusions de la crédulité, sans compter les manœuvres de la fraude, le mieux est de s'abstenir et de se retirer dans le silence de ses convictions. C'est ce que je fais pour aujourd'hui. Il faut cependant que je m'excuse auprès de mes nombreux, honorables et savans correspondans qui ont eu la bonté de m'adresser le récit de leurs expériences, avec toute liberté d'en faire l'usage qui me conviendrait. Je crois qu'il est prudent et sage pour eux que je ne publie pas, pour le moment du moins, leurs communications. Mais je les ferai connaître, ce soir même, au comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE, qui décidera de l'opportunité de leur publication. Mes opinions personnelles n'engagent que moi, quand elles se produisent sous la garantie de ma seule signature. De la liberté que je possède, je peux faire, à mes risques et périls, l'usage qui me convient ; mais, à l'égard de correspondans que j'estime et que j'honore, je me sens saisi d'une plus vive appréhension, et plus haut ils sont placés, plus leur responsabilité viendrait en quelque sorte dégager la mienne, plus aussi je leur dois de réserve et de prudence. J'ajoute que ces communications sont d'une telle nature, qu'il m'est impossible de ne pas dire à mes honorables confrères qu'ils soulèveraient gratuitement dans le monde savant un sentiment général d'incrédulité qui ne pourrait que nuire davantage à notre science médicale déjà si décriée. Par cela même que nous sommes médecins, et que notre opinion a une grande influence sur l'opinion des masses, nous nous devons à nous-mêmes et à l'art dont nous sommes les ministres, de n'agir qu'avec une grande circonspection. D'aucuns m'ont reproché d'en avoir manqué moi-même ; je tiens à garantir mes correspondans, bien plus avancés que moi dans leur croyance, contre le même reproche. Mais je tiens aussi à répéter que si la moralité de mon article de samedi dernier avait été mieux comprise ; si, par exemple, l'Académie des sciences avait seulement annoncé la nomination d'une commission chargée d'examiner le phénomène du *strophésomatisme* — je demande pardon à M. Piorry de ce néologisme que je compose de στροφὴ *tournoiement* et de σωμα corps, tournoiement des corps — j'assure que cette simple annonce eût évité..... ce que nous voyons se produire.

Mais quittons au plus vite ce sujet, sur lequel j'ai vu et entendu de graves et savans confrères, très haut placés dans la hiérarchie médicale, faire des expériences et émettre des opinions à donner le frisson (1). Mardi dernier, à l'Académie de médecine, la salle de la Bibliothèthe et la salle des Pas-Perdus étaient encombrées d'expérimentateurs. Pendant que chapeaux, bagues et clés tournaient avec plus ou moins de succès au gré de la volonté mentalement exprimée, l'Académie tournait autour de la question de la surdi-mutité. M. Jules Guérin, par exemple, lui imprimait un mouvement très rapide, si rapide, qu'il n'a pas été toujours possible de suivre avec netteté les dispositions et l'ordonnance de son savant discours. Mais ce que tout le monde a compris, c'est que M. J. Guérin a été dur et même inexorable envers le rapporteur de la commission, envers M. Piorry, qui n'a accepté cette lourde tâche que parce que les autres membres de la commission avaient formellement refusé de l'accomplir. Cette circonstance méritait au moins une certaine atténuation dans la critique. M. Piorry s'est obstiné à répondre immédiatement, et cela a été regrettable. Mieux eût valu qu'il se donnât le temps de la réflexion, car il faut être un très grand orateur pour répondre sous l'empire de l'émotion.

Le discours que M. Bégin a prononcé, il aurait dû l'intercaler dans le rapport, il eût ainsi évité à M. Piorry les vives critiques de M. Guérin. C'est, jusqu'ici, le seul membre de la commission qui soit venu défendre son œuvre attaquée, on le sait, par un autre de ses membres, le respectable M. Guéneau de Mussy. Quant à M. Baillarger, dont l'opinion si autorisée peut être d'un grand poids dans cette discussion, on croit et on espère qu'il se réserve pour la fin, et qu'il présentera un résumé appréciatif de ces longs débats. On ne peut qu'encourager ce savant académicien dans cette bonne résolution. M. Bousquet a dit de très bonnes choses, qui vont au cœur de la question, et ce n'est pas moi qui le blâmerai de les avoir présentées sous une forme littérairement agréable. Ce mérite n'est pas si commun à l'Académie, qu'on ne doive pas en être favorablement impressionné.

Une place a été déclarée vacante à l'Académie, dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle. Quoique la section reste libre de présenter des thérapeutistes et des naturalistes, il semble arrangé d'un commun accord que c'est vers un botaniste que l'Académie dirigera son choix, et l'on assure que, même ainsi limité, ce choix pourra se faire sur un nombre considérable de candidats.

Rien de nouveau du côté de la Faculté. M. Grisolle continue aujourd'hui comme professeur le cours de thérapeutique et de matière médicale qu'il avait commencé en qualité d'agrégé. Cette chaire a subi une transformation complète par la permutation de M. Trousseau, et ce n'est pas un des traits les moins caractéristiques de notre époque médicale que de voir ainsi se succéder, dans l'espace de quelques mois, dans la même chaire, des individualités si différentes, des doctrines si opposées, des méthodes si contraires, et une philosophie si divergente. J'ai déjà fait remarquer la même opposition pour la chaire de clinique médicale. Ainsi survit, se transmet et se perpétue sans s'altérer, ce vieil antagonisme de l'esprit humain qui s'appelait autrefois Aristote et Platon, Cos et Cnide, plus récemment Descartes et Bacon. Mais nous présen-

(1) L'UNION MÉDICALE publiera, mardi prochain, un savant et très intéressant travail sur le phénomène qui fait en ce moment tourner toutes les..... têtes.

se transmettant d'un solipède à un ruminant, et d'un ruminant à l'homme, possède la merveilleuse propriété de préserver celui-ci d'une maladie humaine, la variole.

Cependant, la presque universalité des médecins, malgré les expériences que nous venons de rapporter, contesta l'origine attribuée au cow-pox ; les expériences furent déclarées apocryphes, parce que les ayant répétées, on n'avait pu réussir.

On sait pertinemment aujourd'hui que le cow-pox se développe sur les vaches indépendamment de toute communication avec les chevaux. Lorsque le gouvernement de Wurtemberg voulut réglementer dans ses états la pratique de la vaccination, il proposa une prime d'un thaler, puis de deux thalers pour tout individu qui signalerait dans sa vacherie l'existence du cow-pox et une prime de quatre thalers pour chaque icoculation. Il y eut alors dans le pays comme une épizootie de cow-pox. La commission nommée pour examiner les vaches sur lesquelles on signalait l'apparition de la maladie, en trouva un grand nombre qui n'avaient qu'un faux cow-pox, mais elle en trouva aussi qui étaient réellement atteintes de la maladie, car du pus pris sur ces vaches et inoculé à des enfans, donna naissance à une vaccine légitime. Cependant ces vaches n'avaient certainement eu aucune communication avec des chevaux atteints de *grease*.

A peu près à la même époque, dans l'Inde, Macpherson eut l'idée d'inoculer la *clavelée* à des vaches, il y réussit; puis reprenant sur ces vaches le pus du *claveau*, et l'insérant sur la peau de plusieurs enfans, il y fit naître de véritables pustules vaccinales inoculables.

Le cow-pox avait donc été retrouvé dans le Wurtemberg; en France, on ne voulut pas y croire, vu l'habitude où l'on est généralement dans notre pays, de nier tout ce qu'on ne voit pas, lorsque en 1836 une dame Fleury, laitière à Passy, déclara à un médecin de Chaillot, M. le docteur Perdreau, que sa vache avait la *picote* et la lui avait communiquée. M. Perdreau voyant sur les mains de la dame Fleury des pustules tout à fait semblables à celles de la vaccine, en donna avis à l'Académie de médecine, qui nomma aussitôt une commission composée de MM. Bousquet, Emery, Gérardin, etc. ; la commission se transporta à Passy, constata l'existence du cow-pox sur la vache et sur la dame. Mais comme les pustules de la vache étaient desséchées, on prit du pus sur celles de la dame Fleury, et on l'inocula avec succès à plusieurs enfans. Le vaccin fut ainsi régénéré.

En 1845, M. le docteur Steimbreuner, ayant, à l'exemple de son père, recherché longtemps en Alsace les traces du cow-pox, finit par trouver une vache qui en était atteinte. Il inocula le pus de la vache à un enfant, auquel il fit 16 piqûres, et n'obtint qu'une seule pustule. Reprenant ensuite le pus de cette pustule unique, et le transmettant de bras à bras à un autre enfant auquel il pratiqua le même nombre de piqûres; il eut 16 pustules. Ainsi, le cow-pox, qui, dans sa transmission première de la vache à l'enfant, avait eu peu de contagiosité, avait acquis, dans sa transmission du premier au deuxième enfant, une virulence seize fois plus grande.

Le cow-pox existe donc; il a été retrouvé en Allemagne et deux fois en France; et c'est lui qui est incontestablement l'origine de la vaccine. Mais si cette maladie de la vache, transmise à l'homme, possède la propriété de le préserver de la variole, ne serait-ce pas que la variole aurait été primitivement communiquée par l'homme à la vache, chez laquelle elle aurait produit le cow-pox; et qu'ensuite, reprise sur la vache, à l'état de cow-pox, et inoculée à l'homme, elle aurait déterminé la vaccine? Telle fut la pensée qui vint à l'esprit de quelques médecins presque dès l'origine de la vaccine. Ils disaient : le cow-pox n'est pas autre chose que la variole de l'homme transmise à la vache, ayant pris là un caractère de bénignité, s'étant atténuée sur ce terrain étranger pour elle, et puis, communiquée de nouveau à l'homme dans cet état d'atténuation, fait naître en lui une maladie qui lui donne l'immunité de la variole. Il faut convenir que c'était là une idée fort raisonnable, ou du moins fort rationnelle. Mais cela était-il vrai?

En 1807, un expérimentateur anglais inocula onze vaches avec du pus varioleux, dit qu'il avait donné ainsi le cow-pox à l'une de ces vaches, puisque, suivant lui, avec ce cow-pox il avait produit sur un enfant une vaccine légitime. Personne n'ajouta foi au dire de l'expérimentateur anglais.

Quelques années après, un médecin russe, M. Thycle, essaya d'inoculer la variole à la vache. Il expérimenta longtemps sur un grand nombre d'animaux, mais inutilement. Un jour, l'idée lui vint que peut-être il s'y prenait mal. Alors, changeant de méthode, il pratiqua, sur le pis des vaches, des incisions profondes et multipliées, et parvint enfin à obtenir des pustules. Il prétendit que le pus de ces pustules, inoculé à des enfans, avait donné lieu à de véritables vaccines.

Un médecin de Munich, qui, depuis neuf ou dix ans, essayait en vain d'inoculer la variole aux vaches, s'avisa d'employer le procédé de M. Thycle, et obtint un plein succès. Il déclara que son insuccès antérieur était dû à la mauvaise méthode dont il faisait usage.

En Angleterre, M. le docteur Eccly publia des faits analogues, qu'il m'a confirmés dans la réponse à une lettre que je lui avais écrite à ce sujet.

Enfin, un expérimentateur danois imagina une autre méthode dans une épidémie de variole : il prit les couvertures dans lesquelles étaient morts des varioleux, et, les fixant sur le dos d'un certain nombre de vaches, il prétendit avoir fait naître parmi elles une épizootie de cow-pox. Ces expériences furent reprises sans aucun résultat par la commission de vaccine instituée par le roi de Danemarck.

Elles furent répétées plus tard par M. le docteur Miquel (de Tours). Voici en quelles circonstances. Il existe sur les bords de la Loire un grand nombre de vignerons qui, en véritables troglodytes, habitent, dans des carrières, des cavernes creusées dans le rocher. Ils sont là hommes et bêtes, les bêtes au fond, les hommes, un peu plus sur le devant, se faisant ainsi les honneurs de chez eux. Dans ces antres sans lumière, il éclate parfois des épidémies effroyables de variole. Dans l'une de ces épidémies, M. Miquel crut l'occasion opportune pour répéter les expériences du médecin danois. Il laissa donc les vaches pêle-mêle avec les malades, dans la même caverne, sans séparation aucune, attacha sur le dos de ces ruminans les couvertures qui avaient servi aux malades, et jamais, pendant toute la durée de l'épidémie, il ne vit le cow-pox se déclarer sur une seule vache, quoique ces bêtes n'eussent pas cessé d'être en contact avec les varioleux ou avec les objets qui avaient servi à ces derniers. Non content de cela, il essaya d'inoculer au pis de ces animaux le virus variolique, mais il ne put y parvenir.

Au milieu de ces faits et de ces expériences contradictoires, il n'est pas possible de décider la question de savoir si la vaccine ne serait pas autre chose, en définitive, que le virus de la variole, atténué et dégénéré par sa transmission à la vache, et de là retournant à l'homme, en conservant sur celui-ci son caractère de dégénération et d'atténuation.

On a encore essayé d'inoculer à la vache le vaccin même. A coup sûr, il est très naturel de penser que l'on doit pouvoir rendre à la vache, au moyen du vaccin, le cow-pox qu'on lui a pris pour faire ce vaccin. Pendant près de vingt ans, on ne trouve pas d'expérience authentique qui démontre cette possibilité. De 1809 à 1829, on n'avait jamais réussi dans les tentatives d'inoculation du vaccin à la vache. Mais, depuis cette époque, lorsque, dans le Wurtemberg, on eut découvert de nouveau le cow-pox, on vit, d'une part, qu'en transportant sur l'homme le virus de la vache, on produisait la vaccine; et, d'autre part, qu'en reprenant le virus-vaccin, et le reportant sur la vache, on régénérait le cow-pox.

Après la découverte du cow-pox de Passy, M. Bousquet déclarait, de son côté, que c'était pour lui un jeu de redonner le cow-pox à la vache, à l'aide du vaccin régénéré. Aujourd'hui, que ce virus a vieilli et dégénéré par la transmission, non seulement ce n'est plus un jeu, mais ce n'est plus possible. Il importe de faire remarquer que le vaccin transporté de l'homme à la vache, dégénère; en sorte que, repris sur la vache, et reporté sur l'homme, il témoigne, par les effets qu'il produit, d'une diminution notable de virulence.

(La suite prochainement.) — Dr TARTIVEL.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

OBSERVATION D'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE SUIVIE DE MORT.

La nommée Marie Milhaud, d'un village voisin de Bédarieux, est âgée de 33 ans. Elle est d'un tempérament lymphatique sanguin et n'a jamais eu de maladie grave. Mariée en 1848, elle fut accouchée une première fois, par moi, en 1850. Une application de forceps fut nécessaire pour vaincre la résistance du périnée ; l'enfant vint vivant, et il jouit encore de la plus parfaite santé.

Devenue de nouveau enceinte vers le milieu du mois d'août 1852 (car les règles s'étaient montrées pour la dernière fois le 29 juillet), les premiers mois de sa grossesse ne présentèrent rien de particulier, sauf un peu de dégoût et quelques vomissemens; elle put vaquer à ses occupations jusqu'aux premiers jours de février 1853.

A cette époque, Marie Milhaud se rendit chez moi, se plaignant d'un malaise général, de douleurs dans les reins, et d'une céphalalgie frontale assez vive.

En examinant cette femme, je constatai que le ventre était développé comme il l'est habituellement à six mois ; les battemens du cœur du fœtus, ainsi que le souffle placentaire s'entendaient parfaitement ; mais les membres inférieurs étaient infiltrés, l'œdème était résistant et légèrement rosé; le pouls développé et assez dur.

Je pratiquai une forte saignée, j'ordonnai un purgatif doux, et j'engageai la malade à m'apporter de ses urines.

Ces urines, que j'examinai le lendemain, étaient rouges et contenaient une assez grande quantité de sang. L'acide nitrique en précipita beaucoup d'albumine.

Bientôt, et malgré la saignée qui avait paru un instant enrayer la maladie, il survint de la bouffissure au visage, un anasarque général s'empara de tout le tissu cellulaire du corps, et une hémiplégie très caractérisée, avec embarras de la langue, vint frapper le côté gauche.

Nouvelle saignée ; quinze sangsues sur les reins.

Cette médication fut tout aussi impuissante, car les urines continuèrent à rester rares et rouges et à donner une forte proportion d'albumine; mais l'hémiplégie se dissipa peu à peu, et il ne resta qu'un embarras assez prononcé de la langue.

Dès cette époque (15 mars), l'œdème devient moins résistant, et le

---

tons aujourd'hui cette différence, que nous avons le bonheur de posséder à la fois dans nos Facultés Bacon et Descartes, et qu'elles peuvent s'appeler indifféremment Cos et Cnide. Ce qu'il y a de certain, c'est que nos élèves sont si avides d'un enseignement quelconque, qu'ils suivent avec la même assiduité Platon et Aristote, que M. Trousseau est entouré de la même foule que l'était M. Chomel, et que M. Grisolle n'a pas vu diminuer le nombre d'auditeurs qui se pressaient autour de la chaire de M. Trousseau.

M. Moquin-Tandon, que je sache, n'a pas encore commencé son cours.

Même incertitude relativement à la chaire de Montpellier. Nous avons reproduit, d'après la *Gazette médicale*, les bruits qui courent relativement à un chassez-croisez fort singulier que l'on ferait exécuter à M. le professeur Rigaud, de Strasbourg, qui irait prendre la chaire d'anatomie vacante à Montpellier, à M. Lacauchie, qui voulait être professeur d'anatomie à Montpellier, et que l'on enverrait professer la pathologie chirurgicale à Strasbourg, à M. Benoît, enfin, que Montpellier voulait garder comme anatomiste, et que l'on supplierait la Faculté de conserver comme pathologiste. S'il m'était permis de faire la plus petite réflexion, j'oserais respectueusement dire à M. le ministre de l'instruction publique que le concours évitait précisément ces embarras, ces sollicitudes et ces sollicitations dont il doit être accablé. En fin de compte, il n'est pas aussi facile qu'on le croyait de faire fonctionner le principe du mode actuel de nomination des professeurs. Cela viendra peut-être avec un peu d'habitude.

On parle d'un congrès de médecins homœopathes de toutes les parties du monde, qui devrait se réunir dans le mois de septembre prochain dans la ville de Versailles. On ne dit pas si c'est dans la fameuse salle du Jeu de Paume que la session aura lieu ; ce serait fort menaçant pour l'allopathie. De ce congrès devrait sortir un manifeste adressé aux peuples de l'univers et autres lieux, et l'on comprend de quelle nature pourrait être ce manifeste.

L'Association de prévoyance des médecins de la Seine vient d'être saisie de la question fort grave et fort redoutable de responsabilité soulevée par le procès intenté à l'un de nos confrères de Paris et à un élève en médecine, par suite de l'emploi malheureux du chloroforme. L'Association, dont on a invoqué le concours, a chargé son conseil judiciaire, Me Paillard de Villeneuve, de rédiger une consultation sur ce sujet, et elle paraît décidée à prêter son appui sans réserve à l'honorable confrère qui a interjeté appel du jugement correctionnel que nous avons fait connaître. La presse médicale ne fera pas défaut non plus sur cette question de principe; et nous nous proposons, quant à nous, d'examiner prochainement les considérations de ce jugement important.

Amédée LATOUR.

« Marseille, 7 mai 1853.

» Depuis quelques mois, il n'était bruit dans la ville de Marseille que de prouesses médicales d'un docteur exotique, tombé des nues un beau matin au milieu de la Canebière ; il exerçait en grand seigneur l'art de guérir, et s'il acceptait des marques exagérées de la reconnaissance de ses cliens, c'était seulement dans le cas où, ce qui du reste souvent lui arrivait, il triomphait des affections rebelles devant lesquelles avaient échoué les plus habiles praticiens. Le comte de L... (c'était le nom qu'il se donnait) ne s'abaissait pas à traiter de vulgaires altérations de la santé; il lui fallait une lutte avec le génie de la destruction, et quand, pour le combattre, les ressources de la science lui manquaient, il avait recours à celle de l'extra-monde, avec lequel il était, disait-il, en communication perpétuelle.

» La vue à distance, à travers les corps opaques, le déplacement, l'intervention des sens, la communication instantanée de la pensée sans le secours d'aucun signe extérieur, l'anesthésie extatique provoquée par un geste, le sommeil surnaturel imposé par un regard, la locomotion donnée aux objets inanimés, aux tables, aux chaises, tout cela n'était pour lui que bagatelles. On disait même qu'il avait trouvé le moyen de séparer à volonté son âme de son corps. Au dernier coup de minuit s'opérait la disjonction. Délivrée de sa prison, l'âme s'envolait et commençait un merveilleux voyage à travers les sphères célestes. Au point du jour elle revenait, chargée d'un bulletin intellectuel, reprendre possession des organes qui lui servaient d'intermédiaire avec ce monde grossier.

» Les bruits relatifs à toutes ces merveilles trouvaient surtout crédit parmi les femmes. Leur organisation impressionnable les rendait singulièrement aptes à être surexcitées par les fluides dont disposait le docteur, bel homme, du reste, au regard profond et fascinateur. Il savait quelles étaient de ce côté les chances de succès, et il les exploitait habilement. Les vapeurs, les diables bleus, les papillons noirs, toutes les fantasques hallucinations du sexe rêveur trouvaient en lui un complaisant exorciste. Il ne dédaignait pas d'appliquer son omniscience à la satisfaction des plus chers désirs de ses clientes; il leur communiquait des recettes pour rajeunir et conserver tous les moyens de plaire.

» Cependant des bruits propagés par la médisance vinrent aux oreilles de l'autorité. On parla de sommes considérables extorquées à des malades timorés, d'accidens graves dus à l'ingestion de médicamens dangereux, d'attentats aux mœurs, etc. Le commissaire central fut invité à faire une visite au célèbre docteur. Dans le cours de leur conversation, le magistrat exprima le désir de savoir par quelle Faculté avait été reçu un homme de ce mérite, et de voir le diplôme constatant cette acquisition si précieuse du corps médical. La pièce lui fut courtoisement exhibée; elle lui paraissait parfaitement en règle. Mais le commissaire, concevant quelques doutes sur son authenticité, demanda la permission de l'emporter, afin de justifier de l'exécution du mandat qui lui avait été confié.

» Le diplôme fut envoyé à Paris, et il arrivait il y a quelques jours à la préfecture de police. Des renseignemens, pris immédiatement, firent reconnaître qu'il était faux, et que les signatures des membres de la Faculté avaient été habilement imitées au moyen du décalcage. Un ordre d'arrestation fut aussitôt transmis par le télégraphe électrique; mais si prompt que fût le fluide, le docteur, auquel sans doute obéissaient des agens encore plus rapides, avait déjà disparu avec l'important butin prélevé sur la crédulité marseillaise. Cet aventurier, sur lequel pèsent les charges les plus graves, est activement recherché; mais on a lieu de craindre qu'il ne se soit glissé à bord de l'un des navires qui ont pris récemment la mer. »

(Journal de Toulouse.)

doigt qui le presse y laisse une profonde empreinte.

Larges vésicatoires à la nuque et à la région des reins; calomel et jalap à assez fortes doses pour produire une dérivation sur le tube intestinal; diurétiques sous toutes les formes; bains de vapeur.

Ces divers moyens n'amenèrent qu'une diminution de l'œdème; mais la céphalalgie, l'embarras de la langue, et l'albumine dans les urines persistèrent.

Cependant, je n'étais pas sans inquiétude sur le sort de cette femme. L'idée d'un accouchement prématuré artificiel s'était souvent présentée à mon esprit; mais je l'avais éloignée, parce que, dans des circonstances analogues, j'avais vu plusieurs femmes accoucher heureusement. Néanmoins, je crus devoir prévenir les parens de la possibilité d'accidens éclamptiques dans une époque peu éloignée.

Le 30 mars, on vint me prier de me rendre auprès d'elle. Je m'y rendis, en effet, dans la matinée, et je constatai l'état suivant :

La malade est extrêmement inquiète, elle se plaint continuellement, et veut qu'à chaque instant on la change de place. Elle entend chanter des *cigales*, et il lui passe souvent des éclairs devant les yeux; elle a de temps en temps des soubresauts nerveux. Pouls accéléré, peu consistant, un peu irrégulier. Pas la moindre contraction utérine. La matrice est toujours très élevée; les lèvres du museau de tanche conservent toute leur longueur, et l'orifice interne est exactement fermé.

Un bain avec affusions froides; dix sangsues derrière les mastoïdes; lavement purgatif; une pilule de 1 décigramme de calomel, à prendre d'heure en heure.

Je quitte la malade à dix heures du matin. J'annonce aux parens que les convulsions sont imminentes, et je les engage à m'envoyer chercher aussitôt qu'elles apparaîtront. Les troubles cérébraux ne paraissent pas augmenter durant le reste de la journée. Mais à cinq heures du soir, éclate la première convulsion, qui fut, au dire des assistans, d'une violence extrême. Un quart d'heure après en arrive une seconde, et elles se succèdent ainsi sans interruption jusqu'à sept heures et demie. J'arrive à huit heures, et voici dans quel état je trouve cette femme :

Résolution complète de tous les membres; yeux fixes; pouls filiforme; respiration stertoreuse; écume sanguinolente à la bouche. Sur le devant de la chemise, on observe de larges taches de sang, qui proviennent des profondes blessures que la langue a reçues des dents. La perte de connaissance n'a pas cessé depuis le début des attaques convulsives. On n'entend plus les battemens du cœur du fœtus. La matrice s'est un peu abaissée; les lèvres du col ne sont pas effacées; mais le doigt peut pénétrer à travers l'orifice interne jusque sur la tête qui se présente. Pas la moindre rigidité dans l'orifice, puisqu'en introduisant les deux doigts, je parvins aisément à le dilater; je saisis le forceps; mais au moment où je vais procéder à son application, la malade expire. Je me décide alors à pratiquer l'opération césarienne. J'extrais de la matrice un enfant mort depuis peu, pâle et chétif, et ne paraissant pas plus développé qu'un fœtus de six mois.

La tête était en occipito-iliaque gauche antérieure; les reins n'ont pu être examinés.

Réflexions. — Cette observation n'est pas sans intérêt: l'albuminurie durant la grossesse, est un sujet qui appelle aujourd'hui l'attention de tous les praticiens; mais ce sujet est neuf, et des règles n'ont point encore été tracées pour aider le médecin à surmonter les obstacles qui ne se présentent que trop souvent en pareil cas.

Jusqu'ici, dans les cas d'albuminurie compliquant la grossesse, qui se sont présentés à mon observation, j'avais suivi les excellens préceptes formulés par M. Richelot dans les réflexions dont il a fait suivre les observations de MM. les docteurs Saurel et Pietra-Santa. J'avais combattu la maladie principale, l'albuminurie, sans tenir compte du fœtus. Je crois encore aujourd'hui que, dans la grande majorité des cas, c'est la voie que doit suivre le médecin.

J'ai traité ainsi six femmes arrivées aux trois derniers mois de leur grossesse, et atteintes d'albuminurie. Chez quatre d'entre elles, j'ai vu l'accouchement arriver heureusement à terme; les deux autres ont accouché naturellement à huit mois. Les enfans des quatre premières vivent encore; ceux des deux dernières sont morts presque en naissant. Quant aux mères, celles qui étaient accouchées avant terme, ont succombé aux suites de la néphrite albumineuse, l'une quatre mois et l'autre huit mois après l'accouchement. Chez les quatre qui restent, deux présentent encore de l'albumine dans les urines, et il survient de temps en temps de l'œdème aux malléoles; tandis que les deux autres paraissent guéries complètement. Enfin, les convulsions ne se sont montrées qu'une fois chez l'une d'entre elles, quinze jours avant l'accouchement, et elles ont cédé à une forte saignée.

Mais convient-il, dans des cas aussi graves que celui que je viens de relater, lorsqu'il y a hémiplégie, embarras de la langue, et des signes évidens d'infiltration séreuse des méninges et des ventricules cérébraux, de diriger contre l'affection des reins un traitement purement médical, et de faire abstraction du fœtus? Je crois qu'avant d'en venir à l'intervention, il faut attaquer ces états pathologiques graves par les ressources thérapeutiques dont nous disposons. Il arrive souvent, en effet, que, sous l'influence des saignées, des dérivatifs sur le tube intestinal et sur la peau, on voit la maladie s'amender, et qu'on peut attendre, sans trop de périls, l'époque que la nature a marquée pour l'accouchement. Quelquefois même, et ceci s'observe surtout pour les formes graves, la nature provoque elle-même l'accouchement avant le terme.

Cependant, lorsque nos ressources thérapeutiques sont épuisées, et que la maladie persiste avec toute son intensité, que l'anasarque est général, l'œdème passif, et que des phénomènes inquiétans se montrent du côté du cerveau, je crois qu'il est indispensable de provoquer l'accouchement. Dans des cas pareils, la nature ne peut se suffire à elle-même, et rester inactifs, c'est vouer à une mort presque certaine la mère et l'enfant. Cette conduite ne serait rationnelle que s'il était démontré que la présence du fœtus dans la matrice n'est pas une cause déterminante d'éclampsie. Malheureusement, il n'en est pas ainsi; et si l'on trouve dans les auteurs que des femmes albuminuriques ont été emportées par des convulsions, quelques jours ou quelques mois après l'accouchement, ces faits sont rares, comparés à ceux que nous observons tous les jours. Du reste, qu'on le remarque bien, les accès convulsifs n'éclatent guère chez les femmes enceintes, que lorsqu'elles sont arrivées aux trois derniers mois de la grossesse. On doit donc admettre que si l'état albuminurique est jusqu'ici la cause la mieux démontrée des convulsions puerpérales, le volume du fœtus et l'ampliation de la matrice y entrent pour une large part. Aussi, arrive-t-il souvent que l'éclampsie éclate avant que les véritables douleurs utérines se déclarent; et si sur les derniers momens de la vie, lorsque la femme est plongée dans le coma, le col de l'utérus se laisse aisément dilater par les doigts, cela tient à ce qu'il participe à la résolution de tout le système musculaire.

En adoptant l'accouchement provoqué dans ces cas exceptionnels, on a l'espoir de sauver la vie de l'enfant, et en second lieu, on a celui tout aussi bien fondé de guérir la mère, ou du moins de prolonger ses jours; car une première attaque de néphrite albumineuse chez une femme jeune, est loin d'être toujours mortelle. Du reste, cette manière d'agir n'est pas sans précédens; et M. le docteur Bouchacourt, de Lyon, dans un cas semblable, a provoqué l'accouchement avec succès.

Que si l'on m'objecte pourquoi, chez ma malade, je ne l'ai pas provoqué, je répondrai que, me fondant sur les six observations dont j'ai parlé plus haut, j'espérais qu'elle pourrait arriver à terme sans convulsions; mais on voit que j'ai été cruellement trompé dans mes espérances; et c'est précisément pour que, dans des cas semblables au mien, mes confrères se tiennent en garde contre une dangereuse expectative que je me suis décidé à le publier. Car si la lecture des succès n'est pas sans utilité pour le médecin, celle des insuccès et des moyens de les prévenir est bien autrement fructueuse.

Aristide Sabatier,
Docteur-médecin à Bédarieux.

L'observation de notre honorable confrère, M. le docteur Sabatier, présente, en effet, beaucoup d'intérêt pour les praticiens. Elle offre un nouvel et cruel exemple des dangers, souvent au-dessus des ressources de l'art, que fait courir aux femmes enceintes la maladie qui se traduit pendant la grossesse par l'albuminurie, l'œdème du tissu-cellulaire, l'éclampsie, etc.

Disons tout d'abord, que M. le docteur Sabatier a été conduit par son expérience personnelle à une pratique semblable à celle que nous avons recommandée, et que les observations qu'il cite viennent corroborer la doctrine que nous soutenions récemment dans ce journal. Nous sommes heureux de nous trouver ainsi d'accord avec notre habile confrère.

L'observation qu'on vient de lire présente cette circonstance, savoir, que la malade avait été déjà mère sans convulsions puerpérales. Elle offre donc une exception à ce qui paraît être la règle générale. Le plus souvent, en effet, les femmes atteintes de convulsions puerpérales sont primipares ou ont été atteintes d'éclampsie à une ou plusieurs grossesses antérieures. Ainsi, des grossesses précédentes sans convulsions puerpérales ne sont point un motif de sécurité pour le praticien.

Pour ce qui est de l'accouchement prématuré artificiel, M. le docteur Sabatier a grandement raison de dire qu'il ne faut pas faire toujours entièrement abstraction de la vie du fœtus. Dans les articles auxquels notre confrère fait allusion, nous n'avons pu formuler que des préceptes très généraux, et nous avons laissé entrevoir que la règle admise par nous pouvait comporter quelques exceptions. A cette occasion, nous avons cité le cas remarquable de succès publié par M. le docteur Chailly-Honoré.

Mais si nous examinons ici, à ce point de vue, l'observation de M. Sabatier, nous ne craindrons pas d'affirmer que ce fait est loin de venir à l'appui de l'idée de l'intervention de l'art.

En effet, les derniers et graves accidens qui ont si rapidement entraîné la mort de la malade se sont manifestés lorsque la femme était à peine enceinte de sept mois et demi. On ne pouvait guère songer à l'accouchement prématuré artificiel avant cette époque. Or, dès lors la femme, nous en sommes convaincu, était atteinte mortellement. Aucun traitement n'aurait pu la sauver. L'accouchement provoqué n'aurait point empêché l'événement funeste.

L'enfant lui-même n'aurait certainement tiré aucun profit de cette opération. Il était à peine développé comme un enfant de six mois; il n'était probablement pas viable. Et cela se conçoit facilement, pour peu qu'on réfléchisse à l'état morbide de la mère.

La mort de la mère et celle de l'enfant étaient donc, on peut le dire, inévitables. Dans de telles conditions, nous pensons qu'il eût été fâcheux que l'art fût intervenu.

En résumé, notre habile confrère n'a rien à se reprocher; il a fait, dans ce cas malheureux, tout ce qu'il lui était possible de faire; et son observation intéressante ne peut tendre qu'à nous confirmer dans l'opinion que nous avons formulée précédemment, opinion que nous n'avons point présentée, nous ne saurions trop le répéter, comme une règle sans exceptions.

Du reste, dans notre courte discussion sur l'éclampsie puerpérale, nous avons eu principalement pour but de combattre la doctrine soutenue par plusieurs praticiens recommandables, savoir, que, dans les cas de cette nature, il faut déterminer l'accouchement *à tout prix*. Cette doctrine nous paraît dangereuse, et nous voyons avec plaisir que M. le docteur Sabatier partage notre manière de voir.

G. Richelot.

HÉMOSTASIE.

SUR LA PRÉPARATION DU PERCHLORURE DE FER LIQUIDE CONSIDÉRÉ COMME AGENT COAGULATEUR DU SANG;

Par M. Burin du Buisson, pharmacien à Lyon.

On sait combien est grand le nombre de substances qui ont la propriété de précipiter l'albumine de ses dissolutions.

Presque tous les acides la précipitent en blanc, l'acide acétique fait prendre en gelée les dissolutions concentrées d'albumine.

La strontiane, la baryte et la chaux forment avec l'albumine des précipités insolubles dans l'eau.

Presque tous les sels métalliques sont précipités par l'albumine, et le précipité blanc insoluble dans l'eau que forme cette substance avec le bi-chlorure de mercure, est particulièrement connu. Parmi les autres métaux qui jouissent de cette propriété, il faut encore ajouter le sulfate de cuivre, mais plus particulièrement *le perchlorure de fer*.

Le chlorure ferrique possède, en effet, au plus haut degré, la propriété de se combiner avec l'albumine instantanément et de former avec elle un précipité sous forme de magma consistant et insoluble, ainsi que vient de le constater M. le docteur Pravaz, et chacun connaît aujourd'hui combien est importante l'application que cet habile praticien vient de faire de la solution aqueuse de ce sel pour coaguler instantanément le sang dans les artères, en vue de son emploi spécial, pour la guérison des anévrysmes chez l'homme.

Le perchlorure de fer réunit, en effet, toutes les qualités désirables (et même exclusives) pour remplir le but auquel M. le docteur Pravaz le destine si heureusement : pouvoir hémostatique puissant, innocuité parfaite, solubilité dans l'eau excessive; — il ne restait donc plus qu'à chercher un mode de préparation qui permît d'obtenir ce sel toujours *très pur*, et sa solution aqueuse à une densité maximum *qui fût toujours et partout identique*, conditions indispensables pour atteindre le but que s'est proposé M. le docteur Pravaz, qui a bien voulu nous charger de ce dernier travail, dont nous allons exposer les résultats;

Perchlorure de fer liquide du docteur Pravaz.

On prend :

Sulfate de fer du commerce de couleur émeraude.	1,000,00
Eau.	3,000,00
Limaille de fer pure.	100,00
Acide sulfurique.	15,00

On introduit le tout dans un matras ou mieux dans un vase en fonte émaillée, et on laisse digérer sur un bain de sable jusqu'à ce que tout dégagement de gaz cesse; on filtre, on ajoute à la liqueur 500 grammes d'acide hydro-sulfurique liquide et on laisse en repos pendant douze heures; au bout de ce temps, on porte la solution sur le feu, on laisse bouillir demi-heure et on filtre.

Le liquide filtré est additionné de 200 grammes d'acide sulfurique pur et concentré : on place le mélange dans une capsule en porcelaine ou un vase de fonte émaillée, qui ne doit être rempli qu'à moitié, on porte à l'ébullition et l'on ajoute par petite quantité de l'acide azotique pur, jusqu'à ce que la dernière affusion ne donne plus lieu à un dégagement de vapeurs rutilantes; — on retire alors du feu, on étend le liquide de vingt-cinq à trente fois son poids d'eau froide et on précipite tout le fer à l'état de peroxyde par un léger excès d'ammoniaque liquide; on lave par décantation à l'eau pure le précipité un grand nombre de fois et on le fait sécher à l'air en le divisant en couches minces sur de la toile.

L'oxyde sec et pulvérisé est ensuite calciné au rouge dans un vase en fer battu, large et peu profond, afin de ne pas trop élever la température; on obtient ainsi le safran de mars astringent des pharmacies, qui n'est autre que du peroxyde de fer pur, lorsqu'il est ainsi préparé.

On obtient ensuite le perchlorure de fer de la manière suivante :

Peroxyde de fer ci-dessus.	200 gram.
Acide hydro-chlorique blanc et pur.	1000 gram.

On laisse réagir à froid pendant cinq à six heures, puis on porte le vase sur un bain-marie d'eau bouillante et l'on chauffe jusqu'à solution à peu près complète de l'oxyde; cette opération doit être faite dans une capsule de porcelaine dont on connaît le poids, on décante le liquide pour séparer l'oxyde indissous et on l'évapore avec ménagement au bain-marie en agitant continuellement jusqu'à consistance de sirop épais, dont on détermine alors le poids; on ajoute une quantité d'eau distillée égale à la moitié de ce poids, on chauffe encore quelques instans et on jette le tout sur un filtre; on lave la capsule, puis le filtre, avec une nouvelle quantité d'eau égale à la première, et l'on ajoute au premier liquide la quantité suffisante du dernier pour obtenir un mélange homogène ayant une densité *constante* de 43,5 à 44 degrés.

En opérant ainsi, on obtient un liquide très limpide ayant seulement une légère réaction acide, mais parfaitement pur, *au maximum de saturation et toujours identique*, se conservant parfaitement sans aucun dépôt de sel, pourvu qu'il soit tenu dans un vase bien bouché; il est d'une couleur brun foncé, vu en masse, et d'un jaune doré verdâtre, vu par transparence et en couche mince.

Cinq à six gouttes de ce liquide, mêlées à un blanc d'œuf délayé dans 20 grammes d'eau suffisent en moins de 15 secondes pour faire prendre le tout en masse qui, en renversant le vase qui la contient, reste collée au fond et ne s'en détache qu'au bout d'un temps assez long avec lequel

l'eau commence à s'en séparer en partie à la manière du sérum du sang coagulé.

Cette préparation réunit donc ainsi toutes les conditions voulues pour réaliser les espérances que font naître, à juste titre, les observations de M. le docteur Pravaz.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 Mai. — Présidence de M. DE JUSSIEU.

De la guérison des anévrysmes par l'injection du perchlorure de fer.

M. LALLEMAND : Je viens de recevoir du docteur Serre (d'Alais) une observation de guérison d'un anévrysme variqueux au pli du coude, guérison obtenue par l'injection du perchlorure de fer dans la cavité du sac, suivant les indications de M. Pravaz. Je ne puis entrer ici dans les détails de cette observation et des circonstances qui l'ont suivie ; je dirai seulement ce qui m'a paru le plus remarquable.

Le caillot s'est promptement durci sous l'influence de l'injection; les battemens ont cessé dans la tumeur quand la compression de l'artère brachiale a été levée ; les pulsations ont disparu plus tard dans les artères radiale et cubitale ; une inflammation aussi vive s'est emparée des parois du sac, et une ponction pratiquée sur un point fluctuant a donné issue à une petite quantité de matière séro-purulente. Enfin, une escharre s'est détachée des parois du sac sans qu'il soit survenu la moindre hémorrhagie. Depuis lors, la cicatrisation a fait des progrès rapides.

Ainsi, les caillots formés dans le sac anévrysmal, dans l'artère brachiale et ses divisions, ces caillots ont amené la guérison de même que si une ligature eût été appliquée au-dessus et au-dessous de la lésion artérielle, comme on a coutume de le faire dans les anévrysmes variqueux. Cette observation mérite d'être rapprochée de celle que M. le docteur Niepce vous a fait connaître dans l'une de vos dernières séances; seulement, ici, la tumeur anévrysmale occupait l'artère poplitée, au creux du jarret. Cinq minutes après l'injection du perchlorure de fer, la tumeur paraissant *très dure*, on cessa de comprimer l'artère crurale et l'on put constater que les battemens avaient disparu dans l'intérieur du sac. Enfin, quand on retira la canule à injection, il ne s'écoula pas une seule goutte de sang. Le lendemain et les jours suivans, une vive inflammation se manifesta dans les parties opérées; le onzième jour, de la fluctuation s'étant manifestée au côté interne de la tumeur, une légère ponction donna issue à 10 grammes environ de sérosité purulente, et dès lors tous les symptômes inflammatoires disparurent. Le vingtième jour, on ne sentait plus, à la place de la tumeur anévrysmale, qu'un noyau de la grosseur d'une noisette.

La guérison fut donc obtenue en aussi peu de temps que les ligatures en mettent à couper les artères sur lesquelles on les applique pour guérir ces mêmes anévrysmes.

Ces deux observations confirment pleinement les prévisions du docteur Pravaz sur l'efficacité des injections de perchlorure de fer employées contre les anévrysmes, injections dont l'effet est plus sûr et plus prompt que celui de la galvano-puncture. Dans ces deux cas, l'injection de perchlorure de fer fut suivie d'une vive inflammation des parois du sac et d'une petite collection séro-purulente à laquelle il fallut donner issue.

Ces inflammations sont-elles inhérentes à la méthode? Peut-on les éviter ou les réduire à très peu de chose? Les faits sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse rien affimer à cet égard. Mais je dois faire remarquer que dans ces deux cas il a été injecté au moins trois fois plus de perchlorure de fer qu'il n'en fallait pour obtenir la formation du caillot comme l'ont bien démontré les expériences du docteur Pravaz. On conçoit que cet excès de matière injectée doit être plus nuisible qu'utile, si l'on considère surtout que les liquides qui coagulent le sang tendent tous à dissoudre le caillot déjà formé, et d'autant plus qu'on dépasse davantage les doses voulues.

Cette exagération se comprend de la part des opérateurs, qui emploient un moyen dont ils craignent l'insuffisance plus que l'excès d'énergie. Qu'on me permette à cet égard quelques rapprochemens pris dans le sujet même dont il est ici question.

Dans le premier temps de l'emploi des ligatures au traitement des lésions artérielles, on crut devoir faire usage de plusieurs fils cirés disposés en manière de rubans, afin de prévenir la section trop prompte des parois artérielles ; la crainte d'une hémorrhagie consécutive fit appliquer aussi des ligatures d'attente, plus dangereuses que celles qui étaient serrées.

On poussa la précaution jusqu'à passer une ligature au-dessous de la lésion artérielle, anévrysme ou piqûre, pour prévenir les hémorrhagies en retour par les anastomoses. Ce n'est pas tout encore, après avoir placé la tumeur anévrysmale entre deux ligatures, on s'est cru obligé à fendre le sac pour le débarrasser de ses caillots, et le bourrer de charpie, d'amadou, de corps absorbans propres à coaguler le sang qui pourrait déborder de quelque point. Il a fallu beaucoup de temps et d'expérience pour rassurer contre des terreurs exagérées et pour faire renoncer à ce luxe de moyens dont l'effet le plus certain était précisément de provoquer des suppurations abondantes, la destruction des caillots obturateurs, en un mot, les hémorrhagies consécutives qu'on voulait prévenir.

Espérons qu'il en sera de même des injections de perchlorure de fer, qu'on en simplifiera tous les jours l'application et qu'on réduira dans de justes limites les proportions de ce styptique.

Dans les observations de M. Serre et de M. Niepce, la guérison eût pu être obtenue par la ligature; mais dans le cas de M. Raoult Deslongchamps, rapporté par M. Larrey, à la Société de chirurgie, la tumeur avait son siége sur l'artère frontale à sa sortie de l'orbite, de sorte qu'il eût été très difficile d'aller porter une ligature sur l'artère ophthalmique, au-dessous de la voûte orbitaire. Mais la supériorité de l'injection sur tous les autres moyens serait encore bien plus évidente s'il s'agissait d'un anévrysme de l'artère crurale au pli de l'aine ou de l'iliaque, auquel cas il faut, pour exécuter l'opération ordinaire, inciser la paroi abdominale, décoller le péritoine, séparer l'artère de la veine. Les difficultés et les dangers ne sont pas moindres quand il s'agit d'anévrysmes occupant l'artère axillaire, la sous-clavière, le tronc brachio-céphalique, le commencement de la carotide.

Les succès déjà connus de la méthode Pravaz me confirment de plus en plus dans la conviction de sa supériorité par rapport à toutes les autres.

Je suis entièrement persuadé que l'injection des anévrysmes sera, dans le traitement de ces affections une révolution aussi complète, aussi importante que celle de la lithotricie. Dans les premiers temps, les instrumens inventés pour broyer la pierre étaient bien compliqués, bien imparfaits, et pendant longtemps les succès furent mêlés d'accidens graves et de nombreux revers. Aujourd'hui elle ne ressemble plus à ce qu'elle était à ses premiers débuts. Il en sera sans doute un jour de même de la méthode Pravaz.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 Mai 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

M. BOUSQUET : S'il est vrai, et qui pourrait en douter? que le sourd-muet ne parle pas parce qu'il n'entend pas, il est clair que, pour le faire parler, il faut le faire entendre ; et tout ce qu'on fera en dehors de cette vue si simple n'aura que des résultats insignifians ou incomplets.

Si vous lui rendez l'ouïe, ne vous inquiétez pas du reste ; il rentre par cela même dans la vie commune, il parlera de lui-même, et il n'a que faire de la pédagogie. Mais si vous le laissez avec son infirmité, il faut lui donner au plus vite un maître, un précepteur qui l'élève et lui enseigne à se passer du sens que la nature lui a refusé.

Ici M. Bousquet fait l'historique des trois modes d'enseignement ou des trois systèmes d'éducation en usage pour les sourds-muets; après avoir plus particulièrement insisté sur les travaux d'Itard, il continue en ces termes :

M. Blanchet s'est associé à M. Itard en marchant sur ses traces : c'est là son mérite; son erreur serait de croire que, pour avoir substitué aux bruits de la cloche ou du tambour, l'usage des *acoumètres*, du *monocorde*, il a créé une nouvelle méthode, il a posé de nouveaux principes. Ce sont là, si l'on veut, des modifications heureuses; mais c'est toujours le même enseignement au fond.

A la différence près des instrumens employés à exciter le sens auditif et à mesurer les progrès de l'audition, la conformité est parfaite.

Au surplus, en restituant à M. Itard une méthode qu'il a faite sienne, je ne m'en dissimule pas les défauts. Il est trop clair que, pour rendre l'ouïe aux sourds-muets, il faut atteindre aux causes qui les en ont privés.

Il ne peut entrer dans le dessein de cette note de parcourir toutes les lésions congénitales ou acquises, qui peuvent entraîner la surdité et l'abolition de la parole; nous remarquons seulement que, quoiqu'elles contiennent le secret de cette double infirmité, personne ne s'en est occupé, ni M. Itard, ni M. Deleau, ni M. Blanchet; on a désespéré jusque-là; mais alors qu'il se console de ses défaites. Quand on se résout à ne s'attaquer qu'à l'effet, tout ce qu'on peut espérer, c'est de soulager, c'est d'améliorer; mais de guérir, jamais. Et cependant, veuillez-le remarquer encore, on ne court qu'après les victoires les plus faciles ; le sourd qui n'entend rien est abandonné sans pitié; on n'a de sollicitude que pour le demi-sourd. On s'empare de ce qui lui reste d'audition; et pour l'améliorer, on n'a rien imaginé de mieux que d'assaillir l'oreille des bruits les plus aigus et les plus répétés.

Tout ce que l'oreille peut gagner à cet exercice, elle l'obtient bientôt, mais elle le perd avec la même facilité.

Les premiers effets de cette éducation sont généralement heureux et prompts. Les parens, faciles à s'abuser, y voient d'abord le présage d'une guérison complète et prochaine ; on dit même qu'une société illustre y a été trompée. Mais bientôt cette amélioration s'arrête, et comme l'oreille ne parvient jamais à saisir les améliorations, les modulations de la voix, la parole reste toujours bornée, rude, sans expression. Les demi-sourds sont toujours des demi-muets ; ils parlent, mais ils ne comprennent pas. La conversation est une musique trop délicate pour des organes si grossiers.

Tels étaient les élèves de M. Itard, et il ne s'en cachait pas. Ceux de M. Blanchet seraient-ils plus heureux ? Il n'y a pas d'apparence. S'ils le sont, c'est qu'ils ont été mieux choisis, c'est qu'ils entendaient mieux quand on a commencé leur éducation, de sorte qu'en réalité l'art avait moins à faire. Loin de cette hypothèse, je ne vois qu'illusion.

Vous parlez sans cesse de rapprocher le sourd-muet des parlans, et vous avez raison ; mais souvenez-vous qu'il n'y a qu'un moyen d'opérer ce rapprochement, c'est de lui rendre l'ouïe, assez du moins pour qu'il entende la parole sur le ton de la conversation. S'il entend sans trop de difficulté, il parlera sans effort et il ne lui en coûtera pas de se rapprocher de ceux à qui il pourra se communiquer. Mais si, après tous ces exercices, l'oreille reste toujours plus ou moins dure, s'il n'entend que confusément, avec peine et de près, n'espérez pas l'attirer dans une société qui n'est pas la sienne.

Plus juste appréciateur de sa position que vous-même, il s'éloignera pas à pas et retournera de lui-même à ses compagnons d'infortune, avec lesquels du moins il se sent plus à l'aise, et où son amour-propre n'a rien à souffrir de la comparaison, On a souvent admiré la facilité qu'ont les enfans à apprendre à parler; c'est en effet quelque chose de merveilleux, et cependant ils n'ont pas de maître, ou, si l'on veut, ils en ont autant qu'il y a de parlans. Je veux dire que les paroles à leur adresse ne sont rien en comparaison de celles qui portent à leurs oreilles; mais ils les saisissent au vol et les répètent dans l'occasion, de manière à vous faire comprendre. S'ils étaient contraints à un nouvel effort d'attention et d'audition à chaque mot nouveau, croyez-vous que leur éducation marcherait si vite ? Détrompez-vous. Quand il faut se donner tant de mal pour entendre, on cesse bientôt d'écouter, et la peine d'écouter éteint promptement jusqu'au désir de parler.

Et il n'est pas nécessaire, pour tomber dans le mutisme, d'être né sans oreilles. L'histoire ne manque pas d'exemples d'enfans doués de tous leurs sens, et qui, ayant perdu tout à coup et par accident la faculté d'entendre, se sont promptement déshabitués de la parole, dont cependant ils avaient joui jusqu'à cinq et même sept ans.

C'est ici le lieu de placer une réflexion que je livre à la physiologie. Il n'en est pas de l'ouïe comme des autres sens. Considérez la vue, par exemple ; sans doute ses services sont en proportion de son étendue, mais, quelque faible qu'elle soit, elle sera encore fort utile. Si elle ne distingue pas les petits objets, elle distingue les gros ; elle ne vous permet pas de lire, elle sert à vous conduire. Et de même pour l'odorat, le goût, le toucher. Mais l'oreille se trouve dans une position toute particulière, et cela à cause de ses liaisons avec la parole. Placée à la porte de l'intelligence, elle transmet la parole, que la voix répète comme un écho. Il y a là un admirable concert, et pour y jouer son rôle, pour y tenir son rang, elle a besoin de toute sa finesse, de toute sa perfection, sinon elle ne sert presque à rien, elle est perdue pour la parole. Comment la bouche pourrait-elle répéter ce que l'oreille n'entend pas ?

Encore une fois, les élèves de M. Blanchet ont-ils acquis, sous cet habile maître, la faculté d'entendre au degré dont je parle? Si vous répondez par l'affirmative, je vous en félicite, mais croyez-moi, ne vous pressez pas de conclure.

Attendez encore, et rappelez-vous que, d'ordinaire, l'amélioration de l'ouïe ne dure pas. Combien de malheureux sourds-muets qu'on croyait avoir rendus à la société parlante s'en sont retirés d'eux-mêmes, par les difficultés d'y tenir leur place!

Parlerai-je des précautions à prendre pour s'assurer du degré d'audition de vos élèves ? Il est trop évident que s'ils sont exercés à lire la parole sur les lèvres, vous ne pouvez éprouver leurs oreilles qu'à l'insu de leurs yeux, autrement vous êtes exposé à prendre le change ; le sourd lui-même s'y trompe. Ma remarque paraîtra d'autant plus naturelle que, si je suis bien informé, tous les élèves qui ont passé sous les yeux de la commission, s'exercent à la parole dans la classe d'articulation de la rue St-Jacques ; tous apprennent aux leçons d'un maître habile, la lecture sur les lèvres ; d'où l'on voit que les succès qu'ils ont obtenus, fussent-ils tout ce qu'on en dit, il se trouverait deux instituteurs pour se les disputer et pour se les partager. Et en effet, à côté de ces élèves il y en a d'autres qui n'entendent rien, mais ils suivent aussi la classe d'articulation, et on assure qu'ils parlent : très mal, je le suppose ; mais enfin cela suffit pour prouver qu'il n'est pas absolument nécessaire d'entendre pour émettre quelques sons et articuler quelques mots.

Par toutes ces considérations, et par d'autres que nous omettons, nous supplions l'Académie de mettre la plus grande réserve dans sa réponse à l'autorité supérieure.

Tout ce qu'on a essayé, tout ce qu'on a fait jusqu'ici pour rendre l'ouïe aux sourds-muets, a échoué. M. Blanchet ne s'est pas laissé rebuter par l'exemple de ses prédécesseurs ; il faut le louer de son courage et de sa persévérance ; il faut encourager ses efforts ; mais je ne crois pas que le moment soit encore venu de proclamer son triomphe.

— Plusieurs membres sont encore inscrits.

COURRIER.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 20 avril, ont été nommés professeurs de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, savoir :

Chimie et pharmacie : M. Paty, professeur titulaire.

Histoire naturelle et matière médicale : M. Maldan, professeur titulaire.

Anatomie et physiologie : M. Gaillet, professeur titulaire.

Clinique interne : M. Landouzy, professeur titulaire.

Clinique externe : M. Philippe, professeur titulaire.

Pathologie interne : M. Blanchard, professeur adjoint.

Pathologie externe : M. Décès, professeur titulaire.

Accouchemens, maladies des femmes et des enfans : M. Panif, professeur titulaire.

— La *Société médicale allemande à Paris*, a tenu mercredi le 11 mai, à trois heures de l'après-midi, sa huitième séance annuelle. D'après le compte-rendu de l'année passée, auquel se joignit un exposé d'un des buts de cette Société (fondation d'une bibliothèque allemande), on a entendu un discours sur l'histoire de la lithotritie ; un autre membre a fourni des observations particulières servant à contester qu'il y ait toujours hypertrophie du cœur quand on sent le choc dans trois intervalles costaux, sans qu'il y ait chondrose du poumon ; ce dernier orateur a lu un mémoire sur la position (gisement) des insectes fossiles et sur les conclusions qui peuvent en être tirées pour l'étude de la géologie. — Un repas cordial des membres et invités a terminé la fête.

— La Société de médecine de Marseille vient d'instituer un prix de 300 fr. pour le meilleur mémoire traitant la question suivante :

1° De l'avortement prématuré artificiel :

2° Dans quelles circonstances et à quel moment de la grossesse doit-il être provoqué ?

3° Quel est le meilleur mode pour le déterminer ?

Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être remis, conformément aux usages académiques, avant le 1er septembre (terme de rigueur), à M. le docteur Hely, secrétaire général de la Société, rue de Chartreux, n° 15, à Marseille.

ACADÉMIE MÉDICO-CHIRURGICALE DE FERRARE. — Un prix de 100 écus romains sera décerné, en 1853, au meilleur mémoire sur le sujet suivant : « Des maladies lentes du foie, et en particulier de celles qui se développent fréquemment dans les contrées marécageuses où règnent les fièvres périodiques. »

Les mémoires devront être envoyés *franco*, au secrétaire de la Société, avant le 31 mars 1854, et être rédigés en italien, latin ou français.

— Un prix de 100 écus romains sera accordé, en 1855, par le conseil de censure de la Société médico-chirurgicale de Bologne. Sujet : « *Indiquer dans quelles maladies l'électricité est applicable;* exposer les diverses manières de l'employer ; rechercher, par des expériences nouvelles, si l'on peut, au moyen de l'électricité, transporter dans le corps vivant des substances pondérables et médicinales. » Les mémoires devront être écrits en italien, latin ou français, et être envoyés franco au secrétaire de la Société, avant le 31 mai 1855.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 58. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 17 Mai 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois............. 17
3 Mois............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SYPHILISATION.

RAPPORT A M. LE PRÉFET DE POLICE SUR LA QUESTION DE SAVOIR SI M. LE DOCTEUR AUZIAS-TURENNE PEUT ÊTRE AUTORISÉ A APPLIQUER OU A EXPÉRIMENTER LA SYPHILISATION A L'INFIRMERIE DE LA PRISON SAINT-LAZARE.

Par MM. les docteurs MÉLIER, président, Philippe RICORD, DENIS, CONNEAU, et MARCHAL (de Calvi), secrétaire rapporteur.

(Publié par décision de M. le Préfet de police.)

Troisième fait.

Il va être question, comme nous l'avons annoncé, du cas de la fille X..., que l'étudiant J..., avec qui elle vivait intimement, avait décidée à se faire syphiliser.

Ce qui suit est extrait du procès-verbal de la séance du 27 août 1852. C'est la fille X... qui parle :

« J'avais des ulcérations dans la gorge et une glande au cou, à la suite d'un chancre que j'avais fait voir à un médecin, M. Chardon. Dans l'espace de deux mois environ, je pris cinquante-six pilules. Un érysipèle que j'eus en novembre ou décembre, me força d'interrompre le traitement. J'avais toujours mal à la gorge, et je souffrais beaucoup en avalant. J... m'ayant vivement pressée de me faire syphiliser, je me confiai à M. Auzias, qui me fit une piqûre au ventre, avec le pus des pustules de J... Il me vint une grosse pustule, et le chancre qui en résulta était large comme une ancienne pièce de 3 francs; la cicatrice qui s'en est suivie a les dimensions d'une pièce de 1 franc. Environ trois semaines après cette première inoculation, M. Auzias prit de mon pus et me fit au bras cinq piqûres qui donnèrent cinq pustules. Ensuite, mon pus ne prenant plus sur moi, on m'inocula celui de J... et d'un grand Monsieur qui vint avec M. Auzias. On m'inocula aussi le pus de personnes du dehors, que je ne vis pas. M. Auzias le portait au bout d'une plume. Le pus nouveau prenait toujours. Bientôt cependant M. Auzias me fit des inoculations qui ne prirent plus. Alors, ayant inoculé J... avec un pus très fort qui avait pris, il me fit quinze piqûres avec le nouveau pus de J..., et j'eus quinze pustules grosses comme de gros clous. J'en souffrais cruellement. J'eus le bras enflé, et je fus obligée de garder le lit pendant plusieurs jours, ayant beaucoup de fièvre. En me grattant, je me fis venir un bouton plus gros que tous les autres. Les piqûres prenaient toujours, les dernières cependant prenaient moins. J'en ai eu cinquante-deux à chaque bras. J'ai commencé la syphilisation le 20 février, et j'y ai renoncé vers le 13 juillet. Je n'ai plus voulu y revenir après la mort de J..., qui m'avait épouvantée. L'été, avant la syphilisation, j'avais eu des taches. Pendant la syphilisation, j'ai eu une maladie de la peau, très singulière. C'étaient comme des couronnes rouges dont le centre était de couleur naturelle. Je les montrai à M. Auzias, qui me dit que ce n'était pas un symptôme syphilitique. Mon mal de gorge a complètement disparu pendant que M. Auzias me syphilisait; je dormais bien, je n'avais de douleurs nulle part; je n'ai pas perdu mes cheveux; je mangeais énormément, sans pouvoir me rassasier, comme J... Mais depuis j'ai beaucoup maigri et j'ai perdu mes forces; je ne suis plus rien en comparaison de ce que j'étais. Quand je monte, je suis tout de suite essoufflée. Un ami de J... m'a conduite chez M. Ricord. J'avais une syphilide palmaire, et le mal de gorge m'était revenu. La syphilide de la paume des mains m'est venue pendant la syphilisation, et je la montrai à M. Auzias, qui me dit que ce n'était rien. Quand je disais à M. Auzias que j'étais faible, il me disait pour toute réponse : je le crois bien ! »

» La fille X... montre ses bras; le droit est couvert de cicatrices rouges très apparentes, sans induration. Les cicatrices du bras gauche sont beaucoup moins visibles; quelques-unes tendent positivement à disparaître. On examine la gorge de la malade et l'on constate aisément l'existence d'une plaque muqueuse sur l'amygdale gauche. La syphilide palmaire est encore très marquée aux deux mains.

Depuis huit jours environ, cette fille reçoit les soins de M. Ricord, et déjà le mal de gorge a notablement diminué.

Dans la séance du 3 septembre, M. Auzias demanda à prendre connaissance des renseignements fournis par la fille X..., et à présenter quelques observations à cet égard. Voici, d'après le procès-verbal, le résumé de ces observations :

« M. Auzias fait remarquer, relativement à la fille X... :

« 1° Que la roséole dont elle a été affectée s'est développée après l'usage d'un opiat soufré administré contre des taches non syphilitiques;

» 2° Que, si le chancre du bas-ventre a été si étendu, cela a dépendu de la pression exercée par le busc ;

» 3° Que les douleurs éprouvées à la suite des quinze inoculations, n'ont rien eu d'inusité, et qu'à cet égard la malade a singulièrement exagéré ;

» 4° Que les prétendus *gros clous* qui ont suivi ces inoculations, n'étaient pas plus volumineux que les pustules de M. de ***, qui ont été vues par la commission ;

» 5° Enfin, que si la malade s'est beaucoup affaiblie, cela tient à la profonde misère dans laquelle elle vivait, ayant été renvoyée par J... »

La fille X... se représenta devant la Commission, le 5 janvier, et le procès-verbal de la séance relate ce qui suit à son sujet :

« Cette fille a pris 130 pilules de proto-iodure de mercure suivant la formule de M. Ricord. La plaque muqueuse de l'arrière-gorge a complètement disparu. La syphilide palmaire persiste, très caractérisée et cornée. On aurait peine à reconnaître cette fille, tant elle est changée favorablement depuis le nouveau traitement. Elle a acquis de l'embonpoint, et son teint est celui de la meilleure santé. L'état des forces répond à cette belle apparence. La fille X... est sur le point de contracter mariage, et, dans cette circonstance, elle se plaint avec amertume de porter aux bras une multitude de stygmates résultant des inoculations. »

Quatrième fait.

Dans la séance du 27 août 1852, la commission reçut de M. Auzias une lettre datée du 24, qui contenait le passage suivant :

« J'ai appris qu'une personne soumise par moi à un commencement » de syphilisation, vient d'être arrêtée. Je prierai la commission, dans » l'intérêt de cette personne, qui le désire, et pour laquelle une inter» ruption serait fâcheuse, de demander que je sois autorisé à continuer » cette syphilisation. La commission pourrait être témoin de ce fait. » J'ai donné aujourd'hui, à M. Denis, le nom de la personne et des » indications suffisantes pour qu'il puisse la retrouver à la Concier» gerie. »

Une courte discussion s'engagea sur cette demande de M. Auzias; elle est retracée dans le passage suivant du procès-verbal de la séance.

« M. le président : Vous venez d'entendre la lettre de M. Auzias. Certes, il serait bien désirable que la commission fût mise à même de voir des cas de syphilisation. Mais, à mon avis, elle ne saurait, sans se compromettre, sans préjuger la question qu'elle a mission d'examiner, demander pour M. Auzias l'autorisation de continuer à syphiliser la personne dont il parle et qui est entre les mains de la justice. La syphilisation, par le fait, entrerait subrepticement dans ce même établissement où il s'agit précisément de savoir si l'on doit, si l'on peut lui donner accès. Quand la commission aurait demandé cette autorisation, on pourrait se servir de ce premier assentiment pour demander avec plus d'insistance et avec une apparence de fondement, une autorisation plus large, en sorte que la question se trouverait résolue avant d'avoir été approfondie. Au surplus, pour mon compte, je ne demanderai jamais que l'on fasse des expériences de syphilisation. S'il en existe, qu'on me les montre, et je jugerai; mais que j'y participe en aucune façon, que je les provoque par une démarche quelconque, c'est ce qu'on a pas le droit d'attendre de moi, et ce que je ne veux pas faire. La syphilisation m'épouvante; vous dites qu'elle guérit, prouvez-le, et ne me demandez pas de vous aider.

» M. Ricord : J'adhère pleinement aux raisons qui viennent d'être si judicieusement exposées par M. le président. Ce qui arrive pour cette femme pourrait arriver pour d'autres, et alors la syphilisation serait dans la place.

» M. Denis : Il ne faut pas que la commission s'engage. Je ne veux pas dire que la demande qui nous est faite soit un piége, mais évidem-

Feuilleton.

(L'article qui suit a pour but de ramener à des faits physiologiques et à des lois de physique bien connus les phénomènes de la rotation des corps par l'imposition des mains. De tout ce qui a été publié sur ce sujet, dans le même sens, ce travail est celui qui me satisfait le plus. Je l'accueille donc avec empressement et plaisir. Je dois cependant déclarer, et je le fais sous ma seule responsabilité; que si les explications de M. le docteur Piégu me semblent admissibles pour un certain nombre de phénomènes, il en est d'autres, — et je ne parle que de ceux que j'ai vus ou que j'ai produits moi-même, — qui échappent encore à cette ingénieuse et savante interprétation. Amédée LATOUR.)

LA PHYSIOLOGIE, LA PHYSIQUE ET LES TABLES TOURNANTES.

Vendredi, 13 mai.

Monsieur le rédacteur,

Depuis que la publicité quotidienne a soufflé chez nous cet air de vertige qui entraîne autour des tables les gens même les plus sensés, nous avons réellement l'air d'une population de derviches fanatiques. C'était d'abord de la curiosité, c'est de la passion aujourd'hui, ou peu s'en faut. Vous avez eu raison, il y a huit jours, de dire qu'il fallait en parler sérieusement, comme d'une chose sérieuse. Les railleries, quelque spirituelles qu'elles soient, ne peuvent être acceptées comme des raisons, et trop de réserve de la part des personnes adonnées plus particulièrement aux recherches scientifiques serait d'autant plus regrettable, qu'elle permettrait à une idée fausse de se produire et de faire ses ravages, sous ce prétexte chimérique que les idées fausses se réfutent d'elles-mêmes.

Examinons donc sérieusement ce que c'est que ce mouvement imprimé à des corps inanimés.

Incontestablement il est réel, et se produit toutes les fois que l'on expérimente avec patience, et qu'on me passe l'expression, avec recueillement. Quelle en est la cause? Je la crois assez complexe, mais il ne se rencontre dans les élémens de cette force, rien d'inconnu, rien de surnaturel.

Disons d'abord que l'on peut s'affranchir d'une précaution qui enlève déjà une partie du merveilleux. Le phénomène se produit sans que la chaîne soit nécessaire, et les mains restant entièrement isolées.

Vous avez lu ce matin, dans le *Journal des Débats*, l'extrait d'une lettre de M. le professeur Chevreul à M. Ampère et son interprétation d'un phénomène exactement comparable. Il paraît qu'à l'époque, cette découverte des mouvemens d'un pendule avait produit quelque émotion, puisque le savant et judicieux M. Ampère lui-même s'en inquiétait. L'émotion d'alors s'est passée, et malheureusement on a tout oublié, le fait aussi bien que l'interprétation. Je dis malheureusement, parce que l'interprétation de M. Chevreul est tout aussi vraie pour l'*émotion actuelle* que pour l'ancienne. En résumé, la voici :

1° D'après l'illustre professeur, il existerait des mouvemens musculaires en dehors de la conscience dans les muscles de la vie de relation, comme il en existe dans les muscles de la vie organique.

2° L'homme, en présence d'un corps qui se meut, se trouve dans un état psychologique particulier tout à fait en dehors des déterminations volontaires, et auquel on ne saurait résister; cet état est caractérisé par une *tendance* au *mouvement* qui nous porte irrésistiblement à suivre le mouvement produit sous nos yeux. C'est cette tendance qui fait que le joueur de billard suit sa bille et cherche à la conduire après l'impulsion donnée, c'est celle qui nous fait suivre l'oiseau qui vole, la pierre lancée, etc.

Ainsi, voilà deux causes bien précisées : des mouvemens musculaires en dehors de la conscience, communiquent une première impulsion, puis une *tendance* particulière nous porte à exagérer involontairement cette impulsion première.

Dire que les expériences qui servent de base à ces conclusions ont été conduites par M. Chevreul, et que M. Ampère les accepta comme concluantes, c'est suffisamment affirmer qu'elles méritent entière confiance. L'interprétation est simple, elle est rationnelle, elle s'accorde entièrement avec les lois connues de la physique et de la physiologie; elle est donc parfaitement satisfaisante.

Seulement, M. Chevreul me semble avoir oublié une cause de quelque importance. Elle est toute physiologique et appartient à la dynamique vasculaire. C'est en quelque sorte la conséquence et la conclusion des travaux plus récens de MM. Isidore Bourdon, Magendie, Flourens et Poiseuille. — La voici mise en action.

Lorsque les deux jambes sont croisées, le creux poplité de l'une sur le genou de l'autre, le pied libre n'est pas immobile : il oscille. Ses oscillations sont régulières et correspondent parfaitement aux pulsations du cœur et du pouls. Les mouvemens de projection en avant ont une certaine puissance, puisqu'au dire de Sénac et de Haller, un poids de *cinquante livres* attaché au bout du pied est poussé sensiblement encore.

Lorqu'on tient à la main une feuille de papier ou quelque autre corps léger le bras étant demi-fléchi ont voit ce corps osciller de la même façon.

Ces oscillations sont généralement rapportées aux pulsations des artères seules. Mais, pour peu que l'on réfléchisse un moment aux lois générales de la circulation vasculaire, il est évident que tout le système vasculaire sanguin doit participer à sa production. On peut le prouver à l'aide d'un petit appareil très simple, et, puisque le public aime à s'amuser à des expériences, je lui conseille celle-ci, qui met en quelque sorte les battemens du cœur sous les yeux.

On prend un petit bocal à large ouverture. On choisit un bouchon peu épais, capable de fermer hermétiquement; puis on perce ce bouchon de deux trous. L'un est destiné au pouce, qui doit s'enfoncer aussi profondément que possible dans le bocal, et à frottement : l'autre donne passage à un petit tube de 1 millimètre de diamètre à peu près, et de 10 à 15 centimètres de longueur.

Cela fait, on remplit le bocal d'eau tiède et on enfonce le pouce, en ayant soin qu'il ne reste pas d'air dans le bocal. Ceci est facile, et l'on prend la précaution de faire que l'extrémité intérieure du petit tube affleure le bouchon, parce qu'alors l'air s'échappe avec le trop plein du bocal.

Si le liquide ne fuit pas, voici ce que l'on observe : la colonne de liquide contenue dans le petit tube oscille; elle monte et descend alter-

ment nous avons besoin d'agir avec attention et avec réserve. Pour moi, je suis frappé d'un fait : comment M. Auzias n'a-t-il point derrière lui un certain nombre d'individus guéris par la syphilisation, qu'il soit à même de montrer? Sans doute, la certitude à leur égard ne serait pas absolue, attendu que les accidens auraient disparu, et la preuve ne serait pas complète; mais, du moins, en interrogeant ces individus avec soin, on pourrait arriver à quelque approximation. Je crains bien que M. Auzias, quand il écrivait à M. le préfet de police que sa méthode était éprouvée, ne se fît illusion sur le nombre autant que sur la valeur des faits qu'il avait entre les mains, et sur lesquels il basait sa demande. Relativement au cas particulier qui se présente, je crois que la commission s'engagerait imprudemment en accédant au désir de M. Auzias; on pourrait nous dire ensuite : vous avez demandé qu'une femme fût syphilisée, pourquoi ne voulez-vous pas que d'autres expériences soient faites.

« M. Marchal : Je ne puis m'empêcher de faire remarquer qu'il y a une très grande différence entre l'autorisation qui serait donnée à M. Auzias de *continuer* à Saint-Lazare une syphilisation commencée au dehors, et l'autorisation d'*entreprendre* des expériences de syphilisation dans cet établissement. La Commission se trouve, vis-à-vis de la femme que M. Auzias avait commencé à syphiliser, et qui a été incarcérée depuis à Saint-Lazare, dans la même position que vis-à-vis de M. de ***. Elle n'a pas demandé que l'un ou l'autre fussent syphilisés; ils l'ont été sans elle, et elle profite de l'occasion pour examiner ce qui se passe.

» M. le Président : La Commission n'avait pas à demander d'autorisation pour M. de ***, et c'est ce qui fait la différence. Si elle se rendait au désir de M. Auzias, elle approuverait implicitement, et par avance, la pratique de la syphilisation.

» La Commission décide qu'il ne sera pas donné suite à la demande de M. Auzias. »

Informé de cette décision, M. Auzias fit lui-même des démarches auprès de l'autorité, et il obtint ce qu'il désirait.

Le 9 novembre 1852, il adressait la lettre suivante au président de la Commission :

« Monsieur le Président,

» Depuis trois semaines, j'ai fait à l'infirmerie de la prison Saint-Lazare une syphilisation que j'avais commencée en ville, et que M. le Préfet de police m'a autorisé à continuer. La personne dont il s'agit n'est point encore arrivée à l'immunité complète. D'autres inoculations devront l'y conduire. Mais tous les accidens dont elle était atteinte ont disparu.

» Dans l'impossibilité où je suis de soumettre à la Commission d'autres cas de ma clientèle, je désirerais beaucoup que la Commission que vous présidez voulût être témoin de celui dont il s'agit.

» Par conséquent, Monsieur le Président, si vous désirez réunir la Commission à Saint-Lazare, je m'y rendrai aux jours et heures que vous m'indiquerez.

» J'ai l'honneur, etc,, etc.

» Signé : Dr Auzias-Turenne. »

Cette lettre, écrite le 9 novembre, arriva à son adresse le lendemain; et, trois jours après, le 13 novembre, la femme dont il est question quittait la prison Saint-Lazare. Voilà comment la Commission a été dans l'impossibilité de suivre cette observation. Elle a regretté que l'on eût laissé passer trois semaines sans l'informer de la reprise de la syphilisation chez cette femme. (V. aux documens la lettre de M. le Président à M. Auzias.)

La femme dont il s'agit avait été incarcérée sur une plainte en adultère portée par son mari, et celui-ci s'étant désisté, elle lui avait été rendue. Depuis lors, il la tenait cachée, et il s'est refusé obstinément à la laisser voir, disant, d'ailleurs, qu'on l'avait traitée pour une maladie qu'elle n'avait jamais eue, car il l'aurait eue lui-même, ajoutait-il, si elle en avait été affectée.

A bout de démarches, la Commission dut renoncer à voir cette femme, et il fut décidé que l'on demanderait des renseignemens sur elle à M. le docteur Collineau, membre de l'Académie impériale de médecine, et médecin de la prison Saint-Lazare.

Voici ces renseignemens :

Note sur la nommée Z...

« La nommée Z..., femme ..., âgée de 23 ans, est entrée à Saint-Lazare le 19 août 1852, et elle en est sortie le 13 novembre 1852. A son entrée dans la prison, cette femme ne présentait aucun symptôme syphilitique, et l'on ne pouvait constater d'aucune manière qu'il en eût jamais existé. De son propre aveu, elle n'avait jamais éprouvé de symptômes secondaires. Tout ce qu'elle pouvait dire sur quelques symptômes primitifs, tels que catarrhe utérin, démangeaisons, excoriations, ne méritait aucune confiance, cette femme n'ayant qu'une faible intelligence, et ne paraissant appuyer ses assertions que sur ce qu'elle avait pu entendre dire au médecin qu'elle avait consulté. Ce médecin a trouvé la femme Z... atteinte d'un simple catarrhe utérin épais, mucoso-purulent, assez abondant. L'écoulement utérin ne présentait pas les caractères d'un écoulement syphilitique (la malade elle-même assurant que, dans ses rapports fréquens avec son mari et son amant, elle ne leur avait jamais rien communiqué). Toutefois, M. Auzias, pour des motifs que lui seul peut connaître, avait fait, quelques jours avant l'entrée de cette femme dans la prison, neuf piqûres au bras gauche, d'où il est résulté neuf boutons sous forme d'ecthyma syphilitique. On ne sait de quel pus il s'était servi. Quinze jours après, il était survenu spontanément neuf autres pustules de même apparence, qui ont pris le même développement et suivi la même marche que les premiers. M. Auzias est venu plusieurs fois à Saint-Lazare répéter ses inoculations avec du pus pris sur les premiers boutons. Ces inoculations ont toujours réussi, et il s'est toujours manifesté spontanément de nouveaux boutons après chacune d'elles; mais ces boutons, soit primitifs, soit secondaires, sont toujours devenus de plus en plus petits après chaque inoculation, et les symptômes inflammatoires locaux, qui, à l'arrivée de la malade, et jusqu'à la troisième inoculation, étaient encore très intenses, se sont également affaiblis, à tel point que, si la femme Z... fût restée longtemps dans la prison, et que les inoculations eussent été continuées, on peut présumer que leur effet aurait été nul. Du reste, à l'époque de sa sortie, la femme Z... ne présentait aucun autre symptôme syphilitique que les cicatrices ou les boutons très nombreux (plus de cinquante) qui résultaient des différentes inoculations.

» Signé : Collineau. »

Cinquième fait.

M. Auzias, dans sa première entrevue avec la Commission, le 7 août 1852, rapporta succinctement un cas que nous nous sommes réservé d'insérer dans cette partie du rapport.

Voici textuellement l'exposé de ce cas, d'après M. Auzias :

« Je cite volontiers le fait suivant, parce qu'il est très remarquable, et que le sujet est un médecin. Un confrère de la province était malade depuis longtemps et ne pouvait plus supporter aucun traitement. Il voulut se soumettre à la syphilisation, mais il ne pouvait disposer que d'un court espace de temps. Je lui fis, le premier jour, soixante inoculations. Après trois jours d'incubation, il eut une fièvre intense, et bientôt se montrèrent des papules, suivies de pustules. La fièvre tomba. Le onzième jour, le malade eut quelques douleurs dans les articulations et dans la région cervicale. Je lui fis cent inoculations de son pus, et quelques jours après deux cents autres. Des pus d'une énergie croissante furent rapidement épuisés sur lui, et trente-et-un jours suffirent à sa syphilisation comme à sa guérison. Vous remarquerez, Messieurs, qu'il s'agit d'un confrère. Il est malheureusement du plus grand intérêt pour lui de taire le service que la syphilisation lui a rendu. Mais je voudrais qu'il pût s'expliquer devant la Commission, comme il l'a fait vis-à-vis de moi, et verbalement et par lettre. J'ai sa lettre : il est de mon devoir de ne pas la montrer. »

Sixième fait.

M. Auzias avait été amené à parler, devant la Commission, d'un tambour de la garde nationale auquel il avait appliqué la syphilisation. M. Marchal, qui avait eu connaissance de ce cas, fut invité à communiquer ce qu'il en savait, et il le fit dans les termes suivans, extraits du procès-verbal du 19 janvier 1853 :

« Je dois toute la vérité à la Commission.

» Il est vrai que j'ai eu l'occasion de voir l'individu dont il s'agit. Il vint me trouver dans mon service, au Val-de-Grâce, avec un mot de M. Auzias, qui me demandait mon avis sur son état, déclarant qu'il ne le syphiliserait qu'autant que j'affirmerais positivement qu'il était syphilitique. J'interrogeai, j'examinai le malade avec le plus grand soin, et je ne pus parvenir à reconnaître en lui aucun signe pathognomonique de la syphilis. C'était d'ailleurs un homme d'un jugement peu solide, un de ces hommes qui vivent sur les confins de la raison, plutôt au-delà qu'en deçà. J'écrivis à M. Auzias que je ne croyais pas que cet individu fût syphilitique, et je confiai le billet au malade lui-même, qui peut-être ne le remit pas à son adresse. En tout cas, j'ai appris depuis par diverses personnes, et notamment, comme les autres membres de la Commission, par M. Auzias lui-même, que ce tambour a été inoculé. J'ignore ce qui en est résulté. Je dis ce que je sais, et je ne blâme personne.

» J'ai éprouvé, par moi-même, à quel point il est difficile de résister à certains *syphiliphobes*, comme on les a justement appelés, hypochondriaques d'une espèce particulière, qui n'ont pas un bouton d'acné, une vésicule d'herpès, une éphélide, un tressaillement, dans lesquels ils ne voient aussitôt le signe évident de l'infection syphilitique, et qui affronteraient les plus douloureuses et les plus dangereuses réalités pour mettre un terme au mal imaginaire dont la triste chimère les obsède. Un officier, se croyant syphilitique, et plein de raison sur toutes choses, excepté sur ce point, m'a persécuté pendant plusieurs mois pour que je consentisse à le syphiliser. « Qu'est-ce que cela vous fait, me disait-il, puisque je le désire? Supposez que n'ai pas la vérole, et faites une expérience. » J'ai résisté inébranlablement, mais il m'a fallu subir de rudes importunités. »

Septième fait.

Ce fait est mentionné dans le passage suivant du procès-verbal de la séance du 5 janvier 1852 :

« M. Auzias montre un jeune homme qui, suivant lui, aurait été syphilisé à l'hôpital du Midi par M. Ricord. Mais il résulte des renseignemens fournis par ce jeune homme, qu'il a été purement et simplement inoculé par M. Ricord, comme des centaines d'autres sujets ont été inoculés, sans aucune espèce d'intention syphilisatrice, et uniquement au point de vue du diagnostic. Voici, d'ailleurs, la signification de ce fait, relativement à la syphilisation :

» 1° Un premier chancre, contracté par le malade, guérit en dix-sept jours, sans inoculation ; tandis qu'un second chancre, suivi de deux inoculations, ne se cicatrisa qu'au bout de cinq semaines;

» 2° Les chancres d'inoculation, bien que situés sur le ventre, où les ulcères de ce genre sont relativement limités, ont pris beaucoup plus de largeur que n'en avait le chancre accidentel du gland.

» D'où il suit qu'à deux points de vue différens, cet exemple est contraire aux principes de la syphilisation.

» M. Ricord a demandé à faire observer, à propos de ce cas, qu'il n'est pas si difficile de montrer des malades, puisque sur deux que M. Auzias a présentés, il y en a un qui n'appartenait pas à ce dernier, et qui a dû surmonter l'embarras de se trouver en présence du médecin dont il avait reçu les soins, et contre lequel on voulait se servir de lui. »

Tels sont les faits; nous avons maintenant à les apprécier.

THÉRAPEUTIQUE.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE;

Par le docteur Herpin (de Genève).

M. le docteur Moreau, de Tours, a publié, dans les numéros des 1, 2 et 7 décembre 1852 de l'Union Médicale, une série

---

nativement, et chaque mouvement d'ascension correspond à une pulsation de pouls. C'est invariable. Il est important que la respiration soit calme; car, dans les grands mouvemens de respiration, le liquide peut déborder, et dans l'inspiration suivante on court le risque de faire rentrer de l'air par suite de l'abaissement trop considérable de la colonne liquide. Dans l'expiration forcée, dans l'effort, le liquide déborde avec abondance.

Pour rendre ces phénomènes très évidens, il suffit d'opérer sur des portions de membres ou sur des membres entiers. En expérimentant sur la cuisse et la jambe, par exemple, on a des hauteurs d'oscillations de 15, 30 et 40 centimètres, suivant les diamètres des tubes, et l'influence de la respiration devient très claire; alors on se rappelle forcément les mouvemens pulsatifs du cerveau et les oscillations de la colonne de liquide qui les met en évidence dans l'appareil du docteur Bourgougnon. La ressemblance est des plus complètes.

Il est donc infiniment plus rationnel de rapporter le mouvement de la jambe à une turgescence des parties molles représentant la somme de *toutes* les dilatations vasculaires qu'à la seule dilatation de l'artère. Mais les preuves de cette manière de voir doivent être multipliées au-delà des limites d'une simple lettre, et seront mieux placées dans un travail spécial; aussi je vous demande pardon de ce petit détail personnel, et je reviens bien vite à mon sujet.

Que ce soit par suite d'une cause ou d'une autre, le corps entier est agité de mouvemens oscillatoires sous l'influence des contractions du cœur, et ces mouvemens oscillatoires sont amplifiés par la respiration ; deux observations très simples peuvent servir de preuve à cette assertion. Pour les bien réussir, il suffit de s'abandonner sans gêne, sans contrainte et sans le moindre parti pris, les muscles restant dans la position de repos relatif la plus grande pour l'attitude que l'on choisit.

On s'assied sur une chaise, en se renversant en avant, de manière à ne laisser appuyer sur le parquet que les deux pieds de devant de la chaise. Les coudes reposent sur les genoux ; les bras sont croisés l'un sur l'autre horizontalement. Des oscillations d'avant en arrière se manifestent presque immédiatement, et bientôt, malgré soi, on exagère l'amplitude des oscillations jusqu'à arriver quelquefois à perdre l'équilibre. Dans l'attitude debout, on constate de même des oscillations de la partie supérieure du corps et on sent que le mouvement est involontaire et qu'il vous entraîne alternativement en avant et en arrière. Dans cette dernière attitude surtout, lorsque le corps est maintenu à quelque distance d'une table ou de tout autre meuble résistant sur lequel on appuie légèrement l'extrémité des doigts, le mouvement oscillatoire de tout le tronc se trahit par une légère flexion des doigts. Cette force oscillatoire doit donc aussi concourir à la production du mouvement gyratoire.

Dans les explications données ces jours derniers, on a mentionné avec juste raison une dernière catégorie de forces. Elle résulte des contractions involontaires des muscles qu'une action trop prolongée fatigue, et qui cherchent incessamment à rassurer leur équilibre. Chacun peut sentir, en effet, ces contractions involontaires et suivre leur influence à mesure que la fatigue augmente. Remarquez que c'est précisément cette fatigue qui indique aux enthousiastes que le fluide commence à se dégager. Il faut avouer que ce fluide, qu'on dit nerveux, est d'une nature bien bizarre, plus on en a dépensé et plus on est riche; c'est neuf à coup sûr. Si du moins on pouvait nous donner l'application de cette loi nouvelle à tous les usages, ce serait un vrai triomphe.

Ainsi donc, pour nous résumer, le même individu doit être considéré comme représentant un *système de forces* susceptibles de se décomposer en quatre forces principales. Trois d'entr'elles appartiennent essentiellement à la *physiologie classique*. Ce sont : 1° des contractions musculaires en dehors de la conscience comme le pense M. le professeur Chevreul ; 2° des contractions musculaires involontaires résultant de la fatigue que produit une tension trop prolongée; 3° des mouvemens oscillatoires déterminés par la force aortique du cœur et appartenant à la dynamique vasculaire ; 4° une dernière force qui est plutôt du domaine psychologique et qui n'est pas moins remarquable, caractérisée par M. Chevreul d'*état particulier* déterminant la *disposition* ou *tendance* au mouvement qui nous porte, malgré nous, à exagérer et à continuer le mouvement commencé par les trois autres.

Lorsque deux, six ou dix personnes sont placées autour d'un corps qui finit par tourner, après un certain temps d'imposition de leurs mains, ce corps peut être considéré à son tour comme sollicité par un système de forces dont la résultante fixe la direction et la vitesse. C'est ce qu'on peut appeler le système collectif, en opposition avec le premier qui serait désigné sous le nom de système individuel. Un mouvement d'abord vague est communiqué, puis ce mouvement prend un sens plus précis. C'est alors que l'on commence à l'aider, qu'on le suit malgré soi. La *ronde* est commencée, lente d'abord, puis elle marche, elle court, se précipite, s'accélérant incessamment. Cela rappelle parfaitement la locomotive qui, avec un poids de 15 mille, traîne à sa suite un convoi de 150 mille et plus à une vitesse prodigieuse, chaque coup de piston nouveau donnant une accélération de vitesse jusqu'à la limite particulière que fixe la somme des résistances rencontrées. Le phénomène simple s'explique donc tout naturellement.

Quant aux faits extraordinaires qui ont été vus accompagnant le phénomène, doivent-ils être discutés sérieusement? Quand le mouvement des tables aura été étudié, de façon à ce que toutes les conditions de production, causes, résistances, etc., soient *appréciées* rigoureusement, cette discussion pourra se faire *sérieusement*, s'il est encore nécessaire. Seulement, qu'on se rappelle bien que toutes les conditions du mouvement des corps ne sont pas encore parfaitement connues. Qui pourrait aujourd'hui, par exemple, préciser les effets des corps lancés à grande vitesse? Et ne savons-nous pas que les plaies produites par les projectiles des armes à feu ne peuvent être rapportées à aucune loi fixe?

Je termine cette lettre, car elle est déjà bien longue; et je ne saurais trop vous remercier de l'extrême bienveillance qui vous porte à lui témoigner quelque valeur. Si j'ai abusé de votre obligeance, recevez-en mes sincères excuses. Que voulez-vous, il est des gens singuliers : cette récente invasion du domicile par l'illuminisme les afflige; ils ne peuvent s'accommoder de la vue d'un convulsionnaire, fût-il à l'*état domestique* et parfaitement *apprivoisé*.

Dr Piégu.

de neuf observations d'épilepsies rebelles à l'oxyde de zinc. Sept des sujets étaient cependant placés, d'après le nombre des attaques antérieures, dans la catégorie des cas que je regarde comme favorables, et tous ont été traités selon les règles que j'ai données pour l'emploi du zinc dans cette maladie.

Le savant médecin de Bicêtre, rapprochant ces résultats de ceux que j'ai publiés dans mon ouvrage sur l'épilepsie (1), conclut qu'il est permis de douter que l'expérience ait dit son dernier mot dans la question de la curabilité ou de l'incurabilité de cette maladie.

Je viens aujourd'hui, non pas instituer une polémique stérile, ni tenter une apologie de mes travaux, car j'aime aussi peu la polémique que les apologies, mais rechercher quelles peuvent être les causes des insuccès éprouvés par M. Moreau. Cette étude ne sera pas sans fruit, je l'espère, pour la thérapeutique de l'épilepsie; tous les faits consciencieusement observés, qu'ils soient négatifs ou positifs, quand on les rapproche en certain nombre et qu'on les analyse avec impartialité, portent toujours un enseignement; et rien ne doit être négligé de ce qui peut jeter de la lumière sur le traitement d'une maladie aussi fréquente et aussi désastreuse.

M. Moreau oppose, à ses neuf cas où l'insuccès de l'oxyde de zinc est incontestable, les conclusions de mon chapitre sur le pronostic général de l'épilepsie: « La médecine peut intervenir utilement chez les trois quarts des malades; elle en peut guérir plus de la moitié et procurer une amélioration plus ou moins durable dans un cinquième des cas; enfin le nombre des épileptiques rebelles aux traitemens dirigés avec persévérance est d'un quart seulement (2). »

Ces conclusions sont celles qui résultent de tous les cas d'épilepsie, sans exception, que j'ai traités pendant treize ans, et de quelques faits antérieurs dont j'avais recueilli les histoires sans les choisir. J'ai publié toutes ces observations sans aucune réticence, et chacun peut vérifier si les résultats énoncés sont conformes à la réalité.

Depuis la clôture de mes observations publiées, plus de trois ans se sont écoulés; je possède aujourd'hui un nombre de faits concluans, recueillis postérieurement, à peu près égal aux faits concluans publiés dans mon ouvrage; et, chose singulière, quoique je pratique — en raison d'une plus grande proportion de cas déjà traités par d'autres — dans des conditions moins favorables qu'autrefois, les résultats de cette seconde série de faits sont jusqu'à présent, à une ou deux unités près pour chaque catégorie, les mêmes que ceux de ma série déjà publiée. Et nonobstant cette contr'épreuve, je répéterai ici ce que j'écrivais, il y a deux ans, au chapitre du pronostic particulier, à la suite des résultats ci-dessus rapportés: « Toutefois, on se tromperait étrangement si l'on croyait que nous attachons une grande valeur à ces déterminations rigoureuses. Ce que nous avons voulu prouver principalement, c'est que, contre l'opinion généralement reçue, surtout parmi les praticiens de nos jours, la médecine intervenait d'une manière efficace dans la grande majorité des cas d'épilepsie. Quant aux rapports numériques, comme appréciation exacte des chances de libération ou d'amélioration de cette maladie, nous y attachons peu de prix. En effet, il est bien peu d'affections qui ne présentent pas des signes très différens au point de vue d'une guérison plus ou moins prompte ou plus ou moins aisée. Il n'est donc pas difficile de concevoir qu'un certain groupe de cas puisse différer notablement de tel autre, sous le rapport de la gravité. Vouloir appliquer une règle stricte de pronostic général à un groupe quelconque, surtout s'il n'est pas nombreux, c'est une prétention qui ne saurait être admise par des esprits judicieux. L'opposition que nous avons signalée entre le pronostic des médecins privés et celui des médecins d'hospice est une preuve frappante des erreurs qu'entraînerait l'application aveugle d'une semblable règle...... Le pronostic est un des sujets auxquels s'applique le mieux, le *numerandum* et le *perdendum*. On compte seulement pour le pronostic général, on pèse pour le pronostic particulier (3). »

Ces dernières phases nous amènent directement à examiner si les circonstances diverses dans lesquelles M. Moreau et moi nous avons observé, peuvent rendre compte des résultats différens auxquels nous sommes parvenus, ayant tous deux la même volonté de réussir ou d'arriver à la vérité.

1° La première différence saillante entre nos deux pratiques est celle-ci : mon honorable confrère, dans huit de ses cas sur neuf, a expérimenté dans les hôpitaux; tous mes faits sont tirés de ma pratique particulière. J'ai dit quelques mots, dans la citation précédente, de l'opposition qu'on rencontre dans leurs jugemens sur la curabilité de l'épilepsie, entre les médecins placés à la tête des grands services d'épileptiques et les praticiens qui n'ont soigné ces malades qu'à domicile. Les premiers regardent l'épilepsie comme à peu près toujours incurable; les autres, du moins ceux qui ont écrit d'après leur propre expérience, sont bien loin de porter un tel pronostic. J'ai donné dans mon livre (4) les opinions des plus distingués de ces derniers; on me permettra d'en reproduire quelques-unes.

Tissot (1) « ..... J'en ai guéri un grand nombre; plusieurs médecins peuvent en dire autant, et je suis persuadé qu'on en guérirait bien davantage, si les médecins n'étaient pas eux-mêmes trop imbus de ce préjugé, si plus d'espérance leur donnait plus d'attention, etc..... »

Odier (2) « ..... S'il (le médecin) n'a pas le plaisir de pouvoir, en aucun cas, se flatter à coup sûr de guérir son malade, il ne doit jamais non plus en désespérer. Car il est de fait que, quoique l'épilepsie résiste souvent à tous les remèdes, on a cependant un très grand nombre d'exemples de guérisons..... »

G. de la Rive, de Genève, (3) « Ce remède (le nitrate d'argent) m'a réussi au moins une fois sur deux. »

Depuis l'impression de mon ouvrage, j'ai rencontré d'autres témoignages pareils; en voici un :

C. Vieusseux (de Genève), qui était un excellent praticien et qui a publié un bon travail sur la saignée, s'exprime ainsi dans cet ouvrage en parlant du pronostic de l'épilepsie (4) : « On regarde ordinairement l'épilepsie comme une maladie, sinon incurable, au moins très difficile à guérir; il est vrai que souvent elle est incurable; probablement alors elle a pour cause un vice organique dans le cerveau. Mais *le fait est que plus de la moitié des épileptiques guérissent*, la plupart en secret; ceux qui ne guérissent pas restent en témoignage de l'impuissance de l'art. »

J'ai donné comme cause principale de la dissemblance des opinions entre les deux ordres de praticiens, la circonstance que les médecins privés rencontraient le plus souvent l'épilepsie vers son origine, tandis que les médecins d'hospice n'avaient affaire presque toujours qu'à des cas graves ou invétérés. Quelle que soit la valeur de cette explication, le fait dominant reste, c'est qu'on guérit assez souvent, quand on le veut avec fermeté, l'épilepsie dans la pratique civile, et que les guérisons dans les hospices sont tout à fait des exceptions. Je ne doute pas que la différence des résultats de M. Moreau et des miens, ne tienne en partie aux théâtres différens de notre observation.

2° Mon collègue n'a traité que des hommes; j'ai soigné une proportion un peu plus grande d'épileptiques du sexe féminin que de ceux du sexe masculin. Or, en analysant mes faits à ce point de vue dans mes recherches sur le pronostic particulier (5), j'ai trouvé :

Sur 26 épileptiques du sexe féminin, 16 guéries, 6 améliorées, 4 rebelles.

Sur 24 épileptiques du sexe masculin, 12 guéris, 4 améliorés, 8 rebelles.

Ainsi, il y a deux fois plus de rebelles chez les hommes que chez les femmes. J'ai donc, à ce point de vue encore, pratiqué dans des circonstances plus favorables que mon savant confrère.

3° Sous le rapport des âges, le tableau que j'ai publié (6) donne les résultats suivans:

De la naissance à 20 ans, sur 35 cas, 18 guéris, 9 améliorés, 8 rebelles.

De 20 à 50 ans, sur 9 cas, 5 guéris, 1 amélioré, 3 rebelles.

De 50 à 80 ans, sur 6 cas, 5 guéris, 0 amélioré, 1 rebelle.

La période de 20 à 50 ans offre un tiers de rebelles, tandis que les deux autres réunies n'en offrent pas le quart. Tous les sujets de l'honorable médecin de Bicêtre étaient âgés de 19 à 50 ans, période la plus défavorable de toutes, mes épileptiques de cette période ne formaient pas la cinquième partie de mon chiffre total. Troisième circonstance qui a été défavorable à mon collègue.

4° Au point de vue de l'ancienneté de la maladie :

Sur 23 malades chez qui l'épilepsie datait de moins d'un an, j'ai eu :

15 guéris; — 5 améliorés; — 3 rebelles.

Sur 27 où la maladie durait depuis un an à vingt ans, j'ai trouvé :

13 guéris; — 5 améliorés; — 9 rebelles.

Au-delà d'un an de durée, le nombre des rebelles a presque triplé.

Or, tandis que près de la moitié de mes cas d'épilepsie avaient moins d'une année de date, trois des malades de M. Moreau étaient atteints depuis quatorze à vingt mois, un depuis deux ans au moins, trois depuis six ans, un depuis vingt ans environ; chez le neuvième, les vertiges étaient récens, mais il y avait eu probablement une attaque six ans auparavant. C'est donc encore une circonstance dans laquelle j'ai eu sur mon honorable confrère un très notable avantage.

5° Enfin, sous le rapport du nombre total des attaques antérieures au traitement :

Sur 22 cas concluans (7),

30 épileptiques, ayant eu moins de 12 attaques, ne m'ont donné que 3 cas tout à fait rebelles.

22 ayant eu de 30 à 100 attaques au moins, ont fourni 12 cas complètement rebelles, c'est-à-dire une proportion au moins cinq fois plus considérable que la catégorie précédente.

Sur les 9 malades de M. Moreau,

1, atteint de vertiges, avait eu peut-être une attaque.
1 n'avait eu que 4 attaques.
1 environ 50
4 de 70 à 80
1 plus de 100
1 plus de 500

Comme on le voit, deux seulement des malades de mon confrère étaient placés dans des conditions tout à fait favorables à ce point de vue; cinq, tout en se trouvant encore dans des limites que j'ai appelées *favorables* (moins de 100 attaques), se rapprochaient de la catégorie *peu favorable* (de 100 à 500 attaques); un appartenait à cette division ; le dernier était placé dans la catégorie à pronostic *défavorable*, c'est-à-dire dans les cas presque constamment rebelles.

Ajoutons que l'un des malades de notre honorable collègue était déjà atteint, avant le traitement, d'une paralysie qui dénotait une lésion organique du cerveau que l'autopsie a démontrée, et qu'un autre avait été deux fois aliéné. Cette dernière circonstance s'est rencontrée chez une de nos malades, qui était placée, d'ailleurs, dans des conditions de pronostic favorables; et, malgré plusieurs traitemens poursuivis avec une grande exactitude et une persévérance exemplaire, ce cas est resté rebelle.

Ainsi, notre savant collège a rencontré par hasard sur sa route un concours nombreux de circonstances défavorables : sexe, âge, complication d'attaques et de vertiges dans tous les cas, ancienneté relative du mal dans le plus grand nombre, fréquence des attaques dans plusieurs, aliénation mentale, comme antécédent chez un malade, lésion organique incurable chez un autre.

Toutes ces circonstances réunies expliquent en très grande partie les insuccès de M. Moreau ; il en est cependant une autre qui me paraît avoir été un obstacle à la réussite, plus grand peut-être encore que les conditions que j'ai indiquées; je veux parler du choix du traitement. J'insisterai d'autant plus sur ce point, que j'en suis, quoique involontairement, un peu coupable; et que, de l'examen auquel je vais me livrer, résultera un progrès dans la thérapeutique de l'épilepsie.

« De ce qu'un épileptique est placé dans les circonstances d'un pronostic favorable, il ne s'ensuit pas qu'il guérisse, quel que soit le traitement auquel on ait recours parmi ceux qui ont été conseillés dans cette maladie. Il n'existe pas non plus, à notre connaissance, un remède qui réussisse dans tous les cas d'une curabilité presque assurée : là où tel moyen échoue, un autre réussit (1). »

Il résulte de ces données, que, tant qu'on ne connaîtra pas les indications de tel ou tel remède dans l'épilepsie, il faudra débuter par celui que l'expérience a pu apprendre avoir réussi le plus souvent d'une manière générale; puis, en cas d'insuccès, recourir successivement à d'autres parmi les plus efficaces. N'en employer qu'un seul, surtout dans une catégorie de malades placés dans les mêmes conditions d'âge, de sexe, etc., c'est s'exposer à tomber peut-être sur le médicament qui n'est pas indiqué dans ces conditions. Or, par le fait du hasard, c'est précisément ce qui me paraît être arrivé à mon honorable confrère.

(*La suite au prochain n°.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances de Mars 1853. — Présidence de M. le docteur Ameuille.

Dans la deuxième séance de mars, sur la proposition de M. le docteur Henri Lararraque, la Société médico-pratique avait chargé son président d'écrire une lettre à la famille de M. Orfila, pour lui exprimer toute la douleur ressentie par elle, à l'occasion de la perte cruelle qui est venue si inopinément la frapper, et en même temps pour lui donner connaissance que, en signe de deuil et de regrets, la Société n'avait pas tenu sa séance du 14 mars, jour des funérailles de l'illustre professeur.

M. le président, dans la séance suivante, a donné lecture de la lettre simple et touchante qu'il a reçue de la pauvre veuve, de M[me] Orfila, en réponse à celle qu'il avait écrite, conformément au vœu de la Société.

Voici cette lettre dont la Société a voté le dépôt précieux aux archives, et l'insertion textuelle au procès-verbal :

« Monsieur,

» Je vous suis vivement reconnaissante ainsi que mon fils de prendre intérêt à notre vive douleur.

» Monsieur Orfila m'avait rendu compte de la visite honorable qu'il avait reçue d'une députation de la Société médico-pratique. Il en avait été très touché, et très flatté. Merci donc, Monsieur, pour cette première démarche. Merci encore de la part que vous prenez à la perte de l'homme éminent que nous pleurons.

» Recevez, Monsieur, l'expression de mes sentimens très distingués, et veuillez les faire agréer à Messieurs les membres de la Société médico-pratique. » V[e] Orfila. »

M. le docteur Aug. Mercier lit un rapport sur un travail intitulé *Algalie brisée dans la vessie ; réflexions sur cette rupture spontanée; instrument propre à extraire un corps étranger creux arrêté dans un point quelconque du canal de l'urètre*; par le d[r] J. Fleury, chef du service de santé aux Îles Saint-Pierre et Miquelon, etc., etc.

M. Fleury vous a adressé, il y a quelque temps déjà, une observation fort intéressante, dont vous m'avez chargé de rendre compte.

(1) *Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie.* Paris, 1852, chez J.-B. Baillière.
(2) Ouvrage cité, p. 510.
(3) Ouvrage cité, pages 512 et 513.
(4) Ouvrage cité, page 474 et suiv.

(1) *Traité d'épilepsie*, § 94.
(2) *Manuel de médecine pratique.* Paris et Genève, 1811, page 187.
(3) Lettre particulière à l'auteur, donnée textuellement page 601.
(4) *De la saignée.* Paris et Genève, 1815, page 63.
(5) Ouvrage cité, page 515.
(6) Ouvrage cité, page 517.
(7) Ouv. cité. Tableaux, pages 531 et 536.

(1) Ouv. cité. Pages 604 et 605.

Il s'agit d'un matelot-pêcheur, âgé de 42 ans, robuste et plein de santé, mais affecté depuis longtemps de grandes difficultés d'uriner qu'il combattait en s'introduisant, de temps en temps, une bougie élastique. Un jour, sa dysurie devient complète, et plusieurs chirurgiens ayant inutilement tenté de le sonder, l'auteur essaie une sonde métallique, qui, d'après la figure qu'il en donne et qu'il dit être de grandeur naturelle, devait avoir 4 à 5 millimètre de diamètres. Celle-ci traverse un rétrécissement de 8 ou 10 centimètres de profondeur, arrive dans la région prostatique; et ce n'est qu'à l'orifice interne de l'urètre qu'elle est arrêtée par un obstacle que l'auteur qualifie de deuxième rétrécissement, mais qui, pour moi (vous connaissez mes idées à cet égard), était bien certainement une valvule musculaire du col de la vessie. Une deuxième tentative, aidée par l'indicateur gauche porté dans le rectum réussit à la longue, et l'instrument pénètre. On vide la vessie, on retire la sonde, et l'urine coule bien toute la journée.

Mais le lendemain au soir, nouvelle dysurie et distension de la vessie. La sonde est introduite facilement, et on la laisse en place.

Le chirurgien avait à peine quitté la salle, que le malade, couché dans son lit, est pris tout à coup d'un irrésistible besoin d'uriner. « Cédant à ce besoin impérieux, il se tourne horizontalement pour mettre pied à terre, et urine dans la baignoire au bord de son lit; l'urine, en jaillissant, projette à distance le pavillon de l'algalie brisée à sa partie moyenne. Le malade demeure stupéfait, le jet de l'urine continue, la vessie se vide, la région hypogastrique s'affaisse; plus de douleur : le malade se remet au lit. Un fragment de 15 centimètres de l'algalie est resté dans la vessie. »

On recherche en vain l'instrument sur le trajet du canal. Un phénomène, du reste, qui semble prouver que, dès ce moment, le fragment était tout entier dans la vessie, c'est que l'urine coulait librement d'heure en heure. On se décide, au bout de quatre jours, à introduire une autre sonde qui arrive facilement dans la vessie sans rien rencontrer sur son passage, et qui, à l'aide d'un léger mouvement de rotation qu'on lui imprime, annonce la présence du corps étranger.

La nuit suivante, une péritonite se déclare : on la combat par la diète, les sangsues, les onctions mercurielles. Au bout de quinze jours, la convalescence se dessine, et, après quelques autres jours, l'état du malade est on ne peut plus satisfaisant, sauf l'émission de l'urine qui, vers la fin, est un peu douloureuse au canal. Ce liquide est rouge, épais, mêlé de mucosités assez abondantes. Le malade reste encore un mois à l'hôpital, se promenant de huit heures du matin à huit heures du soir; après quoi, il part pour la France, muni d'une bonne sonde en gomme élastique.

L'observation ne dit pas ce qui est advenu par la suite à ce malade, mais telle quelle, elle est assurément fort intéressante.

L'auteur entremêle son récit de quelques remarques qui méritent une attention particulière.

En premier lieu, il cherche à s'expliquer la rupture de la sonde; et il n'en voit pas d'autre cause que l'amincissement qu'ont produit à la partie convexe des parois de ces instrumens, en leur donnant une courbure.

L'affaiblissement qu'il signale est réel. Mais raisonne-t-il juste lorsqu'il conseille de se servir de préférence des algalies droites? Non, assurément; la seule conséquence qu'on doive tirer de cette remarque, c'est que les fabricans devraient tâcher d'éviter cet affaiblissement, ce qui ne me semble pas impossible.

Pour moi, indépendamment de cette cause, j'en trouve une autre qui, par cela même qu'elle est peu connue et qu'elle rend compte d'un autre phénomène extraordinaire, est resté, selon moi, inexpliquée jusqu'à ce jour : je veux parler de l'introduction spontanée, de la succion en quelque sorte des sondes par la vessie.

J'ai démontré que le col de cet organe ne se ferme pas par un froncement, par une convergence des différens points de sa circonférence vers un point central, mais par l'entraînement de son bord rectal en avant et en haut, de manière qu'il vient recouvrir le bord antérieur, et qu'il forme le canal à la manière d'une soupape. Ceci établi, supposons qu'une sonde élastique soit dans le canal, et que ce mouvement, d'abord postérieur, s'exécute avec énergie, on conçoit qu'il tende à l'entraîner dans le même sens, surtout si l'extrémité externe de cet instrument a été poussée dans le canal, et vient arcbouter contre ses parois; car alors on comprend qu'avançant peu à peu à chaque contraction du col, et ne pouvant rétrograder pendant son relâchement, il doit finalement passer tout entier dans la vessie.

Eh bien! c'est cette même contraction du col, aidée de celle des faisceaux du muscle pelvien, connus sous le nom de *muscles de Wilson*, qui me paraît avoir joué le grand rôle dans l'accident qui fait le sujet de l'observation de M. Fleury.

Une sonde rigide est, dans le canal, par rapport aux forces qui agissent sur elle, un levier du premier genre, c'est-à-dire inter-fixe. Son point fixe a lieu sur le bord inférieur; son extrémité vésicale est tirée en haut et en avant par les contractions que je viens de signaler. Toutefois, cette élévation ne peut avoir lieu sans un abaissement simultané de l'extrémité externe. Mais cet abaissement est limité, et, chez quelques individus, dans des bornes assez étroites, par le ligament suspenseur de la verge. De là vient que si les contractions des muscles de la partie profonde de l'urètre ont une force exagérée, la sonde tend à se plier dans le sens de sa courbure, comme le morceau de bois qu'on tient des deux mains aux extrémités, tandis qu'on appuie le genou sur son milieu. Elle cédera donc si elle est trop faible ou si les contractions sont trop fortes. Or, d'une part, M. Fleury a signalé une cause d'affaiblissement dans le côté de la sonde, qui, précisément, tend à se rompre le premier, et, d'autre part, l'histoire de son malade indique évidemment que la rétention d'urine à laquelle il était sujet, étoit de nature spasmodique. J'ajoute que le mouvement qu'il faisait pour se lever, provoquait infailliblement la contraction de tous les muscles du périnée. La moindre étude sur soi-même suffit pour s'en convaincre.

Mais, une fois la rupture de la sonde expliquée comme je viens de le faire, que devra-t-il arriver? Cette question me conduit à l'examen d'une autre partie du travail de M. Fleury, relative à un instrument extracteur qu'il propose.

Il est évident que les contractions musculaires ne se bornent pas à cette rupture. Surexcitées par cette nouvelle cause d'irritation, elles finiront par attirer dans la vessie l'extrémité interne de l'instrument rompu, comme cela a eu lieu dans le fait en question, ou tout au moins lui feront-elles éprouver un mouvement de bascule tel, que le point brisé, loin de rester dans l'axe de l'urètre, tend au contraire à s'appliquer contre la paroi inférieure de ce canal. De là une difficulté ou même une impossibilité d'engager un instrument quelconque dans l'orifice de ce fragment. Or, voyons quel est l'extracteur de M. Fleury, extracteur dont il rapporte lui-même, avec modestie, l'invention à un négociant de St-Pierre. Je le laisse parler.

« Voici le problème à résoudre, disions-nous à M. J. Duhamel : trouver et construire un instrument assez long et assez fort pour entrer facilement dans le canal de la sonde brisée, et qui, par un mécanisme quelconque, puisse grossir, presser le corps étranger de dedans en dehors, et y adhérer assez fortement pour l'extraire. Le problème posé fut aussitôt exécuté que compris par M. Duhamel. A cet effet, il prit deux allumettes, et les taillant avec son canif, il donna à l'extrémité de l'une la forme d'un coin renversé, avec une large dépression immédiatement au-dessus, dépression destinée à loger un coin direct taillé à l'extrémité de l'autre, de telle sorte que la première branche étant fixée, la seconde, pressée avec une certaine force, fît glisser le coin direct par le coin renversé et opéra ainsi, de dedans en dehors, une force d'adhésion plus que suffisante pour extraire le corps étranger creux profondément engagé. Nous essayons cet instrument sur un tuyau de plume; le problème est résolu! Nous remettons à M. Duhamel le fragment expulsé de l'urètre pour qu'il puisse avoir la dimension de l'algalie brisée, et, avec un bout de fil de fer, il exécute, en moins d'une heure, l'instrument. Comme il nous le disait lui-même, il n'y manque qu'une coulisse, mais le temps m'a manqué pour l'exécuter. »

M. Fleury n'a pas employé cet instrument sur le vivant, puisque le fragment interne avait pénétré dans la vessie; mais il dit l'avoir appliqué sur le cadavre et avoir parfaitement extrait des fragmens d'algalie poussés dans l'urètre à toutes les profondeurs.

Certainement, ce mécanisme est simple et ingénieux, et il paraît qu'il est employé avec succès pour extraire les tuyaux métalliques brisés ou endommagés dans l'exécution des puits artésiens; mais les conditions sont-elles les mêmes? Bien plus, sont-elles les mêmes sur le cadavre et sur le vivant? Non, évidemment. Sur le cadavre il n'y a plus de contractions qui tendent à dévier le corps à extraire, et, de plus, dans l'art du sondeur, ce corps est maintenu fixe et immobile dans l'axe de la portion du puits déjà forée. Point ou peu de difficultés pour engager l'instrument extracteur dans le tube à extraire. Mais nous avons vu qu'il n'en est pas de même dans un urètre vivant, irritable, irrité, et je crains fort que l'instrument de MM. Duhamel et Fleury n'ait pas, pour l'extraction des tubes métalliques cassés ou enfoncés profondément dans l'urètre, tous les avantages que ce dernier lui suppose.

Toutefois, est-ce à dire qu'il doive rester inutile et sans application? Tel n'est pas mon sentiment. Une sonde élastique, par exemple, en raison de sa flexibilité, ne se déviera pas autant de l'axe de l'urètre; une douille de porte-caustique détachée ne se divise pas dans les régions spongieuse et bulbeuse; un fragment de sonde métallique, s'il n'est pas trop profondément engagé, pourra être ramené dans l'exe du canal par des pressions méthodiques faites sur le périnée; je conçois que, dans ces circonstances, les deux tiges de MM. Duhamel et Fleury, surtout si elles sont unies entre elles par une coulisse, pourront être engagées dans le canal de la sonde et servir à son extraction. Je dois dire, toutefois, que deux autres fois, dans l'un des cas que je viens de supposer, j'ai réussi par une manœuvre des plus simples. Il s'agissait de sondes métalliques engagées déjà à une certaine profondeur. Avec une main appliquée sur le périnée, ou même avec un doigt introduit dans le rectum, je fixais fortement le corps étranger pendant qu'avec l'autre main j'opérais, sur la portion pénienne ou périnéale de l'urètre, une manœuvre analogue à celle des couturières qui font cheminer un passe-lacet dans une coulisse. Mais certaines conditions, et notamment l'embonpoint du sujet, peuvent s'opposer à l'emploi de ce procédé; c'est alors que l'extracteur en question peut être utile. Néanmoins, son volume ne peut pas être le même pour les sondes de tous calibres, il en faudrait au moins de trois grosseurs différentes pour parer à toutes les éventualités; son extrémité, formée par la base du coin renversé, doit nécessairement être assez forte, ce qui, joint aux autres obstacles, peut rendre difficile de l'engager dans le tube à extraire, surtout si celui-ci est d'un petit calibre; ensuite ce n'est pas seulement une tige, ce sont deux tiges qu'il faut insinuer dans ce tube, et leur union ne fera disparaître qu'en partie ce dernier ordre de difficultés. Ajoutons que toutes les manœuvres nécessaires, soit pour pénétrer dans le corps à extraire, soit pour le fixer, se faisant par des mouvemens de propulsion, on court risque de le faire pénétrer plus avant? Ces diverses considérations me font craindre que l'extracteur en question ne parvienne pas encore de sitôt à remplacer la pince de Hunter, qui est à peu près le seul instrument qu'on ait employé jusqu'aujourd'hui pour ces sortes de cas.

En réfléchissant sur cette matière, je me suis demandé si une simple tige cylindrique de 7 à 8 millimètres de diamètre, et terminée en vis conique, ne pouvait pas être alors de grand service. Son bout effilé s'engagerait plus facilement dans le tube qu'une extrémité arrondie; une fois engagée, la vis n'aurait plus besoin que d'un mouvement de rotation pour pénétrer plus avant, et je crois que le tube, soit qu'on puisse le presser un peu par le périnée ou par le rectum, soit même par cela seul qu'il est courbe ou engagé dans la portion courbe de l'urètre, doit être suffisamment fixé pour que la vis puisse mordre sur lui assez pour y adhérer. Ajoutons à cela que le volume que je suppose à cet extracteur n'a rien que de très ordinaire, et qu'il conviendrait à peu près à l'extraction de toutes les sondes ou instrumens analogues qu'on risque de voir trop profondément pénétrer dans l'urètre.

Vous voyez, Messieurs, que le travail de M. Fleury n'a pas seulement le mérite d'un fait curieux observé, mais encore celui d'offrir une idée ingénieuse et d'attirer l'attention sur un problème important et jusqu'à présent trop négligé. Malheureusement, il est un peu diffus et incorrect, ce qui m'a conduit à en extraire les parties les plus essentielles.

Nous vous proposons, en conséquence, de le déposer honorablement dans vos archives, et d'adresser à l'auteur, qui est déjà depuis longtemps membre correspondant de notre Société, de nouveaux remercîmens pour son intéressante observation.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Le secrétaire, Dr PERRIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 4 Mai 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

Injections de perchlorure de fer dans les artères. Nouveaux renseignemens sur le cas de guérison d'un anévrysme de l'artère sous-orbitaire, par l'injection de perchlorure de fer.

M. LARREY donne lecture d'une nouvelle lettre de M. RAOULT DESLONGCHAMPS qui donne de nouveaux renseignemens sur l'anévrysme sus-orbitaire qu'il a traité par l'emploi du perchlorure de fer.

Dans la première partie de son observation, M. Raoult s'était arrêté au 15 mars. Alors, à l'endroit de l'anévrysme, on apercevait la peau un peu plus rouge et plus élevée que du côté opposé; on sentait encore un peu d'épaississement et d'induration du tégument. Vers la fin de mars, les choses étaient à peu près dans le même état. Depuis trois semaines, son opéré se livrait à un travail fatigant. Malgré cette condition défavorable, la guérison ne se démentait pas. Vers le 7 avril, à la suite d'un refroidissement, il avait été pris d'un gros rhume. Sous l'influence de quintes de toux violentes et prolongées; sa figure se congestionna, et au bout de deux ou trois jours, il sentit que la place occupée autrefois par la tumeur anévrysmale se gonflait et devenait plus rouge pendant les efforts de toux; il y éprouvait même de légers battemens. Le 15 avril, M. Raoult Deslongchamps constata l'état suivant :

Dans la région siége de l'affection primitive, mais cependant un peu plus en dehors, on vit une nouvelle tumeur très aplatie, mal circonscrite, se confondant insensiblement avec les parties environnantes, et plutôt remarquable par la rougeur qu'elle présente que par sa saillie. Cette rougeur, plus marquée vers le centre, offre en bas des espèces de stries verticales. L'œil n'aperçoit aucune impulsion, l'oreille n'entend aucun bruit anormal. Par le toucher, on aperçoit des battemens assez faibles, mais avec cette particularité qu'ils ne se font sentir que dans la moitié inférieure de la tumeur. Ainsi, au-dessous on aperçoit très distinctement les pulsations de l'artère sous-orbitaire; on peut les suivre en faisant remonter le doigt explorateur jusqu'à près de 2 centimètres de l'arcade orbitaire, puis elles s'affaiblissent en s'étendant surtout en dehors et en paraissant suivre les stries rouges signalées, pour disparaître complètement dans la moitié supérieure. Au-dessus de la tumeur, c'est-à-dire à 3 centimètres et demi au-dessus de l'arcade, les battemens reparaissent dans la continuation de l'artère sus-orbitaire. Leur faiblesse et le peu d'espace dans lequel on peut les constater empêchent d'apprécier les modifications qu'ils pourraient présenter sous l'influence de la pression au-dessous de la tumeur. Ils ne sont pas augmentés d'une manière appréciable en comprimant au-dessus. La pression directe sur la tumeur l'affaisse très peu en faisant refluer le sang tout autour, comme dans l'érysipèle, puis la rougeur revient avec rapidité, même en comprimant à la fois au-dessus et au-dessous. En faisant un pli à la peau, on sent facilement que la tuméfaction existe dans son épaisseur, et non dans les parties sous-jacentes. Toutes ces manœuvres ne déterminent aucune douleur. Enfin cette tumeur présentait des différences de grosseur et de coloration aux divers momens de la journée. La rougeur et le gonflement, très marqués le matin, diminuaient notablement au bout de quelques heures de travail.

Qu'était-il survenu? L'anévrysme, après deux mois de guérison, s'était-il reproduit? Non. Il suffit de se rappeler les signes si précis, si caractéristiques qu'offrait la petite tumeur, et de les comparer à ceux qu'offre la grosseur actuelle, pour être persuadé qu'on n'a pas affaire à la même affection. Les symptômes que l'on constate aujourd'hui sont, pour ainsi dire, négatifs par rapport aux premiers. La coloration n'est plus la même, il n'y a plus une tumeur bien circonscrite, le siége même a un peu varié. D'abord il y avait anévrysme sacciforme, anévrysme avec cavité bien circonscrite, permettant d'y faire manœuvrer librement un stylet. Cet anévrysme a été radicalement guéri; on peut encore constater, aux environs de la ponction pratiquée, un peu d'induration, seul vestige du sac. Aujourd'hui, il existe seulement une vascularité très marquée de la peau, que l'on peut rattacher à ce que M. Bérard (Aug.) a appelé tumeur érectile cutanée.

M. Raoult Deslongchamps s'explique la production de cette nouvelle affection par l'exagération de la circulation capillaire collatérale qui a suivi l'oblitération du sac anévrysmal, exagération à laquelle ont dû contribuer et le genre de travail de l'opéré devant un feu ardent (il était forgeron) et les quintes de toux violentes et répétées auxquelles il avait été exposé quelque temps après la guérison de son anévrysme. Ainsi, ce serait la guérison même de l'anévrysme qui serait la cause première du développement de cette tumeur érectile, circonstance que M. Raoult signale particulièrement à l'attention de la Société, et qui, loin d'infirmer la guérison, prouve, suivant lui, au contraire, sa solidité.

M. MARJOLIN lit aussi une longue lettre qu'il vient de recevoir de M. Pravaz, de Lyon, sur le même sujet. (Voir l'UNION MÉDICALE des 12 et 14 mai 1853.)

Rupture du cœur.

M. GIRALDÈS dépose sur le bureau une observation écrite en anglais, qui lui est communiquée par M. Prescott Stewet, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges. Il s'agit d'un homme qui a succombé à une rupture du cœur, survenue pendant une chute d'un lieu élevé. Cet homme est mort quatre heures après l'accident. Il n'y avait aucune lésion apparente aux parois externes de la poitrine, aucune fracture de côte; à l'ouverture, on constata seulement une légère ecchymose au poumon gauche; point de sang épanché dans le péricarde; mais une rupture de la paroi interventriculaire faisait communiquer ces deux cavités. Il n'y avait, du reste, aucune trace de lésion pathologique antécédente ni dans les parois du cœur, ni dans les principales artères. Il y avait enfin en même temps une déchirure de la rate et une fracture comminutive des deux cuisses.

Après un concours dont la *Gazette médicale de Lyon* rend compte avec de grands éloges, MM. Pomiès et Rambaud ont été nommés médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon. M. le docteur Lavirotte, le troisième candidat, paraît s'être distingué et avoir suivi de très près ses deux heureux compétiteurs.

— M. le docteur Sandras commence, jeudi 19 mai, à l'hôpital Beaujon, ses leçons cliniques *sur les maladies nerveuses* et les continuera tous les jeudis suivans.

A 8 heures, visite des malades.

A 9 heures 1/2, leçon orale.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 59. SEPTIÈME ANNÉE. Jeudi 19 Mai 1853.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue St-Georges, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 18 MAI 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

QUESTION DE LA SURDI-MUTITÉ.

C'est un spectacle digne de respect, celui que présente à cette heure notre Académie de médecine. Pendant que la société française se laisse entraîner dans le tourbillon des intérêts matériels, pendant qu'une seule pensée, celle de recueillir quelques parcelles de la pluie d'or que l'on dit tomber du ciel des affaires, agite toutes les âmes, et que chacun se préoccupe presque exclusivement de chemins de fer, de reports et de primes, nous voyons une assemblée de médecins se passionner pour une question toute de charité, et consacrer de longues et intéressantes séances à discuter sur le meilleur mode d'éducation des sourds-muets. Privilége auguste de notre belle science, de préserver, par son élévation et par sa générosité, des défaillances de l'âme et des obscurcissemens quelquefois épidémiques des esprits.

La séance d'hier a été entièrement absorbée par un discours très étendu de l'honorable M. Bouvier; encore même ce savant orateur n'en a-t-il prononcé que la première partie, réservant pour la séance prochaine la partie proprement médicale, celle dans laquelle il se propose de parler du traitement de la surdité.

Le discours de M. Bouvier aurait gagné à être plus concentré, à éviter des redites et un grand nombre d'incidences qui n'ont fait qu'allanguir sa marche et troubler son ordonnance. Mais c'est évidemment l'œuvre d'un homme de talent et le témoignage d'une conviction ferme et arrêtée. Cette conviction n'a-t-elle pas manqué de mesure, n'a-t-elle pas franchi les justes limites de l'expérience et de l'observation? Nous croyons que M. Bouvier s'est laissé quelquefois entraîner au-delà des bornes de la vérité et même de la justice. Il a frappé fort, mais pas toujours juste, ce que nous tâcherons de lui démontrer quand nous aurons son discours sous les yeux. Disons, par anticipation, que nous ne comprenons pas qu'un esprit aussi éclairé et aussi judicieux, qu'un physiologiste aussi distingué, qu'un médecin qui, par la spécialité de ses études, est plus qu'un autre en position de savoir que le langage par la mimique est aussi naturel à l'homme que le langage parlé, puisse croire qu'il soit possible de proscrire complètement, absolument, la mimique dans l'éducation des sourds-muets, et soit venu placer cette proscription, qui serait absurde, si heureusement elle n'était pas impossible, sous son patronage et son autorité. Nous observions l'orateur au moment même où il se livrait à ses plus chaleureuses critiques contre la mimique; certes, sa voix ne manque ni de force, ni de justesse d'intonation, ni d'accent, ni de rhythme, comme la voix acquise des sourds-muets les mieux éduqués, et qui n'a ni ton, ni rhythme, ni accent; et cependant, il était curieux de le voir à ce moment même, lui dont la parole sonore et le langage très clair peuvent tout exprimer sans le secours de la mimique, demander à la mimique elle-même, par le mouvement des bras, de la tête et du torse, une accentuation plus forte encore et plus pénétrante. Et vous voudriez imposer aux malheureux sourds-muets, dont la parole restera toujours pour l'immense majorité d'entre eux à l'état très imparfait, vous voudriez les condamner à ne pas s'aider de la mimique naturelle ou artificielle? Voilà, nous le répétons, ce que nous ne comprenons pas de la part de M. Bouvier, à moins que nous n'ayons pas bien saisi le sens et la signification de son discours.

Toute violence amène inévitablement sa réaction. M. Bouvier s'est montré, sans le vouloir sans doute, sans le savoir, il en a fait le naïf aveu, violent et passionné contre l'institution nationale des Sourds-Muets de Paris. Nous croyons qu'il a dépassé le but, et nous le disons sans détour, dans l'intérêt même d'une réforme que nous croyons utile et qu'il serait possible d'obtenir par d'autres voies et moyens. Nous craignons que M. Bouvier n'ait plus passionné qu'éclairé le débat; il a certainement fourni aux partisans du *statu quo* des armes dont ils ne manqueront pas de se servir. Dans ce conflit d'opinions extrêmes, la vérité et la justice pourront s'obscurcir. Il est certain, et nous faisons ici appel à tous les hommes non prévenus et calmes, au point où en est arrivé le débat, après les nombreuses séances consacrées à cette discussion, s'il fallait voter aujourd'hui, trouverait-on les élémens d'un vote consciencieux et éclairé? Non, et les impatiens ont beau faire, la lumière ne se fait pas. D'instinct et de sentiment plus que par démonstration, on voit d'un côté une résistance peut-être obstinée et systématique à des modifications de détail devenues nécessaires; de l'autre une impatience peut-être illégitime vers une réforme radicale dont on s'exagère les conséquences. L'Académie, nous croyons le comprendre, n'y voit pas plus clair que cela. A chaque nouveau discours, elle ouvre de grands yeux pour voir la lumière qui doit venir, et l'obscurité se fait tous les jours plus profonde. Aussi est-il impossible de prévoir, à l'heure qu'il est, comment aboutira cette discussion qui n'est pas près de sa fin.

Du reste, M. Bouvier a eu parfaitement raison, dans l'exorde heureux de son discours, de dire qu'il n'y a pas de question plus médicale que celle qui occupe à cette heure l'Académie. Ne s'agit-il pas, en effet, du traitement d'une des plus tristes infirmités humaines? A qui donc s'adresse d'abord, si ce n'est au médecin, la tendresse et la sollicitude des mères quand naît dans une famille un enfant privé de l'ouïe? C'est une grande consultation médicale qui est demandée à l'Académie par la mère des trente mille infortunés sourds-muets qui existent en France, par l'administration. Que de motifs pour l'Académie de ne donner son avis qu'en pleine et entière connaissance de cause! Amdée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE (1);

Par le docteur HERPIN (de Genève).

A l'époque où je publiai mon ouvrage, le nombre de mes cas de guérisons, quoique relativement considérable, ne l'était pas assez pour chercher à en déduire des conclusions précises sur les indications des principaux antiépileptiques. Dans un travail où je désirais ne rien avancer, sans l'appuyer sur des preuves positives tirées directement de l'observation, je ne pouvais pas hasarder quelques aperçus que les faits semblaient me faire entrevoir. Je résistai donc (ce serait là mon tort) à la tentation de signaler dans une note quelques-uns de ces aperçus, préférant attendre pour contrôler ces vues au moyen de cas plus nombreux. Les faits se multiplient maintenant sous mes yeux, et je ne désespère pas de donner un jour des règles précises sur les indications spéciales des médicamens que j'emploie. En attendant, les observations de mon savant confrère m'entraînant sur ce terrain, je dois dire que, il y a plus d'un

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 mai.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Exposition des travaux d'Erasistrate. — 1° Anatomie d'Erasistrate, ses études sur le système nerveux et particulièrement sur le cœur; opinion remarquable d'Erasistrate sur la structure intime des parties vivantes. — 2° Physiologie d'Erasistrate; ses idées sur les fonctions du cerveau; théorie nouvelle de la digestion; opinion remarquable d'Erasistrate sur les fonctions du foie, sur la respiration, sur le cours du sang et de l'air, sur la chaleur animale; ses idées sur l'usage de la bile; Erasistrate et M. Blondlot. — 3° Pathologie d'Erasistrate; doctrine de la *métemptose*; théorie de la fièvre, de l'inflammation, des hémorrhagies; théorie de la paralysie; Erasistrate et Ehrenberg.

XIV.

Histoire de la période alexandrine (suite).— *Exposition des travaux d'Erasistrate.* (Voir le numéro du 5 mai.)

Pathologie d'Erasistrate.— Les principes d'Erasistrate sur la pathogénie diffèrent considérablement de ceux de l'école hippocratique. Il s'élève avec énergie contre l'opinion dont Hippocrate avait fait la pierre fondamentale de sa doctrine, à savoir, que le plus grand nombre des maladies est dû à un vice des humeurs, et il substitue à cette explication, qu'il appelle hypothétique, une autre explication dont nous allons voir la valeur. Il suppose que, dans le plus grand nombre des cas, les maladies sont dues à un déplacement du sang ou *métemptose*. La métemptose est pour lui la cause des fièvres, des inflammations, des hémorrhagies, trois classes d'affections qu'il avait spécialement étudiées.

1° Les fièvres résultent du passage du sang des veines dans les artères et de l'accumulation de ce liquide dans la généralité du système artériel, c'est une *métemptose* générale.

2° Les *inflammations* sont dues au passage et à l'afflux accidentel du sang des veines dans les artères d'un organe ou d'une partie limitée du corps; c'est ici une métemptose partielle.

3° La cause des *hémorrhagies* réside dans la sortie du sang hors des veines, sans extravasation dans les artères. Ainsi, les hémorrhagies, comme les inflammations et les fièvres, reconnaissent une cause commune, la *métemptose*.

Mais quelle est la cause du passage du sang d'un ordre de vaisseaux dans l'autre? Érasistrate la trouve dans la pléthore. Le sang, augmenté de quantité, distend les parois veineuses, agrandit les pores dont ces parois sont criblées et les traverse. Pour expliquer ensuite comment le sang une fois sorti des veines pénètre dans les artères il suppose qu'en même temps que la masse du sang augmente dans les veines, celle de l'air diminue dans les artères, de telle sorte qu'il se forme dans celles-ci un vide en vertu duquel le sang y est attiré.

Au milieu de cette accumulation bizarre d'hypothèses il ressort toute fois un fait important, l'idée de la réplétion des vaisseaux dans l'inflammation, idée qui apparaît pour la première fois dans la science, et dont nous ne découvrons aucune trace dans les livres de la collection hippocratique.

Érasistrate est le premier qui ait institué une doctrine des hémorrhagies. Cette doctrine mérite que nous nous y arrêtions, car, en beaucoup de points, elle a été conservée par les modernes et constitue la science d'aujourd'hui. Pour Érasistrate, la cause prochaine des hémorrhagies est la métemptose; il établit, dans les hémorrhagies, deux grandes classes contenant chacune des subdivisions. La première classe comprend les hémorrhagies avec rupture des parois veineuses. La deuxième comprend les hémorrhagies sans ruptures de ces mêmes parois.

La *première classe* se compose de plusieurs espèces :

1° Tantôt les veines sont rompues ou déchirées par une violence extérieure, hémorrhagies *traumatiques*;

2° D'autres fois, la paroi est primitivement altérée par un travail de ramollissement le plus consécutif à l'inflammation, et alors le moindre effort du sang sur cette paroi en amène la déchirure, d'où résulte l'hémorrhagie.

3° Dans certains cas, le système veineux est distendu par une grande quantité de sang; et alors, pour peu que les parois des veines aient perdu de leur consistance, elles se déchirent, et l'hémorrhagie a lieu.

Voilà donc trois ordres à introduire dans la première classe des hémorrhagies. 1er ordre, hémorrhagies traumatiques; 2me ordre, hémorrhagies par altération des parois, le sang étant à son état normal; 3me ordre, hémorrhagies par augmentation de la masse du sang, les parois étant saines ou à peine altérées.

2me classe. *Hémorrhagies sans rupture des parois veineuses.* — Dans ces cas, le sang passe à travers les *pores*, les bouches, *στοματα*, des parois veineuses. Érasistrate disait alors qu'il y avait hémorrhagie par *anastomose ανα στοματα*, mot bien détourné aujourd'hui de sa signification primitive.

Dans cette deuxième classe d'hémorrhagies, Érasistrate introduit plusieurs ordres :

1° Hémorrhagies par dilatation primitive des pores, dilatation dont la cause lui est inconnue.

2° Hémorrhagies par dilatation consécutive des pores, due à la trop grande abondance du sang, à la pléthore.

3° Hémorrhagies par *dissolution* du sang, les pores étant à l'état normal.

Telle est la doctrine d'Érasistrate sur les hémorrhagies, doctrine parfaitement constituée, comme on peut le voir d'après cette courte analyse.

Deux siècles plus tard, Asclépiade combattant l'opinion d'Érasistrate, prétendit qu'il ne pouvait jamais y avoir hémorrhagie sans rupture des vaisseaux sanguins, attendu, disait-il, que le sang est un liquide trop épais pour pouvoir transsuder à travers les parois vasculaires, quelles que soient d'ailleurs ses propres altérations et la dilatation des pores.

an déjà, je croyais avoir reconnu que l'oxyde de zinc échoue souvent chez les épileptiques dans la force de l'âge, chez les hommes surtout. En analysant mes observations anciennes, j'ai obtenu sur ce sujet les données suivantes :

En prenant l'ensemble des cas placés dans des conditions favorables de guérison par le nombre antérieur de leurs attaques, et traités par l'oxyde de zinc, je trouve 26 guérisons pour 5 insuccès (5 guérisons pour un cas rebelle), et tous les insuccès renfermés entre les âges de 17 et 59 ans.

Si, d'autre part, dans cette même catégorie de pronostic, je cherche les résultats du zinc chez les hommes placés entre 20 et 50 ans, pour me mettre sous le rapport du sexe et de l'âge dans les mêmes conditions que M. Moreau, je trouve six sujets qui étaient presque tous dans les conditions les plus favorables de curabilité. De ces six malades, j'en élimine un où les saignées paraissent avoir eu plus d'influence que le zinc sur une amélioration marquée de la maladie. Sur les cinq cas restans, il y a : — une guérison sans rechute, chez un malade n'ayant eu en tout que trois attaques ; — deux guérisons avec rechute : l'un d'eux n'avait eu dans sa maladie primitive que deux attaques et neuf accès ; lors de sa rechute, trois attaques et cinq accès. L'autre, qui n'avait eu que dix attaques avant le traitement, dut prendre 672 grammes d'oxyde de zinc en seize mois ; le même remède échoua dans la récidive ; — dans un cas où il y avait eu amélioration durable par le même remède à l'âge de 15 ans, quoique la cure eût été tout à fait insuffisante, le zinc échoua à l'âge de 25 ans ; — enfin, le dernier cas fut tout à fait rebelle ; et cependant, le traitement avait été commencé cinq jours après la première attaque, c'est-à-dire dans les circonstances de durée les plus heureuses possible. Ainsi, quand l'ensemble de tous les cas favorables traités par le zinc nous donne 5 guérisons sur 6, les hommes adultes n'en fournissent que 3 sur 5, dont une seule sans rechute, encore que ces derniers malades fussent dans des conditions de curabilité beaucoup meilleures que la généralité des autres cas.

En troisième lieu, j'ai recherché quelle avait été, selon les âges, la quantité de zinc nécessaire pour supprimer les attaques et obtenir des guérisons définitives. Ce travail est trop long pour être inséré ici. En voici la conclusion : C'est dans l'âge adulte (toutes proportions de graduation gardées) qu'il a fallu employer les doses les plus fortes et les plus prolongées ; dans l'enfance et dans la vieillesse, le résultat a été obtenu avec de faibles doses, et, dans quelques cas même, avec des quantités presque insignifiantes.

Quoique les données qui précèdent ne constituent pas encore une démonstration scientifique, elle me paraissent suffire, comme direction pratique, pour établir : 1° que *l'oxyde de zinc semble être le remède indiqué contre l'épilepsie dans l'enfance et dans la vieillesse* ; 2° *qu'il échoue souvent dans la force de l'âge, surtout chez les hommes* ; 3° *que, chez les femmes, si on veut l'employer, il faut le donner longtemps et à de fortes doses.*

Ces résultats, comme je l'ai déjà dit, je les avais entrevus lors de la publication de mon ouvrage ; et, depuis un an environ, je n'emploie que très exceptionnellement le zinc chez les adultes. Aussi, n'ai-je été nullement surpris en lisant les observations de l'honorable M. Moreau. Si j'ai ici à lui témoigner ma sincère gratitude pour avoir été l'un des premiers à suivre mes règles de traitement, à contrôler mes conclusions et à publier les résultats de son expérimentation, je dois encore le remercier de m'avoir fourni l'occasion et en partie les moyens de confirmer, sur la non-indication du zinc chez les hommes dans la force de l'âge, une présomption que l'expérience acquise depuis l'impression de mon livre n'avait fait que renforcer.

Je reprendrai un jour cette question d'une manière plus complète, en l'éclairant par de nouveaux faits ; mais peut-être est-il convenable d'ajouter qu'aujourd'hui je débute toujours chez les hommes adultes par le *sulfate de cuivre ammoniacal.* Le véritable *selin des marais* (1) serait peut-être chez eux un remède au moins aussi puissant ; malheureusement, il est encore trop rare dans le commerce, pour que j'aie pu acquérir sur ce médicament une expérience suffisante ; cependant, je persiste à le croire, d'après le petit nombre des cas où je l'ai employé, le premier des antiépileptiques.

Mais, en définitive, quels que soient les remèdes qu'on emploie dans le traitement de l'épilepsie, il est de la plus haute importance pour que l'expérimentation soit concluante et surtout pour réussir, qu'on s'efforce d'attaquer le mal à une époque aussi rapprochée que possible de son origine. Je voudrais avoir une voix assez puissante pour donner à tous les médecins cette conviction qu'en combattant, avec une volonté soutenue, l'épilepsie *dès ses premières manifestations*, on est certain de réussir dans la grande majorité des cas. Aujourd'hui les uns méconnaissent les premières atteintes du mal ; d'autres le traitent temporairement par des moyens presque toujours sans efficacité, comme la saignée, les anthelmintiques, etc. ; quelques-uns tentent des médications utiles, mais avec timidité et sans suite. Un petit nombre, ce sont surtout des médecins d'hôpitaux, mettent de la perspicacité dans le choix du remède et de la suite dans leurs cures, mais ils sont précisément les moins bien placés pour agir au moment le plus opportun.

C'est aux médecins privés surtout qu'il appartient de nous soutenir dans nos efforts pour réhabiliter l'art dans le traitement de l'épilepsie. Pour les y encourager, si l'UNION MÉDICALE veut bien continuer à m'ouvrir l'hospitalité de ses colonnes, je publierai successivement une série de faits inédits tirés de ma pratique ou de celle de quelques-uns de mes confrères de Genève, en mélangeant les succès et les échecs à peu près dans la proportion où je les ai rencontrés.

Quant aux praticiens placés à la tête des grands services d'épileptiques, à côté des tentatives qu'ils font et doivent faire encore pour guérir leurs malades, il est une tâche à laquelle j'ose les convier : qu'au moyen d'une étude attentive des symptômes, de la marche et des complications de la maladie, comparés aux lésions qu'ils trouveront ou ne trouveront pas ensuite à l'autopsie, ils nous donnent les moyens de distinguer, pendant la vie, l'épilepsie purement nerveuse de celle qui est sous la dépendance d'une lésion organique. Une semblable découverte, fruit d'une exacte et patiente observation, aidée d'un esprit analytique, serait pour le pronostic, et indirectement pour la thérapeutique de l'épilepsie, un immense progrès. Une pareille œuvre n'est pas au-dessus des forces de quelques-uns des hommes auxquels nous adressons cet appel.

Le résumé des deux observations qui suivent a été déjà publié dans mon livre *sur le pronostic et le traitement curatif de l'épilepsie*. Après avoir donné dans cet ouvrage une première série composée de trente-huit observations détaillées, formant un demi-volume, j'avais cru devoir, pour ne pas multiplier les détails descriptifs, réduire à une brève analyse trente autres faits tirés, comme les précédens, de ma pratique particulière ; mais quelques lecteurs m'ayant paru attacher peu d'importance à ces derniers cas à cause de leur extrême concision, je me suis décidé à les publier d'une manière complète.

Les deux faits que je livre aujourd'hui à l'impression, ont acquis une nouvelle valeur depuis l'apparition de mon livre : la guérison de ces malades, à la clôture de mes observations publiées, datait de vingt mois ; il s'est écoulé dès lors deux ans et demi et le succès ne s'est pas démenti.

(1) Je n'ai pas encore réussi à tirer de l'étranger du vrai selin des marais ; la racine envoyée à Genève, sous ce nom, par plusieurs pharmaciens français, n'appartenait pas à cette plante.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 Mai. — Présidence de M. DE JUSSIEU.

Sur le phénomène de rotation des globes oculaires.

M. SZOKALSKI complète sa communication sur la rotation des globes oculaires, par un court résumé de ses observations sur les modifications pathologiques de cette fonction.

Lorsque le parallélisme des deux axes visuels est détruit par une lésion fonctionnelle d'un des muscles droits, nous voyons toujours double ; mais cette diplopie a cela de particulier, que les dimensions horizontales et verticales des deux images restent toujours parallèles ; peu importe si l'une de ces images est rapprochée ou éloignée de l'autre, si l'une est placée à côté ou au-dessus de l'autre, ou si l'une dépasse seulement l'autre de la moitié de sa hauteur.

Il n'en est pas ainsi lorsque la rotation autour de l'axe est entravée par une anomalie fonctionnelle des muscles obliques. Le globe oculaire, entraîné alors, tourne du côté du muscle plus fort, la dimension verticale de la rétine devient oblique, et l'objet que l'on regarde, au lieu de paraître droit, paraîtra incliné. Cette inclinaison apparente des images est le symptôme pathognomonique du désordre de la rotation, et elle modifie d'une manière toute particulière la vision binoculaire. Le malade voit aussi double, mais la fausse image se sépare imparfaitement de la vraie par le haut, par le bas, ou par les côtés, quelquefois même elle la croise par le milieu. Elle ne forme jamais corps à part que lorsque les muscles droits sont en même temps affectés, et le défaut de la rotation autour de l'axe est compliqué avec l'impossibilité de concorder cet axe avec celui de l'autre œil.

A l'exception de cette circonstance, d'ailleurs très fréquente, on ne constate jamais de strabisme à l'inspection des yeux. L'œil malade est celui qui voit obliquement les objets ; et si l'on écarte largement ses paupières, et si l'on recommande en même temps au malade de porter alternativement la tête vers l'une et vers l'autre épaule, on aperçoit alors que le globe ne reste pas en place comme à l'état normal, mais qu'il suit le mouvement de la tête et des paupières.

Le genre de l'obliquité de l'image nous permet aussi de discerner lequel des deux muscles obliques domine sur son antagoniste. Si c'est le supérieur, la partie supérieure des objets verticaux paraîtra penchée en dehors ; si c'est l'inférieur, l'inclinaison aura lieu du côté opposé. Il sera toujours facile de corriger par la position convenable de la tête cette espèce de vue double : tous ces phénomènes sont les résultats des anomalies fonctionnelles des muscles obliques, qu'on peut classer en deux catégories, en *spasmes* et en *paralysies* ; mais nous ne les trouvons dans toute leur pureté que dans les cas seulement où ces muscles sont seuls affectés. L'oblique supérieur qui reçoit un nerf particulier peut, à cause de cet isolement, satisfaire beaucoup plus facilement à cette condition que son antagoniste. Ce dernier reçoit l'impulsion motrice du nerf oculo-moteur commun ; aussi les désores de ses fonctions sont presque constamment compliquées de désordres des muscles droits supérieur, inférieur et interne, de l'élévation de la paupière supérieure.

Les gênes de la rotation autour de l'axe provenant du spasme des muscles obliques sont ordinairement passagères ; je les ai observées chez

---

Voilà dans quels termes se pose encore aujourd'hui, dans l'école de Paris, comme elle se posait autrefois à Alexandrie et à Rome, la question des hémorrhagies, les uns admettant, les autres niant qu'elles puissent se produire sans rupture des parois vasculaires. On pourrait encore aujourd'hui, avec les idées d'Erasistrate, en y joignant comme discussion les idées d'Asclépiade et en substituant seulement le mot *globules* à celui de *molécules*, faire sur les hémorrhagies une leçon irréprochable au point de vue de la science moderne. Sur ce point, nous n'avons rien inventé, nous n'avons rien ajouté aux travaux des anciens, si ce n'est quelques expressions nouvelles.

Il est une autre partie de la pathologie d'Erasistrate, qui nous montre ce grand personnage sous un jour encore plus éclatant. Je veux parler de sa théorie de la *paralysie*, théorie extrêmement curieuse au point de vue de la comparaison de la science ancienne avec la science moderne. Erasistrate cherche dans une altération des nerfs le fait général d'où découlent les diverses paralysies. Par une simple vue de son esprit, il suppose les nerfs creusés de cavités contenant une humeur particulière qui va, vient, circule avec plus ou moins de liberté dans ces canaux, et à laquelle il fait jouer un grand rôle, soit dans la transmission des sensations au cerveau, soit dans la transmission du principe des mouvemens aux muscles. Suivant lui, cette humeur peut s'altérer, s'épaissir, devenir plus visqueuse, et, par suite de ces altérations, perdre les fonctions qui lui sont dévolues. Qu'est-ce à dire, s'écrie M. Andral, n'y a-t-il là qu'une hypothèse sans confirmation ? On a dit souvent qu'il fallait passer par l'hypothèse pour arriver à la vérité. Je ne sais ce que l'avenir réserve à l'hypothèse pathologique d'Erasistrate, mais voilà que son hypothèse anatomique vient de se réaliser. Un célèbre anatomiste allemand, Ehrenberg, à l'aide du microscope et des réactifs, a démontré dans ces derniers temps que la substance nerveuse dans son ensemble, dans le système central comme dans les cordons périphériques, est constituée par un amas de tubes extrêmement déliés, à diamètres infiniment petits, visibles seulement au microscope. Ces tubes contiennent une matière encore mal connue, un liquide parfaitement distinct de l'enveloppe ou du tube qui l'entoure. Ces tubes d'Ehrenberg, l'humeur qu'ils renferment, Erasistrate les avait découverts sans microscope, par une intuition de son génie. A force de méditer sur ce système nerveux qui, de la périphérie au centre, ou du centre à la périphérie, transmet à chaque instant, soit les impressions extérieures, soit les ordres de la volonté, il avait été conduit à penser que ce système contient dans son intérieur un fluide qui se meut, marche, circule, transportant avec lui le principe des sensations et des mouvemens, de même que le sang et l'air transmettent à tout le corps le principe de la chaleur et de la vie. Qui nous dit que par de là les altérations constatées par le scalpel dans la substance nerveuse, il n'existe pas dans le contenu des tubes d'Ehrenberg des modifications de quantité, de qualité, de consistance, etc., que dans un avenir plus ou moins lointain le microscope pourra révéler ? Qui oserait affirmer qu'il n'y ait rien à découvrir par le microscope dans les névralgies, les hypéresthésies, les paralysies ?

Je suis saisi d'admiration, s'écrie le savant professeur ; je suis confondu maintenant que je me suis rassasié, pour ainsi dire, de la lecture des anciens, de voir des hommes dénués d'instrumens d'observation, arriver, par la seule force de leur esprit, à la découverte des vérités fondamentales sur lesquelles repose la science moderne, et, devançant les temps, jeter dans le monde des idées vers lesquelles nous ramène chaque jour le travail lent et pénible de l'analyse et de l'observation. Il en est ainsi, non seulement pour la médecine, mais encore pour les autres branches des connaissances humaines, la cosmogonie, l'astronomie, la physique, etc., partout les grands principes de la science ont été entrevus par ces grands hommes, par ces grands philosophes qui possédaient dans leur esprit une force prodigieuse, parce qu'ils passaient leur vie à penser et à méditer.

(La suite du cours prochainement.)

(La suite du cours prochainement.)

Un congrès médical, composé de délégués nommés par les praticiens de chaque province de la Belgique, s'est réuni le 28 mars, à la salle académique de l'Université de Bruxelles. La réunion était très nombreuse : 350 médecins environ y assistaient.

L'assemblée a discuté et adopté le projet d'une vaste association de tout le corps médical belge. Elle s'est aussi occupée de l'organisation de conseils de discipline et du service médical des pauvres. Relativement à ces deux objets, il a été décidé qu'il serait adressé au gouvernement une pétition pour demander que la nouvelle loi sur l'exercice de l'art de guérir fût soumise à la chambre des représentans pendant cette session, et que cette loi instituât des conseils de discipline par élection, et établît un service médical des pauvres convenablement rétribué.

L'assemblée, avant de se séparer, a nommé une commission permanente qui doit mettre à exécution les résolutions prises, et qui, en relation continuelle avec les comités provinciaux, veillera aux intérêts du corps médical, et pourra convoquer un nouveau congrès lorsqu'elle le jugera opportun.

Cette commission se compose de :

M. Fallot, vice-président de l'Académie ;

M. le baron Seutin, professeur à l'Université de Bruxelles ;

M. Daumerie, membre de l'Académie, président de la Société de médecine ;

M. Joly, médecin légiste et chirurgien des hospices de Bruxelles ;

M. A. Leclerq, membre de la commission de législation nommée par le gouvernement pour élaborer un projet de loi médical.

Le temps n'a pas permis d'aborder le quatrième objet à l'ordre du jour, relatif à l'établissement des caisses de prévoyance.

Cette question sera traitée ultérieurement par la commission permanente.

— Un prix extraordinaire de 500 fr., offert en 1844, par le professeur Cher. Martini (de Turin), sera délivré, en 1855, au meilleur mémoire sur la « *Monographie du tétanos traumatique.* » Le concours aura lieu à la Société médico-chirurgicale de Bologne. Les mémoires devront être envoyés *franco* au secrétariat de ladite Société, avant le 31 mai 1854.

les personnes hystériques et hypochondriaques. A l'approche des attaques d'hystérie, d'épilepsie et de catalepsie, elles ont souvent lieu simultanément des deux côtés; et si le malade conserve encore sa connaissance, les mouvemens désordonnés des deux yeux lui font apercevoir les objets différens et contrefaits d'une manière bizarre. Tout ce qu'il regarde lui paraît double, vacillant, tantôt debout, tantôt incliné de côté; les objets se heurtent, tremblent, se croisent et menacent de tomber. Ces visions effrayantes précèdent souvent le vertige épileptique et accompagnent quelquefois celui qui résulte d'une simple congestion sanguine; elles sont probablement très fréquentes chez les aliénés, et il faut bien se garder de mettre sur le compte de l'intelligence ce qui n'est chez eux que le désordre spasmodique de la mobilité des yeux, ou le prodrôme de la paralysie générale.

La rotation de l'œil autour de son axe est beaucoup plus souvent entravée par l'affaissement paralytique d'un des muscles obliques. La diplopie qui en résulte est plus persistante que dans les cas précédens; mais il arrive à son égard comme à l'égard de la diplopie occasionnée par la destruction du parallélisme des axes, on néglige une des deux images, on s'attache exclusivement à la plus parfaite, et on finit par voir simple.

Les maladies idiopathiques des muscles obliques sont extrêmement rares, je n'en ai jamais pu trouver d'exemples; les désordres dans leur activité étaient toujours les suites des lésions de leurs filets nerveux, ou plutôt des centres nerveux dont ils tirent leur origine.

Traitement de l'anévrysme par des injections coagulantes faites dans l'artère au moyen d'un tube capillaire.

M. Léroy-d'Etiolles écrit à l'Académie qu'il a publié l'idée première de cette méthode en 1844, dans son *recueil de mémoires présentés à l'Académie des sciences*. A la page 280 se trouve le passage suivant : « Les expériences que je fis sur les animaux pour connaître les effets » de la compression sur deux points de l'artère me montrèrent bientôt » que ce moyen doit être continué pendant un temps trop long pour » être d'une application usuelle. Je cherchai donc à faciliter la coagu- » lation de cette portion de sang ainsi isolée : *des injections alcooli-* » *ques faites dans l'artère au moyen du tube capillaire de la serin-* » *gue d'Anel s'offrirent d'abord à ma pensée*; *en effet*, *elles* » *produisirent assez promptement la formation de caillots*, mais » comment arriver jusqu'à l'artère et pénétrer sûrement dans la cavité » sans la mettre au moins un peu à découvert?.... » A la page 281 sont rapportés les détails d'expériences comparatives faites avec les injections alcooliques et l'électro-puncture.

M. Leroy-d'Etiolles reconnaît l'importance de la substitution du perchlorure de fer à l'alcool, faite par M. Pravaz et préconisée par M. Lallemand; c'est un perfectionnement utile, capital si l'on veut, mais ce perfectionnement ne constitue pas seul la méthode de traitement *par injection intra-artérielle*; il n'en est qu'un procédé, un mode d'application.

M. Lallemand, à l'occasion de cette communication, s'exprime en ces termes :

La méthode du docteur Pravaz étant destinée, selon mes prévisions, à l'avenir le plus important, je dois déclarer que je n'y ai pris d'autre part qu'un très vif intérêt dans ses résultats.

Je ne crois pas que M. Pravaz ait eu connaissance de la note de M. Leroy-d'Etiolles; mais quand cela serait, je ne pense pas qu'il en ait pu tirer parti. En effet, M. Leroy-d'Étiolles parle d'une triple expérience faite à la fois sur le même cheval et sur la même artère carotide: 1° par la compression, 2° par l'électro-puncture, 3° par l'injection avec l'alcool, manière de procéder qui me paraît peu propre à donner des résultats concluans; aussi M. Leroy-d'Étiolles n'indique-t-il pas les effets qu'il a obtenus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 Mai 1853. — Présidence de M. Bérard.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Regnault, médecin à Andresy (Seine-et-Oise), sur un cas isolé de choléra qu'il a observé dans cette commune.

2° Diverses demandes d'analyse d'eaux minérales.

3° Une note de M. Grange, contenant le résultat d'une analyse des eaux minérales et thermales de Gréoulx, en Provence.

4° Un mémoire de M. Mérier, médecin en chef de l'asile d'aliénés de St-Dizier, sur l'emploi du seigle ergoté dans les accouchemens. (Comm. MM. Villeneuve, Adelon, P. Dubois et Danyau.)

5° Une observation de M. Valette, médecin de l'hôpital militaire de Metz, relative à un cas de contracture du diaphragme, survenue pendant le cours d'un rhumatisme musculaire aigu, et suivi de mort. (Comm. nommée pour les recherches de M. Duchenne de Boulogne.)

6° Un mémoire de M. Burq, sur un nouveau système d'applications métalliques pour le traitement des affections nerveuses par les métaux à l'état sec et humide. (Comm. MM. J. Cloquet, Guérin, Bérard et Poiseuille.)

7° Une note de M. Mascarel, chirurgien de l'hôpital de Châtellerault, relative à l'emploi du chloroforme.

L'auteur, à l'occasion des accidens causés par le chloroforme, soumet à l'Académie les questions suivantes :

1° L'emploi du chloroforme doit-il être continué à titre d'anesthésique dans la pratique médicale?

2° Dans le cas de l'affirmative, existe-t-il, dans l'état actuel de la science, des préceptes certains pour éviter les accidens de mort?

3° Si une méthode certaine de mettre à l'abri des accidens occasionnés par le chloroforme employé comme anesthésique, n'existe pas, quel doit être le rôle du médecin envers les malades, la société et la loi? (Comm. du chloroforme.)

8° L'Académie reçoit de M. Valade-Gabel, directeur honoraire de l'institution des sourds-muets de Bordeaux, une lettre sur la question de la surdi-mutité.

L'auteur émet à la fin de sa lettre cette opinion : Qu'à côté de la question médicale, il y a une haute question de pédagogie; que la question de pédagogie elle-même doit être subdivisée; qu'il y a quatre voies différentes à suivre pour l'instruction des enfans sourds-muets, suivant que le mutisme est la conséquence d'une surdité congéniale ou d'une surdité acquise postérieurement au développement de la parole, suivant que l'intelligence domine l'organisme ou est dominée par lui, etc. (Renvoi à la commission.)

Surdi-mutité.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la surdi-mutité.

Nous publions, aujourd'hui, la seconde partie du discours de M. J. Guérin, prononcé dans la séance du 10 mai :

M. J. Guérin : En reprenant la parole pour compléter les observations que l'heure trop avancée m'a forcé d'interrompre dans la dernière séance, j'ai surtout à cœur que l'Académie veuille bien se rendre compte des motifs de mon intervention dans ce débat. Il ne s'agit pour moi que de l'intérêt de l'Académie, de la science et des sourds-muets. Si j'ai cru devoir donner quelque développement à mes observations, c'est qu'elles m'ont paru utiles pour sauvegarder ces trois ordres d'intérêts réunis. L'autorité a demandé à l'Académie son opinion motivée sur certaines innovations relatives à l'éducation physique et intellectuelle des sourds-muets et sur l'utilité qu'il pouvait y avoir à introduire ces innovations dans les écoles du gouvernement. J'ai dit que le rapport, fait au nom de la commission, ne m'avait point paru répondre à son objet; qu'il était insuffisant, manquait de preuves et d'autorité. J'ai motivé ce reproche par divers ordres de considérations, dont l'Académie a pu apprécier la valeur. Le rapport dont il s'agit n'est pas un simple rapport scientifique sur les travaux de M. Blanchet, mais un rapport officiel destiné à éclairer l'administration sur l'utilité de certaines améliorations à introduire dans l'établissement des sourds-muets de Paris; et j'ai ajouté que ces changemens, venant à l'encontre d'habitudes établies, d'anciennes routines, rencontreront nécessairement des adversaires qui les jugeront avec sévérité : d'où j'ai conclu que, pour sauvegarder tous les intérêts, il fallait que le rapport fût aussi complet et aussi démonstratif que possible. Cependant j'ai eu le regret de montrer qu'au lieu de satisfaire à ces conditions, le rapport était extrêmement incomplet et ne répondait en aucune façon au but de l'Académie : en premier lieu, parce qu'ayant à se prononcer sur la valeur comparative de certains procédés, de certaines innovations, il avait négligé de faire connaître d'une manière explicite ces procédés et ces innovations en regard de ce qui avait été tenté jusque-là dans la même voie; en second lieu, parceque ces procédés et ces innovations n'étant eux-mêmes que des dépendances ou des applications de méthodes générales déjà expérimentées dans d'autres pays, et à Paris même, il était indispensable de connaître et d'apprécier la valeur de ces méthodes, afin de profiter de l'expérience acquise à leur endroit; et enfin, parce que les innovations soumises à l'examen de l'Académie étant destinées à faire subir des changemens considérables dans l'enseignement et la discipline des écoles du gouvernement, il importait de préciser les avantages qui pouvaient en résulter, en regard des inconvéniens à faire disparaître. Voilà les motifs et en quelque façon la matière de mon opposition au rapport. A cette manière d'envisager la question, on a opposé, et on oppose encore les termes restreints en apparence des questions posées par le ministre. Mais cette interprétation est aussi contraire à la lettre qu'au sens de ces questions. Le ministre parle d'un *traitement imaginé* par M. Blanchet; il demande à l'Académie de dire si, dans sa pensée, *il y a avantage* à faire ce que propose ce chirurgien, et à opérer dans *le classement* et *l'éducation* des sourds-muets de l'école de Paris des changemens en rapport avec ses idées. Il ne s'agit donc pas là de faits particuliers, d'appréciations particulières, mais de méthodes, d'appréciations et de mesures générales. Une interprétation contraire aurait l'air d'esquiver le vrai débat. Pour mon compte, je pense que si les moyens, les méthodes et les mesures qu'on propose sont bons, et s'il y a, suivant l'expression du ministre, avantage à les adopter de préférence à ce qui existe, il faut le dire franchement, ouvertement, et surtout le motiver de manière à ne craindre aucune contradiction. Si j'avais besoin d'ajouter à ce qui précède un dernier et irrécusable argument, je prierais l'Académie de supposer un instant qu'à la place d'une méthode et de procédés propres à perfectionner l'éducation physique des sourds-muets, il s'agît d'une méthode curative présentée comme nouvelle par le ministre, et soumise à l'approbation de l'Académie comme devant être introduites dans les hôpitaux ou ailleurs, l'Académie se bornerait-elle à examiner quelques applications de la méthode et à donner son avis d'après ces simples expériences? Non, sans doute : elle s'enquerrait du véritable caractère de nouveauté et de généralité de la méthode; elle profiterait des renseignemens et des expériences qui lui viennent d'ailleurs; elle voudrait informer aussi complètement que possible l'autorité sur la valeur du moyen comparé à ceux qui existent, et ne voudrait pas sanctionner ni couvrir de sa responsabilité des mesures sans en avoir apprécié les avantages et l'opportunité. Eh bien! ce que l'Académie ferait pour une méthode curative ordinaire, pour un remède, elle jugera sans doute nécessaire de le faire pour une nouvelle méthode d'éducation physique et morale des sourds-muets.

Voilà donc comment et pourquoi j'ai envisagé comme je l'ai fait la question soumise à l'Académie. Les développemens dans lesquels j'ai été obligé d'entrer, et ceux que j'ai l'intention d'y ajouter aujourd'hui, m'ont mis dans la nécessité de rappeler le but que je me suis proposé, de montrer d'où je suis parti et où je me propose d'arriver.

Après avoir rapporté tous les efforts, tous les système tentés jusqu'ici dans l'éducation physique et intellectuelle des sourds-muets à deux écoles principales, l'école *française* et l'école *allemande*, j'ai exposé et discuté dans la dernière séance les grandes différences qui caractérisent ces deux écoles, dont la première est surtout en honneur dans les établissemens de l'État, et la seconde appliquée presque universellement dans les différens pays du Nord. J'ai aussi discuté successivement les avantages et les inconvéniens de la *méthode mimique* et de la *méthode orale*, considérées dans les différens élémens qui les constituent. J'en étais arrivé à l'*éducation de l'ouïe*, qui forme avec *la lecture* sur les lèvres et *l'articulation* le complément de la méthode allemande, lorsque l'heure m'a forcé d'interrompre. Je vais donc reprendre la discussion au point où je l'ai laissée mardi dernier.

L'éducation de l'ouïe chez les sourds-muets constitue l'élément le plus nouveau, sinon le plus important de la méthode orale : c'est le terrain physiologique et médical proprement dit; et la méthode pourrait à bon droit être qualifiée de française, puisqu'elle a été instituée, développée et perfectionnée par trois médecins français, Itard, M. Deleau et M. Blanchet.

C'est en effet à Itard que l'on doit la première idée de développer l'ouïe chez certains sourds-muets. Le rapport l'a indiqué; il a même rappelé sommairement les moyens employés par notre célèbre collègue, les tentatives de classement et les résultats qu'il avait faits. Mais ce qu'il a omis, c'est de discuter comparativement la valeur des procédés et des méthodes propres à chacun des trois auteurs, afin de préciser la part de chacun dans le progrès, et aussi afin de montrer, s'il est possible, là où est le véritable progrès. Pour justifier cette critique et aussi pour montrer l'importance de cette lacune, il suffit presque de rappeler les faits, de les mettre en regard du problème à résoudre.

L'éducation de l'ouïe chez les sourds-muets comprend l'idée de cette méthode, le classement des sujets, les instrumens et moyens, et les résultats produits.

L'idée de la méthode appartient incontestablement à Itard. Ses successeurs n'ont fait qu'en confirmer la justesse en l'adoptant.

Le classement proposé par Itard, comme celui de M. Deleau, comme celui de M. Blanchet, repose tout entier sur le degré d'audition existant à l'époque de l'admission du sujet et de sa mise en traitement. La manière de faire de ces trois médecins est la même en principe; ils ne diffèrent que par les moyens qu'ils emploient pour apprécier le degré d'audition au point de départ. Mais avant d'examiner lequel des trois fait le mieux, il importait peut-être de se demander si ce que tous les trois ont fait est bien; si cette méthode de classement, qui consiste à se baser exclusivement sur le degré d'audition, n'est pas une méthode incomplète, artificielle, arbitraire, et incapable de conduire à des appréciations certaines, tant sous le rapport du pronostic, c'est-à-dire des résultats à espérer, que sous le rapport de la valeur des moyens employés, c'est-à-dire de leur part d'efficacité respective dans les résultats obtenus. Or, je n'hésite pas à le déclarer, le mode de classement admis par Itard, M. Deleau et M. Blanchet, et sanctionné par le rapport, est complètement subversif des véritables principes de la science, de ceux que l'Académie est habituée à patroner; et de la part de l'honorable rapporteur, dont tout le monde connaît l'aptitude à analyser les différens états morbides constitutifs de chaque maladie, cette sanction m'a paru difficile à comprendre. Il suffit, en effet, de poser les bases d'un classement méthodique des sourds-muets éducables par l'ouïe, pour faire ressortir le vice du classement admis par le rapport.

Séparer d'abord les surdi-mutités dépendantes d'une *maladie* existante, et comme symptômes ou effets de cette maladie, des surdi-mutités établies, persistantes à l'état d'*infirmités*, résultant d'une maladie qui n'est plus;

Puis diviser les surdi-mutités : 1° en celles qui dépendent d'une lésion ou oblitération de l'oreille externe, avec intégrité de l'oreille moyenne et du nerf acoustique; 2° en celles qui tiennent à une lésion, perversion ou destruction de l'oreille interne sans lésion des puissances nerveuses; 3° en celles qui dépendent de cette lésion, paralysie ou autre, du nerf acoustique; sauf à combiner ces divisions entr'elles. On conçoit qu'à ces différentes catégories puissent se rapporter des sujets ayant au point de départ le même degré d'audition, quoique les résultats de leur éducation auditive ne soient pas en raison de leur degré de perception initiale, mais en raison des conditions où ils se trouvaient quant au caractère étiologique de leur infirmité. Ainsi donc, *maladie* ou *infirmité*, lésion de l'*oreille externe*, de l'*oreille moyenne* et du *nerf acoustique*, voilà, si je ne me trompe, ce que chacun de nous, jugeant les faits en médecin, aurait préféré au classement purement acoustique d'Itard, de MM. Deleau et Blanchet.

Prenant le classement acoustique de ces auteurs pour ce qu'il est et avec les réserves qui précèdent, quelles différences réelles existent entre Itard, M. Deleau et M. Blanchet? quels motifs de préférence existe-t-il entre chacun d'eux?

On sait, et la commission l'a rappelé, qu'Itard classait ses sujets en ceux qui entendent la *parole*, la *voix*; le *son*, le *bruit*, et en ceux dont l'audition est complètement nulle. Ce classement est vague et n'a rien de précis; sous ce rapport, M. Blanchet a fait un progrès réel sur Itard, en substituant aux appréciations vagues et indéterminées de ce médecin la mesure physique, les acoumètres, le monocorde, réducteurs de tous les sons, de tous les bruits — quelles que soient leurs différences de ton, de timbre et d'intensité, — à un seul élément fixe : le nombre des vibrations. Au point de vue de la science physique, c'est une substitution heureuse, ingénieuse, et qui offre le caractère du progrès scientifique; mais au point de vue absolu, au point de vue physiologique, en est-il de même? N'y a-t-il dans la voix que des vibrations et du timbre, dans la parole que des sons? Pour moi, je ne le crois pas. La parole, avec ses sons articulés, interrompus, saccadés, placés dans certains rapports de succession, ne saurait être réduite, par rapport à la mesure de ses effets sur l'ouïe, à un nombre déterminé de vibrations; et l'ouïe, organe si délicat, instrument si parfait, est un appréciateur beaucoup plus complet, beaucoup plus fin que tous les instrumens acoustiques possibles, des élémens du son et de la voix humaine. Je pense donc que certaines réserves à cet égard n'eussent pas été inutiles dans le rapport, d'autant plus que M. Deleau avait fait quelques pas dans la voie ouverte par Itard, dont il eût été juste, sans doute, de tenir compte.

M. Deleau, en effet, décomposant la parole humaine dans ses principaux élémens physiologiques, avait distingué l'*articulation*, le *son* et le *mouvement* de la bouche; de plus, étudiant chacun de ces élémens dans ses origines, les lettres, les syllabes, les mots, il avait tout à la fois tiré de cette analyse ingénieuse et vraie un moyen de classement des sourds-muets et une méthode d'éducation de l'ouïe. Je ne saurais dire jusqu'où l'expérience a sanctionné la valeur des distinctions et des pratiques de M. Deleau; mais je les rappelle, parce qu'elles sont ingénieuses, et parce qu'elles forment une espèce d'intermédiaire entre Itard et M. Blanchet, et enfin, parce qu'elles sont peut-être de nature à inspirer quelques réserves, quant à la préférence absolue à accorder, dans le diagnostic et le traitement de la surdi-mutité, aux instrumens de physique et d'acoustique sur les ressources mieux connues de la voix et de l'ouïe.

Quoi qu'il en soit de ces différences et de ces réserves, il est un dernier reproche à adresser au rapport : c'est de n'avoir pas suffisamment fait connaître les moyens employés par M. Blanchet pour développer mieux que ne le faisaient Itard et M. Deleau, l'ouïe des sourds-muets. Je ne prétends pas refaire ici tout ce que le rapport laisse à désirer; mais, pour ne citer qu'un exemple, pourquoi le rapport ne mentionne-t-il pas les remarques judicieuses de M. Blanchet sur la concordance de la parole avec l'ouïe, et sur l'utilité qu'il y a, dans les exercices vocaux et auriculaires, chez les sourds-muets, à mettre constamment d'accord la voix avec l'ouïe, le son parlé avec le son perçu. C'est là une des conditions du succès. M. Blanchet en a su tirer un grand parti dans ses exercices vocaux avec l'orgue. Cela valait la peine d'être exposé et apprécié. Le rapport ne le mentionne même pas d'une manière explicite ; on n'en trouve que des indications vagues, occasionnelles, dans le récit de quelques expériences particulières : il faut presque deviner pour comprendre.

Mais j'arrive à la dernière partie de mon analyse, à la question de la *transmission du son par les nerfs de la sensibilité générale.* C'est la partie la plus neuve, la plus originale, et vraiment originale des recherches de M. Blanchet. Eh bien ! c'est celle que le rapport a traitée le plus incomplètement. A peine en est-il dit quelques mots, et ce qui en est dit est fort loin de donner une idée de l'importance des faits et des conséquences pratiques qu'on peut en espérer. Cependant, la question du ministre est cette fois fort explicite; mais au lieu d'une déclaration claire, ouverte, le rapport n'a donné qu'une réponse évasive, pleine de réticences, comme s'il avait eu peur d'aborder la discussion sur ce point. Pourquoi cela? Je ne sais; mais il n'était pas difficile de donner une solution scientifique à cette question : exposer les idées de M.Blanchet, les discuter, les compléter par un examen plus approfondi des faits. Il eût suffi pour cela de causer avec les sourds-muets, de leur demander compte de leurs impressions, de leurs observations. Mais n'anticipons pas.

La question, examinée méthodiquement, comprend l'énoncé des faits, puis la théorie de ces faits, savoir si, comme le pense M. Blanchet, les impressions sonores arrivent au cerveau par les nerfs de la sensibilité tactile, ou bien, comme le soutient notre honorable président M. Bérard, et après lui M. Bonnafont, c'est par les solides du corps humain, les membres, la colonne vertébrale, le sternum et le crâne que cette transmission a lieu; enfin l'application de ces faits à l'éducation des sourds-muets.

Quant aux faits établissant que les sourds-muets complètement sourds perçoivent les vibrations par la sensibilité tactile, ils sont vulgaires. On sait, et le rapport en fait mention, que les sourds-muets sont avertis dans la rue de la présence des voitures, qu'ils se servent de ces impressions pour se diriger. C'est là ce que tout le monde connaît, et là n'est pas la science. La science commence à l'étude des faits d'audition tactile, considérés dans leurs différences, dans leurs conditions, dans l'appréciation de leur origine et de leur portée, et finalement dans la connaissance de leur mécanisme et de leur vraie signification physiologique. De tous ces points, le rapport ne dit mot. Cependant il eût suffi, comme je le disais tout à l'heure, de causer avec des sourds-muets pour apprendre quelque chose sur ces divers points. Ainsi, MM. Berthier, Pélissier et Dubois m'ont affirmé qu'ils pouvaient, à l'aide des seules impressions tactiles, distinguer le bruit d'une voiture, d'un tambour, d'un chien qui aboie (1), d'une porte qui se ferme, d'une cloche, en un mot de toutes sortes de bruits. M. Dubois, dont l'esprit d'observation et d'analyse est des plus remarquables, m'a fait d'autres et plus précises révélations : « Que pouvez-vous sentir et distinguer, lui demandai-je, au contact des vibrations des instrumens de musique? — Je sens, m'a-t-il dit, les sons qui montent et qui descendent; je puis distinguer les tons les uns des autres. — Et quant à l'essence du son, à la musique, vous en faites-vous une idée? en éprouvez-vous quelque jouissance? — Aucune. » Et il ajouta que tous les bruits en général procurent quelque sensation agréable au sourd-muet, — ce qui explique pourquoi les sourds-muets sont généralement tapageurs, — mais ils n'éprouvent rien au-delà. Les sourds-muets constatent donc certaines différences dans les sons à l'aide de la sensibilité tactile; ce qu'ils ne distinguent pas, ce qui leur manque, c'est la notion essentielle du son, celle qui n'appartient qu'à l'ouïe.

Quant au véritable mécanisme de la transmission des ondes sonores au cerveau, je ne veux pas en faire ici l'objet d'une discussion approfondie; je me bornerai à citer quelques faits qui me paraissent de nature à prouver d'une manière irrécusable que cette transmission a lieu, non pas, comme le pensent notre honorable président et M. Bonnafont, par les solides du corps, mais par les nerfs eux-mêmes.

M. Blanchet a constaté, sur un assez grand nombre de sujets atteints de paralysies du sentiment, qu'ils ne perçoivent aucune impression des corps vibrans du côté paralysé, tandis qu'ils les perçoivent très bien du côté sain. Cette observation a été répétée sur une série de malades de Bicêtre, dont je possède la liste dans mon dossier. Ce premier fait m'a paru sans réplique; mais il en est deux autres qui ne manquent pas non plus d'autorité. Les sourds-muets que j'ai interrogés à cet égard m'ont tous affirmé que la perception du bruit leur vient par la plante des pieds surtout et la paume des mains, puis par quelques parties du corps très pourvues de nerfs, comme l'épigastre; enfin, d'après les nombreuses expériences de M. Blanchet, il est établi que bon nombre de sourds-muets perçoivent beaucoup mieux les sons par les mains et les pieds que par l'ouïe; qu'ils perçoivent par les voies tactiles des sons composés d'un nombre de vibrations qui ne leur produisent aucune impression appréciable par l'ouïe. Il n'y aurait aucune raison pour que les ondes sonores n'arrivassent pas aussi aisément et aussi complètement par les solides du tronc et du crâne que par les surfaces tactiles du pied et de la main. La transmission des ondes sonores par les nerfs de la sensibilité générale me paraît donc un fait acquis à la science; il me reste à dire son utilité dans l'éducation des sourds-muets.

Et d'abord n'y eût-il que les usages vulgaires que font les sourds-muets de cette porte supplémentaire ouverte aux impressions vibratoires pour en attester l'utilité, que cela suffirait. Mais il y a d'autres applications d'un ordre plus élevé dont on n'a tiré jusqu'ici qu'un parti très secondaire. Ainsi, chez les sourds-muets complètement sourds, la main, placée au-devant du larynx, peut les aider à distinguer les sons et les mots. Chez les sourds-muets qui sont en même temps aveugles, les perceptions tactiles acquièrent un degré d'utilité très élevé. Or, il n'est pas absolument rare de rencontrer de ces cas. M. l'abbé Carton, auquel l'art d'instruire les sourds-muets doit tant, est parvenu ainsi à développer à un degré remarquable l'intelligence d'une pauvre fille sourde muette et aveugle confiée à ses soins (1).

Le fait de la transmission d'une partie du son par les nerfs de la sensibilité tactile n'est donc pas douteux, pas plus que son utilité n'est contestable dans la constitution de la méthode générale à employer pour l'éducation physique et morale des sourds-muets.

Je ne voudrais pas agrandir démesurément la tâche que le rapport de la commission aurait dû remplir. Cependant il est impossible qu'ayant à apprécier comparativement les élémens de cette méthode, il ne dût pas chercher à déterminer la relation naturelle de chacun de ces élémens entre eux pour les rapprocher et en déduire la méthode la plus générale, la plus complète et je dirai la plus naturelle qu'on puisse appliquer à l'éducation des sourds et muets. Ce complément me paraît d'autant plus indispensable qu'il est plus simple et j'oserai dire plus facile. Cette méthode, telle que nous la concevons, c'est la réunion de la *mimique naturelle* avec la *lecture sur les lèvres*, l'*articulation*, l'*éducation de l'ouïe* et des *sensations tactiles*. Or, qu'est-ce que la mimique naturelle, sinon une partie de notre langage à tous, celle à l'aide de laquelle nous complétons nos paroles, qui nous sert à mieux figurer les objets, à mieux rendre nos idées, nos sentimens, celle par laquelle notre éducation maternelle a commencé? Qu'est-ce ensuite que la lecture sur les lèvres, sinon un élément presque indispensable et le complément de l'audition chez ceux-là même qui entendent le mieux? Qu'est-ce enfin que l'éducation de la parole et de l'ouïe chez ceux qui ne parlent ni n'entendent, sinon des efforts pour développer chez de malheureux infirmes les rudimens de deux fonctions communes aux autres hommes? De sorte que dans chacune de ses parties comme dans son ensemble, la méthode allemande ou orale, complétée par les informations de la sensibilité tactile, n'est autre chose que la méthode du langage et de l'éducation de tous les hommes, dans ce qu'elle a de possible et de praticable chez les sourds-muets; spécialisée sans doute par le développement de certaines parties en rapport avec les sens qui leur restent, sans cesser d'être la méthode naturelle, c'est-à-dire celle qui est à l'usage de l'homme muni de tous ses sens. Tout ce qui peut rendre cette méthode accessible aux sourds-muets est donc un progrès, et tout ce qui tend à leur en rétrécir l'usage agit en sens contraire.

Telles sont les remarques générales et particulières que j'avais à soumettre à l'Académie sur le rapport et à l'occasion du rapport. Je lui laisse le soin d'apprécier l'usage qu'elle pourra en faire pour mieux répondre à la mission qu'elle a reçue du gouvernement.

M. Piorry se plaint d'abord qu'on adresse des reproches au rapporteur, tandis que la commission est tout entière responsable du rapport. On a semblé dire, ajoute M. Piorry, que la commission avait paru céder au désir d'attaquer la méthode en usage à l'institution de Paris, qu'elle avait voulu combattre la mimique, etc. Il n'a nullement été question de cela. Quant à l'argumentation de M. Guérin, en particulier, elle se résume tout entière dans un seul reproche, c'est de n'avoir point fait l'historique et l'appréciation comparative des diverses méthodes en usage. La commission s'en serait bien gardée. Tel n'était pas son but; elle a voulu et dû s'en tenir uniquement au sens des questions adressées par le ministre. C'est sur ces points seulement que la commission accepte le débat.

M. Bouvier monte à la tribune, qu'il occupe pendant une heure et demie. Nous résumerons son argumentation dans un prochain numéro.

M. Michel Lévy demande, avant de clore la séance, qu'on lui permette de lire quelques fragmens d'un livre intitulé : *Essai sur l'éducation et spécialement sur celle du sourd-muet*, par M. Désiré Ordinaire, et qui contiennent, suivant lui, la solution de la question soulevée devant l'Académie.

Voici ces passages :

« Est-ce atteindre le but proposé que de prendre pour intermédiaire de cette association le langage mimique qui, comme nous l'avons vu, est dans sa plus grande partie, tout aussi arbitraire que les mots écrits, sans jouir des mêmes avantages qu'eux, et qui, après avoir absorbé toute l'attention dont l'élève peut disposer sans garantie qu'il ait été compris, deviendra l'interprète du langage écrit? On ne peut donc par cette voie que compliquer la difficulté au grand détriment de l'élève, comme les faits le démontrent.

» Les signes méthodiques employés principalement pour expliquer les formes les plus arbitraires, et les plus abstraites du langage écrit, ne se composent eux-mêmes que de ce qu'il y a de plus abstrait dans le langage mimique.

» L'abbé de l'Épée, après les avoir réduits à toute la simplicité qu'il croyait possible, se félicitait de penser qu'il ne faudrait plus que trois mois à une personne lettrée pour en acquérir la connaissance et en faire l'application; et il pensait ainsi, parce que cette personne instruite de toutes les formes et de toutes les combinaisons du langage, était douée de toutes les conditions nécessaires pour les comprendre....

» ..... Qu'on se passe donc d'un interprète qui ne pourrait enseigner la langue dont on a besoin, que par une langue plus difficile encore et dont on n'a que faire, et qu'on se résigne à se servir, pour cette transmission, du moyen le plus simple offert par la nature même de la chose à l'attention de l'homme, celui qui s'adapte le mieux au but qu'on se propose, et qui non seulement réalise, dans l'enseignement, tout ce qu'on s'était vainement promis des signes méthodiques, mais qui devient en même temps le moyen le plus propre pour faire recouvrer aux sourds-muets l'avantage de ses communications sociales.

» Oui, la lecture sur les lèvres réalise tous ces avantages, et au degré le plus éminent, puisque c'est la parole elle-même qu'elle fait voir à celui qui ne peut l'entendre, et avec les modifications et les nuances qui la caractérisent. Elle est à la parole plus que le dessin n'est à l'objet qu'il représente; elle en est le miroir le plus fidèle ; elle fixe sans cesse l'attention de l'élève sur la physionomie de celui qui parle, et qui est aussi le miroir de son âme ; elle le met dans le cas de saisir et de se pénétrer de tout ce que l'expression de l'intelligence et du sentiment jette encore de lumière pour faire comprendre la valeur des mots qui expriment; aucun exercice ne peut approcher de cet immense avantage; tous ceux qui se font par le langage mimique, se font dans une langue essentiellement transpositive, opposée à l'ordre de construction directe de la langue française, et compliquant la difficulté de son travail, lorsqu'il s'agit pour l'élève d'écrire ce qu'on lui a fait penser à l'aide du langage mimique. »

Et plus bas :

« Que deviennent-ils (les sourds-muets) lorsqu'ils quittent nos institutions? Ils rentrent dans leurs familles, où ils retrouvent leurs parens, qui, le plus souvent, ne sachant ni lire, ni écrire, sont devenus plus étrangers que jamais à toute communication avec eux. Plus leur langage mimique sera étendu et perfectionné, pour se prêter à tout le développement de leurs idées, plus ils seront devenus inintelligibles pour tout ce qui les entoure; à peine trouveront-ils, dans le village qu'ils habitent des personnes qui, ayant l'instruction nécessaire, aient en même temps assez de loisir et de bienveillance pour leur faire appliquer quelque chose de ce qu'ils ont appris; aussi l'oublient-ils rapidement. Que sera-ce si, infatués de leur prétendu savoir, ils vont jusqu'à dédaigner ceux qui les entourent, ainsi que les pratiques industrielles qui sont leurs seules ressources?

» Supposons, au contraire, que ces élèves aient été exercés à lire la parole sur les lèvres : après quelques actes d'attention, ils la reconnaîtront dans tous ceux qui parlent, et par là seront en participation avec toutes leurs idées.

» Supposons qu'ils ne puissent articuler que quelques mots, pourvu que ce soit ceux qui se rapportent au principal objet de leur pensée, ils seront comme un rayon de lumière, qui suffira pour éclairer et faire comprendre tout ce qu'ils développeront ensuite par l'action mimique; l'habitude perfectionnera et rendra tous les jours plus faciles toutes leurs communications. Non seulement ils ne pourront jamais oublier ce qu'ils ont appris, mais le besoin de leurs relations sociales leur en fera sentir chaque jour davantage l'utilité dans tous les détails de la vie; leur connaissance dans la langue ira en se perfectionnant, et en se proportionnant toujours à la sphère dans laquelle ils vivent, et à celle des besoins qui y correspondent. Si tels sont les avantages qu'on doit espérer de l'articulation et de la lecture sur les lèvres, même pour tous ceux qui en profiteront le moins, je le demande, n'est-ce pas un devoir d'humanité de n'épargner aucun effort pour chercher à les leur procurer? »

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

La parole sera maintenue à M. Bouvier pour terminer sa lecture.

PRESSE MÉDICALE.

Archives générales de médecine. — Janvier, Février et Mars.

Expériences sur l'élimination élective de certaines substances par les sécrétions, et en particulier par la sécrétion salivaire; par le docteur Claude Bernard.

L'absorption et l'élimination des substances médicamenteuses, toxiques ou autres, dit M. Bernard, ont été depuis longtemps le sujet d'un très grand nombre d'expériences de la part des physiologistes. Toutefois, ces recherches ayant été faites plus spécialement sur l'urine, le lait, la bile....., on a négligé d'examiner avec le même soin plusieurs sécrétions, parmi lesquelles se trouve la sécrétion salivaire. On n'a pas suffisamment indiqué, par exemple, cette propriété singulière que possèdent les organes sécréteurs de la salive de laisser passer facilement un certain nombre de substances dans leur sécrétion, tandis qu'au contraire, ils se refusent d'une manière absolue à en laisser passer d'autres, qui néanmoins sont parfaitement solubles et trouvent dans d'autres appareils sécréteurs une élimination très facile.

Les expériences consignées dans ce mémoire par M. Bernard ont donc pour but de mettre surtout en évidence, pour la salive, cette sorte d'élection éliminatrice, qui, bien qu'elle paraisse encore inexplicable, n'en doit pas moins être prise en grande considération, quand il s'agit de juger le mode d'action de quelques substances médicamenteuses.

Les substances sur lesquelles M. Bernard a expérimenté sont : l'iodure de potassium, l'iodure de fer, le lactate de fer, les sucres de canne et de raisin et le prussiate jaune de potasse. Nous ne pouvons que reproduire ici les conclusions de cet important travail :

En résumé, dit M. Bernard, les expériences contenues dans cette note, apprennent que des substances parfaitement solubles, et circulant dans l'économie sans produire aucun accident, offrent deux ordres de phénomènes remarquables :

1° Quelques substances ne passent jamais dans certaines sécrétions déterminées : exemple, le prussiate jaune de potasse, les sucres de canne et de raisin. D'autres se montrent au contraire dans toutes les sécrétions, seulement avec une plus ou moins grande rapidité; exemple, l'iodure de potassium.

2° Certaines de ces substances s'éliminent complètement et rapidement de l'économie par les urines : exemple, prussiate jaune, sucres, etc....., tandis que d'autres ne sont éliminées qu'en partie par les urines, et peuvent rester dans l'organisme, et se montrer pendant un temps plus ou moins long dans d'autres sécrétions. L'iodure de potassium offre un exemple remarquable de ce séjour prolongé des substances solubles dans l'organisme, séjour qui, pour ce sel, est encore augmenté, parce que la portion non éliminée et reparaissant dans la salive, au lieu d'être expulsée au dehors, est incessamment rejetée dans l'estomac, de là reprise par la circulation, puis ramenée dans la salive, et ainsi de suite.

La conclusion principale à tirer de ce travail est qu'on ne peut ramener encore à aucune loi générale, la manière dont les substances se comportent dans l'organisme. Les expériences faites sur une substance saline, ne peuvent rien apprendre pour une autre. On n'aurait pas pu prévoir, par exemple, que l'iodure de potassium et le prussiate jaune de potasse, sels également solubles, offriraient, sous le rapport de leur passage dans les sécrétions et de leur élimination, des différences aussi marquées. Des recherches spéciales sur chaque substance en particulier sont donc nécessaires pour établir son histoire physiologique, qui doit être intimement liée à son mode d'action thérapeutique.

Le Gérant, G. Richelot.

(1) A propos du chien, je demandais à M. Dubois de quelle utilité pouvait lui être un chien de garde. On sait, me dit-il, dans le voisinage, que je suis sourd; mais on ne sait pas qu'à travers les autres bruits je sens et distingue très bien mon chien quand il aboie.

(1) Voyez l'histoire d'*Anna*, ou l'*Aveugle sourde-muette de l'institut des Sourds-Muets de Bruges*; par M. l'abbé Carton, directeur de l'institut des Sourds-Muets de Bruges. — In-8°, 1843.

Paris.—Typographie Félix Maltestre et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 60. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 21 Mai 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de M. le professeur TROUSSEAU.

M. le professeur Trousseau nous a adressé la lettre suivante, que nous nous empressons de publier :

15 Mai 1853.

Mon cher ami,

Je remercie bien sincèrement M. le docteur Tartivel du soin extrême avec lequel il rend habituellement compte des leçons cliniques que je fais à l'Hôtel-Dieu ; mais je vous demande la permission de rectifier deux fautes typographiques, et une fausse interprétation de ma pensée qui se trouvent dans le compte-rendu de mes leçons sur la *varicelle*, la *variole*, la *vaccine* et la *revaccination*, numéro de samedi 14 mai.

Au lieu de *Thiélé*, votre imprimeur a laissé *Thycle*. — Au lieu de *Cely*, il a mis *Eccly*. — Ce sont des bagatelles ; mais nos confrères de Russie et d'Angleterre, qui sont parvenus à inoculer la variole aux vaches et à leur donner ainsi le véritable cow-pox, ne seraient pas satisfaits de voir leur nom ainsi défiguré.

Quant à la fausse interprétation de mes paroles, elle appartient à l'honorable M. Tartivel, mais je conviens qu'il y a eu un peu de ma faute.

M. Macpherson observe chez les vaches, dans une épizootie de l'Inde anglaise, une maladie éruptive se manifestant *comme le claveau* des moutons, sur tous les points de la peau, et en même temps sur le pis et les trayons. Il l'inocule à l'homme et il obtient la vaccine.

J'ai comparé cette éruption générale au claveau ; mais j'aurais dû ajouter que pour Macpherson, comme pour moi, cette affection, était un *cow-pox généralisé*, et non la *clavelée* proprement dite. Je tiens d'autant plus à cette rectification, que plusieurs médecins vétérinaires ont essayé de trouver de l'identité entre le *claveau* et le *cow-pox*, identité qui ne me paraît nullement démontrée.

Agréez, etc. A. TROUSSEAU.

Sommaire. — De la vaccination. — De la préservation. — De la génération du vaccin.

Vous savez tous comment se fait la vaccination. On prend du virus-vaccin au bras d'un enfant et on le transporte à l'aide de la lancette sur le bras de l'individu qu'on veut vacciner. On pratique ainsi 3, 4, 5, 6 piqûres à chaque bras (vous verrez plus tard que le nombre des piqûres n'est pas indifférent). Une fois l'inoculation faite, que se passe-t-il ? Pendant les trois premiers jours, lorsque les conditions sont bonnes du côté du virus et du côté du sujet, rien ne se manifeste, sauf une petite rougeur qui se montre le premier jour, au lieu de la piqûre, et s'efface le jour même. Au quatrième jour seulement on voit apparaître une petite papule rouge, qui, le cinquième jour, devient un peu plus acuminée, s'élargit le sixième jour sans s'entourer d'une auréole, s'élargit encore et s'ombilique au septième jour. C'est le huitième jour seulement que commence à se dessiner l'auréole inflammatoire qui va s'agrandissant le neuvième jour, acquiert 2, 3, 4 et 5 centimètres d'étendue. Au dixième jour elle commence à décroître, la pustule se sèche vers le onzième jour, et, du quatorze au quinzième, la croûte tombe, laissant à sa place une cicatrice semblable à celle d'une pustule d'ecthyma. Voilà la vaccine telle que nous la voyons aujourd'hui, déterminant les symptômes locaux que je viens d'indiquer, et aussi des symptômes généraux sur lesquels j'appellerai tout à l'heure votre attention.

Mais le cow-pox inoculé, lorsqu'il n'a encore rien perdu de sa virulence, après 3, 4, 5 générations par exemple, agit d'une manière plus énergique. La pustule est plus large, le liquide plus opalin, l'auréole plus étendue, la chute de la croûte n'arrive que du vingt au vingt-deuxième jour, en sorte qu'il existe une très grande différence entre le cow-pox de la troisième, quatrième ou cinquième génération et celui de la centième, je suppose.

Dès le cinquième jour de l'inoculation vaccinale, lorsqu'on fait une attention sérieuse à l'enfant, on remarque quelques troubles dans sa santé, troubles caractérisés tantôt par de la diarrhée et de l'abattement, tantôt seulement par de la maussaderie ; ils durent une demi-journée à une journée tout au plus. Pendant les sixième, septième et huitième jours on n'aperçoit rien de notable, mais, vers la fin du huitième, lorsque les ganglions de l'aisselle commencent à s'engorger et que l'auréole se dessine et s'étend, éclate un mouvement fébrile que les vaccinateurs ont appelé *fièvre vaccinale* et auquel ils attachent une très grande importance ; cette fièvre dure deux ou trois jours, plus intense chez les enfans inoculés avec le vaccin régénéré que chez ceux qui l'ont été avec le vieux vaccin, elle est proportionnée à l'âge du vaccin et au nombre des pustules. Elle est en raison inverse de l'âge du vaccin et en raison directe du nombre des pustules. Lorsqu'il n'existe qu'une seule pustule, le mouvement fébrile est nul ou à peu près nul ; s'il y en a 3, 4, 6, 8, 10, la fièvre devient de plus en plus intense.

Il survient dans le cours de la vaccine un accident qui acquiert quelquefois une importance assez grande. C'est une éruption générale, appelée *exanthème vaccinal*, rare l'hiver ; si ce n'est chez des enfans tenus trop chaudement, trop *couvés* ; commune, au contraire l'été, saison où elle devient habituelle. cette éruption survient du neuvième au onzième jour de la vaccine, elle est morbilliforme, c'est-à-dire présentant les caractères de la rougeole ; quelquefois elle est scarlatiniforme ; quelquefois, mais très rarement, elle est pustuleuse. Je n'ai pu observer que deux fois la forme pustuleuse de l'exanthème vaccinal. Dans l'un de ces cas, l'enfant avait déjà, avant l'inoculation, des boutons qu'il écorchait en les grattant. Il est probable que le pus des pustules vaccinales écorchées également par l'enfant a été porté par lui sur les boutons et les a transformés en véritables pustules d'inoculations. Voilà, dans ce cas, l'origine très probable de la forme pustuleuse de l'exanthème vaccinal. Quant à la forme morbilleuse ou scarlatineuse, elle est la règle chez les enfans qui, pendant la fièvre vaccinale, ont des sueurs abondantes.

Voilà comment se conduit la *véritable* vaccine, car il y a une vraie et une fausse vaccine. Celle-ci se comporte d'une autre façon. Elle est à la vaccine normale, ce que la varioloïde est à la variole légitime. Lorsqu'on inocule le vaccin à un enfant déjà vacciné et que le vaccin prend, on voit survenir souvent une rougeur très vive, accompagnée de démangeaisons insupportables, suivie bientôt, au bout de 24, 36, 48 heures, d'une papule très accuminée. C'est une éruption vaccinale modifiée par la vaccine antécédente, c'est une *vaccinoïde*. Tandis qu'à partir du cinquième jour de l'inoculation, la pustule vaccinale légitime va toujours croissant jusqu'au dixième ou onzième jour, époque à laquelle elle se dessèche pour ne tomber que du quatorzième au quinzième jour, la pustule de la *vaccinoïde* atteint son apogée au cinquième jour et se dessèche du sixième au septième. Il y a donc entre la vaccinoïde et la vaccine la même différence qu'entre la varioloïde et la variole. La vaccinoïde est une vaccine modifiée, comme la varioloïde est une variole modifiée.

Quant aux cicatrices qui succèdent aux pustules d'inoculation, elles ont soulevé bien des discussions. En Angleterre, on avait établi que pour que le virus-vaccin fût reconnu bon,

Feuilleton.

DE LA PROSTITUTION DANS LA VILLE D'ALGER, DEPUIS LA CONQUÊTE;

Par E.-A. DUCHESNE, d.-m., etc.

Un volume in-8°, Paris, 1853, J.-B. Baillière.

Quand on sait tout ce que l'étude scientifique de la prostitution offre de difficultés, tout ce qu'elle inspire de répugnances et de dégoût, tout ce qu'il faut de persévérance et de courage pour en pénétrer les mystères et les ruses, tous les sentimens élevés et dignes dont il faut pour ainsi dire provoquer une éclipse, afin de saisir toutes les abjections morales qui l'accompagnent, on est saisi d'un sentiment de reconnaissance et d'admiration pour ceux qui, bravant tous ces obstacles, et, jusqu'à un certain point, tous ces périls, nous initient aux plus secrètes obscurités de cette plaie morale et sociale. Ce sera l'honneur de notre époque si décriée par des contempteurs inintelligens ou aveugles, qu'un pareil sujet ait pu être abordé par des hommes dont la moralité austère a jeté comme un voile de pudeur et d'honnêteté sur ces nudités si tristes. Le célèbre ouvrage de Parent-Duchâtelet a été avidement recherché par toutes les classes de lecteurs, mais il n'a trompé que les secrètes espérances des libertins ; le philosophe, l'hygiéniste et l'administrateur, au contraire, y ont pu faire ample moisson de réflexions élevées et d'applications utiles. Cet admirable ouvrage, qui est resté le modèle du genre, a inspiré quelques travaux analogues pour de grandes cités de la France. A Lyon, par M. le docteur Potton ; à Nantes, par la Société de médecine de cette ville ; dans quelques autres Sociétés médicales de nos départemens, la prostitution a été étudiée sur le plan et avec la méthode que Parent-Duchâtelet a suivis dans son étude de la prostitution à Paris. Loin de blâmer ces recherches, on doit regretter, au contraire, que ces exemples n'aient pas été plus nombreux, que nous n'ayons pas la monographie de la prostitution de chaque département, élémens indispensables pour l'histoire générale de la prostitution en France, sans laquelle resteront stériles les louables efforts tentés pour la réglementation générale.

M. le docteur Duchesne vient de faire, pour la ville d'Alger, ce qu'il serait désirable de voir s'exécuter dans toutes les autres villes de l'empire. Chargé d'une mission scientifique en Algérie, cet honorable confrère a consacré quelques momens de liberté à étudier l'histoire de la prostitution dans la ville d'Alger depuis la conquête, histoire qu'il vient de publier et dans laquelle nous allons le suivre.

Des documens dignes de foi cités par l'auteur prouvent que la prostitution existait à Alger dès le XVIe siècle, quoiqu'elle n'y fût ni tolérée, ni réglementée à cette époque. Plus tard, arrivèrent la tolérance et la réglementation que les Français y trouvèrent établies en 1830. La prostitution y existait certainement alors sur une grande échelle, car on estime à 3,000 le nombre des filles publiques à Alger lors de la conquête. On sait peu de chose de la discipline qui leur était imposée, car les registres disparurent au moment de l'entrée des Français. On sait seulement que les femmes publiques étaient renfermées dans des maisons particulières et divisées en diverses classes dont chacune avait ses prix, et qu'elles ne pouvaient sortir sans la permission du mezouar ou mizoaar, sorte de lieutenant de police, chargé spécialement de leur surveillance.

Après la conquête on sentit bientôt le besoin de réglementer la prostitution à Alger, et M. Duchesne nous fait connaître avec détails toutes les phases qu'a suivies cette organisation depuis 1830 jusqu'au moment actuel. On voit avec surprise qu'on laisse subsister à Alger une mesure depuis longtemps abandonnée dans la métropole et par des motifs longuement motivés par Parent-Duchatelet, nous voulons parler des redevances ou rétributions mensuelles qui, avec le produit des amendes infligées aux filles publiques qui s'écartent des prescriptions réglementaires, forment le budget du dispensaire.

Il y a deux sortes de prostitution à Alger, la prostitution femelle et la sodomie, ou prostitution mâle. Cette partie du tableau, que M. Duchesne n'a pas craint de tracer d'une manière très exacte, constitue la partie la plus curieuse de ce livre. Nous n'osons en vérité suivre l'auteur dans ses récits, qui prouvent que le vice de Sodome, fort ancien à Alger, y est encore aujourd'hui très répandu, non seulement dans la population indigène, mais hélas ! aussi parmi les Européens. Une seule citation donnera une idée des pages nombreuses consacrées par l'auteur à ce sujet, et qu'on nous saura gré d'indiquer seulement :

« Un des spectacles les plus pénibles pour l'observateur, c'est surtout le scandale de cette dépravation anticipée de la jeunesse et de l'enfance. A Alger, ce ne sont pas seulement des femmes qui exercent le honteux métier de la prostitution ; à chaque pas, sur la place même du Gouvernement (promenade de la ville), et à chaque coin de rue, vous rencontrez des enfans, des petits garçons de dix et douze ans qui vous adressent les provocations les plus tenaces, et vous font les propositions les plus obscènes. »

Cette prostitution sodomiste n'est pas réglementée, dit l'auteur. Pourrait-elle l'être ? La réglementation n'impliquerait-elle pas la tolérance ? Et quel est le gouvernement qui pourrait tolérer un aussi infâme vice ? Sans doute, il doit y avoir là une source abondante de syphilis. Mais pour la détruire, ou tout au moins pour la détourner, ce n'est pas à la réglementation qu'il faut demander des mesures, cette réglementation ne serait qu'une immoralité de plus, mais bien à la destruction totale du vice par une surveillance rigoureuse et une pénalité sévère.

Le nombre des filles publiques dans la ville d'Alger, autant qu'on peut en juger par les chiffres du dispensaire, ne dépasserait pas 600, pour une population totale de 50,000 habitans environ.

La nationalité de ces filles est fort diverse. Ce sont les filles arabes ou mauresques qui l'emportent par le nombre. Les prostituées indigènes tiennent toutes à des familles pauvres qui vivent du commerce de leurs filles. Et l'auteur fait remarquer, avec raison, que la misère produit presque partout le même effet. Il a vu aussi qu'à Alger, comme en Europe, la population des villes fournit beaucoup plus d'alimens à la débauche que le peuple des campagnes ; les filles publiques mauresques,

il devait laisser une cicatrice étroite, d'un centimètre au plus, ronde, régulière, représentant une plaque gaufrée analogue à une plaque de Peyer normale. Quand, au contraire, on trouvait une cicatrice vaccinale irrégulière dans sa forme, allongée au lieu d'être ronde, ou à peine marquée comme la cicatrice d'une bulle de pompholix ou de pemphigus, on disait que le virus qui avait produit une pareille cicatrice était mauvais, que c'était un vaccin non préservatif. Toutefois, pendant les épidémies de variole observées avec soin tant en France qu'à l'étranger, dans les revaccinations qui furent faites en Allemagne, sur les troupes wurtembergeoises, les médecins portèrent toute leur attention sur cette question des cicatrices vaccinales. On croyait qu'il ne fallait revacciner que les individus portant des cicatrices irrégulières, et on agissait en conséquence. Les épidémies de variole démontrèrent que la maladie ne respectait pas plus les individus à cicatrices régulières que les autres, et, comme contre-épreuve, dans les revaccinations, il fut prouvé que le vaccin prenait tout aussi bien sur les premiers que sur les seconds. Dès lors la question de la cicatrice vaccinale perdit son importance.

De la préservation. — Cette question comprend le passé, le présent et l'avenir de la vaccine.

1o La vaccine préservait-elle? Voilà pour le passé.

2o La vaccine préserve-t-elle? Voilà pour le présent.

3o La vaccine préservera-t-elle? Voilà pour l'avenir.

1o La vaccine préservait-elle? De 1799 à 1816, poser une semblable question eût été considéré comme un blasphème. De l'avis de tous, la vaccine préservait tout aussi sûrement que la variole. En 1816, on reconnut que les cas de variole, après vaccine, n'étaient pas des cas rares, exceptionnels, mais qu'ils se multipliaient en assez grand nombre. Puis vinrent les épidémies de 1819 à 1824, qui firent de si nombreuses victimes. A Marseille seulement, on compta jusqu'à 30,000 varioleux. Alors on fut obligé de reconnaître que la vaccine ne préservait plus d'une manière absolue, mais seulement d'une manière relative. La Société jennérienne elle-même dut accepter cette conclusion déduite de l'observation des faits. Mais cette immunité relative existait-elle réellement? Cette question fut résolue affirmativement par les épidémies qui éclatèrent en France, en Angleterre, en Allemagne. On croyait que lorsque la variole venait à sévir sur une population, elle frappait en varioloïde les individus vaccinés, et en variole ceux qui ne l'étaient pas. On vit alors des vaccinés pris de variole, mais en nombre beaucoup moins considérable que les individus non vaccinés. Ceux-ci furent frappés en masse, et, tandis que l'épidémie faisait parmi eux d'effroyables ravages, elle se montrait bénigne aux premiers. Du côté des vaccinés, on comptait 1 mort sur 50, tandis que du côté des autres, on en comptait 1 sur 4 ou 5. Il résultait de là que la vaccine donnait une immunité relative.

On avait voulu établir que l'immunité concédée par la vaccine était la même que celle qui était acquise par une variole antérieure, mais on vit dans l'épidémie de Marseille que les anciens variolés n'entraient que pour 1/69e dans le nombre des malades, tandis que les vaccinés entraient pour 1/7e; d'où il résultait que la vaccine avait un pouvoir préservatif beaucoup moindre que celui de la variole.

Quelles sont les causes de cette moindre préservation?

Si nous considérons d'abord ce qui se passe dans l'inoculation du faux vaccin, nous voyons que l'individu ainsi inoculé n'est pas plus préservé que si on lui avait inoculé le liquide d'une pustule d'ecthyma. La production de la fausse vaccine tient soit à une altération du vaccin, soit à une mauvaise disposition du sujet.

Déjà Jenner, Grégory et d'autres vaccinateurs avaient été frappés des anomalies que la vaccine présentait chez certains individus et ils avaient attribué ce phénomène à une mauvaise disposition de ces sujets. Voilà déjà une cause de non préservation, cause inhérente à l'individu, et dépendante d'une disposition anomale inconnue de son économie.

Occupons-nous maintenant de ce qui se passe dans la bonne et légitime vaccine, relativement à la préservation. L'intensité de la vertu préservatrice de la vaccine dépend de deux conditions principales qui sont : 1o l'âge du vaccin employé; 2o le temps écoulé depuis la vaccination.

1o *Age du vaccin employé.* — On a observé en Angleterre que les individus vaccinés les premiers, dans la période de 1798 à 1802, 1803, 1804, alors que le vaccin n'avait pas encore passé par de trop nombreuses générations, avaient généralement été à l'abri des atteintes de la variole. De même en France les personnes qui furent vaccinées en 1801, 1802, 1803, 1804, ont été, dans les épidémies subséquentes plus à l'abri de l'influence variolique que les vaccinés de 1815, 1816, 1820, etc. On a remarqué aussi que les individus vaccinés avec le nouveau cow-pox avaient été beaucoup mieux préservés que les personnes vaccinées avec le vieux cow-pox déjà transmis par plusieurs centaines de générations successives d'enfans à enfans. L'âge du vaccin est donc une cause de dégénération qui diminue sa vertu préservatrice.

2o *La temps écoulé depuis la vaccination* est encore une condition de moindre préservation du vaccin. Dans les expériences faites en Angleterre, au moment où l'on parlait beaucoup de la non-immunité de la vaccine, on inocula un certain nombre d'enfans vaccinés depuis quelques années seulement, et on ne put leur donner la variole, l'inoculation ne prit pas. Cependant je me rappelle avoir vu, il y a 8 ans, à l'hôpital Necker, un enfant contracter la variole quinze jours après avoir été vacciné. Mais il ne faudrait pas interpréter absolument ce fait comme défavorable à la vaccine, car la veille du jour de la vaccination, cet enfant avait été imprudemment porté dans une salle contenant des varioleux.

Pendant les épidémies de variole qui ont désolé l'Europe, des médecins instruits et sérieux ont remarqué que des enfans vaccinés depuis 2, 3, 4, 6, 8, 10 ans, prenaient la varioloïde, mais ils ont noté aussi que le nombre des enfans atteints était d'autant plus considérable, que la date de la vaccination était plus éloignée. Ils en ont conclu avec raison que plus il y avait de temps qu'on était vacciné, moins on ressentait les bienfaits de l'immunité; si bien qu'il y a plus de chance de contracter la variole après 15 ans qu'après 10 ans, plus après 10 ans qu'après 5, et ainsi de suite, toutes choses égales d'ailleurs, c'est-à-dire le nombre des pustules d'inoculation et les autres circonstances ayant été les mêmes.

Nous verrons plus loin que le nombre des pustules, par exemple, n'est pas chose indifférente dans la question de la préservation.

Par les considérations précédentes, nous sommes tout naturellement conduits à la question de la *dégénération* du vaccin, question très grande et très grave en médecine.

Jenner ne se laissa jamais aveugler par sa brillante découverte. Sans doute il en comprit bien toute l'importance, mais longtemps avant sa mort il avait prévu qu'autant par la faute des vaccinateurs que par celle du vaccin même, il se produirait des altérations considérables dans l'énergie préservatrice de la vaccine; il ne se trompait pas. Si l'on compare l'ancien cow-pox au nouveau, le vaccin de 1824 à celui de 1801 ou à celui que M. Steinbrenner a régénéré en Alsace en 1845, nous les voyons produire des effets bien différens. Comparez en effet, sur les dessins qui nous en ont été conservés, les inoculations vaccinales de 1799, 1801, 1802, à celles de 1824, ce n'est plus la même chose. Ces dernières pustules ont moins de largeur, l'auréole inflammatoire est moins étendue, la dessication s'opère plus rapidement; tandis que les pustules des inoculations de 1824 se sont séchées et sont déjà tombées au bout de 14 ou 15 jours, celles de 1799, de 1801, de 1802 persistent encore après trois semaines. D'autre part, les résultats produits avec le vaccin régénéré sont conformes à ceux obtenus avec le vaccin primitif, alors qu'il n'avait encore passé que par un très petit nombre de générations. L'âge du vaccin est donc une cause puissante de sa dégénération. Mais il est d'autres causes de dégénérescence qu'il faut tâcher de bien comprendre et qui tiennent à la transmission du virus. Ouvrez l'histoire de la syphilis, voyez ce qu'elle a été autrefois et ce qu'elle est aujourd'hui. La vérole des XVe et XVIe siècles s'accompagnait d'accidens terribles, nullement comparables à ceux que nous observons aujourd'hui. Cependant, dès la fin du XVIe siècle, comme aujourd'hui, les préparations mercurielles étaient administrées au début même des accidens secondaires. Malgré cela, la syphilis éclatait avec une épouvantable gravité, heureusement inconnue, ou du moins tout à fait exceptionnelle à notre époque. A quoi tient cette modification? Elle tient à ce que la syphilis s'est transmise de l'homme à l'homme avec des conditions particulières d'atténuation, conditions très simples et très naturelles.

Supposons un individu, homme ou femme, atteint de vérole, cet individu ne va pas s'exposer tout d'abord à contaminer des femmes, si c'est un homme; ou des hommes, si c'est une femme; il use de précautions. Ainsi se passe généralement la période de la plus grande virulence, et, lorsqu'arrive le coït infectant, le virus est transmis le plus souvent dans un état d'énergie moindre. La transmission de la vérole est le plus souvent une transmission de hasard, transmission sans règle, nullement faite dans le but de perfectionner la syphilis. Il en est résulté, par une série de transmissions successives, une vérole d'une gravité incomparablement moindre que celle des XVe et XVIe siècles.

Lorsque vous lirez l'histoire des épidémies de coqueluche au moyen-âge, vous serez frappés de l'épouvantable gravité de cette maladie à cette époque. Aujourd'hui, la coqueluche est grave, sans doute, mais elle est loin d'être aussi sévère qu'au temps dont nous parlons; c'est que le virus inconnu qui produit la coqueluche s'est atténué par la transmission.

Certaines maladies contagieuses ont disparu; la lèpre, cette maladie qui faisait la terreur du moyen-âge, ne fait plus aujourd'hui la terreur de personne. Il se produit donc dans les virus qui se transmettent de l'homme à l'homme une atténuation particulière qui résulte de la transmission.

Certaines causes peuvent rendre un virus plus ou moins actif. Deux faits permettront de bien comprendre ce point :

Jenner disait : c'est au sixième ou au septième jour, que le vaccin a le plus d'énergie. Si vous prenez de la sérosité vaccinale au sixième jour, vous en aurez peu, mais elle sera très énergique. Cette sérosité aura moins d'énergie au septième jour, quoiqu'elle en conserve beaucoup; puis la virulence ira

---

habitantes des villes, se trouvent constamment en majorité. D'ailleurs, nulle instruction parmi ces pauvres filles indigènes.

Quant à leur âge, comme les déclarations de naissance ne sont obligatoires que depuis 1838, il est impossible d'avoir aucun renseignement sur ce sujet.

Nous passons sur une infinité de détails donnés par l'auteur sur le tempérament, les habitudes, la nourriture, la gourmandise, la rapacité, le costume, etc., etc., des filles indigènes. Nous n'avons trouvé, dans ces divers chapitres, rien de bien intéressant au point de vue médical. Nous préférons consacrer l'espace qui nous reste à suivre l'auteur dans les indications qu'il donne sur le dispensaire d'Alger.

Ce dispensaire fut créé au mois d'août 1830. Il est placé au centre de la ville, près du quartier habité par les filles. Il occupe trois vieilles maisons mauresques, dans lesquelles aucune modification dans la distribution intérieure et primitive n'a été faite, et qui forment, dit l'auteur, un dédale inextricable de petites chambres, d'escaliers, de passages voûtés, de portes basses, de galeries, qu'on a cherché à utiliser de la manière la moins imparfaite pour leur destination actuelle, mais qui laisse beaucoup à désirer sous le rapport de la rapidité, de la salubrité du service et d'une bonne surveillance.

Le dispensaire sert à la fois de lieu de visite pour les filles et d'infirmerie pour celles qui ont été trouvées malades et qui doivent subir là le traitement. L'infirmerie compte 80 lits. Le service médical est fait par un seul médecin, qui est chargé à la fois de la visite et de l'infirmerie.

La visite des filles publiques a lieu au dispensaire, chaque matin à sept heures. Nous n'avons pas trouvé dans l'ouvrage de M. Duchesne des renseignemens positifs sur le nombre des visites faites par le dispensaire, sur l'époque à laquelle les filles sont contraintes à se présenter au dispensaire, sur le nombre de filles qui sont trouvées malades, sur la nature et la gravité des accidens qui se rencontrent le plus fréquemment. Toutes ces notions indispensables pour se faire une idée exacte de la syphilis à Alger, M. Duchesne les donne à l'état si vague et si incomplet, qu'il n'est pas possible d'en rien conclure. L'auteur, sans doute, n'a pu faire mieux, faute de renseignemens plus précis; mais nous devions signaler cette lacune regrettable. Nous ne rencontrons sur ce point que cette note par trop succincte : « En 1842, le nombre des filles visitées a été de 5,186, sur lesquelles il y a eu 446 malades; d'où il résulte qu'il y a eu environ 8 malades sur 100 filles visitées. » Le seul document qui puisse mettre sur la voie des services que rend à la santé publique le dispensaire d'Alger, est le tableau reproduit par l'auteur du mouvement du dispensaire depuis 1831 jusqu'en 1851. Nous y voyons que la durée moyenne du traitement a varié entre 14 et 39 jours, d'où l'on peut inférer que le dispensaire n'a eu à traiter que des accidens primitifs et locaux. On voit, en effet, par les tableaux suivans, que tandis que les colonnes des accidens primitifs portent les chiffres de 55, de 135, de 80, de 78, on ne rencontre à la colonne des accidens constitutionnels que les chiffres 6 et 8. Les affections graves sont donc assez rares chez les filles publiques d'Alger, et la comme partout où une tutélaire surveillance est exercée, l'on peut arrêter le mal à son début.

M. Duchesne a parsemé son livre de remarques intéressantes et d'observations curieuses. En voici une, par exemple, qui concerne les Arabes des tribus : « Les Arabes aiment beaucoup les femmes, mais ils n'ont pas la lubricité des Maures, ils s'en tiennent à leur femme; ceux qui sont riches ont des concubines. Il n'y a pas ou peu de filles publiques dans les tribus; aussi il y a peu de maladies vénériennes, et c'est peut-être à cette rareté de la syphilis qu'il faut attribuer cette singulière croyance des Arabes, qui est répandue dans les douars de l'intérieur, croyance qu'il serait important de détruire : Ils se figurent qu'en cohabitant avec une négresse on lui passe son mal en s'en délivrant. Les esclaves noires devaient, avant 1830, se soumettre docilement à cette épreuve, dont le résultat était de doubler le nombre des infectées. »

L'auteur termine son livre en exposant de très bonnes idées sur la fondation à Alger d'un ouvroir, d'une maison de refuge et d'un conseil de salubrité. Il y ajoute un projet de réglement pour la prostitution en Afrique, projet qui, si nous sommes bien renseigné, a été bien accueilli par l'administration centrale, qui l'aurait fait mettre à l'étude.

Le travail de M. le docteur Duchesne est certainement l'œuvre d'un esprit éclairé et honnête. C'est un bon chapitre de plus à ajouter à l'histoire générale de la prostitution. Puisse-t-il être une excitation pour l'administration de provoquer dans toutes les parties du territoire français des études semblables qui puissent la mettre à même de généraliser et d'harmoniser un système de police capable d'opposer une barrière sérieuse aux progrès de la syphilis.

Amédée LATOUR.

On lit dans le *Mémorial bordelais* :

« Une dame de la commune de Pessac était affectée, depuis deux ans, d'un abcès à la gorge, dont elle souffrait beaucoup. A maintes reprises, elle avait consulté divers médecins, qui tous lui avaient administré des remèdes demeurés sans efficacité. D'un autre côté, la malade se refusait énergiquement à toute opération chirurgicale. Un jour, elle reçut la visite d'un vieux médecin, son parent, qui, depuis le moment où il s'était aperçu que ses cliens n'avaient pas grande confiance en ses connaissances médicales, s'était résigné à ne plus pratiquer son état et à vivre de ses rentes. Seulement, comme pour se venger du dédain dont il était l'objet, il avait contracté l'habitude de garnir une de ses poches d'ordonnances et de recettes inoffensives. Lorsque, par hasard, on lui demandait un conseil, il disait au malade : « Fouillez dans ma poche, et prenez au hasard. » Cette loterie avait quelquefois amené des résultats excellens. Le jour où il se présenta chez la dame, il lui proposa son expédient, qu'elle accepta avec un sourire d'incrédulité; mais lorsque ayant fouillé dans la poche aux ordonnances, elle en eut retiré un billet plié en quatre, sur lequel étaient écrits ces mots : « Il vous faut un bain de pieds, » elle se prit à rire si fort, que son abcès, déjà mûri, creva violemment. On nous assure que cet accident a tenu lieu de l'opération chirurgicale, devenue nécessaire dans le cas en question, et qu'une guérison parfaite s'en est suivie. »

en diminuant les jours suivans; de telle sorte qu'au dixième jour, elle sera complètemant perdue. Voilà donc un virus qui, probablement, à cause de sa dilution, perd en vieillissant sa propriété virulente. Aussi Jenner recommandait de prendre le vaccin le sixième jour, ou, au plus tard, le septième, afin d'avoir un vaccin de première virulence. Mais il est arrivé, ce qui avait été prévu par Jenner, que, en vertu de la constitution religieuse de notre pays, nous ne prenons le vaccin que le huitième jour. En effet, notre semaine se composant de sept jours, et les vaccinations se faisant une fois par semaine, le jour des vaccinations revient tous les huit jours. Nous n'avons donc qu'un vaccin d'une virulence extrêmement faible.

On peut faire perdre aux virus leur énergie, en imitant à leur égard ce que font certains agriculteurs pour la dégénération des plantes qu'ils veulent acclimater, domestiquer. Un cultivateur de la Crimée, voyant la clavelée, qui est la variole des moutons, décimer ses troupeaux, voulut savoir s'il n'arriverait pas à produire, par l'inoculation du pus de claveau, une éruption aussi bénigne que l'éruption vaccinale. En conséquence, il divisa ses moutons en lots de 40 ou 50 qu'il sépara les uns des autres en autant de parcs. Il inocula du même coup 40 moutons et leur donna la clavelée. Choisissant ensuite parmi ces 40 moutons celui qui avait le moins de pustules, il prit sur cet animal du pus avec lequel il inocula un nouveau lot de 40 bêtes. Il constata que déjà, après cette première génération, il avait eu des moutons moins malades. Il choisit ensuite dans le deuxième parc le mouton le moins malade, et prit sur lui du pus avec lequel il inocula le troisième parc. Continuant ainsi, avec les mêmes procédés, il constata qu'avant d'en être arrivé à la sixième génération, il n'avait plus de mortalité par l'inoculation de la clavelée. Il avait donc, à l'aide de l'inoculation successive, diminué la virulence du claveau. Bientôt il arriva à n'avoir plus qu'une lésion toute locale, la pustule d'inoculation, sans éruption générale. On peut donc faire, pour ainsi dire, l'éducation des virus, les atténuer à volonté, en s'y prenant habilement. Les inoculateurs du siècle dernier s'attachaient toujours à prendre le virus varioleux chez l'individu qui avait la variole la plus bénigne. Dans les dernières années, ils étaient même arrivés à pratiquer des inoculations presque aussi bénignes que la vaccine. On peut donc arriver, par des transmissions habiles, à faire dégénérer les virus, à les atténuer.

Le cow-pox n'est pas une maladie de l'homme, ce n'est pas une semence humaine, c'est une semence bovine que l'on transporte sur l'homme, c'est-à-dire sur une terrain qui n'est pas le sien. Il lui arrive alors ce qui arrive aux plantes qui ne sont pas sur le sol naturel, il dégénère. Voyez, dans nos pays, le chiendent, *triticum repens*, il prospère toujours, sans dégénérer, parce qu'il est sur son sol natal, dans sa patrie. Mais voyez, au contraire, le froment, plante qui, appartenant à un sol étranger, a été transportée sur le nôtre. Au bout de quelques années, le froment se perd de lui-même, si des soins intelligens et assidus ne viennent remédier à cette dégénération inévitable. Dès lors, on comprend à merveille que le cowpox, cette semence exotique, bovine, transportée sur l'homme, c'est-à-dire sur un sol étranger, ait besoin d'y être cultivée avec amour, afin de ne pas se perdre par une dégénération graduelle. La vaccine doit donc recevoir des soins spéciaux, une culture toute particulière, pour qu'elle puisse donner ce qu'on est en droit d'attendre d'elle. Il faut : 1° que le vaccin soit pris au sixième ou septième jour, au plus tard de l'éruption; 2° qu'il soit fait un nombre assez considérable de piqûres, trois à cinq sur chaque bras, de manière à développer une fièvre vaccinale énergique. Les médecins qui, soit en Angleterre, soit en France, sont restés fidèles au vieux procédé des piqûres multipliées, sont également ceux qui ont le plus longtemps résisté à l'idée que la vaccine n'était pas complètement préservatrice.

(*La suite prochainement.*) Dr TARTIVEL.

BIBLIOTHÈQUE.

DES SOURDS-MUETS; INTRODUCTION A L'ÉTUDE MÉDICALE ET PHILOSOPHIQUE DE LA SURDI-MUTITÉ; par M. E. HUBERT-VALLEROUX, D.-M. P., membre de la Société médico-pratique (1).

M. le docteur Hubert-Valleroux a publié, il y a quelques mois, un *Mémoire sur l'état actuel des institutions consacrées aux sourds-muets et aux aveugles et sur les réformes à y apporter*. Ce mémoire, où les idées d'amélioration pratique abondent, et où la critique s'appuie sur des faits remarquables, a fait sensation parmi les hommes spéciaux. Il en est qui ont défendu et défendent énergiquement les institutions existantes; il en est d'autres qui s'accordent avec M. Hubert-Valleroux, à les accuser au moins d'insuffisance au point de vue des méthodes d'enseignement. M. le docteur Blanchet est de ce nombre. Le débat est aujourd'hui porté devant l'Académie de médecine par l'initiative de l'administration supérieure. Je n'ai point à m'en occuper dans ce journal après l'exposé fidèle et complet qui en a été fait par le rédacteur en chef. Je me borne en ce moment à signaler à l'attention de nos lecteurs le nouvel écrit de notre confrère, qu'il a intitulé : *Introduction à l'étude médicale et philosophique de la surdi-mutité*.

Dans ce nouvel écrit, M. Hubert-Valleroux, afin de mieux élucider la question des méthodes d'enseignement, s'attache avec prédilection à la solution du problème de la curabilité des sourds-muets; c'est là, en effet, le sujet qu'il importe le plus d'étudier quand on veut apporter au débat le tribut d'un grand zèle et d'une grande expérience.

Je passerai sous silence les quatre premiers chapitres dans lesquels l'auteur examine la surdi-mutité sous un point de vue général, où il indique les principaux caractères de cette infirmité considérée en elle-même et aux différens âges où elle se manifeste, les conséquences fâcheuses qu'elle entraîne lorsqu'elle est congéniale, les causes qui l'engendrent, sa répartition endémique et sporadique sur le globe; où il signale en même temps, et la pénurie des travaux d'otologie, et les services rendus par Itard dans cette partie trop négligée de notre science. Ce sont les chapitres V et VI que je dois surtout faire connaître, parce que là se trouve succinctement posée la question éminemment pratique de la curabilité et du traitement.

Quel est le degré de curabilité des sourds-muets? Tel est le problème que se pose l'auteur dans le chapitre cinquième, intitulé : *du pronostic de la surdi-mutité*. Il est malheureusement trop vrai que les médecins sont loin de s'entendre sur la curabilité de cette grave infirmité. Mesmérisme, magnétisme animal, électrisation, etc., tous les moyens occultes ou merveilleux de guérison ont été prônés comme infaillibles par des enthousiastes, des charlatans et même par des médecins moins indignes de ce nom. C'était déjà un triste témoignage d'incurabilité que cette richesse d'agens thérapeutique puisés à des sources suspectes. L'incurabilité absolue de toutes les surdi-mutités a été en effet affirmée, enseignée par de doctes confrères. Mais les exemples de guérison se sont produits à mesure que les sourds-muets ont été mieux étudiés. Déjà, en 1702, Fontenelle, dans l'*Histoire de l'Académie*, rapporte l'observation communiquée à cette compagnie par Félibien, au sujet d'une guérison spontanée qui fit beaucoup de bruit. Une autre observation de guérison spontanée a été recueillie par Desgrands-Prés, médecin de Grenoble, et rapportée par Lazare Rivière. A ces cas rares de guérison spontanée ou accidentelle s'ajoutent en plus grand nombre ceux où la nature, par elle-même impuissante, a été heureusement secondée par la médecine. Celui d'Amatus Lusitanus, où le séton à la nuque joua le principal rôle, celui du docteur Varroine, où le moxa eut les honneurs du succès, ceux d'un sieur Félix Merle, de Bordeaux, rapportés par Coutenceau à Itard, où la guérison fut attribuée à l'introduction répétée, dans les oreilles, d'un liquide irritant; ceux que rapporte Itard dans son *traité des maladies de l'oreille et de l'audition*, l'un au moyen de l'emploi simultané de purgatifs et d'amers à l'intérieur, et de révulsifs à l'extérieur, l'autre au moyen de la perforation des membranes du tympan et d'injections liquides dans la caisse du tambour. Tous ces faits et quelques autres où des améliorations remarquables ont été obtenues par MM. Deleau, Mücke, Goldheck, par l'auteur lui-même, répondent suffisamment et dans une juste mesure à la question de la curabilité de la surdi-mutité si exagérée par les uns, si contestée par les autres, et résolue négativement par Itard lui-même.

Ce sont les erreurs de diagnostic, dit M. Hubert-Valleroux, qui ont amené, même dans l'esprit d'Itard, des erreurs correspondantes dans le pronostic : « Ce pronostic si absolu de l'incurabilité, dit-il, se trouve heureusement réfuté par plusieurs faits pratiques. J'en ai deux pour ma part en ce moment et je les crois péremptoires. Ils me sont fournis par un frère et une sœur, seuls enfans de leur famille, et tous deux sourds-muets dès leur naissance. C'est surtout dans la classe nombreuse des demi-muets que l'efficacité du traitement, partant la nécessité d'un enseignement autre que l'enseignement mimique, se montre dans tout son éclat. Il importe de les distinguer avec exactitude et de profiter de la parcelle d'audition dont ils jouissent pour leur apprendre le langage parlé au lieu du langage figuré, dont il faut prendre garde d'user sans nécessité. » L'auteur cite deux observations intéressantes relatives à cette classe de demi-muets qu'il a particulièrement étudiée, et sur laquelle il faut pourtant que la lumière se fasse.

Je n'entreprendrai pas de suivre M. Hubert-Valleroux dans les développemens qu'il donne à l'utile et féconde pensée de classer les sourds-muets en vue de leur degré de curabilité; ce sont là des pages qu'il faut lire parce qu'elles tranchent au vif de la question agitée en ce moment entre les deux puissances de ce monde qui s'appellent la routine et le progrès.

Dans le chapitre VI, qui s'occupe *du traitement de la surdi-mutité*, l'auteur énonce le résultat général de son expérience et de ses recherches sur l'hygiène et la thérapeutique des sourds-muets. C'est à une publication nouvelle et prochaine qu'il réserve le récit de plusieurs observations complètes de sourds-muets traités avec succès. Absence de diagnostic de la part des auteurs, voilà le fait qu'il met surtout en évidence. De là cette identité, cette uniformité de traitement adopté par tous et dans tous les cas. Ceci est à noter. Ainsi, Félix Merle injecte son liquide dans les oreilles de ses vingt-sept sourds-muets; il fait du bien à deux et du mal à vingt-cinq; ainsi Varroine distribue au hasard les moxas; ainsi font les autres pour des moyens analogues. Ceux dont M. Hubert-Valleroux fait usage dans sa nombreuse pratique sont variés selon les cas. C'est à lui, c'est à ses succès à témoigner dans sa relation clinique de la portée de son diagnostic et de l'efficacité de ses moyens hygiéniques et thérapeutiques.

Dans le chapitre VII, intitulé : *de la pédagogique des sourds-muets*, il est question de l'enseignement du langage aux sourds-muets guéris : enseignement plus difficile qu'on ne le pense et qu'on ne l'a dit. C'est à ce point que le médecin ne saurait s'en charger et qu'il doit s'adjoindre un pédagogue spécial pour vaincre progressivement cette grande difficulté. « Pour moi, dit-il, étranger à l'enseignement, je croirais, en me chargeant de l'éducation auditive et vocale des sourds-muets, agir aussi déraisonnablement que le pédagogue qui voudrait entreprendre le traitement médical de ses élèves : *cuique suum*. »

Dans le chapitre VIII : *Considérations philosophiques sur le langage*, M. Hubert-Valleroux signale la difficulté que le sourd-muet le plus instruit éprouve de perfectionner son style parce qu'il n'est pas en possession de la nomenclature complète et de la syntaxe logique que donne à l'homme l'audition du langage parlé. Il signale encore le rôle du langage dans la pensée, dans les conceptions idéales que les sensations seules et isolées ne peuvent donner. De ce fait et de ce que l'enfant ne parle que parce qu'il entend parler, de la difficulté de l'enseignement parlé aux sourds-muets guéris, il tire cette conclusion, appuyée d'ailleurs sur un grand nombre de faits rapportés par M. Buchez (1) et par moi (1), que le langage n'est point le produit lent et progressif de l'éducabilité humaine, qu'il ne saurait être regardé comme le produit naturel et exclusif d'une faculté innée, et que la révélation en pareille matière, n'est pas un fait aussi contraire aux données de la science que plusieurs le supposent.

Quelqu'élevées que soient ces considérations, nous engageons M. Hubert à s'occuper surtout, et le plus tôt possible, de la publication de ses observations relatives à la curabilité et au traitement; il rendra par là un véritable service aux médecins que le débat actuel est loin d'avoir suffisamment éclairés, et qui ont une grande confiance dans sa probité scientifique.

Dr CERISE.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séances des 9 et 23 Février 1853. — Présidence de M. BOUVIER.

Sommaire. — Candidature de M. le docteur Thirial au titre de membre associé. — Du sucre de foie dans les maladies, par M. Vernois. — Des accidens cérébraux développés dans le cours du rhumatisme, par M. Vigla. Discussion et faits analogues : MM. Roger, Bourdon, Bricheteau. — Trois cas d'empoisonnement par l'extrait de belladone, par M. Moutard-Martin. — Observations de maladies du système nerveux : par MM. Delasiauve, Moutard-Martin, Guérard, Bourdon, Barthez.

M. le docteur THIRIAL, qui avait écrit à la Société pour solliciter une des places nouvellement créées de *membre associé*, lit, à l'appui de sa demande, un mémoire intitulé : *Des pseudo-perforations intestinales*. Le travail de M. Thirial est renvoyé à une commission composée de MM. Bourdon, Guérard et Vigla.

M. VERNOIS donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Du sucre du foie, et des modifications que ce principe subit dans les maladies*. (Voyez, pour le travail entier, les *Archives générales de médecine*, 1853.)

Voici le résumé de ce mémoire :

On peut, dit M. Vernois, poser les conclusions suivantes, relativement au sucre du foie.

1° Je crois, avec M. Claude Bernard, qu'il existe constamment et indépendamment de l'alimentation, du sucre dans le foie de l'homme sain. — M. Bernard, tout en invoquant en faveur de sa théorie les cas d'abstinence dans lesquels il a trouvé du sucre, admet que l'abstinence prolongée diminue ou fait disparaître le sucre du foie. J'ai trouvé du sucre dans le foie, dans un cas d'abstinence prolongée.

2° L'âge paraît avoir une certaine influence sur la sécrétion du sucre hépatique. Pour M. Bernard, cette sécrétion est en progression croissante du quatrième au cinquième mois de la vie intra-utérine à la naissance, et de la naissance à l'âge adulte. J'ai, par l'analyse des faits, trouvé que le minimum de cette sécrétion a lieu dans la période de 20 à 50 ans; le maximum, de la naissance à deux ans. Je suis d'accord avec M. Bernard sur ce point, qu'il y a du sucre dans le foie des fœtus, mais moins constamment que dans celui des adultes. De plus, un fait que j'ai observé démontre qu'il peut y avoir du sucre dans le foie du fœtus sans qu'il y en ait dans celui de la mère, le foie de celle-ci étant sain, *et vice versâ*.

3° L'influence du sexe sur la sécrétion du sucre du foie, semble être nulle comme on pouvait le prévoir.

4° L'influence des maladies, pressentie par M. Bernard, a été démontrée et analysée exactement dans notre travail. Cette influence des maladies s'exerce par leur durée et par leur nature. J'ai dû, à ce sujet, examiner la théorie du diabète proposée par M. Bernard, et un corollaire de cette proposition, c'est que cette théorie doit subir quelques modifications, d'après les nouveaux faits recueillis.

5° J'ai démontré que les altérations anatomiques du foie, organe sécréteur, entraînaient le plus souvent la perte de fonction, c'est-à-dire la sécrétion du sucre.

6° Enfin, j'ai établi qu'une certaine qualité physique, l'*opalescence du décoctum du foie*, semble être en rapport avec la présence du sucre dans cet organe.

— M. VIGLA communique à la Société la première partie d'un mémoire relatif aux *accidens cérébraux développés dans le cours du rhumatisme*. (Ce travail sera publié prochainement.)

M. Henri ROGER rapporte un fait analogue à ceux dont il est question dans le mémoire de M. Vigla : il s'agit d'une femme qu'il a observée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Récamier, et qui, après quelques jours de durée d'un rhumatisme, fut prise de symptômes cérébraux, de délire, et qui succomba rapidement. A l'autopsie, on ne trouva ni dans le cerveau, ni dans les méninges, aucune altération matérielle capable d'expliquer la mort; le rhumatisme s'était d'ailleurs amendé, par une sorte de métastase, quand les désordres de l'intelligence avaient commencé : de plus, on ne rencontra non plus dans le cœur aucune lésion appréciable, quoiqu'on eût perçu, pendant la vie, un bruit de souffle au premier temps du cœur.

M. BOURDON rappelle aussi un fait semblable, qu'il a déjà mentionné à propos d'une observation de méningite rhumatismale recueillie par M. Gosset, dans le service de M. Requin. Un malade atteint de rhumatisme, et qui avait présenté pendant la vie un bruit de souffle à la région cardiaque, fut pris de phénomènes cérébraux, auxquels il succomba très rapidement, en une demi-heure, et l'on ne trouva, à l'autopsie, qu'une injection de la pie-mère : le cœur n'offrait aucune altération.

M. Bourdon a particulièrement étudié le sujet dont M. Vigla vient d'entretenir la Société, et il a déjà réuni une quarantaine de faits qu'il réserve pour une lecture ultérieure; l'année dernière, il a observé un de ces exemples de mort par rhumatisme articulaire : la victime était un médecin d'Arcueil, qui mourut au cinquième jour. La nécropsie n'a pas été faite.

M. BRICHETEAU fait observer que la théorie des métastases est tombée dans le discrédit, et que pourtant on ne saurait nier ces métastases pour le rhumatisme, dont la tendance à se déplacer est si remarquable. Ces affections métastatiques se terminent d'ailleurs rarement par la suppuration, le rhumatisme se comportant avec les organes sur lesquels il se jette, comme sur les articulations elles-mêmes.

(1) In-8°, chez Victor Masson.

(1) *Essai d'un traité complet de philosophie.*

(1) *Des fonctions et des maladies nerveuses.*

— M. MOUTARD-MARTIN lit une note sur *trois cas d'empoisonnement par l'extrait de belladone.* Cette substance avait été prise pour du caramel, et on s'en était servi pour préparer un mets. Les trois personnes qui mangèrent de ce mets furent prises, peu de temps après, et en même temps, de vertiges, de troubles de la vue, de sécheresse insupportable de la gorge et de vomissemens; leur face était pâle et décomposée; elles avaient les yeux hagards et les pupilles considérablement agrandies.

Lorsque M. Moutard-Martin vit les malades quelques heures après le début des accidens, ceux-ci avaient déjà beaucoup diminué; cependant, il constata encore, chez ces trois personnes, la pâleur de la face, la dilatation considérable des pupilles, l'obscurité de la vue, une céphalalgie très légère, la sécheresse de la bouche et de l'arrière-gorge, de la soif, de l'inappétence, de la loquacité, mais avec embarras de la parole; il n'existait aucun mouvement fébrile. A cet ensemble de symptômes. M. Moutard-Martin n'hésita pas à déclarer qu'il y avait eu empoisonnement par la belladone, quoiqu'un médecin, qui avait vu les malades avant lui, eût dit qu'il s'agissait simplement d'une affection nerveuse, l'une des personnes ayant été malade en premier lieu, et les autres ayant éprouvé par imitation les mêmes phénomènes. On se livra à toutes sortes de recherches, et on finit par découvrir qu'un reste d'extrait de belladone, prescrit quelques mois auparavant contre une névralgie, avait été pris pour du caramel et employé à la cuisine.

M. Moutard-Martin se borna à prescrire un peu de café à l'eau, les malades allant beaucoup mieux et ayant vomi. S'il était arrivé plus tôt, il eût administré de la décoction de noix de galle, puis un vomitif. Ces trois personnes furent promptement rétablies.

M. DELASIAUVE demande si M. Moutard-Martin peut estimer la quantité de belladone que chacune des personnes empoisonnées a pu prendre. Il raconte qu'il a vu des cas de ce genre, et qu'il a quelquefois trouvé la face des malades plutôt livide et violacée que pâle. Il a observé aussi une diarrhée noire.

M. MOUTARD-MARTIN répond qu'il lui est impossible d'apprécier la dose d'extrait de belladone qui a été prise. Ce qu'il sait, c'est qu'il en restait 15 ou 20 grammes de la quantité prescrite antérieurement. Quant à la couleur des selles, il ne lui a pas été donné de les voir.

M. GUÉRARD raconte qu'il a vu un fait remarquable d'empoisonnement par une erreur à peu près du même genre. Dans une des meilleures pharmacies de Paris, on avait donné de la belladone pour de la chicorée. Plusieurs personnes en firent usage; elles ne succombèrent pas, mais elles éprouvèrent des accidens graves.

M. DELASIAUVE rend compte d'une autopsie qu'il a faite il y a quelques jours. Il s'agissait d'un jeune idiot de 6 ans. La seule lésion qu'il rencontra pour expliquer l'altération des facultés intellectuelles, fut une sur-élévation très prononcée des voûtes orbitaires, qui déprimait considérablement de bas en haut les lobes antérieurs du cerveau.

Il a fait aussi l'ouverture d'un épileptique âgé de 24 ans, et d'une constitution robuste. Le début de la maladie remontait à quinze ans; les accès, d'abord éloignés, se rapprochèrent peu à peu, au point de frapper le malade tous les jours; seulement, de temps en temps, il y avait une petite rémission. Ces jours derniers, après une rémission, il survint une attaque des plus intenses; il y eut jusqu'à dix-sept accès dans vingt-quatre heures. A l'autopsie, M. Delasiauve trouva la moitié d'un des lobes postérieurs transformée en matière squirrheuse.

M. MARROTTE demande s'il n'existait pas, chez ce malade, quelque paralysie ou d'autres signes d'affection organique du cerveau.

M. DELASIAUVE répond qu'il n'a observé aucun symptôme de ce genre, pas même de phénomènes de congestion cérébrale, à part ceux de la congestion méningo-encéphalique qui suivait chaque accès et qui se traduisait particulièrement par une sorte d'obtusion des facultés intellectuelles.

M. MOUTARD-MARTIN raconte qu'il a fait dernièrement, à la Salpêtrière, l'autopsie d'une vieille femme, et qu'il a rencontré tout à fait la même lésion. Pour tout symptôme on n'avait observé, pendant la vie, que de la cécité.

M. GUÉRARD dit qu'ayant fait examiner au microscope une tumeur cérébrale ayant tous les caractères physiques de l'encéphaloïde, il fut très étonné d'apprendre que cette tumeur était composée exclusivement de tissu fibro-plastique. L'examen fut fait par M. le docteur Lebert.

M. BOURDON cite un fait analogue à celui de M. Moutard-Martin. Il s'agit d'une femme qui avait un cancer d'un des lobes antérieurs du cerveau, ainsi que l'autopsie l'a démontré; comme symptômes, on observa d'abord une cécité presque complète et un embarras de la parole, puis, quelque temps après, une paralysie des membres.

M. BARTHEZ a observé un cas d'hémorrhagie occupant un lobe antérieur du cerveau, et dans lequel il y avait perte de la parole.

M. DELASIAUVE rapporte qu'il a fait l'ouverture d'un sujet qui était atteint de paralysie incomplète et d'épilepsie, et qu'il a trouvé des traces d'hémorrhagies occupant les deux lobes antérieurs. Il y avait eu cependant conservation de la parole.

M. MOUTARD-MARTIN fait observer que l'abolition de la parole se lie à toutes les lésions du cerveau, et pour prouver qu'elle ne se rapporte pas toujours à une altération des lobes antérieurs, il cite l'observation si remarquable qui a été lue tout récemment à l'Académie de médecine par M. le docteur Barbe, de Chaumes. Elle a trait à un jeune homme qui a éprouvé une perte de substance de la partie antérieure du cerveau par le fait de l'explosion d'un fusil. Le blessé non seulement n'a pas éprouvé d'embarras de la parole, mais il a pu, après l'accident, retourner à pied chez lui, n'a éprouvé aucun symptôme de paralysie, aucun trouble dans les facultés intellectuelles, et a parfaitement guéri.

Le secrétaire général, Henri ROGER.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

(ancienne Société médicale du Temple).

Séances du 1er trimestre de 1852.— Présidence de M. SÉGALAS.

Correspondance. — Elle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Maillot, membre titulaire de la Société, dans laquelle il donne sa démission; la motivant sur le parti qu'il a pris de se livrer à l'étude et à la pratique de l'homœopathie.

La démission de M. Maillot est acceptée à l'unanimité par la Société.

2° Une lettre de M. Durand-Fardel, qui sollicite le titre de membre titulaire de la Société. (Comm. MM. Depaul, Bossion et Leblanc.)

3° Même demande adressée par le docteur Meding, avec envoi d'un ouvrage en 2 volumes, intitulé : *Paris médical.* (Comm. MM. Bréon, Forget, Froment.)

4° Une lettre de M. Hubbenet, médecin russe, qui demande le titre de correspondant. Il offre, à l'appui de sa candidature, un ouvrage sur le choléra. (Comm. MM. Dreyfus, Bonnafont, Duchenne de Boulogne.)

M. DEPAUL fait hommage à la Société d'un travail sur les hémorrhagies utérines qui sont dues à l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus.

Après avoir démontré qu'en pareil cas l'hémorrhagie utérine reconnaît pour cause le défaut de rapport entre le développement de cette partie de l'utérus et celui du placenta, l'auteur se demande ce que doit faire l'accoucheur pour y remédier? Cela dépendra du degré de fréquence des hémorrhagies, de leur abondance sujette à varier, de l'état du fœtus, dont la vie peut être ou ne pas être compromise, enfin de l'existence ou de l'absence des contractions utérines.

Il y a donc plusieurs indications desquelles le praticien devra s'inspirer avant d'adopter tel ou tel parti. Il aura recours soit seulement aux moyens généraux, en pratiquant avec beaucoup de prudence la saignée; il administrera le seigle ergoté; il fera le tamponnement, et, comme dernière ressource, il perforera les membranes, afin d'obtenir promptement la délivrance en faisant la version ou en appliquant le forceps selon la présentation de l'enfant.

Mais quand le placenta est implanté sur l'ouverture même du col, je conseille, dit M. Depaul, de tamponner, de laisser le travail s'avancer, et de chercher à décoller le placenta latéralement, pour arriver à pouvoir rompre les membranes de l'œuf; je suis fort opposé, ajoute-t-il, au précepte qui a été donné de déchirer le placenta, de le traverser de part en part pour aller chercher le fœtus; il y a à cette pratique des dangers nombreux. Enfin, on n'oubliera pas qu'après la délivrance dans un cas semblable, tout danger n'est pas passé; que l'hémorrhagie peut continuer et devenir mortelle, entrenue qu'elle est par la vascularité toute particulière du segment inférieur de l'utérus et par la tendance moins grande qu'il a à se rétracter pendant les premiers jours. Tout ce qui pourra ranimer cette action rétractile devra alors être mis en usage, et en première ligne des moyens à employer, se trouve, sans contredit, l'ergot de seigle.

M. BONNAFONT appelle l'attention de la Société sur le procédé particulier du séton qu'il emploie dans le traitement des adénites. C'est surtout contre les bubons syphilitiques qu'il y a eu fréquemment recours. Voici comme il procède : lorsqu'il y a de la fluctuation, il traverse l'abcès de part en part avec une aiguille qui entraîne avec elle un séton filiforme. M. Bonnafont insiste sur le soin que doit prendre le chirurgien de faire correspondre les deux petites ouvertures sur une portion de peau saine, et placée en dehors de la sphère inflammatoire. On évite ainsi la formation de chancres au niveau des plaies résultant du passage du séton. Celui-ci étant établi, l'abcès se vide lentement, mais d'une manière continue; on aide ce résultat en comprimant le centre du foyer. Par ce procédé, M. Bonnafont dit qu'il obtient la guérison dans l'espace de dix à vingt jours. Se fondant sur les succès que cette méthode curative lui a fait obtenir dans le traitement de bubons, l'auteur s'est demandé pourquoi le même moyen ne guérirait pas les adénites cervicales. Partant de cette donnée, il l'a mis en usage sur un jeune homme qui portait au cou une adénite chronique de la grosseur d'une noix. Le séton produisit une assez vive inflammation à l'intérieur de la tumeur, avec une rougeur de la peau, qui, cependant, n'alla pas jusqu'à l'érysipèle; il se fit de la suppuration; le malade était guéri vingt jours après l'opération. Un autre malade, qui portait une adénite de la grosseur d'un petit œuf, fut guéri en quinze jours. En ce moment, M. Bonnafont a en traitement un troisième malade depuis huit jours; tout annonce une guérison prochaine.

M. FORGET : L'application du séton au traitement de certaines tumeurs liquides ou solides ne constitue pas un fait nouveau en thérapeutique; s'il a été abandonné généralement, c'est que les chirurgiens n'en ont pas obtenu les résultats qu'ils en espéraient. M. Bonnafont, en le préconisant de nouveau aujourd'hui, devrait, pour le faire accepter, préciser d'une manière plus rigoureuse la nature des états pathologiques qu'il a soumis à l'action de ce moyen. De quelles adénites veut-il parler? Sont-elles superficielles ou profondes? S'agit-il des ganglions cervicaux simplement hypertrophiés ou bien suppurés? A-t-il en vue une tumeur circonscrite, isolée, ou une série de ganglions disposés en chapelet, comme cela s'observe fréquemment chez les enfans d'un tempérament lymphatique prononcé. Tous ces points auraient besoin d'être éclairés pour qu'on pût apprécier avec plus de rigueur la méthode curative dont notre collègue vient de nous entretenir. Pour ma part, je crois bien que le séton n'a eu pour objet que des abcès ganglionnaires superficiels et circonscrits, et je me demande quel avantage ce moyen peut avoir sur une ponction pratiquée à la partie la plus déclive du foyer purulent avec une lame très étroite. Vous craignez la cicatrice; mais faite comme je viens de le dire, l'ouverture de l'abcès ne laisse pas de trace sensible. Le séton fait deux trous à la peau; ce sont deux petites cicatrices au lieu d'une. On aura beau dire qu'elles sont excessivement petites, on ne peut jamais être sûr qu'une inflammation érysipélateuse ne se développera pas autour d'un corps étranger laissé à demeure dans les tissus, que les ouvertures qu'il entretient ne s'ulcéreront pas et que les cicatrices qu'elles laisseront après elles ne seront pas plus apparentes.

Quant à la durée de traitement de cette forme d'adénite, je ne vois pas qu'elle soit moindre par le séton que par la ponction à l'aide de l'instrument tranchant. Vingt jours de traitement chez l'un des malades de M. Bonnafont, quinze jours chez l'autre; mais c'est là un laps de temps assez long, et j'affirme que la ponction avec le bistouri, qui permet d'évacuer immédiatement et d'un seul coup le foyer purulent, m'a souvent donné des guérisons en un temps beaucoup plus court, dans des circonstances pathologiques semblables. En résumé, pour les abcès ganglionnaires du cou, je ne vois pas un progrès dans la substitution du séton au procédé ordinaire.

Quant au traitement des bubons syphilitiques par le même moyen, je ne me suis pas bien expliqué comment on évitait la transformation en chancres des deux ouvertures faites au foyer lorsque celles-ci portaient sur des parties de peau non enflammée. Ne voit-on pas tous les jours des morsures de sangsues placées dans ces mêmes conditions s'ulcérer et revêtir tous les caractères du chancre. Or, la même chose peut arriver aux deux petites plaies entretenues par le séton, si le pus du bubon est virulent et s'il est mis en contact avec elles. Le séton, à ce point de vue, a donc sur l'incision un désavantage, c'est de faire naître deux chances pour une transformation ulcéreuse des tissus après l'opération, qui a pour but l'évacuation du foyer.

M. BONNAFONT : Le séton que j'emploie est extrêmement ténu, il est filiforme; en sorte qu'après la guérison, les ouvertures sont presqu'imperceptibles. Quand on incise l'abcès, la compression que l'on exerce ensuite gêne la sortie du pus, qui s'écoule au contraire facilement par les ouvertures du séton pratiquées à la base de la tumeur, dont on comprime le centre d'une manière graduelle et propre à prévenir le décollement de la peau.

M. DEPAUL : Je me joindrai à ce qu'a dit M. Forget sur l'innocuité des ponctions pratiquées aux abcès ganglionnaires dont il est ici question; il ne s'agit pas, en effet, d'inciser le foyer, comme M. Bonnafont semble le croire, mais bien d'y pratiquer une très petite ouverture qui suffit pour évacuer la matière purulente, et qui ne laisse aucune cicatrice appréciable; par ce moyen, la guérison prompte est la règle générale, et je doute qu'il en soit de même avec le séton.

Quant aux engorgemens ganglionnaires du cou, un acte chirurgical me paraît au moins intempestif le plus souvent à leur égard; c'est au traitement médical a en obtenir la résolution, c'est là le but auquel doivent tendre les efforts de tous les praticiens. C'est au régime, aux bonnes conditions d'hygiène, et à un traitement spécial, et non à l'action du séton, que la guérison de cet état morbide doit être confiée. Je ne crois pas, pour ma part, qu'à l'aide de ce dernier moyen on parvienne à guérir les adénites qui se lient à un état général, aux scrofules, par exemple.

M. BONNAFONT admet la nécessité d'un traitement interne, et il y a recours toutes les fois qu'il est indiqué. Il n'en conteste pas l'efficacité, non plus que celle des soins hygiéniques pour guérir les adénites cervicales des enfans. Mais ce n'est pas de celles-là qu'il a voulu parler. C'est contre les adénites syphilitiques qu'il emploie le séton qu'il cherche maintenant à étendre aux adénites cervicales; il en est parmi celles-ci qui demeurent stationnaires pendant des années, et dont les malades désirent à tout prix être débarrassés; c'est ainsi que chez le dernier malade qu'il a cité, et qui est en voie de guérison, tout avait été essayé sans succès, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

M. DELCROIX : J'ai employé, dans un cas d'adénite cervicale chronique et rebelle à tout traitement, un procédé qui a de l'analogie avec celui de M. Bonnafont. Une jeune fille portait une tumeur ganglionnaire, contre laquelle tout traitement médical avait échoué; je résolus, avant de l'extirper, de mettre en usage l'acupuncture. Pendant six semaines, j'enfonçai de huit à dix aiguilles, quelquefois même quinze dans la tumeur, et les y laissai séjourner deux heures. Un peu plus tard, j'en plaçai de cinq à six, que je laissai jusqu'à ce qu'elles fussent rouillées. La guérison fut obtenue au bout de six mois; il y a deux ans qu'elle eut lieu, elle s'est maintenue. M. Delcroix dit qu'il a agi de même avec succès sur un jeune homme atteint également d'adénite cervicale.

M. DUCHENNE DE BOULOGNE donne lecture à la Société d'un mémoire sur la paralysie du diaphragme. Il entre dans de nouveaux détails sur les atrophies musculaires progressives, et sur la persistance de la contractilité fibrillaire, tant que la dégénérescence graisseuse n'est pas complète.

Nous ne reproduisons pas les développemens donnés par l'auteur à ces questions si intéressantes de pathologie, l'UNION MÉDICALE les ayant reproduits *in extenso.*

Le secrétaire général : Dr COLLOMB.

COURRIER.

M. le docteur Willemin, qui a donné sa démission de médecin sanitaire à Damas, démission fondée sur des raisons de santé, vient d'être nommé second médecin-inspecteur adjoint des eaux de Vichy.

— On annonce aussi la démission, basée sur la même cause, de M. le docteur Amstein, médecin sanitaire à Alexandrie.

Décidément, l'Orient ne paraît pas favorable à la santé de nos médecins sanitaires.

— L'Association médicale de Toulouse a pris, dans sa séance du 3 avril, une mesure que nous voudrions voir mettre partout à exécution. Convaincue que, malgré le zèle et les efforts qu'elle a déployés dans la poursuite du charlatanisme, dont les actes se produisent avec une audace incroyable, elle n'a pas obtenu, faute de preuves suffisamment établies, les résultats qu'elle est en droit d'espérer, elle a nommé une commission de cinq membres, chargée de recueillir tous les faits de charlatanisme qui viendront à sa connaissance, afin qu'elle puisse en poursuivre efficacement la répression.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De la parole, considérée au double point de vue de la physiologie et de la grammaire, nouvelles études sur les divers ordres de phénomènes dont se compose le langage de la voix articulée; par Léon VAISSE, professeur de la classe de perfectionnement à l'institution impériale des Sourds-Muets.— Prix : 1 fr.

En vente, chez Firmin Didot frères, rue Jacob, 56.

Société des Crèches. Septième séance annuelle (5 avril 1853). In-8°, Paris, 1853, au bureau des Crèches, rue Saint-Honoré, 338. — Prix : 50 c., au profit de la Société.

Bulletin des travaux de la Société libre des pharmaciens de Rouen, année 1852. In-8°, Rouen, 1853.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 61. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 24 Mai 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOUSCRIPTION

pour élever un monument à la mémoire de M. Orfila.

Souscription de l'UNION MÉDICALE : M. Bonnet de Malherbe, 10 fr.

Souscriptions reçues au bureau de M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, à la Faculté :

MM. Vasseur, 5 fr.; les rédacteurs du *Journal de pharmacie*, 100 fr.; souscription ouverte par les étudians chez M. Labé, 64 fr. 50 c.; Assesin, 5 fr.; Vongeheur, 10 fr.; Pingrenon (de Dunkerque), 10 fr.; la Société médicale du Haut-Rhin, 100 fr.; Gendron (de Vendôme), 10 fr.; Faton, id., 5 fr.; Gendron (de Château-Renaud), 5 fr.

SYPHILISATION.

RAPPORT A M. LE PRÉFET DE POLICE SUR LA QUESTION DE SAVOIR SI M. LE DOCTEUR AUZIAS-TURENNE PEUT ÊTRE AUTORISÉ A APPLIQUER OU A EXPÉRIMENTER LA SYPHILISATION A L'INFIRMERIE DE LA PRISON SAINT-LAZARE.

Par MM. les docteurs MÉLIER, président, Philippe RICORD, DENIS, CONNEAU, et MARCHAL (de Calvi), secrétaire rapporteur.

(Publié par décision de M. le Préfet de police.)

II.

APPRÉCIATION DE CES FAITS.

La Commission n'avait plus rien à attendre de M. Auzias, et, réduite à établir son jugement d'après le petit nombre de faits que nous venons de rapporter, elle s'appliqua à apprécier leur valeur.

C'est cette appréciation, Monsieur le Préfet, que nous allons avoir l'honneur de mettre sous vos yeux. Pour plus d'exactitude et de précision, nous continuerons à citer nos procès-verbaux.

Premier fait.

« M. le Président : Ce n'est pas la faute de la Commission si son contrôle ne peut s'exercer que sur un nombre si minime de faits. Elle avait mieux espéré, et si l'on s'étonne du profond dénuement en présence duquel elle s'est trouvée, on ne pourra pas du moins lui reprocher d'avoir négligé les exhortations pour obtenir de plus amples matériaux. J'ouvre la discussion sur le premier fait, celui de M. de ***.

» M. Denis : Il existe de notables différences entre l'exposé fait par M. de *** devant la Commission, et le tableau tracé ultérieurement par M. Auzias de l'état de ce malade. Ainsi, M. de *** n'a point parlé du psoriasis palmaire, des croûtes de la tête, des pesanteurs périnéales. Je ne dis rien encore de la valeur de ces signes. Il faudra les reprendre individuellement et les apprécier.

» M. le Président : Je crois qu'il serait bon de réduire en questions les points principaux du fait de M. de *** et de les résoudre à mesure. La première question qui se présente est celle-ci : M. de *** a-t-il été affecté de la syphilis constitutionnelle ?

» M. Ricord : On peut admettre que M. de *** a eu la syphilis constitutionnelle, à la suite d'un chancre infectant contracté en 1831. Il n'y a pas certitude absolue à cet égard, mais on a des raisons suffisantes de le croire dans l'affirmation du sujet, dans l'opinion des médecins qu'il consulta, et dans la nature des traitemens qui lui furent prescrits. Seulement on notera expressément qu'au moment où M. de *** a été soumis à la syphilisation, il s'était écoulé plus de vingt-deux ans depuis l'accident primitif qui avait donné lieu à la diathèse syphilitique.

» M. le Président : Ceci touche à une autre question, celle de savoir si M. de *** avait des accidens syphilitiques au moment où il a été syphilisé. Nous allons y venir. Mais d'abord il faut résoudre la première.

» La Commission conclut que M. de *** a eu la syphilis constitutionnelle.

» M. le Président : Passons à la seconde question : M. de *** avait-il des accidens syphilitiques au moment où il a été soumis à la syphilisation ?

» M. Denis : Rien ne le prouve, et le contraire est tout à fait probable.

» M. Conneau : L'analyse des symptômes laisse au moins une grande incertitude à cet égard.

» M. Ricord : C'est effectivement l'analyse des symptômes qui doit nous conduire à une solution. Quels étaient donc les symptômes au moment où le malade s'est soumis à la syphilisation ? A une question précise formulée par M. le Président, il a répondu, d'après le procès-verbal, que j'ai sous les yeux. « J'avais des douleurs ostéocopes et des douleurs rhumatismales, des maux de tête, la respiration *sibilante*. Je toussais continuellement. J'avais des sueurs. »

» M. Marchal : Il faut y ajouter l'engorgement des ganglions cervicaux.

» M. Ricord : Soit. Finissons-en tout de suite avec l'engorgement des ganglions lymphatiques. Le malade a dit aussi qu'il avait eu des glandes *partout*. Est-ce là le propre des engorgemens ganglionnaires syphilitiques ? J'y vois, pour mon compte, une manifestation de la constitution ultra-lymphatique du sujet, sinon même de la diathèse scrofuleuse. Pour ce qui est des engorgemens ganglionnaires cervicaux, le malade ne nous a-t-il pas dit qu'il avait des croûtes à la tête, et tous les médecins ne savent-ils pas que, sous l'influence d'une affection irritative du cuir chevelu, de la face, de l'oreille, des fosses nasales, etc., les glandes lymphatiques s'engorgent sympathiquement ? D'un autre côté, peut-on, après vingt-deux ans d'infection, accorder à l'engorgement des ganglions cervicaux la valeur pathognomonique qui lui appartient à une époque plus rapprochée de l'origine des accidens ? Je suis bien certain que l'avis de M. Marchal, sur ce point, ne diffère pas du nôtre.

» M. Marchal : Je suis frappé de la disparition des glandes à la suite de la syphilisation. En tant que phénomène d'irritation, les pustules auraient dû ajouter à l'engorgement ganglionnaire, au lieu de le faire disparaître. Elles sembleraient donc avoir produit un effet général résolutif.

» M. Ricord : La disparition des glandes, si elle a eu lieu réellement, s'expliquerait par la révulsion. Arrivons aux autres symptômes allégués par le malade. Je laisserai de côté la respiration sibilante, la toux, les sueurs, qui attestent une affection des organes respiratoires, et n'ont jamais été comptés comme des accidens syphilitiques. Restent les maux de tête, les douleurs ostéocopes et les douleurs rhumatismales. Les douleurs de tête, on l'avouera, n'ont pas une signification bien rigoureuse, relativement à la question qui nous occupe, et Dieu merci ! tous les gens qui en souffrent ne sont pas des syphilitiques. Quant aux douleurs rhumatismales et ostéocopes, qui a dit au malade que les prétendues douleurs ostécopes n'étaient pas aussi des douleurs rhumatismales ?

» M. Denis : Pour moi, je reste confondu que l'on ait osé tenter la syphilisation sur de tels indices.

» M. le Président : Il y a d'autres symptômes allégués par M. Auzias. Je les trouve ainsi mentionnés dans le procès-verbal : « Au moment où j'ai commencé la syphilisation, les symptômes prédominans étaient : 1° des douleurs aux cuisses et aux avant-bras ; 2° des ganglions cervicaux ; 3° des éruptions croûteuses au cuir chevelu ; 4° les pesanteurs périnéales dont j'ai parlé. »

» M. Denis : Ce n'est pas là assurément ce qui peut changer notre opinion.

» M. Ricord : En effet, nous savons à quoi nous en tenir sur les douleurs des cuisses et des avant-bras. Quant aux éruptions croûteuses du cuir chevelu, elles pouvaient tenir à toute autre cause que la syphilis. La constitution du malade, faible naturellement, et détériorée, comporte par elle-même une foule de manifestations, au nombre desquelles figurent les éruptions du cuir chevelu. Relativement aux pesanteurs périnéales, j'en entends parler pour la première fois, en tant qu'accident pathognomonique de la syphilis.

» M. le Président : Il n'y a donc rien, soit dans les accidens allégués par M. de ***, soit dans ceux qui ont été cités par M. Auzias, qui puisse nous autoriser à dire que le malade eût des accidens syphilitiques à l'époque où il a été syphilisé.

» M. Denis : Absolument rien. C'était l'opinion de plusieurs des médecins consultés par M. de ***. Lui-même nous a dit : « C'étaient de vieux restes, suivant les uns ; ce n'était rien, suivant les autres. »

» M. Marchal : Je suis forcé, à mon grand regret, de convenir que le cas de M. de *** n'est aucunement caractérisé, et que, quand il s'agit de donner la preuve d'une méthode thérapeutique, il faut opérer sur des cas d'une tout autre nature.

» M. le Président : La question a résoudre est celle-ci : M. de *** présentait-il des accidens syphilitiques au moment où il a été syphilisé ?

» M. Marchal : On pourrait se borner à répondre que le malade ne présentait pas de signes *évidens* de la syphilis.

» M. Denis : Je demande que la Commission réponde par la négative, purement et simplement.

» La proposition de M. Denis est adoptée.

» Ainsi la Commission n'admet pas que M. de *** eût des accidens syphilitiques au moment où il a été syphilisé.

» M. le Président : Si M. de *** n'avait pas la syphilis, qu'avait-il, car on ne peut douter que sa santé ne fût dérangée ? Voilà, ce me semble, la question qui se présente maintenant à la Commission.

» M. Denis : Sans doute M. de *** était malade, et il avait même plusieurs maladies : d'abord une affection des voies respiratoires ; ensuite des douleurs rhumatismales, facilement explicables par le genre de vie qu'il avait mené ; enfin des accidens dépendant de l'état de sa constitution, très détériorée, tels que croûtes au cuir chevelu, engorgemens ganglionnaires. Mais je vois surtout en M. de *** un hypochondriaque, un esprit mobile, exalté, un de ces hommes qui s'engouent des méthodes extraordinaires, et leur attribuent d'abord des merveilles, pour se rebuter bientôt et courir à d'autres chimères. Je ferai remarquer, à ce propos, que M. Auzias nous a dit lui-même que M. de *** avait été ébranlé après avoir paru devant la Commission, où il avait trouvé cependant la plus parfaite impassibilité.

» MM. Ricord et Conneau expriment la même opinion sur le compte de M. de ***.

» M. le Président : Ainsi (et c'est bien mon avis) la Commission voit dans M. de *** un hypocondriaque, éprouvant divers symptômes étrangers à la syphilis et les rattachant malgré tout à cette infection ?

» La Commission conclut dans ce sens.

» M. le Président : Cela établi, il s'agit de savoir quels ont été les effets de la syphilisation sur M. de ***, et par quel mode ces effets se sont produits. J'ai remarqué, comme chacun de vous, le ton enthousiaste avec lequel M. de *** nous a parlé de l'amélioration survenue dans sa santé après la syphilisation, et je n'en ai pas été surpris. Comme l'a fait observer M. Denis, c'est le propre de ces sortes de malades de s'enthousiasmer ainsi pendant quelque temps après l'application d'une méthode nouvelle, quitte à la décrier ensuite, autant qu'elle peut le mériter. Du reste, je ne veux pas dire que M. de *** ne se trouvât pas mieux effectivement, et je n'ai pas de peine à me l'expliquer. La forte éruption pustuleuse qui avait été provoquée, avait concentré l'irritation à tel point, que les organes précédemment affectés ont dû se trouver sensiblement allégés.

» M. Conneau : L'éruption produite par les inoculations équivalait à la plus forte pustulation stibiée que l'on puisse voir, et l'on comprend bien qu'il en soit résulté un amendement notable de l'affection thoracique et par suite une amélioration générale.

» M. Ricord : Il est à remarquer, au surplus, que l'état extérieur du sujet est loin de répondre à l'idée d'une santé parfaite. M. de *** est maigre, sec, fatigué. Je me sers des expressions employées dans le procès-verbal.

» La Commission, consultée, adopte de tous points cette opinion, savoir, que le malade présenté par M. Auzias est un hypocondriaque ayant éprouvé des accidens divers indépendans de la syphilis, accidens que la syphilisation a modifiés par révulsion et en agissant fortement sur l'esprit du sujet.

» M. Marchal : Il reste à examiner un point sur lequel le sujet de l'observation a été précis. Il est certain, d'après M. de ***, que, constamment, les dernières inoculations ont exercé un effet curatif sur les pustules résultant des premières.

» M. Ricord : Cela revient à dire que les secondes pustules n'ont pas empêché les premières de guérir. Je ne nie pas, d'ailleurs, qu'un accident intercurrent ne soit capable de modifier, d'atténuer un accident de même nature préexistant. Mais je ne vois là rien de particulier à la syphilisation,

» M. Marchal : S'il est vrai que de nouvelles inoculations fassent rétrograder les pustules préexistantes, on serait conduit à essayer la syphilisation contre ces ulcères envahissans et rebelles, dont la durée est indéfinie, et qui exercent de si affreux ravages. Voilà où tend mon observation.

» M. Ricord : J'ai remarqué depuis longtemps que les accidens syphilitiques peuvent être modifiés avantageusement par une affection intercurrente, une pneumonie, par exemple, surtout par l'érysipèle. De nouvelles inoculations pourraient agir de même, par rapport aux pustules des inoculations précédentes ; mais comme je l'ai dit, il n'y aurait rien, dans le fait ainsi envisagé, qui fût particulier à la syphilisation.

» La Commission, consultée par M. le Président, conclut qu'il n'y a rien de nouveau et de spécial à inférer de l'assertion de M. de ***, relativement à l'influence curative ou répressive des dernières inoculations sur les pustules des premières.

» M. le Président : Cette question conduit à une autre, qui est fort importante. On prétend que des inoculations successives ont pour effet de rendre le sujet réfractaire à l'inoculation syphilitique. En a-t-il été ainsi de M. de *** ? Nullement ; car les dernières pustules, celles de la rainure vertébrale, étaient parfaitement caractérisées. Cependant, il y avait eu chez M. de *** cent trente insertions de virus.

» M. Marchal : M. Auzias n'a point prétendu que M. de *** eût acquis l'immunité.

» M. le Président : Cela est vrai ; mais il importait d'établir que le sujet n'était point devenu réfractaire, malgré le nombre considérable d'inoculations qu'il avait subies. Une dernière question, qui résume toutes les autres, et que je dois soumettre à la Commission, est celle-ci : le fait de M. de *** prouve-t-il quelque chose en faveur de la syphilisation ?

» La Commission conclut que ce fait ne prouve rien en faveur de la syphilisation.

» M. Ricord : Je demande à faire remarquer (et je désire que cette remarque soit insérée dans le procès-verbal), que le cas de M. de *** est précisément celui qui a fait illusion à quelques médecins, d'ailleurs très honorables et très éclairés, qui ont pris la défense de la syphilisation à l'Académie. On vient de voir à quoi il se réduit.

Deuxième fait.

» M. le Président : Je n'ai pas besoin de dire combien ce fait déplorable se recommande à l'attention de la Commission. Elle arrivera, je le crains, à une conclusion grave et douloureuse. Mais son devoir impérieux est d'éclairer complètement l'autorité et le public. Nous continuerons à

procéder par questions. C'est le mode le plus court et le plus précis. La première question qui se présente relativement à l'étudiant J... est résolue d'avance. J... avait positivement la syphilis constitutionnelle au moment où il a été syphilisé. La seconde question est celle-ci, et je la mets en discussion : Quels ont été les effets de la syphilisation sur les accidens syphilitiques éprouvés par J... ?

» M. Marchal : Il résulte de la déclaration de M. Mialet, que J..., au moment où il s'est soumis à la syphilisation, avait des ulcères à la gorge, dont il souffrait beaucoup, surtout en buvant, et qu'après la syphilisation il allait mieux, que les ulcères de la gorge étaient en voie de cicatrisation, et qu'il pouvait boire et manger. D'après M. Rochefort, la roséole, antérieure à la syphilisation, disparut quinze jours après les premières inoculations, et le mal de gorge cessa ensuite. Il semblerait donc que la syphilisation a eu un bon effet sur les accidens syphilitiques généraux dont J... était affecté.

» M. Ricord : C'est ce que je ne puis admettre, puisqu'il résulte de la déclaration de la fille X..., laquelle vivant avec J..., était plus à même de savoir ce qui le concernait, que la roséole se développa pendant la syphilisation, et que le mal de gorge qui, en effet, avait d'abord disparu, s'était reproduit.

» M. Marchal : Il faut cependant convenir que la déclaration de M. Rochefort est bien précise. Il a fait déshabiller le malade et il a examiné les taches à diverses reprises, il les a décrites avec précision devant nous. Il les a vues au mois de novembre 1851, et c'est le 30 janvier 1852 seulement que la syphilisation a été commencée.

» M. Ricord : Alors il faudrait admettre que la roséole s'est reproduite comme s'est reproduit le mal de gorge.

» M. Denis : Toujours est-il que la roséole et le mal de gorge se sont produits ou reproduits pendant la syphilisation, et voilà ce qui nous importe. Si la déclaration de M. Rochefort est précise, celle de la fille X... ne l'est pas moins, et la voici textuellement d'après le procès-verbal : « Un mois ou six semaines après le commencement de la syphilisation, il vint à J..., sur le corps, des taches comme il n'en avait pas encore eu. C'étaient de petites taches marbrées, rouges, tirant un peu sur le violet, très rapprochées, et paraissant surtout le matin. Elles existaient en plus grand nombre au dos et à la poitrine. » Et plus bas : Son mal de gorge s'était passé, puis il était revenu. »

» M. Marchal : Il n'en est pas moins vrai que le mal de gorge s'est amendé sensiblement sous l'influence de la syphilisation.

» M. Ricord : Il ne m'en coûterait pas de faire cette concession, et je n'aurai pas de peine à expliquer, en dehors de la syphilisation, l'amélioration de l'état de la gorge. Mais, pour être plus court, je me bornerai à dire que la diathèse syphilitique n'avait été aucunement modifiée par les inoculations prétendues syphilisatrices, puisque le mal de gorge s'était reproduit.

» M. Denis : C'est le point essentiel ; le reste est sans importance. Le malade disait lui-même, quinze jours seulement avant sa mort : *je ne guéris pas.*

» M. le Président : Ainsi, la Commission conclut que la syphilisation n'a pas eu de prise sur les accidens syphilitiques généraux éprouvés par J..., en d'autres termes sur la diathèse syphilitique? Telle est aussi, bien positivement, mon opinion.

» La Commission conclut dans ce sens.

» M. le Président : Quant à la question de savoir si J... était devenu réfractaire, elle est résolue dans le passage suivant de la déclaration de de la fille X... : « .... Je ne le vis plus (J...) que quinze jours avant sa mort. Il était très monté contre la syphilisation. Cela me fatigue et m'ennuie, me dit-il, je ne guéris pas ; les piqûres prennent toujours. Quand cela finira-t-il? Il faut que M. Auzias me le dise. J'irai le lui demander. »

» M. Ricord : On remarquera que la syphilisation a été commencée le 30 janvier, et que l'érysipèle qui a causé la mort a débuté le 4 juillet. Voilà donc une syphilisation qui a duré cinq mois, et qui n'a réussi ni à guérir les accidens syphilitiques, ni, *à fortiori*, à rendre le sujet réfractaire.

» M. le Président : Cette question étant évidemment résolue, nous pouvons passer à une autre, qui est fort grave ; la voici : quelle a été l'influence de la syphilisation sur l'état général de J...

» M. Denis : Evidemment pernicieuse. Le malade disait, dans ses derniers jours, peu avant l'érysipèle qui l'a emporté : « J'ai toujours faim ; je mange comme un ogre, et je suis sans forces. » De son côté, M. Roby nous a dit : « En mai et juin, il (J...) était pâle, anémique, fébricitant ; il cherchait le soleil. Depuis quelque temps, il était revenu à moi. Un jour, au Luxembourg, je voulus lui prendre la taille, et il se récria aussitôt, tant le moindre attouchement lui était pénible. A peine pouvait-il supporter ses vêtemens. Il avait comme une hypéresthésie générale. » Voilà à quel état la syphilisation avait réduit ce malheureux jeune homme, victime de son aveugle confiance.

» M. Marchal : Il faut, dans l'étiologie de ce fâcheux état général, tenir compte du mauvais genre de vie et des excès de travail.

» M. Denis : Sans doute, mais très secondairement, selon moi. Pour tous ceux qui liront avec soin les documens relatifs à J..., recueillis par la Commission, il sera évident que la syphilisation a eu de beaucoup la plus grande part à la production de ce triste état de la constitution, si profondément détériorée, qu'à la première atteinte un peu rude le sujet devait infailliblement périr.

» La Commission conclut dans ce sens.

» M. le Président : Maintenant, quelle a été la part de la syphilisation dans la production de l'érysipèle qui a causé la mort.

» M. Ricord : S'il est vrai, et l'on n'en peut douter, que la syphylisation ait beaucoup contribué à amener l'état général déplorable auquel J... avait été réduit, il est vrai pareillement que, par cela seul déjà elle a dû contribuer beaucoup à produire l'érysipèle, attendu que la constitution, ainsi affaiblie, devait être plus exposée à ressentir les effets de toute espèce de cause morbide. Mais, en outre, il est de la dernière évidence que la syphilisation a fourni la cause occasionnelle de l'érysipèle.

» M. Marchal : Il ne faut pas oublier, toutefois, qu'il régnait une influence épidémique, et que M. Piédagnel, appelé en consultation, s'est écrié, devant M. Mialet, en découvrant J... : « Voilà bien les caractères de l'érysipèle épidémique.

» Au surplus, je ne prétends pas nier que le cas de J..., depuis que je le connais dans tous ses détails, n'ait produit sur moi une impression profonde. La possibilité de déterminer une inflammation locale intense, susceptible de faire naître des accidens graves, doit inspirer la plus grande circonspection. J'ajouterai que, dans mes essais de syphilisation, je n'ai jamais procédé par séries d'inoculations multipliées à outrance. Il ne faut ni cent, ni trente inoculations vaccinales pour mettre l'économie à l'abri de la variole. Il ne faut pas non plus vingt chancres infectans pour donner la syphilis. Une très petite *effraction* y suffit (je me sers ici d'une ingénieuse expression de M. Ricord), comme à la rage, comme à la morve. S'il suffit d'un chancre pour donner la syphilis, une pustule ou quelques pustules se succédant par intervalles, devraient suffire pour syphiliser. Le procédé par séries d'inoculations faites chaque fois en très grand nombre, ne repose pas sur un raisonnement physiologique, et, dans la pratique, il a l'inconvénient d'exposer à des accidens locaux d'une haute gravité.

» M. le Président : Je n'ai rien à dire des procédés de syphilisation, attendu que je la repousse énergiquement, de quelque façon qu'on prétende la pratiquer. Quant à l'influence épidémique, je veux bien qu'elle ait joué un rôle dans le cas de J..., mais on peut supposer qu'elle n'aurait pas eu d'effet si le sujet n'avait été si affaibli et s'il n'avait présenté une vaste surface d'irritation, où l'érysipèle a pris naissance ; car c'est par le bras gauche que l'érysipèle a débuté, et ce bras était gonflé et douloureux.

» M. Marchal : Si l'on peut dire que l'influence épidémique n'aurait point produit l'érysipèle sans l'affaiblissement de la constitution et sans les pustules, on peut dire réciproquement que l'affaiblissement de la constitution et les pustules n'auraient point produit l'érysipèle sans l'influence épidémique.

» M. le Président : Soit ; mais l'influence épidémique n'a dépendu de personne, tandis que l'affaiblissement de la constitution produit par la syphilisation et les pustules d'inoculation, qui avaient mis le bras gauche, par lequel l'érysipèle a débuté, dans un si mauvais état, ont dépendu de quelqu'un.

» La Commission conclut : 1° que la syphilisation, en contribuant notablement à détériorer la constitution, a disposé l'économie à subir les effets de l'influence épidémique ; 2° que l'inflammation du bras, produite par les pustules d'inoculation, a été la cause occasionnelle et le point de départ de l'érysipèle qui a déterminé la mort.

M. le Président : Pour nous résumer sur ce cas, nous avons à répondre à deux questions, qui comprennent toutes les autres. Premièrement, le cas de J... prouve-t-il quelque chose en faveur de la syphilisation, secondement, prouve-t-il quelque chose contre la syphilisation?

» Sur la première question, la Commission conclut : non, ce cas ne prouve rien en faveur de la syphilisation ; et sur la seconde, elle conclut : oui, ce cas prouve que la syphilisation expose aux plus grands dangers ceux qui s'y soumettent.

Troisième fait.

» M. le Président : Il n'est pas douteux que la fille X... n'eût la syphilis constitutionnelle au moment où elle a été syphilisée. Passons donc sur ce premier point, et recherchons tout de suite quel a été l'effet des inoculations sur les accidens syphilitiques dont elle était affectée?

M. Ricord : La réponse à cette question est bien simple. La fille X... avait des ulcérations à la gorge et une glande engorgée au cou au moment où la syphilisation a été commencée, et, pendant la syphilisation, en même temps que les ulcérations de la gorge disparaissaient, il s'est produit une syphilide générale et une syphilide palmaire, ce qui prouve bien, d'une part, que la disparition du mal de gorge ne dépendait pas de la syphilisation, et d'autre part, que la diathèse syphilitique persistait dans toute son énergie.

» M. Denis : A propos de la syphilide palmaire, je remarque dans le récit de la fille X... cette singulière mention : « Je la montrai à M. Auzias, qui me dit que ce n'était rien. Quand je disais à M. Auzias que j'étais faible, il me disait pour toute réponse : je le crois bien. » De même, lorsque, pendant la syphilisation, la fille X... fut atteinte d'une syphilide générale, M. Auzias lui dit que ce n'était pas un symptôme syphilitique.

» M. le Président : Ainsi la Commission n'admet pas que la syphilisation ait eu prise sur la diathèse syphilitique, chez la fille X...?

» La Commission conclut dans ce sens.

» M. le Président : Les effets locaux de l'inoculation chez cette fille ont été très intenses. Elle en a beaucoup souffert ; elle a eu une forte fièvre, et a été obligée de garder le lit. Je me borne à signaler cette circonstance ; il est inutile d'en faire le sujet d'une question. Mais ce qui doit être l'objet d'une question, c'est l'influence de la syphilisation sur l'état général de la fille X...

» M. Ricord : A cet égard, il n'y a qu'à consulter le procès verbal. « Je mangeais énormément, dit cette malade, sans pouvoir me rassasier, comme J... Depuis, j'ai beaucoup maigri, et j'ai perdu mes forces ; je ne suis plus rien en comparaison de ce que j'étais. Quand je monte, je suis tout de suite essoufflée. » Nous l'avons vue à cette époque, et il nous a été facile de juger de l'atteinte portée à sa constitution. Nous l'avons revue lorsque déjà depuis quelque temps elle était soumise à l'influence réparatrice du traitement ordinaire, et le procès-verbal constate un changement extrêmement avantageux qui s'était opéré dans toute sa personne.

» M. Marchal : Il ne faut pas oublier que, pendant la syphilisation, cette fille avait été renvoyée par J..., et vivait dans une profonde misère, ce qui peut expliquer, en dehors de la syphilisation, l'affaiblissement notable de sa constitution.

» M. Denis : D'abord, la fille X... n'a point hésité à attribuer son état général à la syphilisation, sans acception d'aucune autre cause. Ensuite, si cette fille était réellement misérable, pourquoi M. Auzias continuait-il à la syphiliser dans des conditions aussi manifestement défavorables?

» M. le Président : Ainsi la Commission pense que la syphilisation, chez la personne dont il s'agit, a eu pour effet de détériorer la constitution?

» La Commission conclut en ce sens.

» M. le Président : Vient maintenant la question de savoir quel a été le résultat des inoculations au point de vue de l'immunité, après quatre mois et demi environ de syphilisation, puisque celle-ci a été commencée le 20 février et abandonnée vers le 3 juillet?

» M. Marchal : La fille X... nous a dit qu'après quelques inoculations son pus cessa d'avoir prise sur elle, et qu'ensuite d'autres pus, inoculés d'abord avec succès, cessèrent pareillement de lui être inoculables. Je sais bien qu'alors un nouveau pus, très énergique, donna lieu à des pustules, qui furent même très volumineuses et très douloureuses. Mais l'épuisement successif de la propriété contagieuse de plusieurs pus n'est pas moins un fait digne de remarque.

» M. le Président : La dernière fois que des inoculations ont été faites, des pustules se sont produites ; donc la fille X... n'était pas devenue réfractaire. Voilà la question.

» M. Denis : Remarquons, encore une fois, que cette malade était, comme on dit, en syphilisation, depuis quatre mois et demi au moins. Si après un pareil espace de temps de souffrances, de suppuration, de dégoût pour soi-même et pour les autres, de faiblesse et de dangers, la syphilisation ne guérit ni ne préserve, comment veut-on qu'elle ne soit pas rejetée avec indignation?

» M. le Président : Ainsi la Commission reconnaît que la fille X..., après des inoculations qui se sont prolongées environ pendant quatre mois et demi, n'était point réfractaire?

» La Commission conclut dans ce sens.

» M. le Président : Je dois faire remarquer que lors de sa seconde visite à la Commission, la fille X..., qui était recherchée en mariage, se plaignait beaucoup de porter au bras une multitude de stygmates résultant des inoculations, et sur lesquels elle craignait d'être interrogée plus tard par celui qui la recherchait. Je n'en fais pas l'objet d'une question, mais je devais rappeler cette circonstance à la Commission, attendu qu'il y a là un inconvénient assez notable de la syphilisation.

» M. Marchal : D'après le procès-verbal, quelques-unes des cicatrices tendaient déjà à disparaître lors de la première visite de la fille X.... Les cicatrices des pustules d'inoculation syphilitique ne diffèrent point de celles des pustules vaccinales.

» M. le Président : En résumé, le cas de la fille X... ne prouve rien en faveur de la syphilisation, et il prouve contre cette méthode qu'elle affaiblit le sujet, peut le faire beaucoup souffrir, et le couvre de cicatrices, sans aucune espèce de compensation. La Commission est-elle de cet avis?

» La Commission conclut dans ce sens.

Quatrième fait.

» M. le Président : Ce fait est celui de la femme Z..., que M. Auzias a continué à syphiliser, ou, pour parler plus exactement, à inoculer, à Saint-Lazare. M. Auzias avait demandé à la Commission de faire une démarche pour qu'il fût autorisé à continuer les inoculations sur cette femme. La Commission s'y est refusée et devait s'y refuser, attendu que sa tâche et son devoir étaient de juger les faits acquis, pour savoir si d'autres expériences pouvaient être autorisées, et non de provoquer elle-même des expériences : M. Auzias ayant obtenu, par suite de démarches personnelles, l'autorisation que la Commission n'avait pas voulu demander pour lui, recommença les inoculations sur sa malade, et ce ne fut que trois semaines après, et trois jours avant la sortie de cette femme de la prison St-Lazare, qu'il en informa la Commission, laquelle par conséquent n'a pas été à même de suivre l'observation. La Commission a fait toutes sortes de démarches pour retrouver la femme Z..., et, par suite de circonstances particulières, exceptionnelles, elle n'a pu y parvenir. Elle s'est adressée alors à M. le docteur Collineau, médecin de la prison Saint-Lazare, qui a rédigé une note sur le compte de cette malade, qu'il avait été en position d'observer. Il résulte de cette note, aussi bien que de la déclaration du mari de la femme Z..., que celle-ci n'aurait jamais eu la syphilis.

» M. Ricord : La note de M. Collineau présente, relativement à l'éruption pustuleuse, quelques indications douteuses et controversables, sur lesquelles il n'y aurait pas grand intérêt à insister. Mais elle est très précise sur ce point que rien, absolument rien, ne prouvait, à l'entrée de la malade à St-Lazare, qu'elle eût jamais été affectée de la syphilis.

» M. Denis : Il est assez curieux de rapprocher l'affirmation de M. Collineau de cette phrase de la lettre de M. Auzias à la Commission, relativement à la fille Z... : « Tous les accidens dont elle était atteinte ont disparu. »

» M. Marchal : Je note ici un résultat que j'ai déjà relevé à l'occasion sion de la fille X..., savoir, que les effets des dernières inoculations étaient de plus en plus faibles, à ce point, dit expressément M. Collineau, que « si la femme Z... fût restée longtemps en prison, et que les inoculations eussent été continuées, on peut présumer que leur effet aurait été nul. » Je note également, comme un fait distinct, que les symptômes inflammatoires locaux ont été manifestement réprimés par les inoculations successives.

» M. Ricord : J'ai déjà répondu relativement à l'effet répressif des inoculations subséquentes sur les pustules des premières inoculations. Quant à l'affaiblissement graduel des effets des dernières inoculations, à ce point, que l'inoculation finirait par échouer et que dès lors l'immunité serait acquise, voici ma réponse : à bout de poison, il se peut que l'économie se sature pour un temps, mais que cette saturation momentanée équivaille à l'immunité définitive, voilà ce qu'on n'a jamais pu montrer et ce qu'on ne montrera jamais.

» M. Denis : Quant à moi, sans m'occuper des autres détails, je vois dans le cas de la femme Z... une expérience de syphilisation faite sur une femme exempte de syphilis et d'une intelligence bornée, expérience sans aucune signification possible en faveur de la syphilisation.

» La Commission conclut dans ce sens.

Cinquième fait.

» M. le Président : C'est une simple mention du cas d'un confrère de la province, qui aurait été guéri et rendu réfractaire, dans l'espace d'un mois, par la syphilisation. M. Auzias avait une lettre de ce confrère, mais il a prétendu qu'il était de son devoir de ne pas la montrer.

» M. Denis : Il faut donc croire M. Auzias sur parole. Étrange prétention, quand il s'agit d'une méthode à laquelle on peut reprocher d'avoir fait des victimes ! Quand je parle de victimes, je pense d'abord à J..., et ensuite aux deux femmes mortes de *maladies étrangères à la*

syphilis dans le Syphilicôme de Turin. On pourrait dire aussi bien de J... qu'il est mort d'une maladie étrangère à la syphilis, attendu que l'érysipèle n'est pas un accident syphilitique. Pareillement, un individu affaibli par la syphilisation pourrait contracter une fièvre typhoïde, par exemple, et en mourir, et l'on attribuerait la mort à une maladie étrangère ! étrangère à la syphilis, je l'accorde, mais non pas étrangère à la syphilisation ! Les esprits droits et honnêtes ne s'y tromperaient pas. Mais il est bon de s'élever à l'avance contre une échappatoire qui consisterait à désintéresser la syphilisation dans les résultats formidables qu'elle peut produire. Je reviens au fait en question, si tant est que l'on doive s'occuper sérieusement d'un cas pareil, et je vois un homme devenu réfractaire dans l'espace d'un mois, tandis que J... et la fille X..., chargés de pustules, étaient encore inoculables, l'une au bout de quatre mois et demi, l'autre au bout de cinq mois.

» M. Ricord : Notre honorable collègue ne doit pas oublier que le mois était de trente-et-un jours, et qu'il s'agissait d'une syphilisation à marche forcée ou *galoppante*, comme on pourrait l'appeler.

» M. Denis : Il est vrai ; mais cela ne m'empêche pas de proposer à la Commission de considérer le fait en question comme non avenu. Il est presque honteux d'avoir à délibérer sur de pareils matériaux.

» La Commission déclare le cinquième fait non avenu.

Sixième fait.

» M. le Président : C'est le cas du tambour de la garde nationale, que M. Auzias avait adressé à M. Marchal, et chez lequel M. Marchal n'avait constaté aucun symptôme caractéristique de la syphilis, ce qui n'a pas empêché M. Auzias d'inoculer ce malheureux, dont la raison n'est pas très solide.

» M. Ricord : Il me semble que la conclusion adoptée par la Commission, sur le fait de la femme Z..., s'applique parfaitement, sauf le genre, au cas de ce tambour.

» M. le Président : Ainsi, la Commission ne verrait, dans ce cas, qu'une expérience de syphilisation tentée sur un homme exempt de syphilis, et n'ayant pas tout son jugement; expérience, du reste, sans aucune espèce de valeur à l'avantage de la syphilisation?

» La Commission conclut dans ce sens.

Septième fait.

» M. le Président : Il s'agit du prétendu syphilisé de M. Ricord. Nous savons à quoi nous en tenir sur ce cas si étrangement interprété par M. Auzias,

» M. Marchal : M. Auzias m'avait parlé de ce cas, et j'avoue que je l'avais vivement pressé de le montrer. Il eût été fort piquant d'amener M. Ricord à récipiscence à l'aide d'un fait de sa pratique qu'il aurait méconnu. C'est donc une malice dont je prends en partie la responsabilité. Mais je ne prends pas du tout la responsabilité de l'interprétation donnée au fait par M. Auzias. Dès les premières questions adressées au sujet, j'ai compris que M. Auzias s'était fait illusion.

» M. Denis : Il me semble que nous devons à notre honorable collègue, et que nous nous devons à nous-mêmes de ne pas prolonger le débat sur un cas qui, selon moi, doit être considéré comme non avenu, à l'exemple du cinquième.

» La Commission conclut dans ce sens.

» M. le Président : Nous voilà arrivés au terme de cette fastidieuse appréciation, et, je puis ajouter, de cette facile réfutation. Si M. Auzias avait d'autres faits par devers lui, il a eu grand tort de ne pas nous les communiquer, attendu que ceux qui précèdent n'inspireront pas grande confiance. Si telle est la base de la syphilisation, il y a bien à s'étonner que ce triste édifice ait pu se maintenir debout un seul moment. En effet, sur sept cas que nous avons examinés, deux, le cinquième et le septième, sont non avenus ; trois, les premier, quatrième et sixième, sont des expériences de syphilisation pratiquées sur des individus d'un esprit faible ou exalté, et exempts de syphilis, expériences dénuées de toute espèce de signification en faveur de la syphilisation ; un, le troisième, est un exemple de syphilisation prolongée, ayant beaucoup fait souffrir la malade, l'ayant exténuée, et ne lui ayant procuré ni l'immunité, ni la guérison ; un, enfin, le deuxième, est un exemple terrible de syphilisation terminée par la mort. Il est facile, d'après cela, de pressentir la conclusion de la Commission. Mais, auparavant, nous avons à nous expliquer touchant l'expérience faite en notre présence sur un singe, par M. Auzias.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

ÉTUDE COMPARÉE DES LÉSIONS ANATOMIQUES DANS L'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE ET DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

Note lue à la Société médico-chirurgicale de Paris, dans les séances des 11 Mars et 8 Avril 1853;

Par M. le docteur Duchenne de Boulogne [1].

§ II.

EXAMEN COMPARATIF DE L'ÉTAT ANATOMIQUE DES CENTRES NERVEUX DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS, DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE SANS ALIÉNATION ET DANS L'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE.

Des états anatomiques de la fibre musculaire qui diffèrent à ce point les uns des autres, ainsi qu'on l'a vu dans le paragraphe précédent, ne pouvaient évidemment provenir d'une même cause. Si, en effet, partant des muscles dans lesquels viennent s'épanouir les conducteurs nerveux, on remonte à la source d'où ces derniers émanent, on trouve encore dans les centres nerveux des lésions anatomiques qui ne permettent pas de confondre entr'elles les affections diverses dont il a été question précédemment.

C'est ce que j'essaierai de démontrer dans ce paragraphe, en étudiant comparativement l'état anatomique des centres nerveux dans la paralysie générale des aliénés, dans la paralysie générale sans aliénation et dans l'atrophie musculaire progressive.

(1) Suite. — Voir les numéros des 30 avril, 7 et 10 mai.

A. *État anatomique des centres nerveux dans la paralysie générale des aliénés.*

Quelque variables que soient les lésions matérielles qui la produisent, la paralysie générale des aliénés imprime toujours, pour ainsi dire, son caractère anatomique dans le cerveau. Ces lésions matérielles de l'organe de l'intelligence peuvent rendre compte des troubles qu'elles apportent dans l'exercice des facultés intectuelles. Les auteurs qui font autorité dans l'étude des affections mentales, sont unanimes sur ce point d'anatomie pathologique. Les faits exceptionnels rapportés par M. Leuret, dans lesquels cet observateur distingué dit n'avoir trouvé aucune lésion anatomique du cerveau ou de ses membranes, chez des individus qui avaient succombé à la paralysie générale des aliénés, ne saurait infirmer ce qui repose sur des milliers de faits. Ces propositions ne peuvent être contestées, et ne demandent aucun développement.

B. *État anatomique des centres nerveux dans la paralysie générale spinale (sans aliénation).*

Il existe une paralysie générale qui est étrangère à la paralysie générale saturnine, et dans laquelle le cerveau et ses membranes, contrairement à ce qu'on observe dans la paralysie générale des aliénés, ne représentent aucune altération anatomique : c'est la paralysie générale sans aliénation que j'ai appelée spinale, parce qu'elle trouve parfois sa raison d'être dans la lésion anatomique de la moelle ; et que, dans les cas où elle ne laisse aucune trace appréciable, on ne peut, en raisonnant d'après les faits physiologiques et pathologiques connus, la rapporter à aucun autre appareil nerveux que la moelle épinière.

C'est par des faits, seulement, que je me propose de démontrer l'exactitude des propositions que je viens de formuler.

Il ressort déjà d'une observation (obs. II), rapportée dans le paragraphe précédent, que, dans la paralysie générale spinale (sans aliénation), le cerveau n'éprouve point de lésion anatomique. On a vu, en effet, que, chez le sujet de cette observation, dont tous les muscles étaient paralysés et la parole embarrassée, traînante, comme on l'observe dans la paralysie générale des aliénés, le cerveau et les membranes ont été trouvés à l'autopsie dans un état d'intégrité parfaite. Il n'est donc pas surprenant que les facultés intellectuelles soient restées intactes pendant tout le cours de sa maladie.

Je vais corroborer cette observation de cinq autres faits analogues et tout aussi probans. Mais dans la crainte de donner trop d'extension à cette communication, je demande la liberté d'exposer ces faits sous forme de résumé, me réservant cependant de rapporter la dernière observation (la septième) avec un peu plus de détails, en raison de l'importance de la lésion anatomique qui fut constatée à l'autopsie.

Observation III. — (Charité, salle Saint-Félix, n° 13, service de M. Andral ; Lorrain, valet de chambre, 32 ans, entré en juin 1846.) Paralysie générale, survenue spontanément sans cause connue, datant de quatre ans, ayant débuté par les extrémités inférieures, et ayant envahi progressivement tous les muscles du tronc. — Perte complète de la contractilité électrique dans les muscles paralysés. — Atrophie musculaire graduelle et portée presqu'aux dernières limites. — Intelligence parfaite pendant toute la durée de la maladie. — Autopsie faite par M. Saget, interne, sous les yeux de M. Andral : pas de lésion appréciable ni dans le cerveau, ni dans la moelle ou ses enveloppes.

Observation IV. — (Charité, salle Saint-Félix, n° 17, service de M. Andral, 1849.) Paralysie générale survenue tout à coup sans cause connue chez X..., tailleur, âgé de 26 ans. — Perte de la contractilité électro-musculaire, à des degrés divers, dans les muscles des membres et du tronc, constatée le dixième jour de la maladie. — Atrophie musculaire rapide, complète surtout dans les membres inférieurs et frappant les muscles en masse et uniformément. — Intelligence parfaite pendant tout le cours de la maladie. — Mort avec une large escharre au sacrum, après dix mois de maladie. — Autopsie faite sous les yeux de M. Andral, par M. Lemaitre, interne : pas de lésion appréciable dans le cerveau, ni dans la moelle ; rien de notable dans les autres organes.

Observation V et VI. — Pour abréger cet exposé, je passe sous silence les résumés des deux faits de paralysies générales sans aliénation, analogues aux précédens et par les symptômes et par l'absence de lésions appréciables des centres nerveux. Ils ont été observés, l'un en 1850, dans le service de M. Briquet (Charité, salle Sainte-Marthe, n° 43) ; l'autre, en 1852, dans le service de M. Bouvier (Beaujon, salle St-Laennec, n° 24) ; mais je dois ajouter que l'état anatomique des muscles du malade de M. Bouvier, chez lequel j'avais constaté moi-même pendant la vie, l'absence de la contractilité électro-musculaire, a été examiné par M. Géry, actuellement interne de M. Cruveilhier, et qui, on le sait, vient de faire l'autopsie de Lecomte. Il m'a déclaré avoir trouvé un assez grand nombre de ces muscles plus ou moins décolorés et jaunâtres comme chez Lecomte. Il croit que ces derniers muscles étaient transformés en graisse à des degrés divers, bien qu'il ne fussent pas arrivés au même degré de décoloration que chez Lecomte, et bien qu'il n'ait pu le constater à l'œil nu. (C'est dans ces circonstances que l'emploi du microscope est nécessaire.) Il n'est pas douteux pour moi, d'après la lecture de cette observation que M. Bouvier a eu la complaisance de me communiquer, et dont M. Cruveilhier parle dans sa communication à l'Académie, que les muscles de ce malade étaient graisseux ; mais je ne puis l'affirmer scientifiquement par défaut d'examen microscopique. C'est pourquoi je ne l'ai pas rapportée après la deuxième observation dans le paragraphe précédent.

Si, dans les cas précédens, il avait existé la plus légère lésion du cerveau ou de ses membranes, elle n'aurait certainement pas échappé à l'observation.

Mais je n'en puis dire autant de la moelle épinière, car on sait combien est délicat l'examen nécroscopique de cette partie des centres nerveux. M. Andral, connaissant mieux que personne les difficultés de ces préparations, et afin d'avoir une base de comparaison entre l'état normal et l'état pathologique, avait fait examiner par son interne, M. Lemaître, la moelle épinière d'un grand nombre de sujets qui avaient succombé dans son service, sans avoir présenté, pendant la vie, aucun trouble symptomatique d'une lésion des centres nerveux (je note ce détail, afin de prouver que les examens nécroscopiques que j'ai observés dans le service de ce savant clinicien, et dont j'ai exposé plus haut les résultats, ont été faits avec le plus grand soin). C'est après cette espèce d'étude qu'on a procédé à l'autopsie relatée dans la quatrième observation citée ci-dessus.

Or, on sait que, dans ce dernier cas, comme dans ceux qui le précèdent, il n'a pas été possible de constater la plus légère altération de la moelle, bien que nous nous attendissions tous à l'y trouver, d'après les phénomènes morbides si tranchés, observés pendant la vie, et que nous pensions symptomatiques d'une lésion matérielle de la moelle.

Cependant, il me reste encore un doute sur l'état réel de la moelle, ou de ses racines, ou de ces enveloppes, dans ces observations ; car ne se peut-il pas que nos moyens d'investigation aient été insuffisans. Le doute a augmenté encore depuis la découverte récente faite, à l'occasion de l'autopsie de Lecomte, par M. le professeur Cruveilhier, qui, antérieurement et dans un cas analogue, avait laissé échapper, malgré sa grande expérience, ce fait d'anatomie pathologique important.

La paralysie générale sans aliénation laisse cependant parfois de grosses lésions matérielles dans la moelle. C'est à cette dernière espèce de paralysie générale qu'il est, selon moi, rationnel de rattacher celles dont on n'a pas trouvé jusqu'à ce jour la raison anatomique, et qui n'ont été occasionnées ni par l'intoxication saturnine, ni par l'influence de gaz délétères, etc.

C'est pourquoi je termine cette série de recherches nécroscopiques sur la paralysie générale spinale (sans aliénation), par une observation dans laquelle la plupart des phénomènes morbides observés pendant la vie trouvent leur explication dans la lésion anatomique de la moelle.

Observation VII. — *Paralysie générale ; — contractilité électro-musculaire perdue ou diminuée dans les muscles paralysés ; — sensibilité cutanée intacte ; — mort après sept mois de maladie ; — autopsie : intégrité du cerveau et de ses enveloppes* (1), (Charité, salle Sainte-Anne, n° 12, service clinique de M. Fouquier.)

Constant, teinturière, âgée de 41 ans, à Paris depuis vingt-huit ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution moyenne, réglée à 14 ans, a eu des accouchemens naturels ; pas de maladie antérieure ; pas de douleurs névralgiques ou rhumatoïdes antérieures, pas de coliques, ni de constipation, ni liseré des gencives, enfin, pas de cause d'intoxication saturnine. En mai 1847, elle éprouva pour la première fois, sans cause connue, dans la colonne vertébrale, depuis les vertèbres cervicales jusqu'aux vertèbres lombaires, des douleurs assez vives, beaucoup plus fortes dans la région cervicale, qui s'exagéraient par les mouvemens. Bientôt après les mouvemens devinrent difficiles et douloureux dans les membres supérieurs, surtout du côté gauche, sans cependant empêcher complètement le travail. Pas de céphalalgie ; digestion de plus en plus pénible ; commencement de constipation.

Au commencement du mois d'août de la même année, elle éprouva tout à coup des fourmillemens et un froid très grand dans les mains et les pieds ; la paralysie se déclara ensuite dans les membres inférieurs et força la malade de s'aliter. Quoiqu'il lui fût impossible de se tenir debout, elle put encore, pendant quelque temps, s'asseoir dans son lit, se mettre sur les côtés, changer ses membres inférieurs de place. Malgré la paralysie, les membres inférieurs étaient restés bien développés ; mais à dater du mois de novembre 1847, ils maigrirent considérablement et rapidement. La constipation devint des plus opiniâtres et l'appétit disparut tout à fait. La maladie progressa ainsi malgré un traitement approprié et employé dès le début (sangsues, purgatifs, cautères sur les côtés de la colonne vertébrale).

Depuis le 3 octobre 1847, époque de son entrée à l'hôpital, les accidens s'aggravèrent, et je constatai dans les premiers jours de décembre 1847 les phénomènes suivans : décubitus dorsal, perte absolue de tous mouvemens du tronc, des membres inférieurs, et de la tête sur le tronc ; les mouvemens de latéralité de la tête sont même impossibles. La malade écarte faiblement, mais avec de grands efforts, le bras gauche du tronc ; fléchit un peu les doigts de la main gauche. Les doigts de cette main sont un peu contracturés. — Selles et urines involontaires ; amaigrissement extrême ; — conservation de la sensibilité cutanée, quoiqu'un peu diminuée dans le membre inférieur droit ; — conservation des facultés intellectuelles, intégrité de la parole, des sens de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du goût ; escarre de la peau au niveau des ischions ; perte d'appétit ; pas de fièvre.

A l'exploration électro-musculaire, je constate : 1° *que la contractilité et la sensibilité électro-musculaires est entièrement éteinte dans les jambes, diminuée dans les cuisses* ; 2° que l'excitabilité électrique (motricité de M. Flourens) est encore assez grande dans les poplités, pour faire entrer en contraction les muscles qui sont sous leur dépendance et qui ne se sont pas contractés lorsqu'on les a excités directement ; 3° *que les muscles de la région antibrachiale antérieure droite ont aussi perdu leur contractilité électrique, et que cette dernière propriété est considérablement diminuée dans les muscles de la région postérieure de l'avant-bras droit, dans les muscles du membre supérieur gauche, dans les pectoraux, les trapèzes et les muscles de la région sous-épineuse.* On voit quelques *rares* contractions fébrillaires dans les membres supérieurs.

(1) Observation extraite de mon mémoire à l'Institut, sur l'atrophie musculaire avec transformation graisseuse.

Mort le 26 décembre 1847.

Autopsie faite par M. Oulmont, interne, aujourd'hui médecin des hôpitaux, en présence de M. Fouquier, pendant la leçon clinique. *Les cordons antérieurs de la portion cervicale de la moelle sont injectés et diffluens dans une étendue de 6 centimètres, à peu près, à partir de la quatrième vertèbre cervicale.* Ce ramollissement, qui forme une sorte de bouillie, contraste avec la fermeté des cordons postérieurs de cette même portion cervicale, qui ne sont pas même injectés. Dans tous les autres points, la moelle et ses enveloppes n'offrent rien d'anormal. *Intégrité parfaite du cerveau et de ses membranes.* Rien de particulier dans les autres organes. Les muscles n'ont pas été examinés, mais par le toucher, on ne pouvait constater leur existence surtout aux membres inférieurs où la peau semblait appliquée sur les os.

Dans le fait dont je viens de donner la relation, il existe un rapport satisfaisant de subordination entre la plupart des phénomènes observés pendant la vie de la malade et la lésion anatomique constatée à l'autopsie. En effet, la lésion du mouvement (la paralysie) trouve sa raison d'être dans l'altération profonde d'une portion des cordons antérieurs de la moelle; la conservation de la sensibilité de la peau s'explique par l'intégrité des cordons postérieurs. Enfin, et c'est le point capital sur lequel j'insiste, l'absence d'aliénation dans cette paralysie générale se comprend fort bien, puisque le cerveau et ses membranes ne présentaient aucune des lésions anatomiques qu'on observe dans la paralysie générale des aliénés.

Si l'on considère que tous les cas précédens (obs. II, III, IV, V et VI) se sont signalés par des symptômes analogues à ceux que j'ai observés dans la septième observation, on n'hésitera pas à les relier à cette dernière, bien qu'à l'autopsie elles n'aient laissé dans la moelle aucune lésion anatomique appréciable. Je pense donc que la meilleure dénomination qui leur convienne jusqu'à présent, c'est celle de *paralysie générale spinale*, parce qu'elles marchent et perdent leur contractilité *volontaire et électrique comme lorsque les cordons antérieurs de la moelle sont altérés.*

Mais quel que soit l'avenir réservé à cette question d'anatomie pathologique, qu'on place un jour la lésion anatomique et la paralysie générale sans aliénation ou dans la moelle, ou dans les extrémités nerveuses, ou enfin dans le système nerveux ganglionnaire, il n'en ressort pas moins des faits exposés plus haut, *que cette lésion n'est pas dans le cerveau, comme dans la paralysie générale des aliénés.*

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Addition à la séance du 4 Mai 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

M. DEGUISE fils présente un opuscule de M. Marchant (de Charenton), médecin-adjoint de l'École vétérinaire d'Alfort, ayant pour titre : *Nouvelles études sur le traitement de l'asphyxie et de la faiblesse native des nouveau-nés.*

— M. MAYOR, de Genève, correspondant de la Société, présent à la séance, communique de la part de son fils deux observations, dont l'une est relative à un *kyste extrêmement volumineux développé dans le côté gauche de la mâchoire inférieure.* La deuxième observation a pour objet la relation d'un cas d'ablation d'un goître développé aux dépens de la moitié droite de la glande thyroïde.

Une commission est désignée pour faire un rapport sur les deux observations de M. Mayor fils.

— M. DEBOUT présente deux carotides d'animaux auxquels il a pratiqué l'injection de perchlorure de fer. Dans l'une de ces carotides, il n'avait été injecté que 6 gouttes de perchlorure dans une étendue de 6 centimètres environ. Le caillot avait été redissous et entraîné dans le torrent circulatoire. La membrane interne de cette carotide est saine, sauf un petit point où commençait à se former un abcès.

Dans l'autre carotide, il avait été injecté 15 gouttes dans une étendue de 8 centimètres. Cette artère est restée imperméable pendant tout le temps qu'a vécu l'animal. A l'autopsie, on a trouvé le caillot adhérent dans toute son étendue aux parois de l'artère, et celle-ci était le siége d'une inflammation suppurative; aux deux extrémités du caillot, l'artère était entièrement oblitérée par suite du travail inflammatoire adhésif.

La Société a procédé, dans cette séance, au scrutin pour l'élection de M. Voillemier.

M. Voillemier a été élu.

Séance du 11 Mai 1853.

Tumeur épithéliale de la mâchoire inférieure.

M. GUERSANT présente un jeune garçon de 10 ans qui porte une tumeur mobile, saignante et assez consistante sur le bord supérieur gauche de la mâchoire inférieure. M. Guersant demande l'avis de ses collègues sur la nature de cette tumeur et sur le traitement qu'il conviendrait de lui appliquer.

MM. GOSSELIN, LENOIR et quelques autres membres s'accordent à considérer cette tumeur comme n'étant point cancéreuse et se rapprochant des tumeurs épithéliales. La conséquence de cette opinion serait que l'ablation de la tumeur devrait être tentée.

Coagulation du sang par le perchlorure de fer.

M. DEBOUT demande la parole à l'occasion du procès-verbal, pour présenter quelques considérations nouvelles au sujet des expériences de coagulation du sang par le perchlorure de fer.

Les règles tracées par MM. Pravaz et Lallemand pour l'injection du perchlorure de fer, dit M. Debout, reposaient sur un trop petit nombre de faits, pour qu'il ne fût pas utile de multiplier encore les expériences. Celles produites par M. Pravaz montraient la possibilité de la coagulation du sang par le perchlorure, indiquaient la quantité approximative du sel de fer pour obtenir la production du phénomène; mais elles laissaient encore un doute important à lever, la dose à laquelle on pouvait arriver sans provoquer d'accidens inflammatoires. C'était aux expériences sur les animaux qu'on pouvait seulement demander la preuve de l'agression du perchlorure de fer sur les parois artérielles. Ce point, j'ai cherché à le déterminer à mon tour. Déjà, dans ma dernière communication, j'ai signalé les résultats immédiats de l'action topique du liquide coagulant, mais l'astriction des parois artérielles n'est point le seul effet déterminé par le perchlorure de fer, des accidens inflammatoires peuvent survenir lorsque la quantité de la solution saline est un peu considérable. Ainsi j'ai mis sous les yeux de la Société les carotides du dernier cheval sur lequel j'ai répété ces expériences ; en voici les détails :

Cheval gris, vieux, de taille moyenne. — Le 2 avril, l'artère carotide droite est mise à nu par M. Leblanc, et M. le professeur Denonvilliers saisit entre les doigts environ 6 centimètres du tube artériel; j'injecte dans cette portion de la carotide 6 à 7 gouttes de perchlorure de fer, je malaxe l'artère, la coagulation du sang a lieu immédiatement; M. Denonvilliers abandonne la compression, et bien qu'elle n'ait duré qu'une minute, l'arrêt de la circulation persiste. Le calibre de l'artère se rétracte d'une manière sensible.

Le 3 avril. — La plaie n'a pas été réunie, afin de pouvoir suivre les phénomènes qui doivent se produire; nous constatons, le lendemain, M. Leblanc et moi que l'artère est bosselée et rétractée, nous percevons déjà de faibles pulsations dans cette portion oblitérée. L'animal est abattu, il ne mange point et éprouve de la fièvre.

Le 4 avril. — Même état des artères. La fièvre a diminué et l'appétit est revenu.

Les jours suivans, les symptômes généraux ne reparaissent pas, l'appétit continue, et à la fin de la semaine la circulation s'étant complètement rétablie dans la carotide un instant oblitérée, l'animal sert à une nouvelle expérience.

Le 9 avril. — M. Leblanc met à nu l'artère carotide gauche de ce cheval, et comme le concours de M. Denonvilliers nous manque, la compression est établie à l'aide de deux anses de fil, dans une étendue de 8 centimètres. La désagrégation du magma dans nos trois premières expériences, et le désir de juger des effets locaux d'une plus grande quantité de perchlorure de fer m'engagent à doubler la dose du sel, et j'injecte 15 gouttes de solution. Je malaxe l'artère, la coagulation a lieu dans toute l'étendue de l'artère, comprise entre les ligatures. Au bout de cinq minutes, les fils sont enlevés et la circulation ne se rétablit pas; l'artère est sensiblement rétractée, le volume de son calibre a diminué d'un tiers.

Le 10. — Fièvre de réaction, mêmes phénomènes que dans la première expérience.

Le 11. — Disparition des symptômes généraux.

Le 13. — Il n'y a pas de pulsation à l'artère glosso-faciale du côté gauche; on n'en perçoit pas non plus dans la portion du vaisseau où l'injection a été pratiquée. Cette partie de la carotide est toujours rétrécie, dure et un peu bosselée. La circulation est toujours très-évidente dans la carotide droite.

Le 17. — Pulsations fortes à la carotide et à la glosso-faciale droite, très faibles à la glosso-faciale gauche. Les mêmes phénomènes sont constatés avant d'abattre l'animal.

Autopsie. — Le 1er mai, l'animal est sacrifié, les carotides enlevées. Voici ce que l'on constate :

1° L'artère carotide droite présente, dans quelques centimètres, au niveau de la piqûre du trocart, un peu d'induration du tissu cellulaire. Le vaisseau fendu dans toute sa longueur, laisse voir le calibre de l'artère complètement libre. La membrane interne est saine : au point où l'instrument a pénétré, on constate une saillie qui en impose pour un caillot accolé à cette membrane; mais après l'avoir incisé, on s'aperçoit que cette saillie est due à la tuméfaction du tissu cellulaire voisin.

2° L'artère carotide gauche a été enlevée dans une étendue semblable à celle de la droite (40 centimètres). Elle est entourée, au niveau de la piqûre, d'un bourrelet de tissu cellulaire induré, de 4 à 5 centimètres de diamètre vers son milieu, et allant en diminuant vers ses extrémités. Ce bourrelet a 24 centimètres de longueur. Le vaisseau, ouvert dans toute son étendue, présente trois aspects bien différens. La partie supérieure est vide et saine. Elle était le siége d'une circulation de retour.

Dans la partie moyenne, enveloppée par l'induration du tissu cellulaire, on rencontre les lésions suivantes : à deux centimètres au-dessous de cette induration, l'artère est oblitérée par une cloison formée par l'adossement de sa membrane interne; celle-ci, dans l'étendue de 3 centimètres, est rugueuse à sa surface, et recouverte par du pus de consistance très diverse, au milieu duquel existent des grumeaux dus à la désagrégation du caillot.

Les mêmes phénomènes se présentent dans la partie inférieure, seulement les débris du caillot sanguin sont plus sensibles : ils conservent leur forme cylindrique, quoique entourés d'un liquide purulent. Ils sont constitués par une substance jaune, d'apparence plastique, très adhérente. Ces débris, malgré l'oblitération du calibre de l'artère, se continuent avec le caillot sanguin, qui remplit complètement la lumière du vaisseau. La partie supérieure de ce caillot forme la limite inférieure de la cavité qui vient d'être décrite.

La partie moyenne de cette cavité offre, dans une étendue de 6 centimètres, une membrane interne toujours rugueuse et fortement colorée en noir ardoisé. Dans cette portion, le calibre de l'artère est plus étroit que dans les parties supérieures et inférieures; il est vide dans l'étendue de 2 centimètres et réduit à la dimension d'un gros tuyau de plume à écrire. Les parois sont beaucoup plus épaisses et présentent une teinte rouillée. Dans le reste de son étendue, le calibre de l'artère est rempli par une masse blanc-jaunâtre, consistante, lamelleuse, facile à désagréger.

3° La partie inférieure, large d'environ 10 centimètres, renferme un caillot inégalement coloré en rouge et en blanc, disposé par zones circulaires, la partie fibrineuse en bas, et s'arrêtant, ainsi que M. Notta l'a fait remarquer, au niveau de la première collatérale.

La circonstance d'avoir laissé la plaie du cou ouverte après l'opération a-t-elle été pour quelque chose dans les résultats de l'injection dans la carotide gauche? M. Debout ne le pense pas, et il en puise la preuve dans l'absence d'accidens semblables dans l'artère droite, qui avait été placée dans les mêmes conditions. Le traumatisme a été le même pour les deux tubes artériels, la dose de l'injection a seule varié; dans l'une elle a été pratiquée avec 7 gouttes, tandis qu'elle a été de 15 dans l'autre. C'est donc à la quantité plus considérable de perchlorure qu'on doit rapporter les accidens inflammatoires produits dans la seconde expérience.

En présence de ces faits, ajoute M. Debout, on voit combien il importe, pour le succès de l'opération, de ménager toutes choses, et surtout, comme le fait remarquer M. Pravaz, d'éviter d'introduire dans le sac anévrysmal une dose trop considérable du liquide coagulant.

M. Debout termine par une dernière remarque sur un moyen adjuvant dont on n'a pas encore tenu compte, la compression. Vouloir se priver de ce secours, dit-il, serait compromettre l'avenir de la nouvelle méthode. En effet, pour obtenir un caillot capable de résister au cours du sang, même chez l'homme, il faudrait employer une quantité de sel de fer assez considérable pour provoquer des accidens redoutables.

Le problème de la cure des anévrysmes ne peut être réduit à la production d'un caillot dans l'intérieur du sac anévrysmal; si le caillot formé n'est pas protégé par l'arrêt de la circulation, il peut être redissous par le retour de l'ondée sanguine. En voici la preuve. Il y a trois ou quatre ans, nous avons opéré, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert, un malade affecté d'un anévrysme faux, consécutif, suite d'une saignée malheureuse. Nous avons employé la même pile à colonne, qui nous a fourni un cas de succès dans de semblables circonstances; voulant prouver que la galvano-puncture était douloureuse seulement lorsqu'on agit par intermittences, nous avons employé un courant constant. En dix minutes, nous avons obtenu la coagulation de toute la masse sanguine contenue dans la poche anévrysmale, qui avait le volume d'un œuf de pigeon. On a négligé de maintenir la compression, et huit jours après, le caillot, battu en brèche par l'ondée sanguine, s'était dissous.

Une expérimentation ultérieure et répétée peut seule prouver qu'on peut se passer de l'emploi de la compression. Au point où en est encore la question, je me garderai bien de négliger ce secours; un arrêt complet de la circulation peut seul permettre d'obtenir ce dépôt successif de couches albumineuses signalé par M. Pravaz; le fait que nous venons de citer en est la preuve.

De l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des hémorrhagies.

Nous devons rappeler, à l'occasion de cette communication, que dans une précédente séance (séance du 4 mai), M. MARJOLIN a annoncé à la Société que dans deux cas il a eu recours avec succès à l'emploi du perchlorure de fer pour combattre des hémorrhagies.

Le premier fait est relatif à une métrorrhagie, suite d'une affection cancéreuse de l'utérus et du vagin. Une injection, pratiquée avec un mélange de 2 grammes de perchlorure de fer pour un litre d'eau, a fait cesser immédiatement la perte de sang.

Dans le second fait, le perchlorure a été appliqué pur. Il s'agissait d'une hémorrhagie en nappe se produisant sur la surface résultant d'une plaie suite de l'ablation d'une tumeur située près la marge de l'anus. Un morceau d'agaric, imprégné de perchlorure de fer appliqué sur la surface saignante, a amené la cessation immédiate de l'hémorrhagie. Aucun accident local n'a suivi cette application.

M. GUERSANT a employé aussi cet hémostatique à l'hôpital des Enfans, sur un jeune sujet très prédisposé aux hémorrhagies, et chez lequel une avulsion de dent avec déterminé une hémorrhagie très inquiétante. Après avoir en vain employé la cautérisation, le tamponnement, la glace, il parvint à mettre fin à la perte de sang par l'application de deux à trois gouttes de perchlorure de fer.

Action anaphrodisiaque du lupulin (partie active du houblon).

M. DEBOUT prend une seconde fois la parole pour communiquer à la Société quelques faits qui tendraient à démontrer que le *lupulin*, partie active du houblon, jouit d'une propriété anaphrodisiaque très prononcée. M. Debout rapporte quelques observations dont les détails seraient trop longs à reproduire ici, notamment un cas de chaudepisse cordée, avec érections morbides extrêmement douloureuses, guéri par l'administration d'un gramme de lupulin; un cas d'orgasme des organes génitaux, suite d'une lésion traumatique qui a cédé au même moyen, et enfin quelques cas de spermatorrhée.

M. Debout est d'avis que dans ces dernières circonstances, c'est-à-dire à titre d'anaphrodisiaque, il faut employer le lupulin à l'état de trituration avec un peu de sucre blanc. En cet état, il le prescrit à la dose de 1 ou 2 grammes. Quelques praticiens, notamment MM. Puche et Ricord, l'ont employé jusqu'à 6, 8, 10 et 12 grammes, sans en avoir observé aucun inconvénient. Ce moyen lui paraît de nature à mériter l'attention des chirurgiens, quand l'on songe surtout qu'on n'a pas craint de recourir, pour des cas de ce genre, à la ponction des corps caverneux.

COURRIER.

— Par arrêté de M. le ministre de l'intérieur, en date du 11 mai, M. le docteur Rousselin est nommée médecin-directeur de l'asile des aliénés de Blois, en remplacement de M. Billod.

— Par arrêté de M. le préfet de l'Hérault du 12 mai dernier, M. le docteur Cavalier, médecin adjoint de l'asile départemental des aliénés de Montpellier, a été nommé médecin en chef dudit asile, en remplacement de M. le docteur Rech, décédé.

— M. Bunsen (d'Heidelberg), inventeur de la fameuse pile qui porte son nom, vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie des sciences.

— M. le docteur Lemercier, ancien maire d'Amiens, vient de mourir dans cette ville à l'âge de 84 ans.

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvrira son cours clinique sur les maladies de la peau, jeudi prochain, 26 mai, à son dispensaire de la rue Larrey, 8 (près l'École de médecine), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivans, à 11 heures précises du matin.

Chaque leçon sera précédée de l'examen des malades. Tout est public et gratuit.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 62. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 26 Mai 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 25 MAI 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

QUESTION DE LA SURDI-MUTITÉ.

Nous attendons en vain que la question actuellement soumise à l'Académie de médecine, soit posée d'une manière précise et sous une formule tellement claire qu'il soit enfin possible de savoir ce que l'on veut, ce qu'on attend de l'Académie, à quoi ce corps savant s'engagerait par son vote ; en d'autres termes, nous espérons vainement l'orateur attendu qui dise : voici nettement de quoi il s'agit.

C'est avec regret et grand dépit contre notre perspicacité que nous nous voyons réduit, depuis cinq à six semaines, à faire les plus grands efforts pour pénétrer le mystère qui semble planer sur toute cette discussion. Nous ne voyons partout qu'obscurité et réticences. Il nous semble qu'à tout instant un orateur va lâcher le grand mot qui doit tout éclaircir ; mais aussitôt cet orateur s'enveloppe dans les précautions oratoires et le sphynx se représente aussi impénétrable que jamais. Qu'il vienne donc, et le plus tôt possible, l'Œdipe qui doit deviner cette énigme.

Car enfin, que veut-on? Quel progrès faut-il patroner? Quelle découverte encourager? Quelle réforme provoquer? Nous ne demandons pas mieux, pour notre compte, que d'unir nos faibles efforts à ceux qui parlent de progrès, de découverte et de réforme ; mais au moins faudrait-il qu'on nous démontrât que tout cela existe quelque part, et qu'on nous le fit toucher du doigt.

Quoi ! il aurait fallu arriver jusqu'à ces derniers jours pour savoir qu'il faut employer, dans le traitement de la surdité, un traitement médical et une éducation physiologique? Mais les grandes idées sur lesquelles repose tout l'édifice scientifique d'Itard ne sont que cela, absolument que cela. Et M. Deleau, et M. Bonnafont, et M. Hubert-Valleroux; et tous ceux qui se sont occupés de cette infirmité, font-ils donc autre chose!

Quoi! ce serait une découverte qui daterait d'hier d'avoir trouvé qu'il y a des degrés dans la cophose des sourds-muets? Mais ce n'est pas sérieusement qu'on tiendrait ce langage; car l'observation la plus vulgaire et la moins scientifique a suffi pour constater le fait, qui de tout temps, d'ailleurs, a servi de base à une catégorisation plus ou moins sévère, par l'abbé Sicard, par l'abbé de l'Épée, par Pereire, par Amman, par Wallis, par tous les médecins auristes de tous les pays.

Quoi! il y aurait dans un pays quelconque, et dans notre France en particulier, des éducateurs de sourds-muets assez insensés pour négliger l'éducation de la parole envers leurs élèves qui ont conservé partie ou totalité de la fonction de l'ouïe? Nous ne pouvons croire à cette impiété, à ce sacrilége, et nous le pouvons d'autant moins, que nos renseignemens nous prouvent que cette accusation ne serait qu'une calomnie.

Quoi! on voudrait nous donner comme un progrès digne d'éloges et d'encouragemens l'exclusion généralisée et absolue de la mimique comme moyen d'éducation des sourds-muets? Nous ne pouvons, sans plus ample informé, nous associer à ces tentatives, qui ne nous paraissent ni légitimées par la théorie, ni sanctionnées par l'expérience.

Nous pourrions multiplier ces interrogations et ces exclamations, car chaque séance nouvelle fournit sa part d'étonnemens et de surprises. La plus grande des surprises nous a été donnée hier par M. Bouvier. Nous n'aurions jamais pensé qu'un esprit ordinairement aussi net, aussi ferme et aussi sévère, pût se prêter avec autant de facilité à la fantaisie du néophytisme, qu'on nous passe ce mot. Ah! ce n'est pas pour M. Bouvier que le poète s'est écrié :

La foi qui n'agit point est-ce une foi sincère?

Quelle chaleur ! quel zèle ! quelle ardeur de propagande! Son immense et ardent discours n'a été qu'un énergique plaidoyer en faveur de la réforme, mot vague, complaisant et dangereux, avec lequel on peut entraîner les autres et aller soi-même, cela s'est vu, beaucoup plus loin qu'on ne le voudrait. L'orateur a employé toutes les formes et toutes les ressources de la poétique et de l'art oratoire ; tour à tour persuasif et indigné, pathétique et emporté, il passait de l'invocation à l'apostrophe, de la pitié à la terreur, accumulant tropes et figures, s'exaltant au point de perdre tout sentiment de respect envers l'Académie, qui a dû le forcer à retirer incontinent une phrase malheureuse, et terminant par une magnifique prosopopée : Itard, ombre illustre et chère, etc.

Tout cela a été fort agréable au point de vue de la rhétorique, mais l'impression générale nous semblait être celle-ci : que M. Bouvier avait fait une grande consommation d'éloquence pour prouver ce que personne ne conteste. Cela est devenu plus évident après le sage discours de M. Bonnafont, qui a suivi celui de M. Bouvier. Cet honorable confrère a exposé, avec détails ce qui se passe dans l'institution des Sourds-Muets de Paris, et il en est résulté ce sentiment que les réformateurs n'avaient pas eu de très grands efforts à faire pour enfoncer une porte toute grande ouverte.

A vrai dire, et après tout ce que nous avons entendu et tout ce que nous avons appris par nous-même, il ne resterait plus guère qu'une chose à demander à l'institution de Paris, chose essentielle, il est vrai, et contre laquelle les bonnes intentions et le zèle de son directeur et de ses professeurs ne pourront pas résister, c'est l'adoption d'un système de rotation des élèves moins exclusif et moins absolu que celui qui est en ce moment suivi, et l'intervention plus fréquente de l'art médical pour catégoriser avec plus de soin et de précision les élèves selon le degré de leur surdité.

Nous disons que toute la question qui s'agite depuis si longtemps à l'Académie se réduit à cela, et que la grande réforme demandée ne peut pas avoir d'autres résultats. Attendre de l'Académie qu'elle discute et résolve actuellement les grands problèmes généraux des divers systèmes d'éducation qui conviennent aux sourds-muets, la pousser dans cette voie, c'est vouloir l'impossible, c'est lui demander de faire ce que les gens du métier les plus compétens, les pédagogues les plus éclairés ne sont pas encore parvenus à faire eux-mêmes, car il est surabondamment prouvé par cette discussion même que les divergences les plus considérables existent encore à cette heure, parmi les éducateurs de sourds-muets, sur les avantages et les inconvéniens des méthodes diverses d'enseignement.

Réduire, préciser et formuler la question, voilà ce que nous voudrions attendre des orateurs qui restent à entendre; de M. Ferrus, qui sans doute ne voudra pas perdre l'occasion d'exposer le résultat de ses études spéciales sur le sujet, envisagé dans toute son étendue; qui nous donnera certainement une savante et philosophique dissertation sur la surdi-mutité, mais qui n'oubliera pas non plus de dégager enfin le débat des obscurités qui l'environnent, en formulant des conclusions dont tout le monde puisse comprendre la signification et la portée. Nous attendons aussi cet éminent service de la parole pénétrante de M. Malgaigne, qui nous semble devoir intervenir efficacement dans ce débat.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de M. le professeur TROUSSEAU.

Sommaire. — De la revaccination. — De l'inoculation du virus varioleux. — Parallèle.

Nous avons vu la vaccine donner une immunité presque complète pendant les premières années de son application. Mais à mesure que l'on s'éloigne de l'époque de la découverte, elle perd de son énergie préservatrice. Après la découverte du nouveau cow-pox, on constata que l'immunité concédée par le vaccin régénéré était beaucoup plus grande que l'immunité donnée par le vaccin transmis de l'homme à l'homme pendant de longues années. On constata aussi ce fait, retrouvé dans toutes les épidémies de variole, que plus il s'était écoulé de temps depuis la vaccination, moins les bienfaits de la vaccine se faisaient sentir. Dans l'épidémie de Marseille, on vit des individus vaccinés depuis un, deux, trois et quatre ans, prendre, il est vrai, la variole, mais ce fut particulièrement sur les individus vaccinés depuis dix, quinze et vingt ans que sévit l'influence morbide. La proportion des varioleux était d'autant plus forte qu'il s'était écoulé un temps plus long entre la vaccination et l'application du virus variolique.

En présence de ces faits, l'idée dut venir aux médecins de chercher à placer les individus dans les conditions où l'influence d'une vaccination récente met l'économie humaine. C'est ce qui fut fait dans certains pays. Le gouvernement wurtembergeois ordonna dans ses armées de nombreuses revaccinations, dans lesquelles on vit le vaccin réussir d'autant mieux, que la date de la première vaccination était plus éloignée, autre preuve de cette proposition, que plus l'intervalle écoulé depuis la vaccination est considérable, plus grande est la perte de l'immunité vaccinale.

Le docteur Heim, médecin des armées wurtembergeoises, recueillit 40,000 cas de revaccination. Sur ce nombre, il se trouva 20,000 vaccines régulières. Les individus de cette catégorie étaient de jeunes recrues de 20 à 21 ans, qui, par conséquent, dans un pays où la vaccine est officiellement organisée, avaient été vaccinés à peu près vingt ans auparavant. Ces recrues prirent une vaccine légitime dans sa marche et dans ses formes, et capable d'être transmise avec succès à des enfans non vaccinés. — Sur ces 40,000 cas, il y eut encore 5,000 vaccinoïdes ou fausses vaccines, ce qui indiquait une perte presque absolue, mais non complète de l'immunité; enfin, on trouva 15,000 individus complètement réfractaires à la vaccination, ayant par conséquent conservé leur immunité. Il y eut donc sur un nombre de 40,000 hommes déjà vaccinés, 20,000 individus aptes à reprendre la vaccine et par conséquent la variole.

Du moment où le gouvernement de Wurtemberg eut ordonné la revaccination, on vit diminuer considérablement parmi les troupes le chiffre des varioleux. Ainsi, en 1824, on comptait dans l'armée 619 varioleux; en 1835, il y en avait 259; 150 en 1836, et 94 en 1837. Ainsi, en quelques années, le chiffre des varioleux était descendu de 619 à 94, c'est-à-dire que la revaccination avait épargné la variole à plus de 500 individus sur 600!

Dans une épidémie de variole qui régna en Bretagne, M. le docteur Guillot parvint, dans les localités de son ressort, à éteindre l'épidémie par la revaccination générale de la population.

En Prusse, en Bavière, dans le duché de Bade, des épidémies furent arrêtées par des revaccinations pratiquées en masse sur les populations; tandis que dans les pays voisins, où les médecins, se fiant à l'immunité de la vaccination première, crurent devoir négliger cette précaution, la mortalité fut considérable, ou du moins un grand nombre d'individus prirent la variole. La revaccination eut donc, dans ces épidémies, une immense utilité, puisqu'elle empêcha la maladie de s'étendre, en donnant aux populations une immunité nouvelle.

Mais si l'immunité concédée par la vaccine se perd au bout d'un certain temps, après combien de temps se perd-elle? En d'autres termes, tous les combien faut-il revacciner? C'est là une question de la plus haute importance. Or, nous avons déjà vu que dans les revaccinations pratiquées sur 40,000 hommes de l'armée wurtembergeoise, 20,000 reprirent la vaccine légitime après vingt ans écoulés depuis une première vaccination. Nous pouvons raisonnablement conclure de ce fait, qu'après vingt ans, la moitié d'une population a complètement perdu l'immunité vaccinale. Mais si la moitié des individus qui composent une population a certainement perdu cette immunité au bout de vingt ans, il est extrêmement probable que beaucoup d'entr'eux l'avaient déjà perdue plus ou moins longtemps auparavant, au bout de quinze, dix, huit, cinq ans, etc. J'ai vacciné, en 1832, une petite fille qui, trois ans après, revenait à l'hôpital Necker avec une varioloïde. Au bout de trois ans elle avait donc perdu son immunité.

Dans ma pratique particulière, je revaccine, tous les cinq ans, les cliens qui veulent bien me laisser l'entière direction de leur santé. Or, en général, à si courte distance, je n'ai pas de vaccinoïdes, mais de belles et bonnes vaccines. Dans ma propre famille, je revaccine toutes les fois que l'occasion s'en présente, et j'en fais autant dans les familles de ceux de mes cliens qui ont en moi une pleine et entière confiance. Pourquoi cela? Parce que je suis persuadé qu'il arrive un moment où, sans cause appréciable, l'immunité se perd. Dans certaines familles, j'ai l'habitude, toutes les fois qu'il y a un nouveau-né à vacciner, de faire à cette occasion une revaccination géné-

rale. Or, il m'arrive souvent, après avoir revacciné une première, une deuxième, une troisième fois sans succès, d'obtenir à la quatrième fois, soit une vaccinoïde, soit une vaccine régulière; ce qui prouve que l'immunité est incomplètement ou complètement perdue.

Si nous observons attentivement ce qui arrive dans les épidémies de variole, nous voyons un grand nombre d'individus prendre la varioloïde après 5, 6, 8, 10 ans écoulés depuis la première vaccination. Il est donc utile, je dis plus, il est du devoir du médecin de revacciner au bout de cinq ans, puisque l'expérience démontre qu'après ce laps de temps l'immunité peut être complètement perdue. Or, comme vous ne pouvez savoir *à priori* où en est l'immunité, il vaut mieux exposer vos cliens aux légers inconvéniens de 3, 4, 6 et 10 revaccinations que de les exposer aux dangers sérieux d'une varioloïde ou d'une variole.

Comment faut-il pratiquer la revaccination? Il est important, quand on inocule le vaccin, quel que soit d'ailleurs le nombre des vaccinations antérieures, de multiplier les piqûres. Dans le relevé des vaccinations faites par Eichorn, il est démontré que plus le nombre des pustules développées dans la première vaccination avait été grand, moins la revaccination avait de chance de réussir. De son travail statistique il résulte que les individus vaccinés, chez lesquels on détermine la formation d'un grand nombre de pustules, reprennent moins facilement la vaccine que ceux dont les pustules vaccinales ont été moins nombreuses.

Les piqûres d'inoculation vaccinale doivent donc être multipliées, on doit en pratiquer au moins dix, cinq sur chaque bras. Un accoucheur distingué, médecin du premier arrondissement, m'a déclaré qu'il ne pratiquait pas moins de dix piqûres, et qu'il ne se souvenait pas d'avoir vu un seul de ses vaccinés prendre la petite vérole ou la varioloïde.

De l'inoculation. — Maintenant, il reste à se demander si le vaccin qui, pendant les dix premières années de la vaccination, avait donné une immunité à peu près complète, si bien qu'il est exceptionnel de voir la varioloïde survenir chez ceux qui ont été vaccinés dans les premiers temps de la vaccine, et que ces individus sont sortis sains et saufs de toutes les épidémies de variole; tandis que les vaccinés de 1809, 1810, 1815, etc., ont, en grand nombre, été frappés par la maladie; il y a, dis-je, à se demander si ce vaccin, ainsi dégénéré, n'arrivera pas, par les progrès de la dégénération, à perdre toute vertu préservatrice. Les gens de mon âge ne seront certainement pas les témoins de cette triste décadence, mais quelques-uns d'entre vous la verront peut-être. S'il en était ainsi, que faudrait-il faire? Ce que voulait faire Grégory, lorsque voyant dans son hôpital des *varioleux*, à Londres, un grand nombre de vaccinés pris de petite vérole, il disait: « Si c'était à recommencer sur mes propres enfans, je les inoculerais! » Grégory dut se rétracter devant l'autorité toute puissante de la commission de vaccine, mais il est permis de croire qu'il n'en pensa pas moins. Certainement, personne ne peut mettre en doute aujourd'hui que l'inoculation variolique ne donne certitude d'immunité bien autrement grande que celle de la vaccine. Il est évident, en effet, que l'inoculation du pus varioleux donne la variole. Or, personne ne peut contester à la variole un pouvoir préservateur plus grand que celui de la vaccine. Au reste, les faits sont là pour témoigner. Dans l'épidémie de Marseille, parmi les individus qui avaient déjà eu la variole, la proportion des malades fut de 1 sur 69, tandis que pour les vaccinés elle fut de 1 sur 7. Encore est-on en droit de présumer que la plupart des individus rangés dans la catégorie des anciens variolés, soit sur l'attestation des parens, soit sur leur propre attestation, n'avaient eu que de simples varicelles, et qu'au lieu d'être des variolés après variole, ils n'étaient que des variolés après varicelle, ce qui diminue singulièrement le chiffre des individus appartenant à la première catégorie.

Dans le siècle passé, où la variole était beaucoup mieux connue qu'aujourd'hui, attendu qu'elle n'avait pas encore été modifiée par la vaccine, il était exceptionnel de voir un individu, dûment atteint et convaincu de variole, la reprendre. Ce fait avait engagé les médecins du siècle dernier à tenter l'inoculation importée d'Asie en Europe.

Lorsque le roi Louis XV mourut de la petite vérole, le jour même de sa mort, Louis XVI, le comte de Provence et le comte d'Artois, qui régnèrent plus tard sous les noms de Louis XVIII et de Charles X, furent inoculés. Dès lors l'inoculation prit faveur en France, comme prenait faveur à cette époque tout ce qui venait de haut. Mais c'est en Angleterre que l'on étudia le mieux l'inoculation et que l'on apprit à la pratiquer avec avantages et sans péril. Les inoculateurs anglais avaient toujours égard, dans leurs inoculations, à deux choses essentielles, c'est à savoir: 1° de bonnes conditions dans l'individu auquel on prenait le virus; 2° de bonnes conditions dans l'individu sur lequel on insérait ce virus. Ils cherchaient la variole la plus discrète, la plus bénigne, et ils n'avaient pas de peine à trouver des gens ayant seulement 20 à 30 boutons sur le corps, comme vous avez pu en voir dans nos salles depuis l'ouverture de cette clinique. Sur ces individus on prenait le virus varioleux que l'on inoculait par une seule piqûre, après avoir au préalable préparé convenablement les sujets par des bains, des purgatifs et un régime approprié. En agissant ainsi, les inoculateurs habiles étaient arrivés à inoculer de manière à n'avoir presque jamais de variole grave et à faire naître des phénomènes d'une intensité à peine supérieure aux phénomènes de la vaccine, tout en donnant une immunité bien autrement sérieuse et certaine. Faut-il conclure de là que l'inoculation doit être préférée à la vaccination; non, car si l'inoculation est sans danger pour l'individu, elle en a de très graves pour la société, dangers tellement grands qu'ils ont parfaitement légitimé l'acte par lequel le parlement anglais interdit la pratique de l'inoculation dans toute l'étendue de la Grande-Bretagne. Quand on inocule la vaccine à un certain nombre d'enfans, si grand que soit ce nombre, il n'est pas à craindre qu'ils communiquent la maladie à d'autres enfans, la vaccine ne pouvant se transmettre que par l'inoculation; et d'ailleurs la vaccine fût-elle transmissible par simple contact, car il n'y aurait à cela nul inconvénient. Mais il n'en est pas de même du virus varioleux. Si vous inoculez la variole à un enfant dans un collége, dans une ville, cet enfant va communiquer la maladie à tous ses camarades qui n'auront pas été inoculés ou vaccinés; il leur transmettra un virus qui lèvera en variole confluente sur un terrain vierge et décimera une population tout entière. Voilà des circonstances dans lesquelles l'inoculation ne peut être légitimée. Mais il en est d'autres où elle peut être pratiquée sans inconvéniens et avec un très grand avantage, c'est lorsque inoculant un individu, on peut le tenir isolé, renfermé pendant toute la durée des phénomènes de l'inoculation. C'est encore lorsqu'on pourra limiter l'inoculation à un petit hameau isolé, dont les habitans n'auront de communication d'aucune sorte avec des individus venus du dehors. Mais ce que l'on pourra faire pour un individu isolé, dans un hameau, ne sera point praticable dans une ville, et toutes les fois qu'une absence de communication ne pourra être garantie. Inoculer dans des conditions autres que celles que nous venons d'indiquer, serait un véritable crime social. Ah? sans doute, si l'inoculation était réglementée par les lois, comme l'est, en Allemagne, la vaccine, tous les inconvéniens tomberaient, tout le monde étant inoculé à la fois, la contagion ne serait plus possible.

Il se passe dans le virus varioleux quelque chose de bien remarquable et de bien différent de ce qui arrive au virus-vaccin. Tandis que ce dernier va s'affaiblissant par des inoculations successives, le virus varioleux au contraire, va prenant de la force, à mesure qu'il est transmis de l'homme à l'homme. J'avais à l'hôpital Necker une petite salle d'enfans nouveau-nés, dans laquelle quelques-uns prirent la varioloïde. Ne pouvant me procurer du vaccin et redoutant que les autres ne fussent frappés de la variole, j'eus l'idée de les inoculer pour leur éviter un plus grand mal. Je pris donc du virus de varioloïde sur une petite fille que j'avais vaccinée trois ans auparavant, et qui, malgré cela, venait de contracter une varioloïde, mais une varioloïde d'une bénignité prodigieuse. J'inoculai ce virus au bras de quatre enfans et, sur tous les quatre, tout se borna aux phénomènes locaux, c'est-à-dire aux pustules d'inoculation, il n'y eut pas d'éruption générale, cela me donna une grande joie, je crus naïvement avoir trouvé dans la variole modifiée par la vaccine, dans la varioloïde, le préservatif de la variole, en un mot, je crus avoir fait presque une découverte jennérienne. Dans cette idée, continuant mes essais, je pris sur un de mes inoculés, du virus que j'insérai sur le bras d'un autre enfant; j'obtins une pustule d'inoculation, plus quelques pustules éparses en fort petit nombre. Je fus un peu désappointé, mais mon désenchantement fut complet lorque prenant de ce virus à la deuxième génération et l'inoculant je vis, outre la pustule d'inoculation, se développer d'autres pustules en plus grand nombre que dans le cas précédent. C'était bien toujours une variole discrète, mais d'une discrétion déjà moindre. Il fut dès lors évident pour moi que ce virus varioleux, prodigieusement atténué par par la vaccine dans le corps de la petite fille, à mesure que transplanté sur d'autres sujets, il s'éloignait de sa source, reprenait de son énergie, parce qu'il retrouvait un terrain vierge et exempt de toute adultération vaccinale. Je dus m'arrêter devant ces résultats et je résolus de ne plus faire d'inoculation qu'avec du virus de varioloïde extrêmement bénigne. Tant que j'agis ainsi, je n'eus qu'une seule pustule, la pustule d'inoculation.

Il est des circonstances dans lesquelles il sera du devoir du médecin d'inoculer le virus de la varioloïde. Si, par exemple, la petite vérole éclate dans une famille où sont des enfans non vaccinés et que vous n'ayez pas de vaccin; écrire à l'Académie de médecine, pour en avoir ne serait pas prudent, car pendant le trajet de votre lettre et du vaccin la contagion aura fait des victimes, et quand le vaccin arrivera il sera trop tard. En pareille circonstance, il est de votre devoir de tenter l'inoculation de la varioloïde, en prenant, bien entendu, le virus sur un individu qui aura l'éruption la plus bénigne et la plus discrète. Vous faites une seule piqûre, vous obtenez ainsi une pustule d'inoculation, et très rarement 2, 3, 4 pustules d'éruption générale. En agissant ainsi vous aurez fait votre devoir et sauvé la vie à bien des gens. Que vous ne puissiez pas, sans un véritable crime social inoculer la variole à un ou à plusieurs individus au milieu d'une population saine, je suis le premier à le reconnaître, mais il faut reconnaître aussi qu'il est parfaitement permis à un médecin d'inoculer, au sein d'une population circonscrite déjà contaminée par la variole, la partie restée saine, car, dans ce cas, il ne fera qu'ajouter à la somme des varioles existantes quelques varioles de plus, varioles dont l'influence nulle sur les individus déjà contaminés, exercera sur les inoculés une action préservatrice.

Terminons ces considérations en décrivant la pustule d'inoculation, ses caractères et ses phases diverses. La piqûre étant faite (une seule suffit), on n'observe rien les trois premiers jours; au quatrième jour on aperçoit au lieu de la piqûre une petite élevure rouge ressemblant au bouton vaccinal. Les phénomènes marchent les jours suivans comme dans la vaccine, et, au septième jour, on a une pustule tout à fait semblable à la pustule vaccinale, au septième jour de la vaccine. A partir de là ces choses changent. Au huitième jour la pustule s'ombilique, prend une couleur blanchâtre, opaline, due à la sérosité purulente dont elle est remplie, elle va s'élargissant. Du neuvième au dixième jour elle est large comme une pièce d'un centime, entourée d'une auréole inflammatoire dure, et déchiquetée sur ses bords. En même temps, quelquefois dès le huitième jour, on voit apparaître sur l'auréole inflammatoire un certain nombre de petites pustules qui entourent la pustule principale, dont elles semblent les satellites. Bientôt la tuméfaction du bras augmente et prend une intensité beaucoup plus grande que dans la vaccine, ainsi que l'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aiselle. Vers le dixième jour s'allume une fièvre accompagnée, chez certains malades, de vomissemens, de douleurs lombaires et de suffusion des yeux. Du onzième au quatorzième jour apparaît sur la peau une éruption ordinairement très discrète, prenant les allures d'une éruption variolique normale extrêmement bénigne. Dans quelques cas très rares, l'inflammation locale acquiert une telle activité que la pustule se sphacèle et ce change en une véritable escarre qui met plusieurs semaines à ce cicatriser; il en résulte une cicatrice difforme. Dans quelques cas défavorables, l'éruption, au lieu d'être discrète, prend de la confluence. Au dixième ou onzième jour surviennent des vomissemens, de violentes douleurs de reins, et tous les symptômes apparens d'une véritable variole confluente. Mais tout cela n'est qu'apparent, et il ne se développe jamais de variole confluente lorsque l'inoculation a été pratiquée avec les soins que nous avons indiqués.

D[r] Tartivel.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

ÉTUDE COMPARÉE DES LÉSIONS ANATOMIQUES DANS L'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE ET DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

Note lue à la Société médico-chirurgicale de Paris, dans les séances des 11 Mars et 8 Avril 1853;

Par M. le docteur Duchenne de Boulogne (1).

c. *État anatomique des centres nerveux dans l'atrophie musculaire progressive.*

Il ressort des deux autopsies faites par M. le professeur Cruveilhier, que le cerveau et ses membranes ne subissent aucune altération anatomique, dans l'atrophie musculaire progressive. C'est ce qui rend compte de la conservation des facultés intellectuelles et de l'absence de tout phénomène morbide annonçant une lésion cérébrale quelconque, pendant tout le cours de cette maladie.

La moelle épinière et ses enveloppes ont été aussi trouvées dans un état d'intégrité parfaite. C'est pourquoi, dans mon mémoire adressé en 1849 à l'Académie des sciences, je formulai ma première conclusion de la manière suivante: « L'atrophie musculaire avec transformation graisseuse peut exister, quoique l'arrivée de l'influx nerveux ne soit empêchée ni par la lésion de la moelle épinière, ni par la destruction ou la compression des nerfs, et enfin malgré l'intégrité de la circulation. »

Cette conclusion était déduite du fait d'anatomie pathologique observé chez Legrand, dont il a déjà été question dans le premier paragraphe, et qui était mort à la Charité (salle St-Ferdinand, n° 13). M. Cruveilhier, qui en avait fait l'autopsie, m'avait déclaré n'avoir rien trouvé d'anormal chez lui ni dans le cerveau, ni dans la moelle, ni dans les nerfs, ni enfin dans le système circulatoire.

J'aurais développé et soutenu cette même conclusion dans la précédente séance de la Société médico-chirurgicale, si le temps m'avait permis de continuer ma lecture.

Mais depuis lors, M. Cruveilhier a fait faire un grand pas à l'anatomie pathologique de cette affection musculaire. On sait, en effet, que le savant professeur vient d'annoncer à l'Académie de médecine, avec toute l'autorité qui s'attache à son nom, que chez Lecomte, dont j'ai précédemment rappelé l'histoire, les racines antérieures de la moelle épinière étaient considérablement atrophiées. Il faut lire tous les détails du travail remarquable de M. Cruveilhier, pour se faire une idée du soin avec lequel l'autopsie de Lecomte a été faite. D'ailleurs, les doutes sur la parfaite exactitude de ce nouveau fait d'anatomie pathologique se seraient dissipés, s'il avait été possible qu'ils existassent, à la vue de la pièce anatomique qu'il a eu le soin de mettre sous les yeux de l'Académie, et sur laquelle on constatait, de la manière la plus évidente, que les racines antérieures de la moelle de Lecomte étaient considérablement

(1) Suite. — Voir les numéros des 30 avril, 7, 10 et 24 mai.

atrophiées, surtout dans la portion cervicale de la moelle.

Ce fait d'anatomie pathologique (l'atrophie des racines antérieures), dont on doit la connaissance à M. le professeur Cruveilhier, rapproché des phénomènes symptomatiques observés pendant la vie, remet en question des faits scientifiques qu'on pouvait croire définitivement jugés; je veux parler de ce qu'on connaissait sur les rapports de subordination qui existent entre les différentes parties constituantes de la moelle épinière, la *nutrition*, la *contractilité électrique* (l'irritabilité) et la *contractilité volontaire* des muscles.

La discussion importante qui a surgi à l'Académie de médecine sur la communication de M. Cruveilhier, fait de ce sujet une question d'actualité qui m'engage à le traiter avec quelques développemens.

a. La *nutrition* des organes semblait jusqu'en ces derniers temps, placée sous la dépendance exclusive des cordons antérieurs de la moelle, surtout depuis les belles recherches de M. Longet. La théorie imaginée par ce physiologiste sur le mode d'influence exercé par les nerfs du sentiment sur la nutrition et l'irritabilité musculaire est tellement séduisante, que je ne saurais mieux faire que le laisser parler lui-même.

« On sait, dit M. Longet, que les artérioles, en général, sont enlacées par des ramuscules nerveux d'autant plus considérables proportionnellement, qu'elles sont plus petites, et cette disposition a sans doute une grande importance physiologique. En effet, à l'extrémité capillaire des vaisseaux, l'influence nerveuse est incontestablement nécessaire; là tendent à se confondre et le sang et les tissus auxquels ce sang se distribue; au point de contact, il y a fusion de nature; il n'est plus de limite entre le fluide organisateur et ses produits; là donc, enfin, une nutrition, des sécrétions s'opèrent, et des phénomènes aussi importans ne sauraient se produire complètement sans l'influence nerveuse. Or, il semble que ce sont des filets nerveux sensitifs qui accompagnent ainsi les artérioles. On comprend donc qu'en supprimant ces filets, pour ne parler ici que de l'appareil musculaire, on occasionne une lésion de nutrition dont les effets se prononcent peu à peu et s'annoncent par la décoloration de la fibre charnue, qui avec le temps, perdant ses caractères organiques, finit par perdre aussi sa propriété essentielle, l'irritabilité, si, pour la conserver, il faut encore, comme l'expérience le démontre, que le muscle participe à la circulation, cela revient à dire qu'il demeure irritable à la condition d'être vivant, ce qui ne doit ni surprendre, ni empêcher de voir dans l'irritabilité une force inhérente à la fibre musculaire pénétrée de la vie. »

Ainsi donc, M. Longet place la nutrition et l'irritabilité musculaires sous la dépendance des nerfs du sentiment, et cela après avoir cherché à établir, dans un paragraphe précédent, que les nerfs moteurs n'exercent aucune influence sur ces propriétés.

La théorie de M. Longet me paraît être la conséquence rigoureuse de ses vivisections. Malheureusement, cet habile expérimentateur a négligé, contrairement à ses louables habitudes, de contrôler ces faits physiologiques par l'observation pathologique. Ainsi, dans ses nombreux faits de lésion des cordons antérieurs de la moelle observés chez l'homme et rapportés à l'appui de ses doctrines et de celles de Ch. Bell, il a négligé de noter l'état de la nutrition et de l'irritabilité musculaire. Il en est résulté qu'aujourd'hui les déductions qu'il a tirées de ses vivisections se trouvent en contradiction manifeste avec les faits pathologiques que j'ai observés. J'ai déjà exposé quelques-uns de ces faits qui établissent ces contradictions pour ce qui a trait à l'influence des nerfs moteurs sur l'irritabilité, dans un travail publié en 1850 (1). L'observation VII, rapportée plus haut, dans laquelle on a vu l'altération de l'irritabilité et l'atrophie rapide et profonde du système musculaire, produites par le ramollissement diffluent d'une portion des cordons antérieurs de la moelle, malgré l'intégrité des cordons postérieurs, suffirait, à elle seule, pour renverser l'ingénieuse théorie qui ne repose que sur des vivisections, et qui proclamait que les nerfs moteurs n'exercent aucune influence sur la nutrition et sur l'irritabilité musculaire (2).

Après avoir ainsi établi, par l'observation pathologique, que les cordons antérieurs de la moelle exercent une influence réelle sur la nutrition musculaire, on comprendra facilement que l'atrophie des racines antérieures de la moelle, peut bien produire l'atrophie et la désorganisation des muscles qui se trouvent privés de l'influence qui émane de ces cordons.

M. Longet lui-même rapporte un cas d'atrophie des racines antérieures lombaires, qui produisit l'atrophie et la décoloration des muscles paralysés pendant la vie. Ce fait lui a été communiqué par M. Guérin.

(1) Exposition d'une nouvelle méthode de galvanisation. (*Archives gén. de méd.*, 4e série, t. XIII, p. 282.)

(2) Je ferai remarquer, en passant, que chez le sujet de l'observation VII, la sensibilité de la peau était à peu près normale partout, ce dont l'intégrité des cordons postérieurs rendait parfaitement compte; mais je constatai aussi, par l'excitation électro-musculaire, que les muscles des membres inférieurs *avaient perdu complètement leur sensibilité* (la sensation qui résulte de l'excitation du muscle), laquelle était également diminuée considérablement dans les membres supérieurs. Dans toutes les paralysies de la septième paire, sans exception, j'ai aussi observé que la sensibilité des muscles paralysés est altérée. Il résulterait donc de l'ensemble de ces faits, *que les cordons antérieurs de la moelle ou leurs racines, ou leurs nerfs exerceraient une grande influence sur la sensibilité des muscles auxquels se ramifient les nerfs qui en proviennent.* Ce fait important a pu échapper à l'observation, parce qu'on n'avait pas employé jusqu'alors le seul moyen d'explorer sûrement l'état de la sensibilité musculaire.

Il me paraît, en conséquence, que certains physiologistes ont été beaucoup trop absolus en attribuant aux cordons postérieurs de la moelle le privilége exclusif de distribuer la sensibilité à tous les organes.

En résumé, le fait pathologique dont M. Cruveilhier vient d'enrichir la science vient démontrer de nouveau, concurremment avec les faits précédens, l'influence exercée par les cordons antérieurs de la moelle sur la nutrition musculaire, contrairement à la physiologie expérimentale, qui leur contestait cette action, ne l'accordant qu'aux cordons postérieurs.

Il pourrait cependant venir à la pensée de quelques observateurs que dans l'atrophie musculaire progressive l'altération de nutrition musculaire est la conséquence naturelle de la paralysie. Je me réserve de démontrer bientôt que cette affection musculaire n'est pas une paralysie; mais admettant même, pour le moment, qu'il y ait réellement dans ce cas lésion primitive et complète des mouvemens volontaires, les faits que j'ai observés me portent à croire que cette cause, quelqu'ancienne que soit la paralysie, ne suffit pas pour produire à elle seule l'altération de texture, la transformation graisseuse des muscles.

En effet, chez des enfans âgés de 8 à 12 ans, dont certains membres étaient privés depuis leur naissance de toute espèce de mouvemens, chez lesquels, en un mot, l'on pouvait croire à l'absence ou à la transformation graisseuse des muscles, je reconnus cependant dans ces membres, qu'on avait jamais vus mouvoir, l'existence de tous les muscles, en faisant contracter chacun d'eux par l'électrisation localisée. M. Cruveilhier, à qui je communiquai dernièrement ces faits curieux, m'a dit avoir retrouvé, à l'autopsie, dans des cas analogues, des muscles dont on n'aurait jamais soupçonné l'existence pendant la vie. Ils étaient un peu pâles, comme des muscles de la vie organique, mais d'une pureté parfaite.

Il faut donc plus que l'absence de mouvemens pour produire la transformation graisseuse musculaire.

L'atrophie musculaire progressive doit-elle être plutôt rapportée à une influence rhumatismale qu'à la lésion nerveuse, qui serait elle-même secondaire? J'ai vu quelquefois le froid et l'humidité prendre une certaine part au développement de cette maladie, mais bien plus souvent elle est produite par l'action musculaire immodérée et surtout par la contraction continue.

Cette opinion que j'ai développée dans mon mémoire à l'Institut et que M. Aran a soutenue dans son travail, je l'ai vue confirmée depuis lors par des faits nombreux; c'est à ce point que certaines professions, qui exigent la contraction continue ou presque continue de quelques muscles, produisent les mêmes atrophies locales.

Je regrette que les limites de ce travail ne me permettent pas d'en rapporter les exemples que j'ai recueillis en assez grand nombre pour démontrer l'exactitude de ce fait important, surtout au point de vue des déductions prophylactiques qu'on pourrait en tirer.

Ces deux causes (l'influence rhumatismale et l'action musculaire immodérée) ont, évidemment, puissamment contribué à la production de l'affection musculaire de Lecomte. Je suis surpris qu'on n'ait pas insisté davantage dans la relation de son observation sur la fatigue musculaire, comme cause de sa maladie. Ce malheureux m'a entretenu fort souvent de sa vie agitée et pleine de labeur. Grâce à son intelligence et à son activité, il s'était élevé de la condition de valet de saltimbanque à celle de directeur d'une troupe d'animaux savans. (C'est lui qui avait, en 1847, installé sur le boulevard Beaumarchais, un petit théâtre, où il montrait une troupe de chiens et de singes qui faisaient l'exercice à feu, montaient à l'assaut, etc.) Mais pour arriver là, me disait-il, j'ai usé mon corps à force de fatigues. Ce qui l'acheva, ce fut la révolution de 1848; son théâtre fut alors déserté, et il dut réduire ses prix d'entrée pour attirer la foule (une place qui valait jadis dix sous n'en valait plus qu'un). Alors, voulant se rattraper sur la quantité, il donna des représentations du matin au soir. Malgré tant de fatigues et d'activité, il ne put cependant faire ses frais, et fut forcé de louer sa barraque pour des clubs ou des réunions patriotiques, seul spectacle, disait-il malicieusement, en vogue à cette époque. Mais les patriotes payaient trop mal pour nourrir ses animaux. Il dut alors parcourir les campagnes, suivi de ses animaux, élevant lui-même sa barraque, voyageant continuellement la nuit, et donnant des représentations le jour, dormant peu et couché le plus souvent sur le sol et en plein air. Un jour, surpris par la neige au milieu des champs et marchant à pied, il faillit mourir de fatigue et de froid. C'est dans ces circonstances que s'est développée plus rapidement son affection musculaire. Je suis entré dans ces détails pour démontrer que l'abus de l'action musculaire a pris pour le moins une aussi grande part que l'influence rhumatismale à la maladie de Lecomte.

Mais ces causes auxquelles on pourrait en ajouter d'autres (l'onanisme, l'abus des plaisirs vénériens, etc.) sont seulement occasionnelles, comme le prouvent les faits hélas! trop nombreux dans lesquels on voit l'atrophie musculaire progressive se développer sans cause connue, ou sous l'influence d'une prédisposition héréditaire. Je donne actuellement des soins à un malade (M. X., boulevard Beaumarchais, 72), qui m'a été adressé par M. le professeur Velpeau. Il est atteint d'une atrophie musculaire progressive généralisée, sans qu'on puisse en déterminer la cause. La position de ce malade est très aisée; il n'a jamais souffert du froid ni de l'humidité, et il n'a jamais abusé de ses forces.

L'influence héréditaire est démontrée par l'histoire du capitaine au long cours (1), qui a vu son frère et un de ses oncles maternels périr de l'atrophie musculaire, à laquelle il a succombé lui-même ainsi qu'il s'y attendait. A ce fait lugubre je puis ajouter celui d'un jeune homme que j'ai vu dernièrement en consultation avec mon confrère M. Maubec, qui a perdu successivement tous les muscles commandés par la septième paire, une grande partie des muscles du tronc, des bras et des cuisses. J'ai retrouvé à l'aide de l'électricité les débris de quelques-uns de ces muscles, dont on pouvait encore provoquer quelques faibles contractions sur le tronc et les membres; et, phénomène bizarre, qu'on n'observe que dans cette maladie! au milieu de ce désastre musculaire, on voyait sur ce jeune homme les muscles des avant-bras, des mains et des jambes, excessivement développés et jouissant d'une force athlétique. Malgré les soins que M. Manec et moi avons mis à fouiller dans les antécédens de ce malheureux jeune homme, nous n'avons pu découvrir d'autre cause de sa maladie qu'une influence héréditaire; et, en effet, sa sœur à peine âgée de 12 ans, perd déjà comme lui, les muscles de la face.

Il ressort de tous ces faits que, si des causes occasionnelles variées peuvent provoquer ou hâter le développement de l'atrophie musculaire progressive, il n'en est pas moins démontré qu'il existe chez les sujets qui en sont atteins une sorte de diathèse, malheureusement inconnue, qui produit, sans doute, l'atrophie des racines antérieures de la moelle.

Cette atrophie des racines antérieures existe-t-elle à un haut degré, les muscles n'étant plus alimentés par un des élémens nerveux nécessaire à la nutrition, l'atrophie musculaire progressive se déclare spontanément. Si l'atrophie des racines antérieures est assez peu avancée pour n'apporter qu'une faible gêne dans le cours de la force nerveuse des cordons antérieurs, l'intervention d'une cause occasionnelle est nécessaire à la manifestation de l'atrophie musculaire qui, en général, établit son siége dans les muscles exposés à une contraction continue ou forcée.

Est-ce là réellement l'ordre de production des phénomènes morbides de cette maladie? Il me semble que dans une question de cette importance il est sage de faire ses réserves et d'attendre que d'autres faits viennent confirmer le fait observé par Cruveilhier, avant de juger définitivement que l'atrophie des racines antérieures est toujours la cause ou une des principales causes de cette altération de nutrition musculaire.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 Mai 1853. — Présidence de M. Bérard.

La correspondance officielle comprend :

1° Des rapports d'épidémies de MM. les docteurs Guizard, de Lons-le-Saulnier; Balut, de Dôle; Haro, de Metz; Billot, de Poligny.

2° Un rapport de M. Camparan, sur le service médical de l'établissement d'eaux minérales d'Encausse (Haute-Garonne), en 1851 et 1852.

3° Trois mémoires de M. le docteur Ch. Petit, sur le mode d'action et quelques applications des eaux minérales de Vichy.

4° Une lettre de M. le docteur Liégey, de Rambervillers, sur la vaccine, à propos de quelques cas de transmission de la variole par les vêtemens. (Comm. de vaccine.)

5° Une note de M. le docteur Miquel, de Tours, contenant l'observation d'un cas d'obstruction du tube digestif. (Comm. MM. Louis et Huguier.)

7° Un mémoire de M. Denamiel, sur le diagnostic des calculs urinaires par le toucher seul ou combiné avec l'action des instrumens dans la vessie, et sur le traitement des calculs urinaires par une méthode nouvelle qu'il appelle la lithothlibie. (Comm. MM. Ségalas et Civiale.)

8° MM. Ch. Robin, Sandras, Chatin et Martinet écrivent qu'ils se portent candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale; ils envoient la liste de leurs titres à l'appui de leur candidature.

9° L'Académie reçoit plusieurs communications relatives à la question de la surdi-mutité, entre autres, une protestation signée par tous les professeurs sourds-muets de l'institution de Paris, contre quelques assertions et quelques insinuations peu obligeantes à leur égard qui seraient échappées à l'orateur qui a pris la parole sur cette question dans la dernière séance.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la surdi-mutité.

Surdi-mutité.

M. Bouvier termine l'argumentation qu'il a commencée dans la précédente séance. Nous résumerons l'ensemble de cette argumentation dans le numéro prochain.

La parole est ensuite à M. Bonnafont.

M. Bonnafont : En reprenant la parole que l'Académie a bien voulu nous accorder, nous n'avions l'intention de nous occuper que de quelques points pratiques du sujet; mais, depuis, la question s'est considérablement agrandie, et comme nous l'avons dit au commencement, et comme l'a si bien répété M. Jules Guérin, il faut l'envisager à la fois sous le rapport de la médecine, de la physiologie, de la psychologie et de l'éducation. Cette manière de procéder est bien certainement la plus sûre pour arriver à une solution satisfaisante, et pour éclairer l'Académie sur plusieurs points encore obscurs de l'organe de l'audition; mais afin de ne pas prolonger cette discussion déjà trop longue, il nous semble convenable de réserver la partie psychologique pour une époque

(1) Son histoire est rapportée dans mon mémoire à l'Institut, et dans le travail de M. Aran.

peu éloignée, et nous serons d'ailleurs les premiers à faire naître l'occazion de revenir sur ce sujet.

Ce qu'il faut surtout discuter en ce moment, c'est le mérite des deux méthodes suivies pour l'enseignement des sourds-muets : les partisans du langage oral et de la lecture sur les lèvres donnent à cette méthode une supériorité incontestable, tant pour favoriser le développement de l'intelligence des élèves, que pour faciliter leur instruction générale; mais si vous vous adressez aux partisans du langage mimique, ils vous répondront d'une manière non moins absolue et non moins satisfaisante. Nous pensons, nous, que s'obstiner à généraliser l'application de l'un ou l'autre de ces modes d'enseignemens, c'est tomber dans une égale erreur; les sourds-muets ne présentant pas en effet le même degré de gravité dans la surdité et dans l'intelligence, il devient nécessaire de former des catégories, afin de connaître ceux des élèves qui seront aptes à profiter le mieux de l'une ou de l'autre de ces méthodes.

Toute la difficulté consistant donc à faire un bon classement, ce qu'il importe, c'est de trouver un moyen qui fasse arriver à ce résultat de la manière la plus sûre, afin que l'on ne garde pas à la classe d'articulation, des élèves qui ne pourront jamais parler, *et vice versâ*.

Depuis Itard, on a bien cherché à classer les individus, mais ce classement est-il fait avec toute l'exactitude et la sévérité qu'il comporte ? Il peut être permis d'en douter à cause du manque de moyens où on était pour apprécier immédiatement le degré de sensibilité du nerf auditif.

C'est afin de mieux interroger l'appareil de l'ouïe, et pour juger l'aptitude de chaque élève, que nous avons proposé l'emploi du diapason, et on verra plus loin que les expériences nombreuses et authentiques que nous avons faites tout récemment avec cet instrument, ne laissent plus aucun doute sur son efficacité, laquelle a été si bien appréciée par le directeur de l'établissement, et par le professeur d'articulation, qu'ils ont adopté ce mode d'exploration.

Mais avant de relater ces faits, je crois devoir répondre brièvement à deux objections que M. Piorry a faites à mon travail, et qu'il importe, dans l'intérêt de la vérité, de ne pas laisser passer sous silence.

Il a dit d'abord que le diapason dont je me sers est insuffisant, et qu'il diffère beaucoup de celui de M. Blanchet; mais il reste à juger lequel des deux instrumens donne des résultats plus positifs pour apprécier le degré de surdité des sourds-muets. Voici un exemple récent des effets obtenus par mes diapasons.

Désirant m'éclairer encore davantage sur l'efficacité de ce moyen, pour le classement des sourds-muets, je me rendis, il y a quelques jours, à l'institution de M. Dubois, rue de Courcelles, où les jeunes élèves sont exclusivement soumis aux exercices du langage oral et de la gymnastique labiale.

M. Dubois, qui mérite les plus grands éloges pour son zèle et pour les efforts qu'il tente, afin d'arriver à faire parler le plus grand nombre possible de ses élèves, me dit que parmi eux, il s'en trouvait qui avaient acquis cette faculté. Je le priai alors de ne pas me les désigner, et de les engager tous à garder le silence pendant le temps de l'examen.

Voici, sur 24 garçons que j'expérimentai, les résultats obtenus : 4 seulement entendirent le petit diapason du sol de la 3e octave, appliqué sur le crâne et à la distance de 1 à 2 centimètres de l'oreille; 2 élèves l'entendirent appliqué seulement; 13 ne perçurent que le diapason du do de la première octave appliqué et non à distance, et enfin, 5 ne l'entendirent d'aucune manière.

Je dis alors à M. Dubois : sur vos 24 élèves, 6 parlent ou sont susceptibles de parler; 13 parviendront à articuler quelques mots, peut-être même quelques phrases, mais difficilement ; et 5 ne pourront probablement jamais prononcer une parole. Ce classement fut en tout point semblable à celui établi par M. Dubois, d'après les résultats de son système d'éducation.

Lundi 2 mai, je me rendis à 9 heures du matin à l'institution impériale des Sourds-Muets, afin de me livrer aux mêmes expériences; je ne peux mieux faire que de lire le procès-verbal, qui a été dressé séance tenante, en présence de M. de Lanneau, directeur de l'établissement, et des trois professeurs Vaïsse, Puybonnieux et Volquin. M. Ménière, que j'avais convié à cet exercice n'avait pu, à mon grand regret, s'y trouver.

Suit le procès-verbal.

(Dans ce procès-verbal, rédigé par M. Volquier, professeur d'articulation orale, et que nous ne pouvons reproduire à cause de son étendue, nous y voyons que M. Bonnafont, désirant ignorer le degré d'instruction de chaque élève, il leur fut recommandé de garder un silence complet. Vingt-cinq lui furent présentés au hasard, qu'il examina et qu'il soumit à l'épreuve de ses diapasons. Cette opération donna des résultats si précis, qu'ils furent en tous points conformes à ceux indiqués et obtenus par nous. Seulement, M. Bonnafont signala six élèves comme étant incapables de pouvoir jamais apprendre à parler; puis M. Bonnafont, afin de compléter ses expériences et donner plus de valeur à son moyen de diagnostic, a demandé à voir les élèves éliminés comme incapables et ne faisant plus partie des cours d'articulation. Sur dix jeunes infirmes, il en trouva sept confirmant le jugement que nous avions déjà porté sur leur état; mais les diapasons les signalèrent tous comme susceptibles des bénéfices de l'articulation orale. Pénétré de la justesse de cette appréciation, M. le directeur s'est empressé de les faire réintégrer dans cette classe.)

D'après cette statistique, on voit que sur 25 élèves : 2 ont été notés *excessivement bons*, 9 *très bons*, 4 *bons*, 5 *passables*, et 5 *mauvais*; et que parmi les élèves que M. Blanchet a choisis pour ses expériences, 2 appartiennent aux excessivement bons, 8 aux très bons, 3 aux bons, 2 aux passables et 1 seulement aux mauvais; mais il est essentiel de faire observer que ce dernier avait parlé jusqu'à l'âge de neuf ans, et que les 2 passables ne sont devenus sourds, l'un qu'à l'âge de six ans, et l'autre qu'à trois ans et demi, circonstances qui doivent donner plus d'espoir de leur faire recouvrer la parole ; du reste, tous ces élèves avaient suivi depuis plus ou moins de temps le cours d'articulation de l'établissement.

Je doute qu'il soit possible d'arriver à une appréciation plus rigoureuse des divers degrés de surdi-mutité. Ces expériences confirment aussi plus que jamais ce que j'ai avancé dans mon premier travail, à savoir, qu'il n'y a que les sourds qui s'entendent parler, qui soient aptes à prononcer quelques paroles.

Ceux qui ne s'entendent pas, meuvent les lèvres, et, malgré tous leurs efforts, ne font sortir de leur bouche que des sons rauques et inintelligibles.

La seconde objection de M. Piorry est plus grave, elle attaque un point de physiologie important et sur lequel j'appelle toute l'attention de l'Académie.

Le savant rapporteur prétend que, par l'apposition du diapason sur le crâne, les sourds doivent éprouver une sensation à laquelle le nerf auditif reste étranger.

Tous les physiologistes sont d'accord, jusqu'à présent, pour donner au nerf auditif seul la faculté de percevoir le son. Aucun autre organe de la sensibilité ne saurait le remplacer dans cette fonction. Il semblerait pourtant, d'après la question posée par le ministre à l'Académie et par la réponse de M. le rapporteur, dans la neuvième conclusion, que les nerfs de sensibilité générale seraient susceptibles de recevoir l'impression des sons et d'aider ainsi puissamment le nerf auditif.

C'est là une proposition plus que douteuse et à laquelle l'Académie ne peut donner son adhésion sans plus ample informé.

Les nerfs de sensibilité générale, comme l'a fait observer le savant professeur de physiologie de la Faculté de médecine, M. Bérard, ne peuvent que recevoir l'impression des vibrations des corps et nullement le son qui en émane, à moins que les ondes sonores ne soient très intenses, comme cela peut arriver par l'acoumètre de M. Blanchet; mais alors le son arrive directement à l'oreille, ou est transmis par les parties solides avec lesquelles le corps sonore est en contact.

Exemple : Ayant appliqué un diapason sur la pulpe des doigts des sourds-muets, qui l'entendaient bien sur le crâne et le thorax, quelques-uns ont accusé aussitôt une sensation, mais qui ne ressemblait nullement à celle qu'ils éprouvaient lorsque l'instrument était appliqué sur la tête. Un autre élève de M. Dubois qui entendait bien le petit diapason à deux centimètres de distance de l'oreille gauche, ne l'entendait pas du tout, même appliqué sur les différentes parties du crâne, du côté droit : preuve évidente qu'aucune autre partie des organes de la sensibilité générale ne saurait remplacer le nerf auditif absent.

Dans le fait rapporté pour la première fois par notre illustre et regrettable maître, le baron Larrey, concernant l'invalide qui entendait le son par une perforation des os de la tête, ainsi que dans les recherches de Savart sur la propagation du son par la voute du crâne, il n'est certes jamais venu à l'esprit de ces expérimentateurs célèbres de penser que le nerf auditif fût étranger à cette perception.

Nous devons aussi dire deux mots en réponse à une objection de M. Jules Guérin. Nous avons admis en principe que pour parler il est nécessaire qu'on s'entende parler, et personne, même les sourds-muets, ne peuvent se soustraire à cette vérité physiologique ; M. Guérin qui ne croit pas cette condition indispensable pour que les sourds parlent, nous a reproché de n'avoir cité qu'un fait à l'appui de notre opinion. Il est vrai que nous n'en avions qu'un il y a quelque temps, mais aujourd'hui nous en possédons plusieurs. Nous avons dit qu'un individu entendant et parlant, devenant assez sourd pour ne plus entendre parler, arriverait graduellement à un mutisme dont la gravité serait en raison de la perte plus ou moins complète de l'ouïe.

Plusieurs sourds-muets de l'établissement impérial et de l'institution de M. Dubois était devenus sourds, les uns à l'âge de quatre ans, les autres de six à dix ans, et qui par conséquent avaient entendu et parlé, sont entrés pourtant à ces établissemens, affectés d'un mutisme complet chez la plupart, et moins prononcé chez quelques autres. Soumis à l'action du diapason, ces derniers ont montré que leur surdité était beaucoup moins avancée, et qu'ils pouvaient retirer un grand bénéfice de l'éducation orale.

Citons encore la guérison du sourd-muet, relatée par Fontenelle, lequel avait entendu et parlé jusqu'à huit ans, qui tout à coup perd l'ouïe et insensiblement la parole, d'où il résulte un mutisme complet. A vingt-quatre ans, il est assez heureux pour recouvrer l'ouïe, et peu à peu la parole lui revient. On trouve encore plusieurs faits de ce genre dans l'ouvrage d'Itard. M. Deleau, qui est grand partisan de l'articulation orale et qui un des premiers en était l'applicateur, trouve aussi qu'elle ne peut profiter qu'aux sourds-muets qui *entendent assez pour syllaber*.

M. Beaudelocque m'a fait voir un jeune sourd-muet qu'à force de soins et de patience il est parvenu à faire parler et même chanter passablement. Les membres de la commission, qui ont vu cet enfant, ont pu s'assurer de ce résultat. Mais en examinant la sensibilité des nerfs auditifs, j'ai constaté que le petit diapason était entendu, appliqué sur le crâne et à la distance de 2 centimètres des oreilles; que par conséquent cet enfant était apte à parler et qu'il devait entendre les paroles même à une certaine distance. Bien que cette cure fasse le plus grand bonneur à notre confrère, elle reste pour nous dans la catégorie de ceux qui jouissent d'un degré suffisant d'audition pour apprendre à parler et entendre la parole. Eh bien, à peu de chose près, tous les élèves choisis par M. Blanchet appartiennent à cette catégorie. Mais l'Académie ne saurait se contenter de pareils résultats. Il faut que ceux qui ont la prétention de faire entendre et parler les sourds-muets présentent des succès obtenus sur des sujets dont la cophose soit telle, que le diapason ne serait nullement ou que très faiblement perçu sur le crâne.

Quant à l'efficacité d'un traitement musical, voici quelle est notre opinion, et je prie l'Académie de la prendre en sérieuse considération, parce qu'elle est basée sur plusieurs années d'expériences et sur des tentatives nombreuses de moyens curatifs. Tout individu atteint de cophose congéniale ou accidentelle, s'il n'entend le diapason qu'appliqué sur le crâne, sera rebelle à tout traitement. Si cet instrument est entendu à distance de l'oreille, il y aura peut-être une chance sur cent d'obtenir de l'amélioration. Mais si, au lieu d'un diapason, le sourd peut entendre le tic-tac d'une montre appliquée seulement sur le crâne, la guérison de la surdité sera presque certaine, parce que la perception du tic-tac de la montre accuse l'intégrité des nerfs auditifs et donne en même temps la certitude que la cause du mal siége dans une des parties de l'oreille moyenne ou externe, et par conséquent accessible aux bienfaits d'une médication rationnelle.

Or, je demande à mon honorable adversaire comment il est possible d'expliquer la perte de la parole autrement que nous le faisons, lorsque surtout aucune altération appréciable n'a pu exister dans l'appareil vocal ?

Nous devons aussi faire remarquer que c'est dans la catégorie de ceux que nous avons trouvés aptes à parler, que M. Blanchet a choisi les élèves pour faire ses expériences avec l'acoumètre, et que dès lors il n'est nullement étonnant qu'il ait obtenu quelques résultats; mais que M. Blanchet ne se fasse pas illusion sur la valeur de ses instrumens pour améliorer l'ouïe. Un instrument sonore, si bruyant qu'il soit, et n'importe les parties du corps où on l'applique, ne saurait exercer aucune action sur les nerfs auditifs; si donc notre confrère a été assez heureux pour obtenir quelques succès, il les doit *à la bonne qualité* de ses élèves et aux soins qu'il a pris pour les exercer à parler; succès auxquels, suivant nous, l'acoumètre est resté totalement étranger. Du reste, que les bons résultats aient été obtenus par M. Blanchet ou par M. Volquier, professeur d'articulation, ils démontrent suffisamment qu'avec de la persévérance et des exercices fréquens bien dirigés, on peut dépasser les limites si étroitement tracées par M. Menière. Pour arriver à ce but, une chose semble pourtant manquer à l'établissement impérial des sourds-muets, c'est un nombre suffisant de répétiteurs, ou mieux, comme l'a si bien dit l'abbé de l'Epée, *de manœuvres de la parole*, agissant sous la direction du professeur d'articulation, qui, malgré tout son zèle, ne peut suffire à un si grand nombre d'élèves. On sait que le fameux portugais Pereira, ce grand propagateur de la parole, assurait ne pouvoir élever que trois élèves à la fois.

6° M. le docteur Vauquelin, médecin-oculiste à Paris, présente au nom de son confrère, M. Lefort, oculiste à Rouen, une nouvelle pince pour l'extraction scléroticale des fausses membranes dans les cataractes secondaires. Cette pince, à laquelle l'auteur a donné le nom de *pince-membrane*, a été exécutée avec une grande précision par M. Mathieu, sur les indications qui lui ont été fournies par M. le docteur Vauquelin : d'après les bases arrêtées entre ce dernier et son confrère dans un mémoire descriptif très détaillé, l'auteur fait ressortir les avantages qu'ont ses instrumens sur les pinces et les différens serre-tête jusqu'alors employés, avantages qui consistent surtout en ce que les mors ou palettes A qui sont représentées grossies en A' pour laisser voir les 6 trous et les 6 pointes qui s'engorgent dans ces trous quand on ferme l'instrument, saisissent les membranes par une plus large suface que ne le font les instrumens ordinaires; que cette membrane ne peut s'en échapper, car elle est percée par les 6 dents de la palette postérieure s'engageant dans les 6 trous de la palette antérieure, qui est tranchante sur ses bords et à sa pointe, pour traverser la membrane et se placer en avant, tandis que l'autre reste en arrière; l'instrument amène nécessairement au dehors la membrane détachée de ses adhérences, ou, dans le cas d'une trop grande mollesse du tissu, fait au moins une perte de substance de la grandeur des palettes, qui suffit pour l'exercice d'une bonne vision. L'auteur, qui attribue à M. le docteur Vauquelin l'idée des pointes ou dents s'engorgeant dans les trous, et ayant pour effet d'empêcher que la membrane, une fois saisie, puisse glisser entre les palettes, termine en disant que son confrère de Paris a déjà, et depuis plusieurs mois, l'occasion d'employer cet instrument avec succès. (Commis. MM. Laugier et Gerdy.)

COURRIER.

La séance du Comité de rédaction de l'Union Médicale aura lieu, demain vendredi, par extraordinaire, chez M. le rédacteur en chef, 56, rue du Faubourg-Montmartre. La réunion aura lieu à l'heure ordinaire.

— Il règne en ce moment à Lorient une épidémie peu dangereuse il est vrai, mais tellement répandue que les médecins ne savent où donner de la tête. Cette épidémie s'appelle *hallucination vertigineuse*.

— La Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse a procédé, dans sa séance du 11 mai, à l'élection de son bureau pour l'année 1853-1854.

Le bureau existant a été réélu; il est ainsi composé : MM. Perpère, président; Fourquet, vice-président; Auguste Dassier, secrétaire général; Magnes-Lahens, trésorier; Jules Naudin, archiviste; Butignol, secrétaire du *prima mensis*; Dougnac, secrétaire des consultations gratuites. MM. Bessières et Cany sont adjoints au bureau.

— M. le docteur Gustave Astrié (d'Ax), demeurant à Carcassonne, a obtenu le grand prix fondé par la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse; il a reçu, dans la séance publique du 8 mai, la médaille d'or de 300 fr. La question du concours de 1853 était : *Les eaux thermales sulfureuses*. M. Astrié a encore reçu le titre de correspondant de la Société.

— M. le docteur Ricord commencera ses leçons cliniques, à l'hôpital du Midi, le mardi 31 mai, à 8 heures et les continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

— M. A. Devergie commencera, samedi prochain, à l'hôpital Saint-Louis, ses leçons de pathologie générale sur les maladies de la peau, à 9 heures, et les continuera les samedis suivans. La visite aura lieu à 8 heures précises.

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvre aujourd'hui son cours clinique sur les maladies de la peau, à son dispensaire de la rue Larrey, 8 (près l'École de médecine), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivans, à 11 heures précises du matin.

Chaque leçon sera précédée de l'examen des malades. Tout est public et gratuit.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltestet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 63. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 28 Mai 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

EXEMPLE A SUIVRE POUR L'ORGANISATION DU SERVICE MÉDICAL DES SOCIÉTÉS DE SECOURS.

L'une des Sociétés de secours mutuels du 5me arrondissement, celle du quartier du faubourg Saint-Denis, vient d'adopter, pour son service médical et pharmaceutique, une organisation que nous croyons devoir faire connaître, parce qu'elle nous paraît de nature à atténuer les inconvéniens que nos confrères redoutent, avec juste raison, de voir naître du développement de ces Sociétés.

La Société du faubourg Saint-Denis a désigné trois médecins qui seront chargés de délivrer les certificats de santé nécessaires pour entrer dans l'Association ; ils donneront aussi des soins en cas de maladie aux sociétaires qui leur auront été indiqués, et recevront comme honoraire un prix d'abonnement fixé par an et par tête de sociétaire.

Jusque-là il n'y a rien qui diffère de ce qui est pratiqué depuis longtemps par beaucoup de Sociétés de secours; mais voici la disposition plus libérale qui a été adoptée par celle-ci : ces sociétaires restent libres de choisir leurs médecins, non seulement parmi ceux de la Société, mais dans les médecins qui lui sont étrangers. Dans ce dernier cas, le médecin présenté par le sociétaire prend l'engagement de se conformer aux règlemens de l'Association, qui lui alloue alors le prix d'abonnement fixé. On comprend, d'ailleurs, que la Société n'intervient pas dans les arrangemens particuliers qui peuvent être pris entre le médecin et son client, et que celui-ci reste libre, soit de donner un supplément au prix d'abonnement, s'il est jugé trop faible, soit même de s'engager à payer les visites, s'il y a lieu; il n'en profite pas moins des autres avantages que lui offre l'Association, soit comme secours pécuniaires, soit comme fourniture de médicamens.

La même latitude est laissée aussi pour le choix du pharmacien, mais en la bornant néanmoins à ceux qui sont établis sur la circonscription du territoire de la Société. Cette restriction, tout en laissant une liberté de choix suffisante, était ici nécessaire pour éviter des complications dans la surveillance du service, la remise et le règlement des mémoires.

Ce système, dont nous n'exposons que l'ensemble, et qui peut, d'ailleurs, recevoir des applications variées dans leurs formes, évite aux personnes peu aisées qui veulent profiter des avantages de l'Association, la nécessité de perdre fatalement les soins du médecin qui a leur confiance, et qui souvent a été pour eux un bienfaiteur et un ami ; il évite aux médecins la perspective fâcheuse du déplacement et des concentrations de clientèle, qui, bien que ne devant porter que sur la partie la plus pauvre, n'en seront pas moins fâcheuses, soit qu'elles rompent les relations honorables que nous venons d'indiquer, et qui sont toujours si précieuses pour les hommes de cœur, soit qu'elles amènent des pertes qui, bien que légères, seront toujours pénibles à supporter pour le plus grand nombre des praticiens dans la position difficile qui a été faite au monde médical.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOTEL-DIEU. — Service de M. JOBERT DE LAMBALLE.

Innocuité des injections iodées à haute dose.

A propos de l'emploi de l'iode et des iodures, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, deux questions ont été posées : 1° quelle est l'action thérapeutique réelle du médicament ; 2° quels accidens peuvent résulter de son administration. De ces deux questions, aucune n'a encore reçu de solution définitive rigoureusement déduite de l'examen des faits, car tous les jours on signale de nouvelles applications thérapeutiques de l'iode, et tous les jours on voit les praticiens l'administrer à des doses supérieures à celles précédemment employées, sans qu'il survienne de symptômes réellement redoutables d'empoisonnement.

L'action toxique a toujours paru, même aux doses les plus élevées, se borner à ces phénomènes légers d'inflammation des muqueuses, qui sont connues de tout le monde et qui surviennent très rapidement.

Mais est-ce bien là un empoisonnement ? M. Magendie a raison de répondre négativement à cette question, après avoir pris en une seule dose 1 gramme 30 centigrammes de teinture d'iode sans avoir éprouvé de phénomènes toxiques, et avoir vu des sujets en absorber 50 ou 55 grammes sans être incommodés. On pourrait objecter que ces sujets, ayant été amenés progressivement à prendre des doses aussi considérables, s'y sont habitués peu à peu. Mais nous avons vu dernièrement, dans le service de M. Jobert de Lamballe, un malade en absorber fortuitement une dose plus que double de celle que nous venons d'indiquer, et n'en éprouver d'autre inconvénient que ces accidens légers auxquels je faisais allusion il n'y a qu'un instant.

Voici, du reste, le fait dans toute sa simplicité :

Chotard (François), âgé de 18 ans, lithographe, est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 10, le 18 avril 1853. Il dit avoir reçu, il y a dix-huit mois, un coup de bâton sur la fesse droite et être resté dix mois ou un an après sans éprouver rien de particulier dans cette région. Au bout de ce temps, il a ressenti des douleurs sourdes dans l'articulation de la hanche de ce côté, puis il est survenu de la tuméfaction, qui est allée journellement en augmentant. Après être resté quelque temps sans rien faire, il est entré, il y a cinq mois, dans le service de M. Jobert, qui ponctionna la tumeur et fit une injection iodée. Il y eut un soulagement tel, que le malade quitta l'hôpital au bout de peu de jours. Mais la tumeur ne tarda pas à reparaître, si bien que lorsque le malade est revenu à l'hôpital, elle avait les dimensions d'une tête d'adulte, mesurant 33 centimètres dans sa demi-circonférence verticale ; la ligne courbe horizontale mesurait, de l'épine dorsale à l'extrémité antérieure de la crête iliaque, 42 centimètres de ce côté, tandis qu'elle n'en avait que 29 du côté gauche.

Le 20, la ponction, faite avec un trocart à hydrocèle, livra passage à environ 300 grammes de pus; on injecta de la teinture d'iode ; la quantité qui pénétra dans le foyer peut être évaluée à 120 ou 140 grammes, car on en avait mis 250 grammes dans la seringue, et il en fut injecté plus de la moitié. Une cuillerée à bouche à peine de ce liquide put ressortir, car il s'était formé un coagulum granuleux qui obturait la canule du trocart. Après avoir inutilement essayé de donner l'écoulement au liquide, en débouchant avec un stylet, force fut de laisser dans le foyer tout ce qui avait été injecté.

Deux heures après, le malade éprouvait les premiers symptômes de l'ivresse iodique ; il survenait une céphalalgie gravative, du coryza ; puis de l'angine, de la bronchite, de la conjonctivite et de l'œdème des paupières. Le tableau fut complet. Mais en trois jours, sans autre traitement qu'un vomitif et deux purgatifs, tout était rentré dans l'ordre le 23 avril ; et depuis le 2 mai, il n'y a plus d'iode dans les sécrétions. Le malade a repris son appétit. Sa tumeur, un peu moins volumineuse qu'au jour de son entrée, est devenue aussi plus chaude, plus rouge, et plus sensible à la pression.

Cette observation n'a pas besoin de commentaires pour démontrer la parfaite innocuité de la teinture iodée, au moins lorsqu'elle n'est pas ingérée dans l'estomac. Et ceci nous a semblé important à signaler, maintenant que l'on fait de ces injections dans de très grands kystes, dans la plèvre, et même dans le péritoine. Peut-être doit-on redouter d'autres accidens que ceux de l'intoxication ; ce n'est pas ici le lieu de les rechercher. Ce qui nous importe de mettre en lumière, c'est qu'on peut être parfaitement rassuré quant à l'empoisonnement, car il ne peut venir à l'esprit de regarder comme poison une substance qui peut être absorbée, sans inconvéniens, à la dose de plus de 100 grammes. Il nous semble même difficile d'admettre que l'empoisonnement se produirait si l'on faisait absorber la teinture d'iode par l'estomac.

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire. — Un acte de mauvais humeur de l'Académie des sciences. — Les journalistes mal récompensés de leur dévoûment à la science officielle. — Trop de zèle nuit. — Motifs d'abstention à l'égard des tables tournantes. — Les magnétistes et leurs prétentions. — Une nouvelle inquiétante. — Les intérêts professionnels.

Quel mauvais vent vient donc de souffler sur l'Académie des sciences ? Depuis un quart de siècle les représentans de la presse étaient admis à prendre communication, au secrétariat de l'Académie, des travaux, rapports et mémoires qui se produisent dans les séances de cette célèbre compagnie. Cette faveur vient d'être retirée à la presse. Pourquoi ? Il se dit à cet égard beaucoup de choses qu'il est inutile et qu'il ne serait peut-être pas prudent de reproduire. Ce qu'il est consolant de pouvoir assurer, c'est que la presse sérieuse et réellement scientifique est complètement étrangère aux causes qui ont fait prendre cette mesure, mesure dont l'opinion publique, même avec les motifs invoqués, ne se rend pas suffisamment compte. Que cette tolérance à l'égard de la presse n'ait pas eu quelquefois des inconvéniens, je n'oserais le dire, car les meilleures choses de ce monde peuvent avoir leur mauvais côté. Mais si, d'une main calme et impartiale, on met dans les deux plateaux de la balance les avantages et les inconvéniens de cette libéralité dont l'Académie faisait preuve envers la presse, on ne pourra s'empêcher de reconnaître que le bien l'emportait énormément sur le mal. Qui oserait dire que cette dispersion rapide des progrès et des découvertes scientifiques ait été tout à fait sans influence ? Qui pourrait penser que plus d'une vocation pour la science ne s'est pas éveillée en lisant ces comptes-rendus de la presse ? Qui voudrait assurer que le culte de la science ne s'est pas propagé par la presse ? Qui consentirait à croire que la popularité, la renommée et la gloire de l'Académie n'ont pas grandi par l'action incessante du journalisme sur l'opinion publique ? Quel inventeur sérieux et honnête voudrait nier la part qu'il doit à la presse dans la juste célébrité qu'il a pu acquérir ?

Que se propose-t-on d'ailleurs par cette mesure ? Est-ce d'interdire à la presse le compte-rendu des séances de l'Académie ? Cela ne serait possible que tout autant que l'Académie fermerait ses portes et supprimerait aussi le compte-rendu qu'elle fait imprimer de ses travaux. Jusqu'à ce que l'Académie se retire au fond du sanctuaire, que les savans du XIXe siècle s'entourent d'ombre et de mystère, comme dans l'antique Égypte, tant que les portes du palais Mazarin resteront ouvertes, les journalistes les plus pressés prendront au vol le récit des séances, les autres attendront l'apparition hebdomadaire du compte-rendu officiel. Ce que l'Académie y gagnera, nous ne le savons trop ; ce qu'elle y pourra perdre, nous le voyons d'avance, car la presse ne devant plus rien à l'Académie, pourra se montrer envers elle moins respectueuse et moins déférente.

Au demeurant, la presse médicale n'a pas à s'émouvoir beaucoup de cet acte de mauvaise humeur qui vient de faire fermer les portes du secrétariat de l'Académie des sciences. Les auteurs des communications médicales faites à cette Académie sont, en général, trop bien avisés pour priver les lecteurs des journaux de médecine du résultat de leurs travaux. D'un autre côté, les journaux de médecine, n'étant plus tenus à un compte-rendu complet, et ne remplissant plus qu'un rôle officieux, pourront faire un choix et peut-être que du mal pourra naître un peu de bien.

Toujours est-il, que le moment paraît bien mal choisi pour infliger à la presse une sorte de blâme. Si l'Académie des sciences n'a accueilli qu'avec un silence, qui peut passer pour du dédain, le phénomène qui a tant occupé et qui occupe encore à cette heure un si grand nombre de personnes, les journalistes chargés de la partie scientifique dans les journaux politiques se sont montrés unanimes pour empêcher, croyaient-ils, l'opinion de s'égarer sur ce sujet. Tous ont fait une consommation prodigieuse d'esprit et d'originalité, soit pour railler les croyans, soit pour inventer des explications destinées, selon leurs intentions, à faire évanouir toute idée de prodige. Cet accord rare et ce sentiment univoque méritaient autre chose que ce que l'Académie vient de faire à l'égard de la presse. Nos confrères du grand format ont été bien mal récompensés de leur fidélité à la science officielle et de leur dévoûment aux bons principes. Peut-être aussi ont-ils poussé à cet égard leur zèle au-delà des limites nécessaires.

Le doute est certainement une bonne condition scientifique et philosophique, mais il n'en faut pas abuser au point de tomber dans la négation absolue et systématique. Je ne peux m'empêcher de craindre que les louables efforts de nos savans confrères de la presse politique n'aient pas obtenu tous les bons résultats qu'ils auraient pu produire s'ils eussent été accompagnés d'un peu plus de modération dans le langage, de retenue dans l'expression et de réserve dans des explications qui n'expliquent rien. Mais je me borne pour aujourd'hui à cette simple remarque. Prochainement, je l'espère, je serai en mesure de m'entretenir de ce sujet avec mes lecteurs plus librement et sans les appréhensions que j'éprouve en ce moment. Ces appréhensions, j'ai hâte de le dire, n'ont rien qui me soit personnel. Tout homme qui se croirait en possession d'une vérité scientifique et qui n'oserait la produire par crainte de s'attirer quelques désagrémens, serait indigne de tenir une plume, et le public devrait lui retirer immédiatement sa confiance et son estime. Des motifs plus élevés me retiennent. Le premier de tous, c'est que je ne possède pas encore les élémens de la certitude. Si les explications, données jusqu'à ce moment, des phénomènes nouveaux, ne tiennent pas un instant devant les expériences bien faites, il ne s'ensuit pas qu'il n'en puisse exister de plus plausibles et qu'il ne faille les chercher. Avant de proclamer l'existence d'une propriété nouvelle de la matière, il faut avoir épuisé toutes les combinaisons possibles de l'observation, de l'expérience et du raisonnement. Nous n'en sommes pas là, de beaucoup s'en faut. Les savans seuls peuvent prendre la liberté de tout nier d'intuition et d'arrêter la nature juste où ils veulent qu'elle s'arrête. *Non ampliùs procedes.* Mais l'ignorance a aussi son privilége, la curiosité, et j'en use.

Nous pensons que les phénomènes morbides qui se montreraient alors seraient produits par l'action topique de l'iode sur les tuniques stomacales plutôt que par son absorption.

L'iodure de potassium, qui est préféré pour la médecine interne, et que l'on regarde comme toxique à la dose de 4 à 8 grammes, a été, devant nous, administré par M. Valleix à la dose de 8 grammes en un jour et de prime-abord.

Il s'agissait de rechercher si l'iodure de potassium, ainsi employé, guérissait la sciatique, comme l'a annoncé M. Izarié (voy. Union Médicale, 1852, n° 46, p. 189). Les trois malades sur lesquels cette médication fut essayée, à la Pitié, eurent, le jour même, des accidens semblables, par leur nature et par leur durée, à ceux éprouvés par le sujet de notre précédente observation, et leurs douleurs névralgiques persistèrent avec la même intensité que précédemment.

L'innocuité de l'iode, ou, si on le préfère, l'excessive bénignité des accidens qu'il provoque, justifie donc la grande fréquence de son emploi. Pour tous les cas dans lesquels on en a fait usage, son action thérapeutique n'est pas parfaitement démontrée; mais il en est dans lesquels elle est incontestable.

Nul ne doute que l'injection iodée ne guérisse parfaitement l'hydrocèle, et cette injection, faite quatre fois cette année par M. Jobert, a été chaque fois suivie de succès. Mais ce n'est pas seulement dans les cas d'hydrocèle que le chirurgien de l'Hôtel-Dieu injecte la teinture d'iode dans la tunique vaginale; nous l'avons vu deux fois aussi faire cette injection dans les cas d'orchite blennorrhagique. Chez le premier malade, qui était couché au n° 3 de la salle Saint-Côme, l'injection fut faite le 11 janvier; il s'écoula une cuillerée à café environ de sérosité quand on eut introduit le trois quarts dans la tunique vaginale. L'injection iodée fut faite, et huit jours après le malade quittait l'hôpital. Chez le deuxième, couché au n° 37, et entré à l'Hôtel-Dieu le 11 avril, l'inflammation datait de cinq jours; elle avait été déjà combattue par des applications de sangsues. Cependant la douleur persistait sans avoir diminué d'intensité. L'injection iodée fut pratiquée le 13, et cet homme sortit parfaitement guéri le 2 mai.

Dans l'un comme dans l'autre cas, l'injection fut suivie d'une exacerbation violente des douleurs, qui s'apaisèrent au bout de deux heures ou deux heures et demie, de telle sorte que le testicule, extrêmement douloureux à la palpation le matin, pouvait le soir être exploré et pressé entre les doigts, sans qu'il en résultât la moindre douleur.

D'autres injections iodées ont été faites par M. Jobert depuis le 1er janvier; nous nous contenterons de signaler une hydarthrose du genou guérie par cette méthode; le malade occupait le n° 24 de la salle Saint-Côme. Un abcès par congestion de la région dorsale, au n° 9 de la même salle; le malade était entré à l'hôpital le 25 février. Une première injection fut faite le 28, et une deuxième le 25 mars. Quand le malade est sorti le 25 avril, son état était considérablement amélioré.

Enfin, la semaine dernière, le 11 mai, trois injections ont été pratiquées chez des femmes pour des affections différentes. La première (n° 21 de la salle Saint-Maurice) est une jeune fille de 24 ans, domestique, qui portait un kyste de la région antérieure du col, occupant le lobe médian du corps thyroïde. Elle entra dans le service le 9 avril. Une première ponction, pratiquée le 13, donna issue à un liquide sanguinolent; on injecta de la teinture d'iode, et la tumeur avait déjà considérablement diminué, mais elle n'avait pas encore complètement disparu. Il existait une fluctuation plus obscure qu'avant l'opération, et perceptible à la partie supérieure du kyste. Sur les instances de la malade, impatiente de quitter l'hôpital, la deuxième injection fut faite le 11, et aujourd'hui la tumeur, diminuée de moitié, est dure et nullement fluctuante.

La deuxième malade (n° 22 de la salle Saint-Maurice), âgée de 38 ans, avait une grenouillette du côté gauche, faisant une saillie considérable au-dessous du rebord du maxillaire inférieur. Le liquide qui s'écoula par la ponction était filant et caractéristique de l'affection diagnostiquée. Le lendemain de l'injection iodée, il s'était développé une inflammation du pharynx qui rendait la déglutition difficile. La tumeur, plus rouge et plus tendue qu'avant l'opération, avait augmenté de volume. Mais cette inflammation ne s'est pas étendue plus loin, et aujourd'hui elle a déjà cédé à des applications de cataplasmes émolliens.

Nous regrettons de ne pouvoir insister davantage sur ce fait, non plus que sur le suivant, qui nous semble constituer une innovation heureuse et mérite d'être rapproché des injections faites dans les abcès par congestion. Le liquide iodé a été introduit dans le foyer formé par suite de la fonte d'un ganglion tuberculeux.

Silbert (Emilie), âgée de 16 ans, blanchisseuse, entre une première fois à la salle Saint-Maurice, le 28 mars de cette même année; elle portait deux tumeurs ganglionnaires, une de chaque côté du col, dans la région parotidienne. La tumeur du côté gauche fut enlevée, le 1er avril, avec le bistouri; elle était ramollie à son centre et contenait des tubercules. La plaie était en bonne voie de cautérisation. Cette jeune fille quitta momentanément l'hôpital pour y revenir le 27 avril, afin de se faire opérer du côté droit. La tumeur était molle et fluctuante, c'est pourquoi, au lieu de l'enlever comme la précédente; M. Jobert jugea préférable de faire une injection iodée par la canule du trocart; il s'écoula un liquide épais, grumeleux, semblable à celui trouvé au centre de la première tumeur, et dont le microscope avait révélé la nature tuberculeuse.

Depuis l'opération, il n'est rien survenu de nouveau. L'inflammation a été très modérée, et s'il nous était permis de prévoir le résultat, nous ne craindrions pas d'avouer qu'il semble devoir être favorable.

De ces faits, rapportés peut-être trop brièvement, nous ne tirerons pas de conclusions; nous insisterons seulement sur l'énorme quantité de teinture d'iode qu'un malade peut absorber sans éprouver d'accidens sérieux, et sur l'extrême variété des affections contre lesquelles on peut rationnellement avoir recours à cette même teinture iodée. T. G.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

ÉTUDE COMPARÉE DES LÉSIONS ANATOMIQUES DANS L'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE ET DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

Note lue à la Société médico-chirurgicale de Paris, dans les séances des 11 Mars et 8 Avril 1853;

Par M. le docteur Duchenne de Boulogne (¹).

(Suite. — Voir les numéros des 30 avril, 7, 10, 24 et 26 mai.)

b. La contractilité électro-musculaire (1) conserve toujours son intégrité dans l'atrophie musculaire progressive. Elle ne diminue pas en raison directe du degré d'atrophie, comme on l'observe pour la sensibilité électro-musculaire (2); elle disparaît seulement quand la fibre musculaire est transformée. Tels sont les phénomènes que j'ai constamment observés dans les nombreux cas d'atrophie musculaire progressive que j'ai recueillis; c'est aussi ce que j'ai constaté chez Lecomte, dont la contractilité électrique est restée intacte jusqu'à la dernière fibre musculaire.

Comment concilier ce phénomène (l'intégrité de la contractilité électro-musculaire) avec l'atrophie considérable des racines antérieures, constatée à l'autopsie de ce malade, atrophie telle, dans certaines racines, que leur substance nerveuse avait complètement disparu, et qu'elles étaient réduites à leur névrilème? Comment, dis-je, expliquer un tel phénomène, quand on a vu (obs. VII) coïncider avec le ramollissement diffluent des cordons antérieurs de la moelle, la diminution ou la perte de la contractilité électro-musculaire, même dans les muscles qui avaient à peine subi les premières atteintes de l'atrophie ?

Ce n'est pas seulement dans ce fait que j'ai vu la contractilité électrique se perdre dans les muscles qui ne recevaient plus suffisamment la force nerveuse qui émane des cordons antérieurs de la moelle. Ainsi, chez l'homme, la lésion de la septième paire (nerf essentiellement moteur, comme on sait), quelle qu'en soit la cause, quel qu'en ait été le siége, produit toujours la diminution plus ou moins grande de la contractilité électrique dans les muscles qu'il commande. Je n'ai pas trouvé une seule exception à cette règle dans le nombre déjà assez grand de paralysies de la septième paire que j'ai eu l'occasion d'observer.

La coïncidence de l'atrophie des racines antérieures de la moelle avec l'intégrité de la contractilité électro-musculaire, constitue donc un fait contradictoire avec les faits pathologiques antérieurement observés.

c. La contractilité volontaire est placée sous la dépendance exclusive des cordons antérieurs de la moelle. Depuis quarante ans, cette doctrine de Charles Bell règne d'une manière absolue dans la science. Dès lors, est-il possible qu'un muscle de la vie animale exécute les moindres mouvemens volontaires, quand il n'est plus en communication avec les cordons antérieurs de la moelle, seule source initiale de ces mouvemens. Quand bien même la raison ne repousserait pas une pareille hypothèse, les belles expériences de M. Longet en feraient certainement justice, puisqu'il lui a suffi de couper les racines antérieures de la moelle pour paralyser immédiatement le mouvement volontaire.

La pathologie, de son côté, s'était toujours trouvée en parfait accord avec l'expérimentation physiologique, quand est survenu le fait pathologique observé chez Lecomte, fait pathologique qui semble devoir ébranler les doctrines de Charles Bell et de M. Longet, pour ce qui a trait aux rapports de subordination entre les cordons antérieurs de la moelle et les mouvemens volontaires.

Chez Lecomte, en effet, dont les racines antérieures étaient si profondément altérées, la contractilité volontaire n'a pas été plus atteinte que la contractilité électrique.

L'atrophie musculaire progressive n'est pas une maladie que l'on puisse assimiler à une paralysie. C'est une opinion que j'avais déjà formulée dans mon mémoire à l'Institut, avant que l'histoire de l'atrophie musculaire progressive fût écrite; c'est une opinion que j'ai récemment défendue à la Société de médecine de Paris, contrairement aux assertions de M. Thouvenet, qui a proposé d'appeler cette maladie *paralysie atrophique*, dans sa thèse de doctorat, soutenue à la Faculté de

(1) Faculté que possède le muscle de se contracter par l'excitation électrique.
(2) Sensation produite par l'excitation électrique du muscle.

Un autre motif sérieux de mon abstention actuelle relativement aux phénomènes de la rotation des corps, c'est le récit qui m'est parvenu de tous côtés et par les praticiens les plus honorables, d'accidens plus ou moins graves, mais très fréquens, arrivés à l'occasion de ces expériences. Les esprits faibles, les natures impressionnables sont vivement troublés par ces phénomènes. Aussi, les névropathies, sous toutes leurs formes, sont-elles le fond commun de la pathologie actuelle. Des médecins se sont vus obligés d'intervenir très énergiquement dans des familles pour interdire ces expériences dangereuses de communication de la volonté à des corps inertes; expériences dont les résultats peuvent aller jusqu'au délire des sens et de la raison. Il faut laisser se calmer cette fièvre et se garder surtout de lui fournir de nouveaux alimens.

Du reste, comme on devait s'y attendre, les magnétistes triomphent de l'état actuel des esprits. Ils étaient, un de ces jours passés, une centaine réunis en banquet pour célébrer je ne sais quel anniversaire relatif à Mesmer. Il s'est dit, il s'est chanté des choses fort étranges dans cette réunion. Si ces messieurs ne se font pas illusion, ce à quoi heureusement ils sont assez sujets, si la société française ressemble à cette heure au tableau qui en a été tracé par un des orateurs, en vérité l'Académie des sciences est fort excusable de réduire la publicité de ses séances, et rien de mieux elle n'aurait à faire que de se réfugier indignée dans la citadelle du Mont-Valérien, dont l'artillerie la protégerait contre tout regard indiscret. A quoi servent, je vous prie, la géométrie, la physique, la chimie, la géologie, l'histoire naturelle et notre médecine elle-même, et la prétention de toutes ces sciences à ramener les esprits dans la rectitude du vrai et du bon sens, si la crédulité pour les sciences occultes est aussi générale que les mesmériens l'assurent? Il faut bien qu'il y ait quelque chose de vrai dans tout cela, quand on voit un grand journal de Paris consacrer une partie de sa feuille à un bulletin quotidien des *sciences occultes*. D'un autre côté, les libraires du quartier des Cordeliers m'assurent qu'il y a dans ce moment une recrudescence énorme, et ils s'en réjouissent, dans la vente des livres de magnétisme et d'homœopathie.

D'homœopathie !... *Lugete camœnæ*, avez-vous lu l'*Indépendance Belge* et la nouvelle qu'elle apporte? Il serait question, dit ce journal, de démarches considérables faites dans le but de faire créer une chaire d'homœopathie dans la Faculté de médecine de Paris; ces démarches seraient appuyées et patronées par un des fonctionnaires les plus élevés du gouvernement, en reconnaissance de la guérison inespérée qu'il aurait obtenue par la pratique de l'homœopathie. Serons-nous condamnés à voir cette profanation de l'enseignement officiel? Hélas! la Faculté de Montpellier l'a bien subie, et ses protestations timides, il est vrai, n'empêchèrent pas M. Rizueno d'Amador de professer la doctrine hahnemannienne dans cet amphithéâtre, qui porte gravée sur ses murs cette orgueilleuse devise :

Olim Coüs nunc Monspelliensis Hippocrates.

Cependant je ne crois pas un mot de cette nouvelle qui nous vient de Belgique. Si l'on voulait obtenir la dissolution immédiate de la Faculté de Paris, cette mesure serait excellente pour cela. Mais ne nous alarmons pas d'une chimère qui n'a pu naître que dans l'ambitieux cerveau de quelque homœopathe.

Je voudrais, en terminant, dire quelques mots à l'occasion d'un article publié par un journal de médecine, relativement à des questions d'intérêt professionnel. L'auteur de cet article, dont les excellentes intentions me sont connues, a fait un oubli et commis une erreur que j'ai cru devoir lui signaler oralement. Je connais assez sa loyauté et son amour de la justice pour douter un instant, qu'après informations prises, il ne s'empresse de reconnaître que la voie dans laquelle il marche avec talent, d'autres aussi l'ont parcourue, si non aussi bien que lui, au moins dans la même direction d'idées et de but.

Amédée Latour.

On assure qu'il est question de fonder, à Alger, un hôpital militaire d'instruction. Cette mesure aurait pour résultat de constituer une école précieuse pour le personnel si dévoué des officiers de santé de l'armée d'Afrique, et elle offrirait à la jeunesse du pays, qui pourrait y être admise sous certaines conditions, des moyens très avantageux d'étude et d'instruction.

On sait qu'au nombre des vœux émis par le Congrès médical se trouvait celui de la création d'une École préparatoire de médecine à Alger. Cette création allait avoir lieu au moment de la révolution de Février.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du mai 1853, un concours public sera ouvert le 15 novembre prochain, devant la Faculté de médecine de Strasbourg, pour quatre places d'agrégé, savoir :

Une pour la section des sciences accessoires;
Une pour la section de médecine;
Deux pour la section de chirurgie.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie qui désireraient prendre part à ce concours devront déposer, avant le 15 octobre prochain, au secrétariat de la Faculté de médecine de Strasbourg les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par les règlemens.

---

médecine de Paris, en 1851.

C'est une opinion, enfin, que je me suis efforcé de faire partager par M. Cruveilhier. Le jour seulement où mon savant maître fit son importante communication à l'Académie de médecine, j'appris avec le plus grand regret que, pour la première fois, je me trouvais en désaccord avec lui sur ce point; et alors, je dois l'avouer, je doutai de moi.

Mais après avoir mûrement réfléchi sur les faits nombreux que j'ai recueillis, et après avoir examiné, concurremment avec d'autres confrères éclairés, les malades actuellement en traitement, je n'ai trouvé aucune raison pour renier mes anciennes convictions. Je vais donc reproduire l'argumentation dans laquelle je soutenais, à la Société de médecine de Paris, dans sa séance du 4 mars 1853, que l'*atrophie musculaire progressive n'est pas une paralysie.*

Que doit-on entendre par paralysie atrophique? Quand la moelle épinière est divisée ou que l'arrivée de l'influx nerveux se trouve interrompue par la section, la contusion ou la commotion d'un nerf, la perte des mouvemens est immédiate, l'atrophie est consécutive. C'est là réellement un type de paralysie atrophique. J'en ai rapporté un grand nombre d'exemples dans un travail sur les paralysies par lésion traumatique des nerfs (1). J'en ai encore récemment observé un cas à l'hôpital de la Clinique, n° 9, chez un malade dont M. Nélaton m'avait invité à explorer l'état de la contractilité électro-musculaire. Ce malade avait fait une chute sur l'épaule, et bien qu'il n'eût éprouvé aucune douleur, les mouvemens d'élévation du bras furent à l'instant complètement perdus et l'atrophie fut consécutive et rapide (les muscles avaient perdu leur contractilité électrique). La paralysie générale sans aliénation (spinale) débute aussi par des troubles de la motilité; l'atrophie n'est que consécutive. Je pourrais encore multiplier les exemples et prouver qu'on peut donner à beaucoup d'autres paralysies du mouvement cette dénomination de paralysie atrophique.

Tels ne sont pas assurément les caractères symptomatiques de l'affection musculaire à laquelle Lecomte a succombé. S'il existe des divergences d'opinion sur ce sujet entre les observateurs, on ne peut en attribuer la cause qu'à la facilité avec laquelle le médecin peut être trompé par les récits erronés des malades.

On observe, en effet, dans cette affection, une première période plus ou moins longue pendant laquelle les muscles, agités de contractions fibrillaires et perdant une partie de leur sensibilité, s'atrophient sans que le malade en ait la conscience et en éprouve le moindre trouble dans ses fonctions; de telle sorte que, si l'atrophie n'est pas précédée ou accompagnée de douleurs, (ce qui arrive ordinairement), le malade ne soupçonne pas chez lui l'existence d'une affection aussi grave. C'est seulement lorsque l'atrophie est déjà très avancée dans quelques muscles, qu'il commence à ressentir les premières atteintes de faiblesse ou de gêne dans certains mouvemens. Un exemple suffira pour montrer combien l'erreur est facile, quand on n'y prend garde. Un malade me consultait pour un affaiblissement ou de la maladresse qu'il éprouvait depuis peu dans l'usage d'une de ses mains; cette main était plus maigre que celle du côté sain. Je lui demandai comment avait débuté sa maladie; il répondit que la faiblesse, la première, avait attiré son attention, et que cette faiblesse datait de deux ou trois semaines, mais qu'il s'était aperçu plus tard que sa main maigrissait. J'explorai alors par l'électrisation localisée l'état des muscles de cette main, et retrouvai à peine les traces des interosseux; ce qui me prouva que l'atrophie musculaire progressive dont il était atteint devait remonter à une époque déjà ancienne, et qu'il n'en avait commencé à éprouver de la gêne, que lorsque les muscles étaient arrivés à un état d'atrophie assez avancé. J'examinai ensuite les autres régions du corps et je trouvai un plus ou moins grand nombre de muscles atrophiés sans qu'il s'en doutât: ces muscles n'étaient que d'une utilité secondaire. C'est ainsi que j'ai vu un autre malade qui ne se plaignait que de la perte récente des mouvemens d'élévation du bras, et qui disait que sa maladie avait débuté par la paralysie de ce membre, et cependant je constatai par l'exploration électro-musculaire qu'il n'avait plus ses pectoraux, ni ses grands dorsaux, et que son trapèze était atrophié, à droite, dans son tiers inférieur; ce dont il ne se doutait pas.

J'ai rencontré peu de malades qui s'inquiétassent ou s'aperçussent d'un amaigrissement partiel tant que le mouvement était intact. J'ai presque toujours constaté par le degré d'atrophie des muscles, que le début de la maladie devait remonter bien au-delà de l'époque où ils en avaient été prévenus par les troubles fonctionnels musculaires. C'est ce qui est arrivé sans doute chez Lecomte, si je m'en rapporte, du moins, aux différens récits qu'il me fit de sa maladie (il n'avait pas encore perdu alors l'usage de la parole). D'ailleurs, comme cette maladie attaque les muscles successivement, si l'on ne peut toujours savoir comment elle a procédé dans ceux qu'on trouve très atrophiés ou détruits, on voit toujours, du moins, comment elle marche dans ceux qu'elle attaque plus tard. Voici ce qui arrive, et je choisirai pour sujet de démonstration un malade que j'ai observé récemment à la Charité, dans le service de M. Gerdy. Cet homme, taillé en athlète, a entièrement perdu, à gauche, les muscles de la main et de l'avant-bras, à l'exception des supinateurs et des radiaux; et à droite tous les muscles de la main sont très atrophiés, ainsi que ceux de l'avant-bras, et principalement les fléchisseurs profonds. (C'est ce que j'ai constaté par l'exploration électro-musculaire.) Les muscles du bras, de l'épaule et du tronc étaient continuellement agités de contractions fibrillaires et avaient, d'après son dire, perdu depuis peu le tiers au moins de leur volume. Ils étaient évidemment malades et en voie de dépérissement; et cependant ces muscles jouissaient d'une très grande force, car je ne pouvais étendre son avant-bras, quand il le fléchissait sur le bras. Si l'atrophie continue à marcher dans ces muscles, on les verra s'affaiblir de plus en plus, comme je l'ai observé pour les muscles de son avant-bras droit, où les muscles ont perdu au moins les trois quarts de leur volume normal; plus tard, enfin, ces mêmes muscles finiront par être privés totalement de mouvement (paralysés), lorsqu'ils seront transformés en graisse, comme ils le sont, très probablement, à l'avant-bras et à la main du côté droit.

Après l'exemple que je viens de choisir, je pourrais placer les faits nombreux que j'ai recueillis, et dans lesquels j'ai observé des phénomènes identiques.

Je me résume en disant que donner le nom de paralysie à l'espèce d'affection musculaire à laquelle Lecomte a succombé, et dans laquelle la lésion de nutrition musculaire est le fond, le point de départ de la maladie, dans laquelle le mouvement est seulement affaibli parce que le muscle souffre, affaibli en raison de la diminution de la quotité des fibres, dans laquelle, enfin, le mouvement ne se fait plus, que lorsque l'instrument de ce mouvement est détruit, c'est employer une dénomination qui donne de cette maladie l'idée la plus inexacte, la plus contraire à la vérité.

La question que je soulève ici n'est pas une vaine discussion sur la valeur d'un mot; car un des plus grands inconvéniens d'une dénomination aussi éloignée de la signification réelle des phénomènes symptomatiques de cette maladie, serait de laisser le médecin dans une fausse sécurité sur l'état des muscles déjà menacés dans leur existence, et de n'appeler son attention qu'à un moment de la maladie où il ne reste plus de chances de succès à l'intervention thérapeutique.

La croyance que la paralysie est le symptôme primitif, comme le lui rappellerait sans cesse cette fausse appellation, le conduirait naturellement à ne diriger le traitement que sur les muscles dont les fonctions seraient affaiblies, c'est-à-dire alors que ces muscles seraient déjà arrivés aux dernières limites de l'atrophie ou de la transformation graisseuse. S'il est prévenu, au contraire, que chez le malade qui réclame ses soins seulement pour lui rendre l'usage perdu ou compromis de quelques muscles, d'autres muscles dont les mouvemens et la force sont en apparence intacts, sont tout autant menacés dans leur existence, alors qu'ils ont déjà subi un commencement d'atrophie et qu'ils sont en même temps agités de contractions fibrillaires, le médecin n'attendra pas, pour agir, que ces muscles ne remplissent plus leurs fonctions, ou, en d'autres termes, qu'ils soient entièrement détruits; alors il lui sera possible, en intervenant à temps, d'arrêter la marche envahissante de cette terrible maladie, ainsi que j'en ai rapporté plusieurs exemples ailleurs (1).

En résumé, la contractilité volontaire, comme la contractilité électrique, restent intactes dans l'atrophie musculaire progressive.

Quand on songe qu'il suffit de la lésion traumatique la plus légère d'un nerf pour produire chez l'homme un trouble plus ou moins profond de l'état de la contractilité (électrique ou volontaire) dans les muscles qu'il anime, on ne comprend pas que cette propriété musculaire ait pu rester intacte chez Lecomte, dont les racines antérieures étaient si profondément atrophiées.

Il faut évidemment qu'il y ait *une inconnue* entre ces deux faits contradictoires, et cependant également bien observés.

Quelle est cette inconnue? C'est certainement le problème le plus difficile à résoudre.

Cependant, ne se pourrait-il pas que l'atrophie des racines antérieures fût, elle-même, lente et progressive? Alors on comprendrait que la force nerveuse motrice, continuant (qu'on me passe cette expression) à être sécrétée, et ne pouvant se dégager, se frayât un passage jusqu'aux muscles par une sorte de conducteurs collatéraux, de manière à permettre ou à entretenir la contractilité musculaire. Cette hypothèse m'est inspirée par un fait extrêmement curieux que l'on doit à l'un des plus ingénieux expérimentateurs, à M. Cl. Bernard. Ce physiologiste a eu l'idée d'arracher les racines postérieures d'un chien, le lendemain de sa naissance. L'animal a survécu et a été complètement et immédiatement privé de sensibilité. Cela devait être; mais ce que l'on eût cru impossible, c'est qu'après plusieurs mois, la sensibilité commença à reparaître et s'accrut progressivement, à tel point qu'aujourd'hui (deux ans après cette opération) cet animal possède sa sensibilité normale. L'expérience avait été faite, cependant, de manière à rendre la cicatrisation des nerfs impossible. Y aurait-il eu dans ce cas régénérescence des nerfs? Ou bien la force nerveuse postérieure passerait-elle par les cordons antérieurs dans les racines qui en émergent? Conduiraient-elles à la fois la sensibilité et la motricité? Deviendraient-elles, en un mot, des racines mixtes? Je crois me rappeler que M. Cl. Bernard penche vers cette dernière opinion. De quelque manière qu'on l'explique, il n'en est pas moins certain que, chez ce jeune chien, la sensibilité est arrivée aux organes par des conducteurs quelconques. Ce fait étant établi, n'est-il pas rationnel d'admettre que, dans le fait pathologique de M. Cruveilhier, la force motrice qui provient des cordons antérieurs a pu, par un mécanisme analogue, se frayer une voie quelconque jusqu'aux muscles, lesquels, alors, ont conservé la faculté de se contracter sous l'influence de la volonté ou de l'excitation électrique.

Mais s'il était vrai que la force spinale antérieure ait pu arriver ainsi jusqu'aux muscles et entretenir leur contractilité, la nutrition de ces organes serait également restée intacte. Cette objection est très sérieuse; cependant je répondrai que le système ganglionnaire n'a pas été examiné chez Lecomte, et que là peut-être existait la lésion anatomique qui donnerait la raison de l'atrophie des muscles et même des racines antérieures.

Peut-être trouvera-t-on dans le système ganglionnaire la clef de tous ces mystères!

Quand il serait démontré, enfin, que l'altération du système ganglionnaire est la lésion anatomique primitive de l'atrophie musculaire progressive, il resterait encore à rechercher quelle peut être la cause de cette lésion primitive. Il est probable qu'il ne nous sera pas donné de pénétrer cette cause pour ainsi dire originelle, pas plus que nous ne connaissons la diathèse de bien des maladies.

(La fin au prochain numéro.)

(1) *De la valeur de l'électricité dans les lésions traumatiques des nerfs.* (Mémoire couronné par la Société de médecine de Gand, en 1852).

(1) *Bulletin de thérapeutique*, tome XLIV, 7e, 9e et 10e livraisons.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 Mai 1853. — Présidence de M. Bérard.

Surdi-mutité.

(Dans l'impossibilité où nous aurions été, en raison de son étendue, de reproduire textuellement l'argumentation de M. Bouvier, nous avons dû nous borner à la résumer. C'est ce que nous faisons, en nous servant, pour la première partie, d'une épreuve du *Bulletin* de l'Académie, que l'éditeur a bien voulu nous confier; et pour la seconde partie, de notes qu'il nous a été possible de prendre rapidement sur le manuscrit de l'auteur.)

M. Bouvier : Le rapport de la commission, dont notre honorable collègue, M. le professeur Piorry, a été l'organe, avait pour objet de répondre à des questions adressées à l'Académie par M. le ministre de l'intérieur. Ces questions portent sur deux points :

1° Sur la possibilité de procurer à certains sourds-muets un degré quelconque d'audition, au moyen du traitement indiqué par M. le docteur Blanchet;

2° Sur l'avantage qu'il pourrait y avoir à développer plus spécialement, comme le propose M. Blanchet, la faculté d'articuler et de lire la parole sur les lèvres, chez les élèves qui seraient admis au traitement, ainsi que chez d'autres définitivement privés de l'ouïe, mais n'ayant pas entièrement perdu l'usage de la parole.

Les conclusions de la commission sont favorables au traitement de M. le docteur Blanchet; elles sont également favorables à sa proposition de modifier le mode d'instruction de l'institution des Sourds-Muets, pour les deux catégories d'élèves que je viens de désigner. C'est sur ces conclusions que nous sommes appelés à voter. Permettez-moi, dans l'examen des motifs qui peuvent éclairer notre vote, de renverser l'ordre des questions, de commencer par la question pédagogique, sur laquelle je désire surtout fixer votre attention.

C'est surtout à son sujet que nous avons besoin de nous éclairer mutuellement, et qu'il était difficile à la commission de nous faire partager sur-le-champ toutes ses convictions.

Il faut se faire d'abord une idée nette de ce qu'est, en général, l'éducation des sourds-muets, de ce qu'elle doit être, et de la valeur des principales variantes qu'elle présente dans la pratique.

L'éducation, au point de vue moral et intellectuel, pourrait être définie, dans le langage figuré des élèves de l'abbé Sicard, la culture de l'esprit et du cœur. Pour le physiologiste, c'est l'art de faire acquérir à l'enfant toutes les notions, tous les sentimens moraux les plus capables de préparer son bonheur à venir.

L'éducation, pour atteindre ce but, dispose de trois moyens, qui sont :

1° L'exercice de l'intelligence et des facultés affectives, ou de la pensée et du sentiment moral de l'enfant;

2° Sa contemplation du monde extérieur, l'intuition directe, par ses sens, de tout ce qui existe ou se passe autour de lui;

3° Sa communication avec ses semblables, et la connaissance qu'elle lui donne de leurs pensées, de leurs notions, de leurs sentimens.

La représentation graphique des mots constitue le principal moyen d'éducation dans la surdi-mutité. Le sourd-muet qui sait lire et écrire est en état, non seulement de converser, par cette voie, avec tous les hommes de son pays qui possèdent les mêmes notions, mais encore de comprendre ses maîtres, d'étudier seul sans maître; et de parcourir le vaste champ des connaissances humaines, même les plus élevées.

On peut dire que les autres procédés d'éducation du sourd-muet ont pour premier but de l'amener à lire et à écrire facilement et correctement sa langue; que la mesure de la perfection qu'il a acquise dans ces exercices est aussi celle du degré d'instruction qu'il a atteint; que le sourd-muet qui n'y réussit que très imparfaitement doit être, par cela seul, peu éclairé, si ce n'est dans les arts manuels, où les notions acquises par l'intuition et l'imitation qui en dérive, ainsi que par le langage organique, peuvent lui suffire.

Les signes du langage organique s'adressent à l'ouïe, à la vue, au toucher, ou à plusieurs de ces sens à la fois.

Le sourd-muet ne peut faire usage des signes qui n'affectent que

l'ouïe. Cependant il est rare que le nerf acoustique soit insensible à toute espèce de vibration, surtout lorsqu'elle est transmise par les parois du crâne, comme le montrent les recherches ingénieuses de notre collègue, M. le docteur Bonnafont.

On n'ignore pas d'ailleurs que le son et le bruit s'accompagnent très souvent de mouvemens perceptibles à la vue ou au toucher, d'ébranlemens partagés par nos organes et faisant impression sur la sensibilité générale, de manière à manifester leur présence, même aux sourds, par ces sensations diverses, à défaut de celles qu'ils produisent sur le sens de l'ouïe. Il n'est pas moins connu que l'on peut tirer un certain parti de ces sensations, pour la vie de relation des sourds-muets, et votre commission vous a rendu compte des faits curieux observés à cet égard par M. Blanchet.

Il existe trois sortes de langage organique applicables à l'éducation des sourds-muets : la dactylologie, le langage oral, et la mimique.

La dactylologie, à peine plus rapide que l'écriture, est beaucoup plus lente que la parole, et, par cela même, peu applicable aux communications des sourds-muets entr'eux et avec les parlans.

Le langage oral doit nous arrêter quelques instans. Son caractère essentiel n'a pas toujours été bien compris. Nous sommes si habitués à ne voir dans la parole que les sons qui frappent notre oreille, que nous ne pouvons facilement en isoler l'action et les mouvemens des organes qui les produisent. Or, pour le sourd-muet, c'est uniquement cette action qui constitue le langage oral, soit qu'il la constate chez les autres par la vue et le toucher, soit qu'il la sente en lui-même au moment où il l'exerce. Les différentes positions des lèvres, des arcades dentaires, de la langue, des joues, de la paroi inférieure de la bouche, du larynx, etc., dans la prononciation de chaque son, positions reconnues par le sourd-muet chez son interlocuteur, perçues par lui au sein de ses propres organes, forment un alphabet labial, ou plutôt oral, une véritable *chéilologie* ou *stomatologie* tout à fait comparable à l'alphabet manuel, à la dactylologie, qui résulte des différentes positions des doigts. Seulement cet alphabet oral frappe moins la vue et offre plus de complication dans les mouvemens propres à chaque signe ; il est tout à fait conventionnel et il n'a pas, comme la dactylologie, l'avantage de reproduire les signes de l'écriture.

J'ai fait abstraction jusqu'ici du son émis par le larynx dans la voix ordinaire, du souffle de la voix basse fourni par l'appareil respiratoire ; mais il va sans dire que la parole n'est obtenue qu'à la condition que l'action des parois thoraciques, dans un cas, l'action de ces parois et des muscles du larynx, dans l'autre, s'ajoutent aux mouvemens des diverses parties de l'appareil buccal.

C'est encore par la vue, le toucher et la perception intérieure de ses propres modifications organiques, que le sourd-muet reconnaît et apprend à exécuter lui-même tous les mouvemens des organes respiratoires et vocaux qui coïncident avec ceux de la bouche, pour produire toutes les articulations de la parole. L'effort de ces organes se traduit, en effet, par leurs changemens de volume et de situation, par les vibrations dont il est le siége, ou qu'ils déterminent dans les parois du tuyau vocal, par l'écoulement de l'air à travers les ouvertures du nez ou de la bouche, écoulement perceptible au tact pour la main placée au-devant de ces ouvertures.

Ce sont ces différens indices qui mettent le sourd-muet en état de produire des sons qu'il n'entend pas, mais qu'il sent vibrer dans sa poitrine, et d'acquérir ainsi la voix de la parole articulée, dont il semblait à jamais privé. On est même parvenu à régler ses intonations, si souvent imparfaites, en lui faisant apprécier par le toucher la différence des vibrations de la paroi inférieure de la bouche suivant le ton des sons vocaux.

On comprend néanmoins quelles difficultés il faut surmonter pour obtenir une grande précision dans ces exercices.

L'habileté du sourd-muet à se servir du langage oral est en rapport :

1° Avec son degré d'intelligence ;

2° Avec les rudimens d'audition qu'il conserve :

3° Avec l'état plus ou moins parfait de la vision, et surtout des organes de la parole, sous le rapport de leur conformation et de l'égalité de leurs mouvemens ;

4° Avec l'ancienneté de la surdité lorsqu'elle n'est pas congéniale avec l'usage que l'enfant a pu faire de la parole avant de perdre l'ouïe, ainsi qu'avant l'espace de temps pendant lequel il a cessé de parler ;

5° Avec l'âge auquel on a commencé à exercer l'enfant à l'articulation des sons.

6° Avec le temps et les soins consacrés à cet exercice, l'attention et la bonne volonté qu'y a apportées l'élève, l'étendue et la fréquence de ses relations avec les parlans, et le plus ou moins de difficultés qu'il a rencontrées à employer un autre langage.

7° Enfin, avec le degré de connaissances qu'a le sourd-muet des mots et de la langue qu'il doit lire sur la bouche ou qu'il doit lui-même articuler.

Chacune de ces influences mériterait d'être appréciée en particulier ; mais leur examen m'entraînerait trop loin dans ce moment. Je dirai seulement qu'à part l'idiotisme, une mauvaise conformation ou l'impossibilité d'assouplir dans un âge avancé les organes de la parole ; à part l'opiniâtreté de l'élève à se refuser à cette étude, l'existence de lésions pulmonaires ou autres qui l'empêcheraient de supporter les efforts qu'elle exige, aucune autre circonstance ne s'oppose d'une manière absolue à l'emploi du langage oral. Je n'en excepte pas l'insensibilité presque complète des nerfs acoustiques, qui, d'après les recherches de notre collègue, M. Bonnafond, priverait les sourds-muets de la parole, en les empêchant de s'entendre parler, parce que j'ai vu des sujets placés dans cette condition défavorable, qui n'en possédaient pas moins le langage oral.

Au reste, ce serait une erreur de croire que la perfection soit indispensable à la pratique du langage oral. De ce que cette perfection est rare, de ce qu'un grand nombre de sourds-muets, éduqués au moyen de l'articulation, *parlent mal*, on ne saurait conclure au peu d'utilité de ce procédé.

Au lieu de nous rebuter des imperfections de langage des sourds-muets, travaillons plutôt à les restreindre, à les faire disparaître, s'il se peut, et puisque certains d'entre eux, non moins sourds que les autres, atteignent pourtant, sous ce rapport, à une perfection comparable à celle des entendans, recherchons quelles sont les conditions spéciales auxquels ils ont dû ce précieux avantage, et faisons tous nos efforts pour étendre ces conditions à un plus grand nombre de leurs pareils, soit en cultivant à temps et sans relâche leurs facultés orales, soit en perfectionnant les procédés d'enseignement des signes vocaux.

Ce langage, d'ailleurs, qui nous paraît si souvent insuffisant quand nous voulons converser avec un sourd-muet parlant, est beaucoup mieux compris de ses compagnons d'infortune, de ses maîtres, de ses parens, de tous ceux, en un mot, qu'il fréquente le plus habituellement, et qui, tous aussi, savent mieux que nous se faire entendre à ses regards.....

..... Les faits que je viens de faire connaître à l'Académie sur la pratique du langage oral chez les sourds-muets sont le corollaire, non pas seulement de ce que j'ai lu, mais encore de ce que j'ai vu, soit dans la classe d'articulation des Sourds-Muets de Paris, soit sur des enfans de la même institution traités et, en partie, exercés par M. Blanchet, soit enfin, et surtout, dans l'institution Dubois.

Il résulte de ces faits que le langage oral peut être employé avec avantage dans l'éducation des sourd-mueuts, quoiqu'il ne doive pas réussir également chez tous ; que son usage offre toutefois une certaine difficulté et réclame une étude persévérante et assidue ; qu'il peut, à la rigueur, suffire aux communications habituelles des sourds-muets entre eux ; que le rapport des mots articulés avec la langue écrite fournit une base utile, sur laquelle peut s'appuyer l'enseignement de la lecture et de l'écriture. Il faut ajouter l'avantage inappréciable que la langue orale procure au sourd-muet, en facilitant ses rapports avec les parlans, et en adoucissant du moins, si elle ne peut y mettre un terme, la rigueur de son isolement dans la grande société humaine.

La troisième espèce de langage, applicable à l'instruction des sourds-muets, est la mimique.

La mimique est une sorte de langue primitive ; ses tours se rapprochent du premier langage de l'enfant, de celui des peuples peu avancés en civilisation ; elle diffère de ces langues de mots par sa forme pittoresque, qui met sous les yeux les actes, les faits dont les mots ne sont que le récit.

On comprend tout l'attrait que présente à l'enfant sourd-muet ce langage d'action, simple, naïf, comme son âme, et pourtant si précis, si expressif, si rapide, si bien fait pour frapper les seuls sens qu'il conserve ; ce langage pour lequel il semble né, qu'il sait, pour ainsi dire, avant de l'avoir appris, et qui, à peine enseigné, lui devient aussitôt un facile moyen de communiquer avec ses semblables. On comprend toute l'ardeur des apôtres de la mimique à défendre aujourd'hui un idiôme qui est leur ouvrage, leur conquête, qui est leur langue maternelle s'ils sont en même temps sourds-muets, et leur répugnance invincible à lui substituer notre langue orale.

M. le docteur Ménière vous a rappelé un essai malheureux de suppression de la mimique, tenté autrefois, vers 1832 ou 1833, dans l'institution de Paris. Cet exemple, je dois le dire d'avance, ne prouve pas ce que notre honorable confrère a voulu en déduire, l'impossibilité d'un emploi général de la méthode de l'articulation.

A côté des avantages inappréciables de la mimique, se placent des inconvéniens que je ne dois pas omettre.

D'abord, il est manifeste que cette langue spéciale ne servira au sourd-muet, rendu à la société, que dans des limites très restreintes, que le temps qu'il aura passé à l'apprendre n'aura été employé qu'à le mettre en rapport avec ses maîtres, ses compagnons, et plus tard avec le petit nombre de membres de sa famille ou de personnes étrangères, qui auront appris ce langage.

Un second inconvénient de la mimique, c'est qu'elle n'est point uniforme, c'est qu'elle varie d'un lieu à un autre, dans le même pays, que dis-je ! dans la même institution, à peu près comme ce patois de nos paysans, qui fait que, d'un département, d'un village à l'autre, on peut avoir de la peine à se comprendre.

Mais le plus grand reproche qu'on puisse lui adresser est une conséquence de sa nature même. Sans doute personne ne lui refuse d'être propre au développement de l'intelligence, de faire *penser* le sourd-muet, d'agrandir le cercle de ses idées comme toute autre langue, peut-être même, à certains égards, mieux que toute autre langue moins bien appropriée à la vie de relation de cette classe d'êtres. Mais il ne faut pas oublier que, dans l'éducation, tout langage n'est qu'un moyen d'étude, que, dans celle du sourd-muet, en particulier, la lecture et l'écriture, la connaissance de la langue de son pays, sont les premières notions qu'il lui importe de posséder, celles qui le conduisent à acquérir toutes les autres. Or, voyez quelle complication va résulter du défaut de rapport, de la dissemblance complète, de l'opposition même qui se trouvent entre sa langue organique, celle des signes, et sa langue écrite, la langue des lèvres, la seule qui puisse l'instruire hors de la présence et des entretiens de son professeur ; de même qu'après son retour à la vie commune. Qui ne sent que notre langue sera pour lui une langue morte, ce qu'est le latin, ce qu'est le grec dans nos colléges ; qu'il se trouvera dans la position où serait placé un écolier ne sachant parler que le français, et à qui on imposerait l'obligation, tant au collége que pour le reste de ses jours, de ne lire, de n'écrire que du latin ou du grec, qu'il serait libre seulement de traduire dans sa langue maternelle, *et vice versa* ? Que l'on ne croie pas, en effet, que même avec le secours de l'écriture et de la dactylologie, les signes ou gestes mimiques soient, pour le sourd-muet, *représentatifs* des mots ; non, la première chose qu'ils lui rappellent, la seule qui fixe son attention, quand il ne fait pas l'effort de penser à la langue écrite, de se *traduire* lui-même, ce sont les images, ce sont les choses, les idées, qu'elles expriment. Cela est si vrai, que les sourds-muets habituellement mimes ne pensent que par signes, sans se représenter aucunement les mots, comme nous pensons à l'aide de notre langue maternelle, et non au moyen du grec ou du latin qu'on nous a appris. C'est là un fait proclamé par tous les hommes compétens qui ont écrit sur la matière.

C'est donc une difficulté de plus, et une difficulté sérieuse, que l'on crée au sourd-muet, lorsqu'on lui apprend ainsi deux langues différentes, l'une pour converser, l'autre pour se livrer à l'étude ; ses progrès doivent inévitablement en souffrir ; ils doivent être plus lents que lorsqu'on l'instruit par la parole, à moins d'admettre que, toute compensation faite, il lui faille plus de temps et de travail, somme toute, pour étudier à l'aide de la parole, pour apprendre et cultiver la langue orale, concordant mieux, mais non complètement, il ne faut pas l'oublier, avec la langue écrite, que pour apprendre les signes et effectuer incessamment leur traduction en mots écrits, et réciproquement.

Là est, en effet, le nœud de la question. Sa solution, au point de vue pédagogique, se trouve tout entière dans ce fait, à savoir, le temps nécessaire, la somme de travail à produire pour atteindre un résultat identique par l'une ou l'autre méthode, ou, ce qui revient au même, la nature du résultat obtenu par l'emploi d'un temps et d'une somme de travail semblables. Ajoutez à cela l'autre face de la question, le degré d'utilité de la parole, au point de vue social, telle que le sourd-muet peut l'obtenir, et vous aurez tous les élémens du problème à résoudre.

Une solution complète de ce problème ne nous est pas demandée, et j'en félicite l'Académie. Voici soixante-quinze ans que la lutte des deux camps est engagée, à partir de la querelle de Heinicke et de l'abbé de l'Epée, et il est permis de douter que nous y ayons mis un terme.

Cependant la question même qui nous est posée, quoique partielle, exige que nous abordions quelque peu l'examen de ce grand problème.

On nous demande s'il convient de placer une partie des sourds-muets de l'institution de Paris dans une classe à part, où ils seraient élevés spécialement au moyen de l'articulation. Ces sourds-muets sont, à la vérité, dans des conditions particulières ; mais ils ont été confondus jusqu'ici avec les autres sourds-muets et instruits, comme ceux-ci, par la mimique. Itard vous a même déclaré, en 1828, qu'il y avait toujours avantage à placer ces enfans (ceux qui ne sont pas complètement sourds, mais qui le sont assez pour ne pouvoir jouir de l'audition indirecte) dans une école de sourds-muets, l'éducation par signes auxquels on soumet ceux-ci profitant à ceux-là et remplaçant chez eux l'influence de la conversation orale. Votre commission d'alors vous exposa, de son côté, par l'organe de M. Husson, qu'ayant comparé deux sourds-muets rendus en partie à la faculté d'entendre et de parler, élevés l'un dans une famille de personnes entendant, l'autre au milieu de sourds-muets, elle avait reconnu la supériorité intellectuelle du second sur le premier, parce qu'il avait joui des avantages de la conversation, à l'aide du langage des signes et tout en proposant, suivant le vœu d'Itard, la fondation d'une classe destinée à apprendre aux sourds-muets à parler, tout en recommandant, pour une petite fraction des enfans admis aux sourds-muets, une éducation consistant dans la combinaison des signes avec la parole, la commission répète dans ses conclusions, que « toute surdité » congéniale ou de bas âge, *quelque légère qu'elle soit*, rend l'éducation mimique *indispensable*, par conséquent, rejette l'enfant dans » la classe des sourds-muets. »

Ce qu'on vous propose aujourd'hui est donc, sous ce rapport, le contraire de ce que vous avez adopté en 1828. Devez-vous y souscrire ? Les nouveaux faits produits depuis cette époque sont-ils de nature à couvrir la responsabilité que votre nouvelle décision fera peser sur vous ? Allez-vous, en adoptant les conclusions de la commission actuelle, conseiller le bouleversement, la désorganisation de l'institution des Sourd-Muets, comme a paru le craindre notre honorable collègue, M. Ferrus ? Si l'on suivait votre avis, en supposant qu'il soit conforme au vœu de la commission, risquerait-on d'entraver l'éducation d'une partie des élèves de l'institution de Paris, et de les rendre à la société dans un état d'infériorité relative, comme votre commission de 1828 était convaincue que cela devait arriver ? Telles sont les questions que je ne puis me dispenser d'examiner.

Et d'abord, il y a des éclectiques, qui ont dit : Rien de plus simple, la mimique est bonne, mais l'articulation a bien son mérite ; unissons-les dans un doux embrassement, et tout sera dit ; enseignez à la fois l'articulation et la mimique. Mais l'accord est impossible ; l'honorable M. Bégin vous l'a dit : « Les deux méthodes sont formellement exclu- » sives. » Ai-je besoin de vous dire pourquoi, de vous rappeler l'éloignement des élèves *mimes* pour la parole, la nécessité de ne pas détourner d'un travail opiniâtre, d'une pratique assidue, constante, de l'articulation, ceux que vous destinez à conquérir l'usage de la langue orale ? Que, dans des cas particuliers, un sourd-muet, élevé par la mimique, ait assez d'empire sur lui-même pour y joindre l'étude de la parole ; qu'un autre, habitué à ne se servir que de la parole, apprenne plus tard la langue des signes, sans inconvénient pour son langage oral, je suis loin de le contester ; mais, en thèse générale, une méthode mixte ne me paraît point applicable.

Ainsi, point d'association, point de moyen terme, car je n'appelle de ce nom ni la conversation de la mimique expressive spontanée, commune à tous les hommes, dans les manifestations de la pensée d'un sourd-muet instruit par la parole, ni l'introduction de quelques gestes naturels, pour montrer les objets, figurer les actes qu'on nomme, dont on apprend les mots à l'enfant au début de l'éducation par le langage oral. Il est impossible de s'entendre, si l'on ne veut s'astreindre à ces distinctions, si l'on partage la méprise de ceux qui confondent la mimique ou la langue des signes avec la dactylologie, les gestes naturels d'expression avec les signes mimiques de la langue conventionnelle des sourds-muets. Que quelques-uns de ces gestes aient trouvé un heureux emploi dans ce langage, c'est ce qu'on ne saurait contester ; mais ils forment, à beaucoup près, le plus petit nombre des signes employés. S'il était possible qu'il en fût autrement, les parleurs n'éprouveraient pas tant de difficulté à apprendre la langue mimique ; on n'aurait pas vu Itard, dans sa longue carrière, rester presque entièrement étranger à ce langage ; on ne verrait pas dans nos institutions, autant de fonctionnaires dans le même cas, ni, dans les familles mêmes, beaucoup de leurs membres rester à jamais privés de moyens de communication avec des enfans sourd-muets qu'ils chérissent. Quand j'insiste sur l'incompatibilité de l'usage de la mimique avec la parole dans l'éducation des sourds-mets, il est clair que je n'entends parler que de la mimique *enseignée* et formant véritablement un langage à part.

Pour fixer votre choix, puisqu'il faut enfin se prononcer sur le mérite comparatif des deux méthodes dans la circonstance particulière qui vous est soumise ; pour vous aider à sortir d'embarras au milieu d'adversaires également convaincus, également ardens, il me suffira de laisser parler les faits.

M. Bouvier fait passer ici sous les yeux de l'Académie un grand nombre de documens. Ces documens, ajoute l'orateur, me paraissent de nature à ne pas laisser place au doute. Non, vous ne risquez pas, en adoptant les conclusions de la commission, de provoquer, de la part de l'administration, une mesure nuisible à l'instruction des deux catégories d'élèves désignées. Non, vous n'avez point à craindre que votre vote, s'il est conforme à ces conclusions, ait pour effet l'infériorité de ces élèves, qui seraient enseignés spécialement par le langage oral ; car, sans rappeler les faits plus anciens, qui n'avaient pas un caractère de généralité suffisant pour frapper les esprits, vingt-cinq années d'expériences vous fournissent la preuve que l'enseignement par la parole ne donne pas, au point de vue intellectuel, des résultats *inférieurs* à ceux de l'éducation par la mimique.

(*Fin de la 1re partie ; la 2e au prochain numéro.*)

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 64. SEPTIÈME ANNÉE. **Mardi 31 Mai 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SYPHILISATION.

RAPPORT A M. LE PRÉFET DE POLICE SUR LA QUESTION DE SAVOIR SI M. LE DOCTEUR AUZIAS-TURENNE PEUT ÊTRE AUTORISÉ A APPLIQUER OU A EXPÉRIMENTER LA SYPHILISATION A L'INFIRMERIE DE LA PRISON SAINT-LAZARE.

Par MM. les docteurs MÉLIER, président, Philippe RICORD, DENIS, CONNEAU, et MARCHAL (de Calvi), secrétaire rapporteur.

(Publié par décision de M. le Préfet de police.)

TROISIÈME PARTIE.

RÉCIT ET APPRÉCIATION D'UNE EXPÉRIENCE DE SYPHILISATION FAITE SUR UN SINGE, PAR M. AUZIAS, EN PRÉSENCE DE LA COMMISSION.

Récit de l'expérience.

M. Auzias, dans sa première entrevue avec la Commission, s'était engagé à donner la preuve expérimentale de la transmissibilité de la syphilis, et, comme l'avait dit M. le Président, de toute la syphilis, des accidens consécutifs aussi bien que des accidens primitifs, de l'homme aux animaux ; et il avait demandé à opérer sur des singes macaques.

Aussitôt, Monsieur le Préfet, une demande vous fut adressée par le Président de la Commission, à l'effet d'obtenir deux de ces animaux, qui ne tardèrent pas à être mis à notre disposition ; car la Commission a rencontré chez vous, en toute circonstance, un empressement extrême à seconder ses travaux, et elle ne fait que remplir un devoir en vous en témoignant sa reconnaissance.

Il s'agissait de trouver un local pour abriter les singes pendant les expériences, et, dans le choix de ce local, il fallait éviter qu'aucun doute ne pût s'élever sur l'authenticité des résultats obtenus. Ici encore, Monsieur le Préfet, vous vîntes en aide à Commission, en donnant l'ordre à M. le Directeur de la prison St-Lazare d'affecter un pavillon du jardin de cet établissement au logement des deux singes, et de désigner un homme pour prendre soin de ces animaux.

Le 22 août 1852, la Commission se réunit à St-Lazare, avec M. Auzias, pour commencer les expériences.

« La Commission, dit le procès-verbal de la séance de ce jour, se rend dans les salles de l'infirmerie de la prison, afin de visiter les femmes désignées par l'un des chefs de service de l'établissement, et qui doivent fournir le pus pour les expériences.

» Deux femmes sont présentées à M. Auzias. L'une porte un ulcère serpigineux ancien, et M. Auzias la refuse justement. L'autre porte, à la vulve, un chancre récent, non induré, offrant, suivant les membres de la Commission, tous les caractères de l'inoculabilité. M. Auzias la refuse également.

» On convient que M. Auzias se rendra à la consultation de l'hôpital du Midi, où il choisira, parmi les entrans, les individus dont les ulcères lui paraîtront offrir les meilleures conditions pour l'inoculation, et que l'on écrira à M. le Préfet de police, afin que ces individus soient conduits à Saint-Lazare, au jour fixé pour les expériences.

» La Commission se rend ensuite, avec M. Auzias, et assistée de M. le Directeur de la prison, dans le jardin de l'établissement, où elle examine les deux singes mis à sa disposition. L'un de ces singes est très maigre, et présente une éruption croûteuse, polymorphe ; l'autre est bien portant. Ils sont parfaitement installés dans un pavillon dont la température est maintenue à 15° centig., au moyen d'un poêle que M. le Directeur vient d'y faire placer. »

La Commission se réunit de nouveau le 1er septembre à la prison Saint-Lazare ; mais, malgré vos ordres, et par suite d'un malentendu, les individus choisis à l'hôpital du Midi, par M. Auzias, ne furent pas conduits à St-Lazare, en sorte que les expériences ne purent avoir lieu. L'expérience que nous avons à faire connaître ne fut commencée que le 9 décembre, et cela par l'effet de circonstances indépendantes de la volonté de M. Auzias. Dans l'intervalle, un des deux singes, celui qui était maigre et atteint d'une dermatose, avait succombé ; l'autre continuait à jouir de la meilleure santé. Le procès-verbal de la séance du 9 décembre rend compte, comme il suit, de l'expérience faite sur ce dernier :

« M. Mélier, président, et M. Marchal (de Calvi), secrétaire, en l'absence des autres membres, empêchés, et M. Auzias, accompagnés de M. le Directeur de la prison, se rendent dans le pavillon où se trouve le singe qui doit servir à l'expérience.

» M. Auzias a amené avec lui, de l'hôpital du Midi, un homme âgé de 25 ans, qui est affecté d'un chancre de la rainure du gland, datant de dix-sept jours et reposant sur une base épaisse, mais non induré suivant M. Auzias. Ce chancre, très irritable, a peu sécrété, quoique le malade soit venu à pied. Arrivé depuis peu de la province, le sujet est infecté pour la première fois. Le pus est donc *vierge*, comme l'appelle M. Auzias, et le plus énergique possible.

» Les membres de la Commission et M. Auzias examinent de nouveau le singe, qui est très gai, très bien portant, et n'offre sur aucun point du corps, ni dans la partie sur laquelle porte la ceinture, ni ailleurs, une trace quelconque d'affection cutanée ou autre.

» M. Auzias est invité à procéder à l'opération.

» Il fixe le singe sur ses genoux, et, au moyen de ciseaux courbes très fins, il enlève derrière l'oreille droite, une languette fort étroite de la couche superficielle du derme, languette dont on peut évaluer la longueur à 1 millimètre. La solution de continuité est donc infiniment petite ; il en sort néanmoins une gouttelette de sang. Le pus du chancre est appliqué et maintenu pendant une minute environ sur la plaie, à l'aide d'un cure-dent qui a servi à le recueillir d'avance, en très faible quantité. Un peu de sang de l'animal se mêle au pus déposé. L'expérimentateur garde le singe immobile sur ses genoux, encore pendant un moment ; puis il répète l'opération sur l'hélix de la même oreille. Cette fois, la matière chancreuse qui sert à l'inoculation est plutôt une sanie sanguinolente épaisse que du pus.

» L'animal est ensuite abandonné à lui-même, et l'on ne remarque pas qu'il touche à ses plaies.

» M. Auzias, sur l'invitation de M. le Président, fixe au dimanche suivant, 12 décembre, la réunion qui doit avoir lieu pour la constatation des effets de la double inoculation sur le singe. »

Les membres de la Commission se réunirent, en effet, à St-Lazare, trois jours après, et voici, suivant le procès-verbal, ce qui fut observé :

« L'insertion du virus faite sur l'hélix de l'oreille droite n'a pas eu de résultat ; mais il existe derrière cette oreille, à l'endroit de la première inoculation, une pustule formée par une croûte élevée qui repose sur une base rosée, légèrement tuméfiée.

» M. Ricord ne voudrait pas que l'on touchât à cette croûte, pour savoir ce que la pustule deviendra étant abandonnée à elle-même.

» M. Marchal pense qu'il vaut mieux, pour une première fois, savoir ce qu'il y a sous la croûte. On expérimentera ensuite dans le sens indiqué par M. Ricord.

» On enlève la croûte, et l'on aperçoit un ulcère à bords coupés à pic, ayant environ trois millimètres de longueur sur deux de largeur, et dont le fond est piqueté ; une minime quantité de pus se trouve sous la croûte.

» M. le Président : M. Auzias s'est engagé à nous montrer la syphilis constitutionnelle chez le singe.

» M. Auzias : Je tiendrai parole. Pour cela, il faut que je pratique de nouvelles inoculations sur l'animal en expérience.

» M. le Président : Agissez comme vous l'entendez.

» M. Auzias inocule le pus de la pustule du singe : 1° sur l'hélix de l'oreille gauche de cet animal ; 2° derrière cette oreille. Il termine en appliquant la croûte de la pustule sur la dernière petite plaie qu'il vient de faire, celle de la partie postérieure de l'oreille. »

La Commission prit rendez-vous avec M. Auzias, pour le 16 décembre. Voici ce qui avait eu lieu, d'après le procès-verbal de la séance de ce jour :

« MM. Mélier, président, et Ricord sont seuls présens, les autres membres étant empêchés. M. Auzias est également présent. M. Mélier se charge de prendre des notes pour la rédaction du procès-verbal.

» L'objet de la réunion est de constater les effets des deux séries d'inoculations pratiquées sur le singe.

» 1re SÉRIE. — *Double inoculation du côté droit, pratiquée le 9 décembre :* 1° L'inoculation de l'hélix n'a eu aucun effet depuis la dernière séance ; 2° l'ulcère produit par l'inoculation faite derrière l'oreille est complètement cicatrisé, et les parties sur lesquelles il reposait n'offrent ni rougeur, ni tuméfaction.

» 2me SÉRIE. — *Double inoculation du côté gauche, pratiquée le 12 décembre.* Les deux inoculations n'ont donné absolument aucun résultat :

» Ainsi, les dernières inoculations n'ont pas eu d'effet, et il a suffi de quatre jours pour faire disparaître entièrement les traces de celle des deux premières qui avait donné un résultat quelconque.

» M. Auzias palpe avec soin les régions sous-maxillaires, et croit sentir un ganglion engorgé ; il pense formellement qu'il y a eu infection, et que le singe aura infailliblement la syphilis constitutionnelle. Il s'attend à voir survenir et prédit, chez cet animal, un dérangement notable de la santé, de la tristesse, de l'inappétence, de la diarrhée, et prochainement des alopécies circinées.

» M. Ricord examine le singe à son tour, et déclare ne sentir aucun ganglion engorgé.

» On décide, d'un commun accord, que le singe sera abandonné à lui-même. On attendra, sans faire de nouvelles inoculations, le développement annoncé des accidens constitutionnels.

» La Commission s'ajourne à huitaine. »

Huit jours après, l'animal continuait à se porter parfaitement, conservant son appétit, sa gaîté, la vivacité de ses mouvemens, n'ayant pas eu la plus légère atteinte de diarrhée et n'ayant aucunement perdu son poil.

Son état n'a point cessé d'être excellent pendant longtemps, jusqu'au moment où, sur la demande de M. le Directeur de St-Lazare, il a été renvoyé, sain et sauf, au Jardin-des-Plantes.

Appréciation de cette expérience.

« M. le Président : La discussion est ouverte sur l'expérience de syphilisation faite sur un singe par M. Auzias, en présence de la Commission.

» M. Marchal : Je ne doute pas que la pustule produite derrière l'oreille droite du singe, à la suite de l'une des deux premières inoculations, ne fût une pustule chancreuse, et que l'ulcère qui se montra lorsqu'on eut enlevé la croûte de cette pustule ne fût un chancre syphilitique. Les dimensions de l'ulcère dépassaient considérablement celles de la minime excision pratiquée par l'expérimentateur pour faire l'inoculation ; il y avait eu un travail morbide spécial, et l'on ne saurait comparer en aucune façon l'ulcère qui en était résulté à l'effet d'une simple irritation ordinaire. L'ulcère était taillé à pic, très creux, légèrement déchiqueté et pointillé au fond, et il laissait exsuder un liquide séro-sanguinolent, que, pour rien au monde, tant ma conviction est formelle, je ne me fusse laissé inoculer. Je regarde donc comme démontré ce fait expérimental dû à M. Auzias, que la syphilis est transmissible de l'homme aux animaux.

» M. le Président : En tout cas, ce ne serait démontré que pour l'accident primitif.

» M. Ricord : Même pour l'accident primitif, il n'y a pas eu démonstration. En cas pareil, on ne peut s'en rapporter qu'à l'inoculation pour déterminer la nature de l'accident ; or, la double inoculation, sur le singe, du pus de sa pustule, n'a donné aucun résulat. Il semblerait donc rationnel de conclure que l'ulcère n'était point syphilitique, et tout ce qu'on peut accorder à l'opinion contraire, c'est que le cas est douteux.

» M. Marchal : Vu l'extrême difficulté que l'on éprouve à inoculer la syphilis aux animaux, on peut supposer que chez eux l'aptitude à subir les effets de cette inoculation s'épuise très promptement. C'est sur un autre singe n'ayant jamais été inoculé, qu'il aurait fallu essayer le pus de celui qui était en expérience.

» M. le Président : M. Auzias a été libre d'agir à son gré.

» M. Denis : En somme, il ne me semble pas que l'on soit fondé à conclure de cette expérience que le chancre est transmissible de l'homme aux animaux ; et, pour moi, la question reste en suspens.

» M. Marchal : Je dois déclarer que, selon moi, la transmissibilité de la syphilis, ou si l'on veut, du chancre syphilitique, de l'homme aux animaux, est un fait acquis, et je n'avais pas besoin, pour admettre ce fait, de l'expérience qui a eu lieu devant la Commission. Du pus chancreux a été inoculé à un singe ; une pustule s'est produite, et le pus de cette pustule, inoculé à un homme, a donné un chancre. Il y a longtemps déjà que cette expérience a été faite par M. Auzias. Le nom du médecin qui s'est laissé inoculer le pus du singe est connu, et personne n'a contesté l'authenticité du fait.

» M. le Président : Restons-en au cas que nous avons vu. Pouvons-nous dire que, dans ce cas, le chancre de l'homme ait été transmis au singe ? Pouvons-nous dire avec toute certitude que l'ulcère, chez ce dernier, fût positivement un chancre syphilitique ? Quant à moi, je ne m'y crois pas suffisamment autorisé, pour une seule raison, c'est que le pus de l'ulcère du singe, inoculé sur cet animal lui-même en deux points différens, n'a pas eu d'effet. Je ne dis pas que le chancre syphilitique ne soit point transmissible de l'homme aux animaux ; je dis seulement que l'expérience dont j'ai été témoin ne prouve pas qu'il soit transmissible.

» La Commission conclut dans ce sens.

» M. le Président : M. Auzias s'était engagé à nous montrer la syphilis constitutionnelle chez les animaux ; aucun des accidens généraux qu'il avait annoncés ne s'est produit.

» M. Marchal : S'il est vrai que le virus du chancre simple ne soit pas le même que celui du chancre induré, et que ce dernier virus soit seul apte à donner la syphilis constitutionnelle, comme M. Ricord tend à le penser, il n'y a rien d'étonnant à ce que le singe n'ait pas eu d'accidens généraux, le pus qui lui a été inoculé ne provenant pas d'un chancre induré.

» M. le Président : En dehors de toute question de doctrine, M. Auzias avait formellement annoncé que des accidens syphilitiques se produiraient, et ces accidens ne se sont pas produits. Il ne peut y avoir contestation sur ce point, et la seule question à poser est celle-ci : l'expérience faite par M. Auzias en présence de la Commission prouve-t-elle que la syphilis soit transmissible de l'homme aux animaux ?

» M. Marchal : Je demande que la question soit posée ainsi : l'expérience faite par M. Auzias en présence de la Commission prouve-t-elle que le chancre syphilitique soit transmissible de l'homme aux animaux ?

» M. le Président : Je n'y vois pas d'inconvénient, et je soumets la question dans ces termes à la Commission.

» La Commission conclut que le fait n'est point probant.

» M. le Président : Cela étant, je n'ai pas besoin de poser la question de savoir si le fait est probant quant à la transmission de la syphilis constitutionnelle aux animaux.

» M. Ricord : J'ai quelques remarques à ajouter à l'occasion de cette expérience. Premièrement, nous avons tous été frappés de la difficulté extrême que M. Auzias a éprouvée à trouver un pus qui lui parût susceptible d'être inoculé au singe. Secondement, vu l'inaptitude, ou, si l'on veut, le peu d'aptitude des animaux à subir les effets de l'inoculation syphilitique, il est probable qu'on aura cru avoir syphilisé des animaux qui étaient seulement réfractaires en vertu de leur organisation naturelle, et de là sera née l'illusion de la syphilisation. Troisièmement, si le singe qui est mort avant l'expérience était mort après avoir été inoculé, on aurait été porté à attribuer sa mort à la syphilis devenue constitutionnelle, comme aussi on n'aurait pas manqué de voir un signe de la syphilis constitutionnelle dans l'affection cutanée dont ce singe était atteint, à supposer que l'animal n'eût pas été examiné avec soin avant l'expérience.

» M. Denis : Il demeure avéré que le fait de M. Auzias ne prouve rien. Mais M. Auzias fût-il parvenu à prouver qu'on peut donner la syphilis aux animaux, il n'aurait rien prouvé pour cela en faveur de la syphilisation. »

Arrivée à ce point, Monsieur le Préfet, la Commission n'avait plus qu'à conclure sur l'ensemble de ses travaux et à répondre à la question que vous lui aviez déférée : c'est ce qu'elle a fait après une dernière délibération, dont voici le résumé, tiré de ses procès-verbaux.

CONCLUSION.

« M. le Président : La question posée à la Commission est celle-ci : M. Auzias peut-il être autorisé à expérimenter la syphilisation à l'infirmerie de la prison Saint-Lazare ? La Commission a entendu M. Auzias ; elle l'a vu à l'œuvre, et elle sait sur quelle sorte de faits il appuie sa demande.

» M. Ricord : J'ai vu naître la syphilisation, et je lui ai ouvert mon amphithéâtre ; je lui ai donné un public. J'ai dû bientôt l'éloigner avec indignation. Toutefois, à mon entrée dans la Commission, je m'imposai le devoir d'oublier le passé, et de juger, sans prévention, d'après les faits qui me seraient présentés. Ces faits, vous les connaissez. Peut-on supposer qu'il en existe de plus probans, et qu'on aurait choisi précisément les plus insignifians pour nous les montrer ?

» M. Denis : Je déclare que j'étais décidé à démentir au besoin mon rapport, sans aucun ménagement pour moi-même, si M. Auzias m'avait convaincu. Malheureusement pour M. Auzias, je n'ai rien à démentir.

» M. Conneau : Quant à moi, je n'étais nullement engagé, et je me trouvais dans les meilleures conditions pour recevoir l'impression des faits. Il n'a pas dépendu de moi que cette impression fût favorable.

» M. le Président : Personne ne doutera de l'impartialité de la Commission, en lisant le compte-rendu de ses travaux. Elle a cherché la vérité, en surmontant des répugnances de plus d'une sorte, et avec la plus grande sincérité. En ce qui me concerne, même après la discussion et le vote de l'Académie, je n'eusse pas hésité à revenir sur mon opinion, si j'avais eu devant moi autre chose que des sophismes et des faits sans valeur.

» M. Marchal : J'étais entré dans la Commission, convaincu que M. Auzias avait les mains pleines de faits et qu'il les montrerait dans tous leurs détails, sans restriction ; convaincu aussi que la Commission trouverait dans ces faits une raison suffisante pour engager l'administration à autoriser des expériences ; et espérant enfin que de ces expériences, faites avec sagesse, suivies avec vigilance, sortiraient quelques vérités utiles à l'espèce humaine et honorables pour la science. J'ai été trompé dans mon attente : les faits ne se sont produits, ni en aussi grand nombre, ni tels que je l'eusse désiré : déception plus pénible pour moi que pour tout autre, ou même, dans la Commission, seulement pénible pour moi, attendu que, seul de ses membres, j'étais et je reste engagé jusqu'à un certain point en faveur de la syphilisation. Je dis jusqu'à un certain point, et, en effet, dans le passé, voici quel a été mon rôle : dès les premiers jours j'ai coupé en deux la question, si je puis m'exprimer ainsi, et j'en ai jeté la moitié hors du débat. Je n'ai point marchandé sur les mots ; j'ai dit : si vous pouvez arriver à la syphilisation préventive par la syphilisation curative, je le veux bien et j'y applaudis ; mais quant à la syphilisation pratiquée à titre purement préventif, *elle me fait horreur*. C'est à moi que l'on doit d'avoir été débarrassé de cette espèce de syphilisation préventive que j'appellerai *immédiate*. Quant au présent et à l'avenir, voici dans quelles limites je suis engagé et je m'engage : Je crois, d'après des faits que j'ai observés personnellement, qu'il y a lieu d'expérimenter, sur la question de savoir : 1° si des inoculations *en petit nombre*, pratiquées à divers intervalles, ne sont pas de nature à faire disparaître l'induration du chancre infectant et à neutraliser la diathèse syphilitique ; 2° si de semblables inoculations ne sont pas susceptibles d'exercer un effet curatif sur les accidens secondaires et sur les accidens tertiaires ; 3° si elles n'ont pas une influence marquée sur le phagédénisme, souvent rebelle à l'action de tous les moyens connus jusqu'à présent. De nombreuses inoculations ont été tentées au point de vue du diagnostic des accidens syphilitiques, et il en est résulté d'utiles enseignemens. Pourquoi se refuserait-on à faire de semblables tentatives dans un intérêt thérapeutique ? Si l'on me demandait comment je ne fais pas moi-même ces expériences, je répondrais que j'ai essayé de les faire au Val-de-Grâce, et que j'en ai été empêché ; et que désormais, privé d'un service d'hôpital, je ne suis pas en position de les recommencer, attendu que, selon moi, ce n'est que là, dans un service hospitalier, au grand jour, et quand on peut avoir les malades sous les yeux et sous la main, les suivre et les surveiller à toute heure, pour parer aux accidens qui pourraient naître, que de pareilles expériences sont possibles et légitimes. Relativement à M. Auzias, je reconnais, avec une peine sincère, qu'il n'a pas justifié devant la Commission la demande qu'il avait adressée à l'autorité.

» M. le Président : Je ne puis, pour mon compte, d'après ce que je sais, acquiescer à aucune tentative de syphilisation, et je repousse dès à présent, avec toute l'énergie dont je suis capable, des expériences qui pourraient avoir la terrible issue du cas de J....

» MM. Ricord, Denis et Conneau s'associent à cette déclaration de M. le Président.

» M. le Président : Il nous reste à formuler une conclusion générale. Je propose la rédaction suivante :

» DES FAITS QUI SONT PARVENUS A SA CONNAISSANCE, LA COMMISSION CONCLUT QUE M. AUZIAS NE PEUT ÊTRE AUTORISÉ A EXPÉRIMENTER LA SYPHILISATION DANS UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC QUELCONQUE.

» La Commission adopte cette conclusion à l'unanimité. »

Tel est, Monsieur le Préfet, le jugement de la Commission sur la question grave et délicate que vous avez bien voulu lui déférer. Telle est sa réponse. La Commission, vous le verrez facilement, n'a pas délibéré sous l'influence du parti pris ou de la passion. Elle a procédé avec toute maturité, avec toute impartialité. Plus d'une fois, elle aurait pu être rebutée, mais elle a toujours résisté à ses propres impressions, si vives qu'elles fussent, en vue de l'intérêt public, et par égard pour le magistrat éclairé et vigilant qui avait mis en elle sa confiance. Ce rapport est rédigé de manière que vous puissiez, Monsieur le Préfet, vous former une opinion par vous-même ; et c'est dans cette intention seulement que nous lui avons donné une forme qui n'est point celle des documens de ce genre. La Commission a jugé, vous la jugerez, et le public la jugera. Il est arrivé maintes fois que l'avenir a vengé les inventeurs des préjugés et des mépris dont leur temps les avait accablés. La Commission n'a pas à craindre ce démenti, aussi longtemps que les faits qui pourront se produire ne différeront pas de ceux qui lui ont été soumis.

Nous avons l'honneur d'être, Monsieur le Préfet,

Vos très humbles et très obéissans serviteurs,

MÉLIER, Président, RICORD, DENIS, CONNEAU, MARCHAL (de Calvi), Secrétaire-Rapporteur.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

ÉTUDE COMPARÉE DES LÉSIONS ANATOMIQUES DANS L'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE ET DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

Note lue à la Société médico-chirurgicale de Paris, dans les séances des 11 Mars et 8 Avril 1853;

Par M. le docteur DUCHENNE DE BOULOGNE.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 30 avril, 7, 10, 24, 26 et 28 mai.)

Après avoir démontré que la dénomination de paralysie atrophique n'est pas l'expression réelle de la lésion de nutrition musculaire dont il est question, il convient d'examiner si celle d'*atrophie musculaire progressive* est plus conforme à la marche de la maladie, et se trouve en harmonie avec la lésion musculaire anatomique. — Ce n'est pas sans avoir longtemps observé et réfléchi que je me décide à discuter la valeur de la dénomination choisie par M. Aran. Je crois avec cet observateur, et je l'ai démontré plus haut, que l'affection musculaire qu'il a si bien décrite est une lésion de nutrition. Cependant, je le dis à regret, la dénomination qu'il lui a donnée me paraît incomplète, à double sens, et peut en conséquence exercer une influence fâcheuse sur le diagnostic et sur le pronostic de la maladie qu'elle désigne. C'est cette raison seule qui motive la critique que je vais essayer de justifier.

L'autopsie de Lecomte, on ne l'a pas oublié, a démontré, comme celle qui avait été faite aussi dans un cas analogue, en 1849, par M. le professeur Cruveilhier, que la lésion de nutrition dont ses muscles avaient été atteints, présentait deux périodes bien tranchées : une première dans laquelle les fibres musculaires avaient disparu en plus ou moins grande quantité; c'est là réellement l'atrophie musculaire; et une seconde (la période ultime) dans laquelle les fibres qui restent avaient été altérées dans leur texture; c'est la transformation graisseuse. Eh bien! la dénomination d'atrophie musculaire progressive n'indique que la première période de la maladie, la période d'atrophie simple qu'on observe dans une autre affection musculaire.

En effet, il existe une maladie qui frappe le système musculaire d'atrophie rapide, à laquelle convient parfaitement la dénomination d'atrophie musculaire progressive, et qui, cependant, diffère essentiellement de la maladie que l'auteur de cette appellation a entendu désigner.

Voici un exemple de cette affection musculaire que M. Vigla a eu l'obligeance de soumettre à mon observation. La relation en a été rédigée par M. Vidal, interne de son service d'un grand mérite.

OBSERVATION VIII. — *Marasme essentiel; — pas de contractions fibrillaires; — intégrité de la contractilité et de la sensibilité électro-musculaires; — mort; — autopsie : muscles bien colorés et non altérés dans leur nutrition.*

(Maison municipale de santé, service de M. Vigla). — Le nommé Leroyer, âgé de 47 ans, garde-ligne du chemin de fer de Lyon, grand, maigre, d'un tempérament bilieux, avait toujours joui d'une bonne santé. Depuis près d'un an, sans cause connue, il s'est affaibli peu à peu. — Digestions faciles, appétit conservé, constipation opiniâtre. — L'amaigrissement a augmenté progressivement ; les forces se sont épuisées, et il est entré à la maison de santé dans l'état suivant :

Maigreur excessive ; affaiblissement très grand ; — il marche encore à l'aide d'une canne ; l'affaiblissement est plus marqué dans le bras et la jambe droite, et le malade se plaint d'un refroidissement pénible dans la jambe. — Teinte jaune cachectique. — Tout le système musculaire est très atrophié uniformément ; le tissu adipeux semble avoir disparu presque complètement. On voit les fibres musculaires se contracter très énergiquement sous l'influence de l'électricité, et M. Duchenne de Boulogne, qui a bien voulu examiner le malade, pense que les fibres musculaires ont pu diminuer en quantité, mais sans subir de transformation, et que l'atrophie a porté principalement sur le tissu cellulaire.

Tous les organes interrogés avec soin paraissent sains ; le foie est plus petit qu'à l'état normal. — L'appétit a beaucoup diminué depuis deux mois, cependant le malade mange le troisième degré. — Constipation opiniâtre ; langue normale ; peau sèche, terreuse ; pouls petit, régulier, d'un rythme normal. — On cherche à combattre la constipation avec la rhubarbe et la magnésie.

Le 3 juin, à la constipation succèdent des selles diarrhéiques peu colorées, blanchâtres, très abondantes, mais non fréquentes (deux et rarement trois en vingt-quatre heures). Julep opiacé, 0,05 ; lavement opiacé. — Le 7 juin, il y a de la fièvre ; les selles sont toujours décolorées, moins abondantes ; le malade est très affaibli. — Le 8 juin, deux selles dans la journée. — Le 9, prostration extrême ; évacuations involontaires ; le malade a toute sa connaissance. — Le 10, il succombe dans un état d'affaiblissement complet.

A l'autopsie, nous trouvons quelques tubercules miliaires en très petit nombre au sommet des deux poumons. Aucun n'est ramolli. — Le foie est ratatiné, plus petit d'au moins un tiers qu'à l'état normal ; son enveloppe est épaisse et ridée ; sa densité très grande ; il est comme carnifié. — La vésicule biliaire décoloré est distendue par un liquide semblable à une solution gommeuse. — La rate offre à peu près le volume normal ; elle est carnifiée. — Intestin dilaté, aminci, très transparent ; on aperçoit à peine quelques fibres de la musculeuse, tellement elle est atrophiée, même à l'estomac. — Le cœur, petit, coloré, n'offre pas d'altération. — Les reins et la vessie sont sains. — Le cerveau, examiné avec soin, paraît sain. — La moelle n'a pas été ouverte. — *Les muscles sont très grêles, mais très colorés, et ils n'ont pas subi de transformation.* — (Nous avons examiné le biceps, les muscles de l'avant-bras et les muscles jumeaux.)

M. Vigla me dit, en me montrant son malade : Voilà une atrophie musculaire progressive par excellence. En effet, tout le système musculaire s'était atrophié rapidement et simultanément, sans aucune cause organique, et avait progressé depuis le début jusqu'à la mort du sujet ; la contractilité volontaire et électrique était intacte, et l'affaiblissement musculaire avait aussi augmenté en raison du degré d'atrophie. Mais c'était un piége que me tendait mon spirituel confrère ; car il savait très bien que ce n'était pas la maladie décrite par M. Aran, et que dans cette dernière et à ce degré d'atrophie, un grand nombre des muscles seraient déjà transformés en graisse ; qu'elle en différait, enfin, par des symptômes que je me réserve de mettre en relief quand j'en serai à la question du diagnostic. Cependant, on ne saurait le nier, la dénomination d'atrophie musculaire progressive, que M. Vigla donnait à l'affection de son malade, n'en était pas moins juste.

Ce fait que j'ai observé avec M. Vigla n'est pas infiniment rare : Lohstein en rapporte un exemple. Qui, d'ailleurs, n'a pas vu ces squelettes vivans qu'on offre à la curiosité publique ? Tous ces sujets sont atteints d'un marasme musculaire essentiel, que Lohstein appelle nerveux, ce qui n'apprend rien quant à la cause qui le produit.

En conséquence, il me paraît absolument nécessaire de distinguer cette atrophie musculaire simple de l'atrophie décrite par M. Aran. Je crois qu'on aurait évité toute confusion en appelant cette dernière affection *atrophie musculaire graisseuse*. Cette dénomination rappelle, en effet, l'altération graisseuse qui constitue la période ultérine de cette maladie, période qu'on n'observe pas dans l'affection à laquelle a succombé le malade de M. Vigla, comme l'a démontré son autopsie.

C'est cette dénomination que j'avais choisie dans mon mémoire adressé à l'Institut en mai 1849, et que j'ai eu le regret de ne pas voir adoptée par mon ami M. Aran.

Le mot *progressif*, ajouté à celui d'atrophie, donne-t-il une idée exacte de la marche et de la terminaison de cette maladie ?

Lorsqu'on veut appliquer à une maladie une dénomination qui a déjà cours dans la science, il faut bien se pénétrer du sens que l'inventeur de cette dénomination y attache lui-même, sous peine de porter la confusion dans le langage. Or, M. Requin, en appelant progressive la paralysie générale, a voulu désigner une affection musculaire qui attaque simultanément tout le système musculaire (les membres inférieurs et supérieurs), et qui, une fois déclarée, marche toujours, quoi qu'on fasse, et se termine fatalement par la mort.

Eh bien ! tel n'est pas le sens que M. Aran paraît attacher à la dénomination d'atrophie musculaire progressive, si, toutefois, on s'en tient à la définition qu'il en donne au commencement de son mémoire. Il dit, en effet, que dès l'instant que cette maladie s'est montrée dans une portion du système musculaire, elle a de la tendance à s'étendre au reste du membre, quelquefois même à envahir le reste du système musculaire général.

Si M. Aran a voulu seulement rappeler, à l'aide du mot progressif, cette tendance envahissante de la maladie, il a eu certainement une idée des plus heureuses; car, on ne saurait trop rappeler que c'est là ce qui constitue le plus grand danger de cette terrible affection, et que c'est cette généralisation qu'on doit s'efforcer de prévenir ou de combattre.

On ne peut se dissimuler, cependant, après avoir pris connaissance de l'ensemble de son travail, que, dans la pensée de M. Aran, cette maladie marche toujours fatalement vers la destruction, et, comme il le dit lui-même, « qu'elle ne paraît pas susceptible de rétrograder; que tout au plus on peut espérer d'en suspendre pour un moment le travail morbide. »

A l'époque où cet observateur écrivait son travail, l'expérimentation électro-thérapeutique était peu avancée dans cette maladie, qui ne faisait que naître, pour ainsi dire; elle n'avait pas produit tout ce qu'on pouvait en espérer. M. Aran avait certainement raison de porter alors le pronostic affligeant qu'il a exprimé dans les lignes suivantes : « Il n'y a peut-être, dit-

il, aucune maladie qui soit autant au-dessus du ressort de l'art.... Il (le galvanisme) n'a pas guéri, et lorsque les malades sont sortis de l'hôpital se croyant mieux, et ont repris leurs travaux, ils sont rentrés quelques mois après dans un état plus grave. »

C'est, sans doute, sous l'influence de ces sombres pensées que M. Aran a appelé *progressive* la maladie dont il écrivait l'histoire, ce qui veut dire maladie dont la marche ne s'arrête pas et se termine fatalement par la destruction, ce qui signifie aujourd'hui atrophie musculaire qui aboutit infailliblement à la transformation graisseuse.

Tel était aussi le pronostic que je portai en 1849, dans mon mémoire à l'Institut; mais ce jugement n'était pas, pour ainsi dire, sans appel; car les recherches électro-thérapeutiques auxquelles je me suis livré depuis lors, sans relâche, ont heureusement modifié ce triste pronostic.

Ces histoires si malheureuses que j'ai rapportées dans ce travail ne sont que trop présentes à mon esprit. Cependant, je suis en mesure de démontrer, ainsi que je l'ai déjà fait dans un autre travail (1), que cette maladie, quoique déjà généralisée, peut être arrêtée dans sa marche, alors même que les malades se placent dans les conditions où elle peut se développer; que non seulement on l'arrête dans sa marche, mais aussi qu'il est quelquefois possible de rappeler la nutrition dans des muscles arrivés à un degré très avancé d'atrophie, pourvu, toutefois, que ces muscles ne soient pas altérés dans leur texture.

S'il est bon d'ajouter le mot progressif à la dénomination d'atrophie graisseuse musculaire, pour rappeler que la maladie qu'elle désigne, a une tendance à se généraliser, et que les muscles atrophiés peuvent arriver à la transformation graisseuse, il faut bien se garder d'accorder à ce mot progressif le sens fatal que lui ont appliqué leurs auteurs, et principalement M. le professeur Requin.

En somme, la dénomination d'atrophie graisseuse et progressive des muscles me paraît mieux convenir à cette maladie, en ce qu'elle en rappelle les phases principales et qu'elle la distingue d'autres affections musculaires avec lesquelles on la confondrait inévitablement si on lui conservait le nom ou de paralysie atrophique, ou d'atrophie musculaire progressive.

En 1849, j'avais déjà formulé, dans mon mémoire à l'Institut, la plupart des propositions que j'ai développées dans ce travail; c'est-à-dire que ce dernier repose sur des convictions anciennes et d'autant plus profondes, aujourd'hui, que je n'ai cessé de méditer et de faire des recherches sur ces hautes questions scientifiques.

J'espère, en résumé, avoir démontré par des faits, que la paralysie générale des aliénés, la paralysie générale spinale (sans aliénation) et l'atrophie musculaire graisseuse progressive, diffèrent essentiellement entre elles par leurs caractères anatomiques, tiré de l'état de la fibre musculaire et des centres nerveux. C'est le problème principal que je me suis efforcé de résoudre.

Mais il est une autre question bien plus importante à traiter, à cause de la confusion qui me paraît régner sur elle, et en raison, surtout, de l'obstination que mettent un grand nombre de pathologistes à voir toujours l'aliénation mentale cachée derrière les diverses paralysies générales; c'est la question de diagnostic différentiel de ces mêmes affections musculaires.

Je me propose de l'aborder prochainement dans un court appendice à ces études d'anatomie pathologique.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL.

I. La fibre musculaire se transforme en tissu graisseux dans la maladie dite atrophie musculaire progressive et dans la paralysie générale spinale (sans aliénation).

II. On distingue deux phases principales dans l'atrophie musculaire progressive.

La première est caractérisée par la diminution de la quantité des fibres musculaires; c'est la période d'atrophie simple, dont la durée est extrêmement longue, et qui se signale principalement par la diminution du volume des muscles, et par l'affaiblissement des sensations musculaires sous l'influence des excitations électriques, par de nombreuses contractions fibrillaires, enfin par l'intégrité de la contractilité électrique et volontaire des muscles atteints dans leur nutrition (les mouvemens volontaires s'affaiblissant seulement en raison de la diminution de la quantité des fibres musculaires).

Dans la seconde phase, les fibres musculaires qui n'ont pas disparu dans la période d'atrophie, se transforment en tissu graisseux. C'est la période d'atrophie, période ultime de la maladie, dans laquelle il n'existe plus ni contractions fibrillaires, ni contractilité électrique ou volontaire, par cette seule raison, qu'il n'y a plus de muscle.

III. On observe également une période d'atrophie et une période de transformation graisseuse dans la paralysie générale spinale.

Mais, avant et pendant la période d'atrophie, on constate la perte ou l'affaiblissement considérable des mouvemens volontaires et de la contractilité électrique. La transformation graisseuse a moins de tendance à se produire et à se généraliser dans la paralysie générale spinale que dans l'atrophie musculaire progressive.

IV. La fibre musculaire ne subit aucune altération de texture, quel qu'ait été le degré de marasme auquel les malades soient arrivés, dans la paralysie générale des aliénés. Les muscles conservent intacte la faculté de se contracter par l'excitation électrique.

V. La paralysie générale des aliénés laisse après elle des lésions anatomiques dans l'encéphale, qui, au contraire, n'est jamais altéré dans l'atrophie musculaire progressive et dans la paralysie générale sans aliénation; ce qui rend parfaitement compte de l'intégrité des facultés intellectuelles observée dans ces deux dernières maladies.

VI. La lésion nerveuse anatomique centrale de la paralysie générale sans aliénation se trouve, parfois, dans les cordons antérieurs de la moelle. C'est à cette lésion que semblent devoir être rapportées les paralysies générales sans aliénation, qui n'ont offert aucune altération anatomique appréciable, parce qu'elles marchent et perdent leur contractilité volontaire et électrique, comme lorsque les cordons antérieurs de la moelle sont altérés.

Pour ces motifs, j'ai proposé d'appeler *paralysie générale spinale*, la paralysie générale sans aliénation.

VII. L'atrophie des racines antérieures de la moelle est, d'après M. le professeur Cruveilhier, la lésion nerveuse anatomique de l'atrophie musculaire progressive, et produit la lésion de nutrition musculaire qu'on observe dans cette affection.

Cette atrophie des racines antérieures de la moelle n'ayant été observée que dans un seul cas, il est sage de faire ses réserves, avant de l'admettre comme lésion nerveuse constante de l'atrophie musculaire progressive, et cela avec d'autant plus de raison, que ce fait anatomique semble être en contradiction manifeste avec les faits physiologiques et pathologiques antérieurs, pour les rapports de subordination qui existent *entre les différentes parties constituantes de la moelle, la contractilité électrique et volontaire des muscles.*

VIII. L'intégrité de la contractilité électrique et volontaire, qu'on voit conservée jusqu'à la dernière fibre musculaire dans l'atrophie musculaire progressive, implique nécessairement la pensée de l'arrivée de la force nerveuse des cordons antérieurs de la moelle aux organes du mouvement, par une sorte de conducteurs collatéraux, malgré l'atrophie des racines antérieures de la moelle.

Cette hypothèse peut s'appuyer sur des faits physiologiques et pathologiques identiques.

IX. Le fait d'anatomie pathologique découvert par M. Cruveilhier, corroboré par deux autres faits analogues et antérieurs, dont l'un est rapporté dans le cours de ce travail (obs. VII), démontre que les cordons antérieurs de la moelle exercent une grande influence sur la nutrition musculaire, contrairement à l'opinion des physiologistes, qui attribuent cette propriété exclusivement aux cordons postérieurs.

X. L'atrophie musculaire progressive se déclare quelquefois spontanément ou sous l'influence d'une cause héréditaire, ce qui établit l'existence d'une diathèse dans cette affection.

Cependant, des causes occasionnelles variées peuvent hâter ou provoquer son développement, et, parmi ces causes, la plus fréquente et la plus active, c'est la contraction continue et forcée des muscles; c'est alors qu'on voit cette maladie se localiser dans ces derniers.

XI. La dénomination de paralysie atrophique, appliquée par quelques auteurs à cette affection musculaire, en donne l'idée la plus inexacte et la plus contraire à la vérité.

XII. La dénomination d'atrophie musculaire ne désigne que la première période de cette maladie, et s'applique tout aussi bien à d'autres affections musculaires, le marasme essentiel, par exemple.

La dénomination d'atrophie musculaire graisseuse, la première qui ait été donnée à cette maladie en 1849 (1), a l'avantage d'en rappeler les deux périodes et de la distinguer des autres affections musculaires atrophiques, dans lesquelles la fibre musculaire n'éprouve aucune altération de texture.

XIII. Si le mot *progressif* ajouté à la dénomination d'atrophie musculaire graisseuse, signifie maladie qui marche fatalement vers la destruction, suivant le sens que lui a donné arbitrairement son inventeur, M. Requin, en l'appliquant à la paralysie générale; il faut le supprimer, car il exprimerait une idée contraire à la vérité.

XIV. Il ressort en effet de mes recherches, que non seulement on peut arrêter cette maladie, par l'électrisation localisée, dans sa marche envahissante, mais aussi qu'on rappelle quelquefois la nutrition dans des muscles arrivés au dernier degré d'atrophie, pourvu que la fibre musculaire ne soit pas altérée dans sa texture.

XV. Si le mot progressif veut dire, seulement, tendance de la maladie à se généraliser et à détruire le muscle, ainsi que me paraît l'avoir entendu M. Aran, on doit évidemment le conserver, car il rappelle au médecin que c'est là le plus grand danger de cette terrible affection, et que c'est sa généralisation qu'il doit s'efforcer de combattre ou de prévenir.

(1) De la valeur de l'électrisation localisée comme traitement de l'atrophie musculaire progressive. (*Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, 15 avril 1853.)

(1) Cette maladie a été appelée : 1° *atrophie musculaire avec transformation graisseuse*, en 1849, dans mon mémoire à l'Institut; 2° *atrophie musculaire progressive*, en 1850, dans le mémoire de M. Aran, publié dans les *Archives générales de médecine*; 3° *paralysie atrophique*, par M. Thouvenet, en 1851, et par M. Cruveilhier, en 1853.

BIBLIOTHÈQUE.

MANUEL D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE;

Par A. FORSTER; traduit de l'allemand par M. KAULA. — 1re partie, Strasbourg.

Ce n'est pas la première fois que M. le dr Kaula cherche à vulgariser au milieu de nous des ouvrages écrits en langue allemande. Déjà, il y a quelque temps, ce médecin nous a donné une très bonne traduction de l'œuvre du professeur Cobelt, sur le sens génital. Aujourd'hui, c'est une très correcte traduction de la première partie d'un manuel d'anatomie pathologique. C'est, à notre sens, faire le plus grand éloge de cette traduction, que de reconnaître que le traducteur a su surmonter des difficultés de style que beaucoup de ses devanciers n'ont pas aussi heureusement éludées, soit dans des ouvrages analogues, soit dans des ouvrages d'anatomie et de physiologie. C'est qu'en effet M. Kaula possède l'allemand aussi bien que le français, qu'habitant Strasbourg, qui est l'aboutissant commun des idées scientifiques françaises et allemandes, il est aussi bien au courant des unes que des autres.

Nous examinerons succinctement le plan et le fond de cet ouvrage; le traducteur disparaît ici devant l'auteur.

M. Forster a écrit un chapitre très judicieux intitulé : *Rapports de l'anatomie pathologique avec la médecine*. Il y passe en revue les différentes doctrines qui ont été émises touchant la MALADIE et sa nature. Il distingue ainsi l'école des symptomatistes, l'école anatomo-pathologique et la nouvelle école physiologique.

Le *symptomatiste* agit comme l'homme du monde; la maladie est pour lui la réunion complexe des phénomènes inaccoutumés qu'il observe. Il crée des maladies en observant un ordre de phénomènes qui se succèdent et se répètent de la même manière. Il personnifie la santé et la maladie; il admet l'intervention d'une force qu'il appelle force médicatrice. La maladie, après s'être logée dans le corps, va prendre droit de domicile dans un organe. Un combat se livre entre la force médicatrice et la maladie; si cette dernière l'emporte, l'individu meurt. Quant aux changements trouvés dans les organes après la mort, ils sont tout à fait accessoires, et de là il résulte qu'on ne doit attacher qu'une importance fort médiocre à l'anatomie pathologique.

L'*anatomo-pathologiste* ne cherche plus la nature de l'entité morbide dans ses manifestations vitales; il découvre la maladie dans l'endroit où elle est localisée. Le diagnostic s'occupe ici de rechercher les véritables lésions anatomiques. De là nécessité de l'exploration physique des organes, de là encore nécessité de diriger la thérapeutique dans un but tel, que l'on s'attaque aux lésions d'organes pour faire disparaître la maladie.

La *méthode naturelle* envisage la maladie d'une autre manière; ici la vie du malade suit les lois ordinaires de l'existence, seulement celles-ci se manifestent au milieu de conditions inaccoutumées. Les phénomènes normaux et morbides se régissent par les mêmes lois. Pour pénétrer la nature des phénomènes morbides, il faut remonter à la cause; la cause, son mode d'action et les conditions anormales une fois trouvées, nous connaissons aussi la maladie.

La maladie n'est ni un ensemble de modifications fonctionnelles, ni un groupe de lésions anatomiques. Tout ce qui peut être rapporté à l'effet de la cause morbide rentre dans le domaine de l'état appelé maladie.

M. Forster définit l'anatomie pathologique, l'histoire des changemens qu'éprouve la structure des organes et des tissus dans tous les états que l'on nomme maladie. Il divise son livre en deux parties : la première est l'anatomie pathologique générale, la seconde l'anatomie pathologique spéciale. Celle-ci nous fait connaître les altérations anatomiques dans les divers organes et dans les cas particuliers; celle-là s'occupe de l'étude des altérations anatomiques sous des points de vue généraux.

L'hypérémie, l'anémie, l'hémorrhagie sont examinées succinctement; M. Forster embrasse dans un cadre plus large les modifications de la nutrition, et il examine tout d'abord ce qu'il appelle l'organisation pathologique. C'est le microscope à la main que l'auteur va nous faire assister à la production des différens tissus morbides.

Tous ces tissus prennent naissance aux dépens du plasma du sang, dans un liquide fourni par ce dernier, liquide qui est désigné sous le nom de *blastème amorphe, d'exsudat*. C'est dans ce liquide amorphe que vont apparaître les premiers linéamens d'une organisation; mais pour que ces phénomènes s'accomplissent, il faut que le blastème soit en contact permanent avec l'économie vivante. On se demande tout d'abord comment, dans un liquide dont les propriétés physiques, chimiques et microscopiques sont les mêmes au début, à quelque tissu qu'il doive servir de gangue, peuvent se développer des produits dont les caractères sont essentiellement différens? C'est un problème fort intéressant qui est loin d'être complètement résolu.

Tout tissu pathologique prend naissance dans un blastème au moyen d'élémens microscopiques qu'on appelle *granulations*. Ce sont les particules les plus ténues de la matière vivante que les instrumens grossissans nous révèlent. Ces granulations donnent naissance à des *noyaux* formés d'une substance insoluble dans l'acide acétique, soluble dans les alcalis caustiques. Les *cellules* se développent à leur tour et de différentes manières; ou bien une membrane se forme aux dépens du blastème, ou bien l'enveloppe du noyau se divise en deux couches, dont la plus profonde continue à former l'enveloppe du noyau, dont l'externe devient l'enveloppe de la cellule. Celle-ci, parvenue à son état de développement complet, est constituée par une vésicule ronde ou ovale, avec un noyau adhérent à la paroi cellulaire, ou logé au milieu de la substance intra-cellulaire. Les cellules se multiplient et leur mode de multiplication présente des variétés sur lesquelles nous n'insisterons pas ici; elles subissent des métamorphoses qui les convertissent en fibres, vaisseaux, etc., etc.

Un chapitre très court est accordé par M. Forster à l'étude de l'hypertrophie et de l'atrophie. Il aborde ensuite l'étude de l'inflammation, ce phénomène capital qui joue un si grand rôle dans la maladie.

Le chapitre consacré aux *néoplasmes pathologiques organisés*, comprend l'examen de la production du tissu conjonctif nouveau; il considère le tissu fibro-plastique comme du tissu conjonctif hypertrophié, et il en rapproche trois espèces de productions : le fibroïde, les tumeurs fibrineuses et le sarcome. Nous ne dirons rien des deux premières; le

sarcome (tumeurs fibro-plastiques de Lebert) se présente sous la forme d'une tumeur lobulée ou grenue, intimement unie avec les tisus où elle siége; à l'incision, la tumeur présente un aspect lardacé, fongueux, quelquefois glanduleux. La texture en est fibreuse, et il y existe un suc incolore ou grisâtre. Au microscope, ce sont des faisceaux fibreux, des fuseaux disposés en couches stratifiées; des noyaux libres, des cellules ovales et puriformes; çà et là quelques grandes cellules polygonales ou rondes, dentelées sur les contours.

Après avoir jeté un coup-d'œil rapide sur l'évolution de ces tumeurs, l'auteur conclut que leur extirpation est suivie de guérison et que les récidives en sont rares.

Nous rapprocherons de ces tumeurs le cancer, le carcinome et le cancroïde.

Le cancer est formé d'une trame fibro-conjonctive, *stroma*, constituée par des fibres entortillées, raides ou droites, ou de fuseaux. Ces fibres interceptent des aréoles renfermant du suc cancéreux et des cellules dont les dimensions et les formes sont les plus variées. Voici quel est le jugement porté par M. Forster sur la forme des cellules cancéreuses.

« Beaucoup d'histologistes accordent à la cellule cancéreuse une forme caractéristique tellement prononcée, qu'il serait possible, selon eux, de la reconnaître de prime abord comme telle sous le microscope, et de la différencier de toutes les autres cellules des tissus normaux ou pathologiques; en un mot, la cellule cancéreuse serait toute spéciale et particulière au cancer. A propos des productions pathologiques de nouvelle formation, nous avons déjà fait voir comment, en partant de fausses suppositions, on était arrivé à établir des *corpuscules spécifiques* pour chaque néoplasme; j'ajouterai seulement ici que l'expérience fournie par le microscope a fait rejeter d'une manière définitive la spécificité de ces cellules; en effet, *on les rencontre avec les mêmes dimensions et la même forme, tout aussi bien dans des tissus normaux que dans des tissus pathologiques*. On voit surtout dans les granulations, dans les condylomes encore imparfaits, dans les sarcomes, des cellules transitoires de toutes sortes, entièrement identiques avec les cellules du cancer. »

La seconde partie de l'ouvrage du professeur Forster est consacrée à l'anatomie pathologique spéciale. Il a passé successivement en revue les lésions de l'appareil de la digestion et celles de l'appareil de la respiration. Nous attendrons la publication prochaine de la fin de l'ouvrage pour en présenter une analyse.

D[r] FANO.
Prosecteur de la Faculté.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 Mai. — Présidence de M. DE JUSSIEU.

Traitement pour guérir les fractures de la rotule.

M. BAUDENS lit un mémoire sur un nouveau mode de traitement qu'il a imaginé pour les fractures de la rotule.

L'appareil de son invention se compose :
1° D'une espèce de boîte à ciel ouvert;
2° D'un plan incliné;
3° De trois coussins de crin;
4° De deux compresses graduées et de liens pour la coaptation.

La boîte à ciel ouvert destinée à loger le membre pelvien doit avoir 30 centimètres de long, 25 de large dans le lieu réservé à la cuisse, et 20 seulement dans celui où doivent être placés la jambe et le pied. Quatre pièces, un plancher, deux parois latérales, et une paroi digitale, entre elles articulées, par des charnières, et rendues immobiles à l'aide de crochets quand la boîte est fermée, constituent celle-ci.

Le plancher est horizontal. Les parois latérales, hautes de 25 centimètres, sont percées de trois rangées de trous superposés, de 17 millimètres de diamètre; la paroi terminale ou digitale a la même hauteur.

Le plan incliné est destiné à soulever le membre pelvien, et les coussins de crin à tapisser le plancher de la boîte. Les deux compresses graduées de la longueur et de l'épaisseur de l'index doivent être placées en forme de croissant en dehors des fragmens pour aider à l'action des lacs de la coaptation. Ces lacs sont représentés par des bouts de bande longs de 1 mètre.

Application de l'appareil. — On place le membre affecté sur le plancher de la boîte garni d'un petit matelas de crin, de telle façon que la plante du pied soit soutenue par la paroi digitale. On procède à la coaptation; quand les fragmens se touchent on remplace les doigts par les deux compresses graduées qu'on applique avec une certaine force, l'une au-dessus du sommet, l'autre au-dessous de la base de la rotule, en effaçant bien la peau pour qu'elle ne s'interpose pas entre les fragmens.

On fixe par deux ou trois fortes épingles le milieu des lacs de la coptation aux compresses graduées; les chefs de ces lacs sont ensuite ramenés obliquement de chaque côté de la boîte dans un des trous pour être réfléchis en haut sur le rebord des parois, comme sur une poulie de renvoi; plus on fait effort sur eux, plus les fragmens se rapprochent; quand la coaptation est obtenue on les arrête par un nœud solide sur le rebord des parois de la boîte.

En ce qui concerne le fragment inférieur, comme il suffit de le soutenir pour l'empêcher de fuir sous la pression du fragment supérieur, on agit sur lui avec moins de force.

Si ces deux lacs de coaptation sont insuffisans, on en ajoute d'autres en les imbriquant et en empiétant un peu sur les fragmens pour les empêcher de basculer; on varie le point de la compression, afin d'éviter les écorchures à la peau. Craint-on que ces liens ne glissent l'un vers l'autre, on les retient par un autre lac fixé sur eux et s'insérant en arrière. Veut-on soustraire momentanément l'un des points de la rotule à la compression, on attache un lien, soit au milieu, soit sur l'un des côtés des compresses graduées, on fait effort sur lui pour la soulever, et on le fixe au rebord de la boîte.

On implante ensuite sur les compresses graduées une série de fortes épingles dont les têtes et pointes restent saillantes, afin de jeter autour d'elles des anses de gros fil, qu'on entrecroise en tout sens au devant de la rotule. A l'aide de ce petit bandage unissant, on maintient les fragmens dans un contact parfait. En effet, ce simple appareil permet de remplir trois indications capitales : 1° le rapprochement des fragmens; 2° leur refoulement pour s'opposer à leur bascule; 3° une traction plus forte sur l'angle interne que sur l'angle externe de ces fragmens.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 Mai 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Surdi-mutité.

M. BOUVIER expose en ces termes son opinion sur la seconde partie des conclusions de la commission :

Je n'ai nullement entendu trancher la question de la prééminence de l'une ou de l'autre méthode d'éducation des sourd-muets. Ce que j'ai simplement voulu prouver, c'est :

1° Que la méthode d'enseignement par la parole ne donne pas, au point de vue intellectuel, des résultats inférieurs à ceux de l'éducation par la mimique.

2° Que conséquemment l'Académie n'a point à craindre, en adoptant la proposition de la commission, que son vote ait pour effet l'infériorité relative des deux catégories de sourds-muets qui seraient enseignés spécialement par le langage oral.

3° Que, délivrée de cette appréhension, qui était celle de la commission de 1828, l'Académie ne doit pas hésiter un instant à voter la seconde partie des conclusions de la nouvelle commission, afin de mettre un terme, autant qu'il peut dépendre d'elle, au mutisme forcé, factice, des demi-entendans, des sourds demi-parlans, dont on sacrifie en grande partie, dans l'état actuel des choses, et malgré l'existence du cours d'articulation, les facultés rudimentaires de l'ouïe et de la parole, au lieu de les développer le plus possible, comme il est démontré que l'on y parvient par une méthode excluant l'emploi de la mimique.

Les propositions de la commission, qu'il me reste à examiner, sont relatives à la possibilité de rendre plus ou moins complètement l'ouïe aux sourds-muets. La commission reconnaît cette possibilité, d'autres la contestent ou la nient. Cette question n'est pas moins grave que la première. Non seulement l'administration attend la réponse de l'Académie pour statuer sur les mesures qu'on lui propose, mais la France médicale a les yeux sur l'Académie et attend sa décision pour s'en appuyer à l'égard des 30,000 cliens qui l'interrogent au sujet de leur infirmité.

M. Bouvier, rappelant l'opinion d'Itard et les recherches sur ce sujet, ainsi que celles de M. Deleau, fait remarquer ensuite que M. le d[r] Blanchet est entré largement dans la voie ouverte par Itard et agrandie par M. Deleau. On s'est plaint, ajoute-t-il, du peu de détails communiqués à l'Académie sur les procédés thérapeutiques de cet honorable confrère. Ce serait faire l'histoire de toutes les causes de la surdité et des moyens applicables à chacune d'elles que d'exposer les méthodes curatives qui peuvent être utiles dans la surdi-mutité, etc. M. Blanchet emploie, suivant les indications, comme tous les médecins auristes, le cathétérisme, la dilatation de la trompe d'Eustache, l'introduction de différentes vapeurs dans la caisse du tympan, les injections d'air, l'insufflation à l'état gazeux et à doses très fractionnées d'alcalis végétaux, tels que la strychnine, l'électricité, sans parler des moyens généraux à opposer aux diathèses des opérations propres à extraire les corps étrangers, tels que les polypes, la résection des amygdales hypertrophiées, etc.; car tous ces cas se rencontrent dans la surdité qui produit le mutisme, de même que dans celle qui survient à un âge plus avancé. C'est beaucoup moins par l'invention d'un procédé empirique que par une heureuse et sage application des moyens connus, par des perfectionnemens de détail dans la confection des instrumens, par l'habileté manuelle et la sagacité du diagnostic, que la médecine auriculaire peut aujourd'hui se signaler d'une manière générale et acquérir de nouveaux titres à la confiance des familles.

Comme M. Deleau, M. Blanchet croit inséparable du traitement médical le traitement fonctionnel destiné à en développer et à en assurer les effets. Il se borne même à celui-ci, à l'exemple d'Itard, quand le premier s'est montré sans efficacité.

Mais malgré les faits produits par M. Itard, malgré ceux de M. Deleau et d'autres encore, il est des hommes très compétens qui nient la curabilité de la surdi-mutité du fœtus ou de l'enfant, et du mutisme qu'elle produit.

La commission, sans entrer dans ce débat, sans revenir sur l'expérience du passé, si diversement interprétée, s'en est tenue aux faits que l'on a placés sous ses yeux. Elle a eu raison. Mais ces faits eux-mêmes sont contestés.... Au milieu de ce conflit, que fallait-il faire? Chercher à s'éclairer en examinant soi-même les faits. C'est ce que j'ai tenté moi-même.

Après avoir rapporté quelques faits dont il a été témoin, l'orateur continue en ces termes :

On connaît ces faits qu'ils sont exposés dans le rapport lucide de M. le docteur Piorry. D'après ce rapport, des enfans sourds-muets, dont l'état de surdité absolue ou presque complète avait été constaté, soit par des pièces authentiques, soit par la commission elle-même, ont été amenés, par le traitement, à entendre la parole, tantôt très près de l'oreille, tantôt à 30 ou 40 centimètres, tantôt à 1 ou même 2 mètres de distance. Chez presque tous la faculté d'articuler a été facilement développée ou perfectionnée par les exercices d'articulation. Quelques-uns chantent et mettent leur voix à l'unisson de l'harmonium. Un de ces sourds-muets, considéré comme incurable, a gagné aux exercices d'articulation une parole beaucoup plus facile qu'il ne l'avait auparavant, et la faculté de lire sur les lèvres.

J'ai vu plusieurs de ces enfans depuis la lecture du rapport. J'ai reconnu qu'ils jouissent de toutes les facultés qui leur sont attribuées par la commission.

Ces résultats, entourés de toutes sortes de garanties, suffiraient à eux seuls pour décider la question.

Supposons qu'un enfant sourd-muet soit donné par le sort à l'un de nous, que ferait chacun de nos confrères en présence des faits positifs de la commission, quand bien même ces faits seraient les seuls, et en présence des dénégations qu'on leur oppose? Il chercherait, avant tout, la cause du mal; il explorerait toutes les parties accessibles de l'organe, il saisirait la moindre indication qui pourrait en ressortir et il agirait comme dans la surdité de l'adulte. Puis, s'il échouait dans ses efforts, il se souviendrait de la belle découverte d'Itard, il tenterait l'éducation physiologique du sens de l'ouïe, et il épuiserait tous les moyens d'action de la science avant de se résigner à déclarer cet être à jamais sourd-muet.

Mais ce que vous feriez pour celui qui serait votre chair, votre sang, ne le feriez-vous pas pour le client, riche ou pauvre, qui invoquerait vos lumières?

Or, qu'est-ce qu'une institution de sourds-muets? C'est une réunion de ces enfans, dont je viens de parler; ils sont sourds, voilà tout. A-t-on suivi à leur égard, avant leur entrée, la ligne de conduite que je viens de retracer? A-t-on épuisé toutes les ressources de l'art, avant de déclarer qu'ils étaient incurables? Vous savez bien le contraire; on n'a pas même, le plus souvent, exploré leurs organes!

Ce que la commission vous propose, c'est d'appliquer à ces enfans les mesures que vous adopteriez pour les vôtres, pour le client, qui viendrait vous consulter; c'est de les faire jouir du bénéfice des progrès de la science.

Que veut, en effet, la commission? Que tous les sourds-muets, à leur entrée dans l'établissement, soient examinés et classés au point de vue de leur degré de surdité, de la cause organique de celle-ci, du degré de persistance de la parole, et enfin de la question de savoir si l'art médical peut leur être de quelque secours.

Que l'on applique à ceux chez lesquels il y aura quelque espoir de le faire avec succès les méthodes le plus en rapport avec les progrès de l'art, pour tenter de leur rendre un degré plus avancée d'audition, ou au moins, si la surdité est incurable, pour leur conserver la parole dans le cas où ils ne l'auraient pas perdue, en rejetant définitivement, parmi les sourds-muets complets et en les livrant à l'éducation ordinaire de l'établissement, ceux que l'on jugerait ne pouvoir tirer aucun fruit de ces essais.

Ce n'est là, vous le voyez, que la reproduction exacte de la conduite que vous tiendriez vous-même, dans chaque cas particulier de surdi-mutité, et nous devons nous estimer heureux que la sollicitude de l'administration, la disposant à faire le bien sur une aussi grande échelle, elle ait bien voulu nous associer à son œuvre. Vous ne déclinerez pas cet honneur, vous seconderez la généreuse initiative en adoptant la première partie des conclusions de la commission.

J'ai conclu, dans la dernière séance, à l'adoption de la seconde partie de ces conclusions; je viens de conclure à l'adoption de la première. Il me rester à jeter un coup-d'œil rapide sur leur connexion, sur leur ensemble.

Ces conclusions, que j'ai scindées dans mon argumentation, sont étroitement liées, inséparables dans la réalité, et en quelque sorte solidaires.

Afin de doter les élèves que l'on traite et qui ne tardent pas à devenir des demi-entendans, ceux qui sont incurables et dont on cultive seulement la parole, de tout le degré d'audition, de toute la perfection du langage oral qu'ils peuvent atteindre, il faut évidemment les soustraire à l'influence contraire de la mimique. C'est là l'unique objet des conclusions relatives à l'éducation des sourds-muets. En effet, on ne saurait trop le répéter, nous n'avons nullement à nous prononcer sur la *supériorité* relative des deux méthodes d'enseignement des sourds-muets : la mimique et la parole. Nous n'avons nullement à résoudre la question de savoir s'il convient ou non de transformer l'organisation de l'institution des sourds-muets. Nous pourrions à bon droit, pour la plupart, nous récuser si l'on voulait nous instituer juges en cette matière.

De quoi s'agit-il donc? Simplement de disperser les sourds-muets en traitement, c'est-à-dire les demi-entendans, ainsi que les sourds-muets incurables, mais demi-parlans, en les isolant du reste des élèves, et de créer pour eux un mode d'enseignement dans lequel la parole jouera son rôle presque exclusif, comme un moyen de communication organique. Est-ce là bouleverser l'institution, comme on l'a dit? Non, c'est au contraire la régulariser, c'est substituer un ordre indispensable au désordre, à la confusion, qui, sous ce rapport, y ont régné jusqu'ici. La preuve que la mesure que l'on indique ne touche en rien la question du mode d'enseignement applicable aux véritables sourds-muets, qu'elle ne tend point à désorganiser l'enseignement préféré dans l'institution de Paris, c'est que cet isolement des sourds-muets incomplets d'avec les autres, a été depuis longtemps proposé par les partisans même de l'enseignement par les signes.

Ainsi, l'Académie, qui pourrait peut-être se récuser comme incompétente, s'il s'agissait de remplacer pour tous les sourds-muets l'enseignement oral par l'enseignement par les signes, n'est plus en droit de le faire lorsqu'on la consulte pour décider si le meilleur moyen d'étendre, de perfectionner l'audition et la parole chez certains sourds-muets, n'est pas autre chose que le silence et l'éloignement de toute voix articulée. Ce simple énoncé de la question vous fait voir quelle en doit être la solution. Il est clair, d'après cela, que les conclusions de la commission, relatives au mode d'éducation qu'il convient de donner aux enfans, sont le complément nécessaire des autres propositions, qu'elles ne peuvent en être distraites, que vous ne pouvez sanctionner les unes sans voter en même temps les autres. Je ne reviens pas, d'ailleurs, sur les motifs que je crois vous avoir donnés d'être le complément, rassuré sur l'instruction de ces enfans, mis à part et élevés pour l'emploi de la parole. Les documens que j'ai placés sous vos yeux, vous ont, je crois, démontré qu'ils n'auront pas l'esprit moins cultivé que les autres.

J'ai dit, dans la première partie de ce travail, que les mesures proposées étaient le contraire des propositions de la commission de 1828. Mais, considérées à un autre point de vue, elles lui sont analogues, elles n'en sont que la continuation, l'extension amenée par le progrès.

Conformément à la demande du ministre de l'instruction publique, la Faculté de médecine de Montpellier vient de faire une liste de présentation pour la chaire de pathologie, vacante par la mort de M. Rech. M. le docteur Benoît a été présenté en première ligne; M. le docteur Anglada en seconde ligne.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 65. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 2 Juin 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.......... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12*.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 1er JUIN 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

QUESTION DE LA SURDI-MUTITÉ.

Nous continuons à regret, et pour remplir notre devoir jusqu'au bout, l'exposé de la discussion académique sur la surdi-mutité. Dès les premières séances, nous avons exposé nos doutes sur la possibilité que l'Académie pût faire, à l'administration qui la consulte, une réponse telle, qu'elle y trouvât des motifs suffisans pour prescrire des mesures sanctionnées par l'observation et par l'expérience. Les développemens considérables pris par cette discussion, loin de dissiper nos doutes, n'ont fait que les corroborer davantage. Nous nous étonnions, il est vrai, de n'apercevoir qu'obscurité profonde, là où quelques orateurs voyaient une éclatante lumière; nous en accusions et notre intelligence et nos études incomplètes du sujet; mais nous voilà bien rassuré. Les deux orateurs qui ont pris la parole dans la séance d'hier, et que l'on considère, à bon droit, comme deux lumières de l'Académie, M. Ferrus et M. Malgaigne, sont venus donner à nos humbles appréciations toute l'autorité de leur parole et de leur opinion.

M. Ferrus, après un résumé très lucide de la discussion, après un historique complet de la question, a développé avec un tact exquis, avec convenance et réserve cette pensée qui a fait le fond de nos articles, que l'Académie n'était pas en mesure de donner actuellement un avis motivé; et que, par conséquent, il fallait renvoyer les conclusions à la commission, pour qu'elle cherche de nouvelles lumières, ou n'en adopter que les moins compromettantes possible.

C'est la même pensée qui a inspiré le discours de M. Malgaigne. L'orateur était en verve, et il a largement usé, quelques-uns diront même abusé de sa facilité et de son esprit. Ce n'est pas nous qui voudrions lui faire un reproche d'avoir animé, et même de temps à autre égayé un sujet aussi grave; l'attention de l'Académie, qui commence à se lasser, avait peut-être besoin d'un peu de diversion. D'ailleurs, les bonnes et solides raisons que M. Malgaigne a fait valoir, n'ont rien perdu à se produire sous une forme spirituelle et piquante.

M. Malgaigne a raconté comment, en sa qualité de membre de l'Académie et chargé par conséquent de prendre sa part de responsabilité dans le vote demandé à la compagnie, il avait voulu s'enquérir, s'informer et voir de ses yeux les résultats des diverses méthodes d'enseignement mises en usage dans les institutions officielles ou particulières consacrées aux sourds-muets. Les questions de M. le ministre et les réponses de la commission à la main, il a cherché à apprécier la justesse et la légitimité de ces réponses en présence des faits. Le résultat de cette enquête est loin, bien loin d'être favorable aux conclusions de la commission, si chaleureusement défendues par M. Bouvier. Comparant les élèves de l'institution impériale, dont le mode d'enseignement est si vivement critiqué, aux élèves d'une institution qui suit dans sa rigueur les principes de la méthode allemande, M. Malgaigne a vu que dans les deux institutions il fallait une durée d'études aussi longue, et qu'en définitive, il était impossible d'assigner un degré de prééminence des élèves de l'une de ces institutions sur ceux de l'autre, quant à l'instruction. Relativement à la parole, dont on fait un usage exclusif à l'institution privée, M. Malgaigne a vu avec surprise et même avec douleur qu'il fallait beaucoup rabattre des résultats qui ont été annoncés; il a voulu entendre maîtres et élèves, et rien de plus étrange, a-t-il dit, que les sons émis par ces infortunés, rien de plus pénible que de suivre une conversation avec eux, et ce sont les plus avancés, et il a déclaré que s'il était condamné à s'entretenir pendant une demi-heure, tous les jours, avec ces prétendus parlans, il n'y résisterait pas.

L'orateur, dans un parallèle saisissant et qui a été la partie principale de son discours, a passé successivement en revue les avantages réciproques des deux enseignemens par la parole et par la mimique relativement, 1° aux sourds-muets entre eux; 2° à la famille; 3° à la société. Il a montré que pour ce qui concerne les sourds-muets dans leurs relations entre eux, c'est au langage mimique qu'ils recouraient sans cesse, et cela malgré tous les efforts qu'on pouvait faire pour les en empêcher; que quant à leurs relations de famille, l'éducation par la parole offrait certains avantages dont il fallait tenir compte; mais que quant à la société et aux services que les sourds-muets peuvent lui rendre, c'est à l'instruction qui leur est donnée et qui, dans toutes les méthodes, provient surtout de l'écriture, qu'il faut les demander.

Quant à l'institution impériale des Sourds-Muets de Paris, M. Malgaigne a voulu la venger des attaques passionnées et souvent injustes auxquelles elle est en butte. Cependant, il ne demande pas le *statu quo*. Selon une formule célèbre, il croit qu'*il y a quelque chose à faire*. Mais le quoi et le comment, il a naïvement avoué qu'il n'en savait rien; que la question était pleine d'obscurités et de mystères; que nous ne savions rien, absolument rien de positif et de décisif sur les avantages si vantés de la méthode allemande; que, d'ailleurs, cette méthode allemande est tout autre chose que ce que demande la commission, et qu'en votant les conclusions telles quelles, on pourrait jeter l'Académie et l'administration dans une aventure dont il est impossible de prévoir les suites.

En conséquence, M. Malgaigne a proposé des modifications profondes aux conclusions de la commission; il en a donné la formule; et, adoptant une pensée de M. Bégin, il a demandé la création d'un conseil de perfectionnement pour l'institution impériale des Sourds-Muets.

Ce discours, comme on peut le voir par cette analyse succincte, et qui ne porte que sur les points principaux, est la contre-partie du discours de M. Bouvier. Il nous a semblé qu'il était écouté avec une grande faveur par l'Académie, qui acceptera, on peut en être sûr aujourd'hui, la formule qui engagera le moins possible sa responsabilité.

Dans quelques mots bien sentis, M. Bouvier, dès le commencement de la séance, s'est expliqué avec beaucoup de convenance sur les intentions qu'on aurait pu lui prêter, d'après des expressions échappées dans la chaleur de ses convictions. Cependant il a fait quelques réserves, en s'écriant qu'il n'avait *pas tout dit*, et qu'il dirait tout. Eh mon Dieu! nous en sommes tous là, Monsieur Bouvier, et les journalistes, bien plus que vous encore, n'*ont pas tout dit*. Seulement, ils ne veulent pas tout dire, afin de ne pas sortir du domaine scientifique, et personne ne les blâmera de leur réserve.

Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE.

NOTE SUR QUELQUES-UNS DES POINTS LES PLUS IMPORTANS RELATIFS A L'EXAMEN DES MATIÈRES FÉCALES DANS LES MALADIES;

Par le docteur Jonathan OSBORNE, professeur de matière médicale, et médecin de l'hôpital Mercer, à Dublin.

Lorsqu'on réfléchit que, dans le tube digestif, qui commence à la bouche et se termine à l'anus, il y a une surface muqueuse continue qui a au moins cinq fois la longueur d'un individu de taille moyenne, ou environ 25 pieds; que, de cette surface, nous n'apercevons autre chose que la bouche et la gorge; qu'elle ne possède pas cette espèce de sensibilité qui, à la surface du corps, porte le nom de sens du toucher; et que, par conséquent, les signes qui caractérisent les affections diverses dont elle peut être atteinte, ne sauraient être trouvés au siége même de ces affections, mais bien dans l'influence qu'exercent les uns sur les autres les divers organes, et souvent même les organes les plus éloignés; on est tout disposé à admettre l'importance de l'examen des évacuations fournies par l'estomac et par l'intestin.

L'examen des matières, qui sont rendues par le vomissement, nous offre une grande variété d'indications, relativement à l'état de l'estomac. Ainsi, il permet d'établir la distinction entre des troubles purement sympathiques, de la lenteur de la digestion, une hypersécrétion des sucs acides de l'estomac, ou une inflammation de la membrane muqueuse; il nous permet encore souvent de déterminer la matière et le degré de cette inflammation, d'établir une distinction, relative à l'origine du sang, qui se trouve versé dans la cavité de cet estomac; il nous fournit enfin les preuves les plus évidentes, relativement à l'existence d'une maladie cancéreuse ou de mauvaise nature. Mais je n'insiste pas davantage sur ce point, et je me propose seulement d'examiner quelles conclusions on peut déduire de l'examen des matières fécales.

C'est à Berzelius que l'on doit l'analyse chimique la plus exacte des féces; et pour être ancienne, cette analyse ne l'emporte pas moins, par son exactitude, sur celles faites depuis. D'après Berzelius, les matières fécales sont composées de :

Eau		73.3
Bile	0.9	5.7
Albumine	0.9	
Extrait	2.7	
Sels	1.2	
Résidus insolubles des alimens		7.0
Mucus, bile, résine, graisse, etc.		14.0
		100

Un fait très remarquable, qui ressort de cette analyse, c'est la grande quantité d'eau qui se trouve dans ces évacuations, quantité très voisine de celle qui existe dans l'urine, dans la composition de laquelle l'eau entre, suivant le même chimiste, pour 93 centièmes.

La quantité de cette évacuation d'eau est influencée par l'alimentation, mais bien plus encore par la langueur de la sécrétion de la surface muqueuse; les écailles d'épithélium contenant, au moment de leur formation, de l'eau, qui est absorbée plus tard, si elles persistent dans le tube digestif. Ainsi, chez les personnes âgées, aux habitudes sédentaires, ainsi que chez plusieurs animaux, les féces sont dures et sèches comme celles du chien, et sont composées principalement de matières osseuses, ou de tout autre substance réfractaire à la digestion, ressemblant alors au *coprolithes*, ou matières fécales fossiles, qui doivent probablement donner tant de jour sur la manière de vivre et la structure intérieure des animaux dont elles proviennent.

L'espace de temps occupé par une digestion ordinaire, c'est-à-dire celui qui s'écoule depuis l'ingestion d'un aliment jusqu'à son arrivée dans le rectum, paraît être d'environ quatorze heures. C'est ce dont on peut s'assurer en avalant des grains de groseille ou de raisin, qui passent sans altération.

Le nombre des évacuations, compatible avec une digestion normale, varie beaucoup sous l'influence de l'habitude, depuis trois par jour et même davantage jusqu'à une seule par semaine. Règle générale, les femmes ont plus de tendance à la constipation que les hommes.

Dans l'examen des affaires fécales, nous avons pour nous guider trois caractères qui peuvent nous servir comme de points de repaire pour instituer nos observations; ces caractères sont : 1° la couleur; 2° l'odeur; 3° la consistance. La couleur provient surtout de la bile, et les matières s'en chargent dans le duodénum. L'odeur provient des glandes du cœcum. C'est dans le colon et dans le rectum que les matières se moulent et acquièrent de la consistance. Nous avons donc trois groupes distincts de signes, correspondant à trois portions distinctes du tube digestif, et nous fournissant par conséquent, jusqu'à un certain point, le moyen de déterminer le siége et la nature de la maladie.

1° *Couleur des matières fécales.* — Lorsque le canal cholédogue est obstrué, comme dans certains cas d'ictère, les matières sont décolorées; elles ont un aspect grisâtre qui rappelle le mastic du vitrier. Mais ici il est nécessaire d'établir une distinction entre la coloration des matières fécales, qui leur est primitivement communiquée dans le duodénum, et la coloration du mucus sécrété à la surface de l'intestin. Dans beaucoup de cas d'ictère, les féces sont composées d'une matière blanc-grisâtre; mais elles sont entourées de liquides jaunâtres ou verdâtres; c'est que, dans ces cas, la sécrétion qui s'opère à la surface de l'intestin, de même que le sang et l'urine, sont chargées de bile; mais les matières fécales conservent leur caractère spécial et parcourent l'intestin dans l'état où elles se trouvaient dans le duodénum. C'est ce qui explique ce fait, consigné par M. Andral, dans sa *Clinique médicale*, et dont l'application lui paraissait assez difficile; à savoir, qu'un malade avait d'abondans vomissemens bilieux avec de l'ictère, et des matières fécales décolorées. Dans ces cas, les sécrétions de l'estomac, de même que tous les autres liquides de l'économie peuvent offrir une teinte ictérique; les

garderobes elles-mêmes peuvent offrir une coloration partielle, mais, à l'intérieur, elles conservent leur caractère et résistent à la coloration dans toute l'étendue du tube digestif. Cette remarque est d'autant plus nécessaire, que ces évacuations sont souvent décrites comme bilieuses, et qu'un examen superficiel et inexact peut jeter des doutes et de l'obscurité sur ce diagnostic.

Dans les ictères passagers, le sang est rarement affecté assez profondément et assez longtemps pour que la coloration ictérique atteigne le mucus intestinal; cela n'a lieu ordinairement que lorsque l'ictère est très prononcé sur cette portion de la conjonctive qui est exposée à la vue. Mais il est une autre forme d'ictère qui mérite une mention spéciale : dans celle-ci, les matières fécales sont bien et normalement colorées, et néanmoins la peau, le sang et l'urine offrent une coloration ictérique des plus marquées. Ici la bile passe librement dans le duodénum; le canal hépatique peut être parfaitement libre. Dans ce cas, la cause de l'ictère se trouve dans les conduits biliaires ou dans la substance même du foie. J'ai vérifié bien souvent ce diagnostic dans les cas de ce genre, et à l'autopsie nous trouvions une congestion ou une cirrhose du foie, ou bien encore des tumeurs cancéreuses dans son épaisseur.

Dans l'état de santé, la coloration des matières fécales varie d'un beau jaune, qui est la teinte de la bile récemment sécrétée, au vert olive foncé, coloration que ce liquide acquiert pendant son séjour dans la vésicule. L'évacuation de cette bile de couleur foncée, à la suite d'idées tristes ou d'une dépression morale, est ce qui, sans aucun doute, a donné lieu à la création du mot *mélancolie*. Quelquefois ces évacuations se produisent au milieu d'une santé ordinaire; mais toujours l'individu éprouve à la suite une sensation de mieux-être, de satisfaction et de contentement qui remplace la morosité et l'affaissement; et ce qui est bien digne de remarque, c'est que cette amélioration, dans l'état moral, ne survient pas toujours après l'évacuation, mais bien aussi quelques heures auparavant, comme si ce n'était pas à l'évacuation proprement dite de ce liquide, mais à son expulsion des voies biliaires que l'on devrait rapporter ces heureux effets.

Pendant leur séjour dans le colon, la coloration des matières fécales passe du jaune au brun, devient de plus en plus foncée se rapprochant de plus en plus, lorsque le séjour se prolonge, de la coloration de la *sépia*. Dans ces cas, les matières blanchâtres de l'ictère finissent par subir des changemens analogues, à un bien moindre degré cependant que les matières ordinaires. On voit que nous pouvons juger de l'âge relatif des accumulations stercorales dans le colon, et que, à la manière des géologistes, nous pouvons établir des distinctions entre les formations anciennes et les formations récentes.

Le sang qui existe dans les garderobes, peut s'y montrer sous trois formes distinctes : d'abord, sous forme d'un liquide noir ou du méléna, lorsque le sang a été versé dans l'estomac, et que les globules ont pris une coloration noirâtre, par suite des réactions chimiques qui s'opèrent dans cet organe. En second lieu, lorsque le sang est épanché dans l'intestin grêle, et en médiocre quantité, il se mêle aux féces pour leur communiquer une coloration rougeâtre, comme si elles étaient mélangées d'ocre ou de couleur de brique. Cette coloration, qui passe souvent inaperçue, est cependant évidente pour un œil exercé, et diffère de toutes les colorations qui peuvent lui être communiquées par la bile. Cette coloration est très fréquente dans le cas d'entérite, avec ulcération de l'intestin grêle. La troisième forme est celle dans laquelle le sang est versé dans le tube digestif, à si peu de distance de l'anus, qu'il ne se mêle pas avec les matières fécales, qu'elles soient solides ou liquides. Dans ces cas, le sang est presque toujours noir, et en quantité variable, depuis ces abondantes évacuations qui ont si souvent des conséquences funestes, jusqu'à ces cas dans lesquels de petites quantités de matières sanieuses sont interposées aux matières fécales solides ou liquides, sans être mélangées avec elles, comme cela a lieu pour les ulcérations du colon, ou bien jusqu'à cet écoulement de quelques gouttes de sang, répandues à la surface des matières fécales, comme dans le cas de tumeurs hémorrhoïdales situées au voisinage de l'anus.

Les selles verdâtres qui suivent l'emploi du calomel chez les enfans, ont quelque chose de trop remarquable, pour que nous les passions entièrement sous silence. Graves et d'autres pathologistes éminens les ont considérées comme un produit d'irritation de la membrane muqueuse; ils pensent donc que ces évacuations ne sont pas nécessairement composées de bile, comme on l'avait cru jusqu'ici. De même, en 1845, M. Golding Bird a déduit de ses expériences que la présence des selles vertes indiquait non pas une abondante sécrétion de bile, mais un état congestif du système de la veine porte, dans lequel le sang exsudait lentement et en petites quantités, de manière à ce que la coloration de ce liquide fût affectée par les gaz et les sécrétions de l'intestin; autrement dit, d'après M. Golding Bird, ce serait là un état qui différerait seulement du méléna, en ceci que, dans ce dernier, l'épanchement de sang est trop abondant et trop rapide pour permettre à ces changemens chimiques de s'opérer.

On peut certainement admettre que l'hydrogène sulfuré est susceptible de faire passer la matière colorante du sang au vert olive, et que les exhalations sanguines peuvent être, à ce point de vue, l'origine des évacuations vertes; mais la preuve que ce n'en est pas la cause exclusive, c'est la couleur vert foncé qu'acquiert la bile lorsqu'elle est retenue dans la vésicule, et aussi les expériences consignées dans l'Union Médicale par M. Michéa, expériences qui ont mis hors de doute l'augmentation de la sécrétion biliaire. Que ces selles vertes soient le produit de l'une ou l'autre de ces causes, qu'elles puissent même, dans certains cas, se produire sous leur influence combinée; toujours est-il qu'il y a là, pour les personnes qui se livrent surtout au traitement des maladies des enfans, un sujet de recherches très intéressant.

Dans le choléra asiatique, on le sait, les féces perdent leur couleur, leur odeur et leur consistance; elles sont constituées par de l'albumine dissoute dans l'eau, en quantité plus ou moins grande, suivant la proportion des boissons; les écailles d'épithélium disparaissent presque entièrement pour reparaître ensuite, à mesure qu'on approche de la convalescence.

La plupart des substances introduites dans l'estomac se décolorent dans le travail de la digestion. Il y a cependant quelques exceptions bonnes à noter. Ainsi, les épinards, le campêche, le café, le *porter*, résistent à l'action de l'estomac et communiquent aux féces leur propre coloration. La couleur noire, que déterminent les sels de fer, peut s'expliquer en général par leur action sur les matières astringentes renfermées dans l'intestin; mais cette explication n'est plus applicable chez les personnes dont l'alimentation consiste en pommes de terre, lait et substances animales.

(*La fin à un prochain numéro.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — Service de M. le professeur Denonvilliers.

Sommaire. — Tumeur lipomateuse du périnée; ablation de la tumeur; guérison. — Fractures des côtes par cause musculaire. — Double tumeur des bourses; tumeur encéphaloïde du testicule.

Antoinette Voirnot, âgée de 29 ans, couturière, est entrée le 3 février, salle Saint-Thomas, dans le service chirurgical de M. Denonvilliers, à l'hôpital Saint-Louis. Cette fille paraît être d'une bonne constitution; elle est habituellement bien portante. Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 12 ans; la menstruation a toujours été régulière depuis. Vers la même époque, elle s'est aperçue de l'existence et du développement d'une petite grosseur vers la partie inférieure de la fesse gauche, du côté de la grande lèvre correspondante. Cette tumeur a grossi peu à peu, surtout depuis trois mois; elle n'a jamais été douloureuse; les antécédens sont complètement muets sur la cause du développement de la grosseur.

État actuel. — Le périnée est le siége d'une tumeur pyriforme, se prolongeant en avant vers la grande lèvre et en arrière vers la fesse du côté gauche. Cette tumeur a environ 10 centimètres de long, 15 centimètres de circonférence dans la partie la plus volumineuse qui est dirigée en bas, 10 centimètres de circonférence dans la partie qui est immédiatement en rapport avec le périnée. La peau qui la recouvre n'est ni amincie, ni rouge; elle présente quelques vergetures vers la partie déclive. La tumeur est molle dans toute son étendue; vers la partie moyenne, on trouve une partie plus résistante de la grosseur d'un œuf de pigeon qui glisse facilement sous le doigt, et se porte vers la partie supérieure de la tumeur. Cette pression ne cause à la malade aucune douleur.

Il n'existe pas de pesanteur dans les aines, ni dans les reins; pas de fleurs blanches; pas de difficultés pour uriner; garderobes faciles.

La tumeur ne présente aucune impulsion à la toux; il est impossible de la réduire; il n'y a jamais eu de troubles des fonctions digestives.

Par le toucher rectal, on ne constate la présence d'aucune tumeur entre les parois du rectum et de l'utérus.

La tumeur, au dire de la malade, grossit un peu à l'approche des règles; mais cette turgescence disparaît après la menstruation.

Le 15 mars, M. le professeur Denonvilliers procède à l'ablation de la tumeur. Deux incisions demi-elliptiques la circonscrivent à sa base; on dissèque les téguments de chaque côté, et la tumeur, qui ne présente que des adhérences faibles avec les parties sub-jacentes, est enlevée avec la plus grande facilité. La plaie est pansée simplement.

Les suites de l'opération furent des plus naturelles; la plaie marcha rapidement vers la cicatrisation, et la malade sortit guérie de l'hôpital vers le 15 avril.

La tumeur enlevée était constituée exclusivement par un mélange de tissu cellulaire et de tissu adipeux; ce tissu est plus dense dans le point de la tumeur qui correspond à la portion ayant offert une certaine résistance.

Le point le plus intéressant de l'observation précédente est celui qui est relatif au diagnostic de la tumeur. A quelle sorte d'affection avait-on affaire? La consistance de la tumeur ne permettait pas de croire à l'existence d'une collection liquide. Mais cette première supposition mise de côté, il pouvait se présenter à l'esprit du chirurgien d'autres idées sur la nature de la tumeur.

Était-ce une hernie? Mais la tumeur ne présentait aucune impulsion; elle ne diminuait nullement de volume dans le décubitus ou par les efforts de réduction qu'on exerçait sur elle. On aurait pu croire, cependant, qu'il s'agissait d'une hernie de l'ovaire irréductible; la tumeur, en effet, augmentait de volume à l'approche des règles, et reprenait son volume primitif après la menstruation. Mais une pareille supposition ne s'accordait guère avec le volume même de la tumeur. Il restait donc à choisir entre une tumeur fibreuse et une tumeur graisseuse; la consistance assez prononcée de la tumeur plaidait même plus en faveur de la première qu'en faveur de la seconde hypothèse.

Dans l'un comme dans l'autre cas, il y avait à remplir une indication identique, faire l'ablation de la tumeur. On a vu que cette opération fut faite avec la plus grande facilité. L'examen de la tumeur permit d'y reconnaître la présence d'un grand nombre de cloisons cellulaires, qui, en augmentant sa consistance, rendaient parfaitement compte de la sensation perçue par le chirurgien.

L'observation qui suit nous paraît être un exemple curieux de fractures de côtes par cause musculaire. Si nous jugeons de la fréquence de cette variété de fracture par ce qu'en ont dit les auteurs, nous devons les considérer comme très rares. Les auteurs classiques, en effet, n'en font aucune mention, et M. le professeur Malgaigne, dans son *Traité des fractures*, n'a pu en réunir que huit observations.

Richault, 55 ans, orfèvre, demeurant rue du Château-d'Eau, est entré le 5 janvier 1853 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, n° 50, service de M. Denonvilliers. C'est un homme maigre, d'une assez bonne constitution, et qui ne présente aucun signe d'affection cancéreuse. Il nous affirme n'avoir eu d'autre maladie qu'une bronchite chronique qui, depuis huit ans, le fait tousser surtout pendant l'hiver.

Au mois de juin dernier, il se fractura la neuvième côte gauche en tombant sur l'angle d'une table; il entra alors à l'hôpital des Cliniques, d'où il sortit au bout de dix-huit jours pour reprendre ses travaux; il ne ressentait plus ni douleur, ni gêne à respirer.

Le 5 janvier, en se réveillant, il se retourna brusquement dans son lit, entendit un craquement dans le côté gauche et éprouva immédiatement une vive douleur qui l'empêcha de tousser et de s'habiller seul.

Il entra le même jour à l'hôpital.

6 janvier. Décubitus dorsal. Le malade ne peut se coucher sur le côté; l'impossibilité est surtout prononcée pour le côté droit. Il éprouve une douleur très vive au niveau du bord externe du muscle grand dorsal gauche. Cette douleur s'exaspère par la pression, les grandes inspirations et la toux. On perçoit en ce point une crépitation très marquée lorsqu'on presse sur la côte correspondante, et surtout lorsqu'on fait tousser le malade. C'est la neuvième côte du côté gauche qui est fracturée; une légère saillie du fragment postérieur indique d'une manière précise le siége de la fracture, à 11 centimètres environ de la colonne vertébrale. Le cal de la première fracture est situé un peu plus en arrière, il a le volume d'un petit œuf de pigeon. Le malade n'a pas craché de sang; il n'y a point d'emphysème du tissu cellulaire.

L'examen de la poitrine nous fait constater un emphysème pulmonaire. En effet, la résonnance thoracique est exagérée, le murmure vasculaire est à peu près nul, et on n'entend, à l'auscultation de la partie antérieure du thorax des deux côtés, que des râles sibilans et sous-crépitans; en arrière, râles sonores et muqueux dans l'étendue des deux poumons. La toux et l'expectoration sont fréquentes, les crachats épais et jaunâtres.

La douleur disparut assez promptement sous l'influence d'un bandage de corps fortement serré, et le malade put sortir de l'hôpital le 12 janvier. Il lui fut recommandé de conserver quelque temps son bandage.

C'est donc un mouvement brusque qui, dans l'observation précédente, a produit la fracture, et ce fait diffère sous ce point de vue de tous ceux qui ont été publiés. Dans sept des observations réunies par M. Malgaigne, la cause manifeste a été un violent accès de toux. Dans la huitième, qui est de Casimir Broussais, la cause n'est pas précisée; C. Broussais et M. Bendlhand, qui virent le malade, se contentèrent d'attribuer la fracture à une pneumonie chronique et à une hypertrophie excentrique du cœur, dont le sujet de l'observation était atteint.

Le fait précédent diffère encore de la plupart des observations publiées, sous le rapport du siége précis de la facture. Elle existait en effet vers l'union du tiers postérieur avec le tiers moyen de la neuvième côte. Or, dans sept observations du mémoire de M. Malgaigne, elle siégeait dans la moitié antérieure des côtes, et généralement assez près des cartilages; une seule fois (deuxième observation de Nankivell) la dixième côte était fracturée un peu en avant de son angle.

L'emphysème pulmonaire de notre malade peut être considérée comme la cause prédisposante de sa fracture. M. Malgaigne fait remarquer que les côtes sont sujettes à une atrophie sénile qui porte sur leur épaisseur et les rend plus faciles à rompre. Cette atrophie, il l'a constatée dans un cas d'emphysème pulmonaire. Ne pourrions-nous pas soupçonner son existence chez le sujet de notre observation, la rapporter encore à l'emphysème et dès lors considérer l'emphysème pulmonaire comme ayant quelques rapports de causalité avec les fractures des côtes par cause interne. La première observation de Nankivell (mémoire de M. Malgaigne) pourrait sans doute recevoir la même interprétation. Toutefois, ces faits sont trop peu nombreux et de plus trop peu positifs pour qu'il soit possible d'en rien conclure.

Le nommé Verlet, âgé de 27 ans, imprimeur lithographe, est entré le 21 février à l'hôpital Saint-Louis, pour s'y faire traiter d'une double tumeur des bourses. Cet homme présente les attributs du tempérament lymphatique; il affirme n'avoir jamais eu ni blennorrhagies, ni chancres. Il n'a pas eu dans sa première jeunesse de symptômes de scrofule.

Il y a environ deux ans que, sans cause connue, le testicule droit a commencé à gonfler.

Le malade n'avait reçu, antérieurement à cette époque, aucun coup sur la région des bourses. Il y a quatre ou cinq mois que le testicule gauche s'est pris également. Ajoutons que ces deux tumeurs n'ont jamais présenté de changement notable dans leur volume lorsque le malade était debout ou couché; que Verlet n'a jamais eu de troubles du côté des voies urinaires, que le scrotum n'a jamais été le siége d'ecchymoses; enfin que la santé générale s'est très bien conservée.

État actuel. — Les bourses forment une tumeur qui a environ 35 centimètres de circonférence. Cette tumeur, divisée en deux parties, forme deux tumeurs bien distinctes et de dimensions différentes. Celle du côté droit descend jusqu'au tiers moyen de la cuisse; celle du côté gauche s'étend moins bas. Chacune des deux tumeurs est pyriforme, la grosse extrémité tournée en bas, la petite extrémité vers l'anneau inguinal externe.

Ni l'une ni l'autre des tumeurs ne présentent de bosselures manifestes; elles sont résistantes, élastiques, indolentes à la pression; si ce n'est la tumeur du côté gauche qui est un peu douloureuse lorsqu'on la malaxe entre les mains.

Ces tumeurs ne donnent pas non plus une sensation de fluctuation, excepté dans quelques points limités. Elles ne sont pas transparentes; elles ne sont pas le siége de douleurs spontanées, ni de douleurs qui s'éveilleraient spécialement la nuit.

Au dire du malade, les fonctions génitales sont conservées. Verlet nous a assuré, à plusieurs reprises, qu'il avait souvent des érections et des éjaculations.

Le malade fut soumis pendant environ six semaines à l'administration de l'iodure de potassium à l'intérieur et à des frictions sur les bourses avec une pommade iodurée.

Dans les premiers jours d'avril, il n'était survenu aucun changement dans l'état des deux tumeurs. M. le professeur Denonvilliers se décida donc à employer un autre mode de traitement,

Le 9 avril, le malade fut conduit à l'amphithéâtre, soumis à l'inhalation du chloroforme. Une ponction exploratrice avec un trois quarts, faite dans la tumeur du côté droit, fait sortir par la canule de l'instrument une sorte de bouillie, qui a tous les caractères du tissu encéphaloïde ramolli.

Toute incertitude ayant été ainsi dissipée sur la nature de la tumeur, M. le professeur Denonvilliers en cerne la face antérieure au moyen de deux incisions semi-elliptiques qui circonscrivent une portion assez étendue de peau. Les lèvres de cette plaie sont ensuite disséquées rapidement et la tumeur elle-même est énucléée avec la plus grande facilité. On coupe ensuite le pédicule de la tumeur, puis les vaisseaux du cordon spermatique sont liés au fur et à mesure qu'on les divise; quelques autres artérioles ayant été liées également, on procède à un pansement simple.

Les jours suivans, il n'est survenu aucun accident; la plaie a marché rapidement vers la cicatrisation, et aujourd'hui 2 mai, il ne reste plus qu'une plaie linéaire, qui ne tardera pas à se fermer complètement.

La tumeur du côté gauche a notablement diminué depuis le moment où l'opération a été exécutée. Le malade a conservé ses facultés viriles, car il a des érections répétées et des éjaculations.

La tumeur occupant le côté droit et enlevée par M. Denonvilliers, présentait une longueur de 16 centimètres, une largeur de 10 centimètres, une épaisseur de 5 centimètres. Elle était constituée par du tissu encéphaloïde déjà ramolli en certains points. Un petit kyste sanguin, du volume d'une noisette, occupait la partie inférieure de la tumeur.

Le point le plus intéressant de cette observation est relatif au diagnostic de cette double tumeur des bourses. Rien n'était plus embarrassant que de formuler une opinion parfaitement arrêtée sur la nature de cette double tumeur. S'agissait-il d'une hydrocèle double avec épaississement des parois du kyste? Cela ne paraissait pas probable, en raison de la densité même des tumeurs, de leur poids. Était-il plus raisonnable de supposer qu'on avait affaire à une tumeur syphilitique? On sait que les pathologistes ont surtout insisté sur ce fait que les tumeurs vénériennes du testicule attaquent souvent les deux organes prolifiques à la fois, tandis que le cancer est borné à un seul. Il semblait donc qu'on dût plutôt croire à une tumeur syphilitique; et M. Denonvilliers lui-même, peu confiant dans les assertions du malade, qui prétendait n'avoir jamais eu aucun symptôme de vérole, voulut avoir recours à un traitement explorateur.

On a vu que ce traitement n'a en rien modifié la maladie; en conséquence, toute supposition relative à une tumeur vénérienne devait être écartée. Restait à employer un dernier moyen pour asseoir le diagnostic: une ponction exploratrice. C'est ce que fit M. Denonvilliers, procédant ainsi avec une circonspection que l'on doit toujours imiter, lorsqu'il s'agit d'une tumeur de nature douteuse.

Il s'agissait donc bien d'une tumeur de nature encéphaloïde. Mais il reste encore aujourd'hui une autre question à vider. De quelle nature est la tumeur qui occupe le côté gauche du scrotum, est-ce aussi une tumeur cancéreuse? Est-ce une tumeur d'un autre genre? N'est-il pas fort remarquable que, malgré l'ablation du testicule droit, et avec cette tumeur qui occupe le côté gauche du scrotum, le malade ait conservé ses facultés viriles? L'organe prolifique du côté gauche aurait-il subi un commencement de dégénérescence et une partie de la substance testiculaire serait-elle encore intacte? S'agirait-il enfin véritablement ici d'une tumeur encéphaloïde, pareille à celle qui a été enlevée? Et dès lors, le malade présenterait-il une exception bien remarquable à la loi de l'unité des tumeurs cancéreuses du testicule? Ce sont là des questions que la marche ultérieure de la maladie permettra seule de résoudre, et dont nous apporterons la solution en revenant prochainement sur ce fait.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 Mai. — Présidence de M. DE JUSSIEU.

Des fibres nerveuses ganglieuses chez l'homme et chez les animaux vertébrés.

M. REMAK adresse un mémoire sur ce sujet, qu'il résume en ces termes:

En 1837, je remarquai que les nerfs gris sympathiques de l'homme et des animaux vertébrés se composent pour la plus grande partie de fibres qui, par leur finesse, leur transparence, par l'absence de bords noirs aussi bien que par une quantité de petits corps à noyaux répandus dans leur trajet, se distinguent par des tuyaux nerveux primitifs connus jusqu'alors.

En 1838, M. Müller, ainsi que MM. Purkinje et Schwann, confirmèrent de la manière la plus décisive mes observations et mes interprétations. Beaucoup d'autres anatomistes, au contraire, mirent en doute, pour différentes raisons, que les fibres grises que j'avais décrites fussent de vraies fibres nerveuses. On m'objecta notamment que les fibres grises se comportent, avec l'acide acétique et les alcalis caustiques, exactement comme le tissu conjonctif ou cellulaire. C'est ainsi qu'avec le temps se forma l'opinion aujourd'hui presque généralement répandue que les fibres grises, que l'on désigne ordinairement par mon nom, ne présentent qu'une forme spéciale du tissu conjonctif. Moi-même je ne restai pas à l'abri des doutes sur quelques-unes de mes interprétations antérieures.

Cependant, une revue complète de mes recherches m'a montré que non seulement les observations faites par moi en 1837, mais aussi les interprétations que je proposai alors, sont fondées de tout point. Toutes les fibres que j'ai décrites sous les noms de fibres organiques, fibres grises, fibres à noyaux, sont des fibres nerveuses, ainsi que les grandes masses de fibres grises contenues dans les nerfs viscéraux, sur lesquelles s'étaient dirigés plus spécialement mes doutes. Ces fibres proviennent aussi, comme je l'avais signalé dans mes *observations*, des globules ganglionnaires appartenant aux ganglions spinaux et sympathiques. Pour cette raison et parce que la présence de noyaux n'appartient pas seulement aux gaînes de ces fibres, mais aussi, quoiqu'en moindre degré, aux fibres fines à bords noirs des nerfs sympathiques, je nommerai dorénavant les fibres grises fibres nerveuses ganglieuses.

J'ai été conduit à mes résultats nouveaux par l'observation répétée des tubes primitifs cérébro-spinaux. Le cylindre d'axe, découvert par moi, en 1837, dans l'intérieur de ces tubes, forme, comme je l'ai constaté pour la première fois à Helgoland en 1851, chez des raies, un tuyau à parois minces et fortes, remplissant le tube, et offrant l'aspect de stries longitudinales, qui semble être produit par des fibrilles très fines et parallèles.

Sous l'action de l'acide acétique et des alcalis caustiques, le tuyau d'axe se gonfle ou se dissout, selon le degré de dilution; la gaîne externe de Schwann résiste à ces agens moins longtemps que la gaîne médullaire graisseuse; de sorte qu'ils ne peuvent servir à distinguer des fibres nerveuses auxquelles manque la gaîne médullaire, d'avec le tissu conjonctif, tandis que ce résultat est atteint avec des matières qui endurcissent le tuyau d'axe, ou tout au moins le conservent, comme l'alcool, le sublimé, l'acide chromique étendus, le bichromate de potasse et autres.

A l'aide de ce moyen, on reconnaît que les fibres fines représentées par moi dans mes *Observations*, sont des fibres nerveuses primitives, composées d'une gaîne déliée à noyaux, se détachant facilement, et d'un fort tuyau d'axe, presque toujours variqueux. Les fibres plus larges, qui s'unissent au moyen de fibres plus fines, sont des faisceaux de ces mêmes fibres. Ordinairement, trois fibres primitives forment un faisceau; quelquefois aussi il y en a dix et même plus. Dans l'intérieur de ces faisceaux, qui sont entourés d'une gaîne large à plis et d'une gaîne étroite, les fibres primitives offrent souvent des gonflemens très larges, qui donnent aux faisceaux un aspect loculaire. On trouve assez souvent des tuyaux d'axe ramifiés, et sur les angles des ramifications on voit quelquefois des grains jaunâtres, à noyaux bipolaires ou multipolaires, à peine plus grands que des cellules lymphatiques, et se rapprochant beaucoup, sous le rapport clinique, des globules ganglionnaires: je les nommerai *grains ganglieux*. Il y a chez l'homme et chez les mammifères des gonflemens de nerfs gris, visibles à l'œil nu, qui ne contiennent pas un seul globule ganglionnaire, mais seulement des grains ganglieux. Quelquefois on ne trouve dans un rameau que des grains bipolaires; dans un autre seulement des grains multipolaires. Ces grains sont plus fréquens dans les ganglions du grand sympathique et dans le plexus cœliaque.

Dans aucun des mammifères sur lesquels j'ai eu l'occasion de faire des recherches, le système des fibres ganglieuses ne semble offrir un développement aussi considérable que dans l'homme. Les nerfs gris du bœuf sont plus épais, mais ceux de l'homme sont plus nombreux; en tous cas, ils ont des élémens beaucoup plus déliés.

En définitive, les fibres ganglieuses offrent des propriétés distinctives qui offrent, aux recherches névro-physiologiques, une voie nouvelle sans bornes, et des problèmes tout nouveaux.

Séance du 30 Mai 1853.

Variété rare de gangrène inflammatoire, à forme serpigineuse, avec destruction complète de l'aponévrose plantaire; guérison.

M. le docteur Alexis FAVROT communique, sous ce titre, l'observation suivante:

La gangrène qui survient à la suite d'une inflammation phlegmoneuse peut revêtir des formes très variées. On la voit tantôt affecter le tissu cellulaire sous-cutané, d'autres fois frapper les organes les plus profonds, tels que les aponévroses, les muscles, et surtout leurs tendons.

Mais il est rare de voir cette affection revêtir une forme serpigineuse et limiter ses effets à une portion seulement de l'épaisseur de la peau.

Il nous a été donné d'en recueillir une observation des plus remarquables, dont nous allons donner un exposé succinct.

M. X..., directeur d'un de nos principaux théâtres de Paris, encore dans la force de l'âge, et qui jusqu'alors avait joui d'une très bonne santé, fut atteint le 8 juillet 1852, à la suite de l'extirpation d'un cors placé sur le dos du petit orteil du pied droit d'un petit phlegmon diffus qui envahit d'abord le tissu cellulaire de cet organe et se propagea rapidement sur toute la région dorsale du pied.

C'est alors qu'il réclama mes soins; déjà l'articulation phalango-phalangienne était mise à nu; de larges phlyctènes remplies d'une sérosité noirâtre occupaient toute l'étendue de la face dorsale du tarse et du métatarse, et se prolongeaient même dans la région plantaire.

La gangrène était imminente et tout portait à croire que le pied était sérieusement compromis.

En présence de tels phénomènes, je crus devoir recourir à l'expérience de notre savant confrère, M. le docteur Maisonneuve, qui voulut bien s'adjoindre à moi pendant toute la durée du traitement.

Lors de notre première réunion, qui eut lieu le 23 juillet, nous constatâmes que le tiers environ de la peau qui recouvre la région dorsale du pied était déjà frappée de gangrène, que le stylet pénétrait dans l'articulation des deux premières phalanges du petit orteil, qu'un gonflement œdémateux envahissait la partie inférieure de la jambe et la plante du pied.

Nous dûmes faire connaître au malade toute la gravité de sa position, le préparer même à une amputation qui paraissait presqu'inévitable. Cependant, avant de nous y décider, nous crûmes prudent d'attendre la limitation de la gangrène, et d'observer, tout en les dirigeant, les efforts que pourrait tenter l'organisme.

Le malade, soumis au repos absolu, fut placé de manière à ce que la jambe, reposant sur un coussin de balle d'avoine, se trouvât dans une position élevée. Plusieurs incisions furent pratiquées, tant sur l'orteil que sur les parties œdémateuses, et sur les points déjà mortifiés.

Un phénomène singulier frappa vivement notre attention au moment où le bistouri divisait les escarres, c'est que la peau n'était pas encore complètement envahie par la gangrène dans toute son épaisseur, et qu'il restait une partie du derme non encore mortifié entre les escarres et le tissu cellulaire sous-cutané.

Cette circonstance insolite nous fit penser qu'il ne serait peut-être pas impossible d'arrêter les progrès du mal, avant la dénudation des tendons extenseurs, et par conséquent de conserver au malade l'usage de son membre.

Dans cette espérance, sur laquelle toutefois nous ne comptions que bien faiblement, nous prescrivîmes les précautions les plus rigoureuses.

Le malade fut soumis à une diète sévère, à des boissons délayantes, à l'immobilité la plus absolue.

La partie malade fut recouverte de cataplasmes émolliens fréquemment renouvelés.

Sous l'influence de ce traitement, la gangrène borna momentanément ses progrès; l'œdème et le gonflement inflammatoire disparurent complètement, et nous vîmes, avec une satisfaction profonde, que lors de la séparation des escarres, il restait au-dessous d'elles une petite portion de l'épaisseur du derme. Mais tout en cessant de progresser en profondeur, la gangrène continua pendant quinze jours à s'étendre en superficie, tandis que, dans toute la région externe, les escarres étaient détachées, que la cicatrice était en voie de formation, nous vîmes du côté externe la peau rougir, se couvrir de phlyctènes et se sphacéler comme dans la région voisine.

C'est le 15 août seulement que ce travail gangréneux cessa de faire des progrès. Les escarres récentes achevèrent de se détacher, sans que, dans un seul point, le tissu cellulaire sous-cutané ait été mis à nu.

La cicatrice marcha dès lors avec rapidité et recouvrit bientôt toute l'étendue de la plaie, c'est-à-dire toute la région dorsale du pied. Le mal semblait marcher à la guérison, lorsque, le 20 août, survint dans la région plantaire une tuméfaction douloureuse accompagnée d'œdème, et bientôt se manifesta un véritable abcès, qui dut être incisé largement. Cette incision nous fit reconnaître une seconde phase de la maladie, plus grave encore que la première. Cette fois, ce n'était plus la peau qui était frappée par le travail gangréneux, mais bien l'aponévrose plantaire; toute cette aponévrose se mortifia successivement jusque dans ses plus petits prolongemens, et nous dûmes craindre une seconde fois que le pied tout entier ne fût gravement compromis.

Cette excision mit à découvert tous les muscles de la plante du pied, et nous permit de constater que le mal ne s'était pas étendu plus profondément.

A dater de ce moment, la gangrène suspendit sa marche envahissante, et la plaie marcha d'une manière régulière vers la guérison.

Nous signalerons cependant encore un fait assez curieux: au lieu de se souder aux parties sous-jacentes, la peau de la plante du pied, qui par le fait de l'aponévrose plantaire, se trouvait décollée dans une grande étendue, se recouvrit à la face profonde d'un épiderme épais que nous fûmes obligés d'enlever avec soin, et qui put être détaché par larges lambeaux.

Après cette petite opération, la peau fut maintenue exactement en contact avec le tissu musculaire, au moyen d'une compression méthodique, et rien, dès lors, ne vint plus entraver la cure.

Actuellement que la guérison est entière, il reste sur le dos du pied une large cicatrice qui recouvre toute la surface de cette région.

A la face plantaire de l'organe, on observe une longue cicatrice linéaire, et malgré la destruction complète de l'aponévrose, le pied ne s'est point affaibli et semble peu différent de l'état normal, non seulement quant à la forme, mais encore sous le point de vue de la station et de la marche.

L'observation que nous venons de rapporter contient deux faits extrêmement remarquables:

1° La limitation de la gangrène à une portion seulement de l'épaisseur de la peau, et cela dans une surface aussi considérable que toute la surface dorsale du pied;

2° La destruction complète de l'aponévrose plantaire sans altération notable des fonctions de l'organe.

Ce sont ces deux points qui nous ont paru dignes d'être soumis à l'attention de l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 Mai 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

La correspondance comprend:

1° Un rapport de M. le docteur YVONNEAU, médecin des épidémies de l'arrondissement de Blois, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Lande (Loir-et-Cher).

2° Un rapport général de M. le docteur ARIBERT DU FRESNE, médecin des épidémies de l'arrondissement de Grenoble, sur les épidémies qui ont régné dans cet arrondissement pendant l'année 1852.

3° Un rapport de M. le docteur KUHN, médecin-inspecteur des eaux minérales de Niederbronn (Bas-Rhin), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852.

4° Un mémoire de M. Pégot, intitulé : Essai clinique sur l'action des eaux thermales sulfureuses de Bagnères-de-Luchon, dans le traitement des accidens consécutifs de la syphilis. (Comm. MM. Pâtissier et Gibert.)

5° Une note de M. le docteur Szokalski (de Savigny), sur l'usage physiologique des poils sur la face de l'homme, et sur l'influence de leur suppression sur la santé. (Comm. M. Michel Lévy.)

6° Un mémoire de M. Tourrette, de Chambly (Oise), ayant pour titre : Du traitement curatif du choléra-morbus et de sa prophylaxie. (Comm. du choléra.)

7° Une lettre de M. Kuhn, de Niéderbrunn, sur les avantages de l'administration du sulfate de quinine en injection dans le gros intestin. (Insertion au *Bulletin*.)

8° Une lettre de M. Bouloumié, accompagnant un paquet cacheté relatif à une formule d'un succédané du quinquina.

9° Une lettre de M. Villardebo, qui revendique en faveur de Monteggia la priorité de l'idée d'employer des injections coagulantes dans les artères, réclamée récemment par M. Leroy-d'Étiolles. M. Villardebo cite à l'appui de cette réclamation quelques passages d'un ouvrage de Monteggia qui justifient cette prétention.

10° M. Allibert adresse une lettre relative à la question de la surdi-mutité. (Renvoyée à la commission.)

11° Une lettre de M. Ménière, qui est renvoyée à la commission de la surdi-mutité.

12° M. Morel-Lavallée, chirurgien des Enfans-Trouvés, adresse un travail sur les épanchemens traumatiques de sérosité. (Nous publierons un extrait de ce travail dans un prochain numéro.)

M. Bouvier, à l'occasion du procès-verbal qui fait mention d'une protestation de quelques professeurs de l'institution des Sourds-Muets de Paris, contre quelques assertions contenues dans son dernier discours, déclare qu'il n'a nullement été dans son intention de blesser en quoi que ce soit la susceptibilité de personne; qu'il a été mû exclusivement dans tout ce qu'il a dit par le désir de connaître et de dire la vérité. En ce qui concerne une insinuation relative aux ouvrages des professeurs sourds-muets, si les renseignemens qu'il avait recueillis à cet égard sont erronés, il s'empresse de le reconnaître; mais, ajoute-t-il, rien ne m'empêchera de dire sur cette question tout ce que je saurai et tout ce je croirai utile à l'intérêt de la vérité.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la surdi-mutité.

Surdi-mutité.

(Nous publions, aujourd'hui, la deuxième partie du discours prononcé par M. Bonnafont, dans la séance du 24 mai.)

M. Bonnafont s'exprime ainsi :

Je dirai, en terminant, quelques mots sur la direction qu'il conviendrait, suivant moi, de donner à l'éducation des sourds-muets; pour arriver à de meilleurs résultats; il faudrait envisager leur position par rapport à eux-mêmes, à leur famille et à la société, et considérer ensuite dans laquelle de ces trois positions ils sont le plus généralement appelés à vivre.

Quoi qu'on fasse, tant que le muet ne parlera pas distinctement, et qu'il restera assez sourd pour ne pas entendre un peu la parole, il formera un homme exceptionnel dans la société. Privé des deux facultés les plus nécessaires aux relations sociales, il bornera par instinct et par raison les siennes à ses parens et à quelques amis. Le sourd-muet est donc voué à une existence très sédentaire. Eh bien ! dans cet état, vaut-il mieux qu'il sache prononcer péniblement quelques phrases dissonnantes et décousues, difficiles à comprendre, et qui constitueront pour lui le moyen le plus habituel de transmettre sa pensée, souvent si féconde? Et n'est-il pas préférable de lui apprendre le langage des signes, plus facile, moins fatigant, et au moyen duquel il traduira, aussi bien que les personnes qui parlent, toutes ses impressions?

C'est là une question complexe, dont la solution réclame un sérieux examen ; et avant de prendre aucune décision, l'Académie doit s'éclairer encore, si elle le juge convenable ; car il faut qu'elle soit bien persuadée que le jugement qui sortira de son enceinte, aura un grand retentissement, et qu'il exercera une énorme influence sur le mode d'enseignement ultérieur des sourds-muets dans tous les établissemens.

Pour suivre notre idée, nous allons essayer de montrer un sourd-muet n'entendant rien, dont l'éducation aura été faite exclusivement par la méthode de l'articulation orale et de la lecture sur les lèvres. En quittant l'institution où il aura parfaitement appris à lire sur les lèvres des professeurs et des autres élèves qu'il était habitué à voir à tout instant, il se trouvera bien certainement dérouté par la difficulté qu'il aura de lire sur les lèvres des personnes avec lesquelles il vivra, et qui seront peu exercées à syllaber assez lentement la parole. En supposant même qu'elles se soient familiarisées avec cet exercice, les communications resteront toujours très lentes et très laborieuses; il faudra beaucoup de temps et de patience pour la plus légère explication, et, autre inconvénient, les relations ne pourraient jamais s'établir à distance.

Les interlocuteurs seront donc toujours forcés de se tenir rapprochés, le parlant ayant les lèvres parfaitement éclairées et en face du sourd qui, pour bien saisir le sens des discours, sera obligé de prêter une attention soutenue, et pour peu que le mouvement des lèvres, sur lesquelles son regard est condamné à rester fixé, ne lui soit pas familier, cette contention d'esprit se changera en une véritable torture. Dans cette perplexité, lorsqu'il sera obligé de répondre, et qu'il n'aura à sa disposition que quelques mots ou quelques phrases péniblement accentués, le sourd-muet regrettera bien certainement qu'on ne lui ait enseigné que ce mode de communiquer, et pour peu qu'il connaisse les signes, et il les inventera si on ne les lui a pas appris, il s'en servira pour les substituer fréquemment à l'articulation orale.

C'est probablement parce que les professeurs exclusifs de ce dernier mode connaissent la facilité avec laquelle le sourd-muet préfère la mimique, qu'ils la proscrivent aussi sévèrement de leurs cours. Mais pourquoi donc le priver obstinément de ce moyen de communiquer, si son intelligence s'en accomode mieux.

A l'appui de ces idées, M. Bonnafont cite l'opinion de quelques sourds-muets qui, à la mimique, réunissent l'articulation orale à un degré aussi avancé qu'il soit possible de l'obtenir chez eux.

Pour nous, ajoute M. Bonnafont, notre conviction est bien arrêtée ; et malgré l'autorité des hommes éminens qui se sont prononcés contre le mélange des deux systèmes, nous persistons à penser qu'ils peuvent et qu'ils doivent même être employés simultanément dans beaucoup de cas, et que ce serait le moyen de rendre l'éducation des sourds-muets beaucoup plus complète; car, possédant le langage oral et celui des signes, ils pourront employer l'un ou l'autre mode de communication, selon les circonstances où ils se trouveront. Les résultats que nous avons constatés à l'institution impériale, démontrent l'avantage de cette éducation mixte, et du secours que l'articulation orale et le langage mimique se portent naturellement. Partisan du progrès, et le voulant aussi complet que possible, nous pensons qu'il faut faire pénétrer l'enseignement de l'articulation orale et de la lecture sur les lèvres, autant que cela se pourra, chez les sourds-muets; mais il est des limites devant lesquelles tous les efforts viendront se briser, où la sagesse et l'humanité mêmes nous commandent d'arrêter nos tentatives.

L'important donc, comme vous l'a dit mon honorable maître, M. Bégin, c'est de bien préciser ces limites, et d'indiquer ceux des sourds-muets qui seront classés en deçà ou au-delà. Eh bien ! c'est ce que j'ai fait et ce que j'ai appris à faire d'une manière presque mathématique. Or, voici, d'après mes expériences, la proportion des divers degrés d'instruction que pourront recevoir les sourds-muets :

Un cinquième environ entendant le petit diapason du *sol* de la troisième octave, à un centimètre ou plus de l'oreille, parviendra à parler assez bien; un cinquième entendant le diapason du *do* de la première octave à la même distance, parlera beaucoup moins bien, quelques-uns même très mal; chez les autres, on n'obtiendra que des cris rauques et incompréhensibles, très désagréables à entendre. Ce serait donc les deux cinquièmes environ qui seraient susceptibles de recevoir le bénéfice plus ou moins complet de l'articulation orale. Itard n'en portait le nombre qu'à un dixième, mais tous peuvent être plus ou moins bien initiés à la lecture sur les lèvres, puisque, pour cela, il n'est nullement besoin d'entendre.

Je n'ai certes pas la prétention de marquer ces limites d'une manière absolue, car l'absolu n'appartient qu'à Dieu ; mais dans l'état actuel de nos connaissances, et d'après la conviction que, depuis longtemps, j'ai acquise, je ne crains pas de dire que vouloir dépasser ces limites dans l'enseignement oral, à l'exclusion de la mimique, est une exagération préjudiciable à un trop grand nombre d'élèves; s'obstiner à faire parler un sourd-muet à qui la nature a refusé cette faculté, alors que par les signes il peut suppléer avantageusement à la parole, c'est étouffer sa pensée dans un cercle de fer ; c'est enfin, et permettez-moi cette expression un peu énergique, condamner son intelligence aux travaux forcés à perpétuité.

La parole est à M. Ferrus.

M. Ferrus : A prendre le rapport de la commission tel qu'il est, abstraction faite des causes qui ont pu gêner son action, ce document est incomplet et prématuré. En effet, ce document qui établit les perfectionnemens auditifs et tactiles obtenus par M. Blanchet, n'indique pas explicitement l'action qu'ils peuvent avoir sur l'articulation de la parole, et, par une conséquence importante, sur la facilité des rapports sociaux; il ne détermine ni la nature, ni le degré des services que peuvent rendre les procédés de M. Blanchet.

Cette méthode, dit-on, développe et perfectionne par l'usage et la fréquence de l'exercice musical la sensibilité auditive. Les élèves d'élite entendent quelques paroles à distances; ils saisissent les vibrations de l'acoumètre; mais à quoi ces connaissances vont-elles aboutir? En quoi sont-elles, comme utilité, préférables aux anciens moyens? Quelle assistance le degré d'intelligence peut-il prêter à ces enseignemens? Si par la parole on développe chez les sourds-muets quelques facultés qui ne sauraient être d'ailleurs obtenues qu'en fixant son attention et en développant la sagacité de ses observations par la lecture sur les lèvres, ne lui en fait-on acquérir également et plus encore par la mimique et notamment par l'écriture? Est-il ou non constant que ce dernier mode d'éducation suffit aux besoins ordinaires de la vie sociale, qu'il a permis à des sourds-muets bien doués d'atteindre à une distinction remarquable comme penseurs et comme écrivains? Les proportions de temps scolaire, la situation personnelle des élèves; la condition générale qui leur est faite, ne devaient-elles être respectivement envisagées? Ç'eût été incidemment aussi une question de savoir encore si, en supposant aux élèves et une intelligence convenable et un certain degré d'audition, ils n'avaient point instinctivement une aptitude individuelle à profiter de telle ou telle méthode; si enfin il ne serait pas possible en certains cas, pour certains élèves, avec certaines dispositions, de réunir les divers enseignemens qui, au lieu de se contrarier ou de se combattre, pourraient alors se prêter un mutuel et fécond appui en élargissant le cercle des impressions et des idées?

M. Ferrus, après avoir posé ces questions, examine de quelle manière elles ont été comprises et discutées par les différens orateurs qui ont pris la parole jusqu'ici, et signale quelques erreurs de faits qui se seraient glissées, d'après lui, dans la discussion. Il résume en ces termes cette première partie de son argumentation :

M. Guéneau de Mussy, en réclamant la part légitime d'Itard, et refusant à M. Blanchet d'avoir imaginé une méthode nouvelle et des principes nouveaux ; M. J. Guérin, en déclarant que la question soumise à votre appréciation est appelée à servir de motif et de garantie à d'importantes réformes ; M. Bégin, en lui assignant la proportion d'un grand problème d'enseignement à résoudre, et en montrant combien, si l'avis du ministre n'est pas destiné à rester une lettre morte, la responsabilité de l'Académie doit se trouver engagée; M. Bonnafont, en considérant la surdité par son premier discours dans son acception médicale, et en indiquant l'influence qu'exerce le sens de l'ouïe sur l'intelligence ; M. Bouvier lui-même, en ne décidant pas la question de prééminence entre les méthodes, ont été, sauf les nuances, reliés par un lien commun, l'importance de la discussion engagée, la grandeur de la sphère qu'elle embrasse et le sentiment des obscurités que le rapport de la commission a laissé planer sur elle.

M. Ferrus, dans la seconde partie de son discours, cherche à expliquer les nombreuses réclamations qui ont surgi, qui ne sont, dit-il, que des malentendus, et après avoir montré que l'obscurité est partout, dans cette question, il termine en ces termes :

Comment enfin se prononcer dans le doute où la discussion laisse encore l'Académie :

1° Sur l'efficacité du traitement médical, que n'appuient que de rares exemples obtenus par des moyens fort divers, dans une affection qui, comme la surdi-mutité, ne se rattache pas exclusivement à une altération donnée des organes de l'audition, mais à des altérations multiples, nées, pour la plupart, de causes différentes et bien souvent ignorées.

2° Sur l'importance des exercices physiologiques pour stimuler la sensibilité auditive, puisque, pour rendre cette application profitable, il faut choisir les élèves, et, suivant l'expression de vos commissaires, tenir compte dans ces examens non seulement de la portée d'audition, mais aussi du degré d'intelligence et de mutisme, ce qui exclut nécessairement la masse des individus de ses bienfaits.

3° Qu'il n'est pas d'ailleurs démontré qu'il faille, pour atteindre à l'articulation de la parole, que l'élève possède une audition assez parfaite pour s'entendre parler, ni même que le progrès de l'audition soit toujours en rapport avec celui du langage.

4° Que rien non plus ne prouve que la faculté d'articulation conquise se maintienne, alors même que l'élève vit au milieu de parens, et s'exerce incessamment à l'exercice de la parole.

5° Il reste encore à savoir si les méthodes rivales ne pourraient pas, fondues dans un enseignement commun, offrir de grands avantages.

Je suis convaincu, pour mon compte, que cette alliance est non seulement possible, mais nécessaire.

En face d'une telle situation, quel parti semble-t-il que l'Académie doive prendre pour conserver à la fois l'autorité traditionnelle de ses jugemens, sa haute position scientifique et une parfaite impartialité?

Il n'est, suivant moi, que deux solutions : ou le renvoi du rapport à la commission, qui, poursuivant les études commencées, le complétera d'aperçus puisés tant dans des expériences nouvelles, que dans les lumières du débat ; ce qui motiverait la demande au ministre d'un délai pour la réponse définitive ; ou, ce que je crois préférable, la délimitation du travail actuel à l'examen circonscrit des effets obtenus par M. Blanchet, et l'élimination du rapport de toute pensée tendant à introduire dans l'institut de Paris, occasionnellement pour ainsi dire, des innovations qui, fécondes, si on en ménageait la transition, pourraient, dans le cas contraire, y porter des germes d'hésitation, d'antagonisme, par conséquent de désordre.

L'Académie, usant aussi de la faculté que le ministre lui a laissée de scinder ses réponses, retiendrait la question d'ensemble.

La parole est à M. Malgaigne.

Nous ne pouvons donner, aujourd'hui, l'argumentation de M. Malgaigne ; nous nous bornons à reproduire les réponses qu'il propose, comme conclusion de son discours, de substituer aux réponses de la commission :

A la première question :

« Parmi les élèves entrant chaque année à l'établissement, il s'en trouve généralement un certain nombre qui paraissent susceptibles d'amélioration, et qu'il importe de soumettre à un traitement spécial; mais l'expérience n'a pas encore appris s'ils sont susceptibles de guérison complète. »

A la deuxième question :

« Nombre de sourds-muets sont capables d'acquérir la faculté de lire sur les lèvres, c'est là même le but essentiel de la méthode allemande et de l'institution, à Paris, de M. Benjamin Dubois, mais cette faculté est fort limitée chez la plupart. »

A la troisième question :

» Cela n'est nullement démontré. »

A la quatrième question :

» L'expérience est loin d'avoir décidé entre la méthode française ou l'éducation par la mimique, et la méthode allemande qu'on voudrait lui substituer. »

A la cinquième question :

« L'Académie ne saurait répondre à cette question jusqu'à ce que M. Blanchet l'ait mise à même d'en juger par expérience.

» Toutefois, les essais de M. Blanchet semblant permettre des résultats utiles, l'Académie pense qu'il doit être encouragé à les poursuivre.

» Mais surtout elle est d'avis qu'il serait utile, pour résoudre la question pendante entre les méthodes, et imprimer, au besoin, une direction nouvelle à l'éducation des sourds-muet, d'instituer près de l'institution impériale des Sourds-Muets, un conseil de perfectionnement analogue à celui qui a été attaché à l'École polytechnique.

» Mais je désire que cela soit renvoyé à la commission, pour qu'elle en délibère, heureux si je pouvais être d'accord avec elle. »

La séance est levée à cinq heures et quart.

COURRIER.

Le *Moniteur* de ce jour publie un décret portant promulgation de la convention sanitaire internationale et du réglement interprétatif de cette convention, dont l'exécution commencera le 15 juin prochain.

— Nous apprenons que les médecins de l'armée belge, voulant témoigner à M. Vleminckx, inspecteur général du service de santé, toute leur reconnaissance pour les services qu'il a rendus à la médecine militaire, viennent de décider qu'une médaille serait frappée en son honneur.

Déjà de nombreuses listes de souscription circulent et sont couvertes de signatures. C'est M. Wiener, habile graveur, qui est chargé de l'exécution de cette médaille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De la chaleur animale comme principe de l'inflammation et de l'emploi des enduits imperméables comme appréciation du dogme ; par le docteur Robert-Latour. — Un vol. in-8°. Prix : 3 fr. 50 c.

A Paris, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

La fièvre dite typhoïde est-elle une fièvre, une pyrexie ou une inflammation? Par le docteur L. Lefebvre, lauréat et ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, etc. — In-8°. Prix : 1 fr. 25 c.

A Paris, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltestet Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 66. SEPTIÈME ANNÉE. **Samedi 4 Juin 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

Relation de l'épidémie de fièvre typhoïde actuelle, et résultats comparatifs du traitement par la saignée initiale et l'eau froide, *intùs* et *extùs*.

Il n'est pas rare d'observer des épidémies de fièvre typhoïde, et il n'est guère d'années où, à un certain moment, on ne voie les sujets affectés de cette maladie arriver dans les hôpitaux en nombre plus grand qu'à l'ordinaire. Mais, depuis vingt-cinq ans, nous n'avions pas vu d'épidémie aussi considérable que celle qui a régné cette année à Paris, et dont nous voyons encore des restes affaiblis dans les hôpitaux.

J'ai pensé qu'il pourrait être utile d'étudier avec soin les faits nombreux qui se présentaient à nous, afin de vous en tracer plus tard une histoire rapide. C'est ce qui a été fait, et je viens aujourd'hui consacrer quelques leçons à cette épidémie qui touche à son terme.

Je me suis attaché surtout à la question thérapeutique, et cela avec d'autant plus d'empressement, que l'on vante beaucoup en ce moment un traitement particulier qu'il nous était facile d'appliquer.

Il y a déjà quelque temps, M. Leroy, de Béthune, publia un travail intéressant (1) sur ce nouveau mode de traitement, qui consiste dans l'emploi de la saignée et de l'eau froide combinées, et des faits nombreux analysés par cet honorable praticien, en faisant connaître les résultats favorables obtenus par cette médication, devaient engager les médecins à l'expérimenter de nouveau.

C'est ce que nous avons fait dans notre service, où nous avons traité par la saignée et l'eau froide *intùs* et *extùs* un certain nombre de malades, en continuant de traiter les autres par les méthodes ordinaires, afin de pouvoir établir une comparaison entre les divers modes de traitement.

Mais, avant de faire connaître les résultats auxquels nous sommes arrivés, sous ce rapport, il est nécessaire de donner d'abord une idée du caractère de l'épidémie, en analysant les faits qui se sont présentés à notre observation.

L'épidémie a commencé dans le mois de décembre 1852 : d'abord mal dessinée, elle n'a offert de caractères bien tranchés que dans les mois de janvier et de février, époque à laquelle elle a présenté sa plus grande intensité.

Depuis le début de l'affection jusqu'à ce jour (15 avril), nous avons reçu 101 malades, dont 16 sont morts; mais nous n'avons pas pu recueillir tous ces faits : 1° parce que les premiers paraissant des faits isolés, n'ont pas fixé notre attention; et 2° parce que pour pouvoir vous rendre compte de l'épidémie, il a fallu nécessairement s'arrêter à un moment donné que nous avons fixé au 6 avril, époque où l'épidémie a commencé à décroître. Nous n'avons donc analysé que 51 cas, recueillis du commencement de janvier au 6 avril, c'est-à-dire dans la période la plus active de l'épidémie.

Passons maintenant les faits en revue, afin de bien connaître le génie de cette épidémie.

ÉTIOLOGIE. — Nous avons retrouvé dans les causes de la maladie l'obscurité notée déjà par M. Louis, dans son ouvrage sur la fièvre typhoïde.

Age.— La plupart des malades observés par M. Louis, ayant de 17 à 28 ans, et aucun n'ayant dépassé 52 ans, on pouvait croire que la fièvre typhoïde était une maladie de la jeunesse; mais les recherches récentes, et surtout celles de MM. Taupin, Rilliet et Barthez, ont démontré que l'affection était fréquente chez les enfans. Il n'en est pas de même chez les vieillards, car les cas dans lesquels on a trouvé la fièvre typhoïde après 50 ans, sont bien rares, même en temps d'épidémie, et plusieurs des faits cités peuvent être révoqués en doute. Aussi M. Putégnat a-t-il pu dire que les épidémies elles-mêmes ne changent pas les résultats obtenus, relativement à l'âge des sujets. Voyons ce que nos observations nous apprennent sur ce point.

Les malades admis dans cet hôpital ayant tous plus de 15 ans, nous n'avons rien à dire relativement aux enfans; mais nous voyons que, parmi les sujets que nous avons observés, la plupart avaient de 17 à 28 ans, et une moyenne de 24 ans, ce qui se rapproche des résultats obtenus par M. Louis. Le plus jeune avait 16 ans, et le plus vieux avait 61 ans. Or, ce dernier dépassant les limites ordinaires de l'âge, il importe de vous en dire quelques mots.

OBSERVATION I. — *Fièvre typhoïde chez un homme de 61 ans.* — Cet homme, d'une forte constitution, exerçant l'état de tabletier, se nourrissant bien, et ne se livrant qu'à un travail modéré, habite Paris depuis 38 ans. Depuis 1849, il faisait de fréquens excès de vin, et huit jours avant de tomber malade, il s'enivra et descendit dans une cave humide, où il resta un certain temps, sans offrir toutefois les jours suivans aucun symptôme de maladie.

La fièvre typhoïde débuta par de la faiblesse, de l'inappétence; il ne fit aucun traitement, continua à travailler; mais les symptômes augmentèrent d'intensité, et onze jours après, le 22 mars, il entra à l'hôpital.

Lorsque nous le vîmes pour la première fois, le malade était dans le décubitus dorsal; le facies exprimait la stupeur; la position assise était très pénible et occasionnait des tournoiemens de tête; les réponses étaient lentes, faites à voix basse; le malade se plaignait enfin de tintemens d'oreilles; il avait un peu de toux, suivie d'une expectoration de mucosités aérées, blanchâtres. La fréquence du pouls était modérée. Il n'y avait pas eu d'épistaxis, de diarrhée, de météorisme, et l'on n'apercevait pas de taches rosées.

En raison de l'absence d'un certain nombre des symptômes de l'affection régnante, nous restâmes quelques jours dans l'indécision. Cependant, la persistance des symptômes généraux, l'absence de phénomènes locaux qui pussent les expliquer, la faiblesse croissante nous faisaient incliner vers l'existence d'une fièvre typhoïde.

Six jours après, la stupeur était profonde, l'abdomen très météorisé, offrait plusieurs taches rosées lenticulaires, disparaissant par la pression du doigt. Dès lors, le diagnostic ne pouvait plus être douteux. Les symptômes ne tardèrent pas à diminuer, le 3 avril le malade commença à avoir de l'appétit; les jours suivans, la convalescence s'établit, et aujourd'hui (18 avril) le malade sort guéri, ne conservant plus que de la faiblesse.

Chez ce malade, la méthode de traitement a été l'expectation. Quelques laxatifs ont été administrés, mais ils étaient supprimés depuis plusieurs jours quand a paru la diarrhée, qui, par conséquent, ne saurait leur être attribuée. La durée de la maladie a été d'environ 30 jours. Voilà donc un fait positif dans lequel la limite ordinaire de l'âge a été dépassée; mais ce fait est le seul.

Sexe. — Nous avons eu 39 hommes et 12 femmes parmi les malades dont les observations ont été recueillies. Déjà M. Louis avait trouvé que la fièvre typhoïde sévissait davantage chez les hommes, mais nous devons faire observer qu'il entre dans les hôpitaux plus d'hommes que de femmes, et, par suite, ce résultat n'est pas absolu. Cependant, M. Marc d'Espine a fait, à Genève, des recherches qui lui ont appris que la fièvre typhoïde attaquait plus souvent les hommes que les femmes, et MM. Taupin, Rilliet et Barthez sont arrivés aux mêmes résul-

(1) UNION MÉDICALE, 1852.

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire.— L'homœopathie en cours de sollicitations.— Une École de médecine orthodoxe. — L'enseignement de la médecine libre.

Les démarches auprès de l'Empereur, pour obtenir la création d'une chaire d'homœopathie à la Faculté de Paris, sont réelles; mais elles n'ont pas l'importance que quelques personnes leur attribuaient. Si je suis bien informé, le haut fonctionnaire de l'État sous le patronage duquel on voulait placer cette demande, aurait répondu avec esprit et à propos : « Je ne suis assez savant ni pour dédaigner, ni pour encourager l'homœopathie. Malade, j'en ai usé et ne m'en repens pas; ministre, c'est » l'affaire de mon collègue de l'instruction publique. » Sollicité à son tour, M. Fortoul aurait évincé avec non moins d'esprit le solliciteur par la réponse suivante : « Agissez d'abord auprès de la Faculté; si ce » corps enseignant me présente une demande à cet égard, je verrai si » je dois faire un rapport à l'Empereur. » Le solliciteur comprit à merveille et résolut de s'adresser à l'Empereur lui-même. Il a obtenu, en effet, l'honneur d'une audience et une de ces réponses polies, sensées et discrètes sur laquelle l'homœopathie est libre de fonder des espérances, mais que nous sommes libres aussi de voir sans appréhension.

Cette démarche en a réveillé d'autres, qui sont beaucoup plus anciennes, déjà plusieurs fois repoussées, ce qui ne les empêcherait pas, m'assure-t-on, de se raviver aujourd'hui avec une certaine énergie. Il s'agirait d'obtenir la création d'une école libre de médecine, école qui ne recevrait que des élèves internes, et dont l'enseignement serait dispensé par des médecins connus par des principes philosophiques et religieux, que l'on voudrait opposer à la pestilence des écoles officielles. Je trouve que l'on est bien bon de s'arrêter en si beau chemin. M. de Corbière s'était montré plus logique. Il avait extirpé le mal jusque dans ses racines. Ne serait-il pas plus expéditif et plus sûr de supprimer les écoles actuelles et de les reconstituer avec de nouveaux élémens? Prenez-y garde, Messieurs, le diable est bien fin, et il pourrait donner aux professeurs des doctrines que vous voulez combattre plus de talent et plus d'attrait qu'aux défenseurs des principes orthodoxes. Il est imprudent d'exposer les élèves aux dangers de la comparaison. Unité de doctrine, tenez-vous en là.

Mais voilà le difficile. Il règne parmi les vitalistes qui s'appellent eux-mêmes orthodoxes, les mêmes dissentimens dogmatiques qu'ils se réjouissent de signaler parmi les organiciens (synonyme, matérialistes). C'est même un sujet de grand étonnement, je ne dis pas d'édification, de voir comment le vitalisme hippocratique de Paris traite avec dédain le vitalisme non moins hippocratique de Montpellier; comment celui-ci à son tour condamne celui-là comme hérétique, et comment M. Pidoux les déclare tous les deux dignes de la Gehenne. Il est certain que les deux âmes auxquelles on semble tenir beaucoup à Montpellier, sentent un peu le fagot. Je m'en rapporterais volontiers sur ce point à l'honorable et spirituel confrère, très savant théologien, qui a traduit la *Somme* de saint Thomas, si ma foi religieuse avait besoin d'autre appui que celui de l'Évangile. Les simples d'esprit, comme moi, trouvent là leur motif suprême. Ils disent, ce que j'ai pris la liberté de répéter souvent, que ce mélange de croyances religieuses aux croyances médicales est plus imprudent qu'utile; qu'il est injuste et souvent dangereux d'établir une corrélation directe et intime entre les principes religieux et les opinions médicales; que le spiritualisme ou le matérialisme n'implique nécessairement ni l'art du diagnostic, ni le talent du thérapeutiste; qu'on peut être un très méchant médecin en allant à la messe, et un bon praticien, quoique voltairien; que l'organicisme médical n'a pas pour conséquence fatale le matérialisme philosophique, et que l'on peut rejeter ou admettre les propriétés vitales, tout en croyant ou en ne croyant pas à l'existence de l'âme, à son immortalité, à la vie future, à la récompense des justes et à la punition des méchans.

Je sais qu'on pourra me répondre par de très belles phrases sur ce sujet; je n'invoquerai, moi, que des faits. Je me bornerai aujourd'hui à citer les deux suivans, pour ne parler que des morts :

Broussais partait, en philosophie, du même point de vue que les vitalistes les plus orthodoxes; il croyait aux propriétés vitales; on sait cependant jusqu'à quelles limites il a poussé le matérialisme philosophique.

Laennec était un médecin que vous appelez organiciste et anatomiste; il a vécu et il est mort en parfait chrétien.

Je n'en désire pas moins le succès de vos efforts, Messieurs; et j'espère bien que les indiquer ainsi que je le fais, ne sera pas considéré par vous comme un acte d'opposition.

Nous devisions de ces choses avec un de mes amis, homme de très grand sens, philosophe aimable et tolérant, médecin d'une instruction générale et pratique aussi solide qu'étendue, quand je fus surpris, je l'avoue, de l'entendre s'écrier :

— Il y a du bon au fond de cette idée. Dégagez-la de tout ce que l'esprit de secte lui imprime d'étroit et de passionné, et vous y trouverez une question grave de liberté et d'émulation.

— De liberté? répondis-je. Est-ce que vous croyez que les doctrines médicales manquent de liberté pour se produire? Où est donc l'oppression qui étouffe la manifestation d'aucune d'elles? Je vois, au contraire, dans la Faculté de médecine de Paris, par exemple, une tolérance si grande, qu'elle peut passer pour de l'indifférence; elle accueille les thèses les plus opposées à ses doctrines et au sentiment général de la science actuelle; de jeunes aspirans au doctorat viennent, à la barbe d'Hippocrate et de Galien, de Fernel et de Baillou, soutenir publiquement que l'homœopathie est une science, et la syphilisation un bienfait. Il y a plus, et je vous citerai cet exemple, parce qu'il est affligeant, et qu'il prouve de quelle somme de liberté jouissent toutes les opinions pour se produire. Il y a un mois ou deux, un médecin de la marine se présente à la dernière épreuve du doctorat avec une thèse qui était une critique très vive des institutions d'enseignement médical consacrées au

tats chez les enfans. Il faudrait voir encore si cette fréquence est proportionnelle au nombre d'individus de l'un et l'autre sexe ; mais, jusqu'ici, ce travail n'a pas été fait.

Professions. — Le nombre de nos observations est trop limité pour avoir une grande importance au point de vue de l'influence des professions. Ce n'est donc que pour mémoire que nous mentionnons les résultats suivans. Nous avons eu 3 maçons, 3 terrassiers, 3 fondeurs en cuivre, 4 domestiques ; les autres malades exerçaient des professions diverses, et n'ont rien offert de remarquable sous ce rapport.

Acclimatement. — 23 individus étaient à Paris depuis moins d'un an, 12 depuis plus d'un an, 4 depuis leur enfance.

D'après M. Louis, les individus qui sont depuis peu de temps à Paris, offrent une mortalité un peu plus considérable. Dans les faits que nous avons observés, nous n'avons pas remarqué de différence notable; mais, répétons-le toujours, nous n'opérons que sur un petit nombre.

Quant à la cause de l'épidémie elle-même, on a émis diverses hypothèses, mais sans arriver à aucun résultat. Ainsi, on a pensé que les grands travaux exécutés à Paris, en produisant une grande agglomération d'ouvriers ; que la démolition simultanée d'un grand nombre de maisons, en contribuant à favoriser l'entassement des gens qui étaient obligés d'abandonner leurs demeures, pouvaient avoir eu de l'influence sur le développement de l'épidémie actuelle ; car on pense que l'encombrement, les mauvaises conditions hygiéniques sont une des principales causes des affections typhoïdes ; mais il y a loin de ces suppositions à une démonstration, et il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que de nombreuses épidémies ont eu lieu en même temps dans des provinces où ces causes n'existaient pas.

Nous ferons observer que la maladie, qui a commencé au mois de décembre, a eu sa plus grande intensité pendant l'hiver, sans que cette gravité ait paru sensiblement modifiée par les variations atmosphériques, tandis que, depuis quelques années, c'était pendant la chaleur de l'été qu'on observait les épidémies de fièvre typhoïde.

Mais je n'insiste pas sur ces causes générales, car il faudra, pour arriver à des résultats de quelque valeur, attendre la fin de l'épidémie, et rassembler de nombreux documens, comme M. Bouvier vient de le faire pour l'épidémie de choléra de 1849.

Symptômes. — M. Louis a vu la maladie commencer par des frissons répétés. Dans les faits soumis à notre observation, nous avons dû faire souvent remonter le début de l'affection au moment où a paru un certain malaise; ou bien, si la maladie survenait dans le cours d'une autre affection, comme une laryngite, une bronchite, à l'époque où la maladie primitive changeait de caractère pour revêtir l'ensemble des symptômes de la fièvre typhoïde.

Chez tous nos malades nous avons noté, au début, pendant cinq ou six jours, divers troubles digestifs, tels que : *inappétence, dégoût des alimens, constipation* ou *diarrhée, faiblesse;* puis survenaient des *frissons* plus ou moins violens, plus ou moins répétés.

Un malade a présenté un début assez remarquable pour que nous nous arrêtions un moment sur son observation.

Observation II. — Ce malade, couché au n° 35 de la salle Saint-Raphaël, et âgé de 38 ans, a continué à travailler pendant trois semaines à dater des premiers symptômes, à son état de tabletier; puis il est resté trois semaines sans travailler, mais sans garder le lit d'une manière continue.

Dans les trois premières semaines, il avait éprouvé de l'affaiblissement, des éblouissemens, des tintemens d'oreilles, des tournoiemens de tête, de l'inappétence, et bien qu'il continuât à travailler, il ne prenait que du bouillon. Les trois semaines qui suivirent, il resta levé et sortait chaque jour pour aller chercher lui-même le bouillon et la soupe dont il se nourrissait. Il ne fit, du reste, aucune espèce de traitement.

A son arrivée à l'hôpital, sa face était naturelle, il était très faible, avait l'abdomen météorisé, sans diarrhée et présentait un certain nombre de taches rosées lenticulaires. Le surlendemain il commença à manger et sortit quelques jours après.

Ce fait prouve combien l'affection dont nous nous occupons est quelquefois bénigne. Cependant, il ne faut pas trop se fier à cette bénignité des symptômes au début de la maladie, car on a vu des individus ne présenter, pendant 18, 20 jours, que des accidens très légers, et être pris ensuite de symptômes extrêmement graves ou même succomber à des perforations intestinales. Du reste, d'autres affections fébriles graves présentent des cas analogues. Dans la fièvre jaune de Gibraltar, observée par M. Louis, un certain nombre de malades ne se couchaient pas du tout, et c'est ce que l'on appelait *passer la maladie sur pied* ; d'autres, au bout d'un certain temps, étaient obligés de prendre le lit, et quelques-uns présentaient alors des accidens d'une grande gravité.

Frissons. — Sur 33 individus interrogés sur ce point, tous avaient eu des frissons, tantôt légers, tantôt violens et répétés. En général, les frissons violens indiquaient que la maladie serait grave.

Appétit. — 8 malades sur 33 avaient conservé un peu d'appétit, les autres l'avaient complètement perdu.

Diarrhée. — 24 malades ont eu de la diarrhée dès le début, et, parmi eux, 4 ont eu des *coliques* assez intenses; les autres ont d'abord offert de la *constipation*, qui se prolongeait parfois assez longtemps. Toutefois, chez un certain nombre de malades, la constipation n'était qu'apparente, c'est-à-dire qu'ils allaient très rarement à la garderobe, mais lorsqu'ils y allaient, leurs selles étaient diarrhéiques.

Un cas a été remarquable par une constipation opiniâtre pendant toute la durée de la maladie. Il importe d'en dire quelques mots.

Observation III. — Une malade rachitique, toute contrefaite, âgée de 39 ans et couchée au n° 4 de la salle Sainte-Geneviève, a eu de la constipation pendant tout le temps de la maladie, qui a été fort longue. Pendant 49 jours elle a présenté une fièvre intense, des sueurs abondantes, des épistaxis, de l'assoupissement, une stupeur profonde, des étourdissemens, du météorisme abdominal et une constipation opiniâtre, malgré l'emploi réitéré d'évacuans. Le pouls a varié de 128 à 116, puis il est tombé, et c'est au bout de 49 jours que la convalescence s'est déclarée. Un phénomène assez singulier s'est encore présenté chez cette malade ; vers la fin de la maladie, le 14 février, toute la face supérieure de la langue a pris une teinte *bleu d'azur*. Cette coloration était entourée d'une petite zone blanchâtre, encadrée elle-même par les bords de la langue, qui étaient d'un rose vif, de telle sorte que la partie supérieure de la langue offrait un aspect comme irisé. Au bout de deux à trois jours cette coloration a disparu, pour reparaître ensuite quatre jours plus tard et disparaître complètement deux jours après, sans que ni les vêtemens que portait la malade, ni les alimens, ni les médicamens qu'elle prenait pussent en aucune façon rendre compte de ce phénomène.

Cette coloration est aussi difficile à expliquer que ces sueurs bleues que l'on a quelquefois observées dans diverses affections. Nous avons eu occasion de voir un jeune homme, qui, traité pour une orchite par l'emplâtre de Vigo, bleuissait ses suspensoirs après l'ablation de l'emplâtre.

Malgré l'absence de taches rosées chez notre malade, les symptômes observés, l'intensité de la fièvre, la longueur de la maladie suffisent pour caractériser la fièvre typhoïde. Elle n'a point présenté, il est vrai, de douleurs abdominales ; mais M. Louis a démontré que les ulcérations intestinales se produisaient souvent sans que l'on constatât de douleurs de l'abdomen. Il a également noté plusieurs cas de constipation dans la fièvre typhoïde.

Vomissemens. — Nous les avons notés chez 8 malades au début de l'affection, et ils annoncent en général une certaine gravité, car sur ces 8 malades, 3 sont morts.

Épistaxis. — Nous ne les avons observées que 9 fois au début. Elles ont en général lieu à une époque plus avancée de la maladie.

Enfin, un individu a présenté une *raideur considérable des membres* ; et ce symptôme, apparaissant au début, pour disparaître ensuite, est assez remarquable pour que nous citions cette observation.

Observation IV. — C'était un journalier qui, après avoir eu de grandes inquiétudes, fut pris de raideur douloureuse des jambes et de gêne de la déglutition, sans douleur au pharynx. Lors de son entrée à l'hôpital, le 15 février, il présentait une stupeur profonde, il éprouvait de la céphalalgie et se fatiguait promptement lorsqu'on le faisait asseoir dans son lit. La langue était sèche, râpeuse ; le pharynx rouge ; l'abdomen météorisé ; le pouls, vibrant, donnait 104 pulsations. Le malade toussait, et l'auscultation du thorax faisait percevoir des râles sibilans des deux côtés.

Un vomitif produisit de l'amélioration ; la langue s'humecta, le pouls descendit à 84 ; l'abdomen offrait des taches rosées. Le 17, il y avait encore de l'abattement. Le 22, le malade commença à se lever ; et le 4 mars, il sortait guéri.

Nous noterons seulement chez ce malade ces douleurs et cette raideur des jambes, décrites par M. Louis sous le nom de *spasmes*. Mais ordinairement elles se montrent à une période plus avancée, et sont, en général, d'un fâcheux augure ; tandis qu'ici la terminaison a été heureuse. Voilà en quoi ce fait a offert de l'intérêt.

(*La suite à un prochain numéro.*)

PATHOLOGIE.

NOTE SUR QUELQUES-UNS DES POINTS LES PLUS IMPORTANS RELATIFS A L'EXAMEN DES MATIÈRES FÉCALES DANS LES MALADIES ;

Par le docteur Jonathan Osborne, professeur de matière médicale, et médecin de l'hôpital Mercer, à Dublin.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

2° *Odeur des matières fécales.* — Cette odeur, peut-être l'une des plus dégoûtantes de celles qu'on rencontre dans la nature, paraît avoir surtout pour but d'empêcher les animaux de manger leurs propres excrémens. Au reste, cette odeur n'est pas le résultat de la putréfaction, comme le présume le vulgaire ; car les fèces n'ont pas de réaction alcaline et sont plutôt acides, et il est contraire à toute espèce d'analogie d'admettre que des matières putrides puissent séjourner plus ou moins longtemps chaque jour dans l'économie, sans avoir une influence toxique et même funeste. La preuve que cette odeur provient de la sécrétion glandulaire du cœcum, c'est que les matières fécales ne la présentent pas tant qu'elles ne sont pas arrivées dans cette partie de l'intestin, c'est que cette odeur est à son maximum dans ce point, et qu'elle diminue

corps de santé de cette arme. Les réglemens de la discipline, que cet officier de santé pouvait ignorer, lui interdisaient toute attaque de ce genre, sous peine grave. Eh bien ! la thèse est accueillie, elle est imprimée et distribuée ; et cet officier de santé de la marine, en recevant le titre de docteur, reçut en même temps un décret qui le mettait en disponibilité pour retrait d'emploi. Je dis que si la Faculté se fût montrée moins scrupuleuse pour la liberté des opinions, elle eût empêché ce jeune confrère de commettre une infraction qui l'a rendu punissable, et qu'il valait mieux, dans ce cas, être moins libéral, que se donner le regret de voir une carrière ainsi brisée.

— Tout cela est fort juste, me répondit mon ami, mais nous ne nous plaçons pas au même point de vue, et nous n'envisageons pas les mêmes objets. Je vous passe la liberté de la thèse, liberté qui pourrait en effet être appelée d'un autre mot, mais il faut que vous me passiez la tyrannie des examens. Je tiens au mot tyrannie, parce qu'elle est un fait réel. Vous savez bien, et tout le monde sait que la thèse est l'acte le moins important de la série des épreuves que doit subir l'aspirant au doctorat. On l'a réduit, cet acte, à une simple formalité, et l'on ne voit pas pourquoi on ne renonce pas tout à fait à la souquenille noire, vieille tradition encore infligée au candidat. Non, ce n'est pas en vue de la thèse que les aspirans prennent telle ou telle direction ; aussi, qu'il est rare le nombre des thèses qui survivent ! La préoccupation constante et unique des élèves, c'est l'examen. C'est pour l'examen qu'ils suivent tels cours, c'est pour l'examen qu'ils lisent tels livres, et ils ne suivent d'autres cours, ils ne lisent d'autres livres que ceux dont ils ont besoin pour l'examen. Demandez aux libraires quels livres ils veulent éditer ? Rien que les livres des professeurs, parce que ceux-là seuls se vendent. Je dis qu'il y a là un abus qu'on pourrait réprimer, un danger qui se peut conjurer. La science, toute la science n'est pas cachée dans l'enceinte de la Faculté. Le serait-elle, qu'il existe plusieurs moyens, plusieurs méthodes pour la produire et pour la vulgariser, et qu'il est utile que tous les moyens de vulgarisation soient mis à l'épreuve. D'ailleurs, quel enseignement incomplet que l'enseignement officiel ! Des chaires importantes y font complètement défaut; des parties essentielles de l'art n'y sont pas enseignées, des sciences entières n'y ont pas d'organes. Tout serait-il complet, qu'il y aurait encore utilité, au point de vue du zèle et de l'émulation, à ne pas laisser l'enseignement officiel sans concurrence et sans compétition. Mais tout cela, vous le comprenez, je vous l'indique à peine, aurait besoin de développemens.

— Aurait aussi besoin de preuves, aurait surtout besoin de l'exposition de moyens acceptables et pratiques pour remédier aux maux que vous signalez, dis-je à mon confrère. Il y a longtemps que j'entends faire les mêmes doléances, il y a longtemps que je cherche aussi la solution de problèmes que l'on pose, mais que l'on ne résout pas. Je vous avoue que je ne comprends pas du tout un enseignement de la médecine libre, en concurrence ou en opposition avec l'enseignement officiel. J'accepte votre tyrannie des examens, dans de certaines limites, toutefois, car c'est pour la Faculté qu'a été fait ce vers célèbre : « Hippocrate dit oui, et Galien dit non. » De sorte que l'élève a toujours la chance de répondre oui ou non d'une façon heureuse. Mais cet inconvénient est inhérent à la nature même des choses, et, tant qu'il y aura des examens, vous ne voulez pas les supprimer, je suppose, il y aura des examinateurs, et ces examinateurs auront leurs opinions, leurs croyances, leurs préjugés, leurs passions, leurs intérêts, si vous voulez. Il faudra toujours que les examinés passent sous les fourches caudines des examinateurs. Quant aux livres qui ne se vendent pas, cela prouve que les médecins ne lisent guère et voilà tout. Vous avez donc un moyen de changer tout cela ?

— Écoutez, s'exclama mon ami ! et en effet il me déroula tout un vaste plan auquel rien ne manque, pas même la composition d'une école libre de médecine, liste qu'il porte dans son carnet, et dont il m'a permis de prendre une copie. La conversation fut longue et mes objections nombreuses : elles eurent le résultat prévu de toutes les discussions ; mon ami ne me convertit pas à ses idées, je ne le ramenai pas aux miennes, et je crains fort que ce résultat ne fût le même auprès du lecteur si je cédais à la tentation de reproduire notre dialogue.

D'ailleurs, M. Nicolas m'a prévenu que la discussion sur la surdi-mutité l'avait encombré de matériaux en retard. — Soyez court, m'a-t-il recommandé. Plaise à vous, bien-aimé lecteur, que vous ne me trouviez pas trop long. Amédée Latour.

Concours pour l'agrégation. — Le concours pour l'agrégation (section de chirurgie et d'accouchemens) s'est terminé ce soir par les nominations suivantes :

Section de chirurgie :
1° M. Broca;
2° M. Richard;
3° M. Follin.
Section d'accouchemens :
M. Pajot.

Toutes ces nominations ont été faites à une grande majorité, et l'opinion publique paraît les avoir ratifiées ; car nous les avons entendu saluer par une salve d'applaudissemens.

Épidémies. — Les nouvelles les plus contradictoires arrivent de Russie relativement au choléra. Quelques lettres disent que la maladie est sur son déclin, tandis que d'autres affirment qu'elle fait des ravages affreux à Moscou et à Saint-Pétersbourg. Toujours est-il que les craintes que l'on avait pu concevoir sur la venue prochaine de ce terrible visiteur doivent être bien dissipées aujourd'hui qu'il concentre exclusivement son action sur l'empire russe.

La fièvre jaune, de son côté, continue ses ravages à Rio-Janeiro (Brésil). La maladie paraît même en voie d'augmentation parmi la population maritime à terre et à bord. Pendant le mois de mars, il y a eu 145 cas de fièvre jaune à Rio, et environ 50 cas par semaine à bord des navires qui se trouvent dans le port. A Bahia, au contraire, la diminution est marquée ; il n'y a eu que 45 cas en un mois. La fièvre jaune règne encore à l'île Saint-Thomas, et le dernier packet comptait à son arrivée 14 cas de fièvre jaune survenus dans la traversée, dont 2 suivis de mort.

dans les matières fécales, à mesure qu'elles se rapprochent du rectum et de l'orifice anal.

La sécrétion du cœcum est susceptible d'être altérée dans diverses circonstances. Quelquefois elle a une odeur piquante, presque intolérable, comme dans certains cas de diarrhée légère : après l'évacuation des matières solides contenues dans le côlon et le rectum, surviennent des selles composées d'un liquide d'une couleur foncée, provenant du cœcum, et d'une odeur si piquante, que le médecin le plus habitué ne peut s'empêcher d'éternuer. La preuve que cette odeur tient à la sécrétion intestinale et non pas à la nature de l'alimentation, c'est ce qu'on observe au commencement de la dentition chez les enfans. Les fèces, qui, avant cette époque, avaient simplement une odeur aigrelette désagréable, acquièrent tout d'un coup cette odeur particulière et abominable qui leur est propre, et qui rappelle celle de la suppuration provenant d'os cariés, et principalement celle de la suppuration résultant de la destruction de la cavité labyrinthique. Avec ce seul signe, le médecin peut annoncer des accidens de dentition. D'un autre côté, dans quelques cas de fièvre typhoïde très graves et très prolongés, une fois que l'intestin a été débarrassé de tout ce qu'il contenait d'ancienne date, les matières n'ont plus d'odeur, et cela continue jusqu'à ce qu'un changement favorable se produise dans l'état du malade ; alors l'odeur naturelle reparaît à mesure que les fonctions se rétablissent.

3° *Forme et volume des matières fécales.* — C'est dans le gros intestin que les matières fécales acquièrent leur forme et leur volume ; chez le cheval, le lapin, le mouton, la chèvre, le cochon, c'est-à-dire chez les animaux le plus souvent soumis à notre observation, ces matières sont moulées de manière à nous présenter la forme des cellules des colons. Chez l'homme, c'est aussi dans cet intestin que les matières acquièrent une première forme ; et lorsqu'elles sont un peu dures ; elles résistent à une compression ultérieure et sont rendues sous forme de fragmens, d'un volume variable, qui portent le nom de *scibales*. Lorsque, au contraire, les matières conservent de la mollesse, leur forme s'altère en général, à leur passage dans le rectum, et sous l'influence des sphincters, elles s'allongent et se recourbent. L'hypertrophie de la prostate laisse un sillon à la partie antérieure de ces matières ; et souvent la compression, qui est le résultat de cette hypertrophie, leur donne l'aspect de matières qui auraient passé à la filière. Dans le cas de tumeurs hémorrhoïdales internes, les matières présentent des rainures, des coches, avec des stries sanguines ou sanieuses correspondantes, qui indiquent à la fois le volume et la situation de ces tumeurs, en même temps qu'elles en éclairent la nature.

Lorsque la membrane muqueuse du rectum est enflammée comme dans la dyssenterie, on voit alors, au plus haut degré de la maladie, les évacuations prendre le caractère muqueux, sanieux ou purulent. Chacune de ces évacuations est suivie d'un grand abattement. Dans les inflammations du colon, tant que le rectum ne participe pas à la maladie, les évacuations restent féculentes, tout en étant répétées et fortement diluées par le mucus ; de sorte que par la simple inspection, on pourrait établir une distinction entre la dyssenterie et la diarrhée.

Dans les irritations ou les inflammations qui occupent une grande étendue du tube digestif, les évacuations offrent des altérations en rapport avec le degré d'irritation, altérations qui se retrouvent dans la totalité, ou seulement dans une partie de l'évacuation. Nous pouvons également déterminer ainsi l'étendue de la surface affectée.

Ces altérations peuvent se rapporter aux quatre types généraux suivans :

Le premier et le plus léger degré d'irritation est celui qui se traduit par des évacuations, qui ne diffèrent de celles de la santé que par une fluidité plus grande, et par l'absence de forme ou de consistance ; c'est ce qu'on observe, par exemple, à la suite d'un purgatif salin. Tous nos purgatifs ordinaires agissent en vertu de l'irritation, et l'évacuation des matières solides renfermées dans le gros intestin est suivie de selles liquides, provenant du cœcum et de l'intestin grêle, mélangées et accompagnées d'une grande quantité de mucus.

Le second degré d'irritation est annoncé par le caractère des évacuations, dont la consistance rappelle celle de la cire, mais d'une densité spécifique moindre, flottant à la surface de l'urine et souvent mélangées de bulles d'air. Ces évacuations s'observent rarement à la suite d'un purgatif, chez un individu sain, et sont presque toujours précédées ou accompagnées de symptômes plus ou moins marqués d'irritation vers le tube digestif, tels que de la douleur, de la chaleur, des coliques, etc.

Le troisième degré d'irritation est caractérisé par des évacuations d'une espèce de poudre, sans cohérence, que l'on trouve nageant dans l'urine ou au fond de ce liquide. La couleur de ces évacuations est généralement pâle ; mais cependant elle varie suivant l'état de la sécrétion biliaire, ou la quantité de sang qui peut s'y trouver mélangée. Cette poudre paraît formée de petites exsudations de fibrine ou d'albumine coagulée, et constitue la plupart des évacuations que l'on observe dans les cas légers d'entérite ; elles sont aussi fort communes dans les fièvres essentielles, dans lesquelles la langue est sèche et chargée. Somme toute, quels que soient les cas dans lesquels se montrent ces évacuations, elles démontrent d'une manière certaine, non seulement l'existence d'une irritation muqueuse vers l'intestin, mais encore un degré d'irritation qui nécessitera, même dans les circonstances les plus favorables, un certain nombre de jours de repos et de traitement.

Le quatrième et le degré le plus élevé d'irritation est annoncé par des évacuations composées de membranes blanches ou de tubes fibrineux. Ce sont des produits analogues ou semblables à ceux qu'on observe dans le croup, dans les formes les plus violentes d'angine ; et c'est le résultat d'une exsudation plastique. Quant aux évacuations purulentes qui peuvent être le résultat d'ulcérations de l'intestin grêle, sans les nier absolument, je dirai que je n'en ai jamais observé ; j'ajouterai même que le pus ne peut être reconnu que dans les cas où il n'est pas mélangé aux évacuations, c'est-à-dire lorsqu'il provient de la partie la plus inférieure du tube digestif.

Je rapprocherai des altérations qui appartiennent à ce quatrième degré de l'irritation, mais seulement pour éviter qu'il puisse y avoir confusion, ces garderobes, que détermine parfois l'huile de ricin, sous forme de masses blanches, ovoïdes, dont la couleur et la consistance rappellent le macaroni bouilli, et d'un volume égal à celui d'un grain de raisin. M. Golding Bird, qui les a soumises à une analyse chimique, les considère comme un savon dur, résultant de la combinaison de l'huile avec quelques substances alcalines contenues dans l'intestin.

Il n'est pas rare d'observer des évacuations hétérogènes, c'est-à-dire dans lesquelles il y a une partie liquide et une autre solide ; ou bien une partie pulvérulente, une autre semblable à la cire, ou composée de pseudo-membranes, ou bien encore ces quatre altérations réunies. Ces divers aspects, dans une seule et même évacuation, sont le résultat d'une irritation portée à des degrés différens dans des portions distinctes du tube digestif. Dans ces cas, on peut, en s'aidant de ces indications, et en tenant compte des symptômes observés, remonter jusqu'au siége de l'irritation. Sous le point de vue symptomatique, il y a d'ailleurs quelques faits bien établis : ainsi la douleur, au moment de l'évacuation ou un moment après, appartient aux tumeurs hémorrhoïdales ou aux fissures ; le ténesme à l'inflammation du rectum ; la diarrhée à l'inflammation du colon ; la tendance à la constipation, la douleur localisée dans la fosse iliaque droite, et les signes plus ou moins marqués d'une péritonite partielle à l'inflammation du cœcum ; la sensation de plénitude autour de l'ombilic, avec des évacuations diarrhéiques survenues tout d'un coup, et alternant avec de la constipation, appartient à l'inflammation de l'intestin grêle.

Les cas de vomissemens prétendus stercoraux ne me paraissent être autre chose que la regurgitation de matières colorées par de la bile provenant de la portion du duodénum située au-dessous du canal cholédoque. Jamais je n'ai pu observer de vomissement présentant les véritables caractères des matières fécales, sous le triple rapport de la couleur, de l'odeur et de la consistance. Je ne connais même qu'un seul cas dans lequel ces particularités aient été observées ; c'est celui qui a été rapporté par Abercrombie, et dans lequel une ulcération de l'estomac, qui avait intéressé le colon transverse, permettait aux matières fécales de pénétrer dans la cavité stomacale et d'être rejetées par le vomissement. Je sais qu'on a rapporté plusieurs cas de vomissemens stercoraux, mais c'est seulement la couleur qui avait servi à établir la distinction, sans qu'on ait tenu compte des autres caractères propres aux matières fécales.

Telles sont les principales particularités qu'il m'a paru important de placer sous les yeux des praticiens. Je suis loin de prétendre, sans doute, qu'il n'y ait rien à ajouter à ces recherches. Convaincu au contraire de leur insuffisance, j'appelle de tous mes vœux de nouvelles recherches sur ce point de clinique, mais je serai heureux si ces quelques notes, malgré ce qu'elles ont d'incomplet et peut-être d'inexact, pouvaient fixer l'attention sur un sujet aussi important pour le diagnostic et le traitement des maladies du tube digestif et de ses annexes (1).

BIBLIOTHÈQUE.

DE L'EXPATRIATION PÉNITENTIAIRE (2) ;

Par G. FERRUS, inspecteur général du service des aliénés et du service sanitaire des prisons, membre de l'Académie impériale de médecine, officier de la Légion-d'Honneur, etc.

L'ouvrage que fait paraître aujourd'hui M. Ferrus est destiné à compléter celui qu'il a publié en 1850 sur les *prisonniers*, l'*emprisonnement* et les *prisons*. Depuis cette première publication, ainsi que le fait remarquer l'auteur, la question s'est modifiée ; on ne voit plus une panacée universelle dans l'encellulement, et l'on cherche, dans des expériences lointaines, de nouveaux élémens de réforme. Rien n'étant encore administrativement décidé, le sujet est on ne peut plus opportun. Déjà l'on doit à M. Perrot, inspecteur général des prisons, un rapport relatif à *l'établissement anglais de Portland*, ainsi qu'à un *projet de transportation en Algérie et en Corse* ; et à M. Bérenger un travail non achevé concernant la *répression pénale* ; la publication actuelle contribuera à élucider ces questions.

M. Ferrus divise son œuvre en cinq chapitres. Après avoir jeté un coup d'œil sur le nouvel aspect de la question pénitentiaire et sur la réforme projetée par le précédent gouvernement, il rappelle les idées qu'il a émises dans sa dernière publication, et qui consistaient à ne pas adopter de système exclusif, afin de pouvoir classer les prisonniers et les punir suivant le degré de perversité de leurs instincts. Examinant un rapport de M. Lélut, à l'Académie des sciences morales et politiques, il se plaint de ce que ses idées n'ont pas été appréciées par l'auteur à leur véritable point de vue. Il les rétablit et reproduit les catégories et les peines qui, selon lui, y sont applicables : 1° pour les *pervers intelligens* dont les fautes sont réfléchies et préméditées, il voudrait l'encellulement continu ; 2° pour les *vicieux bornés*, qui se livrent au mal moins par manque absolu de discernement que par indifférence pour le bien, la cellule de nuit, avec travail en commun pendant le jour ; 3° pour les *ineptes*, qui, pour la plupart, ont subi différentes condamnations sans les redouter et presque sans les comprendre, l'emprisonnement collectif de jour et de nuit. Pour les deux dernières classes, dans les bornes du possible et avec un ensemble approprié de garanties, les travaux publics.

L'action administrative, dans ses rapports avec la pénalité, fournit à M. Ferrus les plus judicieuses réflexions. Les tribunaux devraient se borner à décider la criminalité de l'acte et la durée de l'emprisonnement, en laissant, comme en Angleterre, à l'administration pénitentiaire, le soin de l'application de la peine. La garantie du prisonnier pourrait être, ainsi que cela a lieu dans ce pays, dans le moyen de consigner ses plaintes sur un registre qui arrive sous les yeux de l'administration supérieure.

Le chapitre troisième constitue à lui seul près de la moitié du livre. Il est consacré à l'examen des prisons de Pentonville, de Milbanx, de Wolwich et de Portsmouth, des travaux publics de Portland, de la colonie agricole de Parkhurst et de Redd-Hill. L'auteur y rend compte de la visite très attentive qu'il a faite de tous ces établissemens, et il les juge successivement en homme qui a une connaissance parfaite et élevée de son sujet. Il fait reconnaître, toutes les fois que l'occasion s'en présente, les avantages de la graduation et de la variété des peines suivant la nature morale des détenus. Abordant quelques considérations économiques sur les colonies agricoles de France et d'Angleterre, il pense que les jeunes colons ne rapporteront jamais à l'administration ce qu'ils lui coûtent, ce qui le porte à s'éloigner de l'esprit de la loi de 1850, qui tend à favoriser les établissements privés et à dégrever le gouvernement de la charge et de la tutelle morale des jeunes détenus.

La déportation fait le sujet du chapitre quatrième et amène l'auteur dans les entrailles véritables de la question. La Grèce, Rome, ont connu la déportation ou le bannissement. L'Espagne déporte ses criminels sur la côte d'Afrique, le Portugal les dirigeait à Mosambique, la Hollande dans ses établissemens coloniaux d'outre-mer ; l'Autriche les agglomérait en Transylvanie ; la Prusse passa, en 1798, un traité avec le gouvernement russe pour les y faire admettre. Mais, en Russie et en Angleterre seulement, cette mesure fut appliquée sur une large échelle.

La peine de mort ayant été abolie en Russie, au XVIII[e] siècle, sous l'impératrice Élisabeth, il fallut mettre à sa place un châtiment puissamment intimidateur. La déportation en Sibérie fut choisie. Toutefois, ce ne fut qu'en 1822 que le service de cette déportation se trouva réglé d'une manière définitive. M. Ferrus donne une curieuse analyse de cette cruelle institution, d'après un mémoire remarquable du prince Anatole Demidoff. Il y reconnaît cinq catégories d'après la nature du crime, le degré de perversité et certaines circonstances individuelles. Mais si elle peut être appropriée au pays qui en fait l'application, elle est inadmissible partout ailleurs, et c'est dans les colonies lointaines de l'Angleterre qu'il faut chercher des enseignemens pour notre patrie.

Lorsque les possessions américaines échappèrent aux Anglais, leur gouvernement désigna un point de la Nouvelle-Hollande que le capitaine Cook venait de reconnaître. Le premier envoi de déportés des deux sexes y arriva en 1787 et y commença la fondation pénale de Botany-Bay. L'auteur raconte les difficultés, les maladies qu'eut à subir cette colonie, les dépenses qu'elle occasionna, et, malgré cela, son extension. Le plan imaginé en 1842 devenant impraticable, on arriva en 1847 au *probation system* qui consacre une sorte d'alliance entre les trois formes du pénitencier cellulaire, des pontons et des colonies pénales, et qui transporte dans la métropole la majeure partie des épreuves que, jusqu'à cette époque, les convicts subissaient exclusivement en Australie. Quoique l'Angleterre n'ait pas déterminé rigoureusement l'échelle des châtimens, on peut cependant saisir, dans la série des combinaisons actuelles, la pensée de rendre les sévérités de la répression incessamment décroissantes jusqu'au terme de la liberté définitive.

La France se trouve-t-elle dans les mêmes conditions que l'Angleterre pour accueillir la déportation ? MM. Ternaux-Compans, Jules Lechevallier et Joly de Losbinière ont combattu les préventions qui s'élèvent contre la Guyane. On ne peut contester l'humidité de l'atmosphère et l'action énervante de la température dans ce pays, mais des travaux bien entendus permettraient de tirer parti, sans trop de danger, de sa nature splendide. M. Ferrus examine le climat, le sol, les eaux, l'acclimatement ; il montre les avantages de la déportation, et encourage les essais qui sont en ce moment mis en pratique. Toujours fidèle à sa pensée primitive, les classifications physiques, morales et intellectuelles, il les applique à l'importante question des femmes, puisque sans elles une colonie ne saurait s'entretenir. Dès 1850, il avait émis l'opinion que le régime cellulaire devait leur être très nuisible, en raison de leurs instincts de sociabilité, et il proposait une classification qui ne soumettait au régime de la séparation individuelle : 1° que les femmes détenues qu'anime une perversité intelligente ; 2° que celles encore qui, sans grandes facultés, subissent le joug impérieux d'un tempérament effréné ; 3° enfin que celles, en très petit nombre, qui, douées de quelque éducation, supportent la vie commune avec dégoût.

L'auteur, se résumant, en quelque sorte, dans le cinquième chapitre de son livre, examine ce que devront être les applications pénitentiaires pour les condamnés adultes, les jeunes détenus et les femmes. Il s'arrête un instant sur la pénalité politique, qu'on ne peut confondre avec les condamnations ordinaires ; il pense qu'à cet égard on peut trouver un guide dans le *probation system*, et il incline vers une sorte de déportation qui admettrait le triple élément de la cellule, du bannissement perpétuel ou temporaire, et de l'internement. Il termine en s'occupant de

(1) Extrait du *Dublin quarterly journal of medicine*, numéro de février 1853.

(2) A Paris, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

la libération et du patronage, ainsi que de la réparation. « La pénitence n'est sincère, s'écrie-t-il avec Massillon, qu'autant que les réparations sont réelles ! »

Cette simple analyse suffit pour montrer la quantité et l'importance des questions qui sont soulevées et discutées dans cette nouvelle production de M. le docteur Ferrus. On est heureux de voir des hommes doués d'une longue expérience et d'une capacité éprouvée, s'exercer sur des sujets qui touchent d'aussi près aux fondemens et à la sécurité des sociétés. Notre savant et respectable confrère aura prouvé, une fois de plus, que les médecins sont aptes à préparer et à résoudre les grands problèmes de la civilisation et de la morale. L'auteur se trouvait dans les conditions les plus heureuses pour les étudier. Ancien médecin de la Salpêtrière et de Bicêtre, et inspecteur général du service des aliénés et du service sanitaire des prisons, il a vu se dérouler sous ses yeux le triste tableau des infirmités humaines et des effets des diverses répressions. Aussi son livre porte-t-il l'empreinte de l'indulgence et de la modération que de telles études ont été propres à lui suggérer.

FAUCONNEAU-DUFRESNE.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Addition à la séance du 11 Mai 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

M. le Secrétaire donne communication de la correspondance, qui comprend, entre autres pièces :

1° Un mémoire de M. le docteur Cazenave, de Bordeaux, intitulé : Controverse à propos d'une fracture très oblique du fémur. (Comm. MM. Houel, Robert et Monod.)

2° Un mémoire de M. le docteur Foucault (de Nanterre), contenant de nouvelles observations relatives à l'emploi de l'irrigation.

— M. MICHON lit un rapport sur les travaux chirurgicaux de M. Hervez de Chégoin, qui sollicite le titre de membre associé de la Société.

Le rapport conclut à la nomination de M. Hervez de Chégoin.

Cette nomination a lieu par acclamation.

M. RICHET lit un rapport sur une observation d'otite interne, suivie d'accidens graves du côté du cerveau et de mort, communiquée à la Société par M. le docteur Zandick, de Dunkerque. D'après le résumé de cette observation, et les détails critiques dans lesquels entre M. le rapporteur au sujet de cette observation, rien ne paraîtrait démontrer que l'otite interne, dont les traces sont même douteuses, ait été le point de départ réel des accidens qui ont amené la mort.

Le rapport conclut en proposant de déposer le mémoire aux archives, et d'adresser des remercîmens à l'auteur.

Nouveau mode de traitement de certaines fistules à l'anus.

M. GERDY : On sait que lorsque les fistules à l'anus ont leur orifice supérieur placé à une grande hauteur, elles ne sont pas opérables, le chirurgien ne pouvant en atteindre le fond avec le bistouri, sans courir le risque de léser le péritoine. Ou s'il arrive qu'on opère avec les précautions convenables pour éviter cet accident, c'est-à-dire sans arriver jusqu'au fond de la fistule, il y a récidive, ou plutôt la guérison n'est pas obtenue. C'est ce qui a eu lieu dans un cas dont M. Gerdy a été témoin ; l'opération ayant été faite d'une manière incomplète, la récidive avait eu lieu. Mis en demeure de réopérer ce sujet, M. Gerdy, après avoir examiné la profondeur à laquelle s'élevait le fond de la fistule, ne crut pas prudent de porter là le bistouri. Il eut l'idée de se servir d'un entérotome dont l'une des branches fut introduite par l'ouverture anale, et l'autre à l'aide d'une petite incision pratiquée à la peau, au niveau de l'orifice externe, fut dirigée dans le trajet fistuleux. Les deux branches, parvenues à une hauteur suffisante, furent rapprochées de manière à pincer dans toute son étendue la cloison recto-fistulaire. La guérison fut complète.

M. Gerdy a eu l'occasion, depuis, de répéter cette opération dans une circonstance analogue, et il en a obtenu les mêmes bons résultats.

M. Gerdy pense que ce procédé pourrait être employé dans tous les cas de fistules profondes, sans qu'il y ait à craindre de léser le péritoine ou de produire des hémorrhagies.

M. BOINET pense que ce procédé ne doit pas être exempt de quelques difficultés. On doit se trouver obligé, dans quelques circonstances, d'opérer des décollemens ou de pratiquer des incisions pour frayer une voie aux branches de l'entérotome, comme cela a eu lieu dans l'un des cas que vient de rapporter M. Gerdy. De là, deux opérations, une pour introduire les branches de l'instrument ; la seconde pour les mettre en œuvre. Une autre difficulté peut résulter encore, dans l'application de ce procédé, de la sinuosité du trajet fistuleux. M. Boinet considérerait comme préférable, en pareil cas, la méthode qu'il a mise en usage sur un sujet qui avait une fistule multiple avec des décollemens considérables, il veut parler de l'injection iodée. Trois semaines lui suffirent pour en obtenir la guérison. Ce traitement, beaucoup plus simple et plus inoffensif, suivant lui, que celui de M. Gerdy, lui a déjà donné 5 succès sur 5 opérations. Il y a, du reste, quelques précautions à prendre pour assurer le succès de ces injections. Si l'on se bornait à faire une injection pure et simple, on ne réussirait pas, il faut laisser séjourner le liquide irritant pendant quelque temps dans le trajet fistuleux.

M. ROUX prend la parole pour faire remarquer que ce que vient de dire M. Gerdy du danger de léser le péritoine, dans l'opération de la fistule anale, n'est point imaginaire. C'est un accident très rare à la vérité, mais qui peut arriver, et la preuve, c'est qu'il lui est arrivé à lui-même une fois. En opérant une fistule incomplètement guérie par un précédent traitement, il s'aperçut, à l'écoulement d'une certaine quantité de sérosité, qu'il avait ouvert le péritoine. Cet accident n'eut pas heureusement d'issue funeste ; la péritonite consécutive fut combattue avec succès ; la cicatrisation de la fistule s'opéra, et la guérison eut lieu définitivement.

Tumeur mammaire.

M. LARREY présente une tumeur mammaire d'un volume énorme, qu'il avait enlevée, il y a quelques jours, à une dame qu'il avait déjà opérée l'année dernière d'une tumeur à peu près semblable. La récidive avait commencé à se manifester quelques mois après l'opération. La tumeur a acquis, comme on le voit, en peu de temps un volume extrêmement considérable ; elle pèse 2 kil. 50 (5 livres environ). Elle a un aspect fibreux et gélatineux ; son tissu est friable, et assez semblable au cancer colloïde. Du reste, il n'y a point de ganglions axillaires engorgés, et l'opérée ne présente absolument aucun signe, aucune apparence de cachexie cancéreuse.

Séance du 18 Mai 1853.

Spina-bifida.

M. BILLOIL, interne de la Maison de santé, présente, au nom de M. Monod, un homme de 30 ans, qui porte un spina-bifida lombaire. Les symptômes que présente cet homme, qui n'en a pas moins acquis un développement normal, sont : un certain degré d'incontinence d'urine, une légère spermatorrhée et une incontinence des matières fécales lorsqu'il est affecté de diarrhée. Il n'existe, du reste, aucune gêne ni faiblesse dans les muscles des membres inférieurs.

M. GUERSANT considère ce fait comme très intéressant, en ce qu'il vient à l'appui de l'opinion des chirurgiens qui repoussent toute opération dans les cas de spina-bifida comme inutile et dangereuse. Pour sa part, il a renoncé à opérer les enfans qu'on lui présente atteints de cette infirmité.

M. VOILLEMIER signale, à cette occasion, l'importance qu'il y a à distinguer les cas de spina-bifida suivant la disposition anatomique de la tumeur. Si, dit-il, la moelle épinière et les nerfs sont restés dans le canal rachidien, l'opération a beaucoup de chances de réussir ; si, au contraire, ce qui a lieu le plus souvent, les nerfs se trouvent compris dans la partie saillante de la tumeur, l'opération non seulement n'offrirait aucune chance de succès, mais elle amènerait infailliblement la mort.

M. LABORIE rappelle que, dans un travail qu'il a publié sur ce sujet, il a cherché à tracer un tableau comparatif des conditions qui permettent l'opération et en rendent le succès possible, et de celles qui, au contraire, doivent faire rejeter toute tentative d'opération.

— La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Hervez de Chégoin, qui remercie la Société de sa nomination au titre de membre associé, et qui exprime l'espoir que l'état de sa santé lui permettra incessamment d'assister à ses séances.

2° Un mémoire de M. Thore fils, sur la cachexie cancéreuse.

3° Un mémoire de M. Valette, chirurgien à l'hôpital militaire de Metz, sur la possibilité de lier l'artère occipitale à son origine. (Comm. MM. Larrey, Maisonneuve et Voillemier.)

4° Une brochure de M. Michaut, sur la résection de la mâchoire supérieure.

— La parole est à M. Houël, pour la lecture d'un rapport.

Sur les fractures longitudinales des os longs.

M. HOUEL lit un rapport sur une observation de fracture longitudinale du radius gauche, avec fracture transversale du cubitus, luxation des deux os de l'avant-bras en avant, et par suite gangrène de la presque totalité du membre supérieur, fait observé à l'hôpital d'Harcourt (Eure), par MM. Dupont, Chambellan et Désormeaux.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, qui, s'étant laissé tomber dans une marnière d'environ 70 pieds de haut, en fut retiré ayant, entre autres lésions, une fracture du cubitus à deux travers de doigt de l'articulation cubito-carpienne, avec plaie ; et une luxation en avant des deux os de l'avant-bras. L'amputation du bras ayant dû être pratiquée quelques jours après l'accident, on constata à l'examen du membre une fracture longitudinale du radius. Cette fracture se divisait verticalement de bas en haut en deux moitiés latérales interne et externe, à peu près égales ; elle commençait en bas, à la surface articulaire inférieure, et remontait sur la diaphyse jusqu'à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. Son écartement, assez considérable inférieurement, était de 3 millimètres. Deux faits, dans cette observation, ont particulièrement attiré l'attention du rapporteur : 1° celui de la fracture longitudinale du radius ; 2° la luxation des deux os de l'avant-bras en avant. C'est sur la première de ces deux lésions que porte exclusivement le rapport, faute de détails suffisamment précis dans l'observation sur les autres points.

M. le rapporteur expose à cette occasion l'état actuel de la science sur ce sujet. Il distingue, avec M. Malgaigne, deux variétés de fractures incomplètes, la fissure ou fêlure des os, les fractures incomplètes proprement dites. C'est à la première variété que se rapporte l'observation qui fait l'objet du rapport. Quoique admise aujourd'hui par tous les chirurgiens, elle a été jusqu'au commencement de ce siècle une des plus controversées. C'est principalement à l'occasion de la fissure des os longs que la discussion a été agitée et qu'il y a eu doute dans l'esprit de bon nombre de chirurgiens.

Aujourd'hui, l'existence de ces fractures est bien constatée et a été observée et décrite sur la plupart des os longs ; néanmoins, Sanson, dans le *Dict. de méd. pratique*, article publié en 1832, les nie encore, sous prétexte que les fractures longitudinales des os sont des fractures obliques. Mais c'est une question qui, vu les faits nombreux et authentiques que nous possédons, ne peut plus être mise en doute. MM. Malgaigne et Bouisson, indépendamment des faits déjà cités, rapportent les exemples suivans : M. Cloquet, à Saint-Louis, a eu l'occasion d'observer deux cas de fractures longitudinales du fémur ; Campaignac, du tibia sur une femme âgée de 38 ans, et occasionnée par une chute ; Ripault, une fracture de l'humérus sur un enfant de 11 ans ; M. Debrou, une fracture longitudinale du fémur par un coup de bâton ; Chaussier citait dans ses leçons l'histoire d'un criminel auquel on avait fait subir la torture, et à l'autopsie on trouva, au quart supérieur du cubitus, une fracture linéaire. M. Bouisson cite encore dans son travail le fait de René (mai 1835), coup de couteau porté dans la cinquième côte, perforation consécutive et fêlure parallèle à son axe ; une fracture longitudinale du second métacarpien par écrasement ; enfin une fracture longitudinale du fémur (homme de 21 ans).

Nous retrouvons encore dans l'UNION MÉDICALE deux faits : le premier fait est du 22 octobre 1852, et rapporté par le docteur Cellerier, c'est un exemple de fracture longitudinale de la partie inférieure du tibia, sur un homme de 75 ans ; une barrique de vidange lui était tombée sur la partie interne de l'articulation tibio-tarsienne droite. Le deuxième fait est rapporté dans le numéro du 28 janvier 1851, par M. Laforgue, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse ; il existe sur cette pièce une partie transversale au tiers inférieur du tibia, et le fragment inférieur est longitudinalement divisé à l'union de son tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs. Enfin les musées contiennent aujourd'hui quelques pièces relatives à ces fissures longitudinales ; M. Malgaigne a publié dans son atlas une pièce déposée au Val-de-Grâce par M. Fleury, c'est un fémur ; il existe une fissure longitudinale très étendue. Dans le catalogue de M. Ehrmann, on trouve la description d'une fracture longitudinale du fémur, déposée dans le musée de Strasbourg. Dans le musée Dupuytren, il existe deux exemples de ces fissures, savoir : le n° 91 et le n° 221. La première pièce, n° 91, est relative à une fissure longitudinale du radius, siégeant sur la face postérieure de la diaphyse ; cette pièce, donnée par M. Béraud, coïncide avec une fracture transversale et par pénétration de l'extrémité inférieure de cet os ; elle est sans écartement des deux bords, et d'une longueur de 2 centimètres. La seconde pièce, n° 221, donnée par Marjolin, offre l'empreinte d'une balle qui a porté sur le bord interne du tibia, à l'union de son tiers moyen avec l'inférieur, il en est résulté trois fissures linéaires très étendues.

Si nous cherchons maintenant à étudier le mécanisme d'après lequel peuvent s'effectuer ces solutions de continuité, nous verrons d'abord que la disposition fibrillaire des os longs, qui est plutôt apparente cependant que réelle, rend jusqu'à un certain point compte de la possibilité de ces fractures, et je dirai même de la facilité que les os ont à se diviser longitudinalement ou parallèlement à leurs fibres. M. Bouisson, dans son travail publié dans l'UNION MÉDICALE, a fait des recherches expérimentales pour arriver à la solution des causes ; mais toutes ces expériences ont été faites sur des os desséchés, et auraient peut-être, par cette raison, besoin d'être reprises. Il a institué trois séries d'expériences : pour la première série, il a produit ces fractures par la percussion sur l'os, à l'aide d'un corps aplati. C'est l'humérus, le radius et le fémur qui ont été percutés ; pour la seconde série, c'est le cubitus, le péroné et la clavicule qui ont été fracturés ; ces os ont été pris et écrasés entre les mors d'un étau. Le fait de M. Ripault, et celui de la troisième observation publiée dans le travail de M. Bouisson, rentrent dans ces faits. Dans toutes ces expériences, M. Bouisson a porté la percussion où l'agent vulnérant sur la crête la plus saillante de ces os. Dans une troisième série d'expériences, la fracture a été produite par la perforation. A ce fait, on peut rapporter le cas de pénétration de la côte par un couteau, le corps étranger l'ayant ensuite fait éclater. Les deux premières séries d'expériences avaient donc pour but : 1° de changer la forme des os longs qui, de prismatiques, tendaient, sous l'influence de la cause, à s'aplatir ; ce résultat était encore favorisé par la présence du canal médullaire ; les projectiles lancés par la poudre à canon réunissent, dans leur mode d'action, la première catégorie de faits de M. Bouisson, c'est-à-dire qu'ils agissent par pression et par action divellente ; aussi ces fractures ont-elles été les premières généralement admises. Mais là ne se résumerait pas le mécanisme d'après lequel peuvent se produire ces fractures. M. Laforgue a supposé que, chez son malade, c'était par contre-coup, dans une chute sur les pieds, que la fracture avait eu lieu, l'astragale formant un coin ; et, d'après cet auteur, la fracture transversale du tibia n'aurait eu lieu qu'après la chute du malade. Pour appuyer cette opinion, M. Laforgue a fait, en se mettant dans de meilleures conditions que M. Bouisson, sur des pièces fraîches, des expériences. Après avoir amputé le membre dans l'articulation tibio-fémorale, appuyant le pied sur le sol, il plaça une traverse de bois sur l'articulation du genou, un coup imprimé sur cette barre, dans quatre circonstances, détermina des fractures longitudinales du tibia.

Nous manquons de renseignemens sur le mécanisme d'après lequel s'est produit la fracture du radius qui fait l'objet de ce rapport, mais ne pourrait-on pas la rapporter au mécanisme suivant : les os du poignet faisant un coin arrondi dans l'articulation radio-carpienne, ont pu faire éclater le radius ; c'est une supposition à laquelle votre rapporteur se rangerait volontiers.

Cette observation doit encore attirer notre attention au point de vue de l'os fissuré ; presque tous les faits connus ont été observés sur le membre inférieur et se résument ainsi : six pour le fémur, à savoir, un fait publié dans le travail de M. Bouisson, les deux cas rapportés par M. J. Cloquet, le fait de M. Debrou, la pièce de M. Fleury, déposée au musée du Val-de-Grâce, et la pièce du musée de Strasbourg, décrite par M. Ehrmann. Pour le tibia, le nombre en est plus considérable. Nous trouvons le fait de Bécanne, de Stalpart Vanderwel, les deux observations de Duvernay, de Léveillé, de Campaignac, de Marjolin, pièce déposée dans le musée Dupuytren, de Cellerier, et de Laforgue, en tout neuf, et j'ajouterai que le fait de M. Cellerier est surtout remarquable au point de vue de l'âge, car l'homme avait 75 ans.

Pour le membre supérieur, le nombre des fissures est beaucoup plus restreint ; elles ne sont qu'au nombre de trois encore publiées dans la science ; celle qui fait le sujet de ce rapport constitue la quatrième ; elles se répartissent ainsi : une pour l'humérus, fait de M. Ripault, rapporté par Campaignac ; une pour le cubitus (Chaussier) ; une pour le second métacarpien, enfin le fait de MM. Dupont et Chambellan, qui, avec la pièce de M. Béraud, déjà déposée dans le musée, constituent, pour le radius, les deux seuls faits de fissure longitudinale que j'ai pu retrouver dans la science.

En raison de ces faits, M. Houël propose :

1° D'adresser une lettre de remercîmens aux auteurs de cette observation ;

2° De publier dans les bulletins un extrait de ce fait intéressant.

MM. VERNEUIL, LARREY, FORGET, GIRALDÈS, DENONVILLIERS, VOILLEMIER et HUGUIER, rapportent avoir vu chacun un ou plusieurs exemples de fractures longitudinales, mais qui sont presque tous relatifs à des os courts, tels que des phalanges, par exemple. M. DENONVILLIERS insiste en particulier sur la fréquence des fractures longitudinales des phalanges (par écrasement) qu'il a l'occasion d'observer à l'hôpital St-Louis, sur des sujets qui ont eu le membre saisi ou broyé dans une machine en mouvement.

Après ces observations, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 67. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 7 Juin 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE L'INFLAMMATION PAR LES ENDUITS IMPERMÉABLES.

1° Sources et origine de la chaleur animale.

Un praticien honorable et distingué de Paris, M. le docteur Robert-Latour, a fait, soit à l'Académie des sciences, soit à l'Académie de médecine, soit à la Société de médecine du département de la Seine, des communications d'une grande importance, relatives à un mode de traitement qu'il emploie avec succès contre un grand nombre de maladies inflammatoires, telles que l'érysipèle, la pleurésie, l'arthrite, la péritonite, etc. M. Robert-Latour vient de concentrer en un volume ces diverses communications faites aux Sociétés savantes (1). Nous venons de lire cet ouvrage, et nous avons été vivement frappé de l'intérêt puissant que cette lecture nous a présenté. Il nous a semblé que les lecteurs de l'UNION MÉDICALE trouveraient comme nous plaisir et profit dans une exposition analytique des opinions de l'auteur et des faits qui les appuient. Nous n'hésitons pas à reconnaître que, depuis longtemps, la médecine pratique ne s'était enrichie d'une production aussi remarquable; aussi considérons-nous comme un devoir de prêter le secours de notre publicité aux intéressantes recherches de l'auteur, et nous le faisons avec l'espoir que sa pratique, expérimentée sur une grande échelle, fixera définitivement l'opinion sur la valeur d'une médication très simple, et qui a rendu à M. Robert-Latour des services éclatans.

La nouvelle thérapeutique de l'inflammation n'est pas un fait empirique; elle est, au contraire, le résultat et la conséquence d'une doctrine, d'un dogme, comme le dit l'auteur. C'est par la physiologie que l'auteur est arrivé à la thérapeutique. Il convient donc d'exposer d'abord la doctrine physiologique de M. Robert-Latour. Quoique les premières publications de l'auteur sur ce sujet datent de plus de vingt années, elles ne sont peut-être pas assez généralement connues pour que nous puissions nous dispenser d'en présenter une idée succincte. Disons, d'ailleurs, que ces opinions sont entièrement passées sous silence, ou à peine indiquées dans les traités les plus récens de la science où l'on expose et où l'on discute des doctrines beaucoup moins probables.

L'absorption de l'oxygène, le mélange de ce gaz avec le sang, la combinaison qui s'en accomplit, dans le sein de tous les tissus, avec le carbone et l'hydrogène, l'élimination qui s'en opère sous forme d'acide carbonique et d'eau, toute cette série d'opérations qu'on peut regarder comme élémens de la chaleur animale, n'en sont pas les seuls. Les animaux inférieurs et les végétaux absorbent aussi de l'oxygène, et cependant le calorique qu'ils dégagent n'est pas plus appréciable que celui qui se dégage de l'oxydation des métaux, et ce calorique d'ailleurs ne les dote pas d'une température propre. Comment, avec la théorie simplement chimique, rendre raison de l'ascension de la température organique sous laquelle apparaît la fièvre? Comment concevoir l'ardente chaleur qui dévore le phthisique, alors que les poumons, réduits au tiers ou au quart de leur volume, n'absorbent plus qu'une quantité d'oxygène insuffisante aux besoins de l'organisation?

« Non, dit l'auteur, la chaleur animale ne saurait être le produit d'une simple opération de laboratoire; et, bien que subordonné à des combinaisons chimiques plus ou moins saisissables, ce phénomène important doit certainement procéder d'agens spéciaux, toujours en exercice, et dont les animaux à sang chaud aient seuls la possession. Déjà, en 1834, ... j'exprimai la pensée que les nerfs ganglionnaires sont ces agens, et je me fondai sur ces deux faits principaux : 1° que les animaux à sang froid en sont dépourvus; 2° que fidèles satellites du sang artériel, chez les animaux à température propre, ces cordons nerveux enveloppent les vaisseaux dans lesquels chemine le fluide oxygéné, les suivent et les accompagnent jusque dans leurs dernières divisions, s'arrêtent là où ces vaisseaux finissent eux-mêmes, déshéritant ainsi de leur concours les veines et les tuyaux lymphatiques. Un rapport anatomique si constant ne saurait être sans raison physiologique; et parmi les actes fonctionnels je n'en vois aucun, hors la chaleur animale, qui, pouvant se rattacher au sang artériel, ne se retrouve pas chez les animaux à sang froid. »

Cependant, l'habile physiologiste, à qui la science doit de récentes et si précieuses découvertes, M. Cl. Bernard, a institué une expérience qui, selon l'interprétation ordinairement donnée aux faits physiologiques, semblerait porter atteinte à cette doctrine. Après avoir coupé, sur divers animaux, le filet de communication des deux ganglions cervicaux, ou même après avoir enlevé un de ces ganglions, M. Cl. Bernard a constaté, dans le côté correspondant, une élévation de température de trois à quatre degrés, phénomène accompagné d'une accélération notable du cours du sang et de la turgescence des petits vaisseaux artériels (1). N'est-il pas curieux de voir que, tandis que dans les expériences tentées sur les nerfs cérébro-spinaux, on abolit dans une région, soit le sentiment, soit le mouvement, soit les deux à la fois, suivant les cordons qu'on a divisés; ici, au contraire, loin de supprimer une fonction, la section du nerf ganglionnaire ajoute à la production du calorique animal?

Mais, dit M. Robert-Latour, « si, appliquant à tous ces faits un même genre d'interprétation, vous prétendiez vous prévaloir de cette opposition apparente, de cette sorte de contradiction expérimentale, vous arriveriez invinciblement à cette conclusion, que la mission de l'appareil nerveux ganglionnaire est de modérer et d'arrêter la production du calorique animal. Destination impossible! qui supposerait une action négative dans tout un ordre d'organes, ce qui est sans exemple dans la nature. » Pour l'auteur, ce fait ne peut recevoir d'autre interprétation que celle-ci : c'est qu'un nerf ganglionnaire, divisé par la section, n'en tient pas moins encore à l'ensemble du système; et la violence, qu'on lui a fait subir, ne saurait avoir d'autre résultat que d'en exagérer l'action.

Le point de départ de M. Robert-Latour est donc celui-ci : rechercher la source ou plutôt l'organe de la chaleur animale. On voit qu'il croit l'avoir trouvé dans le système nerveux ganglionnaire. C'est là, il le reconnaît d'ailleurs lui-même, la partie obscure et contestable de sa doctrine, et cette obscurité est inhérente au sujet lui-même; presque toujours inaccessible à l'expérimentation ou à l'observation directe, le système nerveux ganglionnaire est encore plein de mystères pour le physiologiste et pour le pathologiste.

Quoi qu'il en soit des sources et de l'origine de la chaleur

(1) *De la chaleur animale comme principe de l'inflammation, et de l'emploi des enduits imperméables comme application du dogme.* In-8°. Paris, 1853.

(1) L'UNION MÉDICALE publiera très prochainement un résumé analytique des belles leçons faites au Collége de France, par M. Cl. Bernard, sur divers points de physiologie du système nerveux ganglionnaire.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Pratique d'Érasistrate. — Disciples d'Érasistrate. — Décadence de la médecine à Alexandrie; essor de la chirurgie. — Ammonius et la lithotritie. — La médecine grecque transportée en France. — Caton et Scipion l'Africain. — Asclépiade.

XV.

Histoire de la période alexandrine (suite).

Pratique d'Érasistrate. — Un des traits saillans de la pratique d'Érasistrate était sa défiance à l'endroit de la saignée. Il reprochait à la saignée : 1° d'enlever les forces, qu'il est toujours important de ménager dans les maladies; 2° de ne remédier à aucune affection, si ce n'est à la pléthore. Encore, dans ce cas, disait-il, la saignée soulage le malade, mais ne le guérit pas, puisqu'elle laisse persister la cause en vertu de laquelle la pléthore se produit. La soustraction ou la diminution des alimens paraît, à Érasistrate, un moyen bien meilleur à opposer à la pléthore. A l'appui de son opinion sur la saignée, Érasistrate invoque sa propre expérience et affirme qu'il n'en a que très rarement obtenu de bons résultats, tandis qu'il a vu éclater à sa suite de graves accidens. Il affirme également avoir guéri un grand nombre de malades par la simple expectation.

Érasistrate avait, pour l'emploi des purgatifs, la même répugnance que pour celui de la saignée. Par un singulier contraste, il faisait un grand usage des vomitifs. D'ailleurs, il donnait peu de médicamens et choisissait toujours les plus simples. Il s'élevait avec force contre la polypharmacie, que prônait, au contraire, son collègue et son rival Hérophile.

Il traitait les maladies aiguës à peu près par l'expectation, ne donnant aux malades que de la décoction d'orge et des sucs végétaux, particulièrement le suc de framboise. Il faisait un grand usage des bains, des cataplasmes et des ventouses sèches.

Dans les maladies *chroniques*, il accordait beaucoup plus de confiance au régime qu'aux remèdes. Il prescrivait la ponction dans l'ascite.

Érasistrate s'était beaucoup occupé de toxicologie, et avait composé un ouvrage sur les poisons connus de son temps.

Disciples d'Érasistrate.

Strabon, qu'il faut distinguer de l'historien et du géographe de ce nom.

Strabon (de Lampsaque), disciple particulier d'Érasistrate.

Xénophon, qui prescrivait la ligature des membres contre les hémorrhagies.

Ptolémée, Chrysippe, Apoemantes, Caridème, Hermogène, Artémidore, qui se distingua par quelques travaux sur l'hydrophobie, dont il plaçait le siége dans l'estomac.

Athénion, Apollonius (de Memphis), praticien très répandu et botaniste célèbre. Le premier il introduisit en médecine le mot *diabetes*, qu'il appliqua à une espèce particulière d'hydropisie, dans laquelle le malade rendait sans cesse de l'urine.

Hicesius, praticien célèbre, *non parvæ auctoritatis medicus* (Pline).

Menodore, ami d'Hicesius, fut le dernier des Érasistratéens.

Deux cents ans à peine après la mort d'Érasistrate, ses doctrines s'éteignent et les traces de son influence disparaissent.

Entre Hérophile et Érasistrate, d'une part, et Galien d'autre part, viennent des médecins qui firent de l'anatomie leur principale étude. Ils ne cultivèrent pas l'anatomie humaine morte avec les deux grands personnages dont nous venons de tracer l'histoire, mais ils se livrèrent à la dissection des animaux, et s'ils ne firent pas de nouvelles découvertes, du moins ils empêchèrent la science de se perdre.

Parmi ces anatomistes, il en est un dont les ouvrages nous ont été conservés, c'est Rufus (d'Éphèse), qui vivait sous l'empereur Trajan. Il nous reste de lui une collection de traités de médecine et de chirurgie, parmi lesquels on trouve un livre d'anatomie. Ce dernier ouvrage est divisé en plusieurs parties; on y trouve : 1° la description des parties extérieures; 2° l'indication des viscères contenus dans les trois grandes cavités, la tête, la poitrine et l'abdomen; 3° la description succincte des artères, des veines et des nerfs; 4° immédiatement après vient l'énumération des humeurs et des membranes du fœtus; 5° enfin, Rufus termine par la description des os.

Marinus vivait au commencement du deuxième siècle de l'ère chrétienne. Il avait écrit une grande anatomie en vingt volumes, qui servit de guide à Galien.

Quintus, élève de Marinus, fut, au dire de Galien, un grand professeur d'anatomie. Un de ses élèves, Lycus, mit l'anatomie en vers.

Hélianus fit un traité spécial sur la myologie.

Pélops, l'un des maîtres de Galien, auteur d'un ouvrage intitulé : *Institutions d'Hippocrate*, dans lequel se trouve placée une description du corps humain.

Enfin Satyrus, autre élève de Quintus et maître de Galien à Pergame.

Tous ces anatomistes ne sont plus à Alexandrie, mais disséminés en cent endroits divers. Cependant, bien que les doctrines médicales se développent désormais en dehors d'Alexandrie, elles ne quittent pas les environs de cette ville célèbre; c'est l'Asie qui est toujours le foyer des lumières; rien ne se montre encore à l'horizon, en Europe, mais la lutte des doctrines médicales va bientôt s'engager à Rome même, lorsque la médecine grecque, se déplaçant toujours, ira, après avoir passé de la Grèce en Égypte, se transporter enfin sous le ciel de l'Italie. A mesure que ce déplacement s'opère, Alexandrie devient de plus en plus une ville de commerce et d'industrie; en même temps la médecine, suivant ce mouvement, devient, elle aussi, de plus en plus industrielle et prati-

animale, celle-ci est un grand fait physiologique qui a sa destination. Quelle est cette destination? Ici, nous entrons dans la partie véritablement originale de la doctrine de l'auteur, doctrine qui, par la physiologie, l'a conduit à la pathologie, et de celle-ci à la thérapeutique de l'inflammation.

Nous exposerons cette doctrine dans un second article.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

Relation de l'épidémie de fièvre typhoïde actuelle, et résultats comparatifs du traitement par la saignée initiale et l'eau froide, *intùs* et *extùs*.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

Symptômes. — Examinons maintenant quels ont été les symptômes de la maladie confirmée.

1° *Voies digestives.* — Chez le plus grand nombre, la *langue* s'est montrée variable, tantôt blanchâtre, tantôt rouge, humide ou sèche. Dans 25 cas elle était fendillée, encroûtée, et sur ces 25 sujets, 3 sont morts. Dans 17 cas, elle était fuligineuse, dure, et sur ces 17 malades, 7 sont morts.

Un certain nombre de malades ont eu la langue naturelle, et dans un seul cas la terminaison a été fatale. Ainsi la dureté, la sécheresse, l'aspect fuligineux de la langue a coïncidé, en général, avec une fièvre typhoïde grave, tandis que dans les cas légers, la langue conservait plus souvent un aspect naturel. Sous ce rapport donc, l'épidémie n'a présenté rien de particulier.

Ces altérations de la langue, ainsi que l'a signalé M. Louis, dépendent d'une inflammation secondaire qui porte surtout sur la muqueuse; lorsque les individus guérissent, la langue perd son aspect inégal; elle devient lisse, luisante, et l'on n'aperçoit plus les papilles.

Chez tous les malades, moins un, l'*appétit* a été complètement perdu à une certaine période, et les malades ne pouvaient supporter les alimens, même quand ils avaient le désir de manger. Dans la convalescence, l'appétit renaissait rapidement, et l'on était obligé de surveiller activement les malades pour les empêcher d'en abuser.

La *soif*, à un degré plus ou moins considérable, a été constante pendant une bonne partie de la maladie.

Les *vomissemens* ont été rares, mais quelquefois très abondans et opiniâtres. Ils se composaient, en général, de matières liquides verdâtres, poracées. Un cas surtout a été, sous ce rapport, fort remarquable.

OBSERVATION V. — *Fièvre typhoïde de médiocre intensité; gastrite secondaire; vomissemens bilieux incoërcibles; mort.* — Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, domestique, arrivée de la campagne à Paris depuis trois mois, et éprouvant un ennui profond par suite du changement complet survenu dans ses habitudes.

Elle entra à l'hôpital le 17 janvier, après 11 jours de maladie.

Cette jeune fille, très courageuse, avait continué de travailler, se couchant seulement une partie du jour, et ne prenant pour nourriture que quelques potages. Le dernier jour seulement, elle garda le lit, et fut amenée en voiture à l'hôpital.

A son entrée, elle présentait de l'abattement, de la céphalalgie, de l'inappétence, une soif vive. La langue était blanche; l'abdomen, douloureux à la pression, surtout à l'épigastre, offrait un certain nombre de taches rosées lenticulaires.

La diarrhée était assez abondante.

Le thorax offrait, des deux côtés, des râles sibilans, et la nature de la maladie ne pouvait laisser aucune incertitude. Le pouls donnait 80 pulsations.

Le 18, on lui fit une saignée de 300 grammes, et l'eau froide fut administrée en boisson, en lavemens et en lotions, répétées cinq à six fois le jour, et faites rapidement avec une éponge.

Le 19, deuxième saignée de 300 grammes et eau froide.

Le 20. Diminution de la céphalalgie; de la prostration. Le pouls conserve sa fréquence. Les autres symptômes persistent.

Le 24. Il y a une diminution des divers symptômes; la face est naturelle, la céphalalgie moindre.

Les jours suivans, la diarrhée devient plus considérable; la malade tousse davantage, et l'eau froide est suspendue.

Le 28. Abattement considérable, face anxieuse, diarrhée intense; pouls à 96-100.

On donne des lavemens laudanisés.

Le 5 février, la langue est plus sèche; l'abattement, la diarrhée ont augmenté. Le pouls donne 104 pulsations.

Le 11 février, sensibilité vive à l'épigastre; nausées. Eau de seltz.

Le 12. Prostration extrême. Douleurs épigastriques vives; plusieurs vomissemens bilieux. Quatre ventouses appliquées sur l'épigastre ne produisent aucune amélioration.

Les vomissemens continuent les jours suivans. — Eau de Seltz, julep gommeux, acétate de morphine, 0,03 centig. Les vomissemens persistent, la toux devient fréquente, l'auscultation fait entendre des deux côtés des râles sibilans et sous-crépitans.

Le 16, prostration considérable. Escarre au sacrum. Frictions sur l'épigastre avec l'huile de croton; magnésie. Mais la fièvre continue, la malade a du délire, le pouls est petit (120-128), l'agitation est extrême, et la mort arrive le 26 février, cinquante jours après le début. Les vomissemens ont persisté depuis le 25me jour jusqu'à la fin, malgré tous les remèdes dirigés contre eux.

Nous nous bornerons à dire, relativement à l'*autopsie*, que l'estomac présentait une rougeur vive de la muqueuse, avec épaississement et ramollissement dans une grande partie de son étendue.

Cette malade a donc eu des vomissemens bilieux incoërcibles, accompagnés de douleurs épigastriques très vives et d'une fièvre intense annonçant une inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac.

Lorsque les vomissemens surviennent au début de la fièvre typhoïde, ils sont ordinairement sympathiques, et n'aggravent pas le pronostic; mais lorsqu'ils surviennent à une époque avancée de la maladie, ils annoncent l'invasion d'une gastrite.

Le *météorisme*, très fréquent, n'a marqué que six fois. Quand il était très considérable, le pronostic était mortel.

Chez un de nos malades, le météorisme, qui était considérable, a persisté après la chute du pouls et la disparition des autres symptômes. Le malade se levait, mangeait, et le météorisme persistait. Néanmoins, il a fini par disparaître.

Les *douleurs abdominales* n'ont manqué que six fois. Nous les avons observées quinze fois dans la fosse iliaque droite, cinq fois dans la fosse iliaque gauche, quatre fois des deux côtés, seize fois à l'épigastre seulement, et cinq fois dans toute l'étendue de l'abdomen.

Le *gargouillement* a été observé chez tous les malades, hormis six. Il siégeait tantôt à droite, tantôt à gauche; dans quelques cas, des deux côtés. Le plus souvent, c'est dans la fosse iliaque droite qu'on l'observait.

Il a une certaine importance, puisqu'il indique que l'intestin contient des liquides mêlés à des gaz. Dans quelques cas, les malades vont très rarement à la garderobe, et on pourrait les croire constipés; mais le gargouillement iliaque montre qu'ils ont au contraire de la diarrhée, bien que les selles puissent être très éloignées. Ce symptôme n'est pas spécial à la fièvre typhoïde; mais il s'y montre plus fréquemment que dans toute autre maladie, parce que, dans l'affection qui nous occupe, l'intestin manque de l'énergie nécessaire pour repousser les gaz qu'il contient, et se laisse distendre par eux.

La *douleur* n'a pas été en rapport absolu avec la gravité de la maladie; cependant, en général, plus la maladie est grave, et plus la douleur est intense, à moins de prostration excessive ou de délire, qui rende le malade insensible à la sensation intérieure comme aux impressions extérieures.

La *diarrhée*, ordinairement légère au début, a été généralement en augmentant. Quelquefois, il n'y avait de selles que lorsqu'on administrait des purgatifs. En général, elle était en rapport avec la gravité de la maladie, et tous ceux qui ont eu des selles involontaires sont morts.

Quelques sujets ont eu des hémorrhagies intestinales; mais un d'entr'eux nous a présenté sous ce rapport des phénomènes remarquables, et il importe de vous le signaler.

OBSERVATION VI. — *Fièvre typhoïde intense; hémorrhagies intestinales abondantes et répétées; mort.* — Ce malade, âgé de 17 ans, rendait depuis dix-sept jours du sang liquide dans les selles. Il avait gardé le lit depuis ce temps, et éprouvait des étourdissemens et des éblouissemens.

A son entrée (28 février), réponses assez nettes, langue brunâtre, douleur dans la fosse iliaque droite. Pouls à 108. Dans la nuit, selle formée d'un sang noir diffluent, avec quelques caillots. Extrait de ratanhia, 2 grammes; lavemens froids, lotions froides.

Les jours suivans, les selles sanglantes continuent.

Du 15 au 20 février, délire, amaigrissement, taches abondantes, météorisme, sang abondant dans les selles. Le 29, lavemens de ratanbia froids, limonade tartrique, lotions froides, glace à l'intérieur.

Le 21, les selles continuent avec moins de sang, et il y a une légère amélioration. Puis surviennent des hémorrhagies intestinales abondantes; pouls petit, 130; langue brunâtre, fendillée. Quelques crachats striés de sang.

Mort le 27. L'autopsie n'a pu être faite.

Le sang rendu par les selles était très fétide, probablement par suite de son séjour dans l'intestin.

Je dois renouveler ici la réflexion que j'ai faite à propos de l'état de la langue, c'est-à-dire que dans le cours de l'épidémie, les choses se sont passées comme dans les cas sporadiques, sans présenter de particularité évidente.

La *rate* n'a été examinée assez attentivement que cinq fois. On sait qu'en général elle est volumineuse, douloureuse. Les cinq malades examinés avaient la région de la rate douloureuse à la pression; trois d'entr'eux l'avaient très développée.

Organes respiratoires. — La plupart des malades ont eu une *toux* plus ou moins intense. L'auscultation faisait reconnaître l'existence de râles sibilans, et quelquefois sous-crépitans. L'expectoration était grisâtre, aérée, peu abondante. C'est à tort qu'on aurait voulu admettre, chez quelques-uns de ces sujets, une forme *pectorale*, dans laquelle la maladie aurait affecté principalement les organes thoraciques; car, dans ces cas, les autres symptômes étaient aussi marqués que dans les autres formes; seulement, la bronchite avait pris plus d'extension. Mais je reviendrai sur ces considérations, en parlant d'une manière générale des formes de la maladie.

Circulation. — 30 fois sur 41 cas, nous avons trouvé un *pouls* offrant quelque chose de propre à la fièvre typhoïde. Il n'avait pas en général une grande fréquence. Il était ordinairement large, vibrant, quelquefois rebondissant, quelquefois dicrote; et en même temps il présentait cette élasticité douce

---

que. Les discussions scientifiques disparaissent, les médecins se livrent avec ardeur à la polypharmacie; chaque jour voit naître un médicament nouveau. En même temps, la chirurgie commence à prendre son essor et à faire du bruit. On s'occupe beaucoup de lithotomie; les chirurgiens inventent des instrumens, et l'un d'eux, Ammonius, met au jour un instrument destiné à broyer les calculs dans la vessie.

C'est donc à Ammonius que remonte la première idée de la lithotritie. Du reste, à mesure qu'à Alexandrie, par suite du développement de l'industrie, la médecine devient industrielle, on découvre dans l'histoire plus d'une trace qui annonce, dans la pratique médicale, une démoralisation portée quelquefois jusqu'au crime.

Nous avons vu la science grecque transportée, par les généraux d'Alexandre, du sol même de la Grèce, en Egypte et en Asie, y rester concentrée pendant deux siècles, tantôt progressant, tantôt demeurant stationnaire, tantôt enfin reculant. Dans le cours de ces deux siècles, arrive un grand événement qui exerce une singulière influence sur les destinées de la médecine.

Après avoir longtemps essayé ses forces au cœur même de l'Europe; après s'être délivré, aux champs de Zama, d'Annibal et des Carthaginois; après avoir soumis l'Espagne, envahi les Gaules sous les généraux Lucullus, Sylla, Pompée, etc., le peuple romain, marchant de conquêtes en conquêtes, s'était rué sur l'Asie, culbutant sur son passage tous les trônes sortis du démembrement du vaste empire d'Alexandre. Là, ce peuple romain se trouva en face du génie grec; dans sa marche triomphale, il rencontra partout, dans les monumens et les institutions, des vestiges puissans de ce génie civilisateur. Loin de l'opprimer, il le releva; loin de le repousser, il l'attira à lui, il s'en imprégna, et dès lors, ce grand peuple, cessant de vivre d'une vie exclusivement politique et guerrière, entra dans une nouvelle phase de sa glorieuse existence. C'est de la Grèce que le peuple romain reçut sa philosophie, sa littérature, ses arts, ses sciences. Voilà ce qui explique pourquoi les doctrines médicales conservent dans le monde romain la même physionomie, et, pour ainsi parler, les mêmes allures que dans les villes d'Athènes et d'Alexandrie. C'est toujours le même arbre qui, suivant les temps, pousse des jets plus ou moins vigoureux, mais que la même sève ne cesse d'animer. Le monde romain se civilisa au contact de la civilisation grecque, et comme il devint à son tour le foyer auquel vinrent s'éclairer plus tard ces barbares qui, dans la suite des temps, l'envahirent, il en résulte que nous, enfans de ces barbares, nous sommes, en définitive, les fils de la civilisation grecque. C'est le même courant d'idées qui nous porte; c'est la même influence littéraire, scientifique, artistique, à laquelle nous continuons d'obéir. Il y a là un grand courant d'idées qui, dans cette longue période de la vie du monde, commence aux chants d'Homère, et qui, toujours le même, n'a cessé d'entraîner les peuples qui ont tour à tour occupé la scène du monde. Sans doute, suivant les temps, cette influence se traduit chez les divers peuples par des modifications secondaires dans les manifestations de leurs pensées; mais, au fond, c'est toujours la même atmosphère dans laquelle ils s'agitent, et où nous continuons de nous agiter; de telle sorte que, malgré les révolutions qui ont bouleversé le monde, nous sommes toujours les enfans des Hellènes. Les Grecs ont laissé aux Romains leur héritage; les Romains l'ont transmis aux barbares; et nous, descendans des barbares, nous avons reçu de nos pères l'héritage des Grecs, que leur avaient transmis les Romains.

Ainsi, sur le sol romain, la médecine reste grecque. Elle conserve sa physionomie et même sa langue maternelle. Sauf Cælius Aurelianus et Celse, qui, l'un dans un latin rude et barbare, l'autre dans un style cicéronien, tentèrent de substituer en médecine la langue latine à la langue grecque, la plupart des médecins romains écrivirent en grec, et le génie le plus puissant de cette époque, Galien, ne se servit, pour revêtir ses grandes et belles pensées, que de la magnifique langue des Hellènes.

La médecine romaine est donc fille de la médecine grecque, ou plutôt c'est la même médecine transportée d'une contrée dans une autre. Cependant, avant que la science grecque s'introduisît à Rome, il y avait dans cette ville une médecine, mais une médecine dans l'enfance, existant comme pratique et non comme science. C'est ce qui résulte du témoignage de Denys d'Halicarnasse, de Silius Italicus et d'autres historiens, car c'est dans les ouvrages des historiens qu'il faut aller chercher des traces de l'existence de la médecine à Rome.

Longtemps avant que la médecine grecque vînt définitivement s'établir à Rome comme science, elle avait tenté de s'y introduire comme pratique, trois cents ans avant l'ère chrétienne, dans la personne d'un certain Arcbagatus. Mais ce médecin ayant voulu faire des opérations, le peuple s'indigna que lui, grec, osât porter la main sur un citoyen romain, et Arcbagatus fut chassé de Rome par un sénatus-consulte.

C'est à peu près vers ce temps que vivait à Rome un personnage remarquable par son originalité, la rudesse de ses manières et de son langage, et par l'austérité de ses mœurs: c'était Caton. Il écrivit sur la médecine, et il nous reste de lui un ouvrage d'agriculture, intitulé: *De Re rusticâ*, dans lequel il traite, entr'autres choses, de la médecine humaine, et surtout de la médecine vétérinaire. Caton ne repousse pas la médecine, il la croit nécessaire, indispensable; ce qu'il repousse, c'est la médecine grecque; il n'en veut à aucun prix. Il a pour les mœurs des Grecs, leur littérature, leurs arts et leurs sciences, une antipathie profonde; enfin, il avait déclaré à la nation grecque en général, et aux médecins de cette nation en particulier, une guerre à outrance.

A côté de Caton brillait à Rome un autre personnage bien différent. Esprit cultivé, doué d'une belle intelligence et d'un goût exquis pour les lettres et les arts, homme non moins distingué par la noblesse et par l'élégance de ses manières, que par l'urbanité de son langage, la douceur et la facilité de ses mœurs; professant pour ces mêmes Grecs détestés de l'austère Caton une admiration profonde et une amitié sincère: tel était Scipion l'Africain. Caton le haïssait précisément à cause des qualités brillantes qui avaient rendu Scipion l'idole du peuple romain; et peut-être que l'estime dont l'illustre consul entourait les littérateurs, les artistes et les savans venus de la Grèce, était pour beaucoup dans les motifs de la haine implacable que le rigide censeur leur avait vouée.

Quoi qu'il en soit, ce n'était guère la peine que Caton fît tant de bruit contre la médecine grecque, pour arriver à une aussi triste médecine que celle dont les principes sont exposés dans le traité *De Re rusticâ*. Ce Caton, ce grave censeur, cet homme sérieux et austère qui dédaignait et proscrivait la science grecque comme une chose futile, ajoutait une foi entière à certaines pratiques superstitieuses, croyait à l'influence des paroles magiques pour guérir les maladies, même pour réduire les luxations! Cela prouve combien peu la médecine était avancée chez les Romains. Ce fut vers la fin de la République que la médecine grecque s'introduisit dans Rome avec les dépouilles de l'Asie, de l'Egypte et de la Grèce elle-même.

La République romaine allait finir épuisée par les luttes d'Octave et d'Antoine, lorsque parut à Rome un étranger venu de Bithynie, qui s'imposa tout d'abord au peuple romain par l'éloquence de sa parole, la hardiesse de sa pensée, l'ascendant de son langage et de ses manières. C'était Asclépiade. A peine arrivé dans la capitale de l'Empire romain, il devint l'ami des personnages les plus importans; Cicéron lui-même l'avait en grande estime. Asclépiade commença par attaquer de front les anciens, et surtout Hippocrate. Tout d'abord il jeta dans le monde des idées nouvelles sur la constitution du corps, sur la cause des phénomènes dont ce corps est le siége; puis, de sa manière de comprendre l'anatomie et la physiologie humaines, il déduisit une théorie nouvelle de la médecine, il institua un nouveau système que nous allons exposer maintenant.

(La suite du cours prochainement.)

qu'on observe dans le *typhus fever*, et qui a fait donner, par les médecins américains, à cette modification du pouls, le nom de *pouls gazeux*, parce qu'il donne la sensation du passage d'un gaz dans un tube élastique.

Le cœur a quelquefois présenté un léger bruit de souffle.

Symptômes nerveux. — Ils ont été fort remarquables. Tous nos malades ont présenté un abattement plus ou moins notable. Si l'on admettait les anciennes divisions, il faudrait donc dire que tous ont présenté des fièvres adynamiques. Toutes les fois que l'abattement n'était pas extrême, les malades ont guéri; quand il était profond, la maladie était au contraire grave. Néanmoins, nous avons eu occasion d'observer une éclatante exception à cette règle.

Observation VII. — *Fièvre typhoïde avec symptômes nerveux extrêmement intenses; guérison.* — Un homme habitant Paris depuis cinq mois, entra à l'hôpital le 21 janvier, dans un tel état de stupeur, qu'on n'en pouvait tirer aucune réponse par un interrogatoire ordinaire. Cependant, il n'était pas sourd, et en lui faisant en quelque sorte violence, on parvenait à le faire répondre.

Il présentait un peu de strabisme de l'œil gauche, des soubresauts des tendons; la langue, les dents étaient fuligineuses. La pression de la fosse iliaque droite déterminait de la douleur. L'abdomen, sans météorisme, offrait quelques taches rosées; il y avait une diarrhée abondante; le malade demandait le bassin, mais il n'avait pas la force d'appeler les infirmiers, et était alors obligé de laisser échapper ses matières dans son lit, ce qui aurait pu faire croire à des selles involontaires. Le pouls, vibrant, élastique, donnait 112 pulsations, et annonçait plutôt de la prostration que de la faiblesse.

Saignée de 300 grammes; eau froide en boisson; lotions, compresses et lavemens. La nuit suivante, cris, agitation. Le lendemain même état.

Le 24, le malade commença à parler. De 120, le pouls descendit à 108.

Le 25, il était à 96. Les réponses étaient plus faciles.

Le 29 janvier, le pouls était calme, la stupeur médiocre, langue encroûtée, le pouls à 88.

Le 4 février, les divers symptômes ont commencé à diminuer, et bientôt s'est déclarée la convalescence, qui a été un peu longue.

Ainsi, chez ce malade, la guérison a eu lieu malgré la gravité des symptômes nerveux.

Tous nos malades ont présenté une certaine *agitation*. Quelques-uns même se levaient et cherchaient à sortir de leur lit. Ainsi, adynamie pendant le jour, ataxie pendant la nuit, si l'on voulait s'en tenir aux anciennes divisions.

Dans un bon nombre de cas, nous avons observé un *délire* plus ou moins intense, généralement en rapport avec la gravité de la maladie. Sur 12 malades qui l'ont présenté à un haut degré, 5 sont morts.

Chez un malade jeune, entré dans un état très grave, il y a eu un penchant opiniâtre à la *masturbation*, qui a nécessité l'emploi de la camisole.

Observation VIII. — *Fièvre typhoïde intense; symptômes nerveux prononcés; tendance opiniâtre à la masturbation; mort.* — Ce jeune homme, à Paris depuis trois mois, journalier, offrait à son entrée des étourdissemens considérables, des tintemens d'oreille, une faiblesse extrême, une stupeur profonde; la langue était épaisse, blanchâtre; la diarrhée abondante; le gargouillement iliaque du côté droit très prononcé. Le pouls vibrant, à 92. Traitement : eau froide.

Les jours suivans, pas d'amélioration notable.

Le 18, on a supprimé l'eau froide et prescrit les toniques : julep, extrait de quinquina, 2 grammes; lavemens de quinquina.

C'est deux jours après que l'on s'est aperçu que le malade se livrait à la masturbation, ce qu'il a continué de faire jusqu'à ses derniers momens.

L'autopsie n'a pu être faite. Il y avait sans doute une simple perturbation nerveuse.

Un malade, qui a présenté un *coma* profond, est mort.

La *céphalalgie*, ordinaire au début, a disparu dans le cours de la maladie, même dans les cas de mort. Une seule malade, couchée au n° 30 de la salle Ste-Geneviève, n'a jamais présenté de céphalalgie.

Les *bourdonnemens d'oreilles* se sont montrés d'une manière constante.

Quant à la *surdité* un peu prononcée, elle n'a eu lieu que dans les cas graves, et sous ce rapport, comme sous les précédens, l'épidémie n'a offert rien de spécial.

(*La suite à un prochain n°.*)

CORRESPONDANCE.

L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE; — L'INTERVENTION DE L'ART; — LE CHLOROFORME COMME MOYEN PRÉVENTIF (*dans certains cas*).

A Monsieur le docteur Richelot, *gérant de* l'Union Médicale.

Cher collègue,

Dans un des derniers numéros de l'Union Médicale, vous avez publié un article sur l'éclampsie, où vous vous montrez partisan de la méthode qui prescrit de terminer l'accouchement lorsque cette terminaison peut se faire facilement.

Je ne saurais trop approuver cette manière de voir, et même j'irai plus loin que vous.

Depuis longtemps, j'ai formulé le précepte de l'intervention, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, toutes les fois que cette intervention ne peut exposer la mère à aucun danger plus grave que ceux résultant de l'éclampsie elle-même.

Ainsi, avant le travail, j'ai conseillé de déterminer l'expulsion du produit, d'abord :

Par l'accouchement prématuré artificiel, que je ne dirai pas être moins grave que l'éclampsie, mais que je qualifierai d'opération tout à fait inoffensive, et par conséquent devant être préférée à l'expectation.

Ensuite, et pendant le travail, au moyen de la dilatation artificielle du col, à l'aide d'incisions bien plus exemptes de gravité que l'éclampsie.

Enfin, par la version ou le forceps, opérations inoffensives pour la mère, et qui ne se peuvent nullement mettre en balance avec les dangers qui résultent de l'éclampsie.

Ainsi, en fin de compte, il ne peut, selon moi, y avoir qu'avantage à intervenir toujours, et c'est ce que j'ai fait constamment avec un succès non démenti par les résultats.

On peut objecter, à cette pratique, cette considération si souvent émise : « Mais l'expulsion ou l'extraction du produit ne fait pas toujours cesser l'éclampsie. »

Cela est vrai quelquefois. Ainsi, il m'est arrivé, avec M. Devilliers fils, de constater, chez une femme, 27 accès d'éclampsie après l'accouchement.

Une seconde fois, avec M. Boulard fils, j'en ai vu se produire 30 et quelques accès; le même nombre environ s'est manifesté chez une autre malade de la Villette que j'ai vue avec M. Belin; enfin, j'ai observé 3 accès, après l'extraction de deux jumeaux, dans un fait que j'ai observé dernièrement avec MM. Charrier et Gendrin.

Toutes ces femmes se sont parfaitement rétablies, et les enfans ont survécu.

Jusqu'à ce jour, sur 19 cas d'éclampsie que j'ai rencontré, je n'ai perdu qu'une seule femme, et justement dans un cas où l'intervention avait été différée par des circonstances indépendantes de la volonté de M. Belin et de la mienne.

Ces résultats me paraissent concluans en faveur de l'intervention.

En effet, de ce que l'éclampsie ne cesse pas toujours immédiatement après l'intervention, doit-on inférer qu'il ne faut pas intervenir? Non, sans doute; quelles que soient d'ailleurs les prédispositions à cette terrible maladie, comme la grossesse et l'état puerpéral sont la cause première de l'éclampsie, en faisant cesser la grossesse, on met fin, le plus souvent, à l'éclampsie, sinon immédiatement, du moins dans un temps beaucoup plus rapproché que si l'on n'intervenait pas.

Donc, en supposant que l'éclampsie persiste en vertu de l'impulsion donnée (si je puis m'exprimer ainsi) à l'organisme, impulsion qui persiste après la cessation de la grossesse, plus tôt on interviendra, plus tôt on arrivera au moment où cette impulsion cessera d'agir, et où la femme jouira du bénéfice de la cessation de la grossesse.

Maintenant, il est une question prophylactique sur laquelle j'ai, le premier, éveillé l'attention des accoucheurs.

J'ai dit que quelles que soient les prédispositions à l'éclampsie, albuminurie, infiltration, etc., etc., il arrive heureusement très souvent que l'éclampsie ne se manifeste pas si le travail est rapide, facile et peu douloureux; tandis que ces prédispositions existant, s'il arrive que le travail soit long et opiniâtre, et surtout si la matrice a des obstacles sérieux à surmonter, l'invasion du premier accès a lieu bien souvent au moment de ces douleurs si vives, si agaçantes, si difficilement supportées, et qui impressionnent si énergiquement le système nerveux, douleurs qui signalent et déterminent la dilatation du col utérin ou qui résultent des efforts impuissans de l'utérus.

Atténuez la douleur, rendez-la supportable, et vous éviterez très probablement l'éclampsie.

C'est ici que les agens anesthésiques, qu'*on a tan discrédités en France par l'abus qu'on en a fait dans les cas qui n'en nécessitaient pas l'emploi, et qu'à cause de cela je ne mets jamais en usage dans l'accouchement naturel*, peuvent rendre un service signalé.

Le chloroforme, administré à petite dose, sans faire perdre connaissance à la femme, ne fournirait-il pas un moyen précieux et tout à fait inoffensif d'atteindre ce but? (*Traité d'accouchemens*, 3me édition.)

Cette pratique, qui me paraît toute rationnelle dans les cas où il y a prédisposition à l'éclampsie, devrait être, selon moi, la règle de conduite de l'accoucheur toutes les fois que les douleurs préparantes seraient difficilement supportées, lors même qu'il n'existerait aucune prédisposition apparente; car j'ai vu l'éclampsie se manifester dans des cas où l'albuminurie ne pouvait être soupçonnée, et n'a été reconnue qu'après l'événement.

Mais comment oser recourir au chloroforme dans une maladie qui peut faire périr la femme en quelques minutes, quand on sait que tout ce qui pourra arriver de fâcheux, soit à la mère, soit à l'enfant, sera attribué à cet agent, et par conséquent à celui qui l'aura administré? Un jeune médecin oserait-il risquer dans un cas aussi grave tout son avenir, celui de sa famille? Il n'y a pas lieu de l'espérer de longtemps.

Tout à vous,

Chailly-Honoré.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

Séante à la Faculté de médecine.

Présidence de M. Barth. — (Extrait des procès-verbaux.)

Hernie crurale ancienne, étranglée du côté droit, chez un homme avancé en âge; — tentatives inutiles du taxis et de divers moyens de réduction; — débridement; — réduction, sans accidens primitifs; — péritonite secondaire; — mort et autopsie.

M. Larrey communique à la Société le résumé suivant d'une observation de hernie crurale étranglée, qui lui paraît digne d'intérêt sous quelques rapports.

M. F..., âgé de 75 ans, sous-intendant militaire en retraite, portait, depuis plus de vingt ans, une hernie crurale aisément maintenue par l'application régulière d'un bandage, lorsque, le 2 février 1852, à la suite d'efforts de toux, la tumeur herniaire ne put être réduite, en même temps qu'il se déclarait des coliques intenses et des vomissemens de matières bilieuses et alimentaires. La hernie s'était étranglée. M. le docteur Sanson et un autre médecin, après de vaines tentatives de taxis, secondées d'un lavement et d'un bain émollient, après l'application prolongée de la glace sur la tumeur, proposèrent l'opération au malade, qui voulut dès lors entrer au Val-de-Grâce.

Transporté à cet hôpital le soir même, il fut vu d'abord par le chirurgien de garde, et ensuite par MM. Mounier et Edme, qui, après un essai infructueux de réduction, et n'estimant pas qu'il y eût urgence d'opérer, prescrivirent des frictions belladonées, l'application renouvelée de la glace, un ou deux lavemens purgatifs, et une potion éthérée opiacée, pour calmer un hoquet intense qui avait remplacé les vomissemens.

Le 3 février, à la visite du matin, et le jour même de sa clinique, M. le professeur Larrey constate l'existence, un peu au-dessous du pli de l'aîne, d'une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, marronnée, d'une consistance assez ferme, sans changement de couleur à la peau, irréductible, très douloureuse à la pression, et qui, par son siége, ses rapports, son indépendance du canal inguinal resté parfaitement libre, est manifestement une hernie crurale. Outre ces symptômes, il existe un hoquet persistant, sans nausées ni vomissemens, et des douleurs péri-ombilicales vives; le ventre est ballonné; le pouls qui, dans l'état normal, chez M. P..., ne marque que 45 à 50 puls., est à 70; mais ce qu'il offre de notable, c'est qu'il est plein et développé; le visage, un peu animé, est bon, et les forces se soutiennent. Le chirurgien en chef du Val-de-Grâce se propose (et MM. Lustremann, Mounier, Broca, présens et consultés, se rangent à cet avis) de chloroformiser le malade, de pratiquer le taxis, et en cas d'insuccès, d'opérer immédiatement. Le taxis est infructueux; mais au moment même de commencer l'opération, la tumeur subit une réduction partielle, et le malade, en s'éveillant, ressent une amélioration très appréciable, un apaisement très marqué des douleurs. L'opération est différée. (Glace, compression avec un spica.)

Vers deux heures du soir, les accidens reparaissent, et, dans une consultation à laquelle prennent part MM. Bégin et Hutin, il est résolu qu'après une dernière temporisation de quelques heures, l'opération sera irrévocablement nécessaire.

Elle est, en effet, pratiquée vers six heures du soir, à la lumière artificielle, avec l'assistance de MM. Bégin et de plusieurs chirurgiens du Val-de-Grâce. M. Larrey divise sur un pli perpendiculaire au pli de l'aîne la peau et les enveloppes herniaires; puis, portant le doigt sur le pédicule de la hernie, et reconnaissant un anneau constricteur, il le débride en deux points. La tumeur ne rentre pas. L'obstacle réel à la réduction n'était donc pas là. L'opérateur incise alors en dédolant les parois du sac, d'où s'écoule un peu de sérosité, indice de son ouverture, et opère le débridement du collet de ce sac en haut et en dedans. Une anse intestinale, vivement injectée, mais non perforée ni gangrénée, est mise à nu; elle est facilement réduite. Point d'hémorrhagie notable; anesthésie complète. Réunion de la plaie à l'aide de six serres-fines; fomentations émollientes.

L'opération est suivie d'une sensible amélioration. Le hoquet cesse; mais il reparaît dans la nuit, et avec lui les douleurs abdominales.

4 février. Le malade obtient d'un purgatif quelques selles copieuses, les premières qu'il ait eues jusqu'ici. Hoquet un peu moins intense. L'amélioration ne se soutient pas.

5 février, au matin. Même état. (Quelques ventouses sèches à l'épigastre.) Le même jour, application de quatre ventouses scarifiées sur le thorax, pour calmer la toux qui est devenue fréquente et très pénible; potion éthérée opiacée; fomentations émollientes sur l'abdomen.

Le 6. Aggravation des symptômes; hoquet plus intense; 130 pulsations; prostration; *subdelirium*. — Prescription : 20 sangsues sur l'abdomen; potion opiacée.

Le 7. Mauvais aspect de la plaie. Érysipèle ambiant; douleurs vives dans l'aîne, dans la cuisse et au mollet. On remarque cependant une légère rémission des autres symptômes. Le ventre est moins ballonné, plus souple; les douleurs abdominales sont moins intenses; le pouls est descendu à 88 pulsations; mais cette rémission est trompeuse. Les accidens vont en s'aggravant dans la journée, et la mort arrive dans la nuit du 7 au 8, à trois heures du matin.

Nécropsie. On trouve à l'autopsie la plaie non cicatrisée, une rougeur érysipélateuse diffuse, une infiltration purulente de la verge et du scrotum. — Au fond de la plaie, on reconnaît le sac herniaire, avec ses parois épaissies et indurées, et son collet, sur lequel on constate le débridement pratiqué en haut et en dedans. Il existe en dehors de ce sac une petite frange épiploïque adhérente. En ouvrant l'abdomen, on découvre les traces d'une péritonite commençante, une rougeur, une injection des anses intestinales, et des adhérences molles qui les réunissaient, mais nul épanchement. L'anse intestinale herniée qui appartient à la fin de l'iléon est d'un rouge vif; elle a environ une longueur de 3 centimètres. Le siége de l'étranglement y est marqué par une ulcération annulaire très superficielle qui semble n'intéresser que la tunique péritonéale.

Il n'existe rien dans les autres organes, si ce n'est quelques traces de bronchite ancienne.

M. Larrey, en communiquant le résumé de cette observation à la Société, ne croit pas devoir insister sur les principaux points qui s'y rattachent, et qu'il a exposés plus à-propos à la clinique du Val-de-Grâce.

M. Forget dit qu'il a été frappé surtout par ce fait : c'est la présence des adhérences dans une hernie tout nouvellement étranglée. Il rappelle qu'il a communiqué à la Société un fait analogue observé par lui il y a deux ans.

M. Larrey répond que les adhérences n'étaient pas très fortes, et que, quoique d'une manière générale, la remarque de M. Forget soit très juste, on sait que les adhérences des hernies sont quelquefois très promptes à se former.

De la syphilisation.

M. Bonnafont cite un fait relatif à la syphilisation, et qui, selon lui, dépose, contre cette doctrine erronée.

Il s'agit d'un individu qui avait un chancre à la base du gland, lequel quasi guéri sous l'influence d'un traitement antisyphilitique, prit tout à coup un caractère phagédénique. Bientôt de petits points ulcérés apparurent sur le scrotum, qui se convertirent en autant de chancres bien caractérisés, qui acquirent rapidement l'étendue d'une pièce de 50 centimes. Ces ulcérations, au nombre de sept, étaient très douloureuses, et furent suivies, quinze ou vingt jours après leur origine, d'autant de chancres qui se déclarèrent à la partie supérieure et antérieure de la

cuisse droite. Ces quatorze ou seize chancres auraient dû, semble-t-il, d'après la prétendue doctrine, modifier au moins, sinon guérir, le chancre primitif. Mais il n'en fut rien, car les chancres secondaires ont marché simultanément, malgré les moyens thérapeutiques employés. Le malade est resté onze mois à l'hôpital, et le chancre primitif a été le dernier à guérir.

M. Depaul trouve que la communication de M. Bonnafont n'a pas toute la valeur qu'il lui donne; il est d'avis que, pour combattre la syphilisation, il faut des observations rigoureuses et concluantes, et il ne rencontre pas là ces conditions. On l'a accusé d'être syphilisateur. Il s'en défend. Il veut seulement tâcher de trouver la vérité, et, pour cela, il cherche sans parti pris.

M. Bonnafont s'étonne qu'on ne veuille pas tenir compte des faits qui se présentent naturellement. En quoi la rigueur manque-t-elle à celui qu'il vient de citer. Est-ce parce qu'il n'a pas décrit minutieusement les caractères des chancres. Il croit cette précaution inutile entre médecins familiarisés avec la vérole. Il persiste à trouver dans l'observation qu'il a sommairement rapportée, ce fait, que des chancres nouveaux n'ont pas modifié le chancre primitif, et il se demande si, en bonne logique, on peut admettre que ce que ces chancres n'ont pas fait, ceux qui eussent été le resultat de l'inoculation avec la lancette l'eussent produit.

M. Depaul développe son précédent argument. Il explique que rien ne garantit le diagnostic de M. Bonnafont, et que la même incertitude existerait alors même qu'il aurait pris la peine de décrire les ulcérations qu'il a observées. M. Ricord lui-même professe qu'il n'y a pas de caractère physique du chancre, et que l'inoculation est le seul criterium. Ce criterium ayant manqué, il maintient son opinion sur le degré de valeur de l'observation.

M. Bonnafont a peine à comprendre les exigences de M. Depaul à l'endroit du diagnostic du chancre. Il avoue que si, pour établir et s'assurer de la nature vraiment spécifique de ces ulcérations, il fallait recourir à l'inoculation, peu de praticiens voudraient soumettre leurs malades à une épreuve que M. Bonnafont réprouve absolument.

Des redresseurs de l'utérus. Modifications apportées à cet instrument par M. Bonnafont.

L'instrument récemment préconisé sous le nom de *redresseur de l'utérus* a, entre autres inconvéniens, celui de quitter très souvent le col de la matrice, dans la cavité duquel il a été introduit. Pour peu que ce petit appareil soit resté en place quelques jours, le col se dégage peu à peu de la canule et finit par l'abandonner. Celle-ci, restée libre dans le vagin, exerce, par son extrémité, des frottemens sur la muqueuse, qui deviennent presque toujours la cause d'accidens plus ou moins sérieux. M. Bonnafont pense que c'est à cette défectuosité de l'instrument qu'il faut attribuer les douleurs ainsi que les nombreux insuccès qui résultent de son emploi. Aussi est-ce afin de les éviter qu'il a fait construire un redresseur dont la branche verticale, qui supporte la canule, présente une longueur de 3 centimètres entre la branche horizontale ou pubienne et le petit pessaire, lequel, dans les redresseurs ordinaires, est tout près de cette dernière partie de l'instrument. La canule utérine se trouve ainsi portée à 3 centimètres plus haut, ce qui permet de suivre les mouvemens ascensionnels que l'utérus a faits sous l'influence du redresseur à canule plus courte. M. Bonnafont a vu deux femmes, chez lesquelles la matrice abandonnait constamment la canule du redresseur ordinaire, conserver plusieurs jours et sans douleur aucune celle de l'instrument qu'il a modifié. De ces faits, M. Bonnafont conclut que pour que ce redresseur produise tous les avantages que les praticiens peuvent en espérer, il faudrait qu'il fût fabriqué de façon à recevoir plusieurs canules de diverses longueurs, de manière à pouvoir suivre et maintenir l'utérus dans toutes les évolutions qu'il subit sous l'influence de cet instrument.

En outre, M. Bonnafont ayant remarqué que la mobilité de l'articulation des branches pubienne et utérine offrait parfois de grands inconvéniens pour l'introduction de la canule dans le col, a rendu cette charnière momentanément fixe pendant l'introduction de la canule, au moyen d'un simple coulant qu'on peut retirer à volonté. M. Bonnafont ajoute que cette modification rendra l'usage de cet instrument beaucoup plus facile aux praticiens peu expérimentés surtout.

Enfin, notre confrère termine sa communication en disant que la plaque hypogastrique du redresseur ordinaire est trop faible, puisqu'elle fléchit et qu'elle cède aux diverses contractions des parois de l'abdomen, surtout dans les mouvemens de flexion du bas-ventre sur les cuisses, d'où résultent des mouvemens de bascule qui, en se communiquant à l'autre extrémité de l'instrument, provoquent des pressions sur les parois du col, qui ne sont pas sans quelque inconvénient, puisqu'elles sont toujours douloureuses.

M. Cherest, sans juger les modifications apportées par M. Bonnafont, critique d'une manière générale l'emploi de ces instrumens. Il termine en disant que, retenu par la crainte des accidens qu'ils peuvent produire, il s'est toujours abstenu de les expérimenter, et il fait appel à ceux de ses collègues qui, moins timides, y ont eu recours. Il prie notamment M. Bonnafont de vouloir bien dire s'il a constaté des guérisons réelles.

M. Depaul prend alors la parole à peu près en ces termes: Comme M. Cherest, je crois qu'il serait très difficile de citer beaucoup de guérisons définitives obtenues à l'aide des redresseurs utérins, de sorte que, pour mon compte, je ne me préoccupe pas beaucoup des petites modifications qu'on peut lui faire subir.

Une question domine ces détails; c'est celle de savoir si en eux-mêmes ces instrumens ont quelqu'utilité, et s'ils ne peuvent pas entraîner au contraire des inconvéniens sérieux.

Les essais que j'ai tentés ou vu tenter par d'autres ne m'ont pas laissé le moindre doute. Je n'ai pas vu un seul cas de guérison; j'ai observé en revanche des accidens graves. De ces accidens, les uns tenaient à l'instrument lui-même, les autres à son emploi intempestif. Très souvent, en effet, on ne tient pas suffisamment compte de l'état de la matrice. En général, on me paraît s'être trop préoccupé du déplacement et lui accorder une trop grande part dans l'explication des accidens qu'éprouvent les malades. Je suis convaincu, et cela a été dit il y a quelques années, dans une discussion mémorable à l'Académie, par nos confrères et maîtres, que le plus souvent les déplacemens sont inoffensifs. Quand la matrice est malade en même temps que déplacée, le déplacement peut sans doute aggraver les douleurs. Les frottemens que détermine le changement de position ont aussi des conséquences fâcheuses, mais alors le point de départ du mal n'est pas dans l'ectopie elle-même. Je pourrais citer beaucoup de femmes traitées par des redresseurs pendant des mois, qu'il m'a suffi de guérir des affections coexistantes pour faire disparaître comme par enchantement tout ce qui avait été quelquefois exagéré.

Les partisans des redresseurs, depuis M. Simpson, ont pensé qu'on pouvait redresser la matrice dans les cas d'*antéflexion* ou de *rétroflexion*. Je crois au contraire que dans ces circonstances le redressement est souvent impossible. Beaucoup de ces lésions sont congénitales, les autres sont presque toujours assez anciennes pour que le redressement ne soit même pas praticable sur le cadavre. J'ai présenté à la Société anatomique, il y a dix ou douze ans, des utérus tenus en flexion par des brides, et qui ne pouvaient être redressés. Cette disposition anatomique n'est pas rare, car j'ai ouvert trois femmes sur lesquelles je l'ai constatée. Indépendamment de cela, il y a une autre disposition sur laquelle M. Jobert, je crois, a appelé l'attention. L'une des parois de l'utérus, dans le point correspondant à la flexion, est quelquefois très amincie, atrophiée pour ainsi dire; elle n'a pas une longueur suffisante. Il en résulte qu'il y a là impossibilité matérielle au redressement. Dans ces deux circonstances, et avec des dispositions anatomiques pareilles, est-il permis de supposer qu'il suffira d'introduire une tige dans la cavité utérine pour obtenir le redressement de l'organe? Evidemment non.

Il y a plus, dans quelques cas où l'on a cru atteindre ce but, j'ai de bonnes raisons de croire qu'on s'était trompé sur le diagnostic. Les erreurs de ce genre sont communes. Il y a un état qui simule assez bien la flexion utérine pour que des hommes, même exercés, aient pu se méprendre; ce sont les cas dans lesquels une paroi est beaucoup plus developpée que l'autre, de manière à former une espèce de tumeur. Cela n'est pas rare chez les femmes accouchées depuis quelques semaines. Il y a peu de temps, j'examinais à l'hôpital des Cliniques un certain nombre de femmes récemment accouchées, plusieurs pouvaient donner lieu à cette erreur. Il est bon de savoir que cette disposition peut se prolonger pendant plusieurs mois et se reproduire même en dehors de l'état puerpéral.

En résumé, les redresseurs sont souvent d'une inutilité complète, et ils sont toujours dangereux. Je les mets au rang de tous les autres instrumens destinés à être placés en permanence dans le vagin, et que je considère d'une manière générale comme nuisibles et défectueux. Pour mon compte, et depuis longtemps déjà, je ne m'en sers que dans les circonstances rares où il est impossible de faire autrement. Je serais disposé cependant à faire une exception dans les cas où les accidens sont déterminés par les déplacemens, pour les petites vessies en caoutchouc de M. le docteur Gariel.

M. Bonnafont déclare ne pas se faire le défenseur des instrumens destinés à redresser l'utérus; il se joint à ses confrères contre leur abus. Il déclare même, en réponse à la question que lui a adressée M. Cherest, qu'il n'a pas encore obtenu de guérison. Son instrument a été appliqué sur deux malades seulement, et depuis trop peu de temps, pour qu'il soit possible de le juger. Les modifications qu'il a indiquées tendent, du reste, à diminuer les inconvéniens inhérens à l'emploi de ces appareils; mais malgré ces perfectionnemens, il est bien d'avis qu'ils doivent être réservés pour les cas où les déplacemens sont exempts de toute complication. Il maintient, du reste, la supériorité de ces instrumens pour les cas d'antéversion et de rétroversion sur les vessies de caoutchouc, qu'il croit n'être applicables qu'aux cas de simple abaissement.

M. Depaul rectifie cette erreur. On peut, avec les petites vessies de caoutchouc vulcanisé, relever et redresser l'utérus dans le cas où des dispositions anatomiques n'y apportent pas obstacle. Il suffit pour cela de leur donner des formes variables et de les faire pénétrer en avant ou en arrière du col. Dans les circonstances où M. Depaul y a eu recours, les femmes n'en ont pas éprouvé la moindre gêne. M. Depaul cite une malade dont il est le médecin depuis une dixaine d'années, chez laquelle il avait employé, à plusieurs reprises et toujours inutilement, tous les traitemens possibles, qu'il avait également engagée à s'adresser à d'autres médecins pour voir s'ils seraient plus heureux que lui-même. Par suite de ces conseils, cette dame avait consulté entre autres un médecin grand partisan du redresseur. Ce nouvel instrument avait donné d'aussi mauvais résultats que les pessaires, quand M. Depaul fit une dernière tentative avec les pessaires de M. Gariel. La malade s'en est si bien trouvée qu'après être restée des années sans marcher, elle fait maintenant de très grandes courses sans fatigue.

M. Giraldès parle aussi contre l'emploi des redresseurs. Il croit que les personnes qui les ont préconisés ont mis dans l'ombre les accidens qu'ils entraînent. Chargé du service d'un hôpital où l'instrument avait été très employé, il a su que les internes étaient appelés à chaque instant pour des accidens graves, des hémorrhagies, des métrites, etc. Pour son compte, il s'en est servi une fois et il s'est bien promis de n'y plus recourir jamais.

Il termine en indiquant la trop grande influence qu'on s'est efforcé de donner aux déplacemens utérins, et il rappelle à ce propos combien de femmes passent par le bureau central, portant des déviations qui n'ont jamais entraîné d'accidens.

M. Cherest, après s'être efforcé de déterminer les cas dans lesquels il faut appliquer aux déplacemens de l'utérus un traitement topique, demande à la Société la permission de lui communiquer un procédé qu'il emploie depuis quelques années, et dont il n'a eu, jusqu'ici, qu'à se féliciter.

M. Cherest a fait faire des petits sacs de mousseline très grossière qu'il remplit de poudres toniques et astringentes, variées suivant les indications. Ces sachets, dont la grosseur varie également selon l'amplitude du vagin, sont placés, à l'aide d'un spéculum, de manière à apporter, autant que possible, obstacle à la déviation. Maintenus pendant vingt-quatre heures au moins, ils peuvent l'être, dans quelques cas, deux et trois jours, ce qui diminue d'autant l'assujétissement qu'un tel traitement entraîne pour le médecin et pour la malade. Ces espèces de pessaires ont sur tous les autres l'avantage de permettre la guérison des maladies coexistantes en même temps qu'ils maintiennent l'utérus réduit, d'y concourir même presque toujours très puissamment par les propriétés des médicamens qui, à travers les mailles de la mousseline, sont en contact avec les muqueuses.

Quoique ces faits soient déjà assez nombreux pour lui, M. Cherest s'est jusqu'ici abstenu de les publier, à cause de ce qu'ont de délicat, au point de vue professionnel, les publications de ce genre, qui peuvent si aisément passer pour avoir un autre but qu'un simple intérêt scientifique. Il a voulu attendre que les faits se fussent encore plus multipliés et qu'ils eussent acquis la sanction du temps. Il espère soumettre un jour, d'une façon plus complète, son procédé au jugement de la Société.

PRESSE MÉDICALE.

Archives générales de médecine. — Janvier, Février et Mars.

Recherches sur la phlébite de la veine porte; par le d^r^ E. Leudet, interne-lauréat des hôpitaux, etc.

Le fait qui sert de base à ce travail est relatif à une jeune fille de 18 ans, qui, au milieu d'une bonne santé et sans cause connue, fut prise de frissons et d'une douleur gravative dans le côté droit du ventre et à la base du thorax. Le lendemain, malaise, chaleur à la peau, trois selles diarrhéiques. La malade se décida à entrer à l'hôpital de la Charité (service de M. Rayer). Aspect de souffrance, fièvre vive, ventre douloureux dans la région sus-ombilicale et épigastrique, pas de gonflement du foie; les urines ne précipitaient pas par la chaleur, ne verdissaient pas par l'acide nitrique. Le lendemain de son entrée, frissons avec claquement de dents, qui se terminent graduellement et sont remplacés par une chaleur peu vive, sans sueurs. Ces frissons se montrent encore le jour suivant, mais moins violens; la douleur abdominale persiste. Pendant deux jours, les frissons se suspendent, mais la malade conserve de la fièvre. Puis les frissons reparurent très violens, vomissemens, selles diarrhéiques, affaiblissement rapide, météorisme du ventre, avec sensibilité très vive à la partie supérieure; le foie augmente de volume. Elle meurt vingt-deux jours après son entrée à l'hôpital, et à l'autopsie on trouve des traces évidentes de péritonite; les ramifications veineuses du mésentère baignant dans le pus et remplies elles-mêmes par un pus jaunâtre, médiocrement consistant, que l'on pouvait suivre jusque dans le tronc de la veine porte. Au niveau de son entrée dans le foie, cette veine, incomplètement bouchée par un caillot entouré de pus à sa surface, et ses ramifications dans le foie injectées de pus, avec épaississement des parois veineuses dans les points correspondans à la suppuration; enfin de nombreux foyers purulens dans le foie, entourés d'une auréole noirâtre intense.

M. Leudet a fait suivre cette observation de quelques considérations sur la phlébite de la veine porte, considérations qu'il a déduites du rapprochement des faits analogues qui existent dans la science.

Toutes les branches qui se réunissent pour former la veine porte ne présentent pas, avec une égale fréquence, des signes d'inflammation; le plus souvent le pus se rencontre dans les branches mésentériques, dans le tronc de la veine porte, et simultanément dans ses ramifications intra-hépatiques; la veine splénique est au contraire exceptionnellement atteinte. L'altération des parois veineuses ne diffère pas de ce qu'elle est dans les autres phlébites. Le liquide contenu est du pus tantôt pur, tantôt plus ou moins mélangé de sang, avec des caillots blanchâtres peu volumineux, mais dans quelques cas seulement.

D'autres organes peuvent être affectés en même temps; ainsi, le foie, que l'on trouve augmenté de volume et contenant des abcès plus ou moins volumineux, offrant une grande analogie d'aspect avec ceux nommés vulgairement métastatiques, et communiquant directement avec les ramifications enflammées de la veine porte. La rate, à l'inverse du foie, est rarement malade; le plus souvent elle est augmentée de volume. On a trouvé également des abcès dans les reins, le mésentère, et même dans les poumons, le foie et le cerveau.

Le début de la maladie est le plus souvent assez rapide; cependant, dans quelques cas, il est au contraire lent. La douleur épigastrique est le plus souvent le symptôme initial, douleur accusée d'abord par les malades comme sourde, gravative, spontanée, existant au creux épigastrique, se prolongeant vers l'hypocondre droit et augmentant par la pression. Peu à peu, avec les progrès de la maladie, la douleur épigastrique devient plus marquée; il s'y joint une douleur abdominale générale, résultant de la phlegmasie du péritoine, puis une douleur gravative dans l'hypocondre, lorsqu'apparaît le développement morbide du foie. Dans quelques cas, météorisme, dilatation des veines sous-cutanées.

Un ordre de signes plus important se tire de l'examen de l'appareil fébrile; des accès de frissons violens, quelquefois provoquant le claquement des dents, se remarquent parfois dès le début, ou du moins se montrent presque toujours dans son cours. La durée du stade de fièvre est variable, il s'accompagne d'un malaise considérable et n'est pas toujours remplacé par la sueur. Ces accès de frissons présentent cela de particulier qu'ils reparaissent sans intervalles réguliers, le matin comme le soir, quelquefois plusieurs fois dans la même journée; ils existent lors même que la rate est saine, qu'il n'y a pas d'abcès dans le foie. Ces symptômes disparaissent quelquefois dans les jours qui précèdent la mort. L'ictère plus ou moins marqué accompagne souvent les phlébites de la veine porte; mais, le plus souvent, il n'apparaît pas au début, mais dans le cours même de la maladie. Les autres fonctions digestives offrent peu d'altérations: anorexie, augmentation de la soif; dans quelques cas, vomissemens, diarrhée, selles sanguinolentes. Les autres symptômes varient encore plus: coma, délire, affaissement considérable des forces.

Au nombre des symptômes les plus importans, il faut donc placer la douleur épigastrique, le météorisme, les accès de frissons irréguliers, et enfin le développement simultané ou isolé du foie et de la rate.

La durée de la maladie est en général très variable. L'âge des malades varie entre 20 et 40 ans. Les causes de cette affection sont encore imparfaitement connues; elle paraît avoir eu, dans le plus grand nombre des cas, un début spontané. Dans un seul cas, la pyliphlébite fut occasionnée par une arête de poisson, qui avait traversé l'estomac et s'était fixée dans la veine porte.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltestet C^e^, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 68. SEPTIÈME ANNÉE. **Jeudi 9 Juin 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.................. 32 Fr.
6 Mois.................. 17
3 Mois.................. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 8 JUIN 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

QUESTION DE LA SURDI-MUTITÉ.

Nous touchons au dénoûment. La discussion générale a été close hier par un discours un peu attardé de M. Gerdy, et par une allocution charmante de M. Bérard. Ce que pense M. Gerdy, nous éprouvons le regret de ne pouvoir le dire ici ; l'honorable académicien était indisposé; obligé de recourir à la complaisance de son collègue M. Depaul, celui-ci a lu avec peine un manuscrit qui paraissait difficile, et l'attention de l'Académie n'est pas venue en aide à l'obligeant lecteur.

Quant à M. Bérard, quoiqu'il ait pris, nous aimons à le croire, une peine inutile, l'Académie n'aura pas regretté d'entendre cette courte, mais substantielle dissertation, sur la physiologie de l'ouïe. Parmi les questions soumises à l'Académie par M. le ministre, il en est une si malheureusement rédigée, qu'elle peut prêter à croire que M. le docteur Blanchet admet que le sourd-muet peut acquérir quelques *notions du son (sic)* par les nerfs de la sensibilité générale. On demande à l'Académie si cela est possible, et la réponse de la commission est aussi rédigée de manière à ce que les doctrines physiologiques de l'Académie pourraient être compromises. M. Bérard a voulu préserver la compagnie de cet écueil. Il a exposé avec ce bonheur d'expressions qui lui est familier, et la théorie du son, et la spécialité sensitive du nerf acoustique, et la différence qui sépare celle-ci de la sensation purement tactile produite sur la peau par les vibrations sonores. Sans doute le sourd-muet peut être impressionné par l'ébranlement que produit un bruit intense ; comme l'a dit avec raison M. Bérard, les vibrations d'un coup de canon, qui sont assez intenses pour casser les vitres, le seront assez pour ébranler la peau d'un sourd-muet; mais en quoi cet ébranlement lui donnera-t-il la notion du son? Il y a un abîme entre ces deux phénomènes. Le sourd-muet peut *sentir* le bruit, mais il n'*entend* pas le son. Ce n'est pas pour faire entendre par le nerf brachial ou sciatique que la nature a si merveilleusement disposé l'appareil auditif, a si délicatement sculpté ces canaux, ces labyrinthes, a creusé ces anfractuosités, a si finement disposé ces osselets, ces petits muscles, cette membrane, tout cet admirable ensemble, en un mot, chef-d'œuvre inimitable qui suffirait à lui seul pour attester l'intelligence supérieure qui a présidé à la formation des êtres. Laissons aux rêveries mesmériennes les croyances folles à la transposition des sens. La saine physiologie apprend que si jusqu'à un certain point un sens absent peut être suppléé par ceux qui subsistent, jamais il ne peut être remplacé. Le tact peut donner à l'aveugle la notion de la forme, de la consistance d'un objet, mais de sa couleur, jamais. De même, pour le sourd-muet qui pourra bien toucher les vibrations de l'air agité, mais qui jamais, jamais ne pourra percevoir les ondes sonores, pour qui jamais ces vibrations ne se traduiront en sons.

C'est par cette allocution, vivement applaudie, que la discussion générale a été close. M. Piorry a réclamé avec instance son droit de rapporteur, et ne tenant pas compte de l'impatience visible de l'Académie, il a voulu répondre à M. Bérard. M. Piorry a été quelquefois mieux inspiré, c'est tout ce que nous voulons dire de cette réponse, qui ne nous a pas paru monter au ton auquel les précédens orateurs avaient élevé la discussion.

Le moment difficile était arrivé, c'est-à-dire qu'il fallait se prononcer sur les conclusions de la commission. Alors s'est présenté un incident étrange. On se souvient que, dans la dernière séance, M. Malgaigne avait terminé son spirituel et énergique discours par des conclusions qui, si elles n'étaient pas la contre-partie évidente de celles de la commission, se présentaient tout au moins comme des amendemens graves qui atténuaient et altéraient sur les points essentiels la pensée de la commission. M. Piorry était à la tribune; et toute l'assistance s'attendait aux foudres de son éloquence contre les conclusions de M. Malgaigne. Étonnement général! M. Malgaigne se lève et annonce que, sauf quelques petits détails de rédaction, la commission accepte ses conclusions; qu'elle est d'accord avec lui, et, qu'en conséquence, il n'y a plus qu'à délibérer sur ces seules conclusions. M. Piorry approuve du geste, et les autres membres de la commission ne soufflent mot. La première conclusion est lue, relue, trois ou quatre fois relue, les impatiens crient aux voix! on vote, et l'unanimité, moins la voix de M. J. Guérin, est acquise à cette première conclusion.

Seul, M. Guérin avait raison, la suite l'a bien prouvé. La seconde proposition Malgaigne est mise en délibération. M. Bouvier la combat, M. J. Guérin cherche à la démolir, et, redoublement d'étonnement, M. Bégin, membre de la commission, soutient et corrobore les objections qui lui sont faites. Alors une voix timide s'élève qui crie : Mais la commission n'est donc pas d'accord avec elle-même? Ce trait de lumière éclaire soudain la scène. M. Malgaigne descend dans les plus bas registres de sa voix pour annoncer ce qu'il ne voulait pas dire, à savoir qu'il ne s'est entendu qu'avec le rapporteur tout seul, que les autres membres de la commission n'ont pas été consultés, qu'ils n'ont pas pu l'être, parce que M. le secrétaire perpétuel, infidèle à ses devoirs, n'a pas convoqué la commission pour lui soumettre ses conclusions. Impassible sous cette apostrophe, M. le secrétaire perpétuel prend le réglement, s'arrête à l'article 12, et lit d'un ton légèrement malicieux : « Le rapporteur convoque les commissions... » Hilarité générale et prolongée ; et le tout finit par ce qui aurait dû être le commencement, c'est-à-dire par le renvoi des conclusions Malgaigne à la commission.

Cette fin de séance, il faut le dire, a manqué de gravité et de dignité, et ce n'est pas notre faute si notre appréciation en traduit l'absence. Nous sommes au diapason de cette discussion vague, confuse, hachée d'incidens, entrecoupée de propositions opposées, et qui a si bien mis en lumière ce que nous avons si souvent exprimé, savoir que l'Académie est dans un doute profond et dans une perplexité pénible sur ce qu'elle doit répondre à M. le ministre.

L'Académie, on nous permettra de le dire, doit se prémunir contre deux circonstances qui pourraient compromettre, fausser et dénaturer son vote. La première consisterait à croire qu'il est possible d'improviser une formule de réponse, et qu'au milieu d'une discussion souvent vive et passionnée, on peut trouver le mot, la phrase, la tournure qui soit l'expression nette et claire du sentiment de la compagnie. C'est une grande erreur dans laquelle tombent trop souvent les assemblées délibérantes. Les conclusions scientifiques ne s'improvisent pas; nées dans le tumulte de la discussion, elles en porteront l'empreinte, et leurs contours manqueront de précision ; les sels ne cristallisent pas pendant l'agitation qui les tient en suspension ; il leur faut le repos et le calme pour leur donner ces belles formes qui les caractérisent.

L'autre circonstance est particulière à la question en litige. L'Académie, si nous ne nous faisons pas illusion, est très inégalement partagée en deux camps. Le premier, le moins nom-

Feuilleton.

ÉTUDE HISTORIQUE SUR LES PRINCIPAUX ÉTABLISSEMENS THERMAUX DES PYRÉNÉES,

Par le docteur E. LAMBRON,
Médecin des épidémies pour l'arrondissement de Châteauroux.

Depuis une vingtaine d'années, tous les établissemens d'eaux minérales en France, et surtout les établissemens thermaux des Pyrénées, ont pris une incroyable extension. Ce n'est pas, à notre avis, un simple entraînement de mode, c'est la conséquence nécessaire d'une connaissance plus approfondie de ces moyens thérapeutiques, de leur application plus savante aux maladies et de l'emploi plus efficace de modes balnéaires nouveaux. Mais je crois qu'il faut aussi tenir bon compte des facilités de transport que des routes nombreuses et surtout celles de ces montagnes ont mises à la disposition des malades. Je n'en veux pour preuve que le grand nombre de personnes souffrantes qui, aujourd'hui, préfèrent se rendre aux eaux des bords du Rhin, par la raison seule que le voyage se fait sans fatigue et très rapidement. Ce choix n'est pas toujours le mieux approprié à la maladie ; les eaux puissantes des Pyrénées seraient souvent bien plus convenables ; mais que de gens pour qui le temps est précieux et les heures comptées! Cependant, déjà aux Eaux-Bonnes, à Barèges, à Cauterets, à Luchon, à Vernet, etc., etc., des malades viennent de tous les points du continent : d'Espagne, de l'Angleterre, de l'Allemagne, de l'Italie, de la Turquie, de la Russie, etc., et même de New-York, d'Égypte, etc., etc.; que sera-ce donc lorsque, dans quelques années, deux chemins de fer, déjà fort avancés, celui de Marseille et celui de Bayonne, conduiront de Paris aux deux extrémités de la chaîne pyrénéenne et seront reliés par une troisième voie ferrée, celle de Bordeaux à Montpellier, qui passera devant le front de ces bienfaisantes montagnes? On ne saurait, en ce moment, calculer tout l'accroissement que pourra prendre cette richesse territoriale ; mais en présence de la prodigieuse quantité d'argent que dès aujourd'hui les eaux minérales de France font circuler chaque année, cette question mérite bien qu'on l'étudie. Le gouvernement s'en est ému, et je crois être certain que l'une ses plus vives préoccupations est de retenir ou d'appeler dans ce pays par tous les moyens possibles : agrandissement, embellissemens et surtout ressources médicales et savoir éminent de ses inspecteurs, les nombreux capitaux que la facilité du transport, l'aisance de la vie et les plaisirs attirent aux eaux étrangères.

L'efficacité des eaux minérales françaises n'est pas seulement connue de l'Europe entière, ainsi que nous le disions plus haut; leur juste renommée tend chaque jour à se répandre dans toutes les parties du monde; les eaux de Vichy et celles des Eaux-Bonnes s'exportent déjà depuis New-York jusqu'à Canton. Il nous serait facile de démontrer les services incontestés qu'elles rendent à l'humanité souffrante, et les cas morbides nombreux qui, chaque année, vont y retrouver la santé et la vie; mais ce n'est pas là le but de cet article ; nous nous proposons seulement de les étudier au point de vue financier, c'est-à-dire de démontrer la part extrêmement importante qu'elles prennent à la circulation du numéraire, et, en rappelant les phases de leur accroissement, de juger de leur avenir par leur passé. Or, la circulation de l'argent n'est-elle pas une des plus grandes questions vitales des sociétés ; la source de l'aisance et de la richesse générales! Nulle part plus qu'aux eaux ne s'est fait sentir le trouble apporté à la fortune publique par les guerres et les commotions politiques. Que n'a pas eu à souffrir, dans ces dernières années, la population besogneuse des travailleurs pyrénéens?

Ce travail aurait sans doute beaucoup plus d'intérêt s'il embrassait toutes les eaux minérales de France, mais nos études, plus spécialement appliquées aux bains des Pyrénées, ne me permettent de donner quelque certitude qu'aux calculs appliqués aux établissemens thermaux de cette chaîne.

Il est digne de remarque que presque toutes les sources minérales, qui sortent en grand nombre des flancs de ces montagnes, se trouvent sur le versant nord ou versant français. Du côté de l'Espagne, on ne compte que trois établissemens thermaux : *Penticouse*, le plus important; les *bains de Venasque*, dans la vallée de ce nom; et *Caldès de Bui*, dans la vallée d'Aran, tous deux plus que modestes. Du côté de la France, il y a plus de 250 sources réparties entre trente établissemens compris dans les cinq départemens frontières. J'en ai analysé 178, et ce travail a eu l'honneur d'être couronné par l'Académie impériale de médecine. Nous allons successivement passer en revue les thermes les plus importans, d'après l'ordre dans lequel ils se présentent, en suivant la chaîne de son extrémité occidentale à son extrémité orientale.

§ I. DÉPARTEMENT DES BASSES-PYRÉNÉES.

1° Cambo.

Cambo attire les malades par deux sources de minéralisation différente : l'une sulfureuse et l'autre ferrugineuse, qui se prêtent un mutuel et puissant appui. Il est souvent précieux, en effet, de pouvoir joindre la médication ferrugineuse à la médication sulfureuse, et réciproquement. Mais cet établissement trouve une non moins grande importance dans sa situation riante et fraîche au pied des montagnes, dans sa proximité de Bayonne et des bains de mer de Biarritz, dans sa position rapprochée de la frontière d'Espagne et de la grande route de Madrid.

Ces eaux sont très en faveur auprès des Espagnols, qui tous les ans s'y rendent en grand nombre. Napoléon Ier les visita en 1808, lors de la guerre d'Espagne. Déjà ces thermes étaient assez en renom pour que l'Empereur conçût le projet d'y fonder un vaste établissement militaire qui devait servir de succursale à Barèges, dont les sources étaient insuffisantes aux besoins des nombreux blessés, et où des querelles, des rixes s'élevaient continuellement entre les militaires et les bourgeois. Il avait même affecté une somme de 150,000 francs à cette généreuse création que les événemens politiques et quelques autres raisons n'ont pas permis de réaliser. Mina, célèbre partisan espagnol, y vint en 1834 et 1835 pour y guérir ses blessures trop nombreuses et trop graves.... Le conseil général du département, prenant en considération l'importance de ces bains, leur accorda, pendant quelques années, une subven-

breux, s'appelle le parti du progrès. Le second, nous l'appellerions le parti de la résistance. Eh bien! dans ces deux partis, on ne dit pas tout, il y a des deux côtés manque de franchise; de là, cette impression générale que nous avons déjà signalée, d'obscurités et de mystères qui plane sur toute cette discussion.

Le parti du progrès n'avoue pas toutes ses intentions; il ne dit pas jusqu'où il veut porter ce progrès, quelles limites il veut donner à la réforme; il cache sous des conclusions captieuses le but qu'il a en vue. Ce but, le parti de la résistance croit le pressentir dans un projet de démolition du monument élevé par l'abbé de l'Épée, et ce parti s'effraie, à bon droit, d'une pareille révolution.

Le parti de la résistance pallie avec trop de tolérance, cache avec trop de sollicitude les erreurs, et peut-être les fautes de l'enseignement officiel dispensé aux sourds-muets. Sans l'avouer et sans le déclarer, il s'émeut des prétentions ambitieuses qui se sont fait jour, et il n'a pas le courage de dire et de prouver que ces ambitions ne sont légitimées par aucun succès réel, par aucune découverte sérieuse, par aucune méthode particulière et éprouvée.

Un honorable académicien, qui a pris une grande et belle part dans cette discussion, nous demandait hier, d'un ton légèrement ironique : Eh bien! le *fiat lux* est-il venu pour vous? — Non, eûmes-nous l'honneur de lui répondre, car nous ne savons pas encore tout ce vous voulez, et nous ignorons aussi ce à quoi on résiste.

Nous osons supplier l'Académie, ou au moins quelques-uns de ses membres, de poser nettement la question. Le moment est venu de tout dire. Il faut se décider pour un parti ou pour un autre. Accepter à la légère un progrès hypothétique ne serait ni digne, ni sage; résister systématiquement à une réforme légitime et mesurée, serait absurde. Mais de grâce, qu'on explique et qu'on démontre le progrès.

Ne sommes-nous pas autorisé à tenir ce langage, après avoir vu M. Malgaigne si ferme, si pénérant dans son argumentation, fléchir et mollir au moment décisif, en abandonnant, dans sa seconde conclusion, tout ce qui en faisait la signification et la portée? Il n'est donc pas bien convaincu, M. Malgaigne, que la faculté de lire sur les lèvres n'est pas très limitée chez les sourds-muets? Il ne croit donc plus aussi fermement que l'éducation par la mimique doive être la règle à peu près générale, et que les sourds parlans ne peuvent être qu'une rare exception?

Après tout ce que nous avons entendu hier, il est plus difficile que jamais de prévoir quelle sera l'issue de cette longue discussion. Si l'ardeur pour le progrès et la conviction d'un certain nombre de membres de l'Académie en faveur de l'urgence d'une réforme nous impressionnent de la part d'esprits aussi distingués que MM. Bouvier, J. Guérin et les membres de la commission, d'un autre côté, nous ne sommes pas moins impressionné par les excellentes raisons développées par MM. Bonnafont, Ferrus, Bousquet, Malgaigne, Bérard, et en dehors de l'Académie, par M. Ménière, et par tous les honorables professeurs de l'institution impériale de Paris, contre ce progrès contesté et contre une réforme déclarée inutile. On nous reproche nos doutes et notre incertitude; de bonne foi, que pouvons-nous faire au milieu de ce conflit d'opinions diverses? Et nous ne parlons pas de ce que nous avons vu par nous-même, des renseignemens qui nous sont parvenus de tous côtés, ou à la recherche desquels nous avons voulu spontanément aller, car nous compliquerions inutilement une discussion déjà trop compliquée.

Oui, une conviction nous est venue; ce qui n'était pour nous, au début, qu'un pressentiment, est devenu une réalité, et cette réalité, nous ne craignons pas de le dire, c'est que des deux parts, la passion, des intérêts peut-être, obscurcissent la question; qu'elle n'est pas suffisamment dégagée de toute préoccupation extra-scientifique pour qu'elle puisse être actuellement jugée avec le calme, la maturité, la prudence et l'observation que comporte ce grave et intéressant problème.

Aussi ce que, pour nous, l'Académie aurait de mieux à faire, ce serait d'adopter la proposition si sage, si bien motivée, si heureusement inspirée de M. Ferrus, c'est-à-dire de renvoyer toute la question à la commission, à laquelle s'adjoindraient, par portions égales, les partisans de la mimique et les défenseurs de la parole.

En dehors de cela, nous craignons bien que l'Académie ne fasse une œuvre inutile, et peut-être imprudente.

Amédée Latour.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

OPÉRATION CÉSARIENNE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS, DANS UN CAS DE MORT, AU HUITIÈME MOIS DE LA GROSSESSE;

Par M. le docteur Laforgue, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, membre de la Société de médecine de cette ville.

A toutes les époques, et dans les temps les plus reculés, les législateurs et les médecins ont reconnu la nécessité de retirer du ventre de la mère qui succombe pendant la grossesse, l'enfant qu'elle porte dans son sein et qu'elle n'a pu mettre au monde avant d'expirer. Il en résulte que l'opération césarienne, au moyen de laquelle on délivre une femme morte avant l'accouchement, a été pratiquée un grand nombre de fois. Cependant, malgré sa fréquence, il est très rare que cette opération soit suivie de succès, et à peine si, dans l'histoire et dans les annales de la science, on trouve quelques noms et quelques faits authentiques qui démontrent la possibilité de sauver la vie à un enfant après la mort de sa mère. Je me crois dès lors obligé, dans l'intérêt de l'humanité et de la science, de publier un fait tout récent, où j'ai été assez heureux pour extraire un enfant vivant par l'opération césarienne, pratiquée après la mort de la mère. A défaut d'autre avantage, cette observation aura celui d'éveiller l'attention sur des questions qui ont beaucoup occupé les anciens, et qui, sans être tombées dans l'oubli, sont rarement agitées de nos jours.

On ne se douterait certainement pas, aujourd'hui, d'après l'état de notre législation, que l'ancien législateur de Rome, Numa Pompilius, avait fait, à propos de l'opération césarienne, une loi expresse dont le texte est parvenu jusqu'à nous dans le *Digeste*, qui forme une partie du droit romain, base de l'enseignement actuel; et que, dans le siècle dernier, le roi de Naples avait décrété par une loi que quiconque, par artifice, violence ou négligence, empêcherait ou même retarderait, au détriment du fœtus, l'opération césarienne, serait regardé comme homicide, et que les délinquans seraient condamnés aux mêmes peines que les assassins. (Mahon, *Médecine légale*, tome III.)

Si les législateurs ont laissé tomber en désuétude les lois qui garantissent la vie des enfans contenus dans le sein de leurs mères après la mort, les théologiens, inspirés par le désir de sauver des enfans qui risquent de mourir sans baptême, ont conservé, dans toute leur rigueur, ces lois sages sans doute, mais qui pourraient devenir dangereuses si, comme nous le montrerons, on n'apportait pas, dans leur exécution, des restrictions commandées autant par les principes d'humanité que par les connaissances scientifiques qui sont exclusivement du domaine de la médecine.

Avant d'aller plus loin, je dois rapporter l'observation qui fait le sujet de cette communication.

Le 26 mai, à 7 heures du matin, la nommée Teychené, épouse Bénazet, âgée de 38 ans, enceinte d'environ huit mois, et couchée au n° 15 de la salle St-Louis, dans le service de M. le professeur Dassier, était à la dernière période de l'agonie. Appelé en toute hâte auprès de cette femme, avant l'arrivée du chef du service, au moment de mon entrée à l'hôpital, je constatai que la mort était prochaine, et qu'il n'y avait pas de temps à perdre pour se mettre en mesure de pratiquer l'opération césarienne, afin de sauver l'enfant s'il était encore vivant. M. Dassier étant arrivé, partagea immédiatement mon avis qui fut successivement adopté par MM. les docteurs Bessières, Duclos, professeur d'accouchement à la Maternité, et Guitard. Il fut unanimement décidé que j'attendrais, pour opérer, que la mort fût parfaitement confirmée. Pour ne perdre aucune chance de réussite et pour éviter tout retard, nous nous plaçâmes, ainsi que les assistans autour du lit de la malade qui était aux derniers momens.

Les extrémités et la face étaient froides et livides; la respiration ne se faisait plus que par saccades et à des intervalles de plus en plus éloignés; la circulation était insensible, et l'oreille appliquée sur le cœur ne percevait plus de battement. Depuis la veille les mouvemens du fœtus étaient nuls, les battemens du cœur n'étaient pas sensibles à l'auscultation. Après environ quinze minutes d'attente, la respiration ayant complètement cessé, et un examen scrupuleux des signes de la mort, nous ayant donné la conviction que la vie était éteinte, je procédai rapidement à l'opération césarienne, en suivant rigoureusement les règles prescrites pour le cas où l'on agit pendant la vie.

Un aide, relevant le ventre et assujettissant la matrice, je pratiquai sur la ligne médiane, et un peu à gauche, une incision longitudinale, comprise entre l'ombilic et le pubis. La paroi abdominale étant divisée, j'ouvris le péritoine en portant mon bistouri sur mon doigt indicateur gauche. La matrice étant à découvert, je fis une incision longitudinale, et quand je fus arrivé dans la cavité utérine par une ouverture faite avec précaution, introduisant mon doigt qui devait servir de protecteur, j'agrandis cette ouverture en haut et en bas dans à peu près l'étendue de la plaie extérieure. Un flot de liquide amniotique s'écoula immédiatement au dehors, et plongeant sans retard ma main droite dans la cavité, je saisis les pieds de l'enfant et je le retirai sans difficulté; il poussa un soupir, la vie n'était pas éteinte. Pendant que je faisais des frictions sur la région du cœur et que j'aidais les mouvemens du thorax par une pression méthodique, M. Duclos liait et sectionnait le cordon ombilical adhérent au placenta contenu dans la matrice, et M. Dassier ondoyait l'enfant.

Cet enfant, du sexe masculin, petit, maigre, décoloré, mais bien conformé, se ranima sous l'influence des soins qui lui furent donnés, et son existence était assurée.

Toutes ces manœuvres furent rapidement exécutées, grâce à l'entente avec laquelle les assistans, médecins et sage-femmes, se prêtèrent à cette opération émouvante faite sur le corps d'une mère qui, un instant avant, rendait le dernier soupir.

Le cadavre de la mère fut surveillé pendant quelque temps après l'opération, il n'y eut pas d'autre perte de sang que celle fournie par le tissu utérin; le cordon ombilical était exsangue, et il aurait fallu bien peu de temps pour que la mort du fœtus eût été définitive.

Le lendemain et les jours suivans, l'enfant, confié aux soins de la sœur de la crêche, a tété le sein d'une nourrice, et, quoique faible et

---

tion pour être employée en améliorations. Mais en 1843, M. Fugalde, riche propriétaire, s'en fit le véritable restaurateur. Un meilleur aménagement des sources, la reconstruction de l'établissement, tous les travaux d'embellissemens ont été exécutés à ses frais, quoique ces thermes appartiennent à la commune; mais celle-ci, en retour, lui en a concédé la ferme jusqu'en 1883.

Beaucoup de malades vont avec fruit chercher la santé à Cambo; beaucoup plus d'habitans valides de Bayonne en font un lieu de plaisance et viennent y jouir des premières douceurs du printemps et des derniers beaux jours de l'automne. Aussi, les bains de Cambo ont-ils deux saisons bien distinctes; la première commence en mai et finit vers la mi-juin, la seconde au 1er septembre et se termine le 15 octobre. Pendant ces deux mois et demi d'intervalle des fortes chaleurs, Cambo cède le pas aux bains de mer de Biarritz, dont la petite population est constamment augmentée de 2,000 baigneurs durant toute la saison; mais, par réciprocité, Biarritz lui envoie une bonne portion de sa population voyageuse, lorsque la saison refroidie ne permet plus l'usage de ses bains renommés. Cette seconde saison d'automne est la plus suivie, car c'est le temps des vacances, et beaucoup de familles s'y rendent en partie de plaisir.

On ne peut pas estimer à moins de 1,200 le nombre de personnes qui viennent annuellement aux eaux de Cambo, et de 200,000 francs l'argent qu'ils y laissent, soit pour les frais du traitement, de la nourriture et du logement, soit pour les dépenses que nécessitent les fêtes, les excursions dans les montagnes et le pays basque, et toutes les autres jouissances que ses hôtes, pour la plupart, sont avides de se donner.

2° Eaux-Chaudes et Eaux-Bonnes.

Ces deux établissemens n'en forment réellement plus qu'un, depuis qu'ils ont été considérablement rapprochés; d'une part, par la facile et douce promenade horizontale; de l'autre par la route admirable tracée par le savant et intrépide M. Cailloux, dans la gorge effroyable du Gave de Gabas, exécutée par l'habile M. Menard, et parcourue plusieurs fois par jour par des omnibus. On doit considérer les Eaux-Chaudes comme le complément des Eaux-Bonnes. Aux Eaux-Bonnes, en effet, on ne va guère chercher qu'une boisson bienfaisante; les sources ne sont ni assez assez chaudes, ni assez abondantes pour servir à donner des bains efficaces. Donc, toutes les fois qu'à la boisson il est nécessaire de joindre l'usage des eaux en bains, douches, étuves, etc., etc., il est préférable que les malades aillent les prendre aux Eaux-Chaudes. Cette petite course n'a rien de fatigant et encore moins de dangereux; la route est bonne et les voitures bien closes. D'ailleurs, dans d'autres localités thermales, à Cauterêts, par exemple, les baigneurs qui vont aux établissemens du Pré ou du Bois, ne mettent pas moins de temps à s'y faire porter dans des chaises à porteur, beaucoup moins commodes et beaucoup moins chaudes.

Cet appui réciproque et complémentaire n'empêche pas chacun de ces thermes d'avoir sa clientèle propre.

a. Les *Eaux-Chaudes* furent en réputation bien avant les Eaux-Bonnes. Pendant plus d'un siècle, de 1470 à 1590, les souverains de Navarre en firent leur séjour de plaisirs, de joyeux ébats et d'amours; ils y menaient belle et joyeuse vie, disent les mémoires du temps; et c'est sans doute à ce rendez-vous de galanteries plus qu'à une vertu réelle pour guérir la stérilité, qu'elles durent leur nom d'*impregnardères* (engrosseuses). Ces bains gardent encore le souvenir de Gaston de Foix, de Marguerite de Valois, la *Marguerite des Marguerites*; d'Henri II, de Jeanne d'Albret, mère de Henri IV; de ce bon Roi; de la gràcieuse Marguerite de Navarre, etc., etc. Par l'avénement de cette famille au trône de France, les Eaux-Chaudes perdirent peu à peu de leur splendeur. Il n'y avait pas alors de routes et l'état des chemins ne permettait guère qu'elles fussent fréquentées par d'autres que par les habitans des contrées circonvoisines; les malades n'y arrivaient que portés sur les épaules des belles femmes de Laruns. Aussi, quand M. le duc de Larochefoucauld s'y rendit en 1671, elles étaient tombées dans un oubli presque complet qui durait encore en 1745; car à cette époque qu'une commission nommée par les états de Béarn trouva les bains dans un désordre affreux : « Il n'est pas possible que des honnêtes gens puissent y résider, » disent-ils dans leur rapport. La sollicitude intéressée de ces états leur rendit un peu de leur importance, de sorte qu'en 1763, d'après les instances de M. le chevalier de Maucor, commandant de la vallée d'Osseau, la ville de Laruns emprunta 150,000 francs pour faire élever successivement, de 1763 à 1781, le château, les établissemens du Roy et de l'Esquirette. Durant ce temps, l'intendant de la province d'Aquitaine, M. Megat d'Etigny, dont le nom reviendra souvent dans le cours de ces études, avec les actes d'une administration la plus habile et la plus dévouée à l'avenir de ce pays, M. d'Etigny, dis-je, faisait construire, en 1751, la belle route de Pau à Laruns, chef-lieu de canton des deux établissemens thermaux; puis, de 1776 à 1778, la route des Eaux-Chaudes par le col du Hourat. Délaissées de nouveau pendant la première révolution, l'habileté de ses inspecteurs les remit en faveur au commencement de ce siècle. Enfin, il y a quelques années, comme elles ne suffisaient plus aux exigences de l'époque et qu'elles ne supportaient plus qu'avec peine la rivalité des autres établissemens thermaux des Pyrénées, la commune de Laruns, cédant aux sollicitations réitérées du savant inspecteur Samouzet, dirigée par M. de Livron et soutenue par MM. les préfets Le Roy, Duchatel et Azevedo, vota la construction du bel établissement actuel qui, commencé en 1841, ne fut terminé qu'en 1850. Elle concourut à la dépense pour 140,000 francs, le département pour 40,000 francs, et l'État pour 80,000 francs. De plus, la route nouvelle, qui fut livrée au mois de juillet 1849, a coûté 120,000 francs, dont 85,000 francs payés par le gouvernement, et 35,000 francs par la commune et le département.

L'accroissement successif de leur produit ne nous semble pas moins important pour juger de la prospérité de ces thermes.

En 1763, lorsqu'elles furent confiées à la direction de M. de Maucor, les Eaux-Chaudes ne rapportaient que 500 f.; en 1787, leur produit était déjà de 3,200; après la Révolution, il s'accrut successivement, au point d'atteindre en 1840 8,000 fr. Mises en régie, les registres démontrent

chétif, il présente toutes les conditions de viabilité. Le 3 juin, neuvième jour de la naissance, son état continue à être satisfaisant.

Quelle était la maladie qui avait mis fin aux jours de cette malheureuse mère avant l'époque prochaine de son accouchement?

D'après, les renseignemens que j'ai pris et ceux que m'a fournis M. le professeurs Dassier, cette femme, mère de quatre enfans, dont l'aîné a 16 ans, était enceinte de près de huit mois, lorsque, vers le 10 du mois dernier, elle fut prise de violens maux de tête accompagnés de vomissemens. Habituée à de rudes travaux, elle continua ses occupations ; mais bientôt elle fut obligée de s'aliter. Pendant les huit jours qu'elle resta à son domicile, sans appeler du secours, elle ne cessa de se plaindre de vives douleurs à la tête, et elle vomissait tout ce qu'elle prenait ; elle n'accusait aucune douleur dans le ventre.

Elle fut apportée à l'Hôtel-Dieu le 18 mai, et vu son état avancé de grossesse, elle fut envoyée à la Maternité. Cette malade, ne présentant aucun signe d'un accouchement prochain, fut évacuée dans le service de médecine le 24 mai ; à cette époque, elle était dans le délire. Fortement agitée, elle poussait des cris aigus, parlait continuellement, et il fallait la plus grande surveillance pour l'empêcher de tomber de son lit. Malgré les soins qui lui furent donnés, cette malade, après quarante-huit heures d'une violente agitation, tomba dans un état comateux, qui se termina par la mort le 26 au matin.

A l'autopsie, j'ai trouvé les lésions qui caractérisent la méningite avec épanchement, ou hydrocéphalie aiguë. Les méninges étaient injectées, l'arachnoïde était opaque, épaissie dans quelques points, et soulevée par une légère couche de liquide séreux épanché entre la pie-mère et le feuillet arachnoïdien cérébral. Cent grammes environ de sérosité étaient contenus dans l'intérieur du crâne, après l'ablation du cerveau, dont les ventricules renfermaient une quantité notable de liquide. La substance cérébrale était consistante, piquetée et lubréfiée à sa circonférence par la sérosité contenue dans les anfractuosités et entre les membranes.

L'examen de la matrice a montré que cet organe était volumineux et non rétracté. L'incision faite par l'opération avait 9 centimètres, un peu plus de trois pouces. Le tissu utérin était épais, blanc, exsangue. Le placenta, ayant à peu près le volume normal, était adhérent, dans tous ses points, à la face postérieure de la matrice, et ces adhérences étaient assez fortes pour que l'on pût soulever tout l'organe par le cordon ombilical, sans le détacher. La portion sous-vaginale du col était complètement effacée ; l'ouverture interne n'avait pas subi de changement ; le museau de tanche était mou, béant, mais non dilaté ; il n'y avait aucune trace du travail qui précède l'accouchement.

Cette observation montre que l'enfant, arrivé au huitième mois de la vie fœtale, peut être encore vivant quelques instans après la mort de la mère qui a succombé à une maladie cérébrale, ayant duré quinze jours avec intensité; mais il résulte aussi de l'état dans lequel se trouvait cet enfant, ainsi que les organes qui le contenaient, que la vie ne se serait prolongée plus de quelques minutes après la mort de la mère.

Ces deux points étant établis, nous pouvons examiner les deux propositions qui dominent la question de l'opération césarienne faite après la mort, à savoir :

1° Combien de temps après la mort de la mère doit-on pratiquer cette opération?

Doit-on opérer toutes les femmes enceintes qui meurent avant l'accouchement, quelle que soit l'époque de la grossesse?

Et d'abord, il est important de poser comme principe absolu, que jamais l'opération césarienne ne devra être pratiquée chez la femme enceinte avant qu'elle ait rendu le dernier soupir. Certains théologiens ont poussé si loin le zèle pour le salut éternel des enfans, qu'ils veulent que l'on pratique l'opération quelque temps avant la mort et les derniers momens de l'agonie; nous devons repousser ces exagérations, dont il est inutile d'exposer les dangers pour tous ceux qui connaissent les diffficultés que présente le pronostic dans cerains cas compliqués de maladies survenues pendant la gestation, et nous devons établir, comme règle, que l'ouverture d'une femme enceinte ne pourra être faite qu'après sa mort. Ce principe une fois admis, nous pouvons, en toute liberté, fixer, d'une manière rigoureuse et précise, le moment d'agir, et nous dirons que l'opération césarienne devra être pratiquée immédiatement après la mort, et à l'époque la plus rapprochée du moment où la femme a rendu le dernier soupir.

Tout le monde comprend que c'est là la principale condition de succès dans cette opération, et, sur ce point, il n'y aurait pas d'opposition si les médecins étaient d'accord sur les signes caractéristiques de la mort. Mais il n'est pas possible de déterminer, d'une manière absolue, que la vie est éteinte tant que le corps ne présente pas quelque signe de décomposition; et il suffit que la vie puisse persister quelquefois, quoique toutes les fonctions organiques soient suspendues, pour que le doute puisse exister dans l'esprit; et, dans ce cas, le doute, c'est l'hésitation, et avec elle la mort de l'enfant, car jamais l'occasion ne fut plus pressante. Il s'agit de trouver un signe positif de la mort; ce signe est dans l'interruption de la circulation et dans la cessation des battemens du cœur. Lorsque le cœur ne bat plus, chez une personne qui offre les autres caractères de la mort, il ne peut plus y avoir de doute : s'il y en avait encore, on devrait se hâter de mettre en pratique le précepte donné par M. Bouchut, dans son Mémoire sur les signes de la mort, couronné par l'Institut, c'est-à-dire ouvrir une petite artère, et si le sang ne coule pas, si l'artère est vide, la mort sera certaine.

Ainsi donc, puisque, même dans les morts rapides et imprévues, on peut avoir des indices certains que la vie est éteinte, on doit toujours, lorsqu'on est appelé à temps, pratiquer l'opération césarienne immédiatement après que la femme aura rendu le dernier soupir; et pour conserver toutes les conditions de sécurité, cette opération sera faite d'une manière méthodique et suivant les règles prescrites. Mais, dira-t-on, pourquoi tant se hâter, puisqu'il existe des faits d'après lesquels les enfans ont été extraits vivans une demi-heure, et plus, après la mort? Ces faits sont loin d'être authentiques, et, s'il faut en tenir compte dans les cas où le médecin est appelé trop tard, il est prudent de les considérer comme non avenus dans toute autre circonstance.

Est-il nécessaire de pratiquer l'opération césarienne à toutes les époques de la grossesse? Il serait inutile de soumettre à une pareille opération, les femmes qui auraient succombé dans les premiers mois de la grossesse; mais il ne faudrait pas ajouter foi à l'opinion de Zacchias qui dit, qu'on ne saurait espérer de tirer vivant du sein de sa mère, par l'opération césarienne, un fœtus de sept mois et même de huit mois; le fait que j'ai rapporté donne un démenti à cette assertion dangereuse. Il est évident que, dès que les mouvemens du fœtus et les battemens du cœur sont sensibles et distincts, on est en droit d'espérer de retirer, par une opération faite à temps, un enfant vivant. C'est donc dès ce moment que l'opération sera obligatoire pour le médecin, qui ne doit pas se laisser guider par la disposition de la loi, qui a fixé au 180e jour la viabilité de l'enfant.

La survenance d'un enfant est, dans notre législation, un fait important et qui a des conséquences graves dans l'ordre de la transmission des biens, soit sous le rapport des successions, soit sous celui de la quotité disponible; mais cette survenance d'enfant n'a de conséquence que tout autant qu'elle s'applique à un être viable. L'époque de la viabilité ne pouvant être déterminée d'une manière précise, le médecin devra se conformer aux indications fournies par la science dans cette grave question, dont la décision lui est dévolue. Décision importante et solennelle, dans laquelle la science et l'art sont les suprêmes arbitres des intérêts de la loi, de la religion et de l'humanité.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 Juin 1853. — Présidence de M. Bérard.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Lemazurier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Versailles, sur une épidémie de rougeole qui a régné depuis le 18 avril dernier dans la commune de Guyancourt (Seine-et-Oise).

2° Un rapport de M. Guizard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lons-le-Saulnier, sur la recrudescence de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné cette année dans la commune de Marigny.

3° Des rapports sur le service médical des établissemens d'eaux minérales suivans, pour l'année 1852 :

De Saint-Albin, par M. le docteur Gay ; de Bourbon-l'Archambault, par M. le dr Regnault ; des bains de mer de Boulogne, par M. Rouxel ; de Digne, par M. Frison ; de Bagnères-de-Luchon, par M. Barrié ; de Néris, par M. Sibille ; de Bains (Vosges), par M. Bailly ; de Saint-Amand, par M. Charpentier ; et du Mont-d'Or, par M. Bertrand fils.

4° Un mémoire de M. Denamiel, de Rives-Altes (Pyrénées-Orientales), sur le diagnostic des calculs urinaires par le toucher seul ou combiné avec l'action des instrumens. (Com. MM. Malgaigne, O. Henry et Jobert.)

5° Une note de M. Duchenne de Boulogne, sur la contracture du diaphragme. L'importante observation de contracture du diaphragme que M. le docteur Valette a communiquée à l'Académie, dans la séance du 24 mai 1853, nécessite de ma part, dit M. Duchenne dans sa lettre d'envoi, quelques explications qui intéressent principalement la symptomatologie et la thérapeutique de cette maladie nouvelle. C'est ce qui fait l'objet de cette note. (Com. nommée.)

6° Une observation de M. Galliot, de Magny (Seine-et-Oise), sur un cas de typhus qui a présenté quelques circonstances particulières. (Com. M. Gaultier de Claubry).

7° Une observation de M. le docteur Favrot, relative à une variété rare de gangrène inflammatoire, à forme serpigineuse, avec destruction complète de l'aponévrose plantaire. (Comm. MM. Robert et Huguier.)

8° Une lettre de M. Pitancier de Montigny, de Madon, près Blois, contenant une réclamation de priorité relative à l'emploi du charbon comme agent thérapeutique dans les affections typhoïdes.

9° Une note de M. Bordier de la Rue, de Bergerac, sur l'emploi du frêne contre le rhumatisme et la goutte. (Comm. MM. Grisolle et Requin.)

10° Une lettre de M. Apostolide, contenant la description d'un instrument pour la ligature des artères, qu'il soumet à l'examen de l'Académie.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la surdi-mutité.

Surdi-mutité.

M. Gerdy fait lire par M. Depaul un discours que nous essaierons d'analyser dans le prochain numéro.

La parole est à M. Bérard.

M. Bérard s'exprime en ces termes :

En 1831, un honorable académicien, à qui Dieu fasse paix! venait au nom d'une commission dont il était rapporteur, vous proposer de reconnaître qu'on peut voir, sans le secours de l'organe de la vue, ou

---

qu'en 1847, il a été distribué 17,971 bains qui ont produit 9,229 fr. de recette; en 1848, 19,468 bains qui ont donné 9,408 fr. Le nombre des baigneurs s'est élevé, la première année, à 1,391, et la seconde à 1419. En calculant sur une moyenne de 10 fr. par jour pendant vingt jours, cela donne une dépense de 280,000 fr., faite à chaque saison dans ce pays.

b. Nous avons déjà dit qu'on venait aux *Eaux-Bonnes* de presque toutes les parties de l'Europe, et même du nouveau continent. Cette grande et lointaine renommée leur vient des cures nombreuses et souvent inespérées qu'elles opèrent, principalement parmi les affections des organes respiratoires.

Leur réputation commença à l'occasion des bons effets qu'elles produisirent sur les plaies d'arquebuse que Jean d'Albret, aïeul de Henri IV, et les Béarnais ses compagnons d'armes, avaient reçues à la bataille de Pavie, en 1525. Ce brillant succès leur valut le nom d'*Eaux-des-Arquebusades*. Plus tard, elles furent fréquentées par Marguerite d'Anjou, que la galanterie avait proclamée la quatrième grâce et la dixième muse ; par Marguerite de Navarre, sœur de François Ier; elle s'y rendit souvent pendant ses divers séjours aux Eaux-Chaudes; et par Henri IV qui s'y plaisait beaucoup. Michel Montaigne, ce mordant critique de la médecine et des médecins, ce spirituel sceptique qui croyait cependant en l'efficacité des eaux minérales, y vint aussi, vers 1660, et les appela *Gramontoises* du nom de Gramont, famille puissante du Béarn, chez laquelle il avait reçu la plus gracieuse hospitalité. Mais, comme les meilleures choses d'ici-bas, elles eurent leur moment d'oubli, au point qu'en 1744, Labaing en faisait la triste description suivante, en leur rendant le nom d'*Aigues-Bonnes* : « On arrive par un » chemin fort escarpé, mais cependant praticable à cheval; on ne sau- » rait décrire la tristesse de ce lieu sauvage; on n'y trouve ni feu, ni » lieu ; pour tout logement, il n'y a que deux misérables cabanes rem- » plies de mauvais lits, où l'homme le moins délicat ne saurait se » résoudre à coucher. Là, fort indécemment et en liberté, sont con- » fondus pêle-mêle les malades d'un sexe différent; mais ce qui doit » surprendre davantage, c'est qu'on n'y trouve aucune ressource pour » y subsister, point d'auberge, point de pourvoyeur. » Mais Bordeu, vers 1760, en les appliquant plus particulièrement à la guérison des affections de poitrine, commença véritablement leur réputation actuelle. Depuis lors, leur prospérité s'est constamment accrue, et ces thermes, qui, en 1770, ne rapportaient que 3 livres tournois, produisirent plus de 2,000 fr. lorsque la grande et habile administration de M. de Castellane, préfet des Basses-Pyrénées, eut fait construire en 1806 la route de Laruns à Bonnes. Aujourd'hui, elles sont affermées par la commune d'Aas, à laquelle elles appartiennent, 13,000 f., sans compter les charges imposées au fermier, qu'on évalue à 6,000 f. Depuis 1836, plus de quinze hôtels à trois et à quatre étages y ont été construits; le nombre des malades qui s'y rendent chaque année dépasse 4,000, et l'on ne peut évaluer à moins de 800,000 fr. à un million l'argent laissé dans cette localité. A ce chiffre déjà fort important, il faut ajouter le prix des bouteilles exportées, et dont le nombre, toujours croissant, dépasse 200,000 par an; à 1 fr. la bouteille, cette vente verse donc encore environ 100,000 fr. dans ce pays pour l'eau et le verre, et laisse une égale somme au profit du commerce et du roulage.

(*La suite à un prochain numéro.*)

COURRIER.

Nécrologie. — M. le docteur Raisin, directeur honoraire de l'École préparatoire de médecine de Caen, et professeur de cette École, vient de mourir à un âge avancé.

— M. Heyfelder fils, membre de la Société des médecins-légistes de Baden, vient d'être chargé par M. Schürmeyer, président de cette Société, de remettre, à Mme Orfila, avec une gracieuse lettre d'envoi, la médaille et le diplôme décernés à l'éminent professeur dans une séance solennelle dont nous avons rendu compte. La médaille, en argent, porte sur l'une des faces la tête d'Esculape entourée du nom de la Société, et sur le revers, au milieu d'une couronne de laurier, le nom de M. Orfila et le millésime de 1852, année dans laquelle la médaille a été decernée. Cette médaille n'est pas seulement un honneur pour la mémoire du célèbre défunt ; c'est aussi une preuve que l'Allemagne scientifique sait, dans son impartialité, honorer le talent partout où il se trouve.

— Par arrêté de M. le Ministre de l'instruction publique, M. Chrestien, de Montpellier, vient d'être suspendu pour six mois de ses fonctions d'agrégé, pour un article publié dans la *Gazette médicale de Montpellier*, et qui a été jugé comme sortant des limites imposées actuellement à la critique.

Deux étranges affaires. — Les journaux anglais nous apportent les premiers détails sur deux affaires qui montrent combien on recule peu devant le scandale dans la prude Angleterre, lorsqu'on croit pouvoir obtenir de larges dommages-intérêts. Dans ces deux affaires, deux médecins ont été compromis ; l'un a été acquitté et l'autre, nous n'en doutons pas, en sortira également à son honneur ; mais ce dont on a le droit d'être surpris, c'est que dans un pays civilisé, on ait ainsi le droit de faire un procès à un honnête homme pour des choses qui n'ont pas même l'ombre de réalité.

Dans la première affaire, c'est un chirurgien des pauvres de Croydon, M. Shorthouse, qui a passé devant les assises sous le coup d'une accusation de viol portée contre lui par une jeune fille. Celle-ci racontait que M. Shorthouse lui aurait appliqué sur le visage un morceau de linge, ce qui l'aurait fait tomber dans l'insensibilité, et qu'il aurait assouvi sur elle sa passion pendant son sommeil. Le viol aurait été commis une seconde fois, cinq mois après, dans les mêmes circonstances. Le père de la jeune fille comparaissait comme témoin. Aux débats, il a été clairement démontré qu'il y avait là-dessous une question de *chantage*, et les juges ont renvoyé M. Shorthouse de la plainte, en déclarant que son caractère n'avait été nullement atteint. Séance tenante, la jeune fille a été jugée comme parjure ; mais, chose bizarre, elle a été acquittée également.

Dans la seconde affaire, qui n'est pas encore terminée, c'est un médecin de South, très occupé et très distingué, M. Banks, qui a été mis en cause pour avoir tenté de commettre un viol sur la fille d'un marchand, âgée de 14 ans, à laquelle il donnait ses soins depuis un an pour une maladie de matrice. La tentative de viol aurait eu lieu pendant l'absence de la mère, à qui il avait dit de se retirer. La jeune fille aurait résisté. Notre pauvre confrère, en attendant son jugement, a été condamné à fournir une caution de 12,500 fr. pour lui, et deux autres cautions de 6,250 fr. comme garanties de sa représentation aux débats.

du moins au travers d'un corps opaque. Ce jour-là la position de l'Académie était difficile, elle ne l'est pas moins en ce moment. En 1831, l'Académie n'était pas plus menacée qu'elle ne l'est aujourd'hui d'encourir cette sorte de ridicule dont les corps savans ne peuvent plus effacer la trace, lorsqu'ils ont eu l'imprudence ou le malheur de s'y exposer.

Que vous demande M. le ministre de l'intérieur? Parmi les questions qu'il vous pose, il en est deux qui ne sont pas le moins du monde communes, mais dont on ne manquera pas d'invoquer la connexité, si vous ne vous expliquez d'une manière catégorique sur chacune d'elles.

Voici ces questions ; je vais les lire :

1° On vous demande : « Si, parmi les élèves qui entrent chaque » année dans l'établissement des Sourds-Muets, il ne s'en trouve pas » un certain nombre qui, par suite du traitement que M. Blanchet a » imaginé, seraient susceptibles de guérison ou d'amélioration et pour- » raient arriver à saisir la parole directement par l'oreille, par l'inter- » médiaire d'instrumens d'acoustique ou par tout autre moyen, et si » d'autres n'ont pas conservé l'usage de la parole et ne seraient pas » susceptibles d'acquérir la faculté de la lire sur les lèvres, quoiqu'ils » soient atteints d'une surdité incurable. »

On vous demande encore : « Si les élèves de cette dernière catégorie » (ceux qui sont complètement sourds) ne pourraient pas recevoir » quelques notions du son par les nerfs de sensibilité générale, comme » l'indique M. Blanchet. »

Point d'équivoque ! Il faut appeler les choses par leur nom. On vous demande si on peut entendre sans le secours de l'organe de l'ouïe? Si on peut entendre par la peau? Si des *impressions auditives* peuvent voyager par les nerfs du plexus brachial, par le nerf sciatique, les nerfs fessiers, ou d'autres encore que je ne mentionnerai pas, bien qu'il n'y ait aucune raison d'exclure les uns plutôt que les autres.

En vain la nature aura déployé toutes les ressources de sa puissance formatrice dans l'installation de cet organe de l'ouïe, si merveilleux et si compliqué...... pure affaire de luxe ! ! Il suffira d'un nerf communiquant, par l'un de ses bouts, avec la plante du pied, et par l'autre avec la queue de cheval pour nous donner la *notion des sons* ! Qu'une semblable question ait pu être rédigée par des personnes étrangères à la science que vous cultivez, cela n'a rien qui puisse nous étonner ; mais qu'elle ait été suggérée par un docteur en médecine, c'est ce que j'ai peine à comprendre. S'il y avait dans cette enceinte un académicien disposé à soutenir que la sensation que fait éprouver à la peau un mouvement vibratoire est de même nature qu'une sensation auditive, je serais très heureux de l'entendre à la tribune. Mais je ne ferai pas à l'Académie cette injure, de croire qu'aucun de ses membres veuille défendre cette singulière doctrine. M. Guérin, dans son discours, n'a pas commis la faute de confondre des impressions *tactiles* avec des impressions *auditives*. Dès la première séance où le rapport a été mis en discussion, l'un des membres les plus éclairés de la commission, M. le professeur Bouillaud, a décliné toute solidarité d'opinion avec ceux qui voudraient laisser passer la théorie de M. Blanchet....... Si théorie il y a?

M. Bouillaud nous a fait part des objections qu'il avait faites à M. Blanchet. Dans la séance suivante, M. le rapporteur a parlé ou a voulu parler dans le même sens. M. Piorry a déclaré qu'il ne confondait pas les vibrations que la peau nous fait percevoir avec les vibrations auditives. Qu'il me permette de lui faire observer (ceci est une parenthèse) qu'il a dit autre chose que ce qu'il voulait dire. Il n'y a pas, pour le cas actuel, deux sortes de vibrations, les unes affectant les nerfs de la peau, les autres les nerfs de l'ouïe. Ce sont les mêmes vibrations qui excitent, dans chacun de ces nerfs, les seules impressions qu'ils soient capables de faire éprouver dans les nerfs de la peau, une impression tactile, un chatouillement, une secousse particulière dans les nerfs de l'ouïe, l'impression du son, de même que le mouvement électrique passant par l'œil, fait naître la *sensation de lumière* ; passant par l'oreille interne, la *sensation auditive* ; passant par les membres, la sensation d'un coup, d'une sorte de contusion ; et la sensation gustative quand il traverse la langue.

Je reviens maintenant au danger qui menace l'Académie. Elle va avoir à se prononcer sur les résultats pratiques obtenus par M. Blanchet. Si la commission affirme que ces résultats sont bons, il n'y a pas de motifs pour que l'Académie ne déclare pas qu'ils sont bons, à moins pourtant qu'elle ne pense autrement que la commission ou que la question ne lui paraisse pas élucidée. Mais je suppose que l'avis soit favorable, si l'Académie, en donnant son approbation à la partie pratique, ne se prononce pas d'une manière explicite sur la partie théorique, son silence sera pris pour un consentement ; et demain, les journaux politiques annonceront qu'on peut entendre par la peau, que l'Académie vient de vérifier cette grande découverte de M. Blanchet. Quelle sensation dans le public! Ce serait à faire diversion aux tables tournantes! Quelle bonne fortune pour l'inventeur de la méthode! Quel étonnement de ces bons Parisiens, lorsqu'ils apprendront qu'un sourd, un être radicalement sourd, peut entendre par le bout des doigts ou par les talons ! Mais aussi que de railleries, que de sarcasmes décochés par les hommes sévères, les vrais savans, contre cette pauvre Académie impériale de médecine ! Elle ne s'en relèverait jamais !

Permettez-moi, Messieurs, de dire un mot de cette partie théorique.

Pour un physiologiste, le mouvement vibratoire des corps, ce n'est pas le *son*. Le *son, c'est le mouvement vibratoire passant par le nerf acoustique sensible.* Le mouvement vibratoire ne devient son qu'à cette condition. Mais, dira-t-on, le mouvement vibratoire peut impressionner les nerf. de la peau? Oui, sans doute ; et il serait bien étonnant qu'il n'en fût pas ainsi. Lorsqu'une détonation du canon brise toutes les vitres d'une rue sans le secours des projectiles ; lorsque la voix d'un chantre fait trembler les vitraux d'une cathédrale, est-il impossible que ces puissantes vibrations impressionnent mécaniquement le sens tactile? Mais quel rapport existe-t-il entre cette impression et l'impression auditive? Aucun. On nous demande si un sourd, un individu radicalement sourd, peut avoir la notion du son par les nerfs de la sensibilité générale. Pour que la chose soit possible, il faudrait qu'il y eût quelque ressemblance entre l'impression d'un son et l'impression que l'on fait sur la peau, le mouvement vibratoire exagéré. Mais de grâce observez-vous. L'impression du son n'est pas pour vous l'impression du mouvement vibratoire. Ce mouvement vibratoire, vous le sentez *comme son* et non comme trémoussement mécanique. C'est votre peau qui peut, à l'occasion, vous faire ressentir le trémoussement mécanique ; mais elle ne peut vous faire sentir le son. Cette peau, chez un enfant qui est radicalement sourd, qui n'a pas l'idée du son, ne peut faire naître que l'idée du chatouillement et du trémoussement mécanique, et non celle du son.

Je vais rendre tout ceci plus sensible par un exemple.

A ce moment où je parle et où vous m'entendez, quel est l'intermédiaire entre vous et moi? C'est l'air vibrant. Quelle impression ressentez-vous? Uniquement celle du son et non du mouvement vibratoire qui est devenu son dans votre oreille. Admettez que mon voisin, M. Gibert, pose sa main sur mon larynx pendant que je parle (c'est ce que faisait faire il y a *cent soixante ans* aux sourds-muets le célèbre Conrad Amman, l'auteur du *Surdus loquens*, non pas pour leur apprendre à entendre, mais pour leur apprendre à parler) ; M. Gibert, dans cette position, éprouvera deux sensations : par l'oreille, celle du son ; par les nerfs de la main, celle d'un trémoussement vibratoire. Et, certes, il ne dira pas que ces deux impressions se ressemblent. Admettez maintenant que, dans cette position encore, M. Gibert devienne radicalement sourd, ce qu'à Dieu ne plaise, *dii amen avertant !* il rend trop bon compte de ce qui se dit ici ; eh bien ! M. Gibert aura perdu l'une des deux impressions, l'impression auditive, qui ne pourrait en aucune manière être remplacée par l'impression tactile que la main continuera de recevoir.

Ce n'est point là une doctrine qui me soit particulière. C'est devenu (passez-moi la trivialité de l'expression) le pont aux ânes de la physiologie. En parcourant Muller, il y a quelques jours, j'ai rencontré un passage qui semble avoir été écrit pour la circonstance. Le voici. Après avoir parlé des excitans des autres sens, il dit : « On en peut dire autant » du son. Le fait pur est que quand un certain nombre de chocs ou de » vibrations sont communiqués au nerf acoustique, le son naît comme » sensation, mais le son comme sensation diffère infiniment d'un nom- » bre quelconque de vibrations. Le même nombre de vibrations d'un » diapason que transmet la sensation du son au nerf auditif est perçu » comme chatouillement par le nerf tactile. Il faut donc que quelque » chose s'ajoute aux vibrations pour que nous puissions sentir un son, » et cette condition indispensable n'est attachée qu'au nerf acoustique. »

Qu'on dise que le *sens tactile* peut rendre quelques services aux sourds-muets, à la bonne heure ! et cependant il ne leur en rendra jamais autant qu'aux aveugles. Mais qu'y a-t-il donc de nouveau là dedans? Y a-t-il autre chose que cette vieille notion de la faculté qu'ont les sens de se suppléer (je dirai tout à l'heure comment ils se suppléent) ? Ce qu'il y aurait de nouveau, ce serait que les *impressions tactiles* devinssent des *impressions auditives*, et cela précisément chez les gens qui n'entendent pas ! Ce serait que ces impressions tactiles donnassent la *notion du son.*

Voilà ce qu'on voudrait vous faire dire. Voici l'énormité qu'on voudrait faire endosser à l'Académie.

Mais elle ne s'y laissera pas prendre. Que doit-on donc entendre par suppléance des sens? L'école de Gall, dont je fais grand cas, quand elle ne s'arrête pas à ce divertissement stérile des localisations, va nous le dire. Ecoutez cette proposition : « *Jamais un sens ne peut être suppléé dans sa fonction immédiate.* » J'ajoute : mais comme nous appliquons plusieurs sens à la fois à la connaissance des corps de la nature ou de leurs divers états, si un des sens fait défaut, les autres travailleront davantage, mais chacun dans sa spécialité. Mon premier maître en herborisation à Angers, était un aveugle. Il reconnaissait les plantes mieux que nous. Et pourquoi pas ! Qu'est-ce que c'est, je suppose, qu'un *lanium album* ; c'est une plante d'une certaine consistance, d'une certaine odeur, d'une certaine saveur, et d'une certaine couleur. Notre aveugle ne voyait pas la couleur, mais les autres sens lui faisaient reconnaître le *lanium album.* Ils avaient suppléé la vue, mais non la *fonction immédiate*, qui est de nous faire connaître la couleur. Vous ne direz pas que cet aveugle ait vu la couleur par le bout des doigts ; ne laissez donc pas dire qu'un sourd a la *notion du son* par la plante du pied.

Un dernier mot sur la réponse à faire à M. le ministre.

Le ministre prie MM. les commissaire de *vouloir bien scinder leur travail*, et de répondre sans retard aux questions qui leur paraîtront suffisamment élucidées.

Si j'avais eu l'honneur de faire partie de la commission, j'aurais dit : M. le ministre nous prie de lui donner d'abord notre avis sur les points qui nous paraîtront clairs, commençons par répondre à M. le ministre qu'il est très clair, pour nous, qu'on ne peut avoir la notion du son que par le sens de l'ouïe.

Pour le reste, nous verrons plus tard.... Le temps a marché. Je pense qu'aujourd'hui il faut répondre à plusieurs questions, probablement à toutes et non pas à une seule. Mais je déclare qu'après avoir lu tout ce qui a été écrit autour de nous, et à cette occasion, par des personnes qui, avouons-le, sont plus compétentes que nous sur la question pédagogique ; après avoir pris connaissance de la brochure de M. Volquin ; après avoir entendu la lettre de M. Ménière ; après avoir lu la lettre de M. Pélissier, cette œuvre si émouvante d'un sourd-muet élevé par la méthode française, et qui professe suivant la méthode française, et la lettre de M. Valade-Gabel, ancien professeur de l'École de Paris ; après avoir été témoin de ce succès de gaîté, d'esprit et de bon sens, obtenu dans la dernière séance, par l'argumentation de M. Malgaigne, je voterai la conclusion qu'il a proposée, moins la troisième, qu'il m'a en quelque sorte renvoyée, et pour laquelle je proposerai une rédaction spéciale.

Une chose m'a frappé dans le discours de M. Malgaigne : Prenez garde ! lui ont dit tour à tour les chefs de deux institutions rivales, prenez garde, on va vous tromper ! Et comment serai-je trompé? dit M. Malgaigne, si je me tiens sur mes gardes. Vous serez trompé, parce qu'on se dira, par le secours de la mimique, une foule de choses sans que vous vous en aperceviez. Eh quoi ! me suis-je dit à mon tour, il existe un langage si sûr, si expressif, si rapide, que des *sourds-muets* peuvent, en l'employant, tromper infailliblement les personnes qui *entendent* et qui *parlent*, alors même qu'elles sont sur leurs gardes, et ce langage, qui peint une pensée tout entière en moins de temps qu'il ne nous en faudrait pour articuler un des mots qui entrent dans l'énoncé de cette pensée, on voudrait l'interdire à une grande portion de cette classe infortunée des sourds-muets, pour y substituer exclusivement, dans une expérience aventureuse, ces accens sauvages dont notre collègue nous a fait une si pittoresque description ! A coup sûr, je n'aiderai pas l'Académie à accomplir, sans études préliminaires, une réforme si radicale et si téméraire, et je m'abstiendrai religieusement de porter la main sur l'édifice élevé par l'illustre abbé de l'Épée.

Voici, Messieurs, ce que je propose de répondre à la troisième question posée par M. le ministre de l'intérieur. Cette question est rédigée dans les termes suivans :

DEMANDE.

« La commission sera priée d'examiner si les élèves de cette der- » nière catégorie (les sourds-muets incurables) ne pourraient pas rece- » voir quelques notions du son par les nerfs de sensibilité générale, » comme l'indique le docteur Blanchet. »

RÉPONSE.

On sait depuis longtemps que les mouvemens vibratoires peuvent impressionner le sens tactile et les nerfs de la sensibilité générale, mais ces mouvemens ne peuvent faire naître la *sensation du son* que dans l'organe de l'ouïe.

Messieurs, j'ai été pendant longtemps dans le nombre de ceux qui, sans savoir pourquoi, se montrent irrévérencieux et moqueurs envers les Académies, mais aujourd'hui il n'en est pas de même. J'aime l'Académie (et je serais bien ingrat si je ne l'aimais pas), je tiens à ce qu'elle soit considérée. Eh bien ! Je la supplie de se montrer en cette occasion, comme toujours, gardienne des idées saines et sévères en physiologie, et de ne point prendre à la légère telle décision que la spéculation pourrait exploiter. (Applaudissemens unanimes.)

M. BOUVIER demande la parole au nom de la commission.

M. MALGAIGNE demande la parole pour une motion d'ordre. Il fait part à l'Académie qu'il s'est entendu avec M. le rapporteur pour arrêter une nouvelle rédaction des conclusions. Après quelques concessions réciproques, M. Piorry et lui se sont entendus sur toutes les réponses à faire à M. le ministre, à l'exception d'une seule, sur laquelle il déclare se rallier à la proposition de M. le président.

M. Malgaigne propose que la discussion ne porte plus, à l'avenir, que sur les questions.

M. PIORRY réclame la parole à titre de rapporteur. Après un échange de quelques explications avec M. le président, M. Piorry obtient la parole.

M. PIORRY tient encore une fois à répéter, afin que cela soit bien entendu, que le rapport est l'œuvre de la commission et non du rapporteur ; que le rapporteur n'y a été presque pour rien, qu'il n'a fait que tenir la plume et consigner ce que tous les membres de la commission ont vu et constaté. Ainsi, toute question de personne doit être mise complètement de côté.

M. Piorry ne reviendra pas sur la discussion, son intention est de passer d'une conclusion à l'autre, et d'examiner jusqu'à quel point chacune de ces questions était attaquable, oui ou non. Il tient d'abord à se défendre du reproche d'hérésie que lui a adressé M. le président. Il n'a nullement fait la confusion qui lui a été reprochée. Ce que vient de dire M. Bérard ne l'atteint donc en rien.

Quant aux faits cités dans le rapport, ils sont très positifs ; la commission les a tous constatés, et ce qu'elle a vu a été parfaitement vu. On serait mal venu à dire que les observations ont été faites légèrement. Je repousse ce reproche au nom de la commission.

M. Piorry explique ici que, pendant que M. Malgaigne racontait comment il n'avait pu parvenir à se faire entendre d'un sourd-muet élevé par la méthode de l'articulation, et qu'il n'avait pu comprendre lui-même un seul mot de son interlocuteur, lui, M. Piorry, causait dans le vestibule avec un sourd-muet, et il était surpris de la facilité avec laquelle ce sourd-muet, qui n'était autre que M. Dubois fils, articulait et se faisait entendre.

Est-ce à dire, ajoute M. Piorry, que nous voulons détruire ce qui est? Nullement. Nous sommes trop amis du progrès pour cela ; nous ne poursuivons que le faux progrès ou le progrès rétrograde. Qu'avons-nous voulu démontrer? C'est qu'il y a dans l'établissement des Sourds-Muets de Paris un classement détestable. C'est contre ce mauvais système de classement, qui confond tous les sourds-muets dans une seule catégorie, que nous avons voulu surtout nous élever. Je ne vois pas ici les personnes. Il ne s'agit ni de M. Ménière, ni de M. Blanchet. Nous ne voyons que des sourds-muets dont les uns peuvent être élevés par l'articulation, les autres par la mimique seulement, et qu'il ne faut pas confondre ensemble et élever de la même manière. A-t-on contesté les avantages de l'éducation par la parole chez ceux qui en sont susceptibles ? Non. M. Malgaigne lui-même est convenu que quelques sourds-muets, ainsi élevés, pouvaient converser en famille. N'est-ce donc rien que ce résultat ?

Encore un mot. Cette longue discussion ne justifiera-t-elle pas assez la commission et son rapporteur de n'avoir pas jugé convenable de faire l'historique de la question ? Voilà dix séances qu'on y a consacrées, et l'on n'a pas dit le quart de ce qu'il y aurait à dire.

La discussion est déclarée close.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'abus des bains de mer, de leur danger, des cas où ils conviennent ; par J. QUISSAC, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, membre du conseil d'hygiène et de salubrité du département de l'Hérault. Paris, 1853, 1 vol. in-8° de 145 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.

A Paris chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Surdi-mutité. Exposé de quelques faits relatifs à la question pendante devant l'Académie impériale de médecine ; par Hector VALQUIN, chargé du cours d'articulation à l'institution impériale des Sourds-Muets de Paris. — In-8°, Paris, 1853, Chalvet, libraire.

Des Tours des hospices et de leur suppression ; par M. BOUCHER, de Perthes. In-8°, Abbeville.

Etudes médico-philosophiques sur les maladies nerveuses. — Considérations générales sur leurs causes et leur traitement ; par M. le docteur SAILLARD, de Raveton. In-8°, Paris, 1853.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Tome VII. — N° 69. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 11 Juin 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,
1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

Relation de l'épidémie de fièvre typhoïde actuelle, et résultats comparatifs du traitement par la saignée initiale et l'eau froide, *intùs* et *extùs*.

(Suite. — Voir les numéros des 4 et 7 Juin.)

Épistaxis. — Sur les malades que nous avons examinés, 14 seulement ont eu des épistaxis, 9 n'ont pu donner de renseignemens à ce sujet. Ce symptôme a donc été un peu moins fréquent que chez les malades observés par M. Louis. Il ne nous a rien offert de remarquable, si ce n'est chez un malade actuellement au n° 3 de la salle St-Raphaël.

Ce malade, à une époque déjà éloignée du début de la maladie, a rendu par le nez une quantité de sang suffisante pour remplir près de deux bassins, et cet épiphénomène n'a paru en rien augmenter la gravité de la maladie. Les jours suivans ont amené de l'amélioration dans l'état du malade, et maintenant il est convalescent. Des compresses froides et de la glace, appliquées sur le front, ont suffi pour arrêter l'épistaxis qui n'a pas reparu depuis.

Taches rosées lenticulaires. — Les taches rosées ont été presque constantes. Sur 43 malades, 7 ont eu des taches nombreuses, 33 n'en ont eu qu'un petit nombre, 3 n'en ont pas présenté, quoique examinés pendant toute la durée de la maladie.

En général, elles ont commencé à se montrer vers le dixième jour, et ont été fort nombreuses vers le vingtième. Dans quelques cas, elles ont paru commencer vers le huitième jour, mais il y avait peut-être eu erreur sur l'époque précise du début. Elles ont eu peu d'influence sur le pronostic. Ces taches ont siégé surtout sur l'abdomen, sur la partie antérieure du thorax, sur la partie supérieure des membres inférieurs. Nous n'en avons observé que deux fois sur les membres supérieurs.

Taches bleues. — Nous ne les avons vues que chez deux malades qui, tous deux, ont guéri. Ces taches, d'un bleu ardoisé, arrondies, d'une largeur de 1 à 2 centimètres, ne disparaissaient pas sous le doigt. M. Davasse, qui a fait un bon travail sur la fièvre continue simple, les a indiquées comme étant propres à la *synoque* simple ; mais je les ai notées aussi dans le rhumatisme, l'entérite, et, comme vous venez de le voir, dans la fièvre typhoïde bien caractérisée.

Sudamina. — Les *sudamina* se sont montrés dans un certain nombre de cas ; mais tous les malades n'ayant pas été examinés à ce point de vue pendant toute la durée de la maladie, nous ne saurions nous prononcer d'une manière précise sur leur fréquence.

Ecthyma. — Des pustules d'*ecthyma* se sont montrées chez trois convalescens.

Pétéchies. — Dans un cas seulement, nous avons eu de petites taches d'un violet foncé, arrondies, larges de 1 à 3 millimètres, ne disparaissant pas à la pression, et existant en assez grand nombre sur l'abdomen et le thorax. Elles n'avaient pas de point noir central, et leurs bords se terminaient nettement, ce qui les distingue des piqûres de puces, qui offrent au contraire un point noir entouré d'une aréole rosée.

Escharres au sacrum. — Elles se sont montrées assez fréquemment vers la fin de la maladie, surtout lorsque celle-ci avait une longue durée. Elles se sont surtout développées dans les cas où les symptômes généraux avaient une grande intensité.

Dans certains cas, il y a une grande tendance à la gangrène de la peau du sacrum. Une jeune fille de 16 ans a eu, pendant sa convalescence, une gangrène du sacrum qui s'est étendue à la vulve et aux cuisses ; le décollement de la peau a été considérable, et a donné un écoulement abondant de matière sanieuse et de sang. Cette malade a succombé.

Une autre jeune fille, atteinte également vers la fin de la maladie, d'une vaste gangrène du sacrum, a aussi succombé.

Un jeune homme, qui avait des symptômes nerveux graves, et qui se livrait à la masturbation, a eu des escharres au sacrum, et, ce qui est bien plus rare, aux épines des omoplates. Ce malade est mort à une période avancée de la fièvre typhoïde.

Tels sont les principaux symptômes propres à l'affection qui ont été observés dans le cours de l'épidémie.

Il faut répéter ici ce que j'ai déjà dit plusieurs fois, c'est que l'épidémie n'a rien offert de particulier sous le rapport des symptômes ; et si vous avez bien suivi cette description, vous devez reconnaître que cela est vrai sous quelque point de vue que nous envisagions la maladie.

Complications. — Du côté du tube digestif, nous avons observé des *gastrites* caractérisées par des vomissemens et une douleur vive et persistante à l'épigastre ; des *entérites*, avec diarrhée abondante et douleurs abdominales vives, se sont montrées dans la convalescence à la suite d'abus d'alimens. Quelques lavemens laudanisés et la diète triomphaient, en général, assez facilement de cette dernière complication.

Organes respiratoires. — Du côté des organes respiratoires, nous avons eu un homme emporté en trois jours par une *pneumonie*. Quelques malades ont succombé avec des signes de *phthisie*. Mais dès le début, ces malades avaient des signes de tubercules. Dans les premiers temps, on n'observait rien de remarquable, mais vers la fin, la toux augmentait, et un marasme rapide ne tardait pas à amener une terminaison fatale.

Dans un cas, nous avons trouvé à l'autopsie quelques tubercules crus qui ne paraissaient pas avoir eu d'influence sur la terminaison de la maladie. La mort avait été causée par une gastrite intense, qu'aucun traitement n'avait pu entraver.

Organes circulatoires. — Nous avons eu un cas d'*angiolencite* à la suite d'une saignée, chez un jeune homme de 22 ans, terrassier, et atteint d'une fièvre typhoïde très intense.

OBS. IX. — *Fièvre typhoïde intense* ; ANGIOLENCITE ; *traitement par la saignée et l'eau froide ; mort.* — Quand cet homme entra à l'hôpital, le 16 janvier, il était malade depuis une quinzaine de jours. L'affection avait débuté par des douleurs vagues dans les membres, de la faiblesse, de la céphalalgie, des tournoiemens de tête. Trois jours après : frissons répétés pendant plusieurs jours. Depuis huit jours seulement les symptômes avaient augmenté d'intensité, et le malade avait été contraint de suspendre son travail. Le même jour, la diarrhée avait commencé à paraître.

A son entrée à l'hôpital, le malade était dans le décubitus dorsal ; face injectée, stupeur profonde ; surdité assez marquée ; langue sèche, brunâtre, sortant difficilement. Abdomen météorisé, douloureux. Diarrhée fréquente. Pouls vibrant à 80.

Saignée de 300 grammes. Eau froide en boisson, en lavement et en applications externes.

Couenne molle, peu épaisse, caillot mou.

Le lendemain, une deuxième saignée.

Couenne molle, infiltrée de sérosité ; caillot diffluent.

Peu d'amélioration. Pouls à 100. Plusieurs taches rosées sur l'abdomen.

Deux jours après, augmentation de la stupeur, du météorisme, dou-

Feuilleton.

CAUSERIES.

Il faut le redire pour l'édification de ceux qui se sont un peu trop émus des vanteries de l'homœopathie, aucune promesse sérieuse ne paraît lui avoir été faite. Ni la Faculté, ni l'administration nosocomiale, n'ont reçu aucune communication à cet égard ; et, certainement, le pouvoir ne prendrait pas une mesure aussi grave, de créer une chaire dans la Faculté de Paris ou un nouveau service de clinique dans les hôpitaux, sans consulter la Faculté ou l'administration de l'assistance publique, ou ces deux institutions à la fois. Personne, à la Faculté, ne croit à l'introduction de l'homœopathie dans l'enseignement officiel. Quant aux hôpitaux, l'administration répondrait avec raison que l'homœopathie est depuis longtemps en possession d'un service nosocomial à Paris ; que l'hôpital dans lequel un médecin homœopathe traite les malades selon la méthode hahnemannienne, est, comme les autres, ouvert aux élèves ; qu'il se fait là une clinique et une sorte d'enseignement que tout le monde peut suivre ; et que si les élèves n'y vont pas en plus grand nombre, ce n'est ni faute de notoriété, ni faute de talent du professeur officieux, mais, sans doute, faute de conviction de la part des jeunes gens de notre École, que leur bon sens et l'étude sérieuse de la science éloignent de cette pratique chimérique. Un nouveau service de médecine homœopathique dans les hôpitaux de Paris, ne ferait pas plus de prosélytes à la doctrine, et pourrait créer des embarras à l'administration. Quant à un enseignement dans le sein même de la Faculté, il y aurait là, qu'on s'en pénètre bien, une cause incessante d'agitation et de trouble ; tout le monde comprend ce que nous voulons dire par là.

Un professeur de la Faculté faisait une réflexion adorable à l'occasion des projets dont il est question. C'est dans de pareilles circonstances, disait-il, que l'on regretterait de n'être pas riche pour pouvoir donner sa démission. Un autre professeur s'accommodait de la chaire projetée, en disant : — Après tout, ce serait peut-être le meilleur moyen d'en finir avec cette chimère.

Voilà ce qui s'appelle être prêt pour toute éventualité.

On parle aussi de quelques conversions éclatantes à l'homœopathie, opérées à la suite de la guérison d'un grand personnage militaire. Des médecins de l'armée, qui jusque-là avaient vécu dans l'erreur allopathique, ont été subitement éclairés des rayons de la foi nouvelle, et ne se montrent pas les moins ardens à la propagation.

Les choses en sont venues au point — et je m'en afflige pour la morale professionnelle — qu'il est imprudent de parler des succès toujours croissans de l'homœopathie dans le monde. Il y a là sujet à de tristes réflexions. Il y a là aussi occasion et prétexte d'examiner les projets de résistance à l'envahissement de l'homœopathie.

Du reste, je reçois des renseignemens peu édifians sur le compte de certains homœopathes qui font parler beaucoup d'eux dans ce moment. Les honorables correspondans, qui cherchent à m'éclairer sur ce sujet, et qui m'engagent à publier ce qu'ils me transmettent, ne prennent pas garde qu'ils me donnent là un très mauvais conseil. Un bon procès en police correctionnelle, ou tout au moins un usage abusif du droit de réponse, voilà ce qui attendrait le journaliste assez imprudent pour céder aux instigations qui me sont faites : la loi ne tolère pas certaines formes de polémique, et ces formes, d'ailleurs, je les repousse. De tout ce qui m'a été transmis à cet égard, je ne citerai que le fait suivant, à l'occasion duquel j'ai liberté entière de nommer les personnages, liberté dont je ne crois pas utile d'user en ce moment :

Un homœopathe, aujourd'hui très en renom, dès le début de sa foi hahnemannienne, pria un pharmacien très honorable de la ville de lui préparer des médicamens selon les formules et les dilutions de la doctrine. Ce pharmacien exécuta fidèlement les prescriptions. Mais il voulut savoir à quoi s'en tenir sur ces médicamens qu'il préparait lui-même de très bonne foi *et secundùm artem*. Il les soumit aux analyses les plus délicates et les plus scrupuleuses, et jamais ses opérations chimiques ne purent lui révéler la plus petite trace des substances actives qu'il avait diluées. Cependant l'homœopathe entassait succès sur succès. Une idée diabolique vient alors au pharmacien. Il se dit : si je ne mettais plus un atôme d'agent thérapeutique dans les médicamens prescrits par l'homœopathe, qu'arriverait-il ? Et en conséquence de cette idée, il ne délivre plus que de l'eau de camomille aux cliens du disciple d'Hahnemann, quelles que fussent ses prescriptions. Étrange phénomène ! les succès redoublèrent. Pendant plusieurs mois, les cliens du docteur homœopathe furent ainsi malicieusement mis au régime de l'eau de camomille, et le succès fut si complet, les cliens devinrent si nombreux, que la création d'une pharmacie spéciale homœopathique s'ensuivit dans la grande ville où se passa le fait que je viens de raconter.

Le pharmacien coupable de cet abus de foi homœopatique, raconte son méfait à qui veut l'entendre, et m'autorise même à le désigner par son nom, chose que je ne crois pas utile.

Ce que je voudrais bien savoir, mais je suis peut-être un peu curieux, c'est la maladie *incurable* dont était atteint le grand personnage qui a écrit une belle lettre aux journaux de Bordeaux, pour épandre sa reconnaissance envers l'homœopathie. Quels sont les gens de l'art qui ont donné des soins infructueux au malade ? qui ont déclaré la maladie incurable ? Quels moyens thérapeutiques ont été employés qui ont échoué ? On comprend combien toutes ces questions seraient importantes à élucider avant de nous forcer à chanter les louanges de l'homœopathie. Je sais bien qu'on dira que ces questions indiscrètes ne sont suscitées que par d'*étroites rivalités* qui cherchent à paralyser le développement de la doctrine. Mais je me permettrai de répondre qu'on peut être un très grand homme de guerre, sans avoir des notions médicales suffisantes pour juger d'un fait thérapeutique, même, et souvent à plus forte raison, quand on est soi-même le sujet de l'observation. Les médecins eux-mêmes sont presque toujours des malades fort inintelligens. Quant aux gens du monde, leurs préjugés, leur crédulité, leurs théories fausses et leur aveuglement, sont monnaie courante de la pratique, et cela, parmi les plus élevés comme chez les plus infimes.

Autre sujet d'édification. Au moment où l'UNION MÉDICALE publiait le beau rapport de la Commission administrative de la syphilisation, je recevais le rapport de la commission de l'Académie de Turin sur le même sujet. Ce rapport est trop étendu pour qu'il puisse être publié, mais j'en présenterai une analyse succincte qui suffira, je l'espère, pour désiller tous les yeux, s'il en était encore qui n'aient pas vu la lumière. Il y a dans ce rapport des détails et des faits du plus haut intérêt.

Amédée LATOUR.

leur vive dans la fosse iliaque gauche. Pouls à 104. On continue les applications froides.

21 janvier. Frissons répétés. Le pli du coude droit était douloureux depuis la saignée. Aujourd'hui, il est rouge, tuméfié le long de la veine céphalique, sur laquelle les deux saignées ont été pratiquées. Les ouvertures de la veine sont béantes et donnent un liquide séreux légèrement louche.

Le long de la veine on sent un cordon dur, noueux, et on voit une rougeur qui remonte en serpentant jusqu'aux ganglions de l'aisselle, très tuméfiés. Les lymphatiques de la partie interne du bras sont envahis par l'inflammation. Face vultueuse, céphalalgie; pouls dépressible, 112.

(*Sangsues le long de la veine*; *onctions mercurielles*; *cataplasmes.*)

Le 22, des phlyctènes, des plaques gangréneuses envahissent la peau, le tissu cellulaire.

Les jours suivans, le pouls s'accélère, devient irrégulier, beaucoup plus petit du côté droit; la face prend une teinte jaunâtre; le malade tombe dans le coma, et succombe le 24, à onze heures du soir.

A l'*autopsie*, on trouve des ulcérations profondes des plaques de Peyer; deux noyaux d'apoplexie pulmonaire dans le poumon droit.

Du côté du bras droit, l'ouverture de la veine est béante; la peau est tuméfiée.

La veine est oblitérée aux dépens de la saignée par un caillot noirâtre, non adhérent, et qui n'offre rien que de normal. La tunique interne n'est pas injectée.

C'est dans la gaîne celluleuse que siége l'inflammation qui s'est prolongée au tissu cellulaire voisin, aux lymphatiques, et a pris le caractère gangréneux.

La tunique celluleuse est épaissie, indurée, injectée, et le tissu cellulaire voisin est converti en une sanie sanguinolente, traversée en divers sens par des tractus celluleux.

Ce malade, très gravement atteint, aurait probablement succombé aux accidens de la fièvre typhoïde; mais la saignée, en amenant une phlébite, a certainement été la cause occasionnelle de la mort.

Gangrène d'un membre. — Nous avons eu un cas de gangrène du membre inférieur droit, survenu chez un malade pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Ce fait mérite d'être rapporté.

Observation X. — *Fièvre typhoïde de moyenne intensité; gangrène de la jambe droite.* — Cet homme, âgé de 35 ans, marchand ambulant, entra à l'hôpital le 5 janvier. Il avait eu antérieurement des rhumatismes fréquens, pour lesquels, nous dit-il, il avait été saigné au moins quarante fois.

Dix jours avant son admission à l'hôpital, il avait été pris de frissons répétés, de céphalalgie, de tournoiemens de tête, et quelques jours après, d'épistaxis, de diarrhée, de météorisme.

A son entrée, stupeur peu marquée, décubitus dorsal, langue blanchâtre, tournoiemens de tête, lorsqu'on fait asseoir le malade. Abdomen météorisé, douloureux, taches rosées; pouls, 88. Le malade fut traité par les vomitifs et les purgatifs.

Vers le 4 février, la maladie semblait toucher à sa fin, et le malade mangeait des potages et se trouvait très bien. Le 6, il se plaignit de douleurs vives dans le mollet droit et dans les orteils du même côté, qui se tuméfièrent et prirent une teinte violacée. A la partie supérieure de la jambe, existaient quelques vaisseaux durs, résistans, et l'on pensa à l'existence d'un foyer sanguin dans l'épaisseur des muscles du mollet. Cet accident se produit quelquefois, en effet, principalement dans les muscles droits de l'abdomen.

Les jours suivans, les orteils durcirent, se racornirent, et éprouvèrent, ainsi que le dessus du pied, une véritable momification. Des sangsues, des cataplasmes, puis des excitans employés contre cet accident, n'ayant produit aucun résultat favorable, le pied, la jambe se sont gangrénés, et le malade est passé en chirurgie pour subir l'amputation du membre. Il est maintenant sans fièvre, boit et mange bien, et même reprend ses forces. La gangrène est limitée au genou.

M. Hache, médecin à Étampes, a rencontré un cas semblable, pour lequel le malade a été amputé.

Œdème des membres inférieurs.— Un œdème peu prononcé des membres inférieurs, siégeant principalement autour des malléoles, s'est montré chez un certain nombre de convalescens.

Un autre sujet a été atteint, vers la fin de la maladie, d'un *érysipèle* qui s'est manifesté d'abord à la face, où la desquamation a eu lieu en trois ou quatre jours. Deux fois il s'est reproduit, et la troisième il a envahi la partie postérieure du cou, des épaules, s'est accompagné d'une fièvre violente, et a entraîné la mort du malade.

Varioloïde. — Chez un malade très prostré, traité par l'eau froide, tous les accidens avaient à peu près disparu, lorsque nous avons vu survenir, pendant la convalescence, des *abcès nombreux*, des escharres sur les points de pression. Bientôt le malade s'est plaint de céphalalgie, de courbature, de douleurs lombaires, puis de petits points rouges, saillans, ont paru sur la face, le tronc, les membres, et il s'est développé une *varioloïde* qui, promptement guérie, a permis au malade de sortir de l'hôpital.

Un autre cas de varioloïde peu grave, pendant la convalescence, se voit encore actuellement dans la salle St-Raphaël.

Marche de la maladie. — La marche de la maladie ne nous a offert rien de bien remarquable, rien de spécial à l'épidémie. Nous citerons seulement le malade actuellement couché au n° 3 de la salle St-Raphaël. Ce jeune homme, entré quelques jours après le début, a commencé à manger le 17e jour et est sorti. Le jour même, il a éprouvé de la faiblesse, un abattement considérable, et, quelques jours après, il est rentré à l'hôpital avec de la céphalalgie, de la douleur à l'épigastre, de l'agitation, de la prostration à un degré plus considérable que la première fois.

C'est chez ce malade qu'a eu lieu l'épistaxis abondante dont nous avons parlé.

Nous avons observé une autre rechute plus grave aussi que l'affection primitive.

La *durée* de la maladie a été longue : 14 à 42 jours chez ceux qui sont morts; 11 à 53 chez ceux qui ont guéri. Ainsi, les extrêmes ont été un peu plus rapprochés dans les cas où la terminaison a été fatale; mais la moyenne a été à peu près la même.

Chez un étudiant en médecine, vigoureux, qui ne fait pas partie des cas dont nous donnons l'analyse, la marche a été presque foudroyante, et la mort est survenue le cinquième jour dans un état de sidération complète. Ces cas sont heureusement fort rares. Toutefois, on les rencontre même en dehors des épidémies.

La *terminaison* de la maladie ressort de ce que nous avons dit jusqu'ici.

La mortalité générale, jusqu'au 15 avril, a été de 16 sur 101 cas; de 11 sur 51 pris au plus fort de l'épidémie, en éliminant 5 cas légers, sur le diagnostic desquels on pourrait avoir quelques doutes.

Ces chiffres sont trop faibles pour qu'on y attache une grande importance; seulement, nous devrons en tenir compte lorsqu'il s'agira du traitement.

Le *diagnostic* ne nous a rien présenté de remarquable, et résulte principalement de l'ensemble des symptômes tirés de l'appareil digestif et du système nerveux.

Quant au *pronostic*, nous avons déjà signalé l'influence des divers symptômes. L'état encroûté de la langue, un météorisme considérable, une diarrhée abondante, le délire, les soubresauts des tendons, annonçaient une grande gravité.

Quelques médecins ont avancé que moins les taches rosées étaient nombreuses, et plus l'affection était grave; mais ce fait n'est point démontré.

Deux malades, atteints de fièvre typhoïde très grave, ont eu une éruption de taches rosées très abondantes; et même une femme, morte au n° 5 de la salle Sainte-Geneviève, a eu une éruption aussi abondante que dans la varioloïde.

Parmi les cas terminés par la mort, nous avons eu les taches tantôt très rares, tantôt très nombreuses; quelques malades ont succombé avant l'époque à laquelle on les voit paraître.

Les complications, comme l'érysipèle, la gastrite, la pneumonie, ont aggravé la maladie; les abcès n'ont jamais déterminé la mort, bien qu'ils se soient montrés quelquefois en très grand nombre.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

OBSERVATION D'ANASARQUE ET D'ASCITE, SUITE DE FIÈVRES INTERMITTENTES; GUÉRISON PAR LE SULFATE DE MANGANÈSE;

Par M. Henri Gintrac, professeur-suppléant à l'École préparatoire de médecine de Bordeaux.

Mathieu Lafont, âgé de 39 ans, vient de passer plusieurs années en Afrique. Sous ce climat, sa santé a été vivement ébranlée, soit par les fatigues du service militaire, soit par les maladies dont il a été atteint. D'une stature élevée, d'une constitution robuste, il a longtemps joui d'un embonpoint remarquable. Ses membres étaient fortement développés, ses muscles bien dessinés. Il offrait, en un mot, toute les apparences d'une constitution athlétique; mais pendant deux ans, Lafont a eu, entre autres affections, des accès de fièvre intermittente sous divers types. Les préparations de sulfate de quinine ne les arrêtaient que momentanément. Ces récidives si fréquentes l'obligèrent à quitter l'Algérie; il pouvait espérer qu'un changement d'habitation aurait une influence salutaire. Il n'en fut rien. Rentré dans son pays natal, près de Bordeaux, dans le mois d'août 1852, la fièvre reparut avec la même opiniâtreté. En outre, vers cette époque se montrèrent d'autres symptômes d'une certaine gravité : de l'œdème aux membres inférieurs et au tronc, des palpitations de cœur, surtout vives lors de la marche, de la tendance aux syncopes, une faiblesse très grande. Quelques tisanes diurétiques et purgatives, le quinquina, des toniques, furent employés sans succès. Le mal faisait des progrès incessans, C'est alors que Lafont vint à l'hôpital; il fut admis à la clinique, présentant les phénomènes suivans : Sa constitution est évidemment altérée; la peau a une teinte pâle, terreuse; le visage, bouffi, porte l'empreinte d'une ancienne et profonde souffrance; le pouls, régulier, petit, donne 80 pulsations par minute; de l'œdème existe aux membres inférieurs; on l'aprécie facilement par l'impression que les doigts y laissent; la toux, en général peu fréquente, ne s'accompagne que d'une expectoration muqueuse et jaunâtre; la respiration est courte, accélérée; aucune douleur ne se fait sentir dans la poitrine. La marche, le moindre mouvement, réveillent des battemens de cœur. Le thorax est sonore dans sa partie antérieure; mais de chaque côté à la base, et surtout en arrière, il y a de la matité; le bruit respiratoire se distingue nettement sous chaque clavicule; inférieurement, il devient obscur, masqué par des râles muqueux et sibilans; les battemens du cœur sont forts, bien frappés, tumultueux, parfois irréguliers; il n'y a dans la région précordiale aucun souffle anormal. On ne constate pas de bruit particulier aux carotides; la langue est blanche, la soif peu vive; il y a de l'inappétence et des nausées sans vomissemens; le ventre est indolent, volumineux. A l'épigastre, autour de l'ombilic, c'est du météorisme; mais sous les fausses côtes gauches, après y avoir exercé quelques instans une pression, on trouve de la matité, et il est facile de reconnaître qu'elle est due au volume exagéré de la rate. Cet organe descend près de l'ombilic, et s'étend jusque dans la région épigastrique; les urines sont claires, abondantes : traitées par l'acide nitrique, elles ne laissent aucun dépôt albumineux; les évacuations alvines sont naturelles.

Le 20, un accès de fièvre a lieu; il se caractérise par les trois périodes de froid, chaleur et sueur. Le sulfate de quinine est donné à la dose de 60 centigrammes, associés à l'extrait mou de quinquina. Ces médicamens sont continués jusqu'au 29.

Le 1er décembre la fièvre ne reparaît plus; le pouls reste calme, mais l'infiltration des membres inférieurs augmente; elle occupe les lombes : elle commence aux membres supérieurs; il y a de la constipation, souvent de la dyspnée, de la céphalalgie. L'acétate de potasse, la digitale à haute dose, la scille, la scammonée, plus tard la gomme gutte, ne produisent aucun résultat favorable; les évacuations alvines et urinaires fréquentes que déterminent ces médicamens, sont sans avantage.

Le 15, l'œdème fait des progrès : il est très prononcé aux membres inférieurs; l'infusion de caïnça, le tartre stibié à la dose de 5 centigrammes, le sulfate de soude, le nitrate de potasse, sont encore inefficaces.

Le 2 janvier 1853, l'état du malade s'est beaucoup aggravé : il ne peut se lever qu'avec une grande difficulté; l'infiltration est devenue générale; elle occupe à la fois les membres supérieurs ou inférieurs, le tronc; elle est considérable au scrotum. Pour avoir une juste idée de cette augmentation de volume, ces diverses parties sont mesurées avec soin, La circonférence de l'abdomen donne comme résultat de mensuration 1 mètre 18 centimètres; autour des cuisses, on constate 60 centimètres, et à la partie moyenne des jambes, 41 centimètres. Sur toute la surface du corps, l'impression du doigt laisse une trace bien visible et durable. Il y a peu de toux: l'expectoration a presque disparu : elle est blanchâtre, écumeuse; la dyspnée que l'on observe, ne paraît point liée à une lésion pulmonaire; elle est plutôt le résultat du volume exagéré qu'a pris le corps entier du malade. De la matité existe dans une grande partie de la poitrine : elle est due à l'infiltration des parois; l'auscultation laisse entendre quelques râles sibilans; les battemens du cœur sont étendus, clairs, précipités; il n'y a point de bruit particulier, cardiaque ou carotidien; le ventre est insensible, mais la percussion, pratiquée avec soin permet de reconnaître un épanchement de liquide dans le péritoine. Le développement de la rate est manifeste; le bord de cet organe se trouve à l'épigastre, le long de la ligne médiane et près de l'ombilic; les urines sont examinées de nouveau. Traitées par la chaleur et l'acide nitrique, elles ne fournissent aucun dépôt albumineux. (Sulfate de manganèse 0,10, en deux pilules.)

Du 2 au 15 janvier, le manganèse est porté graduellement à la dose de 0,40. A ce moment, la mensuration de l'abdomen et des cuisses fournit un résultat satisfaisant. Le ventre n'offre plus, dans sa circonférence, qu'un mètre 12 centimètres; les cuisses n'ont que 56 centimètres, les jambes 40 centimètres. C'est évidemment une diminution sensible. Au reste, le malade apprécie lui-même ce changement : il dort d'un sommeil plus calme; il est moins triste, moins abattu, moins faible; cependant, son visage est toujours pâle, bouffi. (Du 15 au 20, le sulfate de manganèse est donné chaque jour à la dose de 0,40 d'abord, puis de 0,50.)

21. L'amélioration est évidente, l'œdème diminue sensiblement; cependant, pour l'apprécier d'une manière positive, nous mesurons encore : nous constatons au ventre 1 mètre, aux cuisses 50 centimètres, et au jambes 33 centimètres; l'estomac n'est nullement fatigué de l'emploi du manganèse; la région épigastrique est tout à fait indolente; il y a de l'appétit, peu ou point de soif; les selles sont naturelles, nullement diarrhéiques; on ne trouve presque plus de fluctuation dans le ventre; la rate a subi un retrait notable; elle n'est plus aussi sensible au toucher; les palpitations de cœur sont moins vives. (Du 21 au 25, sulfate de manganèse de 0,50, élevé successivement à un gramme.)

26. Le malade prend pendant trois jours le sulfate de manganèse à la dose de un gramme; mais à ce moment, l'épigastre est douloureux, il survient des coliques, une diarrhée légère, quelques nausées; le manganèse est suspendu. On ne peut douter des bons effets qu'il a produits. La circonférence abdominale ne donne plus que 94 centimètres à la mensuration; les cuisses n'ont que 40 centimètres, et les jambes 21. C'est l'état normal pour cet individu : du reste, son facies exprime un air de vive satisfaction; il est coloré; les traits sont animés, les muqueuses rouges; la marche se fait sans peine; elle ne provoque plus de palpitation de cœur.

Au bout de quelques jours, les douleurs du ventre se calment; l'infiltration des membres disparaît complètement. Depuis plusieurs années, la santé de Lafont n'avait jamais été aussi bonne : les forces reviennent avec rapidité; la convalescence est franche; rien ne peut faire présager un retour de l'anasarque. Toutefois, pour avoir la certitude d'une guérison véritable et définitive, ce malade reste dans la salle une vingtaine de jours; il sort à cette époque, ne ressentant aucune trace de l'affection qui l'avait conduit à l'hôpital.

Il est facile de suivre les périodes diverses qu'a parcourues l'affection dont je viens de tracer l'histoire. On voit en premier lieu une fièvre intermittente montrer une grande ténacité. Le retour si fréquent des accès détériore la constitution du sujet, produit un état anémique, auquel succède une anasarque générale. L'examen des symptômes, la marche bien déterminée de la maladie, démontrent que le cœur et les reins n'ont subi aucune influence pathologique. Le sulfate de quinine avait bien enrayé la fièvre; mais l'engorgement considérable de la rate, l'anémie et l'infiltration résistent à tous les moyens mis ordinairement en usage. Au sulfate de manganèse seul revient l'honneur de la guérison. Depuis longtemps, les préparations de manganèse étaient entièrement oubliées; elles ont été réhabilitées par les recherches de MM. Millon et Martin Lauzer, et les travaux de MM. Hannon et Burin du Buisson. Enfin, M. Pétrequin, dans son Mémoire sur cet agent thérapeutique, a montré tous les avantages qu'on pouvait retirer de son emploi.

Le manganèse doit être regardé comme succédané et comme adjuvant du fer; il est réparateur et régénérateur du sang,

dont il fait partie intégrante. M. Pétrequin croit utile d'associer le fer et le manganèse. Souvent il a vu certaines altérations du sang résister opiniâtrement aux préparations martiales, et céder au contraire facilement à cette heureuse combinaison. Ici, j'ai voulu apprécier les effets du manganèse employé séparément. Pouvait-on désirer un succès plus rapide et plus positif?

THÉRAPEUTIQUE.

UTILITÉ DES VENTOUSES SÈCHES SUR L'ABDOMEN DANS LES CAS DE COLIQUES NERVEUSES.

Il n'est pas de praticien qui n'ait été appelé en toute hâte, et particulièrement la nuit, pour des entéralgies étendues, simulant les douleurs intolérables de la péritonite. L'abdomen est tendu, le facies altéré, le pouls inégal, petit, nerveux. Il y a quelquefois des vomissemens, et tout ferait craindre une phlegmasie aiguë du péritoine, si la brusque invasion de la douleur, et le peu de sensibilité du ventre à la pression, jointe à quelque chose de nerveux dans tout le cortége des symptômes, ne vous rassurait sur la nature de la maladie. M. Sandras ne connaît rien de plus merveilleusement efficace dans ces cas de colique nerveuse, que l'application de trois ou quatre ventouses sèches sur le ventre. Comment agissent ici les ventouses? M. Sandras n'en sait rien, mais elles lui ont procuré de si nombreux succès en pareille circonstance, qu'il ne saurait trop en préconiser l'emploi.

Nous croyons pouvoir affirmer que ce traitement n'est pas nouveau et n'appartient nullement à M. Sandras. Depuis très longtemps les médecins allemands y ont recours; si notre mémoire ne nous fait pas défaut, c'est Hufeland qui l'a préconisé le premier.

(*Annales méd. de la Flandre occid.*)

DE L'EMPLOI EXTERNE DU TANNIN EN OPHTHALMOLOGIE.

D'après M. Hairion, qui fait un fréquent usage du tannin dans diverses affections oculaires, et notamment dans les cas de granulations de la conjonctive, cet acide administré sous la forme de mucilage, exerce sur les tissus avec lequel on le met en contact, une action durable, continue, sans qu'il en résulte d'irritation locale, ce qui n'arrive pas quand on emploie un autre mode de préparation.

Voici la formule pharmaceutique de ce mucilage :

Tannin pur. . . . . . 5 grammes.
Eau distillée . . . . . 20 grammes.

Faites dissoudre dans un mortier et ajoutez :

Gomme arabique. . . . 10 grammes.

Mêler exactement et passer à travers un linge.

Ainsi préparé, le mucilage tannique a un aspect grisâtre, homogène, onctueux et de consistance sirupeuse. (*Ann. d'oculistique.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 Juin 1853. — Présidence de M. Bérard.

Surdi-mutité.

M. Gerdy trouve que le rapport de la commission est resté muet sur les questions du ministre et sur la méthode qu'il devait apprécier. Heureusement, la lutte allumée par le rapport contribue à démontrer qu'il s'agite au-dessous d'autres questions d'un haut intérêt pratique. Il ne s'agit rien moins, en effet, pour certaines personnes, que de défendre tout à fait la parole à ceux qui peuvent entendre parler, et pour les autres à les empêcher de gesticuler. On conçoit combien une pareille discussion peut devenir périlleuse.

Quoique le rapport n'ait pas comparé les avantages et les inconvéniens ou les défauts des diverses méthodes et des divers procédés d'enseignement des sourds-muets, il veut les réduire à deux méthodes, entre lesquelles il faut choisir : 1° l'*enseignement oral, articulé*, la *prononciation*, en un mot, pour tous ceux qui entendent un peu; 2° la *mimique* et la *dactylologie* pour tous ceux qui n'entendent point du tout. Le rapport demande ensuite la séparation forcée des orateurs sourds-muets, d'avec les mimes. Le rapport, enfin, ne veut pas que l'enseignement oral soit confié à des professeurs muets; il ne peut y avoir de dissidence à cet égard. Mais avant que de rien proposer contre les méthodes rivales, et sur les moyens de perfectionnemens à apporter à l'enseignement des sourds-muets, M. Gerdy croit utile d'entrer dans quelques considérations sur la fonction de l'expression, sur ses différens modes et sur les diverses méthodes que l'art en a retirées, afin de voir si les conclusions pratiques du rapport sont bien légitimes.

M. Gerdy, après une courte dissertation sur la fonction de l'expression, ajoute qu'après ses observations, loin de consentir jamais à réduire ou à mutiler l'enseignement des sourds-muets, on doit au contraire chercher à l'agrandir et à le perfectionner, parce qu'il faut à ces infortunés, comme aux autres hommes, plusieurs langages pour assurer la satisfaction de leurs besoins moraux, comme de leurs besoins physiques.

Comparant ensuite la valeur des langages qui se disputent actuellement la préséance, M. Gerdy déduit de ce parallèle les conséquences suivantes :

Il résulte de toutes ces observations, que chacun des trois langages dont nous venons de parler est insuffisant dans certaines circonstances pour établir, entre les hommes, les relations nécessaires à la vie. Que si le langage articulé est très avantageux aux demi-sourds qui peuvent distinguer les sons de la prononciation à haute voix ou au moyen d'instrumens auriculaires, et prononcer d'une manière assez pure pour être compris de tout le monde; ce langage est peu avantageux aux sourds, qui, ne distinguant pas les divers sons de la parole, ne peuvent les reproduire que très imparfaitement; qu'il peut cependant leur fournir un langage de famille ou d'amis qui n'est pas sans avantages pour eux et pour leur famille ou leurs amis; que la mimique est très utile aux infortunés profondément sourds, parce que c'est plus qu'une *langue nationale*, c'est la langue de l'*humanité* et qu'elle peut remplacer les autres; que la *dactylologie* est très avantageuse au sourd lorsqu'il rencontre des personnes qui la comprennent; que dès lors ces trois langues doivent être non seulement conservées, mais même perfectionnées et enseignées toutes aux sourds-muets par des moyens nouveaux et plus puissans que ceux qu'on a mis en usage jusqu'à ce jour.

Après quelques propositions générales sur le mécanisme et sur les moyens de perfectionnemens dont seraient susceptibles les diverses sortes de langage, M. Gerdy termine par les dernières conclusions suivantes, qu'il a cru devoir prendre à l'égard de celles de la commission.

Ne voulant conclure ici, dit M. Gerdy, que d'après mes observations, je n'ai rien à objecter sur le nombre des sourds curables indiqués dans le premier alinéa des conclusions du rapport. Mais je ne puis accepter l'alinéa suivant qui assure que l'acoumètre et les vibrations offrent un moyen d'une grande exactitude de diagnostic. Je désirerais que le suivant dit seulement que les sourds peuvent acquérir la faculté de lire en partie sur les lèvres; qu'il est impossible d'y lire tous les sons de la parole.

Je n'adopterai jamais la suppression absolue de la dactylologie, la séparation en deux des sourds-muets, les uns parlant, les autres *dactyloquant*; je ne recommanderais la suppression de la dactylologie et de la séparation *que chez les enfans capables de converser facilement entre eux par la parole;* car je suis persuadé que lorsqu'ils ne parleront que très difficilement, ils adopteront un autre langage, la mimique ou un langage gesticulé quelconque, plus commode pour répondre aux instincts d'expression qui font le génie de l'humanité, et rendent l'homme le maître de la terre.

Enfin, je me joindrais volontiers à un renvoi des propositions à la commission, pour qu'elle voulût bien en présenter d'autres où elle tiendrait compte des objections qui lui ont été adressées.

On passe à la discussion des articles.

Voici la réponse convenue entre MM. Malgaigne et Piorry à la première question du ministre :

« Parmi les élèves entrant chaque année à l'établissement, il s'en trouve généralement un certain nombre qui paraissent susceptibles d'amélioration, et qu'il importe de soumettre à un traitement spécial; mais l'expérience n'a pas encore appris s'ils sont susceptibles d'une guérison complète. »

M. Roux voudrait qu'on scindât la question. Il y a là deux états très distincts, la surdité et la mutité, qui n'en est le plus souvent que la conséquence. Il pourrait se faire qu'on parvînt à modifier l'une ou l'autre de ces infirmités isolément. Il y aurait donc avantage à traiter séparément de ce qui les concerne.

M. Cazeaux ne voudrait pas qu'on se servît des mots : *traitement*, méthode de M. Blanchet. Car il ne lui a pas paru ressortir de tout ce qu'il a entendu, qu'il y eût une méthode propre à M. Blanchet.

M. Piorry : La commission, tout en désirant mettre autant que possible toute personnalité de côté, n'a cependant pas voulu être injuste envers M. Blanchet. M. Blanchet, en appliquant l'acoumètre à la détermination diagnostique du degré de surdité des élèves sourds-muets, a certainement fait une chose utile. Il y a là sinon une méthode qui lui soit propre, du moins un procédé qui mérite des encouragemens.

M. J. Guérin craint que l'Académie ne s'engage dans une voie où elle ne rencontrera que des obscurités. Le ministre a manifestement fait une confusion. Les sourds-muets peuvent être des malades, susceptibles d'être soumis à des traitemens variés, ou bien simplement des infirmes. C'était là une distinction importante à faire. La question est donc complexe, elle comprend deux points de vue différens, le point de vue de la maladie, qui peut réclamer le secours de moyens divers de la médecine ou de la chirurgie, et le point de vue de l'infirmité, qui n'est susceptible que d'éducation. C'est là l'objet d'un examen diagnostique important. Il faudrait, en conséquence, que la question fût dédoublée. M. Guérin désirerait que l'article fût renvoyé à la commission pour en faire une rédaction nouvelle, conforme à ce principe.

M. Malgaigne : Les deux faits capitaux, le traitement de la surdité et celui de la surdi-mutité, sont parfaitement distincts dans la question du ministre et dans la réponse proposée.

M. le Président pense qu'il y aurait lieu à mettre aux voix la proposition de M. Guérin.

M. Piorry déclare s'y opposer.

M. Bégin, tout en reconnaissant la distinction établie par M. Guérin, fondée en principe, croit que, dans la pratique, elle importe peu, le but étant le même dans l'un et l'autre cas, les moyens seuls différant. Il appuie la réponse proposée par M. Malgaigne.

Ce projet de réponse est mis aux voix et adopté.

Deuxième proposition :

« Nombre de sourds-muets sont capables de lire sur les lèvres : c'est là même le but essentiel de la méthode allemande et de l'institution, à Paris, de M. Benjamin Dubois; mais cette faculté est fort limitée chez la plupart. »

M. Bouvier s'élève contre les derniers mots de cette réponse. M. Malgaigne a cru démontrer, dans la dernière séance, cette prétendue limitation; j'ai cru, dit M. Bouvier, démontrer le contraire; je viens rétablir aujourd'hui ma proposition sur ce point. Il y a évidemment, dans ce qui est arrivé à M. Malgaigne, une anomalie. Tout le monde a conversé avec des sourds-muets élevés par M. Dubois, et on les a très bien compris. M. Malgaigne seul n'a pu les comprendre. J'ignore à quoi cela tient, si cela dépendrait d'une conformation des lèvres qui lui serait particulière; mais en tout cas, M. Malgaigne a eu tort de conclure du particulier au général.

M. Bouvier appelle ensuite l'attention de l'Académie sur un sourd-muet allemand qu'il a vu à l'hôpital du Midi, et qui, n'ayant pas répondu aux questions qu'il lui faisait dans cette langue, lui a très bien répondu lorsqu'il lui a parlé en français. C'est tout simple, puisqu'il avait été élevé en France et par un maître français.

M. Ricord appuie ce que vient de dire M. Bouvier au sujet de ce malade sourd-muet qui est placé dans son service, et affirme qu'il a été surpris lui-même de la facilité avec laquelle il répond, et très distinctement, à toutes les questions qu'on lui adresse.

M. Guérin exprime le regret que M. le rapporteur ait abandonné la première rédaction de la commission qui était très catégorique, pour se ranger à celle qu'on vient de proposer, et qui ne l'est pas du tout, et qui ne répond nullement à ce que demande le ministre.

M. Londe appuie la suppression du dernier membre de phrase demandée par M. Bouvier.

M. Bégin est de l'avis de M. Guérin, et voudrait qu'on revînt au principe qui consacre deux catégories de sourds-muets, ceux qui n'ont jamais entendu, et ceux qui, ayant entendu et parlé autrefois, ont perdu accidentellement cette double faculté. Il faut faire de ces derniers une catégorie spéciale. Or, c'est ce que ne fait pas le projet de réponse qui, au contraire, confond les deux catégories.

M. Bégin propose une autre rédaction, qui consisterait à dire que les sourds-muets de cette seconde catégorie sont très aptes à apprendre la parole sur les lèvres et à parler, et que c'est aux sourds-muets de cette catégorie seule qu'il faut borner l'éducation par la parole.

M. le Secrétaire perpétuel pense qu'il conviendrait de renvoyer l'article à la commission, puisque un de ses membres exprime un avis différent de celui du rapporteur.

M. Malgaigne s'oppose au renvoi, quant au fond; il consent à supprimer la dernière phrase, si M. le rapporteur le veut bien; mais il désire qu'il soit bien entendu que l'Académie est bien informée de tout ce qui se passe et qu'elle ne veut pas prêter les mains à une affaire de personnes.

M. Gibert opine pour le renvoi à la commission.

Aucune décision n'est prise.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 11 Mai 1853. — Présidence de M. Guersant.

Fracture du condyle externe du tibia; — consolidation obtenue sans accidens.

M. Bonnafont présente un militaire qu'il a traité à l'hôpital du Gros-Caillou, pour une fracture transversale du condyle externe du tibia gauche au-dessus de l'articulation du péronée. Le fragment, qui avait de 15 à 20 millimètres d'épaisseur à l'extérieur, comprenait toute l'étendue du condyle et allait en s'amincissant jusqu'à 3 centimètres dans l'intérieur de l'articulation. La fracture, produite par un coup de pied de cheval, était intra-articulaire, et avait ainsi une direction en dehors, en dedans et de bas en haut.

M. Bonnafont, après avoir dit quelques mots sur la rareté de cette fracture, appelle l'attention de la Société sur les signes qui peuvent la faire reconnaître, et sur lesquels les auteurs n'ont pas assez fixé l'attention des praticiens. Tant que la jambe reste étendue ou qu'elle n'est que demi-fléchie, le fragment conserve sa position normale, et rien, pas même le toucher, à moins qu'il ne provoque de la douleur, ne peut en faire soupçonner l'existence. Mais si on prend la cuisse et qu'on la relève assez pour permettre à la jambe d'exécuter un mouvement de flexion jusqu'à 40 et 45 degrés, alors le fragment est chassé de l'articulation et fait une saillie à l'extérieur, qui est en raison du degré de flexion du membre. Si, dans cette condition, on prend le fragment pour essayer de le faire rentrer, on n'y parvient qu'en provoquant des douleurs très vives, tandis que dans la demi-flexion et dans l'extension surtout, la réduction s'opère toute seule. Après avoir fait constater cette fracture par plusieurs officiers de santé de l'hôpital, M. Bonnafont procéda immédiatement à la réduction et à la contention du fragment au moyen de compresses graduées maintenues en place avec une genouillère dextrinée s'étendant à 20 centimètres au-dessus et au-dessous du genou. La jambe fut entourée d'un bandage roulé et maintenu dans l'extension.

Malgré le pronostic fâcheux que les auteurs portent sur cette espèce de lésion, et quoiqu'ils indiquent l'ankylose de l'articulation comme une des conséquences assez fréquentes, M. Bonnafont n'a vu survenir aucun accident pendant toute la durée du traitement, qui a été de cinquante jours, et la guérison est aussi parfaite que possible. Le fragment fait pourtant une légère saillie que M. Bonnafont attribue aux mouvemens qu'il a fait exécuter à cette articulation avant que la consolidation du fragment fût complète. M. Bonnafont pense que, réduites immédiatement et avant tout accident local, ces fractures doivent être moins graves qu'on le pense, et qu'il est probable que toutes celles qui se sont terminées par l'ankylose du genou ont dû être méconnues dans le principe, et que leur existence n'a été appréciée que lorsque déjà des fragmens, par des mouvemens de glissement, ont occasionné une inflammation plus ou moins intense de la membrane synoviale.

M. Huguier présente un jeune homme qui porte à la région cervicale (postéro-latérale gauche) une tumeur d'un volume extrêmement considérable sur la nature de laquelle il conserve du doute. M. Huguier désirerait avoir l'avis de ses collègues sur la conduite à tenir, c'est-à-dire sur la question de savoir s'il convient ou non de tenter l'ablation de cette tumeur. Jusqu'à avis contraire, il n'oserait entreprendre une semblable opération par la crainte que la tumeur n'ait des adhérences avec la colonne vertébrale ou qu'elle ne contienne, au milieu des tissus qui la composent, quelque portion du plexus cervical.

M. Larrey, sans rien affirmer toutefois à cet égard, serait assez disposé à croire que cette tumeur est une tumeur ganglionnaire du cou, dégénérée sans doute. Il serait conduit à ce diagnostic par l'analogie que paraît lui offrir cette tumeur avec ces ganglions cervicaux, souvent énormes, qu'il a eu fréquemment l'occasion d'observer chez les militaires. Bien que très réservé sur l'opération, M. Larrey craindrait cependant qu'en restant dans l'inaction, on ne s'exposât à voir la tumeur dégénérer promptement et entraîner la mort du malade, comme il en a vu quelques exemples.

M. Lenoir reculerait devant une semblable opération; on ne pourrait enlever cette tumeur que par fragmens. Il se rappelle avoir vu un malade porteur d'une tumeur semblable, opéré par Dupuytren, périr sous le couteau.

M. Boinet rappelle, qu'il y a une dixaine d'années, il eut à opérer une tumeur à peu près semblable. Il n'éprouva d'autre accident que l'ouverture d'une artère assez considérable (une branche thyroïdienne

(1) *Journal de médecine de Bordeaux*, avril 1853.

probablement), qui fut aussitôt liée. Il pense que, dans ce cas, il serait utile de lier préalablement la tumeur à son pédicule ou à sa base pour prévenir l'introduction de l'air dans les veines, qui est, en pareil cas, un des accidens le plus à redouter.

M. Huguier tiendra la Société au courant de ce qu'il aura fait sur ce malade.

A l'occasion du procès-verbal, M. Debout demande la parole et s'exprime en ces termes :

Injection de perchlorure de fer dans les artères; — question de priorité.

M. Debout : La Société se souvient qu'à l'occasion des premières communications relatives à l'injection du perchlorure de fer, une réclamation de priorité lui a été adressée par M. Leroy-d'Étiolles. Il est utile de rappeler, dans l'intérêt de la vérité historique, que cette revendication doit cependant être faite au profit d'un autre chirurgien. M. Villardebo, dans sa thèse sur l'opération de l'anévrysme, selon la méthode de Brasdor, publiée en 1831, a rappelé l'idée des injections intra-artérielles, émise en 1813 par Monteggia, dans le chapitre de ses Institutions de chirurgie, consacré au traitement des tumeurs sanguines (1). Voici, en effet, les passages dans lesquels le savant chirurgien italien pose l'idée de la méthode formulée par M. Pravaz : « Peut-être serait-il convenable, avant d'avoir recours à la ligature, de les injecter (les styptiques) dans le sac anévrysmal lui-même, que l'on aurait préalablement ponctionné avec un trocart. Si, par ce moyen, on réussissait à obtenir un caillot solide, on éviterait les dangers d'une opération. » Tome II, p. 68. Un peu plus loin, il ajoute : « Raillard a fait connaître un cas d'anévrysme poplité guéri par la seule flexion de la jambe sur la cuisse. Ce moyen, employé pendant onze jours, suffit pour suspendre toute pulsation dans la tumeur. On pourrait de la sorte essayer de favoriser la coagulation dans une tumeur anévrysmale, en interceptant en totalité le cours du sang, ou au moins pendant quelques heures, au moyen d'un tourniquet ou de tout autre compresseur qui ne porterait son action que sur l'artère principale du membre, et permettrait ainsi à la circulation de s'opérer librement dans le reste du membre. On pourrait peut-être faciliter encore la formation d'un caillot en faisant une ponction dans la tumeur avec un trocart, et en injectant ensuite une substance astringente douée de la propriété de coaguler le sang, telle que l'*alcool*, l'acétate de plomb ou le tannin. Si, après l'essai infructueux des moyens plus doux, on réussissait à déterminer ainsi la coagulation du sang, on aurait fait l'acquisition d'une ressource nouvelle digne d'être prise en sérieuse considération. » Pag. 82 et 83.

Si ces divers passages ne suffisaient pas pour établir les droits de Monteggia à la priorité de l'idée de la nouvelle méthode, nous pourrions multiplier les citations; mais nous ne le croyons pas nécessaire, puisque, non seulement l'idée des injections intra artérielles, mais encore le choix de la substance à injecter dans la tumeur pour coaguler le sang, l'emploi de l'alcool, dont M. Leroy-d'Étiolles s'est servi dans ses expériences, se trouvent indiqués dans les passages du chirurgien italien que nous venons de citer.

Quant à M. Pravaz, on ne saurait lui contester le mérite d'avoir fixé le premier, par des expériences précises, le choix du liquide le plus efficace pour opérer la coagulation du sang, ainsi que l'appareil instrumental propre à assurer le succès de ces tentatives.

M. Giraldès : Il en est d'autres encore avant Monteggia, pour qui on pourrait tout aussi justement revendiquer la priorité, s'il y avait réellement lieu à soulever une pareille question. Mais que signifie une idée ainsi jetée dans un livre quand on n'en a pas poursuivi la réalisation ? On n'est pas plus fondé à attribuer la découverte à Monteggia ou à tout autre avant lui, que M. Leroy-d'Étiolles n'est fondé à la réclamer pour lui-même.

— M. Martin (Ferdinand) a la parole pour lire une seconde partie de son travail sur le traitement des fractures du fémur par les appareils de son invention.

— M. Denonvilliers lit un rapport sur les titres envoyés à la Société par M. Michaux, de Louvain, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger.

Après une analyse sommaire des nombreux travaux de M. Michaux, dont une grande partie a été publiée dans les *Bulletins* de l'Académie royale de médecine de Belgique, et quelques-uns ont été directement communiqués à la Société, M. le rapporteur conclut en proposant :

1° De remercier M. Michaux de l'envoi qu'il a fait à la Société de plusieurs de ses productions;

2° De lui accorder le titre de correspondant étranger de la Société de chirurgie.

La première conclusion est mise aux voix et adoptée.

La Société procède au scrutin sur la seconde proposition.

L'unanimité des suffrages étant acquise à M. Michaux, il est proclamé correspondant étranger de la Société.

Nouvel appareil pour le traitement des fractures de la cuisse.

M. le docteur E. Lambron, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Châteauroux, présente un nouvel appareil pour le traitement des fractures de la cuisse. Cet appareil, qui rentre dans ceux appelés amovo-inamovibles, est un véritable moule, non pas façonné sur le membre du malade, comme les appareils dextrinés, mais sur un modèle représentant exactement le membre à l'état sain. Il est d'une grande simplicité, très facile à faire partout, peu coûteux, etc., etc. Il semble bien approprié aux besoins de la pratique chirurgicale de la campagne, où souvent on ne trouve pas toujours le linge nécessaire à faire l'appareil le plus simple.

Voici en quoi consiste cet appareil et comment on le confectionne :

Avec une règle de bois, ou de toute autre substance inflexible, on prend bien exactement la *longueur* du membre non blessé; *en dehors*, depuis la crête iliaque jusqu'à la malléole externe; *en dedans*, depuis la branche descendante du pubis jusqu'à la malléole interne; *en arrière*, depuis la tubérosité ischiatique, ou le pli de la fesse, jusqu'au talon; et pendant que la règle est ainsi appliquée sur la face postérieure du membre pelvien tenu dans son allongement naturel, on mesure l'intervalle laissé entre la règle et le jarret ou l'angle formé par cette partie, de même qu'on prendra la dépression latérale et externe du genou lorsque la règle est appliquée sur la face externe du membre. Enfin, on prend la grosseur de ce dernier, au-dessous des chevilles, au mollet, au genou, au-dessus du genou et vers le tiers supérieur de la cuisse.

Avec ces mesures et un morceau de bois quelconque, on fait façonner une jambe par un ouvrier travaillant le bois : un sabotier, charron, charpentier, etc. Il n'est pas nécessaire qu'il soit habile; peu importe que cette jambe en bois soit grossièrement faite, pourvu que ses proportions soient en tout semblables à celle du patient, ce qui est très facile en appliquant les mesures qu'on a prises. En un mot, on fait pour la totalité de la cuisse ce qu'on fait pour le pied lorsqu'on veut avoir des *formes* sur lesquelles l'ouvrier montera les bottes.

Alors un cordonnier applique (cambre, pour se servir de l'expression du métier) sur ce modèle en bois un morceau de baudrier (cuir épais avec lequel on fait la semelle des souliers) préalablement mouillé. Au bout de cinq à six heures en été, dix ou douze en hiver, et moins si on l'expose au calorique rayonnant d'un foyer, ce cuir est sec et conserve parfaitement la forme du modèle. Des courroies et des boucles sont cousues dans toute la hauteur de la fente que présente cette botte à sa partie antérieure, depuis le coude-pied jusqu'au pli de l'aine. Son extrémité supérieure est taillée en bec de flûte, comme la cuisse elle-même, c'est-à-dire que ses bords suivent exactement le pli de l'aine, la branche du pubis, le pli de la fesse et remonte en dehors vers la crête de l'os iliaque. Cette espèce de languette externe est percée de deux boutonnières pour passer un mouchoir chargé de concourir à sa contre-extension, ainsi que nous allons le dire plus bas. A partir des malléoles, on donne à l'appareil assez de longueur pour lui faire dépasser le talon de 5 à 6 centimètres.

En plaçant le membre blessé dans cette botte, on le remet donc en moule, puisque cet appareil représente exactement la forme et la longueur du membre à l'état sain; les parties molles et les os reprennent forcément leur place normale.

Nul appareil ne nous semble réunir mieux que celui-ci les conditions exigées des appareils à fracture. La *coaptation* ne saurait être plus exacte puisque la botte représente les saillies et les dépressions du membre non malade, sur les proportions duquel il a été modelé; les courroies, d'ailleurs, permettent de serrer l'appareil suivant le besoin; en outre, dans ce moule les muscles sont tous dans le relâchement. L'*extension* et la *contre-extension* se font naturellement, puisque chaque partie du membre prend forcément sa place naturelle, les saillies dans les enfoncemens, les dépressions sur les saillies de ce membre; il s'en suit donc qu'il s'établit une extension et une contre-extension du bassin au genou, de la cuisse au mollet, du genou au pied, et, par suite de ces actions partielles, finalement sur le membre entier; disons plus, ces deux forces agissent sur chaque point du membre blessé. Cependant, pour plus de sûreté, M. Lambron, par une disposition très simple, emploie, comme dans les autres appareils, une extension et une contre-extension générales. Il applique sur l'extrémité inférieure de la jambe, au-dessus des malléoles, une espèce de bracelet en cuir qu'on peut serrer à volonté avec un lacet; on pourrait se servir également d'un brodequin dont le pied serait chaussé; à ce bracelet sont cousues deux boucles également en cuir, dans chacune desquelles on passe un fort galon de fil. Puis en dehors, sur les deux côtés de la botte, au-dessous des saillies formées pour loger les malléoles, on fait coudre deux boucles en métal. On tire sur les galons pour allonger le membre autant que possible, puis on les reploie sur le bord inférieur de la botte pour venir les attacher aux boucles en métal. Or, comme l'appareil est plus long que le membre, il s'en suit que lorsque le membre est tiré ainsi en bas, la botte tend à être portée en haut; mais cet effet ne peut se produire, car l'appareil, parfaitement appliqué et serré sur la jambe, est retenu par les saillies du mollet, du genou, la dépression du jarret et la forme conique de la cuisse; de plus, il prend des points d'appui par son extrémité supérieure sur le pubis, sur la tubérosité de l'ischion, et un mouchoir ployé en cravate est appliqué comme un étrier sur l'angle formé par le haut de la cuisse et les os du pubis, et vient passer dans les boutonnières que nous avons vues sur la languette externe qui remonte jusqu'à la crête de l'os iliaque. On le noue sur cette boutonnière en le serrant le plus possible. Ce mouchoir a encore pour avantage de protéger les parties molles contre le bord interne et supérieur de la botte.

Est-il nécessaire de dire qu'avant de placer le membre dans la botte, il est entouré d'un bandage roulé depuis les orteils jusqu'au-dessus du genou, et d'un bandage à chefs indépendans sur la cuisse; que l'extrémité inférieure de la jambe est garnie de ouate cardée, pour avoir moins à souffrir de l'extension; enfin qu'une feuille de ouate est appliquée dans toute la botte.

Cet appareil est d'une grande simplicité et facile à se procurer, dans presque tous les bourgs de nos campagnes; il est très solide, les malades peuvent se remuer dans leur lit sans craindre de le déranger, et satisfaire très facilement à tous leurs besoins; il est léger et tolére sans douleur; on peut l'ouvrir aussi souvent qu'on le désire pour s'assurer de l'état de la fracture et la panser quand il est nécessaire; enfin, il a parfaitement réussi et sans raccourcissement dans deux cas : l'un, sur un jeune ouvrier de 30 ans, qui avait eu la cuisse fracturée par suite d'un éboulement de plusieurs mètres cubes de terre; l'autre, chez un enfant de 10 ans, qui était tombé dans une cave.

(L'appareil de M. Lambron et la note descriptive qui l'accompagne sont renvoyés à l'examen d'une commission.)

Ablation d'une tumeur volumineuse (lipôme) située dans l'épaisseur des parois abdominales.

M. Forget met sous les yeux de la Société une tumeur volumineuse, du poids de 780 grammes, qu'il a extirpée il y a trois jours, et qui siégeait dans l'épaisseur de la paroi abdominale entre le rebord des côtes et la crête de l'os des îles, chez une femme très grasse.

Cette tumeur est un lipôme qui, par sa consistance, sa mollesse élastique, pouvait faire croire à l'existence d'un kyste liquide, tant il donne au toucher la sensation de la fluctuation. Toutefois, la présence sur plusieurs autres parties du corps de petites tumeurs analogues, rendait le diagnostic plus facile.

En présence de cette sorte de diathèse lipomateuse, on pouvait se demander s'il y avait bien opportunité à faire une opération.

En principe général, je suis d'avis de ne pas opérer une tumeur de cette nature, à moins que par son volume ou que par le siége qu'elle affecte, elle ne devienne pour le malade une cause de difformité ou de gêne préjudiciable à sa santé. Or, c'était précisément le cas qui se présentait chez la malade dont il s'agit. La tumeur, refoulée par le corset, déprimait les muscles de l'abdomen, et exerçait sur le foie et les autres viscères une pression douloureuse et incessante. La malade se plaignait d'une oppression continuelle, ses digestions étaient troublées; aussi réclama-t-elle l'opération que je n'hésitai pas à pratiquer, après en avoir toutefois conféré avec mon honorable confrère, le docteur Delthil, médecin de la malade.

Une longue incision en T me permit de disséquer deux vastes lambeaux, et de découvrir largement la tumeur qui fut ensuite promptement extirpée; quelques adhérences assez intimes avec le muscle grand oblique, furent le seul obstacle que nous rencontrâmes.

Nous réunîmes au moyen de douze points de suture. Aujourd'hui, cinquième jour de l'opération, la réunion des lambeaux est solide dans toute l'étendue de leurs bords. Le fond de la plaie sécrète un liquide séro-sanguin abondant qui s'écoule sans peine par l'angle inférieur de la plaie que nous avons maintenu béant. Tout fait espérer, si aucune complication ne survient, une prochaine guérison.

PRESSE MÉDICALE.

Annales d'hygiène et de médecine légale. — Janvier 1852.

Mémoire sur la prison cellulaire de Mazas, par M. Al. Guérard.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'examen des problèmes d'aération, de ventilation et de travail qui nous semblent parfaitement élucidés; nous préférons étudier l'influence du régime cellulaire sur les détenus. Tous ceux qui n'avaient jamais vécu dans les prisons en commun ont été unanimes pour déclarer qu'ils préféraient être soumis au régime cellulaire plutôt que d'être confondus avec les autres prisonniers. Quant aux récidivistes, aux anciens réclusionnaires, aux forçats, ils n'hésitent pas à répondre qu'ils préfèrent la vie en commun; mais ils ajoutent que si, dès leur début dans la carrière du crime, ils n'avaient pas été livrés à la contagieuse promiscuité des prisons, ils n'auraient pas été poussés à la récidive.

Il y avait à examiner des points très controversés, celui des cas de suicide et d'aliénation mentale. En deux ans, sur une population flottante de 12,542 détenus, il y a eu, dans la prison de Mazas, 12 suicides, dont 1 suicide sur 1,050 détenus. Ce chiffre paraît considérable, mais si nous le comparons, dit M. Lelut, à celui de 426, chiffre annuel des suicides mâles du département de la Seine, nous arrivons, pour la population masculine de ce département, à 1 suicide sur 1,291 habitans; et ce chiffre n'est guère plus considérable que celui de la prison Mazas. D'ailleurs, ce relevé n'embrasse qu'une période de deux ans, et nous ne pouvons tirer aucune conjecture d'un nombre aussi peu considérable d'années.

La folie s'est montrée dans une proportion inférieure à celle qu'on signale dans les prisons en commun. Ainsi, sur une population flottante de 12,542 détenus, du 1er mai 1851 au 24 mai 1852, il n'y a eu que 9 cas d'aliénation, défalcation faite des individus qui présentaient des symptômes de cette maladie à leur entrée.

Statistique de la population de l'Europe, par M. Boudin.

En 1849, il y avait en Prusse 14,331,187 habitans, sur lesquels on comptait 11,973 sourds-muets, 9,579 aveugles, 1,222 suicidés; savoir : 1 sur 6,679 hommes, et 1 sur 24,407 femmes (*Vingtrinier, des aliénés dans les prisons et devant la justice*). Il résulte du travail de ce médecin qu'il y a eu 14 cas de folie sur 8,500 accusés de crimes en 37 ans, de 1815 à 1851; 284 fous sur 34,500 prévenus de délits, pendant 17 années, de 1835 à 1852. En résumé, 265 aliénés sur 43,000 inculpés, 1 sur 1,000. Une fois la simulation a été reconnue, 2 fois le libre arbitre persistait. Sur les 262 autres cas, signalés par les médecins, 176 ont été admis par les juges, 4 prévenus sont morts fous dans les prisons; 82 condamnations ont été prononcées sans l'avis des gens de l'art, ou même malgré leur avis; 6 de ces condamnations avaient trait à des affaires criminelles; 5 de ces condamnés n'ont laissé aucun doute sur leur maladie mentale. Le temps n'a pu rien apprendre sur le sixième; il a été exécuté.

Quant aux 76 condamnations correctionnelles, voici comme les choses se sont passées : 1 est mort, 19 ont subi leur peine, la plupart dans le quartier des aliénés. Pour les 56 autres, condamnés sans l'avis préalable des médecins, si on a voulu faire une expérience, elle a été décisive. Tous ont dû être extraits de la prison quelques jours après le prononcé de leur jugement, pour être transférés à l'asile, où leur folie a été constatée de nouveau. En présence de pareils faits, ne convient-il pas de rappeler la proposition faite par M. Brierre de Boismont, en 1849, dans les *Annales d'hygiène*, de créer, à l'instar de l'Angleterre, un établissement spécial pour les aliénés vagabonds et criminels.

COURRIER.

La médecine dans l'Inde. — Le nouveau collége médical de Calcutta vient d'être terminé; il contient un hôpital de 500 lits, répartis entre 24 salles larges, spacieuses, bien aérées et bien éclairées, pourvues abondamment d'eau potable. Ce magnifique établissement, qui était commencé depuis 1848, a coûté 500,000 fr. Une aile de l'hôpital a été réservée pour les femmes et pour les enfans.

Nécrologie. — Un médecin qui a occupé une grande place dans la médecine anglaise, M. le docteur Richard Chambers, est mort subitement, probablement à la suite de l'ingestion d'une dose trop forte d'acide hydrocyanique. M. Chambers était atteint depuis longtemps d'une maladie du cœur.

Le Gérant, G. Richelot.

(1) G.-B. Monteggia, *Institutionni chirurgiche*, editione seconda. Milano, 1813.

Paris. — Typographie Félix Maltestet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 70. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 14 Juin 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges, n° 12,* A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 13 JUIN 1853.

Lettre à M. le docteur X..., à Castres,

SUR LA MÉTHODE A SUIVRE POUR L'ÉDUCATION D'UN SOURD-MUET.

Mon cher confrère,

Actuellement consulté par une famille inquiète sur le mode d'éducation qu'il conviendrait de donner à un enfant sourd-muet de naissance, complètement privé de la faculté d'entendre, vous me demandez de vous formuler mon opinion et de vous dire ce que je pense des deux méthodes, méthode allemande et méthode française, dont la valeur comparative fait le sujet de la discussion qui s'agite en ce moment à l'Académie de médecine.

Vous me faites remarquer, et peut-être est-ce à titre de reproche, que dans mes appréciations de cette discussion, il a été dificile de connaître mon sentiment sur la question, et que, contrairement à ce qu'ont fait d'autres organes de la presse, je n'ai pris parti pour aucune opinion et n'ai exprimé que des idées d'incertitude et de doute.

Cette situation est bien, en effet, celle que j'ai prise. C'est celle dans laquelle je suis forcé de persister encore, et par là vous pouvez pressentir que vous ne trouverez peut-être pas dans ma réponse les élémens d'une détermination que vous voudriez y trouver sans doute.

Je dois néanmoins, ne serait-ce que pour répondre à votre confiance, vous dire les motifs de mes incertitudes et de mes doutes.

C'est au nom du progrès, mon cher confrère, que l'on sollicite des modifications, si ce n'est une révolution, dans le système d'éducation suivi dans les établissemens publics consacrés aux sourds-muets. Je vous avoue que cette invocation au progrès me surprend infiniment, et c'est là que commencent mes doutes. — Jugez vous-même s'ils sont légitimes.

Aussi nettement posée que je la conçoive, la question est celle-ci :

Faut-il instruire des sourds-muets par la mimique ou par la parole ?

Une chose a dû vous frapper, mon cher confrère, c'est qu'il y a soixante-dix ans, toute l'Europe savante appela progrès ce que les partisans de la méthode allemande appellent aujourd'hui routine, et que l'abbé de l'Épée fut loué et encouragé précisément pour avoir substitué ce que l'on veut abandonner aujourd'hui à ce quelque chose que l'on veut reprendre, et que ses efforts contribuèrent à faire généralement rejeter alors.

Revenir aux idées, aux méthodes, aux pratiques qui furent abandonnées il y a soixante-dix ans, voilà ce que l'on appelle le progrès.

Certainement, pour tout esprit sage et sérieux, il n'y a pas là de motif suffisant pour rejeter l'idée prétendue nouvelle, mais vous conviendrez aussi que c'est bien là l'occasion de s'enquérir de quel côté est réellement le progrès, ou du côté de l'abbé de l'Épée qui, comme méthode générale, fit abandonner l'éducation par la parole pour les signes, ou du côté de ceux qui veulent aujourd'hui faire rejeter les signes pour la parole.

Or, mon cher confrère, nous n'avons qu'un seul moyen de juger la question, c'est de consulter les faits.

Ces faits, il faut les interroger avant et après l'abbé de l'Épée.

Avant : Quelle était la condition du sourd-muet avant l'introduction de la méthode du bienfaisant et charitable prêtre ? J'éprouve un regret profond, mon cher confrère, qu'en France, que dans une Académie de médecine française, on se soit montré si oublieux de faits dont nous sommes séparés par un demi-siècle à peine. Quand on voit dans l'histoire du temps l'immense et profonde sensation que produisit dans le monde la découverte du saint prêtre, n'est-on pas irrésistiblement entraîné à se dire : mais les méthodes employées avant lui étaient donc bien défectueuses et bien insuffisantes pour que son système ait produit une révolution semblable ?

Et de fait, ces méthodes n'étaient autre chose que celle que l'on cherche à faire revivre aujourd'hui, que celle qui est employée dans une grande partie du nord de l'Europe, qui n'a pas encore eu ni son abbé de l'Épée, ni son abbé Sicard, ces hommes qui furent plus que des hommes de génie, qui furent des hommes charitables et non des entrepreneurs.

Eh bien ! mon cher confrère, si vous êtes au courant de ce que fit, au XVIIe siècle, le médecin suisse Amman, de ce que tenta Wallis, de ce que proposa Van Helmont, de ce qu'entreprit le Portugais Pereira, qui eut l'honneur d'être présenté à l'Académie des sciences par La Condamine, d'obtenir les honneurs d'un rapport par Buffon, de faire converser son élève avec le roi Louis XV, qui donna à son instituteur une pension de 800 livres, vous savez aussi bien que moi, et mieux que ne paraissent le savoir quelques orateurs de l'Académie, que ces rares instituteurs de sourds-muets n'employaient que l'éducation par la parole, c'est-à-dire la méthode que l'on cherche à substituer aujourd'hui, à la méthode de l'abbé de l'Épée.

Quels furent les résultats de cette méthode d'éducation par la parole ? L'histoire est là pour nous le dire. Vous pouvez hardiment défier les partisans de la méthode dite allemande, — qui n'est pas plus allemande qu'anglaise, hollandaise ou belge, — de citer plus de trois ou quatre faits dans lesquels les succès de cette méthode soient scientifiquement démontrés. Aussi parmi les excellentes choses qui ont été dites à l'Académie de médecine, notez comme une des plus excellentes, mon cher confrère, ce qu'a dit M. Malgaigne, du rejet qu'il fallait faire de tous les faits anciens. Du rejet, comme démonstration, bien entendu, car comme élément d'appréciation, il importe de les retenir et de s'en souvenir au besoin.

Ainsi donc de rares, de très rares succès par l'emploi de cette méthode qui veut faire aujourd'hui sa résurrection, succès obtenus sur quelques sourds-muets de grande famille, et qui, par cela même, eurent un grand retentissement, voilà l'ancien bilan de cette méthode. Mais la masse, la généralité de ces infortunés, quel était leur sort ? Vous en trouverez une admirable et lamentable histoire dans les récits de l'abbé de l'Épée. Abandonné sans culture intellectuelle et morale, presque toujours sujet de honte pour les familles, objet de crainte pour le public, l'infortuné sourd-muet trouvait à peine dans la pitié publique ou des parens les soins que l'on ne refuse pas aux animaux domestiques.

Le saint prêtre paraît, et ce triste et affligeant tableau change à l'instant. Vous savez par quel heureux hasard l'abbé de l'Épée fut mis sur la voie de sa découverte. Un des plus célèbres élèves de l'institution de Paris, un des plus éclatans témoignages de la supériorité de la méthode suivie dans cet établissement, M. Berthier, le raconte d'une manière touchante dans le livre qu'il vient de publier (1). L'abbé de l'Épée, jeune alors, mais déjà dans les ordres, est conduit dans une maison de la rue des Fossés-Saint-Victor par une affaire de peu d'importance ; la maîtresse du logis est absente. En l'invitant à l'attendre un moment, on le prie d'entrer dans une pièce où travaillaient deux jeunes sœurs jumelles, qui,

(1) *L'Abbé de l'Épée, sa vie, son apostolat, ses travaux, sa lutte et ses succès*, etc. — Un vol. in-8°.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Système d'Asclépiade, doctrine des atomes. — Atomisme ancien et atomisme moderne. — De l'obstruction. — Origine de la grande doctrine de l'*excitabilité*. — Le monde romain au temps d'Asclépiade. — Pratique d'Asclépiade. — Son esprit de ressources. — Asclépiade et M. Récamier.

XVI.

Exposition des doctrines d'Asclépiade.

Le système d'Asclépiade n'est que le reflet d'une doctrine philosophique en grande faveur à Rome à l'époque où ce médecin célèbre y arriva. Je veux parler de la doctrine des atomes, de l'*atomisme*.

L'atomisme était cette doctrine philosophique, exposée d'abord d'une manière vague par Leucippe et Démocrite, puis, avec plus de clarté, de précision, de hardiesse par Épicure, et d'après laquelle ces philosophes prétendaient se rendre compte de la formation de l'univers, de la constitution de ses diverses parties, et enfin des phénomènes dont cet univers est le théâtre par l'existence de corpuscules ou atomes, dernier terme possible de la division de la matière. Ils n'admettaient donc pas le dogme de la divisibilité de la matière à l'infini, et supposaient qu'il y avait une limite au-delà de laquelle cette division n'était plus possible ; aux produits ou aux résultats de cette division terminale de la matière, ils avaient donné les noms de corpuscules, d'atomes. Pour eux, ces corpuscules ou atomes n'étaient pas tous semblables. Ils différaient par la forme, la grandeur, et par un certain nombre de dispositions particulières. Leucippe, Démocrite, Épicure accordaient aux atomes la faculté de se mouvoir par eux-mêmes, l'activité, différant en cela d'autres philosophes, tels qu'Empédocle, Anaxagore, etc., qui, tout en reconnaissant l'existence des atomes, admettaient, en outre, des forces placées en dehors d'eux, et agissant sur eux pour les réunir ou les séparer.

Voici comment les atomistes pursuivaient pour expliquaient la formation de l'univers. Dispersés dans le vide, les atomes se seraient un jour rencontrés par hasard, se seraient réunis, combinés de diverses manières, et, dans cette réunion fortuite, les différentes formes sous lesquelles la matière se présente à nous, auraient pris naissance. Ainsi, pour ces philosophes, les atomes sont actifs, et la matière qui résulte de leur combinaison est également douée d'activité.

Asclépiade accepte complètement cette manière de comprendre la formation de la matière, d'en expliquer les phénomènes, et en fait une application à la médecine. Il suppose que le corps humain, comme l'ensemble de l'univers, est formé de ces mêmes atomes réunis entr'eux par une combinaison fortuite. Dans le corps humain, comme dans l'ensemble de l'univers, ces atomes sont reçus dans des vides ou pores, et, par leurs arrangemens divers dans ces vides, constituent les différens organes, les diverses parties du corps. Cette théorie, peu satisfaisante pour la raison, au point de vue de la formation de l'univers, mérite une sérieuse attention au point de vue de l'existence des atomes. Il n'y a pas longtemps encore que la division à l'infini de la matière était admise partout en physique et en chimie, dans l'enseignement oral et dans les livres. Aujourd'hui, la majorité des physiciens et des chimistes repousse cette doctrine. Voici comment un de nos savans les plus sévères s'exprime à ce sujet : « Les recherches de la chimie moderne, dit M. Regnault, ont établi, d'une manière *à peu près* incontestable, que la divisibilité de la matière est limitée. » Ainsi, la majorité des physiciens et des chimistes admet aujourd'hui que les différens corps de la nature sont formés en dernière analyse de parties infiniment petites, invisibles et indivisibles. A ces parties représentant le dernier terme de la division de la matière, on a donné le nom d'*atomes*, créé il y a plus de deux mille ans par les philosophes pour exprimer les mêmes objets. Ce mot se rencontre à chaque page de nos livres modernes de physique et de chimie ; la doctrine atomique a été introduite dans la théorie actuelle de la composition des corps, la combinaison des atomes a été soumise à des lois, et Dalton a établi, en 1807, la loi dite des *proportions multiples*, loi générale qui régit les lois partielles, suivant lesquelles les atomes se combinent.

L'existence des atomes étant admise, et elle a pour elle de fortes probabilités, on peut se demander si la maladie ne résulterait pas d'une déviation accidentelle de cette loi des proportions multiples. Supposons, en effet, qu'une molécule A, au lieu de se combiner avec deux ou trois molécules B, se combine avec quatre ou cinq molécules B, il en résultera un changement dans l'état normal des parties constituantes du corps, et partant, une modification dans les propriétés de ces parties ; de ce dérangement dans la composition et les propriétés des parties constituantes, pourront résulter les diverses maladies. Ce serait là le dernier terme de l'analyse pathologique des solides et des liquides. Mais revenons à la doctrine d'Asclépiade.

L'homme, dit ce célèbre médecin, est le produit d'une réunion accidentelle d'atomes, dont les divers mouvemens dans les vides qu'ils occupent sont la cause de la santé, et peuvent devenir l'origine des maladies. Pour se rendre compte de l'état de santé ou de maladie, il faut avoir égard aux rapports des atomes avec les vides ou pores. Les atomes diffèrent entr'eux par leur volume et par leurs formes. Il en est de même des pores. De la parfaite proportion des atomes avec les pores et du libre passage des uns dans les autres résulte l'état de santé. La condition contraire, c'est-à-dire le défaut de proportion des atomes et des pores et l'*obstruction* des pores par les atomes est l'origine de presque toutes les maladies. C'est donc à Asclépiade que remonte la doctrine de l'obstruction, devenue célèbre depuis que l'illustre Boerhaave l'a entourée du prestige de son nom et de son immense talent.

L'obstruction peut provenir des atomes ou des pores. Le plus ordinairement elle provient des atomes qui s'embarrassent dans les passages

même à son arrivée, restent les yeux attentivement fixés sur leur ouvrage. Par politesse, il leur adresse quelques mots : point de réponse. Il parle un peu plus haut; même silence. Enfin, la mère des deux jeunes filles arrive et tout s'éclaircit. Elles sont sourdes-muettes, et la mort vient de leur enlever le père Vanin, qui, sans trop de fruit, à l'aide de quelques estampes, leur servait d'instituteur. « C'est moi qui lui succé- » derai, dit le jeune et bon prêtre, sans aucune expérience » d'ailleurs, sans aucune idée de l'art difficile dont il va son- » der les profondeurs (1). »

Quelques années plus tard, et la méthode était découverte, exposée sans aucune réserve, enseignée à des milliers de sourds-muets, dont plusieurs générations ont déjà protesté par leur vive et profonde reconnaissance pour leur bienfaiteur, contre les imprudentes et injustes attaques dirigées contre elle.

Aujourd'hui, le sourd-muet que la nature n'a pas complètement déshérité des facultés intellectuelles, trouve dans l'emploi de la méthode de l'abbé de l'Épée une instruction religieuse, morale et professionnelle qui lui rend sa place, son utilité et sa dignité dans la famille humaine. Cette méthode est éprouvée par soixante-dix ans de succès. Tous ceux, les plus intelligens de ceux qui en ont reçu les bienfaisans préceptes, sont unanimes pour en reconnaître les heureux résultats, comme pour résister aux innovations qu'on propose; et je vous avoue, mon cher confrère, que cette unanimité me frappe beaucoup. N'est-elle pas de nature, en effet, à faire réfléchir?

L'abbé de l'Épée ne s'obstina point à faire parler les sourds-muets, quoiqu'il eût obtenu d'assez heureux résultats en ce genre. « Quoi! s'écrie M. Barrière, prétendre instruire par la parole, à la parole, ceux qui ne peuvent se jamais avoir l'idée d'un son, quelle erreur? C'était chercher l'Afrique dans le nord, et la Sibérie au midi. Pour aborder la mystérieuse intelligence des sourds-muets dans son île escarpée, il fallait s'aider des seules mers, disons mieux, des seuls sens qui pouvaient y donner accès, le toucher quelquefois et surtout la vue. » « Il » ne s'agit en effet, dit l'abbé de l'Épée, dans *la véritable* » *manière d'instruire les sourds-muets*, que de faire entrer par » les yeux, dans leur esprit, ce qui est entré dans le nôtre par » les oreilles. » N'est-il pas évident, en effet, mon cher confrère, que le langage, qu'il soit parlé, écrit ou mimé, est toujours le même artifice au moyen duquel on fait naître ou on réveille l'idée dans l'encéphale, artifice plus ou moins parfait, plus ou moins rapide, plus ou moins utile, selon le degré d'intégrité des sens. Jusqu'à ce que l'homme ait inventé une langue où chaque expression soit une onomatopée, ou une écriture dont chaque signe soit un dessin, l'emploi de l'artifice restera indifférent, c'est-à-dire que le résultat sera obtenu par telle ou telle langue, telle ou telle écriture. La seule chose à considérer sera d'employer à l'éducation telle ou telle forme d'artifice que l'élève puisse comprendre et reproduire.

Votre jeune et intéressant sourd-muet n'ayant jamais entendu, n'ayant jamais parlé, si vous êtes médicalement convaincu que son infirmité est incurable, retirera, à mon avis, plus de profit de l'éducation par les signes que par la parole. Si vous aviez à faire l'éducation d'un aveugle, quel sens, si ce n'est celui du tact, chercheriez-vous à substituer à celui qui lui manque? L'analogie, la logique, l'observation et l'expérience conduisent nécessairement à la même pratique pour le sourd-muet. Pour arriver jusqu'à son intellect, il n'y a qu'une porte d'ouverte, la vue; pour traduire les impressions de la vue, il n'a qu'un langage, la mimique, et vous consentiriez à fermer cette porte ou à priver cet infortuné du seul langage qu'il puisse parler ?

(1) Voyez aussi un charmant article de M. F[s] Barrière, auquel cette citation est empruntée, dans le *Journal des Débats* du 10 juin dernier.

J'ai été beaucoup frappé, mon cher confrère, d'une expérience qui, depuis le commencement de la discussion académique, a lieu tous les mardis à l'issue de la séance, dans la salle des Pas-Perdus.

Un sourd-muet qui a été l'élève de prédilection d'Itard, et que ce médecin philosophe a voulu doter de la parole, donne tous les mardis, à qui veut le voir et l'entendre, le spectacle du résultat auquel il est arrivé. Eh bien! je le dis avec regret, mais avec vérité, ce spectacle est affligeant. Rien de plus pénible à voir et à entendre que M. Allibert quand il parle ou qu'il croit parler. Mais voici que la scène change. Un de ses confrères d'infortune, qui ne parle pas, s'approche de lui et s'exprime par signes, M. Allibert lui répond par le même langage, et il est curieux de voir alors le changement à vue qui se produit dans la physionomie, dans tout l'*habitus* de M. Allibert, homme d'ailleurs si distingué. Oh! cela devient frappant alors, la mimique est le langage naturel du sourd-muet; cette expérience que j'ai vue dix fois me paraît décisive, et vous comprendrez pourquoi je n'insiste pas davantage sur une comparaison qui pourrait être pénible à celui qu'elle concerne.

Je ne reproduis pas, mon cher confrère, les excellens argumens produits dans la discussion par MM. Bousquet, Bonnafont, Ferrus, Malgaigne, etc., contre les prétentions des partisans de la parole, comme méthode générale d'éducation des sourds-muets. Je n'ai voulu vous faire ni un discours, ni une dissertation. Ce sont de simples impressions que je vous communique sur le prétendu progrès de la méthode dite allemande, progrès que l'on me reproche de ne vouloir ici reconnaître ni encourager. Je sais bien que ses partisans les plus passionnés se défendent aujourd'hui d'une extension aussi considérable. Mais je crains bien que ce ne soit là une ruse de guerre et une tactique de parti. Ils parlent de réforme, mais on sait ce que ce mot veut dire dans la bouche des révolutionnaires. Quant à moi, jusqu'à plus ample informé, le sourd-muet, dans les conditions de celui que vous m'indiquez, je ne lui donnerais d'autre conseil que celui de recourir encore à la méthode éprouvée qui a produit tant d'élèves célèbres, un si grand nombre d'excellentes éducations et qui a couvert les deux mondes de professeurs aussi distingués.

Agréez, etc., Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

Relation de l'épidémie de fièvre typhoïde actuelle, et résultats comparatifs du traitement par la saignée initiale et l'eau froide, *intùs* et *extùs*.

(Suite. — Voir les numéros des 4, 7 et 11 Juin.)

Formes de la maladie. — M. Chomel a distingué dans la fièvre typhoïde les formes *inflammatoire*, *bilieuse*, *muqueuse*, *nerveuse*, *adynamique*. C'est principalement de ces formes que nous allons dire quelques mots.

Quand on découvrit la lésion caractéristique des plaques de Peyer, ce fut un progrès important; mais cette découverte fut bientôt oubliée, et Petit et M. Serres, en publiant en 1813 leur ouvrage sur la maladie qui nous occupe, crurent avoir trouvé une maladie nouvelle, distincte de toutes les fièvres connues jusqu'à eux, et qui existait concurremment avec elles. Prost avait déjà signalé des ulcérations intestinales dans le typhus, mais il les regardait comme accidentelles. La science était dans cet état d'incertitude lorsque M. Louis (1822-1827) reconnut que la lésion des plaques de Peyer se liait essentiellement à une maladie présentant toujours les mêmes symptômes caractéristiques. Dès lors, la fièvre typhoïde fut bien connue.

Il y eut cependant une grande résistance de la part de l'école physiologique qui ne voyait dans la fièvre typhoïde qu'une gastro-entérite violente.

Les médecins, tenant aux anciennes divisions et voulant à tout prix les conserver, on imagina les formes que nous avons signalées, mais on peut affirmer d'une manière absolue que ces formes sont fictives, qu'elles n'existent pas.

Ainsi, la forme inflammatoire, dit-on, existerait surtout au début; mais les malades qui présentent les symptômes dits inflammatoires sont en même temps tellement faibles, qu'ils ne peuvent se tenir sur leur séant. Il y aurait donc en même temps forme inflammatoire et forme adynamique. Presque toujours, pendant la nuit, il y a de l'agitation, souvent du délire; c'est-à-dire que la maladie revêt alors la forme ataxique, tandis que pendant le jour elle a d'autres caractères.

Tous les malades présentent de l'inappétence, de l'enduit saburral de la langue, de la gêne dans le pharynx (fièvre muqueuse). Souvent ils ont en même temps des vomissemens bilieux, une soif ardente, une chaleur vive, la peau sèche (fièvre bilieuse).

En un mot, il est ordinaire d'observer chez le même malade la réunion des symptômes qui caractérisent les diverses formes de la maladie, et, à moins de dire que celle-ci subit des transformations continuelles et passe à chaque instant d'une forme à une autre, il faut bien conclure à l'existence d'une maladie unique, offrant toujours les mêmes symptômes caractéristiques plus ou moins tranchés, suivant les cas.

Ce que nous venons de dire s'applique également aux formes *cérébrale*, *pectorale*, *abdominale*, car tous les malades présentent à divers degrés des symptômes abdominaux (diarrhée, météorisme), des symptômes pectoraux (toux, expectoration), des symptômes nerveux (prostration, céphalalgie, tintement d'oreilles).

Ici donc encore nous voyons les diverses formes se réunir, se confondre sur le même sujet, et l'on est contraint de reconnaître que la fièvre typhoïde est une maladie spéciale distincte, offrant toujours à divers degrés un ensemble de symptômes caractéristiques sans qu'on puisse établir aucune division fondée, ni sur l'anatomie pathologique, ni sur la séméiologie de cette affection.

La *forme sidérante* n'a de spécial que la rapidité de sa marche.

La *forme arthritique* n'est qu'un accident de la maladie.

Quant à la *forme rémittente*, elle est particulière à certains pays où les maladies revêtent fréquemment le type rémittent ou intermittent.

Toutes ces formes doivent donc être rejetées. Si on ne les envisageait que comme des moyens de classification propres à faciliter l'étude de la maladie en mettant en évidence les symptômes prédominans, on pourrait les admettre, bien que de pareilles divisions soient bien peu importantes. Mais malheureusement on s'habitue à considérer ces formes comme autant

---

tantôt à cause de leur nombre, tantôt à cause de leur mouvement trop lent ou trop rapide. D'autres fois, leur forme se modifie, et de cette modification résulte un défaut de rapport entre les atomes et les conduits ou passages, ces vides ou espaces dans lesquels ils sont contenus; de là obstruction.

D'autres fois l'obstacle vient des pores. Tantôt ces pores sont mal disposés pour recevoir les atomes; ils sont trop petits ou trop grands; *tantôt ils se ferment ou s'ouvrent plus qu'ils ne doivent normalement se fermer ou s'ouvrir*,

Dans cette dernière phrase d'Asclépiade est contenue en germe la doctrine du *strictum* et du *laxum*, ou, ce qui est la même chose, la doctrine de l'*excitabilité*. Nous verrons bientôt Themison, disciple d'Asclépiade, retenant des doctrines de son maître cette particularité perdue, pour ainsi dire, dans l'ensemble de ses ouvrages, en faire les fondemens d'un système, qui, en se modifiant avec le temps, deviendra plus tard la grande doctrine moderne de l'excitabilité. Sans cette phrase d'Asclépiade, nous n'aurions peut-être pas eu les doctrines de Brown, de Baglivi, de Frédéric Hoffmann, de Thomassini, et, dans ces derniers temps, celles de Broussais et de Rasori, doctrines qui, malgré bien des erreurs, ont laissé des traces puissantes et produit des résultats nombreux en thérapeutique. Cette phrase d'Asclépiade sera la souche d'où naîtra un arbre immense, dont les nombreux rameaux ombrageront la médecine; ce petit ruisseau deviendra plus tard un grand fleuve, dont les eaux fécondes fertiliseront un jour le champ de la science.

Parmi les maladies dépendantes des modifications des atomes, Asclépiade comptait : 1° la fièvre, 2° l'inflammation, 3° les douleurs.

Parmi celles qu'il attribuait à une mauvaise disposition des pores, il notait surtout l'hydropisie produite, suivant lui, par le relâchement des pores.

Nous venons d'examiner le côté positif des doctrines d'Asclépiade, voyons maintenant leur côté négatif; c'est dans la critique qu'excelle Asclépiade. C'est un grand révolutionnaire, et, comme tel, il est plus habile dans l'art de détruire que dans celui d'édifier. L'un des premiers, il osa violemment attaquer Hippocrate, et, s'il n'eut pas raison dans toutes ses attaques, du moins il réussit à ébranler beaucoup de points erronés des doctrines hippocratiques. Il introduisit en médecine l'esprit de libre examen et de critique à l'égard de ces doctrines, que l'on regardait partout comme des dogmes sacrés auxquels personne n'osait toucher. C'est ainsi qu'il attaqua et nia les dogmes relatifs à la nature médicatrice, à la tendance naturelle des maladies vers la guérison, à la nécessité de suivre la direction donnée par la nature dans le traitement des maladies. Il s'occupa, le premier, sérieusement de la doctrine des crises et des jours critiques, doctrine qui était pour les médecins une religion, un article de foi, un dogme universellement accepté. Le premier, il ébranla cette religion, cette foi, ce dogme auquel bien peu de personnes croient encore aujourd'hui.

Asclépiade avait coutume de dire de cette prétendue nature médicatrice admise par Hippocrate, qu'elle était au moins aussi souvent nuisible qu'utile. Il ne voulait pas que l'on attendît le moment de l'action de la nature. Il était partisan d'une médecine active, au lieu de cette thérapeutique expectante adoptée par Hippocrate. Il appelait les ouvrages de ce médecin : *une méditation sur la mort*. Asclépiade niait encore à l'économie la faculté d'attirer ce qui lui est utile et de repousser ce qui lui est nuisible. Il traitait de chimère la croyance à des forces placées en dehors de la matière, disant qu'il n'y a de réel dans le monde que la matière et les modifications qu'elle se donne elle-même.

Galien, combattant Asclépiade, indépendamment des argumens scientifiques dont il se sert, leur reproche de saper les fondemens de la morale, de nier la notion du juste et de l'injuste, du bien et du mal; puis, l'interpelant, vous ne voulez pas, s'écrie-t-il, ô Asclépiade, que l'homme puisse distinguer le juste de l'injuste, le bien du mal, et vous prétendez distinguer le vrai du faux? Comment cela se peut-il? Pour Alclépiade, dit Galien, il n'y a dans le monde ni bonté, ni générosité, ni dévoûment, ni vertu, puisque suivant lui, l'homme n'est point maître de ses actions et agit toujours fatalement; mais dans tout cela, ajoute-t-il, que devient l'humanité.

Pour bien comprendre les influences qui ont inspiré Asclépiade et l'ont poussé dans la voie qu'il a parcourue, il faut se transporter par la pensée à l'époque où il vivait. La société romaine était arrivée, au temps d'Asclépiade, au même point que la société grecque, à Athènes, au temps d'Épicure. Il s'était produit dans les mœurs austères des Romains ce relâchement déplorable qui est le signe avant-coureur de la décadence d'une nation. La recherche du bien-être matériel, l'ardeur des jouissances sensuelles poussait et enflammait la société romaine. Rome doutait de la Providence, de l'âme, de la vertu, du droit; partout éclatait une confusion déplorable des idées morales, du juste et de l'injuste, du bien et du mal. C'est alors que Brutus, aux champs de Philippes, s'écriait en se donnant la mort : Vertu, tu n'es qu'un vain mot! C'est à cette époque aussi que le grand orateur romain, Cicéron, découragé, quelque temps avant que sa noble tête ne tombât sous la hache des triumvirs, disait qu'il n'espérait plus pour son pays des jours de gloire et de prospérité; mais qu'il souhaitait seulement un peu de tranquillité pour cultiver en paix, dans ses vieux jours, les belles-lettres, douces et inséparables compagnes de toute sa vie.

Au milieu de cette disposition générale du monde romain, le poète Lucrèce avait reproduit en vers admirables le système d'Épicure, dont les principes trouvèrent d'autant plus d'accès dans les esprits, qu'ils s'étaient déjà infiltrés tout naturellement dans les mœurs.

C'est sur ces entrefaites qu'Asclépiade arriva à Rome, où il enseigna d'abord la rhétorique avec un grand éclat. Ce fut après s'être acquis par son éloquence une immense réputation, qu'il laissa la rhétorique pour se livrer à l'exercice de la médecine. Bientôt il brilla à la tête des médecins de la capitale de l'empire romain. Mais sa gloire ne paraît pas être sortie pure et sans tache des mains de la critique. Pline l'accuse d'avoir commencé l'exercice de la médecine sans l'avoir étudiée, et d'avoir fait sa réputation en prenant le contrepied des doctrines et de la pratique des autres médecins. Galien rend hommage à ce puissant génie qui, à lui seul, parvint à ébranler et à renverser une grande doctrine, mais il attaque en lui l'homme moral, il met en doute la sincérité de

de maladies particulières, et, en conséquence de cette idée erronée, on veut appliquer à chaque forme un traitement spécial : à la forme inflammatoire les saignées, à la forme nerveuse les calmans, etc. Or, cette manière d'agir ne saurait être justifiée que par une prédominance très marquée de certains symptômes ; et encore faudrait-il voir si, en se comportant ainsi, on guérit mieux la maladie principale. Et notez que ce n'est point d'après les faits de l'expérience, mais *à priori* et d'une manière toute théorique, que l'on est arrivé à ces conclusions.

Ajoutons que cette tendance aurait de funestes conséquences, puisqu'en ne s'attachant qu'au traitement des symptômes, on négligerait l'expérimentation, qui, peut-être un jour, doit nous faire connaître le vrai remède de la fièvre typhoïde, quels que soient d'ailleurs les symptômes qui dominent. Si l'on ne songe qu'à combattre les effets variés d'une même cause, sans s'attaquer à cette cause elle-même, est probable qu'on échouera, tandis que si l'on a un traitement efficace de la maladie elle-même, on se rendra toujours facilement maître des symptômes accidentels, en apportant à la médication principale des modifications appropriées.

Cette discussion, on le voit, bien loin d'être oiseuse, comme on pourrait le penser, est de la dernière importance, au point de vue pratique.

Anatomie pathologique. — Les altérations trouvées sur le cadavre ne nous ont rien offert de particulier à l'épidémie. Des pneumonies, des gastrites, des tubercules ont été les principales lésions accessoires que nous avons rencontrées.

Marche de l'épidémie. — Il faut maintenant tirer de ce qui précède les conséquences relatives à l'épidémie elle-même : précaution qui était indispensable, car, avant tout, il était nécessaire, puisque nous voulions expérimenter une médication particulière, de voir s'il n'y avait dans l'épidémie actuelle aucune circonstance qui pût avoir de l'influence sur les résultats. Or, il est évident que cette épidémie n'a pas revêtu de génie spécial. Les premiers cas se sont montrés dans le mois de décembre. Ils ont été d'abord assez légers. Dans le cours du mois de janvier, la maladie a pris une plus grande intensité; pendant deux mois, elle est restée à peu près stationnaire, puis elle a commencé à décroître, tant sous le rapport du nombre des malades, que sous celui de la gravité de l'affection.

On a admis à la Pitié, depuis le mois de décembre jusqu'à ce moment, près de 800 malades, dont les symptômes, si nous en jugeons par ce que nous avons vu, ont été les symptômes ordinaires de la fièvre typhoïde. Les faits étaient, par conséquent, très convenables pour l'étude du traitement.

Traitement. — Nous arrivons maintenant à la partie pratique de la question, c'est-à-dire au traitement.

Mais, pour bien comprendre les résultats comparatifs des médications employées, il est nécessaire de jeter rapidement un coup d'œil rétrospectif sur les diverses circonstances saillantes de la maladie, telles que l'âge, le sexe, la constitution, dans les deux catégories de faits que nous avons observés, c'est-à-dire chez les sujets qui ont été traités par les saignées initiales et l'eau froide, et chez ceux que nous avons traités par la méthode évacuante.

Age. — Les malades traités par les saignées et l'eau froide avaient de 16 à 48 ans, et en moyenne 22 ans. Les malades traités par les éméto-cathartiques avaient de 17 à 39 ans, et en moyenne 22 ans également.

Début du traitement. — Le traitement par la *saignée* et l'*eau froide* a commencé en moyenne au 11me jour de la maladie: les extrêmes ont été le 3me et le 48me jour; et le traitement par les *éméto-cathartiques* a commencé en moyenne au 11me jour : les extrêmes étaient le 5me et le 21me jours. On voit donc que, sous ces deux rapports, les faits étaient parfaitement comparables.

La *constitution* était également variable dans les deux modes de traitement.

Sous le rapport du *sexe*, 19 hommes et 6 femmes ont été traités par la saignée et l'eau froide, 20 hommes et 6 femmes par les éméto-cathartiques.

État des malades au début. — Excepté un ou deux, tous les malades étaient en état de supporter le traitement par les saignées et l'eau froide. Nous avons donc pris indistinctement ceux que nous y avons soumis ; et cependant, parmi ceux qui ont été traités par la nouvelle méthode, il y a eu une bien plus grande quantité de cas graves, sous le rapport des symptômes nerveux, de la fréquence du pouls, de la diarrhée.

C'est un résultat dû uniquement au hasard, et qui prouve une fois de plus combien les petits nombres seraient trompeurs, si on se contentait des premiers résultats, et si l'analyse exacte des faits ne venait, en pareille circonstance, au secours de la statistique. Mais nous verrons que, malgré cette disproportion des cas graves, dans les deux catégories, les observations que nous avons recueillies nous fourniront un enseignement utile. Voyons d'abord, en examinant successivement les principaux symptômes, quelle était la situation comparative des sujets au moment où le traitement a commencé.

SYMPTÔMES NERVEUX (prostration, tournoiemens de tête, étourdissemens, etc.).

Traitement par la saignée et par l'eau froide (sur 23 cas où on les a notés).

Légers, 7 cas.
Considérables, 16 cas.

Traitement par les vomitifs et les purgatifs.

Légers, 19 cas.
Considérables, 7 cas.

5 malades traités par la saignée et l'eau froide ne pouvaient ni parler, ni tirer la langue, et de ces 5 malades, 4 sont morts.

2 malades traités par les purgatifs, dans un état analogue, ont guéri. Un malade atteint de délire violent, et traité par la saignée, a succombé.

DIARRHÉE.

Traitement par la saignée et l'eau froide.

La diarrhée était considérable chez . .	15 sujets.
légère chez.	7
nulle chez.	1
Pas de renseignemens chez	2
	25 sujets.

Traitement par les vomissemens et les purgatifs.

La diarrhée était considérable chez. .	6 sujets.
légère chez	15
nulle chez.	3
Pas de renseignemens chez.	2
	26 sujets.

POULS.

Traitement par la saignée et l'eau froide.

Le pouls donnait en moyenne 106 pulsations.
Les nombres extrêmes ont été 64 et 128.
Il a dépassé 110 pulsations chez 8 sujets.
Il a dépassé 100 pulsations chez 6 sujets.
Et 90 pulsations chez 9 sujets.

Traitement par les vomitifs et les purgatifs.

Le pouls donnait en moyenne 88 pulsations.
Les nombres extrêmes ont été de 80 à 132.
Il a dépassé 110 chez 2 sujets.
Il a dépassé 100 chez 2 sujets.
Et 90 chez 6 sujets.

Tel était l'état des sujets dans ces deux catégories. On voit, comme je le disais plus haut, que sur les 25 malades traités par la nouvelle méthode, 16 étaient dans un état déjà grave, et qu'il n'y en avait que 7 sur 26, parmi ceux qui ont été traités différemment, qui fussent dans un état semblable. Nous devrons tenir compte de cette différence dans l'appréciation des résultats.

(*La fin à un prochain numéro.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 9 Mars 1853. — Présidence de M. BOUVIER.

Sommaire. — Lettre de M. Collas, pharmacien. — Candidature de M. le docteur Hubbenet, de Kiew, à l'une des places de *membre correspondant.* — Mémoire de MM. Becquerel et Vernois : *De l'influence de la menstruation sur le lait.* Discussion : MM. Vigla, Roger.

Le Secrétaire général donne lecture de la *correspondance*, qui comprend : 1° une lettre de M. Collas, pharmacien, annonçant qu'il tient à la disposition des médecins des hôpitaux de l'extrait de suc de feuilles de frêne, substance vantée récemment pour le traitement de la goutte et des rhumatismes; 2° une demande de M. le docteur de Hubbenet, médecin en chef de l'hôpital militaire de Kiew, conseiller de la cour de Russie, etc., pour l'une des places de *membre correspondant.*

M. le docteur de Hubbenet, présent à la séance, communique, à l'appui de sa candidature, un mémoire intitulé : *Recherches sur l'épidémie de choléra à Kiew.*

Une commission, composée de MM. Bricheteau, Gillette et Henri Roger, est chargée d'examiner le travail et la demande de M. de Hubbenet, et d'en faire un rapport à la Société.

M. VERNOIS lit en son nom, et en celui de M. Becquerel, un mémoire relatif à l'*influence de la menstruation sur le lait* (extrait d'un ouvrage inédit sur le lait).

Sur cette question, (disent MM. Becquerel et Vernois) nous trouvons dans les auteurs une grande divergence d'opinions. Cependant la généralité s'accorde à reconnaître que le retour *et la présence surtout des règles sont des conditions qu'il est bon d'éviter.* Rosen (*Traité des maladies des enfans*, p. 8) dit qu'une nourrice qui allaite *bien* est rarement prise de ses règles. « J'ai distinctement observé, ajoute-t-il, que les enfans qui tétaient alors se trouvaient assez mal. »

Mauriceau (*Traité des maladies des femmes.* t. Ier p. 527) écrit qu'*une nourrice* n'aura pas ses menstrues. Van-Swieten, qu'on peut citer très souvent sur ces matières, après avoir établi et donné le moyen de reconnaître la santé de la nourrice et de l'enfant, déclare que toutes les fois qu'il a constaté l'intégrité de cet état, il s'est abstenu de faire changer la nourrice.

« Bona fide asservare possum me nunquam, subdatis conditionibus, » aliquid damni observasse, si lactantes menstruantis nutricis ubera » ducerent. » Tome IV, p. 593.) Le changement de nourrice, dans ce cas, est plus nuisible que l'état problématique du lait qu'on redoute. « Vidi sexties mutatas fuisse nutrices anni spatio ob hanc solam cau- » sam..... plus metuendum videtur a frequenti nutricium mutatione. » (Tome IV, p. 598.)

M. Bégin a vu un cas où le lait avait *changé d'aspect*, et où l'enfant avait été malade.

L'auteur de l'article LAIT du *Dictionnaire des sciences médicales* (t. XXXVI, p. 287) s'exprime ainsi : « On ne peut pas plus affirmer en » principe général que le lait des femmes menstruées est funeste aux » enfans, qu'il est possible d'établir la proposition contraire. »

M. Donné (*Cours de microscopie*, p. 440) dit que l'examen du lait, au moment des règles, n'offre aucune modification appréciable. Chez

---

son esprit et sa probité scientifique. Cependant, un grand nombre d'hommes des plus recommandables témoignent par leurs écrits d'une grande estime et d'une admiration profonde pour Asclépiade. Tels sont Apulée, Scribonius Largus, Sextusempericus, Celse, et enfin Cicéron, qui l'appelait son ami.

Pratique d'Asclépiade. — La pratique d'Asclépiade différait beaucoup de celle de ses prédécesseurs, et surtout de celle d'Hippocrate. Il admettait en principe qu'il n'y avait dans la maladie aucune époque où l'on ne pût efficacement intervenir. Il disait qu'il ne fallait pas attendre les crises; qu'elles n'étaient pas dans l'ordre naturel des maladies. C'est à lui que Celse rapporte l'origine de cet adage fréquemment cité depuis et appliqué par les chirurgiens à la pratique opératoire ; à savoir : qu'il faut guérir les malades *rapidement, sûrement, agréablement; cito, tuto et jucunde.*

Asclépiade était partisan de la saignée et versait le sang avec libéralité. Il saignait dans toutes les *douleurs*, prétendant faire cesser par ce moyen l'encombrement qui, suivant lui, produisait la *douleur.* C'est en vertu de ce principe qu'il saignait plus abondamment dans la pleurésie que dans la pneumonie simple, pratique tout opposée à celle des médecins d'aujourd'hui. L'idée théorique avait égaré Asclépiade. Ce médecin établit qu'il faut être avare de la saignée dans les fièvres intermittentes, excellent précepte consacré par l'universalité des médecins modernes. En général, les maladies fébriles qui reconnaissent pour cause l'intoxication du sang par un miasme se trouvent mal de la saignée. Broussais lui-même, ce grand promoteur de la saignée, l'a reconnu pour le typhus qui cependant était, suivant lui, une *gastro-entéro-encéphalite.*

Asclépiade saignait vigoureusement dans toutes les maladies convulsives, et particulièrement dans l'épilepsie. C'est lui qui a introduit la saignée dans le traitement des hémorrhagies rebelles.

Asclépiade n'aimait pas les purgatifs, d'accord en cela avec un grand nombre de praticiens éminens de l'antiquité. Il déniait à ces agens la propriété d'attirer dans l'intestin les diverses humeurs du corps en général, et en particulier telle ou telle ou telle humeur. Il réduisait leur rôle à débarrasser l'intestin des matières qui l'obstruent. Il répétait souvent que la présence des matières dans l'intestin était loin d'avoir le danger qu'on lui attribuait, et, à moins d'une accumulation longue et considérable, il laissait aux seules forces de la nature le soin d'en débarrasser le malade. Dans le cas où il croyait devoir aider la nature, il préférait aux purgatifs les simples lavemens. Il regardait toujours comme un mal les évacuations trop abondantes et remarquait que dans les maladies aiguës, tant qu'il y a diarrhée, les accidens persistent, et que, à mesure que les évacuations deviennent plus rares et les matières plus consistantes, la fièvre diminue. Tous ces détails sont empreints d'un véritable bon sens pratique, d'une observation judicieuse.

Asclépiade faisait un grand usage du vin, même dans les maladies aiguës, pour relever ou soutenir les forces. Cette pratique avait probablement pour motif l'affaiblissement dans lequel la corruption et la débauche avaient jeté la haute société romaine. C'est pour remédier à cet affaissement extrême qu'il observait chez la plupart de ses malades qu'Asclépiade prescrivait l'usage du vin. Il l'employait même dans le délire, jusqu'à ce qu'il eût obtenu un demi-sommeil, un demi-enivrement. Il s'agissait sans doute, dans ces cas, d'un délire analogue à notre *delirium tremens*, à notre délire nerveux. Il y avait une classe de maladies, les catarrhes, dans laquelle Asclépiade ordonnait aux malades de prendre du vin en plus grande quantité que d'habitude. Il y a à réfléchir sur tous ces détails de la pratique d'Asclépiade, qu'il faut juger en se reportant à l'époque où il a vécu.

L'eau, à toutes les températures et sous toutes les formes, en lotions, affusions, bains, douches, etc., était employée par Asclépiade dans le traitement d'une foule de maladies. C'est par l'eau froide appliquée sur la peau, sous forme de lotions, d'affusions, de douches, de bains prolongés, qu'il traitait et guérissait les plus rebelles des maladies, les névroses. C'est par l'usage des bains froids que Musa, élève d'Asclépiade, guérit l'empereur Auguste d'une maladie contre laquelle avaient échoué tous les efforts des médecins. D'affranchi, il devint chevalier ; l'empereur reconnaissant le combla de richesses et voulut que sa statue fût placée dans le temple d'Esculape.

Asclépiade agissait aussi sur la peau par les frictions, les onctions; par de larges cataplasmes; il rubéfiait la plaie avec la farine de moutarde, préconisait les frictions sèches, aromatiques, contre les hydropisies. Pendant qu'il faisait frictionner les hydropiques, il leur recommandait, on ne sait trop pourquoi, d'exécuter de profondes inspirations. Les frictions, d'abord vives, devaient être de plus en plus modérées, de manière à ne plus consister, en définitive, qu'en de simples onctions ou *passes* sur la peau. Il faisait ensuite tous ses efforts pour procurer aux malades un sommeil doux et agréable.

Asclépiade avait écrit un livre intéressant sur la *gestation*, nom qu'il donnait à un ensemble d'exercices passifs auxquels il attribuait une grande importance dans le traitement des maladies aiguës, et surtout des maladies chroniques. Dans cet ouvrage, analysé par Galien, il décrivait avec soin les effets des divers exercices passifs, en litière, en carosse, sur de simples chaises, sur des lits suspendus en forme de *hamacs.* Il prescrivait aux malades l'exercice de la balançoire, celui de la navigation tantôt sur mer, au large, près des côtes, dans les ports, tantôt sur les fleuves, les rivières, etc. L'exercice terminé, un bon lit recevait le malade ; on cherchait par tous les moyens possibles d'amener chez lui une détente générale de l'économie, de procurer le sommeil, et on lui accordait libéralement les boissons qu'on lui avait strictement refusées pendant toute la durée de l'exercice.

Dans certaines maladies chroniques, Asclépiade employait tous les moyens en son pouvoir d'égayer les malades, de les faire rire ; d'autres fois, il les occupait à déclamer, à chanter, à jouer des instrumens de musique ; enfin, ils'étudiait à procurer aux malades les sensations les plus agréables et les plus variées.

Il existe plus d'un rapport entre cette pratique étrange, bizarre, d'Asclépiade et celle d'un praticien célèbre de nos jours, enlevé depuis peu à la médecine, en un mot, de M. Récamier. A l'exemple d'Asclépiade, cet illustre maître était ingénieux à inventer une foule de petits moyens, de petits procédés bizarres en apparence, mais qui avaient en définitive pour résultat d'influencer favorablement le système nerveux de ses malades, de relever leur moral et de procurer à ce grand praticien d'éclatans succès là où bien d'autres médecins n'avaient éprouvé que de tristes échecs.

Asclépiade n'était pas seulement médecin, il était aussi chirurgien et opérateur des plus hardis. C'est lui qui, au dire de Cœlius Aurelianus, a proposé, sinon pratiqué le premier la *trachéotomie!* Nouveau trait de ressemblance entre Asclépiade et M. Récamier. qui, bien qu'étant essentiellement médecin, prenait quelquefois en main les instrumens de la chirurgie, et pratiquait des opérations étonnantes par leur hardiesse.

Tel fut Asclépiade, homme extraordinaire, d'une intelligence supérieure, plein de hardiesse dans les doctrines comme dans la pratique, nature ardente, fougueuse, homme de génie qui a remué bien des idées, ébranlé bien des doctrines, et qui, s'il ne mérite pas, au point de vue moral, une grande considération, n'en occupe pas moins un rang éminent et juste dans l'histoire de la médecine.

(*La suite du cours prochainement.*)

Un concours pour l'admission à quarante emplois de médecin aide-major, et quinze emplois de pharmacien aide-major à l'Ecole impériale et spéciale de médecine et de pharmacie militaire à Paris est annoncé par le *Moniteur*.

L'ouverture de ces épreuves est fixée comme il suit : à Strasbourg, le 10 septembre prochain; à Montpellier, le 25 septembre prochain; à Paris, le 10 octobre prochain.

une seule nourice, il a trouvé quelques corps granuleux. Mais il n'indique pas, dans ce cas, l'âge du lait. Ailleurs (*Conseils aux mères*, p. 121), il déclare : « Qu'il ne saurait rien préciser sur l'influence » exercée par le retour des règles. »

M. Raciborski a adressé à l'Académie de médecine quelques notes sur l'examen microscopique du lait pendant les règles.

L'Académie n'a fait aucun rapport sur ce travail.

Lhéritier (page 635) s'exprime ainsi : « A chaque époque menstruelle, » ce liquide devient plus séreux, les enfans pâlissent, sont tourmentés » de coliques, etc. D'une manière générale, les bonnes nourrices ne » sont jamais réglées. »

M. Bouchut (1re édit., p. 30), à propos de cette influence, se borne à dire qu'on a remarqué que le lait était plus *séreux* et *moins abondant*. Et ailleurs (p. 33) : « La plupart des nourrices ne paraissent pas en » souffrir. »

M. Chailly (*Traité d'accouchement*, p. 774) pose en règle que la nourrice ne doit pas être menstruée, car alors il y a un *malaise* qui influence le lait *d'une certaine manière;* l'enfant éprouve des coliques, etc.

Enfin, M. Natalis Guillot (*Union médicale*, 5 février 1852) s'exprime ainsi : « Généralement, si le médecin savait à l'avance que la mens- » truation n'est pas interrompue chez une nourrice, je crois qu'il la » refuserait. Néanmoins, quoique je partage cette manière de voir, je » dois dire que j'ai vu et que je vois dans les salles des nourrices parfai- » tement réglées. Et il ne m'est pas démontré que l'apparition de cette » position entraîne tous les dangers qu'il est permis de redouter en » pareil cas.

» Le lait *diminue* pendant l'époque menstruelle. L'enfant, moins bien » nourri, peut souffrir; mais je n'ai pas vu qu'il en survînt de sérieux » accidens; sur les vingt-cinq nourrices placées à l'hôpital des Enfans- » Trouvés, j'en ai vu quelquefois plusieurs qui étaient réglées en même » temps, et malgré cette circonstance si redoutée, dissimulée par les » nourrices autant qu'elle le peuvent faire, les enfans qui étaient entre » leurs mains ne paraissaient pas souffrir. »

Tel était l'état de la question. Ces opinions très anciennes ont donné lieu au préjugé funeste qui fait que, dans le monde, on s'empresse de congédier une nourrice dès qu'on découvre qu'elle a ses règles. Et de là la difficulté de pouvoir observer et analyser du lait recueilli dans ces circonstances. La persévérance nous a fourni l'occasion de découvrir certains cas de cette nature. Mais il nous a fallu, sauf quelques observations isolées, beaucoup de soins pour acquérir la certitude du fait que nous tenions à signaler. Sur 89 observations à l'état normal, nous n'avons rencontré que 10 cas de retour des règles; et dans 3 seulement seulement nous avons pu nous procurer le lait *avant* et *pendant* la menstruation.

La difficulté, surtout chez les nourrices appartenant aux différens bureaux, de s'assurer du retour des règles, par la crainte qu'elles ont que cet état ne s'oppose à leur placement, fait que nous ne donnons ici les chiffres proportionnels des conditions de *suspension* et de *retour* des règles que sous les plus grandes réserves. Notre conviction est que ce fait est bien moins rare qu'on le pense; s'il nous était permis d'émettre une opinion à ce sujet, nous dirions que, d'après nos observations, les règles reparaissent souvent chez les nourrices au quatrième ou cinquième mois, mais le plus souvent vers le neuvième et le dixième. D'où il résulte que beaucoup d'enfans nourris jusqu'à douze et quatorze mois se trouvent soumis à l'influence de la menstruation pendant un certain temps. Sans nier tous les faits qui ont attribué au retour et surtout à la présence des règles une influence fâcheuse, nous persisterons, jusqu'à preuve convenable du contraire, à penser que cette condition, dans la grande généralité des cas, n'exerce pas une action mauvaise sur la santé des nourrissons. C'est ce qui résulte de l'analyse des trois cas que nous avons sévèrement recueillis, les enfans ont toujours été bien portans.

Quant à la composition chimique du lait, on a vu que les auteurs étaient complètement muets à ce sujet, ou que les idées émises ne s'appuyaient sur aucune analyse spéciale.

Sur 89 cas, nous en avons trouvé 79 avec la suspension des règles, 10 avec le retour; 3 ont été étudiés, ainsi que nous l'avons dit plus haut, pendant la présence même du flux menstruel. Nous avons dressé trois tableaux qui donnent la composition du lait dans chacune de ces conditons isolées.

En voici le résumé :

	Suspension des règles.	Retour ou coexistence des règles.	Présence spéciale des règles.	État normat.
Densité.	1032.24	1031.94	1031.48	1032.67
Poids de l'eau.	889.51	886.44	881.42	889.08
— des parties solides.	110.49	113.56	118.58	110.92
— du sucre.	43.88	41.68	40.49	43.64
— du caséum et des matières extract..	38.69	43.58	47.49	39.24
— du beurre.	26.54	26.98	29.15	26.66
— des sels par incinération.	1.38	1.32	1.45	1.38

Un fait bien remarquable ressort de son étude : c'est la régularité comparative des modifications, soit en plus, soit en moins, dans les conditions spéciales.

Ainsi la *densité*, étant à quelques centièmes près, normale dans le cas de *suspension*, descend progressivement avec le retour et la présence des règles.

Le *poids de l'eau* diminue d'une manière plus marquée, mais aussi régulière, en allant de la *suspension* au *retour* et à la *présence* des menstrues.

Le *poids des parties solides augmente* en sens inverse, et c'est là un fait qui mérite l'attention, car il est opposé à l'opinion émise par M. Bouchut et tant d'autres auteurs.

Le *sucre* diminue progressivement.

Le *caséum* augmente d'une *manière notable.*

Le *beurre* augmente aussi, mais dans des proportion plus limitées.

Et les *sels,* diminués de quelques centièmes dans les cas de *retour,* s'élèvent aussi un peu dans le cas de la *présence* spéciale.

En résumé, les cas de *suspension*, qui sont huit fois plus nombreux que ceux où la coexistence ou bien le retour des règles a été noté, donnent pour moyenne des chiffres dont les unités sont toutes les unités produites par les moyennes de l'état physiologique.

Les cas de coexistence, ou de retour, donnent un abaissement pour la *densité,* le *poids de l'eau* et le *sucre*; une élévation pour le *poids des parties solides* et pour la *caséine.* Les unités qui représentent le *beurre* et *les sels* restent comme à l'état normal.

Les cas coexistant avec la présence même des règles demandent une étude plus approfondie. C'est au lait administré dans cette condition qu'on a attribué les plus mauvaises qualités et les plus funestes effets.

Nous donnons ici les chiffres de la composition du lait à l'état normal ou hors des règles, et pendant les règles, chez les trois femmes où nous avons pu le recueillir dans cette circonstance.

	N° 1.		N° 2.		N° 3.	
	Hors les règles.	Pendant les règles.	Hors les règles.	Pendant les règles.	Hors les règles.	Pendant les règles.
Densité	1031.30	1030.33	1032.15	1031.27	1032.54	1030.20
Poids de l'eau.	886.35	855 68	888 55	857.21	887.00	904.00
— des parties solides.	113.65	144.32	111.45	142.79	113.00	96 00
— du sucre.	54.80	35.49	39.60	47.46	44.66	44.57
— du caséum et des matières extract.	35.42	40.01	41.10	42.19	41.92	39.76
— du beurre	21.93	67.74	29.45	52.07	24.73	10.67
— des sels par incinération	1.44	1.50	1.30	1.07	1.69	1.00

Il ressort de l'étude de ces trois séries de tableaux, que chez la même femme, quand on compare la composition du lait avant et pendant les règles, on constate les mêmes différences à peu près (excepté pour le beurre) que quand on prend en masse les femmes ou les nourrices dans les cas de suspension, et qu'on les oppose à celles où la présence des règles a lieu. C'est ce qu'il est facile de voir, en mettant de nouveau en regard ces deux conditions.

	Suspension des règles. (Moyenne.)	Présence spéciale des règles. (Moyenne.)
Densité.	1032.24	1031.58
Poids de l'eau	889.51	881.44
— des parties solides.	110.49	118.56
— du sucre.	43.88	40.49
— du caséum et des matières extractives	38.69	47.49
— du beurre	26.54	29.15
— des sels par incinération.	1.38	1.45

Ainsi donc la composition du lait pendant les règles est modifiée de la manière suivante.

Densité.	diminuée.
Poids de l'eau.	diminué sensiblement.
— des partics solides. .	augmenté notablement.
— du sucre	un peu diminué.
— du caséum	très augmenté.
— du beurre.	augmenté.
— des sels.	augmenté légèrement.

Ces différence sont-elles de nature à causer les accidens graves qui ont été signalés par les auteurs ? Dans quelques circonstances données, sur un enfant dont les voies digestives sont très délicates et très impressionnables, à l'excessive rigueur on pourrait le penser; néanmoins nous sommes d'avis que cela peut seulement rendre le lait d'une digestion plus difficile, donner lieu à quelque dérangement accidentel des fonctions de l'intestin, mais voilà tout. Et, d'ailleurs, on est maintenant prévenu. Pour éviter tout accident, il faut se rappeler en ce moment, ou de donner un peu moins à téter à l'enfant, ou de lui faire boire, pendant les quelques jours que durent les règles, un peu d'eau sucrée, de manière à rendre au lait l'eau et le sucre qu'il tend à perdre sous l'influence de la présence spéciale de la menstruation. En somme, il n'y a alors dans le lait qu'une perversion accidentelle dans les proportions de ses élémens naturels, sans l'introduction ou le développement d'aucun corps particulier dont la nature soit nuisible ou funeste.

Nous avons rencontré, dans la série des nourrices malades, quelques cas de nourrices menstruées, et nous avons pu nous procurer de leur lait avant et pendant les règles. Mais nous n'avons pas voulu confondre ensemble ces résultats; la maladie apportant toujours une différence dans la composition du lait, et nous empêchant alors d'extraire de nos observations ce qui appartient seulement à l'influence de la menstruation. Cependant, et ceci n'est qu'une opinion plus facile à établir pour nous que pour d'autres, si, par la pensée, nous retranchons l'influence connue de la syphilis par exemple, où nous avons trouvé deux cas bien et plusieurs fois observés de ce genre, nous pouvons affirmer que la même influence s'est manifestée, et que les différences de composition du lait, sous l'influence de la présence spéciale des règles, ont encore offert des modifications analogues.

Nous considérons donc comme devant être acquis à la science les résultats chimiques que nous avons développés plus haut.

Pendant les périodes d'allaitement correspondant aux jours menstrués, les enfans ont toujours été très bien portans. L'un d'eux, surtout, a été plus gai que jamais.

M. Vigla demande, après cette lecture, quelques éclaircissements à M. Vernois, et rappelle les causes d'erreurs qui peuvent entacher les résultats des faits relatifs aux nourrices.

M. Roger : J'ai dû, lorsque j'étais attaché à la Direction des nourrices de l'administration des hôpitaux, faire quelques recherches sur le sujet intéressant traité dans l'importante monographie de MM. Becquerel et Vernois.

Et d'abord, il est fort difficile d'obtenir des nourrices des renseignemens vrais sur ce qui a rapport à la menstruation, et principalement à l'époque fixe du retour des règles. L'influence défavorable de ce retour des époques menstruelles étant admise dans le monde et par un grand nombre de médecins comme incontestable, cette influence inquiétant beaucoup les mères qui en exagèrent outre mesure les fâcheux effets, il en résulte que les nourrices dissimulent, du mieux qu'elles peuvent, et le plus longtemps possible, le rétablissement de la menstruation pendant l'allaitement.

A la Direction des nourrices, où les femmes de campagne viennent chercher un nourrisson qu'elles emmènent, quelques-unes disent la vérité qu'elles n'ont aucun intérêt à cacher; puis, en procédant à leur interrogation avec tant soit peu de ruse, en leur présentant, par exemple, le retour des règles comme une chose toute simple, naturelle, qui a dû nécessairement avoir lieu ; en leur demandant non pas si leur sang est revenu, mais *depuis quand*, on obtient quelquefois des renseignemens véridiques.

Dans la pratique civile, les nourrices sont plus défiantes, plus intéressées et conséquemment plus habiles à cacher le retour des époques; mais par une surveillance sévère et de tous les instans, les mères, qui ne s'en font pas faute, arrivent la plupart du temps à surprendre la date de ce retour.

L'impression, le souvenir qui nous reste de nos observations (nous ne les avons pas chiffrées), c'est que la menstruation se rétablit, chez les nourrices, vers le dixième mois, ainsi que l'ont constaté MM. Becquerel et Vernois; la plupart des nourrices se vantent de n'avoir jamais leurs règles tant qu'elles donnent le sein ; mais c'est une prétention qui n'est que fort rarement justifiée, et il est aussi commun de voir les époques menstruelles revenir dès le cinquième ou sixième mois, que de les voir se prolonger vingt mois, deux années et au-delà. La possibilité, sinon la fréquence, de cette prolongation est d'ailleurs incontestable, et, dans certains cas, si la lactation est abondante, elle devient, par une sorte de réciprocité, un obstacle à la réapparition des menstrues. Nous voyons, depuis quelques années, une dame d'environ 25 ans, d'une forte constitution, un peu trop grasse pour son âge, primipare, et qui a conservé son lait depuis trois ans, quoique les moyens ordinaires, sudorifiques, purgatifs, etc., aient été employés pour le faire passer, et *quoiqu'elle n'ait point nourri*; la menstruation, chez elle, ne s'est point rétablie, et elle n'est pas non plus redevenue enceinte.

Maintenant, relativement au *retour prématuré des règles et à son influence sur la quantité ou la qualité du lait*, il faut établir une distinction.

Si la menstruation reparaît facilement, sans douleur, sans que la santé de la nourrice en soit aucunement dérangée, et lorsque son lait est encore jeune, qu'il a moins de douze à quinze mois; si la quantité de sang perdu est médiocre, normale; si l'époque n'a que sa durée habituelle, la lactation n'en sera pas troublée; la quantité du lait ne sera pas diminuée; ce liquide conservera ses caractères extérieurs, et le microscope n'y révèlera aucune modification notable dans le nombre ou dans le volume des globules; de son côté, le nourrisson ne manifestera aucune souffrance, aucun dérangement de la digestion, qui puisse faire supposer que le fluide soit altéré dans sa composition chimique et dans ses propriétés nutritives.

Si, au contraire, les règles reparaissent prématurément abondantes, sous forme de perte, nous avons vu souvent la diminution et même la disparition brusque du lait en être la conséquence. Nous avons vu aussi ce même effet se produire, mais plus lentement, en quelques jours ou quelques semaines, lorsque les menstrues se prolongeaient pendant une huitaine de jours, de manière qu'une quantité assez notable de sang fût perdue. Le lait se tarira bien plus certainement si les menstrues reparaissent à une période avancée de la lactation; le rétablissement de la fonction cataméniale est alors le signal de l'imperfection et de la fin de l'allaitement; la sécrétion lactée diminue, et l'on doit prévoir qu'elle va cesser.

Lorsque la quantité du lait devient ainsi moindre, il est bien rare qu'il présente en même temps les caractères physiques assignés au lait pauvre; c'est tout à fait par exception que nous avons constaté, dans les circonstances précitées, la diminution de densité du lait, sa coloration aqueuse bleuâtre, et, au microscope, la proportion moins considérable et le volume moindre des globules. Quand le retour des époques tarit la sécrétion lactée, ou lorsque toute autre cause pathologique produit le même résultat, le liquide, peu abondant, devient au contraire presque toujours très épais; par sa couleur blanche, par sa densité, par le nombre considérable des globules que le microscope y découvre et par la prédominance des globules de grande dimension, il se rapproche du lait de vache (aucune altération autre que cette trop grande richesse n'est alors appréciable au microscope).

Mais dans les cas où la réapparition des menstrues chez la nourrice est difficile, accompagnée de malaise, de troubles de la digestion, gastrodynie, douleurs lombaires, diarrhée, ou d'autres désordres sympathiques; lorsque les époques se renouvellent avec les mêmes accidens ; lorsqu'elles sont précédées ou suivies, comme il arrive chez plusieurs femmes, de flueurs blanches, dans ces cas, le nourrisson pourra pâtir. Cette souffrance lui vient bien certainement par le fait d'une modification dans l'aliment; et la preuve, c'est qu'elle consiste d'ordinaire en mauvaises digestions (diarrhée, garderobes caséeuses, verdâtres ; développement de gaz dans le tube digestif, coliques, parfois vomituritions, rejet de lait caillé) qui coïncident quelquefois avec de l'agitation des enfans, de l'insomnie, des cris.

L'altération des qualités du lait, sous l'influence d'une menstruation précoce qui est laborieuse et anomale, se suppose donc déjà par les troubles survenant alors simultanément dans la santé de quelques nourrissons. Sans une diminution dans la quantité de la sécrétion, ce ne sont pourtant pas les caractères extérieurs du liquide qui sont notablement changés: le microscope ne sert guère non plus qu'à y découvrir un excès dans le nombre et le volume des globules (MM. Becquerel et Vernois ont trouvé, en effet, le caséum et le beurre très augmentés); mais, d'après les recherches que nos deux confrères viennent de nous communiquer, la chimie peut apprécier des modifications sensibles dans la composition du lait.

En résumé, le retour prématuré des règles et leur rétablissement, nous ont paru avoir, *chez quelques nourrices*, une influence réelle sur la sécrétion lactée, et, par suite, sur le nourrisson.

Cette influence porte : 1° *sur la quantité* du lait qu'elle diminue, si l'écoulement de sang donné par les menstrues est abondant ou prolongé;

2° *Sur la qualité*, comme le démontrent nos observations microscopiques, et surtout les recherches chimiques récentes de MM. Vernois et Becquerel.

Mais cette influence de la menstruation n'étant, le plus souvent, que passagère, et les choses se rétablissant bientôt à l'état normal, le lait reprend vite ses qualités primitives. Si donc la santé de l'enfant en a été troublée, ce trouble n'est également que passager; et c'est ce qui explique pourquoi, dans l'immense majorité des cas, l'action du lait altéré sur le nourrisson passe inaperçue. Comme *conséquence pratique*, il en résulte, à notre avis, que le danger de la réapparition des menstrues pour l'allaitement a été singulièrement exagéré, et qu'il n'y a guère lieu de s'en préoccuper, en dehors des circonstances particulières que nous avons cherché à préciser. Il n'y a pas d'inconvénient, en face de ce retour des règles si redouté des mères, à temporiser, à examiner pendant quelques jours comment la menstruation se comporte; et ensuite le médecin consulté se décidera pour le changement ou la conservation de la nourrice, d'après les effets observés et sur la nourrice elle-même, et sur le nourrisson.

Le secrétaire général, Henri Roger.

COURRIER.

Concours pour l'agrégation en sciences accessoires.— Retardée de deux jours par suite de l'absence de l'un des juges, la séance d'ouverture du concours d'agrégation pour les sciences accessoires (anatomie et chimie) a eu lieu mercredi 8 juin dernier. Le jury se trouve définitivement constitué ainsi qu'il suit : Président, M. Bérard; juges titulaires, MM. Denonvilliers, Malgaigne, Wurtz, Gavarret, Bouchardat, professeurs; MM. Favre et Béclard, agrégés; juges suppléans, MM. Moquin-Tandon et Requin, professeurs; M. Duméril, agrégé. Les concurrens inscrits qui ont répondu à l'appel sont : pour l'anatomie, MM. Fano, Dupré, Segond et Verneuil; pour la chimie, MM. Figuier, Lecomte, Orfila et Brame.

Les séances du concours auront lieu les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

M. Brame, l'un des compétiteurs inscrits pour la chimie, a annoncé, par une lettre adressée au président au moment de la remise de la question écrite, qu'il se retirait du concours.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltbste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 71. SEPTIÈME ANNÉE. Jeudi 16 Juin 1853.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT. Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS: Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue St-Georges, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 15 JUIN 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

QUESTION DE LA SURDI-MUTITÉ.

La journée a été chaude. Bien rarement avons-nous vu une séance académique aussi agitée. Les partisans du prétendu progrès, c'est-à-dire MM. Bouvier et Jules Guérin, ont vaillamment combattu; mais la fortune a trahi leur courage. Abandonnés par la commission elle-même, ils ont succombé sous les votes significatifs et à peu près unanimes de l'Académie. Ainsi se vérifient nos prévisions. Dès le début de cette discussion, nous avons compris que l'Académie n'adopterait pas les conclusions de la commission telles qu'elle les avait formulées. A plus forte raison devait-elle rejeter les amendemens qui tendaient à l'engager plus avant dans la voie où elle ne veut entrer qu'avec réserve et prudence. C'est ce qu'elle a manifestement montré hier pendant une des plus orageuses séances dont nous ayons gardé le souvenir.

On se souvient que la dernière séance avait été close par le renvoi des conclusions proposées par M. Malgaigne à la commission, et dont M. le rapporteur seul avait eu connaissance. Dans l'intervalle des deux séances, la commission, à laquelle s'était adjoint M. Malgaigne, est parvenue à s'entendre et à arrêter une formule de conclusions qu'elle est venue soumettre hier à l'assemblée. La compagnie avait déjà adopté, mardi dernier, une première conclusion bien peu compromettante, assurément, et dont la signification n'était autre chose que celle-ci : Parmi les sourds-muets, il en est de complètement sourds, il en est d'autres qui ont conservé la faculté d'entendre des sons plus ou moins intenses, et, de ces derniers, il en est dont l'état peut être susceptible d'amélioration, la guérison complète étant encore un problème. Rien là qui puisse ne pas être accepté par toutes les opinions les yeux fermés. Aussi cette première conclusion passa-t-elle sans encombre.

Hier, il s'est agi de discuter et de voter les autres conclusions. Une longue séance a suffi à peine pour en voter deux, et ce ne sont ni les plus importantes, ni les plus controversables. Et cependant, elles ont excité une telle animation, que si ce qui reste à examiner élevait encore la température de la discussion, nous ne savons en vérité jusqu'où pourraient aller des têtes ainsi échauffées.

Il fallait d'abord s'entendre sur la réponse à faire à la fameuse question du ministre : Les sourds-muets peuvent-ils acquérir quelque *notion du son* par les nerfs de la sensibilité générale?

La commission Piorry-Malgaigne avait formulé, par une réponse nette et catégorique, les idées si heureusement exprimées par M. Bérard sur ce sujet, et disait, en définitive : Non, on ne peut entendre que par les oreilles.

Cette réponse si orthodoxe à une question si hérétique n'a pas été du goût de M. Bouvier. Il l'a longuement, très longuement attaquée d'abord comme inutile, puisque, selon lui, elle ne répond pas au sens véritable de la question du ministre, ensuite comme entachée d'erreur si elle veut dire que les sourds-muets ne peuvent pas tirer parti de l'ébranlement produit sur leur corps par les ondes sonores. Dirigée surtout contre M. Bérard, cette oraison, que nous n'analysons pas, a eu le tort de vouloir prouver, avec un luxe de développemens et de citations inutiles, ce que personne ne conteste; à savoir : que les sourds peuvent percevoir les vibrations de l'air produites par les bruits; les bruits, le son n'étant eux-mêmes que des vibrations de l'air. Pour prouver que les sourds peuvent tirer parti de cette sensation, M. Bouvier a lu un long fragment d'un ouvrage d'un auteur allemand dont le nom nous échappe et que nous avouons ne pas plus connaître que M. Bouvier ne le connaissait avant qu'il ne lui eût été communiqué par M. J.-B. Baillière, qui n'est pas seulement un heureux et habile libraire, mais encore un bibliophile éclairé. Ce passage, d'ailleurs, nous paraît empreint d'exagération et de crédulité. Il faut être à bout d'argumens pour s'étayer de l'opinion d'un auteur qui admet sans sourciller qu'un sourd peut entendre un homme qui parle en appliquant l'oreille sur son épaule. Nous ne pensons pas que de pareils exemples soient propres à opérer beaucoup de conversions à la méthode *musicale* que M. Bouvier surtout a prise sous son patronage. L'orateur a fait de fréquentes et souvent de peu heureuses excursions dans le domaine des insinuations. Mais nous le louerons sans réserve de sa courageuse protestation en faveur du concours, et comme lui nous regrettons que les places de médecin de l'institution des Sourds-Muets ne soient pas données au concours, comme celles des autres services médicaux de l'assistance publique.

M. Jules Guérin est venu combattre à son tour la conclusion proposée comme insuffisante et incomplète. Il a proposé une nouvelle rédaction, qui lui semblait, disait-il, devoir concilier les exigences de la science avec les égards et la justice dus au savant, mais qui, sous une forme séduisante, engageait l'Académie bien plus avant que la conclusion de la commission.

Appelé à la tribune par les deux précédens orateurs, M. Bérard a voulu montrer son talent souple et facile sous une forme nouvelle. La polémique offre rarement rien de plus pénétrant, de plus incisif que cette dernière allocution du savant professeur. Railleur envers ses deux adversaires, inexorable envers l'auteur du programme ministériel, qu'il a accablé sous le poids de citations nombreuses, tous démontrant que M. Bérard a eu raison d'entraîner l'Académie à réagir contre une hérésie physiologique formelle, l'orateur a complètement justifié la commission de sa conclusion nécessaire, indispensable, à moins d'admettre que l'auteur de la question n'a voulu rien dire, si ce n'est une de ces vérités à la mode de ce personnage que les convenances académiques empêchent de nommer. Après une dissertation élégante et pressante sur le son, la notion du son, les définitions physiques et physiologiques des phénomènes acoustiques, M. Bérard entrant plus profondément dans le cœur de la question, de la véritable question, qui est celle de savoir si un progrès quelconque a été réalisé dans ces dernières années, soit dans le traitement médical de la surdi-mutité, soit dans les méthodes d'enseignement, l'orateur a montré trop clairement qu'on se fait de grandes illusions sur ce point, et que la mission de l'Académie est précisément de les dissiper. Là, en effet, est toute la question. Où est le progrès? Les hommes les plus compétens le nient. Ils ne le reconnaissent ni dans le principe de la méthode prétendue nouvelle, ni dans ses applications. Il est vraiment fâcheux que M. Bérard n'ait pas poussé plus avant dans cette argumentation. Mais l'occasion s'en représentera sans doute dans la discussion des conclusions suivantes.

M. Guérin, M. Bouvier voulaient répondre à M. Bérard. Mais les cris : *Aux voix!* partis de tous côtés témoignaient visiblement que l'opinion de l'Académie était arrêtée. La ténacité des deux dissidens a fait faire explosion à l'orage. Les cris, les interpellations, les apostrophes s'entrecroisaient et produi-

Feuilleton.

ÉTUDE HISTORIQUE SUR LES PRINCIPAUX ÉTABLISSEMENS THERMAUX DES PYRÉNÉES [1],

Par le docteur E. LAMBRON,

Médecin des épidémies pour l'arrondissement de Châteauroux.

§ II. DÉPARTEMENT DES HAUTES-PYRÉNÉES.

1° Cauterets.

Les bains de Cauterets sont des plus anciennement connus parmi les thermes Pyrénéens. On trouve, en effet, des ruines romaines sur la fontaine de César, qui, suivant la tradition du pays, devrait ce nom à l'honneur d'avoir guéri d'une maladie grave ce grand conquérant.

Cauterets fut longtemps un tout petit hameau élevé autour de cette fontaine, sur le flanc de la montagne Perrante, d'où sortaient quelques autres sources formant ensemble aujourd'hui le groupe de l'Est. L'une d'entre elles fut appelée *Source des Espagnols*, en souvenir de la guérison qu'elle procura à Abarca, premier roi d'Aragon, atteint d'une maladie dangereuse. Cette dénomination lui fut toujours conservée, par suite de la préférence que ne cessèrent de lui donner les nombreux malades qui, chaque année, s'y rendent d'Espagne. Une autre, appelée aujourd'hui source Bruzand, avait reçu de Marguerite de Navarre le nom poétique de *Fontaine d'Amour*, en raison de sa réputation contre la stérilité. Ces sources firent longtemps partie du patrimoine des comtes de Bigorre, jusqu'à ce que Raymond, l'un d'eux, les donnât en 943 aux moines de l'abbaye de Saint-Savin, à la charge d'y construire une église à Saint-Martin, et, pour les malades, des logemens qui ont porté longtemps le nom de *Cabanes des Pères*. Ceux-ci, en 1520, vendirent la source la plus fréquentée alors, la Fontaine d'Amour, à M. Duprat Cauarie. Mais lorsqu'on eut découvert les sources du Midi, et surtout la Raillère (en 1630), qui sort au milieu d'éboulemens descendus du mont Peguère; des maisons nouvelles furent alors bâties entre ces deux groupes de sources, à 400 pieds plus bas au fond de la vallée, sur la rive gauche du gave. Telle est l'origine de Cauterets, qui forme aujourd'hui un gros bourg, disons mieux, une petite ville de 900 à 1,000 habitans.

Du temps de Bordeu, vers le milieu du siècle dernier, les sources n'étaient encore couvertes que de mauvaises cabanes. L'établissement que le duc de Richelieu, gouverneur de la Guyenne, si fameux par ses galanteries, avait fait élever sur la Raillère, ne consistait qu'en une espèce de hangar, abritant quelques baignoires en bois, et une buvette. Le bel établissement actuel de cette source ne fut construit qu'en 1805 sur les ruines des *Bains-Richelieu*, qu'un incendie avait complètement détruits. La Fontaine d'Amour avait beaucoup perdu de sa renommée; M. Bruzand, son nouveau propriétaire, parvint à lui rendre, en amenant la source, au moyen de conduits souterrains, du flanc de la montagne, dans un joli petit établissement, bâti en 1798 et 1799 dans Cauterets même. Ce succès, et le nombre toujours croissant des baigneurs, engagèrent plusieurs particuliers à tirer également profit des sources qu'ils possédaient. On vit alors s'élever successivement les établissemens de Pacize, de Rieumisette, du Pré et de St-Sauveur. La commune fit construire le petit établissement du Bois avec ses deux piscines; et, en 1843, après un essai de plusieurs années dans un établissement provisoire en planches, elle exécuta ce qu'avaient conseillé M. Orfila et Bordeu un siècle avant lui. Elle fit descendre de la montagne, à l'aide de 300 mètres de conduits qui pourraient être mieux disposés, les sources des Espagnols dans une construction monumentale élevée au milieu de la ville. Cette dépense, dont je ne connais pas le chiffre, a dû s'élever au moins à 100,000 francs. Les seules sources non pourvues d'établissemens, sont Mahourat et Bayard, simples buvettes, et celle des œufs, souvent perdue au milieu des eaux furieuses du gave de Marcadavii. La source de César, au milieu de ses ruines, ne sert que comme buvette, et pour le remplissage des bouteilles destinées à l'exportation.

Les thermes les plus beaux, les plus confortables, les mieux disposés : les Espagnols, la Raillière, le Bois, appartiennent à la commune de Saint-Savin, qui, depuis la révolution, a succédé aux moines de son abbaye; les autres, propriétés particulières, les deux Pauze, Bruzand, Rieumissette, le Pré, le petit Saint-Sauveur, laissent beaucoup à désirer. C'est d'ailleurs une remarque facile à faire généralement dans les Pyrénées, que les établissemens thermaux qui n'appartiennent pas aux vallées ou à des compagnies, sont dans un état peu convenable, et souvent loin d'être en rapport avec la valeur médicale des sources. Les particuliers qui, pour la plupart, vivent avec le produit annuel de leurs sources, ne peuvent faire l'avance d'une mise de fonds aussi considérable que celle nécessaire à donner à l'établissement thermal l'importance qu'il mérite, tout en sentant bien que ce serait là le meilleur moyen d'accroître leur fortune; aussi a-t-on plusieurs fois agité sérieusement la question de les en déposséder pour cause d'utilité publique.

L'antique réputation et le mérite bien fondé des bains de Cauterets y attirent chaque année beaucoup de baigneurs. Ces eaux et celles des Pyrénées-Orientales sont celles que préfèrent les Espagnols; ils s'y rendent en très grand nombre. Le chiffre annuel des baigneurs s'élève à plus de 4,500, et celui de l'argent apporté dans le pays dépasse 1,200,000 fr. Nous n'avons pas de données assez certaines pour dire combien ajoute encore à cette somme la vente des bouteilles remplies par la source César.

2° Saint-Sauveur.

Saint-Sauveur n'a pas l'importance des bains qui précèdent, malgré l'immense faveur dont il a joui pendant plus de vingt ans. La connaissance de ces sources ne remonte pas également très loin; Bordeu n'en parle pas, d'où l'on est en droit de conclure qu'elles n'étaient pas encore utilisées il y a moins d'un siècle. Un évêque de Tarbes, exilé à Luz, s'il ne les a pas découvertes dans l'acception du mot, a du moins l'honneur de les avoir signalées à ses concitoyens, en faisant élever sur le lieu même de ces sources une petite chapelle et de les avoir dénom-

(1) Voir le numéro du 9 Juin 1853.

saient un tel tumulte, que les nombreux sourds-muets qui assistaient aux séances en étaient sensiblement impressionnés. Ajoutez à cela l'inexpérience patente du respectable vice-président, M. Nacquard, qui remplaçait M. Bérard au fauteuil. Évidemment, ce vénérable confrère s'est chargé d'un fardeau au-dessus de ses forces. Enfin, dans une éclaircie de silence, on a pu faire comprendre au président qu'il fallait d'abord faire voter sur les deux amendemens de MM. Guérin et Bouvier. Mais au moment du vote, M. Malgaigne demande si ces amendemens sont appuyés, et personne ne répond. Par cela même les amendemens sont rejetés, et la conclusion de la commission, mise aux voix, et adoptée à l'unanimité, car à la contre-épreuve, personne n'a levé les mains.

La troisième conclusion n'a pas été plus facile à aboutir. Si nous l'avons bien comprise, elle signifie que la méthode de faire lire sur les lèvres n'est rien moins que nouvelle, qu'elle fait le fond de la méthode allemande, et qu'elle est mise en usage dans diverses institutions particulières de Paris. Nous laissons à M. Cazeaux la responsabilité de l'interprétation qu'il a donnée à cette formule, interprétation sur laquelle l'Académie n'a dit ni oui ni non. M. le ministre sera libre de prendre cette conclusion dans le sens qui lui conviendra. Malgré les oppositions persistantes de MM. Guérin et Bouvier, l'Académie a voté avec le même ensemble la troisième conclusion.

L'amoindrissement considérable que l'Académie a fait subir aux conclusions primitives de la commission, l'unanimité avec laquelle elle vote les conclusions nouvelles, tout cela prouve, ce que nous avons si souvent eu occasion d'exprimer, que l'Académie n'est pas aussi bien convaincue que paraissaient l'être MM. Guérin et Bouvier de l'excellence de la méthode qu'ils préconisent. Est-ce à dire que l'Académie refuse de voir, de suivre et d'encourager le progrès? Non, cette accusation serait injuste. Seulement, pour l'Académie, comme pour nous, qui croyons être en cette circonstance un écho fidèle de l'opinion publique, ce progrès est si peu démontré, qu'il serait imprudent de porter atteinte à d'autres méthodes qui ont fait leurs preuves, et dont les résultats sont connus.

Car, il n'y a pas d'alternative : si M. Blanchet a raison, l'institution impériale de Paris a tort. Eh bien! franchement, qui oserait poser la question en ces termes, et surtout la résoudre? Non, l'Académie fait la seule chose qu'elle puisse faire, elle ne ferme pas la porte au progrès, elle entrevoit plus qu'elle ne le déclare qu'il y a quelque progrès possible; mais elle ne veut pas jeter inconsidérément un blâme contre une institution respectable et des hommes voués à un enseignement aussi difficile que pénible.

Écoutez un de ces hommes! Hier, en sortant de la séance, je fus abordé par un sourd-muet qui, dans son langage naturel, fort expressif et que je n'eus aucune peine à comprendre, me fit l'honneur de me remercier de l'article que j'avais publié le matin. Il fit plus, il me remit la note suivante, que je m'empresse de publier, et qui me paraît, dans sa rédaction concise et pleine d'idées, résumer admirablement la question qui s'agite :

« Je ne suis pas de ceux qui repoussent l'articulation du » programme de l'instruction d'un sourd-muet. Je voudrais » qu'on l'essayât sur tous les sourds-muets sans exception. » Seulement, on ne fera cet essai sur les sourds-muets de » naissance ou sur ceux qui, à leur arrivée à l'école, ne savent » pas épeler une syllabe ou prononcer un mot, on ne fera, » dis-je, cet essai sur eux qu'après deux ans au moins de » leur séjour à l'école. Car leur intelligence aura alors été » formée et ils se plieront avec moins de difficulté aux leçons » qu'on s'efforcera de leur donner. Maintenant, pour que l'en- » seignement de la parole ait de réels succès, que faut-il » faire? La réponse sera bien simple. Il faut tout bonnement » apprendre à écrire aux élèves. N'avez-vous donc pas remar- » qué que les sourds-muets qui parlent le mieux avec vous, » qui vous lisent le mieux aux mouvemens de vos lèvres, sont » précisément ceux qui sont des plus instruits. Ils s'exprime- » ront toujours de la même manière, soit par écrit, soit par la » parole. Comme les élèves ignorans, qui, quoique sachant par- » ler, ne pourront jamais s'exprimer par la parole parce qu'ils » n'ont pas appris à s'exprimer par écrit, ils se bornent à ap- » peler de vive voix les choses par leurs noms. C'est un point qui » me semble être échappé à tout le monde. Récapitulons. » Pour qu'un sourd-muet soit en état de faire usage de la » parole dans le monde, si toutefois les organes de sa voix le » lui permettent, il faut qu'il soit en état de s'exprimer par » écrit. Et pour qu'il soit en état de s'exprimer par écrit, il » faut qu'il ait étudié; et pour qu'il étudie avec fruit, avec » facilité, il faut avoir recours au langage que la nature lui a » donné, dès son enfance, comme moyen de comprendre et de » se faire comprendre; ce langage, c'est la mimique. »

Ces quelques lignes, pour lesquelles le lecteur partagera, je l'espère, le plaisir qu'elles m'ont fait à moi-même, sont écrites par M. Pélissier, professeur sourd-muet à l'institution impériale de Paris.

Est-ce là de la routine et de l'opposition systématique?

Amédée Latour.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. Valleix.

Relation de l'épidémie de fièvre typhoïde actuelle, et résultats comparatifs du traitement par la saignée initiale et l'eau froide, *intùs* et *extùs*.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 4, 7, 11 et 14 Juin.)

TRAITEMENT PAR LES SAIGNÉES INITIALES ET L'EAU FROIDE *intùs* ET *extùs*.

Le traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide n'est pas nouveau. On peut voir dans les ouvrages de MM. Soutetten, Schedel, etc., etc., qu'il a été employé assez fréquemment. Mais comme, d'une part, les faits rapportés n'étaient pas très concluans, et de l'autre, la saignée initiale n'avait pas été mise en pratique, c'est le traitement de M. Leroy de Béthune que nous avons suivi.

M. Leroy commença à traiter la fièvre typhoïde uniquement par les saignées et l'eau froide, en 1848, et il publia le résultat de ses recherches dans l'Union Médicale, nos d'octobre et novembre 1852. Avant cette époque, il n'employait pas ce traitement d'une manière exclusive. Il administrait au début les vomitifs et les purgatifs, puis il employait les émissions sanguines, et dans quelques cas seulement l'eau froide.

Ce fut en 1848 qu'il commença à saigner au début de la maladie, et à employer ensuite l'eau froide à l'intérieur et à l'extérieur d'une manière continue. La saignée avait pour but de s'opposer aux congestions; le malade était ensuite enveloppé de linges mouillés qu'on avait soin d'humecter fréquemment. Pour boisson, on donnait uniquement de l'eau froide, et l'eau froide servait également seule pour les lavemens.

Voici quel fut le résultat de ce traitement :

Il y eut en 1848	2 morts sur	61	malades.
en 1849	0 mort sur	22	
en 1850	3 morts sur	16	
en 1851	1 mort sur	27	
Total.	6 morts sur	126	

Si nous comparons ces résultats à ceux qu'a obtenus M. Delarroque, de l'emploi des évacuans, et qui ont été publiés par M. Beau, nous voyons qu'ils sont infiniment préférables à ceux-ci, puisque, avec cette dernière manière d'agir, on avait eu une mortalité d'un dixième.

Rien ne pouvait donc nous engager davantage à employer le traitement de M. Leroy, que de semblables succès qui dépassaient à un si haut point tout ce qu'on avait obtenu de plus favorable jusqu'à ce jour. Toutefois, nous devons noter que, dans un certain nombre de cas, la maladie, enrayée dès le début, n'avait pas offert les symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde, de sorte qu'il est permis de concevoir quelques doutes sur la nature de la maladie.

D'un autre côté, M. Armitage (1) a employé l'eau froide. Mais comme il n'a opéré que sur 12 malades, dont 2 sont morts, qu'il n'a pas employé de saignées, et qu'il a eu recours aux bains de siége, aux irrigations, nous n'indiquons ce fait que pour mémoire.

Pour nous, voici comment nous avons appliqué cette nouvelle méthode de traitement :

Nous avons fait en général une ou deux saignées de 350 à 400 grammes au début, une fois nous avons mis des sangsues à l'épigastre; une fois, dans un cas de pneumonie, nous avons prescrit des sangsues et des ventouses scarifiées.

Des compresses mouillées étaient appliquées sur l'abdomen; des lotions froides étaient faites sur tout le corps, avec une éponge mouillée, cinq à six fois dans les vingt-quatre heures; les malades n'avaient d'autre boisson que de l'eau froide, et prenaient deux à trois lavemens froids.

État du sang. — Le sang n'a pas été examiné dans tous les cas. Sur 11 cas, nous avons trouvé 3 fois une couenne peu épaisse; 8 fois la couenne a manqué; dans les 11 cas, le caillot était séparé du sérum.

Dans 8 cas, il était de consistance moyenne; dans 1 cas, il était diffluent.

Dans le cours de l'épidémie, la couenne nous a paru assez fréquente ; le caillot était le plus souvent ferme et n'a présenté de diffluence que dans des cas fort rares.

Examinons maintenant quel a été l'effet du traitement sur les différens symptômes.

1° *Symptômes nerveux, notés dans 21 cas :*

Ils ont augmenté 9 fois;
Augmenté, puis diminué, 2 fois;
Diminué graduellement, 5 fois;
Diminué, puis augmenté, 2 fois;
Ils ont été stationnaires, puis ont augmenté, 1 fois;
Ils ont été stationnaires, puis ont diminué, 1 fois.

2° *Météorisme :*

Le météorisme a augmenté dans la moitié des cas.

3° *Diarrhée :*

La diarrhée a augmenté 14 fois;
Elle a diminué 2 fois ;
Elle est restée stationnaire 4 fois;
Et a été nulle 1 fois.

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 30 octobre et 15 novembre 1852.

---

mées en gravant sur la façade de ce petit temple cette inscription : « *Vos haurictis aquas de fontibus salvatoris.* » Mais leur réputation vient de l'abbé Bereyna, professeur à la Faculté de droit de Pau, qui, il y a environ soixante-dix ans, fut guéri par leur usage de coliques néphrétiques que les eaux de Barèges avaient empirées. Il publia sa cure dans des termes si laudatifs et qui peignaient si bien sa reconnaissance, que, depuis lors, la célébrité de ces eaux a toujours été croissant. Au commencement de ce siècle, les malades s'y rendaient en grand nombre de tous les départemens voisins, puis leur renommée gagna Paris, et, sous la Restauration, elles eurent une vogue des plus brillantes, grâce au séjour qu'y firent successivement Mme la duchesse d'Angoulême et Mme la duchesse de Berry. A cette époque, de beaux hôtels s'y élevèrent tour à tour, au point qu'on en compte aujourd'hui une vingtaine, et la commune fit couvrir ses eaux d'un charmant petit établissement. Depuis la chûte de la branche aînée, tout ce qu'il y avait de factice dans cette splendeur d'étiquette et de bon ton est tombé avec elle; il ne s'y rend plus que de véritables malades.

Cependant, ces eaux si douces et si calmantes attirent encore chaque année à Saint-Sauveur plus de 500 baigneurs, principalement des enfans et des personnes nerveuses à constitution faible, délicate, impressionnable. La ferme des eaux est de 6,325 fr., plus 900 fr. de frais à la charge du fermier; on évalue à 150,000 fr. l'argent versé dans le pays, et dans ce chiffre je ne fais pas entrer les dépenses des nombreux touristes, qui ne peuvent aller visiter le célèbre et majestueux cirque de Gavarnie sans s'arrêter dans le coquet village de St-Sauveur.

Barèges.

Qui n'a pas entendu parler des eaux de Barèges? Il semble que cet établissement thermal ait retenu pour lui seul toute la célébrité des eaux sulfureuses des Pyrénées; on va même jusqu'à désigner sous ce nom les bains sulfureux *artificiels*; *bains de Barèges*, n'est-ce pas une réclame écrite sur l'enseigne de tous les établissemens de bains de nos grandes villes? D'où vient donc cette renommée générale et presque exclusive? En première ligne sans doute de l'efficacité incontestable de ses eaux, mais aussi de la protection dont les souverains et le gouvernement n'ont cessé d'entourer ces thermes. Le journal consacré à la publication des cures opérées par les eaux sulfureuses des Pyrénées, et que Bordeu intitula : *Journal de Barèges*, ne contribua pas peu non plus à agrandir cette célébrité.

Ces sources furent connues, dit-on, dès le xe siècle; mais situées dans une vallée très élevée, à 1,304 mètres au-dessus de la mer, et d'un accès difficile (on n'y arrivait alors que par le col du Tourmalet, à 2,195 mètres d'élévation), les indigènes seuls en faisaient usage, et presque toujours avec succès. Fagon, médecin de Louis XIV, ayant accompagné à Bagnères-de-Bigorre le jeune duc du Maine, atteint, par suite de convulsions, d'une rétraction musculaire de la jambe, difformité qu'aucun moyen chirurgical n'avait pu guérir, rencontra ces sources dans les excursions botaniques qu'il faisait au milieu des montagnes pour charmer ses loisirs. Séduit par les cures miraculeuses qu'on leur attribuait et par leurs bons effets qu'il constata sur plusieurs baigneurs, il fit part de son observation au roi. D'après ses conseils, Mme de Maintenon, l'année suivante, en 1765, y conduisit son élève chéri. Un succès remarquable couronna cet essai et commença la véritable réputation de ces eaux. Barèges n'était alors qu'un petit hameau composé de quelques barraques annuelles, c'est-à-dire qu'on élevait au commencement de chaque saison et que l'hiver démolissait toujours. Les bains se prenaient en commun dans un bassin taillé dans la pierre, sur le griffon même des sources, et qu'une simple toiture protégeait contre les intempéries de l'air. Ses premières constructions ne vinrent pas cependant de la reconnaissance de Louis XIV, d'ailleurs si grand et si magnifique en toutes choses, mais du cœur de Louis XV, qui, le premier, y envoya, aux frais de l'État, des soldats blessés, et qui, en 1735, donna mission à Polard de construire une route de Tarbes à Barèges. Grâce au talent de cet ingénieur, en 1744, une voiture gravissait lentement, par une pente de 0,084 millimètres par mètre, sur la rive gauche de Bastan, et arrivait pour la première fois à Barèges, au grand contentement des pauvres malades infirmes ou perclus.

Durant la confection de cette route, en 1738, Polard et Chevillard père, fontainiers à Versailles, élevaient un petit établissement thermal pour renfermer les sources de l'entrée du fonds de Polard, les douches et la buvette. En 1775, la source ancienne étant venue tout à coup à tarir, l'inspecteur Dassieu et Chevillard fils, fontainier de Meudon, furent chargés de la retrouver. Le gouvernement fit en outre construire un autre bâtiment pour les sources des Bains-Neufs, de la Chapelle et de Dassieu. En 1777, l'ingénieur Moisset, par ordre du roi, rechercha et retrouva les sources de la Chapelle et de l'entrée qui avaient également disparu; et, vu l'insuffisance des sources pour l'affluence des baigneurs, il bâtit deux piscines, l'une pour les militaires, l'autre pour la bourgeoisie. Il n'y a pas plus de quinze à seize ans que la troisième, celle des pauvres, a été creusée. Cette inconstance des sources vient de la grande mobilité des gisemens de schiste argileux, de calcaire, de feldespath qu'en sortant du granit, elles traversent pour arriver à la lumière. Depuis une vingtaine d'années, la source Jahan s'est perdue de même; mais aussi, à 500 mètres au-dessous de Barèges, est apparue une source nouvelle sur laquelle M. Barzun, pharmacien de Barèges, a fait élever, en 1836, un petit établissement.

Barèges renferme quatre-vingts maisons ou hôtels, que l'industrie privée n'a pas craint de faire élever, quoiqu'ils ne puissent être utilisés que durant la saison des bains, car le reste de l'année le froid est trop rigoureux dans cette haute vallée, pour qu'il soit possible d'y habiter d'une manière permanente.

Le nombre des malades est annuellement d'environ 1,200, plus 400 militaires envoyés aux frais de l'État par l'administration de la guerre. Les soldats sont logés dans les sept maisons spécialement affectées à cet usage, sous le nom d'hôpital; les officiers demeurent dans les maisons particulières, moyennant une indemnité de logement. Nous ne saurions rapporter ici les notabilités princières, scientifiques, militaires, artistiques, financières, qui, depuis le commencement de ce siècle, sont venues prendre les eaux de Barèges.

4° *Pouls :*

Le pouls, qui donnait en moyenne 106 pulsations avant le traitement, en a donné 103 après. Chez un bon nombre de malades, sa fréquence est restée la même ou a augmenté. Les extrêmes ont été 75 et 128 pulsations.

Le traitement a pu être continué jusqu'à la fin chez 11 malades seulement, dont 1 est mort.

On a été contraint de le suspendre 14 fois ; *chez 5 malades*, parce qu'il y avait un refroidissement extrême : ces malades grelotaient, prenaient une teinte violacée et étaient menacés d'asphyxie. Il y avait absence totale de réaction. *Chez 1 malade*, il a fallu renoncer à ce traitement, parce que la diarrhée était devenue d'une abondance extrême. Enfin, *chez 8 malades*, il a fallu également cesser l'emploi de l'eau froide, à cause de l'aggravation considérable de tous les symptômes.

Dans ces divers cas, la mort était imminente lorsque nous avons supprimé le traitement par l'eau froide, et dans presque tous les cas cette suppression a été suivie d'une amélioration notable, qui souvent ne s'est pas soutenue.

La *durée de la maladie*, sous l'influence de ce traitement particulier, a été en moyenne, chez les sujets qui ont succombé, de 27 jours et une fraction ; chez ceux qui ont guéri, de 32 jours moins une fraction.

Accidens :

1 cas de phlébite (mort) ;
1 cas d'érysipèle (mort) ;
1 cas de gastrite secondaire (mort) ;
5 cas d'abcès (pas de mort).

Telle a été la marche des principaux symptômes chez les sujets traités par la saignée initiale et l'eau froide. Comparons-la maintenant à celle de ces mêmes symptômes chez les sujets traités par les vomitifs et les purgatifs.

TRAITEMENT PAR LES VOMITIFS ET LES PURGATIFS.

Il a consisté, en général, dans les premiers jours de la maladie, en vomitifs alternant avec les purgatifs, et répétés deux, trois, quatre, cinq fois et même plus. Les vomitifs employés étaient l'ipécacuanha et le tartre stibié, seuls ou réunis.

Les purgatifs étaient l'eau de Sedlitz, l'huile de ricin, les lavemens laxatifs et purgatifs.

Vers la fin de la maladie, nous donnions un dernier vomitif lorsque la convalescence ne se déclarait pas franchement.

Ce traitement a donné à M. Delaroque une mortalité de 1/10e ; à M. Louis, à M. Barthe, une mortalité un peu moindre.

Voici quels ont été les résultats de ce traitement :

1° *Symptômes nerveux :*

Ils ont augmenté (mort), 1 fois ;
Ils ont augmenté, puis diminué, 3 fois ;
Seulement diminué 15 fois, tandis que dans l'autre traitement ils avaient diminué 5 fois ;
Diminué, puis augmenté, 1 fois ;
Ils sont restés stationnaires, puis ont augmenté, 2 fois ;
Ils ont été stationnaires, puis ont diminué, 4 fois.

Ainsi, excepté dans un cas fort grave, qui s'est terminé par la mort, les symptômes nerveux ont, en général, été favorablement modifiés ; tandis que dans le traitement par la saignée et l'eau froide, le contraire a eu lieu.

2° *Météorisme :*

Il a toujours diminué, excepté dans 1 cas terminé par la mort, dans lequel il a augmenté.

3° *Diarrhée :*

Elle a diminué graduellement 3 fois ;
Elle a augmenté 4 fois ;
Elle a été stationnaire, puis a diminué 14 fois ;
Elle a été nulle 3 fois.

Ici encore le résultat est bien meilleur que par le traitement nouveau.

4° *Pouls :*

Avant le traitement il a eu, en moyenne, une fréquence de 88 pulsations, et pendant le traitement 76.

Les extrêmes ont été 46 et 116 pulsations. Ce dernier cas est un cas de mort.

Ce traitement a été généralement bien supporté.

Durée de la maladie :

Chez ceux qui ont succombé (1 seul mort), 31 jours.
Chez celui qui a guéri, 22 jours et une fraction.
Au lieu de 32 jours par l'autre méthode.

Accidens :

Nous n'avons eu qu'un cas de gangrène de la jambe droite.
Pas d'abcès.

RÉSULTATS GÉNÉRAUX.

Première catégorie. — Ainsi, sur 25 malades *traités par l'eau froide*, nous avons eu 16 cas graves, dont 10 morts, et 9 cas légers, qui ont tous guéri.

Dans aucun de ces cas, le traitement n'a paru arrêter la marche de la maladie ; 11 fois il y a eu une amélioration graduelle, mais lente ; 2 fois seulement la prostration a rapidement diminué.

Plusieurs fois des accidens graves sont venus compliquer la maladie.

Deuxième catégorie. — D'un autre côté, sur 26 malades traités par les vomitifs et les purgatifs, nous n'avons eu, il est vrai, que 7 cas graves, mais parmi ces 7 cas, 1 seul s'est terminé par la mort. Différence qui est bien en faveur de ce dernier traitement, puisque dans les 16 cas comparables traités par la saignée et l'eau froide, il y a eu une mortalité de près des deux tiers.

Sur 19 cas peu graves, il n'en est aucun qui se soit terminé par la mort.

Souvent une amélioration notable a été obtenue dès le commencement du traitement, et 15 fois elle a persisté jusqu'à la fin.

Dans 17 cas la diarrhée est restée stationnaire ou a diminué, malgré l'emploi des purgatifs. Dans 3 cas il n'y a pas eu de diarrhée. Résultat bien remarquable, puisque, *à priori*, on aurait pu croire que les évacuans devaient augmenter ce symptôme.

Nous avons ajouté aux éméto-cathartiques quelques autres médicamens : l'opium dans les cas de délire intense ; les toniques (quinquina), lorsque la prostration était considérable.

CONCLUSION. — Du rapprochement des faits, il résulte que le traitement par les saignées et l'eau froide ne nous a point réussi ; et que, dans la plupart des cas, il a paru avoir au contraire une influence nuisible.

Mais ce qui nous a frappé, c'est moins le nombre considérable des morts qui peut tenir à une simple coïncidence, et être indépendant de la médication, que l'action immédiate du traitement. En effet, rarement il y a eu de l'amélioration dans les symptômes ; le plus souvent, ils se sont aggravés ; et chez les malades qui ont guéri, la maladie a été plus longue que chez ceux que l'on traitait par les évacuans.

Or, quand un traitement est réellement efficace, l'amélioration se fait bientôt sentir, et la durée de la maladie est abrégée. C'est ce qui arrive lorsqu'on emploie des médicamens dont l'efficacité est reconnue, lorsqu'on donne, par exemple, l'iodure de potassium dans la syphilis, l'opium dans la dyssenterie, le tartre stibié dans la pneumonie.

Chez nos malades, nous n'avons rien observé de semblable. Souvent nous avons eu de l'aggravation ; jamais il n'y a eu d'amélioration persistante, et paraissant en rapport avec la médication. En outre, il est survenu des accidens assez nombreux, dont quelques-uns peuvent être rapportés à la médication elle-même.

C'est ce qui nous permet d'arriver à une conclusion sur la valeur de ce traitement, bien que nous n'ayons qu'un petit nombre de faits.

Quant à la mortalité, elle ne saurait, il faut le répéter, avoir d'importance que si elle portait sur un nombre considérable de cas.

Aussi, faisons-nous des vœux pour que les médecins fassent connaître en détail le résultat de leur pratique, et ne se contentent pas d'assertions générales qui ne peuvent en aucune manière faire avancer la science.

Nous avons clos la liste des faits observés au moment où l'épidémie était sur son déclin. Depuis, nous avons eu un certain nombre de cas légers et quelques cas d'une certaine gravité, dont la plupart guérissent par la méthode évacuante.

Comme on le voit, le traitement par la saignée et l'eau froide, loin de présenter un résultat favorable comme dans les cas observés par M. Leroy, de Béthune, a été chez nos malades beaucoup moins avantageux que le traitement par les évacuans, qui, dans la plupart des cas, a paru modifier d'une manière favorable les principaux symptômes de la maladie.

Ajoutons, toutefois, pour être juste, que, dans les grands hôpitaux de Paris, on est toujours moins sûr que ce traitement a été pratiqué avec exactitude, que dans les hôpitaux de province, où le médecin peut en surveiller plus facilement l'exécution ; ce qui motive une fois de plus notre appel à de nouvelles expérimentations.

A. HENRY,
Interne du service.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 Mai. — Présidence de M. DE JUSSIEU.

Nouvelle méthode opératoire du strabisme, par la ligature temporaire.

M. TAVIGNOT envoie un mémoire dont l'objet est d'exposer une nouvelle méthode opératoire du strabisme. Cette nouvelle méthode opératoire repose sur ce principe, qu'au lieu d'allonger un muscle réputé trop court, il faut raccourcir un muscle en réalité trop long.

Au lieu de laisser l'œil redressé osciller avec peine, et en quelque sorte lourdement, entre deux muscles, dont l'un a été mutilé par une section, et dont l'autre reste toujours plus ou moins impuissant, ma méthode opératoire, dit l'auteur, s'attaque au muscle le plus long ; et non seulement elle le raccourcit d'une quantité suffisante pour l'égaler à son antagonisme, mais elle agit encore de manière à activer sa contraction physiologique.

Manuel opératoire. — Le muscle le plus long, c'est-à-dire celui qui est opposé à la déviation, étant mis à nu d'après la règle ordinaire de la strabotomie, l'opérateur procède de la manière suivante :

Premier procédé. — Un crochet mousse, garni d'un chas à son extrémité, est glissé sous le muscle, de manière à le détacher, en le soulevant, du globe oculaire. Le crochet est ensuite ramené en avant,

---

Les sources versent en vingt-quatre heures 200 mètres cubes d'eau. On peut donc administrer jusqu'à 400 bains par jour, outre les douches et les bains de piscine alimentés sans nuire au service des baignoires. Mis en régie par la commune de Betpouey, à laquelle ils appartiennent, ces thermes ont produit, en 1849, 30,000 fr. On estime à 500,000 fr. l'argent apporté chaque année dans cette localité thermale. A cette somme, il faut joindre le produit de l'établissement Barzun, qui donne en moyenne de 20 à 30 bains par jour, c'est-à-dire de 1,000 à 1,200 pendant la saison.

Remarquons, avant de quitter Barèges, que les eaux doivent posséder des vertus médicales bien puissantes et bien incontestables, pour avoir gardé pendant deux cents ans une aussi grande réputation, lorsque cet établissement a à lutter contre un climat détestable, un séjour triste, froid, humide, une nature aride et sauvage, et la rivalité des autres établissements des Pyrénées, également sulfureux, et placés dans des conditions mille fois meilleures, mille fois préférables.

Bagnères-de-Bigorre.

Tous les établissemens que nous venons de passer en revue, comme ceux dont nous voulons plus spécialement traiter dans cette étude, renferment des eaux sulfureuses ; Bagnères-de-Bigorre fait exception, car ses sources sont salines et ferrugineuses. Chef-lieu d'arrondissement, cette ville a, par cela même, une certaine importance ; sa population fixe est de 8,000 habitans ; mais sa situation au pied des Pyrénées, ni dans la plaine, ni réellement dans la montagne, sur l'Adour, à l'entrée de la célèbre vallée de Campan, ses beaux hôtels, ses rues tenues si fraîches par des courans d'eaux vives, son climat d'été si doux, lorsque la canicule vomit tous ses feux sur le Languedoc, les sites enchanteurs qui l'entourent, etc., etc., en font une des habitations thermales les plus délicieuses de France. Aussi ne doit-on pas être surpris de voir ces sources dater de l'antiquité.

Elles furent très suivies par les Romains ; Auguste appela Bagnères *Vicus aquensis* (Bourg-des-Eaux). Henri IV, Jeanne d'Albret sa mère, le duc du Maine avec sa gouvernante, Mme de Maintenon, le duc de Chartres, en 1774, y séjournèrent tour à tour ; Montaigne en parle ainsi : « J'ay veu, par occasion de mes voyages, quasi tous les bains » fameux de chrestienté ; et depuis quelques années ai commencé à m'en » servir ; car, en général, j'estime le baingner salubre et croy que nous » encourons nos légères incommodités en notre santé pour avoir perdu » cette coutume qui estoit généralement observée au temps passé, quasi » en toutes les nations..... A cette cause j'ay choisy jusqu'à cette heure » à m'arretter et à me servir de celles où il y avait le plus d'amenité de » lieu, commodité de logis, de vivres et de compagnies, comme sont » en France, les bains de Banières. » Du temps de Bordeu, qui se moque, avec raison, « des libelles qu'on avait fait imprimer pour exalter et élever les minérales de ce pays, » l'entraînement de la mode vers les thermes de Bagnères, s'était considérablement accru, mais parmi leurs visiteurs, les malades y étaient sans doute en petit nombre, car les bains étaient fort mal tenus. On changeait constamment les tuyaux et l'on mêlait souvent l'eau minérale à quelque filet de l'Adour. La Reine (du nom de Jeanne de Navarre), une des sources principales du grand établissement actuel, coulait dans un bassin où l'on se baignait à la belle étoile. Lassère, le Petit-Bain, n'étaient utilisées que pour les usages domestiques, le Grand-Bain, le Roc-de-Laune étaient peu fréquentées ; Saliès, le Bain-des-Pauvres, le Prieur n'étaient pas couverts. Les seules sources suivies alors étaient Dumont-le-Vieux, dans un ancien établissement datant des Romains, Salut, le Pré ; celles de Lassère et d'Artigue-Longue, appartenant chacune à un médecin.

Aujourd'hui, on compte à Bagnères, 42 sources minéro-thermales-salines, donnant ensemble, par vingt-quatre heures, 1,938 mètres cubes, qui permettraient d'administrer plus de 9,000 bains par jour. Elles sont réparties entre 18 établissemens, dont un seul appartient à la commune, car la fontaine publique de Saliès et la source ferrugineuse d'Angoulême n'en sont pas pourvues. Ce grand établissement, dit de Marie-Thérèse, est un monument magnifique, renfermant 6 sources, 28 cabinets de bain, dont 22 sont précédés de vestiaires, et 4 avec lits de repos, 3 buvettes, 4 douches, 2 bains de vapeur, une étuve fumigatoire, un salon de lecture, une salle de billard et un grand jardin. Tous les autres thermes sont à des particuliers. Cette division nuit beaucoup à une bonne application médicale de ces eaux. Mais heureusement, comme l'observe judicieusement M. Cuvillier-Fleury, « si les voyageurs accourent à Bagnères » de tous les points de la France, c'est beaucoup moins pour s'y gué- » rir que pour s'y distraire, et il arrive là bien plus de gens malades de » leur opulence et de leur oisiveté que d'autre chose. »

Il y a, dans le fort de la saison, jusqu'à 6,000 personnes de population flottante ; la population ordinaire de la ville est donc presque doublée. Le nombre total des voyageurs qui s'y rendent durant la saison, depuis juin jusqu'à la fin d'octobre, s'élève à 15,000, quelquefois à 18,000, et comme la plupart y viennent plutôt pour s'amuser que par besoin de se guérir, les dépenses sont considérables, et l'argent apporté dans ce pays dépasse 4 millions. On sera moins surpris de ce chiffre lorsqu'on saura que la seule vente des tricots de laine dits de Barèges, quoiqu'ils se fabriquent plus particulièrement à Bagnères, s'élève, chaque saison, à la somme de 3 à 400,000 francs.

(*La suite à un prochain n°.*)

PRIX. — L'Académie des sciences médicales de Palerme vient de mettre au concours la question suivante :

Déterminer jusqu'à quel point les humeurs de la machine humaine contribuent à la production de l'état pathologique ; quelles sont les maladies qui se distinguent particulièrement sous ce rapport ; quelles indications la thérapeutique en déduira pour le traitement curatif, et par quels moyens rationnels on peut satisfaire aux indications qu'elles présentent.

Prix : une médaille de 30 onces.

Les mémoires, écrits en latin ou en italien, devront être adressés, suivant les formes académiques, avant le 31 décembre 1853, au secrétaire ou au vice-secrétaire de l'Académie de médecine, à Palerme.

de manière à ce que sa concavité embrasse le muscle à peu de distance de son épanouissement aponévrotique. Un fil de soie écrue est alors introduit dans le chas du crochet, puis le crochet est lui-même ramené vers l'opérateur, de manière à placer définitivement la ligature sous le muscle. A l'aide d'un double enroulement de l'un des chefs sur l'autre, on obtient un nœud simple, mais très résistant. Il ne reste plus qu'à serrer ce nœud, et à couper l'un des chefs de la ligature pour terminer l'opération. L'autre chef, dirigé vers l'un des angles correspondans de l'œil, est fixé sur un point de la circonférence de l'orbite.

Le premier effet de cette ligature a été de rendre plus centrales les fibres latérales du muscle, et, par suite, d'amener le raccourcissement de cet organe. Le second effet de cette ligature est de provoquer le développement d'une inflammation adhésive, qui non seulement rende définitive la juxtaposition anormale des fibres musculaires, mais qui puisse, en outre, établir des adhérences entre le muscle et la sclérotique sous-jacente.

La ligature n'étant pas destinée à produire la section du muscle, elle ne doit être, par conséquent, que temporaire. Vers la fin du deuxième ou le commencement du troisième jour, on peut aisément l'enlever à l'aide d'une légère traction exercée méthodiquement sur le chef qui persiste.

Ce premier procédé de la nouvelle méthode ne saurait remplir, dans tous les cas, le but que nous nous sommes proposé : les strabismes très prononcés seraient, sans doute, réfractaires à son action. C'est du moins l'idée que nous avons eue en imaginant une manière de faire plus efficace.

Deuxième procédé. — Le crochet étant glissé sous le muscle, comme dans le cas précédent, pour le soulever le plus possible, la ligature est passée, non plus sous le muscle, mais bien sous le crochet, de manière à embrasser l'anse musculaire soulevée dans une étendue plus ou moins grande.

Avant d'aller plus loin, il importe de s'assurer, par une constriction momentanée, si le globe est ramené, d'une manière parfaite, à sa position normale. Pour acquérir la preuve expérimentale que l'on a produit, dans la ligature, le degré voulu de raccourcissement, on doit procéder, pendant l'opération, de la manière suivante :

La ligature une fois passée au-dessous du crochet, on glisse dans l'anse qu'elle forme un second fil de couleur différente, autant que possible, puis on opère la constriction de la ligature proprement dite, mais en ayant soin de ne faire qu'un nœud, et de ne composer ce nœud que d'un seul enroulement. On retire l'érigne, on dégage le crochet; et l'œil étant abandonné à lui-même, on peut apprécier avec netteté les changemens survenus dans sa direction. Si le globe oculaire n'est pas suffisamment redressé, il faudra embrasser dans la ligature une plus grande quantité de tissu musculaire; si le globe oculaire est redressé avec excès, il faudra embrasser dans la ligature une plus petite quantité de tissu musculaire.

Mais, dans l'un et l'autre cas, il est nécessaire de retirer, le plus rapidement possible, la ligature déjà placée. Or, rien n'est plus facile avec les précautions que nous avons prises dans cette prévision ; on dévie l'œil à l'aide d'une érigne; on tire sur l'un des chefs de la ligature, pendant que la main du côté opposé tend le fil passé dans l'anse de cette même ligature; le nœud cède aussitôt à cette traction en sens inverse. Il ne reste plus qu'à passer de nouveau le crochet sous le muscle, si, toutefois, on ne l'a déjà fait avant d'opérer l'ablation de la ligature, et à recommencer les manœuvres, en tenant compte des données qui ont été fournies par la première tentative. (Comm. MM. Roux et Velpeau.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 Juin 1853. — Présidence de M. Bérard.

La correspondance comprend :

1° Une lettre du ministre de l'intérieur, contenant des instructions relatives aux rapports annuels sur les eaux minérales, et à l'époque où ces rapports doivent être rédigés et transmis à l'administration.

2° Un rapport de M. le docteur François, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Abbeville, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Montflus (Somme) dans le mois d'août 1852.

3° Une note de M. Tavignot, sur le diabète, dont il place le point de départ dans le poumon lésé, non pas anatomiquement, mais physiologiquement. Il serait le résultat d'une combustion insuffisante du sucre dans l'organe de l'hématose. La conséquence pratique que M. Tavignot tire de ce fait, c'est que l'on peut enrayer à volonté la marche de la maladie, soit en augmentant les propriétés combustibles de l'air inspiré, soit en accélérant les mouvemens respiratoires pendant les premières heures qui suivent chaque repas.

4° Une note de M. Jacquemier, contenant de nouvelles observations à l'appui du mémoire intitulé : Des épaules du fœtus, considérées comme cause de dystocie dans les présentations de l'extrémité céphalique, qu'il a lu à l'Académie dans sa séance du 21 décembre 1851.

5° Une note de M. Delaporte, de Vimoutiers, intitulée : Nouvelles remarques sur les fièvres typhoïdes.

6° Un prospectus d'un traité d'hygiène pour le concours Nadaud, par M. Petron, de Lisieux.

7° Une note sur la cataracte, par M. Cuny.

8° Une lettre de M. Piroux, directeur de l'institution des Sourds-Muets de Nancy, annonçant l'envoi de plusieurs ouvrages sur la question de la surdi-mutité, dont il est l'auteur.

9° M. Ferdinand Berthier adresse la lettre suivante :

« Messieurs,

» J'ai l'honneur de mettre sous vos yeux un mémoire où j'ai cru devoir, dans l'intérêt des écoles de sourds muets, me livrer à quelques développemens à propos du grave sujet qui attire encore aujourd'hui toute votre attention. J'ai tâché non seulement d'y faire ressortir les avantages réels de la mimique et l'utilité tout à fait *secondaire* de l'articulation, mais de vous faire apprécier surtout les conséquences funestes qui découleraient immanquablement de cette belle langue naturelle, seule base solide de l'enseignement de *mes frères*, et avant tout et par dessus tout, l'élément le plus décisif de la prospérité croissante et de l'éternelle gloire de notre institution impériale.

» Je crains seulement d'arriver trop tard, mais des circonstances indépendantes de ma volonté en sont seules cause.

» Agréez, etc., Messieurs,

» Ferdinand Berthier,

» Doyen des professeurs de l'institution impériale de Paris. »

Paris, ce 13 juin 1853.

M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Grenet, correspondant à Joigny.

M. Bouvier, à l'occasion de la correspondance, donne lecture d'une lettre qu'il a reçue de M. Hill, directeur de l'institution royale de Sourds-Muets de Weissenfels (Allemagne), lequel proteste contre l'abandon prétendu de l'enseignement de l'articulation dans les écoles allemandes.

L'ordre du jour appelle la suite de la délibération sur les conclusions du rapport sur la surdi-mutité.

Après un court résumé de la discussion par M. le président, M. Piorry donne lecture des nouvelles conclusions de la commission, à l'exception de la première votée dans la dernière séance.

La délibération est ouverte sur la deuxième conclusion conçue en ces termes :

« Les mouvemens vibratoires des corps qui constituent la condition physique de la notion du son, chez les sujets possédant le sens de l'ouïe, ne peuvent jamais donner une telle notion aux sujets privés de ce sens.

» Mais, ainsi qu'il est généralement connu en physiologie et en pathologie, ces mouvemens vibratoires produisent sur les organes de la sensibilité tactile une impression et une notion spéciales que les sourds-muets peuvent mettre à profit dans un certain nombre de circonstances.

» Ce moyen d'instruction a été proposé et mis en pratique antérieurement aux recherches de M. Blanchet sur ce sujet, dans les écoles d'Allemagne, et à Paris, dans l'institution de M. Dubois. »

M. Bouvier accepte volontiers le premier paragraphe de cette conclusion, qui exprime un axiome de physiologie, axiome contre lequel personne, au sein de l'Académie, ne pourrait assurément s'élever, ainsi que l'a dit avec raison M. le président. Mais, à cette occasion, il croit devoir relever quelques-unes des observations de M. Bérard sur ce sujet. M. Bérard, se fondant sur l'équivoque à laquelle pouvait donner lieu l'expression de *notion* du son, a exprimé la crainte qu'on ne pût exploiter ce mot. Cette interprétation prouve jusqu'à quel point peut être portée la distraction dans les esprits les plus éminens. Qu'est-ce que le son? Le son est universellement défini la vibration des corps. L'auteur le plus chéri de M. Bérard, Haller, ne la définit pas autrement. Cependant M. Bérard s'étonne qu'on emploie indistinctement les mots son et vibration; mais n'a-t-il pas lui-même employé ces expressions : son réfléchi, son propagé, etc. Il aurait donc fait lui-même la confusion qu'il reproche aux autres. Il faut donc relever M. Blanchet du reproche qui lui a été fait à ce sujet. Que restera-t-il de tout cela? Une allocution qui a fait les délices de l'Académie....

Le dernier paragraphe de la conclusion renferme manifestement une intention d'amoindrir le nom et les titres de M. Blanchet. Cette intention n'est pas dissimulée; est-elle juste? Il faut au moins qu'elle ait des bornes. Il y a ici, il faut le dire, une question de personnes....

Il y a plus d'un siècle, un Juif portugais, Pereire, vint en France pour faire bénéfice d'un prétendu secret dont il était inventeur pour faire parler les sourds-muets, et un rapport de l'Académie des sciences, signé de Buffon et de quelques autres noms recommandables de cette époque, décernait à ce Pereire, les plus grands éloges. Et aujourd'hui qu'un homme, par une méthode dont il n'a jamais fait mystère et sans autre vue d'intérêt que le bien qu'il peut faire, vient demander le jugement de l'Académie sur les résultats qu'il a obtenus par plus de douze ans de labeur assidu, vous refusez de lui rendre justice!...

Ici, M. Bouvier, comparant l'état de la science sur l'éducation des sourds-muets en France en 1840, à l'époque où M. Blanchet a commencé ses recherches, avec l'état où il l'a amené aujourd'hui par ses travaux, cherche à démontrer la réalité des progrès qui lui sont dus; et il termine en demandant la suppression du dernier paragraphe de la conclusion de la commission.

M. Guérin trouve la conclusion de la commission entachée d'une certaine préoccupation; il ne la trouve suffisante ni relativement à l'état de la science, ni relativement au mérite du savant. Il est évident qu'on n'avait pas tiré jusqu'ici tout le parti possible des informations acquises par le toucher. Il serait donc important de distinguer dans la conclusion et de définir clairement ce qui procède du son et ce qui peut être acquis accessoirement et supplémentairement par la perception tactile, en faisant une juste part à M. Blanchet pour ce qu'il a obtenu par cette voie.

M. Guérin propose, en conséquence, de substituer à la conclusion de la commission, la conclusion suivante :

« Les sourds-muets sentent les mouvemens vibratoires des corps par les nerfs de la sensibilité générale. Ils peuvent, par cette voie, suppléer jusqu'à un certain point à la notion directe du son, qui est le privilége exclusif de l'ouïe.

» Cette source de notion supplémentaire, étudiée particulièrement par M. Blanchet, est susceptible de rendre de véritables services aux sourds-muets. » (Appuyé.)

M. Bérard, cédant le fauteuil à M. Nacquart, descend à la tribune et s'exprime à peu près en ces termes :

M. Bérard : M. Bouvier signalait à l'attention de l'Académie cette circonstance remarquable, qu'il allait se trouver une fois d'accord avec M. Guérin. Nous étions destinés à voir cet accord une seconde fois, et cela pour mieux m'accabler, moi, humble académicien, à qui l'on veut bien accorder quelques qualités professorales, mais peu propre aux débats académiques.

J'ai entendu dire à M. Guérin que la question du ministre était bien posée. Question singulièrement posée, en effet, que celle qui confond la production du son ou la vibration sonore avec le son lui-même. Nous voilà donc réduits à des discussions grammaticales qui feraient peu d'honneur à l'Académie; heureusement, je l'espère du moins, elles ne dureront pas longtemps.

M. Bérard, après avoir donné lecture de la question du ministre, continue en ces termes :

Que veut dire le mot *son*? Son, en physique, veut dire vibration d'un corps; mais en physiologie cela veut dire autre chose; c'est un état spécial du nerf acoustique, état provoqué par la production des vibrations, mais qui peut cependant en être indépendant, car dans certaines conditions on entend sans qu'il y ait de vibration produite.

Il y a donc deux sens au mot *son*.

Dans quel sens est-il pris dans la question du ministre?

Je maintiens qu'il ne peut avoir été compris que dans le sens physiologique. Eh bien! permettez-moi de le dire, cette question ainsi posée est niaise. Et l'Académie ne peut s'y tromper, elle sait bien par qui cette question a été rédigée, elle sait bien que c'est par M. Blanchet lui-même.

Mais, nous dit-on, les vibrations tactiles sont susceptibles d'une délicatesse extrême; on est parvenu, avec leur secours, à distinguer quelque chose d'intermédiaire à la vibration et au son, une sorte de nuance de la notion du son. On a paru s'étonner que deux sortes de vibrations excitées différemment produisissent des sensations tactiles différentes; il y aurait bien plus sujet de s'étonner qu'il n'en fût pas ainsi. Mais de ces différences de perception tactile à la notion pathologique du son, qui ne voit la distance?

Mais, a-t-on ajouté, c'est précisément sur ces catégories particulières de faits que le ministre vous consulte. Mais non, la question du ministre est rédigée dans les termes les plus généraux. Le ministre ne pouvait dire, en effet, ce qu'on ne savait pas encore.

Depuis 1840, M. Blanchet s'est livré à l'étude de ces questions. Qu'ont produit les recherches de M. Blanchet? Rien, si ce n'est une sorte d'expérience de physique amusante. On a dit que cela pouvait donner des espérances. Mais on pourrait appliquer ici ce mot de Talleyrand, disant de certains personnages de son temps, qu'ils seraient toujours des enfans de grande espérance.

M. Bouvier est allé au-devant des accusations dirigées contre M. Blanchet; mais il ne l'a pas assez couvert. Ici M. Bérard lit quelques passages extraits de l'ouvrage de M. Blanchet, desquels il résulte qu'il y a une confusion extrême dans les idées de M. Blanchet, qui admet, entre autres choses, deux sortes d'audition. Cette théorie, il l'a abandonnée depuis, dit-on.

En résumé, dit en terminant M. Bérard, il résulte de tout cela que la question ministérielle ne peut nullement prêter à l'équivoque, qu'elle est très claire, et qu'il importe d'y répondre de manière à laisser voir que l'Académie n'a pu s'y méprendre. (Très bien! Aux voix!)

M. Guérin (au milieu du bruit et des cris : aux voix) demande à résumer en deux mots sa proposition. M. Bérard se préoccupe excessivement, et à grand tort, de l'usage que l'on pourra faire de la réponse de l'Académie. L'Académie doit se préoccuper de science et non de ce qu'il peut y avoir au dehors. M. Guérin croit que sa proposition, établissant une distinction claire entre la notion directe, la notion musicale du son, et celle qu'on peut acquérir indirectement par les impressions tactiles, satisfait à toutes les exigences.

M. Bégin ne trouve pas que la proposition de M. Guérin diffère au fond de celle de la commission, et il ne voit pas la nécessité de la lui substituer.

M. Bouillaud fait remarquer que la proposition qu'on attaque, comme venant de M. Bérard, a été formulée par lui-même; et il est étonné qu'on la considère comme défavorable en quoi que ce soit à M. Blanchet. (Aux voix.)

L'Académie procède au vote au milieu du bruit et de l'agitation. Ce n'est qu'avec grand'peine qu'on peut entendre la position des questions.

La proposition de M. Guérin, n'étant pas appuyée, n'est pas mise aux voix.

L'amendement de M. Bouvier est mis aux voix et rejeté.

La rédaction de la commission est adoptée.

Troisième conclusion :

« La possibilité de lire la parole sur les lèvres est une faculté commune à tous les sourds-muets, et sert de fondement à l'instruction de ces infortunés dans les écoles allemandes, et à Paris dans l'institution de M. Dubois. »

M. Londe demande que l'on supprime les noms propres, et que l'on dise : dans diverses institutions.

M. Guérin appuie la proposition de M. Londe, et fait remarquer ce qu'il y a d'inexact à dire que l'articulation sur les lèvres constitue la méthode allemande.

M. Cazeaux proteste de nouveau contre la part que l'on voudrait faire à M. Blanchet dans l'invention de cette méthode.

M. Baillarger répond que la lecture sur les lèvres est étrangère à M. Blanchet, qu'il n'a aucune prétention à ce sujet, et que l'observation de M. Cazeaux porte par conséquent à faux.

Un grand tumulte et une grande confusion règnent pendant toute cette dernière partie de la séance.

La conclusion de la commission est adoptée avec la modification proposée par M. Londe.

La séance est levée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Mémoires de l'Académie impériale de médecine. Tome XVIIe. In-4° de 720 pages, avec 9 planches. 20 fr.

Ce volume contient : Éloges de Hallé et de Boyer, par M. Fr. Dubois (d'Amiens). — Rapport sur les épidémies qui ont régné en France en 1850 et 1851, par MM. Michel Lévy et E. Gaultier de Claubry. — Rapport sur la suette miliaire, par M. J. Guérin. — Mémoire sur les tumeurs blanches, par M. le docteur Richet (300 *pages avec 4 planches*). — Mémoire sur la mortalité comparée des quartiers de Paris dans l'épidémie de choléra de 1849, par M. Bouvier (50 *pages et une carte*). — Mémoire sur la structure intime du foie, et sur la nature de l'altération connue sous le nom de foie gras, par M. Lereboullet (120 *pages avec 4 planches*). — Mémoire sur une manifestation de la syphilis congénitale, par M. Depaul.

Paris, J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Notice médicale sur les bains d'Ems (Bad-Ems), par M. le docteur Fauconneau-Dufresne. Prix : 1 fr.

Se vend au bureau de l'*Union Médicale*.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 72. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 18 Juin 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

DE LA PROMULGATION DE LA CONVENTION SANITAIRE INTERNATIONALE.

Des actualités pressantes nous ont mis en retard envers un sujet qui a toujours trouvé, dans l'UNION MÉDICALE, l'intérêt dont il est digne, et qui a été plusieurs fois traité dans ses colonnes. Nous voulons parler du régime sanitaire qu'il serait désirable de voir imposer non seulement à la France, mais à l'Europe, et nous pouvons dire au monde civilisé, car il n'y a pas de question qui ait autant que celle-là des afférences plus directes avec les intérêts de tous les peuples. A un autre titre, cette question ne saurait être négligée par des publications consacrées à la médecine. C'est, en définitive, sur la science médicale, sur ses doctrines et sur ses croyances que sont basées les mesures prises par les gouvernemens à l'égard des relations internationales. Libérales ou restrictives, ces mesures sont toujours dictées par la médecine ; c'est elle toujours que les gouvernemens consultent ou écoutent dans leurs déterminations sur ce point qui ne saurait par conséquent être ignoré des médecins. Ces motifs nous engagent à appeler l'attention de nos lecteurs sur la promulgation récente de la Convention sanitaire internationale, destinée, selon les espérances du gouvernement, à fixer le droit sanitaire en Europe. Mais au lieu de reproduire cette Convention, le règlement qui en fixe l'application, la circulaire adressée à tous les agens sanitaires et les autres documens relatifs à cette affaire, publication pour laquelle nos colonnes seraient insuffisantes et qui ont couvert des pages nombreuses du *Moniteur*, il nous paraît plus utile et plus intéressant, pour nos lecteurs, de leur présenter un court historique des faits qui ont amené la promulgation de la Convention, dont nous donnerons une analyse; de faire un exposé succinct de l'état des choses avant cette convention ; de dire les modifications que le nouveau système doit apporter dans le régime sanitaire des peuples et les résultats probables ou espérés du nouvel ordre de choses.

Nous ne remonterons pas à l'origine des quarantaines et des lazarets; rappelons seulement que depuis le XVe siècle, et notamment depuis la peste de Marseille, en 1730, il existait dans les différens ports de la Méditerranée, une espèce de droit commun à l'égard des provenances des pays suspects de peste. Ces pays, qui comprenaient toute la surface et tout le littoral du nord de l'Afrique, étaient placés dans un état de suspicion perpétuelle ; les navires qui en venaient étaient soumis à des quarantaines qui variaient un peu dans les différens ports, mais qui, dans tous, étaient fort longues. Au commencement de ce siècle, lorsque la fièvre jaune se fut montrée en Espagne et en Italie, on crut devoir opposer à cette maladie les mesures qu'on avait prises contre la peste, et, plus tard, on eut recours infructueusement aux mêmes moyens pour arrêter la marche du choléra.

A part les motifs politiques, c'est sous l'influence de la peur causée par les ravages de la fièvre jaune en Catalogne, que fut rendue la loi du 3 mars 1822, que fut rédigée l'ordonnance du 7 août de la même année, qui furent, jusqu'à ces derniers temps, la base de notre législation sanitaire, et qui ne firent, d'ailleurs, que consacrer et généraliser l'état des choses qui existait déjà dans la Méditerranée. Mais déjà et à l'époque même de la promulgation de ces actes, le principe sur lesquels ils reposent était vivement attaqué par Chervin, en ce qui concerne la fièvre jaune : par ses écrits, par ses pétitions, ce savant et généreux médecin, dont la vie fut consacrée au triomphe d'une seule pensée, éclaira l'opinion publique, l'opinion du corps médical surtout, qu'il dirigea presque tout entier vers ses idées, et bientôt l'administration elle-même, cédant à cet entraînement, fut amenée à réduire, à supprimer presque entièrement les quarantaines relatives à la fièvre jaune.

Restait la peste, cet antique épouvantail. Mais déjà la conquête d'Alger avait fait sentir la nécessité d'abaisser les barrières quarantenaires, qui rendaient longues et difficiles les communications entre la France et le littoral africain. Plus tard, l'extension de la navigation à vapeur, l'introduction du régime sanitaire européen en Turquie, et surtout les travaux de plusieurs médecins, et notamment ceux de M. Aubert-Roche, déterminèrent le gouvernement à consulter l'Académie de médecine sur les réformes qu'on pouvait introduire, sans danger, dans nos réglemens sanitaires, relativement à la peste. On connaît le remarquable rapport qui fut fait à ce sujet par une commission dont le docteur Prus fut l'organe, et l'on n'a pas perdu le souvenir de la longue et importante discussion que ce rapport fit naître.

Parmi les conclusions du rapport de l'Académie, il en était une qui reconnaissait comme une chose utile d'établir un système sanitaire uniforme pour tous les ports de la Méditerranée, et d'inviter, en conséquence, toutes les puissances intéressées à envoyer des délégués à un congrès où on arrêterait les bases de ce système. M. Ségur-Dupeyron, alors inspecteur des établissemens sanitaires, avait déjà émis la même idée, et le gouvernement avait fait quelques tentatives pour lui donner suite, mais des difficultés graves avaient arrêté le cours des négociations commencées, lorsque la révolution de 1848 éclata. Peu de temps après, M. Prus, nommé médecin sanitaire à Alexandrie, renouvela la demande d'un congrès, indiquant plusieurs motifs qui devaient rendre l'exécution de cette mesure plus facile et plus opportune. Prus revint à Paris pour y mourir, mais avant sa mort il s'était entendu sur ce projet, qui le préoccupait beaucoup, avec M. Mélier, qui avait fait avec lui partie de la commission de l'Académie. M. Mélier, nommé membre du comité consultatif d'hygiène publique, fut chargé par l'administration de rédiger un programme où étaient posées les questions à résoudre pour arriver à l'établissement d'un régime sanitaire commun à tous les ports de la Méditerranée. Ce programme fut envoyé à toutes les puissances intéressées, et agréé par elles comme base de discussion. C'est par suite de ce programme qu'une Conférence, formée par des délégués de douze puissances, s'est réunie il y a deux ans à Paris ; c'est le résultat des délibérations de cette Conférence qui vient d'être publié et rendu exécutoire en France, sous la forme d'une Convention et d'un réglement sanitaire international.

L'UNION MÉDICALE a eu plusieurs fois l'occasion de parler de la Conférence, d'indiquer les noms et les titres des médecins distingués qui avaient été choisis pour y prendre part, de faire connaître dans quel esprit ses délibérations ont été dirigées. Cependant on ne se fait pas peut-être une juste idée des difficultés qu'il y avait à vaincre pour mener une pareille entreprise à bonne fin.

La France, comme nous venons de le voir, et grâce aux efforts de la science médicale, était déjà avancée dans la voie des réformes sanitaires. Mais parmi les puissances étrangères représentées à la Conférence, les unes blâmaient sa hardiesse, les autres l'accusaient de timidité. Il fallait, chose en tout temps fort difficile, s'entendre avec des médecins, représentant, les uns les doctrines contagionistes les plus prononcées, les autres des opinions absolues dans un sens diamétralement opposé. Il s'agissait en outre, et c'était là l'important, de faire reconnaître et admettre les résultats acquis par l'expérience, sans heurter des croyances depuis longtemps accréditées, et sans jeter l'inquiétude dans certaines populations promptes et faciles à concevoir des alarmes.

On comprend que ce n'est qu'à l'aide de concessions mutuelles, qu'il a été possible de réussir dans cette tâche difficile. La France en a consenti dont nous ne voulons pas amoindrir ou taire l'importance. Mais pour un pas qu'elle a dû faire en arrière, elle a amené la plupart des autres puissances à en faire de considérables en avant ; et c'est là le grand résultat dont il faut surtout se préoccuper. Il est juste de reconnaître qu'il n'a pas moins fallu que toute la sagesse des membres de la conférence pour arriver à un accord à peu près satisfaisant, en partant de points si opposés et si divers. C'est là ce que nous allons chercher à montrer par une courte analyse de la Convention et du réglement sanitaire international.

La Convention pose des principes, le Réglement les développe.

Ainsi, la Convention établit qu'il y aura des quarantaines obligatoires pour toutes les puissances contractantes, et des quarantaines facultatives. Elle fixe pour chacune de ces quarantaines un maximum et un minimum; elle détermine de quelle manière sera constatée l'existence de la maladie qui peut donner lieu aux mesures sanitaires.

Il n'y a de quarantaine *obligatoire*, dans les ports de la Méditerranée, que pour la peste et la fièvre jaune. Le minimum de la quarantaine pour la peste est de 10 jours, le maximum de 15. Pour la fièvre jaune, le minimum est de 3 jours, et le maximum de 7 jours. La quarantaine pour le choléra est *facultative*; le maximum en est de 5 jours, y compris le temps de la traversée.

Ce qui distingue essentiellement ces fixations de celles qui avaient lieu auparavant, surtout dans les ports de l'Italie, c'est qu'elles reposent sur une base certaine, l'existence régulièrement constatée, dans le port de départ, de la maladie contre laquelle on peut se prémunir. Antérieurement, il suffisait qu'un pays fût déclaré *suspect* ou *soupçonné d'être suspect*, pour que, dans certains pays étrangers, toutes les provenances de ce pays fussent mises en quarantaine. De là, une complication étrange dans le régime des patentes, qui étaient qualifiées de patente *touchée*, de patente *suspecte*, de patente *brute*. Il n'y aura plus à l'avenir que deux espèces de patentes, la patente *nette* pour le navire venant d'un pays sain, la patente *brute* pour le navire venant d'un pays infecté. On sait que, depuis plusieurs années, la France n'admettait pas d'autres distinctions. Si ce principe est adopté partout, la Conférence aura produit un progrès considérable.

On a dû cependant maintenir encore une exception à l'égard des provenances du Levant. Quoiqu'il soit établi que depuis longtemps la peste ne s'est montrée ni dans la Turquie proprement dite, ni dans aucune des dépendances de cet Empire, l'exception sera maintenue jusqu'à ce que la Porte ait rempli toutes les conditions qui lui sont imposées par la Convention à laquelle elle a adhéré, et que les puissances contractantes aient institué des *médecins sanitaires* dans les postes désignés par le réglement, mesures que l'on peut regarder comme très prochaines.

Alors le principal résultat que l'on s'est proposé d'obtenir par la convention sanitaire sera réalisé, et rien n'entravera plus les communications entre l'Orient et les ports de la Méditerranée, appartenant aux puissances contractantes, tant que la peste n'existera pas dans le port du départ ou aux environs de ce port.

Telles sont les dispositions fondamentales de la Convention, celles qui intéressent principalement la santé publique et les relations internationales. Comme moyen d'exécution, on doit remarquer les dispositions portant que les parties contractantes conviennent de placer le service de la santé publique dans le port de leurs États qu'elles se réservent de désigner, sous la direction d'un agent responsable, nommé et rétribué par le gouvernement, et assisté d'un conseil représentant les intérêts locaux. Ce régime existait déjà en France ; mais l'un des plus grands obstacles d'un régime uniforme dans certains ports étrangers, était l'existence de magistratures sanitaires, à peu près indépendantes du gouvernement central, et qui agissaient chacune d'après des règles différentes. L'adoption générale de la Convention fera cesser cet état de choses qui a souvent entraîné les plus graves inconvéniens pour le commerce.

Nous avons peu de chose à dire du réglement international qui a pour objet l'application des principes énoncés par la Convention. Suivant les vues qui avaient été présentées dans le rapport de l'Académie de médecine. Le réglement international place la conservation de la santé publique sous une triple garantie : celle des mesures prises avant le départ des navires, celle des mesures qui doivent être prises pendant la traversée, celle des mesures qui doivent être prises à l'arrivée. Les dispositions relatives au départ constituent particulièrement ce qu'on appelle les mesures hygiéniques. C'est un des points les plus importans du nouveau régime. Les autorités sanitaires s'étaient peu occupées jusqu'ici des conditions de salubrité où se trouvaient les navires partant pour un port étranger. Aussi arrivait-il trop souvent que des maladies graves, quelquefois confondues avec la fièvre jaune, la peste ou le choléra, éclataient à bord des bâtimens, par suite de l'encombrement, de la malpropreté ou du défaut d'aération. Le réglement international confère aux autorités sanitaires un pouvoir suffisant pour exercer, sous ce rapport, une surveillance salutaire.

L'augmentation du nombre des médecins sanitaires dans le

Levant, les mesures qui doivent être prises dans les colonies qui sont le plus exposées à la fièvre jaune, l'obligation imposée aux paquebots à vapeur destinés au transport des voyageurs, d'avoir à bord un médecin sanitaire, toutes ces mesures se rattachent au système de garanties qu'on a voulu créer pour constater et maintenir dans de bonnes conditions l'état sanitaire des navires avant le départ et pendant la traversée.

Les mesures relatives à l'arrivée sont la constatation de la situation sanitaire du navire par la patente de santé, par les interrogations et par les quarantaines. En comparant les articles de la section intitulée des *lazarets* avec les dispositions des anciens réglemens, et particulièrement du réglement de l'Intendance sanitaire de Marseille, qui n'est pas cependant d'une date fort ancienne, on remarquera combien le nouveau régime est plus libéral, plus favorable au bien-être des quarantenaires que ne l'était le régime précédent. Les quarantenaires, sur leur demande, auront toujours le droit de faire venir un médecin de leur choix, et le médecin ne sera plus assujetti aux précautions humiliantes, sans lesquelles il ne pouvait approcher des malades confiés à ses soins.

Tel est le résumé de la Convention et du réglement sanitaire international, en tant que ces actes peuvent intéresser le médecin. Nous ajouterons que, quoique ces actes n'aient été faits que pour les ports de la Méditerranée, le décret du 4 juin a étendu l'application de quelques-unes des dispositions qu'ils renferment aux ports de l'Océan.

Il est naturel de se demander, après ce qu'on vient de lire, si, au point de vue sanitaire où nous devons exclusivement nous placer, la France n'a pas acheté par de trop grands sacrifices, les avantages que nous avons fait ressortir du texte des actes que nous venons d'examiner. Faisons remarquer, et cela paraîtra d'abord étrange, que ces actes ne sont ni l'œuvre, ni l'expression de la science médicale, telle du moins qu'elle est généralement acceptée en France, en Angleterre et en Allemagne, et cela malgré la compétence incontestable, pour traiter des questions de doctrine, des savans médecins qui ont été appelés à les rédiger. Mais il faut se rappeler qu'une des conditions du programme était d'éviter toute discussion doctrinale, ce qui, dans la réalité, n'était guère possible, et ce qui en fait n'a pas pu avoir lieu, ainsi que le témoignent les procès-verbaux de la Conférence. Mais enfin, pour arriver à des résultats applicables, il a fallu faire abstraction de toute opinion théorique sur le mode de transmission de la peste, de la fièvre jaune, du choléra, partir des faits les plus généralement admis, des pratiques établies et des croyances les plus répandues dans chacun des pays représentés à la Conférence. Il a fallu nécessairement consentir à un compromis dont le mérite doit être surtout apprécié par la comparaison avec le régime qu'il remplace, et en tenant compte des chances d'amélioration qu'il offre pour l'avenir. Or, sous ce rapport, qu'avons-nous cédé? La reconnaissance d'une quarantaine obligatoire contre la fièvre jaune, d'une quarantaine facultative contre le choléra; mais ces concessions, il a fallu les faire aux intérêts les plus précieux du commerce maritime pour les soustraire aux mesures rigoureuses et ruineuses qu'ils rencontraient dans les ports de l'Espagne et de l'Italie. La distinction entre les marchandises qui doivent être soumises à la purification et celles qui en sont exemptes n'est pas fondée, sans doute, sur des principes véritablement scientifiques. Mais, enfin, elle est un peu plus acceptable, ou, si l'on veut, moins préjudiciable au commerce que la longue liste des marchandises *susceptibles*, qui figurait dans les anciens règlemens.

Ainsi, pour quelques concessions regrettables, sans doute, surtout au point de vue scientifique, si la Convention devient une loi générale pour la police de la Méditerranée, nous aurons acquis cet avantage de voir cesser les quarantaines exorbitantes, imprévues, qui frappaient souvent notre commerce, au moindre soupçon des moindres faits de fièvre jaune ou de choléra. La Conférence sanitaire aura produit, en outre, cet excellent résultat d'amener des médecins instruits et influens à modifier les doctrines dont ils étaient imbus par l'évidence des faits produits dans des discussions où chacun n'avait d'autre but que d'arriver à la vérité. Enfin, et c'est là l'avantage capital, en obtenant que la Porte-Ottomane s'engageât par cet acte international à compléter les institutions sanitaires qu'elle a établies depuis quelques années dans ses États, on a pris le moyen le plus sûr pour étouffer la peste dans son berceau, et pour faire tomber entièrement les barrières que la crainte d'un redoutable fléau avait élevées depuis si longtemps entre le Levant et les régions occidentales de l'Europe.

Si ces résultats se réalisent — car il faut dire que le gouvernement français n'a encore reçu que l'adhésion de la Sardaigne à la Convention — ils seront plus en grande partie, il faut le reconnaître avec le gouvernement lui-même, aux lumières, au bon esprit de la Conférence sanitaire internationale, et particulièrement au zèle et aux efforts infatigables de notre savant confrère M. Mélier, qui, depuis trois ou quatre années, n'a pas cessé de consacrer ses veilles et ses soins à l'accomplissement de l'œuvre que l'administration lui avait confiée.

Amédée Latour.

THÉRAPEUTIQUE.

OBSERVATIONS D'ÉPILEPSIE;

Par M. le docteur Herpin (de Genève).

CAS DE GUÉRISON.

Le résumé des deux observations qui suivent a été déjà publié dans mon livre *sur le pronostic et le traitement curatif de l'épilepsie* (1). Après avoir donné dans cet ouvrage une première série composée de trente-huit observations détaillées, formant un demi-volume, j'avais cru devoir, pour ne pas multiplier les détails descriptifs, réduire à une brève analyse trente autres faits tirés, comme les précédens, de ma pratique particulière; mais quelques lecteurs m'ayant paru attacher peu d'importance à ces derniers cas à cause de leur extrême concision, je me suis décidé à les publier d'une manière complète.

Les deux faits que je livre aujourd'hui à l'impression, ont acquis une nouvelle valeur depuis l'apparition de mon livre : la guérison de ces malades, à la clôture de mes observations publiées, datait de vingt mois; il s'est écoulé dès lors plus de deux ans et demi, et le succès ne s'est pas démenti.

Observation I. — Le 22 novembre 1848, mon collègue M. Bizot m'adresse une très jolie personne atteinte d'épilepsie.

Mlle N..., âgée de 20 ans, est de stature moyenne et bien conformée; ses cheveux sont châtains et ses yeux bruns; son teint a tout l'éclat d'une pêche : peau très blanche et mate, joues et lèvres du plus bel incarnat. Elle est d'un tempérament nerveux, vive et impatiente, mais sachant se contenir; elle est, en outre, fort intelligente.

Une de ses cousines germaines du côté maternel est épileptique (je l'ai guérie plus tard).

La vie de Mlle N... est sédentaire; elle s'occupe presque exclusivement et avec ardeur de travaux à l'aiguille. Elle a, sauf de la gastralgie, toujours joui d'une bonne santé. Elle est menstruée depuis un an. Ses époques sont régulières, mais pâles et peu abondantes.

Aucune cause morale n'a pu la prédisposer à la maladie dont elle est atteinte, et qui n'a offert aucune cause occasionnelle.

L'épilepsie a débuté par des vertiges; mais la jeune fille, qui n'y attachait aucune importance, ne peut fixer l'époque à laquelle ils ont commencé.

La première attaque survint au commencement de l'été de 1844. Mlle N... avait alors 16 ans. La seconde eut lieu deux ou trois mois après. Puis quatre années s'écoulèrent sans crise. En juin 1848, elle eut un évanouissement avec perte absolue de connaissance; il n'y eut pas de convulsions. Le 3 ou le 4 septembre, attaque complète qui se renouvela le 18 du même mois, le 20 ou le 21 octobre, puis le 15 novembre.

Les vertiges, dans le même temps, se montraient au nombre de trois ou quatre par semaine, le plus long intervalle étant de trois ou quatre jours; il n'y en avait jamais plus d'un dans la journée; ils arrivaient plus souvent le soir que le matin, jamais au lit.

La jeune patiente est, en outre, sujette à des secousses instantanées qui sont aussi fréquentes au moins que les vertiges.

Après avoir indiqué la marche de ces trois espèces de crises, il nous reste à en faire connaître la nature.

Mme Bizot, qui fut témoin de la première attaque, n'eut pas le moindre doute sur la nature épileptique de cette attaque; il y eut morsure de la langue, et une mare d'écume sur le plancher. Une dame, témoin oculaire d'une autre crise, m'en a donné la description suivante : Cette dame était assise vis-à-vis de la jeune fille. Celle-ci tomba sur les genoux de Mme D..., les yeux fixes, le corps et les membres raides; bientôt suivirent des secousses, des symptômes d'asphyxie, du gargouillement, de l'écume, puis le relâchement musculaire. Dès que la jeune fille parut remise, on la conduisit à l'étage supérieur; mais elle n'avait aucune connaissance, et n'en a conservé aucun souvenir. La perte des sens dura en tout un quart d'heure.

Dans une des attaques ultérieures, on m'a signalé le cri, le fait que la malade tombe toujours à droite, et qu'il y a, après les crises, de la céphalalgie et une fatigue telle, qu'il lui est arrivé, après une attaque survenue à onze heures du matin, de ne pouvoir ni marcher, ni travailler le reste du jour; quelquefois même alors il y a eu des nausées.

La patiente décrit ainsi ses vertiges : la tête lui tourne; les jambes *manquent sous elle*; elle doit s'asseoir; elle cesse de voir, continue à entendre; mais ne peut pas comprendre; *elle est trop étourdie*. La crise dure une ou deux minutes. Faut-il ranger, parmi ces vertiges, l'évanouissement avec perte absolue de connaissance, sans convulsion, signalé en juin 1848?

Quant aux secousses isolées, elles sont le plus souvent bornées aux membres supérieurs; la malade laisserait tomber ou lancerait ce qu'elle tient à la main, si elle ne le serrait pas fortement. Ces soubresauts se manifestent parfois aux membres inférieurs, surtout au lit; ils provoquent un brusque réveil. Il n'y a pas de vertige concomitant; la patiente jouit alors de ses sens; mais il se passe cependant quelque chose d'instantané dans sa tête.

Le 22 novembre, le jour de la première consultation, je prescrivis une cure d'oxyde de zinc. Il n'avait été fait jusqu'alors aucun traitement.

Cette première cure dura dix-huit semaines, un peu plus de quatre mois, du 22 novembre 1848 au 28 mars 1849. La quantité totale de zinc employée fut de 140 grammes.

La dose journalière initiale fut de 30 centig. La dose maximum et terminale de 2 grammes. Cette dernière quantité ne fut atteinte qu'à la dernière semaine.

Le médicament fut administré en poudre, mélangé avec du sucre, en trois prises par jour. Elles furent données une heure après les repas.

Aux doses journalières de 30 à 45 centig., il ne se manifesta aucun effet physiologique; à 60 centig., l'appétit diminua pendant quelques jours, puis reparut; à 75 centig., il y eut deux fois de la nausée, mais le zinc avait été pris avant le repas; à 90 centig., ce malaise se manifesta de temps en temps, quoique le remède fût pris après mangé; il survenait ordinairement un quart d'heure après l'ingestion de la poudre. Je persistai à la même dose pendant trois semaines; dans le cours de la dernière, il n'y eut presque plus de nausées; mais la malade éprouva deux ou trois fois de la gastralgie; c'était un mal auquel elle était fort sujette; je montai à 1,15 grammes qui furent bien supportés, puis à 1,30; la douleur d'estomac revenant de temps en temps, je prescrivis, nonobstant la continuation du zinc, l'usage du bismuth administré seulement alors que la malade souffrait de l'estomac; moyennant cet auxiliaire, je portai le spécifique anti-épileptique à 1,45 centigrammes. Nous étions alors au commencement de février; les époques, qui avaient paru le 10 décembre, ne s'étaient pas montrées en janvier; peu à peu la coloration déjà très vive des joues avait augmenté; des palpitations et de la dyspnée en montant, de la fatigue dans les jambes, du refroidissement habituel des pieds étaient venus se joindre à la gastralgie; le pouls était à 96. Je ne discontinuai pas la cure; je me contentai de prescrire l'usage d'un pédiluve pris chaque soir. Le 11 février, les époques reparurent, mais peu abondantes. Le 21, l'estomac allait mieux, grâce au bismuth pris de loin en loin, au moment des crises gastriques, mais les palpitations et la dyspnée persistaient; le pouls était remonté à 108. Comme nous le verrons bientôt, le zinc avait sur la marche de l'épilepsie une heureuse influence; je n'osai interrompre la cure, et tous les jours j'élevai la dose journalière de 15 centig., pour arriver à 2 gram. par jour, qui furent atteints le 19 mars. Les époques reparurent le 15 de ce mois, mais pâles et peu abondantes. Malgré la vive coloration des joues et des lèvres, les signes de la chlorose étaient de plus en plus évidens : langueur générale, pâleur de la langue contrastant avec la rougeur de l'orifice buccal, pouls se maintenant entre 96 et 108, souffle dans les carotides, enfin blancheur verdâtre des parties non colorées du visage et des tégumens du cou. Je n'ai pas parlé jusqu'ici de céphalalgie; Mlle N... en souffrait fréquemment depuis quelques années lorsque j'entrepris de la guérir; les douleurs, qui s'accompagnaient d'un surcroît de rougeur aux joues, furent assez variables pendant le traitement; mais dès les premiers jours de mars, le mal de tête devint habituel, et l'intensité de ce symptôme, jointe aux signes énumérés plus haut, me décida, le 27 mars, à suspendre le traitement de zinc pour recourir aux ferrugineux.

Nous allons maintenant examiner la marche de l'épilepsie pendant la première cure de zinc. Dans les deux mois qui avaient précédé le traitement, il y avait eu quatre attaques séparées par des intervalles qui avaient varié de 16 à 33 jours. Il en survint encore une le troisième jour de la cure, à dix jours de distance de la précédente. Elle eut lieu le 25 novembre, à onze heures du matin; puis il n'en reparut aucune jusqu'au 21 janvier, c'est-à-dire pendant 57 jours. Le 23 mars survint la dernière, à 41 jours de la précédente.

Les vertiges se montrèrent une, deux ou trois fois par semaine, mais dès le 21 février, il n'en reparut plus jusqu'à la fin de la cure.

Les secousses furent variables, parfois trois ou quatre par semaine; mais le plus souvent elles furent journalières et revinrent même plusieurs fois par jour. Après être devenues très rares depuis la suppression des vertiges; elles se répétèrent assez fréquemment dans les deux dernières semaines de l'emploi du zinc; elle semblaient en quelque sorte remplacer les autres genres de crises.

On comprend maintenant pourquoi, en vue d'une amélioration marquée, j'hésitais à suspendre la médication spécifique; il le fallait cependant pour ne pas risquer de compromettre la santé générale de notre intéressante malade.

J'administrai 31 grammes de pilules Vallet en 40 jours, du 20 mars au 7 mai; je débutai par 40 centig. par jour; dès la seconde semaine, j'arrivai à 60 centig., et dès la troisième à 90 centig., dose qui fut continuée jusqu'à la fin de cette cure.

Sous l'influence du fer, l'appétit augmenta d'abord, puis successivement tous les symptômes de chlorose se dissipèrent; le pouls, qui était encore à 100 à la fin de la première semaine, était graduellement tombé à 70 à la fin de la cinquième; il était à 56 quand je terminai la cure. La seule incommodité procurée par le remède fut de la constipation.

Pendant l'emploi du fer, il ne reparut pas d'attaques, mais les vertiges, qui ne s'étaient pas montrés depuis 36 jours quand nous cessâmes le zinc, reparurent vers la seconde semaine de l'emploi du fer; les secousses continuèrent, mais peu fréquentes.

La chlorose guérie, je me hâtai de revenir au traitement antiépileptique. Cette seconde cure d'oxyde de zinc dura onze semaines et demie, du 7 mai au 27 juillet. On employa, pendant ce temps, 110 grammes du médicament.

Il fut toujours administré en poudre, en quatre doses par jour, sauf dans la première semaine, où, pour marcher plus vite, je prescrivis des poudres de 15 centig., et en fis prendre deux, puis trois, puis quatre dans la journée; pendant cette semaine, les nausées, tolérables, durèrent toujours depuis l'ingestion de la poudre jusqu'au repas suivant. Malgré cette incommodité, je passai dès la seconde semaine à 1,10 gram. par jour; dans la troisième à 1,30; puis la tolérance étant parfaite, dans la quatrième à 2,00, dose qui fut soutenue jusqu'à la fin. Les époques avaient été convenables en mai; mais elles manquèrent en juin et furent remplacées par des hémorrhagies nasales qui se montrèrent deux fois par jour pendant quatre jours; à chaque écoulement Mlle N... me dit avoir perdu quelques onces de sang. En juillet, les époques vinrent au temps ordinaire, peu abondantes, et un peu pâles.

Nous avons dit que les attaques avaient cessé, pour ne plus revenir, dans le quatrième mois de la première cure de zinc; les vertiges, qui avaient cédé aussi un peu auparavant, avaient reparu dans la seconde semaine du traitement par le fer; il y en eut encore deux ou trois dans la seconde semaine de la seconde cure de zinc; mais ils disparurent alors définitivement.

A la fin du traitement, Mlle N... jouissait d'une parfaite santé; elle avait seulement de loin en loin un peu de céphalalgie, indisposition à laquelle elle était sujette depuis un grand nombre d'années. Il n'y avait aucun indice de chlorose; on en peut juger par l'épreuve suivante : Le 22 juillet, cinq jours avant la fin de la cure, elle fit à pied l'ascension de la montagne des Voirons, qui exige une marche en montant de plusieurs heures; elle revint également à pied; elle n'éprouva point de dyspnée et n'était pas plus fatiguée au retour que les plus robustes de ses compagnes.

(1) Observations 51 et 50, page 499.

J'ai insisté sur ces derniers détails parce qu'un médecin allemand, M. Michaëlis de Tubingen, dans un mémoire couronné par la Faculté de médecine de cette ville, a accusé l'oxyde de zinc de produire, par son emploi prolongé, l'anémie et le marasme (1). J'ignore si l'auteur fonde cette assertion sur des observations faites sur l'espèce humaine, et non pas seulement sur des animaux. Pour moi, je n'ai jamais observé rien de semblable, même dans des cures bien plus prolongées que celle de Mlle N... Le zinc, que j'ai employé dans un très grand nombre de cas, a toujours été pour moi un remède parfaitement innocent, à quelques incommodités près qui n'empêchent pas, le plus souvent, de continuer à accroître la dose du médicament.

Notre jeune épileptique est la seule où j'aie observé la chlorose dans le cours d'une cure de zinc. Cette affection m'a paru dans ce cas, tout à fait accidentelle; elle ne s'est point montrée de nouveau pendant la seconde cure qui a duré près de trois mois, et elle s'est manifestée au contraire en novembre 1851, plus de deux ans après le traitement antiépileptique.

Mlle N..., que j'ai revue récemment, n'avait eu aucun ressentiment de ses attaques, ni de ses vertiges; elle restait sujette, seulement de loin en loin, à des soubresauts; mais quoique ce symptôme se lie évidemment dans beaucoup de cas à l'épilepsie, il n'est pas rare de le rencontrer surtout au lit chez des personnes jouissant d'une excellente santé. Notre ancienne malade est donc guérie depuis plus de quatre ans, et tout fait présumer que la guérison sera solide. Le traitement, non compris la cure de fer, avait duré trente semaines, ou sept mois; la quantité de zinc employée avait été de 250 grammes.

Avant de terminer, il est convenable d'examiner une objection qui peut naître dans l'esprit de quelques lecteurs, puisque je me la suis adressée à moi-même. Le fer n'a-t-il pas joué un rôle, peut-être le principal, dans la guérison de cette épilepsie? Un examen attentif de la marche du mal répondra à cette objection. D'abord on a pu voir que, pendant la première cure de zinc, les attaques, qui revenaient auparavant deux fois par mois, n'ont reparu, depuis les premiers jours de la cure, qu'à 57 jours de distance. Les vertiges, qui également se montraient trois ou quatre fois par semaine, avaient complètement cessé depuis plus d'un mois, lorsqu'on commença le fer. Dans la seconde semaine de l'emploi des pilules Vallet, ils se montrèrent de nouveau, ainsi que dans les premiers jours de la cure de zinc, mais dès ce moment ils disparurent pour toujours. Le fer, qui fut si utile à la santé générale de Mlle N..., non seulement n'a pu guérir l'épilepsie, mais n'a pu empêcher la réapparition des vertiges que le zinc, repris à nouveau, enleva rapidement.

Ce cas, en raison du petit nombre des attaques (neuf ou dix), pouvait être considéré comme favorable; et ceux qui ont lu mes observations publiées trouveront celle-ci d'un intérêt médiocre. Il y avait pourtant cette circonstance peu avantageuse que l'épilepsie, au début du traitement, datait de quatre ans et demi, et qu'en y comprenant une attaque arrivée le troisième jour de la cure, il y en avait eu cinq dans les trois derniers mois. Pour moi, ce ne fut pas sans une vive satisfaction que je vis cette jeune personne, aussi intéressante par son caractère que par sa jolie figure, être délivrée d'une maladie qui fait de ses victimes les objets d'une répulsion, sans doute bien injuste, mais qui n'en est pas moins générale.

Observation II. — Une jeune femme, portière dans mon voisinage, conduit chez moi, le 17 novembre 1848, sa fille qui est atteinte d'épilepsie. Louise, dont les parens sont Savoyards, est âgée de 2 ans; elle est petite et bien faite; elle a les cheveux châtains, les yeux bruns, de l'embonpoint et une bonne coloration. Elle est intelligente, mais arriérée pour le langage; capricieuse et entêtée : à la moindre contrariété, elle a des crises de pleurs qui vont parfois jusqu'à la suffocation.

Une cousine de l'enfant, issue de germaine du côté paternel, est épileptique.

La mère était enceinte de huit mois, quand survint la révolution de Genève du 7 octobre 1846; elle eut ce jour-là d'affreuses angoisses et de grandes terreurs; et elle est restée très nerveuse depuis cette époque.

La petite qui n'offre, du reste, aucun signe de rachitisme, a la fontanelle antérieure presque aussi ouverte qu'un enfant naissant. Sa santé, en dehors de la maladie que nous allons décrire, a toujours été bonne. Louise était en nourrice à quelques lieues de Genève, quand parurent les premières crises; sa mère ne peut m'en fixer le début avec exactitude; ce dont elle est sûre, c'est qu'elles ont commencé avant l'âge de six mois, au printemps de 1847.

Pendant la première année de la maladie, il n'y eut qu'une ou deux attaques par semaine; dans les six mois suivans, elles devinrent un peu plus fréquentes; cependant, il n'en est jamais survenu plus de trois par semaine; quelquefois il n'y en a eu aucune. Mais, depuis le commencement de septembre dernier, elles se sont notablement rapprochées : on en a compté quatre ou cinq dans l'avant-dernière semaine, et douze dans les cinq derniers jours.

Les attaques arrivent presque toujours dans la journée, et le plus souvent le matin.

Voici la description de ces crises, que la mère, femme intelligente, m'a répétée à plusieurs reprises, sans aucune variation : Très rarement l'attaque commence par un cri; l'enfant pleure et dit : *bobo, bobo*, se raidit, s'évanouit, et tombe si on ne la retient pas. Les yeux sont fixes, ouverts ou fermés; les bras contracturés, tantôt dans la flexion, tantôt dans l'extension; les mains sont quelquefois ouvertes et les doigts convulsivement étendus, quelquefois les poings sont fermés; les membres craquent parfois. La respiration est suspendue, et la face violette. La connaissance est perdue. Il n'y a ni secousses convulsives, ni gargouillement, ni râle, ni émission de salive écumeuse ou liquide. L'enfant finit par s'affaisser, grogner un peu, puis s'endormir; le sommeil consécutif dure quelquefois deux heures.

Ce sont, comme on le voit, des attaques exclusivement toniques.

Je fis commencer immédiatement une cure d'oxyde de zinc. On n'avait fait jusqu'alors aucun traitement.

Cette cure dura vingt-cinq semaines et demi (près de six mois), du 17 novembre 1848 au 12 mai 1849. Elle fut suivie avec toute l'exactitude désirable, puisqu'il n'y eut, dans toute cette période, que deux lacunes, l'une de trois et l'autre de quatre jours, pendant lesquels l'enfant ne prit pas de remède.

Le zinc fut administré en poudre, mélangé avec du sucre, et donné en trois ou quatre prises par jour. La quantité de zinc employée fut de près de 200 grammes.

La dose initiale journalière fut de 0,20 centig.; la dose maximum et finale de 1,80. Cette dernière quantité fut atteinte au milieu du troisième mois, et continuée sans variations jusqu'à la fin.

A 20 centig. l'enfant témoigna d'abord de la répugnance à prendre ses poudres; une fois il y eut un vomissement; mais la tolérance s'établit bientôt. A 30 centig. aucun malaise. A 40 centig., de temps en temps un peu de diarrhée; cette incommodité assez fréquente chez les enfans qui font usage de l'oxyde de zinc en quantité un peu élevée, ne se montra que rarement plus tard, malgré l'accroissement successif des doses. A 50 centig., tolérance parfaite. A 65 centig., retour de la nausée le premier jour et de la diarrhée les deux ou trois jours suivans. A 75 centig. des nausées et un seul vomissement dans la première semaine; mais dès la seconde, à cette quantité, il n'y eut aucun malaise. Il en fut de même d'abord de la dose de 1,80 centig.; mais, après quelques jours, il survint des nausées et un vomissement chaque soir; cependant, dès la troisième semaine, la tolérance s'établit et se soutint jusqu'aux approches de la fin du traitement, c'est-à-dire pendant près de trois mois. Enfin, l'enfant prit peu à peu du dégoût, puis une répugnance de plus en plus forte contre ces poudres, les vomissemens arrivèrent, et je me décidai à laisser là le remède, la cure d'ailleurs me paraissant avoir été suffisamment prolongée.

L'appétit fut variable pendant le traitement; mais je vis se confirmer cette remarque de la mère, que l'inappétence était l'effet des attaques rapprochées et non pas du médicament. La cure achevée, la santé de la petite Louise était parfaite; ses incommodités signalées dans les derniers jours de l'emploi du zinc ayant cessé en même temps que son usage.

L'épilepsie fut peu modifiée dans sa marche pendant les premiers mois du traitement : il y eut vingt-cinq attaques dans le cours du premier et vingt-deux pendant le second; c'était un progrès comparé à la semaine qui avait précédé la cure, où douze attaques s'étaient montrées en cinq jours; mais c'était plus encore que dans les mois antécédens, où, d'après la mère, il n'y avait guère eu, en moyenne, que deux crises par semaine. Dans le troisième mois, il n'y en eut que sept; et une seule dans le quatrième. A dater du milieu de février, il y eut un intervalle de vingt-trois jours, puis une attaque le 7 mars, qui fut la dernière.

Les crises, qui eurent toujours lieu de jour, ne se montraient pas toujours isolées; il y en eut une fois, le 7 décembre, trois en moins d'une heure; on en compta sept le 11 du même mois. Les paroxysmes furent constamment précédés ou suivis d'une intervalle plus long qu'à l'ordinaire entre les attaques; intervalle qui, cependant, dans les deux premiers mois, ne dépassa pas huit jours.

Les attaques continuèrent toujours à être de même nature, c'est-à-dire bornées aux convulsions toniques; il n'y eut jamais d'écume, de râle ni de gargouillement; mais leur intensité et leur longueur furent variables; toutes les fois que les attaques étaient très rapprochées, elles étaient plus légères et plus courtes; les signes d'asphyxie étaient moins prononcés; la face rougissait, mais ne devenait pas *bleue*, comme disait la mère. Dans une de ces crises légères, la femme F... prétend que sa fille ne cessa pas de crier pendant toute la durée de la convulsion. Quand les attaques étaient plus éloignées, elles étaient plus longues et plus fortes.

On me signala de temps en temps quelques détails particuliers de certaines crises. Ainsi, le 30 janvier, l'invasion ne fut pas subite : l'enfant portait la main à sa bouche. *Qu'as-tu?* lui dit sa mère. *J'ai bobo.* Et une seconde après, elle prit une attaque. Une autre, le 11 décembre, fut précédée d'une hallucination. Louise jouait avec son frère. *Eh! le chien! le chien!* s'écria-t-elle (il n'y en avait point là); elle se raidit et chuta.... Dans quelques attaques, elle ouvrit et ferma alternativement les mains.

Depuis le 7 mars 1849, Louise, qui habite toujours dans mon voisinage, et que j'ai revue quelquefois pour des indispositions passagères, n'a pas éprouvé le moindre ressentiment de sa maladie. Elle est donc guérie depuis plus de quatre ans.

Ce fait me paraît offrir de l'intérêt à plusieurs points de vue.

Notons d'abord la nature des crises : une attaque d'épilepsie se compose ordinairement de quatre stades, la période tonique ou tétanique, la période clonique ou de secousses, celle de coma, enfin celle de retour. Ici, la seconde période a constamment manqué; jamais il n'y a eu de secousses ni même de tremblement appréciable; il n'y a pas eu non plus, quoique cela n'arrive pas toujours dans cette espèce de crises, de gargouillement, d'écume, ni même d'émission de salive filante. Si on voulait, en raison de cette modification dans la marche ordinaire des attaques, jeter quelques doutes sur le diagnostic, on se tromperait; on trouvera dans mon ouvrage des exemples d'épileptiques chez qui les crises se montraient alternativement sous la forme la plus générale et sous la forme exclusivement tonique; on y rencontrera des cas servant de transition entre les deux espèces, et où un léger tremblement remplaçait les secousses. On verra même des cas où des attaques, d'abord toniques, se sont peu à peu transformées en attaques cloniques. Cette première forme constitue la seconde espèce de ma classification, sous le nom d'attaques toniques.

Cette observation nous fournit encore une preuve, bien plus frappante que le cas qui précède, de l'innocuité de l'oxyde de zinc. Près de 200 grammes de ce médicament administrés en six mois, la dose de 1,80 grammes par jour, soutenue pendant plus de trois mois, tout cela chez un enfant de deux ans et demi, sans aucune altération réelle dans la santé générale; voilà, ce me semble, de quoi rassurer, dans l'emploi de ce remède, les praticiens les plus timides.

Ce ne fut qu'après deux mois et demi passés de traitement, et l'emploi de 60 grammes d'oxyde, qu'une amélioration un peu marquée se manifesta; ce ne fut qu'au bout de quatre mois et de 110 grammes, que la maladie céda définitivement. On comprend pourquoi le zinc, après avoir été préconisé par des médecins recommandables, a pu échouer fréquemment, alors qu'on avait pas encore donné, comme je l'ai fait, des directions sur la durée que doit avoir une cure d'essai faite avec ce remède. Avant que l'expérience m'eût éclairé sur ces deux élémens de traitement, je n'aurais certainement pas persévéré aussi longtemps; je ne serais pas arrivé chez Louise à de semblables doses, et j'aurais abandonné trop tôt le remède auquel elle a dû sa guérison.

J'ai établi, d'après l'observation, comme règle du pronostic de l'épilepsie, qu'il était favorable chez les malades ayant eu en tout moins de 100 attaques, et que dans ces cas la grande majorité des malades pouvait être guérie; que les épileptiques, ayant eu de 100 à 500 attaques, offraient des chances peu favorables, et que dans cette catégorie la moitié seulement des malades guérissaient; enfin qu'après 500 attaques il n'y avait presqu'aucune chance de guérison. Louise, qui a eu environ 150 attaques avant le traitement et 55 pendant sa durée (total : 200 à peu près), se trouvait dans la catégorie peu favorable; aussi, nous avons vu que le mal a cédé difficilement, et qu'il a fallu, pour la guérir, de hautes doses, beaucoup d'exactitude et une longue persévérance.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 1er Juin 1853. — Présidence de M. Guersant.

M. Larrey dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Chapelle, de Saint-Mâlo, une observation d'éclampsie pendant le travail d'accouchement, terminée par une application de forceps (insertion au Bulletin).

M. Larrey a reçu, en outre, de M. le dr Szokalski, un travail sur le traitement de la fracture de la clavicule par le soulèvement immédiat de l'épaule, qu'il a été chargé de remettre à la Société. (Comm. MM. Lenoir, Forget et Giraldès.)

Le même membre a reçu, enfin, de M. le docteur Junghen, de Berlin, un travail imprimé sur l'emploi du chloroforme dans le traitement des affections des yeux. (Ce travail sera l'objet d'un rapport verbal.)

M. Marjolin dépose également sur le bureau un mémoire écrit en allemand (le nom de l'auteur nous échappe), sur un cas d'anévrysme de l'artère fessière, guéri par la ligature de l'iliaque commune. (M. Broca, rapporteur.)

Tumeur enkystée du sein; — polypes du rectum.

M. Forget lit, au nom d'une commission, un rapport sur un travail de M. le docteur Dufresse-Chassaigne (de la Charente), ayant pour sujet deux nouvelles observations de polypes du rectum, et une observation de tumeur enkystée du sein droit. A ce travail est jointe une lettre dans laquelle l'auteur sollicite le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

Voici le résumé analytique de l'observation de tumeur enkystée du sein :

Une femme âgée de 37 ans, reçoit un coup dans le sein; douleur vive et immédiate, ecchymose diffuse; disparition en quelques jours de toute trace de contusion; cependant le sein resta un peu plus volumineux qu'auparavant, et une pression, même légère, y déterminait une douleur sourde.

Pendant quatre ans, les choses restèrent à peu près dans le même état. Au bout de ce temps, une petite tumeur mobile, un peu douloureuse au toucher, et surtout à la pression, ne s'accompagnant ni de rougeur, ni de chaleur, sans aucun signe d'inflammation, se montra dans l'épaisseur du sein. Plusieurs praticiens, consultés sur la nature de cette production morbide, furent d'avis qu'elle était cancéreuse.

Depuis dix-huit mois, la tumeur existait, lorsque M. Dufresse Chassaigne, au mois de janvier 1852, fut à son tour appelé à voir la malade. La tumeur avait alors acquis le volume d'une orange globuleuse, arrondie, inégale; elle occupait la moitié externe du sein; dure, rénitente; elle adhérait à la peau qui était amincie dans une certaine étendue. En arrière, elle adhérait fortement; quelques élancemens s'y faisaient sentir; le mamelon était sain et la moitié interne du sein n'avait éprouvé aucune altération. Dans le creux de l'aisselle, il existait un ganglion lymphatique engorgé et du volume d'une petite noix. Du reste, santé générale bonne.

En présence de ces caractères, M. Dufresse pencha d'abord vers l'avis des premiers consultans; toutefois, à un second examen, il crut reconnaître une fluctuation sourde, profonde, qui lui donna l'idée d'une tumeur enkystée contenant un liquide. Pour établir le diagnostic d'une manière plus précise, il proposa une ponction exploratrice qui fut refusée, la malade disant que dans l'incertitude elle préférait être débarrassée immédiatement de sa tumeur.

L'opération fut pratiquée le 13 janvier; la peau fut sacrifiée au-delà des limites du mal, ce qui nécessita l'ablation du mamelon. Aucune particularité, d'ailleurs, ne se présenta, sinon celle d'être obligé d'em-

(1) *Gazette médicale de Paris* du 25 septembre 1852.

porter une partie de l'épaisseur du muscle grand pectoral, auquel adhérait fortement la base de la tumeur.

A l'examen anatomique, on reconnut que *toute la tumeur était constituée par une cavité qui récélait un liquide transparent, de couleur citrine, et qui était tapissée par une membrane d'aspect séro-muqueux*. Les parois de cette cavité étaient de l'épaisseur de 5 à 6 millimètres, durcies, criant sous le scalpel comme le tissu *lardacé*. Ces diverses circonstances, au dire de l'auteur, dénotaient que l'injection iodée aurait complètement échoué, que l'extirpation était le seul moyen d'en débarrasser cette femme, attendu qu'elle participait du kyste et du cancer.

L'opération eut une heureuse issue, en moins de dix jours la guérison fut complète.

Telle est la relation sommaire de l'observation de M. Dufresse Chassaigne.

Malgré le résultat final de cette observation qu'elle a d'ailleurs trouvé exprimé d'une façon par trop laconique, votre commission, ajoute M. le rapporteur, n'a pas cru qu'elle dût s'associer à toutes les vues de l'auteur et donner, comme exemple à suivre, et de tout point invariable, la conduite qu'il a tenue dans cette circonstance. Elle s'est demandé si, dans l'espèce, il n'y aurait pas mieux à faire que ce qui a été fait, et si le même but, c'est-à-dire la guérison, n'eût pas été atteint par une voie plus simple, moins dangereuse et plus conforme aux préceptes de l'expérience.

Sans vouloir faire du diagnostic *à posteriori*, c'est-à-dire sur le vu de la pièce anatomique, elle ne croit pas, s'en référant exclusivement aux termes mêmes de l'observation, qu'il y eût des raisons suffisantes d'admettre d'emblée, avec les premiers consultans, l'existence d'un cancer. Elle se fonde dans son opinion sur le mode d'apparition de la tumeur, sur son origine traumatique, sur sa forme globuleuse, sur sa consistance, sur son état habituellement indolore; rapprochant ces données des conditions d'âge et de santé de la malade, qui, si elles n'excluent pas d'une manière absolue le développement d'une affection cancéreuse; sont néanmoins beaucoup plus compatibles avec celui d'une lésion organique d'une nature plus bénigne. Mais il est un caractère qui a surtout frappé la commission, c'est la circonscription de la tumeur à la moitié externe de la mamelle; celle-ci conservant une intégrité parfaite dans sa moitié interne, le mamelon restant également sain de son côté.

Mais il y a plus, M. Dufresse Chassaigne a perçu, ou du moins a cru percevoir la sensation d'une fluctuation profonde, qui, jointe, dit-il, à l'origine de la maladie et à la manière dont elle s'était développée, lui donnèrent l'idée d'un kyste. Vous voyez qu'il touchait à la vérité; un pas de plus et il y arrivait. Pourquoi donc s'est-il arrêté en chemin? Pourquoi s'est-il mis en demeure d'opérer, comme s'il s'agissait d'un cancer, sacrifiant une grande étendue de peau, et avec elle le mamelon et sans doute une portion du tissu mammaire qui était demeuré intact? Est-ce la présence dans l'aisselle d'un ganglion lymphatique engorgé? ou sont-ce les adhérences de la tumeur par sa base, qui l'ont décidé à agir ainsi? Nullement: et pour lui comme pour nous, sans doute que ces deux dernières circonstances n'auraient pas suffi pour dissiper tous les doutes, et démontrer l'existence d'une tumeur réellement cancéreuse.

M. Dufresse, s'il faut l'en croire, s'est arrêté au moment de compléter son diagnostic, devant le refus de sa malade de se soumettre à une ponction exploratrice, préférant, disait-elle, être débarrassée une bonne fois de sa grosseur.

Certes, Messieurs, votre commission n'ignore aucune des difficultés de la pratique; elle sait qu'il est un parti pris, chez certains malades, qu'il faut savoir respecter et subir; mais elle sait aussi qu'il est des répugnances qu'il est du devoir du chirurgien d'éclairer, de raisonner, et qu'à défaut de pouvoir persuader, il ne faut pas craindre de heurter de front, lorsqu'il y va du salut des malades. En cédant trop promptement au désir irréfléchi et à la volonté aveugle de ceux-ci, on est exposé à commettre des erreurs de diagnostic qui peuvent leur être préjudiciables, en conduisant à substituer à une méthode thérapeutique plus simple et non moins efficace, une autre méthode beaucoup plus compliquée et entourée de dangers plus sérieux.

Pour nous, c'est ce qui est arrivé pour la malade de notre confrère, qui, éclairé par la ponction exploratrice, n'eût pas, à coup sûr, pratiqué l'amputation partielle du sein et excisé une portion du muscle grand pectoral pour une tumeur constituée tout entière, comme il le dit lui-même, par une kyste à parois dures et épaisses.

Je sais bien qu'un peu plus loin, dans la description anatomique de la tumeur, l'auteur ajoute qu'il n'y avait pas d'autre voie de guérison pour la malade que l'amputation, *attendu que la maladie participait en même temps du kyste et du cancer*. Mais où est la preuve de cette dualité morbide? Ni dans la partie clinique du fait, ni dans l'anatomie pathologique, nulle part on ne la trouve. Aussi, nous croyons-nous fondé à dire que cette dernière affirmation de l'auteur n'est nullement justifiée, et à considérer, d'après les documens que nous avons sous les yeux, la tumeur qui nous occupe comme un kyste séreux dont on explique sans peine et les adhérences avec le muscle grand pectoral, et l'induration des parois par une hypersécrétion liquide, plastique, et de matière fibrineuse dans les tissus ambians, sous l'influence de l'inflammation chronique dont ils ont été le siége. Cette disposition a été signalée par Ast. Cooper, dans la description qu'il a donnée de l'hydatide celluleuse de la mamelle, maladie que nous serions tenté de rapprocher de la lésion qui nous occupe.

Séparé d'opinion avec l'auteur, sur la nature de la maladie, on conçoit aisément que nous le soyons encore sur le traitement.

Pour lui, l'injection iodée n'offrait, dans le cas particulier, aucune chance de succès. Tout en reconnaissant que l'épaisseur et la dureté des parois du kyste eussent pu à la rigueur neutraliser l'action médicatrice de la solution d'iode, nous ne croyons pas cependant qu'elle serait une raison de l'exclure d'une manière absolue. La transparence du liquide contenu dans le kyste, en démontrant l'intégrité de la membrane qui la sécrétait, et l'absence de toute altération à sa surface, pouvait rationnellement conduire à l'emploi de cette méthode, et en faire encore espérer un bon résultat.

En tout cas, si l'on eût échoué, ou si, de prime-abord, on n'eût pas cru devoir la mettre en usage, nous eussions préféré alors l'incision et l'inflammation du kyste.

En résumé, l'observation de M. Dufresse, quoique laissant à désirer sous plusieurs points que nous avons discutés, et au sujet desquels nous nous sommes trouvé en désaccord avec l'auteur, n'en mérite pas moins de fixer l'attention, d'abord parce qu'elle met de nouveau en relief les difficultés de diagnostic des tumeurs du sein, parce qu'en outre, elle apprend à ne négliger aucun des moyens d'exploration dont l'art dispose pour éviter une erreur qui peut être préjudiciable au malade.

M. le rapporteur termine en proposant les conclusions suivantes:

1° Déposer aux archives l'observation de tumeur du sein;

2° Publier dans le Bulletin les deux observations de polypes du rectum;

3° Accorder à M. Dufresse-Chassaigne le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées, à l'exception de la dernière, sur laquelle la Société aura à statuer ultérieurement.

PRESSE MÉDICALE.

Archives générales de médecine. — Janvier, Février et Mars.

Sur une variété de la fracture de la trochlée humérale; par S. Laugier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

On sait que, d'après M. Malgaigne, les fractures du coude, c'est-à-dire celles qui pénètrent dans l'articulation comprennent les six variétés suivantes: 1° la fracture des deux condyles de l'humérus; 2° la fracture du condyle externe; 3° la fracture de la trachée ou du condyle interne; 4° les fractures de l'olécrâne; 5° les fractures comminutives du coude; 6° enfin les fractures de l'apophyse coronoïde. Cette classification serait irréprochable, dit M. Laugier, si on y trouvait la fracture de la trochlée, distinguée de celle du condyle interne ou du moins comprenant deux espèces: l'une dans laquelle le condyle interne avec la trochlée est séparé du reste de l'os; l'autre, dans laquelle la trochlée est fracturée seule, de telle sorte que les deux condyles restent immobiles sur la diaphyse et entr'eux.

M. Laugier fait encore cette remarque de la relation d'un fait, recueilli par lui chez une jeune fille de 17 ans, qui avait fait une chute sur la main, et termine en récapitulant les signes positifs et négatifs qui donnent à cette variété de fracture du coude une existence à part. Ses caractères sont les suivans:

1° Elle peut être produite dans une chute sur la paume de la main;

2° Elle laisse aux mouvemens passifs de l'avant-bras sur le bras toute leur étendue;

3° Dans l'extension des membres, elle s'accompagne de l'inclinaison de l'avant-bras sur le bras en dedans, à angle très obtus, dont le sommet répond au-dessous de l'épitrochlée;

4° En forçant cette inclinaison, on reconnaît une mobilité transversale anormale et une crépitation osseuse manifeste;

5° Il n'y a aucun déplacement du cubitus en arrière ou en dedans;

6° L'olécrâne est immobile sur le cubitus;

7° Les deux condyles de l'humérus sont immobiles soit sur cet os, soit entr'eux.

VARIÉTÉS.

NOTE SUR LES TERRES COMESTIBLES; par le docteur Ehrenberg.

On sait que l'on connaît en Chine, depuis les temps les plus reculés, diverses espèces de terres comestibles, et il est présumable que plusieurs d'entre elles sont mêlées de ces biolithes tripolitains d'eau douce, mixtes ou purs, c'est-à-dire de ces espèces de terres ou de pierres dont les élémens consistent principalement en des débris d'animaux microscopiques. M. Biott a lu en 1839, à l'Académie des sciences, un mémoire dans lequel il a rassemblé tout ce qui était connu sur ce sujet, ainsi que les indications empruntées aux livres chinois et japonais, que son fils l'orientaliste lui avait fournis. M. Ehrenberg a obtenu de son côté, de M. Schott (de Berlin), les notions suivantes empruntées aux livres chinois.

Dès l'an 744 après J.-C., il est parlé dans les livres chinois d'une moelle jaune et d'un liquide gras contenu dans une pierre blanche et appelés pour cela les grains, la moelle, le mucilage du blanc Yü. Une autre substance, susceptible de prolonger la vie, le schi-nao, se trouve, est-il dit, dans une pierre très molle, hoa-shi, que l'on suppose être la stéatite. Toutefois, ces terres alimentaires ne paraissent avoir été employées à titre de subsistance que dans le cas de famines, si communes du reste dans ce pays. En 744, en 809, en 1012, en 1062, en 1080, et plus récemment de 1831 à 1834, il est parlé de l'usage que les populationt pauvres ont fait de ces terres pour soutenir quelques jours leur malheureuse existence.

Le point important des recherches de M. Ehrenberg roule sur l'analyse de ces terres alimentaires, et si l'on peut conclure de l'analyse des deux échantillons qu'il a eus à sa disposition, toutes les substances semblables appartiennent aux dépôts anté-diluviens, dont quelques-uns paraissent être de véritables tripolis, des biolithes d'infusoires d'eau douce, tandis que d'autres sont des mélanges d'argile ou de vraies argiles.

Le premier échantillon qu'il a examiné, et qui provenait des missions françaises en Chine, était d'un blanc semblable à de la chaux, mais aussi léger que de la mousse de mer, un peu gras au toucher sans tacher les doigts, et très fragile. La cassure avait une couleur de rouille, mais seulement au niveau d'une fissure. L'analyse n'y a révélé que du silicate d'alumine, sans aucune trace de matière organique.

Le second échantillon, dont la teinte variait du gris au jaune de soufre, ressemblait à une argile très fine et était formé de sable quartzeux, au milieu duquel on trouvait de petits cristaux gris et blancs, du mica, des phytolithaires, et ça et là des traces de coquille de polygastriques, et des empreintes siliceuses des coques pierreuses des polythalamia. C'était donc une substance marneuse ou argileuse. Tous les phytolithaires étaient dans cet état poreux et corrodé qu'ils offrent dans les terrains tertiaires anté-diluviens.

(*Pharm. central Blatt* et *Pharm. journal.*)

COURRIER.

La Société centrale de médecine du département du Nord, dans sa séance du 22 janvier 1853, a mis les questions suivantes aux concours:

1° (Médecine.) Faire l'histoire de l'angine de poitrine et établir son traitement sur des faits bien authentiques.

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 100 fr.

2° (Chimie et pharmacie.) Rechercher, au moyen de l'analyse chimique, quelle est la partie des plantes narcotico-âcres jusquiame, belladone, stramonium, ciguë (*conium maculatum*), aconit, tabac, qui contient à poids égal, abstraction faite de l'eau de végétation, la plus grande quantité de l'alcaloïde auquel chacune d'elles doit ses propriétés médicales caractéristiques;

Déterminer l'époque à laquelle ses parties atteignent leur maximum de richesse;

Si la dessication apporte quelques modifications dans la composition, et par suite dans les propriétés de la plante fraîche.

Quelle est la préparation pharmaceutique qui contient et conserve, dans le plus grand état d'intégrité et en plus grande quantité, sous le moindre volume, les principes actifs du végétal?

Les concurrens devront faire connaître l'ordre et la méthode suivis dans leurs recherches, ainsi que les procédés d'analyse employés.

Le prix sera également une médaille d'or de la valeur de 100 fr.

3° (Chirurgie.) Parallèle entre les différens modes de traitement des fractures du fémur.

Le prix sera une médaille d'argent.

4° (Hygiène.) Faire connaître les maladies qui affectent le plus généralement les ouvriers des campagnes, pendant ou après les travaux de la moisson; indiquer les moyens de les prévenir.

Prix: médaille d'argent.

5° (Médecine vétérinaire.) Rechercher les meilleurs moyens de connaître, de prévenir ou de guérir l'épizootie de pleuro-pneumonie qui règne, depuis un grand nombre d'années, sur l'espèce bovine dans le nord de la France.

Prix: médaille d'argent.

Enfin, la Société accordera une récompense aux auteurs des meilleures observations de cliniques médicale ou chirurgicale recueillies en 1853, dans les hôpitaux ou hospices civils et militaires de Lille.

Les mémoires, écrits très lisiblement en latin ou en français, doivent être adressés *franco*, dans les formes académiques, à M. le docteur Pilat, secrétaire général de la Société, rue de l'Hôpital-Militaire, 54, à Lille, avant le 1er août 1853.

Les membres résidans de la Société sont seuls exclus du concours.

Les concurrens pour les prix sont tenus de ne point se faire connaître; ils doivent distinguer leurs mémoires par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leurs noms et leur adresse. Si ces conditions ne sont pas remplies, leurs ouvrages seront exclus du concours.

— M. le docteur N. Henry, médecin à Arnaville (Meurthe), réclame pour lui la première idée du télégraphe électrique, qui aurait ainsi une origine toute française.

Une telle priorité serait trop honorable pour la profession, pour que nous ne nous empressions pas de faire connaître les motifs sur lesquels l'auteur fonde ses droits:

En 1836, à Amiens, M. Henry avait établi une correspondance par lignes électriques avec M. Lapostolle, chimiste distingué. M. Lapostolle possédait, hors des murs de la ville, un jardin dans lequel on plaça l'extrémité d'un fil de fer qui allait s'attacher à une machine électrique disposée chez M. Henry, son voisin. L'observateur attendait à l'extrémité du fil l'étincelle qui courait sur la ligne de fer. Un choc apparaissait-il, c'était un A, deux c'était un B, trois un C, et ainsi de suite. M. Henry crut devoir faire connaître sa découverte à M. le ministre du commerce et des travaux publics, par une lettre du 8 août 1836.

Voici la réponse qu'il reçut:

« Paris, le 31 octobre 1836.

» J'ai fait mettre sous les yeux des membres du Comité consultatif des arts et manufactures, attaché à mon département, la description du télégraphe électrique que vous m'avez adressée en août dernier. Le Comité, après avoir pris connaissance de vos moyens et procédés, pense qu'ils ne pourraient être appliqués en grand, et qu'ils n'atteindraient pas le but que vous vous proposez. D'après cet avis, vous jugerez sans doute qu'il n'y a pas lieu de s'occuper plus longtemps du système (télégraphe électrique) qui fait l'objet de votre mémoire.

« Pour le ministre secrétaire d'État:

» Le directeur, Vivien. »

La réponse du ministre du commerce et des travaux publics découragea M. le docteur Henry, qui ne continua pas ses expériences. D'autres s'en emparèrent, et aujourd'hui, ce que le Comité consultatif des arts et manufactures regardait, en 1836, comme impraticable, est pratiqué partout. Avis aux comités quelconques.

— S. M. la reine d'Angleterre vient de conférer à M. le dr Olliffe, médecin de l'ambassade anglaise à Paris, le titre de chevalier (*knight*) du Royaume uni de la Grande-Bretagne et d'Irlande.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Hardy, médecin de l'hôpital St-Louis, commencera, mardi prochain 21 juin, à 8 heures du matin, un cours sur les maladies de la peau, et le continuera les mardis de chaque semaine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltesteet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 73. SEPTIÈME ANNÉE. Mardi 21 Juin 1853.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An...............	32 Fr.
6 Mois.............	17
3 Mois.............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS: Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE L'INFLAMMATION PAR LES ENDUITS IMPERMÉABLES.

(Suite. — Voir le numéro du mardi 7 Juin 1853.)

2° Destination physiologique de la chaleur animale.

La destination physiologique de la chaleur animale est le pivot de la doctrine de M. Robert-Latour. Assurer la progression du sang dans le réseau capillaire, telle est cette destination, et de là procède l'inflammation même. Ce sont deux faits corrélatifs et inséparables ; c'est la pathologie liée à la physiologie, car une faculté vitale ne saurait se montrer dans un organisme, sans y déployer du même coup une aptitude morbide. Celle-ci est l'expiation de celle-là.

Entrons dans quelques développemens sur ces propositions, dont nous n'avons pas besoin de signaler le haut intérêt au lecteur. Sans chaleur point de circulation capillaire, dit l'auteur. On comprend que de ce point de vue il ne puisse être satisfait d'aucune des théories régnantes sur la circulation capillaire. Aussi attaque-t-il la doctrine d'Harvey, reprise par M. Magendie, qui, l'appuyant d'intéressantes vivisections, et la complétant par la rétraction élastique des artères, a rallié un grand nombre des partisans, à la théorie qui fait cheminer toute la masse sanguine par les seules contractions du cœur. Il n'est pas plus satisfait de la contractilité organique de l'école de Bichat, et bien moins encore de la spontanéité des mouvemens dont Dœlinger et Kaltenbrunner ont investi les globules sanguins. A la chaleur animale, dit-il, le droit de vider seule un tel procès. « Observez, au microscope, la circulation capillaire de la grenouille ; observez-la dans des conditions diverses de température ; vous verrez la progression du sang subir une multitude de variations ; et, thermomètre vivant, l'animal vous exprimera, par la marche plus ou moins rapide des globules sanguins, le degré de la chaleur atmosphérique. C'est ainsi qu'en hiver, vous n'apercevez dans la membrane interdigitaire, qu'un petit nombre de vaisseaux dans lesquels roulent lentement de rares globules ; et souvent même vous pouvez reconnaître que la circulation se trouve, dans cette région, absolument suspendue ; tandis qu'en été, par une forte chaleur, cette circulation est partout dans la plénitude de son activité. » Ce fait avait été observé par plusieurs physiologistes, mais personne, avant M. Robert-Latour, n'en avait induit la différence de la circulation sanguine, suivant que l'animal est doué ou non d'une température propre. Une expérience ingénieuse vient mettre en évidence le rôle que joue la chaleur dans la circulation capillaire. Laissons encore parler l'auteur :

« Disposez au foyer du microscope la patte d'une grenouille, vous verrez le sang passer des artères dans les veines, et, par sa marche saccadée, traduire, même dans ces tuyaux de retour, les contractions du cœur ; vous verrez ce liquide s'arrêter alternativement, et cheminer suivant le calme ou l'agitation de l'animal. Dans de telles conditions, approchez un fer incandescent de cette patte ainsi placée sous la lentille de votre instrument. Tout à coup, les globules sanguins accélèrent leur marche, ils cheminent par une progression continue et non saccadée comme les contractions du cœur ; et, par cet artifice, imprimant à la circulation capillaire d'un animal sans chaleur, le mécanisme de la circulation capillaire de l'animal à température propre, vous faites ressortir les rapports de la chaleur organique avec le mouvement du sang. Et votre conviction ne peut rester incertaine, si, poursuivant l'expérience, vous élevez à un certain degré l'action du calorique : le sang alors finit par s'ouvrir un passage dans des vaisseaux qui, par leur ténuité, se dérobaient d'abord à la vue ; et dans ces voies nouvellement frayées, roule ses myriades de globules, les pousse et les précipite avec une vitesse que l'œil ne saurait suivre. Ravissant tableau ! qui nous montre la vie en exercice jusque dans la dernière molécule, comme pour nous en livrer les lois. »

Mais favoriser la progression du sang dans le réseau capillaire, n'est pas la seule mission confiée à la chaleur animale, elle prend part aussi à la distribution du sang dans les organes, à la condition qu'à l'égard de la chaleur, tous se maintiennent entre eux, constamment dans les mêmes rapports. Que si, rompant cet équilibre, la chaleur se trouve en excès dans un point, les vaisseaux sanguins, qui s'y distribuent, augmentent de calibre, sous l'empire de la dilatation du liquide ; et les colonnes qui se succèdent en vertu de la circulation, admises de plus en plus fortes dans ces tubes progressivement élargis, s'y dilatent, chacune à son tour, jusqu'à ce que la résistance des parois vasculaires distendues, puisse balancer l'action dilatante du calorique ; ou que, cédant enfin, ces parois se déchirent, et laissent échapper le sang dans la trame des tissus, témoignage trop certain de désorganisation. Voilà, dit l'auteur, l'inflammation à tous les degrés, depuis la simple injection sanguine, jusqu'à la gangrène.

Ici, nous entrons en plein dans le domaine de la pathologie, et nous allons suivre l'auteur dans l'exposition de sa doctrine de l'inflammation.

3° Pathologie de l'inflammation.

Les conditions de la circulation étant multiples, s'il ne suffit ni des contractions régulières d'un cœur normal, pour pousser les colonnes sanguines dans l'arbre artériel, ni d'une chaleur maintenue dans des limites déterminées, pour protéger le passage du sang à travers ses tuyaux les plus ténus ; s'il faut encore que ces tubes de tout calibre, soient parfaitement exempts d'altération textile, et que, garantis de la moindre gêne, ils soient libres dans toute leur étendue, et jusque dans leurs divisions les plus délicates ; s'il faut enfin que, sauvegardé dans sa composition chimique, le sang, en parcourant son trajet, ne trouve à contracter aucune combinaison, par laquelle puisse être altérée sa constitution élémentaire, on comprend que la congestion sanguine est un phénomène dont les causes sont fort diverses, et que ce phénomène est bien loin d'être constamment lié à l'inflammation proprement dite.

D'abord, M. Robert-Latour établit ce grand fait que les animaux dépourvus de température propre, ne sont pas susceptibles d'inflammation. Tous les troubles de la circulation produits chez eux par l'ammoniaque, l'eau salée et autres réactifs, s'accomplissent uniquement sous l'empire des affinités chimiques. Certains physiologistes se sont attachés surtout à établir comme phénomène essentiel du début de l'inflammation, la contraction des petites artères qui portent le sang dans la partie marquée pour le travail phlegmasique. Ils admettent que, retenu dans sa marche, par cette contraction, le sang engorge les tubes capillaires et les radicules veineuses dont il a bientôt produit la distension secondaire, pour peu qu'un tel état se prolonge, vient encore ajouter à la gêne circulatoire. M. Robert-Latour s'élève avec force contre cette doctrine qui conduirait, dit-il, à cette conclusion, que les vaisseaux capillaires s'engorgent alors qu'ils ne reçoivent plus

Feuilleton.

(SOCIÉTÉ PROTECTRICE DES ANIMAUX.)

RAPPORT SUR LE MARCHÉ AUX VEAUX DE LA VILLE DE PARIS.

Membres de la commission :

MM. DES ROZIERS, DE CHAMOY, MAUBERTIER, CLAQUEZIN et BLATIN, rapporteur.

Le marché, situé près du quai Saint-Bernard, est une halle ouverte et abritée en partie par un toit que supportent des piliers, reposant sur des dés en pierre. C'est là que sont amenés de différens points souvent forts éloignés, quelquefois de 15 et 20 kilomètres, les veaux qui servent à l'approvisionnement de nos abattoirs. Que leur transport ait lieu par les chemins de fer ou par toute autre voie, ils sont conduits au marché dans des charrettes ou des chariots qui les y déposent pour être immédiatement exposés en vente, s'ils arrivent le matin, ou bien pour être enfermés dans des caves dont nous parlerons bientôt, s'ils arrivent le soir ou pendant la nuit.

Ces véhicules, sur lesquels l'administration n'exerce aucune surveillance, n'ont rien de spécial dans leur aménagement, rien qui les rende plus commodes pour leur destination. Le seul but de ceux qui les conduisent, est d'entasser dans le moindre espace le plus grand nombre de veaux.

Quelques-uns les amènent debout et sans ligatures : mais le plus grand nombre les livrent garrottés aux *débardeurs*. Avant l'heure où les acheteurs se présentent, ces hommes sont chargés d'étaler la marchandise. Ils s'y prennent ainsi : parallèlement aux bords de la halle, sur des rangées régulières, les veaux couchés sur le dos et inclinés sur l'un des flancs, s'appuient les uns sur les autres. Ils sont entourés de paille fraîche qui forme autour d'eux un parement symétrique et bien aligné. L'observateur qui n'aurait pas assisté au placement de ces pauvres animaux, croirait, à les voir entourés de cette épaisse litière, qu'on n'a rien négligé pour leur bien-être. Mais qu'il devance l'heure où l'étalage est achevé : il verra les débardeurs saisir le veau par un pied, le renverser brusquement sur le pavé nu, où sa tête et ses membres se heurtent et se meurtrissent, car c'est ainsi, Messieurs, que l'on abat l'animal avant de le *courber*. Dès qu'il est à terre, on le maintient en lui appuyant un pied sur le cou tandis qu'on le garotte, en serrant ses jambes de derrière, et les réunissant à celles de devant, au moyen d'une cordelette fortement serrée. Les acheteurs arrivent et palpent le veau, l'examinant de manière à bien apprécier son poids et sa valeur. Un détail de cet examen nous a frappés : c'est celui qui consiste à s'assurer si la membrane muqueuse de la bouche, des paupières et des organes génitaux est suffisamment pâle. Si elle est rose, le veau se vendra mal, car c'est un indice que sa chair ne sera pas blanche et décolorée, comme l'exigent l'usage et la sotte routine. C'est-à-dire, que pour qu'un veau soit dans de bonnes conditions de vente, il faut qu'il présente aux plus haut degré les traces de la chlorose ; d'où le médecin peut conclure que cette viande dont les vaisseaux décolorés ne renferment que des sucs insipides, où la lymphe est prédominante, sera pour ses malades un aliment difficile à digérer, peu réparateur et par conséquent bien rarement utile. Et que sera-ce, Messieurs, quand l'animal qui le fournit aura souffert pendant de longues heures ou des jours entiers ; quand la fièvre aura flétri sa chair, vicié son sang, quand des ecchymoses ou des meurtrissures profondes auront infiltré ses tissus ; quand la gangrène fétide les aura désorganisés, ou quand des maladies internes et souvent contagieuses auront altéré profondément ses viscères ?...

Parmi les veaux exposés en vente, il en est peu qui n'aient les pieds tuméfiés et brûlans : beaucoup ont l'œil teint de sang, l'oreille chaude, et sont agités par la fièvre. Plusieurs ont la diarrhée ou la dyssenterie qui s'accompagne souvent de la sortie d'une partie de l'intestin rectum. La fatigue du voyage et l'étreinte prolongée de leur ligature donnent l'explication de cet état maladif. Q'importe ! ils seront vendus et mangés, s'ils trouvent un acquéreur. S'ils n'en trouvent pas, après être restés exposés là tout le jour, sans alimens et sans boisson, ils seront dégarrottés et poussés dans la cave, pour attendre le marché suivant.

Cette cave, ils n'y descendent pas ; ils y roulent en se meurtrissant aux angles des marches, en s'étouffant, pour franchir la porte étroite et unique qui y conduit. Parqués dans des souterrains obscurs, où l'air ne se renouvelle pas, où les urines et les excrémens s'infiltrent et se putréfient, les veaux séjournent là sans litière et sans nourriture, à moins que l'éleveur ou le marchand auquel ils appartiennent n'offre une modique rétribution au gardien du marché pour leur donner un peu de son ou de farine délayés dans de l'eau de puits. (Le marché n'a pas même une fontaine pour désaltérer les hommes et les animaux qui le fréquentent.)

L'odeur ammoniacale et nauséabonde qui s'exhale des caves suffirait pour altérer la santé des veaux les plus robustes : ceux qui y entrent fatigués et malades ne peuvent qu'y trouver une cause d'aggravation à leur fâcheux état.

Nous avons dit que les veaux, à leur arrivée, sont reçus par les *débardeurs*. Ce sont aussi les débardeurs qui les poussent dans la cave et qui les en retirent. On se ferait difficilement une idée de la brutalité de plusieurs de ces hommes ; nous parlons de ceux qui n'appartiennent point à l'administration et sur lesquels la vigilance du gardien du marché ne saurait s'étendre : à les voir remuer et culbuter ces pauvres animaux, on dirait qu'ils agissent sur des matériaux inertes. C'est pendant le travail qu'ils exécutent là nuit, échappant à toute surveillance, qu'il faut les observer, si l'on veut avoir une juste mesure de leur grossière insensibilité. Votre commission, Messieurs, n'a pas reculé devant cette pénible partie de sa tâche. Au mois de septembre, elle s'est rendue, à trois heures du matin, sur le marché. C'est le moment où la majeure partie des arrivages a lieu. L'ouvrage presse alors, et les débardeurs l'expédient à grand renfort de coups, si les veaux sont lents ou indociles. On les a vus marcher sur ces malheureuses bêtes, au risque de les écraser ; et cela se renouvelle assez fréquemment, nous a-t-on dit, à l'entrée de la cave et dans l'escalier dangereux où les animaux s'entassent et se blessent, où les hommes se meurtrissent aussi.

Votre commission, Messieurs, n'avait pas seulement pour but de constater des faits malheureusement trop connus ; elle devait chercher

de sang, ou qu'il suffit, pour emplir un bassin, d'en détourner la source. Mais une expérience de tous les jours fait justice de cette opinion, c'est la ligature des artères dans la pratique chirurgicale. Où est donc l'engorgement sanguin, où est donc l'inflammation qui, d'après ce dogme, devrait envahir le membre entier, dont le tronc artériel a été ainsi oblitéré? Loin de là, le sang lui manque, ou ne lui est distribué qu'avec parcimonie, et l'on a soin, en y élevant la température, au moyen de sable chaud, de venir en aide à la circulation capillaire, empruntant ainsi à la nature, le procédé, ou plutôt l'agent dont elle s'est servi, pour assurer cette circulation même.

Nous sommes obligé d'indiquer seulement la partie de ce travail dans laquelle l'auteur analyse et réfute les faits et observations produits dans ces derniers temps, pour prouver que les animaux à température variable sont susceptibles aussi d'inflammation, contrairement à sa doctrine. MM. Follin, Ch. Robin et Lereboullet trouveront là une discussion intéressante de faits qui leur sont propres et dont M. Robert-Latour n'accepte pas les conséquences que ces savans observateurs en ont tirées.

La chaleur animale joue le rôle le plus important dans la doctrine de l'auteur sur l'inflammation. Il y a inflammation parce qu'il y a surcroît de chaleur, et ce surcroît de chaleur n'est pas dû à une activité plus grande de la circulation, à une plus grande abondance de sang vers la partie phlogosée, au contraire, la circulation est plus active et le sang plus abondant parce qu'il y a plus de chaleur. Voici un passage qui résume bien les idées de l'auteur sur ce point :

« Quelle que soit la partie enflammée, quelque légère que soit l'inflammation, toujours vous constaterez, dans le siége du mal, un excès de chaleur dont l'afflux sanguin ne saurait vous rendre raison. Choisissez la membrane la plus fine, mais accessible à votre observation, la conjonctive, par exemple, là où quelques gouttes de sang à peine, moins que cela peut-être, font les frais de l'inflammation ; et le thermomètre encore vous dénoncera une ascension de température de deux et trois degrés, et parfois davantage. Ainsi, le témoignage de l'observation directe est constant : là où il y a inflammation, il y a élévation de température; et cette élévation de température n'est jamais le résultat d'un sang en excès. Les lois physiques, lois auxquelles ne saurait échapper l'organisation, placent, au contraire, l'afflux sanguin sous la dépendance immédiate de l'exagération de la chaleur... Lorsque vous approchez un membre d'un foyer ardent, ne le voyez-vous pas rougir, se tuméfier, simuler enfin l'inflammation? Le phénomène est le même ; la seule différence, c'est qu'ici le calorique rayonne de l'extérieur sur les tissus vivans, au lieu de se produire dans ces tissus même. Que si un tel fait paraît trop simple et trop vulgaire ; si la conviction ne doit être le prix que d'expériences plus dignes, et auxquelles l'appareil scientifique vienne ajouter quelque prestige, armez-vous de microscope; et, après avoir disposé sur votre porte-objet la membrane interdigitaire d'une grenouille, présentez un fer incandescent à quelques centimètres au-dessous : tout à coup la circulation va doubler de vitesse, et, si vous prolongez l'expérience, acquérir une prodigieuse rapidité. Le sang alors devient visible dans des tuyaux que vous n'aperceviez pas d'abord ; et les tubes circulatoires finissent par obtenir un calibre triple ou quadruple de celui qu'ils avaient auparavant. Cette expérience, qui laisse, dans la membrane interdigitaire, une injection très visible à l'œil nu, et qui vous rend ainsi une image assez fidèle de l'inflammation, cette expérience était la seule, chez l'animal sans chaleur, qui eût pu jeter quelque lumière sur le mécanisme de cet acte morbide. »

Les découvertes récentes en hématologie sur l'excès de fibrine qui se rencontre dans le sang, pendant le cours de l'inflammation fébrile, ne sont pas un embarras pour la doctrine de M. Robert-Latour. Pour ce médecin, et MM. Andral et Gavarret ne le contestent pas, l'inflammation préexiste à l'excès de fibrination du sang. Une expérience directe le lui a d'ailleurs prouvé : il a fait éclater la pleurésie chez des chiens, à la faveur d'un liquide stimulant injecté dans le thorax, et en constatant alors une égale augmentation de fibrine dans les deux sangs, artériel et veineux, il acquis la preuve la plus frappante que ce phénomène, succédant à l'explosion du mal, n'en saurait être le mobile.

Cette doctrine physiologique et pathologique que nous nous bornons à exposer, a conduit M. Robert-Latour, nous l'avons déjà dit, à des applications thérapeutiques qui nous restent à exposer. Mais avant, nous ne résistons pas au plaisir de citer le passage suivant, qui sert à l'auteur de transition pour passer du domaine pathologique dans celui de la thérapeutique :

« Laissons le scepticisme se prévaloir du peu de ressources qu'a jusqu'ici fourni la physiologie à la pratique médicale ; laissons-le se complaire dans de stériles négations : les esprits droits tourneront toujours leurs espérances du côté de la physiologie; car la physiologie, c'est la raison de la médecine ; et votre science ne s'affranchira de l'empirisme, qui depuis si longtemps l'asservit et l'abaisse; elle ne dépouillera cette vieille robe d'enfance restée presque intacte, malgré l'écoulement des siècles; elle ne s'élèvera enfin au degré de splendeur et de virilité qu'elle doit ambitionner, que du jour où, sous le regard de la physiologie, elle fouillera les mystères les plus profonds de l'organisme, pour en surprendre la loi, saisir le nœud par lequel s'enchaînent les déviations physiologiques, et parvenir ainsi à juger et à préciser les conditions du retour à l'état normal. Mécanisme des actes physiologiques, mécanisme du dérangement de ces actes, mécanisme du rétablissement, dans leurs conditions premières, de ces actes compromis, ce sont là trois anneaux qu'il faut river au même chaînon. Tel est l'idéal de la science, idéal qui éclaire et dirige le médecin investigateur, dans son ardente et légitime curiosité; qui le raidit contre les difficultés; l'inspire, et réchauffe son courage, en lui montrant le but ; qui enfin, l'électrisant par l'attrait de l'inconnu, féconde ses efforts et fait parfois briller, au foyer de sa pensée, un rayon de vérité. »

C'est par ces belles pensées et ce langage élevé que M. Robert-Latour aborde la partie pratique de son sujet, dans laquelle nous allons le suivre par un troisième et dernier article.

Amédée Latour.

CHIRURGIE.

QUELQUES REMARQUES SUR LA STRUCTURE DES POLYPES DU RECTUM; — LEUR DIVERSITÉ D'ORIGINE ET DE TEXTURE ; — LA MÉTHODE GÉNÉRALE DE TRAITEMENT QUI LEUR CONVIENT.

Par le docteur Am. Forget, membre de la Société de chirurgie.

Les polypes du rectum avaient été peu étudiés jusqu'en ces derniers temps. Le silence des auteurs classiques à leur égard prouve, qu'à part quelques rares observations qui en font mention, ils sont, le plus souvent, passés inaperçus ; c'est ainsi qu'avant les travaux modernes, et notamment ceux de MM. les docteurs Stoltz, de Strasbourg, et Gigon, d'Angoulême, il en avait été fort peu question.

Deux exemples nouveaux de cette maladie ont été adressés à la Société de chirurgie par M. Dufresse-Chassaigne. Ils ont été observés, l'un sur un jeune garçon de 14 ans, l'autre sur un enfant de 2 ans.

Voici le résumé de ces deux faits, que nous faisons suivre de quelques remarques sur l'origine, la nature, et le traitement des divers polypes qui peuvent prendre naissance dans le rectum :

Observation I. — *Polype du rectum chez un jeune garçon âgé de 14 ans.*

Le polype du volume d'une cerise fut trouvé à 2 centimètres au-dessus de l'anus. Il pendait à un pédicule de 3 centimètres de longueur sur 2 millimètres de diamètre. Chaque fois que l'enfant allait à la selle, il se faisait un écoulement de sang ; aussi était-il pâle et très affaibli. M. Dufresse ramena la tumeur à l'extérieur, passa un fil double dans l'épaisseur du pédicule qu'il étreignit de la sorte par une double ligature, puis il le coupa au-dessous de celle-ci. Un peu plus tard, les fils furent entraînés avec les matières fécales. Aucun écoulement de sang ne se manifesta désormais. Il est à remarquer que depuis sa guérison le jeune garçon a repris de la vigueur et de la force.

Observation II. — *Polype du rectum chez un enfant de 2 ans.*

Chez cet enfant âgé de 2 ans, fort, bien constitué, et qui n'avait jamais rendu de sang dans les garderobes, M. Dufresse trouva l'anus bouché par une petite tumeur grosse comme une noisette violacée, et d'une consistance qui ne permettait pas de la confondre avec un bourrelet formé par la membrane muqueuse. En exerçant quelques tractions sur elle pour voir d'où elle venait et où elle adhérait, M. Dufresse vit son pédicule se rompre juste à son niveau avec la tumeur qui se détacha comme un fruit mûr. Au moment où elle fut séparée de son pédicule, il s'écoula un peu de sang. Depuis ce moment, l'enfant n'a présenté aucun accident.

Quelle était la nature de ces deux polypes? D'après la description qu'en donne l'auteur, il est vraisemblable que l'un et l'autre appartenaient à la variété de ces tumeurs qui ont été décrites sous le nom de polypes charnus par M. Gigon d'Angoulême, dans un mémoire qui fut l'objet d'un très bon rapport lu à l'Académie de médecine, en 1843, par M. Hervez de Chégoin (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1843.)

« Encore attaché à son pédicule, dit M. Dufresse, le polype » (celui du jeune garçon de 14 ans) était d'une consistance » assez ferme, pouvait supporter une assez forte pression sans » s'écraser; il était composé de lobes inégaux, séparés les » uns des autres par du tissu cellulaire, ce qui donnait à sa » surface un aspect bosselé et inégal; son tissu, de consistance et d'aspect charnus, était de couleur rose très clair; le » pédicule paraissait de même nature, dense; susceptible » d'une assez grande résistance, il offrait à son centre un » trou dans lequel on aurait pu faire pénétrer une aiguille » fine. » Ce trou parut à l'auteur, et nous ne voyons pas de raison de rejeter sa manière de voir, l'orifice du vaisseau nourricier qui conduisait le sang à la tumeur.

Chez le petit malade âgé de 2 ans, le polype était d'un tissu plus mou, plus friable; il offrait une coloration d'un rouge plus foncé, et pour me servir du langage de l'auteur, il était *gorgé de sang* ; sa forme était celle d'un champignon ; le pédicule s'insérait au centre de sa face concave; la face convexe présentait des inégalités dues à l'existence de plusieurs lobes distincts, séparés par de petits sillons.

Contrairement à l'assertion de M. Gigon, qui compare ces

---

surtout les moyens de porter remède au mal. Elle a longuement étudié la question, et c'est le résultat de cette étude qu'elle vous présente, en vous priant de vouloir bien lui prêter un instant toute votre attention.

Dans l'état provisoire où se trouve actuellement le Marché aux veaux, il serait imprudent et stérile de demander à l'administration municipale des améliorations coûteuses. Bornons-nous donc à solliciter les plus indispensables, celles qui peuvent être réalisées immédiatement et sans de grandes dépenses.

1° La plus urgente, Messieurs, c'est de disposer le marché de manière à ce que les veaux y soient placés debout et libres d'entraves.

Si nous l'obtenons, ce premier succès en amènera forcément un autre, celui que nous désirons depuis si longtemps, et qui est relatif au transport des veaux sans ligatures. On comprend en effet que l'administration n'impose pas à ceux qui approvisionnent le marché, l'obligation de traiter les animaux autrement qu'elle ne les traite elle-même. Comment s'inquiéterait-elle s'ils sont garrottés au moment du départ et pendant le voyage, puisqu'elle tient prêts, à leur arrivée, des liens pour étreindre les membres de ceux qui lui sont livrés sans ligature?

Objectera-t-on que, pour examiner la marchandise, l'acquéreur se trouvera gêné par la disposition nouvelle? Nous répondrons que, loin de là, cet examen devient plus facile; qu'on peut mieux apprécier et la taille et l'embonpoint et la santé du bétail sur pied, comme cela se pratique pour les autres animaux, bœufs, moutons, porcs, etc., dont l'achat nécessite les mêmes recherches. Sur les autres marchés, aussi bien en France qu'à l'étranger, les transactions se font sans difficulté, les veaux restant libres. Enfin, nous ajouterons que les bouchers de Paris se sont prononcés nettement pour la mesure que nous réclamons, comme le prouvent les lignes suivantes que nous copions dans un *mémoire présenté* par le syndicat *de la commission créée en* 1850, *pour examiner toutes les questions relatives au commerce de la boucherie.* « Les veaux, en Angleterre, sont amenés sur le marché sans être attachés par les pieds, et placés debout, comme les bœufs, dans des cases, innovation que nous avons beaucoup de peine à introduire chez nous après la loi sur les animaux domestiques. »

L'un des membres de votre commission, qui n'est pas seulement un des sociétaires les plus dévoués à notre œuvre protectrice, mais qui est aussi un habile architecte, a relevé le plan du marché, tel qu'il est actuellement, et l'a tracé tel qu'il devrait être pour sa nouvelle destination. Vous y verrez qu'il suffirait d'établir entre chacun des piliers qui soutiennent la toiture, des cours de lisse ou des pieux portant des anneaux, auxquels on attacherait les veaux, comme à l'étable. Ainsi disposé, l'emplacement qui ne reçoit jamais plus de 1,000 veaux, en pourrait contenir facilement 1,150 environ.

La fourniture des pièces de bois et la main-d'œuvre n'excéderait pas la dépense de 400 francs. M. Maubertier en a fait avec soin le devis. Il a fait plus, il a remis au préfet de la Seine le plan d'exécution, et il a fait l'offre formelle de s'en charger au prix de 400 francs, s'engageant à reprendre pour moitié de cette somme les matériaux employés, si l'essai proposé ne réalisait pas les espérances qu'on est en droit de concevoir.

Cette proposition de notre collègue n'a pas été et ne pouvait pas être agréée ; mais son projet et ses devis ont été renvoyés à l'examen de trois hommes compétens, chefs de la comptabilité des marchés. Les renseignemens qui nous sont parvenus nous autorisent à considérer comme à peu près certaine l'adoption du plan de M. Maubertier, avec les modifications indiquées par M. Durand, inspecteur général des halles et marchés.

2° La seconde amélioration que nous voulons obtenir, et qu'il est facile de réaliser à peu de frais, c'est la suppression du pavage et son remplacement par une aire moins dure, moins froide et moins inégale.

Nous proposons de lui substituer un mélange de sable et de tan, comme celui qu'on emploie dans les manéges, et de l'étendre en une couche uniforme de 20 à 25 centimètres d'épaisseur. L'aire ainsi formée serait salubre, élastique, économique et d'un facile entretien. Les vieux pavés, dont elle prendrait la place, seraient employés à former au pourtour de l'enceinte des talus garnis de terre, pour remplacer les degrés qui donnent accès au marché et l'escarpement dangereux régnant sur plusieurs points, et du haut desquels il n'est pas rare de voir des veaux se précipiter.

3° Votre commission, Messieurs, souhaite aussi qu'on établisse un plan incliné en platras salpétrés et battus, pour conduire aux caves, par une pente douce, en remplacement de l'escalier anguleux. Elle tient à ce que les soupiraux élargis, abaissés jusqu'au niveau du sol, permettent d'aérer convenablement et d'éclairer un peu les souterrains. La disposition locale se prête à ces modifications qui n'entraîneraient qu'une faible dépense.

4° Nous insistons pour que les caves soient garnies d'une litière dont le renouvellement fréquent diminuerait beaucoup l'insalubrité résultant de l'infiltration des déjections et des urines, pour lesquelles n'existe aucun canal d'écoulement. Cette litière aurait, comme engrais, une valeur qui paierait, en grande partie, son prix d'achat. Elle remplacerait d'ailleurs celle que, dans l'état actuel, on place autour des veaux, comme parement, sur le sol du marché, et dont l'emploi cesserait lorsqu'au pavage on aurait substitué l'aire de sable et de tan que nous proposons.

5° Nous voulons aussi qu'on rende obligatoire et régulière l'alimentation des veaux tant sur le marché que dans les caves, en exigeant de chaque vendeur la somme minime destinée à couvrir les frais de l'administration. Ces soins donneraient aux animaux une valeur plus grande qui ferait accepter avec empressement cette mesure. Le gardien du marché la réclame, aussi bien dans l'intérêt des éleveurs et des bouchers, que par un sentiment de bienveillance envers les veaux qui lui sont confiés.

6° L'administration serait priée de mettre à la disposition de ses agens, en remplacement du puits, des bornes-fontaines, qui fourniraient, pour tous les besoins, une eau salubre et abondante. La proximité des canaux qui alimentent la rue Saint-Victor et la Halle-aux-Vins, en rendant facile et peu coûteux cet établissement, ne permet d'élever, contre notre demande, aucune objection sérieuse.

7° Enfin, Messieurs, votre Commission exprime le vœu de voir organiser le service du marché, en le confiant à des hommes dont les habitudes seraient toutes différentes de celles des *débardeurs.* Si les fonctions qu'ils remplissent étaient accordées comme une récompense à des auxiliaires ayant fait ailleurs preuve de douceur envers les animaux, s'ils étaient soumis à l'autorité d'un agent responsable, on ne serait plus affligé par le spectacle des cruautés commises impunément chaque jour au centre d'une population qui se démoralise au milieu de ces mauvais exemples.

H. Blatin, D.-M. P.,
Rapporteur.

polypes charnus à une cerise rouge dépouillée de son épiderme, et qui attribue le suintement sanguin qu'ils déterminent à l'absence de l'épithélium muqueux à leur surface, M. Dufresse prétend avoir trouvé sur les deux polypes qu'il a observés, une membrane d'enveloppe commune à la tumeur et à son pédicule, et qui semblait se continuer avec la membrane muqueuse de l'intestin. Déjà M. le docteur Brun, qui a fourni trois observations au mémoire de M. Gigon, avait signalé l'existence de cette membrane d'envelope. Pour ma part, ayant eu occasion de disséquer une semblable tumeur, je me suis assuré qu'elle était réellement revêtue d'un tissu muqueux, très fin, très adhérent, s'étendant à toute sa surface, sauf quelques points d'une coloration grisâtre, d'un aspect chagriné, ou ce tissu avait été détruit par ulcération.

On doit donc admettre que, dans cette variété de polypes du rectum que constitue l'hypertrophie des divers élémens anatomiques dont se compose la membrane muqueuse de l'intestin, la tumeur n'est dépourvue d'un tissu tégumentaire qu'autant que celui-ci a été désorganisé et détruit, soit par un travail ulcératif, soit par les pressions exercées sur le polype par les matières fécales, et par la contraction du sphincter chaque fois que le malade va à la garderobe.

Tels étaient vraisemblablement les polypes décrits par M. Gigon, et ainsi s'explique la contradiction plus apparente que réelle qui, sous ce rapport, existe entre lui et d'autres observateurs.

C'est même, suivant moi, l'existence de ce tissu muqueux et son intégrité à la surface de ces tumeurs qui explique comment, dans quelques cas, elles n'ont pendant longtemps donné lieu à aucun écoulement de sang. Ce n'est que plus tard, lorsque ce tissu s'altère, se déchire; que les vaisseaux sanguins qui en forment la trame sont érodés, perforés; que le flux sanguin a lieu pendant ou après l'acte excrémentitiel. C'est le même phénomène qui se passe dans le cas de tumeurs hémorroïdales ulcérées, qui ne sont pas sans quelqu'analogie avec ces polypes charnus, et on la retrouve surtout pour les polypes des autres cavités, du pharynx, des fosses nasales, et surtout de l'utérus, à la surface desquels on voit le sang sourdre et s'écouler en gouttelettes si on excise l'enveloppe extérieure qui les revêt, ou si elle s'est spontanément ulcérée.

En étudiant la structure anatomo-pathologique des polypes du rectum, on est frappé de la dissemblance des caractères qui leur ont été assignés par les différens observateurs qui en ont cité des exemples. Nul doute que ceux que nous avons ci-dessus relatés d'après M. Dufresse, ne ressemblent en rien aux produits morbides décrits sous la même dénomination par M. le professeur Stoltz, de Strasbourg (*Gazette médicale de Paris* 1842). Il n'est pas douteux non plus que les observations de ce dernier ne diffèrent beaucoup, sous le rapport anatomique, de celles qui font le sujet du travail de M. Gigon, que j'ai déjà cité, et de celles qu'un peu plus tard M. le docteur Bourgeois, d'Étampes, a publiées. (*Bulletin général de thérapeutique*, t. XXIII, p. 263.)

Les polypes décrits par M. Stoltz, sont formés, comme il le dit lui-même, *par la membrane muqueuse du rectum étranglée, boursoufflée*, si bien qu'en lisant la description qu'il en donne, et en tenant compte surtout du rôle important qu'il fait jouer dans leur étiologie au prolapsus de la tunique interne de l'intestin, on est tenté de considérer ces tumeurs comme des exemples de procidence partielle et circonscrite de cette dernière, plutôt que comme de véritables polypes.

Au surplus, la diversité de ces productions anormales est la conséquence naturelle de la variété des élémens anatomiques qui entrent dans la structure du rectum, celle-là étant due à l'hypertrophie, soit générale, soit partielle de ceux-ci. Ainsi, en examinant avec attention les observations assez nombreuses qui ont été publiées depuis quelques années, on voit que la plupart des polypes décrits par les auteurs classiques peuvent prendre naissance dans le rectum. Ce sont :

1° Des *polypes muqueux*, produit de l'hypertrophie des couches superficielles de la membrane muqueuse, ayant une implantation circonscrite, peu profonde, et se reproduisant rarement après qu'ils ont été enlevés. D'après des recherches intéressantes auxquelles s'est livré M. le docteur Verneuil, ces polypes sont peu vasculaires, ils offrent un épithélium à leur surface, puis une trame sans structure régulière, manifeste; à peine y trouve-t-on quelques fibres de tissu cellulaire au milieu d'une masse de tissu amorphe de couleur rouge plus ou moins prononcée.

2° Des *polypes charnus*, sarcomateux, vasculaires, toutes dénominations qui s'expliquent par la prédominance de tel élément sur tel autre; polypes provenant de l'hypertrophie de toute l'épaisseur de la membrane muqueuse, avec ses vaisseaux et ses glandes. Tissu cellulaire, vaisseaux nombreux, tissu fibroïde ou élémens fibro-plastiques, couche épithéliale à la surface. Telles sont les diverses parties qui constituent ces polypes.

C'est à deux variétés, et notamment à la dernière, que nous semblent se rapporter les deux observations de M. Dufresse; pour la plupart aussi celles de MM. Gigon et Bourgeois que j'ai rappelées plus haut.

3° Des *polypes kystiques*, dus à une simple hypertrophie glandulaire. Les follicules de l'intestin s'oblitèrent, se transforment ainsi en kystes, qui, en prenant de l'accroissement se pédiculisent. Ces polypes sont, le plus souvent, multiples; notre honorable confrère, M. Robert, a opéré à l'hôpital Beaujon, une jeune fille qui portait au moins une trentaine de ces petits polypes, isolés, globuleux, ayant, la plupart, le volume d'un gros grain de groseille; ces tumeurs, examinées au microscope, présentèrent la couche muqueuse épithéliale à leur surface, et on y retrouva, de la manière la plus évidente, tous les divers élémens dont se composent les glandes intestinales.

4° Aux trois variétés de polypes du rectum qui précèdent, il faut encore en ajouter une autre qui comprend les *polypes fibreux.*

L'origine de ces polypes n'est pas la même, et leur développement s'effectue différemment.

A. *Polype fibreux.* — Produit de l'hypertrophie, ou mieux, émanation du tissu fibreux sous-muqueux, le polype appartient en propre à l'intestin ; son insertion est profonde, assez large, son tissu est dur, résistant, criant sous le scalpel ; il s'accroît lentement; la membrane muqueuse le revêt extérieurement.

Dans cette variété de tumeurs, la couche musculeuse ne semble pas prendre part à sa formation, mais quelquefois elle est elle-même entraînée.

B. *Corps fibreux du rectum.* — Développé en dehors du rectum, dans la cloison recto-vaginale; la tumeur se porte du côté de l'intestin, se coiffe, pour ainsi dire, de toute ses tuniques, qu'elle entraîne, se formant de la sorte en un pédicule très complexe anatomiquement.

Le corps fibreux peut aussi prendre naissance dans l'épaisseur de la paroi du rectum ; tumeur interstitielle dans l'origine, elle ne tarde pas à se pédiculiser par un mécanisme bien facile à comprendre; l'exemple le plus évident de cette forme de polype, est celui que j'ai moi-même publié dans le *Bulletin général de thérapeutique* (année 1843, t. XXIV, p. 454). Voici l'analyse de ce fait :

OBSERVATION. — *Corps fibreux du rectum ; — excision ; — guérison.*

Une jeune fille, âgée de 20 ans, portait, appliquée contre l'anus, une tumeur de la forme et du volume d'un œuf de pigeon, dure, rénitente et offrant la coloration rouge de la membrane muqueuse sous laquelle elle paraissait située. Cette tumeur mobile se continue à l'intérieur de l'intestin par un pédicule mou, aplati, de la grosseur du petit doigt, ayant deux pouces de longueur, et adhérant par continuité directe du tissu muqueux à la paroi antérieure du rectum. Cette tumeur fut enlevée par excision. Le chirurgien (M. Jobert) après avoir abaissé le produit morbide au moyen de tractions exercées à l'aide de pinces implantées à sa surface, coupa couche par couche son pédicule qui était bien constitué par la membrane muqueuse, comme froncée sur elle-même longitudinalement; plusieurs artérioles, ouvertes pendant l'opération, furent liées au fur et à mesure que le bistouri les divisait, aussi l'hémorrhagie fut-elle peu abondante. Les fils à ligature furent coupés très près des tissus, et disparurent à l'intérieur du rectum, où ils furent entraînés en même temps que la portion la plus élevée du pédicule, qui remonta aussitôt que la section fut complète. Pendant les trois premiers jours après l'opération, la malade continua d'éprouver, comme avant, du ténesme et des envies fréquentes d'aller à la garderobe. Pendant quinze jours les selles furent purulentes, elles le devinrent moins chaque jour, et au bout de trois semaines la guérison fut complète. L'examen de la pièce anatomique a montré qu'elle était formée d'un tissu ferme, résistant, analogue, par son aspect et sa structure, aux corps fibreux de la matrice. Comme cela s'observe fréquemment pour ces derniers, je trouvai dans son épaisseur plusieurs petites cavités remplies de sang. Ce corps fibreux était placé sous la membrane muqueuse du rectum, qu'il paraissait avoir refoulée au-devant de lui, de sorte que le prolongement de celle-ci, qui formait le pédicule, ressemblait assez bien à un doigt de gant plissé dans le sens de sa longueur, et dans lequel on eût introduit un corps étranger de forme arrondie. Le corps fibreux adhérait intimement à la membrane muqueuse par son extrémité la plus déclive ; dans le reste de son étendue, il s'y rattachait au moyen d'un tissu cellulaire assez lâche.

Cette observation complètera ce que dans l'état actuel de la science il est permis de dire, touchant l'origine, le développement et la structure des polypes du rectum. Je n'ai pas la prétention, dans cette note, d'en écrire l'histoire complète, j'ai voulu seulement grouper les faits que l'observation a recueillis jusqu'à ce jour, appeler l'attention sur les diverses formes sous lesquelles ils se sont présentés, dans la pensée qu'avec les élémens que nous possédons, il est possible de donner de ces productions morbides une classification plus rigoureuse, plus anatomique que celle qui est généralement acceptée, et par conséquent en mieux assurer le pronostic et le traitement.

Traitement. — Celui-ci, d'ailleurs, est subordonné à des principes généraux, et comporte, en outre, des questions de détail; je négligerai celles-ci pour ne m'attacher qu'aux premiers. Je n'insisterai donc pas sur les indications particulières qui découlent de la nature propre à chacune des tumeurs que j'ai énumérées. Un praticien exercé les saisira sans peine. Je me bornerai à rappeler que, quelle que soit la variété de texture de ces différens polypes, ils offrent tous un caractère commun plus ou moins prononcé, et propre à les différencier des polypes des autres cavités; caractère qui dérive de la disposition de l'organe où ils ont pris naissance, et qui est d'être éminemment vasculaire. Sous ce rapport, ces tumeurs rentrent sous l'empire d'une loi générale de pathogénie, qui veut que les productions morbides participent des qualités anatomiques et vitales des organes au sein desquels ils se développent. Cette considération, que le praticien ne doit jamais perdre de vue, a une importance majeure, car c'est sur elle qu'il devra se régler pour le choix de la méthode de traitement à mettre en usage.

Là, comme pour les autres polypes, trois moyens peuvent être tentés : la cautérisation, l'excision et la ligature.

M. Velpeau (*Gaz. des hôp.*, août 1847) pense que la cautérisation est un mauvais moyen, parce qu'il est difficile de limiter l'action du caustique au pédicule de la tumeur, et d'empêcher qu'elle ne s'étende plus ou moins loin sur la paroi du rectum.

Ceci est vrai lorsque le pédicule du polype a peu de longueur, qu'il n'est pas possible d'attirer celui-ci à l'extérieur, et de le détacher de la circonférence de l'anus. Dans le cas contraire, je crois qu'à l'aide de la pince porte-caustique, dont chacune des branches est garnie d'une quantité suffisante de caustique de Vienne solidifié, on peut, sans inconvénient, avoir recours à la cautérisation. Il y a quelques mois, je l'ai mise en usage, avec un plein succès, sur une cliente de M. le dr Dreyfus, pour faire tomber une semblable tumeur portée, sur un pédicule muqueux, assez mou, très vasculaire, de forme rubanée, et qui remontait à 3 centimètres environ à l'intérieur de l'intestin.

L'excision, sans contredit, serait plus expéditive ; mais cette opération, pour la raison de structure que nous avons indiquée, n'est guère applicable aux polypes du rectum.

Il ne reste plus que la ligature : c'est elle qui peut convenir dans tous les cas ; aussi pensons-nous qu'elle doive être admise ici comme méthode générale de traitement.

OPHTHALMOLOGIE.

CORPS ÉTRANGER DE L'OEIL, SIMULANT UNE NÉVRALGIE INTERMITTENTE.

Monsieur le rédacteur en chef,

Vous avez bien voulu donner place dans vos colonnes à une série d'observations que j'avais recueillies, dans le but d'éclairer l'histoire des corps étrangers de l'appareil oculaire ; je citais, entre autres faits, le séjour pendant deux mois, à l'union de la cornée et de la sclérotique, d'une coque de millet qui avait été prise pour une papule.

L'erreur était excusable, d'autant mieux que le corps étranger, s'étant venu placer sur le globe oculaire à l'insu du malade, simulait parfaitement la conjonctivite papuleuse ; cependant, l'observation qui va suivre présentait des difficultés encore plus grandes sous le rapport du diagnostic.

Le 30 mai dernier, je fus appelé auprès de Mme G..., rue Neuve-des-Martyrs, n° 1. Cette dame était atteinte de violentes douleurs du globe oculaire, accompagnées de larmoiement qui se remarque dans les névralgies sus-orbitaires. La cornée paraissait nette dans toute son étendue; il existait un cercle radié sur la sclérotique, cercle que l'on avait considéré à tort, il y a quelques années, comme un indice d'ophthalmie rhumatismale. Les douleurs dataient de deux jours, s'étaient manifestées le matin, et avaient cédé au bout de quelques heures, pour se reproduire et disparaître de la même manière le lendemain. La veille de l'apparition des douleurs, la malade avait été au spectacle, et attribuait ses souffrances à un courant d'air auquel la loge qu'elle occupait avait été exposée.

Je crus avoir affaire à une névralgie oculaire, et je conseillai le sulfate de quinine à l'intérieur, et des frictions sur le front et la tempe à l'aide du chloroforme. Des compresses imbibées d'eau froide furent maintenues sur l'œil. Le 31 mai, le 1er et le 2 juin, les douleurs reparurent le matin à la même heure, bien que j'eusse élevé progressivement la dose de sulfate de quinine.

Ce même jour, le 2 juin, la malade, que je n'avais vue qu'au lit, dans une chambre où la lumière était peu intense, me reçut dans un salon éclairé par trois fenêtres. J'étais très préoccupé de l'inefficacité du sulfate de quinine, quand, à travers les rideaux, j'aperçus une cage suspendue au balcon. Ce me fut un trait de lumière; je plaçai la malade au grand jour, et après plusieurs recherches infructueuses, je constatai la présence sur la cornée d'une petite tache faite comme avec la pointe d'une aiguille. J'enlevai à l'instant cette petite opacité, qui n'était autre qu'un corps étranger, un fragment imperceptible de millet probablement, car son extrême ténuité ne pouvait le faire reconnaître exactement.

J'annonçai à la malade que sa névralgie avait disparu, et que le lendemain ce serait elle qui viendrait me voir. En la quittant, je me rendis à la Société de médecine pratique, où je communiquai à mes collègues et le fait et mon pronostic, qui fut trouvé quelque peu hasardé, eu égard à l'intermittence. Le lendemain, la malade vint à ma consultation : la névralgie n'avait pas reparu et ne s'est plus montrée depuis.

Assurément, l'intermittence bien caractérisée des douleurs oculaires éloignait toute idée de corps étranger, et la ténuité de ce corps aidait à l'erreur de diagnostic. Mais comment concevoir cette intermittence ? Voici, selon nous, la seule application rationnelle qu'on en puisse donner : Le matin, en s'éveillant, la malade éprouvait de violentes douleurs causées par le frottement des paupières sur le petit corps étranger, dont les aspérités irritaient la cornée ; un épiphora survenait, et le corps étranger se gonflant à mesure qu'il s'imbibait, finissait par se ramollir, et n'avait plus avec la cornée qu'un contact inoffensif jusqu'à la fin du jour ; les mêmes phénomènes se reproduisaient le lendemain.

Quoi qu'il en soit, je pense que c'est un fait inconnu jusqu'ici, qu'un corps étranger simulant une névralgie intermittente.

Veuillez agréer, etc.

Dr MAGNE,
Oculiste des crèches du département de la Seine
et du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 2me ARRONDISSEMENT.

Séance du 13 Janvier 1853. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

Sommaire. — Paralysie partielle (perte du sentiment) du nerf maxillaire inférieur gauche; guérison rapide par l'iodure de potassium. — Aiguilles introduites accidentellement dans le corps; difficultés de leur extraction; leur périgrination à travers les tissus. — Considérations théoriques et pratiques sur la gale.

M. PIOGEY communique à la Société le fait suivant de paralysie circonscrite à une seule branche de la 5me paire, aux nerf maxillaire inférieur du côté gauche : M. X..., âgé de 44 ans, d'une forte constitution, fut atteint, à 20 ans, de chancres et de bubons qui furent soignés exclusivement par des moyens simples et sans traitement mercuriel. A 23 ans des syphilides se manifestèrent sur divers points du corps et guérirent également sans mercure. Il se croyait définitivement quitte de l'affection et de ses suites, lorsque deux ans plus tard, il fut pris de douleurs vives, de chaleur au pharynx et d'une aphonie se renouvelant à la moindre occasion; la déglutition devint également douloureuse et parfois difficile : cette fois il eut peur et il se détermina à subir un traitement mercuriel qui fut poussé jusqu'à la salivation. Depuis ce moment état de santé parfait, à quelques douleurs rhumatismales près. Cependant en octobre 1852 M. X..., ressentit des douleurs aiguës au côté gauche de la face s'irradiant parfois au conduit auditif du même côté, à l'extrémité de la langue et s'arrêtant à la partie moyenne de la lèvre inférieure et du menton. Bientôt ces douleurs firent place à une perte complète de sensibilité et l'anesthésie porta non seulement sur les parties dont il vient d'être question mais encore sur les gencives et la muqueuse buccale du côté gauche ; il est également important de noter que le malade avait perdu complètement l'usage du goût.

Après quelques tentatives infructueuses d'un traitement dérivatif et révulsif, M. Piogey eut recours à l'emploi de l'iodure de potassium à doses successivement croissantes : au bout de 20 jours l'amélioration était déjà notable; guérison complète un peu plus tard.

Attendu les symptômes précédens, M. Piogey n'hésita pas à les rapporter à une lésion du nerf maxillaire inférieur gauche et attendu encore l'influence si rapide et si salutaire de l'iodure potassique, il supposa que cette lésion était de nature syphilitique, peut-être une tumeur gommeuse comprimant le nerf dans le trou ovale ou sur un des points de son trajet.

M. DEMARQUAY, tout en reconnaissant l'intérêt de cette communication, affirme que le fait est loin d'être unique dans la science et se refuse à admettre que la cause ait existé dans le trou ovale, parcequ'il y aurait eu à la fois perte du sentiment et du mouvement, les rameaux sensitifs et moteurs se trouvant réunis en ce point du trajet du nerf et qu'on aurait observé des symptômes pareils aux muscles masséter et temporal correspondans. Cette double circonstance le porte à penser que la lésion existait au voisinage du canal dentaire et que M. Piogey aurait dû intituler son observation : paralysie du nerf dentaire inférieur et du lingual, et non paralysie du maxillaire inférieur ainsi qu'il l'a fait.

M. PIOGEY réplique qu'il n'a parlé du trou ovale que sous la forme du doute ; qu'au surplus la cause comprimante aurait pu parfaitement exister au niveau de ce trou et porter exclusivement sur l'une des portions distinctes du nerf qui ne se réunissent, en effet, que dans la fosse zygomatique; que sous ce rapport il n'y aurait donc rien d'extraordinaire que la sensibilité seule eût été altérée; qu'il ne peut admettre, avec M. Demarquay, que la lésion existât seulement au voisinage du canal dentaire, puisque le nerf lingual qui naît loin de là était lui-même atteint, de même le rameau buccal, de même le rameau auriculaire ou temporal superficiel; que pour admettre la manière de voir de M. Demarquay il aurait été nécessaire d'éparpiller, pour ainsi dire, la cause en l'étendant à trois ou quatre branches nerveuses différentes; bref que les probabilités comme l'anatomie sont pour lui et qu'il maintient en tous points sa première opinion.

M. MARROTTE fait remarquer que les deux préopinans ne varient, en somme, que sur le siége de la lésion et qu'il reste toujours de la communication de M. Piogey le fait remarquable d'une paralysie toute locale et n'affectant que la sensibilité.

M. DEMARQUAY reprend la parole pour raconter à la Société qu'une de ses clientes, dans un mouvement brusque, venait de s'enfoncer, dans un doigt, une aiguille armée d'un fil. Il a cherché à plusieurs reprises différentes à extraire le corps étranger en tirant sur le fil, mais toutes ses tentatives ont été inutiles : il s'est décidé alors à pratiquer une petite incision qui lui a permis de reconnaître que l'aiguille avait pénétré par sa grosse extrémité : il s'est rendu compte par là de l'impossibilité où il avait été de l'extraire en tirant sur le fil : cette manœuvre en effet ne pouvait que faire basculer l'aiguille et l'enfoncer davantage dans les parties molles.

M. CHAILLY dit qu'il a vu, lui aussi, une aiguille armée d'un fil pénétrer dans l'arrière-gorge et s'implanter dans la base de la langue. Les tentatives d'extraction furent faites en tirant sur le fil, mais elles échouèrent, comme celles de M. Demarquay bien que la pointe seule fût engagée dans les tissus, la grosse extrémité se trouvant placée sur un plan plus inférieur : il résultait de là qu'en tirant sur le fil on ne faisait qu'enfoncer plus profondément la pointe dans l'épaisseur de la langue et cela encore au prix de vives douleurs pour la malade. On ne put extraire le corps étranger qu'en employant une sonde en gomme élastique ouverte à ses deux extrémités : le fil étant, en effet engagé dans la sonde, on arriva aisément à l'aiguille qu'on détacha en enfonçant l'instrument plus profondément qu'elle : il suffit ensuite de tirer sur le fil qui entraîna le corps étranger avec lui.

M. BOUCHER, pour montrer la rapidité avec laquelle les aiguilles voyagent à travers nos tissus, rapporte le fait d'un homme qui s'était enfoncé dans la partie externe de la cuisse une aiguille armée d'un fil, comme dans le cas de M. Demarquay, on ne put l'extraire malgré de fortes tractions pratiquées sur ce fil : un effort plus violent rompit même celui-ci. Six heures après seulement M. Boucher, mandé par le malade, pratiqua une petite incision sur le point même de pénétration de l'aiguille, mais sans résultat : le corps étranger avait déjà quitté la place, sans qu'on ait pu depuis reconnaître le chemin qu'il a pris.

M. CHAILLY a vu également un de ses cliens s'enfoncer dans la plante du pied une aiguille qui ne put être extraite : depuis dix ans aucun symptôme n'est venu témoigner de sa présence. MM. LESÈBLE et DELATRE citent chacun un fait analogue.

M. RANPON a eu récemment l'occasion d'ouvrir un abcès axillaire au centre duquel se trouvait une aiguille : le malade n'a pu lui dire comment cette pénétration s'était faite.

Enfin M. GUERSANT cite les deux faits suivans : une jeune femme s'enfonce une aiguille dans le mollet; cinq jours après le corps étranger était déjà près de la partie inférieure du tendon d'Achille : un homme de 60 ans éprouve depuis plusieurs années, dans l'épaule et la partie supérieure du bras droit, des douleurs qu'on juge de nature rhumatismale et qu'on traite en conséquence, mais sans résultat. Cependant une nuit ces douleurs augmentent : le malade en passant ses doigts sur la partie moyenne de son bras croit y sentir un corps étranger à pointe acérée : dans cette persuasion, il incise lui-même l'épiderme et en retire en effet, une aiguille : depuis ce moment plus de douleurs prétendues rhumatismales.

Séance du 10 Février 1853.

M. PIOGEY présente le résumé d'un travail remarquable qu'il vient de terminer *sur la gale ;* nous ne saurions mieux faire que de le laisser parler lui-même :

« Nous présentons à la Société du 2me arrondissement un jeune homme âgé de 18 ans, atteint de la gale pour la première fois, chez lequel les accidens ont débuté au pénis, il y a plus d'un mois, et où ils sont restés localisés pendant quinze jours avant que d'apparaître sur une autre partie du corps.

» Nous ne discuterons point toutes les questions relatives à cette affection. La génération spontanée de l'acarus est jugée par la découverte du mâle, la distinction des sexes, la ponte des œufs, etc.

» Nous nous bornerons à traiter succinctement les points pratiques de notre sujet.

» Il existe une si grande différence entre les sillons qui siégent aux mains, aux pieds, aux organes génitaux chez l'homme, aux mamelons, aux aisselles chez les deux sexes; qu'il faut arriver à en extraire l'acarus pour se convaincre de l'identité de ces lésions. C'est pourquoi on s'est à tort borné à décrire le sillon aux mains et aux pieds, en mentionnant seulement les autres parties où on ne peut le rencontrer. Le malade soumis à votre observation démontre cette vérité : il a sur le pénis et le scrotum 14 à 15 papules rouges, saillantes, qui ont depuis le volume d'une lentille jusqu'à celui d'une pièce de 20 centimes, toutes sont traversées obliquement par une rainure blanchâtre, dont l'extrémité la plus étroite est occupée par le sarcopte. Aux mains, il ne faut pas chercher une vésicule pour découvrir ensuite le sillon; ces deux phénomènes peuvent être en rapport, mais ils n'ont aucune relation de cause à effet. Comment admettre qu'une vésicule existe toujours à l'extrémité opposée à l'acarus ?

» Le sillon peut avoir quinze jours, un mois, trois mois de durée ; une vésicule subit son évolution en quatre ou cinq jours. La vésicule aurait donc le privilége de se développer incessamment à la même place ?

» Chez ce malade, les sillons, moins nombreux aux mains qu'au pénis, occupent la flexion des poignets et la face dorsale des doigts, les vésicules et les sécrétions eczémateuses existent principalement dans les espaces interdigitaux.

» Le sillon, sur ces parties, est une ligne visible à l'œil, tachetée de blanc et de noir; les points blancs sont des soulèvemens épidermiques, les points noirs de petites perforations ; l'acarus siége à l'extrémité du sillon légèrement bombée et imperforée. Si les deux extrémités sont déchirées, il est inutile de chercher le sarcopte.

» Une vésicule peut occuper un point de la longueur du sillon, l'acarus peut même reposer directement sur la convexité de la vésicule ou de la pustule. Cette dernière disposition a fait croire que l'acarus baignait dans le liquide ; mais on acquiert la conviction du contraire en l'extrayant avec précaution, parce qu'on ne détermine pas l'écoulement du pus ou de la sérosité.

» Les vésicules et les pustules, après leur dessiccation, ne laissent pas de trace dans le derme; elles sont seulement sous-épidermiques; le sillon en rapport avec elles leur étant superposé, est donc intra-épidermique. On comprend alors pourquoi, aux mains et aux pieds, les démangeaisons ne sont pas en raison du nombre des sillons. Sur les autres parties du corps, le sillon présente des particularités variables selon la ténuité de l'épiderme, la constitution du derme, et le plus souvent il repose sur de grosses papules qui sont le siége d'élancemens intolérables à cause de l'irritation des papules nerveuses. Le sillon est alors sous-épidermique, et, dans ce cas, une vésicule ne se développe jamais sur son trajet.

» La fréquence des sillons au pénis et au menton est telle, qu'elle sert souvent à confirmer un diagnostic douteux par l'inspection des mains. Sur 265 observations, on a rencontré 184 fois des papules aux parties précédentes, jamais à la vulve. La différence qui existe entre les deux sexes s'explique par le contact fréquent du pénis avec les mains pour l'accomplissement de l'excrétion urinaire.

» Cinq fois nous avons observé la gale au pénis, à l'exclusion de toute autre partie du corps. Le sillon aux organes génitaux, chez l'homme, est très important à cause de l'analogie qu'il présente avec les accidens secondaires de la syphilis, tubercules muqueux.

» La méprise devient plus facile encore quand la syphilis et la gale existent en même temps; nous avons observé 15 faits de cette nature. Des malades atteints de gale seulement ont été pendant plusieurs mois soumis à un traitement mercuriel intérieur, dans le but de combattre de prétendus accidens constitutionnels, et le sarcopte n'était nullement troublé dans ses fonctions. Relativement au siége des sillons, on peut établir la progression décroissante suivante : mains, pénis, mamelons chez la femme surtout; fesses, aisselles, pieds, genoux, ombilic, etc. Pour extraire l'acarus, il n'est nullement nécessaire d'employer le microscope mobile; si l'œil ne suffit pas, une loupe d'un grossissement de deux ou trois diamètres remplit toutes les conditions pour reconnaître la présence du sarcopte et l'extraire quand on se rappelle qu'il est toujours à l'extrémité imperforée du sillon, ou à l'extrémité la plus étroite de la rainure qui surmonte une papule.

» La vésicule est un épiphénomène qui naît ordinairement d'une morsure de l'acarus, comme la pétéchie se développe après la morsure de la puce, l'érythème, le prurigo, après celle du pou. Toutes les éruptions vésiculeuses ou pustuleuses sont des accidens locaux qui se généralisent, parce que l'acarus, avant de creuser un sillon, peut parcourir la surface du corps et faire des ponctions au travers de l'épiderme, pour y puiser sa nourriture. Il y a deux espèces de vésicules : une vésicule perlée, seule admise par M. Bourguignon, et une vésicule acuminée, papuleuse, admise par le plus grand nombre des dermatologistes. Pour nous, elles existent toutes deux, et la différence dépend de la constitution du derme, de l'épaisseur de l'épiderme. La vésicule se développant un jour, deux jours après une morsure, le lendemain d'une friction générale, on peut la constater sur les parties contaminées la veille; c'est donc à tort qu'on l'a considérée comme un élément de diagnostic, puisqu'elle persiste après la guérison.

» *Pour le traitement*, ce malade se frictionnera le corps avec du savon, prendra un bain, fera une friction générale avec 60 grammes de pommade sulfuro-alcaline; recommencera la même friction le lendemain matin ; prendra un second bain de savon quatre ou cinq heures après ; passera ses vêtemens de laine à une vapeur sulfureuse ; on les exposera à l'air pendant huit ou quinze jours ; enfin, la médication sera complétée par un bain de son tous les deux jours, tant que l'éruption vésiculeuse ou pustuleuse persistera. L'éruption consécutive cessera d'autant plus promptement, qu'on n'aura pas recours aux frictions générales ou partielles.

» Les personnes qui redoutent les frictions générales ont le plus grand tort : nous avons constaté avec M. Bazin que les complications n'étaient pas en raison de la rudesse de la friction, mais en raison de leur nombre ; l'éruption de vésicules était beaucoup plus confluente, après six frictions à l'huile d'olives ou à l'axonge, qu'après deux frictions à la pommade sulfuro-alcaline ou au goudron. En appliquant une pommade active par des onctions douces, on irrite toujours les vésicules, les pustules dépouillées d'épiderme, et l'agent insecticide ne pénètre pas jusque dans le réduit du sarcopte. Voilà pourquoi les frictions rudes sont nécessaires et préférables aux onctions.

» Les bains sulfureux irritent la peau sans détruire les acarus.

» M. Hardy fait pratiquer une seule friction d'un quart d'heure, sans avoir de récidive. Mais en ville, où l'on ne peut surveiller les malades comme à l'hôpital, il est indispensable de pratiquer deux frictions à plusieurs heures d'intervalle, parce que si un sillon n'est pas pénétré par la pommade la première fois, il l'est à la seconde.

» Un malade du service de M. Bazin, chez lequel la gale était compliquée d'impétigo, d'ecthyma, de furoncles, d'angioleucite, avec gonflement des ganglions axillaires et impossibilité de fléchir les doigts, fut traité par trois frictions générales rudes. Sous l'influence de cette médication, les ganglions axillaires étaient moins douloureux le lendemain ; l'angioleucite avait disparu ; les éruptions pustuleuses ont rapidement cessé. On se vit borné à des bains de son et à de légères onctions avec la pommade à l'oxyde de zinc. Ce malade, observé après deux mois, n'avait pas éprouvé le moindre dérangement dans sa santé.

» On doit employer les frictions générales rudes, malgré les complications, afin de détruire promptement l'acarus qui est cause de tous les accidens.

» De même que pour combattre une inflammation pustuleuse ou furonculeuse, entretenue par la présence d'une épine ou d'un corps étranger, il faut, avant tout, arracher l'épine ; de même pour la gale, il faut détruire le sarcopte. Ce mode de traitement a été employé dans 300 cas observés avec soin. Nous n'avons pas constaté le plus léger accident de répercussion.

CONCLUSIONS.

» 1° Le diagnostic de la gale repose seulement sur le sillon, en tenant compte de ses caractères graphiques et de sa situation anatomique : il est intra épidermique, sous-épidermique, ordinairement visible à l'œil.

» 2° L'acarus est la cause unique et obligée de la gale.

» 3° La possibilité d'extraire le sarcopte après les frictions rudes permet de juger la question relative aux éruptions consécutives en général, et aux vésicules en particulier.

» 4° Les vésicules accompagnent le plus ordinairement la gale, mais elles ne peuvent servir d'élément de diagnostic.

» 5° Deux frictions générales rudes suffisent pour tuer tous les acarus ; la pommade sulfuro-alcaline est préférable à toutes les autres ; si l'éruption pustuleuse est très confluente, on peut supprimer le sous-carbonate de potasse, et conserver le soufre qui est l'agent insecticide par excellence, sans action nuisible sur l'organisme.

» 6° Les éruptions consécutives au traitement, lorsqu'on aura constaté la mort des acarus, seront traitées par la médication qu'elles réclament, sans se préoccuper de la cause. »

Le secrétaire général, ARNAL.

COURRIER.

Nous apprenons avec satisfaction qu'il n'y avait rien de fondé dans la nouvelle que nous avions empruntée à un journal de médecine, relativement à une suspension, pendant six mois, de ses fonctions d'agrégé, qui aurait été infligée à M. le docteur Chrestien, de Montpellier. Nous avions vainement cherché, en effet, dans le journal que rédige notre honoré confrère, les motifs de cette mesure disciplinaire.

— Le général commandant la garde nationale de la Seine, vient de publier un ordre du jour en vertu duquel sont dispensés du service les médecins attachés aux bureaux de bienfaisance.

— Un journal annonce la nomination de M. le docteur Benoît, à la chaire d'anatomie de la Faculté de Montpellier, et celle de M. Anglada, à la chaire de pathologie médicale.

Le *Moniteur* n'a pas encore confirmé cette nouvelle.

— Quelques erreurs se sont glissées dans l'article publié dans le dernier numéro de l'*Union Médicale*, et relatifs à la Convention sanitaire internationale ;

La peste de Marseille est de 1720 et non de 1730 ;

L'Académie de médecine n'adopta pas une *conclusion*, mais une *proposition* relative à un Congrès international ;

Enfin, bien que la Convention n'ait été encore *ratifiée* que par la Sardaigne, le gouvernement français a reçu *l'adhésion* de cinq puissances.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 74. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 23 Juin 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 22 JUIN 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

QUESTION DE LA SURDI-MUTITÉ.

L'Académie a vu hier la fin de cette longue discussion. Ce qui s'était passé dans les précédentes séances, faisait facilement prévoir ce qui arriverait dans celle-ci, à savoir que l'Académie adopterait les formules de conclusions les moins compromettantes, qui accuseraient le plus explicitement son doute sur la réalité du progrès, à l'occasion duquel le ministre la consultait, et qui traduirait le mieux son intention de ne porter aucune atteinte, ni matérielle, ni morale, aux institutions officielles d'éducation des sourds-muets. C'est ce qui est clairement résulté de cette dernière action. Il y a plus, et quoi qu'on en dise ou qu'on en ait dit, l'Académie a fait la part du progrès, du progrès raisonnable, du progrès possible, la plus large part qu'elle pût lui faire en adoptant une conclusion qui accepte le principe et qui détermine l'application d'une catégorisation de sourds-muets selon leur degré d'infirmité, selon qu'ils ont ou non conservé une partie de la faculté d'entendre, catégorisation qui implique la nécessité d'une méthode différente dans l'éducation qui doit leur être donnée. Telle est la signification de la quatrième conclusion adoptée hier par l'Académie. Il est vrai que cette part faite au progrès n'a pas paru suffisante à MM. Bouvier et Guérin. Ces deux infatigables champions, le premier surtout, ont voulu livrer un dernier combat désespéré. Malgré les cris et les trépignemens de l'assistance, M. Bouvier s'est emparé de la tribune, et y a imperturbablement prononcé un énorme discours que son opiniâtreté a forcé l'Académie à entendre. Mais le résultat n'en a pas été satisfaisant. La brèche que M. Bouvier voulait agrandir a été vaillamment défendue par M. Malgaigne et par M. Bégin ; on voulait y faire passer, à l'aide de formules de rédaction adroites et captieuses, cette méthode allemande sur le compte de laquelle personne n'est encore édifié ; mais la vigilance de l'Académie n'a pas été surprise, elles'en est tenue à la rédaction de la commission, heureusement amendée par M. Piorry, qui, nous le reconnaissons avec plaisir, a substitué avec bonheur une rédaction plus claire et plus correcte à celle que la commission avait adoptée avec un peu de précipitation.

La cinquième conclusion était la plus délicate, car elle devait formuler un nom, puisque M. le ministre demandait à l'Académie ce qu'elle pensait des méthodes de traitement et d'éducation employées par le médecin qui a suscité tout ce débat. L'Académie a très résolument répondu qu'elle ne reconnaissait aucun caractère d'invention et de nouveauté à ces méthodes, et qu'il lui semblait seulement que le médecin dont il s'agit avait heureusement perfectionné quelques appareils acoustiques, au moyen desquels on peut mieux préciser le degré de la cophose.

Il s'agissait enfin de prouver que l'Académie, non seulement ne voulait pas fermer la porte au progrès, mais encore qu'elle voulait la lui ouvrir aussi grande que possible, mais sans perturbation, sans révolution, par les voies sérieuses et scientifiques de l'expérience et de l'observation, et c'est ce que l'Académie a formellement déclaré en demandant l'institution d'un conseil de perfectionnement pour l'école impériale des Sourds-Muets, analogue à celui qui fonctionne si fructueusement auprès de l'École polytechnique.

Ainsi se sont terminés ces longs débats, qui resteront mémorables dans les fastes de l'Académie. Nous nous félicitons de ce résultat, moins pour le puéril amour-propre de voir nos opinions consacrées par un vote solennel, que pour l'intérêt réel et très sympathique que nous portons à l'Académie de médecine, institution précieuse, où viennent tour à tour se débattre toutes les grandes questions de science, de pratique, questions, comme on vient de le voir par la discussion actuelle, qui ont une afférence si directe et si intime avec les intérêts de l'humanité. Les partisans exaltés du progrès trouveront sans doute à redire sur le vote académique. Nous ne nous sentons pas le courage de leur répéter, en ce moment, pourquoi leur défaite était inévitable et nécessaire. Vaincus, ils ont droit à tout notre respect, parce que leurs convictions étaient respectables. S'ils n'ont pu les faire partager à l'Académie, ce n'est ni le talent, ni le courage, ni la persévérance qui leur ont fait défaut ; ils ne doivent s'en prendre qu'à la question elle-même, aux obscurités, à la confusion qu'elle présente, aux motifs de doute dont elle est environnée de tous côtés. M. Malgaigne le leur a dit avec un grand sens, et cette dernière parole nous a semblé trouver un écho dans tous les esprits : Là où pertinemment vous dites : je sais, je dis humblement : je ne sais pas.

Là est le dernier mot de toute cette affaire ; l'Académie ne sait pas, personne n'est en mesure de dire, nous n'en exceptons ni M. Bouvier, ni M. Guérin, quelle est la valeur comparative, soit comme méthode générale, soit comme méthode appliquée seulement à des catégorisations déterminées ; personne, disons-nous, n'est en mesure de prouver aujourd'hui la supériorité de la méthode allemande sur la méthode de l'abbé de l'Épée. Dans le doute, abstiens-toi, a dit la sagesse antique, et l'Académie a fait preuve de grande sagesse en s'abstenant.

Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE.

RECHERCHES SUR LES MORTS SUBITES DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL ;

Par le dr Alfred H. MAC CLINTOCK, ancien médecin-adjoint des hôpitaux de Dublin.

On peut assurer, sans crainte d'être contredit, que les morts par cause subite ou latente sont un des sujets qui méritent au moins autant d'attention de la part des médecins que des médecins légistes proprement dits. De pareils accidens excitent de tout temps un intérêt douloureux et universel ; mais il n'est peut-être pas de circonstance qui entraîne de plus profonds regrets que lorsqu'un accident de ce genre vient frapper une femme récemment accouchée. Je crois même que c'est là un des revers les plus fâcheux qu'un accoucheur puisse rencontrer dans sa pratique, au point de vue de sa réputation et de l'estime du public.

Dans son *Traité sur les accouchemens*, le professeur Meigs a présenté les remarques suivantes : « Une femme se couche sur son *lit de misère*, pour donner naissance à un enfant. Une atteinte de la fièvre puerpérale convertit souvent ce lit en un lit de mort. Un homme se couche en proie à une fièvre vive, et tout annonce chez lui une mort prochaine. Pour le vulgaire, l'accouchée qui meurt est *perdue* par le médecin ; tandis que le malade qui succombe à une maladie ordinaire, a été seulement *soigné* par ce médecin. Il y a donc une grande différence dans l'ordre de sentimens que réveille la mort, survenant dans ces conditions différentes. » Si cette remarque est fondée pour les cas de mort qui surviennent dans l'état puerpéral, à la suite d'une maladie déterminée, et à marche progressive, à plus forte raison, doit-elle s'appliquer aux morts

Feuilleton.

ÉTUDE HISTORIQUE SUR LES PRINCIPAUX ÉTABLISSEMENS THERMAUX DES PYRÉNÉES (1),

Par le docteur E. LAMBRON, Médecin des épidémies pour l'arrondissement de Châteauroux.

§ III. DÉPARTEMENT DE LA HAUTE-GARONNE.

Bagnères-de-Luchon.

Des établissemens d'eaux thermales sulfureuses, Luchon, sans aucun doute, est appelé à devenir le premier et le plus grandiose du monde. Nulle part ailleurs, en effet, ne se trouve mieux réuni tout ce qu'a pu créer la volonté de Dieu et inventer le génie et la science de l'homme pour la santé, les plaisirs, l'élévation et les distractions de l'esprit des pauvres malades ou des touristes.

Bagnères-de-Luchon n'est pas une petite bourgade, un village enfoui au milieu de vallées tristes et profondes, c'est une ville de 3 à 400 maisons, renfermant 3,000 âmes et pouvant donner à la fois des logemens pour autant de malades. Entourée des plus hautes montagnes, des merveilleuses beautés de cette chaîne, elle occupe un vallon délicieux par sa fraîcheur, son climat, sa luxuriante végétation. La variété des sources, leur sortie à diverses hauteurs du flanc de la montagne de Super-Bagnères, leur volume si considérable qu'elles formeraient, en les réunissant, une véritable rivière d'eau thermale..... ont permis d'établir à Luchon tous les modes balnéaires connus.

Ces bains furent connus dans l'antiquité ; les soixante-deux autels votifs, les vieux débris de piscines et de baignoires romaines prouvent qu'ils jouissaient d'une grande célébrité au temps où Rome avait porté partout ses armes et sa civilisation. La ville date du xe siècle, et une voie romaine conduisait de l'ancienne *Lugdunum convenarum* (Saint-Bertrand) à ces thermes. Mais les guerres des Goths, des Francs et des Sarrazins couvrirent ces sources tellement de ruines, qu'elles restèrent dans un profond oubli pendant plusieurs siècles, et que leur restauration moderne est postérieure à celle de Bigorre, de Cauterets et même de Barèges.

Au milieu du siècle dernier, elles n'étaient fréquentées que par les habitans des vallées voisines. Les malades s'y rendaient par un mauvais sentier suspendu sur les abîmes et s'y baignaient pêle-mêle dans des réservoirs creusés dans le rocher même. Vers 1754, un seigneur des environs, attiré par le bruit de leurs succès, y trouva la guérison la plus heureuse. La reconnaissance le porta à les recommander chaudement à l'attention et à la générosité de M. d'Estigny, intendant d'Auch et de Pau. Ce véritable restaurateur des eaux des Pyrénées, qui pressentait tout l'avantage que trouveraient un jour au rétablissement de ces bains la santé des malades, la fortune de l'État et l'avenir des provinces confiées à sa haute administration, leur accorda le plus vif intérêt. Après les avoir visitées en 1759 et avoir constaté par lui-même leurs nombreuses cures, il les appuya fortement auprès du duc de Richelieu, gouverneur de la haute et basse Guyenne, et même auprès de Louis XV par l'entremise de son médecin. Le chimiste Bayen et Richard, pharmacien en chef de l'armée, y furent envoyés pour faire l'analyse des sources. A la suite du rapport extrêmement remarquable de ces deux savans, des fonds furent alloués pour leur réparation. Dès 1761, le célèbre Campardon était attaché comme médecin à la surveillance de ces thermes, et en 1765, M. d'Etigny faisait exécuter la route de Montrejeau à Luchon, et celle du port de Peyresourde, entre Luchon et Bigorre. Vers la même époque il faisait ouvrir et planter la belle allée des bains, qui porte son nom. Croirait-on qu'il fallut protéger par une compagnie de dragons l'exécution de cette magnifique promenade, qui a concouru si puissamment à l'embellissement de ces eaux et à la fortune des habitans. Les Luchonnais, blessés dans leurs intérêts par une mesure qui partageait ainsi leurs terres et en enlevait quelques parties à la culture, voulaient lapider M. d'Etigny en place publique. Mais ajoutons que depuis ils ont cherché toutes les occasions de réparer ce manque à la reconnaissance et de faire oublier ce peu d'intelligence de l'avenir de leur pays.

Les thermes de Luchon devinrent en grande faveur à la cour. Ils furent visités, entre autres personnages, par le duc d'Aiguillon, Mme de Pompadour, le prince et Mlle de Rohan, la princesse de Lorraine, le duc de Choiseul, etc..... Depuis lors, la renommée de ces bains s'est constamment accrue. Mais c'est à Napoléon Ier que Luchon doit son premier établissement thermal. Élevé en 1805, il fut en partie détruit par un incendie vers 1835 ; en outre il était devenu insuffisant pour l'affluence des baigneurs.

La ville de Luchon, à laquelle ces eaux appartiennent, s'est imposé d'immenses sacrifices pour placer ces thermes au rang qu'ils doivent occuper un jour dans l'univers. Elle chargea M. François, savant ingénieur des mines pour les départemens de l'Aude et des Pyrénées-Orientales, de faire des fouilles, d'ouvrir des galeries jusque dans les profondeurs de la montagne, afin de rechercher les sources à leur sortie du granit et les mettre, ainsi, à l'abri des infiltrations pluviales et du mélange avec les eaux ordinaires. Ces travaux, évalués à 200,000 francs, ont été conduits avec un immense talent, et exécutés avec un rare bonheur (1). Au lieu de 11 sources que possédait autrefois Luchon, les thermes en possèdent aujourd'hui 38, donnant ensemble plus de 600 mètres cubes d'eau minéro-thermale en 24 heures. La seule source de la Reine peut fournir 1,700 bains par jour. De plus, la ville a voté une somme de 500,000 francs pour élever un gigantesque établissement thermal, aujourd'hui presque terminé ; 80 cabinets de bains et 2 piscines sont déjà livrés aux baigneurs. Cette construction, vraiment monumentale, aura plus de 100 mètres de développement, renfermera 32 buvettes, dont 21 seront rangées sur un même pallier et 11 dans un autre galerie, 8 salles différentes renfermant chacune 10 cabinets de bains, 4 piscines, une étuve et une grande piscine de gymnastique et de natation. Le

(1) Voir les numéros des 9 et 16 Juin 1853.

(1) Il est juste de ne pas oublier que les indications qui ont conduit à ces heureux résultats, ont été données par le savant médecin-consultant des eaux de Luchon, M. le docteur A. Fontan. (*Note du rédacteur en chef.*)

rapides et imprévues, qui frappent les femmes en couches. Les exemples de ce genre de mort sont heureusement rares; mais leur souvenir persiste, et la terreur qu'ils inspirent s'étend au loin, au grand dommage de la réputation du médecin.

Les journaux et autres ouvrages de médecine contiennent çà et là des observations de ce genre de mort. Néanmoins, malgré l'intérêt qui s'attache à leur étude, et malgré les obscurités qui les enveloppent, personne, à ma connaissance, n'a encore cherché à les rassembler, de manière à présenter une espèce de corps de doctrine susceptible d'éclairer ce sujet important. Je me propose donc de faire passer sous les yeux du lecteur quelques-unes des causes, que l'expérience semble montrer le plus susceptibles de causer la mort subite dans l'état puerpéral.

Avant tout, je dois rendre cette justice à la mémoire de Ramsbotham : il est le premier qui ait appelé d'une manière spéciale l'attention sur ce point. Il a publié en 1814, dans le *Medical repository*, quelques remarques rapides, sous le titre suivant : *De la mort subite après la délivrance*; et ces remarques ont été reproduites par lui, avec quelques additions, sous le titre de : *Syncopes après l'accouchement*. Dans les observations pratiques qu'il a publiées depuis sur l'art obstétrical, Ramsbotham a rapporté quatre cas empruntés à sa propre pratique, dans lesquels la mort est survenue presque subitement, et sans aucune cause bien manifeste, quelque temps après la délivrance. Toutefois, les remarques de ce médecin ne jettent aucune lumière sur le mode de production de cet accident, et des quatre cas observés par lui, un seul fut suivi d'autopsie, et encore sans résultat bien positif.

Les auteurs de médecine légale reconnaissent trois maladies qui peuvent éteindre la vie rapidement, sans laisser de lésion pathologique appréciable, à savoir : l'*apoplexie simple* ou *nerveuse*, la *syncope* et l'*asphyxie idiopathique* de M. Chevallier, qui n'est peut-être qu'une syncope. Je ne connais aucun exemple incontestable de mort par la première cause dans l'état puerpéral; il est facile, au contraire, d'en réunir un assez grand nombre par ces deux dernières.

« L'asphyxie idiopathique, dit Christison, cause la mort presque instantanément en quelques minutes; ou bien encore, dans quelques cas, au bout d'une heure et demie. Les symptômes sont ceux de la syncope. La seule altération que l'on trouve sur le cadavre, consiste en la flaccidité du cœur, avec vacuité complète ou à peu près complète de ses cavités. » M. le professeur Beatty a publié un fait très instructif de ce genre, recueilli par lui chez une femme bien portante, âgée de 40 ans, qui était parvenue au neuvième mois de sa grossesse. Elle accusa tout d'un coup de la faiblesse et quelques envies de vomir. Presque immédiatement après, elle tomba morte. Le corps fut examiné avec le plus grand soin, et l'on ne trouva pas d'autre altération que celles qui caractérisent l'affection dite asphyxie idiopathique.

Dans le mémoire original qu'il a publié sur cette maladie, mémoire consigné dans le premier volume des *Medico-chirurgical transactions*, M. Chevallier rapporte le fait d'une mort subite survenue chez une dame qui avait accouché trois heures auparavant de deux jumeaux. Il pratiqua lui-même l'examen du cadavre, et tout ce qu'il observa le porta à conclure que la mort ne pouvait être attribuée qu'à cette espèce particulière d'asphyxie. Le même auteur rapporte, d'après Morgagni, un fait de mort rapide dans l'état puerpéral, qui semble devoir se rattacher à la même cause. Moi-même, je dois à l'obligeance de M. Barker la communication de deux cas, observés par lui, il y a quelques années, et qui viennent à l'appui de ce qui précède. Dans ces deux cas, la mort survint tout à fait subitement, alors qu'on s'y attendait le moins, très peu de jours après la délivrance. Dans les deux cas, il y eut enquête judiciaire; et M. Barker, chargé de pratiquer l'autopsie, ne put découvrir autre chose, pour rendre compte de la mort, qu'une flaccidité anormale du cœur, avec absence complète de sang dans ses cavités. Nous devons donc conclure avec lui que cette terminaison funeste fut le résultat d'une asphyxie idiopathique, ou de quelque affection voisine de la syncope.

Ces faits n'ont pas besoin de commentaires, et l'action de la cause signalée par M. Chevallier me paraît trop évidente pour qu'on puisse la mettre en doute. Quant à savoir comment il se fait qu'on ne connaisse pas un plus grand nombre d'exemples de ce genre de mort, je crois qu'il faut s'en prendre d'abord à ce que l'attention des observateurs est presque uniquement fixée sur les organes abdominaux, et ensuite à ce que le mémoire de M. Chevallier n'est pas aussi généralement connu et apprécié qu'il mériterait de l'être. Cette cause de mort une fois admise d'une manière générale, on ne voit pas en effet pourquoi elle ne pourrait pas frapper les femmes dans l'état puerpéral. Bien plus, même en admettant comme le veulent certaines personnes, et comme je ne serais pas loin de le croire, que l'asphyxie idiopathique de M. Chevallier n'est autre chose qu'une variété ou qu'une forme de syncope, on devrait encore plus être disposé à admettre la possibilité de sa production chez les femmes dans l'état puerpéral, c'est-à-dire dans un état dans lequel leur constitution se trouve déjà affaiblie par l'acte de la parturition, et qui a pour traits principaux une disposition anormale à l'action morbide, une excitabilité particulière du système vasculaire et une susceptibilité pathologique du système nerveux. Il faut plusieurs jours pour que les femmes se remettent de l'ébranlement causé par le travail, et pendant cette période, dont la durée varie nécessairement suivant différentes circonstances, la résistance vitale est diminuée. Par suite, toute espèce d'impression un peu forte, qu'elle affecte le corps ou l'esprit, surprend l'économie dans des conditions bien moins favorables que par le passé. Par toutes ces raisons, il me semble impossible de ne pas admettre que plusieurs des cas encore inexpliqués de mort subite, dans l'état puerpéral, doivent être rapportés à l'asphyxie idiopathique ou à une syncope.

A l'appui de ce qui précède, je rappellerai que, sous le nom de *dystocia syncopalis*, Merriman a fait connaître le fait suivant : « un accoucheur fut appelé pour donner des soins à une jeune femme, enceinte de son premier enfant et à terme. Le travail était commencé, et lorsqu'il se fut retiré, il survint une syncope sans cause connue. A son retour, on lui fit part de cette circonstance, mais comme la malade paraissait parfaitement bien, on n'y fit aucune attention et la délivrance s'opéra heureusement, sans aucun symptôme fâcheux. Trois jours après l'accouchement, on lui fit prendre un purgatif, et pendant qu'elle allait à la garderobe, elle tomba à la renverse et expira immédiatement. » Suivant toutes probabilités, aucun soin n'eût pu prévenir ce fâcheux accident. Peut-être eût-il été plus convenable cependant de ne pas faire prendre un purgatif à la malade dans cette circonstance, et en tout état de choses, on eût dû éviter avec soin que la malade restât debout.

Passons maintenant en revue quelques-unes des autres causes auxquelles on a rapporté cette catastrophe. C'est un fait bien connu qu'une douleur prolongée épuise le principe de la vie, et l'on peut se rendre compte ainsi de quelques-uns de ces cas anormaux de mort rapide après la délivrance. Sur ce point, M. Travers nous fournit quelques observations qui me paraissent devoir trouver ici leur place. « La douleur, dit cet auteur, lorsqu'elle acquiert un certain degré d'intensité et de durée, est destructive par elle-même. Les accouchemens difficiles et prolongés deviennent assez souvent mortels par cette cause, et même alors qu'il n'y a pas de difficultés extraordinaires et que le travail n'est pas trop prolongé, il survient parfois une prostration funeste, qui ne trouve son explication que dans la douleur. La délivrance a été complète sans aucune lésion physique; la femme n'a perdu qu'une quantité ordinaire de sang par les vaisseaux utérins; et cependant, malgré les encouragemens qu'elle devrait puiser dans son état général et dans celui de son enfant, aussi bien que dans la conviction que ses souffrances sont à bout, la femme ne reprend ni ses forces, ni son courage; mais après un intervalle qui n'excède pas quelques heures, elle tombe dans un état d'oppression et d'affaissement, et quelques heures après, d'une manière tout à fait inattendue et sans aucune altération perceptible, elle expire. » (*Inquiry*, etc., 2e édit., p. 48)

Dans un grand nombre de cas dans lesquels s'est montré cet état de collapsus et de prostration, les malades avaient présenté, quelque temps auparavant, un état moral particulier, une espèce de pressentiment funeste qui devait avoir contribué à provoquer cette terminaison fatale Qu'une longue préoccupation de l'esprit, par une idée dominante d'un caractère triste, doive exercer une influence dépressive marquée sur l'énergie vitale, c'est un fait connu de tous les médecins et dont on pourrait citer d'innombrables exemples. « Je suis convaincu de ce fait, dit Ramsbotham, que l'existence d'un désespoir continuel, pendant la dernière période de la grossesse, a une influence des plus marquées pour diminuer les effets bienfaisans de ces puissances en vertu desquelles se complètent les changemens nécessaires qui suivent le travail. » (*Pract. obs.*, p. 119). M. Travers va même jusqu'à admettre que parmi les femmes nouvellement accouchées, on observe certainement des cas qui démontrent la fâcheuse influence de cette cause déprimante, et à l'appui il rapporte deux faits dont je citerai seulement le suivant : « Une jeune dame, heureusement mariée, impressionnée probablement par quelque accident fâcheux et inattendu survenu dans le cercle de ses amies, avait manifesté, depuis le commencement de sa grossesse, la crainte de mourir dans l'accouchement; et bien que rien ne pût l'entretenir dans cette croyance, ses craintes allaient toujours continuant et se fortifiant, au point d'alarmer grandement ses parens et ses amis. Elle fut accouchée par un médecin très soigneux et très expérimenté, qui était aussi son parent. Le travail fut facile et normal sous tous les rapports; il ne fut accompagné d'aucune circonstance défavorable. L'enfant était mort-né et incomplètement développé. La mère mourut subitement, six heures après la délivrance. Le corps fut examiné avec le plus grand soin et ne présenta aucune trace de lésion. »

Je pourrais rapporter encore d'autres exemples du même genre, si besoin était ou si le temps me le permettait. Je me bornerai à citer un fait récent, qui m'a été communiqué par le docteur Gartlan, et auquel il ne manque qu'une seule chose, l'examen nécroscopique. Voici ce fait : « Une dame de 35 ans, accoucha de son premier enfant, le 16 mars 1850, après un travail prolongé qu'il fallut terminer par le forceps; elle se

---

plan en est dû à MM. Gonin et Abadie. La commune fit également faire, à ses frais, l'analyse des sources, par M. Filhos, professeur distingué à la Faculté de Toulouse.

Enfin l'industrie privée, comprenant la voie prospère que ces longs sacrifices ouvrent à Luchon, a fait construire de nombreux hôtels sur le cours d'Étigny. Leur élégance, leur confortable et surtout leur situation plus belle et plus rapprochée des bains, les feront toujours préférer aux anciens logemens de la ville. Ce nouveau quartier peut à lui seul loger près de 2,000 malades.

En 1829, le nombre des baigneurs fut de 1,200; en 1833, de 1,600; en 1843, de 4,000; aujourd'hui, c'est-à-dire après un intervalle de dix autres années, ce dernier chiffre est doublé; il y a constamment à Luchon 2,000 étrangers, et le nombre total de la saison est de 8,000. L'an dernier, pendant les mois de juillet et d'août, il a été donné jusqu'à 1,000 bains par jour et 300 douches; l'abondance des sources permet d'en donner jusqu'à 3,000 par vingt-quatre heures. La ferme qui était autrefois de 22,000 francs, s'élève aujourd'hui à 47,300 francs, et les fermiers sont, en outre, chargés des réparations et de la fourniture du linge nécessaire aux baigneurs. Sans tenir compte de l'argent apporté par les touristes, qui ne négligent jamais ce point central de la chaîne pyrénéenne, on ne peut pas évaluer à moins de 2,500,000 fr. l'argent que ces eaux attirent dans le pays. Luchon a donc su semer pour recueillir !

§ IV. Département de l'Ariège.

Ax.

Cette ville est bâtie sur un véritable lac souterrain d'eaux thermales sulfureuses. Nul autre point des Pyrénées ne présente des sources hépatiques aussi nombreuses, aussi chaudes, aussi abondantes, et souvent encore une fouille un peu profonde amène la découverte d'une source nouvelle. On en compte en ce moment 53, offrant depuis 21 degrés de chaleur jusqu'à 77 degrés centigrades, et déversant chaque jour une prodigieuse quantité d'eau thermale dans les gaves de Merens, d'Orlu et d'Ascou, outre lesquels se trouvent leurs griffons. Les indigènes se servent de la source des canons à 77 degrés, pour cuire des œufs, leurs légumes, blanchir leur linge, etc., etc.; et pourtant l'importance des bains d'Ax n'est pas en rapport avec cette richesse hydro-thermale.

En effet, s'il n'est pas démontré que ces sources aient été connues des Romains, titre de noblesse généralement fort recherché des thermes pyrénéens, il est certain que la ville d'Ax existait en 609, et que vers l'an 1,200 on y construisit le grand bassin des Lépreux ou Ladres, uniquement employé aujourd'hui aux usages économiques les plus vulgaires : lessive, lavage des laines, etc. En 1260, les comtes de Foix firent élever à côté de ce bassin un hôpital pour les personnes atteintes de la lèpre, maladie rapportée en France par les croisés, et alors contagieuse. Dès 1756, un inspecteur, M. Sicre, fut attaché à la surveillance de ces eaux; mais la construction du premier établissement ne remonte qu'à 1780; ce fut le *Couloubret*. Les heureux résultats de cette entreprise engagèrent le même propriétaire, M. Rivière-Boulié, à fonder, en 1800, le *Teich*, qui fut reconstruit sur un plan assez élégant en 1844. Une légitime concurrence porta M. Sicre, en 1820, à bâtir le *Breil*. Puis, peu à peu, au lieu de maisons noires, basses, situées dans les rues étroites et sombres d'Ax, de beaux hôtels se sont élevés à l'entrée de la ville, et forment un quartier neuf où arrivent abondamment l'air et le soleil.

Assurément, ces quelques efforts, ces sacrifices pécuniaires impérieusement réclamés par les besoins des temps, ont empêché les malades circonvoisins d'aller chercher aux autres établissemens des Pyrénées le confortable et les progrès faits dans l'application des moyens balnéaires nouveaux; ils ont même contribué à augmenter sensiblement la clientèle de ces thermes, car, au lieu de 600 malades, Ax aujourd'hui en reçoit chaque année plus de 2,000. Mais, nous le répétons, ces résultats n'ont pas atteint la proportion à laquelle ces bains doivent prétendre. Des sources aussi nombreuses, aussi remarquables, et qui ont eu l'honneur d'être analysées par les Venel, les Bayen, les Chaptal, les Lonchamp, les Fontan, etc., etc., devraient attirer des baigneurs des pays les plus lointains; enfin, avec une situation si riante au milieu des grandes Pyrénées, une nature si grandiose, une étendue qui permettrait de loger 2,000 malades à la fois, Ax devrait être placée au premier rang parmi les établissemens que nous étudions. Ne faut-il pas rechercher la cause de ce peu de développemens dans cette circonstance, déjà signalée à l'occasion des eaux de Cauterets, que les trois établissemens appartenant à des particuliers n'ont pas reçu toutes les améliorations qu'aurait pu lui donner l'État, la commune ou une compagnie ?

Depuis quelques années, il est question de former une compagnie par actions pour réunir ces établissemens dans la même main, et, en confondant ainsi leurs intérêts, éteindre la concurrence, peu avantageuse, qu'ils se font entre eux. Nous ne saurions trop approuver cette excellente pensée, d'autant meilleure même, qu'elle nous semble offrir le seul moyen de réunir les capitaux nécessaires à placer cette mine d'eaux thermales au rang qu'elle mérite. L'aménagement des sources, en effet, laisse beaucoup à désirer; mieux captées et mieux conduites, leur action thérapeutique serait bien plus certaine et leurs cures bien plus brillantes. La commune, de son côté, comprendrait qu'elle doit s'imposer des sacrifices pour les plaisirs des baigneurs et les agrémens du séjour... Mobiles puissans pour beaucoup de gens dans le choix d'une source.

Dans le fort de la saison, on ne donne pas plus de 600 bains par jour, le nombre annuel des baigneurs est d'environ 2,500, et l'argent laissé dans la ville ne dépasse pas 400,000 francs. Avec des améliorations convenables, ces chiffres, dans quelques années, pourraient être quintuplés.

(*La suite à un prochain n°.*)

Nouvelles du choléra. — Le choléra vient de faire son apparition à Moscou, avec une telle intensité qu'il a fallu ouvrir immédiatement 8 hôpitaux pour recevoir les nombreux malades qui en étaient atteints.

Erratum. — Dans le compte-rendu de la Société du 2me arrondissement, à la 78me ligne de la 2me colonne, *au lieu de :* la fréquence des sillons au pénis et au *menton* est telle, *lisez :* la fréquence des sillons au pénis et au *scrotum* est telle.

rétablit parfaitement, et après avoir nourri son enfant pendant quatre mois, elle devint de nouveau enceinte. Vers la fin de cette nouvelle grossesse, elle commença à être prise d'appréhensions et de craintes relativement au résultat de la maladie. Elle attendait son accouchement au mois de mai, et vers le milieu de ce mois les alarmes et les anxiétés devinrent telles, que malgré un état de santé très satisfaisant, le médecin dut lui faire deux visites par jour. Dans la soirée du 26 mai, elle se sentit plus incommodée et plus agitée que d'habitude, et le lendemain elle se réveilla d'un profond sommeil, en proie à des douleurs, et après un travail très court, elle accoucha d'une belle fille. Trois quarts d'heure après l'expulsion de l'enfant, elle perdit environ 8 onces de sang. Le placenta qui se trouvait dans le vagin fut immédiatement enlevé. Elle se trouva alors très bien et resta ainsi pendant une heure; puis elle recommença à manifester ses craintes et à répéter qu'il lui arriverait certainement quelque malheur. Une demi-heure après, elle eut comme des arrière-douleurs, se sentit plus faible; on lui donna un peu de Xérès et d'eau, puis un peu d'eau-de-vie. Craignant une hémorrhagie, M. Gartlan se livra à un examen très attentif et constata qu'il n'y avait de sang épanché nulle part, et que l'utérus était parfaitement rétracté. Cet examen fut répété à la suite plusieurs fois, et donna toujours le même résultat. Malgré une potion opiacée, les douleurs spasmodiques persistèrent, et l'abdomen commença rapidement à se distendre, en même temps que la malade était prise de gêne de la respiration. Application de térébenthine sur l'abdomen, lavemens, potion stimulante, rien n'y fit; au contraire, la distension tympanique de l'abdomen fit de tels progrès, que la malade disait que son ventre allait se rompre, à moins qu'elle ne fût débarrassée de ces gaz. Un tube fut introduit dans le rectum, les stimulans furent repris. Néanmoins la malade s'affaiblissait sensiblement, la respiration devenait de plus en plus gênée. La mort eut lieu six heures après la délivrance et quatre heures après la première sensation de douleur et de distension.

Tel est le fait de M. Gartlan, et je demande la permission de le faire suivre des remarques dont l'a accompagné cet honorable confrère. « Je suis pleinement convaincu, dit-il, que l'hémorrhagie n'a rien à voir dans la mort de cette dame, parce qu'il n'y avait pas de sang épanché au dehors, et d'un autre côté parce que l'utérus était parfaitement revenu sur lui-même. C'était une femme très grande, d'un tempérament lymphatico-nerveux; elle accusait parfois un peu de douleur dans son côté gauche, mais ne s'était jamais plainte de symptômes de maladie du cœur proprement dite. Pendant la période menstruelle, elle était toujours affectée d'une distension gazeuse considérable de l'abdomen. Le trait le plus remarquable de son histoire, c'est certainement le pressentiment funeste qu'elle nourrissait depuis quelque temps avant son accouchement. Au reste, la mère de cette dame était morte elle-même presque subitement, deux ou trois jours après la naissance de celle-ci, et peut-être la connaissance de ce fait eut-elle quelque influence sur les prévisions fâcheuses qui assiégeaient son esprit, plusieurs semaines avant l'établissement du travail. »

On voit par ce qui précède que la perte de sang par elle-même était tout à fait insuffisante pour occasionner la mort. Le travail avait été d'ailleurs rapide et facile. Après un travail difficile et prolongé, au contraire, il faut souvent une bien petite hémorrhagie pour détruire la vie. C'est ce qui confirme un fait que je dois à l'obligeance de M. le docteur Cuppaidge: « ce médecin fut appelé vers le commencement du mois dernier auprès de la femme d'un fermier, mère de cinq enfans et assez délicate, dont le travail fut fort pénible et nécessita l'intervention de l'art, l'application du forceps. Le travail avait duré trois jours et trois nuits, et la femme était profondément affaiblie. L'utérus ne revint pas franchement sur lui-même, et en exerçant une compression sur le ventre, il s'écoula une petite quantité de sang, ce qui parut la soulager. Mais, vingt minutes après, la malade commença à gémir, à se plaindre, à jeter ses bras autour d'elle. L'utérus fut comprimé de nouveau et expulsa quelques caillots. Des symptômes de prostration avec agitation extrême, affaissement profond, et faiblesse, et intermittence du pouls, ne tardèrent pas à survenir, et malgré l'administration des stimulans, elle continua à s'affaiblir et expira une heure et demie après la délivrance. La quantité de sang perdu par la malade ne dépassait pas la quantité que les femmes perdent dans les mêmes circonstances, sans présenter le plus léger symptôme de faiblesse et de syncope. »

(La suite à un prochain numéro.)

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 Juin. — Présidence de M. de Jussieu.

Lithothlibie. — Diagnostic et traitement des calculs urinaires à l'aide du toucher, aidé de l'action des instrumens.

M. le docteur Denamiel, de Rives-Altes, lit sous ce titre un extrait d'un mémoire en deux parties, l'une consacrée à l'étude du diagnostic des calculs urinaires à l'aide du toucher, et l'autre à la description d'une nouvelle méthode opératoire que l'auteur désigne sous le nom de lithothlibie.

Nous extrayons du mémoire de M. Demaniel les passages suivans, propres à faire connaître la méthode opératoire qu'il préconise :

De la lithothlibie. — L'écrasement du calcul par la pression entre les doigts et l'instrument, que j'appelle lithothliblie (de λιθος, pierre, et de θλιζω, j'écrase), se pose sur ces trois données de la science, savoir: 1° qu'il y a des calculs tellement friables, qu'ils s'écrasent sous la moindre pression; 2° que l'action des eaux alcalines sur le mucus qui forme le ciment commun des élémens des calculs, amène la disgrégation de la masse, quelle que soit la nature chimique des couches qui la composent, ramollit les calculs et les rend friables; 3° que le bas-fond de la vessie où vont se placer les calculs libres, où se trouvent ordinairement les calculs enkystés et enchatonnés, est accessible aux doigts introduits dans le rectum, et que la sonde placée dans la vessie peut trouver sur eux un point d'appui.

Les indications et les contre-indications de cette méthode doivent être recherchées dans l'état des voies urinaires, dans l'influence de la constitution, de la santé générale, de l'âge et du sexe.

Voici en quels termes l'auteur décrit le manuel opératoire :

Manuel opératoire. — Sur l'état anatomique des parties à l'égard de l'opération, il me suffira de rappeler ce que j'ai dit dans la première partie de ce mémoire, que la distance de la peau au col de la vessie est communément de 2 pouces et 1/4, et qu'elle varie entre 1 pouce quelques lignes et 4 pouces; que la prostate et le bas-fond de la vessie ne sont séparés du rectum que par une couche mince de tissu cellulaire lamelleux, dans lequel il ne se développe jamais de graisse; qu'ainsi on peut arriver facilement jusqu'au bas-fond, et sentir, sans autre intermédiaire que l'épaisseur des membranes de la vessie et du rectum, les corps placés dans la vessie.

Le malade ayant dans la vessie assez d'urine ou de liquide injecté pour permettre le passage de la sonde entre ses parois et le calcul est placé le siége sur le bord d'un lit, le corps couché horizontalement, ou plus ou moins relevé par des coussins vers la position verticale, suivant que les doigts de l'opérateur, introduits dans le rectum, atteignent avec facilité ou non la partie du bas-fond où est le calcul; les cuisses sont écartées et relevées, les pieds soutenus par des chaises.

Un cathéter dont la courbure se prolonge, également large, jusqu'au renflement terminal, ou une sonde à courbure ordinaire, mais cannelée sur sa convexité jusqu'à son extrémité vésicale, pour adulte ou pour enfant, composent tout l'appareil instrumental. La sonde ordinaire sans cannelure servirait aussi, c'est avec elle que j'ai opéré; mais la cannelure l'empêchera de glisser, et la fixera mieux sur le calcul.

L'opérateur, après avoir exécuté le cathétérisme et s'être placé assis ou debout entre les cuisses du malade, introduit successivement dans le rectum les doigts indicateur et médius de la main gauche, huilés ou graissés, pendant qu'il tient la sonde dans la main doite; lorsqu'il les a poussés jusque sous le bas-fond de la vessie, combinant le mouvement des deux mains, il place le calcul entre la sonde et les deux doigts plus ou moins écartés l'un de l'autre, suivant le volume du calcul, pour qu'il soit logé et maintenu dans leur écartement, et il presse la sonde sur le calcul, les doigts servant de point d'appui. Un aide injecterait par la sonde la quantité de liquide jugée nécessaire par l'opérateur dans les cas où il trouverait que la vessie n'en contient pas assez.

Si le calcul est friable au premier degré, la moindre pression suffira pour disjoindre les parties qui le composent, et après l'avoir senti céder sur les doigts de la main gauche, et la sonde descendre sur la paroi vésicale, à travers les débris du calcul, l'opérateur la relèvera, la déviera à droite et à gauche, pour exercer successivement sur chacun de ses côtés de nouvelles pressions, afin de bien écraser toutes les parties de la pierre. Une seule séance doit suffire pour ces sortes de calculs, même lorsqu'ils sont volumineux, sans que le malade en éprouve de la fatigue, Avant de retirer la sonde, une injection abondante est faite dans la vessie, afin que le détritus soit entraîné dans l'expulsion du liquide.

La pression ne devant jamais être poussée au point de contondre la muqueuse vésicale, on s'arrête dans les tentatives dès qu'on s'est assuré que le calcul n'est pas assez friable pour être écrasé sous l'action préalable des lithotriptiques, et on commence l'usage des eaux alcalines naturelles ou artificielles. Contre les calculs durs, les séances sont renouvelées par intervalles; l'on détache successivement les couches superficielles ramollies, dont les débris écrasés sont expulsés, et les couches sous-jacentes se trouvent mises plus immédiatement en rapport avec les agens dissolvans. Ainsi, les eaux alcalines et la lithothlibie se prêtent un mutuel secours; la dissolution des calculs est hâtée et terminée avant que la constitution du malade puisse être altérée par l'usage de ces eaux, qui devait quelquefois être prolongée pendant plusieurs mois lorsqu'elles agissaient seules.

Lorsque le calcul, au lieu d'être libre, se trouvera engagé dans le col de la vessie, dans une vacuole, dans un chaton, dans l'extrémité de l'uretère, l'opération n'en recevra pas de complication gênante; seulement, dans certains de ces cas, il restera à favoriser la sortie des débris de leur loge à l'aide des injections et des doigts agissant seuls pour soulever la poche, ou de concert avec la sonde.

L'auteur termine son mémoire par la relation de plusieurs observations qui mettent à même de constater le résultat de cette méthode.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 Juin 1853. — Présidence de M. Bérard.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. Lhéritier sur le service médical pour l'année 1852, des eaux de Plombières; semblables rapports de MM. Chapelain, sur les eaux de Luxeuil; Piedvache, sur les eaux de Dinan; Calvet, sur les eaux de Sylvanès; de Morineau, sur les eaux de Bilazais; Garnier, sur les eaux de Plombières; Niepce, sur les eaux d'Allevard; Dorgeval-Dubouchet, sur les eaux de La Motte; Vernière, sur les eaux de St-Nectaire; Bertin, sur les eaux de Foncaude; Pénissat, sur les eaux de Châteauneuf. (Com. des eaux minérales.)

2° Trois mémoires de M. le docteur Grandboulogne, de la Havane, le premier contenant une observation de double chéiloplastie pratiquée avec succès sur une jeune fille de 18 ans (avec deux portraits au daguerréotype représentant l'opérée avant et après l'opération); le deuxième contenant une instruction populaire sur le choléra morbus; et le troisième intitulé : Quelques réflexions sur l'extraction de la cataracte par un nouveau procédé. (Commis. des correspondans.)

3° Un mémoire de M. le docteur Courty, professeur-agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, sur un procédé nouveau pour l'amputation ou la résection des os du métacarpe.

4° Une note de M. Plumerel, accompagnant un envoi de flacons d'un sirop préparé avec les eaux minérales de Bourbonne.

5° Un mémoire de M. Delarue (de Bergerac), sur la recherche d'un moyen dont le mode d'administration contre les hernies étranglées puisse rendre généralement inutile l'emploi du bistouri.

6° Une note descriptive d'un bandage désigné sous le nom de suspensoir en nacelle, par M. Beyer.

7° Un état des vaccinations pratiquées à Saint-Denis (Réunion), par M. Reydellet, chirurgien de la marine.

8° Une lettre de M. Legrand, qui annonce se porter candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la surdi-mutité.

Surdi-mutité.

La délibération est ouverte sur la 4me conclusion.

M. le Secrétaire, en l'absence du rapporteur, donne lecture de cette 4me conclusion conçue en ces termes :

« Les élèves de la première catégorie, c'est-à-dire ceux qui peuvent encore entendre, doivent être séparés des autres sourds-muets, et il y aurait un inconvénient réel à la réunion dans des classes communes et dans un même établissement. Il en est surtout ainsi de ceux qui, ayant entendu et parlé dans leur enfance, auraient ensuite été frappés de surdi-mutité.

» Quant à ceux qui n'entendent en aucune façon et ne peuvent que lire la parole sur les lèvres, l'expérience n'a pas encore décidé suffisamment, entre la méthode française ou l'éducation par la mimique et l'école allemande et l'éducation par la parole. »

M. Bouvier a la parole sur cette conclusion.

M. Bouvier : Je cherche en vain dans cette rédaction une réponse à la question du ministre. Le ministre demande « s'il y aurait avantage à ce que les élèves, contenant les deux catégories mentionnées (les sourd-muets complets et ceux qui ont conservé l'usage de la parole), les uns pour retirer plus de bénéfices du traitement, les autres pour développer leur faculté d'articuler et de lire la parole sur les lèvres, fussent appelés à recevoir une éducation spéciale, donnée exclusivement par des professeurs parlans, qui les exerceraient, plusieurs heures chaque jour, à l'étude de la parole. » Dans le projet de réponse de la commission je lis ces mots : « quant à ceux qui sont complètement sourds et qui ne peuvent que lire sur les lèvres, l'expérience n'a pas encore prononcé entre la méthode française et la méthode allemande, etc. » La commission a-t-elle prétendu désigner, par là, ceux qui parlent, bien que complètement sourds? On n'en sait rien. Il me paraît seulement que c'est ainsi qu'elle l'a compris.

Pour ce qui a trait aux autres catégories, elle dit : « Les élèves de la première catégorie, il y aurait un inconvénient réel à les réunir dans un même établissement. Il en est, surtout ainsi, de ceux qui, ayant entendu ou parlé dans leur enfance, auraient ensuite été frappés de surdi-mutité. » Ainsi, évidemment il y a là une lacune, une réponse qui n'est pas celle qu'on devait faire. Je proposerais de remplacer ces dernières lignes : « Il en est surtout ainsi, etc., » par ces mots : « il en est ainsi des élèves qui, quoique sourds incurables, ont conservé la faculté de parler »

Si la commission veut se rallier à cet amendement, je n'ai plus rien à dire. Sinon, je demande à le développer immédiatement.

M. Piorry, qui n'était pas présent au commencement de la séance, est invité par M. le président à donner de nouveau lecture de la 4me conclusion. M. Piorry en donne lecture dans les termes ci-dessus.

M. Bégin : La commission, dans ses réponses, a été mue par cette pensée de ne pas devancer l'expérience. Personne, pas plus la commission que d'autres, n'est en mesure de résoudre la question en ce qui concerne les sujets de la catégorie en question. Que les sujets qui sont aptes à parler et qui ont encore un certain degré d'audition, soient mis dans des classes à part et séparés des autres sourds-muets, très bien. C'est sur quoi la commission est parfaitement d'accord. Mais pour les sourds-muets complets, qu'ils puissent ou non recueillir quelque avantage de l'éducation par la lecture sur les lèvres et l'articulation, c'est ce que la commission ignore comme vous, comme tout le monde. Elle est donc restée parfaitement dans le vrai en rédigeant sa réponse ainsi qu'elle l'a fait.

M. le Président : Il résulte de ce que vient de dire M. Bégin, que la commission n'approuve pas l'amendement proposé par M. Bouvier.

M. Malgaigne : La conclusion que vient de lire M. Piorry, n'est pas celle qui a été rédigée en séance de commission; elle ne rend pas la vraie pensée de la commission. Je demande qu'on lise une fois pour toutes les conclusions telles qu'elles ont été arrêtées.

M. Piorry explique que s'il a cru devoir introduire quelques changemens dans la rédaction de la commission, c'est que la conclusion, écrite de la main de M. Malgaigne, était illisible. (Rires.) Les changemens qu'il y a introduits, du reste, sont peu importans, et n'altèrent en rien la pensée de la commission; ils consistent seulement dans l'addition au premier paragraphe de ce dernier membre de phrase : « Il en est surtout ainsi de ceux qui ayant entendu, etc... »

Voici la rédaction primitive de la commission :

« Les élèves de la première catégorie, c'est-à-dire ceux qui peuvent encore entendre, doivent être séparés des autres sourds-muets, et il y aurait un inconvénient réel à la réunion dans des classes communes et *dans un même établissement.* (La commission avait dit : Il y aurait même inconvénient à les conserver dans l'institution.)

Quant à ceux qui n'entendent en aucune façon, etc., comme ci-dessus.

M. Bégin demande la parole pour une motion d'ordre : Il ne faut pas que l'Académie s'arrête à discuter les points secondaires. Qu'on mette dans un même établissement ou pas, ce n'est là qu'un point secondaire; ce n'est pas notre affaire, cela regarde l'administration. Mais ce qui est essentiel pour nous, c'est de savoir s'il faut, oui ou non, mettre à part telle et telle catégorie de sourds-muets. Là est le point en discussion en ce moment. La commission dit que l'expérience n'a pas encore pro-

noncé à cet égard, M. Bouvier dit le contraire. C'est là dessus seulement que la discussion doit porter.

M. Bouvier (à la tribune) : Je ne suppose pas que personne ici veuille étrangler la discussion (rire général). Je n'admets pas que par fatigue l'Académie veuille se refuser à discuter et se priver des lumières que la discussion pourrait encore lui apporter. Je me suis demandé, en voyant la fatigue de l'Académie et l'opposition qui m'a été faite, si je ne me serais pas trompé dans l'opinion que j'ai embrassée dès le commencement de cette discussion; je me suis livré à une nouvelle étude de la question et, plus que jamais, je me suis convaincu que je devais persister dans l'opinion dont j'ai entrepris la défense.

La question est bien posée; il s'agit tout simplement de savoir si les sourds-muets incurables, mais qui parlent ou qui sont susceptibles de parler, doivent être assimilés, pour le mode d'éducation, aux autres sourds-muets, en d'autres termes, s'il y a avantage, comme le demande le ministre, à ce que les sourds-muets des deux catégories soient appelés à recevoir l'éducation par la parole. Je dis oui, la commission dit non. La conviction est entière des deux parts. Mais il s'agit de s'entendre sur un point, il faut bien s'expliquer, d'abord, sur ce que sont ces deux enseignemens par la mimique et par la parole. L'on peut entendre par ces mots des choses fort différentes... (légères rumeurs). L'enseignement par la parole n'exclut pas la mimique jusqu'à un certain point. Ce que l'on appelle la méthode allemande ne diffère pas seulement de la méthode dite de Paris, elle diffère aussi de la méthode suivie dans l'établissement de M. Dubois.... (M. le Président interrompt M. Bouvier et l'invite à se renfermer dans les termes de la discussion.)

M. Bouvier : Je reviens donc au fond de la question, et je vais développer mon amendement.

Vous avez adopté, dans la dernière séance, un paragraphe qui dit que l'articulation de la parole, toutes choses égales d'ailleurs, peut être obtenu, etc. Mon amendement dérive précisément du sens de cette phrase. S'il est vrai qu'il y ait des degrés dans la facilité qu'ont les sourds-muets à acquérir la parole, il est évident qu'on peut admettre un degré qui approche de la perfection. La conséquence forcée de cela, c'est qu'il faut à ceux-là conserver l'usage de la parole. Personne, ici, ne veut faire de muets, ce qu'on n'a fait que trop longtemps dans l'établissement de Paris. Je m'appuie donc, on le voit, sur la commission elle-même.

Trois motifs pourraient être allégués contre ma manière de voir : 1° les avantages de l'usage de la parole ne compenseraient pas ceux de la mimique, et il y aurait de l'inconvénient à priver les élèves de ces derniers avantages. 2° L'instruction est plus facile à acquérir par la mimique que par la parole. 3° Le cours d'articulation établi à l'institution est parfaitement suffisant. Je vais tâcher de répondre à ces trois objections.

On parle des inconvéniens qu'il y aurait à priver les enfans des avantages de la mimique, de l'imperfection du langage des sourds-muets, de leurs accens sauvages, c'est le mot dont s'est servi M. le président. M. Bousquet avait aussi beaucoup insisté avant lui sur ce point. Enfin, d'après M. Malgaigne, les sourds-muets parlans ont une conversation insupportable et un langage qui ne peut leur servir à rien. M. Malgaigne a beaucoup amusé l'Académie en imitant ce langage, et il en a conclu qu'on ne devait point songer à élever les sourds-muets par la parole. Je me servirai de ses argumens mêmes. Il vous a cité M. Allibert. Eh bien! M. Allibert n'a pas été élevé par l'enseignement dont il s'agit; M. Allibert a été élevé par la mimique, et de ce qu'il a une parole haïssable, vous nous l'opposez. C'est à votre méthode qu'il faut s'en prendre.

On a dit que les sourds-muets ne se servaient plus de la parole une fois sortis des établissemens. M. Bouvier cite ici des exemples qui prouvent le contraire. M. Malgaigne demandait qu'on lui fît voir un Allemand. On sait à quelle équivoque a donné lieu un prétendu Allemand qui avait été élevé par l'École de Paris, et qui ne savait pas un mot de la langue allemande. Mais en voici un (nous n'avons pu saisir le nom cité par M. Bouvier) élevé dans une école allemande, et qui parle avec une extrême facilité plusieurs langues, sa langue natale d'abord, la langue turque qu'il a apprise dans un voyage qu'il a fait en Turquie, et enfin la langue française qu'il a apprise depuis dix-huit mois seulement de séjour à Paris. Ce sourd-muet a, il est vrai, un organe désagréable, non pas à la manière dont l'a dépeint M. Malgaigne, mais il a une voix d'enfant, et il semble être obligé de faire des efforts à chaque mot qu'il dit.

Il y a quelque temps un jeune sourd-muet se présentait auprès d'un acteur bien connu, M. Beauvallet, de la part d'un de ses amis, pour lui soumettre un projet de tragédie. M. Beauvallet rencontrant plus tard cet ami lui parle de la gentillesse du jeune homme qu'il lui a adressé. Une seule chose l'avait frappé, c'était la manière particulière dont ce jeune homme l'envisageait. Ce jeune homme était M. Delaunay, élève sourd-muet. M. Beauvallet ne s'était pas aperçu qu'il eût pour interlocuteur un sourd.

On dira que ce sont là des exceptions. Sans doute, mais c'est pour ces exceptions que je réclame les avantages d'un mode d'éducation aussi utile.

Passons à la mimique. On dit qu'il ne faut pas la rejeter, parce qu'elle est préférée par les sourds-muets eux-mêmes. Ici il y a deux camps. Chaque camp aime sa méthode. Les professeurs sourds-muets sont invoqués comme très compétens; non, ils ne sont pas compétens. S'ils s'expriment ainsi, c'est par dépit, ils sont trop verts... Les hommes véritablement compétens, ce sont M. Puybonnieux, M. Esquirol, M. Valade-Gabel, l'instituteur par la parole, l'associé de M. Hubert-Valleroux, et l'on connaît leur opinion.

Je crois avoir fait la part de la mimique. Je suis émerveillé de ses résultats. Mais est-ce là la parole? M. Bérard a parlé des facultés qui se suppléent. Oui cela supplée, mais il ne faut pas dire que cela vaille le sens qui manque.

M. Malgaigne dit : Mais ces sourds-muets qui n'auront plus la ressource de la mimique, comment formeront-ils désormais société entre eux? Je ne désespère pas qu'ils ne parviennent parfaitement à s'entendre par la lecture sur les lèvres, puisqu'ils comprennent si bien ainsi les parlans. D'ailleurs, quant il en serait autrement, est-ce que les rapports qu'ils auront conquis avec le monde des parlans ne les dédommagera pas et bien au-delà de ce qu'ils pourraient perdre dans leurs rapport avec leurs compagnons d'infortune. Quant à ce que M. Malgaigne a dit de l'influence de la parole sur la phthisie, il est évident que c'est là un fait faux et dont il n'y a nullement à tenir compte.

Relativement au deuxième point, grâces soient rendues s'écrie M. Bouvier à M. Malgaigne, on croit depuis lui maintenant, que l'instruction peut être égale des deux parts. Je n'ai jamais dit autre chose. Je n'ajouterai qu'un mot. J'ai vu hier une pauvre femme, maîtresse d'école du quartier Popincourt, qui élève quelques sourds-muets placés chez elle par la Société du Patronage, à raison de 5 francs par mois. Il y a chez cette femme un enfant de 10 ans qui vient de faire sa première communion, qui entend mieux qu'il n'entendait avant d'entrer dans cette maison, et qui parle. Voilà une femme qui va sur vos brisés, MM. Deleau, Blanchet, etc., elle fait entendre et parler des sourds-muets.

J'arrive au troisième point, cours d'articulation. Il est impossible de passer rapidement là-dessus.

Qu'est-ce qu'un cours d'articulation à l'institution de Paris? un cours de une heure, où chaque élève (ils sont 35) a le 35me de une heure de leçon pour lui. Je vous laisse à juger du résultat. En Allemagne, chaque professeur n'enseigne que 10 élèves au plus à la fois.

M. Bouvier appuie les assertions de l'opinion de M. Waïsse, qui déclare le cours d'articulation de l'École impériale insuffisant et incapable de suppléer la pratique. Or, il n'y a point de pratique de la parole dans l'établissement.

M. Malgaigne a dit qu'il avait vu des individus parlant aussi bien dans un établissement que dans l'autre. Je me suis demandé comment cela pouvait se faire; j'ai cherché, et d'après tous les documens recueillis, je suis arrivé à ce résultat, savoir que ceux qui parlent à l'institution ne l'ont pas appris au cours d'articulation, mais ce sont des sujets qui parlaient déjà avant d'y entrer. Quelques-uns y ont même perdu l'usage de la parole. J'y ai vu un enfant qui parle bien; mais il a appris de son frère. Je maintiens que s'il reste là, il perdra ce qu'il sait.

D'une enquête à laquelle je me suis livré sur les sujets de la classe de perfectionnement fondée par Itard, je ne citerai qu'un seul fait. Je tiens d'un moniteur de cette classe qu'il perdait lui-même à l'établissement ce qu'il apprenait de la parole pendant les vacances qu'il passait au sein de sa famille. Je conclus de tout cela que la classe d'articulation à l'institution impériale est un leurre, une déception; on n'y apprend par la parole et on la perd quand on la possédait déjà.

Avant de terminer, je m'appuierai d'une grande autorité dans la matière. Un médecin, consulté sur un jeune enfant devenu sourd-muet à la suite d'une fièvre cérébrale, recommanda expressément aux parens de placer cet enfant dans un établissement spécial où l'on apprenne l'articulation; j'ai lu cette consultation, elle est signée : Ménière. (Sensation.)

M. le Président : Une proposition est faite par la commission mixte, elle consiste à mettre à part les sourds-muets qui entendent un peu. M. Bouvier propose d'ajouter à cette catégorie les sourds complètement sourds, mais qui sont néanmoins susceptibles d'apprendre la parole.

M. Malgaigne demande qu'on mette aux voix paragraphe par paragraphe.

M. le Président lit le premier paragraphe...., mais s'apercevant que M. Bégin est absent, il fait remarquer qu'il n'y a plus personne pour défendre la rédaction de la commission.

M. Malgaigne : La pensée intime de la commission, c'est que les sourds qui parlent, qui sont sourds seulement, ne doivent pas rester dans l'établissement et doivent être rendus à la société.

M. Piorry : Je ne vois pas la nécessité d'amoindrir l'établissement de Paris en le privant d'une classe. Je n'avais pas d'abord bien saisi le sens de l'amendemens de M. Malgaigne. Mais maintenant que j'en comprends toute la portée, je demande la suppression du dernier membre de phrase de ce paragraphe.

M. J. Guérin : Il faut, avant tout, qu'il n'y ait pas d'équivoque. Il y a un parti qui désire que les sujets qui sont jugés susceptibles de recouvrer la parole restent dans l'établissement, mais dans une classe à part. Reprenant la question en litige, je désire qu'on sache bien sur quoi l'on vote. La commission demande qu'on élève à part seulement les élèves de la première catégorie, c'est-à-dire ceux qui entendent encore un peu. M. Bouvier a insisté, avec raison, pour qu'on adjoigne à cette première catégorie ceux qui sont complètement sourds, mais qui, néanmoins peuvent parler. Je demande, à mon tour, qu'il soit bien entendu qu'on mettra également à part, non seulement les sourds qui parlent, mais encore ceux qui ont parlé jadis et qui ont perdu l'usage de la parole par suite de quelque maladie ou accident. Je me rallie donc à l'amendement de M. Bouvier, mais en spécifiant un degré de plus.

Voici la conclusion que je proposerais de substituer à celle de la commission :

« L'Académie pense qu'il y aurait avantage à ce que les élèves des deux catégories qui précèdent, ceux qui sont susceptibles de recouvrer l'ouïe, et ceux qui, quoique affectés d'une surdi-mutité incurable, ont conservé l'usage de la parole ou sont aptes à la recouvrer, soient placés dans une division spéciale de l'établissement et soumis à une éducation donnée exclusivement par des professeurs parlans. Mais il serait utile qu'un conseil supérieur de perfectionnement, institué en permanence auprès de l'établissement, fût chargé de régler et de surveiller l'application de ces réformes. »

M. Bouvier : M. Bégin a dit, avec raison, que pour ce qui concerne le mode d'isolement, c'est une question administrative dont nous n'avons pas à nous occuper. Je ferai remarquer seulement qu'il serait possible d'avoir deux classes à part.

M. le Président : Un premier amendement a été proposé, qui consiste à supprimer de la fin du premier paragraphe de la conclusion, les mots : « et d'un même établissement. »

L'amendement, étant appuyé, est mis aux voix et adopté.

M. Malgaigne demande la parole sur l'amendement de M. Bouvier.

M. Malgaigne : On demande qu'il soit fait deux classes à part, l'une pour les sourds qui n'entendent pas du tout et qui parlent, l'autre pour les sourds qui parlent et qui entendent un peu. Ce serait préjuger la valeur de la méthode allemande. M. Bouvier a un grand avantage sur nous, il sait ce que valent ces méthodes. Pour moi, je ne le sais pas. Je demande donc, dans mon ignorance, qu'on ne prive les sourds-muets d'aucun moyen, qu'on ne les prive pas de la mimique. Puisque vous ne savez pas, laissez les choses comme elles sont. Le conseil de perfectionnement jugera. Mais adopter aujourd'hui la proposition qui vous est faite, c'est juger une question que vous ignorez.

M. Piorry : Je comprends que M. Malgaigne ne soit pas éclairé. On sait comment M. Malgaigne s'est trouvé faire partie de la commission, mais il n'en a nullement partagé ni suivi les travaux. Si M. Malgaigne, comme moi, comme M. Guéneau de Mussy, avait été témoin des faits qui se passent à l'institution, il aurait vu les progrès que faisaient de jour en jour les élèves soumis à la méthode en question, et il serait plus éclairé qu'il ne l'est en réalité. Tout ce qu'il vient de dire n'est donc pas aussi logique qu'on le pouvait supposer au premier abord.

M. le Président : M. Malgaigne a traité à la fois de l'amendement et du sous-amendement. Je crois qu'il convient de les mettre séparément aux voix. Je commencerai par le sous-amendement de M. Guérin, comme étant le plus large et celui qui s'éloigne le plus de la proposition de la commission.

Le sous-amendement de M. Guérin est-il appuyé?

M. Guérin : M. Renault l'a appuyé (signe affirmatif de M. Renault).

Une voix : Il a été appuyé par M. Piorry.

M. Cazeaux : M. Piorry appuie tout. (On rit.)

M. Guérin : Je n'ai pas développé mon sous-amendement, je vais le faire en deux mots. Les sourds-muets dont je parle sont ceux qui ont été affectés de cette infirmité postérieurement à la naissance, par suite d'un accident ou d'une maladie, comme cela a eu lieu, par exemple, chez le militaire dont nous a entretenus M. Bonnafont. Il y a là une différence de temps et de degré. Je maintiens qu'il importe de comprendre dans la catégorie des sujets susceptibles d'être élevés dans la classe spéciale dont il s'agit, les sujets qui *parlent* ou qui *ont parlé*.

M. le Président : Bien qu'il soit d'usage de mettre les sous-amendemens aux voix avant les amendemens, je pense que le rejet de l'amendement, s'il était prononcé, devant nécessairement entraîner celui du sous-amendement, il convient de mettre d'abord l'amendement de M. Bouvier aux voix.

M. Baillarger : Je désire, avant que l'Académie procède au vote, qu'il soit bien entendu qu'elle est parfaitement libre et nullement engagée en dehors de ce que la commission a constaté. La commission n'a eu à constater qu'une chose, c'est l'influence des instrumens de musique sur l'éducation de l'ouïe. En dehors de cela, pour ma part, je décline toute responsabilité.

L'amendement de M. Bouvier est mis aux voix et rejeté.

Le second paragraphe de la rédaction de la commission est mis aux voix et adopté.

5me *conclusion* : M. Piorry est invité à lire la conclusion telle qu'elle a été rédigée par la commission. Cette conclusion est ainsi conçue :

« Quant aux élèves de la première catégorie, l'Académie s'en réfère à ce qu'elle a dit plus haut. Quant aux autres, elle doit redire encore que l'expérience n'a pas encore suffisamment décidé à cet égard. »

M. Piorry : Cette rédaction ne m'ayant pas paru suffisamment claire, j'ai cru devoir soumettre à l'Académie la rédaction suivante, qui exprime la même idée :

« Quant aux succès à espérer du traitement par l'instruction au moyen du développement gradué ou successif de l'ouïe et de la parole, des exercices d'acoustique et de langage articulé pour les élèves de la première catégorie, l'Académie s'en réfère à ce qui a été dit plus haut (conclusion n° 1). Pour ce qui a trait aux autres catégories, elle redit encore que l'expérience n'a pas suffisamment décidé à cet égard. » (Appuyé.)

La rédaction de M. Piorry étant appuyée est mise aux voix et adoptée.

6e *conclusion* : « M. le ministre remarque que dans ses réponses l'Académie n'a pas parlé du traitement chirurgical ni des méthodes de M. Blanchet, Ce médecin n'a fait que mettre en usage des méthodes thérapeutiques connues avant lui, à part, cependant, l'application de divers instrumens (tels que les acoumètres et l'orgue) qui sont plus précis que les autres pour mesurer le degré de l'audition et les progrès qu'elle peut faire sous l'influence du traitement. » (Ce dernier membre de phrase, à dater des mots « à part », n'était point dans la rédaction de la commission, il a été ajouté par M. Piorry.)

M. Bouvier propose une addition dont nous n'entendons pas les termes. Elle n'est pas appuyée.

La conclusion de la commission, modifiée par M. Piorry, est mise aux voix et adoptée.

7me *conclusion additionnelle* proposée par M. Bégin :

« L'Académie est d'avis qu'il serait utile pour résoudre les questions pendantes entre les diverses méthodes de traitement de la surdi-mutité, et pour imprimer, au besoin, une direction nouvelle à l'éducation des sourds-muets, de créer près de l'institution impériale, un conseil de perfectionnement analogue à celui qui a été attaché à l'École polytechnique. »

M. Londe voit une contradiction entre cette proposition et ce que l'on n'a cessé de dire pendant toute la discussion de l'absence d'expérience concluante sur la valeur respective des deux méthodes.

La conclusion 7me est mise aux voix et adoptée.

La séance est levée au milieu d'une certaine agitation.

COURRIER.

De nombreuses mutations viennent de s'opérer dans le service médical des hôpitaux de Paris.

MM. les docteurs Grisolle et Marrotte passent, l'un à l'Hôtel-Dieu, l'autre à la Pitié, en remplacement de MM. Martin-Solon et Clément, admis à la retraite sur leur demande.

M. Monneret va occuper à l'hôpital Necker une place de création nouvelle.

M. Henry Roger remplace, à l'hôpital des Enfans, M. Trousseau, nommé professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu.

M. Noël Guéneau de Mussy passe à la Pitié, M. Baron aux Enfans-Trouvés, M. Tessier à Beaujon, M. Béhier à Saint-Antoine, MM. Legendre et Pidoux à Sainte-Marguerite, M. Becquerel à Lourcine, M. Bourdon à la direction des nourrices.

Les médecins sus-nommés entreront au 1er juillet dans leur nouvelle fonctions.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltestet Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 75. SEPTIÈME ANNÉE. **Samedi 25 Juin 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56* ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

ENSEIGNEMENT.

LEÇONS FAITES AU COLLÉGE DE FRANCE, PAR M. CL. BERNARD, Suppléant M. MAGENDIE.

Nos lecteurs n'ont pas oublié les intéressantes leçons faites par M. Magendie, dans le semestre d'hiver 1851-52, leçons dont nous avons publié une analyse étendue. Le cours du semestre d'été a été, comme de coutume, fait par M. Bernard, et l'on sait avec quel empressement les élèves se réunissent autour de ce jeune et éminent professeur. Son enseignement a été recueilli avec soin par plusieurs personnes. M. le docteur de Piétra-Santa en a fait insérer un compte-rendu dans la *Gazette médicale de Toscane*, car l'Italie se montre très avide de la parole savante de nos physiologistes. L'abondance des questions à l'ordre du jour, et la nécessité de varier nos matières, nous ont empêché de publier la première partie de ce cours; mais nous ne devons pas tarder davantage à faire connaître la seconde qui est tout à fait originale, et qui consiste dans des ÉTUDES SUR LE NERF GRAND SYMPATHIQUE. Pour chercher à rendre plus fidèle l'exposition des idées de M. Bernard sur ce sujet, nous avons, pour la rédaction, contrôlé nos notes avec celles de M. de Piétra-Santa, et le professeur lui-même a bien voulu consentir à revoir les épreuves de l'imprimerie.

§ I. — GÉNÉRALITÉS SUR LE NERF GRAND SYMPATHIQUE; SES RAPPORTS AVEC LE SYSTÈME NERVEUX CÉRÉBRO-SPINAL; SENSIBILITÉ ET MOUVEMENS RÉCURRENS OU RÉFLEXES; IRRITABILITÉ MUSCULAIRE; ACTIONS RÉFLEXES PROPREMENT DITES; ISOLEMENT DES FONCTIONS DU GRAND SYMPATHIQUE.

Bien avant Bichat, on avait divisé le système nerveux en deux parties distinctes. Les dénominations employées par cet illustre auteur ne sont plus guère en usage aujourd'hui. Au lieu de dire système nerveux de la vie animale et de la vie organique, M. Bernard aime mieux se servir des expressions *système nerveux cérébro-spinal* et *nerf grand sympathique.*

Le *premier* est composé du cerveau, du cervelet, de la moelle épinière et de tous les nerfs qui en émanent; le *second* est constitué par une série de ganglions formant, sur les côtés de la colonne vertébrale, une chaîne qui s'étend de la tête au bassin, et dont les anneaux sont reliés par des filets nerveux.

La *partie postérieure du grand sympathique communique* avec tous les nerfs cérébraux et rachidiens. Dans l'ellipse de sa partie antérieure, sont placés les principaux plexus; le solaire est le plus considérable. Les filamens du grand sympathique forment avec ceux du système cérébro-spinal offrent une *intrication* extrême, qui n'est pas la même chez tous les animaux. Elle diffère, par exemple, chez le chien et le lapin; dans le premier, il y a confusion avec le pneumo-gastrique, tandis qu'il n'en est pas de même chez le lapin. Cette variété permet de choisir tantôt un animal et tantôt un autre, suivant le but expérimental qu'on se propose.

Au point de vue de la *structure anatomique*, peu de différence existe entre les deux systèmes nerveux. Le microscope ne montre, à cet égard, rien de bien notable. Il y a trente-et-une paires de nerfs rachidiens. Chaque paire part de la moëlle par une *racine antérieure* et une *racine postérieure;* l'antérieure est dépourvue de ganglion. La structure des deux racines est la même; M. Robin et d'autres micrographes y ont trouvé des tubes nerveux à simple et à double contour; dans la racine postérieure, les filets à simple contour sont seulement moins nombreux. Dans le grand sympathique, on trouve aussi ces tubes; ceux à simple contour sont en plus grande quantité, sans, toutefois, que les autres manquent.

Dans le grand sympathique il y a des *fibres grises.* On a voulu distinguer ce nerf par ce caractère; mais beaucoup d'anatomistes modernes sont d'accord pour regarder ces fibres grises comme le névrilème; on les appelle *fibres de Remak.* Les fibres grises sont aussi plus volumineuses dans le grand sympathique, ce qui lui forme un névrilème d'autant plus épais. Ces fibres sont considérées, aujourd'hui, comme du tissu cellulaire, tout spécial il est vrai.

Dans le système nerveux cérébro-spinal, *les conducteurs du mouvement et du sentiment sont isolés.* La racine antérieure préside au mouvement, et la racine postérieure au sentiment. Ces deux racines se distinguent pourtant par une vive sensibilité; mais celle-ci ne se manifeste, dans la racine antérieure, qu'en parcourant un circuit. C'est en cela que consiste la *sensibilité récurrente* ou, en retour, découverte par M. Magendie. On en fournit la preuve, puisqu'on peut détruire à volonté le mouvement ou le sentiment.

EXPÉRIENCE : M. Bernard présente un lapin sur lequel il a coupé, à gauche, le nerf de la 5me paire, analogue à une racine postérieure, en ce sens qu'il préside essentiellement à la sensibilité. La narine et la lèvre supérieures sont insensibles de ce côté; on les prend avec une pince sans que l'animal fasse aucun mouvement, tandis que, du côté droit, le moindre attouchement avec la pince, sur ces mêmes parties ou à l'intérieur de la narine, lui fait éprouver les sensations les plus brusques. Cependant les deux narines et les deux lèvres jouent, remuent et se contractent également, car le nerf facial est intact.

Malgré cette séparation dans les phénomènes du mouvement et de la sensibilité du système cérébro-spinal, les deux actions concourent au même but, et ne peuvent être séparées dans l'ensemble de la vie; aucun individu n'existe sans cet ensemble.

Il est certain, toutefois, que *le mouvement accompli par le muscle et l'action nerveuse sont deux choses distinctes.* Cette distinction avait été déjà faite par Haller, qui avait admis une irritabilité propre à la fibre musculaire. Quand un muscle se contracte, ce n'est pas le nerf qui lui donne la propriété contractile. Le nerf n'est que l'occasion, car le muscle peut se contracter par lui-même. Ce fait, pourtant, était difficile à démontrer. A cet effet, le galvanisme seul était insuffisant : lorsqu'il fait contracter le muscle, on pouvait dire que le mouvement est produit par le nerf, et quand l'action du nerf s'éteint, l'irritabilité musculaire pouvait s'éteindre en même temps.

On avait pensé qu'à l'aide du chloroforme, il serait possible de jeter quelque lumière sur la distinction des fonctions du système nerveux; mais, en éteignant la sensibilité du système cérébro-spinal, il éteint aussi celle du grand sympathique. Il exerce même encore sa puissance après la mort de l'homme et celle des plus basses classes d'animaux. On sait que M. Gosselin a constaté que les mouvemens de l'épithélium ciliaire de la trachée et de l'œsophage persistaient, pendant 36 ou 48 heures, après la mort des suppliciés. M. Clemens, au moyen du chloroforme, est parvenu à anéantir ces mouvemens; il a fait disparaître de même ceux de l'épithélium de l'œsophage de la grenouille. Bien plus, ayant mis cet anesthésique en contact avec certains végétaux, tels que les *mimosæ* et surtout la sensitive, il a vu que son action sur eux était manifeste : la sensitive ne refermait plus ses feuilles.

Pour mettre en évidence la distinction des phénomènes de l'excitabilité nerveuse et de l'irritabilité musculaire, il fallait un agent dont l'énergie fut moins générale. M. Bernard l'a trouvé dans le *curare*, qui éteint la première et laisse subsister la seconde. Voici comment M. Bernard prouve que cette irritabilité musculaire est indépendante de l'excitabilité nerveuse.

EXPÉRIENCE : Cet habile expérimentateur introduit un petit fragment de curare sous la peau d'une grenouille; il place celle-ci sous une cloche de verre, où elle meurt au bout de peu de minutes. Il prend une autre grenouille qu'il écorche et dont il coupe la tête. On va voir la différence d'action du galvanisme sur les deux individus : la deuxième grenouille contracte ses muscles, soit qu'on touche ceux-ci, soit qu'on touche le nerf, avec la pince galvanique. M. Bernard reprend la première grenouille, il lui enlève, d'abord, l'excès de poison; puis, pour l'écorcher, il se sert d'une pince et d'un scalpel, car, si l'on avait la moindre égratignure au doigt, quelques accidens pourraient être la suite du contact du curare. Il touche plusieurs fois les muscles; ils ont conservé leur irritabilité et se contractent; *mais leur contraction n'a plus lieu quand il pince le nerf.* Cette double expérience décide évidemment la question. Il existe donc une irritabilité musculaire indépendante de l'excitabilité

Feuilleton.

CAUSERIES.

LES ORATEURS DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Toutes les choses de ce monde peuvent être envisagées sous des aspects divers. La discussion sur la surdi-mutité a présenté son côté très grave et très sérieux, que nos colonnes supérieures ont cherché à réfléchir. Il est un autre côté moins sérieux et moins grave dont l'appréciation trouve sa place naturelle à ce rez-de-chaussée, où la pensée peut se traduire avec un peu plus de sans-façon, où la plume peut courir avec un peu plus de liberté. Rassurez-vous donc, bien-aimé lecteur : je ne viens pas reprendre ici, sous une autre forme, une discussion dont vous devez être énormément fatigué; mon seul but est de vous dire les impressions que ces débats ont produites sur mon esprit, au point de vue littéraire et oratoire. Vous ne le voyez que trop : on parle beaucoup à l'Académie, c'est même le seul endroit qui nous reste où le genre délibératif puisse s'exercer à l'aise. A une époque où d'autres tribunes très retentissantes occupaient vivement l'attention publique, les débats académiques, plus modestes, avaient cependant leur part de l'intérêt général. Aujourd'hui, que la tribune académique n'a plus aucune diversion à craindre, il est bien naturel que nous nous occupions des orateurs qui y paraissent. C'est ce que je vais faire à l'occasion de la discussion qui vient de finir, comme je l'ai fait souvent à l'occasion de discussions antérieures. Je ne suis pas de ceux qui dédaignent le côté de l'art. Bien dire, bien exposer, bien écrire sont des qualités précieuses, et énormément utiles à la vulgarisation de toutes les sciences, de la médecine comme de toutes les autres. On ne se persuade pas assez que c'est par le style que vivent les œuvres. Sans doute il faut un bon fond, mais sans la forme rien n'y fructifiera. Vous avez beau semer sur un terrain riche et fécond, s'il n'est pas préparé par un labour habile, la récolte sera nulle ou médiocre.

Au point de vue de l'art, et dans son ensemble, la discussion sur la surdi-mutité a été satisfaisante. Une discussion qui a produit le discours de M. Malgaigne et les deux allocutions de M. Bérard pourrait déjà contenter les plus difficiles; mais nous avons eu d'autres richesses encore, et c'est ce qu'il faut que je dise pour tempérer un peu la peine que j'éprouve d'avoir à signaler des erreurs oratoires plus ou moins considérables.

Je commence par le commencement, par M. Piorry, l'honorable rapporteur de la commission. Si je ne craignais de blesser les susceptibilités de notre savant confrère, je plaiderais d'abord pour lui la circonstance atténuante. Je dirais qu'il paraît que M. Piorry ne s'est chargé du rapport que sur le refus des autres membres de la commission de le faire; qu'il s'est dévoué pour les intérêts de l'Académie, et aussi un peu, dit-on, pour les sentimens d'amitié qu'il porte à M. Blanchet, toutes choses fort respectables et bien faites pour amollir le plus farouche critique. Mais M. Piorry, j'en suis sûr, ne voudrait pas être ainsi apprécié. Il ne croit avoir besoin d'aucun de ces tempéramens; son rapport, il le juge parfait et ses discours excellens. Aurai-je le cœur assez granitique pour le désillusionner à cet égard? Y parviendrais-je, d'ailleurs? Non, assurément, et je préfère croire qu'entre M. Piorry et moi, c'est moi qui me trompe, que c'est par mauvais goût que je n'aime pas sa phraséologie pompeuse, ses locutions ambitieuses et sa diction solennelle pour exprimer au fond les pensées les plus simples; que c'est à moi exigence ridicule de lui demander un peu plus de correction et un plus grand respect pour la syntaxe, que je manque du sens vrai des choses et des convenances, puisque je suis choqué d'entendre M. Piorry se mettre trop souvent en scène, et que je n'ai pas le sens commun de préférer un peu de modestie aux ports de tête et aux regards triomphateurs de M. Piorry après chacune de ses oraisons. Je passe donc condamnation sur ces déplorables goûts de mon esprit, et je supplie très humblement M. Piorry de les accepter avec indulgence.

M. Bousquet n'a pas cru devoir s'exposer aux périlleuses chances de l'improvisation. Il a lu un discours que j'ai retrouvé avec plaisir dans le *Bulletin*, discours un peu froid peut-être, mais correct, châtié, d'un parfum littéraire agréable, et qui sent une de ces bonnes et solides instructions classiques qui vont devenir bien rares parmi les générations médicales nouvelles.

M. Ferrus a fait deux oraisons; il a improvisé la première, il a écrit la seconde. De beaucoup je préfère son improvisation. M. Ferrus parle avec facilité, avec abondance; sa diction est excellente, sa discussion d'une courtoisie parfaite et sa critique toujours polie. Plus que tout autre orateur, M. Ferrus a indiqué les rapports élevés de la question avec les plus difficiles sujets de la métaphysique et de la pédagogie. Ses discours trahissent le médecin habitué à réfléchir sur les plus ardus problèmes de la philosophie, et cela n'ôte pas à sa parole, toujours écoutée avec plaisir, la clarté, la précision et l'élégance.

Il serait injuste de ne pas reconnaître en M. Bouvier de véritables facultés oratoires. Il a plaidé et deux ou trois fois répliqué avec un talent réel. C'est avec intention que j'emploie l'expression *plaidé*, car le genre de talent que M. Bouvier a surtout mis en lumière, est celui qui est apprécié au barreau. Je ne doute pas qu'au palais M. Bouvier n'eût obtenu un grand succès. L'Académie exige un peu plus de sobriété, et M. Bouvier l'a trop souvent oublié. Cela a nui à l'effet général de ses discours, qui contiennent d'excellens passages, et dont plusieurs parties resteront comme l'étude la plus sérieuse de la question qui ait été faite à l'Académie. M. Bouvier a tantôt lu, tantôt improvisé ses discours, mais il était impossible de s'apercevoir autrement que par la vue où finissait la lecture, où commençait l'improvisation; c'était la même facilité, la même abondance, les mêmes formes; et ce phénomène psychique ne laissait pas que d'être curieux. Nous avons déjà signalé l'ardeur avec laquelle M. Bouvier a défendu la cause qu'il appelle du progrès; cette ardeur l'a quelquefois entraîné trop loin, c'est incontestable, et l'orateur l'a senti lui-même en s'en excusant avec une grande loyauté et une grande convenance; mais il n'en faut pas moins reconnaître que M. Bouvier possède toutes les ressources d'une dialectique pressante, quelquefois habile, souvent passionnée; et nous ne croyons pas que la passion justement contenue soit un défaut oratoire. Sa diction, un peu

des nerfs. La contraction est une propriété du muscle. Le nerf seul détermine le muscle à agir dans un moment donné. Le mouvement n'est que la résultante d'actions multiples à la cause desquelles il faut remonter.

Abordant l'étude des *actions réflexes* proprement dites, M. Bernard se demande comment la sensation produit le mouvement. Il y a déjà longtemps qu'on s'est occupé de ces phénomènes. Prochaska en avait d'abord fait mention. M. Magendie les avait désignés sous le nom de *sensibilité sans conscience*; M. Lallemand sous celui de *mouvement spinal*. Marchal-Hall a introduit l'expression de *mouvement réflexe* qui a prévalu. Tout le monde aujourd'hui sait en quoi il consiste; il s'agit seulement de l'expliquer.

Expériences : M. Bernard présente une grenouille à laquelle il a coupé la moelle. Elle ne peut plus mouvoir son train postérieur. Cependant, si on lui pince les pattes, celles-ci se retirent assez vivement. La sensation produite par la pince détermine alors un mouvement que la volonté ne peut plus produire. C'est là un mouvement réflexe.

On a dit que l'excitation produite par la pince se transmettait à la moelle épinière par le moyen des racines postérieures, et de celles-ci aux racines antérieures. Pour cela, Marchal Hall a admis des fibres nerveuses faisant communiquer les deux racines; mais ces fibres sont contestées. Du reste, l'action de la pince, ne portant que sur un point déterminé de la peau, ne peut pas agir sur toutes les racines motrices qui sont mises en activité. Cela prouve que le mouvement qui en résulte est produit par une sensation. La quantité de mouvement n'est pas en rapport avec la quantité des nerfs touchés. Cette quantité de mouvement dépend de l'énergie que conserve l'animal. Cette énergie s'éteint peu à peu. Il semblerait qu'il y a une certaine force qui s'accumule dans la moelle par le repos, car, le lendemain, la grenouille, au lieu d'être épuisée, se contracte d'une manière plus active; l'excitation par la pince produit des effets plus marqués. Ceux-ci, toutefois, ne tardent pas à avoir leur terme.

Mais *si l'on coupe la racine postérieure, il n'y a plus de mouvemens.* Cette racine offre deux portions distinctes : l'une est formée de filets qui traversent le ganglion; les filets de l'autre portion passent au-dessous du ganglion. *Si l'on enlève ce ganglion, tout mouvement réflexe cesse.* Comme il est en dehors du rachis, cette ablation est facile. Que, sur une grenouille, on blesse les ganglions intervétébraux, on détruit la possibilité de transmettre l'excitation. Donc, ce sont ces ganglions qui sont chargés de cette fonction. L'action de la strychnine, qui produit le tétanos, agit spécialement sur les ganglions intervétébraux. Les convulsions violentes, qu'on voit alors se manifester, s'exagèrent dès qu'on touche l'animal, ou seulement qu'on ébranle la table sur laquelle il se trouve.

Expérience : M. Bernard insinue, sous la peau de la cuisse d'une grenouille, un peu d'extrait alcoolique de noix vomique. Au bout de peu d'instans, il se manifeste des convulsions. Dès qu'on touche à la grenouille, il s'agite davantage; le moindre ébranlement imprimé à la table produit aussi cet effet. La mort finit par arriver; mais celle-ci n'a pas lieu par le défaut de respiration, comme on l'a dit; car si on enlève les poumons, la grenouille ne cesse pas de vivre; elle respire par la peau. Ce sont les convulsions qui épuisent sa force nerveuse. *Si l'on détruisait la moelle et les racines postérieures, on ferait cesser les convulsions.*

N'y a-t-il pas, dans ces expériences, des applications aux maladies nerveuses, telles que l'hystérie et l'épilepsie. Ces maladies ne nous paraissent si singulières et si obscures, dans leur mode de production, que parce que l'on n'a pas touché le fond de la question relative aux fonctions du système nerveux. Pour y comprendre quelque chose, non seulement il faut chercher les rapports qui existent entre les nerfs du sentiment et les nerfs du mouvement, ainsi qu'entre les deux systèmes nerveux, cérébro-spinal et grand lymphatique, mais il faudrait encore pouvoir observer leurs actions séparées.

M. Bernard, dans la vue d'élucider ce sujet, a cherché à isoler les phénomènes qui dépendent du grand sympathique de ceux qui sont sous l'influence du système cérébro-spinal. La respiration artificielle, employée par Legallois et Brodie, a été, pour lui, un moyen d'étude. Ces célèbres expérimentateurs avaient le tort de tuer l'animal en coupant la moelle allongée, car, alors, la vie artificielle ne pouvait pas être ni assez complètement ni assez longtemps entretenue. Il fallait tuer l'animal en respectant ce nœud vital. M. Bernard avait pensé à l'assommer brusquement; mais il a trouvé, dans le *curare*, un moyen plus facile et plus efficace pour son expérience.

On a vu que ce toxique éteint complètement l'excitabilité nerveuse. Mais, chose remarquable ! il ne porte pas son action sur le grand sympathique, et cette circonstance a fourni au professeur des conditions favorables pour examiner l'isolement des fonctions de ce dernier système. Il a constaté que, chez un chien anéanti de cette manière, on pouvait, en se servant de la respiration atificielle, diminuer ou augmenter à volonté l'action du grand sympathique sur certains organes, sur ceux des sécrétions en particulier. La sécrétion urinaire et celle des larmes peuvent devenir plus abondantes que chez un animal à l'état normal. La sécrétion du sucre dans le foie peut tellement s'exagérer qu'en moins d'une heure le diabète s'établisse. La démonstration a été faite devant l'auditoire.

Expérience : Un chien, de moyenne taille, empoisonné avant la leçon, avec le curare, était sur le point de rendre le dernier soupir. M. Bernard le fait placer sur la table. Il ouvre sa trachée et y adapte un tube communiquant avec un soufflet. Le sang est devenu noir, et il n'y a plus de respiration. On commence alors les insufflations, de façon à imiter et à remplacer les mouvemens de la respiration. Ce sang redevient sensiblement rouge; les yeux, qui étaient ternes, reparaissent animés et sensibles à la lumière. On suspend les insufflations. Les phénomènes de la mort se montrent de nouveau; le sang reprend une couleur noire. On applique le manomètre de M. Magendie, et l'on constate, par l'élévation du mercure, qu'à mesure que l'on reprend et que l'on continue les insufflations, les battemens du cœur reviennent et acquièrent une plus grande intensité. La chaleur persiste. Les contractions musculaires se réveillent. On voit revenir les phénomènes qui se rapportent aux sécrétions. Le temps ne permet pas de prolonger davantage l'expérience. L'animal, mis de côté, donne encore quelques signes de vie, et succombe définitivement.

(*La suite prochainement.*) Fauconneau-Dufresne.

ANESTHÉSIE.

DE L'ANESTHÉSIE EN CHIRURGIE.

M. Jobert (de Lamballe) a lu lundi dernier, à l'Académie des sciences, un important mémoire sur ce sujet. Voici les conclusions de cet intéressant travail :

De ce qui précède je conclus en me résumant :

Qu'à des époques éloignées de nous, on a senti la nécessité de diminuer la sensibilité, et d'éteindre les douleurs pendant les opérations;

Qu'au XIXe siècle seulement, on est parvenu à rendre l'homme insensible;

Que c'est d'abord en Amérique qu'on a avec l'éther privé les opérés des douleurs qui accompagnent les opérations;

Que M. Flourens en France, et M. Simpson en Angleterre, ont introduit dans la science, le premier par ses expériences sur les animaux, et le second par son emploi sur l'homme, un anesthésique précieux, le chloroforme;

Que les anesthésiques produisent d'abord sur les voies qu'ils parcourent une action irritative, à la manière d'un corps étranger;

Qu'ils agissent ensuite sur le système nerveux en abolissant momentanément les fonctions sensoriales et motrices;

Qu'ils produisent leurs premiers effets sur le cerveau, le cervelet, la moelle épinière, les racines postérieures, les racines antérieures, et enfin sur la protubérance annulaire, qui est la dernière à perdre son influence nerveuse; ainsi le cerveau, organe des perceptions, est d'abord paralysé, puis le cervelet, organe d'équilibre des mouvemens, puis la moelle, puis les racines sensitives, puis les racines motrices, et enfin le protubérance annulaire, centre vital du système nerveux;

Que les anesthésiques agissent sur le système nerveux par l'intermédiaire de la circulation;

Que les anesthésiques, mis en contact avec la substance nerveuse, ne font que la modifier localement sans porter atteinte au reste de l'arbre nerveux. Que l'on mette, en effet, du chloroforme en contact avec les nerfs dépouillés de leurs membranes et de leurs vaisseaux, il ne se produira aucun phénomène anesthésique général. L'acide hydrocyanique, mis en contact avec la substance nerveuse, ne produit aussi qu'une action locale, sans produire de phénomènes généraux;

Que les anesthésiques n'agissent pas comme on l'a prétendu, en modifiant la nature et la couleur du sang, puisque le chloroforme ne fait éprouver à ce liquide aucun des changemens dont il s'agit;

Que le mode d'action des anesthésiques sur le système nerveux nous est tout aussi inconnu que celui de la belladone, de l'opium, etc.;

Que les anesthésiques, en abolissant les fonctions du système nerveux, anéantissent celles des organes qui sont sous sa dépendance; de là, l'abolition de la sensibilité tégumentaire et de la contraction musculaire;

Que les anesthésiques peuvent affaiblir la sensibilité et la myotilité, ou les faire disparaître complètement;

Que les anesthésiques portent leur action aussi bien sur le cœur que sur les muscles de la vie animale;

Que l'action du cœur diminue d'abord progressivement comme la contraction des muscles en général, et qu'ensuite elle s'affaiblit avec une rapidité effrayante, puisque les battemens de cet organe tombent tout d'un coup de 112 à 72, 60, etc.;

Que les effets du chloroforme ne sont pas aussi remarquables, aussi prompts chez tous les individus;

Que chez les jeunes sujets et certains adultes, l'absorption du chloroforme se fait avec une rapidité surprenante dans les voies respiratoires, d'où abolition prompte de la sensibilité et du mouvement;

Que les larges communications médiates, qui peuvent être établies exceptionnellement chez certains individus entre les bronches et les vaisseaux pulmonaires, favorisent instantanément l'anesthésie. Les communications, en effet, établies entre les bronches et les vaisseaux, sont plus remarquables chez certains sujets que chez d'autres, comme le démontrent les injections cadavériques.

Ces exceptions anatomiques ne réclament-elles pas, d'une manière générale, une grande prudence dans la chloroformisation?

Que le chloroforme introduit dans les canaux vasculaires par la respiration, peut être rendu par la même voie, sous forme d'écume et de vapeurs ayant l'odeur du chloroforme, lorsque la saturation de l'organisme a été trop considérable;

Que la chloroformisation doit cesser lorsque les battemens du cœur ont tout d'un coup perdu de leur puissance et de leur nombre;

Que la chloroformisation doit être ralentie, afin de pouvoir épier les phénomènes, et s'arrêter à temps;

Que le médecin doit constamment surveiller le malade et ne pas s'en rapporter à des mouvemens irréguliers, à de la loquacité, pour juger le degré d'action du chloroforme, car, il arrive que l'insensibilité est produite, lors même qu'il existe de l'agitation des membres et des paroles incohérentes;

Que dans la chloroformisation, les battemens du cœur doivent toujours servir de guide pour suspendre ou continuer l'expérience, c'est le meilleur mode d'appréciation de saturation du système nerveux par le chloroforme, et de juger de l'étendue de l'influence chloroformique sur le système nerveux;

Que les anesthésiques doivent être suspendus, lorsque le pouls est descendu à 55-50, sous peine de voir le malade s'affaiblir, et succomber par la paralysie du cœur;

Que les personnes qui ont les battemens du cœur habituellement lents, doivent être sérieusement surveillées pendant la chloroformisation, car il m'a semblé que les pulsations du pouls tendaient à s'anéan-

---

verbeuse, trop incidentée, est quelquefois forte et pénétrante. M. Bouvier abuse un peu du trope. Il en fait une consommation énorme. L'excès en tout est un défaut. Servi par un organe sonore et puissant, M. Bouvier n'en voile pas assez l'éclat. Peut-être était-ce une expérience qu'il faisait sur les sourds de l'assistance; mais les assistans, qui ont le bonheur de jouir de leurs facultés auditives, étaient désagréablement impressionnés par ces efforts de voix et ces apostrophes bruyantes qui ne paraissaient pas toujours légitimes. En somme, quoique les efforts de M. Bouvier aient échoué, soyons juste, — car il est d'une polémique vulgaire et maladroite d'amoindrir ses adversaires, — ce savant et honorable confrère a fait preuve d'un grand talent, d'un grand courage et d'une persévérance que la cause du progrès réel sera heureuse de retrouver un jour.

M. Bérard est l'antithèse de M. Bouvier. Ce savant et charmant orateur connaît assurément, il est trop littéraire pour les ignorer, tous les artifices de la réthorique, mais personne n'en est plus sobre que lui. C'est que M. Bérard ne s'adresse pas au cœur, mais à l'esprit, qu'il ne cherche pas l'émotion, mais la conviction. Aussi, rien de plus clair, de plus limpide que les oraisons de M. Bérard. C'est l'éloquence du bon sens et de la raison, embellie par une élocution facile, une diction spirituelle et un style élégant dans sa clarté. Je n'oserais pas assurer que M. Bérard improvise tous ses discours; la forme en est si bien arrêtée, l'expression toujours si juste et l'ordonnance si correcte, qu'il ne serait pas impossible que la préparation eût passé par là. Heureux et innocent stratagème qui satisfait à la fois le goût et la raison.

C'est dans des conditions différentes que se produisent les discours de M. J. Guérin. Ce savant confrère se préoccupe moins de la forme que de l'idée. Que l'idée lui apparaisse, à lui, distincte et lumineuse, cela lui suffit, et il oublie trop en face de ses auditeurs le travail intellectuel qu'il a fallu qu'il fît pour arriver à la notion claire de l'idée. Ce travail, il l'épargne trop à ceux qui l'écoutent. D'emblée, sans préparation, il s'élève aux considérations générales du sujet, sans s'apercevoir que ces considérations générales ne peuvent être que des déductions et des conclusions de prémisses absentes. Étonnante variété de l'esprit humain ! Celui-ci pose sans cesse les premiers termes du syllogisme et n'aboutit jamais. Celui-là conclut d'abord sans démontrer avant. C'est une grande erreur de croire qu'on peut apprendre la logique. La logique, qui n'est que l'enchaînement naturel des idées, est une faculté que l'on possède ou dont on est privé. On pense méthodiquement ou confusément, et rien n'y fait, ni l'exemple, ni l'étude, ni la volonté. Il en est de cela comme de ce qu'on appelle l'*ordre* dans les affaires de la vie. On est ou on n'est pas un homme d'ordre, et voilà tout. Je ne voudrais pas dire que M. Guérin manque d'ordre dans l'exposition de ses idées, non, ce n'est pas là ma pensée; ce que je voudrais pouvoir exprimer c'est que notre savant confrère, n'apercevant d'abord que les sommités des questions, s'élève tout d'abord à une telle hauteur qu'il n'est pas toujours facile de l'y suivre pour retrouver ensuite les afférences et les rapports avec la réalité de l'application. Pour les esprits privilégiés, le travail est moins pénible, mais la masse se rebute vite et accuse de confusion ce qui n'est, en réalité, qu'une manière plus générale et plus philosophique d'envisager les choses. Tel n'est frappé que par le détail, tel autre que par l'ensemble. Celui-ci n'arrive à la notion de l'ensemble qu'après avoir parcouru tous les méandres des détails, celui-là peut arriver d'un premier bond aux notions les plus générales, sans passer par les infimes particularités. C'est dans ce dernier ordre qu'il faut placer M. Guérin, et c'est en tenant compte de ces dispositions de son esprit qu'il faut juger ses oraisons académiques pour éviter de tomber dans l'injustice à leur égard.

Injustice ! Ce mot me rappelle que M. Guérin a été injuste envers lui-même, et je tiens à le lui dire. Dans une conversation qui fut brusquement interrompue par un incident, M. Guérin me faisait l'honneur de me dire que s'il se trouvait dans un camp opposé au mien, c'était qu'il voulait éviter à M. le docteur Blanchet les luttes qu'il avait eu à soutenir pendant dix ans pour son propre compte. J'allais lui répondre, et je lui réponds aujourd'hui : Qu'il m'est impossible d'accepter cette comparaison. M. Guérin s'est révélé au monde scientifique avec une invention, avec une doctrine, avec des faits, avec une pratique; invention, docrine, faits et pratique dont la valeur a pu être contestée, qui l'a été quelquefois, mais dont l'existence et la réalité n'ont jamais été niées, et qui ont même reçu de hautes récompenses. Qu'y a-t-il de commun dans la cause dont M. Guérin, plus généreusement que légitimement, a entrepris la défense? Où est l'invention? où est la doctrine? où sont les faits? où est l'application? Je rappelle M. Guérin à la dignité de sa propre gloire, et le rédacteur en chef de l'Union Médicale ne veut pas que, par une similitude injuste, on porte atteinte à la considération scientifique du rédacteur en chef de la *Gazette médicale*.

De M. Guérin à M. Malgaigne il n'y a que l'épaisseur d'un ténotome, mais ce faible instrument est un bastion terrible, et d'où partent les feux les plus meurtriers. Silence, ici, sur les tristes dissidences qui divisent si profondément ces deux hommes d'un incontestable talent. Je n'ai à apprécier que le talent littéraire et oratoire, et je ne serai pas si mal avisé de changer de terrain. Expliquera qui pourra la pensée qui précipita si malheureusement M. Malgaigne dans les eaux de la Syphilisation; il m'est plus agréable de le louer de sa résistance énergique, éloquente et si efficace à un prétendu progrès. L'action de M. Malgaigne a été décisive en cette affaire. Qu'aurai-je à dire du merveilleux talent de parole de M. Malgaigne, que je n'aie eu cent fois l'occasion d'exprimer? Mais peut-être, dans aucune autre discussion, cet orateur n'avait il été aussi bien servi par sa facilité, son esprit, ce sens critique qu'il possède à un suprême degré, et qui rend sa parole si attachante et si incisive à la fois. La discussion sur la surdi-mutité restera jusqu'ici comme son plus beau triomphe.

M. Bégin est la providence de l'Académie. Un embarras vient-il à surgir, la discussion s'embrouille-t-elle, et la confusion tend-elle à s'épaissir, M. Bégin intervient, et sa parole, nette et franche, dissipe les nuages comme par enchantement. M. Bégin est l'homme des denoûmens. Il pénètre sans dire gare au fin fond des questions, jonchant sa route des petits incidens qu'il rencontre, pour ne laisser surgir et mettre en lumière que le point principal. C'est un esprit topique par excel-

tir promptement chez ces individus, et à mettre leurs jours en péril ;

Au premier abord, il nous a paru inutile d'établir un parallèle entre le chloroforme et l'éther, l'expérience ayant reconnu les avantages du premier et les inconvéniens du second ;

Quoique le chloroforme ait la suprématie sur l'éther d'une manière incontestable, il ne nous a cependant pas semblé indifférent de signaler ici leurs caractères tranchés et leur différence d'action ;

Le chloroforme est très volatil, d'une odeur agréable, plus lourd que l'eau au fond de laquelle il se précipite sous forme perlée ; c'est même un moyen d'apprécier son degré de pureté. L'éther est aussi très volatil, et d'une odeur assez peu agréable pour les personnes qui le respirent comme moyen anesthésique ;

Le chloroforme n'offre pas la même composition que l'éther, qui n'est, à proprement parler, que de l'alcool rectifié, ou tout au moins de la famille des alcools ; aussi présente-t-il, dans son action sur l'économie animale, quelques-uns des caractères de l'esprit-de-vin, des liqueurs vineuses ; et on sait que des différences notables existent sous ce rapport entre lui et le chloroforme ;

L'éther irrite, agace les voies qu'il parcourt, et est ordinairement désagréable aux personnes qui le respirent ; fréquemment il provoque de la toux, et quelquefois même de la suffocation ;

Le chloroforme n'agace aucunement le trajet muqueux parcouru par lui ; il y a plus, les malades trouvent du plaisir à en faire usage ;

Le chloroforme ne produit qu'une faible irritation organique musculaire, et l'éther paraît en occasionner une assez violente, puisque les inspirations de celui-ci produisent beaucoup d'agitation dans le cœur et les autres muscles ;

L'éther ne provoque les effets anesthésiques que lentement, et ils se prolongent souvent après l'expérience pendant longtemps, sous forme d'ivresse, de douleurs de tête, de petitesse du pouls, et de froid du corps ;

Le chloroforme, au contraire, cesse son action, en général, immédiatement après la cessation de l'expérience, et ce n'est que dans des cas particuliers où on la voit se prolonger pendant quelque temps, et on peut être sûr alors que la saturation a été portée à un degré extrême ;

L'éther altère la couleur, la consistance du sang ; il n'en est pas de même du chloroforme, qui ne le modifie ni dans sa coloration, ni dans sa nature ;

Le chloroforme ne nuit pas à la cicatrisation des plaies, et l'éther l'entrave souvent ;

Il nous a paru que le chloroforme ne diminuait en rien les produits du travail de la cicatrisation, et qu'il n'en altérait pas la consistance ;

L'éther nous a paru produire les effets contraires, en rendant la lymphe plastique moins consistante et moins vivante. Le chloroforme et l'éther exaltent d'abord l'appareil vasculaire, en précipitant les battemens du cœur à la manière d'un corps étranger. L'éther produit ces effets à un bien plus haut degré que le chloroforme, et les continue presqu'indéfiniment, ce qui veut dire pendant une grande partie de la durée de l'expérience ;

L'éther, en agissant sur les organes qu'il touche, sous forme de vapeur, a de la tendance à les enflammer, et le chloroforme ne produit rien de semblable. Le chloroforme et l'éther stupéfient dans leur seconde action le système nerveux, et, partant, abolissent les fonctions des muscles de la locomotion et de la vie organique ;

Le chloroforme les paralyse d'une manière désespérante, puisqu'en un instant le cœur peut cesser de se contracter ;

Le chloroforme produit ses effets instantanément, en trente secondes, en une minute et demie, en deux, trois et quatre minutes au plus ;

L'éther, au contraire, ne détermine l'insensibilité qu'en treize, quinze, dix-huit et vingt minutes et davantage. J'ai cependant vu l'éthérisation produire l'insensibilité au bout de trois, cinq, huit minutes, mais alors, l'air respiré était mêlé en faible quantité à l'éther ;

Le chloroforme calme les organes, et l'éther les trouble violemment, même pendant le sommeil, qui est accompagné de rêves agréables ou pénibles ;

L'éther agit souvent sur les organes génitaux, en produisant des phénomènes érotiques ; cela nous a semblé surtout le plus ordinaire chez les femmes, et le chloroforme, au contraire, rend gai, sans agir sur la partie matérielle de la génération ;

Les accidens consécutifs produits par l'éther sont des phénomènes d'inflammation, et les accidens consécutifs provoqués par le chloroforme sont des symptômes d'affaissement et d'affaiblissement organique ;

L'éther ne peut produire que difficilement la mort pendant l'expérience, et il n'en est pas ainsi du chloroforme, qui peut faire cesser la vie instantanément lorsque le malade n'est pas surveillé, ou que la manœuvre inspiratrice n'est pas bien exécutée ;

Que, dans aucun cas, on ne doit recourir aux inspirations chloroformiques lorsqu'il existe un trouble fonctionnel grave dépendant d'une lésion profonde des organes centraux de la circulation ou des centres nerveux. On comprend qu'un trouble fonctionnel nouveau, s'ajoutant au premier, produit une mort rapide et pour ainsi dire instantanée ; la vie cesse alors par deux causes qui concourent au même but, à l'anéantissement complet du travail organique des instrumens les plus importans à la vie ;

Que le chloroforme ne peut, en conséquence, convenir lorsque le système nerveux est affaissé par un ébranlement violent, un coup de feu, ou lorsque les malades sont épuisés par une longue et abondante suppuration, par des pertes de sang, un état chlorotique porté à un degré très avancé ;

Que lorsque le chloroforme a anéanti les forces vitales, et que la mort est apparente, le chirurgien ne doit jamais abandonner le malade sans avoir essayé pendant longtemps de rappeler les sources de la vie. C'est alors qu'il convient d'exciter partiellement la peau avec de l'eau froide, d'agacer cette membrane par des frictions faites avec les alcoolats, l'alcali, etc., de ranimer les organes par des courans d'air dirigés sur la face et les membres, pendant que la poitrine est agitée par de légers mouvemens communiqués ; de donner au malade la position la plus favorable au rétablissement de la circulation, en le plaçant horizontalement sur le dos, ou obliquement sur un des côtés du tronc. Les excitans portés dans la bouche, comme de l'eau de menthe, les antispasmodiques, introduits sur la surface rectale, favorisent le rappel des mouvemens du cœur réduits à l'état d'oscillation ou de résolution complète ;

Les cautérisations faites sur la bouche ou le pharynx avec l'ammoniaque, comme l'a conseillé M. J. Guérin, peuvent contribuer à ranimer la vie sur le point de s'éteindre. Notre ami et confrère Ricord a conseillé l'insufflation d'air bouche à bouche. J'aime mieux exciter les organes animateurs de l'organisme plutôt que de m'occuper des organes secondaires. Ainsi réveiller les nerfs stupéfiés et les muscles qu'ils animent est de première nécessité, et ensuite faire cesser l'action toxique du chloroforme, est la seconde indication importante à remplir ;

Dans une circonstance où l'opéré soumis à l'influence du chloroforme revenait à lui par instans pour retomber bientôt dans une sorte d'anéantissement syncopal, qui présentait un caractère alarmant, j'ai eu recours à l'électricité, qui a fait cesser immédiatement tout cet appareil de symptômes aussi pénible pour l'opérateur, que douloureux pour les assistans.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 8 Juin 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

M. LARREY dépose sur le bureau une observation de M. le docteur REVERDY, ancien chirurgien militaire, relative à un cas de fracture non consolidée du fémur, résection des fragmens ; guérison. (Comm. MM. Larrey, Follin et Gosselin.)

M. MARJOLIN dépose, au nom de M. Giraldès, plusieurs ouvrages anglais qui lui ont été adressés et une note de M. Hamilton, chirurgien de l'hôpital de Richemont, sur les kystes du testicule.

M. ROBERT a la parole pour la lecture d'un rapport sur le chloroforme.

La séance tout entière a été consacrée à la lecture de ce rapport, que nous reproduisons textuellement.

RAPPORT SUR UN CAS DE MORT PAR LE CHLOROFORME,

Communiqué à la Société de chirurgie par M. le docteur VALLET, *chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.*

(Commissaires : MM. LARREY, DENONVILLIERS et ROBERT, rapporteur.)

Le public médical s'est récemment ému à l'annonce d'un nouveau cas de mort subite causée par le chloroforme. Le fait s'était passé à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, sous les yeux du chirurgien en chef de cet établissement, homme de savoir et d'expérience. La science en attendait impatiemment les détails, lorsque le 17 février 1853, M. Vallet a bien voulu les adresser à la Société de chirurgie.

Chargé, avec MM. Larrey et Denonvilliers, de vous en rendre compte, je vais d'abord vous le rappeler succinctement.

Un soldat du 27e de ligne, âgé de 25 ans, fut admis à l'hôpital en décembre 1852, pour se faire enlever deux petits kystes placés, l'un dans l'épaisseur de la joue gauche, au voisinage du conduit de Sténon, l'autre derrière la commissure labiale droite, et faisant saillie dans la cavité buccale. L'ablation de ce dernier avait été faite six mois auparavant, d'une manière incomplète, dans un autre hôpital. Peu de temps après la cicatrisation de la plaie, la tumeur s'était reproduite ; elle offrait alors le volume d'une amande.

Ce jeune homme paraissait d'une forte constitution, et ne semblait atteint d'aucune affection de nature à contre-indiquer l'emploi du chloroforme, qu'il demandait d'ailleurs avec instance, ayant déjà été soumis à son action.

Le 20 décembre, M. Vallet procéda à l'opération en présence de plusieurs de ses collègues et des élèves de l'hôpital. Le malade, complètement à jeun, couché horizontalement, la tête légèrement relevée, fut soumis aux inhalations anesthésiques. Une éponge formant un cône creux, selon le procédé de M. Simpson, et imbibé d'un gramme de chloroforme, fut présentée par le chirurgien lui-même, d'abord à distance de l'ouverture des narines, puis graduellement rapprochée, avec la précaution de laisser continuellement la bouche entièrement libre et ouverte.

Au bout d'une minute, le malade n'exprimant aucune répugnance, 4 grammes environ de chloroforme furent versés sur l'éponge, et à peine quatre minutes s'étaient écoulées que le patient, sans avoir éprouvé aucun signe d'irritation du larynx, sans avoir manifesté aucune résistance, sans rougeur du visage, et après une légère période d'agitation, tomba dans un état d'insensibilité qui parut indiquer le moment favorable pour commencer l'opération. En cet instant la respiration paraissait s'exécuter d'une manière naturelle ; l'état du pouls ne fut point constaté.

A peine la petite incision nécessaire pour mettre à découvert le kyste de la joue, par lequel M. Vallet avait cru devoir commencer, était-elle terminée, que le malade pâlit, que la respiration parut se suspendre. Le pouls, en ce moment, était d'une faiblesse extrême.

L'opération est aussitôt interrompue et le malade reçoit les soins les plus actifs et les plus empressés. La position horizontale est augmentée ; l'air est renouvelé ; on a recours aux aspersions d'eau froide, aux inspirations de substances irritantes, aux frictions de toute nature, aux pressions alternatives sur les parois du bas-ventre et sur les côtés du thorax. On introduit de l'air de bouche à bouche pendant que la langue, saisie à sa pointe, est portée de côté. On pratique ensuite des insufflations pulmonaires au moyen d'une sonde. Tous ces moyens n'ayant fait obtenir que de rares inspirations, M. Vallet pratique la bronchotomie et introduit dans la trachée artère une sonde avec laquelle des insufflations d'air sont faites doucement et alternativement. Après quelques minutes de toutes ces tentatives infructueuses, un courant électrique fut établi à l'aide d'aiguilles enfoncées dans la région du cœur. Des contractions furent déterminées dans cet organe et dans les muscles extérieurs ; mais on n'obtint aucun signe de vie.

L'autopsie cadavérique ne put être faite que quarante-huit heures après la mort.

---

lence. Ces précieuses qualités, il les a mises de nouveau en relief dans la discussion dernière, et son intervention a été très favorable au résultat final.

Je ne terminerai pas cette revue rapide sans rappeler que c'est à M. Bonnafont que sont dus l'intérêt et l'étendue que cette discussion a pris. Quoique cet honorable confrère ne soit encore que membre correspondant de l'Académie, il a pu prendre une part très fructueuse à ces longs débats, et personne, peut-être, n'a traité la question pratique avec plus de netteté et une connaissance plus parfaite du sujet. M. Bonnafont n'a pas les prétentions d'un orateur. Il se borne à lire de bonnes et utiles considérations dont font leur profit ceux qui, sérieusement, étudient la question.

Que je prévienne l'Académie et ses orateurs qu'ils possèdent dans le sein de la compagnie un Juvénal dont les traits acérés blesseraient plus que leur épiderme. La discussion actuelle l'a mis fort en colère. Dans une pièce de vers, qui a passé trop rapidement sous mes yeux pour que j'en puisse citer des extraits, les adversaires de la mimique sont rudement traités. Qu'on en juge par ces deux vers, les seuls que j'aie pu me rappeler :

De quel droit voudraient-ils, ces rhéteurs en délire,
D'un sourd faire un bavard, d'un bavard un martyre ?

Sauf la petite licence poétique de la rime, il y a du trait et du feu dans ce distique. Que l'auteur ait confiance en moi, je ne le trahirai pas. Amédée LATOUR.

BIENFAITS DE LA VACCINE.

Il est des choses dont on est tellement habitué à éprouver les bienfaits, qu'on serait tenté d'oublier la reconnaissance qu'on leur doit et les avantages qu'elles nous procurent. La vaccine est de ce nombre. Accueillie avec la plus grande faveur pendant quelques années, elle n'a pas tardé à trouver des détracteurs, et un mathématicien très habile n'a-t-il pas cherché à démontrer que l'humanité n'avait rien gagné à l'introduction de ce moyen prophylactique ? Le rapport que la Société épidémiologique de Londres vient de publier, rapport fondé sur les données statistiques fournies par plus de 2,000 médecins de l'Angleterre, est loin de confirmer les assertions de M. Carnot : ainsi un résultat de la plus haute importance, c'est celui-ci : *la vacccination constitue un traitement prophylactique sûr et efficace contre la petite vérole.* Ce n'est pas là seulement l'opinion unanime de ces médecins, c'est une chose démontrée par ce fait, que les sujets vaccinés peuvent se mêler impunément aux varioleux ; par la décroissance graduelle de la mortalité en Angleterre et en Irlande, comme dans les autres pays, où la vaccine est pratiquée sur une large échelle ; enfin par cette particularité, que là où la vaccine est largement employée comme prophylaxie, les cas de variole qui y paraissent, restent sporadiques et que la variole s'éteint faute d'aliment, tandis que dans les endroits où la vaccine est rare ou a été mal pratiquée, on voit surgir des épidémies graves.

Quelle était, par exemple, la mortalité en Angleterre et en Irlande, de 1760 à 1770, par la variole ? De 108 décès sur 1,000 décès pour toute espèce de cause. Qu'est-elle aujourd'hui ? De 16 pour 1,000. Dans l'Autriche supérieure et à Saltzbourg, par exemple, où la vaccination est obligatoire, la mortalité moyenne par la petite vérole était, de 1776 à 1786, de 46 pour 1,000 décès par toute cause ; pendant les sept années qui se terminent à 1850, elle est tombée à 3 1/2 pour 1,000. La mortalité moyenne par la variole a toujours été diminuant de dix en dix années, depuis l'introduction de la vaccine, et la moyenne des 21 pays principaux de l'Europe est tombée de 66.5 pour 1,000 à 7.26.

En hygiène, comme nous croyons l'avoir dit avec raison dans ce journal, il faut imposer et non pas conseiller les réformes. Si l'on abandonnait la vaccination à la faculté, à la libre volonté des familles, avant peu le nombre des vaccinés diminuerait, au point que l'on verrait certainement se reproduire les terribles épidémies qui ont ravagé le globe à diverses époques. Nous ne voulons pour preuve de cette assertion, que ce qui se passe en Angleterre et en Amérique. Là, la vaccination est à peu près libre, et si le gouvernement l'encourage, aucune sanction pénale ne vient en assurer l'exécution. Aussi que voit-on ? C'est que dans ces deux pays, la mortalité est plus du double de ce qu'elle est dans les pays où la vaccine est obligatoire. A Londres et à Glasgow, la mortalité est *trois*, et *six* fois, ce qu'elle est à Bruxelles, à Berlin et à Copenhague.

Il y a donc lieu, pour les gouvernemens, de ne pas se départir de l'axiome : *Coge intrare*. Seulement, il y a des différences dans les moyens employés à cet égard, suivant les peuples, et malheureusement, il faut bien le dire, plus la loi se relâche et plus il y a place pour la mortalité et pour le danger. En France, comme on sait, la vaccination est encouragée par des prix et des médailles ; les enfans pauvres sont vaccinés gratuitement, et une indemnité est offerte à leurs parens, pour les indemniser du déplacement que la vaccination entraîne. En Sardaigne, en Belgique, à Francfort, à Lubeck, les moyens d'impulsion sont les mêmes. A Francfort, il y a de plus une prescription très utile, c'est que pour entrer en apprentissage ou en service, il faut aussi un certificat de vaccination.

En Autriche, en Prusse et en Bavière, les obligations sont plus étroites : d'abord on ne peut pas contracter mariage sans prouver qu'on est vacciné ; et dans ces deux derniers pays, une amende est imposée à ceux qui ne se font pas vacciner ; cette amende augmente à mesure qu'ils avancent en âge. En Autriche il n'y a pas d'amende, mais si la police apprend qu'une personne n'est pas vaccinée, elle a droit de la faire saisir et de la garder jusqu'à ce que cette opération ait été faite. Enfin, au Hanovre et en Suède, les moyens coërcitifs sont seuls employés ; au Hanovre on paie une amende ou on est mis en prison ; en Suède, une personne qui refuse de se faire vacciner est réprimandée par le magistrat ; et si elle ne se soumet pas, on la met à l'amende et cette amende augmente jusqu'à ce qu'elle se soit décidée à obéir à la loi. Ajoutons que dans tous ces pays, la vaccination trouve de grandes facilités : des vaccinateurs nommés *ad hoc* parcourent le pays à certaines époques, se trouvent à des endroits donnés et passent même de maison en maison.

Une particularité assez intéressante, qui résulte du rapport de M. Seaton, c'est qu'il y aurait peut-être lieu de vacciner de meilleure heure qu'on ne le fait généralement. En effet, la mortalité chez les enfans au-dessus de 1 an, par suite de variole, forme les 25/100e des décès de ce genre en Angleterre ; à Paris, elle en forme les 14/100e. C'est là une chose qui ne saurait être perdue de vue par les médecins. On vit trop, dans cette confiance, que la variole est rare avant l'âge d'un an, mais si elle est rare on voit par les chiffres qui précèdent, que sa gravité est en rapport avec sa rareté même. La vaccination doit donc être faite de très bonne heure, à moins de contre-indication formelle.

Autopsie. — Le corps présente à l'extérieur une décoloration générale ; il existe de la rigidité dans les membres.

1° *Tête* — L'incision des tégumens laisse à peine écouler un peu de sang. Les sinus de la dure-mère sont presque vides, ainsi que les veines qui rampent à la surface du cerveau. La substance cérébrale est assez ferme, et, coupée par tranches, elle ne laisse pas suinter de gouttelettes de sang. Les ventricules ne contiennent qu'une très petite quantité de sérosité.

2° *Poitrine* — La trachée n'offre pas de rougeur anormale ; il n'y a pas d'écume dans les bronches. A l'instant où le thorax est ouvert, le sang contenu dans les veines sous-clavières est recueilli pour être soumis à l'analyse.

Les poumons sont gorgés de sang dans toute leur étendue, et leur volume paraît augmenté. Ils offrent à l'extérieur quelques taches brunâtres et ecchymotiques. Incisés dans plusieurs directions, ils présentent une infiltration considérable de sang noir, diffluent en certains points, coagulé en d'autres, et formant comme des noyaux apoplectiques. Il s'en dégage quelques bulles d'air. Il n'existe pas d'emphysème. Le cœur, un peu plus volumineux qu'à l'état normal, est d'une excessive flaccidité. Les cavités gauches sont vides, les droites contiennent quelques caillots peu résistans.

3° *Abdomen.* — L'estomac, distendu par des gaz, est vide de toutes matières alimentaires. Le foie, un peu augmenté de volume, est d'une couleur foncée. Les incisions qu'on y pratique laissent écouler une grande quantité de sang noir. La rate et les reins sont gorgés du même liquide.

Le sang qui avait été recueilli et quelques fragmens du foie et de la rate ont été minutieusement analysés par un chimiste habile, sans qu'on ait pu y retrouver de traces du chloroforme.

A la suite de cette observation, M. Vallet fait remarquer que le chloroforme employé par lui était d'une pureté irréprochable, et que la quantité de ce liquide inspirée par le malade n'a été en tout que de 5 à 6 grammes.

A l'époque où l'action redoutable du chloroforme chez l'homme fu pour la première fois signalée au jugement des corps savans, les cas de mort subite survenue sous son influence étaient encore trop peu nombreux ou trop peu concluans pour qu'il ne fût pas permis d'élever quelques doutes à leur égard ; et lorsque le rapport qui servit de base à la mémorable discussion de l'Académie de médecine concluait à l'innocuité de cet agent bien administré, c'était probablement pour ne pas frapper immédiatement de discrédit, et faire rejeter peut-être un moyen destiné à rendre des services réels à la chirurgie.

Mais aujourd'hui les malheurs se sont tellement multipliés, que non seulement l'influence délétère du chloroforme ne peut plus être contestée, mais qu'il est encore du devoir de la science de rechercher s'i n'est pas quelques précautions à prendre pour en prévenir ou en combattre les terribles effets.

Parmi les observations malheureuses publiées jusqu'à ce jour, il en est beaucoup qui manquent de détails, d'autres qui ne sont pas assez concluantes ou n'ont pas assez d'authenticité pour servir d'élémens à une discussion sérieuse ; nous pouvons donc les passer sous silence.

Quant aux autres, on peut les diviser en deux catégories : 1° Tantôt les troubles fonctionnels qui ont immédiatement précédé la mort ont eu quelque analogie avec ceux de l'asphyxie, et bientôt après la respiration, puis la circulation se sont anéanties;

2° Tantôt la vie a paru s'éteindre plus promptement encore, et comme par une syncope, ou plutôt par une espèce de sidération.

Pour ne pas trop élargir le cercle de ce rapport, nous nous bornerons à citer des observations de la dernière espèce, surtout parce qu'elles offrent avec celles de M. Vallet la plus frappante analogie.

La *première* dans l'ordre chronologique nous paraît être celle que M. Gorré (de Boulogne) communiqua à l'Académie le 24 juillet 1848. (*Bulletin de l'Académie*, t. XIII. p. 1148.)

M[lle] Stock, âgée d'une trentaine d'années, d'une bonne santé, bien qu'elle eût été traitée quelques mois auparavant pour des palpitations liées à un état chlorotique, reçut à la cuisse une légère blessure compliquée de corps étranger. Un petit abcès avec décollement de la peau s'ensuivit, et M. Gorré, se proposant d'en agrandir l'ouverture, soumit la malade, sur sa demande, à l'action du chloroforme; dans ce but, il plaça sous les narines un mouchoir sur lequel avaient été jetées quinze à vingt gouttes de ce liquide.

A peine la malade avait-elle fait quelques inspirations qu'elle porta la main sur le mouchoir pour l'écarter, et s'écria d'une voix plaintive : *J'étouffe* !... Puis tout aussitôt le visage pâlit, les traits s'altérèrent, la respiration s'embarrassa, l'écume vint aux lèvres.

A l'instant même (et cela très certainement moins d'une minute après le début de l'inhalation) le mouchoir fut retiré. Persuadé que les accidens n'étaient que passagers, le chirurgien s'empressa de pratiquer la petite opération, pendant qu'un confrère cherchait par tous les moyens à remédier à cette annihilation évidente de la vie. Mais tous les efforts furent vains : la malade était morte.

Voici le résumé des altérations constatées par l'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort.

Le sinus longitudinal supérieur est vide, les veines qui rampent à la surface convexe du cerveau ne sont point engorgées, mais elles présentent cette particularité remarquable que la colonne sanguine y est coupée de distance en distance par des bulles gazeuses. Il existe également de l'air dans les veines de la base du crâne et des sinus de cette région. On en trouve aussi dans plusieurs vaisseaux des membres. La substance du cerveau est d'une consistance ferme ; sa tranche ne laisse pas suinter de gouttelettes de sang. Les vaisseaux placés au voisinage de l'incision pratiquée à la cuisse sont disséqués avec soin, et sont reconnus de la plus parfaite intégrité. Les poumons, très crépitans, sont visiblement engorgés dans leurs lobes inférieurs par un sang noir très fluide; mais il n'y a pas d'emphysème interlobulaire ou sous-pleural. La muqueuse trachéale est d'un rouge vif; il y a absence complète d'écume bronchique. La cœur est d'une excessive flaccidité ; ses moitiés droite et gauche sont absolument vides ; la veine cave ascendante contient du sang spumeux ; les veines pulmonaires, ouvertes près de leur entrée dans l'oreillette gauche, laissent échapper un peu de sang mêlé d'air. Le foie et la rate, congestionnés, contiennent aussi des gaz qui s'échappent en *bouillonnnant* de leurs vaisseaux. Enfin, le sang est plus noir que dans l'asphyxie simple ; il est littéralement noir comme de l'encre.

(La suite à un prochain n°.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 8 Juin 1853. — Présidence de M. Bérard.

NOTICE SUR LES EAUX MINÉRALES DE GRÉOULX (EN PROVENCE) ; — ANALYSE CHIMIQUE DES EAUX ET EXPOSÉ DE LEURS PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES.

Par M. le docteur J.-J.-F. Grange.

Mémoire présenté à l'Académie impériale de médecine, séance du 8 Juin 1853.

Depuis un petit nombre d'années on s'est appliqué à rechercher, par l'analyse chimique, la cause de l'influence thérapeutique si remarquable des eaux minérales pour la guérison des maladies les plus rebelles. Les anciens travaux, quoique dus à des chimistes fort habiles, ont été faits de nouveau pour constater la présence d'élémens qui, en quantité très faible, ont cependant une importance considérable par leur puissance d'action, tel que l'iode, le brôme, l'arsenic.

M. Cantu, médecin et chimiste distingué de Turin, a, le premier, découvert la présence de l'iode dans les eaux minérales sulfureuses des Alpes, et a montré que toutes les eaux sulfureuses de ces montagnes contenaient des quantités très sensibles d'iode et de brôme. C'est à lui aussi que nous devons la découverte de ces deux substances dans les eaux potables. A partir de ce jour, on comprit mieux l'influence des eaux minérales dans le traitement des maladies scrofuleuses, des affections de poitrine et des accidens syphilitiques consécutifs, et ce fut vers les eaux les plus riches en iode et en brôme, que les praticiens dirigèrent de préférence leurs malades.

Les eaux de *Gréoulx* méritent, à cet égard, le premier rang parmi les établissemens thermaux. Ce sont certainement les eaux les plus importantes de la France par leur richesse minérale, leur abondance et leur haute température. On en jugera par leur analyse.

Analyse des sels contenus dans un litre d'eau minérale de Gréoulx. (1,000 grammes).

Résidu salin à 100°			2,610
— au rouge faible			2,38
Sels solubles dans l'eau alcoolisée, *s. v.*		2,050	2,61
Sels insolubles		0,360	
Matières organiques		0,200	
Sels solubles.	Sulfure de calcium	0,050	2,059
	Chlorure de sodium	1.541	
	Chlorure de magnésium	0,195	
	Sulfate de soude	0,150	
	Silice	0,010	
	Alumine	0,049	
	Iodure et bromure de sodium	0,064	
Sels insolubles *dans l'eau alcoolisée.*	Carbonate de chaux	0,155	0,370
	— de magnésie	0,059	
	Sulfate de chaux	0,156	

On comprendra immédiatement, à la lecture de cette analyse, de quelle puissance sont douées des eaux qui réunissent à la fois les propriétés thérapeutiques des sulfures, celles des bromures et des iodures, et enfin celles des sels de soude et de magnésie comme laxatifs (le tout secondé par une température constante de 37.5.)

On voit tout d'abord qu'elles auront une action curative souveraine contre les maladies de la peau, car elles présentent les deux classes de médicamens les plus utilement employés, principes sulfureux et médicamens altérans; contre les maladies scrofuleuses et tuberculeuses par ces mêmes agens, iodures, bromures, sulfures; contre les affections nerveuses, par leurs principes sulfureux et les matières organiques, glairine, barégine; contre les affections névralgiques de l'estomac et des intestins, par l'action laxative des sels de soude et de magnésie.

Elles agissent sûrement, et de la manière la plus heureuse, sur les affections rhumatismales, non seulement par les propriétés précédemment indiquées, mais par leur température élevée, par l'action révulsive qu'elles produisent sur la peau, lorsqu'on les emploie dans ce but avec toutes les ressources que présentent les grands établissemens, bains, douches, immersions, etc.

L'établissement de *Gréoulx* a été restauré depuis un très petit nombre d'années ; sa réputation a grandi rapidement, et il a acquis aujourd'hui une importance de premier ordre par le nombre considérable de malades qu'il reçoit chaque année et qui vont demander au délicieux climat du Midi un puissant auxiliaire de l'action thérapeutique des eaux.

Les thermes de *Gréoulx*, situés sur le versant méridional des Alpes, sur la limite du département du Var, au milieu de la Provence, se présentent dans les conditions climatologiques les plus heureuses. On y trouve le climat si recherché de Nice et d'Hyères, la beauté du ciel de l'Italie, une température d'une douceur constante, et qui n'est presque jamais troublée par les vents du nord ou du nord-est. Combien ces circonstances doivent être favorables à la guérison des personnes atteintes de maladies rhumatismales, d'affections de la poitrine, sur lesquelles les variations de température ont une influence si fâcheuse.

On envoie chaque année un grand nombre de malades dans les établissemens thermaux des Alpes et des Pyrénées, dans les pays de montagnes où la chaleur est excessive pendant la journée, et où le soir et le matin l'air est froid et humide ; dans des pays où le baigneur, au lieu de trouver un ciel doux et serein, ne trouve qu'un climat âpre et variable. Combien de malades qui vont prendre les eaux en Suisse et en Allemagne, reviennent à Paris sans avoir pu faire usage des bains, tant la température atmosphérique était froide et variable, même au mois de juin, sur le versant Nord de la grande chaîne des Alpes.

Ainsi aux avantages incontestables du climat, avantages dont beaucoup de médecins ne tiennent peut-être pas assez compte, les *eaux de Gréoulx* joignent une richesse de principes thérapeutiques des plus remarquables. Leur source est d'une abondance telle, qu'elles fournissent 1,200 litres d'eau par minute, et leur température invariablement de 37.5. L'eau minérale coule constamment et à flot dans les baignoires, les douches et les piscines, dans toutes les parties de l'établissement; elle afflue d'une manière continue, le baigneur est en rapport constant avec la source, et se trouve plongé dans un cours d'eau minérale à température invariable. On n'a besoin ni de les réchauffer, ni de les laisser refroidir, le malade se plonge pour ainsi dire dans la source.

Bains, douches, piscines, fontaines, hôtel, tout est réuni par des galeries, et le malade n'a point à sortir de l'établissement, et par conséquent ne se trouve jamais exposé, après la douche ou le bain, aux influences de l'air extérieur.

La fontaine minérale jaillit dans une salle voûtée très vaste, où les malades peuvent se promener en buvant les eaux.

Les baignoires sont en marbre blanc, dans des cabinets parfaitement éclairés, et sont alimentées d'une manière continue par la source qui, ainsi que nous l'avons dit, est assez puissante pour renouveler constamment le bain, et le maintenir à une température invariable de 37.5. Ces circonstances sont éminemment favorables à la guérison des malades sur lesquels l'eau ne cesse d'agir avec toute son énergie, et c'est à elles, sans doute, qu'il faut attribuer les succès si nombreux et si remarquables que ces eaux obtiennent dans les affections scrofuleuses et celles des voies urinaires, dans les maladies syphilitiques constitutionnelles, ainsi que dans les maladies de la peau.

Les *bains de vapeur* sont établis dans des cabinets voûtés, où les vapeurs sont concentrées; ces cabinets sont précédés d'autres pièces chauffées et à l'abri de l'air extérieur; les vapeurs minérales se dégagent à travers un plancher à claire-voie. Le malade, assis dans un fauteuil et les pieds dans l'eau chaude, y passe le temps prescrit par le médecin, et de là est porté dans son lit où s'achève la transpiration excitée par les vapeurs minérales.

Les boues minérales sont le produit de dépôts formés par les eaux de la source dans les aqueducs qu'elles parcourent. Ces boues, très riches en glairine et barégine, sont employées en bains, en cataplasmes, en frictions sur les tumeurs froides, les ankyloses, les ulcères anciens, les engorgemens, etc. C'est un puissant résolutif.

On trouve enfin dans l'établissement une *piscine* largement alimentée et pourvue de deux fortes douches. L'exercice de la *natation* dans les *eaux de Gréoulx* est un des remèdes les plus salutaires. Ce moyen, parfaitement approprié aux jeunes personnes, les fortifie et sert à prévenir et à corriger les imperfections de la taille; il produit aussi des guérisons fort remarquables chez les scrofuleux, les rachitiques, et chez ceux qu'une croissance trop rapide ou des excès ont jetés dans un état de faiblesse ou d'énervation.

D'après le relevé des cas de guérisons constatés à Gréoulx, les maladies contre lesquelles ces eaux peuvent être utilement employées, sont, d'après M. le docteur Doux, qui a dirigé cet établissement depuis sa restauration : les rhumatismes, la sciatique, les nombreuses maladies de la peau, les affections scrofuleuses dans leur mille variétés, les plaies d'armes à feu, les ulcères atoniques, les caries des os et les fistules qu'elles provoquent; les affections syphilitiques anciennes, les maladies qui dépendent de l'abus des mercuriaux; les névralgies et les viscéralgies, la chlorose, les pertes blanches, le catarrhe chronique, l'asthme et les affections des membranes muqueuses, les maladies du bas-ventre chez les deux sexes, l'hystérie, l'hypocondrie, les fièvres intermittentes rebelles, etc.

Les convalescences, après la plupart des maladies graves, sont singulièrement favorisées par l'usage de ces eaux, par la beauté et la douceur du climat (1).

COURRIER.

HOPITAUX. — Une erreur s'est glissée dans le compte-rendu de la dernière promotion des hôpitaux de Paris.

Ce n'est pas M. Bourdon, mais M. Bouchut qui passe, comme médecin, à la Direction des nourrices.

M. Bourdon reste attaché au service de la teigne.

Enfin, M. Frémy, médecin du Bureau central, remplace M. Becquerel à l'hôpital de Lourcine.

— Le *Moniteur* de ce jour confirme les nominations de M. Benoît à la chaire d'anatomie, et de M. Anglada à celle de pathologie médicale de la Faculté de médecine de Montpellier.

(1) Le voyage de Paris et de Lyon à Gréoulx est des plus faciles et des plus agréables. De Paris on arrive à Lyon en moins de 15 heures, par le chemin de fer d'abord jusqu'à Châlon-sur-Saône, et ensuite par les bateaux à vapeur. De Lyon, bateaux à vapeur sur le Rhône jusqu'à Avignon, où l'on est transbordé immédiatement dans les voitures d'Aix, qui n'est plus qu'à 3 heures de Gréoulx, on part à volonté à 1 heure du matin, ou par le service spécial de 3 heures de l'après-midi.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

RAPPORT à M. le Préfet de police sur la question de savoir si M. le docteur Auzias-Turenne peut être autorisé à appliquer ou à expérimenter LA SYPHILISATION à l'infirmerie de la prison St-Lazare. Par MM. les docteurs Mélier, président, Philippe Ricord, Denis, Conneau, et Marchal (de Calvi), secrétaire rapporteur. — Publié par décision de M. le Préfet de police.

Grand in-8°, Paris, 1853, aux bureaux de l'Union Médicale, rue Saint-Georges, n° 12. Prix : 2 fr.

De la méningite tuberculeuse, étudié au point de vue clinique ; par Henri Hahn, docteur en médecine, médecin de l'hospice Joséphine à Aix-la-Chapelle, et membre correspondant de la Société de médecine de Bordeaux.

In magnis morbis magna remedia.

Monographie couronnée par la Société de médecine de Bordeaux. 1 vol. in-8. Prix : 5 fr. 50 c.

Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 17.

Du choix des eaux minérales dans le traitement des maladies de poitrine ; par le docteur Constantin James, auteur du *Guide pratique aux eaux minérales et aux bains de mer*. Brochure in-8. Prix : 1 fr. 25 c.

Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 17.

— Le *Siècle* commencera, irrévocablement le 26 courant, la publication de l'**HISTOIRE DE LA CONSTITUANTE**, par M. de Lamartine. Le seul avis de l'insertion prochaine de ce beau travail dans ses colonnes a excité, parmi ses lecteurs, une si vive et si légitime curiosité, qu'un grand nombre d'entre eux se sont inquiétés du retard apporté à cette importante publication.

Le retard a eu malheureusement pour cause une indisposition assez grave de l'illustre historien.

A peine remis, M. de Lamartine a livré son manuscrit, qui pourra être ainsi publié sans interruption. Il est permis maintenant de juger de l'ensemble de cette œuvre magnifique, une des plus vastes et des mieux senties qui soient sorties de sa plume.

Il est, d'ailleurs, inutile d'insister sur la valeur de cette grande étude ; les lecteurs du *Siècle* seront bientôt en mesure de l'apprécier eux-mêmes, et nous pouvons affirmer que leur curiosité sera largement satisfaite.

Le *Siècle* en publiera deux fragmens par semaine, dont l'un paraîtra toujours le dimanche.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltestey C°, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 76. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 28 Juin 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue St-Georges, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOUSCRIPTION

pour élever un monument à la mémoire de M. Orfila.

Souscriptions reçues au bureau de M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, à la Faculté :

MM. Devilliers, 10 fr. ; Lesueur, 20 fr. ; Laguerre fils, 5 fr. ; les rédacteurs et l'éditeur des *Annales d'hygiène publique*, 150 fr. ; Ch. Champanhet, 5 fr. ; Hubert (de Laval), 10 fr. ; J. Lecœur (de Caen), 10 fr. ; J. Beer, 25 fr. ; V. Vidal, 25 fr. ; Bischoffsheim, 25 fr. ; Desgranges, du Collége de France, 20 fr.

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE L'INFLAMMATION PAR LES ENDUITS IMPERMÉABLES.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 7 et 21 Juin 1853.)

4° Applications pratiques.

Tout le monde connaît cette belle expérience du docteur Fourcault : enduisez un animal à sang chaud d'une couche de résine, ou simplement d'une couche d'huile, cet animal succombe en trois ou quatre heures, après un abaissement progressif de température. Ce résultat expérimental était resté sans application pratique. La doctrine physiologique et étiologique de l'inflammation de M. Robert-Latour lui donne une haute signification. Si l'action immédiate de l'air sur la peau, est un des élémens essentiels de la température animale, et si l'ascension locale de cette température est le fait capital, le phénomène initial de l'inflammation, en dérobant le point phlogosé au contact de l'atmosphère, on doit éteindre ce travail morbide. Les faits répondent-ils à la logique? C'est ce qui nous reste à examiner.

Un mot d'abord du moyen employé par M. Robert-Latour pour soustraire la peau au contact de l'air. Après beaucoup d'essais et de tâtonnemens, notre confrère s'est arrêté à la formule suivante, qui présente, dit-il, le double avantage de satisfaire à toutes les conditions du principe, et d'être d'un emploi exempt de douleurs aussi bien que de difficultés :

Collodion (préparé selon la formule de M. Mialhe).	30 gram.
Térébenthine de Venise.	15 décig.
Huile de ricin.	5 —

Faites dissoudre exactement par l'agitation.

On peut étendre le collodion, soit au moyen d'un pinceau de charpie, soit en enroulant un petit morceau de linge, ou simplement un peu de coton à l'extrémité d'une allumette. Deux ou trois couches successives, selon le degré de concentration de la liqueur, sont nécessaires pour donner à l'enduit l'épaisseur et la résistance désirées ; et si, pendant le cours du traitement, quelques portions de cet enduit se détachent accidentellement de la peau, il est indispensable de le remplacer immédiatement par de nouvelles couches. Enfin, pour mieux enchaîner l'extension du mal, on ne négligera pas d'en déborder les limites de 2 à 4 centimètres.

M. Robert-Latour rapporte 88 observations de maladies contre lesquelles il a employé les enduits imperméables, et qu'il donne comme témoignages de la légitimité de ses opinions et de l'efficacité de la thérapeutique. Érysipèle, zona, furoncles, lésions traumatiques, brûlures, rhumatisme articulaire aigu, paroxysme de goutte, péritonites, ovarites, pleurites; telles sont les affections sur lesquelles portent ces observations.

Vingt-huit de ces observations sont relatives à des cas d'érysipèle ou de la face, ou du tronc, ou des membres, soit spontané, soit traumatique. La plupart de ces observations sont très remarquables; elles concernent presque toutes des érysipèles véritablement graves, et dont le début avait été marqué par un cortége de phénomènes généraux alarmans. Sous l'influence de l'application du collodion, on voit ces érysipèles s'éteindre plus ou moins rapidement, et les phénomènes généraux s'amender plus vite encore. Ces résultats sont d'autant plus frappans, que l'érysipèle siége sur des parties plus facilement accessibles à l'enduit imperméable. L'inflammation cutanée vient-elle à déborder la limite de la solution fulmi-éthérée, en la poursuivant aussitôt, on la circonscrit, on l'arrête, alors même qu'elle présente le plus évidemment cette tendance envahissante si redoutée.

Plusieurs de ces érysipèles étaient traumatiques, et, circonstance aggravante, ils s'étaient développés dans des salles d'hôpital, dont le nécrologe est si souvent chargé par cette redoutable affection. Tous ces cas, qui ont été recueillis dans le service de M. le professeur Nélaton, ont eu une terminaison heureuse, et dans des circonstances où le pronostic était grave.

On connaît la léthalité de l'érysipèle ombilical chez les enfans nouveau-nés. Un fait de cette affection, rapporté par M. Robert-Latour, fait concevoir l'espérance que l'emploi du collodion trouvera dans ces cas une application bienfaisante.

Je ne sais si les pathologistes se sont mis d'accord sur la durée et sur la marche naturelle de l'érysipèle, j'entends de l'érysipèle grave, abandonné à lui-même. Il est bien évident que pour pouvoir conclure à l'efficacité d'un traitement quelconque, il faudrait connaître combien de temps dure et comment se conduit un érysipèle qui resterait vierge de tout traitement. Cette donnée manque, et manquera toujours, parce que la médecine pratique n'est pas une froide méditation d'histoire naturelle. Un érysipèle de la face qui s'annonce sous les dehors les plus bénins, peut tout à coup avoir un retentissement fatal sur les membranes du cerveau, et le médecin veut et doit à tout prix prévenir cette complication funeste. De là, pour lui, nécessité d'agir; de là, pour la pathologie, une obscurité éternelle sur l'histoire naturelle de cette maladie, comme sur celle de la plupart des autres inflammations. Tout ce qui peut se faire, c'est de comparer la durée de la maladie, en catégorisant les cas similaires autant que possible, sous l'influence de traitemens divers. Or, à ce point de vue, nous croyons que l'avantage reste au traitement introduit dans la thérapeutique par M. Robert-Latour. Nous voyons, dans ses observations, des érysipèles très graves s'éteindre et les malades entrer en convalescence au bout de sept, de six, de cinq, de quatre et de trois jours, pour des érysipèles de la face, et dans vingt-quatre heures, pour des érysipèles des membres; nous voyons les plus redoutables symptômes s'amender incontinent. Enfin, et nous acceptons ici la parole loyale de notre honorable confrère, aucun insuccès ne serait encore venu attrister sa pratique, sur un nombre très considérable d'érysipèles qu'il a traités par le collodion. Aussi est-ce légitimement, ce nous semble, que l'auteur a pu écrire les lignes suivantes, que nous croyons devoir citer :

« De tous les faits dont j'ai tracé l'histoire, se dégage avec évidence la proposition suivante :

» Quelle que soit l'étiologie de l'érysipèle; que cette affection surgisse spontanément, c'est-à-dire sans cause connue; que les morsures de sangsues en soient le point de départ, et comme le prétexte; que l'instrument tranchant ou le cautère actuel en fournissent l'occasion, toujours l'inflammation en constitue le caractère sensible, la manifestation principale; et toujours aussi vous en triompherez en paralysant, dans la région qui en est le théâtre, l'action colorisatrice à laquelle est infailliblement afférent tout travail phlogistique. La pratique chirurgicale sera donc, à l'avenir, exonérée d'un de ses plus grands dangers; et la curation de l'érysipèle par la médication isolante, à la suite des opérations, sera désormais l'heureux pendant de la suppression de la douleur, par la médication anesthésique, au moment même où ces opérations s'accomplissent. »

Trois observations de zona témoignent de l'efficacité de l'enduit imperméable pour éteindre en quelques heures cette variété de l'inflammation de la peau.

L'auteur ne rapporte qu'un seul cas d'anthrax, qui n'avait cessé de s'accroître depuis six jours, et qui, vingt-quatre heures après l'application du collodion, était entré en résolution évidente.

L'auteur a traité par le même moyen, et toujours avec succès, des phlegmons, des engorgemens inflammatoires, des ganglions inguinaux, de véritables bubons, des engorgemens du sein, du testicule, des oreillons, des inflammations eczémateuses, des plaies, des déchirures récentes, des panaris, des entorses, des brûlures, etc.

Veut-on connaître comment se comporte le rhumatisme articulaire aigu fébrile, généralisé, sous l'influence du collodion employé par M. Robert-Latour? Nous allons citer la première de ses observations relatives à cette maladie; elle est bien plus frappante encore que les observations que nous rapportions naguère dans ce journal, pour prouver les modifications rapides et profondes que la vératrine fait subir à cette affection :

Rien ne saurait égaler la surprise qu'éprouva le médecin d'un jeune homme de vingt-cinq ans, en voyant cesser avec une rapidité qu'il ne croyait pas possible, un rhumatisme articulaire aigu des plus violens. Les pieds et les genoux, envahis déjà depuis quatre jours, étaient énormément tuméfiés et colorés d'un rouge vif, en même temps que cruellement douloureux. Travaillé par une fièvre que mesuraient cent vingt pulsations artérielles par minute, et une température animale de quarante degrés centésimaux, ce jeune homme, depuis le début de la maladie, n'avait pu goûter le moindre repos, et il se trouvait en proie à la plus vive anxiété. Une couche de collodion fut étendue sur toutes les articulations atteintes; et un quart-d'heure ne s'était pas écoulé, que le malade s'abandonnait à un sommeil aussi calme que profond. C'était le soir, à neuf heures, qu'avait lieu l'application du topique, et, le lendemain matin, après moins de douze heures, les pulsations artérielles descendues à quatre-vingt-quatre par minute, la température générale abaissée à trente-huit degrés, cinq dixièmes; celle des genoux maintenue au-dessous de trente-huit degrés, alors que la veille elle faisait monter le thermomètre à trente-neuf; la douleur à peu près éteinte, et la tuméfaction considérablement réduite, annonçaient avec une sorte d'éclat, que nous étions maîtres de la maladie. Un point, pourtant, mais un seul, était resté fort douloureux, rouge et gonflé; c'était le gros orteil du pied droit; et cette résistance, un grand effort n'était pas nécessaire pour en pénétrer la raison; car le gros orteil était le seul qui eût échappé à l'enduit, faute de quantité suffisante. L'omission fut réparée aussitôt, et la douleur s'éteignit là comme ailleurs. Le malade fut prévenu, toutefois que l'inflammation pourrait bien encore frapper diverses articulations; et les personnes chargées de lui donner des soins eurent mission de poursuivre le mal par le même agent, partout où il sévirait. Ce pressentiment, la main droite le réalisa le jour même : depuis les dernières phalanges jusqu'au poignet inclusivement, toutes les articulations en furent envahies avec assez de violence, pour susciter un redoublement fébrile, et replonger notre malade dans sa première anxiété. Mais, à peine développé, sur ce nouveau théâtre, le mal fut conjuré aussitôt; et à ma troisième visite, trente-six heures après le début du traitement, je ne trouvai plus qu'un convalescent dont la peau était fraîche, dont le pouls était calme, et dont la seule préoccupation était d'obtenir des alimens. Deux jours après, ce jeune homme, contre-maître d'une grande fabrique, était rendu à ses travaux.

Après avoir cité quelques autres observations analogues, M. Robert-Latour ajoute : « Loin de moi la prétention de subjuguer ainsi en un ou deux jours, tous les rhumatismes poly-articulaires aigus : je sais que l'inflammation, si docile à ma médication, n'est pas toute la maladie, et qu'au-delà des articulations, il est encore un élément, qui, resté mystérieux, échappe à la thérapeutique. Mais tout en reconnaissant que la phlogose articulaire n'est ici que la manifestation sensible d'un principe morbide plus profondément caché; tout en reconnaissant qu'après avoir cédé à un traitement local, cette phlogose peut encore se reproduire, même à plusieurs reprises, sous l'action incessante de la cause à laquelle s'en est rattachée la première explosion, je puis affirmer, au moins, qu'avec l'enduit imperméable, toutes ces rechutes, ou plutôt tous ces paroxysmes s'accomplissent, sinon sans souffrance, au moins sans que la douleur parvienne à un haut degré d'acuité, ni surtout qu'elle ait une longue durée. Moins d'une heure souvent suffit à cet agent thérapeutique, pour ramener à l'état normal les parties envahies; et cette prompte répression du travail phlogistique assure à l'affection un terme rapproché. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'aujourd'hui ma pratique se trouve enfin débarrassée de ces arthrites interminables qui vouent à une vie de souffrances ceux qui ont le malheur d'en être frappés, en même temps qu'elles accusent d'une affligeante impuissance, le praticien déconcerté. Combattu et poursuivi par ma médication, le rhumatisme articulaire aigu borne d'ordinaire sa durée à un laps de temps qui dure d'un à huit jours; et si parfois, se reproduisant dans les articulations déjà éprouvées, l'inflammation arthritique sévit encore au-delà de cette limite, ces recrudescences, si fréquentes qu'elles se renouvellent, sont toujours promptement domptées, et se supportent alors avec d'autant plus de facilité, qu'elles laissent entr'elles des intervalles de calme et de bien-être, qui reposent de la douleur et réparent les forces. »

Ainsi que nous l'avons indiqué, M. Robert-Latour a aussi

traité la péritonite spontanée par le collodion. Ici, nous devons le reconnaître, l'influence du traitement ne nous a pas paru aussi évidente que dans les affections que nous avons passées en revue. Ce n'est pas que tous les symptômes n'aient disparu comme par enchantement, mais nous n'avons pas trouvé dans le récit les élémens irréfragables d'un diagnostic certain. Un seul cas de péritonite puerpérale a été traité par le collodion, et avec un succès si rapide, qu'on peut y voir un encouragement à son emploi dans ces terribles et foudroyantes épidémies contre lesquelles les ressources de l'art sont restées jusqu'alors stériles.

Nous sommes obligé de nous borner et de passer sous silence les observations de M. Robert-Latour, relatives à l'ovarite, à la pleurite et à la goutte. C'est toujours le même mode d'action, conduisant toujours au même résultat, diminution dans la température, abaissement du pouls, disparition de l'élément-douleur, calme et repos du malade; et certes, ces résultats sont assez beaux pour être dignes de l'attention des praticiens.

Et, de fait, nous n'avons eu d'autre but, dans ces articles, que de signaler à la médecine pratique et de contribuer à populariser un traitement contre l'inflammation qui a donné, comme on vient de le voir, à un praticien aussi honorable qu'éclairé, des succès très remarquables et en dehors de ce que l'on peut obtenir par des moyens ordinaires. Nous avons été encouragés, dans cette résolution, par la lecture attentive de l'ouvrage de M. Robert-Latour, où respire une conviction si sincère, qu'il ne nous est pas possible d'admettre qu'un esprit aussi distingué puisse faire depuis si longtemps fausse route et se laisser illusionner à ce point. D'ailleurs, le bienfaisant précepte *non noces* est, ici, complètement sauvegardé. En essayant de la médication par les enduits imperméables, le médecin est certain de ne rien faire qui puisse nuire au malade, et M. Robert-Latour lui donne l'assurance qu'il le guérira souvent, qu'il le soulagera toujours. Faites la part aussi grande que possible de l'enthousiasme naturel à quiconque produit une idée nouvelle qu'il croit utile, vous trouverez encore des motifs suffisans pour essayer l'emploi des enduits imperméables.

Amédée Latour.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOTEL-DIEU. — Service de M. Jobert de Lamballe.

Sommaire. — Fistules salivaires parotidiennes. — Cautérisation unie à la compression. — Guérison.

Dans une fistule du canal de Sténon, empêcher le liquide sécrété par la parotide de se répandre sur la joue, et le conduire dans la cavité buccale, soit par son orifice naturel, en réunissant les deux bouts du canal divisé, soit par un orifice nouveau en perforant la joue : tel est le but que se propose le chirurgien. Dans les fistules de la glande elle-même, il n'en est plus ainsi; car on ne peut espérer que les dernières ramifications du canal excréteur, divisées près des granulations, se cicatriseront en restant perméables au liquide sécrété par les granulations, ou les lobules correspondans. Ce n'est donc plus à rétablir le cours de la salive, mais bien à empêcher qu'elle ne soit sécrétée, que doit viser le chirurgien. Pour cela, il n'a qu'un moyen : atrophier ou mieux désorganiser ces granulations et ces lobules. Cette indication a été saisie depuis longtemps, puisque Galien lui-même avait traité avec un emplâtre caustique une fistule parotidienne survenue à la suite d'un abcès, et était parvenu à la guérir. A. Paré avait employé l'eau forte et la poudre de vitriol brûlé. Mais le traitement de ces fistules par les caustiques seuls, est toujours long et souvent infidèle, et les faits publiés en 1838, par M. Jobert (de Lamballe) démontrent qu'il est excessivement avantageux de n'user que modérément des caustiques en leur associant la compression. Nous avons observé dernièrement dans son service un cas qui vient parfaitement à l'appui de cette manière de voir.

Observation. — Dalby (Jeanne), âgée de 18 ans, ayant une forte constitution, un embonpoint notable et toutes les apparences d'une santé parfaite, entre le 15 mars 1853 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Jobert (de Lamballe), salle Saint-Maurice, n° 8. Elle présente deux ouvertures fistuleuses situées de chaque côté de la face, en arrière de la branche du maxillaire inférieur, et à un demi-centimètre au-dessous du lobule de l'oreille. Chacun de ces deux orifices, pouvant facilement admettre une grosse tête d'épingle, est situé au centre d'une cicatrice à coloration blanchâtre près des bords, entourée d'une auréole rougeâtre, violacée. Ces parties ne sont actuellement le siége d'aucune inflammation; elles ne sont pas douloureuses, même à la pression. Lorsqu'on introduit un stylet dans une de ces ouvertures, il se trouve arrêté à une distance de 2 centim. 1/2, sans avoir rencontré sur son passage rien autre chose que des parties molles. Il ne sort pas de pus par ces ouvertures; mais un liquide parfaitement incolore et d'une limpidité extrême en suinte constamment et s'écoule par gouttelettes au moment des repas. Nous avons provoqué cet écoulement plus abondant, en mettant dans la bouche de la malade des alimens sapides, même sans qu'elle opérât le moindre mouvement de mastication. Ces fistules existent depuis l'année 1851, et sont survenues à la suite d'une fièvre typhoïde très grave.

La malade se trouvait dans de mauvaises conditions hygiéniques, séjournant à la campagne dans une pièce du rez-de-chaussé, basse, humide, mal aérée, et à peine éclairée. Les symptômes furent très alarmans : lèvres, dents et langue fuligineuses; coma profond, ballonnement du ventre; diarrhée continuelle; taches des parois abdominales, etc. Il survint plus tard au sacrum de larges escarrhes, dont on retrouve actuellement les cicatrices.

Un traitement énergique et approprié, dirigé par M. le docteur Dugenest, de Guéret, à l'obligeance de qui nous devons les détails qui précèdent, n'amena que difficilement une convalescence longue et pénible, pendant le cours de laquelle apparurent les tumeurs parotidiennes, auxquelles ont succédé les fistules.

Le médecin fit appliquer des vésicatoires sur ces tumeurs, et la malade ayant cessé de recourir à ses soins, il ne la revit qu'après l'ouverture spontanée des abcès parotidiens, c'est-à-dire quatre ou cinq mois environ après le début de l'affection typhoïde ; alors les deux fistules présentaient absolument le même aspect qu'actuellement. Aucun traitement n'avait été dirigé contre elles.

Le 22 mars, sept jours après l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu, et dix-huit mois après l'apparition de ces fistules, quand il fut bien constaté qu'elles intéressaient réellement le tissu de la glande parotide, et que la quantité de liquide écoulé ne diminuait pas d'un jour à l'autre; quand il fut bien positif que, depuis le début de l'affection, il n'y avait eu aucune tendance à la cicatrisation ou à l'oblitération même partielle spontanée, de ces deux fistules, M. Jobert (de Lamballe) commença son traitement.

Après avoir endormi la malade, avec le chloroforme, il cautérisa vigoureusement chacun des trajets fistuleux, en faisant pénétrer dans toute leur étendue une tige de fer de 4 millimètres de diamètre, rougie à blanc. Malgré cette cautérisation, et bien avant la chute des escarrhes, la salive continuait à s'écouler par les fistules. Le soir même, il en sortit une petite quantité, mais en moins grande abondance que les jours précédens.

Le 29 mars, les escarrhes étaient tombées, et l'écoulement de la salive était le même qu'avant la cautérisation. On fit alors la compression sur les parotides elles-mêmes, autour des ouvertures fistuleuses, avec des compresses graduées et découpées, assujéties par un bandage convenable.

Le 1er avril, un crayon de nitrate d'argent fut introduit dans chaque fistule, de façon à en cautériser toute l'étendue, et maintenu en place plusieurs secondes, puis la compression faite comme précédemment.

A dater de cette époque, la compression fut continuée, et la cautérisation avec le nitrate d'argent, pratiquée, ainsi que nous venons de le dire, régulièrement tous les deux ou trois jours.

L'écoulement de liquide salivaire diminua rapidement, si bien que les pièces de pansement qui en étaient imbibées les premiers jours, en étaient ensuite à peine humectées; et que le 16 mai, tout l'appareil était parfaitement sec. Les deux ouvertures fistuleuses avaient graduellement diminué d'étendue ; elles paraissaient parfaitement cicatrisées ce jour-là. La malade mâcha une bouchée de pain en notre présence, et les cicatrices restèrent parfaitement sèches. On cessa la compression. Dans la journée, il ne parut rien du côté droit ; mais la fistule gauche donna issue à quelques gouttes de salive pendant les repas.

Le 17, nouvelle cautérisation avec le nitrate d'argent, et compression seulement à gauche.

Le 19, on cesse la compression.

Le 20, le 21 et le 22, la cicatrice reste parfaitement intacte. Il n'y a aucune trace de solution de continuité, et cependant, au moment des repas, cette femme sent un liquide couler le long de la mâchoire. Ce liquide transsudait sans doute à travers la cicatrice elle-même, ainsi que M. Jobert nous le fit remarquer, en nous disant avoir déjà observé un fait semblable chez un malade guéri de fistule parotidienne depuis longtemps. Du reste, une transsudation pareille à travers la peau saine a été observée même sur des individus n'ayant jamais eu de fistules salivaires.

Chez la malade qui fait le sujet de cette observation, cette transsudation fut notée seulement pendant trois jours, et ne reparut plus depuis le 22 mars jusqu'au 28, jour de sa sortie.

Le 7 mai, elle sentit une gouttelette de salive lui couler sur la joue de ce même côté gauche ; elle vint à la consultation le 8, ayant de ce côté un petit pertuis capable d'admettre à peine une pointe d'épingle : une cautérisation légère fut faite avec le nitrate d'argent et renouvelée le 10. Depuis, la cicatrice s'est parfaitement maintenue. A droite, depuis le 17 mars, il n'est pas sorti une seule goutte de salive.

Cette observation qui, si nous l'étudiions au point de vue médical, nous permettrait d'aborder la discussion des parotides critiques et de leur influence sur la terminaison de la fièvre typhoïde, nous présente, au point de vue chirurgical, assez d'intérêt pour nous occuper exclusivement.

Notons cependant ce fait important, que l'inflammation de la région parotidienne survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, a bien porté sur la glande elle-même, car si elle se fût limitée soit dans les ganglions, soit dans le tissu cellulaire, même interlobulaire, il n'y aurait pas eu de fistules salivaires. Ces dernières ne peuvent se produire que si les glandules eux-mêmes ou leurs canaux excréteurs ont été atteints.

Relativement au traitement, ce que nous avons dit au commencement nous dispense d'entrer dans de grands détails, et nous ne pourrions mieux faire que renvoyer le lecteur au mémoire de M. Jobert de Lamballe (*Arch. génér. de méd.*, 1838, 3e et nouv. série, t. III), ce cas venant seulement s'ajouter à ceux qu'il a publiés précédemment. Ce qu'il présente, en effet, de capital, c'est que deux fistules salivaires parotidiennes, datant de près de deux ans, ne montrant aucune tendance à l'oblitération après une cautérisation énergique pratiquée avec le fer rouge, ont commencé à se cicatriser et se sont promptement fermées sous l'influence de cautérisations incomparablement moins actives faites avec le nitrate d'argent, dès qu'à l'action du caustique on a associé la compression.

Sous cette double influence, une première fistule se guérit radicalement en onze jours, celle du côté droit; quant à l'autre, elle ne se cicatrice que deux jours plus tard, ou même cinq jours, si l'on veut ne faire compter la guérison que du moment où la salive a cessé de transsuder à travers la peau cicatrisée depuis trois jours.

Doit-on voir une rechute ou une preuve de non guérison dans cette nouvelle exsudation de salive à travers un pertuis presque imperceptible survenu du côté gauche, après dix-huit jours de guérison confirmée? Nous ne le croyons pas. Et nous nous nous basons sur ce que : 1o rien de semblable n'est survenu à droite; 2o pendant huit jours après la cicatrisation complète des deux côtés, la malade, restant à l'hôpital, a été examinée avec soin chaque jour, et rien n'indiquait que la cicatrice fût moins solide à gauche; 3o enfin, cet accident n'est survenu que consécutivement à un petit bouton rouge; il est probable qu'en grattant ce bouton, la malade aura elle-même excorié la peau. La preuve qu'il n'en est pas autrement, c'est qu'il a suffi de deux cautérisations très légères sans compression pour fermer définitivement cette petite plaie.

T. G.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 8 Juin 1853.— Présidence de M. Guersant.

RAPPORT SUR UN CAS DE MORT PAR LE CHLOROFORME (1),

Communiqué à la Société de chirurgie par M. le docteur Vallet, *chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.*

(Commissaires : MM. Larrey, Denonvilliers et Robert, rapporteur.)

Le *second fait* est celui que M. Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a publié en 1849. (*Gazette des hôpitaux*, p. 73.)

Le 24 janvier 1849, un jeune homme de 17 ans, exerçant la profession de carrier, d'une constitution lymphatique, mais jouissant d'une santé générale satisfaisante, entra à l'Hôtel-Dieu pour y subir la désarticulation du médius droit. Le jour de l'opération arrivé, le malade étant parfaitement à jeun, et placé sur un lit, est soumis aux inhalations anesthésiques, qu'il a désirées, et qui ne lui inspirent aucune appréhension. Le flacon qui renferme le chloroforme est le même qui a servi un instant auparavant à endormir une jeune fille, chez laquelle tout s'est passé régulièrement.

On emploie, comme d'ordinaire, une compresse à tissu très clair, étendue au-devant du visage, laissant un passage facile à l'air atmosphérique, et l'on verse le chloroforme par gouttes, à plusieurs reprises, sur la portion de la compresse qui correspond à l'ouverture du nez. Deux aides très habitués à manier le chloroforme en sont chargés, et explorent en même temps le pouls aux radiales. Après quatre ou cinq minutes, le malade sent et parle encore; une minute de plus s'est à peine écoulée, qu'il manifeste un peu d'agitation. Il n'a pas absorbé 7 à 8 grammes de chloroforme. Le pouls est resté d'une régularité parfaite, sous le rapport du rhythme et de la force des battemens. Tout à coup le malade lève brusquement la tête et agite les membres, qui échappent aux aides ; mais ceux-ci les ressaisissent promptement, et remettent le patient en position. Le mouvement n'a pas duré plus d'un quart de minute, et cependant l'un des aides annonce immédiatement que le pouls de la radiale a cessé de battre. On enlève le mouchoir.

La face est profondément altérée. L'action du cœur a cessé tout à fait; plus de pouls nulle part; plus de bruit dans la région précordiale. La respiration continue encore, mais elle devient irrégulière, faible et lente, et cesse enfin complètement dans l'espace d'une demi-minute environ.

Tous les moyens employés en pareil cas, tels que frictions avec l'ammoniaque, irritation des diverses muqueuses avec cette substance, sinapismes, pressions alternatives sur le thorax et l'abdomen, insufflation, cautérisations profondes, tous ces moyens, dis-je, parviennent à ramener quelques mouvemens respiratoires; mais l'issue n'en est pas moins funeste.

A l'autopsie, faite 72 heures après la mort par une température assez froide, le cadavre ne présente pas de signes de putréfaction. Le foie et la rate sont peu congestionnés. Le cœur, d'un volume normal, est affaissé, vide d'air et de sang. Les parois ventriculaires sont seulement humectées par une écume fine très rouge, donnant l'idée de sang qui aurait été battu, fouetté par les colonnes charnues du cœur. Les veines-caves et la veine-porte sont distendues par un sang noir fluide, très abondant. Sur la valvule d'Eustachi, on trouve un caillot fibrineux, peu consistant, du poids de 4 à 5 grammes. *Aucun fluide aériforme n'était contenu dans les cavités du cœur ou des gros vaisseaux.* Les poumons se sont rétractés fortement à l'ouverture du thorax ; ils offrent une teinte noir-ardoisé très prononcée. La coupe offre la même teinte ; le tissu est sain d'ailleurs. Le larynx et la trachée n'offrent aucune lésion.

Le cerveau est intact. Les sinus de la dure-mère contiennent une assez grande quantité de sang noir coagulé.

La *troisième observation* a été adressée à l'Académie le 16 octobre par M. de Confévron, médecin des hôpitaux de Langres (*Gazette des Hôpitaux*, 1849, p. 409).

Mme Labrune, âgée de 33 ans, d'une bonne santé, d'un tempérament nerveux très excitable, déjà éthérisée une première fois avec succès, fut de nouveau soumise par M. de Confévron, en présence d'un dentiste, à l'action du chloroforme le 24 août 1849, pour éviter les douleurs de l'extraction d'une dent. Le médecin plaça sur le mouchoir de la malade un bourdonnet de coton imbibé de moins de 1 gramme de chloroforme. Mme Labrune l'approcha elle-même de ses narines et le respira à quelque distance, de manière à permettre complètement le mélange de l'air aux vapeurs anesthésiques. En 8 ou 10 minutes l'effet se fit sentir, et on le remarqua au clignotement des paupières.

Le médecin indiqua au dentiste, qu'il pouvait renverser la tête de la malade, qu'il pouvait agir; mais la patiente, qui avait l'habitude de l'éthérisation,

(1) Voir le numéro du 25 Juin 1853.

ne se sentant pas suffisamment engourdie, repoussa la main de l'opérateur, faisant comprendre par signes que l'insensibilité n'existait pas encore, rapprocha son mouchoir de ses narines et fit rapidement 4 ou 5 aspirations plus larges.

A cet instant, le médecin lui retira lui-même le mouchoir qu'elle serrait sous son nez. Il ne la quitta des yeux que pendant le temps nécessaire pour poser le mouchoir sur un meuble voisin; et déjà, lorsqu'il reporta ses regards sur elle, sa face était pâle, les lèvres décolorées, les traits altérés, les yeux renversés, les pupilles horriblement dilatées, les mâchoires contractées de manière à empêcher l'opération du dentiste, la tête renversée en arrière.

Le pouls avait disparu; les membres étaient dans un état complet de résolution. Quelques inspirations éloignées furent les seuls signes de vie que la malade donnât.

Les moyens les plus rationnels furent employés, mais en vain, pour la rappeler à elle.

A l'autopsie, on trouva les membranes du cerveau, et surtout les veines de la base du crâne, gorgées de sang noir et fluide. Les sinus de la dure-mère en étaient remplis. La substance du cerveau incisé était piquetée, et les capillaires, intéressées par l'instrument, laissaient suinter du sang noir en gouttelettes. Cette substance était intacte et d'une consistance normale. De la sérosité se trouvait en assez grande abondance à la base du crâne et remplissait le canal vertébral. Dans toutes les veines de la base du crâne, même celles d'un calibre très médiocre, on a trouvé une notable quantité de bulles d'air interceptant le liquide, et faciles à déplacer.

Le cœur était flasque, et une ponction pratiquée à l'oreillette gauche laissa échapper du sang noir, fluide, accompagné d'un dégagement d'air par bulles. Il n'existait pas de caillots dans ses cavités. Les grosses veines du tronc contenaient également une grande quantité de sang noir et fluide. Les poumons, parfaitement crépitans dans toute leur étendue, offraient une teinte gris-ardoisé qu'on retrouvait en les incisant. L'abdomen était distendu par des gaz.

Le quatrième fait est celui que M. Roock a publié dans le *Medical Times* en 1851 (*Union Médicale*, 1851, p. 509).

Un mulâtre, âgé de 45 ans, d'une constitution vigoureuse, entra à l'hôpital des Marins de Londres pour y subir l'ablation d'un testicule dégénéré. Le chloroforme fut administré à la prière du malade; celui-ci fut couché. On donna le chloroforme suivant le mode usité dans cet hôpital, c'est-à-dire au moyen d'un foulard imbibé d'une quantité de liquide ne dépassant pas 20 ou 30 gouttes à la fois. Le mouchoir est maintenu à quelque distance de la bouche, et l'on a soin de n'obtenir les effets anesthésiques que lentement et graduellement. Il est aussi d'habitude de donner au malade, avant l'emploi du chloroforme, un verre de vin généreux.

Vingt gouttes de l'agent anesthésique furent d'abord versées sur le mouchoir; mais aucun symptôme d'insensibilité ne survenant, on en versa au bout de quelques minutes 20 autres gouttes; le patient commença à pousser, à batailler avec des esprits imaginaires; mais l'anesthésie étant loin d'être complète, on ajouta d'abord 10, puis 20 gouttes encore. Cette fois le malade tomba dans l'insensibilité. La respiration était libre; le pouls, régulier, donnait toujours 70 pulsations à la minute, aussi pleines, aussi élastiques qu'avant l'inhalation. Les lèvres étaient rosées. On cessa de chloroformer. Le médecin commença l'opération presque instantanément, en faisant au scrotum une incision qui coupa une petite branche artérielle et quelques veines dilatées, dont le sang coula à jet très franc; puis, presque instantanément, ce jet s'arrêta, et M. Roock, qui avait le doigt sur le pouls, ne sentit plus les battemens de l'artère.

Immédiatement on eut recours à tous les moyens imaginables employés en telle occurrence; ils eurent pour résultat de provoquer, à de rares intervalles, quelques inspirations; mais celles-ci ne continuèrent pas, et l'assemblée n'eut bientôt devant elle qu'un cadavre.

A l'autopsie, on trouva les sinus de la dure-mère et les vaisseaux de la surface du cerveau gorgés de sang et ne contenant pas d'air. Les poumons étaient gorgés de sang fluide et le siége d'une infiltration séreuse. Les parois du cœur étaient extrêmement minces et flasques; l'organe était couvert par une couche adipeuse assez abondante. Les veines caves étaient gorgées de sang liquide.

Le cinquième fait a eu plus de retentissement que ceux qui précèdent, car il a donné lieu à des poursuites judiciaires; c'est celui qui a été observé à Strasbourg en 1852.

Voici le résumé de l'observation de MM. les professeurs Rigaud, Tourdes et Caillot.

Mme Simon, âgée de 36 ans, mère de trois enfans, d'une forte constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, désirant se faire pratiquer l'extraction de quelques molaires cariées dont la présence l'inquiétait beaucoup; mais, partagée entre ce désir et la crainte que lui inspirait l'opération, elle était en proie à des préoccupations telles, que sa santé en subit de profondes atteintes.

Elle prit enfin la résolution de se soumettre à l'arrachement des dents gâtées, à condition qu'on emploierait le chloroforme. Le matin même du jour où l'opération devait être pratiquée, elle était dans une agitation extrême, et, tout en demandant l'opération, elle témoignait des pressentimens sinistres. Les dents devaient être arrachées par un officier de santé en présence du mari et de la servante. La malade fut assise sur une chaise; on allait commencer l'opération quand elle se leva éperdue et parcourant la chambre en proférant des paroles incohérentes. Elle déclara enfin qu'elle était résolue et se plaça sur la chaise. Une petite quantité de chloroforme est versée sur un mouchoir, qu'on approche des narines et des lèvres. Mme Simon annonce presque aussitôt qu'elle en ressent les effets; on pratique l'extraction de trois dents.

Pendant cette opération, qui ne dure qu'un instant et se fait avec la plus grande promptitude, le mari est frappé de l'altération des traits de sa femme; la face devient cadavéreuse: Elle est morte! s'écrie-t-il. Elle avait effectivement cessé de vivre. Tous les soins qu'on lui prodigua furent inutiles. Les experts se sont assurés que la quantité de chloroforme employée n'avait été de plus de 3 gr. 25 c. et que ce liquide était parfaitement pur.

Autopsie soixante heures après la mort. — La muqueuse bronchique est d'un rouge assez vif, avec écume dans une des grosses divisions de la bronche droite et dans quelques rameaux plus petits du même côté. Les poumons sont très volumineux, emphysémateux à leur partie supérieure, d'une teinte rosée en avant, d'un rouge d'autant plus foncé que l'on rapproche davantage de leur bord postérieur, contenant du sang mêlé à un peu d'écume.

Deux taches rougeâtres sous-pleurales se remarquent dans la scissure qui sépare les lobes gauches. Le péricarde contient trois cuillerées de sérosité citrine; les cavités droites sont remplies d'un sang liquide, d'une teinte foncée; le cœur gauche en contient beaucoup moins, le liquide n'est pas spumeux.

On distingue quelques bulles d'air dans les veines qui rampent à la surface du cerveau, dans l'artère basilaire. La pie-mère n'est pas injectée. Le parenchyme cérébral est très ramolli et n'offre qu'une très légère sablure; sa coloration est normale. Rien de remarquable dans le reste de la masse encéphalo-rachidienne.

L'analyse chimique a révélé la présence du chloroforme dans le sang et les principaux organes.

Sixième fait. — La dernière des observations que nous rapporterons ici est celle du docteur Majer (d'Ulm), insérée dans la *Gazette des hôpitaux* du 5 octobre 1852, p. 470. — Mme W..., âgée de 32 ans, de constitution très forte, a toujours joui d'une excellente santé. Le 27 juin, elle fit appeler le dentiste Fischer pour se faire extraire une dent. Elle se mit sur une chaise, la tête appuyée contre son mari, placé derrière elle, pour se faire chloroformer. Elle demanda au chirurgien: Quels sont ordinairement les premiers phénomènes du chloroforme? A quoi celui-ci répondit: Des bourdonnemens d'oreilles. Le dentiste verse 25 gouttes de chloroforme sur une éponge entourée d'un mouchoir et la place à quelque distance de la bouche et du nez.

Après quatre ou cinq inhalations, l'opérateur demande à la femme W... si elle ne ressent pas encore de bourdonnemens d'oreilles; la réponse affirmative est tremblotante, râlante; en même temps, elle étend fortement ses membres; la face devient bleuâtre, les yeux hagards; la tête et les bras s'affaissent: elle est morte.

D'après le récit du mari, le temps entre l'inhalation et la mort fut très court. Des aspersions d'eau froide, l'insufflation de l'air, la compression et les mouvemens du thorax, les excitans sur la peau, la titillation de l'arrière-gorge restèrent sans succès.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Le cadavre ne présentait pas de signes de putréfaction. En ouvrant la tête, il s'écoula beaucoup de sang spumeux; les vaisseaux des membranes du cerveau étaient gorgés d'un sang contenant beaucoup de bulles d'air assez volumineuses pour être roulées sous les doigts.

La substance cérébrale est injectée. Le sang de la carotide interne et de l'artère vertébrale contient aussi des bulles d'air.

La trachée et les bronches étaient injectées; le poumon, d'un rouge bleuâtre aux deux tiers inférieurs, était rempli de sang rouge-foncé, spumeux, sans vestige d'emphysème.

Le cœur a sa grandeur et sa position naturelles; il est d'un rouge grisâtre, de consistance molle, flasque. Les vaisseaux coronaires sont gorgés d'un sang contenant de nombreuses bulles d'air. Les oreillettes boursoufflées, non pas de sang, mais d'air. Il n'y a pas de traces de sang dans l'oreillette droite, ni dans les deux ventricules. Une petite cuillerée seulement remplit l'oreillette gauche; l'artère pulmonaire, l'aorte, les veines caves à leur entrée dans le cœur sont vides. Le sang de la veine cave inférieure contient des bulles d'air.

Des expériences chimiques constatèrent la présence du chloroforme dans le sang. Ce qui restait du liquide qui avait servi pour cette malheureuse femme fut trouvé parfaitement pur.

En analysant les observations qui précèdent et dont on ne saurait contester l'authenticité, on voit qu'elles ont entr'elles une grande analogie et qu'elles se confirment, en quelque sorte, les unes par les autres. En effet, tous les individus dont il y est fait mention étaient jeunes, le plus âgé n'ayant que quarante-cinq ans. Tous étaient d'une bonne santé; seulement la malade de M. Gorré avait été traitée pour des palpitations liées à un état chlorotique. Plusieurs avaient été précédemment soumis avec succès à l'emploi du chloroforme; chez tous, l'inhalation n'a présenté aucune difficulté ou circonstance insolite; elle a été de courte durée. La dose de chloroforme administrée est au-dessous de la moyenne et varie entre 15 ou 20 gouttes et 7 à 8 grammes. La période d'excitation a été généralement modérée et même quelquefois a manqué tout à fait. Le pouls, à part les cas rares où il n'a point été surveillé, s'est maintenu dans son état à peu près normal jusqu'au moment où, tout à coup, il s'est affaibli et a disparu complètement. En même temps, le visage est devenu tantôt pâle, tantôt bleuâtre, les pupilles largement dilatées; la respiration est devenue faible, lente, irrégulière et a complètement cessé au bout d'un temps très court. Dans un seul cas, celui de M. Gorré, il est dit que la respiration s'est embarrassée et que la malade a eu de l'écume à la bouche. Toujours la mort a été très rapide et presque instantanée.

Les lésions cadavériques nous ont paru présenter beaucoup plus de variétés que les désordres fonctionnels. Examinons successivement à ce point de vue les lésions constatées dans la cavité crânienne, dans les organes centraux de la respiration et de la circulation.

Dans quatre observations, il est dit que le cerveau est intact et n'offre qu'une injection très modérée et parfois nulle. Dans trois, il est gorgé de sang noir et fluide.

Quant aux poumons, dans deux observations on les trouve crépitans, contenant peu de sang, parfaitement sains. Deux fois ils sont engorgés inférieurement et infiltrés de sang noir. Dans un cas ils sont gorgés de sang et infiltrés de sérosité dans toute leur étendue. Enfin, dans un autre, ils contiennent quelques noyaux apoplectiques. Dans la cinquième observation, le poumon est engorgé à son bord postérieur et emphysémateux à sa partie postérieure.

Le cœur a presque toujours été trouvé d'une flaccidité remarquable. Dans l'observation de M. de Confévron, les cavités de cet organe contenaient quelques bulles d'air. Dans celles de MM. Gorré et Majer, sur le malade de Strasbourg, plusieurs artères en contenaient un grand nombre. Mais, dans tous les autres cas, le cœur et les vaisseaux étaient vides d'air et de sang.

Certes, s'il n'était pas prouvé que l'anatomie pathologique ne rend pas toujours compte des phénomènes observés pendant la vie, et que même elle est quelquefois en désaccord avec eux, les résultats que nous signalons seraient bien de nature à le démontrer. Du reste, l'on conçoit que, lorsqu'un agent toxique a frappé si rapidement l'organisme, les altérations n'aient pas eu le temps de se produire; le scalpel de l'anatomiste est réduit à constater la présence du sang en plus ou moins grande quantité dans tel ou tel organe, sans même pouvoir déterminer si cette présence n'est point un effet purement cadavérique. Nous n'insisterons donc pas davantage sur ces lésions, aussi variables qu'incapables de nous révéler la cause et le mécanisme de la mort. Toutefois, nous ne saurions passer sous silence l'état du cœur, dont les parois ont été souvent trouvées amincies et très flasques. Il est difficile d'admettre que ces altérations, et surtout l'amincissement des parois du cœur, puissent résulter de l'action du chloroforme; elles préexistent donc à cette action, et constituent sans doute une prédisposition à la syncope, état organique grave, au point de vue de l'emploi des anesthésiques, et que, pour ce motif, nous signalons à toute l'attention des pathologistes.

Quant aux troubles observés pendant la vie, il est facile à chacun d'en apprécier le caractère. Il est évident, en effet, que la mort a lieu presque toujours par syncope. Que cette syncope soit primitive et résulte du contact d'un sang stupéfiant sur les parois du cœur, ou qu'elle soit consécutive à la sidération du système nerveux, le fait, pour nous praticiens, n'en persiste pas moins dans toute son effrayante vérité.

Après avoir établi l'action délétère du chloroforme, voyons s'il est possible de prévoir et de prévenir de si fâcheux résultats.

M. Baudens (*Gazette des Hôpitaux*, 13 mars 1852) a pensé que les cas de mort subite observés sous l'influence du chloroforme devaient être uniquement attribués à ce que, dans l'administration de l'agent anesthésique, on ne s'est point contenté d'anéantir le sentiment, mais qu'on a anéanti le *mouvement pour amener la résolution*.

Ce chirurgien s'appuie sur des expériences de M. Flourens qui semblent avoir établi que l'action de l'agent anesthésique est successive et progressive. Cette action, d'après notre savant physiologiste, va d'abord aux lobes cérébraux, puis successivement au cervelet, à la moitié postérieure et aux racines postérieures de la moelle épinière, à la moitié antérieure et aux racines antérieures de ce viscère, enfin à la moelle allongée et au nœud vital.

Ainsi, le chloroforme suspend d'abord l'intelligence et l'équilibre des mouvements; et si l'action en est continuée, bientôt la mort survient par l'abolition des mouvemens respiratoires. Il en résulte, suivant M. Baudens, que dès l'instant où l'on est arrivé à supendre les mouvemens des muscles de la vie animale, il y a danger de mort, parce que rien ne garantit contre l'envahissement du bulbe rachidien.

En résumé, M. Baudens attribue les cas de mort observés à ce que l'on a poussé l'inhalation jusqu'à ses limites extrêmes. Il en conclut que, pour échapper à ce péril, on doit se borner à obtenir l'insensibilité sans la résolution des muscles. Cette opinion, émise par un chirurgien éminent, placé à la tête du service de santé des armées, nous paraît trop grave pour ne pas être discutée rigoureusement; et si nous la laissions passer sans réfutation, elle aurait pour conséquence de faire peser une immense responsabilité sur les praticiens entre les mains desquels les malades ont succombé.

En analysant les phénomènes que chacun de nous est à portée d'observer journellement dans l'administration du chloroforme, on reconnait la vérité des assertions de M. Flourens sur la marche progressive et successive de l'action de l'agent anesthésique; assertions qui servent de base à l'argumentation de M. Baudens.

Oui, généralement; c'est bien l'intelligence, la sensibilité et la myotilité qui s'anéantissent successivement jusqu'à ce que la paralysie gagne les muscles qui président aux actes respiratoires. A ce moment, les poumons s'embarrassent, la respiration devient stertoreuse et l'asphyxie imminente. Oh! c'est alors que grande serait l'imprudence du chirurgien qui passerait outre sans tenir compte d'un état qui devient, par lui-même, un avertissement de l'organisme. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi; il y a des cas exceptionnels où la série des symptômes est toute différente; et ce sont précisément ces cas qui sont suivis de mort, et dont M. Baudens ne tient pas compte.

Ce n'est point, en effet, sous l'influence de l'anesthésie poussée dans ses limites extrêmes, et produisant, par la durée ou l'abondance des inhalations, la succession des phénomènes dont nous venons de tracer le tableau, qu'ont succombé les malades dont les observations ont été citées tout à l'heure. Chez tous, sans exception, la quantité de chloroforme inspirée a été très minime, la durée des inhalations très courte.

Et qu'on ne dise pas que les patiens, en vertu d'une susceptibilité particulière, n'en sont pas moins passés par toutes les phases de l'éthérisme décrites par M. Flourens, et que M. Baudens semble regarder comme fatales. Chez tous la respiration était normale au moment où ils ont été sidérés; chez quatre d'entre eux le pouls était plein, et chez plusieurs la contractilité musculaire avait conservé toute son énergie. Voyez, en effet, Maria Stock, tenant elle-même le mouchoir sous son nez, jusqu'au moment où elle s'écrie: « J'étouffe! » et meurt. Plus tard, c'est Mme Labrune, repoussant l'opérateur, lui faisant comprendre par signes qu'elle n'est pas assez endormie, et tombant foudroyée après trois ou quatre inspirations de plus. Enfin, c'est le malade de M. Barrier s'échappant des mains des aides, et périssant sous leurs yeux, au moment où ils parviennent à le remettre en position. Cette observation, si elle n'est pas plus concluante, est au moins plus frappante encore que les précédentes. Il est probable que le professeur du Val-de-Grâce l'avait oubliée lorsqu'il écrivait cette phrase: « Pour moi, tant qu'on » n'aura pas publié un seul cas de mort survenue alors que la sensibilité » seule était abolie, la motilité ayant été conservée, je n'y croirai pas. »

Ainsi, il résulte des faits que nous venons de rappeler succinctement que les cas de mort subite, survenus sous l'influence du chloroforme, ne peuvent pas être attribués à l'action *successive et progressive* de cet agent, mais qu'ils sont en dehors de la sphère des faits ordinaires, qu'ils sont exceptionnels, et ne peuvent être imputés qu'à des conditions particulières de l'organisme, qu'il ne nous est point encore donné de connaître.

Effrayé par les dangers d'homicide qu'on court sans cesse en poussant l'éthérisme jusqu'à la résolution, M. Baudens donne le conseil de ne jamais dépasser la période d'insensibilité, période qu'il a pu, dit-il,

prolonger pendant plus d'une demi-heure, en revenant de temps à autre à l'emploi du chloroforme. Sans vouloir contester les affirmations de M. Baudens, et jugeant, d'après l'expérience de nos collègues des hôpitaux, nous ferons observer qu'on n'enferme pas à son gré l'action des anesthésiques dans un cercle aussi limité. On est bien près de la résolution quand on veut obtenir une insensibilité profonde : or, sans cette insensibilité complète, toute sécurité s'évanouit dans la pratique de la chirurgie. Ne voit-on pas tous les jours des malades qu'on pique, qu'on pince impunément, dont la conjonctive semble privée de sentiment, qui ne s'en réveillent pas moins sous le tranchant du bistouri, et se livrent aux mouvemens les plus violens et les plus désordonnés? Comment alors pourrait-on sans danger pratiquer une opération de hernie, découvrir une artère, enlever une tumeur placée au milieu d'organes importans, etc. ? Il faudrait, en vérité, renoncer à l'exercice de la chirurgie, si de telles conditions nous étaient imposées. Je m'étonne que M. Baudens n'ait jamais rencontré de difficultés de ce genre.

Mais ce n'est pas tout; si la résolution est une condition nécessaire à la pratique de la plupart des opérations, elle est parfois aussi une nécessité, un but qu'il faut atteindre dans le traitement de diverses affections chirurgicales. De quelles ressources puissantes l'art ne serait-il pas privé s'il fallait renoncer a obtenir cet état! La réduction des luxations et des hernies étranglées ne s'obtient fréquemment qu'à ce prix. Et qu'il me soit permis de rappeler ici l'heureuse application que notre collègue M. Richet en a faite au traitement des luxations compliquées de fracture. J'ai eu moi-même l'occasion d'observer deux cas de rétrécissements de l'urètre regardés comme infranchissables, et dont le cathétérisme est immédiatement devenu très facile au moyen de l'anesthésie poussée jusqu'à la résolution : c'étaient des rétrécissemens spasmodiques.

Telles sont mes convictions sur la fréquente nécessité où se trouvent les chirurgiens d'obtenir la résolution par l'emploi du chloroforme. Je les soumets avec confiance à mes collègues de la Société de chirurgie, persuadé qu'ils trouveront dans leur propre expérience assez d'argumens pour adopter ma manière de voir.

M. Sédillot ne conteste pas le danger des inhalations anesthésiques, mais il n'admet ce danger que lorsque le chloroforme est impur ou mal administré. (*Nouvelles considérations sur l'emploi du chloroforme;* Strasbourg, 1851.)

Examinons donc d'abord si l'impureté du chloroforme peut avoir des conséquences aussi funestes que le pense l'éminent chirurgien de Strasbourg; nous discuterons ensuite la valeur des moyens qu'il propose comme devant mettre à l'abri du danger.

La substance qu'on trouve le plus souvent mêlée en plus ou moins grande quantité au chloroforme, celle qu'on a accusée des plus graves accidens, est une huile pyrogénée, jaunâtre, d'une saveur âcre et nauséeuse, d'une odeur rappelant un peu celle de la créosote, ainsi que l'ont démontré les recherches de MM. Mialhe et Soubeiran (*Journal de pharmacie*, t. XVI, 1849, 3e série, p. 5). Mais nous ne sachons pas qu'en dehors de son âcreté et de son odeur nauséabonde, cette huile puisse exercer sur l'économie une action délétère; tout au plus peut-elle amener des vomissemens plus ou moins répétés. A plus forte raison, son mélange avec le chloroforme n'aura-t-il pas des suites plus fâcheuses.

Les faits sont là, d'ailleurs, qui contredisent l'assertion de M. Sédillot. Ainsi, dans l'observation de M. Gorré, le chloroforme, analysé par M. Regnault, professeur de chimie au collége de Boulogne, a été trouvé bien purifié. Dans celle de M. Vallet, l'analyse a révélé la même pureté. Il en a été de même dans l'affaire de Strasbourg et dans l'observation de de M. Majer. M. Barrier a usé d'un flacon dont le contenu avait servi quelques minutes auparavant à endormir une jeune fille, chez laquelle tout s'était passé régulièrement. Il ajoute que ce liquide était pur; or, quand un homme comme M. Barrier affirme, il doit être cru. Vous voyez donc, messieurs, que, d'une part, la présence de matières hétérogènes dans le chloroforme n'est point par elle-même une cause de mort, et que, d'autre part, sa purification parfaite ne met point à l'abri de cette catastrophe.

Examinons maintenant la valeur des préceptes formulés par M. Sédillot pour l'administration des agens anesthésiques. Le but principal qu'il se propose est de maintenir *l'intégrité*, la *normalité de l'acte respiratoire*. Son procédé se réduit à étudier, à ménager d'abord la susceptibilité du malade en lui faisant respirer des doses faibles de chloroforme, à calmer son moral et, quand les inspirations sont bien supportées, à précipiter l'action anesthésique en augmentant les doses. Lorsque la résolution musculaire se manifeste, on suspend l'usage du chloroforme pour le reprendre à la moindre trace de mouvement. On peut ainsi prolonger l'anesthésie pendant un temps assez long.

Nous ne pouvons qu'applaudir à des règles aussi sages; nous ne nous en écartons jamais, et nous voudrions qu'elles fussent toujours présentes à l'esprit de tous les chirurgiens. Mais est-il possible de partager entièrement la sécurité de M. Sédillot, en présence des faits que nous avons rapportés? Dans tous ces cas, l'expérience et l'habileté connues des praticiens qui ont employé le chloroforme sont un garant du bon usage qui en a été fait; et bien que toutes les précautions recommandées par M. Sédillot n'aient pas été ponctuellement observées, on ne peut méconnaître qu'en général les règles essentielles ont été scrupuleusement suivies. Ainsi, presque toujours on a laissé un libre cours au passage de l'air; la respiration s'exécutait librement; la circulation était normale, la période d'excitation modérée; en un mot, les phénomènes de l'éthérisation paraissaient s'accomplir naturellement, lorsque tout à coup la circulation s'est arrêtée et la vie s'est éteinte.

(*La fin à un prochain numéro.*)

PRESSE MÉDICALE.

Gazzetta medica toscana. — 1er Trimestre de 1853.

Examen nécroscopique d'un homme tué par la foudre; par M. le professeur Salv. Gabrielli.

La science est si peu riche en examens nécroscopiques de personnes frappées par la foudre, et ceux que l'on possède sont tellement incomplets, tant de préjugés enfin sont répandus parmi les médecins relativement à la véritable cause de la mort dans les cas de ce genre, que nous pensons que l'on accueillera avec intérêt l'observation suivante, que nous empruntons à un journal italien.

Pendant toute la première moitié du mois d'octobre dernier, une pluie continuelle et des orages incessans régnèrent à Sienne et dans ses environs. On ne parlait que de récoltes détruites, d'hommes et d'animaux frappés par la foudre. Le mur d'enceinte de cette ville, aujourd'hui abandonné et en partie détruit, a conservé quelques petites tours, converties la plupart en celliers pour la vendange. C'était dans un de ces celliers que se trouvait, le 12 octobre, pour fouler la vendange, un jeune homme de 23 ans, au moment où un violent coup de tonnerre remplit d'effroi tous les habitans du voisinage. Ne le voyant pas paraître à l'heure du repas, le propriétaire du jardin dans lequel il travaillait se dirigea vers la tour et l'aperçut au fond d'une cuve de bois, la tête et le tronc droits et appuyés contre les parois de la cuve. On crut d'abord qu'il avait été asphyxié par les exhalaisons du raisin, mais les traces de brûlure qu'il portait à la face et au cou, les cheveux brûlés, la raideur des articulations, la présence d'une écume blanchâtre aux narines et la conservation d'un peu de chaleur à la région lombaire le firent transporter à l'hôpital, où on songea immédiatement à la fulguration. M. Gabrielli se rendit sur les lieux, mais il ne put constater aucune trace de dégât causé par la foudre; en revanche, il put s'assurer que la vendange était dans une fermentation très faible, et, par conséquent, que la mort ne pouvait avoir eu lieu par asphyxie. Une autopsie fut donc jugée nécessaire; elle fut pratiquée quarante-huit heures après la mort et elle donna les résultats suivans :

Raideur cadavérique très marquée; pas de trace de putréfaction; pas d'altération des traits. Brûlure des cheveux, des sourcils, des cils et de la barbe. Traces de brûlure superficielle ou intéressant toute la peau, surtout le front, le côté droit de la face et l'oreille correspondante, la nuque et la partie latérale droite du cou. Thorax et ventre sillonnés par une large brûlure, qui représentait la diagonale du rectangle que le tronc présente en avant. Brûlure également à la région lombaire gauche, jusqu'à la colonne vertébrale, à la fesse et à la partie postérieure du membre inférieur gauche, jusqu'à la malléole. Les brûlures étaient au 2e, 3e et 4e degrés de Dupuytren : graves à la face et à la nuque, très graves au cou, très légères au contraire à la partie antérieure du tronc; très graves encore aux lombes, où la peau ressemblait à du cuir, et de là diminuant par degré d'intensité jusqu'au pied. La forme des brûlures avait quelque chose de spécial : elles étaient dispersées par places, tantôt larges, tantôt petites, comme si le corps comburant eût agi en tremblant ou en sautillant, et dans quelques points on apercevait des taches, comme celles que produit la poudre. Sur une brûlure de la colonne vertébrale, existait une couche de substance blanche, qui se détachait facilement par le frottement, et que le microscope montra n'être autre que des cryptogames. Conjonctive de l'œil droit extrêmement colorée en rouge-brun, par suite de l'injection fine des capillaires; même altération, mais moins prononcée et moins étendue sur l'œil gauche. Globes oculaires brillans, sans être turgescens; cristallin transparent (particularité importante, puisque les recherches de M. Leroy-d'Étiolles tendent à établir que les décharges électriques en peuvent produire l'opacité).

L'incision du cuir chevelu donna issue à beaucoup de sang. Les os et les sutures du crâne étaient parfaitement intacts, les sinus de la dure-mère gorgés de sang très noir et liquide. Rien de notable dans le cerveau, si ce n'est la stase du sang dans les veines. Même aspect vers la moelle et ses membranes; les réseaux vasculaires étaient distendus comme pendant la vie. La bouche et la gorge contenaient du mucus sanglant, que l'on retrouvait aussi le long des tuyaux aériens, jusque dans les plus petites bronches. La muqueuse bronchique était elle-même d'un rouge foncé, sans être ramollie. Tous les organes qui entrent dans la composition du cou, la glande thyroïde, le tissu cellulaire, les aponévroses du cou étaient injectés.

Les poumons étaient soudés aux côtes par des adhérences anciennes. La plèvre gauche offrait plusieurs taches noirâtres que l'on vérifia être des ecchymoses, s'étendant jusqu'aux muscles sous-jacens; à droite, mêmes taches, mais en plus petit nombre. Poumon gauche tout entier noir, peu crépitant, friable comme un caillot sanguin d'un homme pléthorique; le doigt ou tout autre objet y pénétrait avec facilité, comme ils auraient penétré dans un caillot sanguin. A en voir un fragment, on eût eu peine à reconnaître que c'était du tissu pulmonaire. En incisant la plèvre, il s'en écoula en abondance du sang noir et liquide, qui était évidemment extravasé dans le parenchyme, et celui-ci était déchiré et réduit en bouillie; il nageait dans l'eau, mais en faisant peu saillie au-dessus. Poumon droit dans le même état que le gauche, dans ses deux tiers postérieurs; en avant, il était à peu près dans son état normal.

Un peu de sérosité sanguinolente dans le péricarde. Cœur flasque et ne contenant ni sang, ni caillots. Endocarde coloré en rouge, spécialement dans les sinus. Artère pulmonaire colorée en rouge à son intérieur, surtout au voisinage des valvules sigmoïdes. Même état de l'aorte; seulement la rougeur ne commençait qu'à quelques pouces de son origine. Système artériel, sans altération, mais vide. Veines à l'état normal, moins les veines pulmonaires, colorées en rouge vineux. Sang noir partout et liquide. Il fut impossible, en ouvrant un grand nombre de vaisseaux, de trouver un caillot sanguin.

Face antérieure et extrémité gauche de l'estomac sillonnées de taches rouges, qui contrastaient avec l'état de décoloration de ce viscère. Injection et coloration rougeâtre de l'intestin grêle; le gros intestin avait sa coloration blanchâtre. Les autres viscères sains, sauf les reins, qui, de couleur plombée en dehors, étaient fortement colorés en rouge foncé en dedans, et avec une telle uniformité, qu'ils paraissaient constitués par une substance homogène.

Les nerfs paraissaient sains, mais ceux situés au voisinage des brûlures, et les plus superficiels du membre inférieur gauche, présentaient une coloration rouge du névrilème.

Le sang, exposé à l'air libre, se maintint noir et liquide sans que le sérum s'en séparât. La putréfaction en fut très lente. Le microscope ne fit découvrir aucun changement dans les globules, non plus que dans la substance cérébrale et médullaire, dans les nerfs pneumo-gastrique, grand sympathique du cou, poplité interne, non plus que dans les reins et dans le poumon.

Ces résultats nécroscopiques, ajoute M. Gabrielli, sont dignes de quelques considérations. La cause de la mort ne fut pas, dans le cas précédent, la suite d'une asphyxie par l'acide carbonique, mais elle doit être attribuée à une lésion très grave des poumons frappés d'apoplexie, et aussi à la présence du mucus sanguinolent et écumeux dans les tuyaux bronchiques. A quoi rapporter ces diverses lésions? Évidemment à la fulguration. L'étendue de ces altérations, leur instantanéité et leur profondeur ne pouvaient laisser de doute sur ce point qu'elles étaient dues à un courant électrique, qui, traversant les poumons, avait déchiré les capillaires, les cellules aériennes, et converti l'organe en un caillot sanguin. Chez les personnes frappées et tuées par la foudre, on ne trouve quelquefois aucune lésion apparente; mais, dans ces cas, il est présumable que les individus succombent à une commotion de la moelle et du cerveau; et il est probable que si l'on examinait avec soin les centres nerveux dans ce cas, surtout au microscope, on trouverait des altérations analogues à celles trouvées dans le poumon, moins appréciables, toutefois, à cause de la nature du tissu nerveux.

Les ecchymoses des parois thoraciques, à droite et à gauche, indiquaient-elles le point d'entrée et le point de sortie du courant électrique? Cela est possible, de sorte que la foudre avait probablement parcouru le trajet suivant : d'abord sur le cuir chevelu, la nuque et le cou à droite, elle avait pénétré dans le thorax, traversé celui-ci de droite à gauche, en frappant le cœur et les poumons, déchirant le tissu de ces derniers, de là avait traversé l'estomac, et était sortie par sa grosse extrémité; elle avait regagné la surface du corps, et avait parcouru la région lombaire gauche et la face postérieure du membre inférieur correspondant.

Deux faits remarquables à signaler, c'est d'abord l'incoagulabilité du sang et ensuite la lenteur avec laquelle est survenue la putréfaction. Ces faits viennent à l'appui de ce que l'on savait déjà, et depuis longtemps. Plutarque avait fait la même remarque, relativement à la putréfaction. Mais quant au signe donné par Puccinotti, les taches sanguines oculaires, il faisait complètement défaut.

COURRIER.

Assistance publique de Paris. — Samedi dernier, 25 juin, la distribution des prix aux élèves sages-femmes de l'École d'accouchement de Paris a eu lieu dans l'une des salles de cet établissement.

M. Davenne, directeur de l'administration générale de l'assistance publique, présidait cette solennité. M. le baron P. Dubois y représentait le conseil de surveillance.

M. Davenne a ouvert la séance par une allocution dans laquelle, après avoir retracé aux élèves qui ont achevé leurs études, les devoirs tout particuliers que leur impose envers la société la profession qu'elles vont exercer, il leur a donné quelques conseils sur la conduite qu'elles doivent tenir pour se montrer constamment dignes de l'école d'où elles sortent. Il leur a surtout recommandé de s'inspirer des enseignemens et des exemples qu'elles y ont reçus, et dont le souvenir serait pour elles le guide le plus infaillible dans la carrière tout à la fois difficile et honorable qu'elles sont appelées à parcourir.

Après une allocution de M. le Directeur de l'assistance publique, Mlle Chassaing, élève aux frais du département de la Seine, a, tant en son nom qu'au nom de ses compagnes, remercié M. le président des conseils qu'il venait de leur donner, et prié les savans professeurs, la digne sage-femme en chef et le respectable aumônier qui les ont dirigées, de recevoir l'expression de leur profonde gratitude pour les précieux enseignemens qu'ils leur ont donnés.

M. le président a fait ensuite la distribution des récompenses aux élèves dont les noms ont été proclamés par le directeur de l'établissement.

Le premier prix d'accouchement, consistant en une médaille d'or, a été décerné à Mlle Chassaing (Marie), élève aux frais du département de la Seine, qui a obtenu, en outre, cinq autres prix.

Les élèves qui ont été le plus souvent nommées, après Mlle Chassaing, sont :

MMlles Gauthey, élève aux frais du département de la Seine.
Fournier, élève aux frais du département de la Dordogne.
Daliet, élève aux frais du département de Lot-et-Garonne.
Burtard, élève aux frais du département de la Moselle.
Lainé, élève aux frais du département de l'Eure.
Badel, élève aux frais du département de l'Ardèche.
Lesieur, élève à ses frais.
Henry, élève aux frais du département de la Nièvre.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 20 juin, M. Thomas, docteur en médecine, est nommé professeur-adjoint de pathologie interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims (fonctions vacantes).

— Par arrêté, en date du 21 juin, M. Bernard, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est délégué dans les fonctions de professeur-suppléant à ladite École.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Des bains de mer d'Arcachon. De l'influence des bords de ce bassin sur les tubercules pulmonaires et les maladies du cœur, et de l'habitation de cette plage pendant l'hiver, par les personnes atteintes de maladies chroniques; par Emile-L. Pereyra, médecin honoraire de l'hôpital St-André de Bordeaux. — Brochure in-8 de 40 pages, avec une carte, 1853. — Prix : 1 fr. 50 c.

A Paris, chez Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'École-de-Médecine.

L'histoire de l'ancienne Sainte-Barbe et du collége Rollin, par M. Lefeuve, vient de paraître. Elle commence en 1430, et nous trouvons parmi les élèves du commencement Postel et Fernel, deux savans, non loin de saint Ignace, de Molé, de Dubellay et de Santeul. De même, dans les temps modernes, les docteurs Henri Roger, Adde-Margras, Denonvilliers ont eu pour condisciples, à Sainte-Barbe-Rollin, MM. Nisard, Montalembert, Fleury, Natalis de Vailly, Wallon, etc. M. Lefeuve a parfaitement relié l'ancienne Sainte-Barbe à la maison actuelle.

Madame veuve Bouchard-Huzard est l'éditeur du livre dont nous constatons le succès.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltestebet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 77. SEPTIÈME ANNÉE. Jeudi 30 Juin 1853.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire le 30 Juin, sont priés de le renouveler s'ils ne veulent éprouver d'interruption dans l'envoi du Journal.

Cet avis ne concerne que nos Souscripteurs pour trois mois, dans les départemens, et nos Souscripteurs de toute durée à l'étranger, sur lesquels l'administration ne peut pas faire traite.

Nos souscripteurs de six mois et d'un an dans les départemens, sont prévenus que nos traites leur seront présentées dans le courant du mois de juillet.

Les quittances seront présentées au domicile de nos Souscripteurs de Paris.

PARIS, LE 29 JUIN 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'attendait à une discussion sur la valeur thérapeutique de l'huile de foie de morue, nous ne savons pourquoi cette discussion a été ajournée. Nous avons eu une très placide séance, dont la commission des remèdes secrets a fait une grande partie des frais. Cette commission a eu les honneurs de l'exorde et de la péroraison. Comme entre-deux, M. Bousquet a lu une partie du rapport annuel sur les vaccinations de 1851, et M. Larrey un rapport sur un mémoire de M. Hutin, relatif à l'appréciation de la valeur comparative des diverses méthodes de traitement de l'hydrocèle vaginale.

M. Bousquet s'est fait à l'Académie une place à part par ses travaux remarquables sur la vaccine, et par le zèle avec lequel il remplit ses fonctions de vaccinateur de l'Académie. Aussi, rien d'étonnant qu'il soit pour ainsi dire le rapporteur naturel et perpétuel de la commission permanente de vaccine. M. Bousquet s'acquitte de ce rôle à la satisfaction de tous. Chaque année, il intercale dans le rapport obligé sur les vaccinations de la France, l'examen d'une question afférente à ce grave sujet. Ainsi, c'est dans et par les rapports de cet honorable académicien que s'est fixée la doctrine de l'Académie, sur la durée préservative du vaccin, sur l'utilité des revaccinations, sur le prétendu déplacement de la mortalité dont la vaccine serait la cause par la substitution de la fièvre typhoïde à la variole. M. Bousquet a successivement traité ces importantes questions dans ses rapports annuels, dont l'ensemble formera, nous n'en doutons pas, un traité très complet sur la matière. Cette année, si nous avons bien compris, distrait que nous étions par le bruit des conversations qui se faisait autour de nous, M. Bousquet aurait recherché ce que devient le virus varioleux et plus particulièrement le virus-vaccin dans la période d'incubation. Nos lecteurs trouveront un extrait de ce travail dans le compte-rendu de la séance.

Il en est de même du rapport de M. Larrey, sur les traitemens divers de l'hydrocèle. C'est là un sujet trop éminemment pratique, pour que nos lecteurs ne désirent pas connaître sur ce point le sentiment de l'Académie si bien formulé par M. Larrey.

Le succès honorable et aujourd'hui enfin incontesté qui encourage, soutient et récompense nos efforts, nous fait un devoir de redoubler de soins et de zèle pour rendre notre publication de plus en plus digne des suffrages de nos confrères.

Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE.

RECHERCHES SUR LES MORTS SUBITES DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL;

Par le dr Alfred H. MAC CLINTOCK, ancien médecin-adjoint des hôpitaux de Dublin.

(Suite. — Voir le numéro du 23 Juin.)

Vers l'année 1808, Legallois, dans le cours de quelques expériences sur les animaux, observa dans trois cas différens la pénétration de l'air dans la veine cave par les veines utérines, et la mort subite à la suite de cette pénétration. Son fils, écrivant vingt et un ans après, et citant les expériences de son père, se demandait si, dans beaucoup de cas de mort subite après la délivrance, cet accident ne pouvait pas s'expliquer par l'entrée de l'air dans le système circulatoire à travers les vaisseaux utérins. Ce qui n'était qu'une supposition est presque devenu aujourd'hui une certitude, et les progrès que M. Cormack a fait faire sur ce point à la science obstétricale permettent, je crois, d'ajouter cette nouvelle cause de mort à celles déjà connues, qui peuvent tuer la femme dans l'état puerpéral.

Sans entrer à fond dans la question de l'introduction de l'air dans le système veineux, je me bornerai à rappeler les deux propositions principales de M. Cormack, à savoir : la possibilité de la pénétration de l'air par les sinus utérins, et la difficulté, l'impossibilité même d'expliquer la mort dans certains cas, sinon par la présence des bulles d'air que l'on trouve dans le cœur et dans la veine cave. Le mécanisme de cette pénétration de l'air mérite de nous arrêter quelques instans. On sait que les veines utérines offrent, pendant la gestation, quatre caractères principaux, savoir : une amplitude extraordinaire, absence d'inosculation et de valvules et terminaison à la surface interne de l'utérus, au niveau de l'insertion du placenta, par des orifices largement béans. Si l'utérus est examiné très peu de temps après la délivrance à terme, ces ouvertures sont assez larges pour admettre une plume à écrire, et quelques-unes pourraient même laisser pénétrer le petit doigt sans déchirure. Pendant la contraction de l'utérus, toutes ces ouvertures sont hermétiquement closes; mais s'il vient à se relâcher, elles s'entr'ouvrent plus ou moins. Il suit de là que la même condition de l'organe, qui produit l'hémorrhagie, est celle qui est indispensable pour la pénétration de l'air; de sorte que celle-ci, lorsqu'elle se produit, est presque nécessairement précédée ou accompagnée d'hémorrhagie. Ce fait a quelque valeur en ce qui touche l'histoire et la marche des accidens dans lesquels on a supposé que l'air avait pénétré dans la circulation par les veines utérines. Ne sait-on pas, en effet, que dans les expériences faites sur les animaux, la mort est toujours notablement plus rapide chez les animaux dont le système circulatoire a été désempli d'une portion de son sang?

Reste seulement une question à vider : l'air pénètre-t-il dans la cavité utérine? Car, sans cela, il serait évidemment impossible qu'il pénétrât dans les vaisseaux utérins. A cette question, je réponds par l'affirmative. M. Meigs assure qu'il a observé un grand nombre de fois l'expulsion de l'air hors de la cavité utérine, immédiatement après la délivrance. M. Cormack a fait la même remarque, et je l'ai vu moi-même trois ou quatre fois. Par toutes ces raisons, je crois pouvoir dire avec M. Cormack, non seulement que je n'éprouve aucune difficulté à croire, mais encore que je suis obligé d'admettre que, dans les cas où quelque obstacle s'oppose à la sortie de l'air par l'orifice utérin, cet air peut être chassé dans les sinus utérins, si leurs orifices ne sont pas bouchés par des caillots, et que de là il doit pénétrer rapidement, par l'intermédiaire de la circulation, dans la veine cave et dans l'oreillette droite.

L'intensité des symptômes, qui se produisent dans les cas

Feuilleton.

ÉTUDE HISTORIQUE SUR LES PRINCIPAUX ÉTABLISSEMENS THERMAUX DES PYRÉNÉES (1),

Par le docteur E. LAMBRON, Médecin des épidémies pour l'arrondissement de Châteauroux.

§ V. DÉPARTEMENT DES PYRÉNÉES-ORIENTALES.

Il nous reste à parler des eaux minéro-thermales des Pyrénées-Orientales. Dans ce département les sources chaudes, sulfureuses, sourdent presque à chaque pas. Peu connues encore des médecins de Paris, elles sont en grande faveur auprès de l'École de Montpellier, des départemens du midi de la France et des provinces du nord de l'Espagne. Les imposantes montagnes du sein desquelles elles sortent, le délicieux climat sous lequel elles coulent, la riche végétation qui les ombrage, l'abondance de leurs eaux, l'immense variété de leur thermalité et de leur sulfuration, etc...., auraient dû leur acquérir une réputation non moins grande et non moins méritée que celle des sources de la portion occidentale de la chaîne. Mais la vogue a depuis longtemps presque exclusivement établi son courant vers cette dernière partie des Pyrénées. Les touristes, les savans, bornent presque toujours leurs excursions et leurs études aux trois premiers départemens, de cette frontière ; deux fils de Louis-Philippe, le duc de Nemours en 1839 et le duc de Montpensier en 1843, n'ont pas eux-mêmes échappé à cet entraînement général. Cette préférence est d'autant plus injuste, selon nous, que le département des Pyrénées-Orientales, sous son climat et son ciel d'Espagne, résume dans sa petite étendue les merveilles de la chaîne.

Le peu d'extension, à laquelle fut longtems bornée la réputation de ces bains, doit-être attribuée à leur éloignement de la capitale, à la lenteur apportée dans la confection des routes dans ce département, au petit nombre de publications faites sur ces thermes et peut-être aussi à cette circonstance que les sources, appartenant exclusivement à des particuliers, les communes ou l'état ne pouvaient appliquer les ressources puissantes dont ils disposent à l'érection d'établissemens qui ne leur offraient aucun intérêt direct. « On a peu fait, dit Anglada, pour les faire valoir et leur crédit ne s'est pas même élevé au niveau de leurs services; ils ont été plus utiles que vantés. » Les seuls monumens élevés par la science et qui depuis une vingtaine d'années ont réellement commencé la restauration moderne de ces sources sont : le célèbre et consciencieux ouvrage d'Anglada, professeur à la Faculté de Montpellier, travail trop scientifique, peut-être, pour avoir été bien recherché et bien lu de la gente baigneuse, et les savans mémoires de M. Bouis, pharmacien éminemment distingué de Perpignan, et qui a eu l'honneur de seconder Anglada dans ses excursions hydrologiques.

Mais poursuivons nos études en suivant la chaîne jusqu'à la Méditerranée.

1° Les Escaldes (Agnas Caldas).

Si la ligne frontière entre la France et l'Espagne, reconnue par Louis XIV, en 1662, par le fameux traité signé dans l'Ile-des-Faisans, suivait régulièrement la ligne de faîte des Pyrénées, ces thermes appartiendraient à l'Espagne, car ils sont situés sur le versant méridional de cette chaîne, dans l'imposant bassin connu sous le nom de *Cerdagne*.

Les ruines d'une piscine romaine trouvées sur le griffon de ces sources prouvent leur antiquité. Ces vieilles constructions étaient encore dans un état de conservation assez remarquable en 1650 pour que Marca ait pu leur donner l'épithète de somptueuses. Mais en 1687, ces bains ne consistaient plus qu'en un *lavacrum*, à côté duquel se voyaient encore quelques traces du *sudatorium*. Cette grande piscine, ouverte de toute part, et la source principale qui l'alimentait, appartenaient à l'État; c'est par cette raison que ces eaux furent visitées et éprouvées par les deux savans chimistes Bayen et Venel en 1754. Quelques misérables habitations élevées autour des sources et formant le village des Escaldes, servaient à loger les baigneuses. Leur situation, pour ainsi dire en dehors de la France, tant l'accès à travers les montagnes en est difficile et même impossible pendant plusieurs mois de l'année pour les habitans de ce pays, engagea l'État à aliéner tout ce qui lui appartenait. Alors, en 1772, le roi donna en fief ces sources et toutes leurs dépendances à Joseph Carrère; mais ce médecin, quoiqu'il eût été nommé l'année suivante inspecteur-général des eaux du Roussillon, les abandonna pour aller se fixer à Paris. Elles restèrent dans leur fâcheux état jusqu'à ce que M. Colomer, devenu propriétaire, fit bâtir, en 1821, un établissement sur les ruines de la piscine. Le succès qui vint couronner son entreprise porta M. Merlat à construire également sur les sources qu'il possédait. Ces deux établissemens furent longtemps rivaux, mais ils ont été réunis, ainsi que les cabanes élevées sur la source dite Tartère Margail, en une seule propriété, par M. Giralde d'Err. Ce riche Espagnol, comprenant bien les besoins de l'époque, ne craignit pas de faire de grands sacrifices pour donner aux sources un meilleur aménagement et une distribution mieux entendue. Une nombreuse clientèle répondit à ses efforts, au point que, pour loger tous les baigneurs, il fit élever, en 1830, une construction nouvelle et très confortable, puis tracer des promenades et des jardins charmans. De son côté, M. Merlat, dépossédé aux Escaldes, porta son industrie à un kilomètre de ce village, sur les sources de Dorres, qu'il couvrit d'un établissement un peu trop modeste.

Les bains des Escaldes sont donc en grand progrès; mais ils sont presqu'exclusivement fréquentés par les Espagnols, principalement par les habitans de la Catalogne et surtout de Barcelone, auprès desquels le docteur Pyguillem les a mis en grande réputation. Les malades français s'y rendent en très petit nombre, ayant beaucoup d'autres sources plus rapprochées et plus facilement abordables; car, quoique le *Guide-Richard* dise qu'on y arrive par la belle route de poste de Foix à Puycerda, celle-ci est à peine commencée : il faudra plus de vingt ans pour lui faire traverser le col de Puymorens et descendre dans la vallée de Carol. Du côté de la France on ne peut encore y parvenir qu'à cheval par le col de Puymorens ou ceux d'Arcs, des Angles et de la Perche, en

(1) Voir les numéros des 9, 16 et 23 Juin 1853.

de pénétration de l'air dans les veines utérines, paraît dépendre, comme en beaucoup d'autres cas, de la quantité de l'air et des conditions particulières dans lesquelles se trouvent les malades. La mort peut survenir en quelques instans, par suite de la distension rapide de l'oreillette droite par l'air et de son inaptitude à se contracter. Ce premier danger passé, la mort peut survenir un peu plus tard, par asphyxie et par suite de l'augmentation graduelle de l'obstruction pulmonaire.

M. Cormack a rapporté, à l'appui de ses opinions, sept cas empruntés à diverses sources, dans lesquels la mort semble avoir été plus ou moins directement occasionnée par le passage de l'air dans le système circulatoire, à travers les veines utérines. Ces cas me paraissent former un corps, un ensemble bien difficile à réfuter. Dans six de ces cas, la présence de l'air dans les veines fut démontrée à l'autopsie, en même temps qu'on ne découvrit aucune autre lésion, susceptible de rendre compte de la mort. Dans tous, sauf dans un seul dans lequel le placenta, retenu dans l'intestin, se putréfia, la mort eut lieu très peu d'heures après l'accouchement. Quant aux symptômes qui se montrèrent dans ces cas, ils furent très variés, et ceux qu'on observa le plus fréquemment n'étaient rien moins que pathognomoniques. Une grande anxiété, de la gêne de la respiration, un sentiment de suffocation imminente, de la fréquence et de la faiblesse du pouls, tels étaient les traits prédominans dans les cas dans lesquels on a eu le temps d'observer les symptômes de la maladie.

Depuis la publication des faits de M. Cormack, M. Berry a consigné dans le *Provincial journal* (voyez aussi UNION MÉD., 1852), un fait du même genre, dans lequel la mort eut lieu sept heures après la délivrance. L'utérus était vide et les sinus utérins étaient encore perméables. Le cœur était fortement distendu par de l'air et ne contenait pas de sang dans ses cavités. Les poumons étaient congestionnés et parsemés de tubercules dans leurs lobes supérieurs. La vessie contenait de l'urine qui fut trouvée fortement albumineuse. M. Berry dit que le cadavre ne présentait aucun signe de décomposition. Néanmoins, comme l'autopsie fut faite cinquante heures après la mort et au mois de juin, on peut bien se demander si la présence de l'air dans le cœur n'était pas un phénomène cadavérique, et en tout cas, le fait perd par cela même une partie de sa valeur. Peut-être aussi est-ce à la pénétration de l'air dans les veines utérines qu'il faut rapporter l'un des faits de Ramsbotham, dans lequel la mort eut lieu cinq ou six heures après la délivrance, chez une femme qui avait accouché d'un enfant mort et qui avait rendu par le vagin des gaz fétides, en même temps qu'un liquide vert olive. A l'autopsie, on trouva le tube digestif distendu par des gaz, l'utérus distendu également, flasque, contenant des gaz fétides et seulement un petit caillot.

Les considérations qui précèdent me paraissent suffisantes pour établir que si la possibilité de la mort par suite de l'admission de l'air dans les veines utérines ne repose pas sur des preuves d'une évidence absolue, la question mérite cependant d'être prise en grande considération, et qu'un examen détaillé devra être pratiqué dans tous les cas obscurs de mort subite dans l'état puerpéral, en ayant soin de le faire porter surtout sur le cœur et la veine cave. La présence de l'air peut être reconnue pour cette dernière à travers la transparence des membranes, tandis que le cœur doit être ouvert sous l'eau, afin de ne rien perdre des bulles d'air qui peuvent y être contenues.

On voit que dans ce travail j'ai eu principalement en vue deux des principales causes de la mort subite dans l'état puerpéral, la syncope et la pénétration de l'air dans les veines utérines. Je rattache en effet à la syncope l'asphyxie idiopathique de M. Chevallier, puisque dans plusieurs cas de syncope on a trouvé les altérations décrites par ce médecin.

Dans un prochain mémoire, je passerai en revue les autres causes, et je présenterai un résumé de nos connaissances sur ce point important de la pratique obstétricale (1).

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 Juin 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

La correspondance comprend les rapports suivans sur les épidémies :

1° De M. le docteur FAIVRE, d'Enans, sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Nancray (Doubs) ; sur une épidémie de fièvre muqueuse typhoïde dans la commune de Lomont (*ibid*) ; et sur une endémie de teigne dans les communes de Champlive et de Dammartin (*ibid*).

2° De M. le docteur SANTON, sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Battenans (*ibid*) ; et sur une épidémie de choléra dans la commune de Bief (*ibid*).

3° De M. le docteur PONE, sur une épidémie de petite-vérole dans la commune de Villiers-sous-Chalmont (*ibid*) ; sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Chaux-de-Gilly (*ibid*) ; et sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune d'Ouhans (*ibid*).

4° De M. le docteur ESTRE, sur une épidémie d'angine tonsillaire dans la commune d'Adincourt (Moselle).

5° De M. le docteur BILLOT, sur une épidémie de fièvre muqueuse dans la commune de Chatelneuf (Jura).

M. SAEGERT, de Berlin, inspecteur général des institutions des sourds-muets en Prusse, transmet, par l'entremise de M. Bouvier, une réclamation relative à une assertion calomnieuse dont il aurait été l'objet dans la discussion qui vient d'avoir lieu sur la surdi-mutité.

M. ADDE MARGRAS, de Nancy, adresse un manuscrit intitulé : *Manuel des vaccinateurs des villes et des campagnes.* (Comm. de vaccine.)

M. BERNG, de Copenhague, transmet une lettre qui contient une sorte de programme d'un travail sur la généalogie pathologique. (Comm. MM. Bérard et Bousquet.)

M. ROBINET lit, au nom de la commission des remèdes secrets, une série de rapports, dont les conclusions sont uniformément défavorables sur des demandes d'application des décrets de 1810 et de 1850. (Adoptés.)

M. BOUSQUET lit la deuxième partie de son rapport officiel sur les vaccinations pour l'année 1851.

Que fait, que devient le virus varioleux et plus particulièrement le virus-vaccin dans la période d'incubation? Telle est la question que M. Bousquet s'est proposé d'examiner dans cette seconde partie de son rapport. En entrant dans les chairs, le vaccin, loin de s'endormir, commence à fermenter et travaille activement à se faire jour au dehors.

Ce premier point établi, vient une seconde question. Le virus-vaccin reste-t-il tranquillement là où la lancette l'a déposé, où serait-il pris incontinent par les bouches absorbantes et répandu dans tout l'organisme ?

Que le vaccin se répande et s'infiltre dans toute l'économie, il le faut bien, répond M. Bousquet, puisqu'il la modifie et la renouvelle au point de la libérer de la petite-vérole, et, chose bien digne de remarque, cette grande et profonde révolution, la nature la subit tranquillement, patiemment, sans laisser paraître presque aucune émotion.

Mais on va plus loin et on demande quand et comment se fait cette heureuse révolution : question intéressante, car elle contient toute une doctrine, et cette doctrine touche à la pratique. M. Bousquet rappelant les expériences de M. Renault sur les virus morveux et claveleux, et celle d'un médecin anglais, ainsi que les siennes propres sur la vaccine, conclut de ces diverses recherches que l'absorption de ces divers virus est instantanée et qu'elle est irrésistible, quoiqu'on fasse pour l'empêcher. Mais le changement qui se prépare commence-t-il aussitôt que le virus est déposé sous l'épiderme, ou ne s'accomplit-il qu'après la naissance des boutons? En d'autres termes, l'éruption précède-t-elle l'infection ou lui succède-t-elle? Ou bien encore la vaccine commence-t-elle par être locale avant de devenir générale ou l'inverse ?

Il est évident, d'abord, que ce n'est pas par ce qu'elle a de local que la vaccine peut préserver de la petite-vérole; c'est donc par ce qu'elle a de général, c'est-à-dire par le changement qu'elle apporte dans l'organisation tout entière. M. Bousquet établit la réalité de ce fait sur de nombreuses expériences d'inoculation qui démontrent la nécessité d'une incubation de 4 jours au plus, pour que le virus-vaccin annihile les effets de l'inoculation du virus varioleux.

Finalement, ajoute M. le rapporteur, virus-vaccin, virus varioleux, virus morveux et claveleux, sont absorbés presqu'aussitôt qu'ils touchent aux tissus vivans. Faut-il encore ajouter le virus syphylitique? L'analogie le voudrait, dit M. Bousquet, mais il faut s'arrêter quelques instans..... (Nous reproduisons à peu près textuellement cette dernière partie du rapport de M. Bousquet).

L'idée d'inoculer la syphilis pour s'en préserver est évidemment une idée d'emprunt.....

Et, d'abord, il n'est pas possible que ceux qui croient à l'absorption instantanée de la syphilis se conduisent, avec leurs malades, comme ceux qui la mettent au cinquième et sixième jour. Les premières, désespérant d'atteindre le virus, ne s'attachent qu'aux conséquences ; les autres s'appliquent à la détruire sur place avant toute absorption ; et les autorités se balancent en nombre et en poids.

Les derniers sont ceux qui s'éloignent le plus de la vaccine. Il est très sûr au moins qu'il ne sert de rien de cautériser le bouton naissant : la préservation n'en continue pas moins comme si on n'eût rien fait pour la prévenir.

Mais ici la démonstration était facile; elle l'est beaucoup moins en matière de syphilis. Comment suivre la suppression du chancre et ses conséquences? La syphilis n'étant pas, comme la variole, une nécessité de notre nature, tous les sujets ne s'y prêtent pas également ; et d'autre part les accidens étant beaucoup plus lents à paraître, les malades se dispersent et sont perdus de vue par le médecin.

Mais ils ne sont pas si sûrs de leurs principes, les partisans de l'inoculation syphilitique, qu'ils ne recommandent expressément d'éteindre le chancre le plus tôt possible, et en cela ils font prudemment. Le plus qu'ils accordent, c'est cinq ou six jours après la souillure.... Le précepte serait d'une exécution plus facile si, au lieu de compter de la souillure, on comptait de l'invasion du chancre; mais ce n'est pas ainsi qu'on l'entend; ce serait remettre l'infection au dixième ou onzième jour, et on vient de voir que la théorie l'a fixée au sixième..... Mais la syphilis restât-elle encore plus longtemps à l'état local, où sont vos raisons, ajoute M. Bousquet, pour soumettre aux mêmes méthodes thérapeutiques deux contagions entre lesquelles le plus léger examen découvre tant de différences ?

Premièrement, nous sommes tous tributaires de la petite-vérole; mais nous ne l'avons qu'une fois. Si elle était sujette à revenir, elle n'aurait pas de préservatif.

Soutenus par cette vérité et pour se soustraire aux inquiétudes de l'attente, on imagina de se donner une maladie qu'on ne pouvait éviter, et l'on espéra que si on choisissait bien son temps, elle pourrait venir

(1) L'importance et la gravité de la question traitée par M. le docteur Mac Clintock nous ont engagé à reproduire son travail. Nos lecteurs se rappellent, du reste, que plusieurs communications ont été faites, l'année dernière, sur le même sujet, à la Société de chirurgie et à la Société médicale d'émulation. Un de nos honorables correspondans, M. le dr Villeneuve, a bien voulu aussi nous adresser une intéressante observation de ce genre de mort. Le travail de M. Mac Clintock et le second mémoire du même auteur, que nous publierons prochainement, permettront à nos lecteurs de se faire une idée aussi complète que possible de ce que l'on sait de mieux sur ce point de la pratique obstétricale. (*Note du traducteur.*)

---

venant de Carcassonne; mais dans quelques années, la belle route impériale de Perpignan à Puycerda, déjà faite jusqu'à Mont-Louis, sera terminée et permettra d'y arriver en voiture.

Le nombre total des baigneurs qui s'y rendent depuis la mi-juin jusqu'au 15 septembre est d'environ 700. On pourrait donner avec la seule source principale jusqu'à 4,000 bains par jour, car cette source verse 800 mètres cubes d'eau en vingt-quatre heures et forme un véritable ruisseau qui, quelques mètres au-dessous de son griffon, met en mouvement un moulin à foulon. La vie est à si bon marché, et les occasions de dépenses si peu nombreuses, aux Escaldes, que l'argent versé dans le pays ne dépasse pas 100,000 francs.

2° Vernet-les-Bains.

Vernet-les-Bains partage avec Amélie-près-Arles l'honneur d'avoir établi pour la première fois en France des bains où l'on puisse suivre un traitement hydro-thermal toute l'année, et surtout pendant la saison d'hiver. Le beau climat du Roussillon fut sans doute la principale condition de cette heureuse création ; mais il fallait encore, par de nombreux et dispendieux travaux, disposer les eaux thermales de manière à les faire circuler dans des tuyaux autour de tous les appartemens, salles, salons, couloirs, escaliers, etc., et avoir ainsi constamment dans tout l'établissement, durant la saison rigoureuse, une atmosphère chaude et printannière. Cette disposision, si salutaire dans les affections des organes respiratoires et si précieuse pour les malades des pays méridionaux, valut à Vernet l'honneur d'attirer Ibrahim-Pacha à ses eaux. Le séjour qu'y fit ce prince égyptien, pendant l'hiver de 1846, en fixant l'attention publique générale sur ces bains, contribua puissamment à mettre en renom ce nouveau système, et à mieux faire connaître de la France les nombreuses autres sources thermales des Pyrénées-Orientales.

On n'est pas bien d'accord sur l'ancienneté de ces thermes. Quelques écrivains prétendent qu'ils étaient très suivis au temps des Romains, et attribuent à ces derniers la construction d'un vieux bâtimen voûté qui couvre encore les sources. D'autres font observer, avec raison, d'après la science archéologique, que l'arc ogival de la voûte de cette salle ne peut être antérieure au XIIe siècle. Il n'est pas, en effet, question de ces sources, et, à plus forte raison, d'un établissement thermal dans l'acte de donation, qu'en 1007, Guifred, comte de Cardagne, et Guisla sa femme, seigneurs de Vernet, firent de leurs droits seigneuriaux et biens au monastère de St-Martin du Canigou qu'ils venaient de fonder. Une tradition plus certaine enseigne que la première mention de ces *eaux* est de l'an 1186, qu'on parle pour la première fois des *bains* de Vernet en 1231, et que l'année 1309, l'abbé de St-Martin fit construire des nouveaux bains près des anciens. C'est donc à ces derniers qu'il faut rapporter la découverte de ces sources, et l'érection des premières constructions balnéaires. Le supérieur, en 1377, les afferma par bail amphithéotique, et de semblables baux se renouvelèrent jusqu'au commencement du XVIIIe siècle, où un incendie brûla le bâtiment d'habitation, en endommageant même la grande voûte de l'établissement thermal. A partir de ce sinistre, ces eaux perdirent beaucoup, et la piscine, pendant un siècle, n'attira plus que des malades indigens.

En 1787, l'abbé du monastère l'inféoda au docteur Barrera, célèbre médecin de l'Université de Perpignan, pour la somme de 400 livres de droit d'entrée et une rente constituée de 6 livres, avec la faculté de pouvoir prendre dans les appartenances de l'abbaye les bois et les pierres nécessaires pour la construction des bains ; mais aussi avec la charge de laisser à perpétuité aux habitans de Vernet et de Castell, fiefs du même monastère, la jouissance gratuite des bains. Les thermes ne consistaient alors que dans la vieille construction voûtée, renfermant une piscine de 10 mètres de long, sur 5 mètres de large et 1 mètre de profondeur, avec plusieurs rangs de marches dans tout le pourtour. Barrera fit combler la piscine et élever à sa place 8 cabinets, avec baignoires en marbre du pays. Il construisit à côté une maison d'habitation, deux bassins à douches, une étuve et un réservoir de réfrigération assez élevé pour obtenir une chute énergique. Ces restaurations et le mérite de cet habile médecin remirent bientôt les bains de Vernet en grande réputation.

A la mort de Barrera, M. Murat, devenu propriétaire de cet établissement, porta à 14 le nombre des cabinets de bains, et fit construire 21 chambres, dont 10 avec cheminées, et un vaste salon.

Mais c'est surtout depuis 1830 que les thermes de Vernet ont pris une extension considérable. Deux anciens commandans du fort de Villefranche, MM. Lacvivier et Couderc, les ayant achetés, consacrèrent des sommes très importantes à leur agrandissement et à leur embellissement. Ils restaurèrent les anciennes constructions, et leur firent ajouter, en 1839, un bâtiment neuf désigné sous le nom de Saint-François. Les cabinets du vieux bâtiment voûté furent transformés en cabinets d'étuves et de douches, puis des tuyaux furent établis dans tous les appartemens, jusque dans les dépendances les plus accessoires, pour les chauffer lorsque la température extérieure l'exige, en faisant parcourir ces conduits par les sources les plus chaudes et les plus abondantes. Des soupapes permettent même de laisser répandre dans l'intérieur de chaque chambre des vapeurs sulfureuses, de manière que les baigneurs, dont la maladie le réclame, peuvent absorber des principes hépatiques avec l'air qu'ils respirent. Ce nouveau mode, pour administrer les principes actifs des eaux minérales sulfureuses, est un précieux adjuvant du traitement balnéaire.

Trois ans avant, en 1836, ils avaient déjà fait élever sur la source de Saint-Sauveur une belle construction à trois étages, renfermant 60 lits.

Le rez-de-chaussée des deux terrasses, sur lesquelles s'ouvrent quelques appartemens du premier étage, est occupé par 12 cabinets de bains desservis par cette source. Ils couvrirent aussi la source Elisa d'un bâtiment plus modeste, mais non pas sans élégance. Enfin, ces messieurs firent construire une petite chapelle et élever, au milieu de la prairie, à quelques pas de l'établissement de St-Sauveur, un charmant pavillon, sous le nom de maison Manade ou de la préfecture, pour les personnes riches qui désirent vivre isolément ou en famille.

L'ensemble de toutes ces constructions est désigné sous le nom d'*Établissement des commandans*, pour le distinguer de celui que fit élever, vers la même époque, M. Mercadère, propriétaire de quelques sources situées sur la rive droite du torrent de Castell, et témoin de l'heureux développement que prenait la réputation des bains de Vernet. Cet établissement est moins important que le premier ; le bâtiment principal ne renferme que 10 cabinets et le petit pavillon du pré 8. Quoique s'adressant de préférence aux malades moins fortunés, il est cependant monté sur un pied très satisfaisant; mais la température de ses sources moins chaudes ne permet pas qu'elles puissent servir à chauffer l'intérieur des appartemens. Ces deux établissemens se font une rivalité qui n'est pas toujours de bon aloi; il serait donc très important qu'ils fussent réunis en une seule propriété.

Quoique les agrandissemens et les améliorations que nous venons de signaler ne soient pas sans importance, et qu'ils aient même grandement concouru à la renommée de ces eaux, il y aurait injustice à ne pas reconnaître que Vernet-les-Bains doit la plus grande partie de sa célébrité au puissant patronage du docteur Lallemand, illustre professeur de la Faculté de Montpellier, médecin d'Ibrahim, et depuis quelques années membre de l'Institut.

Le nombre des baigneurs, qui ne s'élevait pas à plus de 5 à 600, est, depuis 1846, plus que doublé. L'établissement des Commandans peut loger 150 personnes, et celui de M. Mercadère une soixantaine. Le volume des sources permettrait de donner, dans les deux établissemens, de 6 à 700 bains par jour. L'argent apporté par les malades de France et d'Espagne dépasse 200,000 francs.

(*La suite à un prochain numéro.*)

plus douce et plus bénigne. On sait la suite.

Mais la syphilis, loin que nous y soyons tous sujets, n'attaque que ceux qui le veulent bien; il est au moins très facile d'y échapper en ne s'exposant pas.

Secondement, il suffit d'un instant et d'un atome de virus pour inoculer la petite-vérole ou la vaccine, tandis que pour se prémunir contre la syphilis, on parle de 20, 50, 100 inoculations et plus encore.

Il paraîtrait, même, qu'il y a des organisations insatiables.....

Certes, voilà des différences capitales entre ces deux contagions, et il y en a d'autres. Il se font une idée bien fausse de l'inoculation et de la vaccine, ceux qui les considèrent comme des antidotes ou des neutralisans de la petite-vérole. N'oublions jamais qu'elles n'en sont que le préservatif; encore, nous ne savons pas trop si on peut appeler de ce nom deux moyens dont l'un est identique à la maladie qu'il remplace et dont l'autre en est équivalent.

Pour se donner les présomptions de l'analogie, les syphilisateurs ont commencé aussi par présenter l'inoculation syphilitique comme un préservatif; mais un cri d'indignation s'est élevé qui leur a fait comprendre ce qu'il y a d'imprudent, de périlleux, d'immoral à se donner volontairement et actuellement une maladie qui ne nous est pas imposée, sous le futile prétexte d'en libérer l'économie dans l'avenir. Et encore, pour faire cette concession, ont-ils faussé leurs principes, car comme dans le système on n'a la syphilis qu'une fois, si l'inoculation peut guérir elle peut aussi prévenir : c'est dans tous les cas quelque chose de bien étrange en thérapeutique de forcer l'économie à se saturer d'une maladie, dans l'espoir qu'il viendra un moment où elle y sera insensible.

On s'autorise de l'analogie et on va contre l'analogie : car faut-il le redire en finissant, la vaccine si puissante pour conjurer la variole à venir, ne peut rien contre la variole déclarée.

Nous n'avons pas voulu souffrir, dit en terminant M. Bousquet, qu'on s'emparât de nos méthodes et qu'on se couvrît du nom de Jenner pour accréditer une pratique qui n'a pour elle ni la raison, ni l'expérience.

Les conclusions du rapport de M. Bousquet seront lues et discutées dans une autre séance et en comité secret.

Résultats définitifs des traitemens employés pour la cure radicale de l'hydrocèle.

M. Larrey lit en son nom et ceux de MM. Velpeau et Bégin, un rapport sur un mémoire de M. le docteur F. Hutin, médecin en chef de l'Hôtel-des-Invalides, et qui est intitulé : Recherches sur les résultats définitifs des traitemens employés pour la cure radiale de l'hydrocèle vaginale. On se rappelle que, dans ce mémoire que M. Hutin a communiqué à l'Académie, il s'est proposé de rechercher plus particulièrement si l'adhérence de la tunique vaginale est indispensable à la guérison de l'hydrocèle, utilisant pour ce but sa position spéciale à l'Hôtel-des-Invalides.

M. Hutin a fait deux catégories des sujets anciennement opérés de l'hydrocèle, qui ont succombé à d'autres affections depuis qu'il est chargé de ce service, l'une qui comprend les sujets opérés par différens chirurgiens et par diverses méthodes; l'autre qui comprend les sujets opérés avant lui ou par lui-même par l'injection iodée.

Le résultat de cette statistique, c'est que chez les opérés de la première catégorie, ou par diverses méthodes et par différens chirurgiens, chez tous sans exception, il y avait oblitération complète de la tunique vaginale, tandis que chez les opérés déjà morts de la deuxième catégorie, ou avec l'injection iodée et spécialement par M. Hutin, les résultats ont été variables : ainsi, sur 16 sujets, l'autopsie a démontré 8 fois des adhérences complètes, ou oblitérant la cavité séreuse en entier (comme par les méthodes anciennes), tandis que 4 fois ces adhérences se trouvaient partielles seulement, et que les 4 autres fois il n'en existait pas de traces.

D'où l'auteur de ces recherches croit devoir conclure que dans ces derniers cas, les injections iodées n'avaient et n'auraient ultérieurement provoqué aucune oblitération, et que ces hydrocèles, ainsi parvenues à guérison, n'eussent pas été à l'abri d'une récidive. M. le professeur Velpeau avait eu occasion déjà de faire une remarque analogue à celle-là dans ses leçons de clinique.

De l'ensemble de ces faits, qui ne sont cependant pas très nombreux, M. Hutin croit devoir tirer les déductions suivantes :

« 1° Que Pott avait dit vrai, en avançant que la disparition de la tunique vaginale n'est pas indispensable à la cure de l'hydrocèle.

» 2° Que cette disparition semble être la conséquence la plus ordinaire des traitemens employés autrefois et même des injections vineuses.

» 3° Qu'elle arrive moins fréquemment à la suite de l'injection iodée, s'il devient constant par des recherches nouvelles, que ces choses se passent habituellement comme elles se sont passées chez les opérés des Invalides. »

L'auteur termine ce travail par une application directe de ses recherches au mémoire de M. Velpeau, rappelant que le savant professeur attribue aux injections iodées, comme aux autres injections, la propriété de déterminer une inflammation adhésive ou oblitérante, tandis que ce résultat n'est pas constamment tel, comme le démontrent les faits précités.

Ne doit-il pas, d'ailleurs, en être ainsi d'après l'irritabilité variable de la tunique séreuse, selon les individus, à tel point que le contact des liquides les plus irritans est facilement supporté par les uns, tandis que la moindre sensation du topique affaibli est parfois intolérable chez d'autres.

Prudent et réservé, du reste, dans son langage, M. Hutin, désirant que l'on ne se méprenne point sur sa pensée, ne prétend pas que les injections iodées guérissent l'hydrocèle sans oblitération ; il dit seulement que chez les 16 individus traités par cette méthode, et autopsiés par lui, 1/5° ne présentaient point d'adhérences ; et 1/4 n'en offraient que de partielles, tandis que les 28 invalides morts sur les 50 opérés par d'autres procédés avaient tous des adhérences complètes. M. Hutin constate seulement ce résultat et ne veut pas dire autre chose.

Ses recherches auraient été plus intéressantes encore, ajoute M. le rapporteur, si elles avaient pu apprécier la structure intime de ces adhérences et leur mode de formation, soit par un contact immédiat, soit par l'interposition de fausses membranes simulant diverses altérations ou transformations de la tunique vaginale.

Ainsi, d'après une remarque générale de Bichat, dans les inflammations séreuses, lorsque l'exhalation du fluide lubréfiant cesse, une fausse membrane tend à s'organiser souvent sur les surfaces phlogosées. C'est même sur cette règle formulée par l'illustre physiologiste, que l'on peut fonder l'avantage de certaines méthodes dans la cure de l'hydrocèle.

M. Hutin complète son travail par une réflexion judicieuse. Ainsi, présumant que des recherches ultérieures confirmeront les siennes sur les résultats des opérations d'hydrocèle, il se demande si on n'aurait pas d'autant plus raison de préférer les injections iodées aux autres méthodes. Il n'est même pas éloigné de croire que l'oblitération complète de la tunique vaginale peut avoir quelque fâcheuse influence sur l'intégrité des fonctions du testicule, surtout, ajoute-t-il, dans le cas où l'autre organe aurait été enlevé.

C'est une opinion que l'expérience n'a pas confirmée encore, et qui nous dicte une certaine réserve. On pourrait l'appuyer cependant sur l'avis de Sabatier, qui, dans la description du testicule, assigne à la tunique vaginale, ou périteste, l'usage de filtrer une humeur propre à lubréfier cet organe. Mais Imbert de Lormes, dans son Traité *ex-professo*, pourrait fournir un argument opposé à celui-là, lorsqu'il dit : le testicule ne doit point être environné d'un fluide qui, le pressant de toute part, doit en gêner les fonctions principales, et c'est vouloir détruire cet organe que de le laisser longtemps exposé à la macération.

Quoi qu'il en soit, dit M. le rapporteur, on pourrait, à notre sens, assigner d'autres avantages aux injections iodées; ainsi, elles semblent favoriser les adhésions de la tunique vaginale chez les sujets lymphatiques dont les bourses s'infiltrent aisément, et qui sont plus exposées que d'autres aux récidives de l'hydrocèle.

La même substance, en raison de sa propriété résolutive des engorgemens glanduleux, n'est-elle pas apte aussi à guérir l'orchite dont l'hydrocèle n'est souvent que la conséquence et alors même que l'épanchement est peu considérable.

On pourrait présumer enfin que dans le cas d'hydrocèle congéniale ou de communication libre de la poche vaginale avec la cavité du péritoine, l'injection iodée fût moins à craindre que tout autre liquide irritant, si on en jugeait du moins d'après les applications récentes de cette méthode aux épanchemens eux-mêmes de l'abdomen, sans se dissimuler pour cela qu'elle peut donner lieu à des accidens graves, et qu'elle ne doit pas constituer une méthode exclusive.

La commission propose, pour conclusion :

1° D'adresser une lettre de remercîmens à M. le docteur Hutin pour le nouveau mémoire qu'il a adressé à l'Académie ;

2° De déposer son mémoire dans les archives de l'Académie. (Adopté.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 8 Juin 1853. — Présidence de M. Guersant.

RAPPORT SUR UN CAS DE MORT PAR LE CHLOROFORME [1],

Communiqué à la Société de chirurgie par M. le docteur Vallet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

(Commissaires : MM. Larrey, Denonvilliers et Robert, rapporteur.)

Un de nos collègues, M. Chassaignac, dans une note récemment imprimée, a présenté quelques réflexions pleines d'intérêt sur les circonstances dans lesquelles il lui paraît permis de croire à l'entière innocuité du chloroforme.

Pour lui, c'est dans cette période qu'il appelle de tolérance anesthésique, période intermédiaire à l'excitation et au collapsus, caractérisée par le sommeil avec régularité parfaite des grandes fonctions, qu'on peut plonger sans crainte les malades pendant un temps plus ou moins long. Il trouve dans cet état tous les genres de sécurité qu'on peut désirer :

1° Contre les chances de douleur : insensibilité complète ;

2° Contre les troubles fonctionnels graves : régularité parfaite des grandes fonctions.

Il y voit encore cet avantage que, indépendamment de ce que le chirurgien, exempt de toute préoccupation du côté de l'anesthésie, peut se livrer à l'exécution du manuel opératoire sans aucune inquiétude, il trouve que sa responsabilité comme opérateur est couverte, cette responsabilité ne commençant pour lui que du moment où l'on a commencé à agir, le chirurgien restant dans les termes généraux de la responsabilité médicale tant qu'il n'a pas fait usage de l'instrument.

Nous ne pouvons qu'applaudir aux opinions de M. Chassaignac sur les avantages de la tolérance anesthésique. Mais nous ferons observer :

1° Que la plupart des cas de mort se sont précisément offerts avant que cette période pût être obtenue ;

2° Que, de l'aveu même de notre habile collègue, on ne peut souvent obtenir cette tolérance qu'après l'excitation et le collapsus, période qu'il redoute par-dessus tout et avec raison ;

3° Enfin, que certains sujets semblent complètement réfractaires à la tolérance anesthésique.

Nous ne pouvons non plus admettre la distinction un peu subtile qu'établit M. Chassaignac entre la responsabilité générale du médecin et celle de l'opérateur.

Quelques chirurgiens, établissant un parallèle entre les propriétés toxiques du chloroforme et celle de l'éther, ont pensé que ce dernier agent offrait à ce point de vue des avantages incontestables. En étudiant, en effet, les cas malheureux dans lesquels on a cru devoir imputer à l'éther une part plus ou moins grande dans la terminaison fatale, on est frappé de l'intervalle considérable qui sépare le moment de la mort de celui de son emploi ; ce n'est, généralement, que quelques heures au moins, et souvent plusieurs jours après l'usage des inhalations anesthésiques, que les malades ont succombé.

En présence de ce long sursis et des conditions fâcheuses dans lesquelles se trouvaient plusieurs opérés, on peut se demander si la mort ne doit pas, en définitive, être attribuée à des causes étrangères à l'action de l'éther, plutôt qu'à l'éther lui-même. C'est ce qu'ont pensé plusieurs praticiens, parmi lesquels nous citerons MM. Diday, Pétrequin, Bonnet (de Lyon), Cantu (de Turin), qui se sont déclarés les partisans exclusifs de l'éther, réagissant ainsi contre les tendances de M. Sympson et de la plupart des chirurgiens de Paris à bannir ce dernier de la pratique chirurgicale au bénéfice du chloroforme. Entre ces deux opinions opposées s'élève celle du savant auteur du *Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique*, M. Bouisson, qui, sans rejeter complètement le chloroforme, croit qu'on doit en restreindre beaucoup l'emploi, et cherche à établir les indications de l'un ou de l'autre de ces agens.

Quoi qu'il en soit de ces opinions diverses, s'il est vrai que le plus souvent l'éther ne tue pas instantanément, comme le chloroforme, il y a cependant des faits incontestables dans lesquels la mort est survenue pendant les inhalations elles-mêmes, et à leur début. L'un est rapporté par M. Bouisson (ouvrage cité, p. 394) : le malade mourut asphyxié. Nous devons le second à l'obligeance de M. Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Voici le résumé de cette observation :

Le 26 août 1852, entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, une femme âgée de 52 ans, affectée d'un ostéosarcome du maxillaire supérieur droit. L'état général de cette femme n'était pas très satisfaisant. Elle montrait bien plus que son âge; elle était faible, amaigrie ; le teint était pâle, même jaunâtre, comme dans la cachexie commençante. M. Barrier, sur sa première impression, hésita à l'opérer. D'après les vives instances de la malade, il s'y décida cependant, mais il désirait se dispenser de l'éthériser, en raison de l'état général, craignant que sa faiblesse ne rendît dangereuse l'inhalation des anesthésiques, et à cause de la nécessité de l'opérer assise. Il céda cependant à ses supplications; et l'opération fut pratiquée le 11 septembre 1852.

La malade fut promptement endormie par l'éther. Le procédé suivi fut celui de l'éponge placée dans une vessie. « Je puis, dit M. Barrier, » affirmer que nous étions sur nos gardes, et qu'un aide tenait l'artère » sous son doigt. L'anesthésie étant complète, je commençai l'opéra- » tion par l'incision des parties molles, ce qui obligea d'écarter l'éponge » de dessous le nez; par conséquent, l'air pouvait passer en assez » grande quantité par les narines. Je liai quelques vaisseaux sur les » bords de l'incision, et j'allais attaquer l'os avec le ciseau, ou plutôt » j'avais déjà porté le ciseau sur les limites de la tumeur, et coupé l'apo- » physe montante, quand je m'aperçus, et les assistans avec moi, que » la respiration s'arrêtait. Je suspendis l'opération, et je fis complète- » ment retirer l'éponge, qu'on avait jusqu'à ce moment approchée et » éloignée alternativement des narines, suivant les mouvemens de la » manœuvre opératoire. L'alarme fut grande, et partagée par tous les » assistans. La respiration avait cessé, et le pouls ne se sentait pas au » poignet, ni à la région précordiale, ou n'y était perçu que d'une ma- » nière très douteuse. Aussitôt la malade et son fauteuil furent ren- » versés en arrière, pour placer le corps et la tête dans une position » horizontale. La face était extrêmement pâle, cadavéreuse; les yeux » ternes et immobiles. Frictions sur les tempes et la poitrine avec le » vinaigre et l'ammoniaque; compression alternative du thorax et de » l'abdomen, pour exciter les mouvemens respiratoires; insufflations » dans la trachée avec une sonde en argent, tout resta inutile. L'autopsie » ne put être faite.

» La quantité d'éther, non pas absorbée, mais employée, fut au plus » de 30 grammes. L'hémorrhagie fut peu considérable, et le sang ne » coula pas dans le pharynx. »

L'éther peut donc tuer comme le chloroforme, et aussi soudainement que lui. Si, pour le faire prévaloir, on nous objecte que son bilan mortuaire est moins considérable que celui du chloroforme, nous répondrons que ce dernier est employé dans des proportions énormes par rapport à l'éther. Nous ajouterons même qu'en supposant l'action toxique de celui-ci moins énergique que celle du chloroforme, les malheurs qu'on a à lui reprocher moins nombreux, proportion gardée, l'éther devra encore occuper une place secondaire, en raison des avantages que présente son rival. Celui-ci, en effet, présente une odeur non seulement moins désagréable, mais que tout le monde, à peu près, peut supporter. On ne pourrait pas en dire autant de l'éther.

L'action irritante exercée sur la muqueuse bronchique par le chloroforme, est beaucoup moindre que celle de l'éther, qui a, plus d'une fois, amené des inflammations mortelles des organes thoraciques. Enfin, il est rare de trouver des individus totalement réfractaires au chloroforme, ce qui n'était pas très rare avec l'éther.

Il résulte donc de ce que nous venons d'exposer, que, dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible de soustraire les malades à l'action toxique du chloroforme. Ni l'observation des règles que la prudence peut suggérer dans son administration, ni son remplacement par l'éther, ne peuvent donner au malade une sécurité complète.

Nous n'insisterons pas sur le conseil donné, il y a quelques années, par M. le docteur Stanski, de placer les opérés dans une position horizontale, dans l'espoir de rendre les syncopes moins fréquentes et moins graves. Assurément, la position est bonne, et autant que possible, il faut l'observer; mais il suffit de rappeler les faits précédemment exposés, pour se convaincre qu'elle est insuffisante pour prévenir des accidens mortels.

Après avoir recherché les moyens d'éviter les accidens résultant de l'action du chloroforme, il nous reste à voir si, ces accidens survenant, il est possible d'en arrêter le cours et de soustraire ainsi les malades à une mort imminente.

Parmi les moyens employés, la plupart sont ceux auxquels on a recours dans les cas ordinaires de syncope. Nous ne les rappellerons pas ici, car ils sont connus de tous les praticiens. Nous dirons seulement que, jusqu'à ce jour, ils sont restés complètement impuissans.

Des expériences tentées par M. Plouviez sur les animaux, l'avaient porté à penser que l'insufflation pulmonaire conjurait efficacement les accidens formidables produits par le chloroforme ou l'éther. Mais en en lisant les observations précitées, on se convaincra que l'insufflation, employée plusieurs fois, n'a pas eu plus de succès que les autres moyens. Cependant, trois faits rapportés par M. Ricord sembleraient donner de l'importance aux expériences de M. Plouviez, et démontrer que l'insufflation pulmonaire est de nature à rendre de grands services dans les cas de péril imminent. Il y a une distinction importante à établir dans les observations de M. Ricord. Nous y trouvons : 1° le fait même de l'insufflation pulmonaire, qui, malgré la rareté de ses succès, nous semble devoir être recommandée à l'attention des chirurgiens; 2° le mode selon lequel doit être pratiquée cette opération. M. Ricord veut que ce soit de bouche à bouche; il semble préférer cette méthode

(1) Voir les numéros des 25 et 28 Juin 1853.

aux autres manières de faire pénétrer l'air dans les poumons. Voici, en effet, comment s'exprime notre éminent collègue : « Maintenant, n'est-il » pas permis de conclure que, dans le cas de mort imminente par » suite de l'action du chloroforme, l'insufflation directe de l'air, et » bouche à bouche, du médecin au malade, paraît être un moyen plus » efficace et plus sûr que tous les autres moyens conseillés en pareil » cas; plus efficace et plus prompt que tous les autres moyens d'insuf- » flation artificielle avec des tubes ou des sondes? Désormais, le méde- » cin qui négligerait d'y avoir recours, assumerait sur sa tête une » grande responsabilité. » (*Union Médicale*, 20 novembre 1849.)

Sans vouloir atténuer en rien l'intérêt des observations de M. Ricord, nous nous permettrons cependant d'objecter que l'insufflation bouche à bouche, déjà mise en usage avant lui par M. Barrier, a non seulement échoué pour rappeler le mourant à la vie, mais encore qu'il a fallu y renoncer et recourir au tube laryngien, parce qu'elle laissait pénétrer l'air dans l'estomac.

Enfin, il est un moyen proposé il y a quelques années par M. J. Guérin (séance de l'Académie de médecine du 9 janvier 1849), et que son auteur vient de rappeler de nouveau à l'attention des praticiens; nous voulons parler de la cautérisation pharyngienne au moyen de l'ammoniaque. M. J. Guérin a conclu de ses expériences sur les animaux aux heureux résultats qu'on pourrait obtenir de la cautérisation pharyngienne dans l'intoxication par le chloroforme. Comme ce moyen, appliqué précédemment, à un autre point de vue, et dans le traitement d'autres maladies, n'a point encore été employé chez l'homme dans le cas particulier dont il est question, nous ne pouvons nous prononcer positivement à son égard. Cependant, en considérant, d'une part, la pénurie de la thérapeutique en semblable occurrence, d'autre part, les succès évidens que M. J. Guérin dit avoir obtenus sur les animaux, nous pensons que c'est un moyen qu'on ne devrait pas négliger, le cas échéant.

CONCLUSIONS.

Le fait qui sert de base à ce rapport et ceux dont nous l'avons fait suivre nous paraissent de nature à établir les propositions suivantes :

1° Le chloroforme peut causer la mort presque instantanément, et comme par une espèce de sidération semblable à celle que déterminent chez l'homme certains poisons violens.

2° La mort paraît causée, en général, par la cessation brusque des mouvemens du cœur, par une véritable syncope.

3° Dans la plupart des faits observés jusqu'à ce jour, la mort n'a pas eu lieu par suite de l'administration excessive de l'agent anesthésique, mais bien par suite d'une prédisposition particulière de l'organisme, inconnue dans sa nature. Cette disposition peut même se développer instantanément, et de telle sorte que des individus déjà plusieurs fois soumis avec succès à l'action du chloroforme ont pu succomber plus tard sous l'influence de cet agent.

4° Jusqu'à ce jour, la science ne possède aucun moyen de reconnaître ces idiosyncrasies. Il est seulement contre-indiqué de recourir au chloroforme chez les individus dont les organes centraux de l'innervation, de la circulation et de la respiration sont malades; ceux qui sont naturellement ou accidentellement disposés à la syncope; ceux enfin qui sont extrêment affaiblis par les hémorrhagies, ou se trouvent dans l'état de commotion inhérente à certains cas de traumatisme grave.

Il est certains individus chez lesquels le chloroforme détermine une excitation très violente, un raptus vers l'encéphale tellement prononcé, qu'on peut craindre chez eux des conséquences funestes, ainsi que votre rapporteur, dans un travail lu en 1849 à l'Académie de médecine, en a fait connaître des exemples. Chez ceux-là, il serait dangereux d'insister. Il en est de même enfin pour quelques individus évidemment réfractaires à cet agent, et qui, bien que plongés dans une insensibilité voisine du collapsus, ne s'en livrent pas moins aux démonstrations les plus violentes, sous l'influence de la moindre cause d'excitation.

5° L'art ne possède aucun moyen efficace d'enrayer la marche des accidens produits par l'inhalation du chloroforme, et d'en prévenir les funestes résultats.

Nous devrions peut-être terminer ici ce travail déjà très étendu ; cependant, nous croyons de notre devoir d'examiner encore une question fort grave : celle de savoir si les malheurs produits par l'inhalation du chloroforme sont de nature à pouvoir engager la responsabilité des médecins, et dans quelles limites. On conçoit combien il est délicat d'aborder une semblable question, et combien il est difficile de la résoudre. Il importe cependant d'autant plus de ne pas l'éluder, que déjà plus d'une fois les tribunaux ont cru devoir en connaître, et que même ils ont rendu des arrêts propres à jeter les médecins dans une grande perplexité. Aussi, le docteur Mascarel, chirurgien de l'hôpital de Châtellerault, a-t-il adressé, il y a peu de jours, à l'Académie impériale de médecine, les questions suivantes, à propos de l'affaire Triquet. (Séance du 17 mai 1853.)

1° L'emploi du chloroforme doit-il être continué à titre d'anesthésique dans la pratique médicale?

2° Dans le cas d'affirmation, existe-t-il, dans l'état actuel de la science, des préceptes certains pour éviter des accidens de mort?

3° Si ces préceptes n'existent pas, quel doit être le rôle du médecin envers les malades, la société et la loi?

Dans le cours de ce travail, nous avons déjà répondu à la seconde question posée par notre honorable confrère ; nous allons examiner les deux autres avec liberté et franchise.

Malgré les catastrophes dont le chloroforme a été la cause, nous n'hésitons pas à reconnaître toute l'importance de son emploi, et à dire qu'il est désormais acquis à la pratique chirurgicale. Il n'est plus au pouvoir de personne d'en empêcher l'usage; et, comme l'a dit fort heureusement notre honorable collègue M. Chassaignac, les malheurs du chloroforme n'y feront pas plus renoncer que les accidens des chemins de fer n'arrêteront l'usage de ces précieux moyens de transport. Quand d'immenses avantages sont dus à une invention, il n'est pas dans la nature de l'homme d'y renoncer en vue de quelques inconvéniens qui y sont attachés.

Et maintenant, l'emploi du chloroforme étant admis comme une nécessité dans la pratique, dans quelles limites l'usage doit-il en être restreint? Établissons à ce sujet une distinction dans les opérations chirurgicales. Tantôt l'anesthésie, poussée même jusqu'à la résolution, est nécessaire pour se débarrasser de la contraction des muscles et des entraves qu'elle apporte à l'accomplissement de certains actes chirurgicaux, tels que la réduction des luxations, des hernies et quelques cas de cathétérisme difficile. Ici, le but ne peut être atteint sans le secours de l'anesthésie ; en conséquence, nous ne pensons pas que le chloroforme employé selon les règles de l'art puisse jamais engager la responsabilité du chirurgien.

Dans d'autres cas, et c'est le plus grand nombre, le chloroforme n'est qu'un moyen d'éviter la douleur attachée aux opérations. Il est alors désiré par les malades ; il est même souvent imposé par eux. Sans doute, en face des malheurs aujourd'hui connus, le praticien ne doit point y recourir lorsque les opérations sont peu douloureuses; mais quelles limites pourra-t-on lui imposer à cet égard? On sait que, si quelques malades affrontent facilement la douleur, la plupart en ont une horreur invincible ; et, sachant qu'il existe un moyen de les y soustraire, ils le sollicitent ardemment, et ne veulent même subir l'opération qu'à la condition d'être anesthésiés.

Mais, s'ils ne savent pas complètement qu'ils s'exposent à des dangers sérieux, le chirurgien doit-il les en instruire? Nous ne le pensons pas. N'y a-t-il pas, en effet, de l'inconvénient à les préoccuper ainsi au moment où ils vont subir une opération? Nous croyons donc que l'appréciation des cas où il convient d'accorder ou de refuser le chloroforme doit être entièrement laissée à la sagacité du chirurgien, et ne peut rigoureusement faire encourir à celui-ci aucune responsabilité. La seule condition que nous y mettions, c'est que le malade en ait exprimé vivement le désir.

Un des considérans du jugement rendu dernièrement par le tribunal de police correctionelle de Paris, à propos de l'affaire Triquet, porte qu'on ne doit recourir au chloroforme « que dans les opérations les plus » graves, celles ou la force de la douleur est de nature à vaincre la » force physique du malade, et dans celles où l'immobilité est une con- » dition essentielle au succès de l'opération. »

Malgré le respect que nous inspirent les arrêts de la justice, nous n'hésitons pas à dire que, si les règles que nous venons d'énoncer passaient dans la jurisprudence, il faudrait renoncer à l'anesthésie, ou laisser le corps médical sous le coup de la responsabilité la plus grave.

Tous les chirurgiens savent très bien que ce n'est point d'après la gravité des opérations, mais d'après l'intensité de la douleur qu'elles doivent causer qu'ils se déterminent à faire usage du chloroforme. De plus, s'il faut réserver celui-ci pour les opérations dans lesquelles, suivant les termes du considérant, la force de la douleur est de nature à vaincre la force physique du malade, nous ne savons réellement s'il en existe de pareilles ; et, à ceux qui soutiendraient le contraire, nous demanderions si, depuis la découverte du chloroforme, la chirurgie s'est enrichie de quelque opération auparavant rejetée comme trop douloureuse.

L'arrêt dont il s'agit admet l'emploi du chloroforme dans le cas où l'immobilité du malade est une condition essentielle au succès de l'opération.

Il semblerait résulter de cette opinion que le chloroforme a apporté dans la pratique de la chirurgie une sécurité inconnue avant lui. Eh bien! nous n'hésitons pas à le dire, c'est encore là une erreur. En effet, avant que l'emploi des anesthésiques fût connu, les malades qui se décidaient à subir une opération puisaient dans leur propre volonté la force nécessaire pour rester immobiles; ou bien ils pouvaient être contenus par des aides, lorsqu'on craignait que leur volonté ne fût impuissante. Depuis l'usage du chloroforme, on obtient, il est vrai, l'immobilité en poussant l'inhalation jusqu'à ses dernières limites, c'est-à-dire jusqu'à presque la résolution; mais on ne peut jamais savoir quelle sera la durée de cet état; et souvent il arrive qu'avant la fin de l'opération les malades exécutent des mouvemens automatiques involontaires, et d'autant plus préjudiciables qu'il sont imprévus et violens. Il n'est pas un chirurgien qui, opérant avec de telles conditions, n'ait été plus ou moins gêné dans ses actes et n'ait regretté l'obligation où il avait été de recourir à l'anesthésie. Nous dirons donc ici avec assurance que, si le chloroforme est un bienfait pour l'humanité, qu'il soustrait à la douleur, il est certainement pour la chirurgie une source de préoccupations et de difficultés.

J'ai hâte, Messieurs de terminer ce travail. L'observation de M. Vallet et celles que nous en avons rapprochées prouvent que le chloroforme et l'éther, alors même qu'ils sont purs et bien administrés, peuvent déterminer la mort.

Sans doute, la théorie ne permet pas de méconnaître les dangers de l'anesthésie. Comment concevoir, en effet, qu'un agent qui jouit de la singulière propriété de suspendre la sensibilité, d'empêcher la douleur, cette sentinelle de la vie, qui permet à l'homme de se soustraire aux causes de destruction dont il est environné; comment concevoir, dis-je, qu'un tel agent puisse être toujours impunément employé? Mais ce qu'on ne pouvait prévoir et que l'expérience seule a révélé, c'est que la mort a lieu d'une manière imprévue, soudaine, comme par une espèce de sidération, sans que l'on puisse arrêter la marche des accidens ou en conjurer la terminaison funeste.

Il est vrai de dire que les malheurs imputables au chloroforme sont en proportion très minime, eu égard au nombre immense des circonstances où on a recours à lui. Mais il est vrai aussi que, les prédispositions individuelles auxquelles il emprunte sa léthalité ne pouvant être prévues, la question de vie ou de mort est réellement posée pour le malade toutes les fois qu'on en fait usage, ainsi que l'a fort bien dit notre honorable collègue, M. Sédillot.

Aussi le chirurgien prudent devra-t-il toujours avoir devant les yeux cette terrible éventualité, et s'entourer, par conséquent, de toutes les précautions que la prudence réclame. Ces précautions sont évidemment de ne recourir au chloroforme qu'avec une extrême réserve, de l'administrer sagement, suivant toutes les règles aujourd'hui indiquées, et en surveillant surtout très attentivement l'état du pouls et de la respiration. C'est ainsi seulement qu'il pourra mettre à l'abri sa responsabilité vis-à-vis de la société et vis-à-vis de lui-même.

La commission dont je suis l'organe a l'honneur de vous proposer :

1° De remercier M. Vallet de son intéressante communication ;

2° De déposer honorablement son travail dans les archives de la Société.

ROBERT.

COURRIER.

FUMÉES DU LYCOPERDON PROTEUS : NOUVEL ANESTHÉSIQUE. — Le bruit que certains journaux de médecine ont fait de cette prétendue découverte, nous aurait peut-être détourné d'en parler, si nous ne tenions à mettre nos lecteurs au courant de toutes les choses un peu intéressantes qui surgissent dans le monde médical. De quoi s'agit-il, en effet? A-t-on trouvé quelque nouvel agent, d'une odeur agréable et suave, d'un emploi facile et sûr, n'offrant aucun des dangers dont sont entourés l'éther et le chloroforme ? Pas le moins du monde.

Dans le Leicestershire, il existe une vieille coutume, qui consiste à stupéfier les abeilles à l'aide des fumées du *lycoperdon proteus*, ou vesse-de-loup. Sous l'influence de ces vapeurs, ces insectes restent inactifs et insensibles pendant quelques minutes ; on en profite pour les changer de ruche, et après ce temps, ils sortent de leur état de torpeur et se rétablissent complètement. Cette pratique a suggéré à M. Richardson l'idée d'entreprendre une série d'expériences sur les animaux. Ces expériences ont été principalement tentées sur des chiens; et pour se mettre à l'abri de l'objection que l'on n'aurait pas manqué de lui faire, à savoir que ces effets sont dus à l'action de l'acide carbonique, les vapeurs du lycoperdon ont été lavées avec de la potasse caustique. Mais qui ne comprend qu'indépendamment de l'acide carbonique, il a pu rester dans ces vapeurs une grande proportion d'oxyde de carbone et d'hydrogène carboné, dont les effets anesthésiques sont assez prononcés? Il n'est donc pas encore prouvé qu'il existe dans ces champignons un principe capable de produire le narcotisme chez les animaux; mais cela le fût-il, il resterait encore à démontrer que ce principe peut être mis en usage dans la pratique avec aussi peu de difficulté, et surtout avec moins de dangers pour les malades, que ceux qui s'attachent aux agens anesthésiques vulgairement employés.

SOCIÉTÉS SAVANTES. — Voici les sujets de prix proposés par l'Académie impériale des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse, pour les années 1854, 1855 et 1856:

L'Académie rappelle que le sujet du prix à accorder en 1854, est la question suivante :

« Établir, par la théorie, des règles pratiques pour la construction » des voûtes cylindriques en maçonnerie droites ou biaises; on déter- » minera l'épaisseur qu'il convient de donner à la clef, celle des pieds- » droits et la forme de l'extrados lorsque l'intrados est connu. »

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 500 fr.

L'Académie propose pour sujet de prix de l'année 1855, la question suivante :

« Déterminer, à l'aide des travaux déjà publiés et par des expé- » riences nouvelles, le rôle que joue la composition chimique de l'air, » des alimens, de l'eau potable et du sol dans la production du goître » endémique.

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 500 fr.

L'Académie propose pour sujet de prix de l'année 1856, la question suivante :

« Rechercher quels sont, en dehors du latin, les élémens qui ont » concouru à la formation de la langue romane. »

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 500 fr.

L'Académie n'a point décerné le prix de 1852, dont le sujet était la question suivante :

« Généraliser, par de nouvelles recherches faites principalement » dans les climats où cela n'a pas encore été entrepris, l'étude des » influences lunaires sur les phénomènes météorologiques. »

Observations. Sans en faire une condition expresse, l'Académie verrait avec plaisir que les concurrens éclairassent en même temps, par des expériences concluantes, ce qu'il peut y avoir de réel dans les actions vulgairement attribuées à notre satellite sur la nature organique, et principalement sur les phénomènes de la végétation.

En conséquence, et conformément à l'art 32 de ses règlemens, l'Académie a décidé qu'elle accordera un prix extraordinaire à l'auteur d'un mémoire qui lui serait adressé sur le même sujet avant le 1er janvier 1854.

Ce prix extraordinaire sera une médaille d'or de 500 fr.

Les savans de tous les pays sont invités à travailler sur les sujets proposés. Les membres résidans de l'Académie sont seuls exclus du concours.

Les auteurs sont priés d'écrire en français ou en latin, et de faire remettre une copie bien *lisible* de leurs ouvrages.

Ils écriront au bas une sentence ou devise, et joindront un billet séparé et cacheté portant la même sentence, et renfermant leur nom, leurs qualités et leur demeure.

Ils adresseront les lettres et paquets, francs de port à M. le docteur Ducasse, Secrétaire perpétuel de l'Académie, ou les lui feront remettre par quelque personne domiciliée à Toulouse.

Les Mémoires ne seront reçus que jusqu'au *premier janvier* de chacune des années pour lesquelles le concours est ouvert. Ce terme est de rigueur.

Les Mémoires des auteurs qui se seront fait connaître avant le jugement de l'Académie, seront exclus du concours.

L'Académie proclamera, dans sa séance publique, le premier dimanche après la Pentecôte, la pièce qu'elle aura couronnée.

Si l'auteur ne se présente pas lui-même M. le Trésorier perpétuel de l'Académie ne délivrera le Prix qu'au porteur d'une procuration de sa part.

L'Académie, qui ne proscrit aucun système, déclare aussi qu'elle n'entend pas adopter tous les principes des ouvrages qu'elle couronnera.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de la science médicale (histoire et dogmes), comprenant un précis de méthodologie ou de médecine préparatoire ; un résumé de l'histoire de la médecine, suivi de notices historiques et critiques sur les écoles de Cos, d'Alexandrie, de Salerne, de Paris, de Montpellier et de Strasbourg ; un exposé des principes généraux de la science médicale, renfermant les *élémens de la pathologie générale*, par M. le docteur T.-C.-E. ÉDOUARD AUBER, chevalier de la légion d'honneur. 1 vol. in-8 de 660 pages. — Prix : 8 fr.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 78. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 2 Juillet 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, À PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12*.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire le 30 juin, sont priés de le renouveler s'ils ne veulent éprouver d'interruption dans l'envoi du Journal.

Cet avis ne concerne que nos Souscripteurs pour trois mois, dans les départemens, et nos Souscripteurs de toute durée à l'étranger, sur lesquels l'administration ne peut pas faire traite.

Nos souscripteurs de six mois et d'un an dans les départemens, sont prévenus que nos traites leur seront présentées dans le courant du mois de juillet.

Les quittances seront présentées au domicile de nos Souscripteurs de Paris.

ENSEIGNEMENT.

LEÇONS FAITES AU COLLÉGE DE FRANCE, PAR M. CL. BERNARD,

Suppléant M. MAGENDIE.

(Suite. — Voir le numéro du samedi 25 Juin.)

§ II. RAPPORTS D'ACTION ENTRE LE SYSTÈME CÉRÉBRO-SPINAL ET LE NERF GRAND SYMPATHIQUE.

M. Bernard examine successivement ces rapports dans le nerf optique, dans le nerf lingual et dans le nerf pneumo-gastrique.

1° *Du nerf optique.*

Le nerf optique prend naissance aux tubercules quadrijumeaux et se termine à la rétine. Il est doué d'une sensibilité spéciale. Ses rapports avec le grand sympathique ont lieu au moyen du ganglion ophthalmique, qui appartient à ce système de nerfs.

L'œil reçoit la lumière; celle-ci agit sur la rétine. L'impression se communique par les nerfs optiques sur les tubercules quadrijumeaux. Elle revient, par réflexion, au ganglion ophthalmique par le nerf oculaire commun, qui part du pédoncule du cerveau, et qui, dans ce cas, joue le rôle de racine antérieure et de système centrifuge. Le ganglion ophthalmique, placé au côté externe du nerf optique, communique, à cet effet, d'une part, avec le moteur oculaire commun; d'autre part, il envoie ses filets ciliaires dans la pupille. C'est ainsi que l'excitation remonte au centre nerveux, et qu'elle se réfléchit sur un nerf d'une autre nature.

Si l'on vient à couper le nerf optique derrière l'œil et qu'on le pince dans le bout correspondant à cet organe, il n'y aura plus d'action sur la pupille. Mais si, au contraire, on pince le bout du côté du cerveau, on remarquera un rétrécissement considérable de cette membrane. Cette expérience n'est-elle pas une preuve indubitable de l'action réflexe?

On a vu, dans le précédent article, l'action réflexe dans son expression la plus simple, alors qu'elle produit la contraction du muscle. Mais tous nos organes ne se ressemblent pas. Au lieu d'un mouvement énergique, violent, nous ne trouvons plus, dans l'exemple actuel, qu'une contraction fibrillaire, qui, dans sa spécialité, ne manque pas non plus d'énergie; toutefois, on voit toujours un nerf de sentiment recevant l'impression, la portant au centre nerveux qui la renvoie, par l'intermédiaire d'un ganglion du grand sympathique, au nerf du mouvement.

Ce n'est pas seulement la pince, l'électricité ou le galvanisme, une tige imbibée d'ammoniaque, qui peuvent être l'excitant, comme dans les expériences sur les animaux vivans; l'excitation peut encore avoir lieu par suite d'une contusion sur l'œil, d'où il résulte une sensation lumineuse, ou par suite d'une opération chirurgicale, telle que celle qui consiste dans la section du nerf optique lorsqu'on extirpe un cancer de l'œil, cas dans lequel la même sensation est produite d'une manière encore plus vive.

2° *Du nerf lingual.*

Si l'on met à nu le nerf lingual, qui est le nerf de la gustation, et qu'on l'excite avec une pince, il se fait de suite un écoulement abondant de salive. Cet écoulement n'a lieu que par une seule glande, la sous-maxillaire; et il peut se produire sur un animal vivant encore, après qu'on lui a enlevé les lobes du cerveau.

Que se passe-t-il alors? L'excitation portée sur le nerf lingual transmet la sensation jusqu'au centre nerveux. Là, elle se réfléchit, au moyen d'un rameau du nerf facial, appelé corde du tympan, et arrive au ganglion sous-maxillaire, lequel fournit des filets à la glande salivaire. Si l'on coupait le filet du tympan, l'effet n'aurait plus lieu.

C'est toujours le même ordre d'action, malgré la différence des résultats. Tout dépend de la nature de l'organe. Une sensation est portée de la périphérie vers le centre, et réfléchie, par l'intermédiaire du grand sympathique sur l'organe, chargé de la fonction. On a vu d'abord l'animal répondre à l'excitation en retirant son membre par la contraction musculaire, afin d'éviter la douleur; dans le cas précédent, il resserre sa pupille pour empêcher qu'un trop grand nombre de rayons lumineux n'arrive sur la rétine; et, dans le cas actuel, le nerf lingual pincé donne une sensation gustative qui fait venir la salive, dont un des buts essentiels, dans l'état ordinaire, est d'étendre le corps sapide pour rendre son action moins intense.

Il est important de faire une remarque propre à faciliter l'explication des phénomènes. L'excitation d'un nerf de sentiment peut être produite dans toute l'étendue de ce nerf, mais pas au-delà. On peut la déterminer en pinçant la peau, tout le trajet du nerf ou même son origine; dans tous ces cas, l'action réflexe a lieu. Passé le dernier point, l'excitation se transforme en force motrice. On pincerait le nerf oculaire commun, qu'il n'y aurait aucune sensation lumineuse. La première force est centripète, la seconde est centrifuge.

La connaissance de ces faits va permettre d'entrer dans une série de phénomènes plus variés.

3° *Des nerfs pneumo-gastriques.*

Après avoir examiné les rapports d'action du nerf optique et du nerf lingual avec le grand sympathique, M. Bernard continue cet examen sur les nerfs pneumo-gastriques. L'action, ici, devient complexe, car ces nerfs se distribuent à des organes profonds et nombreux, au cœur, aux poumons, au foie et aux reins. Tous ces viscères sont aussi de premier ordre dans la vie organique. Le cœur entretient l'action des organes, le foie prépare les matériaux alimentaires, les poumons les usent, et les reins expulsent les produits inutiles.

A. *Action des nerfs pneumo-gastriques sur le cœur.* — Le cœur a toujours été considéré comme l'organe le plus essentiel à la vie : *Primum vivens, ultimum moriens.* Sa contraction incessante est entretenue par le grand sympathique, mais les nerfs pneumo-gastriques ont une grande influence sur ses fonctions. En effet, si l'on galvanise ces nerfs, le cœur en est si troublé qu'il s'arrête; il reprend ses mouvemens quand on cesse le galvanisme. Cette suspension dans les mouvemens du cœur fait voir que cet organe est soumis, d'un côté, à une action régulière et incessante venant du grand sympathique, d'un autre côté, à une action d'une nature différente, qui peut devenir instantanément perturbatrice, et qui est sous la dépendance des pneumo-gastriques. Si l'on coupe ces nerfs, on ne peut plus produire cette irrégularité du cœur, même en galvanisant les bouts qui correspondent au cerveau. Lorsque ces nerfs sont coupés, le cœur n'est plus soumis à l'influence cérébrale et acquiert des battemens beaucoup plus rapides.

L'action des nerfs pneumo-gastriques pouvant intervenir pour rompre l'harmonie des battemens du cœur, explique comment une émotion profonde agit sur les contractions de cet organe. C'est par ces nerfs que le cerveau, auquel est arrivé une impression pénible, la transmet au cœur, dont l'action par suite en est troublée.

Le cœur reçoit les impressions de toute l'économie, seulement certains organes ont sur lui une influence plus directe et plus marquée que d'autres. Le poumon occupe, dans ce rang, la première place. Une *expérience*, très facile à répéter, le prouve manifestement. Si l'on adapte un robinet dans la trachée d'un animal, au moyen d'une ligature, on peut modifier à volonté les mouvemens du cœur; on diminue ses battemens en empêchant l'air d'entrer dans les poumons, on les accélère, au contraire, en le laissant pénétrer. Une douleur violente

Feuilleton.

Le vieux quartier des Cordeliers tressaille aussi sous le marteau du démolisseur. Il va subir une transformation complète. Déjà, de la rue de la Harpe à la rue Saint-Jacques, la rue *des Écoles* laisse apercevoir sa large voie. Cette rue nouvelle, dont l'extrémité occidentale sera probablement reculée jusqu'au carrefour de l'Odéon, va nécessiter un remaniement complet de la rue de l'École-de-Médecine et de l'École de médecine elle-même. Le côté des numéros impairs de cette rue devra subir un reculement considérable. La belle maison Déterville, qui date de vingt-cinq ans à peine, devra disparaître. On sait que dans cette maison sont établis les beaux magasins de librairie médicale de M. Victor Masson et de M. Germer-Baillière, et cette menace imminente de déménagement inquiète beaucoup ces honorables libraires.

Quant à l'École de médecine, si les projets conçus s'exécutent, elle devra rester complètement isolée. Pour cela, on démolira toutes les maisons qui lui sont accolées, depuis la rue Hautefeuille jusqu'à la rue Larrey, de manière à isoler ce monument au centre d'une vaste place, que traversera ou que terminera la rue des Écoles.

Le vieil hospice St-Côme, aujourd'hui hôpital des Cliniques, va recevoir une destination nouvelle. Depuis longtemps l'insuffisance et l'exiguité des salles d'examen, à l'École de médecine, avaient été signalées à l'administration municipale. D'un autre côté, des inconvéniens graves avaient été reconnus à l'hôpital des Cliniques. Déjà le service de clinique médicale avait été transporté à l'Hôtel-Dieu. Plusieurs fois par an, il fallait évacuer le service de la clinique d'accouchemens, à cause des épidémies fréquentes de péritonite puerpérale, et la clinique chirurgicale ne s'y trouve pas non plus dans des conditions favorables. Dans ce bâtiment, on va approprier des locaux convenables pour y loger le doyen de la Faculté, pour y transporter la bibliothèque et y installer le musée de la Faculté. Seul, le musée Orfila gardera la place dans la galerie méridionale de la Faculté qu'il occupe aujourd'hui. Ces dispositions nouvelles donneront, dans l'intérieur même de la Faculté, l'espace nécessaire pour les salles d'examen, et permettront d'installer convenablement le magnifique cabinet de physique que possède l'École, et dont les instrumens sont aujourd'hui, faute d'espace, enfouis dans les greniers.

Voilà les grandes choses dont nous verrons probablement bientôt l'exécution. A cela, il faut ajouter la restauration du grand amphithéâtre de la Faculté, pour lequel a été peinte l'immense toile de M. Matout, que l'on voit à l'exposition actuelle, et sur laquelle je dirai prochainement mon impression. M. le doyen actuel de la Faculté saura poursuivre la réalisation de ces projets avec la persévérance calme qui le caractérise. Il y a certes, dans tout cela, de quoi illustrer un décanat, et personne ne reste indifférent devant cette perspective.

Nous espérons, nous croyons même que ce n'est pas à ces restaurations, très utiles, sans doute, de truelle et de marteau, que se bornera l'ambition de M. P. Dubois. Dans l'ordre intellectuel et scientifique, il reste aussi d'importantes modifications à faire. A tout autre doyen moins éclairé, moins bon juge de toutes les exigences de l'enseignement, nous prendrions la liberté de les indiquer. Avec le savant professeur de clinique d'accouchement, ce soin serait superflu. M. P. Dubois sait mieux que nous ce qui manque, ce qui est incomplet ou insuffisant dans l'enseignement de la Faculté de Paris. Les grandes améliorations qui ont signalé le décanat de ses prédécesseurs, et surtout le décanat de M. Orfila, améliorations que, sans injustice, on ne saurait méconnaître, sont pour M. P. Dubois un excitant naturel et légitime, pour qu'il complète l'œuvre de ses devanciers. Déjà, nous assure-t-on, la bibliothèque, qui avait été beaucoup négligée, a pu faire des acquisitions importantes depuis son décanat. Il voudra sans doute que l'on profite du déménagement des livres pour compléter le catalogue, et, si les fonds le permettaient, pour le faire imprimer; ce serait là l'œuvre d'un véritable savant, et que nous nous permettons de signaler à sa sollicitude. Un retour évident vers les études fortes et sérieuses se fait sentir de jour en jour. On le voit à la manière vraiment consolante dont la bibliothèque est aujourd'hui fréquentée, non seulement par les élèves, mais encore par un grand nombre de médecins de la ville. Un changement considérable s'est opéré depuis quelques années à cet égard. Je me rappelle avec tristesse qu'il y a vingt-cinq ans, les fonctions de bibliothécaire de la Faculté étaient de véritables sinécures. Quelques rares étudians lisant les livres nécessaires pour passer leurs examens ou fabriquer leurs thèses, voilà ce qu'on voyait alors autour des tables de la bibliothèque, qui ne restait ouverte que de onze à trois heures. La génération actuelle vaut mieux, beaucoup mieux que celle à laquelle j'ai le malheur d'appartenir. On étudie plus et mieux. Le cours d'histoire de la médecine, que fait cette année avec tant de succès M. le professeur Andral, et dont M. le docteur Tartivel donne aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE une analyse si bien faite et si concentrée, n'eût pas été possible il y a vingt-cinq ans. Gloire donc à nos jeunes successeurs!

Je ne suis pas un *laudator temporis acti*. Je suis heureux, au contraire, de signaler le progrès de nos élèves. Mais j'y trouve l'occasion naturelle, et je la saisis, de pousser leurs maîtres et ceux qui les dirigent, vers toutes les améliorations, vers toutes les facilités qu'ils peuvent réclamer et qu'il est possible de réaliser. A cette noble et grande tâche, M. P. Dubois ne faillira pas. Comme son illustre père, il aime les élèves, surtout ces élèves laborieux et pauvres, contre qui se hérissent toutes les difficultés de l'existence, ces courageux enfans du peuple, qui se plongent avec résolution dans cet immense fleuve de la vie, n'apportant que leur brave et vaillante jeunesse, leur ardeur pour l'étude, leur amour de la science, et qui atteignent le bord pour s'y faire appeler des noms célèbres d'Antoine Dubois, de Dupuytren, de Velpeau ou de Jobert.

École de médecine où entrent tant de jeunes et fraîches espérances, et d'où sortent tant d'amères déceptions! c'est bien d'orner tes murs de l'image vénérée de tes grands maîtres et du souvenir, illustré par les arts, de leurs belles actions. Mais il est un emblème, un symbole, une image que j'y placerais encore et dans le lieu le plus en vue; c'est une statue du travail et de l'étude; du travail, qui garantit l'esprit et le cœur des jeunes hommes contre les séductions du plaisir et les atteintes du vice; de l'étude, qui fortifiera et trempera leur âme, qui les consolera toujours, qui les préservera de ces ambitions effrénées et de cette soif des richesses, contre lesquelles viennent échouer tant de belles intelligences, de ces défaillances morales qui affligent l'humanité; de l'étude, qui rend à l'esprit un rayon de calme et de sérénité au milieu des plus cruelles étreintes du malheur.

Amédée LATOUR.

arrête de même instantanément les contractions du cœur. M. Magendie a démontré que le pincement des racines antérieures et postérieures des nerfs rachidiens exerce sur les mouvemens du cœur une influence dont l'énergie est en rapport avec leur degré de sensibilité. Cette violence semble anéantir le cœur pour un moment, et l'animal pourrait être lui-même complètement anéanti, s'il était affaibli par la maladie et la diète, et si le tiraillement avait été trop fort. Le *cœur* est donc le foyer central où retentissent les excitations de toutes les parties du corps.

C'est aussi par les nerfs pneumo-gastriques que se transmet au cœur l'action de certains médicamens. En empoisonnant un animal par la *nicotine*, on observe des mouvemens irréguliers dans la respiration et dans les battemens de cet organe. Si, chez cet animal, on coupe les pneumo-gastriques, on ne voit plus ces effets, ce qui n'empêche pas cependant la nicotine de produire l'empoisonnement.

B. *Action des nerfs pneumo-gastriques sur les poumons.* — Les nerfs pneumo-gastriques se terminent en partie dans les poumons. Ces organes sont des points d'excitation. On doit, d'après cela, produire des phénomènes réflexes en agissant sur eux. En effet, lorsque, par l'éthérisation ou d'autres vapeurs irritantes, on excite la respiration des animaux, leur foie réagit à sa manière, c'est-à-dire en produisant une plus grande quantité de sucre. Si l'on vient à couper les nerfs pneumo-gastriques, on empêche, comme dans les exemples précédens, l'action de la périphérie au centre; mais si l'on pince ou si l'on galvanise les bouts qui tiennent au centre cérébral, l'excitation continue de se transmettre, tandis que cela n'a plus lieu en agissant sur les bouts opposés. Ainsi, que ce soit la peau, l'œil, la langue ou les poumons, le mécanisme est le même, malgré la diversité des résultats.

Les nerfs des poumons sont aussi des organes de sensibilité, car respirer est une sensation intérieure. Ils sont le principe de l'action; l'excitation est en dehors. Ce qui fait agir le foie, c'est le poumon qui détruit certains élémens pour sa fonction. La respiration a besoin de sucre à détruire, et la production de ce sucre est toujours en rapport avec l'intensité de la respiration. L'impression de l'air sur les poumons, étant incessante, la résultante, c'est-à-dire la production de sucre doit être incessante aussi; dans certaines circonstances seulement, elle est augmentée, diminuée ou détruite. Lorsque les animaux s'engourdissent, leur foie fabrique peu de sucre et il s'en consomme peu également dans la respiration. Tous ces phénomènes tiennent au système nerveux et sont inhérens à la vie. Ils sont sous la domination de ce système comme la vie elle-même.

C. *Action des nerfs pneumo-gastriques sur le foie.* — La distribution des nerfs pneumo-gastriques dans le foie est bien connue. Chez l'homme, leur branche droite se perd presqu'en totalité dans le plexus solaire. De ce plexus partent de nombreux filets qui se rendent aux organes abdominaux.

L'organe hépatique est chargé de produire du sucre avec le sang, absolument comme les glandes salivaires produisent de la salive, ce qui fait qu'il est presque constamment imprégné de glucose. La production de ce sucre est complètement indépendante de la nature des alimens. Cette substance se trouve toujours dans le foie, si la vie cesse au milieu de la santé, comme cela arrive, chez l'homme par accident ou par supplice, et chez les animaux qu'on sacrifie. Comme le sucre du foie se détruit par suite de longues maladies, on pourrait, d'après l'état sucré ou non sucré de cet organe, indiquer quel a été le genre de mort.

M. Bernard avait constaté qu'en excitant les nerfs pneumo-gastriques on augmentait la production du sucre dans le foie et que cette sécrétion cessait lorsqu'on faisait la section de ces nerfs. Comme, en galvanisant le bout inférieur, on ne ramenait pas cette sécrétion et qu'elle reparaissait, au contraire, lorsqu'on agissait sur le bout supérieur, il devenait probable, dès lors, que cette transmission avait lieu au moyen d'une action réflexe. Cette pensée fut encore confirmée par le résultat singulier qu'obtint ce physiologiste, en piquant sur la moelle allongée l'origine de ces nerfs, ce qui produit, chez les animaux, un diabète instantané.

Il se passe, dans cette circonstance, ce qui a eu lieu dans les exemples précédens. Quand on pique le trajet ou l'origine des nerfs pneumo-gastriques, on détermine une action réflexe sur le foie, absolument comme l'excitation du nerf lingual en produit une sur la glande sous-maxillaire. Cette action réflexe se transmet au foie par la moelle épinière, car si l'on coupe celle-ci assez bas pour ne pas empêcher la respiration, l'action nerveuse n'est plus transmise au foie, et le sucre ne se produit plus dans ce viscère.

Il y a, comme dans les autres cas, un intermédiaire entre la moelle et le foie. Dans le cas actuel, ce sont les ganglions du plexus solaire. Les nerfs rachidiens communiquent avec ces ganglions, et ceux-ci envoient des filets nerveux au foie.

Le foie se trouve placé entre deux excitations incessantes, l'excitation pulmonaire qui est continue, et l'excitation digestive qui est périodique. Comme il agit sous ces deux influences, si l'une ou l'autre est augmentée; son action s'en trouve également augmentée; la sécrétion du sucre peut être exagérée et le diabète produit par ces deux causes.

D. *Action des nerfs pneumo-gastriques sur les reins.* — En éthérisant la surface pulmonaire, on n'agit que sur le foie. Mais, dans la piqûre des nerfs pneumo-gastriques à leur origine, on produit une excitation sur toutes les fibres qui les composent, et conséquemment des actions réflexes sur tous les oranges auxquels ces nerfs se distribuent. Les reins éprouvent alors cette action en même temps que le foie, car les filets du plexus solaire vont à ces divers organes. On augmente donc la sécrétion urinaire, comme on augmente celle du sucre. Il en est de même lorsque les produits des alimens viennent exciter le foie; la quantité de la production du sucre et de la sécrétion rénale deviennent en rapport avec la quantité des liquides qui traversent le foie. En excitant, même expérimentalement, le foie, on excite aussi la sécrétion rénale: c'est ainsi qu'en injectant dans la veine porte de l'eau froide, on peut remarquer qu'il se produit rapidement beaucoup d'urine. L'eau froide excite le foie, et celui-ci réagit sur les reins. En coupant la moelle ou les filets du grand sympathique, on anéantit l'action des reins comme celle du foie.

Ainsi, le foie agit sur les reins comme dans les cas précédemment examinés; un nerf centripète porte l'impression vers le centre, un nerf centrifuge la ramène dans la glande; entre eux se trouve un ganglion du grand sympathique. Ces diverses actions s'accomplissent sous l'excitation d'élémens particuliers à ces organes. Tantôt les phénomènes de la production abondante du sucre et de la supersécrétion de l'urine sont liés ensemble, tantôt ils sont isolés. Dans l'étude du diabète, on voit la solidarité qui existe entre les poumons, le foie et les reins. Il y a accord dans la marche de ces organes pour ce qui tient aux phénomènes de la nutrition, comme il y a communauté dans leurs impressions pour tout ce qui tient à la sensibilité, quand une action du dehors agit sur l'un d'eux.

(*La suite prochainement.*) FAUCONNEAU-DUFRESNE.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hospice de Bicêtre. — Service de M. MOREAU.

PARTICULARITÉS SYMPTOMATIQUES DE L'ŒIL DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

Parmi les caractères propres à faire reconnaître les prédispositions constitutionnelles ou morbides, on a compris des particularités qui, sans avoir une importance notoire, peuvent, le cas échéant, contribuer à fixer le diagnostic et le traitement. Ainsi: la forme des doigts, des ongles, de certaines parties du visage, la coloration des yeux, de la peau, celle des cheveux, des cils, des poils, de la barbe, leur direction, leur plus ou moins d'abondance, etc.

Les aliénistes n'ont point complètement négligé ce genre d'étude. Dans ces derniers temps, M. Baillarger a notamment signalé l'inégalité des pupilles dans la paralysie générale. Toutefois, M. Lasègue, dans sa thèse d'agrégation, ayant pour sujet cette maladie, a contesté la valeur de ce symptôme. Suivant lui, M. Baillarger en aurait exagéré la fréquence, du moins, parmi les paralytiques sur lesquels il en a poursuivi la vérification; M. Lasègue n'aurait constaté, au plus, l'inégalité pupillaire que dans le 1/3 des cas. Ce savant médecin ajoute, en outre, judicieusement qu'elle se rencontre dans d'autres affections.

Le service de M. Moreau comprend 400 aliénés, environ.

Le contrôle, à l'égard du fait qui nous occupe, était rendu facile par la réunion d'une aussi grande quantité de malades. Nous avons pris 100 individus atteints de paralysie générale, et sur ce chiffre, 58 ont présenté d'une manière manifeste la disposition dont il s'agit.

Ce résultat, on le voit, surpasse beaucoup les proportions indiquées par M. Lasègue, pour se rapprocher de celles qu'aurait obtenues M. Baillarger.

A quoi peut tenir une telle différence?

Ne proviendrait-elle pas de la période dans laquelle les malades ont été examinés?

M. Baillarger dit que l'inégalité des pupilles, pouvant se montrer au début, se présente surtout à une époque avancée; aussi, chez la plupart des malades soumis à notre examen, la paralysie est déjà ancienne. Or, par la nature de ses fonctions, qui consistent à présider à l'admission des aliénés, M. Lasègue ne les voit, le plus souvent, que dans le principe de leur affection, tandis que dans les asiles on les observe à tous les degrés.

Indépendamment de l'inégalité des pupilles, de leur dilatation, de leur constriction plus ou moins grande, il existe quelquefois des déformations, soit de un seul, soit de deux orifices pupillaires.

Chemin faisant notre attention a été également attirée sur d'autres points qui nous ont paru offrir quelque intérêt.

Nous avions cru remarquer chez les paralytiques généraux un grossissement notable du globe oculaire; craignant de céder à une première impression, souvent illusoire, nous avons entrepris des recherches pour nous assurer jusqu'à quel point cette remarque pouvait être fondée.

Sur 100 individus soumis à notre examen, une première catégorie comprend 40 malades, dont la convexité oculaire est exagérée ou qui ont, comme on dit, les yeux à fleur de tête; une deuxième, 26, dont la courbure est moins forte; enfin une troisième dont la saillie n'offre rien d'extraordinaire.

La couleur des yeux est variable suivant les sujets, et ne nous a présenté rien de caractéristique; dans plus du tiers des cas la sclérotique a offert une nuance très bleuâtre.

Parfois, les sourcils affectent une conformation bizarre: en général très marqués, presque toujours bien séparés aux extrémités internes, nous les avons trouvés dans 51 cas sur 100 abandonnant l'arcade vers la partie moyenne, pour se relever sur le front ou retomber sur les yeux, en frisant à la manière d'une moustache.

Souvent, rares et courts à la paupière inférieure, les cils comme cela a lieu dans la plupart des affections chroniques, ont été presque constamment longs à la paupière supérieure.

Nous ne chercherons point, comme on peut le prévoir, à tirer des inductions de ces faits; il nous suffira de les avoir mentionnés sachant que ce qui dans certaines circonstances n'intéresse que la curiosité peut dans d'autres, par l'acquisition de nouvelles lumières devenir d'une utilité pratique.

Le tableau suivant résume les données qui précèdent:

Yeux saillans	à convexité exagérée	40	66
	à courbure moins forte	26	
Yeux à convexité ordinaire			34
			100
Ouverture circulaire de la pupille	grande		26
	moyenne		56
	petite		18
			100
Orifice pupillaire	droit plus grand	24	58
	gauche plus grand	34	
	sans inégalité apparente		42
			100
Sourcils	abandonnant l'arcade		51
	ordinaires		49
			100

On voit donc que:

1° La convexité du globe oculaire existe dans les deux tiers des cas.

2° On observe une dilatation inégale des pupilles dans plus de la moitié.

3° Dans une moitié également des cas, les sourcils ne suivent pas la direction de l'arcade.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

RUPTURE TRAUMATIQUE DE L'INTESTIN GRÊLE, SANS TRACE DE LÉSION EXTÉRIEURE SUR L'ABDOMEN;

Par M. le docteur LAFORGUE, chirurgien-adjoint à l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

Il n'est pas rare d'observer, à la suite de contusions violentes sur l'abdomen, des ruptures du tube digestif, et j'aurais cru inutile de publier ce nouveau fait, s'il ne m'avait paru présenter quelques particularités qui méritent d'être signalées. Un autre motif qui m'a décidé à ne pas laisser passer inaperçu un fait dont plusieurs analogues sont rapportés par M. Jobert, dans son *Traité des maladies chirurgicales du canal intestinal*, c'est la lecture d'une observation de rupture spontanée de l'estomac, publiée dans l'UNION MÉDICALE (mars 1853, n° 28). Si je ne m'abuse, il serait possible de trouver, dans quelques-unes des lésions nécroscopiques observées chez mon malade, l'explication de la rupture consécutive de l'estomac dans le cas remarquable rapporté par l'habile chirurgien de Clermont. S'il en était ainsi, ce dernier cas, rentrerait dans la catégorie des ruptures secondaires par cause traumatique; mais je ne hasarde cette opinion qu'avec une grande réserve, car je ne me dissimule pas qu'elle n'est pas justifiée par la nature de la lésion pathologique telle que l'a constatée mon honorable confrère, dont j'apprécie trop le talent pour craindre que mon interprétation, basée, j'en conviens, sur un fait étranger, ne soit pas accueillie comme un élément propre à éclairer un point obscur d'anatomie pathologique.

Le 6 février 1853, le sieur Lavergne, âgé de 40 ans, employé à l'établissement du gaz, voulut traverser la chaussée pendant qu'un régiment d'artillerie défilait sur le boulevart Saint-Aubin. Un des chevaux tenus en laisse, derrière lesquels passait cet ouvrier, fit une ruade et lui lança un violent coup de pied. Lavergne fut renversé, et il accusa une vive douleur dans la région épigastrique. A l'examen du blessé, le chirurgien-major du régiment, qui s'était empressé de lui apporter du secours, constata qu'il n'existait sur le ventre ni sur aucune partie du corps, de trace de contusion; aussi, rassuré par cet examen, il crut pouvoir considérer cet accident comme de peu d'importance, et malgré les plaintes du blessé, il déclara que le coup de pied n'ayant atteint que légèrement le sieur Lavergne, la blessure serait probablement sans gravité. Cependant, le malade ne put se tenir sur son séant; apporté à son domicile, les souffrances augmentèrent rapidement d'intensité, et, dans la soirée, la région épigastrique et l'hypocondre droit devinrent très douloureux à la pression. Une forte application de sangsues ne produisit aucun soulagement, et les accidens prirent de la gravité; le blessé fut apporté le lendemain à l'Hôtel-Dieu.

A son arrivée, trente-six heures après l'événement, le malade présentait tous les symptômes d'une violente péritonite: refroidissement général, vomissemens bilieux, face grippée, ventre très douloureux, ballonné, pouls très petit, concentré; le malade accusait une forte douleur dans l'hypocondre droit; il n'existait nulle part, sur l'abdomen, d'ecchymose, ni la plus légère marque de contusion. J'annonçai aux élèves qui suivaient la clinique dont j'étais chargé dans ce moment, que ces symptômes indiquaient l'existence d'une péritonite traumatique consécutive à une rupture dont il n'était pas possible d'indiquer le siége, et que cette lésion était essentiellement mortelle. Malgré l'emploi à haute dose des onctions mercurielles sur le ventre, et de l'opium à l'intérieur, ce malheureux succomba le lendemain, cinquante-six heures après l'accident.

A l'autopsie, nous trouvâmes les altérations pathologiques qui caractérisent la péritonite générale sur-aiguë. L'estomac et le foie ne présentaient pas de lésion, et comme il n'y avait pas à la surface des intestins d'épanchement de matière intestinale, le liquide épanché étant de nature séro-purulente, on crut qu'il n'existait pas de rupture. Ayant fait relever l'épiploon épaissi et recouvert de pseudo-membranes, nous découvrîmes le colon transverse qui portait les marques d'une violente contusion. Toute sa partie médiane était le siége d'une ecchymose très épaisse, et dans le centre existait une plaque noirâtre, intéressant toute l'épaisseur des tuniques, et qui présentait les caractères de la mortification organique; mais il n'y avait pas de perforation. Nous continuâmes notre examen, et en écartant les unes des autres les anses de l'intestin grêle réunies par des adhérences molles et de récente formation, nous découvrîmes le siége de la lésion principale. Elle était placée sur une anse d'intestin grêle située immédiatement et en travers sur la colonne vertébrale. Autour de cette anse, et parfaitement limité par des adhérences, se trouvait un épanchement de matière liquide fournie par l'intestin, sur le bord libre duquel existait une ouverture arrondie, béante, à bords renversés en dehors, comme dans l'anus contre-nature, et ayant la gran-

deur d'une pièce de 2 francs. La perforation était située dans un point correspondant à la portion du colon qui portait les marques d'une forte contusion.

Le mécanisme d'après lequel s'est opérée cette rupture est trop connu pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Le coup de pied a porté brusquement sur la paroi abdominale qui, étant relâchée, a cédé, et il en est résulté que toute la violence du coup s'est transmise sur les intestins, qui ont été comprimés sur la colonne vertébrale. Le colon transverse a été fortement contusionné; mais étant plus superficiellement situé, il a résisté, tandis que l'intestin grêle, placé sur un plan solide, a supporté tout le choc et s'est rompu en éclatant, si l'on peut ainsi dire, sous une pression brusque et violente. Dans l'ouvrage si substantiel de M. Jobert, on trouve un fait de rupture de l'intestin produite par le même mécanisme, et dans lequel, quoique la cause contondante fût une roue de voiture, il n'existait pas de lésion sur la paroi antérieure de l'abdomen; dans ce cas, la rupture de l'intestin ne fut pas mortelle, et à l'autopsie du blessé, qui succomba deux mois après l'accident à une hémoptisie, on constata avec surprise que la perforation de l'intestin était bouchée par un tampon formé par l'épiploon adhérent. Ce fait remarquable, outre l'analogie qu'il présente sous le rapport du traumatisme avec celui que j'ai observé, est un exemple du travail réparateur qui s'opère quelquefois à la suite de ces ruptures qui ne sont pas toujours mortelles. Les adhérences qui se forment si rapidement dans les séreuses viscérales, peuvent avoir pour effet d'oblitérer l'ouverture intestinale, ou de s'opposer à l'épanchement des matières contenues dans le tube digestif.

Mais laissons de côté pour le moment la rupture et ses conséquences, occupons-nous d'une autre lésion que nous avons constatée chez notre malade, et dont il faut tenir compte pour établir le pronostic des contusions de l'abdomen. Cette lésion, c'est la mortification d'une portion du colon produite par l'action de la cause contondante. Supposons un instant qu'il n'y ait pas de perforation de l'intestin grêle chez Lavergne, et que la lésion soit bornée au colon transverse; si la péritonite ne s'était pas déclarée avec trop d'intensité, le blessé aurait survécu aux accidens primitifs, mais la mortification de l'intestin l'aurait exposé à des accidens consécutifs très graves par suite de la chute de l'escarre, résultat de la contusion. Si les adhérences avaient été organisées de manière à s'opposer à l'épanchement, le malade aurait pu résister à cette complication assez longtemps pour que les bords de l'ouverture de l'intestin pussent se cicatriser séparément, de manière à ne plus présenter, au bout de quelque temps, les traces de la lésion primitive. Mais dans cet état de réparation, le malade serait resté exposé à des accidens très graves, car, sous l'influence d'un effort ou d'un mouvement brusque, les adhérences auraient pu se rompre et la mort aurait été inévitablement la conséquence de cette nouvelle rupture.

Il résulte donc de ce fait pathologique, qu'il faut être très réservé dans le pronostic des contusions violentes des parois abdominales, même lorsqu'il n'existe à l'extérieur aucune trace de contusion, et que le blessé ne présente aucun signe de rupture ni de lésion organique; il est important de se rappeler que les ruptures du tube digestif, pour cause traumatique, peuvent être primitives ou secondaires; que les premières ne sont pas toujours mortelles à cause des adhérences qui s'opposent à l'épanchement, et des organes voisins qui oblitèrent mécaniquement la perforation; et que les secondes sont le résultat, soit de la chute d'une escarre, soit de la déchirure des adhérences, et peuvent se produire à une époque assez éloignée de l'accident et sous l'influence d'une cause étrangère à la lésion primitive, déterminée par la contusion.

ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE.

Monsieur le rédacteur,

Je viens d'être témoin d'une affection assez singulière, et qui, à cause de l'époque de son apparition, ne paraît pas avoir trouvé place dans le cadre des maladies convulsives des auteurs; je vous en envoie l'observation, que j'ai complétée par quelques détails sur ce qui s'est passé antérieurement à mon arrivée :

Mme M...; femme de la campagne, âgée de 30 ans, a toujours été d'une bonne santé. Tempérament sanguin. Mariée depuis trois ans, elle accoucha il y a dix jours pour la seconde fois d'un enfant à terme. Tout se passa comme à l'ordinaire. Au dire de la sage-femme qui l'assista, la délivrance fut facile; il n'y eut de notable qu'un écoulement de sang assez considérable. Les lochies coulaient bien, quand, le dixième jour qui suivit sa délivrance, à onze heures du matin, après avoir accusé un violent mal de tête, sur une des bosses coronales, elle fut prise de convulsions qui duraient depuis trois heures à peu près, quand je pus constater par moi-même l'état de cette femme.

Le bras gauche est agité par des secousses violentes, ainsi que le membre abdominal correspondant; le bras droit est en pronation forcée, le poing fermé; le pouce fléchi dans la face palmaire; point de secousses convulsives, mais des contractions sur place des muscles du bras et de l'avant-bras; mouvemens nuls du membre abdominal correspondant; point d'agitation de la face; paupières à demi-closes; pupilles très dilatées; face injectée, couverte de sueur; jugulaires gonflées; respiration bruyante, saccadée; pouls à 116, plein, développé; la bouche laisse écouler, à des intervalles assez éloignés, une salive spumeuse, teinte de sang. Au début de l'accès, nulle tendance au déplacement; immobilité du tronc et de la tête la plus complète; décubitus dorsal.

Cet état convulsif se renouvelle à des intervalles de demi-minute à une minute au plus et continue, sans aucune interruption, jusqu'au lendemain à six heures du matin, pour être remplacé par un état comateux. A ce moment, la face est moins injectée; la respiration est stertoreuse, ronflante; la sensibilité continue à être nulle; on peut pincer, piquer fortement la malade, sans qu'elle en ait conscience; les pupilles sont si contractées, que l'ouverture en est presque imperceptible.

Le coma s'est terminé à trois heures du soir par la mort.

Je ne crois pas que l'on puisse donner à cette affection un autre nom que celui d'*éclampsie puerpérale*; si je ne me suis pas trompé, et si vous croyez, comme moi, Monsieur le rédacteur, cette observation digne d'intéresser vos nombreux lecteurs, veuillez lui donner une place dans les colonnes de votre journal.

Agréez, etc.

E. Louis,
Docteur-médecin à Arcis-sur-Aube.

14 Mai 1853.

Dans l'observation qu'on vient de lire, on regrette de ne point trouver des renseignemens d'une grand importance, qui auraient ajouté à sa valeur. Ces renseignemens, notre honorable correspondant n'a pu nous les transmettre, puisqu'il n'a vu la malade que lorsqu'elle était déjà en proie aux convulsions qui ont causé sa mort.

Ainsi, rien ne nous éclaire sur les circonstances particulières de la première grossesse et du premier accouchement. Nous ne savons point quel a été l'état de santé de cette femme pendant sa seconde et dernière grossesse. Avait-elle présenté de l'œdème? Ses urines étaient-elles albumineuses, etc., etc.

Malgré cette absence de détails qui eussent été si utiles, nous n'hésitons pas à nous ranger de l'avis de notre confrère. C'était bien, en effet, un cas d'*éclampsie puerpérale*. La description qui précède présente des traits assez nombreux et assez tranchés, pour qu'il ne puisse y avoir de doute sur la question du diagnostic, et pour qu'une discussion à ce sujet soit ici parfaitement inutile.

Ce qui rend cette communication intéressante, c'est ce fait, savoir, que l'éclampsie a éclaté *dix jours après un accouchement naturel*. Il est évident que, dans ce cas, les phénomènes convulsifs n'ont pu reconnaître pour cause déterminante, ni l'état de grossesse proprement dit, ni la réplétion de l'utérus, ni les douleurs de la parturition, ni la résistance ou rigidité du col, etc., etc. Ce fait vient donc s'ajouter à tous ceux déjà connus qui semblent démontrer que l'accouchement, soit naturel, soit artificiel, est loin d'avoir, au point de vue des convulsions puerpérales, la valeur curative que beaucoup de praticiens lui accordent. G. R.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 Juin.—Présidence de M. de Jussieu.

Action chimique du perchlorure de fer sur les principes albumineux du sang.

M. Lallemand présente, au nom de M. Burin du Buisson, pharmacien à Lyon, un mémoire ayant pour titre : Étude de l'action chimique du perchlorure de fer, du perazotate et du persulfate de fer sur les principes albumineux du sang. (Comm. MM. Thénard et Dumas.)

Anévrysme traumatique de l'artère sous-clavière gauche, guéri par la cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc.

M. Lallemand présente au nom de M. Bonnet, de Lyon, une observation relative à un cas d'anévrysme traumatique de l'artère sous-clavière gauche, guéri par la cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc. (Voir le compte-rendu de la séance de la Société de chirurgie du 15 juin.)

Nouveau procédé pour l'amputation et la résection des os métacarpiens.

Enfin, le même membre présente un mémoire de M. Courty, chirurgien en chef de l'hôpital général de Montpellier, sur un nouveau procédé, pour l'amputation et la résection des os métacarpiens.

Ce procédé, dit M. Lallemand, consiste : 1° à mettre l'os malade à découvert, par une incision pratiquée sur le dos de la main; 2° à passer autour de l'os une aiguille courbe fixée sur un manche, comme celle de Deschamps, pour la ligature des artères; 3° à retirer en sens contraire, à l'aide de cette aiguille, une scie à chaînettes, dont l'action divise l'os en quelques mouvemens de va-et-vient. Le reste de l'opération se fait comme à l'ordinaire, par la méthode qu'on est convenu d'appeler ovalaire. Ce procédé a l'avantage d'opérer la section de l'os d'une manière plus rapide, plus facile, sans ébranlement et sans endommager les parties molles voisines; de permettre l'enlèvement de la portion d'os sciée, sans avoir besoin de diviser la paume de la main, où se trouvent des nerfs considérables, des vaisseaux volumineux anatomisés en arcades, et dont la ligature est toujours difficile entre les os métacarpiens du voisinage. Enfin, la paume de la main n'étant pas entamée, les désordres sont moindres, ainsi que la suppuration, la réaction et la fièvre; la marche de la guérison est par conséquent accélérée.

Ce procédé peut être appliqué, sans changement notable, aux os du métatarse aussi bien qu'à ceux du métacarpe. (Comm. MM. Lallemand et Velpeau.)

Sur un point de la théorie de la vision.

M. Szokalski adresse une note concernant des expériences qu'il a faites, dans le but de reconnaître *jusqu'à quel point l'œil peut reconnaître une déviation de la direction verticale ou de la direction horizontale dans l'espace.*

Dans ces expériences, qui étaient faites au moyen d'un fil noir, long de 1 mètre, se détachant sur un mur blanc, il a reconnu qu'il y avait, pour la délicatesse d'appréciation, des différences notables d'un individu à l'autre; ainsi, certaines personnes étaient sensibles à une déviation de la verticale, qui n'excédait pas un déplacement angulaire de plus de 15 minutes; chez d'autres, au contraire, il fallait une déviation double ou triple, pour qu'elles reconnaissent que la ligature était plus verticale.

Quelle que fût, au reste, la délicatesse d'appréciation chez les divers individus soumis à l'expérience, tous, pour arriver à former un jugement, se conduisaient de la même manière, exécutaient les mêmes mouvemens de la tête et arrivaient à la fixer dans une même position. Si, au lieu de tenir la tête dans cette position qu'ils prenaient comme instinctivement, ils la tenaient volontairement inclinée d'un côté, la délicatesse de leur appréciation en était sensiblement altérée, et tel qui, posé naturellement, reconnaissait une déviation de quinze minutes, n'apercevait pas, dans la position forcée, une déviation d'un degré.

L'auteur conclut de ces faits et de plusieurs autres qui sont exposés dans sa note, qu'on se ferait une idée très incomplète du sens de la vision et des connaissances qui nous arrivent par ce sens, si nous le réduisions à l'impression produite sur la rétine et au jugement porté sur cette sensation. C'est à la même conclusion, d'ailleurs, que conduisent déjà ses précédentes communications sur le mouvement de rotation des yeux autour de leur axe. (Comm. MM. Serres et Robinet.)

Action anesthésique du lycoperdon proteus.

M. Flourens, à l'occasion d'une pièce imprimée de la correspondance, entretient l'Académie d'expériences qui ont été faites par M. F. Gérard, dans le but d'observer l'action anesthésique attribuée à la fumée du *lycoperdon proteus*.

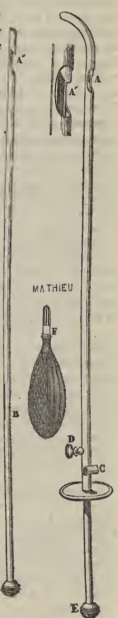
Je pris, dit l'auteur, des lycoperdons que j'avais récoltés l'automne dernier, j'en recueillis la substance, et je fis l'expérience avec une quantité de *capillitium*, mêlé de spores du poids de 12 grammes. Je plaçai cette substance, qui brûle à la manière de l'amadou, sur une mèche qui en entretient la combustion, et je me plongeai la tête tout entière dans la fumée pendant quinze minutes. L'âcreté de cette fumée m'incommoda d'abord, et me causa en premier lieu une légère irritation du pharynx..., puis j'eus quelques instans un coryza qui ne tarda pas à se dissiper..., puis un sentiment de cuisson dans les yeux, que je fus obligé de tenir fermés. Quant à l'engourdissement, il ne fut presque pas sensible.

Pendant l'inspiration de la fumée, je sortis de l'appareil improvisé dans lequel je m'étais placé, après la carbonisation de tout le *capillitium* et peu d'instans après je ressentis une vive douleur précordiale.... J'éprouvai de la pesanteur de tête et comme un serrement péricéphalique, qui était, du reste, sans douleur....; mes yeux, qui étaient devenus rouges, se fermaient involontairement, quoiqu'il n'y eût point de somnolence. Au bout de quatre heures, la tête redevint libre, mais le malaise persista environ six heures. Le lendemain, la conjonctive n'était plus rouge, mais il restait de l'irritation aux paupières....; je n'éprouvai pas la léthargie dont parle la *Gazette des hôpitaux*, qui dit que les animaux soumis à l'action de la fumée sont plongés dans un état d'insensibilité qui ressemble à la mort.

Je me suis assuré que les propriétés du *lycoperdon bovista* et du *L. excipulæ fermis* sont les mêmes que celles du *L. proteus*.

Sur l'excision des bourrelets du col de la vessie qui causent les rétentions d'urine.

M. Leroy-d'Étiolles lit un mémoire *sur les maladies de la prostate, et en particulier sur l'excision des bourrelets du col de la vessie qui causent les rétentions d'urine.*



Après avoir rappelé succinctement l'histoire des notions relatives aux altérations de la prostate, ce chirurgien fait observer qu'il y a trente ans, le traitement des rétentions d'urine indépendantes des rétrécissemens de l'urètre, considérées à tort comme le résultat d'une paralysie de la vessie, se bornait à la sonde laissée à demeure, et il ajoute que tous les autres moyens de traitement usités aujourd'hui, c'est-à-dire la dépression, l'incision, l'excision des bourrelets et tumeurs, la ligature de celles qui sont pédiculées ont été introduits par lui dans la chirurgie, et consignés dans sept mémoires lus ou présentés à l'Académie des sciences depuis 1829 jusqu'à ce jour. La présente communication de M. Leroy-d'Étiolles se rapporte à un perfectionnement du procédé de l'excision, qu'il a soumis à l'examen de l'Académie, séance du 10 avril 1837. L'instrument au moyen duquel il pratique cette opération est une sonde aplatie latéralement; sur l'un de ses bords existe une encoche profonde, dans laquelle s'engagent le bourrelet, la valvule ou la tumeur : une gouge en forme de bec de plume, allant et venant dans le tube, enlève toute la portion du tissu qui est en saillie dans l'encoche, et creuse ainsi une tranchée dans le bourrelet, qui forme une sorte de chaussée à la partie inférieure du col de la vessie produisant la rétention d'urine. (Voir la figure.)

M. Leroy-d'Étiolles dit avoir obtenu, par ce moyen, des guérisons dont la narration est jointe au mémoire.

(L'examen de ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Magendie, Velpeau et Lallemand.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 23 Mars 1853. — Présidence de M. BOUVIER.

Sommaire. — Réflexions sur l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde et observations par M. Barth. — Discussion : MM. Marrotte, Hardy, Becquerel.

M. BARTH : L'épidémie de fièvre typhoïde qui règne encore actuellement ayant présenté certains caractères particuliers, je demande la permission de signaler en quelques mots à la Société les résultats de mon observation, et de lui citer plusieurs faits qui me paraissent dignes de fixer son attention. Ce qui m'a surtout frappé dans l'épidémie actuelle, c'est la fréquence des hémorrhagies intestinales et l'abondance de l'éruption typhoïde, même dans les cas qui offraient le moins de gravité. J'ai observé fréquemment de la diphthérite qui se montrait très rebelle, et souvent aussi des parotides. Un de mes malades a été affecté d'une parotide double qui a déterminé la mort. Un autre, qui avait résisté à une fièvre typhoïde très grave, avec délire, stupeur, etc., et qui touchait à la convalescence, fut pris d'une douleur à l'épaule droite; bientôt apparut au-devant de l'articulation une tumeur molle et fluctuante. On ne pouvait pas méconnaître l'existence d'une collection de liquide; mais il restait à déterminer si elle communiquait avec l'articulation. La tumeur était nettement circonscrite, superficielle, et faisait une saillie considérable. Tenant compte de ces diverses circonstances, je crus devoir rejeter cette opinion, et je pensai qu'elle s'était développée dans une bourse muqueuse. M. Robert, que j'invitai à voir le malade, partagea mon avis. Il fit une ponction qui donna issue à un liquide ayant l'apparence d'une synovie très épaisse. L'ouverture fut bouchée exactement à l'aide du collodion, et il ne survint aucun accident. Peu de temps après, alors qu'il était encore en convalescence, le malade eut la varioloïde. Malgré ces accidens successifs, tout me fait espérer qu'il se rétablira complètement.

A peu près à la même époque, un jeune homme bien constitué, affecté également d'une fièvre typhoïde très intense, avec épistaxis abondantes; prostration, agitation, délire, ballonnement du ventre, hémorrhagies intestinales, fut pris tout à coup d'un frisson violent, au moment où son état s'était sensiblement amélioré; il n'existait alors ni diarrhée, ni douleurs abdominales; le pouls était à 96. L'exploration attentive des principaux organes ne fournit aucun signe qui pût faire soupçonner la cause de ce phénomène. Mais le surlendemain, l'articulation du coude gauche devint douloureuse, se tuméfia, et bientôt la fluctuation fut évidente. Dès lors, le frisson se trouvait expliqué, car on était en droit d'admettre qu'une collection de pus s'était faite dans cette articulation, et que le malade était sous l'influence d'une infection purulente. Mais quel avait été le point de départ de cette infection purulente? M. Robert, qui vit le malade, fut d'avis qu'on ne devait pas pratiquer l'ouverture du foyer purulent. Le malade ne tarda pas à succomber.

L'autopsie permit de constater les lésions suivantes : l'articulation du coude renfermait une notable quantité de pus. On trouva dans le foie trois noyaux d'induration ayant chacun la grosseur d'une noix, et assez analogue aux abcès métastatiques; seulement il n'existait pas de cavité au centre de ces noyaux, qui paraissaient formés d'une matière fibrineuse, creusée de nombreuses vacuoles; ces vacuoles étaient remplies d'un liquide purulent de couleur lie de vin. La rate était le siége d'altérations analogues; mais, dans ce viscère, les noyaux étaient déjà convertis en foyer purulent.

Ce fait est d'autant plus intéressant, que l'on n'observe jamais rien de semblable dans la fière typhoïde. Je crois que ces abcès provenaient de foyers hémorrhagiques passés à l'état de suppuration, et que les autres accidens ont été la conséquence de cette suppuration. Je ne les assimile donc pas tout à fait aux abcès métastatiques. Toutefois, si on voulait les considérer comme tels, ne pourrait-on pas admettre comme possible une phlébite des veines aboutissant aux ulcérations qui existaient dans l'intestin et le transport du pus dans le foie par l'intermédiaire des veines mésaraïques? Il ne m'a pas été permis de vérifier cette hypothèse, attendu qu'une partie seulement de la veine mésentérique avait été conservée : c'était celle qui était la plus voisine du foie. Il n'y avait là aucune trace de phlébite; la veine splénique ne présentait non plus aucune altération. Ainsi donc, je ne puis ni admettre, ni rejeter d'une manière absolue l'existence d'une phlébite. Néanmoins, je regarde l'opinion que j'ai émise ci-dessus et qui consiste à faire naître ces abcès de foyers hémorrhagiques, comme étant la plus probable. Ces épanchemens sanguins sont rares dans le foie; on les rencontre plus fréquemment dans la rate, et surtout dans les ganglions mésentériques. Lorsqu'ils s'effectuent dans un certain nombre de ganglions à la fois, ils peuvent être assez considérables pour que l'agglomération de ces ganglions forme une tumeur appréciable. J'ai observé un cas de cette nature dans le service de M. Chomel, alors que j'étais chef de clinique; la différence que j'ai signalée entre les altérations du foie et celles de la rate peut faire présumer que les abcès de la rate ont été primitifs, et que ceux du foie se sont développés consécutivement; le frisson aurait coïncidé avec l'infection générale et l'irruption du pus dans toute l'économie. J'ajouterai encore une remarque, c'est que les congestions et les épanchemens sanguins de la rate peuvent donner lieu à des indications thérapeutiques. Je me rappelle avoir vu, il y a quelques années, rue de Bièvre, un jeune homme atteint de fièvre typhoïde, qui accusait une douleur excessive dans la région de la rate; tous les calmans furent employés sans aucun résultat, tandis que le sulfate de quinine produisit un amendement très rapide. Il est donc utile de se rappeler l'influence que le sulfate de quinine exerce sur les congestions de la rate, et de ne pas négliger, en pareille circonstance, de recourir à son emploi.

M. MARROTTE a remarqué que l'épidémie n'avait pas présenté les mêmes caractères pendant toute sa durée. Dans les mois de janvier et de février, la forme adynamique prédominait; vers la fin de février, la forme catarrhale devint la plus fréquente; enfin, depuis trois semaines environ, les hémorrhagies intestinales s'observent plus souvent qu'à une époque antérieure. Il admet l'opinion de M. Barth sur les abcès de la rate et du foie, rencontrés chez le malade dont il vient de citer l'observation. Pour lui, ce sont aussi des épanchemens sanguins passés à l'état de suppuration. Chez un de ses malades qui avait eu des épistaxis abondantes et des hémorrhagies intestinales, il a trouvé des noyaux nombreux d'apoplexie pulmonaire. Enfin, il ajoute qu'il a vu se développer assez fréquemment des érysipèles chez les malades affectés de fièvre typhoïde.

M. HARDY n'a pas remarqué l'abondance des taches lenticulaires signalées par M. Barth, mais il a observé des cas assez nombreux de muguet. Bien que le muguet secondaire donne lieu, comme on le sait, à un pronostic fort grave, plusieurs malades ont guéri. Il cite l'observation d'une femme convalescente d'une fièvre typhoïde grave, qui fut prise tout à coup d'un frisson violent; ce frisson se reproduisit le lendemain à la même heure; et la peau prit une teinte ictérique très prononcée. Comme la région du foie était tuméfiée et douloureuse, on crut à une suppuration profonde de cet organe. La mort survint le huitième jour; elle avait été précédée de l'apparition d'un érysipèle peu étendu. On trouva dans le foie trois kystes hydatiques; l'un de ces kystes contenait du pus. Ce fait, selon M. Hardy, viendrait à l'appui de celui cité par M. Barth, et tendrait à démontrer que dans l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde, la suppuration s'établit avec facilité.

M. BARTH répond que, d'après ses observations, il se croit autorisé à soutenir que même, dans les cas légers, les taches sont plus nombreuses que dans les autres épidémies. Eu égard aux variations de l'épidémie qui viennent d'être signalées par M. Marrotte, il avoue que ce fait ne l'a pas frappé, qu'au contraire, il a vu, depuis le commencement de l'épidémie, les formes ataxique, adynamique, pectorale, abdominale, exister simultanément, et varier selon les individus.

M. BECQUEREL pense que l'épidémie actuelle serait une occasion favorable pour étudier, et peut-être même pour résoudre la question de contagion, si chacun voulait apporter les faits qu'il a pu recueillir pour ou contre. Sans vouloir préjuger cette grave question, il cite le fait suivant : Dans une pension, une jeune fille qui couchait dans un dortoir de douze lits, fut prise de fièvre typhoïde. Elle ne quitta le dortoir qu'au bout de plusieurs jours, et huit de ses compagnes furent affectées successivement de la fièvre typhoïde. Trente-huit pensionnaires habitaient d'autres dortoirs : sur ces trente-huit, trois seulement eurent la fièvre typhoïde. M. Becquerel reconnaît que ce fait ne permet ni d'affirmer, ni de nier la contagion; il a voulu seulement soulever cette question, n'ayant pas les documens nécessaires pour la résoudre.

Le secrétaire, Ch. LÉGER.

PRESSE MÉDICALE.

Bulletin général de thérapeutique. — 1er Trimestre de 1853.

Note sur les bons effets du lait dans l'empoisonnement par la noix vomique; par M. le docteur GORRÉ (de Boulogne-sur-Mer).

Le fait rapporté par M. Gorré est d'autant plus digne d'intérêt, que l'efficacité du lait est généralement peu connue dans les empoisonnemens de ce genre, et que c'est là un contre-poison que l'on a véritablement partout sous la main. Voici ce fait : Un domestique, après s'être enivré et encore sous le coup, probablement, des fumées alcooliques, avala, en une seule fois, 15 pilules d'extrait de noix vomique, chacune de 5 centigrammes; puis il se mit au lit. Une demi-heure après, M. Gorré le trouva en proie à d'affreuses tortures, la face exprimant la souffrance, les yeux hagards, incapable d'articuler une parole et de donner par conséquent des renseignemens; mais la rigidité de la mâchoire et celle des membres indiquaient bien évidemment la nature de l'empoisonnement. Sans perdre de temps, M. Gorré introduisit, à grand'peine, le doigt entre les arcades dentaires convulsivement rapprochées et provoqua un vomissement qui amena l'expulsion de quelques détritus pilulaires, puis trouvant du lait sous sa main, il lui en fit boire à de courts intervalles, de grandes tasses pleines, qu'il avala avec avidité. Deux litres de lait furent ainsi administrés dans l'espace de deux heures. L'estomac, distendu outre mesure, se débarrassa de temps en temps par régurgitation des énormes quantités de liquide qu'il était forcé d'admettre. Encouragé par la diminution des accidens, M. Gorré insista sur le lait pour toute médication. Il eut tout lieu de s'en applaudir; car sous son influence, il vit peu à peu s'éloigner et enfin disparaître les dangers qui compromettaient la vie de cet homme.

Un mot sur une forme d'ulcères particuliers aux gencives; Par M. BAUCHET.

On rencontre souvent dans les hôpitaux, plus souvent encore dans la clientèle privée, des personnes qui souffrent depuis des semaines et même des mois, de certains points des gencives. Si l'on explore la cavité buccale, on remarque au niveau du collet d'une ou de plusieurs dents, dans un point d'habitude bien limité, un petit liseré gris, une espèce d'ulcération qui tend à décoller la gencive. C'est une sorte de diphtérite, de phlegmasie couenneuse, à laquelle a bientôt succédé une petite ulcération, qui ne cède guère qu'à l'emploi des styptiques énergiques ou à la cautérisation. Relativement à son siége, ce petit ulcère peut débuter, comme l'a fait remarquer M. Velpeau, par des points divers; ainsi à la face externe des gencives, près de son bord libre, ou bien par son bord libre ou par ces deux points à la fois; dans ces cas, la poudre d'alun, appliquée avec soin sur la surface ulcérée, tous les deux jours, souvent trois ou quatre fois de suite, réussit bien. Mais quand l'ulcère débute par le bord libre de la gencive, au niveau des alvéoles, qu'il gagne la face profonde de la gencive ou bien qu'il n'occupe que ce dernier point, les douleurs sont plus vives, la gencive est un peu boursoufflée, la dent est comme déchaussée, et quand on veut toucher à ce point, la souffrance est quelquefois très aiguë. Dans ces cas, M. Velpeau emploie avec succès le crayon de nitrate d'argent, taillé en pointe assez déliée, qu'il insinue dans la petite excavation et avec lequel il en cautérise toute l'étendue. A l'aide de ce traitement, les petits ulcères marchent vers la cicatrisation, et au bout de huit ou dix jours, rarement plus longtemps, les malades sont complètement débarrassés de cette fâcheuse altération des gencives.

Considérations pratiques sur les médications composées; par M. le docteur DEVERGIE, médecin de l'hôpital St-Louis.

Sous ce nom, M. Devergie désigne des médications dans lesquelles il fait entrer plusieurs élémens médicamenteux, qui tous concourent à un but commun, tout en agissant isolément en raison de leur nature propre. M. Devergie fait connaître plusieurs exemples de ces médications composées, dont il s'est parfaitement trouvé.

Dans les éruptions simples secondaires de la syphilis, il se borne à administrer la tisane sudorifique, l'iodure de potassium et le sublimé associé à l'opium. A cet effet, il fait préparer une solution de 10 grammes d'iodure de potassium pour 500 grammes d'eau, dont il fait mettre une cuillerée à bouche dans une tasse de tisane sudorifique, prise le matin et le soir. Une heure après, il fait prendre au malade le sublimé à l'état pilulaire, associé à l'extrait de gaïac (0,20) et à l'opium (0,012), chaque pilule contenant de 4 à 6 milligrammes de sublimé, suivant l'âge et la force du malade.

S'agit-il d'une forme syphilitique scrofuleuse, M. Devergie donne l'huile de foie de morue, de 1 à 4 cuillerées par jour, associée à une cuillerée de vin de gentiane, préalablement à un verre de tisane additionnée d'une cuillerée à bouche d'un sirop mercuriel et ioduré. Le sujet est-il débilité, il fait prendre des pilules ferrugineuses dans le cours de la journée, et il fait boire de l'eau ferrugineuse aux repas.

Enfin, dans les accidens tertiaires de la syphilis, où les os sont malades, M. Devergie joint l'arsenic à ces préparations, en faisant prendre dans un julep ou dans un verre d'eau sucrée de la solution de Fowler, depuis une goutte pour le premier jour, jusqu'à huit à dix gouttes par jour, entre le déjeuner et le dîner; de sorte que le malade prend matin et soir d'abord une cuillerée à bouche d'huile de foie de morue, dose qui peut aller jusqu'à deux le matin et deux le soir; immédiatement après un verre de tisane sudorifique, additionnée d'une cuillerée à bouche de sirop d'iodure de potassium et de mercure; dans la journée, un julep arsénical, et aux repas, du fer réduit par l'hydrogène, ou de l'eau additionnée de 30 centigrammes de tartrate de fer, et rougie de vin.

Ces médicamens composés se prêtent merveilleusement au traitement de la scrofule et des maladies de la peau à forme scrofuleuse. Ainsi dans la scrofule, M. Devergie ne donne jamais l'huile de foie de morue sans vin de gentiane et sans sirop d'iodure de fer, le tout battu ensemble, mélangé, après lequel il fait prendre une tasse de tisane de houblon et de décoction de feuilles de noyer. Souvent aussi, il introduit dans la composition du sirop d'iodure de fer qu'il fait préparer à cet effet et temporairement une certaine quantité d'iode libre et d'iodure de potassium, 5 à 10 centig. d'iode pour 500 grammes de sirop, et 6 à 8 grammes d'iodure de potassium pour la même dose.

En terminant, M. Devergie fait remarquer que chaque médicament, recommandé contre la scrofule ou la syphilis, a une efficacité réelle, mais limitée, quand on le donne isolément. Pourquoi donc ne pas les grouper, les réunir, les doser de manière à ne pas nuire; afin d'obtenir un effet multiple, alors qu'il s'agit d'accidens secondaires et tertiaires, ou de degrés divers de formes scrofuleuses qui se rattachent toujours à une date fort ancienne? Ne peut-on pas dire de la scrofule et des maladies cutanées qu'elles sont simples ou constitutionnelles, secondaires ou tertiaires?

COURRIER.

TRIBUNAL. — Nous apprenons avec une grande satisfaction que, sur l'appel interjeté par MM. Triquet et Masson, du jugement qui les condamnait à 50 fr. d'amende pour cause d'imprudence dans un cas d'administration du chloroforme, suivi de mort, la Cour impériale de Paris a rendu l'arrêt suivant :

« Considérant que l'instruction et les débats ne révèlent de la part de Triquet et de Masson aucun fait d'imprudence, de négligence, d'inattention, de défaut de précaution ou d'inobservation des règles de l'art dans l'application du chloroforme par eux faite à Breton, sur la demande de celui-ci, et pour une opération qui en motivait l'emploi;

» Met l'appellation et le jugement dont est appel au néant, émendant, renvoie Triquet et Masson des fins de la prévention, sans dépens. »

NÉCROLOGIE. — La science et l'enseignement viennent de faire une grande perte par la mort de M. Adrien de Jussieu, membre et président actuel de l'Académie des sciences, professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle, etc. Les obsèques de ce savant célèbre ont été célébrées aujourd'hui, au milieu d'une foule considérable de savans et d'amis du défunt.

— Nous apprenons à l'instant la mort très regrettable et bien inattendue de M. le docteur Pravaz, de Lyon.

NOMINATION. — Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 17 juin, M. Le Cœur, docteur en médecine et docteur en chirurgie, professeur-adjoint à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est nommé professeur de matière médicale à ladite École, en remplacement de M. Raisin, décédé.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 79. SEPTIÈME ANNÉE. **Mardi 5 Juillet 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois............. 17
3 Mois............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 4 JUILLET 1853.

DU DÉPLACEMENT DE LA MORTALITÉ SOUS L'INFLUENCE DE LA VACCINE.

Un sentiment d'impartialité que tout le monde comprendra nous engage à insérer la lettre suivante, que nous avons reçue de M. Carnot, en réponse à un article qui a paru ces jours derniers dans l'UNION MÉDICALE. Dès lors que nous parlions des *Bienfaits de la vaccine*, il était tout naturel que M. Carnot, qui regarde ce moyen prophylactique comme le présent le plus funeste qu'on ait pu faire aux populations, que M. Carnot, dont la vaccine est devenue le *delenda Carthago*, prît la parole pour contester ce que nous disions de favorable à ce moyen. Le moment n'est pas venu de discuter à fond les idées de M. Carnot : qu'il se rassure, toutefois, il a soulevé une question trop grave pour l'avenir de la vaccine, pour que, dans un temps très prochain, cette question ne soit pas complètement examinée dans le sein de nos Académies, et, pour notre part, nous ne déserterons pas le combat. Mais dès aujourd'hui, nous protestons contre cette manière de grouper et d'interpréter les chiffres, qui consiste à leur faire dire ou à peu près ce que l'on désire.

Au risque d'être rangé par M. Carnot parmi les *myopes* et les *hommes peu sérieux*, nous répondrons tout franchement à ce savant mathématicien qu'il se trompe fort s'il croit avoir prouvé *mathématiquement* que *la mort prélève aujourd'hui sur la jeunesse, sous des noms inconnus au* XVIII*e siècle, le tribut que la petite-vérole imposait alors à l'enfance*, et d'autre part que *la découverte de la vaccine n'a pas été étrangère à ce résultat déplorable*. M. le baron Ch. Dupin a fait justice, il y a plus de quatre ans, de l'erreur évidente de raisonnement commise à cet égard par M. Carnot (*séance de l'Académie des sciences* du *4 décembre 1848*). Mais puisque ce savant mathématicien, dans la lettre qu'il nous adresse, a mis en parallèle deux départemens de la France dans lesquels la vaccination rencontre un accueil fort différent, le département de la Côte-d'Or et celui de l'Aveyron, si le premier de ces départemens voit diminuer le nombre des naissances relativement aux mariages, qui augmentent, et aux décès, qui restent stationnaires ou à peu près, nous lui demanderons s'il est bien sûr que cela tient à la diffusion plus grande de la vaccine, au rétablissement de l'équilibre des décès par des maladies nouvelles, ou plus largement funestes qu'autrefois. Nombre d'autres causes ne pourraient-elles pas être invoquées? Par exemple, ne pourrait-on pas supposer que dans le département de la Côte-d'Or, un des départemens les plus éclairés et les plus florissans de la France, les habitans connaissent la loi de Malthus, tranchons le mot, n'obéissent pas aussi aveuglément à leurs instincts génésiques que dans un pays pauvre et peu éclairé, comme le département de l'Aveyron, dans lequel les enfans constituent plutôt une richesse qu'une condition de misère et d'apauvrissement.

Nous le répétons en finissant, nous ne voulons pas, aujourd'hui, discuter à fond avec M. Carnot la question qu'il a soulevée. Nous choisirons notre heure et notre terrain; seulement nous conservons, jusqu'à preuve ultérieure, notre conviction relativement aux bienfaits de la vaccine, et nous faisons des vœux pour que les gouvernemens persévèrent dans les encouragemens qui en ont assuré la diffusion; car la vaccine, indépendamment du nombre considérable de vies épargnées, a rendu aux populations l'immense service de diminuer la proportion des aveugles, des sourds et des infirmes de toute espèce que la variole produisait chaque année.

F. ARAN.

Voici maintenant la lettre de M. Carnot :

Monsieur le rédacteur,

L'UNION MÉDICALE du 25 de ce mois contient un article qui est rédigé de manière à faire croire aux lecteurs que je conteste l'immunité produite par la vaccine; dès lors, au lieu de mériter l'attention des savans, mes travaux ne seraient que le rêve d'une imagination en délire, car il n'est pas de fait mieux prouvé que la préservation produite par le vaccin. Tous les hommes instruits savent que, sur 1,000 décès généraux, on comptait à Paris, au XVIIIe siècle, 86 décès dus à la petite-vérole, et il suffirait d'ouvrir l'*Annuaire du bureau des longitudes*, pour s'assurer qu'en 1851, le rapport n'est plus que de 14 sur 1,000. Toutefois, il est essentiel de remarquer que, sur les 86 morts du XVIIIe siècle, 3 seulement avaient dépassé l'âge de 20 ans; tandis que, sur les 14 morts du XIXe siècle, 7 sont compris entre 20 et 55 ans; de là, Monsieur, résulte la conclusion suivante :

Le nombre des MAJEURS *enlevés par la petite-vérole a augmenté, depuis l'introduction de la vaccine, dans le rapport de 3 à 7; tandis que le nombre des* MINEURS *a diminué des onze-douzièmes.*

Mais ce n'est là, Monsieur, qu'une minime considération dans une question aussi grave que celle que j'ai soulevée, en 1848, devant l'Académie des sciences; il est seulement permis de conclure que si « *la mort prélève aujourd'hui sur la jeunessse, sous des noms inconnus au* XVIIIe *siècle, le tribut que la petite-vérole imposait alors à l'enfance*, » la découverte de la vaccine n'a pas été étrangère à ce résultat déplorable.

Or, je ne me suis pas borné, Monsieur, à signaler en ces termes précis la révolution formidable qui s'est opérée en Europe depuis cinquante ans; mais j'ai entouré CE FAIT capital d'une lumière mathématique tellement vive, que je l'ai rendu aussi clair que le jour, et mis parfaitement à l'abri de toute négation *sérieuse*. Tel est, en ce moment, l'état des choses.

Remontant ensuite, Monsieur, des effets à la cause indiquée par la *date* de cette révolution, désirant m'assurer de la valeur réelle que pouvait avoir une *présomption* chronologique, avant d'attaquer de front une découverte soutenue par toutes les Sociétés savantes, patronée par tous les gouvernemens, j'ai mis en parallèle deux départemens de la France, complètement opposés dans leur conduite à l'égard de la vaccine; si je les ai choisis entre tous, c'est parce que l'Académie de médecine les avait elle-même signalés plusieurs fois, dans ses rapports annuels, à l'attention du gouvernement. (*Rapports sur les vaccinations de* 1824, *de* 1836, *de* 1850, etc., etc.)

« La part d'influence que la vaccine exerce sur la population, dit le » rapport de 1836, peut être *spécialement étudiée* dans le départe- » ment de la CÔTE-D'OR. Dans ce département, la concordance des » vaccinations avec les naissances est un problème *qui continue à être* » *pleinement résolu.* »

« M. le préfet de l'AVEYRON, dit le rapport de 1850, à qui l'Acadé- » mie a transmis ses justes plaintes, n'a pas dissimulé que les médecins » n'avaient pas pris la peine de relever leurs vaccinations, ce qui fait » croire que *la vaccine est assez négligée dans ce département.* »

Comme vous le voyez, Monsieur, les termes de comparaison sont parfaitement indiqués par l'Académie de médecine. C'est relativement à la population que l'influence de la vaccine doit être *spécialement* étudiée dans le département de la Côte-d'Or. C'est aussi ce que j'ai fait, et le tableau suivant présente un parallèle instructif :

Termes de comparaison.	Côte-d'Or.	Aveyron.
1. Population recensée en 1841. . .	393.316	375.083
2. Population recensée en 1851. . .	400.297	394.183
3. Accroissement en dix ans.	6.981	19.100
4. Naissances de 1839 à 1848. . . .	96.331	113.477
5. Décès id. id.	87.614	86.562
6. Différence des naissances aux décès en dix ans.	8.717	26.915

Les deux lignes (3 et 6) s'accordent pour démontrer, par deux procédés différens, que, de 1840 à 1850, l'accroissement de la population

Feuilleton.

RAPPORT

DE LA COMMISSION CHARGÉE DE L'EXAMEN DE LA DEMANDE

Formée par la Société des Crèches,

A l'effet d'être reconnue comme Établissement d'utilité publique.

Séance du 26 Mai 1853.

Commissaires : MM. le comte Lepeletier d'Aunay, le marquis de Pastoret, Monod, Varin, et Ségalas, rapporteur.

Messieurs,

Sur la demande de M. le Ministre de l'intérieur, M. le Préfet de la Seine a invité, le 8 janvier dernier, M. le Directeur de l'Assistance publique à vous consulter sur la question de savoir s'il y a lieu de reconnaître la Société des Crèches comme établissement d'utilité publique. M. le Directeur vous a présenté, à ce sujet, le 31 mars, un Mémoire, où rappelant l'histoire des Crèches, il expose leur état actuel dans le département de la Seine, d'après un Rapport de M. l'Inspecteur Vée, et vous propose d'émettre l'avis qu'il n'y a pas lieu de procéder à la à la reconnaissance sollicitée. Vous avez tout aussitôt chargé une Commission spéciale de vous faire un Rapport sur la question à résoudre. Cette Commission, composée de MM. le marquis de Pastoret, le comte de Lepeletier d'Aunay, Monod, Varin et Ségalas, s'est réunie à plusieurs reprises; elle a pris connaissance des diverses pièces du dossier, considéré la question sous ses différens points de vue, et formulé, *à l'unanimité*, un avis que j'aurai l'honneur de vous soumettre en son nom.

Messieurs, la question dont il s'agit n'est pas nouvelle pour vous; elle vous a été déjà posée peu de temps après votre propre constitution, et vous l'avez résolue négativement une première fois, dans votre séance du 27 décembre 1849. Résolue, à la même époque, dans le même sens, par la Commission municipale, elle a été soumise plus tard au Conseil d'État, et là, elle a été renvoyée à la section de l'intérieur. Celle-ci a pensé qu'en raison du temps qui s'est écoulé depuis que la Commission municipale et le Conseil de surveillance ont émis leur avis, il y a lieu de provoquer un nouvel examen de la part de l'un et de l'autre de ces corps, qui ont dans cet intervalle, subi des modifications considérables dans leur personnel.

Voilà pourquoi, Messieurs, vous êtes appelés à vous occuper une seconde fois de cette question qui, fort importante en elle-même, sous bien des rapports et surtout au point de vue des pauvres petits êtres qu'elle concerne, acquiert, s'il est possible, un plus haut degré d'intérêt encore par celui que lui porte le Chef de l'État, d'après ce passage suivant de la lettre de M. le Ministre à M. le Préfet : « Je ne dois pas » vous laisser ignorer, dit la lettre ministérielle, que l'Empereur porte » le plus vif intérêt à l'institution des Crèches, qu'il considère comme » propre à apporter de grands soulagemens aux charges de famille de la » classe ouvrière, et qu'il désire que l'existence de cette œuvre soit » promptement régularisée. »

Votre Commission s'est occupée tout d'abord de savoir si les conditions actuelles des Crèches sont bien différentes de celles où se trouvaient ces Etablissemens, lorsque le Conseil de surveillance a émis un premier avis à leur égard. Elle pouvait, pour cela, se borner à consulter le Rapport aussi méthodique que consciencieux que M. Vée vient de faire sur les Crèches du département de la Seine, après les avoir toutes visitées dans les plus grands détails; et à comparer les renseignemens qu'il fournit, d'un côté avec ceux que le même inspecteur avait consignés dans son Rapport de 1829 sur les 14 Crèches qui existaient alors, et de l'autre, avec les faits mis en lumière par notre collègue, de regrettable mémoire, M. le comte Hector Lepeletier d'Aunay, dans le travail qui a déterminé la décision du Conseil. La Commission ne s'est pas contentée de ces données et de bien d'autres qui lui sont arrivées par des voies diverses; elle a fait faire, par un de ses membres, une visite générale de toutes les Crèches, soit de Paris, soit de la banlieue, et c'est après une étude particulière de chacune d'elles, après de mûres réflexions sur leur ensemble, qu'elle vient vous exprimer sa manière de voir au sujet de la question dont vous êtes saisis.

Faisons remarquer avant tout que la Crèche, telle qu'elle existe aujourd'hui, est loin d'être une institution aussi nouvelle qu'on pourrait le croire à lire certaines publications.

M. l'abbé Coquereau, dans un discours spirituel et chaleureux prononcé à la dernière séance publique de la Société des Crèches, s'écrie : « C'est une mère qui a dû rêver la Crèche; ce fut l'effort intelligent d'un » homme chrétien qui la réalisa. » Nous dirons, nous, c'est une mère qui a, non rêvé, mais créé la Crèche, c'est une mère qui, la première, l'a fondée avec ses propres deniers, et cette mère est celle d'un des membres de votre Commission, c'est Mme la marquise de Pastoret.

On peut voir dans les Annales de la Charité, livraison du 30 avril 1846, dans quelle circonstance, à l'aspect de quel tableau émouvant, Mme de Pastoret, en allant visiter une pauvre femme en couches, conçut l'idée du nouvel établissement. « Rentrée chez elle, raconte M. de Falloux, Mme de Pastoret n'hésita point, dans la mise à l'œuvre des » pensées qui étaient venues l'assaillir, et elle réalisa immédiatement » ce que sa fortune lui permettait de tenter.

» Une maison fut louée près de Saint-Philippe-du-Roule, à l'angle de » la rue Verte, et douze enfans du quartier y furent reçus sous la sur- » veillance d'une sœur de charité, nommée sœur *Françoise*, qui » demeura 30 ans à la tête de cette petite famille et contribua puissam- » ment à lui donner l'essor. »

Ajoutons que l'une des Crèches actuelles, celle de Saint-Sulpice est présidée par Mme la baronne Dubois, la digne compagne de notre honorable et bien-aimé collègue, M. le professeur Dubois, et l'on ne nous accusera pas, nous nous plaisons à le croire, quelle que soit d'ailleurs la décision du Conseil, d'avoir délibéré sous l'influence d'un sentiment de malveillance ou d'opposition pour les Crèches.

Déjà, en 1849, lorsque vous avez émis un premier avis sur la question, vous aviez parmi vous, comme vice-président, un homme dont les sympathies pour les Crèches ne sont pas douteuses, M. Dupin aîné. Le

a été *trois fois* plus considérable dans le département où l'on ne vaccine presque personne, que dans celui où l'on vaccine tout le monde!... Dans tous les deux, le chiffre des décès est à peu près le même, mais celui des naissances est de beaucoup inférieur dans la Côte-d'Or, quoique le nombre des mariages y soit beaucoup plus considérable!... Tel est l'effet produit par la mortalité de la population *féconde*, dans un département où BUFFON estimait, après des recherches faites dans les bailliages de SEMUR et de SAULIEU, de 1765 à 1774, que le rapport *moyen* des naissances aux mariages était de 5 enfans 3/4! Trois lignes de chiffres en diront d'ailleurs, à cet égard, plus que de longs discours. (ANNUAIRES.)

Termes de comparaison.	Côte-d'Or.	Aveyron.
1. Rapport des naissances aux mariages (année 1820)...........	4 enf. 1/2	4 enf. 1/2
2. Rapport des naissances aux mariages (année 1850)..........	2 enf. 4/5	4 enf. »
3. Perte en trente ans..........	1 enf. 7/10	» enf. 1/3

Je crois, Monsieur, inutile d'en dire davantage, pour montrer que l'introduction de la vaccine dans un pays n'est pas un BIENFAIT, et que mieux vaut, pour une population, s'en remettre à la Providence, aidée des lumières de la médecine, que d'avoir recours à un empirisme aveugle. La vaccine s'est universalisée dans la Côte-d'Or *par la persuasion;* nous voyons aujourd'hui les résultats de son emploi : quand le Parlement britannique l'aura imposée *par la violence*, les suites n'en seront certainement pas plus avantageuses pour la nation anglaise!..

« Si la vaccine ne faisait que mettre une maladie à la place d'une » autre; si elle reportait sur la jeunesse la dette de l'enfance, il fau» drait la repousser comme le plus funeste présent qui ait jamais été » fait aux hommes! »

Voilà ce qu'a écrit l'Académie de médecine dans son rapport de 1850; donc, je ne suis séparé d'elle que par la différence du présent au conditionnel.

J'espère, Monsieur le rédacteur, que vous consentirez à donner place à cette lettre dans l'un de vos prochains numéros. Votre honorable caractère m'est garant que vous ne me refuserez pas cette justice; je vous prie d'agréer à l'avance mes remercîmens empressés, ainsi que l'assurance de ma haute considération.

Hector CARNOT,
Ancien officier d'artillerie

Paris, 26 juin 1853.

PATHOLOGIE.

RECHERCHES SUR LES MORTS SUBITES DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL;

Par le dr Alfred H. MAC CLINTOCK,
ancien médecin-adjoint de l'hôpital d'accouchemens de Dublin.

(Voir l'UNION MÉDICALE des 23 et 30 Juin 1853.)

Dans un premier travail, je me suis occupé de la mort subite qui survient dans l'état puerpéral, par asphyxie idiopathique, par syncope, par ébranlement nerveux, par impressions morales, et par pénétration de l'air dans le système circulatoire à travers les sinus utérins. Relativement à cette dernière cause, il me semble pourtant qu'il y a quelques réserves à faire. Avant de regarder la simple présence de l'air dans le cœur et dans la veine cave comme la preuve de la pénétration de l'air dans les sinus utérins et comme la cause de la mort, il faudrait d'abord savoir si l'air ne peut pas être rencontré dans ces mêmes points, sans qu'on puisse lui rapporter la mort du sujet. Or, je tiens de M. Henry Kennedy que, dans plusieurs autopsies, il a trouvé de l'air dans le cœur et dans les veines caves, sans qu'on pût établir de connexion entre ce phénomène et la production de la mort. D'un autre côté, M. Devergie a noté le développement de gaz dans les artères et dans les veines, comme un produit de putréfaction commençante, et, comme on sait, M. Ollivier, d'Angers, a fait connaître quelques faits dans lesquels la génération spontanée de gaz dans le système circulatoire, et son accumulation dans les cavités droites auraient été, suivant lui, la cause de la mort. Plus récemment, même, M. Durand-Fardel a communiqué à l'Académie de médecine un fait du même genre. Il suit de là que, sans qu'on puisse nier d'une manière absolue la possibilité de la mort subite par suite de l'introduction de l'air dans les sinus utérins, les faits sur lesquels M. Cormack a voulu baser cette théorie ne reposent pas sur des bases irréfragables et que, dans l'état actuel de mes connaissances, il faut poser en principe que, *par elle-même*, la présence de l'air dans le cœur d'une femme morte subitement dans l'état puerpéral, ne saurait être considérée comme une preuve suffisante de la pénétration de l'air dans les sinus utérins, et de son influence funeste.

Les causes qu'il me reste à passer en revue et qui portent surtout leur action sur les femmes récemment accouchées sont nombreuses, et je n'ai pas la prétention de les décrire toutes. Parlons d'abord de la *coagulation du sang dans le cœur*.

C'est M. le professeur Meigs, de Philadelphie, qui a émis le premier cette opinion, qu'une femme qui a perdu beaucoup de sang pendant le travail, est susceptible de succomber quelques jours après, à la formation d'un caillot dans le cœur, si une syncope se produit chez elle par une cause quelconque. Voici l'explication qu'il en donne : « C'est un fait bien connu, » dit-il, que la coagulabilité du sang augmente à mesure que » marche une hémorrhagie; par conséquent, chez une femme » qui a perdu, dans le travail, de 40 à 80 onces de sang, le » sang qui lui reste est plus coagulable qu'il l'était avant le » commencement de l'hémorrhagie. De même, la syncope est » le résultat de l'afflux trop peu considérable du sang vers le » cerveau; et une femme qui vient d'avoir une perte, éprouve » une sensation de défaillance qui est due à la diminution de » distension vasculaire de l'encéphale. Que, dans ces circons» tances, elle se lève debout, la distension diminue instanta» nément, par suite de la pesanteur. Mais, et c'est là qu'est le » danger, si la syncope se prolonge, le sang, devenu forte» ment coagulable et circulant à peine dans le cœur, s'y con» crète, et lorsque la défaillance cesse, il y a un caillot formé » dans le cœur et dans les artères, qui convertit la syncope » en une mort définitive. »

La mort par syncope est, bien certainement, celle que l'on a le plus à redouter après les hémorrhagies; mais, comme on le voit, M. Meigs signale une autre et non moins formidable source de danger, et à l'appui, il rapporte deux faits dans lesquels l'altération fut reconnue pendant la vie et retrouvée après la mort. A la vérité, la mort ne fut, dans ces deux cas, ni subite, ni inattendue; mais il est probable qu'elle pourrait l'être, ainsi que semble en témoigner un fait communiqué à la Société obstétricale d'Édimbourg, par le docteur Keith.

OBSERVATION I. — Au mois de novembre 1850, ce médecin fut appelé pour accoucher une dame, enceinte pour la première fois. Elle mit au monde deux jumeaux, après un travail assez fatiguant, qui nécessita l'application du forceps pour le premier enfant et la traction par les pieds pour le second. La malade avait été accouchée avec le chloroforme et maintenue pendant 13 heures sous l'influence de cet agent anesthésique. A la suite de l'expulsion du placenta, il y eut une abondante hémorrhagie qui s'arrêta, heureusement, par la contraction de l'utérus. Néanmoins, la malade resta en syncope pendant un certain temps. Jusqu'au cinquième jour, tout parut aller bien, surtout relativement à des accidens aussi graves. Les suites de couche marchèrent naturellement. La malade avait du lait, bien qu'en petite quantité; elle mangeait avec appétit, et, à part une douleur assez vive qu'elle avait ressentie le deuxième jour à la partie inférieure de la région lombaire, elle ne se plaignait de douleur nulle part. Cependant, il y avait un certain degré d'inquiétude, et la malade éprouvait une sensation indéfinie de malaise, qu'elle ne savait à quoi rapporter. Le pouls était un peu plus serré et plus petit que d'ordinaire. Dans la matinée du cinquième jour, la garde annonça à M. Keith que la malade avait passé une bonne nuit et qu'elle désirait manger de la perdrix à son dîner. M. Keith fut frappé de la faiblesse et de la fréquence du pouls et chargea la garde de le faire appeler s'il survenait quelque chose de particulier. Effectivement, deux heures après on l'envoya chercher. Pendant son absence, M. Duncan fut appelé et la trouva sans pouls, la face cyanosée, la respiration très gênée, mourante enfin. L'administration d'une grande quantité de champagne et d'eau-de-vie parut la ranimer; mais le pouls ne reparut pas à la radiale, et quelques heures après elle s'éteignait. L'autopsie montra un abondant épanchement séreux dans le péritoine, avec de fausses membranes molles et récentes à la surface de l'intestin, sans aucune inflammation de l'utérus. Les cavités droites du cœur étaient distendues par une grande quantité de fibrine décolorée et offrant une assez grande consistance dans l'oreillette, dans un point particulier où il y avait adhérence entre ce caillot et la paroi auriculaire.

J'ai rapporté ce cas, tout en reconnaissant qu'il est susceptible d'une double interprétation, par le fait même de l'existence de la péritonite. Néanmoins, je ne puis me résoudre à considérer ce cas, avec M. Simpson, comme une de ces péritonites puerpérales ordinaires, dans lesquelles les symptômes habituels ont été moins marqués que d'habitude. Il y a, cependant, je le reconnais, difficulté à fournir les preuves de la mort rapide dans l'état puerpéral, par la formation de caillots dans le cœur, mais je ne crois pas qu'on puisse en mettre en doute la possibilité. Que doit-on penser maintenant de l'*obstruction de l'artère pulmonaire*, cette affection à laquelle M. Paget a rattaché, comme on sait, un certain nombre de morts subites. Sur les 15 faits rassemblés par ce médecin, 7 malades sont morts subitement (1). Il était naturel de penser que des faits de ce genre devaient pouvoir se produire dans l'état puerpéral. C'est ce que démontre l'observation suivante :

OBSERVATION II. — Une dame délicate, âgée de 34 ans, fut délivrée par M. Havers de son second enfant, après un travail naturel et facile. L'expulsion de l'arrière-faix présenta quelques difficultés, et fut suivie d'une hémorrhagie si soudaine et si violente, qu'elle mit sa vie en danger. Ceci se passait le 18 août, et les choses marchèrent favorablement jusqu'au 23, où M. Havers remarqua de l'agitation, de la pâleur jaunâtre de la face, un peu d'égarement des yeux qui étaient fort brillans, de l'incohérence et de l'agitation dans les manières. La malade disait avoir passé une mauvaise nuit, avoir eu des palpitations et de la gêne au creux de l'estomac, qu'elle attribuait à la distension des seins. Langue légèrement chargée. Pouls vif et faible. Ces symptômes parurent céder à un purgatif, et tout alla bien jusqu'au 30 août. Depuis quelque temps, la malade s'asseyait tous les jours sur un sofa. Ce jour-là, cette dame se trouvait en très bonne disposition, avait déjeuné de bon appétit et de bonne heure; elle dit à la garde qu'elle se trouvait si bien, qu'elle s'habillerait elle-même; mais pendant qu'elle s'habillait, elle retomba sur son lit. La garde accourut auprès d'elle, remarqua un peu d'écume à la bouche et de légères convulsions de la face. Elle prononça quelques mots d'une voix faible, se coucha sur le dos et expira. Tout cela s'était accompli en quelques minutes. M. Paget assista à l'autopsie, qui fut pratiquée quarante-huit heures après la mort. A l'exception d'une cicatrice d'un ancien abcès au sommet du poumon droit et de l'état particu-

(1) Notre honorable confrère et Gérant, M. le docteur Richelot, a consigné un bel exemple de ce genre de mort dans le *Bulletin de la Société médico-pratique de Paris*, année 1845. (*Note du traducteur.*)

---

grand orateur avait présidé lui-même la séance d'inauguration de la Société des Crèches, en 1847, et y avait prononcé un discours où on lit le passage non équivoque que voici : « La Crèche n'est pas seulement » un secours à l'enfance, c'est un secours à la mère vertueuse, à la » famille honnête et indigente. La Crèche est l'auxiliaire de la mater» nité : on n'enlève pas l'enfant à sa mère, on le lui emprunte, pour la » seconder, la suppléer, tranquilliser son cœur et son esprit, pendant » qu'elle vaquera elle-même au soin de gagner sa vie par le travail. »

Recommander à la charité privée une œuvre que l'on croit devoir être utile, s'efforcer de la faire prospérer par les moyens ordinaires ou déclarer qu'il convient de la reconnaître comme une institution d'utilité publique, sont deux choses bien distinctes, bien différentes.

En 1849, quinze Crèches étaient établies à Paris; l'une d'elles, la Crèche primitive, le modèle de toutes les autres, celle de Chaillot, consacrée par Monseigneur Affre, était momentanément fermée. Cette année, lors de la visite de M. Vée, trois nouvelles Crèches avaient été établies, et celle de Chaillot était rouverte; mais une des nouvelles Crèches était fermée. Il restait dix-sept Crèches ouvertes.

En outre, sept Crèches avaient été établies dans la banlieue.

En 1849, il y avait 274 enfans dans les Crèches de Paris; en 1853, 460, c'est-à-dire, 186 de plus.

En ajoutant à ceux-ci 84 enfans que M. Vée a comptés dans les Crèches de la banlieue, on a un total de 544 enfans pour le département de la Seine : ou près du double de ceux qui existaient dans les Crèches de Paris en 1849.

Les Crèches ont donc augmenté en nombre et en population; mais certainement dans une proportion moindre que celle à laquelle on s'attendait dans les premières années de leur création, à en juger par ce qu'on lit dans le bulletin de ces établissemens. En 1847, un membre du Conseil d'Administration de la Société des Crèches, M. Baligot de Beyne, rendant compte de l'inauguration de la Crèche Saint-Ambroise, faite la veille, montrait la Crèche pénétrant partout, faisant partout de rapides progrès; d'abord dans toute la France, puis en Belgique, en Suède, en Danemarck, en Russie, en Italie, en Orient, aux Antilles et jusque dans les États-Unis, où les enfans pauvres de la ville de Washington étaient déjà bercés à la vapeur.

« Ainsi, disait M. Baligot de Beyne, après trois ans seulement d'exis» tence, la Crèche a fait le tour du monde; Paris, qui a eu l'honneur de » la fonder, comptait 17 Crèches dans son sein, et hier nous inaugurions » la 18e. »

Il résulterait, de là, qu'en 1847 les Crèches de Paris étaient en nombre plus grand qu'en 1849, époque à laquelle M. Vée les a comptées pour la première fois, et qu'aujourd'hui encore leur nombre serait exactement le même qu'il y a 6 ans.

Pour nous, à côté d'une augmentation réelle constatée dans le nombre et la population des Crèches, comparativement à 1849, nous devons faire remarquer une importante modification subie par ces établissemens. Institués d'abord pour venir principalement au secours des mères-nourrices, et dans le but de leur laisser la faculté de se livrer à leur travail habituel, ils sont peuplés aujourd'hui, en très grande majorité, d'enfans sevrés, et c'est à peine si, sur les 544 enfans comptés dans les Crèches, 188 étaient allaités. A la Crèche Saint-Philippe-du-Roule, quand M. Vée a été la visiter, le 12 février dernier, sur 18 enfans présens il n'existait que 2 nourrissons, 16 étaient sevrés, et une berceuse amusait une douzaine de ceux-ci, en les faisant marcher au pas, au son d'un petit tambour.

Voulez-vous encore une preuve plus frappante de la modification subie par les Crèches? Lisez le premier article de leurs statuts : il porte textuellement que la Crèche est fondée *pour les petits enfans pauvres âgés de moins de 2 ans, dont les mères travaillent hors de leur domicile* (1). Parcourez maintenant le rapport annuel de 1852, sur la Crèche de Saint-Louis-d'Antin, de cette Crèche par excellence, présidée par le principal propagateur des Crèches, par M. Marbeau; vous ne tarderez pas à remarquer que sur 880 enfans, reçus en 8 années, il y en avait 140 dont l'âge était supérieur à celui fixé par les statuts pour l'admissibilité, savoir : 52 de 2 ans, 80 de 2 ans et demi, et 8 de 3 ans; et que, parmi les mères, 12 étaient concierges et occupées chez elles, sans obligation d'aller gagner leur vie hors de leur domicile. Désirez-vous plus encore? visitez cette même Crèche de Saint-Louis d'Antin, vous y trouverez un enfant de 5 ans (1).

Si, comme c'est extrêmement probable, cette modification continue son cours, les Crèches, où la moyenne des enfans présens est de 27 à Paris et de 12 à la banlieue, ne seront plus que des espèces de Garderies en grand, ou, si l'on préfère, de petits Asiles pour la première enfance.

Du reste, Crèches, Garderies ou Asiles, peu importe, si ces établissemens sont réellement utiles, et ils le sont, à nos yeux, dans certaines limites; mais ils ont un grand inconvénient qui les rend, pour longtemps encore, peu applicables aux quartiers qui en auraient le plus besoin, aux quartiers pauvres; c'est de coûter fort cher : la moyenne de la journée est toujours de 50 à 75 c. pour chaque enfant, tandis que la moyenne du salaire du travail d'une femme, à Paris, n'est que de 75 c. par jour.

On comprend sans peine qu'à ce point de vue, M. l'abbé Coquereau ait pu dire : *Les ennemis des Crèches, ce sont les budgets* (2). Seulement il eût été juste d'ajouter que les budgets auxquels il est fait allusion se montraient ennemis généreux, puisque chaque année les Commissions municipale et départementale votaient des encouragemens pour les Crèches, comme pour les autres établissemens de la charité privée; et surtout de ne pas donner à entendre tout le contraire, en prédisant : *Qu'un jour viendra où la ville pensera aux Crèches.* La ville et le département y ont pensé à bien des reprises, et c'est à tort qu'on les accuse.

(*La fin à un prochain numéro.*)

(1) *Des Crèches, ou moyen de diminuer la misère en augmentant la population*, par M. F. Marbeau. — 3e édition, 1845, page 63.

(1) Inspection des Crèches du département de la Seine. — Rapports partiels, par M. Vée.

(2) Septième séance annuelle de la Société des Crèches, 5 avril 1853.

lier du cœur qui va être indiqué, tous les organes furent trouvés sains. Le cœur était pâle et aminci, surtout le ventricule droit, qui contenait un peu de sang noir. Chacune des artères pulmonaires contenait un caillot sanguin, qui en oblitérait presque complètement le calibre. Les principaux caillots avaient un pouce et quart de long; ils étaient moulés et solides, et dans certains points adhérens aux parois des vaisseaux. En suivant les divisions des artères, on trouva, jusque dans les plus petites ramifications, de nombreux caillots plus petits, mais présentant exactement les mêmes caractères. (*Medical Times and Gazette*, fév. 1852.)

La formation de ces caillots dans l'artère pulmonaire remontait-elle à deux jours avant la mort, comme le présume M. Paget? C'est ce que je n'essaierai pas de déterminer. Toujours est-il que si l'on admet avec M. Paget que cette coagulation du sang dans l'artère pulmonaire tient à une altération particulière du sang, on sera tout disposé à croire que cette lésion doit jouer un rôle plus important qu'on ne le suppose dans la production des morts subites dans l'état puerpéral. C'est ainsi, par exemple, que l'on pourrait se rendre compte de la mortalité à la suite de la phlébite, dans la *phlegmatia alba dolens*, par exemple. — Un fait semblable s'est passé récemment dans la Cité. Une dame avait été affecté d'une *phlegmatia alba dolens* assez grave. Les symptômes aigus avaient été combattus par un traitement convenable, et les choses paraissaient marcher d'une manière favorable, lorsqu'en voulant aller à la garderobe, en l'absence de la garde, elle avait un peu de diarrhée, elle tomba par terre, et avant qu'on eut pu appeler du secours, elle était morte. La déduction pratique à tirer de ce qui précède, c'est qu'on doit recommander aux personnes qui ont été affectées de phlébite utérine ou crurale, de ne pas se lever ni de se livrer à aucun exercice que d'une manière graduelle, et encore lorsque la convalescence est parfaitement établie.

(*La fin au prochain numéro.*)

OBSERVATION ET RÉFLEXIONS A PROPROS DE L'ASTHME THYMIQUE;

Par M. Ernest BARTHEZ, médecin des hôpitaux.

(Communications faites à la Société médicale des hôpitaux de Paris, dans la séance du 13 avril 1853.)

Il y a peu d'années seulement que l'on s'occupe, en France, de la maladie décrite par les Allemands sous le nom d'asthme thymique ou d'asthme de Kopp; et par les Anglais, sous celui *laringismus stridulus*. Ceux d'entre nous qui ont eu l'occasion d'observer cette maladie s'accordent aujourd'hui presque tous à la considérer comme une affection convulsive des muscles de la respiration, et, en conséquence à lui donner le nom de convulsion interne. J'adopte entièrement cette opinion tant qu'il s'agit de cette espèce de spasme convulsif et suffocant qui s'accompagne habituellement de contracture ou d'éclampsie, et qui se montre presque exclusivement à l'époque de la dentition, c'est-à-dire chez les enfans âgés de six mois à deux ans. A cet âge, en effet, je crois avec MM. Valleix, Trousseau, Hérard, Duclos, etc. Que l'asthme thymique n'existe pas. Mais je ne suis pas tout-à-fait convaincu qu'il en soit ainsi lorsqu'il s'agit des enfans nouveau-nés. Je crois qu'un certain nombre d'enfans naissent avec les signes d'une compression exercée au niveau de la partie supérieure du thorax, signes qui varient suivant l'organe sur lequel porte de préférence la compression, signes qui se rapprochent sous quelques rapports de ceux de la convulsion interne.

Dans plusieurs cas j'ai observé ces symptômes isolés et bien qu'il m'ait toujours paru qu'ils devaient être attribués à une seule cause, je n'ai pas eu l'occasion d'établir, par les recherches anatomiques quelle était cette cause.

Il y a quelques mois, j'ai rencontré chez l'un de mes enfans, la réunion de la plupart de ces symptômes, et ce fait, bien qu'heureusement terminé par la guérison, m'a paru assez probant pour être invoqué à l'appui de cette opinion qu'il existe en réalité un asthme thymique, non encore décrit.

Voici cette observation :

L'enfant du sexe masculin, est venu à terme, après un accouchement prompt et assez facile, sauf un temps d'arrêt au passage externe. Au moment de la naissance il avait une coloration générale un peu violette, assez peu intense pour qu'on n'ait pas jugé convenable de laisser saigner le cordon. Le cri était fort et prolongé; mais il avait un timbre grave et sonore tout particulier. Au bout de peu d'instants, comme on tenait l'enfant couché sur le dos, sa respiration parut s'embarrasser, sa figure devint violette; il restait la bouche ouverte presque sans respirer. On enleva quelques mucosités qui obstruaient le pharynx, on releva l'enfant et sa respiration se rétablit.

Somme toute, lorsqu'on l'habilla il était d'une couleur rose foncé, avait le corps gras et ferme : la figure était en proportion plus volumineuse que le reste du corps et bouffie. L'enfant était d'ailleurs tranquille, dormait bien, criait fort peu et avalait facilement de l'eau sucrée.

Dans la journée je crus m'apercevoir d'un peu de difficulté dans la respiration, qui devenait légèrement bruyante aux deux temps, avec coloration plus foncée de la figure toutes les fois que le décubitus était dorsal.

Les deux nuits suivantes et le jour intermédiaire ne présentèrent que peu de phénomènes différens, L'enfant était tranquille, dormait beaucoup, criait peu, prenait le sein assez facilement, et toutes ses fonctions s'exécutaient bien. Cependant sa figure et ses mains restaient très bouffies, et d'une coloration plus foncée que le tronc et les extrémités inférieures, qui étaient d'un rose clair et naturel. En outre il survint, à de rares intervalles, une inspiration sifflante et aiguë, mais longue et unique, l'expiration restant insonore ou quelquefois un peu bruyante. Ces phénomènes étaient tous plus tranchés lorsque l'enfant était étendu sur le dos.

Au commencement du troisième jour, ces légers symptômes s'accrurent et allèrent en s'aggravant pendant toute cette journée et la suivante. Alors l'enfant ne put plus téter; dès qu'on le mettait au sein, il se retirait, jetait la tête en arrière, devenant violet foncé et ouvrant la bouche très grande; puis il poussait des cris qui étaient immédiatement suivis d'inspirations sifflantes aiguës, grêles, un peu moins longues qu'elles n'étaient les jours précédens, assez brusquement arrêtées et séparées par une expiration insonore ou légèrement stertoreuse; quelquefois les inspirations sifflantes se succédaient au nombre de deux ou trois sans expirations intermédiaires, et, dans deux ou trois des crises les plus fortes, l'œil gauche fut porté convulsivement en haut et en dehors. Plusieurs fois, comme on insistait maladroitement pour le faire téter, il y eut quelques momens pendant lesquels la respiration était tout-à-fait suspendue. Alors l'enfant restait la bouche ouverte, la tête portée en arrière; le visage se gonflait et se colorait, puis venaient les cris suivis des inspirations. D'autres phénomènes accompagnaient les précédens. Ainsi, soit pendant le sommeil, soit à la fin des crises de suffocation, que la face fût ou non violette, on entendait souvent un stertor sec, ronflant à l'inspiration et à l'expiration, diminutif de celui qui existe dans les cas de compression de la trachée ou des grosses bronches. Il durait quelques minutes et se représentait fréquemment.

A partir de ce moment, et pendant quelques jours, il fut tout-à-fait impossible de donner à téter et même de laisser l'enfant couché sur le dos ou sur le côté. On devait le tenir presqu'assis, et il ne pouvait boire quelques cuillerées d'eau laiteuse que dans cette position; il était placé dans son lit sur un plan incliné presque vertical; mais il dormait fort peu et il fallait presque toujours le tenir dans les bras. Il supportait assez bien le décubitus ventral; c'était seulement dans cette position qu'il pouvait être couché horizontalement.

En outre il était impossible d'exercer aucune compression sur le ventre. Il fallut enlever la bande qui maintenait l'ombilic. A la moindre pression exercée sur l'abdomen, l'enfant s'agitait, poussait des cris et était pris d'une crise. Il fallait le changer sans l'incliner et presque sans le mouvoir. Toute cause de contrariété amenait immédiatement des cris suivis de suffocation.

Le quatrième jour de la naissance, je donne une cuillerée à café de sirop d'ipécacuanha, suivie après cinq quarts d'heure de vomissemens glaireux assez abondans et d'une selle bien digérée. A la suite il y a un sommeil assez tranquille. Le soir je répète la prise de sirop, qui est suivie des mêmes effets. En outre j'administre 0,10 d'oxyde de zinc dans les vingt-quatre heures, et je fais des frictions sur la poitrine avec la pommade d'iodure de potassium additionnée d'extrait de belladone; enfin un bain de dix minutes est donné.

Dès le jour même je puis constater une amélioration légère dans tous les symptômes. Outre le sommeil tranquille, qui a lieu à deux reprises, les accès de suffocation sont moins longs et moins violens; dans leur intervalle il y a un hoquet fréquent. La figure est amincie par le bas, mais les paupières, le front et les mains sont toujours infiltrée et bleuâtres. L'auscultation et la percussion du cœur et de la poitrine ne donnent que des symptômes négatifs. Cependant il semble que la percussion indique une légère diminution de sonorité au-dessous de la fourchette sternale (1). Le cou n'est pas gonflé, la glande thyroïde n'est pas volumineuse.

Jusqu'au septième jour les symptômes allèrent en diminuant; les crises étaient moins longues, moins fréquentes et moins intenses, et même le sixième et le septième jour il n'y en eut pas. La figure et les mains étaient dégonflées et ne conservaient plus que quelques sugillations violettes. Les fonctions s'exécutaient bien. L'enfant buvait au biberon avec assez d'avidité, mais il préférait la cuiller, il ne pouvait pas encore prendre le sein, parce qu'il était indispensable de le tenir constamment dans le décubitus vertical.

Le traitement (sauf le vomitif) avait été continué jusque-là; mais le septième jour on le suspendit; et la nuit suivante les accidens se montrèrent de nouveau, moins intenses que dans l'origine, mais avec les mêmes caractères. La reprise du traitement (oxyde de zinc; pommade iodée et belladonée; bains) fut suivie d'une amélioration rapide, et le onzième jour les accès avaient de nouveau disparu.

A ce moment l'enfant dort presque constamment d'un sommeil tranquille; sa figure est rosée, naturelle, complètement débouffie. Lorsqu'il est éveillé, il promène ses yeux de côté et d'autre, bâille de temps à autre, ne jette pas un cri et paraît être tout à fait à son aise; il peut rester couché sans souffrir ni témoigner d'impatience. Depuis deux jours déjà il a pu prendre le sein, et il tète avec avidité; mais quelquefois il avale de travers, et alors il a une crise très atténuée et très courte. De temps à autre aussi il a un peu de hoquet, et à longs intervalles une inspiration sifflante et prolongée.

De nouveau on se relâche de la rigueur du traitement, en même temps que l'on diminue l'alimentation par le biberon pour donner le sein presque exclusivement. Un peu de constipation en est la suite; et le douzième jour les accidens se montrent de nouveau et plus intenses qu'à la rechute précédente. La bouffissure de la face reparaît avec coloration rouge terne plus foncée; le décubitus horizontal est de nouveau impossible; la respiration est courte et souvent stertoreuse; le hoquet et les accès d'inspirations sifflantes après les cris se font entendre assez fréquemment.

Une cuillerée à café d'huiles d'amandes douces n'ayant pas amené de gardesrobe douze heures après son administration, une seconde détermina quatre à cinq selles, après trente-six heures de constipation absolue. Depuis ce moment les accidens diminuent d'intensité et s'éloignent, puis, à des intervalles irréguliers, se montrent de nouveau et cèdent dès qu'on fait prendre un peu de sirop d'ipécacuanha. Pendant ce temps l'enfant se développe et se fortifie; son corps est gras et assez ferme; la peau est devenue très blanche, d'une manière égale sur toutes les parties du corps. A partir du vingt-cinquième jour après la naissance, il n'y eut plus de crises. Cependant, assez souvent après les cris et au moment où l'enfant commence à téter, l'inspiration est sifflante, le sifflement est tantôt court et répété, tantôt prolongé et unique; mais nullement convulsif. Peu à peu ces symptômes euxmêmes s'évanouissent, et au moment actuel l'enfant, âgé de quatre mois, n'en présente plus de traces; il a même eu un catarrhe trachéobronchique qui a duré une douzaine de jours, qui a déterminé une pâleur anémique et de l'amaigrissement promptement disparus, mais sous l'influence duquel aucun des accidens primitifs ne s'est montré de nouveau.

Remarques. — Les symptômes qui me frappent dans cette observation sont principalement : la bouffissure et la coloration violette bornées à la face et aux membres supérieurs; l'augmentation ou la disparition de ce dernier phénomène, suivant la position de l'enfant; le stertor à l'inspiration et à l'expiration; la suspension momentanée de la respiration; l'inspiration sifflante; le hoquet; la convulsion des yeux.

Plusieurs de ces symptômes prouvent l'existence d'une cause de compression située à la partie inférieure du cou et supérieure de la poitrine. J'ajoute que cette compression peut rendre compte de la plupart des phénomènes suivant l'organe sur lequel elle s'est exercée.

La bouffissure et la coloration violette exactement limitées à la face et aux membres supérieurs, sont, non seulement une preuve irréfragable de l'existence d'une compression, mais aussi elles démontrent qu'elle était exercée sur la veine cave supérieure, au-dessus et en dehors du cœur.

Le respiration stertoreuse, c'est-à-dire l'espèce de ronchus grave perçu à l'inspiration et à l'expiration, démontre l'existence d'un obstacle direct opposé au passage de l'air dans la trachée ou dans les grosses bronches. Les arceaux cartilagineux sont si peu résistans à cet âge, que l'on peut peut-être expliquer aussi par leur compression l'embarras de la respiration, et même sa suspension momentanée.

Ces symptômes peuvent, il est vrai, résulter de la présence de mucosités dans le tube aérien; mais leur apparition exclusivement après les cris ou pendant le décubitus dorsal, lorsque la figure devenait violette, prouve qu'il faut les rattacher à la même cause que les autres phénomènes. On sait, d'ailleurs, qu'un stertor analogue peut se faire entendre dans les cas où les ganglions bronchiques hypertrophiés compriment le tube aérien. On peut varier d'opinion sur la cause de ce bruit et l'attribuer à la compression exercée plutôt sur les nerfs que sur la trachée et les bronches; mais il est impossible de nier l'existence de la compression.

C'est aussi par la lésion des nerfs que l'on peut expliquer la sonorité du cri et son timbre spécial au moment de la naissance, aussi bien que le sifflement inspiratoire aigu, à peu près pareil à celui du spasme de la glotte, mais moins saccadé et moins convulsif. On peut peut-être croire, avec les docteurs H. Ley et Hourmann, que la compression des nerfs a eu pour résultat la paralysie des muscles dilatateurs de la glotte plutôt que le spasme des muscles constricteurs. Il suffit, en effet, que les muscles dilatateurs cessent de se contracter pour que le courant de l'air inspiré rapproche les lèvres de la glotte et produise le sifflement.

Est-ce à dire cependant qu'il n'y ait eu là rien de spasmodique? Le hoquet qui prouve le spasme du diaphragme, la convulsion des yeux, l'apnée si commune dans la convulsion interne, et qui indique la contracture des muscles respirateurs, l'influence si évidente des antispasmodiques, sont, sans doute, des raisons de croire à l'existence de cette dernière affection. Cependant le hoquet est si commun en dehors de toute convulsion générale, que son existence n'implique pas celle d'une affection convulsive; la convulsion des yeux, bornée à un strabisme divergent et momentané, peut bien être expliquée par la congestion céphalique; et, enfin, l'apnée peut résulter de la même cause que l'inspiration sifflante et non convulsive. Quoi qu'il en soit, si l'on veut voir dans ces symptômes quelque chose de spasmodique, il peut paraître rationnel d'éliminer toute idée d'affection convulsive générale, et d'admettre un spasme local, c'est-à-dire déterminé par la même lésion organique qui a produit tous les autres symptômes.

En effet, si cette inspiration sifflante avait le même timbre que celle qui caractérise la convulsion du larynx et du diaphragme, elle en différait en ce qu'elle était moins prolongée, et en ce qu'elle n'avait pas ce caractère saccadé qui indique l'éclampsie du diaphragme.

En tout cas, ce sifflement spasmodique ou paralytique était le résultat d'une lésion locale. Cette lésion elle-même, quelle était-elle? L'intégrité des bruits respiratoires et cardiaques ne permet pas de supposer que l'altération siégeait dans le poumon ou dans le cœur. D'ailleurs, les limites si précises de la bouffissure et de la coloration violette mettent hors de cause l'organe central de la circulation. Nous ne pouvons donc pas croire à la persistance du trou de Botal, ni au mélange du sang artériel et veineux.

Une tumeur siégeant au bas du cou ou à la partie supérieure de la poitrine est la seule lésion à l'existence de laquelle il me paraisse permis de penser; et cette tumeur ne peut guère être constituée que par l'hypertrophie du corps thyroïde, des ganglions bronchiques ou du thymus.

Le premier de ces organes n'était pas volumineux; il a suffi d'examiner le cou pour s'en assurer. L'hypertrophie aiguë des ganglions bronchiques rendait compte d'une bonne partie des phénomènes qui sont, en effet, ceux que nous avons indiqués, M. Rilliet et moi, comme étant la conséquence de la phthisie bronchique. Mais rien ne prouve ni n'explique le développement anormal de ces ganglions, que nous n'avons jamais trouvés volumineux chez l'enfant nouveau-né. L'apparition immédiate des accidens graves sous l'influence de tout retard de la circulation supérieure, et leur disparition rapide dans les circonstances opposées indiquaient dans la tumeur un changement très rapide de volume auquel ne se prêtent pas les ganglions lymphatiques. Aussi il est plus rationnel d'expliquer les symptômes par le gonflement d'un organe spongieux, comme le thymus, qui, sous l'influence d'une stase sanguine, peut augmenter ou diminuer rapidement de volume. On comprendra très bien l'effet que je veux indiquer ici, si l'on se rappelle le gonflement momentané du corps thyroïde produit par les cris et les efforts chez quelques personnes qui ont cet organe habituellement volumineux.

Tous les phénomènes peuvent être ainsi facilement compris. Le thymus trop volumineux, parcouru par des veines de gros calibre, susceptible de s'accroître et de diminuer rapidement, s'appuie sur la veine cave supérieure, sur la trachée et les grosses bronches et touche aux nerfs pneumo-gastriques. D'autre part, le décubitus horizontal et dorsal, les cris, la compression du ventre, la constipation même, ont pour effet de retarder le cours du sang dans la veine cave supérieure, de congestionner tous les organes dont les veines déversent le sang dans ce vaisseau principal. De là l'augmentation momentanée du volume du thymus qui, devenant lui-même un agent de compression de la veine, déterminait les symptômes effrayans que j'ai décrits.

(1) Nous n'insistons pas sur ce symptôme, et parce qu'il a été douteux, et parce que l'état normal sous ce rapport n'a encore été suffisamment décrit par aucun auteur.

Ainsi se trouvent parfaitement expliquées la nécessité du décubitus vertical, la possibilité du décubitus ventral, l'influence favorable des vomitifs, des purgatifs et des fondans.

Toute position qui permettait au sang de revenir facilement au cœur était celle que devait préférer l'enfant. Les évacuans facilitaient aussi le mouvement de la circulation ; et l'iodure de potassium activait la résolution naturelle de la glande. Les antispasmodiques ont aussi paru avoir une action utile, notamment lors de la première rechute, où ils furent presque seuls employés ; et cette action est peut-être une des meilleures preuves que l'on puisse invoquer à l'appui de cette opinion qu'une partie des phénomènes était de nature convulsive.

Quoi qu'il en soit, ce fait me semble indiquer que la maladie connue sous le nom d'*asthme thymique* n'est peut-être pas aussi chimérique que l'ont dit quelques pathologistes. Il faut seulement ne pas la confondre avec la convulsion interne, qui s'en rapproche par quelques symptômes; l'une appartient aux enfans naissans, l'autre se montre à l'âge où l'on observe toutes les espèces de convulsions.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 15 Juin 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

Coup de feu ayant traversé la partie supérieure du tibia, à 2 centimètres de l'articulation. — Accidens graves et multipliés. — Extraction des esquilles, — Guérison.

M. BONNAFONT, chirurgien principal à l'hôpital du Gros-Caillou, présente un sous-officier qui reçut, aux affaires de décembre, 1851 un coup de feu à la partie supérieure de la jambe droite ; la balle avait traversé de part en part le tibia, à trois centimètres environ de l'articulation du genou. Des accidens graves ne tardèrent pas à paraître à côté de l'articulation, qui donnèrent des craintes sérieuses pour les jours du blessé. Combattus avec succès par son prédécesseur, M. Goffler, tous ces accidens se limitèrent à la plaie qui acquit peu à peu un caractère fâcheux : ainsi, l'os se tuméfia, la peau qui recouvrait les parties supérieures de la jambe prit un aspect rougeâtre, luisant ; la suppuration qui sortait des deux plaies devint ichoreuse et fétide ; toute cette jambe maigrissait considérablement. Cet état a duré avec plus ou moins d'intensité pendant deux ans, et semblait parfois réclamer l'amputation comme l'unique ressource de sauver la vie du malade. C'est dans ces conditions que M. Bonnafont trouva le malade quand il prit le service des blessés, au mois de février dernier. Le malade était épuisé et surtout très découragé par un si long séjour à l'hopital, et par l'obligation de garder constamment le lit. Ayant sondé la plaie, M. Bonnafont constata la présence de plusieurs esquilles dans l'épaisseur de l'os, et aussitôt il fit une large incision qui lui permit d'extraire les plus mobiles. Mais, sous l'influence de cette opération et des recherches qu'il fallait faire pour arracher de petites esquilles perdues dans le fond de la plaie, il survint des accidens généraux qui firent réclamer l'amputation avec instance par le malade et par l'assistance. M. Bonnafont résista, et dès que l'état du malade se fut amélioré, M. Bonnafont songea à une opération sérieuse, qui n'était pas l'amputation, toujours dans le but de conserver le membre. Toutefois, en praticien prudent, il voulut, avant de prendre aucune décision, s'aider de l'expérience de quelques collègues. C'est ainsi que M. Larrey, dont la prudence égale le savoir, et M. Marjolin, qui furent consultés, émirent l'avis qu'on pouvait conserver le membre en débridant la plaie de manière à provoquer l'extraction complète de tout ou partie des os nécrosés.

Le 15 mars, M. Bonnafont pratiqua une incision cruciale sur la plaie, s'étendant bien avant sur la substance osseuse. L'hémorrhagie abondante qui survint aussitôt s'opposa à toute manœuvre pour rechercher les fragmens d'os nécrosés. La plaie fut tamponnée et recouverte de charpie imbibée d'eau froide.

Le lendemain, trois petites esquilles furent retirées de la plaie; mais la substance spongieuse, quoique tenant à l'os, se laissait pénétrer dans tous les environs de la plaie par le stylet, à une profondeur de 6 millimètres. M. Bonnafont, jugeant que c'était là la cause principale de la suppuration dont l'abondance épuisait le malade, en opéra le séquestre à l'aide de la petite extrémité d'une spatule qu'il promenait sur les parois de la plaie, de manière à provoquer la chute des portions osseuses cariées. Cette opération fut renouvelée tous les matins pendant huit jours, auquel temps ces petites manœuvres étaient devenues trop douloureuses et provoquaient en outre, chaque fois, une hémorrhagie abondante. Toutefois, dès ce moment, la suppuration devint moins ichoreuse et surtout moins abondante ; et, afin d'activer la régénération de l'os, M. Bonnafont fit faire des injections iodées dans la plaie, alternant de temps en temps avec du vin aromatique. Sous l'influence de cette médication, la plaie perdit d'abord en profondeur, et puis enfin, son ouverture qui avait plus de 2 centimètres en tous sens, est maintenant presque fermée. Cette jambe, qui deux ou trois fois a été sur le point d'être amputée, est actuellement pleine de vie et de force, résultat que M. Bonnafont attribue à la médication énergique locale qu'il a employée, et surtout à la séparation forcée de toutes les portions de l'os cariés. L'élimination, abandonnée aux seules ressources d'une nature déjà épuisée, se fût opérée trop lentement, et la carie aurait pendant ce temps entretenu une suppuration qui aurait eu infailliblement pour résultat, ou l'amputation du membre, ou la mort du malade.

M. HUGUIER est d'avis qu'il faut distinguer deux cas dans les plaies par armes à feu avec fractures des membres : savoir ceux où la fracture a lieu aux extrémités spongieuses des os longs, et ceux où la fracture a son siége dans la diaphyse. Dans le premier cas, le projectile traverse souvent l'épaisseur de la diaphyse sans y produire de trop grands dégâts, et la guérison peut avoir lieu facilement et sans qu'on qu'on soit obligé le plus ordinairement d'en venir à l'amputation ; c'est le cas du sujet que M. Bonnafont vient de soumettre à l'examen de la Société. Dans le cas de fracture de la diaphyse, au contraire, il y a le plus ordinairement de grands délabremens qui entraînent presque toujours la nécessité de l'amputation.

M. GUERSANT croit qu'il ne faudrait pas trop généraliser la proposition que vient d'émettre M. Huguier; il a donné ses soins à un malade qui avait été blessé dans les mêmes circonstances que celui dont M. Bonnafont vient d'entretenir la Société. Il y avait plaie, avec fracture de la partie moyenne du tibia. Ce blessé a parfaitement guéri sans l'amputation.

Kyste canaliculé du cou; — guérison par les injections iodées.

M. LARREY présente à la Société un malade, qu'il lui a déjà présenté il y a quelque temps, et qui portait alors un kyste canaliculé à la région antérieure du cou. M. Larrey, ainsi qu'il avait annoncé devoir le faire, a ponctionné la tumeur et y a pratiqué des injections iodées. Ces injections ont été pratiquées tous les jours pendant quinze jours consécutivement, et les derniers avec la teinture d'iode pure. Dans les premiers temps l'injection pénétrait dans l'arrière-gorge par un pertuis qui s'est oblitéré. Aujourd'hui il ne reste plus que la petite fistule externe résultant de l'opération et qui, suivant toute apparence, ne tardera pas à s'oblitérer à son tour.

M. le Secrétaire donne lecture du procès-verbal et de la correspondance.

M. GIRALDÈS, à l'occasion de la correspondance, communique une lettre qu'il a reçue de M. Burin du Buisson, de Lyon, qui informe la Société qu'il met à sa disposition un certain nombre de flacons du perchlorure de fer pour en faire l'essai. Une lettre de remercîmens sera adressée au nom de la Société à M. Burin du Buisson.

M. LARREY dépose sur le bureau une note de M. Jean Apostolidès, sur une nouvelle méthode de ligature des artères. MM. Nélaton et Michon ont déjà fait l'essai de cette méthode. (Comm. MM. Michon, Larrey et Voillemier.)

Lithothlibie.

M. DENAMIEL (de Rives-Altes), lit un extrait de deux mémoires ; le premier, sur le diagnostic des calculs au moyen du toucher ; le deuxième, sur le traitement des calculs par le toucher combiné avec les instrumens, méthode à laquelle il donne le nom de lithothlibie.

Les deux mémoires de M. Denamiel sont renvoyés à l'examen d'une commission.

Guérison d'un anévrysme de l'artère sous-clavière obtenue à l'aide du chlorure de zinc.

M. le Secrétaire donne lecture, au nom de M. Lallemand, d'une lettre de M. BONNET, de Lyon, adressée à l'honorable professeur, sur un cas de guérison d'un anévrysme de l'artère sous-clavière à l'aide du chlorure de zinc.

Voici le texte de cette lettre :

« Monsieur et très honoré maître,

» Vous vous rappelez sans doute l'anévrysme de l'artère sous-clavière gauche que j'ai eu l'honneur de vous montrer, ainsi qu'à M. Pravaz, le 20 janvier dernier, et dont j'avais entrepris la guérison par des applications successives de pâte de chlorure de zinc. Le malade, que vous avez observé le quatorzième jour de son traitement, est actuellement guéri. Le chlorure, pénétrant par imbibition jusque dans les parties les plus profondes de la tumeur sanguine, a produit une coagulation complète du sang, et les parois de la cavité ont pu se détacher sans qu'il soit survenu aucune hémorrhagie. Le malade a quitté l'hôpital trois mois et demi après le début du traitement. Il faisait à cette époque, des courses de demi-heure à pied, et ne gardait dans la région sus-claviculaire qu'une ulcération superficielle, qui doit être actuellement cicatrisée.

» J'ai l'honneur de vous adresser un flacon contenant une partie du coagulum qui s'est détaché à la chute de l'escarre, et je joins à cette pièce anatomique l'observation du malade, rédigée avec beaucoup de soins par M. le docteur Philipeaux.

» Je me contenterai, ici, de vous exposer, en quelques mots, les conditions dans lesquelles j'ai opéré, les raisons qui m'ont conduit à employer la cautérisation par le chlorure de zinc, et la portée que peut avoir le résultat obtenu.

» Le nommé Gauthier, âgé de 25 ans, avait reçu dans la région sus-claviculaire gauche, un coup de couteau qui avait divisé la totalité du plexus brachial, et qui, atteignant l'artère sous-clavière ou l'une de ses branches principales, avait été suivi d'abord d'une abondante hémorrhahie, et plus tard d'un énorme anévrysme.

» L'accroissement rapide de cette tumeur, les pertes de sang qui se faisaient, depuis près d'un mois, à travers la plaie, menaçaient la vie du malade et rendaient de prompts secours indispensables. La ligature de l'artère sous-clavière gauche en dedans des scalènes, la seule que l'on pût exécuter, me parut, ainsi qu'à plusieurs de mes collègues que je consultai, trop dangereuse et trop difficile.

» M. Pétrequin jugea, comme moi, la galvano-poncture inapplicable, puisque l'on ne pouvait suspendre, même momentanément, les battemens et le bruit de souffle dans la poche sanguine.

» Les injections de perchlorure de fer n'étaient pas encore connues (nous étions au 2 janvier), et peut-être le volume énorme de l'anévrysme, son voisinage du cœur et l'impossibilité de comprimer l'artère qui y apportait le sang en eussent-ils contre-indiqué l'emploi.

» Dans cette conjoncture difficile, encouragé par les motifs que j'exposerai plus loin, je pensai qu'en employant la cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc, je pourrais obtenir la guérison, ou tout au moins retarder les hémorrhagies qui, d'un moment à l'autre, pouvaient entraîner la mort du malade.

» Une première escarre étant produite au centre de la tumeur, j'enlevai, tous les deux ou trois jours, avec le bistouri, les tranches superficielles des parties cautérisées, et pendant cinq semaines je fis une série d'applications de pâte de chlorure de zinc qui pénétra, chaque jour, en profondeur et en largeur.

» Vers le quatorzième jour, le bruit du souffle et les battemens avaient complètement cessé, et, vers la fin du deuxième mois, l'escarre put se détacher sans qu'aucune hémorrhagie eût lieu.

» Je conservai le caillot sanguin qui se détacha alors, et que vous recevrez avec cette lettre. On pourrait croire, en le considérant, que la tumeur anévrysmale n'avait qu'un volume médiocre : mais l'on doit remarquer que ces caillots se sont rétractés avec le temps, et qu'une grande partie de ceux que j'ai extraits n'ont pas été recueillis.

» Plusieurs auteurs modernes attribuent à Ambroise Paré, Guattani, Marc-Aurèle Severin, l'idée de traiter les anévrysmes par la cautérisation. Ces citations ont été faites sans consulter les auteurs originaux : dans aucun de ces derniers, je n'ai trouvé d'indications de la méthode qu'on leur attribue. Les anciens ne pouvaient, du reste, employer le chlorure de zinc, qui leur était inconnu et qui a été introduit dans la pratique par M. Canquoin.

» L'idée de faire servir cet agent chimique à la guérison des anévrysmes m'a été suggérée par l'observation, que je répète presque chaque jour depuis plus de dix ans, de la puissance avec laquelle il coagule le sang, prévient et arrête les hémorrhagies.

» En 1837, abandonnant la cautérisation des varices des jambes par la potasse, qui expose à des hémorrhagies, et par le caustique de Vienne, qui ne pénètre pas assez profondément, j'ai fait suivre l'action de ce dernier agent de celle du chlorure de zinc : par là j'ai pu enlever, sans aucune crainte d'hémorrhagie, le vaisseau dans toute son épaisseur. Constamment, dans les centaines d'applications que j'ai faites de cette méthode et dans celles qui sont dues à plusieurs de mes collègues, entre autres à MM. Barrier, Bouchacourt, Desgranges et Vallette, on a trouvé au centre de l'escarre un caillot dur, véritable boudin formé par le sang coagulé. Étendant cette manière de faire à la destruction des hémorrhoïdes, des varicocèles, des tumeurs érectiles, j'ai partout constaté la puissance avec laquelle le chlorure de zinc, qui pénètre par imbibition dans les vaisseaux, y coagule le sang et produit des escarres dans lesquelles on trouve le calibre entier du vaisseau renfermant un caillot très dur.

» La destruction des goîtres de la thyroïde, sur laquelle M. Philipeaux a publié un mémoire d'après mes leçons cliniques, celle de l'épiploon que j'ait faite cinq fois et que M. Desgranges a répétée aussi à diverses reprises, m'ont fait voir que le chlorure de zinc ne prévient pas moins sûrement les hémorrhagies artérielles que les hémorrhagies veineuses.

» Cependant, l'on pouvait hésiter à étendre cette méthode à la cure des anévrysmes ; d'une part, parce que les artères sont placées près de nerfs importans qu'il importe d'éviter ; de l'autre, par la crainte de voir une hémorrhagie succéder à la chute de l'escarre.

» La première objection m'a arrêté et doit arrêter, à l'avenir, tous les opérateurs, s'il s'agit d'anévrysmes ordinaires, c'est-à-dire de ceux où les nerf sont intacts : elle ne fut pas un obstacle dans le cas dont j'ai l'honneur de vous entretenir ; car il était sans utilité de ménager le plexus brachial, qui avait été coupé si complètement que la faradisation localisée développée par l'appareil de M. Duchenne, ne suffisait pas pour produire la moindre contraction des muscles du bras.

» Il me parut aussi possible de prévenir le danger de l'hémorrhagie lors de la chute de l'escarre, parce qu'on peut retarder à volonté cette chute.

» L'expérience démontre, en effet, que les parties mortifiées par la pâte de M. Canquoin se détachent régulièrement huit à neuf jours après que le caustique a été enlevé. Il suffit donc, pour qu'une escarre tombe au bout d'un mois, que les applications de chlorure de zinc aient été renouvelées de distance en distance jusqu'au vingt-et-unième jour. Par un procédé analogue, on peut maintenir l'escarre en place pendant plus d'un mois et demi. L'expérience, comme on le voit, a justifié toutes ces prévisions.

» Je suis loin d'assigner au succès que j'ai obtenu une portée plus grande que celle qu'il a réellement. Quelque remarquable que soit la guérison d'un anévrysme énorme situé au voisinage du cœur, et dans des conditions de gravité telles, que toutes les méthodes connues étaient insuffisantes, la cautérisation ne sera jamais qu'exceptionnelle ; elle ne peut s'appliquer qu'aux cas où les artères ne sont entourées d'aucun nerf important, ou à ceux dans lesquels ces nerfs, privés de toute action, comme chez notre malade, n'ont plus besoin d'être ménagés.

» Dans ces conditions exceptionnelles, la cautérisation mérite d'être conservée. Elle seule pouvait sauver notre malade avant la découverte remarquable de M. Pravaz ; et il est permis de douter que l'injection du perchlorure de fer eût réussi dans une tumeur énorme, où le mouvement du sang ne pouvait être interrompu, même pour quelques instans.

» Un autre fait est venu récemment encore nous démontrer, à M. Gensoul et à moi, que la cautérisation par le chlorure de zinc peut rendre des services que l'on demanderait en vain à toutes les méthodes connues. Il s'agit d'un anévrysme par anastomose, occupant, au sommet de la tête, une épaisseur de deux centimètres à peu près, et une surface arrondie de quinze centimètres de diamètre.

» Cette tumeur, formée d'un nombre immense d'artères entrelacées les unes dans les autres, battant avec un bruit de souffle d'une extrême intensité, était nourrie par sept grosses artères que l'on sentait au front, aux tempes et à l'occiput, et que le toucher faisait reconnaître d'un volume à peu près égal à l'artère brachiale. Toute injection était impossible dans ce lacis de vaisseaux ; et une compression prolongée pendant plus d'une année avait été tellement insuffisante, que les chirurgiens qui l'avaient pratiquée ne voyaient d'autre ressource que la ligature des deux artères carotides primitives.

» La cautérisation par la pâte du chlorure de zinc a parfaitement résolu le problème que présentait ce cas difficile, et il nous a été possible de faire détacher, sans aucune trace d'hémorrhagie, des tronçons de chacune des artères nourricières et la plus grande partie de la tumeur elle-même.

» J'aurai, plus tard, l'honneur de vous adresser cette observation lorsqu'elle sera achevée. Il me suffit de vous dire que le point où nous sommes arrivés, M. Gensoul et moi, ne permet pas de douter d'une guérison complète. »

La séance est levée à cinq heures.

VACCINATION. — La Chambre des lords d'Angleterre vient d'adopter, ces jours derniers, un bill ayant pour but principal d'étendre et de rendre obligatoire la vaccination dans le royaume britannique. Conformément à cette loi, tous les enfans, nés à partir du 1er août 1853, devront être vaccinés dans les trois ou quatre premiers mois qui suivront la naissance. Obligation pour le médecin-vaccinateur de certifier le bon résultat de l'opération. En cas de non-réussite, la vaccination devra être répétée jusqu'à succès complet. Le bill n'accorde pas d'honoraires aux médecins et chirurgiens chargés de l'opération, mais les parens et tuteurs qui ne se soumettront pas à la loi seront passibles d'une amende de 25 à 125 fr. (1 à 5 livres sterling).

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 80. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 7 Juillet 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 6 JUILLET 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie veut nous donner des loisirs; c'est fort bien fait à elle pendant ces jours torrides, auxquels nous sommes d'autant plus sensibles, qu'ils sont venus sans transition. Hier, M. Chatin, candidat à la place vacante dans la section d'histoire naturelle, a fait une lecture sur une question de botanique dont l'afférence avec la médecine est indiquée dans notre compte-rendu.

En entendant M. le président appeler la discussion sur l'huile de foie de morue, nous nous attendions à quelque débat intéressant sur les propriétés thérapeutiques de cet agent, si usité aujourd'hui, et sur la valeur duquel les esprits sont encore loin d'être fixés. Mais nous avions oublié qu'il ne s'agissait que d'une question de chimie à propos d'un rapport qui date de si loin, que nous sommes excusables d'en avoir perdu le souvenir.

M. Berthé, jeune pharmacien de Paris, a présenté à l'Académie une huile iodée et phosphorée dont la composition et les propriétés thérapeutiques sont, dit-il, analogues à celles de l'huile de foie de morue. Une commission avait été chargée d'examiner ce produit et avait fait un rapport, il y a plusieurs mois, qui, sans donner une approbation explicite à cette invention, concluait cependant à adresser des remercîmens à l'auteur.

C'est contre cette conclusion que M. H. Gaultier de Claubry s'est élevé hier avec une certaine vivacité. La commission loue M. Berthé d'avoir indiqué un procédé à l'aide duquel on décèle la présence du phosphore dans l'huile de poisson ; or, M. de Claubry a expérimenté vingt fois ce procédé sans succès. La commission remercie M. Berthé d'avoir dosé l'iode dans son huile à proportions fixes et constantes ; or, M. de Claubry a analysé quarante échantillons divers de cette huile, et pas une fois la proportion de l'iode n'a été trouvée la même. Enfin, le rapport de la commission, qui n'a été ni approuvé, ni discuté, a été déjà imprimé et distribué, et M. de Claubry voit là un commencement d'exploitation contre laquelle l'Académie doit se tenir en garde.

M. Guibourt, quoique signataire du rapport, trouve ce rapport trop élogieux; il demande des restrictions plus accentuées, proposition qui reçoit un renfort énergique de la part de M. Gibert, qui formule une proposition très nette tendant à ce que l'Académie déclare que toutes ces huiles iodées et phosphorées ne peuvent, en aucun cas, remplacer l'huile naturelle de foie de poisson.

Cette proposition est adoptée, moyennant quoi des *remercîmens* seront adressés à M. Berthé. — Voilà des remercîmens qui ne compromettront pas beaucoup l'Académie.

Un comité secret a suivi cette discussion. Il s'agissait des récompenses accordées aux vaccinateurs qui se sont distingués en 1851, en répandant dans les populations les bienfaits de la vaccine, si imprudemment attaquée aujourd'hui.

Amédée LATOUR.

LETTRE ADRESSÉE AU JOURNAL ANGLAIS *le Times*, PAR M. FARADAY, SUR LES TABLES TOURNANTES.

Lorsque le phénomène des tables tournantes fit irruption dans le monde Parisien, témoin et acteur de faits dont la réalité ne pouvait être mise en doute, nous fîmes un appel pressant à la science autorisée afin de provoquer des expériences et susciter des explications qui empêchassent ces faits de devenir la proie du charlatanisme et la pâture de la crédulité. Nous avons éprouvé le regret de voir que les savans français, sauf de très rares exceptions, ont dédaigné de s'occuper de ce sujet. Seuls, les médecins n'ont pas cru compromettre leur dignité soit en expérimentant, soit en faisant de louables efforts pour faire rentrer le phénomène dans les lois connues de la physiologie ou de la physique. *L'Union Médicale* a publié ce qui a été écrit de plus satisfaisant sur ce sujet par nos confrères. Nous regrettons même de ne pouvoir insérer une lettre très intéressante qui nous a été adressée par M. le docteur Monteils de Florac (Lozère), et dans laquelle cet honorable correspondant nous indique des conditions expérimentales nouvelles, pour fixer définitivement l'opinion sur un phénomène pour lequel trop de personnes sont portées à admettre la surnaturalité.

Ce qu'aucun membre de notre Académie des sciences n'a voulu ou osé faire, un des plus grands physiciens du monde, M. Faraday, de Londres, n'a pas craint de le faire, comme il n'a pas craint de confier à la publicité les résultats de son expérimentation. Nous croyons faire une chose agréable à nos lecteurs en leur faisant connaître la lettre suivante, écrite par M. Faraday, et qui contient le récit d'expériences dont on appréciera facilement le saisissant intérêt :

J'ai étudié dans ces derniers temps avec attention le phénomène des tables tournantes. Si je me suis livré à cette étude, ce n'est pas pour me former une opinion relativement à la nature de ce phénomène ; mon opinion a été bientôt faite et je n'ai rien eu à y changer ultérieurement; mais j'ai été si souvent interpellé, tant de personnes ont bien voulu faire appel à mon expérience, que j'ai pensé que l'on accueillerait peut-être avec quelque intérêt les résultats auxquels je suis arrivé.

Le phénomène des tables tournantes a été rapporté à l'électricité, au magnétisme, à l'attraction, à quelque puissance physique inconnue ou jusqu'ici non reconnue, capable d'affecter les corps organisés, à la révolution de la terre et même à quelque agent diabolique ou surnaturel. Le physicien peut, évidemment, poursuivre l'étude de toutes ces prétendues causes, sauf la dernière qui touche de trop près à la crédulité ou à la superstition pour mériter la moindre attention de sa part.

Bien convaincu, d'après l'influence exercée sur la production du phénomène par le désir ou la volonté, que sa véritable cause se trouvait dans une action musculaire *quasi*-involontaire, j'ai songé d'abord à convaincre les personnes qui faisaient l'expérience que les effets produits n'étaient nullement en rapport avec la nature des substances employées. Des feuilles de papier de sable, des toiles métalliques, des plaques de colle forte, des feuilles de verre, de l'argile à mouler, des feuilles d'étain ou du carton, du gutta-percha, du caoutchouc vulcanisé, des feuilles de bois, des plaques de ciment résineux ont été placés sur les tables, reliés les uns aux autres, et mis sous les doigts des expérimentateurs : les tables n'en ont pas moins tourné, à la grande satisfaction des personnes présentes, exactement comme si rien n'eût été placé entre la table et les doigts des expérimentateurs. L'expérience a été répétée avec diverses substances, avec diverses personnes, à diverses époques, avec un succès constant. On ne saurait donc faire d'objection à l'emploi de substances quelconques dans la construction des appareils à expérience.

Un autre point restait à déterminer. Quel était le siége et la source du mouvement ? autrement dit, était-ce la table qui entraînait la main ou la main qui entraînait la table ? Pour résoudre la question, j'ai fait construire des indicateurs. Un de ces indicateurs consiste en un petit levier, ayant son point d'appui sur la table, tandis que le petit bras est attaché à une épingle fixée sur un carton, lequel peut glisser à la surface de la table et que le long bras du levier se projète en haut pour indiquer le mouvement. Il était évident que si l'expérimentateur voulait que la table tournât à gauche, et que si celle-ci prenait son mouvement

Feuilleton.

RAPPORT

DE LA COMMISSION CHARGÉE DE L'EXAMEN DE LA DEMANDE

Formée par la Société des Crèches,

A l'effet d'être reconnue comme Établissement d'utilité publique (1).

Séance du 26 Mai 1853.

Commissaires : MM. le comte Lepeletier d'Aunay, le marquis de Pastoret, Monod, Varin, et Ségalas, rapporteur.

Un certain nombre de Crèches sont établies et dirigées d'une manière qui laisse encore beaucoup à désirer. Toutefois, nous nous empressons de proclamer, avec M. Vée, qu'un grand nombre d'autres ont reçu des améliorations importantes, soit dans les localités qu'elles occupent et dont plusieurs ont été complètement changées; soit dans leur tenue et leur direction, qui a été remise, pour quelques-unes d'entre elles, à des surveillantes religieuses; soit enfin dans leur position, choisie auprès d'écoles ou de maisons de secours, ce qui permet aux mères de plusieurs enfans de profiter de divers avantages que ces maisons leur offrent, avec des déplacemens moins considérables. Nous ajouterons que le service médical est bien organisé, et fait avec zèle et dévoûment presque partout. Mais, nonobstant ces améliorations, l'on remarque toujours le même défaut d'empressement de la population pauvre à profiter des bienfaits que les fondateurs des Crèches ont eu l'intention de leur offrir. En 1849, une seule Crèche sur 14 était au complet, et sur 398 places fondées dans la totalité, 274 étaient occupées ; 124, ou près du tiers, étaient vacantes. En 1853, 3 Crèches sur 25 sont au complet; les 25 Crèches offrent en tout 780 places dont 544 sont occupées et 225 vacantes ; c'est-à-dire, qu'on retrouve ici à peu près la même proportion pour les places non occupées.

A la vérité, cette proportion offre quelque chose de favorable aux Crèches actuelles, parce que, dans son premier calcul, M. Vée n'avait fait entrer, comme places effectives, que les berceaux contenus dans chaque Crèche, tandis que cette fois, ayant reconnu qu'outre les berceaux, les Crèches offraient des places appropriées aux besoins des enfans, en raison de leur âge généralement plus avancé, il a tenu compte de la population possible, telle qu'elle lui a été déclarée par les surveillantes ou directrices.

Un exemple curieux du peu d'empressement des mères à conduire leurs enfans aux Crèches, s'observe à la Crèche de Saint-Vincent-de-Paul, l'une des plus vastes et des mieux établies, rue Martel, n° 10. Les ouvrières de la grande manufacture qui existe dans cette rue, et qui appartient à M. Pagès-Baligué, trésorier de la Crèche, n'y amènent pas un seul enfant.

On remarque, d'un autre côté, que les mères qui se sont servies de la Crèche ne tiennent pas à la prolongation de ce genre de secours. La moyenne du séjour dans la Crèche n'est que de 62 jours. En deux mois, la population de ces établissemens se trouve, pour ainsi dire, complètement renouvelée.

Une circonstance qui explique tout naturellement le peu d'empressement des mères pour conduire les enfans aux Crèches, c'est que, dans la plupart d'entre elles, la mortalité, d'après M. Vée, qui l'a relevée avec beaucoup de soins, sinon avec une exactitude rigoureuse à peu près impossible, est bien plus grande que dans les conditions analogues d'âge. En effet, sur les déclarations mêmes faites dans les Crèches, et qui ne sauraient guère leur être défavorables, 222 décès ont été notés parmi 512 enfans fréquentant 14 Crèches; c'est-à-dire que la mortalité a été de plus des deux cinquièmes dans ces établissemens, où l'on trouve des enfans ayant jusqu'à 3 ans et au delà, tandis que, sur l'ensemble de la population, la mortalité moyenne des enfans est à peu près du quart pour les trois premières années.

D'après des publications récentes en faveur des Crèches, notamment d'après un rapport d'un de nos plus honorables praticiens, M. le docteur Reis, sur la Crèche Saint-Louis d'Antin, la mortalité des Crèches serait bien moindre.

Ce dissentiment, entre des hommes parfaitement éclairés et d'une égale bonne foi, tient à une manière différente d'envisager les mêmes faits. Les auteurs des publications dont il s'agit comparent le nombre des décès avec celui des enfans inscrits d'un bout de l'année à l'autre, qu'ils soient restés dans la Crèche ou qu'ils en soient sortis, plus ou moins de temps après leur entrée, pour une raison quelconque ; au lieu que M. l'Inspecteur de l'Assistance publique établit le rapport du chiffre des décès et du chiffre des enfans inscrits dans le but de profiter *actuellement* des avantages de la Crèche.

Il est à remarquer, d'ailleurs, que la mortalité est bien différente selon les Crèches. Elle a été effrayante en 1852 dans les Crèches de Saint-Ambroise et de Saint-Gervais, sous l'influence d'une épidémie de rougeole et de croup : pour l'une, de 20 décès dans l'année pour 20 enfans inscrits habituellement, et pour l'autre, de 26 sur 30; tandis qu'elle s'éloigne peu de la proportion ordinaire dans les Crèches des quartiers riches, telles que celles du faubourg Saint-Honoré, de la Madeleine et de Saint-Thomas-d'Aquin. Celles-ci n'ont donné que 35 décès pour 130 enfans.

Cette mortalité si grande de certaines Crèches est due, sans doute, en partie à des circonstances extérieures, et notamment au défaut de soins convenables de la part des parens; mais n'est-il pas permis de penser que, si en général, sous le rapport des localités choisies pour les Crèches, sous celui du coucher, des vêtemens, de la nourriture, les enfans y sont bien mieux que dans leurs familles, il n'y ait bien des inconvéniens pour la santé dans la nécessité de les lever le matin de très bonne heure, d'interrompre leur sommeil, de les porter à la Crèche en toute saison, en hiver, par exemple, par la pluie, la neige, les intempéries diverses; de les reporter le soir dans la maison maternelle, après leur avoir enlevé leurs vêtemens de la Crèche; de les laisser souvent une demi-journée sans les allaiter, de les faire rester habituellement sur le dos, à cause de l'impossibilité où sont les berceuses, vu leur petit nombre, de les prendre sur les bras, au fur et à mesure qu'ils s'éveil-

(1) Voir le dernier numéro.

avant les mains, placées en même temps sur le carton, alors l'indicateur se déplacerait également à gauche, le point d'appui reposant sur la table; que si, au contraire, les mains se portaient involontairement vers la gauche *sans* la table, l'indicateur se porterait à droite, et que si la table ni les mains ne se mouvaient, l'indicateur resterait immobile. Eh bien! Veut-on savoir quel a été le résultat des expériences tentées avec cet indicateur? Toutes les fois que les expérimentateurs voyaient l'indicateur, celui-ci restait parfaitement immobile; mais si on le retirait de devant eux, ou dès qu'ils détournaient les yeux, l'indicateur se déplaçait çà et là, bien que les expérimentateurs crussent toujours presser directement de haut en bas; et lorsque la table ne se mouvait pas, il y avait encore une résultante des forces exercées par les mains, qui se produisait indépendamment de la volonté, et qui, par la suite des temps et à mesure que les doigts et les mains s'engourdissaient et perdaient leur sensibilité par cette pression continuelle, finissait par acquérir une force assez grande pour mouvoir la table ou les substances placées au-dessus d'elle.

Mais l'effet le plus curieux de cet appareil, que j'ai perfectionné depuis et rendu indépendant de la table, c'est la puissance de correction qu'il exerce sur l'esprit des expérimentateurs. Aussitôt que l'indicateur est placé devant les personnes les plus enthousiastes et qu'elles se sont assurées, ainsi que j'ai toujours eu le soin de le leur faire remarquer, que cet instrument indique d'une manière certaine si elles pressent de haut en bas ou obliquement, tous les effets des tables tournantes cessent, alors même que les expérimentateurs persévèrent, en désirant ce mouvement, jusqu'à la fatigue la plus complète. Pas n'est besoin de surveiller ou d'arrêter les mains: la *puissance est perdue*, et cela seulement, parce que les acteurs ont la conscience qu'ils agissent mécaniquement, et parce qu'ils ne peuvent se faire illusion à eux-mêmes.

Je sais que quelques personnes pourront répondre que c'est le carton situé près des doigts qui entre le premier en mouvement, et que c'est lui qui entraîne la table et avec elle les expérimentateurs. Tout ce que j'ai à répondre, c'est que l'on peut réduire la feuille de carton à la plus mince feuille de papier ne pesant que quelques grains, à une feuille de baudruche, à l'extrémité même du levier, enfin à une épaisseur de l'épiderme de nos doigts, de sorte que dans l'objection précédente on arriverait aux conclusions les plus surprenantes: la table serait un foyer d'attraction autour duquel toute personne ayant les doigts en l'air, soit à nu, soit reposant sur une feuille de baudruche ou de carton, pourrait être entraînée par toute la chambre. Mais je m'abstiens d'insister davantage sur des résultats imaginaires, qui n'ont en eux rien de philosophique ni de réel. Qu'il me suffise de dire que j'ai réussi à convaincre nombre de personnes enthousiastes, mais franches et loyales, et que le mode d'expérimentation que je propose convaincra toutes les personnes qui recherchent la vérité et qui ne se laissent conduire que par les faits et l'observation.

En terminant, je ne saurais ne pas exprimer ma surprise dés révélations que cette question purement physique a jetées sur l'état de l'esprit public. Sans doute, il y a beaucoup de personnes qui ont apporté, dans cette question, un jugement droit ou au moins une prudente réserve; mais combien plus grand est le nombre de celles qui ont cru et porté témoignage dans la cause de l'erreur? Je n'entends pas par là désigner ceux qui se refuseront à accepter mon explication, mais seulement ceux qui rejettent toute considération d'égalité entre la cause et l'effet, qui rapportent par exemple le phénomène des tables tournantes à l'électricité ou au magnétisme, dont ils ne connaissent pas les lois, — à l'attraction, alors qu'ils ne voient pas des phénomènes de traction pure et simple, — à la rotation de la terre, comme si la terre tournait autour des jambes d'une table, — ou à quelque autre fait physique inconnu, sans se demander si les forces physiques ne sont pas suffisantes, — ou bien enfin à quelque agent diabolique ou surnaturel, plutôt que de suspendre leur jugement ou de s'avouer à eux-mêmes qu'ils ne sont pas suffisamment instruits en pareille matière pour décider de la nature de ces phénomènes. Un système d'éducation qui montre l'état moral du public sous le jour sous lequel cette question vient de nous le révéler doit pêcher gravement par sa base. M. FARADAY.

Institution royale de Londres, 28 juin 1853.

PATHOLOGIE.

RECHERCHES SUR LES MORTS SUBITES DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL;

Par le dr Alfred H. MAC CLINTOCK,

ancien médecin-adjoint de l'hôpital d'accouchemens de Dublin.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

On s'accorde généralement à reconnaître que toutes les fois qu'il existe une maladie organique du cœur ou des gros vaisseaux, la parturition peut avoir les conséquences les plus fâcheuses. Rien de plus facile d'ailleurs à comprendre. L'accouchement le plus simple entraîne un changement brusque dans la distribution du sang, d'autant plus que l'utérus cessant subitement de recevoir du sang, ce liquide doit refluer dans le reste de l'économie. La facilité avec laquelle se laissent distendre les vaisseaux des autres organes abdominaux et pelviens, atténue les dangers de ce trouble circulatoire, et s'oppose à un afflux anormal ou nuisible du sang vers les cavités cardiaques. Rien de plus grave, du reste, que la condition opposée, c'est-à-dire le défaut d'afflux du sang au cœur, comme cela arrive trop souvent après les hémorrhagies un peu abondantes. Dans quelques maladies organiques du cœur, le fait même de l'accouchement est suffisant pour produire des effets funestes; c'est que probablement dans l'état de trouble où sont ses fonctions, cet organe ne saurait s'accommoder à la moindre fluctuation qui se produit dans la quantité de sang arrivant aux oreillettes. C'est ce que paraît démontrer le fait suivant, communiqué par M. Mac Cowan à la Société obstétricale d'Édimbourg:

OBSERVATION III. — Le 16 juin 1845, M. Mac Cowan fut appelé auprès d'Anne Backer, âgée de 21 ans, enceinte de son premier enfant. C'était seulement de fausses douleurs, qui cédèrent à un traitement approprié. Le 19, elle présenta des symptômes de pleuro-pneumonie du côté gauche, pour laquelle on lui pratiqua une saignée de 10 onces, et on lui retira 4 onces de sang par les ventouses. Le 20, vers trois heures du matin, le travail s'établit et marcha naturellement jusqu'à neuf heures du matin, qu'elle accoucha d'un enfant mort-né, et mourut immédiatement. A l'autopsie, on constata un œdème général; de la sérosité brunâtre dans le péricarde; le cœur fortement augmenté de volume; le ventricule droit très mince et dilaté; un rétrécissement de l'orifice aortique pouvant à peine admettre l'extrémité du petit doigt, et dont les valvules étaient dures et cartilagineuses; tout le cœur rempli de sang coagulé, les plèvres fortement adhérentes, et la plus grande partie du poumon hépatisée; l'utérus et les autres organes paraissaient sains.

Mais ce n'est pas seulement au moment de la délivrance qu'il y a des dangers à craindre, lorsqu'il existe une maladie du cœur. L'expérience montre que quelques jours encore après l'accouchement, les malades sont sous le coup d'accidens graves et promptement funestes. Tel est le fait suivant qui en a été communiqué par M. le docteur Fitz-Patrick, et que je rapporte non pas seulement à cause des phénomènes d'orthopnée qui paraissaient tenir à l'état du cœur, mais surtout à cause de l'intérêt qu'il présente:

OBSERVATION IV. — Mme E..., âgée de 35 ans, affectée de maladies du cœur depuis plusieurs mois, éprouva, au mois d'avril 1850, des palpitations et de la dyspnée de temps en temps; il y avait aussi de l'œdème; elle était enceinte de cinq mois. Le traitement qui fut mis en usage, apporta du soulagement, mais la maladie organique du cœur ne fit que se confirmer, de sorte que M. Fitz-Patrick crut devoir avertir la famille de la gravité du pronostic. Le 28 août, après un travail naturel de trois heures et demie, elle accoucha d'un garçon. Mais après l'expulsion du délivre, elle fut prise d'une violente dyspnée qui l'obligea à prendre la position assise. Ce mouvement produisit une hémorrhagie utérine, et, pendant deux heures, la malade resta dans cet affreux dilemme, de ne pouvoir rester couchée sans étouffer et d'avoir une hémorrhagie, dès qu'elle quittait le décubitus horizontal. Cependant on réussit à calmer l'accès d'asthme, et dès que la malade put garder le décubitus, l'hémorrhagie fut facilement arrêtée. Les choses se comportèrent bien à la suite. Le troisième jour, les seins étaient pleins et tendus, on lui fit prendre un purgatif qui la soulagea. Elle était bien le quatrième jour; mais le cinquième, M. Fitz-Patrick la trouva assise sur son lit, se plaignant d'orthopnée et de distension de l'estomac, la face pâle et anxieuse, le pouls faible et très fréquent, l'abdomen énormément distendu par des gaz, mais indolent. La veille, la malade avait dîné avec du poulet et bu un peu de vin. La distension de l'abdomen fit des progrès extrêmes, et la mort eut lieu dans l'après-midi. L'autopsie ne put être pratiquée.

On voit que ce fait laisse quelque chose à désirer, puisqu'il n'y a pas eu d'examen nécroscopique, et que, d'ailleurs, il faudrait savoir si la distension gazeuse de l'abdomen n'a pas eu un rôle dans cette brusque terminaison. Dans le fait suivant, la lésion du cœur fut constatée à l'autopsie.

OBSERVATION V. — Une dame de 40 ans, accoucha le 19 janvier. Sa convalescence était complète au douzième jour, lorsque deux jours après, en descendant de son lit, elle s'écria que quelque chose s'était rompu dans la poitrine, et mourut en vingt minutes. La cause de la mort était une rupture du ventricule droit. Le cœur était graisseux. — Dr Mac Nicholl, *The Lancet*, mars 1852.

A ces faits, je puis en ajouter deux autres empruntés à ma propre expérience: deux accouchées sont mortes presqu'entre mes bras, immédiatement après la délivrance, sans autre cause appréciable qu'une affection organique du cœur. — Encore un mot et je termine: je n'ai certainement pas la prétention d'avoir rien fait connaître de neuf et d'inconnu; mais je serais satisfait, si je n'ai rien omis de ce qu'on savait déjà, et si ce travail pouvait avoir pour résultat d'appeler l'attention sur un accident beaucoup plus commun qu'on ne le suppose. J'ose espérer que les médecins, mettant de côté toute fausse honte, ne reculeront pas, à l'avenir, devant le pénible devoir de publier les faits malheureux qui leur arriveront dans leur pratique, et je suis heureux de voir que la Société de chirurgie de Paris n'a pas dédaigné de consacrer quelques-unes de ses séances à la discussion des faits de ce genre qui lui ont été communiqués par MM. Robert, Danyau, etc.

En résumé, je crois que l'on peut, dans l'état actuel de nos connaissances, rapporter les morts subites qui surviennent chez les femmes pendant l'état puerpéral aux causes suivantes:

1° L'asphyxie idiopathique;
2° L'ébranlement nerveux;
3° La syncope;
4° Une impression morale vive;
5° La présence de l'air dans les veines et dans le cœur (?);
6° La formation d'un caillot dans le cœur;
7° La formation de caillots dans l'artère pulmonaire;
8° La *phlegmatia alba dolens*, et enfin
9° Les maladies du cœur.

L'avenir dira si cette longue série de causes doit être allongée ou raccourcie; mais, en tous cas, ce n'est que par des examens nécroscopiques faits avec le plus grand soin, que l'on peut espérer voir jeter quelque nouveau jour sur la question (1).

(1) Extrait du *Dublin medical Press*, 1852, t. 27, p. 145 et 273.

---

lent, comme le feraient les mères attentives (1)?

Et, en dehors de ces observations, qui portent surtout sur les enfans allaités, les nourrissons, ainsi qu'on les appelle, peut-on croire que les maladies contagieuses et épidémiques n'aient pas plus d'action sur les enfans des Crèches, quel que soit leur âge, qu'ils soient allaités, nourris au biberon ou sevrés, que sur ceux qui restent isolément chez eux?

Si l'on conservait quelque doute à cet égard, nous citerions l'exemple de la Crèche Saint-Sulpice qui, lors de la visite de M. Vée, était fermée à cause d'une épidémie de rougeole ayant amené la mort de 4 enfans; celui de la Crèche Saint-Philippe-du-Roule, qui, d'après M. le docteur Siry, médecin de l'établissement et l'un des plus ardens panégyristes des Crèches, a dû également être *évacuée pour mettre fin à une blépharite qui s'y perpétuait par contagion* (2); et enfin celui de la Crèche du faubourg Saint-Antoine, où, d'après le témoignage qu'en a produit dernièrement M. le docteur Géry à la Société médico-chirurgicale de Paris, il a régné une ophthalmie qui a affecté jusqu'aux berceuses.

Toutefois, pour la classe des enfans sevrés, aujourd'hui de beaucoup la plus nombreuse dans les Crèches, il y a là des avantages bien réels dans les petits exercices auxquels ils se livrent en commun, dans la bonne nourriture qu'on leur donne, dans la surveillance de tous les instans à laquelle ils sont soumis; et, nul doute, que comme Garderies perfectionnées, comme Asiles de la première enfance, les Crèches ne soient une institution utile.

Ce n'est pas cependant que les Garderies particulières soient aussi mal tenues qu'on s'est plu à le dire. Dans la plupart d'entr'elles, au contraire, d'après un rapport officiel que nous avons sous les yeux, les enfans par groupes de 4 à 5, de 6 à 8, sont bien logés, bien nourris, bien surveillés, et cela généralement pour 15 francs par mois, ou 50 centimes par jour.

(1) Voir le Rapport de M. le docteur Thibaut, sur la Crèche Saint-Sauveur, 1er février 1853.

(2) *De la Crèche et de ses effets sous le rapport sanitaire*, par M. le docteur Siry.

Les Crèches, on le voit, sont déviées, et heureusement déviées de leur destination primitive; instituées d'abord pour les enfans au-dessous de 2 ans, et surtout pour les enfans allaités, pour les nourrissons, dans le but de laisser à la mère-nourrice la faculté de se livrer à son travail habituel, elles ont maintenant en très grande majorité une population d'enfans sevrés, et la proportion de celle-ci augmente continuellement. Aussi sommes-nous persuadés que, quant aux enfans allaités, mieux serait, soit de prêter un berceau à la mère, à domicile, et de lui donner des vêtemens et une partie de l'argent dépensé pour elle à la Crèche, comme le fait M. le curé de Saint-Sevrin; soit, pour les mères qui travaillent hors de chez elles, de confier leurs enfans, par très petits groupes, à des voisines pauvres et soigneuses, moyennant un sacrifice d'argent qui serait moindre que celui que l'on fait à la Crèche et qui deviendrait un double secours; soit enfin pour les mères qui ne peuvent nourrir, pour raison de santé ou pour toute autre raison, de faire mettre les enfans en nourrice, à la campagne, ce qui se pratiquerait facilement avec le sacrifice d'argent que nécessite chaque enfant à la Crèche, puisqu'en s'adressant à la Direction municipale, l'on peut avoir une bonne nourrice pour 15 à 18 francs par mois, c'est-à-dire pour 50 à 60 centimes par jour, et que la journée de la Crèche, ainsi que nous l'avons fait remarquer, est de 50 à 75 centimes en moyenne.

Et notez bien que, dans la classe ouvrière, les mères qui ne peuvent nourrir sont plus nombreuses qu'on ne le croirait d'abord. Voici, à l'appui de cette proposition, un fait que nous trouvons consigné dans le compte-rendu de la 3e séance annuelle de la Société des Crèches, et qui est rapporté par M. le dr Izarié, chargé par la Société elle-même de l'inspection générale des Crèches du département de la Seine: « A la Crèche » St-Pierre, au Gros-Caillou, dit M. Izarié, j'ai vu, lors de ma visite, bon » nombre de jeunes nourrissons, nourris à l'allaitement artificiel. Ces enfans, dont les mères travaillent à la manufacture des tabacs, étaient, pendant l'allaitement maternel, continuellement tourmentés de coliques et » d'une toux intense qui finissait trop souvent par produire la phthisie » pulmonaire, et par suite la mort. Dans cette position, nos confrères » de la Crèche Saint-Pierre, quoique partisans de l'allaitement maternel, ont dû le faire supprimer, et leurs sages conseils, basés sur l'observation, ont préservé, je n'en doute pas, plusieurs de ces enfans » d'une mort à peu près certaine. »

Qu'il nous soit permis, à propos de nourrices, d'exprimer un regret, c'est de voir l'honorable M. Marbeau, dans un récent article des *Annales de la Charité*, ayant pour titre: *Crèches, Nourrices, Garderies, Sevrage*, tout à côté d'un tableau hideux, et malheureusement très vrai, des bureaux particuliers de nourrices, se borner, en parlant de la Direction municipale des nourrices, à l'indiquer comme *un grand bureau dirigé par l'Administration de l'Assistance publique*. M. Marbeau se tient au courant de tout ce qui se fait de bien à Paris, et certainement il n'ignore point quelles précautions sont prises dans l'Établissement municipal pour choisir les nourrices, pour s'assurer de leur moralité, de leur santé, pour veiller au bien-être des nourrissons, et au prix de quels sacrifices la ville est parvenue à offrir sous ce rapport toutes les garanties possibles à la famille et à la Société.

Nous ne dirons rien de l'influence que les créateurs des Crèches croient que celles-ci ont exercée sur la diminution du nombre des enfans abandonnés. Cette diminution, tout à fait hors de proportion avec les enfans des Crèches qui auraient pu être abandonnés, s'explique parfaitement, pour les années où on l'a constatée, par la diminution de la population parisienne, à la suite de la dernière révolution, et par des mesures plus sévères prises par l'Administration de l'Assistance publique pour mettre obstacle aux abandons, et pour empêcher l'apport à Paris des enfans des départemens limitrophes.

En résumé, votre Commission partage entièrement l'opinion de M. le directeur de l'Assistance publique au sujet des Crèches. Elle pense que les Crèches, malgré les attraits qu'elles offrent à la charité privée et les améliorations qui en ont été le résultat, ne sont recherchées par les mères de famille que dans certains cas particuliers; qu'à côté de quelques avantages, elles présentent des inconvéniens assez graves pour la santé et la conservation du *nourrisson*; mais qu'elles paraissent devoir

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES PERNICIEUSES ;

Par M. le docteur Putegnat (de Lunéville), ancien chef de clinique médicale, correspondant de l'Académie impériale de médecine de Paris et de l'Académie royale médico-chirurgiale de Turin, membre et lauréat de plusieurs autres Sociétés de médecine, nationales et étrangères, etc.

Si, comme l'a dit Alibert, plus certaines maladies sont fréquentes, plus elles doivent exciter la sollicitude des observateurs : à plus forte raison les affections, dont le diagnostic est quelquefois difficile et la marche insidieuse et promptement mortelle, méritent-elles l'attention des praticiens.

Ce que je dis d'une maladie quelconque, s'applique spécialement à la fièvre intermittente pernicieuse.

Quand un médecin a assisté au spectacle effrayant que présente un individu pendant un accès de fièvre intermittente pernicieuse, et surtout pendant un accès qui entraîne la mort, et que c'est seulement à ce moment que, par une analyse rétrospective et trop tardive des symptômes, la lumière apparaît et le diagnostic devient saisissable ; alors il voit que l'histoire de cette terrible maladie, entrevue par les anciens et étudiée avec quelque soin dans le siècle dernier, n'est point encore complète ; alors aussi il éprouve de la douleur, sachant bien que reconnue à temps, cette affection aurait été assez facilement arrêtée.

Celui-là donc, qui a eu le triste privilége d'observer quelques cas de fièvres intermittentes pernicieuses, ne peut les garder pour lui seul : il doit à ses confrères et à l'humanité l'histoire de ses revers et celle de ses succès, celle-là étant aussi profitable à la science que la dernière, par les inductions pratiques qui en découlent.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur la fièvre intermittente pernicieuse, ont observé dans des localités où la simple fièvre intermittente est endémique, où celle-ci se transforme si facilement en fièvre intermittente pernicieuse, que le praticien est toujours en garde contre elle, se rappelant cet avertissement du médecin romain Mathæis : *Monitum idcircò volumus ad praxæos utilitatem, perniciosas febres longe fœcondiores et numerosiores esse quàm vulgò censetur* (Ratio instituti clinici romani, epicris. ad 1. hist.)

A la lecture des auteurs, qui croirait à la difficulté que présente souvent le diagnostic d'une fièvre intermittente pernicieuse ! De là vient que, pour beaucoup de médecins, cette fièvre n'est qu'une fièvre intermittente ordinaire, mais intense (Boisseau, *Pyrétologie*, 4e édit., p. 563). Erreur bien grande, qui entraîne fréquemment de funestes résultats, par suite de la tranquilité et de l'inactivité dans lesquelles elle place le praticien.

J'arrive maintenant aux faits, desquels je déduirai quelques inductions cliniques lesquelles pourront être quelque peu utiles à ceux qui voudront continuer l'œuvre des Morton, Torti, Lautter, Lancisi, Alibert, Nepple, Maillot, etc.

Observation I. — *Fièvre intermittente pernicieuse comateuse.* — Au mois d'octobre de l'année 1849, Mme S..., âgée de 43 ans, habitant un premier étage, sec, propre, bien aéré, exposé au levant, était convalescente d'une pneumonie, qui avait envahi les deux tiers inférieurs du poumon droit. Déjà elle prenait du bouillon (alors elle était au onzième jour du début du mal), la fièvre ayant cédé et toute trace de phlegmasie ayant disparu ; sans cause appréciable, vers trois heures de l'après-midi, elle fut prise d'un malaise léger et indéfinissable, de faiblesse et de crainte de mort. Ces symptômes, que je ne vis que lorsqu'ils s'éteignaient, ne durèrent qu'une demi-heure.

Le lendemain matin, malgré une bonne nuit, Mme S..., était encore tourmentée par la crainte d'une fin prochaine et avait les traits du visage altérés. Examinée avec soin par un confrère et par moi, elle n'offrit cependant aucun autre symptôme particulier, si ce n'est une assez grande fréquence des battemens artériels.

A sept heures du soir, nouvel examen attentif, à la demande de la malade elle même, qui ne fit pas constater de symptômes nouveaux. Cependant, pour tranquiliser Mme S..., et lui procurer un sommeil réparateur, je conseille un lavement contenant du musc (15 centigrammes) et du laudanum de Sydenham (7 gouttes). A onze heures du soir, le sommeil qui, jusqu'à ce moment, avait été calme et réparateur depuis neuf heures, époque où le lavement avait été pris, fut interrompu par des mouvemens convulsifs et un ronflement, accompagnés de la perte de connaissance, du refroidissement des extrémités et d'une altération extraordinaire des traits. A onze heures et demie, elle expirait devant moi.

Où sont donc ces stades si tranchés, décrits habituellement ?

Point de frisson ni de chaleur.

Le premier accès n'est ni brusque ni saillant, mais mal dessiné, insidieux et très passager ; à la voir, que de praticiens qui, comme moi se serait mépris ! Le frisson, la chaleur et la sueur faisant défaut, ne pouvait-on pas attribuer ces nouveaux accidens morbides à l'imminence du retour du mal, à un léger écart de régime, à l'approche de la nuit, à une modification atmosphérique, à une impression morale ?

La petitesse et la fréquence du pouls persistant, sans cause appréciable ; la faiblesse de la voix et la prostration fixèrent, il est vrai, mon attention, puisque j'en parlai à mon confrère ; mais, et je l'avoue, je ne pensai point à un accès intermittent pernicieux, aussi le traitement ne fut-il pas dirigé contre celui-ci.

Je dois signaler ici une circonstance : c'est la crainte de la mort, qui poursuivait Mme S... Il est une chose digne d'être remarquée, c'est que, toutes les fois que l'homme est frappé d'une affection promptement mortelle, il en a conscience si, cependant, les facultés intellectuelles sont assez intactes : les ruptures du diaphragme, la déchirure du poumon, les perforations du tube digestif, de la vésicule du foie, de la vessie, l'introduction de l'air dans les veines pendant les opérations, en sont autant d'exemples. (Putegnat, de Lunéville, *Essai sur l'introduction de l'air dans les veines*, Paris, 1834, thèse No 156, p. 10.)

Quelques auteurs (disciples de Broussais) ont pensé que le caractère pernicieux ne tient point à la nature de la fièvre, mais à une maladie étrangère qui la complique. Si cela a lieu, comme Hehvig (*Opus. phys.-medic.*, p. 226), J. Lazoni (*Ephem. nat. cur.*, dec 11, a. 9, obs. 209), J. Frank (*Pathologie médicale*) et bien d'autres auteurs en rapportent des exemples ; l'observation que je viens de rapporter et les cinquième et sixième prouvent qu'ils n'en est pas toujours ainsi. En effet, Mme S... n'avait plus aucune maladie ; seulement elle était usée par quatorze accouchemens, une fausse couche, l'allaitement de dix enfans et une grave pneumonie. D'ailleurs, s'il n'en était point autrement que le pensait Broussais, comment se rendrait-on compte de la marche périodique de tous les symptômes ! Comment expliquerait-on que, quand les complications ont été dissipées, les symptômes cèdent promptement aux préparations de quinquina, employées à temps et d'une manière convenable !

Observation II. — *Fièvre intermittente pernicieuse convulsive.* — Le 21 août 1852, je suis appelé chez le sieur G.... pour un enfant de 7 mois, sevré depuis trois jours, atteint de vomissemens et de diarrhée abondante. La petite malade ayant les incisives prêtes à sortir des gencives, je conseille seulement des lavemens amylacés, de l'eau d'orge légère coupée avec un quart de lait, de la semoule au lait liquide et bien cuite.

Le 22, la diarrhée est moins abondante, il n'y a plus de vomissemens, la petite fille est gaie.

Le 23, appelé de nouveau, je trouve l'enfant dans des convulsions qui ont commencé, me dit la mère, à huit heures du matin. Les évacuations alvines sont encore fréquentes.

Traitement. — Eau froide sur la tête, oreiller de crin, cataplasmes chauds aux pieds, une sangsue sur chaque apophyse mastoïde ; à une heure, les convulsions ont entièrement disparu, mais l'enfant est abattue.

Le 24, à neuf heures et demie du matin, appelé à cause d'une nouvelle convulsion, je trouve cette petite fille ayant le visage altéré, le pouls petit, très fréquent et intermittent ; ne poussant aucun cri, ayant la bouche pleine d'écume, la respiration haute, courte, fréquente et bruyante ; et tout le corps, spécialement la poitrine, les bras, le visage et les yeux agités par une convulsion continuelle. Alors j'apprends que cette convulsion est arrivée subitement, le matin à huit heures, sans cause appréciable. A l'aide de ces renseignemens et symptômes, je reconnais un second accès pernicieux convulsif, et annonce aux parens la mort de leur enfant, qui arrive vers midi.

Qui aurait pensé à un accès pernicieux en voyant la convulsion du 23, et aurait prévu, pour le lendemain, à pareille heure, le retour de l'éclampsie ? Tout praticien ne sait-il pas que les accès intermittens pernicieux sont très rares chez les enfans ? Si Rosen, à la page 353 de son *Traité des maladies des enfans* (édit. de 1778), en parle vaguement, d'autres auteurs ne se taisent-ils point sur cette affection de la première enfance ? témoins : Underwood (*Traité des maladies des enfans*, 1786, chap. XV), Billard (*Traité des maladies des enfans*), 1828), Brachet, (*Traité pratique des convulsions dans l'enfance*, Lyon, 1837), Rilliet et Barthez (t. II), Barrier (t. II), et le *Traité des maladies des enfans de la bibliothèque du médecin praticien* (t. VI, p. 234 à 252). Que de causes de convulsions ordinaires données par les orbservateurs, ne présentait pas la petite G.... !

Ainsi, cette enfant avait la peau blanche et fine, la tête volumineuse (voir Baumes, *Traité des convulsions dans l'enfance*, 1805, p. 44), elle était tourmentée par la dentition, la la suppression de l'allaitement et un changement dans les selles (Dugès, *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. III, p. 304).

Ne devrais-je pas regarder la congestion du cerveau comme causée par la fluxion dentaire, et non comme un résultat de la convulsion ? Écoutons Underwood : « Lorsque les convulsions, dit cet auteur (*l. c.*, p. 131), se manifestent sans aucun symptôme préliminaire, on a lieu de croire qu'elles sont la maladie même, et viennent directement du cerveau, quel qu'en soit l'état. » De là vient que, contrairement à l'avis de MM. Rilliet et Barthez (t. II, p. 280), mais en me conformant à celui du médecin anglais, j'ai conseillé les sangsues derrière les oreilles, l'eau froide sur la tête et les cataplasmes chauds aux pieds. Je le reconnais et l'admets : si les préparations de quinquina eussent été employées, à l'extérieur et à l'intérieur, immédiatement après l'accès du 23, celui du 24 ne serait très probablement pas arrivé, au moins n'aurait-il pas été mortel, mais, je le répète, qui aurait pu prévoir ce retour à la même heure du lendemain ? On le voit, le diagnostic d'accès pernicieux n'est point aussi facile que veulent bien le dire les auteurs.

(*La suite à un prochain no.*)

être plus utiles, comme asiles de la première enfance, pour les enfans *sevrés* ; qu'à l'égard des enfans que les mères allaitent encore, il semblerait préférable de les maintenir au foyer domestique, en accordant quelque secours à la mère, à l'instar du mode d'assistance créé par M. le curé de la paroisse de Saint-Séverin, ou bien de les confier, par groupes de deux ou trois, à quelques femmes pauvres et honnêtes, moyennant une faible rétribution, ce qui constituerait de petites Garderies, ainsi qu'il en existe un très grand nombre dans Paris ; qu'enfin, en ce qui touche les enfans dont les mères ne peuvent pas nourrir ou sont occupées tout le jour loin de chez elles, il serait convenable de les envoyer en nourrice, moyennant le prix de 15 à 18 fr. par mois, montant de la dépense mensuelle de la Crèche.

Quant à la Société des Crèches considérée en elle-même, nous nous plaisons à rendre hommage à la philanthropie généreuse, au zèle persévérant, au dévoûment sans bornes des personnes qui sont à sa tête ; mais nous ne remarquons pas que cette Société ait une action générale bien énergique sur les Crèches ; car, ainsi que nous l'avons dit, plusieurs d'entre elles sont tenues d'une manière qui laisse encore beaucoup à désirer ; et si, par des publications et par les divers moyens que la charité lui inspire en faveur de ces établissemens, elle leur rend des services qui ont leur importance, nous ne voyons pas qu'il y ait là, jusqu'à ce jour, un motif suffisant pour sa reconnaissance légale.

Messieurs, en 1849, M. le comte Hector Lepeletier d'Aunay s'exprimait ainsi devant vous : « Nous ne croyons pas que l'État, en faisant de » la Société des Crèches un corps certain, apte à posséder, à recevoir, » à se diriger avec indépendance de toute autorité, assumerait sur lui » une responsabilité dont il devrait compte à la Société tout entière, et » entraînerait également les communes dans une garantie qu'elles ne » peuvent accepter aussi légèrement.

» En effet, ou le secours de la Crèche est une nécessité publique, » alors il doit entrer dans le domaine de l'Assistance publique, ou il » n'est que l'essai ingénieux d'un nouveau bienfait de la charité privée, » et alors il faut lui laisser courir les chances de son essai, tout en exigeant de l'autorité une surveillance spéciale sur la dispensation d'un » secours qui intéresse aussi grandement la sécurité des familles et la » conservation de l'espèce. »

Ce que M. le comte Lepeletier d'Aunay vous disait il y a quatre ans, nous vous le redisons aujourd'hui, bien à regret, mais avec une entière conviction et le sentiment profond d'un grand devoir à remplir.

Votre Commission vous propose, Messieurs, de persister dans votre première conclusion, et d'émettre l'avis qu'il *n'y a pas lieu, quant à présent, de reconnaître la Société des Crèches comme établissement d'utilité publique.*

COURRIER.

Enseignement. — Sur le rapport de M. le ministre de l'instruction publique et par décret du 5 juillet, la chaire de botanique rurale, au Muséum d'histoire naturelle, est supprimée et remplacée par une chaire de paléontologie.

M. Alcide d'Orbigny, docteur ès-sciences, est nommé professeur de paléontologie.

— Par un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 5 juillet, à l'avenir, les professeurs chargés de l'enseignement des diverses branches de la botanique au Muséum d'histoire naturelle, dans les Facultés des sciences et de médecine, et dans les Écoles supérieures de pharmacie, seront tenus de faire, pendant la belle saison, des excursions scientifiques, dans lesquelles ils exerceront les élèves à reconnaître, sur place, les caractères et les familles des plantes.

Nécrologie. — M. le docteur Abraham, membre de l'Académie de médecine, dont la réception au doctorat datait de 52 ans, vient de mourir à un âge très avancé.

Prix. — L'Académie des sciences de l'Institut de Bologne, chargée de distribuer le prix Aldini, *sur le galvanisme*, a couronné, au mois d'avril 1848, un savant mémoire du docteur Grimelli, professeur à l'Université de Modène, sur la question mise pour la troisième fois au concours depuis 1845, celle des *courans dits de la grenouille* et des phénomènes qui s'y lient immédiatement. Les travaux des physiologistes et des médecins se sont exercés depuis sur ce point, et ils ont été conduits à étudier l'autre courant, déjà connu sous le nom de *courant musculaire*, ce qui a conduit également M. Du Bois-Reymond à annoncer la découverte d'un troisième courant, dont le développement dépendrait de la contraction des muscles de l'homme dans l'état de vie. L'Académie de Bologne, croyant utile de suivre le développement de la première question qu'elle a posée, tout en tenant compte de ce qui a été fait depuis, tant sur les courans de la grenouille que sur ceux qui en sont dérivés, propose en conséquence, pour le prix Aldini, la question suivante :

« Exposer tout ce qu'il y a d'avéré et d'important dans les découvertes relatives au *courant musculaire*, indépendamment des résultats fournis dans son mémoire par M. Grimelli, et déterminer si l'on doit admettre ou non l'autre courant qui se développe, d'après M. Du Bois-Reymond, dans l'acte de la contraction musculaire, et s'il y a manifestation d'électricité libre dans le système nerveux des animaux vivans. »

Indépendamment d'une critique rigoureuse des argumens donnés pour ou contre, l'Académie de Bologne réclame de nouvelles expériences, destinées à éclairer les faits qui sont encore controversés ; mais, par dessus tout, elle réclame le soin le plus scrupuleux, dans le but de déterminer, autant que possible, la véritable origine de tous les phénomènes qui viennent d'être indiqués, ainsi que leurs lois, et d'en déduire par des expériences concluantes, et autant que permet de le faire l'état actuel de nos connaissances physiques et physiologiques, la part ou l'action que l'on peut assigner à l'électricité dans les fonctions de l'organisme animal.

Prix : une médaille d'or de la valeur de 100 écus romains.

Les mémoires devront être adressés, suivant les formes académiques, en latin, en italien ou en français, au *secrétaire de l'Académie des sciences de l'Institut de Bologne.*

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 Juin. — Présidence de M. COMBES.

Note sur le pian, maladie des régions tropicales.

M. GUYON communique la note suivante sur le pian :

Le pian ou yaw est, comme on le sait, une maladie éruptive, qui consiste en des pustules assez semblables, pour la forme et pour la couleur, au fruit du framboisier, et de là le nom de *frambœsia*, sous lequel elle a été décrite par nos nosologistes.

L'état encore peu avancé de nos connaissances sur cette maladie tient à ce que, aux Antilles, les médecins ont rarement occasion de la voir, son traitement y étant abandonné à des nègres connus sous le nom de *panseurs de pian*, comme ceux chargés du traitement de la morsure de reptiles, le sont sous celui de *panseurs de serpens*. Le traitement employé par les *panseurs de pian* n'est pas le même pour tous. Cependant la plupart administrent un décoctum de salsepareille et de sulfate d'antimoine. Quelques médecins, appelés à traiter le pian, lui ont opposé, et, à ce qu'ils croient, avec avantage, des mercuriaux joints à des tisanes de gaïac et de salsepareille. Du reste, quel que soit le traitement employé, sa durée est ordinairement de quatre à cinq mois.

Le pian ou yaw passe, aux Antilles, pour être contagieux et transmissible par la génération.

Sa transmissibilité par inoculation me semble démontrée par deux faits que je rapporte à la suite de cette note.

Les premiers navigateurs qui abordèrent dans les régions tropicales de l'Amérique, y trouvèrent le pian, tant parmi les Indiens continentaux que parmi les insulaires; plus tard, il y fut également observé sur les nègres provenant des contrées tropicales de l'Afrique, par voie de la traite. Cette même voie le portait de temps à autre en Algérie, avant l'occupation française de ce pays, où nous avons eu occasion d'en voir des traces sur des nègres de Tombouctou et du Bournou. Nous en avons même rencontré des cas dans ce même pays, et sur des nègres qui y étaient nés, et sur des indigènes Maures, Kabyles et Arabes, qui n'en étaient jamais sortis.

En Algérie, les *tébid* ou médecins indigènes, considèrent le pian comme une sorte de syphilis et ils le traitent comme telle. La base de ce traitement consiste principalement dans une diète de quarante jours, diète sous l'influence de laquelle le mal disparaît; mais il ne tarde pas à se remontrer dès que le sujet reprend de l'alimentation. D'où nous devons conclure que l'apparente guérison du pian ou yaw, produite par la diète dont nous parlons, n'est qu'un phénomène qui se rattache au retrait de toutes les parties molles, à l'amaigrissement général, en un mot, qu'on observe en même temps chez l'individu. (Comm. MM. Serres, Magendie et Rayer.)

Emploi simultané de l'iodure potassique intérieurement et de la solution d'iode extérieurement.

M. CRUSELL adresse, de St-Pétersbourg, une note sur l'emploi simultané de l'iodure potassique intérieurement, et de la solution d'iode extérieurement.

L'auteur fait remarquer que chacun de ces deux médicamens a été employé isolément de la manière indiquée, mais qu'il croit être le premier à les avoir employés simultanément; il ajoute que l'expérience a pleinement confirmé les espérances qu'il avait conçues de ce mode de traitement, et entre dans quelques détails destinés à guider les praticiens qui voudraient répéter ces essais. (Commis. MM. Lallemand et Rayer.)

Traitement de la surdité congéniale.

M. le Ministre de l'intérieur invite l'Académie à lui faire connaître le jugement qu'elle aura porté sur les procédés mis en usage par M. Baudeloque dans le traitement de la surdité congéniale.

La commission qui a été nommée à cet effet, à l'occasion de deux communications successives de M. Baudeloque, est invitée à se mettre le plus promptement possible en mesure de faire son rapport à l'Académie.

Gangrène spontanée dans la glucosurie.

M. MARCHAL (de Calvi), adresse la lettre suivante :

« Monsieur le Président,

» Il y a près de deux ans, j'ai observé un cas de gangrène dite *spontanée*, chez un diabétique, qui perdit un petit orteil, et qui, continuant à rendre du sucre dans les urines, a fini par succomber dernièrement à la gangrène de la presque totalité d'un pied.

» C'est là recherche de la cause générale de la gangrène du petit orteil qui me conduisit, dans ce cas, à reconnaître le diabète, qui datait de plus de quinze ans.

» Depuis la publication de ce premier fait, M. le docteur Landouzy, de Reims, a communiqué à l'Académie de médecine un cas de gangrène des deux jambes chez une diabétique.

» J'observe en ce moment, un fait de même nature, et je m'empresse de le comuniquer à l'Académie.

» Appelé en consultation, près de Paris, par un praticien recommandable, je constatai chez son malade deux foyers gangréneux dans la région dorsale, dont l'un très vaste, et une large plaque phlegmoneuse et œdémateuse tout le long du côté externe de la cuisse gauche. Dans l'impossibilité de rattacher ces graves lésions à aucun autre vice général, je soupçonnai que le sujet pouvait se trouver sous l'influence de la diathèse glucosurique, et je l'interrogeai dans ce sens : il me répondit que depuis longues années, il boit et urine beaucoup. L'urine, examinée immédiatement par un habile chimiste, M. Duroy, pharmacien, contenait de 95 à 100 grammes de glucose par litre.

» Comme mon premier malade, celui dont il s'agit est sujet depuis longtemps à des furoncles qui se produisent sur toutes les parties du corps.

» Je me borne aujourd'hui à ce simple énoncé. Bientôt je publierai un travail général sur la gangrène dans la glucosurie.

» J'ai, d'ailleurs, indiqué le mode présumable suivant lequel se produit cette gangrène.

» Le phénomène pathologique dont le cas qui vient de se présenter est la confirmation, est tel par sa nouveauté, je pourrais dire par son importance, qu'il serait utile, Monsieur le Président, qu'un membre de l'Académie fût désigné pour le vérifier.

» Comment un praticien exercé a pu méconnaître la glucosurie dans ce cas, cela se comprend, pour deux raisons : d'abord, le malade avait négligé d'appeler son attention sur la polydipsie et sur l'abondance des urines ; ensuite, le fait de la gangrène glucosurique, que j'ai découvert, est encore peu connu.

» Je suis, etc. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 Juillet 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

La correspondance comprend :

1° Trois lettres du ministre de l'instruction publique transmettant : 1° un mémoire de M. BARRACANO, sur le choléra; 2° un mémoire de M. APOSTALIDÈS, sur la ligature des artères; 3° une lettre de M. LEDORÉ, relative à un traitement du croup.

2° Des rapports de MM. les inspecteurs des eaux minérales de Cambo, Biarrits et des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), de M. PRIVAT, sur les eaux de Lamalou (Hérault); de M. LEBRET, sur les eaux de Balaruc (même département) ; de MM. CHEVALLIER et ROUSSEL, sur les eaux de Bagnols et de la Chaldette (Lozère); de M. TAILHADE, sur les eaux de Capvern (Hautes-Pyrénées) ; de M. MISTLEY, sur les eaux de Châtenois (Bas-Rhin) ; de M. BUISSARD, sur les eaux de La Motte (Izère).

3° Un mémoire de M. DUTROULEAU, médecin en chef de la marine à la Guadeloupe, sur la fièvre jaune qui a régné à St-Pierre-de-la-Martinique, pendant les derniers mois de l'année 1852. (Comm. MM. Louis, Londe, Gérardin.)

4° Un mémoire de M. FUMEY, de Cuiseaux (Saône-et-Loire), sur la variole et la vaccine. (Commis. de vaccine.)

5° Une note de M. SZOKALSKI, de Savigny-sous-Beaune, sur un cas d'extraction de l'orbite d'un fragment de bois de 2 pouces 1/2 de longueur. (Comm. M. Huguier.)

— M. CHATIN, candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, lit un mémoire ayant pour titre : *Organisation et affinités respectives des limnanthacées et des tropéolées (capucines). — Analogies médicales et différences botaniques entre les limnanthacées, les tropéolées et les crucifères.*

De ses recherches, qu'il expose dans un mémoire étendu, où la botanique médicale occupe une assez large place, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1. L'organisation des limnanthacées les éloigne des géraniacées et les rapproche des coriariées.

2. L'organisation des tropéolées les éloigne des géraniacées et des limnanthacées, avec lesquelles on les a généralement confondues; elle les rapproche au contraire des maspignacées et des sapindacées.

3. La loi développée par de Candolle, sur les rapports qui existeraient entre les analogies médicales et les analogies botaniques, offre deux séries d'exceptions, savoir : 1° dans ses groupes les plus naturels (ombellifères, légumineuses, helléborées...), des espèces ont des propriétés opposées à celles du type; 2° des propriétés analogues ou des produits de même nature existent chez des familles très distinctes les unes des autres (*caféine* chez les rubiacées et les camelliacées, *coumatine* dans les légumineuses, les malvacées, les sapindacées, etc.).

4. Les limnanthacées se rapprochent des crucifères par leur huile essentielle de saveur piquante, azotée et sulfurée, que renferment surtout les fleurs et les racines; elles s'en éloignent au contraire par toute leur organisation. Le *Limnanthes Douglasii R. Br.*, plante facile à cultiver dans les sols non inondés, et que ses belles fleurs ont fait entrer depuis quelques années dans les parterres, peut être regardé comme le succédané du cresson.

5. Les tropéolées se rapprochent des crucifères par leur saveur piquante, par leur essence azotée-sulfurée, et par leurs qualités antiscorbutiques depuis longtemps connues; leurs caractères botaniques les en éloignent cependant.

6. Les limnanthacées et les tropéolées offrent entr'elles les analogies médicales les plus grandes, en même temps que les différences botaniques les plus tranchées. (Comm. MM. Jolly Bonnastre et Guibourt.)

L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Bouchardat, relatif aux huiles de foie de morue.

Le rapport conclut à ce qu'il soit adressé une lettre de remercîmens à M. Berthé, auteur d'un mémoire sur les huiles de foie de morue et de raie, et sur une préparation d'huile iodo-phosphorée destinée à les remplacer dans la pratique.

M. H. GAULTIER DE CLAUBRY, après avoir présenté quelques critiques sur le travail de M. Berthé, s'élève contre l'inconvénient qu'il pourrait y avoir à ce que l'Académie donnât implicitement son approbation à une préparation défectueuse, suivant lui, et dont la publicité s'est déjà emparée.

M. GUIBOURT parle dans le même sens et propose le renvoi des conclusions à la commission.

M. SOUBEIRAN défend le travail de la commission et s'attache à faire ressortir le mérite du mémoire de M. Berthé.

M. BOUVIER, au nom des médecins dont le témoignage a été invoqué, croit de son devoir de dire qu'il a employé l'huile iodo-phosphorée dans le service des scrofuleux de l'hôpital des Enfans, et qu'il n'en est résulté aucun inconvénient, ni aucun avantage.

M. BOUCHARDAT : La commission n'a jamais prétendu dire que l'huile iodée, pas plus que l'huile iodo-phosphorée pussent remplacer l'huile de foie de morue. Ce sont des préparations évidemment différentes. Ces préparations sont-elles utiles, oui ou non ? Là est toute la question ; et, pour lui, il lui paraît qu'elles peuvent être utiles. Quant à l'auteur, M. Berthé, qui a consacré deux années de travail à analyser les huiles de morue et leurs analogues, il y aurait un véritable déni de justice à ne pas reconnaître le mérite de son travail et à ne l'en pas remercier.

M. GIBERT craint, comme MM. Gaultier de Claubry et Guibourt, qu'on n'abuse de cette approbation de l'Académie, comme on a abusé déjà de celle qui a été donnée à l'huile iodée. Il voudrait qu'on remplaçât la phrase approbative du rapport par celle-ci : Ni l'huile iodée, ni l'huile iodo-phosphorée ne peuvent remplacer l'huile de foie de morue.

M. BOUCHARDAT consent à cette modification qui exprime parfaitement son opinion.

Les conclusions du rapport avec la proposition formulée par M. Gibert, sont mises aux voix et adoptées.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie, pour délibérer sur les conclusions du rapport sur la vaccine.

RÉCLAMATION.

DU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LA SAIGNÉE ET PAR L'EAU FROIDE *intùs* ET *extrà*.

Béthune, le 20 juin 1853.

Mon cher et très honoré confrère ,

Avant de publier le traitement de la fièvre typhoïde par la saignée et par l'eau froide *intùs* et *extrà*, que l'UNION MÉDICALE a bien voulu insérer dans ses numéros d'octobre et de novembre 1852 , j'ai attendu que les avantages de ce traitement fussent démontrés par huit années d'expérience, et qu'il eût fait ses preuves entre les mains d'un grand nombre de praticiens, et dans des localités différentes. Voyant enfin qu'il réussissait partout, qu'on comptait par mille les cas dans lesquels il avait été employé sans qu'une seule fois on eût été obligé de l'abandonner ; que non seulement les malades le supportaient bien, mais guérissaient dans une proportion considérable, je pensai qu'il m'était permis d'espérer qu'il donnerait partout des résultats à peu près semblables.

Cependant, voilà qu'au premier essai, M. Valleix perd 10 malades sur 25, déclarant que 14 fois il a dû abandonner la réfrigération, parce que la mort des malades était imminente.

Voilà des résultats si contradictoires et si étranges, qu'ils ne peuvent s'expliquer d'une manière satisfaisante, ni par le défaut d'habitude et d'expérience du médecin, ni par l'incurie des gardes malades, et qu'ils étonnent M. Valleix lui-même, qui, avec l'esprit de droiture et d'impartialité qu'on lui connaît, hésite à conclure et fait appel à de nouvelles expérimentations.

Pour moi, j'avoue que mon étonnement aurait été au comble , si je n'avais immédiatement découvert le mot de l'énigme, en lisant ce qui suit :

« Voici, dit-on, comment nous avons appliqué cette nouvelle méthode
» de traitement :

» Nous avons fait, en général, une ou deux saignées de 350 à 400
» grammes au début; quelquefois nous avons eu recours aux sangsues
» ou aux ventouses scarifiées. Des compresses mouillées étaient appli-
» quées sur l'abdomen ; les malades n'avaient d'autre boisson que l'eau
» froide et prenaient deux ou trois lavemens par jour. »

Voilà bien mon traitement dans toute sa simplicité primitive, rien de plus, rien de moins. Si c'était celui qu'on voulait suivre, il fallait s'en tenir là.

Bien au contraire, on y ajoute une pratique dont je n'ai jamais eu l'idée, et que je ne saurais trop réprouver :

« Des lotions froides faites sur tout le corps avec une éponge
» mouillée, cinq ou six fois dans les vingt-quatre heures. » (UNION MÉDICALE, n° du 16 juin 1853, page 282.)

N'est-il pas de toute évidence que la réfrigération, au moyen de compresses mouillées appliquées sur le ventre, étant suffisante et dépassant même quelquefois le but, comme cela arrive dans certains momens chez presque tous les malades, on doit, en y ajoutant des lotions froides sur tout le corps, produire le refroidissement extrême, la cyanose et l'asphyxie.

J'ai été moi-même atteint de la fièvre typhoïde au moment des plus grandes chaleurs de l'été dernier; la température de ma chambre était d'environ 30 degrés, ce qui n'empêchait pas que, dans certains momens, il fallût me réchauffer les extrémités.

Certainement, si j'avais dû subir l'épreuve des lotions froides, il m'aurait été impossible de les supporter. Je ne m'étonne donc que d'une chose, c'est qu'il se soit trouvé 10 malades sur 25 capables d'y résister.

A cette occasion, je dirai que dans les expériences variées par lesquelles j'ai dû passer avant d'arriver à la formule dont je ne m'écarte plus aujourd'hui, j'avais déjà constaté le danger de la réfrigération générale sous quelque forme qu'on la pratique ; c'est sur le ventre seulement, rarement même sur la tête concurremment, que l'application du froid est utile.

Je me crois donc en droit de déclarer que M. Valleix s'est trompé en croyant expérimenter mon traitement; qu'en y ajoutant les lotions froides sur tout le corps à la manière de M. Wanner, il en a singulièrement modifié et outrepassé le mode d'action, et que c'est à cette innovation qu'il faut attribuer la nécessité d'abandonner le traitement 15 fois sur 25.

Veuillez, mon cher et honoré confrère, insérer dans un de vos plus prochains numéros, cette rectification que je vous adresse, avec l'espoir qu'elle détruira, ou qu'elle affaiblira du moins, dans l'esprit de vos nombreux lecteurs, l'impression fâcheuse que ne peut manquer de produire l'apparence, même la moins fondée, d'un insuccès certifié par une autorité aussi imposante que celle de M. Valleix.

Enfin, avant de terminer, j'ajouterai que depuis la publication de mon mémoire, ma méthode de traitement a été importée au loin ; qu'à Arras et dans les environs de Paris, les essais qui ont été faits ont réussi aussi bien qu'à Béthune et dans les pays environnans.

Agréez, etc. A. LEROY, D.-M. P.

La lettre qui précède ayant été communiquée à M. Valleix, cet honorable confrère nous a adressé la courte réponse suivante :

Paris, 30 juin 1853.

Mon cher confrère,

M. le docteur Leroy, de Béthune, a parfaitement raison de faire remarquer, dans la lettre que vous avez bien voulu me communiquer, qu'il y a eu dans le traitement de l'épidémie de fièvre typhoïde dont j'ai donné la relation, une infraction aux règles qu'il a tracées. J'aurais dû le faire remarquer moi-même. Toutefois, il importe de noter que, même dans les cas où le traitement a été très bien supporté, il n'y a pas eu de modification avantageuse dans les symptômes et dans la marche de la maladie.

Maintenant, cette addition que nous avons faite au traitement suffit-elle pour expliquer la différence énorme des résultats? C'est ce que la suite nous apprendra, et c'est pourquoi j'ai appelé et j'appelle encore (remplissant en cela, je pense, les intentions de M. Leroy lui-même) l'attention des médecins des hôpitaux de Paris sur ce traitement particulier. J'insiste toutefois sur un point : c'est qu'il faut, pour que l'expérimentation ait une valeur réelle, qu'on n'agisse que sur des cas dont le diagnostic ne pourra pas être mis un seul instant en doute.

Agréez, mon cher confrère, etc. VALLEIX.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 81. SEPTIÈME ANNÉE. **Samedi 9 Juillet 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 8 JUILLET 1853.

DE L'HOMOEOPATHIE ;

Par M. BONNET, D.-M. P., professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Bordeaux, etc.

(Quoique le travail qui suit ne soit qu'une exposition, sous une forme nouvelle et souvent heureuse, d'argumens connus, il nous a paru utile de le publier, dans un moment où les sophismes de l'homœopathie semblent faire de nouvelles victimes jusque dans nos écoles.)

(*Note du rédacteur en chef.*)

Le peu de succès qu'eut l'homœopathie en France, lorsqu'il y a près d'un quart de siècle, on chercha à l'y introduire, ne permettait guère de présumer que nous aurions si tôt à nous en préoccuper de nouveau. Mais nous n'avions pas suffisamment tenu compte, à ce qu'il paraît, de l'attrait qu'a pour les personnes, même les plus éclairées ou les plus haut placées dans la société, tout ce qui porte avec soi un caractère de bizarrerie ou d'étrangeté. Nous ne nous étions pas assez pénétrés non plus de l'intérêt qu'on peut avoir à tirer parti du besoin de croire qu'ont la plupart des hommes et de l'influence puissante qu'exerce sur eux l'amour du merveilleux.

C'est là, sans aucun doute, la cause de l'illusion dans laquelle nous étions sur ce point. Mais puisque l'homœopathie a fait sa réapparition parmi nous, et qu'elle semble même cette fois en voie réelle de progrès, on ne peut rester indifférent aux principes qui lui servent de base. L'intérêt de la science, le bien de l'humanité, tout nous fait un devoir de les examiner; pour y procéder avec fruit, nous commencerons par en tracer une esquisse rapide.

La première vocation du médecin, d'après Hahnemann, est de rétablir la santé des personnes malades, ou, en d'autres termes, de les guérir.

Guérir une maladie, c'est rétablir la santé d'une manière sûre, rapide et douce, *tutò, citò, jucundè*.

Les changemens morbides internes qui constituent la cause prochaine de la maladie se dérobant à nos investigations, ne sauraient servir de base à la thérapeutique.

Les symptômes seuls peuvent fournir les indications curatives, et le traitement qui en aura fait disparaître la totalité aura nécessairement anéanti les désordres occultes.

Les propriétés actives des médicamens ne peuvent être déduites par analogie de leurs qualités physiques ni de leur composition chimique; les rapports entre leurs modes d'action et les maladies ne sont appréciables que par les effets qu'ils produisent sur l'économie.

En voyant l'emploi des médicamens, dans les maladies, être fréquemment et promptement suivi du rétablissement de la santé, nous sommes portés à leur attribuer ce résultat; mais cette manière d'étudier les propriétés médicales des agens thérapeutiques ne peut conduire à des connaissances complètes ni positives, parce qu'à l'exception de quelques maladies produites par des causes miasmatiques invariables (la peste, la variole, la scarlatine, la gale), tout état morbide est un cas individuel, particulier, caractérisé non par la prédominance d'un ou de plusieurs symptômes, mais par leur totalité : conséquemment un moyen trouvé nécessaire dans une maladie ne conviendra pas contre telle autre qui ressemble à celle-ci seulement par quelques symptômes. Or, une pareille manière d'essayer les médicamens ne présente qu'une multitude de cas et de cures individuels, qui, à quelques exceptions près, ne permettent aucune induction analogique ; il faut chercher par un autre moyen les principes généraux de la thérapeutique.

Ce moyen, selon Hahnemann, est l'essai de l'action des médicamens sur l'homme en santé. Par ce mode d'investigation, on trouve que toute substance médicinale produit un ensemble de symptômes morbides, une véritable maladie artificielle. Ainsi l'action d'un médicament a deux effets opposés : le rétablissement de la santé de l'homme malade, et l'altération de l'homme sain. Hahnemann conclut de là que les médicamens deviennent remèdes, en vertu de leur faculté de produire des altérations dans les corps sains. Dans les maladies, nous ne pouvons observer que les symptômes, et dans les remèdes que leur puissance de modifier la santé de l'homme, et cette puissance ne se manifeste d'une manière claire que par les effets purs sur des hommes sains.

Il faut donc que ce soit dans les rapports entre les symptômes des maladies et les effets purs ou spécifiques des médicamens, que nous cherchions le principe général du traitement des maladies. Or, il n'y a que trois rapports possibles entre les symptômes des maladies et les effets spécifiques des remèdes. Savoir : l'*hétérogénéité*, l'*opposition* et la *ressemblance*. De là suit qu'il n'y a que trois méthodes imaginables de traiter les maladies : la *méthode allopathique*, la *méthode antipathique* et la *méthode homœopathique*.

La première méthode est celle qui use des médicamens produisant des effets étrangers aux symptômes de la maladie (système de révulsion).

Dans la seconde, on emploie des médicamens produisant des effets spécifiques opposés aux symptômes de la maladie qu'on veut guérir (*contraria contrariis curantur*).

Dans la troisième on se sert de remèdes produisant des effets spécifiques semblables à ceux de la maladie naturelle (*similia similibus curantur*). La vaccine est le remède homœopathique de la petite vérole ; la congélation des membres est avantageusement combattue par les frictions de glace ; Edward Kentisch traite, avec succès, les brûlures par l'essence de thérébenthine et l'alcool.

Suivant Hahnemann, la méthode homœopathique est la seule dont l'efficacité soit entière, constante, et cette supériorité lui a été démontrée par l'expérience.

Quelle que soit la substance qu'il emploie, le médecin homœopate n'en prescrit jamais qu'une quantité excessivement petite ; ce n'est qu'administrés de la sorte que les médicamens agissent; et l'on peut même dire que plus leur dose est faible, plus leur action est énergique. Ainsi, l'or, l'argent, le platine, le charbon de bois, sont sans action sur l'homme dans l'état ordinaire; mais du broiement continué pendant une heure de 1 grain d'or avec 100 grains de sucre de lait en poudre, résulte une préparation qui a déjà beaucoup de vertu médicinale. Qu'on prenne 1 grain de ce mélange, qu'on le broie encore pendant une heure avec 100 grains de sucre de lait, et que l'on continue d'agir ainsi jusqu'à ce que chaque grain de la dernière préparation contienne un quadrillionième de grain d'or, on aura alors un médicament dans lequel la vertu médicinale de l'or sera tellement développée, qu'il suffira d'en prendre 1 grain, de le renfermer dans un flacon, et de le faire respirer quelques instans, pour en obtenir des effets vraiment merveilleux dans la mélancolie, le spleen, etc.

Cette vertu médicinale s'accroît surtout par le frottement, et il est bon d'être prévenu de ne pas trop l'exalter, car une goutte de drosera qui a 30 degrés de dilution, et qu'on a secouée 20 fois à chacun de ses degrés, met en danger la vie d'un enfant atteint de la coqueluche.

Si l'on ajoute à cela qu'un huitième des maladies chroniques

Feuilleton.

CAUSERIES.

Le Médecin et le Pharmacien. — Question délicate de déontologie.

Le médecin et le pharmacien doivent vivre en bonne intelligence ; un intérêt commun le leur commande ; l'intérêt public le leur prescrit ; la morale professionnelle leur en fait un devoir. Vivre en bonne intelligence, cela suppose que le médecin et le pharmacien useront réciproquement, avec franchise et loyauté, de leurs droits et prérogatives. Cela suppose aussi des égards mutuels. Les rapports étant indispensables entre ces deux membres de la famille médicale, il importe de les rendre aussi faciles et aussi agréables que possible. Chacun des deux peut beaucoup pour obtenir ce résultat. Malheureusement, cela n'est pas toujours facile, et les localités ne sont pas rares où les dissensions entre médecins et pharmaciens sont parfaitement connues de la malignité publique. Je reçois communication d'un fait qui pourrait allumer une guerre de ce genre, s'il n'y avait pas lieu de compter sur la prudence et la sagesse de l'honorable confrère qui veut bien me consulter pour un cas assez délicat de déontologie professionnelle.

Ce digne confrère donnait des soins à une dame atteinte de fièvre typhoïde. Plein de confiance dans la médication employée par M. Leroy, de Béthune, contre cette maladie, il avait appliqué le traitement par l'eau froide *intùs* et *extrà*. La maladie présentait des alternatives de bien et de mal, lorsqu'une consultation fut décidée. Le confrère appelé en consultation, conseille l'emploi du sulfate de quinine à l'intérieur, et à l'extérieur sous forme de pommade. Le médecin traitant s'y oppose ; cependant il dit à son confrère : Prescrivez le sulfate de quinine, si vous le croyez utile, mais acceptez toute la responsabilité de ce changement de traitement. Le médecin consultant refuse, et le traitement par l'eau froide est continué.

Deux jours après, nouvelle consultation, où fut appelé, conjointement avec un médecin du voisinage, le même confrère qui avait conseillé le sulfate de quinine; mais il ne s'y rendit pas. Ce même jour, le mari de la malade, inquiet de la persistance de la fièvre, avoue qu'il a cédé à des influences extérieures, et qu'il s'est procuré un pot de pommade au sulfate de quinine, et six prises de ce sel, qu'il montre à notre confrère. Les étiquettes portaient le nom du pharmacien de la ville qu'habite notre confrère. L'usage du médicament est sévèrement défendu, et le traitement par l'eau froide continue.

Mais, qui avait prescrit ce sulfate de quinine? Sur l'ordonnance de quel médecin le pharmacien avait-il délivré le médicament? C'est ce que notre confrère voulut savoir, et il ne trouva rien de plus naturel que d'écrire la lettre suivante au pharmacien :

« Monsieur, le 4 juin courant, j'ai trouvé chez M. X..., dont je soigne la femme, un pot de pommade portant sur son étiquette : *Pharmacie de...*, pommade au sulfate de quinine. De plus, un paquet cacheté, et portant sur son cachet : X..., *pharmacien*; et sur son étiquette : *Six prises de sulfate de quinine.* Veuillez avoir la bonté, Monsieur, de me communiquer la formule qui vous a autorisé à délivrer ce médicament. Comme je n'ai rien formulé de semblable, je tiens, en ma qualité de médecin ordinaire de cette malade, à être instruit d'où peut provenir ce médicament. — Recevez, Monsieur, les salutations de votre très humble serviteur. — Signé : Dr X... »

Immédiatement, le pharmacien écrivit la réponse suivante, de laquelle je prends la liberté de modifier légèrement la forme, par trop improvisée :

« Monsieur, je ne sais si vous êtes le médecin ordinaire de la famille X... ; mais ce que je n'ignore pas, c'est que vous n'avez aucun contrôle à exercer sur ce que je fais. Je regrette, Monsieur, de ne pouvoir vous satisfaire. J'ose espérer qu'une circonstance plus heureuse me dédommagera. En attendant, je vous prie, Monsieur, de recevoir mes salutations très distinguées. — Signé : X... »

Cette réponse n'était pas, en effet, de nature à satisfaire notre confrère, qui crut devoir déférer sa lettre et la réponse du pharmacien au jury médical de son département. Mais le président du jury lui répondit aussitôt « qu'il n'est pas dans les attributions du jury médical de s'occuper de différens de la nature de celui dont on lui fait part. »

C'est dans ces circonstances que notre confrère a eu la bonté de s'adresser à moi, en me priant de répondre aux questions suivantes :

« 1° Ai-je le droit d'exiger du pharmacien la formule qui l'a autorisé à délivrer le sulfate de quinine?

» 2° Puis-je, oui ou non, exercer un contrôle sur les médicamens que ce pharmacien livre à mes malades?

» 3° Dans l'hypothèse où le pharmacien a reçu une formule, un médecin, appelé en consultation, peut-il, en cachette, et contre l'avis du médecin ordinaire, formuler, de son propre chef, un traitement nouveau?

» 4° Enfin, comment terminer cette affaire. »

Notre honoré confrère termine sa communication en ces termes, qui seront ma justification auprès du lecteur :

» Je finis en vous laissant la liberté de faire connaître au corps médical, cette petite infraction aux *intérêts moraux et professionels.* »

Je n'ai profité de cette liberté que pour faire connaître les faits, ayant cru convenable de laisser les personnages et le lieu de la scène dans l'ombre et le mystère.

Il ne faut pas être doué d'une forte dose de perspicacité pour apercevoir, par le récit des faits, qu'il y a là dessous un acte blâmable de médecin à médecin. Très probablement, le confrère consultant aura cherché, comme cela ne se voit que trop souvent, à supplanter son confrère traitant. Par des voies directes ou indirectes, il aura agi sur le mari, qui, comme cela n'est encore que trop commun, aura cédé à ces influences et aura consenti à faire, en cachette et à l'insu du médecin traitant, un traitement différent de celui qui était suivi. Mais au moment décisif, la conscience du mari se sera troublée; avant de rien administrer à la malade, il aura tout avoué au médecin traitant, à qui on voulait ainsi enlever les honneurs de la cure, car il importe de dire, parce que ce fait simplifiera les choses, que la guérison de la malade a été obtenue

est produit par la *syphilis* (maladie du chancre), et la *sycosis* (miasmes des excroissances ou fiscs), et que les sept autres huitièmes dépendent de la *psore*, ou, si l'on aime mieux, de la *gale* (1), on saura à peu près en quoi consiste la doctrine homœopathique. Quelques personnes trouveront peut-être que nous aurions dû en faire une exposition plus étendue et plus circonstanciée; mais, outre qu'il faut en tout se renfermer dans de sages limites, ce que nous venons de dire au sujet de cette doctrine en constitue réellement la base fondamentale, et nous pouvons, partant, passer sur-le-champ à son examen.

Et, d'abord, nous ferons observer qu'on n'est nullement en droit d'établir que la cause prochaine des maladies se dérobe toujours à nos investigations; car il est incontestable que l'anatomie pathologique nous a parfaitement fixés sur la nature et le siége d'une foule d'affections.

On n'est pas non plus fondé à avancer que le traitement qui aura fait disparaître la totalité des symptômes, aura nécessairement anéanti les désordres occultes, car, la disparition des symptômes ne prouve pas toujours celle de la cause qui les détermine: il n'est pas rare, en effet, de voir une phlegmasie aiguë devenir chronique, et, alors, ou les signes qui la caractérisent sont souvent très différens, et l'on pourrait croire au développement d'une affection nouvelle, ou ils sont entièrement nuls, et, ces sortes de cas militent plus encore contre la proposition qui nous occupe, puisque les phénomènes morbides ont disparu, et que la maladie n'a pas été anéantie.

Mettre en fait qu'à l'exception de la peste, de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, etc., tout état pathologique est *un cas particulier, caractérisé, non par la prédominance de quelques symptômes, mais par la totalité*, et déduire de là *le besoin de chercher, par une voie nouvelle, les principes généraux de la thérapeutique*, c'est, en termes différens, dire que, pour établir le diagnostic et le traitement d'une maladie, il faut que les signes qu'elle présente soient égaux en nombre et parfaitement identiques à ceux qu'elle a offerts chez un autre individu. Or, cela n'a lieu ni dans les affections ordinaires, ni même dans celles qui dépendent de causes miasmatiques invariables; on demande donc l'impossible lorsqu'on veut des ressemblances complètes entre les groupes de symptômes, et si de telles ressemblances étaient nécessaires pour l'application des remèdes, il n'y aurait évidemment jamais indication suffisante de les appliquer.

Ces médicamens, dit-on, qui occasionnent des symptômes semblables à ceux d'une maladie, sont le plus propres à la guérir. Mais avant de préciser les conditions qui font qu'un agent thérapeutique est plus apte qu'un autre à combattre une affection morbide, il conviendrait de savoir si ce qu'Hahneman a publié au sujet de l'adage: *similia similibus curantur*, se trouve solidement établi. Or, nous ne craignons pas d'avancer qu'à une ou deux exceptions près et qui encore n'ont pas la valeur qu'on leur prête, il n'existe aucun fait dans ses ouvrages qui prouve que les médicamens qui occasionnent des symptômes semblables à ceux d'une maladie sont les plus propres à la guérir; partout on procède relativement à cette proposition, comme à l'égard de celles qui en dérivent, par voie d'affirmation, et il y a loin d'une simple affirmation à une démonstration. Nous ajouterons que ses partisans n'ont nullement, non plus, élucidé la question qui nous occupe. Cela est si vrai, qu'ils en sont réduits encore à n'invoquer, la concernant, que la parole du maître, et qu'on les voit constamment, dans leurs livres comme dans leur pratique, répondre sur ce point, Hahnemann l'a écrit, Hahnemann s'en est assuré.

On peut donc hardiment poser en principe que la proposition fondamentale, celle qui forme la clé de voûte de la doctrine homœopathique n'a été jusqu'ici expérimentalement démontrée par qui que ce soit. Il n'y a personne, quoi qu'on en dise, qui, la main sur la conscience, puisse certifier qu'il s'est donné ou qu'il a donné: une fièvre intermittente avec le quinquina; des dartres avec la douce amère; une coxalgie avec la noix vomique; la chorée ou un état voisin de la folie avec la pomme épineuse; l'hydrophobie ou quelque chose d'approchant, avec la belladone et le sulfure de chaux; la coqueluche avec le *drosera rotundifera*; la syncope, avec le *thuxa occidentalis*; la dyssenterie, avec le sublimé corrosif; etc., etc.

Une chose également qu'on est en droit de soutenir, c'est que la vaccine n'est pas le remède homœopathique de la petite vérole, si tant est qu'il y ait des remèdes qui méritent ce nom. Il y a une très grande différence entre préserver d'un état pathologique et le guérir. Pour que la vaccine pût être de quelque utilité au système des infiniment petits, il faudrait qu'on l'inoculât à un individu atteint de la variole, et qu'elle fît disparaître celle-ci; or, cela n'a pas été observé. La congélation des membres est, dit-on, traitée avec succès par les frictions de glace; encore une fausse interprétation de la manière dont les agens thérapeuthiques opèrent sur l'économie: le froid détermine la congélation des tissus soumis à son influence en les privant du calorique qu'ils contiennent, les frictions avec la neige ou la glace, au contraire, y rappellent la chaleur et la vie; elles agissent, par conséquent, d'une manière très différente du froid, et l'on ne peut rien en conclure en faveur de l'homœopathie. N'est-il pas évident, également, qu'on a mal apprécié les cas de guérison de brûlure par l'essence de thérébenthine ou l'alcool? Ces deux substances, en effet, n'apportent pas dans la partie brûlée une nouvelle quantité de calorique, loin de là, elles en ôtent; il n'y a donc aucune analogie entre leur mode d'action et celui du feu et de l'eau bouillante.

Nous ne pousserons pas plus loin ces réflexions sur les résultats divers que l'essai de l'action des médicamens sur l'homme en santé à Hahnemann. Il y a, sans aucun doute, des remèdes qui produisent des symptômes semblables à ceux de quelques maladies naturelles: le mercure donne lieu à des phénomènes morbides qui ressemblent, jusqu'à un certain point, à ceux de la syphilis; l'arsenic, le sublimé corrosif, le vert-de-gris, etc., déposés sur la membrane muqueuse digestive, occasionnent une gastro-entérite très violente; mais de toutes ces substances, le mercure, seul, est susceptible de guérir la maladie naturelle analogue à celle qu'il a fait naître; les autres les exaspèrent constamment.

(La fin à un prochain numéro.)

(1) L'une des idées les plus bizarres d'Hahnemann, c'est, sans contredit, celle qui consiste à attribuer à la gale les sept huitièmes des maladies. Comme on pourrait croire que nous exagérons, nous allons le laisser parler lui-même:

« Cette gale, dit-il, est la seule vraie cause fondamentale et productive de toutes les formes morbides (et il m'a fallu douze années de recherches pour trouver cette vérité), qui, sous les noms de faiblesse nerveuse, hystérie, hypocondrie, manie, mélancolie, démence, fureur, épilepsie et spasmes de toute espèce, rachitisme, scoliose et cyrhose, carie, cancer, fungus hématodes, goutte, jaunisse et cyanose, hydropisie, gastrorrhagie, épistaxis, hémoptysie, hématurie, métrorrhagie, asthme et suppuration des poumons, stérilité, migraine, surdité, cataracte et amaurose, gravelle, paralysie, etc., etc., figurent dans les traités de médecine comme autant de maladies propres, distinctes et indépendantes les unes des autres. »

CHIRURGIE PRATIQUE.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LES POLYPES DU RECTUM.

Monsieur le rédacteur,

Le numéro du 21 juin de votre savant journal me fait connaître un article de M. le docteur Forget, sur les polypes du rectum; je viens vous prier de vouloir bien insérer dans vos colonnes quelques réflexions sur ce sujet, encore peu connu, comme le dit avec raison notre confrère.

Bien qu'à l'époque où j'ai publié un mémoire sur cette matière, contenant quatre observations, je n'eusse jamais entendu parler de ce genre d'affection, ni rien lu dans les auteurs qui s'y rattachât, et bien aussi que ma publication fût antérieure d'une année au rapport de M. Hervez de Chégoin devant l'Académie, je ne chercherai pas à réclamer une priorité qui importe, d'ailleurs, fort peu au public, mais je crois devoir reproduire quelques détails cliniques sur lesquels j'insistai lors de la publication du mémoire que M. le docteur Forget a bien voulu rappeler dans son récent travail.

Il est bien entendu, du reste, que je ne veux parler ici que des polypes de l'anus qui surviennent chez les enfans.

Des quatre observations que j'ai publiées en 1842, la première remontait à 18 mois environ, et, chose singulière, je n'avais eu occasion de les observer que chez de jeunes garçons; depuis, j'en ai rencontré 3 autres cas sur des enfans des deux sexes: elles ont été insérées au *Bulletin de thérapeutique*, tome 35, page 300.

Les extrêmes de l'âge ont été deux ans et demi et huit ans, six cas sur des garçons, quatre sur des filles. Je n'ai pu jamais arriver à la connaissance de la cause.

Presque toujours, on peut même dire constamment, avant que le mal ne soit manifesté au dehors, il s'écoule, après et pendant chaque garde-robe, une quantité de sang variable, rarement très abondante; je l'ai pourtant vue une fois, chez une petite fille de six ou sept ans, très forte, amener de la pâleur et une certaine faiblesse. Ce n'est guère que quelques jours, parfois quelques semaines après l'apparition du sang, que les parens s'aperçoivent d'une grosseur qui se présente à l'anus de l'enfant lorsqu'il est allé à la selle. Cette tumeur grosse comme une fraise ordinaire, a la forme, l'aspect et le granulé de ce fruit, lorsqu'il est bien mûr; elle n'est nullement douloureuse par elle-même, mais excite de fréquentes envies d'aller à la garde-robe. Elle rentre au bout de quelques instans, elle-même; je l'ai pourtant vue rester plus d'un quart d'heure sortie.

Le plus ancien polype de ce genre que j'ai observé ne datait que de deux mois, il avait le même aspect que les plus récens, et n'était ni plus gros, ni plus vasculaire; c'était chez une petite fille, il se détacha, par suite des efforts de la défécation au bout de ce temps; mais, chose singulière, il se reproduisit; c'est la seule fois que j'ai vu arriver ce fait.

Comme un très petit nombre de causes peuvent amener, dans l'enfance un écoulement sanguin non mêlé aux matières, pendant la défécation, alors même que le polype est encore interne, on aura alors de très fortes présomptions de son existence; s'il est sorti, la simple inspection le fait reconnaître immédiatement, car le renversement du rectum, si commun chez les jeunes sujets, ne peut pas se confondre avec lui; dans ce premier cas, il suffit d'introduire un doigt graissé dans le fondement pour constater sa présence, car il ne s'élève jamais beaucoup au-dessus de cette ouverture.

---

par l'emploi du traitement dans lequel le médecin ordinaire a voulu persévérer.

Que notre honoré confrère ne se le dissimule donc pas, c'est plus contre un acte professionnel de médecin à médecin, que de pharmacien à médecin qu'il aurait à réagir, s'il était décidé à pousser les choses plus avant, ce que je ne puis lui conseiller, comme je le dirai tout à l'heure.

Cela posé, et pour répondre plus directement aux questions délicates qui me sont adressées, je dis:

1° Le médecin n'a d'autre moyen d'exiger d'un pharmacien l'exhibition des formules et ordonnances qu'il peut avoir reçues que les moyens légaux. Il n'a pas, évidemment, le droit d'aller de sa personne chez un pharmacien et de lui dire: Montrez-moi les ordonnances en vertu desquelles vous avez délivré tel médicament à tel malade. Évidemment encore, le pharmacien est dans son droit de résister à des sommations de cette nature, verbales ou écrites. Si le pharmacien est réellement garanti par la prescription écrite d'un homme de l'art, il n'a rien à craindre, car il n'a pas à s'enquérir si le médicament prescrit l'est à tort ou à raison, s'il doit être administré à tel ou tel malade, si le médecin qui le prescrit faillit ou non à ses devoirs professionnels. La loi ne lui impose d'autre devoir que celui de ne délivrer des médicamens que sur la prescription d'un homme de l'art. Or, dans l'espèce, il est infiniment probable, que le pharmacien est en règle. C'est parce qu'il était, comme on le dit vulgairement, gardé à carreau, qu'il a répondu la lettre que l'on vient de lire, autrement il aurait commis une grave imprudence. En effet, dans l'hypothèse, peu admissible, qu'il eût délivré le médicament sans ordonnance, le médecin traitant, s'il ne répugnait pas à ce moyen, ne pourrait arriver à la connaissance de la vérité que par une dénonciation à la justice. Or, je le déclare, je ne donnerai jamais de conseil semblable pour une affaire semblable.

2° Oui, certainement, le médecin a le droit de contrôle sur les médicamens vendus et délivrés par le pharmacien; oui, certainement, le médecin a droit d'examen sur leur qualité, leur préparation et leur confection; oui, certainement, le médecin a droit de résistance aux empiètemens du pharmacien sur les attributions médicales, etc.; mais tout cela n'a rien à faire dans la question actuelle.

3° Hélas! oui; un médecin, appelé en consultation, *peut* agir en cachette pour supplanter son confrère traitant, mais il ne *doit* pas le faire. C'est là une prescription de morale professionnelle dont les infractions ne relèvent que de la conscience. Qu'y a-t-il à faire contre des pirateries semblables? Rien autre que d'éviter d'attirer les pirates dans vos eaux. Fuyez, refusez les consultations avec des confrères dont vous avez à vous plaindre; en l'absence de toute influence moralisatrice que le corps médical se refuse à chercher dans l'association, vous n'avez pas d'autre moyen de vous soustraire à l'indélicatesse de vos concurrens.

4° Comment terminer cette affaire! Tout simplement par le silence, et en faisant son profit pour l'avenir de ce qui vient d'arriver. Il n'y a pas dans tout cela l'ombre d'un délit, ni d'une infraction quelconque à une loi quelconque. Donc, il n'y a pas lieu à agir judiciairement. Il y aurait lieu, c'est-à-dire le pharmacien aurait, d'une manière non douteuse, délivré des médicamens sans prescription, notre honoré correspondant a fait ce qu'il devait faire, il s'est adressé au jury médical qui, lui, par exemple, a fait une réponse que je ne puis accepter: je crois que la question lui a été mal posée. Évidemment, c'est une des attributions, c'est la seule attribution des jurys médicaux, de veiller à la parfaite exécution de la loi de germinal qui régit l'enseignement et l'exercice de la pharmacie. Or, cette loi défend aux pharmaciens de vendre ou distribuer des médicamens sans ordonnance d'un homme de l'art. On sait combien est grande la tolérance des jurys médicaux sur ce point, à l'occasion duquel l'exécution rigoureuse de la loi, est, il est vrai, à peu près impossible.

Mais le fait de délivrer sans ordonnance un médicament aussi actif que le sulfate de quinine, constitue certainement une infraction grave que le jury médical a le droit de déférer à la justice. Il est très probable que le président du jury médical, dont il s'agit, comprend la question comme moi, mais comme moi, il n'aura vu rien de précis, rien de formel, dans le fait qui lui a été signalé, si ce n'est un croc-en-jambe à la déontologie professionnelle, qui ne ressortit à aucun tribunal.

J'en reviens à mes moutons: médecins et pharmaciens, protégez-vous, secourez-vous les uns les autres. La guerre entre-vous est une guerre impie et inepte. Vous possédez réciproquement, les uns contre les autres, des armes terribles. Un médecin qui le veut bien, peut tuer une pharmacie. Un pharmacien qui n'hésite pas devant l'emploi de certains moyens, peut gravement compromettre la réputation d'un médecin. De sorte que, bon gré mal gré, vous êtes dans une dépendance mutuelle. Acceptez loyalement ce fait, sans orgueil d'une part, sans susceptibilité de l'autre. Vous concourez tous les deux, et dans une mesure également honorable, à la dispensation du plus précieux des biens, vous exercez tous les deux le plus saint des ministères. Que cette pensée élève votre âme au-dessus des petites misères professionnelles. Ne voyez dans tous vos rapports, dans tous vos actes, que le but sublime vers lequel vous marchez tous les deux, le soulagement de l'homme qui souffre, l'éloignement des causes de maladies, et, par là, l'amélioration matérielle et morale de l'humanité. Avec de pareilles idées, vos relations seront toujours ce qu'elles doivent être entre des hommes éclairés, sincères, de bonne compagnie, et sachant faire respecter leur mission respectable.

Amédée LATOUR.

FIÈVRE JAUNE. — Les ravages que la fièvre jaune exerce toujours au Brésil ont enfin décidé le gouvernement brésilien à ordonner la fondation, dans le port de Rio-Janeiro, d'un hôpital destiné à la marine, sous le nom d'*Hôpital maritime de Sainte-Isabelle.*

— Un monument vient d'être élevé, par souscription, à la mémoire du docteur Blanche, le savant chirurgien en chef de l'hospice général de Rouen. Le buste de ce médecin, dû au ciseau de Dantan, a été inauguré ces jours derniers dans la cour de l'hôpital, en présence de la famille du défunt et des autorités du département.

Abandonné à lui-même grossirait-il indéfiniment? Je ne le pense pas; il est évident, en effet, que les auteurs classiques n'eussent pas manqué d'en parler alors; et il n'a échappé jusqu'ici, sans doute, à la description qu'à cause de son peu de volume et son innocuité. Il est très peu probable qu'il arriverait chez la plupart des malades, ce que j'ai observé chez la jeune fille dont j'ai parlé plus haut, c'est-à-dire que le corps charnu serait expulsé au bout d'un certain temps par la contraction des sphincters, d'autant plus qu'il survient une sorte de ramollissement dans la tumeur qui favorise son détachement.

Le traitement consiste évidemment dans l'ablation du mal. La première fois que je me suis trouvé en sa présence, n'en ayant jamais entendu parler, je crus devoir préparer un certain appareil pour en faire la ligature. L'enfant étant placé à plat-ventre sur les genoux d'un aide vigoureux, j'avais imaginé de tirer le polype avec des pinces et de jeter une ligature sur son pédicule afin d'en faire l'extraction, mais en cherchant à le saisir, il était sorti, le corps charnu me resta dans la main, le pédicule rentra immédiatement, il ne coula que quelques gouttes de sang et rien d'anormal ne se présenta depuis.

Ce fait m'engagea à agir de même dans les autres cas de ce genre que je rencontrai plus tard et ce fut toujours avec un plein succès. Voici donc la manière bien simple dont je m'y prends: je fais placer l'enfant à plat-ventre sur les genoux d'un aide, aussi fort que possible, qui le maintient fixe et lui écarte les fesses; si le polype est sorti, je l'arrache avec deux doigts, ce qui est aussi facile que de cueillir un fruit mûr; mais alors il faut arriver peu de temps après que le petit malade est allé à la selle, on peut même provoquer celle-ci à l'aide d'un lavement un peu salé ce qui, au reste, ne réussit pas toujours.

Dans le cas où la tumeur est encore renfermée dans le rectum, ce qui est le plus fréquent, j'introduis l'indicateur droit, graissé, dans cet intestin; je reconnais le polype, puis je glisse à côté du premier doigt le médius, je les écarte un peu, et la tumeur ne tarde pas à se placer entr'eux; il suffit alors de rapprocher le médius de l'indicateur et de les tirer doucement dehors pour achever la petite opération. Le pédicule reste adhérent à l'intestin et se flétrit, sans doute, car je n'ai jamais vu de récidive, excepté chez la petite fille citée; encore, elle eut lieu seulement une première fois après ce détachement naturel du corps charnu, et peut-être même y eut-il alors reproduction non seulement de la partie arrondie du polype, mais aussi de son pédicule, le premier s'étant atrophié.

Dans la très grande majorité des cas, il ne s'échappe pas une demi-cuillerée de sang et l'enfant rentre de suite dans la vie commune. Une seule, fois durant quelques jours, il y eut, pendant et après les selles, un écoulement qui effraya la mère, sans produire, pourtant, d'accidens sérieux; quelques lavemens froids et un régime un peu tonique en triomphèrent facilement.

Les tumeurs, examinées après leur ablation, m'ont toujours paru, à très peu de chose près, semblables les unes aux autres par leur volume, leur forme et leur organisation. Elles ont, comme je l'ai déjà dit, le volume d'une fraise ordinaire; leur surface est un peu rugueuse et réticulée, leur couleur, d'un rouge foncé; la moitié supérieure de l'espèce de sphère quelles représentent est moins volumineuse que l'inférieure; au centre de cette partie supérieure on reconnaît une sorte d'ombilic, enfoncé de un à deux millimètres, à bords irrégulièrement arrondis et coupées à pic, à fond grisâtre; c'est le point d'insertion du pédicule qui ne semble pas faire suite, par son enveloppe, avec une membrane tégumentaire enveloppant ce polype lui-même qui, dans tous les cas, m'en a semblé dépourvu, ou il faut qu'elle soit d'une grande ténuité; quant à sa substance, elle est d'un gris pâle d'autant plus terne et plus décolorée, qu'on se rapproche du centre; on n'y observe ni petites cavités, ni vaisseaux appréciables à l'œil. Sa surface externe est assez vasculaire, et cette vascularité pénètre en diminuant rapidement à un ou deux millimètres dans son tissu.

Le pédicule, long de un à quatre centimètres, est arrondi, de consistance ferme, d'un rose pâle parsemé de stries vasculaires; il semble faire suite à la membrane muqueuse rectale, sur laquelle il s'insère, le plus souvent en avant au-dessus du sphincter interne, mais, parfois aussi, sur les côtés et en arrière et à une hauteur moindre; à l'intérieur, il paraît contenir du tissu cellulaire dense et pourvu aussi de vaisseaux visibles à l'œil nu.

Comme on peut le voir par cette courte description anatomique, les polypes en question ne peuvent être classés parmi ces boursoufflures pâles et transparentes qui constituent les *polypes muqueux*; ils n'ont ni la consistance, ni le volume des *polypes fibreux*; ils sont, à proprement parler, *cellulo-fibreux* et *légèrement vasculaires à la surface*; ils diffèrent des *sarcomateux* par leur vascularité moindre, leur volume petit et constant, ainsi que par leur défaut de tendance à dégénérer. Si on voulait absolument se rendre compte de l'élément anatomique d'où ils tirent leur origine, on pourrait, je pense, les rattacher à l'hypertrophie de la *tunique cellulaire* de l'intestin.

En un mot, les polypes de l'anus chez l'enfant, tels que je les ai toujours observés, forment une espèce toute spéciale de ce genre de tumeur, et ne doivent, suivant moi, être confondus avec aucune autre espèce, soit par leur développement, soit par leur siége où ils prennent naissance, et par leur innocuité.

Agréez, etc. Dr Bourgeois, d'Étampes.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES PERNICIEUSES;

Par M. le docteur Putegnat (de Lunéville), ancien chef de clinique médicale, correspondant de l'Académie impériale de médecine de Paris et de l'Académie royale médico-chirurgiale de Turin, membre et lauréat de plusieurs autres Sociétés de médecine, nationales et étrangères, etc.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

Observation III. — *Fièvre intermittente pernicieuse apoplectique.* — M. C...., d'une constitution robuste, d'un tempérament très sanguin, habite un château où, ainsi que dans le voisinage, attendu l'abondance des sources, les fièvres intermittentes simples, mais rebelles, sont communes.

Trois semaines après la cure, par le sulfate de quinine, d'une fièvre intermittente ordinaire, M. C.... fait, dans la nuit du 8 au 9 septembre 1850, un voyage de 22 kilomètres, pendant lequel il est frappé au visage par un vent frais.

Le lendemain et les jours suivans, malaise général, affaissement musculaire, perte d'appétit, et, de temps à autre, petits frissons.

Dans la nuit du 13 au 14 (s'étant couché de bonne heure, à cause d'une très grande lassitude), il se réveille vers minuit, après un rêve effrayant, tourmenté par une fièvre ardente, de l'accablement et de la pesanteur de tête. Ces symptômes disparaissent au bout d'une demi-heure.

Le 14, à dix heures du matin, frissons légers et erratiques, malaise général, accablement, pesanteur de tête. Le malade, de son chef, tient le lit et observe la diète.

A minuit, après un sommeil paisible de la durée de trois heures, M. C.... est réveillé par un cauchemar effrayant et accuse une excessive faiblesse, une agitation très grande, de la pesanteur de tête, des éblouissemens et une céphalalgie intense, caractérisée par une douleur aiguë, vive et pongitive occupant le front.

A cause de ces symptômes, de son tempérament et de la fréquence de l'apoplexie dans sa famille, il se croit menacé de cette maladie, et tente, mais en vain, en plusieurs endroits, d'ouvrir une veine en m'attendant.

A mon arrivée, au bout d'une demi-heure environ, voici les symptômes qu'il offre: visage bouleversé, profondément altéré et couvert de sueur; voix cassée; inquiétude excessive; tête lourde, brûlante et douloureuse; constriction à la nuque; respiration courte, fréquente et bruyante; pouls petit, mou, à 125 pulsations par minute; crainte très grande d'une apoplexie.

Éclairé par les antécédens, je considère cet état comme un accès de fièvre intermittente pernicieuse apoplectique, dont les premiers accès, légers et fugitifs, ont été mal dessinés et insidieux; en conséquence, je conseille 90 centigrammes de sulfate de quinine, à prendre, par doses égales, à midi, deux heures, quatre heures et six heures de l'après-midi, et pour huit heures, le lavement qui suit: Pr. sulfate de quinine, 40 centigrammes; acide acétique, 1 goutte; eau distillée, 125 grammes; laudanum de Sydenham, 7 gouttes; enfin une infusion tiède de camomille; la diète absolue; le repos au lit et un oreiller de crin.

Vers minuit, réveil, pesanteur de tête; légère céphalalgie, faiblesse très grande. Ces symptômes ne durent qu'une demi-heure environ.

Le 16, même traitement.

Dans la nuit du 16 au 17, il n'y a plus que de l'insomnie.

Le 17, même traitement.

La nuit suivante est complètement bonne.

Les 18, 19 et 20, M. C... ne prend plus que des pilules; je lui accorde du bouillon et du vin.

Ici encore le début fut insidieux. Et, en effet, qui aurait pu, connaissant les deux premiers accès, prévoir une fièvre intermittente pernicieuse! Il est très probable que si j'eusse été consulté, après les deux premiers accès, je n'aurais point pensé à une fièvre intermittente apoplectique, mais seulement au retour de la fièvre intermittente simple, dont, trois semaines auparavant, je l'avais débarrassé.

Ainsi voilà une fièvre intermittente pernicieuse, qui aurait pu être mortelle, sans qu'on l'eût devinée et pu prévenir.

Observation IV. — *Fièvre intermittente pernicieuse délirante.* — Le 28 juillet 1852, à cinq heures du soir, le sieur Sch..., chamoiseur, atteint pour la troisième fois, depuis peu de mois, d'une névralgie sacro-sciatique gauche, très intense, habitant à un premier étage, un logement vaste, bien aéré, exposé au levant, est pris subitement, sans cause appréciable, d'un froid glacial des pieds et des mains, qui dure une demi-heure.

Le 29, à la même heure, après une bonne journée, frissons légers et erratiques, refroidissement des pieds et des mains, altération profonde des traits, enroûment, prostration extrême et délire.

Ces symptômes durent une heure et sont remplacés par une sueur abondante.

Le 30, trouvant le sieur Sch... très abattu, sa voix faible, et comme tremblante, son pouls petit et fréquent, ses traits altérés, je l'interroge sur ce qu'il a éprouvé les deux jours précédens, où je ne l'ai point visité, et je reçois les renseignemens qui précèdent, et qui me font connaître que j'ai affaire à une fièvre intermittente pernicieuse délirante, quotidienne, dont le second accès est caractéristique.

Je conseille le repos au lit, la diète, une infusion tiède de camomille, et 90 centigrammes de sulfate de quinine à prendre en quatre doses, à deux heures de distance.

Le 31 au matin, Sch... est sans fièvre, mais abattu, ayant le pouls petit et la figure altérée; il me dit que, la veille, vers cinq heures du soir, il a ressenti un léger et fugitif frisson, et quelques vertiges accompagnés de nausées.

Je prescris soixante et quinze centigrammes de sulfate de quinine.

Le 1er août, guérison; je recommande vingt-cinq centigrammes de sel de quinine, à prendre trois jours de suite.

Le 3 août, le sieur Sch... ne se plaint plus que de sa douleur sciatique, qui a résisté à un traitement énergique (ventouses scarifiées; sangsues; grands bains; larges vésicatoires, les uns volans, les autres saupoudrés de sulfate de morphine; linimens narcotiques cyanurés et chloroformisés; cautérisation de l'hélix; essence de térébenthine à l'extérieur et à l'intérieur).

Voilà encore une fièvre intermittente pernicieuse, dont le début est mal dessiné. Le premier accès n'a été reconnu que parce que le second s'est montré caractéristique.

Le jour de l'apparition de ce dernier, un confrère m'ayant demandé pour une application de forceps, me raconta qu'il avait perdu à minuit, une femme qui, sans cause appréciable pendant sa convalescence, avait été prise de symptômes ataxiques, mortels en peu d'instans.

Il est très probable que cette femme avait eu un premier accès, mais si faible qu'elle n'en parla point, et que les parens ne le remarquèrent pas.

Dans les observations suivantes le diagnostic semble moins difficile.

Observation V. — *Fièvre intermittente pernicieuse cardialgique* — Au mois d'octobre 1847, Mme S..., jouissant d'une bonne santé, quoique sa constitution soit plus usée que le comporte son âge, habitant un rez-de-chaussée vaste, aéré, non humide, exposé au levant, est prise tout à coup, sans cause connue, pendant son repas de midi, d'une faiblesse extrême, d'un frisson très violent, et de symptômes cardialgiques, constitués par la crampe de l'estomac, des vomissemens de bile et d'alimens.

Ces symptômes effrayans et très douloureux persistent pendant la durée du frisson, ou une heure, et pendant celle de la chaleur qui est de deux heures, puis disparaissent complètement.

Appelé immédiatement, je reconnais un premier accès de fièvre intermittente pernicieuse cardialgique.

Prévoyant, d'après la gravité de ce premier accès, que le second serait très probablement mortel, et craignant qu'il ne soit *sub-intrant,* je conseille ce qui suit: repos au lit, tisane tiède de camomille; à six heures, huit heures et dix heures du soir, un décigramme de sulfate de quinine; à minuit le lavement suivant: Pr. sulfate de quinine, 40 centigrammes; acide acétique, 1 goutte, eau distillée, 125 grammes; laudanum de Sydenham, 10 gouttes; à quatre, six et huit heures du matin, deux décigrammes de sel de quinine, et à dix heures, un lavement semblable au précédent.

Malgré ces deux grammes et trente centigrammes de sel de quinine, l'accès revient à midi et demie le lendemain, mais très faible, sans symptômes effrayans, et ne dure que quelques minutes.

Traitement. — Un gramme de sulfate de quinine en pilules.

L'accès suivant, ou troisième, manque complètement.

Pour plus de sûreté, Mme S... continua quatre jours de suite, à prendre cinquante centigrammes de sel de quinine.

Cette fois le diagnostique fut facile et le traitement héroïque. Mme S... doit la vie bien certainement, au sulfate de quinine, qui fut pris à hautes doses.

Observation VI. — *Fièvre intermittente pernicieuse cardialgique et syncopale.* — Dans le même mois, un soir, vers neuf heures, après une journée de grandes fatigues, en me déshabillant, pour entrer au lit, je fus pris tout à coup et sans motif apparent, d'un frisson très violent, avec une faiblesse telle, que, quoique robuste, je tombai sur le tapis avec perte de connaissance.

Revenu à moi, je me plaignis d'une crampe de l'estomac, d'une céphalalgie spéciale. (Je connais par expérience personnelle, la rhumatismale, celle de la pléthore et de la fièvre typhoïde). Une demi-heure après, arriva une chaleur extraordinaire, suivie de sueurs très abondantes.

A minuit, débarrassé de tout, excepté d'un grand abattement, je commençai à avaler du sulfate de quinine; à quatre heures du soir, j'en avais pris un gramme et demi.

Le soir, pas d'accès, santé complète. Redoutant alors la forme tierce, je pris encore un gramme et demi de sel de quinine.

Effectivement, le lendemain, à six heures du soir, arriva un léger frisson suivi de moiteur.

Les quatre jours suivans, je continuai l'usage du sel de quinine.

Voilà une fièvre intermittente pernicieuse dont le début fut clair, brusque et violent. Ici comme dans le cas précédent, la fièvre arriva sans cause appréciable et se montra sur un individu en pleine santé. Elle apparut dans son état de simplicité, puisque nulle maladie ne la compliqua.

Qu'on remarque une chose; c'est que les deux fois où la fièvre a eu un début brusque, tranché et grave, elle frappa un individu bien portant.

Cette fois, la fièvre intermittente pernicieuse fut tierce subintrante; dans les observations précédentes, elle se montra quotidienne.

J'ajouterai que, pendant que j'étais retenue par cette fièvre, un garçon boucher succomba non loin de ma demeure, pendant un accès de fièvre intermittente pernicieuse; et qu'à la même époque, un jeune homme d'une constitution très robuste, périt malheureusement pendant le second ou le troisième accès d'une fièvre intermittente pernicieuse hydrophobique, laquelle fut prise pour la rage, parce que, dans le même moment, un enfant de la ville venait de succomber à cette affection. (*Voir* Putegnat, *Essai sur un point d'étiologie de la rage* à la page 929 du tome V du *Journal de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, 1847).

(*La fin au prochain numéro.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 13 Avril 1853. — Présidence de M. BOUVIER.

Sommaire. — Anesthésie de la peau dans le cours de certaines maladies inflammatoires. — Mémoire sur la syncope chez les enfans à la mamelle, par M. Marrotte. — Discussion : MM. Vigla, Henri Roger, Barthez (Ernest), Bouvier, Devergie, Hérard. — Observation et réflexions relatives à l'asthme thymique, par M. Barthez (Ernest). Discussion : MM. Hérard et Marrotte.

M. ARAN appelle l'attention de la Société sur quelques faits assez étranges d'anesthésie de la peau qu'il lui a été donné d'observer dans le cours de certaines maladies inflammatoires, de la pleurésie, de la péritonite, de la *phlegmatia alba dolens*, des phlegmons des membres. Son attention a été appelée sur ce point, il y a plus d'une année, sur un malade affecté de pleurésie chronique, qui disait ne pas sentir du côté malade et dont la peau avait effectivement perdu de sa sensibilité générale, au point qu'on pouvait le pincer, le piquer, le couper, presque sans qu'il s'en aperçût. Depuis cette époque, M. Aran a pu vérifier ce fait sur un assez grande échelle, non seulement dans la pleurésie, mais encore dans la péritonite, dans la *phlegmatia alba dolens*, dans les phlegmons des membres. Cette insensibilité, qui occupe principalement la peau, et qui est plus ou moins complète, paraît être limitée très nettement aux parties des tégumens, correspondant aux portions des membranes séreuses ou du tissu cellulaire qui sont le siége de l'inflammation. Ainsi, pour la pleurésie, elle est limitée inférieurement par les insertions du diaphragme ; pour la péritonite, elle ne dépasse jamais latéralement la limite externe de la région lombaire et en bas, le ligament de Fallope; à la cuisse, dans la *phlegmatia alba dolens*, elle n'existait qu'en avant sur le trajet des branches du nerf crural et ne dépassait pas, par conséquent, la partie supérieure de la jambe, au moins dans les quelques cas que M. Aran a examinés. Cette perte plus ou moins complète de la sensibilité n'existe pas, du reste, à toutes les époques de la maladie: sur ce point, M. Aran reconnaît que de nouvelles recherches sont nécessaires; néanmoins, il croit, et c'est ce qui résulte des faits observés par lui, que c'est moins dans la période d'acuité de ces affections que dans la période de décroissance et surtout dans l'état chronique que l'on retrouve cet étrange phénomène ; car dans la pleurésie très aiguë, comme dans la péritonite très aiguë, la sensibilité de la peau lui a paru, non seulement conservée, mais même exagérée. M. Aran pense que c'est à un état particulier des nerfs qu'il faut rapporter cette perte de la sensibilité, à un épaississement du névrilème, suivant toutes probabilités; ce serait donc quelque chose qui rappellerait, mais en sens inverse, ce qu'a signalé M. Beau pour la pleurésie, c'est-à-dire l'inflammation des nerfs intercostaux. Mais n'ayant pas eu l'occasion d'examiner l'état anatomique des nerfs ainsi affectés, il ne peut qu'émettre quelques doutes et appeler l'attention des observateurs sur ce point, en les priant de vérifier l'état des nerfs, s'ils étaient appelés à faire des examens nécroscopiques dans des cas de ce genre.

De la syncope chez les enfans à la mamelle.

M. MARROTTE désire attirer l'attention sur un fait que les auteurs modernes ont complètement passé sous silence, et dont il n'a trouvé trace que dans un auteur du XVIIIe siècle, Zvinguer, médecin de Bâle; il s'agit de la syncope chez les enfans à la mamelle.

L'observation qui a donné lieu à sa communication est relative à une petite fille de cinq mois et demi, qui fut prise tout à coup, le 8 mars de cette année, et pendant son sommeil, d'une grande pâleur envahissant toutes les parties visibles du corps. La respiration et le pouls s'étaient suspendus; les bras étaient tombés inertes le long du corps. La grand' mère, sur les genoux de laquelle elle reposait, l'avait fortement agitée, et après quelques instans, la connaissance était revenue après une transition rapide. Quelques régurgitations de lait caillé et une garderobe abondante avaient accompagné ce retour à la vie.

L'enfant était à peine rendormie depuis cinq à six minutes, que la même scène s'était renouvelée, avec des symptômes moins effrayans et moins durables cependant que la première fois.

Les deux jours suivans, deux syncopes se manifestèrent vers la même heure et avec des symptômes à peu près identiques.

Le vendredi, quatrième jour, les deux syncopes se montrèrent à l'heure accoutumée; mais à dater de cette époque cesse la régularité de retour et de nombre qui avait été si remarquable jusqu'alors. Si, pendant deux ou trois jours encore, deux syncopes principales eurent lieu entre dix heures et midi, celles qui survinrent dans la matinée les jours suivans, avancèrent ou retardèrent sans règle fixe. Les symptômes lipothymiques se multiplièrent et parurent aussi bien la nuit que le jour. On observa tous les degrés de la syncope depuis la simple pâleur, depuis le ralentissement et l'inégalité de la respiration, depuis la lenteur et l'intermittence du pouls jusqu'à la perte complète de connaissance.

Il n'y eut pas de variation sensible dans la marche des accidens pendant les 12 premiers jours, à dater de cette époque, ils commencèrent à diminuer en nombre et surtout en intensité.

Deux circonstances capitales ont coïncidé constamment avec les syncopes à différens degrés : le sommeil et des troubles intestinaux.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation a toujours eu des chairs transparentes et peu colorées. — Dès l'âge de six semaines des puro-vésicules de porrigo larvalis se sont manifestées sur le visage, et, depuis lors, l'éruption a présenté des alternatives d'augmentation et de diminution, sans disparaître entièrement. Des troubles digestifs, dus à diverses circonstances qui se sont succédé, tels qu'engorgemens des seins de la mère, catarrhe suffocant traité par les évacuans; nourriture artificielle, etc. Des troubles digestifs nombreux ont affecté, dis-je, les premiers mois de l'existence.

Ajoutons à ces renseignemens un fait qui a jeté un moment de l'incertitude sur les causes véritables des accidens lipothymiques. A la suite du catarrhe suffocant, la petite malade avait eu des accès bien tranchés de fièvre intermittente double, tierce, et pendant les huit ou dix jours qui avaient précédé la première syncope, la grand'mère avait positivement remarqué que les nuits étaient moins bonnes, et que, sur le matin, l'enfant était couverte, contre son habitude, d'une sueur plus ou moins considérable; aussi, avait-elle demandé s'il n'y avait pas lieu donner de nouveau une préparation de quinquina.

La première pensée fut celle d'une fièvre larvée, et le quinquina fut conseillé *intùs* et *extrà*; mais ce médicament, n'ayant eu d'autre résultat que de déranger la périodicité, il devint évident que les accidens lipothymiques étaient entretenus par une cause plus profonde. — L'état d'anémie était la cause prédisposante des syncopes dont les troubles digestifs, coliques, borborygmes, évacuations alvines, devenaient les causes occasionnelles. — Un régime plus réparateur et quelques médicamens appropriés à l'état des voies digestives, étaient donc indiqués. — Ils ont eu le résultat qu'on en espérait; c'est-à-dire que les voies digestives ont rempli leurs fonctions d'une manière plus régulière et que l'état de syncope a disparu dans la même proportion.

M. Marrotte signale ensuite les principaux passages de Zvinguer, qui ont trait à la syncope des enfans. — Cet auteur, après avoir donné une description dans laquelle on ne peut méconnaître la syncope, signale, comme cause de ces accidens, des phlegmes qui oppressent l'estomac par leur volume ou le stimulent par leurs propriétés irritantes; les vers, les terreurs subites. — Il porte un pronostic défavorable si l'on ne remédie pas à la cause par un traitement approprié et qui varie nécessairement suivant la nature de la cause.

M. VIGLA : J'ai été consulté, il y a quelques temps, pour un enfant nouveau-né qui avait éprouvé, pendant son sommeil, des accidens analogues à ceux que vient de décrire M. Marrotte, et qui avait paru perdre connaissance. Je me suis demandé si ces accidens ne devaient pas se rapporter plutôt à de légers phénomènes convulsifs qu'à une syncope primitive. Je me permettrai donc de faire appel aux souvenirs de M. Marrotte, et de lui demander si dans les cas qu'il a observés il ne serait pas possible d'interpréter le fait de cette manière.

M. MARROTTE : Je crois pouvoir affirmer que l'enfant dont j'ai rapporté l'observation n'a présenté aucun phénomène convulsif, et que la syncope ne peut pas être révoquée en doute. Cet enfant, qui appartenait à un médecin, a été observé, d'ailleurs, avec la plus grande attention. La première syncope a été tellement longue que, si l'enfant fût resté dans son berceau, il aurait pu succomber. Des coliques paraissaient précéder l'invasion de la syncope, et je suis disposé à croire que le point de départ des accidens était dans les viscères abdominaux.

M. ROGER (Henri) : Je me rappelle avoir observé un fait qui peut être rapproché de celui que M. Marrotte vient de rapporter. C'était chez un enfant de cinq à six mois que je trouvai dans un état de syncope complète, il avait eu, antérieurement, une garde-robe très abondante. Ce même phénomène s'était déjà produit dans des circonstances analogues et aussi après l'administration de lavemens.

M. DEVERGIE a vu, il y a huit mois environ, un enfant de douze à treize mois, bien constitué et jouissant d'une bonne santé, qui tomba en syncope et mourut sans présenter aucun autre phénomène morbide.

M. BARTHEZ (Ernest) : Je n'ai pas eu souvent l'occasion d'observer la syncope chez les très jeunes enfans; cependant, dans deux faits que je vais citer, j'ai cru devoir lui attribuer la mort. Le premier de ces deux enfans était âgé de six à sept mois et très bien portant, il ne prenait pas le sein. Sa mère lui donne à manger et le couche; un quart d'heure après, il pâlit, elle s'en aperçoit, le prend dans ses bras et il meurt subitement. Le second n'avait que deux mois; sa mère le nourrissait; pendant qu'il tétait il quitte le sein, la mère le regarde, il était pâle; la mort fut instantanée. L'autopsie ne fit découvrir aucune lésion. Je ne me rappelle pas si les cavités du cœur étaient pleines ou vides, mais les poumons n'étaient pas congestionnés. M. Vigla demandait tout à l'heure si dans des cas de cette nature on ne devait pas croire à l'intervention de phénomènes convulsifs, je serais assez disposé à regarder cette opinion comme probable. Ainsi, par exemple, on a émis l'idée que dans le spasme de la glotte la mort pouvait survenir par le fait d'une syncope, Eh bien ! j'ai pensé que dans ces cas le spasme avait pu se propager au cœur et simuler la syncope. Ne pourrait-on pas aussi rapporter peut-être à une convulsion du cœur les cas de syncopes qui viennent d'être cités.

M. DELASIAUVE a vu dernièrement un enfant de sept mois rester pendant une heure au moins dans un état de mort apparente; au bout de ce temps, l'administration d'un lavement avec 15 centigrammes de tartre stibié provoqua des selles abondantes et l'enfant reprit presque immédiatement sa connaissance.

M. BOUVIER: Lorsque j'avais un service à l'hôpital Beaujon un enfant à la mamelle mourut subitement pendant la nuit. On pensa que la mère l'avait étouffé en dormant; je me demande si cet enfant n'a pas succombé à une syncope. Quand à l'intervention de phénomènes convulsifs, il ne faut pas oublier qu'il existe des faits dans la science qui prouvent que des convulsions peuvent survenir pendant la nuit et passer inaperçues. Ne voit-on pas des enfans affectés de paralysies partielles chez lesquels on n'a jamais observé de phénomènes convulsifs.

M. BARTHEZ (Ernest) : J'ai vu deux enfans qui avaient été étouffés par leur nourrice : chez l'un d'eux il existait une dépression du nez qui démontrait que la mort était survenue de cette manière. Le second était un enfant de trois mois, la nourrice lui donnait le sein en marchant, le père la rencontre, regarde l'enfant, il était bien portant; quelques minutes plus tard la nourrice le regarde de nouveau, il était mort. L'autopsie permit de constater que tous les organes étaient gorgés de sang noir ; la mort pouvait donc être rapportée à une asphyxie; je suis, d'ailleurs, convaincu qu'un enfant peut mourir par asphyxie lorsqu'il ne lui est pas possible de quitter le sein pour respirer pendant qu'il tète.

M. DEVERGIE demande à M. Barthez s'il a fait l'autopsie d'enfans qui avaient succombé au spasme de la glotte, et si, par conséquent, il a pu constater anatomiquement le genre de mort; a-t-il au contraire été conduit seulement par l'analyse des symptômes observés pendant la vie à soupçonner le spasme du cœur? Si l'on admet le spasme du cœur, la mort doit avoir lieu par syncope; or, dans le spasme de la glotte, elle survient le plus souvent par asphyxie.

M. BARTHEZ (Ernest) : C'est parce que la mort n'arrive pas toujours par asphyxie dans le spasme de la glotte que j'ai supposé, sans en avoir la preuve anatomique, que le spasme du cœur pouvait la déterminer.

M. DEVERGIE : Je crois qu'il est impossible d'apprécier la cause de la mort dans un cas de mort subite, si on fait l'autopsie sans avoir la précaution de laisser les organes en place. Ce n'est qu'en procédant de cette manière que l'on peut juger de la quantité de sang que ces organes contiennent. J'ai insisté à plusieurs reprises sur ce fait, que les morts subites dépendent, le plus souvent, de l'asphyxie; tandis que la syncope ne les détermine guère que dans la proportion de 1 sur 40 environ.

M. HÉRARD : J'admets que l'asphyxie est la seule cause de mort dans le spasme de la glotte. J'ai eu l'occasion de faire l'autopsie de plusieurs malades qui avaient succombé à cette affection, et j'ai toujours rencontré les caractères anatomiques propres à l'asphyxie. J'ai trouvé, de plus, une autre lésion, l'emphysème pulmonaire. Je ne crois donc pas qu'il soit nécessaire d'invoquer le spasme du cœur, qui, d'ailleurs, ne peut pas être démontré.

M. BARTHEZ : J'ai observé, pour ma part, des faits où il n'y avait ni traces d'asphyxie, ni emphysème pulmonaire. Je persiste donc à croire que, dans certains cas de spasme de la glotte, la syncope est la cause de la mort.

M. HÉRARD fait observer que, dans les cas où les caractères propres à l'asphyxie n'existent pas après la mort, on constate néanmoins dans les derniers momens de la vie les signes de l'asphyxie, et non pas ceux de la syncope.

M. BARTHEZ soutient que les signes de l'asphyxie n'existent pas toujours dans le spasme de la glotte ; il a vu des cas où il y avait pâleur de la face et tendance à la syncope plutôt qu'à l'asphyxie.

— M. BARTHEZ (Ernest) lit un travail intitulé : *Observation et réflexions à propos de l'asthme thymique.* (Voir l'UNION MÉDICALE du 5 juin 1853.)

M. HÉRARD : L'observation qui nous a été communiquée par M. Barthez n'a pas modifié mon opinion, et je persiste à croire qu'il n'existe pas d'asthme thymique. D'ailleurs, M. Barthez n'a pas constaté, anatomiquement, l'hypertrophie du thymus, et il s'est basé uniquement sur les symptômes. Je ferai remarquer, aussi, que le petit malade a éprouvé deux accès bien distincts, et j'avoue que je ne m'explique pas facilement ces accès en présence d'une lésion permanente. M. Barthez admet, il est vrai, pour les expliquer, l'existence d'une congestion, qui, après avoir diminué, se serait reproduite ultérieurement. Mais le thymus est un organe glandulaire, et cette texture peut être constatée facilement lorsqu'il a subi un degré notable d'hypertrophie. Dès lors comment se rendre compte de ces altérations de congestion qui n'appartiennent qu'aux organes vasculaires. M. Barthez admet que le thymus hypertrophié exerce une compression sur la trachée ; j'avoue que je ne comprends pas comment cette compression pourrait avoir lieu, alors même que l'hypertrophie serait considérable. Chez les enfans très gras, le thymus est très volumineux, et cependant je n'ai jamais constaté, chez eux, des phénomènes de compression. Parmi les symptômes signalés par M. Barthez, il en est qui peuvent se rattacher à un trouble du système nerveux, et qui ont une certaine analogie avec ceux que l'on observe dans le spasme de la glotte. Je signalerai, entre autres, quelques phénomènes convulsifs et un resserrement plus ou moins spasmodique du larynx.

M. BARTHEZ : Je n'ai pas donné mon observation comme un fait d'asthme thymique, il reste donc quelques doutes dans mon esprit. M. Hérard ne comprend pas l'intermittence des phénomènes, mais, indépendamment de ces phénomènes intermittens, il y avait des phénomènes continus. Il nie que le thymus soit érectile, je suis de son avis ; toutefois je ferai remarquer que cet organe est parcouru par des vaisseaux nombreux et qu'il peut se tuméfier momentanément. N'en est-il pas ainsi pour la glande thyroïde, pourquoi, dès lors, ne pourrait-il pas en être de même pour le thymus au moment de la naissance? Je n'ai pas admis la compression de la trachée, mais bien celle de la veine cave supérieure, et, en effet, les symptômes étaient ceux qui caractérisent la compression de cette veine. Je crois qu'il y a eu, en outre, un spasme de la glotte, mais les symptômes de compression ont précédé ceux du spasme. Il faut d'ailleurs se rappeler que le spasme de la glotte, qui est très fréquent de trois à dix-huit mois, est au contraire très rare dans les premiers jours de la naissance.

M. HÉRARD ne s'explique pas comment le thymus, quel que soit d'ailleurs le développement qu'on lui suppose, pourrait exercer une compression sur la veine cave supérieure.

M. MARROTTE fait remarquer incidemment que, lorsque le corps thyroïde est enflammé, il existe de la dyspnée, et que l'on ne peut pas rapporter ce phénomène à la compression de la trachée; il pourrait donc se faire que, dans l'hypertrophie du thymus, il y eût également de la dyspnée, bien que la trachée ne fût pas comprimée.

M. BARTHEZ affirme que le thymus, alors qu'il est un peu volumineux, touche à la veine cave supérieure; il est donc facile de comprendre qu'il puisse la comprimer.

M. HÉRARD a constaté un grand nombre de fois que le thymus pouvait être hypertrophié au point de peser 30 grammes, sans qu'il existât pendant la vie aucun phénomène de compression.

Le secrétaire, Ch. LÉGER.

La Société de chirurgie a tenu sa séance annuelle, mercredi dernier, 6 juillet. Après quelques paroles bien senties de M. Guersant, président sortant, M. Marjolin a lu un rapport sur les travaux accomplis par la Société pendant la période décennale qui vient d'être accomplie. La lecture de ce rapport, écoutée avec une attention soutenue par l'assemblée, a été suivie d'une courte et spirituelle allocution de M. Denonvilliers, président entrant, qui a clos la séance au millieu des applaudissemens.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Les Paysans français considérés sous le rapport historique, économique, agricole, médical et administratif; par A. COMBES et H. COMBES. Paris, 1853. — Un vol. in-8. Prix : 7 fr. 50 c.

Des hôpitaux au point de vue de leur origine et de leur utilité, des conditions hygiéniques qu'ils doivent présenter, et de leur administration; par le docteur Félix ROUBAUD. — Paris, 1853. In-12. Prix : 3 fr.

Ces deux publications se trouvent chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

RAPPORT à M. le Préfet de police sur la question de savoir si M. le docteur Auzias-Turenne peut être autorisé à appliquer ou à experimenter LA SYPHILISATION à l'infirmerie de la prison St-Lazare. Par MM. les docteurs MÉLIER, président, Philippe RICORD, DENIS, CONNEAU, et MARCHAL (de Calvi), secrétaire rapporteur. — Publié par décision de M. le Préfet de police.

Grand in-8°, Paris, 1853, aux bureaux de l'UNION MÉDICALE, rue Saint-Georges, n° 12. Prix : 2 fr.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 82. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 12 Juillet 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12 A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.

On s'abonne aussi :

Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 11 JUILLET 1853.

DE L'HOMOEOPATHIE ;

Par M. BONNET, D.-M.-P., professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Bordeaux, etc.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Si l'on peut justement contester à Hahnemann tout ce qu'il a publié sur les phénomènes que déterminent les médicamens ingérés dans l'estomac d'un homme en santé, à plus forte raison peut-on refuser d'admettre ce qu'il dit de la manière dont ls effectuent la guérison des maladies contre lesquelles on les emploie.

Suivant lui, « lorsque les effets spécifiques d'un médicament sont parfaitement semblables à la maladie naturelle, ils atteignent les organes affectés de celle-ci. Mais comme deux maladies semblables ne sauraient exister simultanément dans le même point, et les affections déterminées artificiellement étant plus intenses que les naturelles, celles-ci cèdent et sont remplacées par les premières, qui ne tardent pas à être dissipées. »

Tout cela est erroné, inadmissible, entièrement dénué de vraisemblance. Nous venons de voir qu'il n'y a qu'un très petit nombre de remèdes qui aient la propriété de développer, chez l'homme en santé, des affections semblables aux affections naturelles. Nous avons vu également que, parmi ces remèdes il n'y a que le mercure qui soit susceptible de guérir la maladie naturelle analogue à celle qu'il fait naître. Que signifie, dès-lors, tout ce qu'Hahnemann dit des effets des agens thérapeutiques sur l'homme sain et sur l'homme souffrant? c'est un échafaudage que rien ne soutient et qui tombe de lui-même.

« La méthode homœopathique établit ou, encore, exige que les doses des médicamens soient infiniment plus petites que celles qu'on a coutume d'employer, et la raison de ceci est que les remèdes qui doivent agir homœopathiquement atteindront des parties déjà affectées par la maladie naturelle, et n'auront pas besoin de beaucoup de force pour surpasser cette dernière. Une dose plus élevée produirait des accidens très graves. »

Avec plus de sincérité et un peu de laisser-aller, Hahnemann nous aurait dit : Je sais parfaitement que, lorsqu'on dépose sur un tissu phlogosé une substance stimulante, on en augmente l'inflammation, et c'est pour cela que je prescris les médicamens à des doses si minimes, qu'en définitive, je n'administre que de l'eau ou du sucre de lait. Mais ce langage n'eût satisfait ni le vulgaire, qui aime le merveilleux, ni les personnes qui, par goût, aiment le changement, ni celles qui, par spéculation, se rattachent aux nouveautés, même les plus absurdes et les plus invraisemblables. On ne pouvait donc songer à un pareil moyen de succès, et Hahnemann nous a prouvé qu'il avait une grande connaissance des hommes, quand il a posé en principe que plus la dose d'un médicament est faible, plus son action est forte. Nous avions cru jusqu'ici qu'un gramme d'arsenic était beaucoup plus susceptible d'occasionner la mort qu'un quadrillionième ou un décillionième de grain de cette substance. Eh bien? nous étions dans l'erreur, le père de l'homœopathie nous l'affirme ; il ne le prouve pas, il est vrai, mais nous aurions mauvaise grâce de ne pas le croire.

Et puis, quel est le système qui ne donne pas prise à la critique. Les principes sont toujours bons lorsqu'il en découle des conséquences précieuses pour la pratique. Or, qui ne connaît les faits extraordinaires, les cures miraculeuses qui viennent à l'appui de la méthode homœopatique! Quelques frondeurs objecteront peut-être que les cas dont on argue ici ont été généralement mal appréciés, et que, dans la plupart, on a pris pour cause ce qui n'est pas cause, *post hoc ergo propter hoc*. Mais, pour quitter le langage de l'ironie et parler sérieusement, nous dirons qu'il y a des maladies, soit aiguës, soit chroniques, qui, abandonnées à elles-mêmes ou traitées par des moyens insignifians, ont constamment une issue heureuse : c'est à des affections de ce genre que se rattachent les faits réels de guérison dont s'étayent les homœopathes. Quant aux maladies vraiment graves que ces messieurs prétendent enlever sur-le-champ, ou réduire à de simples dérangemens de 24 à 48 heures, personne n'ignore que les hommes prévenus et systématiques ont une tendance particulière à l'exagération, et à ne voir que des choses favorables à leur doctrine ; le plus grand nombre est de bonne foi, sans doute, mais l'esprit humain est ainsi fait, et c'est là une de nos faiblesses : les opinions que nous créons ou que nous adoptons deviennent pour nous des objets de soins et de prédilection, nous nous plaisons à leur trouver des motifs de supériorité et de préférence, et l'ardeur que nous mettons à les défendre ou à les produire nous entraîne bien souvent, malgré nous, au-delà de la vérité. S'il en était autrement, nous n'aurions pas vu en médecine tant de système naître, briller et mourir successivement, pour faire place à d'autres qui ont eu ou auront la même destinée. Lors donc que les homœopathes nous parlent de pneumonies, très intenses, d'affections typhoïdes, de fièvres intermittentes pernicieuses, etc., qu'ils ont guéries avec des doses infinitésimales d'aconit, de bryone, de *rhus toxicodendrum*, de quinquina, etc., on peut raisonnablement douter de la réalité de pareils faits ; ces faits, pour être crus ne doivent pas seulement être proclamés dans les livres et les journaux, ils doivent être démontrés, vus, de ses propres yeux vus; jusque là où on est en droit de les nier.

Il est parfaitement avéré, au surplus, que les homœopathes qui ont été, à diverses reprises, admis dans les hôpitaux à expérimenter leur méthode, ont complètement échoué. Ainsi, M. Cosmo de Horatiis à Naples, Gueyrard à Lyon, M..., à Bordeaux, firent successivement, il y a 20 ans, de longs et inutiles efforts pour en constater l'efficacité. Ces médecins, il est vrai, pétendirent qu'on les avait forcés de combiner l'ancien système avec le nouveau et que ce fut la cause de leurs insuccès. Mais il est de notoriété qu'ils eurent dans le principe toute leur liberté d'action. Ce ne fut que lorsque l'inefficacité complète et les fâcheux résultats de leur pratique ne purent plus être contestés, qu'on prit le parti de ne plus exécuter leurs prescriptions, de traiter à leur insu les malades par l'allopathie et finalement de les prier de cesser leurs services.

A cette même époque (1834), des expériences furent faites, les unes sous la direction de M. Trousseau, les autres sous celle de M. Andral. Les premières eurent ce résultat, que des pilules d'amidon, administrées à des malades qui croyaient prendre des globules, déterminèrent des phénomènes aussi ou plus prononcés que ceux que les homœopathes prétendent retirer de leurs remèdes. Les seconds eurent lieu de telle sorte que les sujets, divisés en deux séries, prenaient, les uns, des globules, les autres des pilules de mie de pain. Ces derniers furent les seuls chez qui il y eut quelquefois un effet sensible produit.

Plus tard, il y a de cela quatre ou cinq ans à peine, un médecin de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, fit exclusivement et ostensiblement de l'homœopathie dans ses salles. Tout le monde sait ici ce qui advint de cette levée de boucliers nouvelle. Les effets en furent si déplorables ou si propres à égayer ceux qui en étaient témoins, que l'administration des hospices crut devoir fermer la clinique homœopathique, et prier celui qui la dirigeait de revenir aux anciennes méthodes ou de donner sa démission (ce qu'il fit).

Aujourd'hui, dit-on, on est plus heureux à Paris, où existe depuis quelque temps une clinique homœopathique. Pour mon compte, j'en doute beaucoup. Ce qui me porte à m'exprimer ainsi c'est : d'abord le vague, le défaut de précision des statistiques qui émanent de cet enseignement; ensuite le peu de succès qu'il a parmi les élèves de la Faculté. Les jeunes gens se laissent facilement aller à l'attrait de la nouveauté, à l'amour du merveilleux, à l'ingéniosité des explications ; or, si dans le cas actuel, ils restent impassibles et froids, c'est que, probablement, les résultats obtenus ne confirment ni l'excentricité du dogme, ni les assertions de ceux qui le professent.

Les expériences dont l'homœopathie a été jusqu'ici l'objet, ne lui prêtent, on le voit, qu'un problématique appui; elles sont loin, notamment, de militer en faveur de la nécessité de diviser et de subdiviser à l'infini les remèdes avant de les administrer. Toutefois, comme cette question vaut la peine qu'on y revienne, il nous semble utile et convenable d'entrer dans de nouveaux détails à son égard.

D'après nous, tous les agens thérapeutiques perdent de leurs propriétés et de leur énergie, au fur et à mesure qu'on les étend, et il vient un terme où, par suite de leurs divisions ou subdivisions successives, ils en sont totalement dépourvus. C'est ce qui fait que les remèdes homœopathiques n'ont aucune vertu, et que ceux qui les prescrivent n'administrent, en réalité, que de l'eau ou du sucre de lait.

Remarquez, d'ailleurs, que les divisions infinitésimales dont excipent les homœopathes, sont de toute impossibilité. La plus part prononcent ces mots: quadrillionèmes, décillionièmes, etc., sans en apprécier la valeur ; et il n'en est pas un, peut-être, qui ait cherché à se rendre compte de ce que pouvait-être un dix millioctillionième de grain d'une substance.

Si l'on y avait tant soi peu réfléchi, on aurait vu qu'il n'était pas donné à l'homme de produire une ausi incommensurable raréfaction, et qu'il n'y a pas de corps dans la nature susceptibles de la subir.

Cette argumentation, on a beau dire, ne saurait être réfutée ; il n'y a pas de fait, pas de raisonnemens qu'on puisse lui opposer, et la conséquence qui en découle évidemment, c'est qu'Hahnemann s'est trompé lui-même, ou a sciemment cherché à en imposer au monde médical.

Ce qui me donnerait lieu de pencher pour cette dernière proposition, c'est l'exception qu'il fait en faveur du vin et de l'alcool, qui d'après lui, « sont les surexcitans dont l'effet échauffant et irritant diminue quand on les étend de beaucoup d'eau (1). » Si ce célèbre chef de secte, en effet, n'a pas posé en principe qu'on s'enivre d'autant plus vite, avec le vin et l'alcool, qu'on les mêle avec une plus grande quantité d'eau, c'est uniquement parce que chacun était à même de s'assurer de la fausseté de cette assertion, tandis qu'il savait très bien que personne, en dehors de la médecine, ne songerait à s'enquérir si ce qu'il dit de l'air, du silex, de l'aconit, de la brionne, du sublimé, etc., était vrai ou non.

Il y aurait bien encore quelques points à relever au sujet de l'homœopahie, mais les considérations auxquelles nous venons de nous livrer suffisent pour démontrer que loin de reposer, comme on le prétend, sur le raisonnement et l'observation, elle n'a pour base que des propositions erronées ou d'une absurdité choquante, et des faits qui ont été mal appréciés ou généralement reconnus pour faux. Une chose également qu'on est en droit de lui imputer et qu'il répugne de signaler, c'est qu'elle ne saurait se concilier avec la dignité d'une profession honorée entre toutes les professions, et qui a besoin, avant tout, de rester entourée de considération et de respect. Nous sourions encore au souvenir des plaisanteries que Molière lançait contre les médecins de son siècle. Mais, de bonne foi, croyez-vous que si ce grand homme revenait sur la terre, il ne s'égaierait pas sur le compte de l'homœopathie et de ses partisans? Pourrait-il, avec la meilleur volonté du monde, s'empêcher de déverser le sarcasme et la moquerie sur la manière dont les homœopathes préparent leurs remèdes (2), les divers degré de dilution qu'il leur font éprouver (3), les *quadrillionièmes*, *décillionièmes*, *dix millioctillionièmes* de grain qu'ils en prescrivent, les effets surprenans qu'ils prétendent en retirer des doses si minimes? Non, en vérité non, il ne le pourrait pas. Ce serait un coup de fortune

(1) A propos de cette objection, un homœopathe à qui nous eûmes occasion de la faire, il y a cinq ou six ans, eut la singulière idée de répondre que le vin et l'alcool ne sont pas des remèdes, et que c'est à cause de cela qu'ils perdent de leur énergie quand on les étend dans l'eau. Cette manière d'user de la logique et de ses faux fuyans, nous prouve, ce que nous savions déjà, du reste, qu'en matière de secte, de culte, de croyance, les adorateurs vont souvent plus loin que le dieu. Ce n'est pas Hahnemann assurément qui aurait été jusqu'à émettre une pareille hérésie: Il était trop versé en pharmacie et en matière médicale pour prétendre que le vin et l'alcool ne sont pas employés comme médicamens en médecine. Aussi a-t-il préféré procéder à leur égard par voie d'affirmation, et dire phlegmatiquement, sentencieusement et sans rire : « Le vin et l'alcool sont les seuls excitans dont l'effet échauffant et irritant diminue quand on les étend de beaucoup d'eau. »

(2) On trouve dans l'*Organon* qu'Hahnemann recommande, au sujet de certaines subslances, de les mettre dans un flacon et d'imprimer à ce dernier, *une ou deux secousses, en le prenant dans la main, et le faisant mouvoir avec rapidité, en ramenant fortement le bras de haut en bas*, etc.

(3) Nous pourrions ajouter aussi la manière dont un grand nombre d'entr'eux usent pour arriver à la clientèle : en 1846, tous les journaux politiques de Paris contenaient à peu près chaque jour l'annonce suivante : — « HOMOEOPATIE : Guérison assurée des maladies de poitrine, de la peau, de la vessie, de l'utérus, du cœur, du foie, des oreilles, des yeux, de l'estomac, secrètes, rhumatismales, goutteuses, cancéreuses, scrofuleuses, paralytiques, et des maladies nerveuses. — Au dispensaire médical, rue du Four-St-Germain, 37, à Paris, consultations de midi à cinq heures. On traite par correspondance. Écrire, *franco*, au directeur. »

pour les amateurs du scandale, mais, en revanche, un sujet profond d'affliction pour l'ordre des médecins, car les fautes ne sont malheureusement pas personnelles dans cet ordre, et il a toujours plus ou moins à souffrir, soit des travers et des ridicules qu'on prête à quelques-uns de ses membres, soit des écarts scientifiques auxquels ils peuvent se livrer.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

RÉTROVERSION UTÉRINE, COMPLIQUÉE DE DÉPLACEMENT DE L'OVAIRE ;

Par M. le docteur J. BIENFAIT, de Reims.

Les moyens d'union entre l'ovaire et la matrice sont tels, qu'il semble difficile que celle-ci éprouve un déplacement notable sans entraîner l'autre à sa suite.

Cependant, soit rareté du fait, soit absence de signes caractéristiques des pérégrinations de l'ovaire, la coïncidence des changemens de place de ces deux organes n'a pas été, que je sache, indiquée dans les études les plus récentes sur les déviations utérines.

C'est afin d'attirer l'attention sur ce point que je veux publier telle quelle l'observation très incomplète que voici ; dans laquelle la réunion des deux lésions est des plus évidentes.

La nommée V..., qui me consulte le 30 novembre 1852 se plaint de leucorrhée avec douleur lombaire continue et raconte que pendant ses deux dernières époques menstruelles il lui était de toute impossibilité de rester couchée, qu'il fût jour ou nuit: dès qu'elle se jetait sur son lit, elle en était chassée par un sentiment de défaillance si profonde *qu'il lui semblait qu'elle devait passer*. Elle éprouve en même temps de la céphalalgie, de la soif, une inappétence presque complète et une pesanteur épigastrique qui se prolonge quatre ou cinq heures après chaque repas et fait naître le désir de vomir.

Du reste, les évacuations alvines sont normales, le ventre est souple, n'offre aucun point douloureux à la pression, et la langue est à peine recouverte d'un léger enduit jaunâtre. Cet état dure depuis plus de deux mois et n'a été modifié en rien par une saignée et un purgatif prescrits au début.

Les deux poumons sont sains et le cœur n'offre qu'un retentissement exagéré de ses battemens sans bruit anormal.

La matrice, assez basse, est en rétroversion avec inclinaison à droite. En contournant son col, le doigt sent, à travers la paroi vaginale, en arrière et à gauche, un corps que je prends d'abord pour une masse stercorale située dans le rectum, mais que je reconnais bientôt pour tout autre chose, après un examen plus attentif.

C'est une petite tumeur souple, non fluctuante, à surface granuleuse, de forme ovoïde, un peu aplatie latéralement, et dont le grand diamètre, perpendiculaire à l'axe du bassin, est de $0^m,03$ à $0^m,04$, autant qu'on en peut juger avec l'index prenant une mesure au fond du vagin. Son bord inférieur est épais, mousse, convexe d'arrière en avant et interrompu vers son tiers antérieur par une dépression profonde qui empiète sur la face accessible au doigt. Celle-ci, convexe aussi, offre à sa partie postérieure trois granulations inégales un peu plus grosses que des grains de millet et contrastant par leur dureté avec la consistance glanduleuse de celles qui les entourent. Je sens aussi sur cette face les battemens d'une artériole qui vient s'y perdre après avoir coupé perpendiculairement le bord supérieur qui est plus mince que le premier, presque rectiligne et au-delà duquel on peut suivre le vaisseau jusqu'au bord gauche de l'utérus. Les deux extrémités sont mousses et ne présentent rien de particulier. Du reste, la mobilité de la paroi vaginale sur les objets que je viens de décrire ne permet pas de douter qu'ils ne siégent tout-à-fait en dehors d'elle. Le toucher rectal confirme de tous points les données du toucher vaginal.

Au speculum, le col est un peu hypertrophié avec un orifice transversal d'un centimètre. La sonde utérine, facilement introduite dans le sens commandé par la déviation à $0^m,075$ de profondeur, peut imprimer à l'utérus des mouvemens qui ne se communiquent pas à la tumeur et ne produisent aucune douleur.

A l'ensemble de ces caractères, je n'hésitai pas à reconnaître là l'ovaire portant des cicatrices de pontes de différens âges et probablement celle de la dernière époque menstruelle, représentée par l'échancrure profonde du bord épais et de la face vaginale. Aussi, dans l'intention de recueillir avec soin les détails de ce fait intéressant, j'ajournai la malade, après avoir pris sur ses antécédens les renseignemens qui suivent.

Elle est âgée de 30 ans, assez grosse, et réunit les attributs du tempérament sanguin-lymphatique. Sa profession de lamière la force à rester assise toute la journée.

Réglée à 16 ans sans difficulté, mariée à 25 et séparée de son mari depuis deux ans, elle a eu deux enfans, le premier en juillet 1848, le second en août 1849. Les deux couches ont été faciles et, chaque fois elle a gardé le lit huit jours.

De 20 ans jusqu'à 28, au commencement de chaque repas, elle vomissait les premières bouchées avec un peu de liquide incolore, se remettait à table et digérait facilement la seconde partie de son repas.

Ces vomissemens, qui ont persisté pendant ses grossesses, avec augmentation dans leur fréquence et dans la quantité des matières rendues, ont cessé spontanément à la suite de la dernière couche. Cinq mois après celle-ci, sous l'influence de vives contrariétés, ses règles qui avaient déjà paru deux fois d'une manière régulière, augmentèrent en abondance, et leurs époques se rapprochèrent, ce qui amena de la faiblesse et de la céphalalgie sans amaigrissement ni décoloration.

En juillet 1852, ses règles furent suivies de maux de cœur pendant huit jours et finalement c'est le mois suivant que débutèrent les symptômes décrits plus haut et qui la décidèrent à consulter.

Le 2 décembre, un nouvel examen confirme les résultats du premier.

Le 18 décembre, les règles coulent abondamment depuis quatre jours, l'utérus est plus volumineux, le museau de tanche plus bas que jamais est à peine à deux centimètres de l'orifice de la vulve, l'ovaire paraît plus gros et occupe la même place. La malade n'éprouve, du reste, que de la faiblesse et des bouffées de chaleur; mais rien qui rappelle les angoisses des deux dernières époques.

Le 4 janvier 1853, après avoir pratiqué à plusieurs reprises le cathétérisme utérin, j'applique le redresseur articulé de M. Valleix ; mais la malade, en ayant éprouvé des douleurs, le retire elle-même malgré ma recommandation expresse de m'appeler en pareil cas. Les réprimandes que je lui adresse à cet égard excitent chez elle un mécontentement tel, que je ne l'ai pas revue depuis.

Peu jaloux, en pareille matière, de baser des conclusions sur un fait unique, je veux m'abstenir ici de toute réflexion ; seulement je ferai remarquer que si les cas de ce genre, observés dans de meilleures conditions, arrivaient à se multiplier, les déplacemens de l'ovaire à différens degrés auraient sans doute à revendiquer une part dans la symptomatologie si variée des déviations utérines. Chez ma malade, au moins la concordance me paraît frappante entre les symptômes éprouvés lors des deux dernières époques menstruelles qui précédèrent mon examen, et la position occupée par l'ovaire.

Congestionné pour la ponte périodique, plus volumineux et plus sensible qu'à l'état de repos, cet organe devait être douloureusement comprimé par l'utérus également congestionné chaque fois que la malade se couchait. De là les angoisses qui se reproduisaient invariablement et exclusivement dans la position horizontale et la rendait insupportable.

Si, d'ailleurs, les symptômes que j'attribue à la compression ne se reproduisirent pas à l'époque menstruelle où j'eus l'occasion de constater l'état des parties, je l'explique par l'abaissement de la matrice trop considérable alors pour qu'elle pût presser sur l'ovaire déplacé, lequel n'était pas, cette fois, le siége du travail d'évolution de l'ovule. Cette irrégularité du phénomène, loin de détruire ma manière de voir, prouve donc simplement que la compression de l'ovaire par l'utérus, lors des déplacemens simultanés de ces deux organes, se lie à des conditions plus ou moins passagères, ce que j'admets très volontiers.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES PERNICIEUSES ;

Par M. le docteur PUTEGNAT (de Lunéville), ancien chef de clinique médicale, correspondant de l'Académie impériale de médecine de Paris et de l'Académie royale médico-chirurgicale de Turin, membre et lauréat de plusieurs autres Sociétés de médecine, nationales et étrangères, etc.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

OBSERVATION VII. — *Fièvre intermittente pernicieuse hydrophobique.* — Au mois de mai de l'année 1838, la femme Martel, âgée de 38 ans, encore convalescente d'un empoisonnement qui avait eu lieu le 24 avril précédent, par une salade composée de feuilles et de tiges de belladone, fut prise d'une simple fièvre intermittente tierce. Les deux premiers accès, pour lesquels la malade ne me consulta point, eurent lieu dans la soirée, les jours précédens. Le troisième se montra à midi et avec des symptômes si alarmans, qu'on vint, coup sur coup, me prier de me rendre au plus vite auprès de la malade.

Voici les symptômes que j'observai alors : chaleur à la peau; tête brûlante; visage vultueux, sur lequel ruisselle de la sueur ; yeux vifs brillans et effrayans ; délire furieux ; grincemens de dents ; cris ou hurlemens plaintifs ; agitation extraordinaire ; mouvemens convulsifs généraux ; écume à la bouche ; langue pendante ; efforts pour mordre ; déchirement avec les dents des draps et couvertures ; dysphagie ; horreur des liquides et des corps brillans.

Cet accès dura six heures. La connaissance étant revenue, la malade se plaignit d'un abattement extrême et de tintemens d'oreilles. Son visage resta horriblement décomposé et sa voix altérée.

Pensant que le second accès serait inévitablement mortel, j'ordonnai deux grammes de sulfate de quinine, en pilules et en deux lavemens. Le premier de ceux-ci fut pris dans la soirée, et le second le lendemain, à sept heures du matin, et les pilules dans l'intervalle.

Ce jour, à dix heures du matin, la malade accuse pendant quelques instans un léger accablement, de la sécheresse à la gorge et de la soif.

Tel fut l'accès qui, s'il n'eût point été prévenu par les doses élevées du sel de quinine, eût été inévitablement mortel.

Six jours de suite encore, la malade continua à prendre par précaution soixante centigrammes de sel de quinine.

La convalescence fut longue; les forces ne revinrent que très lentement, et la malade conserva quelque temps l'altération de son visage.

On le voit par ce fait et les précédens, quand il s'agit de combattre un accès pernicieux, il ne faut point reculer devant de hautes doses de sulfate de quinine. Ainsi, la femme Martel prit, dans vingt-quatre heures, deux grammes trente centigrammes de ce sel : quantité énorme, laquelle cependant ne fut point assez énergique pour faire disparaître immédiatement et complètement cette terrible fièvre.

En passant, je veux faire une remarque : c'est que je n'ai jamais vu le sulfate de quinine, administré à hautes doses, mais à des intervalles réguliers de deux heures, contre la fièvre intermittente pernicieuse, entraîner les accidens toxiques qu'il produit si facilement lorsqu'il est dirigé contre une autre maladie (le rhumatisme aigu, par exemple). Aussi M. Bailly a-t-il eu raison de dire que « dans les fièvres intermittentes pernicieuses, on peut sans crainte prodiguer le sel de quinine. » Holmes, médecin en chef de l'armée des États-Unis d'Amérique, dans un grand nombre de cas, a été obligé de prescrire, par jour jusqu'à quatre grammes et quarante centigrammes de sulfate de quinine, et il n'a pas vu d'accidens résulter de ces énormes doses (*Amer. jour. of medic. sciences*, octobre 1826).

Je ferai encore une réflexion qui confirme ce que j'ai dit ci-dessus, en observant que les praticiens qui exercent dans les localités où la fièvre intermittente est endémique, se tiennent toujours en garde, et avec raison, contre l'arrivée d'un accès pernicieux ; c'est que les deux premiers accès de la femme Martel furent ceux d'une simple et bénigne fièvre intermittente. Aussi cette femme occupait-elle un rez-de chaussée humide, près d'un lavoir public, à la tête duquel elle se trouvait, exerçant la profession de blanchisseuse.

OBSERVATION VIII. — *Fièvre intermittente pernicieuse pleurodynique.* — Dans le mois de juin 1850, Mlle M..., modiste, était convalescente d'une fièvre assez grave, lorsque tout à coup il lui survint un violent point à droite, en dehors et au bas de la poitrine. La douleur était circonscrite et s'exaspérait par le mouvement et la pression. Après un examen attentif par l'auscultation et le plessimétrisme, la plèvre et le poumon me paraissant sains, et ne trouvant aucun symptôme de névralgie intercostale, ainsi que d'une maladie du foie et du péritoine, je conseillai, *loco dolenti*, des frictions avec un liniment narcotique et chloroformisé et des cataplasmes.

Le lendemain, la douleur persistant, j'ordonnai des ventouses scarifiées et des sangsues ; ces moyens ne procurant aucune amélioration, je les remplaçai par un large vésicatoire saupoudré, trois fois par jour, avec deux centigrammes de sulfate de morphine.

J'en étais là du traitement, ne sachant à quelle affection j'avais affaire, ni à quels moyens je devais avoir recours, lorsque, subitement et sans cause appréciable, la douleur s'aggrava d'une manière extraordinaire et avec des symptômes très effrayans, un jour, à dix heures du matin. Les voici : pouls petit, concentré, fréquent et intermittent; extrémités froides; vomissement bilieux; facies horriblement décomposé; voix tremblante, cassée et cholérique; agitation extrême; cris plaintifs, etc.

A ces symptômes, qui durèrent une demi-heure, je crus reconnaître un accès pernicieux, contre le retour duquel je comptais commencer à agir dans la soirée, lorsque, vers six heures, ils reparurent encore avec plus d'intensité. En voici quelques-uns : pouls filiforme et intermittent ; cris continuels, plaintifs et comme soufflés ; visage cadavéreux : délire, vomissemens et syncope. Leur durée fut d'une heure.

Sous l'influence de doses énormes de sulfate de quinine, prises par la bouche et en lavemens, et administrées immédiatement pour combattre l'accès du matin, et de midi à cinq heures pour s'opposer à celui de six heures du soir, le premier jour l'accès du matin perdit de sa longueur et de son intensité et celui du soir disparut à peu près complètement. Le lendemain, ils ne revinrent plus ni l'un ni l'autre. Mlle M... continua l'emploi du sulfate de quinine pendant quelques jours, et celui du vin de quinquina pendant quelque temps.

Qui donc aurait pu s'attendre, lors de l'apparition du point de côté, à une fièvre intermittente pernicieuse, et cela pendant les grandes chaleurs et sur un malade qui habitait un second étage exposé au couchant? Qui aurait pu penser et prédire que ce violent point de côté résisterait à une médication locale très énergique et céderait au sel de quinine.

Qu'on remarque aussi que les accès ne furent point annoncés par un frisson.

OBSERVATION IX. — *Fièvre intermittente pernicieuse bronchique.* — Dans le mois de juillet 1850, je donnais des soins à la petite Claire G..., âgée de 5 ans, pour une bronchite aiguë avec fièvre. Le traitement consista en sangsues sur le sternum, potion kermétisée, boisson pectorale prise tiède, diète, repos au lit.

Un jour, vers quatre heure de l'après-midi, devant moi, sans cause apparente, elle offrit tout à coup les symptômes suivans : toux convulsive, mais pas celle de la coqueluche (Voir Putegnat, *Pathologie interne du système respiratoire*, 2e édit., t. I, p. 349), continuelle ; imminence de suffocation ; visage vultueux ; agitation très grande ; sueurs froides ; extrémités refroidies ; plaintes sourdes ; délire, etc.

Je compris que j'avais affaire à un accès pernicieux, et c'est seulement alors que la mère m'avoua que l'avant-veille, à la même heure, un accès semblable, mais moins effrayant, s'était déjà montré.

J'ordonnai aussitôt le seul remède héroïque en pareille circonstance, je veux dire le sel de quinine.

Le troisième accès manqua et, chose extraordinaire, la bronchite aiguë, qui avait résisté à un traitement convenable, disparut aussi sous l'influence du sel de quinine, comme le point de côté dans l'observation précédente.

OBSERVATION X. — *Fièvre intermittente pernicieuse pulmonaire.* — Dans les premiers jours du mois d'août de l'an 1850, Édouard G...., âgé de 17 ans, pensionnaire au collège, gagne un rhume.

Le 22, jour où il pleut fortement, il vient me consulter et me présente les symptômes suivans : toux sèche, fatigante, très fréquente; mouvement fébrile. L'auscultation ne fait rien connaître de particulier.

Traitement. — Repos au lit, diète, tisane pectorale, embrocations huileuses et coton sur la poitrine.

Le 27, appelé que je suis auprès de ce malade, je trouve encore ces symptômes, et, en plus, une douleur brûlante et déchirante derrière le sternum.

Traitement. — Six sangsues sur le devant du thorax, tisane pectorale, looch blanc kermétisé et diacodé.

Le 29, l'auscultation et le plessimétrisme, qui jusque-là n'avaient pas dévoilé de lésions caractéristiques dans les organes de la respiration, me font reconnaître un engorgement du sommet du poumon droit (la mère du malade a succombé à des tubercules pulmonaires). Ce jour, la grand'mère de ce jeune homme me dit que les deux nuits précédentes, entre onze heures et minuit, il a eu une quinte de toux forte et de longue durée.

Le 30, cette quinte est encore revenue avec une intensité effrayante, précédée, cette fois, d'un violent frisson. Pendant ma visite (vers 4 heures du soir), arrive un frisson très intense et très court, suivi d'une grande fièvre. Alors aussi arrivent une toux continuelle, fatigante et douloureuse, une prostration extrême, de la faiblesse, de la raucité de la voix

et une altération très profonde des traits du visage. Cet accès a une durée d'une heure.

A ces symptômes, joints à ceux donnés par la percussion et l'auscultation, je reconnais une fièvre intermittente pernicieuse double quotidienne, dont l'accès de nuit est faible et celui du soir très grave.

Ce diagnostic posé, j'ai recours au sulfate de quinine; je conseille, contre l'accès de nuit, trois décigrammes en lavement, et, contre l'accès du jour, quarante-cinq centigrammes en pilules et trente-cinq en lavement.

Le 31, j'apprends que l'accès de la nuit n'est point revenu et que celui du jour est arrivé à midi, caractérisé par un frisson court et fort, par une toux violente et des sueurs abondantes.

Le malade est d'une faiblesse extrême; ses yeux sont cernés; son visage est défait et sa voix cassée.

Même traitement, disparition complète de l'accès du jour. L'usage du sulfate de quinine est prolongé encore quelque temps.

Le 14 septembre, la toux et l'engorgement pulmonaire ont complètement disparu, et le convalescent, par suite d'un régime tonique, commence à recouvrer des forces.

Le 21, il est encore un peu défait; mais chaque jour les traces de la maladie disparaissent.

Cette observation montre une lésion organique (engorgement du sommet du poumon), qui, après avoir résisté à un traitement rationnel, cède au sulfate de quinine.

Si, maintenant, jetant un coup d'œil en arrière, j'analyse les observations que je viens de rapporter, j'arrive aux résultats suivans :

Un cas de fièvre comateuse (1re obs.); un de la forme convulsive (2e obs.); un de la forme apoplectique (3e obs.); un de la forme délirante (4e obs.); un de la forme cardialgique (5e obs.); un de la forme cardialgique et syncopale (6e obs.); un de la forme hydrophobique (7e obs.); un de la forme bronchique (8e obs.); un de la forme pleurodynique (9e obs.); enfin, un de la forme pulmonaire (10e obs).

De ce relevé on peut tirer la conclusion suivante : les formes de la fièvre intermittente pernicieuse sont très variées là où la simple fièvre intermittente n'est pas endémique.

Sur dix individus atteints de la fièvre intermittente pernicieuse, j'en compte six du sexe féminin; donc, dans ma clientèle, les individus du sexe masculin semblent être moins sujets que les individus du sexe féminin à la fièvre intermittente pernicieuse.

Deux fois elle fut double quotidienne (obs. 8e et 10e); six fois quotidienne (obs. 1re, 2e, 3e, 4e, 5e, 7e); deux fois tierce (obs. 6e et 9e); donc, dans ma clientèle, la fréquence de la fièvre intermittente pernicieuse, double quotidienne est : : 2 : 10, celle de la forme tierce : : 2 : 10; celle de la simple quotidienne : : 6 : 10.

Deux fois sur dix, je ne pus diagnostiquer la fièvre intermittente pernicieuse, et le malade mourut. — Deux fois (obs. 5e et 6e), la fièvre frappa un individu bien portant, ce qui prouve évidemment, et contrairement à la doctrine du Val-de-Grâce, que le caractère pernicieux tient à la fièvre et non à une maladie.

Deux fois la fièvre attaqua un convalescent (obs. 1re et 8e).

Une fois elle succéda à une fièvre intermittente simple.

Nous avons fait remarquer que la femme qui est le sujet de cette observation (la 7e), habitait un rez-de-chaussée humide, près d'un lavoir, non loin d'une rivière marécageuse et qu'elle était blanchisseuse. Nous ferons observer que, dans ce cas, la fièvre intermittente pernicieuse a suivi la marche qu'on lui sait habituellement dans les pays où la simple fièvre intermittente est endémique et où elle se transforme facilement en pernicieuse.

Sur huit individus, dont l'affection fut reconnue à temps et traitée convenablement, pas un seul ne succomba. Le remède employé fut le sulfate de quinine : donc ce sel est le spécifique de la fièvre intermittente pernicieuse. Écoutons ce que disent sur ce point, MM. Vaidy et Fournier : « C'est ici le triomphe de la thérapeutique médicale, et le chirurgien qui conserve les jours d'un blessé, en se rendant maître d'une hémorrhagie artérielle, n'agit point avec plus de certitude et d'efficacité que le médecin qui guérit, au moyen du quinquina, une fièvre intermittente pernicieuse. » (*Diction. des sciences méd.*, t. XV, p. 328.) Je dois aussi faire remarquer que, plusieurs fois, le frisson initial n'a été que léger et de courte durée ; que, d'autres fois, il a manqué, et que, cependant, le sulfate de quinine a toujours réussi ; ce qui renverse l'opinion de M. Andral, qui découle de ce qu'il a écrit à la page 390 du tome IV de sa *Clinique médicale* (2e édition).

Nos observations démontrent que nous avons toujours réussi dans l'administration de l'anti-périodique par excellence, en suivant la marche opposée à celle préconisée par Torti (*Therap. specialis*, cap. VII) et Cullen (*Élémens de médecine pratique*, édit. de 1745, t. I, p. 160 et 178), ou celle conseillée par Talbot, Sydenham, Morton, Bretonneau. Nous devons dire aussi que, si dans les fièvres intermittentes simples, l'administration du sulfate de quinine, suivant le conseil de Barbier, que voici : « La dose du fébrifuge doit être employée dans les quatre, six ou huit heures qui précèdent le moment présumé où la fièvre doit arriver, en mettant une demi-heure de distance entre chaque prise, et en prenant ses précautions pour que la dernière soit ingérée deux heures au moins avant l'arrivée de la fièvre. » (*Traité de matière médicale*, 5e édit., t. I, p. 341); nous devons dis-je, faire remarquer que si le sel de quinine, étant ainsi administré, a réussi contre la fièvre intermittente simple, ce n'est point une raison pour qu'on y ait recours de la sorte contre la fièvre intermittente pernicieuse, car, ainsi que tous les praticiens le savent, les accès de celle-ci peuvent se montrer sub-intrans.

Plusieurs de nos observations démontrent que, bien que les accès ne reviennent plus, le malade cependant éprouve assez souvent un malaise particulier, suite de l'affection.

Ainsi que l'ont observé, avec beaucoup de raison, Sydenham et Torti, certains effets de la fièvre subsistent souvent lorsque celle-ci a disparu. Il n'est pas rare de voir les malades, anéantis en quelque sorte par les fatigues qu'ils ont essuyées, rester faibles avec un pouls fréquent, petit, irrégulier, et sans qu'on doive considérer ces accidens comme une extension du paroxysme (Alibert, *Traité des fièvres pernicieuses*, 4e édit., p. 142). Je ne me permettrai pas de contester ce que dit Alibert ; mais je ne puis m'empêcher de faire remarquer que cet état, tout particulier, ne disparaît que sous l'influence de l'emploi longtemps continué du sel de quinine ou d'une préparation de quinquina.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 27 Avril 1853. — Présidence de M. BOUVIER.

Après le dépouillement de la correspondance, par le secrétaire général, M. GUÉRARD donne lecture du rapport suivant :

Rapport fait à la Société de médecine des hôpitaux, sur un mémoire de M. Thirial, ayant pour titre : *De quelques pseudo-perforations intestinales*, ou, en d'autres termes, *Des péritonites survenant comme complication dans certaines maladies aiguës, notamment dans la fièvre typhoïde, et pouvant simuler la perforation de l'intestin.* — Par une commission composée de MM. Bourdon, Vigla et Guérard, rapporteur.

L'on admet généralement, aujourd'hui, que les *péritonites suraiguës*, qui surviennent à l'improviste dans le cours des maladies aiguës, et, en particulier, de la fièvre typhoïde, sont dépendantes d'une *perforation intestinale.*

Cette opinion, émise pour la première fois en 1826, par M. Louis, a reçu la sanction de l'expérience, et il est peu de praticiens, qui n'aient eu l'occasion d'en vérifier l'exactitude.

Toutefois, il paraît que cette loi ne doit pas être acceptée comme absolue, et que, dans quelques cas observés avec soin, l'autopsie est venue donner un démenti au diagnostic.

Le mémoire de M. Thirial est consacré à l'examen de *quatre* de ces faits exceptionnels.

Dans le premier, recueilli en 1835 à l'hôpital de la charité, service de M. Rayer, il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, forte, bien constituée, affectée de teigne faveuse : cette maladie disparut à deux reprises sous l'influence de la pommade à l'iodure de soufre. Cette malade était sur le point de quitter l'hôpital, quand, brusquement et sans cause connue, elle fut prise d'une douleur abdominale très vive, avec vomissemens porracés, et mourut au bout de 48 heures, avec tous les symptômss d'une péritonite sur-aiguë.

On s'attendait à trouver une perforation intestinale. Aussi, prit-on toutes les précautions pour découvrir le siége de la lésion. Mais les recherches les plus attentives ne permirent pas de reconnaître la moindre solution de continuité. Il n'y avait non plus aucun indice d'étranglement.

Quant à la péritonite, elle était caractérisée par l'injection de la membrane séreuse et l'épanchement d'une sérosité floconneuse.

Le second fait, observé par M. Thirial dans la même année et la même division, a trait à une jeune fille qui, parvenue au vingtième jour environ d'une fièvre typhoïde légère, fut prise subitement, à la suite d'une impression morale très pénible, des symptômes très caractéristiques d'une péritonite aiguë, que le chef de service et les assistans attribuèrent à une perforation intestinale.

La malade expira 72 heures après le début des accidens, et, malgré le soin extrême apporté à l'autopsie, il fut impossible de découvrir la moindre perforation. Bien plus, la membrane muqueuse ne présentait ni ulcération, ni érosion. Ici, encore, la couche de lymphe plastique qui s'étendait sur une grande partie de l'intestin et le liquide purulent renfermé dans le bassin, étaient des preuves incontestables de l'existence de la péritonite.

Dix ans après, dans le même hôpital et dans le même service, deux autres faits presque identiques avec celui que nous venons de rappeler, s'offrirent à l'observation de M. Thirial.

L'un de ces faits, le troisième du mémoire, est relatif à un jeune homme, qui, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde grave, présenta un assez grand nombre d'abcès, dans diverses régions du tronc et des membres.

Tout à coup, ce malade fut pris, après quelques jours de diarrhée, de coliques violentes, d'une douleur abdominale intense, de vomissemens de matière verte, épaisse, etc. ; accompagnés d'une telle altération des traits, qu'il en était devenu méconnaissable.

60 heures après, il expirait.

On avait porté le même diagnostic dans le cas précédent, et, pour que la perforation ne pût pas échapper aux recherches, on remplit l'intestin d'eau, après avoir appliqué une ligature vers l'extrémité du rectum.

Non seulement cette épreuve permit de reconnaître que la continuité de l'intestin était intacte, mais, encore, l'examen ultérieur de la face interne ne conduisit à la découverte d'aucune lésion grave.

Pour ce qui est de la péritonite, elle était caractérisée par l'injection, les fausses membranes, l'épanchement purulent, etc.

Le quatrième fait raconté par M. Thirial, concerne un jeune homme, qui, entré chez M. Rayer pour se faire traiter d'une endocardite suite d'un rhumatisme ancien, fut atteint, après trois semaines de séjour, d'une fièvre typhoïde grave. Pendant la convalescence, symptômes de péritonite aiguë, qui enlève le malade en moins de 36 heures.

Il n'y eut qu'une voix, dit M. Thirial, *pour annoncer ici une péritonite sur-aiguë par perforation intestinale.*

Mais l'autopsie ne justifia le diagnostic, qu'au point de vue de la péritonite dont les caractères anatomiques étaient, d'ailleurs, beaucoup moins prononcés que dans le cas précédent.

Quant à la perforation, elle n'existait pas, et, pour toute lésion intestinale, on constata seulement quelques plaques de Peyer légèrement saillantes.

Les observations, que nous venons de rappeler succinctement, prouvent, à n'en pas douter, que la continuité de *l'intestin* n'était point altérée. Le soin apporté aux autopsies, dans le but spécial de vérifier le diagnostic porté pendant la vie, ne permet pas de supposer qu'une perforation, si petite fût-elle, eût pu échapper aux investigations des observateurs attentifs à la rechercher.

Mais, faut-il en conclure que les péritonites sur-aiguës dont il s'agit dans le travail de M. Thirial, doivent être regardées comme *spontanées, essentielles*, indépendantes, en un mot, de toute cause extérieure au péritoine?

Nous ne le croyons pas et nous fondons notre opinion sur ce qu'on ne paraît pas avoir recherché, *en dehors de l'intestin*, les perforations qui auraient pu se produire et amener le développement d'une péritonite locale, promptement généralisée et bientôt mortelle.

Ainsi, la troisième observation, celle qui se rapporte à un jeune homme surpris par la péritonite au moment où il était en proie à des abcès multiples disséminés sur toute la surface du corps, cette observation, dis-je, a rappelé à l'esprit du rapporteur de votre commission, un fait dont il a été témoin il y a environ 25 ans, dans les salles de M. Guersant. Il s'agit d'une jeune fille d'une douzaine d'années, qui, pendant la convalescence d'une variole confluente, alors qu'elle avait le corps couvert d'abcès, fut prise subitement de péritonite aiguë, par suite de l'ouverture d'un de ces abcès dans le péritoine et succomba rapidement aux progrès de la maladie. A l'autopsie on chercha et l'on reconnut l'ouverture de communication du foyer avec la cavité péritonéale.

Ainsi, encore, dans quelques cas, la solution de continuité n'existant que sur l'appendice iléo-cœcal, et n'ayant que des dimensions très restreintes, aurait pu être méconnue si l'on se fût borné à l'examen de l'intestin lui-même. L'épreuve par l'eau eût même été insuffisante, car il n'est pas rare de trouver obstruée complètement par des corps solides ou des matières fécales endurcies, la cavité de l'appendice, de manière à mettre obstacle à tout écoulement du liquide introduit dans l'intestin lui-même.

Notre collègue, M. Barth, a été témoin d'un cas de péritonite suraiguë et mortelle survenue au milieu d'une parfaite santé, et causée par la perforation de l'appendice. Si M. Barth n'eût point assisté à l'autopsie, cette perforation eût été, sans doute, méconnue, puisque c'est sur ses observations qu'on dirigea les recherches vers ce point du tube digestif, où l'on trouva un pépin de melon engagé dans l'extrémité perforée. Déjà les assistans proclamaient la spontanéité du développement de la péritonite.

Quoi qu'il en soit, les observations de M. Thirial présentent le plus vif intérêt. Les réflexions dont il les accompagne, et qui sont surtout relatives aux conséquences que l'on doit en tirer pour le traitement de la maladie, et pour la part qu'il convient d'attribuer à ce traitement, dans certains cas de prétendues guérisons de perforations intestinales, ces réflexions sont fort judicieuses et méritent de fixer l'attention des praticiens.

La commission a l'honneur de vous proposer :

1° De renvoyer le mémoire de M. Thirial au comité de publication ;

2° D'inscrire le nom de cet honorable confrère sur la liste des candidats aux places de *membres associés*.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

La Société procède ensuite, en vertu de son réglement, au renouvellement du bureau pour l'année 1853-1854, et aux élections de ses divers conseils et comités.

M. le professeur Requin, vice-président de l'année précédcnte, est nommé *Président*. Sont nommés : *Vice-Président*, M. Bricheteau ; *Secrétaire général*, M. Roger (Henri) ; *Secrétaires particuliers*, MM. Hérard et Léger ; *Trésorier*, M. Labric.

Sont élus membres du *Conseil d'administration*, MM. Barth, Legroux, Marrotte, Trélat, et Vigla ; du *Comité de publication*, MM. Hérard, Labric, Léger, Marrotte, Roger (Henri) ; du *Conseil de famille*, MM. Devergie, Guérard, Guillot (Natalis), Hervez de Chégoin et Horteloup.

Le secrétaire général, Henri ROGER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 15 Juin 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

M. GIRALDÈS annonce à la Société qu'il vient de recevoir de M. Burin du Buisson, de Lyon, une lettre qui lui apprend que M. le docteur Pravas vient d'être presque subitement atteint d'une affection très grave qui laisse peu d'espoir de le sauver.

M. BURIN DU BUISSON adresse en même temps un mémoire dont M. Giraldès donnera connaissance dans la prochaine séance.

L'ordre du jour appelle le renouvellement du bureau.

La Société procède successivement aux divers scrutins pour un président, un vice-président, un secrétaire et un vice-secrétaire et un trésorier. Les scrutins donnent le résultat suivant, qui est proclamé par M. le président :

M. Denonvilliers, président pour l'année 1853-54 ;
M. Huguier, vice-président ;
M. Laborie, secrétaire ;
M. Follin, vice-secrétaire ;
M. Houël, trésorier.

La discussion est ouverte sur le rapport de M. Robert, relatif au chloroforme. La parole est à M. Deguise.

Chloroforme. (Discussion.)

M. DEGUIZE fils : à propos du fait de M. Vallet, M. Robert a parlé d'un grand nombre de cas de mort (80 et quelques je crois). Tout en

défalquant de ce chiffre un certain nombre de faits dans lesquels il n'a pas paru certain à M. Robert que la mort ait été causée par le chloroforme, le total des faits considérés comme des cas de mort par le chloroforme reste encore, au dire de M. Robert, assez considérable. Cependant il n'a cru devoir faire figurer dans son rapport que six cas. Ces six cas, suivant toute apparence, ont été choisis tout-à-l'aise parmi les plus authentiques et les plus probans. On a dû remarquer que dans ces six cas l'administration du chloroforme avait eu lieu dans les conditions les plus convenables, le chloroforme était parfaitement pur, il avait été administré suivant les règles de l'art. Malgré toutes ces circonstances, la mort a eu lieu presque immédiatement, je le répète, quoique le chloroforme ait été convenablement administré et à des doses modérées. En présence de ces six cas malheureux, M. Robert s'est demandé s'il y avait quelques préceptes pour prévenir et conjurer de pareils dangers et, à ce sujet, il a parlé des préceptes formulés par M. Baudens. D'après ce chirurgien, la mort n'arriverait que parce que l'on aurait porté trop loin l'action anesthésique ; il s'appuie, à cet égard, sur les expériences de M. Flourens et sur les divisions établies par ce savant physiologiste entre les diverses périodes de l'action anesthésique ; il dit même qu'il ne croira à la mort produite par le chloroforme que lorsqu'on lui aura prouvé que l'action de cet agent anesthésique a été portée jusqu'à l'abolition complète du sentiment et jusqu'à la résolution. M. Robert fait remarquer, à ce sujet, que dans les faits qu'il a cités, il se trouve plusieurs cas où la mort est survenue sans qu'il y ait eu perte du sentiment; et il cite en particulier le fait de Marie Stoch, tenant elle-même le mouchoir sous son nez, jusqu'au moment où elle s'écrie : « j'étouffe » et meurt.

M. Robert a cité ensuite l'opinion de M. Sédillot, opinion d'après laquelle le chloroforme ne déterminerait d'accidens que lorsqu'il est impur ou mal administré; or, ajoute-t-il, en ce qui concerne l'impureté, le chloroforme a été analysé dans plusieurs des cas où il a produit la mort et il a été trouvé parfaitement pur. Puis, rappelant les préceptes de M. Sédillot, qui consistent à ménager la susceptibilité des organes respiratoires, et à en maintenir la normalité, en suspendant et reprenant, et suspendant de nouveau et à plusieurs reprises l'inhalation, il les trouve très sages et déclare que pour sa part il les observe toujours avec le plus grand soin. M. Robert rappelle encore la note publiée par M. Chassaignac qui pense que le chloroforme est d'une innocuité parfaite au moment où l'on a atteint cette période intermédiaire à l'excitation et au collapsus, qu'il appelle période de tolérance ; et il fait remarquer que dans la plupart des cas malheureux la mort est arrivée avant l'établissement de cette période de tolérance. Enfin, venant aux préceptes et aux moyens proposés en face d'un tel danger, il résulterait à peu près de ce qu'a dit M. Robert qu'il n'y aurait rien à faire ni pour le prévoir, ni pour le conjurer, puisque la mort est presque toujours arrivée avant même qu'on ait atteint la période d'insensibilité nécessaire pour les opérations, malgré les précautions prescrites par l'art dans l'administration du chloroforme, et qu'aucun moyen jusqu'ici n'a réussi pour rappeler les sujets à la vie ; il n'en excepte pas même les insufflations pulmonaires proposées et mises à exécution par MM. Plouviez et Ricord.

En résumé, M. Robert, s'appuyant sur des faits qu'il aurait pu rendre plus nombreux, ainsi qu'il l'a dit lui-même, mais qu'il a choisis à dessein, afin que leur authenticité fût irrécusable, établit :

1° Que l'influence délétère du chloroforme ne peut plus être contestée;

2° Qu'il n'est pas possible d'en prévoir ni d'en prévenir les fâcheux effets;

3° Que, lorsque les accidens surviennent, il n'est pas possible d'en arrêter le cours et de soustraire ainsi les malades à une mort imminente.

Il me semblait, après un pareil aveu, que M. Robert allait conclure qu'il fallait renoncer à l'emploi du chloroforme ou bien recourir à d'autres préceptes que ceux qui ont été suivis jusqu'à présent, puisque malgré leur stricte observation on n'a pu jusqu'ici parvenir à conjurer les accidens. Je demanderai à M. Robert sur quoi il fonde des conclusions que je trouve en contradiction formelle avec les faits énoncés dans son rapport.

Ce n'est pas, du reste, la seule contradiction que j'ai remarquée dans le travail de M. Robert ; j'en ai remarqué plusieurs autres. Par exemple, il dit quelque part que pour certaines opérations il est nécessaire de pousser l'inhalation jusqu'à la résolution complète des muscles, tandis qu'il vient de déclarer qu'il adopte de tous points les préceptes énoncés par MM. Sédillot et Baudens qui recommandent, l'un et l'autre, de n'atteindre jamais cette période. Il serait important, cependant, de savoir à quoi s'en tenir à cet égard, aujourd'hui que la justice intervient.

Un peu plus loin on lit ces mots : « La détermination des cas où il convient d'accorder ou de refuser le chloroforme doit être entièrement laissée à l'appréciation du chirurgien, et, par conséquent, celui-ci n'encourt pas de responsabilité, moyennant cette seule condition, que le malade en ait vivement exprimé le désir. » Je ne trouve pas que notre responsabilité soit sauvée avec ce précepte. N'y a-t-il pas aujourd'hui des accoucheurs qui veulent qu'on se serve du chloroforme dans la pratique des accouchemens, d'autres qui sont d'un avis contraire ? N'y a-t-il pas quelques chirurgiens qui excluent l'usage du chloroforme de la pratique des opérations sur la bouche ? En présence de ces dissidences est-il permis de dire qu'on doit se laisser déterminer par la volonté des malades !

M. Robert compare les accidens du chloroforme à ceux qui arrivent sur les chemins de fer. Les malheurs du chloroforme, dit-il, ne feront pas plus renoncer que les accidens des chemins de fer n'arrêteront l'usage de ce moyen de transport. La comparaison n'est pas très juste. Est-ce que l'autorité n'intervient pas dans les chemins de fer pour prescrire et surveiller l'exécution des moyens de sûreté ?

En un mot, je me résume : je pensais que M. Robert, après avoir recueilli un si grand nombre de cas de mort, après en avoir rapporté six cas avec détail, dans lesquels il n'était possible d'accuser ni la pureté du chloroforme, ni l'oubli des prescriptions qui doivent présider à une bonne administration du chloroforme, et dont aucun moyen n'a pu conjurer l'issue funeste, je pensais, dis-je, que M. Robert se serait montré plus sévère à l'égard du chloroforme. Non seulement il ne s'est pas montré sévère, mais il a même dit que le chloroforme devait rester dans la pratique chirurgicale, et que c'était un devoir pour les chirurgiens d'y recourir toutes les fois qu'il est nécessaire d'obtenir l'insensibilité à la douleur, ou le relâchement musculaire, et même toutes les fois que les malades en expriment le désir. Il y a là, je le répète, quelque chose de contradictoire. Les considérations émises dans le rapport ne justifiaient pas ces conclusions.

M. Robert : M. Deguize me reproche de n'avoir pas parlé du chloroforme appliqué aux accouchemens et à la pratique des opérations sur la bouche. Il n'entrait pas dans le plan ni dans l'objet de mon travail de traiter des applications spéciales du chloroforme. Je n'avais à traiter la question que d'une manière générale. Je savais d'ailleurs qu'un rapport devait être fait prochainement sur l'emploi des anesthésiques dans les accouchemens ; c'est donc intentionnellement que j'ai circonscrit l'examen de ce cette question dans les applications générales.

M. Deguize m'a reproché des contradictions, avec moi-même et avec M. Sédillot dont j'ai invoqué l'opinion, au sujet de l'anesthésie poussée jusqu'à la résolution. M. Deguize est dans l'erreur. Il n'y a pas de contradiction du tout entre ce que j'ai dit et ce qu'a écrit M. Sédillot. M. Sédillot dit précisément dans sa dernière communication que le chloroforme bien administré peut être porté sans accident jusqu'à la résolution. Il ajoute même que le chloroforme pur et bien administré ne tue jamais. M. Deguize ne connaissait pas, sans doute, cette dernière note de M. Sédillot.

Il y a, ici, deux choses importantes à distinguer ; lorsque l'anesthésie est portée jusqu'au stertor et à la résolution musculaire commençante, degré nécessaire pour les opérations, elle est habituellement sans danger. Je ne connais pas, pour moi, un seul cas de mort survenue à ce moment ; dans tous les cas où la mort a eu lieu, elle est survenue avant cette période, avant même que l'insensibilité ait été produite. D'un autre côté, j'ai dit que dans certaines opérations, pour la réduction d'une luxation ancienne par exemple, on ne pouvait arriver au résultat voulu qu'à la condition de se débarrasser de la contraction musculaire et de pousser, par conséquent, l'anesthésie jusqu'à la résolution. Je ne prétends pas que l'anesthésie poussée à ce point ne soit pas sans une certaine gravité ; loin de là, je déclare que, pour mon compte, je suis toujours très vivement préoccupé en pareil cas, et qu'à chaque instant j'interroge mes aides, j'examine la physionomie du malade, je tâte le pouls ; mais je dis que l'anesthésie poussée à ce degré est indispensable en pareille circonstance, qu'on ne peut s'en passer, que c'est un moyen sans lequel certaines opérations de la chirurgie sont impraticables. Eh bien ! je le répète, ce n'est jamais chez des malades plongés dans cet état, que la mort a eu lieu. La mort ne survient jamais par le fait de l'action graduelle et successive de l'éthérisation, comme l'a prétendu M. Baudens. Quand elle arrive, c'est avant toute résolution, avant l'insensibilité, c'est tout d'un coup, dès les premières inhalations, et avant même la production des effets de la première période. Je ne dis pas que dans quelques cas les choses ne puissent se passer comme le dit M. Baudens, mais ça n'a pas eu lieu ainsi dans les cas de mort bien authentiques que j'ai réunis dans ce rapport. Quelques cas m'ont paru douteux, je les ai éliminés afin de ne point embarrasser la question. Je n'ai pas voulu non plus parler du fait de M. Triquet parce qu'il est en ce moment l'objet d'une action judiciaire. De ce triage il est résulté les six cas que j'ai rapportés et qui tendent à prouver, tous les six, une action toxique particulière, indépendante de l'action résolutive du chloroforme. Ainsi je ne vois pas là de contradiction.

Maintenant, M. Deguize dit qu'il s'attendait à voir, comme conclusion de mon travail, le chloroforme banni de la pratique chirurgicale. Nullement. Bannir l'usage du chloroforme de la chirurgie, serait aujourd'hui une chose impossible. Il rend de trop grands services, et tous les jours les malades nous signifient qu'ils ne veulent pas être opérés si on ne les soumet au chloroforme. Mais il y a des précautions à prendre ; ces précautions, M. Sédillot les a indiquées et il faut les suivre, jusqu'à ce que l'expérience nous en ait fait connaître de meilleures.

Il est cinq heures, la séance est levée.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

SÉANCE PUBLIQUE DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE ; — PRIX.

La Société a tenu sa séance publique le 8 mai 1853. M. Perpère, président, a prononcé un discours dans lequel il s'est attaché à faire ressortir la belle mission du médecin, soit dans les épidémies, soit sur le champ de bataille, et à le venger des attaques des détracteurs, parmi lesquels il n'a pas oublié trois génies illustres, Montaigne, Molière et J.-J. Rousseau, et dont il explique la mauvaise humeur par l'état de maladie. Il félicite la Société des efforts qu'elle n'a cessé de faire pour l'extirpation du charlatanisme, et de la constitution légale qu'elle vient d'obtenir du gouvernement. Ce discours, qui joint au mérite d'être bien pensé et bien écrit, celui d'avoir des limites convenables, a été écouté avec un vif intérêt, et suivi d'unanimes applaudissemens.

M. le docteur Augustin Dassier, secrétaire général, a exposé ensuite les travaux de la Société ; compte-rendu plein d'intérêt, auquel nous aurons l'occasion de faire d'assez nombreux emprunts.

Après M. Dassier, M. le docteur Butignot, secrétaire du *prima mensis*, a lu un rapport non moins intéressant sur les maladies qui ont régné à Toulouse depuis le 1er mai 1852 jusqu'au 30 avril 1853.

Enfin, M. le docteur Filhol a donné lecture de son rapport sur le concours pour le grand prix de l'année 1853. (Commissaires : MM. Magnes-Lahens, Ressayre, Cayrel, Fourquet, Faurès, Popis, Filhol, rapporteur.)

La question proposée était la suivante :

« 1° Déterminer par l'observation la valeur thérapeutique des eaux thermales sulfureuses;

» 2° Préciser leurs indications et leurs divers modes d'administration dans les maladies chroniques. »

Quatre mémoires avaient été adressés. La Société, adoptant les conclusions de la commission, a décerné :

1° La médaille d'or de 300 fr. et le titre de correspondant à l'auteur du mémoire n° 4, M. le docteur Gustave Astrié (de Carcassonne) ;

2° Une mention honorable à l'auteur du mémoire n° 3, M. Lemonier, inspecteur des eaux minérales de Bagnères-de-Bigorre, déjà membre correspondant.

Indépendamment de ces récompenses, la Société a accordé, pour des travaux particuliers qu'elle a distingués :

1° Une première médaille d'encouragement à M. le docteur Pellegrino Salvolini, de Sarzane (États Sardes), déjà correspondant de la Société ;

2° Une seconde médaille d'encouragement à M. le docteur Igounet (de Sainte-Foy), également correspondant de la Société.

Elle a accordé le titre de correspondant à M. le docteur Catteloup, médecin en chef de l'hôpital militaire de Tlemcen ; à M. le docteur Dulac, chirurgien aide-major à Mers-el-Kébir ; à M. Séverin Caussé (d'Albi) ; à M. le docteur Astrié, qui a obtenu le grand prix.

La Société a eu la douleur de perdre M. Cayrel père, membre résidant, décédé le 16 octobre 1852. La Société a assisté à ses obsèques. M. le secrétaire général a payé à ce digne confrère un dernier tribut de regrets.

La Société rappelle qu'elle a proposé pour sujet du prix à donner en 1854 la question suivante :

« Du diagnostic différentiel et du traitement des ulcérations du col de la matrice. »

Le prix est de 300 fr.

Elle propose pour sujet du prix à décerner en 1855 la question suivante :

« Indiquer la marche que doit suivre l'expert chimiste quand il est appelé à constater, après la mort, l'empoisonnement par le phosphore. »

Le prix est de 300 fr.

Les mémoires concernant les grands prix devront être remis avant le 1er janvier de chaque année. Ils seront écrits lisiblement en français ou en latin, et munis d'une épigraphe ou devise, qui sera répétée dans un billet cacheté, où doit se trouver le nom de l'auteur.

Les ouvrages qui concourront pour les médailles d'encouragement devront être remis avant le 1er mars. Les auteurs feront connaître leurs noms. On n'admettra pas au concours ceux qui auront été communiqués à d'autres Sociétés savantes ou qui auront été imprimés.

Les membres résidans de la Société sont seuls exclus du concours.

Les ouvrages seront adressés, francs de port, au secrétaire général de la Société.

VARIÉTÉS.

SÉJOUR DE BALLES DE PLOMB DANS LA VESSIE.

Le docteur Macpherson a publié, il y a quelque temps, dans un journal anglais, une observation de taille faite avec succès, et nécessitée par la présence d'une balle de plomb dans la vessie. Prenant occasion de ce fait, M. Dixon fit des recherches bibliographiques pour servir à l'histoire des plaies de la vessie par armes à feu, avec entrée et séjour du projectile dans ce viscère. Voici d'après le *Froriep's Tagsberichte*, quelques détails dus à ces recherches.

Les annales de la science ne renferment que quinze cas de lésions accidentelles de la vessie du genre de celles dont il est question. Le plus souvent la plaie extérieure était située à la région épigastrique, près de la ligne blanche. Dans des cas plus rares, la balle était entrée par les régions sacrée, périnéale. Dans un cas même, la plaie cutanée existait au voisinage des fausses côtes. Ordinairement quand la balle séjourne plus ou moins de temps dans la vessie, elle y devient le noyau central autour duquel la matière lithique des urines se dépose, d'où la formation d'un calcul. Celui-ci est le plus souvent libre dans la vessie ; dans un cas cependant il était enkysté, et se trouvait enveloppé par la paroi vésicale antérieure ou supérieure et par le tissu cellulaire sous-jacent ; dans un autre, il adhérait à une esquille d'os chassée par la balle dans la vessie. — Dans une des observations qui ont trait à la matière, la balle, qui était d'un très petit calibre, est sortie spontanément par le canal de l'urètre ; deux fois sa présence dans la vessie n'a été reconnue qu'à l'autopsie ; enfin, dans les autres cas, la lithotomie a été pratiquée, et dix fois elle a été suivie de la guérison. Cette opération a été faite dans un cas, quelques jours après la blessure ; dans quatre cas, pendant l'année qui suivait celle-ci, enfin 2, 4, 6, 8, 10, 20 et même 30 ans après, dans les autres cas.

L'hautenticité de ces observations est d'autant moins contestable qu'elles ont été recueillies par des chirurgiens instruits et dignes de foi, tels que Bartholin, Binninger, Fabrice de Hilden, Dionis, Cheselden, Garengeot, Morand, Percy, Larrey, Chelius, Guthrie, etc.

COURRIER.

HOPITAUX. — Un hôpital s'élève en ce moment à Norwich (Angleterre), qui porte un nom bien cher aux *dilettanti* de l'Amérique et du Royaume-Uni : c'est l'*Infirmerie de Jenny Lind pour les enfans malades*. Ce nom lui a été donné par reconnaissance d'une somme de 1240 livres (31,000 fr.), produit de deux concerts donnés par elle au profit de la création de cet établissement. La souscription des habitans de la ville de Norwich a fourni ce qui était nécessaire pour arriver à l'ouverture d'un établissement aussi utile.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

L'huile de foie de morue envisagée sous tous les rapports comme moyen thérapeutique; par L. J. DE JONGH, docteur-médecin à La Haye. — 1853. Un vol. in-8. Prix : 5 fr. 50 c.

Paris, chez Victor Masson, libraire, place de l'École-de-Médecine, 17.

Métallothérapie, traitement des maladies nerveuses (paralysies, spasmes, névralgies, convulsions, délire, etc.), du choléra, des crampes des cholériques, etc., par les applications métalliques, abrégé historique, théorique et pratique; par le docteur V. BURQ. Une brochure in-8, avec fig. Prix : 1 fr. 50 c.

Notice médicale sur les bains d'Ems (Bad-Ems), par M. le docteur FAUCONNEAU-DUFRESNE. Prix : 1 fr.

Se vend au bureau de l'*Union Médicale*.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 83. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 14 Juillet 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12

A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.

On s'abonne aussi :

Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56* ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12*.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 13 JUILLET 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Sommaire. — Vacance dans la section d'histoire naturelle. — M. Ch. Robin et les rosacées. — Nouvelle framboise. — Les métamorphoses de la syphilis. — M. Yvaren et M. Gibert son rapporteur. — L'albumine iodée et le décret du 3 mai 1850.

La vacance académique dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle conduit successivement à la tribune les candidats qui aspirent à l'honneur de s'asseoir sur les banquettes privilégiées. Comme il est convenu que c'est dans la sous-section d'histoire naturelle que l'on nommera un nouveau membre, et cette sous-section n'ayant guère besoin que de botanistes, c'est avec des travaux de botanique que les candidats viennent se présenter aux suffrages de l'Académie. C'était hier le tour de M. le docteur Ch. Robin, qui a voulu prouver qu'il n'était pas seulement un savant anatomiste, un habile micrographe, un homme profondément versé dans toutes les études de la biologie, mais encore un botaniste exercé, ce dont il a témoigné par un mémoire sur deux plantes nouvelles de la famille des rosacées, dont l'une est une variété intéressante du genre framboise. La botanique s'oublie plus vite encore qu'elle ne s'apprend, et l'heureux temps est déjà si loin de nous, où nos regrettables maîtres que la mort vient de nous ravir, MM. Richard et de Jussieu, nous initiaient aux secrets de cette science aimable, que nous avouons sans honte ne pouvoir porter aucun jugement sur le mémoire de M. Ch. Robin, dont l'exactitude et la sévérité d'observation sont, d'ailleurs, bien connues du monde savant. Disons seulement que M. Ch. Robin, en naturalisant cette nouvelle framboise, qui nous vient d'Asie, et qui a été cultivée dans les riches serres du jardin botanique de la Faculté, aura rendu un véritable service aux petits horticulteurs, qui ne peuvent cultiver le framboisier ordinaire, dont le fruit est cependant délectable, mais dont les racines envahissantes s'emparent bientôt d'un espace précieux. La variété nouvelle présenterait cet avantage que sa racine pivotante ne s'épandrait pas au loin, et qu'elle pourrait ainsi être cultivée dans les jardins de la petite propriété. La framboise mérite certainement toute l'estime du médecin, et par ces jours caniculaires, il ne peut conseiller une boisson plus saine, plus agréable et plus tempérante que l'eau ou le sirop de framboises.

Il n'est pas de transition possible entre la framboise et la syphilis, quoiqu'on ait donné le nom de ce fruit à une des manifestations présumées de la maladie vénérienne. M. le docteur Prosper Yvaren, d'Avignon, qui a doté la littérature médicale d'une traduction élégante et fidèle, en vers français, du poème célèbre de Fracastor, a adressé à l'Académie un mémoire très étendu sur les métamorphoses de la syphilis. C'est M. Gibert qui a été chargé de rapporter ce travail, dont il a fait un grand éloge. Nous ne demandons pas mieux que de croire cet éloge très mérité; mais nous aurions désiré le voir un peu plus justifié par M. le rapporteur lui-même. Ce rapport nous a fait connaître un grand nombre de propositions et d'assertions qui doivent être fondées, puisqu'elles ont été acceptées par un aussi bon juge que M. Gibert, mais les exigences scientifiques eussent demandé peut-être qu'elles fussent légitimées par une discussion plus étendue. La critique est impuissante à discuter de simples opinions, ou plutôt quand elle ignore sur quels élémens d'observation reposent ces opinions, son appréciation risque de manquer de base et de motifs. Or, le travail de M. le docteur Yvaren n'étant pas publié, et M. le rapporteur n'en ayant donné, nous le craignons, qu'une analyse insuffisante, il nous est impossible d'exprimer un jugement sur ce travail.

Le sujet étudié par notre honorable confrère d'Avignon, offre un vif intérêt. Les recherches récentes de MM. Rayer, Depaul, Gubler, tendent à rétablir dans la pathologie des idées que les anciens syphilographes avaient trop généralisées, sans doute, mais que les doctrines modernes avaient eu le tort de trop dédaigner. Ce n'est pas qu'il faille admettre autrement que comme expression figurée, les prétendues métamorphoses de la syphilis. Ce langage poétique, pris au sérieux, ne traduirait que des erreurs d'observation. Mais il ne répugne pas d'admettre que le virus syphilitique méconnu, négligé ou mal traité, ne puisse aussi bien porter son action malfaisante sur le foie, le poumon, le cerveau, etc., que sur les organes qu'il prend ordinairement pour théâtre de ses évolutions pathologiques. Mais, ici, que de causes d'embarras, de doute et d'erreurs! Il n'est pas vrai, malheureusement, comme le soutiennent quelques pathologistes de l'Allemagne et de la Belgique, que la syphilis soit un brevet d'immunité pour certaines autres maladies, en d'autres termes, qu'elle soit incompatible avec d'autres affections, en d'autres termes encore, plus à la mode, qu'il y ait antagonisme entre elle et d'autres afflictions morbides. La syphilis ne préserve pas de la goutte, du cancer, du tubercule, de la scrofule, etc. Or, parce qu'un homme qui aura eu la syphilis, alors même que cette syphilis n'aurait été combattue qu'incomplètement ou par des moyens inefficaces, conclure que cet homme qui est aujourd'hui ou goutteux, ou cancéreux, ou tuberculeux, ou scrofuleux, l'est parce qu'il a eu la syphilis, c'est là, ce nous semble, une de ces propositions médicales à l'appui desquelles il faudrait véritablement une abondance, un luxe, une rigueur d'observations bien difficiles à rencontrer. Le traitement même n'est pas toujours un critérium infaillible. Le mercure et l'iode ne guérissent pas que la syphilis. Or, de ce qu'une maladie chronique aura été favorablement influencée par l'un ou l'autre de ces puissans agens thérapeutiques, en conclurez-vous à l'existence nécessaire d'un principe syphilitique? On le fait trop souvent en vertu de l'aphorisme célèbre *naturam morborum ostendit curatio*, apophtegme qui aurait besoin d'être soumis à une révision sérieuse. Cet aphorisme préjuge une question très grave, très obscure, très controversable et de plus en plus contestée, à savoir l'existence de la spécificité thérapeutique. L'histoire de la syphilis, sur laquelle s'appuient encore les partisans les plus convaincus de la spécificité, cette histoire, philosophiquement étudiée, n'est précisément que l'histoire des déceptions en fait de spécificité. Faut-il rappeler le triomphe et la chute du gaiac, la grandeur et la décadence de la salsepareille, du mercure même qui a été détrôné par l'iode du traitement de certaines formes de la vérole?

Ces courtes réflexions n'ont pas pour but d'infirmer la valeur du travail de M. Yvaren, auquel l'Académie, sur la proposition de M. Gibert, a accordé une approbation, au demeurant peu compromettante. Notre seule intention est de faire quelques réserves dans le cas désirable où ce travail sera livré à l'impression, et où nous pourrons alors l'apprécier en connaissance de cause. Ces réserves nous ont paru d'autant plus nécessaires, que l'auteur et son honorable rapporteur se fondent, pour admettre les métamorphoses de la syphilis, sur des doctrines dont l'observation moderne nous semble avoir fait justice. Ces histoires de syphilis latentes, larvées, comme dit l'école, ne faisant explosion que dix, vingt, trente

Feuilleton.

ÉTUDE HISTORIQUE

SUR LES PRINCIPAUX ÉTABLISSEMENS THERMAUX DES PYRÉNÉES (1),

Par le docteur E. LAMBRON,

Médecin des épidémies pour l'arrondissement de Châteauroux.

Suite du § V. — DÉPARTEMENT DES PYRÉNÉES-ORIENTALES.

3° Molitg.

Molitg est le Barèges des Pyrénées-Orientales; ses eaux, en effet, réussissent merveilleusement dans les affections dartreuses. De précieuses qualités, qu'on trouve rarement réunies, devaient naturellement conduire de bonne heure à cette heureuse application médicale. Elles sont, en effet, si douces, si onctueuses, qu'elles laissent sur la peau, au sortir des bains, comme un enduit savoneux; leur température est si bien en rapport avec celle du corps humain, qu'on les prend à la sortie du griffon, sans refroidissement préalable; enfin, leur abondance est si grande, qu'on les laisse couler dans la baignoire tout le temps du bain, de sorte que le corps du malade se trouve ainsi plongé dans une véritable eau courante.

Tandis que presque tous les thermes du Roussillon furent très anciennement connus, comme le prouvent les constructions antiques que beaucoup conservent encore, la découverte des eaux de Molitg ne paraît pas remonter au-delà de 1750. Le docteur Carrère, professeur à l'Université de Perpignan, est le premier qui en parle dans son *Traité des eaux minérales du Roussillon*, publié en 1756; il les vantait déjà beaucoup. Ces bains consistaient alors en une espèce de piscine, ou mieux de grande baignoire creusée dans le rocher, et qu'abritait un toit de planches. Ils restèrent dans cet état jusqu'en 1785, quoique, durant cette période, les eaux aient été analysées, en 1754, par Bayen et Venel, et en 1783, par Anglada père, professeur à l'Université de Perpignan, et intendant de ces eaux.

Sur les instances de M. Raymond de St-Sauveur, intendant de la province, le marquis de Llupia, seigneur de Molitg et propriétaire des quatre sources principales, fit élever un petit bâtiment carré, renfermant une chambre d'attente et trois cabinets voûtés, chacun abritant une piscine nouvelle; car l'ancienne restait pour les bains gratuits, auxquels avaient droit tous les habitans des communes de Molitg, Compone et Mosset. Cette construction fut livrée aux baigneurs à la saison de 1786. Dans la suite, ces bains collectifs ayant peu à peu perdu de leur faveur, au point même qu'ils étaient proscrits partout, ces piscines furent remplacées, en 1813, par six baignoires; mais le nombre des baigneurs augmenta tellement, qu'elles devinrent bientôt insuffisantes. Cette prospérité engagea, en 1817, Calt, dit Mamet, de Perpignan, propriétaire d'un petit morceau de terre voisin, sur lequel coulaient d'autres sources sulfureuses, à les couvrir également d'un établissement. Cette concurrence tourna à l'amélioration des bains et au profit des malades, car M. de Llupia, de son côté, fit ajouter à ces thermes une petite construction renfermant quatre autres baignoires. Plus tard, il arrêta cette rivalité gênante, sinon préjudiciable à ses intérêts, en achetant les bains Mamet. Mais en 1830, M. de Llupia fils, seigneur espagnol, ayant fait mettre en vente toutes ses propriétés de Molitg, M. Massia en devint acquéreur. Jusqu'alors, les malades étaient obligés de se loger dans le village de Molitg, distant des sources de plus de 1,000 mètres, et placé dans une situation bien plus élevée. Le nouveau propriétaire comprit combien cette disposition était incommode et nuisait à la prospérité de ses thermes. En effet, l'insuffisance des logemens et des baignoires obligeait beaucoup des derniers arrivés à ne prendre leurs bains que la nuit, et il était peu favorable, parfois même dangereux, au sortir de l'eau thermale, de parcourir, à la fraîcheur de l'atmosphère, une distance de près de vingt minutes, pour remonter à son logement. Il fit donc élever un étage sur les bains Llupia, reconstruire à neuf l'établissement Mamet, en lui donnant trois étages et son nom de Massia, puis augmenter le nombre des baignoires en y introduisant tous les modes balnéaires nouveaux. Enfin, il y a quelques années, il fit faire des fouilles et rechercher la source n° 3, disparue depuis un certain temps : assez heureux pour la retrouver, elle fut bientôt couverte d'un petit établissement appelé Barrera, du nom de l'ancien médecin-inspecteur. Ces trois établissemens renferment actuellement 40 baignoires et disposent de 110 lits.

Maintenant qu'une route charmante n'oblige plus les malades à parcourir, à dos d'âne ou de mulet, les 6 kilomètres qui séparent Molitg de Prades, le nombre des baigneurs, qui ne s'élevait qu'à 250 en 1830, et ne donnait à ces bains qu'un produit de 1,800 francs, qui même, en 1835, n'avait fait délivrer par le régisseur que 3,520 cartes de bain, dépasse aujourd'hui 800 et emploie 10,000 bains, pendant les cinq mois que dure la saison thermale; car, en raison de la douceur du climat de Molitg et de la situation de ces thermes peu avancée dans la montagne, celle-ci commence au 1er mai et finit avec les derniers jours de septembre. La facilité de la vie et la modicité des dépenses dans tout le Roussillon, ne permettent pas de porter à plus de 120,000 francs l'argent dépensé dans cette localité thermale.

4° La Preste.

Les bains de la Preste, situés au fond de la vallée du Tech, au milieu des plus hautes montagnes des Pyrénées-Orientales, seraient bien mieux appelés *Maison de santé hydro-thermale de la Preste*. Éloignés du petit hameau qui porte ce nom, ces thermes consistent en un seul bâtiment qui renferme et les bains et les logemens des baigneurs. De plus, le propriétaire, M. Hortet, est en même temps médecin, et son affectueuse bonté plus encore que l'intérêt de son établissement, le portent à entourer de son savoir éminent et de la plus vive sollicitude les malades qui viennent demander la santé à ses eaux. Pour jardin, pour parc, les baigneurs ont tout le délicieux paysage qui les entoure : imposantes montagnes, bois ombragés, prairies vertes et riantes, frais ruisseaux, bruyantes cascades, etc., etc. Les impotens causent et jouent, les moins

(1) Voir les numéros des 9, 16, 23 et 30 Juin 1853.

ans et plus après le moment de l'infection, ne résistent pas le plus souvent à un examen rigoureux et à une analyse bien faite. Trop longtemps la syphilographie n'a vécu que de fictions ; nous n'éprouvons pas le besoin d'aider à leur résurrection.

Ce rapport n'a d'ailleurs donné lieu à aucune discussion sérieuse. On cherchait des yeux M. Ricord qui pouvait allumer un débat intéressant, notre célèbre syphilographe était absent. MM. Cloquet et Moreau ont insisté avec raison sur l'influence de la syphilis, relativement à la stérilité des femmes et à la fréquence des avortemens, toutes choses généralement acceptées aujourd'hui, mais qu'il est bon de mettre souvent en lumière.

Une nouvelle demande de l'application du décret du 3 mai 1850 a été faite à l'Académie par M. Lecanu, en faveur d'une nouvelle préparation d'iode, l'iode albuminé, préparation présentée par un pharmacien de Paris. L'Académie, ne se trouvant pas en nombre, a renvoyé la discussion après l'impression du rapport. Nous prédisons un orage.

Amédée Latour.

PATHOLOGIE.

DE QUELQUES PSEUDO-PERFORATIONS INTESTINALES ;

OU EN D'AUTRES TERMES,

DES PÉRITONITES SURVENANT COMME COMPLICATION DANS CERTAINES MALADIES AIGUES, NOTAMMENT DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE, ET POUVANT SIMULER LA PERFORATION DE L'INTESTIN.

Par M. le docteur Thirial.

(Mémoire présenté à la Société médicale des hôpitaux de Paris.)

Dans un mémoire sur la perforation de l'intestin grêle, publié en 1826, M. Louis, généralisant les résultats de son observation, a cru pouvoir établir, relativement au diagnostic de ce grave accident, la proposition suivante :

« Si dans une maladie aiguë, et dans des circonstances inattendues, il survenait tout à coup une violente douleur de ventre, d'abord locale, puis bientôt générale ; si cette douleur était exaspérée par la pression, accompagnée de la prompte décomposition des traits, et plus ou moins promptement de nausées et de vomissemens, *on devrait annoncer* qu'il existe une perforation intestinale. »

Grâce à l'autorité de M. Louis, cette proposition a passé dans la science comme une sorte de loi. Pour la plupart des auteurs qui depuis lors ont eu à s'occuper des perforations spontanées, notamment de celles qui surviennent dans le cours de la fièvre typhoïde, ce point de diagnostic n'admet ni hésitation, ni incertitude ; et leur langage, à cet égard, est tout aussi explicite que celui de M. Louis.

Mon dessein n'est assurément ni de contester la vérité de cette proposition, ni moins encore d'en mettre en doute l'utilité pratique. L'expérience lui a donné sa sanction, et il n'est pas à craindre ici que l'expérience puisse être trompeuse.

Toutefois, à cet égard, j'ai besoin de faire une remarque : c'est que, pour être encore plus vraie et plus sûrement utile, cette proposition demanderait à être formulée d'une manière un peu moins absolue. En effet, admise sans restriction aucune, elle serait susceptible, contre l'intention de son auteur, de conduire parfois à la déception et à l'erreur.

S'il est nécessaire, en pathologie, de poser des principes et des lois ; ou, pour ne heurter personne, s'il est bon d'établir des faits généraux qui soient à la fois l'expression exacte des observations déjà faites, et le flambeau le plus propre à nous guider dans nos recherches ultérieures, il n'importe pas moins, en médecine pratique, de tenir compte des faits de minorité ou d'exception ; car ces faits ont, au même titre que les autres, leur raison d'être et leur légitimité, par conséquent leur valeur et souvent même leur importance.

Or, je viens en ce moment faire connaître quelques exceptions de cette nature.

En fréquentant les hôpitaux, j'ai eu l'occasion de rencontrer un certain nombre de faits qui m'ont paru se trouver en dehors de la loi posée par M. Louis, et j'ai jugé qu'à ce titre ils méritaient une attention toute particulière. Ainsi, j'ai vu les médecins les plus expérimentés diagnostiquer, sur la foi des signes regardés généralement comme certains, diagnostiquer, dis-je, des perforations intestinales, liées ou non à la fièvre typhoïde ; et, plus d'une fois, il est arrivé que ces perforations hautement annoncées ont fait complètement défaut à l'autopsie.

Ces graves mécomptes, qu'aucune habileté n'avait su ni éviter, ni même prévoir, durent, comme on le pense bien, m'inspirer tout d'abord des doutes sérieux sur la valeur de ces signes donnés comme infaillibles. Et puis, je ne tardai pas à m'apercevoir que si, dans ces circonstances, on s'était trompé, cela tenait uniquement à ce que les observateurs avaient méconnu jusque-là un élément très essentiel dans cette question de diagnostic.

En d'autres termes, ces erreurs accusaient ici une importante lacune. Or, c'est précisément cette lacune que je me propose de signaler en publiant les observations qui vont suivre.

Observation I. — Le premier fait que j'eus occasion d'observer, se passait en mai 1835. Il y avait à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Rayer, une jeune fille de 20 ans, forte et bien constituée, qui était affectée d'une teigne faveuse. Après avoir guéri une première fois, cette maladie avait subi une récidive. Traitée par les frictions avec la pommade à l'iodure de soufre, elle avait disparu de nouveau en assez peu de temps, et la jeune fille était sur le point de quitter l'hôpital, lorsque tout à coup, sans raison appréciable, elle fut prise pendant la nuit d'une douleur abdominale très vive, avec vomissemens de matières vertes foncées. Les accidens allèrent rapidement en s'aggravant, malgré les sangsues appliquées en grand nombre sur le ventre ; et le deuxième jour après le début des accidens, la pauvre jeune fille succombait avec tous les signes d'une péritonite sur-aiguë.

L'invasion soudaine des accidens, sans que rien pût autoriser l'idée d'un empoisonnement, la nature des symptômes, et surtout la rapidité extrême de la mort, firent naturellement présumer l'existence d'une perforation intestinale.

L'autopsie fut pratiquée sous l'empire de cette idée. C'est assez dire que les précautions furent prises en conséquence. Ainsi, on commença par verser dans le bout supérieur de l'intestin une notable quantité d'eau, à laquelle on fit parcourir toute la longueur du canal. Mais nulle part il ne se fit la moindre fuite. Bref, l'examen le plus attentif ne put faire découvrir aucune solution de continuité.

Le tube intestinal, incisé ensuite dans toute son étendue, ne laissa voir absolument aucune espèce d'altération, si ce n'est quelques légers points rouges dans le gros intestin.

L'estomac contenait une assez grande quantité de liquide bilieux, porracé, pareil à celui qui formait, pendant la vie, la matière des vomissemens : ce liquide avait fortement verdi la membrane muqueuse, qui, d'ailleurs, était d'une bonne consistance et tout à fait saine. On trouva, dans la cavité de l'estomac, un lombric de près de quatre pouces de longueur.

Il importe d'ajouter qu'il n'existait dans toute l'étendue du canal intestinal aucun indice d'étranglement.

Mais à défaut de perforation, il existait une péritonite très manifeste, caractérisée par une injection très vive de la membrane péritonéale, injection répandue sur une grande partie du paquet intestinal, et l'on trouva en outre une assez grande quantité de sérosité louche et floconneuse déposée dans le petit bassin.

Il n'y avait rien autre chose à noter relativement aux autres organes contenus dans l'abdomen. Seulement on constate une coloration assez vive de la membrane qui tapisse la cavité utérine. (Cette jeune fille venait d'avoir ses règles.)

Ainsi, ces accidens si subits et si formidables, suivis d'une mort presque foudroyante, qui rationnellement pouvaient faire croire à une perforation intestinale et à une péritonite consécutive, n'étaient pourtant que le résultat d'une péritonite suraiguë, qui était survenue spontanément, ou si l'on veut, sans aucune cause occasionnelle appréciable.

Voilà, pour le dire en passant, un de ces cas de péritonite essentielle et spontanée, dont quelques médecins ont cru devoir contester l'existence. Sans doute, les péritonites de cette nature sont assez rares en dehors de l'état puerpéral ; mais à coup sûr, elles existent. Pourquoi, d'ailleurs, n'existeraient-elles pas, au même titre, que les pleurésies, les méningites, etc. ? Pourquoi seul, entre toutes les membranes séreuses, le péritoine n'aurait-il pas sa phlegmasie spontanée et idiopathique ? Où serait, je le demande, la raison de cette singulière immunité ?

Mais une inflammation, pour être essentielle et spontanée, n'est pas pour cela une maladie sans cause.

Quelle peut donc être la cause de cette péritonite ? Peut-on la rattacher à la fonction menstruelle qui venait de finir ? Mais ici on n'avait observé chez cette jeune fille aucune espèce de perturbation de ce côté.

A défaut de tout autre cause apparente ou probable, serait-il permis de rechercher une relation entre cette maladie survenue d'une manière si inopinée, et l'affection chronique du cuir chevelu, qui venait à peine de disparaître ; en un mot, cette péritonite n'était-elle pas le résultat d'une répercussion ou d'une métastase ? C'est là un doute que je soumets avec toute la réserve possible, une simple question que je me contente de poser, sans prétendre aller au-delà.

Je n'ignore pas assurément que ces idées de métastase, dont on a abusé jadis, ne sont plus guère en faveur de notre temps. Est-ce à dire pourtant que l'abus, si compromettant qu'on le suppose, ait pu détruire la réalité de ce grand fait pathologique, dont le tort le plus grave, à coup sûr, est de résister à nos explications mécaniques ?

J'estime, pour ma part, qu'il est bon que certains faits viennent de temps en temps protester contre un oubli immérité, et forcer le rappel des esprits vers cet ordre de causes, qui, bien qu'entourées d'obscurités et de ténèbres, n'ont cependant rien de plus chimérique que bien d'autres faits généralement acceptés, et qui confinent également aux sources mystérieuses de la vie.

Quoi qu'il en soit, le premier fait que je viens de rapporter, avait eu pour résultat d'éveiller mon attention sur une difficulté de diagnostic inattendue. Mais le fait qui va suivre devait être encore d'un bien autre intérêt, ainsi qu'on va le voir :

Observation II. — Dans le mois d'octobre de l'année 1835, il entra dans le même service une jeune fille de 21 ans, présentant les symptômes d'une fièvre typhoïde assez bénigne. Après vingt jours environ de maladie, elle entrait en convalescence, et elle commençait à prendre quelques alimens, lorsqu'à la suite d'une impression morale très vive, résultat d'une visite qui lui rappela les souvenirs les plus péni-

---

infirmes parcourent les sites ravissans où pêchent la truite dans la Teich ou la Llabanc, les plus valides s'aventurent dans les excursions lointaines ; d'autres descendent à Prast-de-Mollo, petite ville à 6 kilomètres de la Preste. Le soir, chacun raconte les plaisirs qu'il a goûtés, les observations qu'il a faites, les nouvelles qu'il a apprises ; enfin on vit là toujours en famille, quoique la petite colonie se renouvelle sans cesse.

Ces bains, situés à une lieue seulement de la frontière, sont plus connus en Espagne qu'en France. On y vient de toute la Catalogne et jusque du royaume de Valence ; cependant, les habitans de l'Aude et de l'Hérault les fréquentent également beaucoup, et nos médecins de Paris, ceux surtout qui s'occupent spécialement des maladies des voies urinaires, commencent à y envoyer leurs malades. C'est que les sources de la Preste, à l'alcalinité des eaux de Vichy, joignent des principes sulfureux très volatils qui sont d'un précieux avantage lorsque la gravelle, la pierre, les engorgemens de la prostate, les maladies des reins et de la vessie, se compliquent de catarrhe. Elles réussissent également très bien contre les faiblesses ou les paralysies de ces organes.

L'éloignement de ces thermes, la difficulté du chemin, qui, malgré les améliorations de MM. Villier du Terrage et Ferdinand de Villeneuve, préfets du département, ne permet encore, à partir d'Arles, de s'y rendre qu'à cheval ou en chaise à porteur (course de six heures pour parcourir ces 30 kilomètres), expliquent pourquoi ces bains n'ont pas pris une plus grande extension et n'ont pas suivi le mouvement de prodigieux accroissement que tous les bains de France, et surtout ceux des Pyrénées, ont fait depuis le commencement de ce siècle.

Qu'on fasse ou non remonter aux Romains la vieille construction, en forme de chapelle voûtée, dans laquelle sont les cabinets de bains, on ne peut méconnaître que l'existence de ces bains est fort ancienne. Le nom de *Bânæ d'als Mazelles* (bain des Lépreux), que porte encore un trou (espèce de piscine dont les murailles sont en ruines), dans lequel se déverse une source abondante, non utilisée aujourd'hui, prouve que ces eaux furent employées, il y a plusieurs siècles, au traitement des maladies contagieuses, pour lesquelles, après les croisades, on éleva en France tant d'autres établissemens sous le nom de Léproseries.

Les thermes de la Preste appartinrent longtemps aux rois d'Aragon. L'un d'eux, vers l'an 1300, les vendit à la communauté religieuse de Prats-de-Mollo. Celle-ci ne paraît pas avoir beaucoup fait pour leur accroissement, car, en 1776, ils ne consistaient qu'en un simple bassin carré de 25 pieds du côté, avec trois rangs de marches dans son contour intérieur, et renfermée sans doute dans le bâtiment voûté dont nous venons de parler. Le premier logement fut bâti des deniers publics, par les soins de M. Raymond de St-Sauveur, intendant du Roussillon, qui, compreuant déjà quels précieux avantages les eaux thermales offriraient dans l'avenir aux malades et à la fortune publique, eut la gloire d'être le réformateur des bains de la portion orientale de la chaîne, comme nous vîmes M. d'Étigny être celui des bains de la partie occidentale. L'État, qui en devint propriétaire à la Révolution de 93, par suite de la confiscation des biens des communautés religieuses, les vendit en 1813, moyennant 4,000 fr., au docteur Hortet. Ce médecin y fit faire de nombreuses réparations, et surtout de grandes améliorations. En 1830, un des illustres baigneurs de la Preste, notre trop regrettable professeur Richard, appela l'attention de M. le ministre sur la valeur médicale de ces eaux. Le gouvernement témoigna de sa sollicitude, en allouant un encouragement de 1,500 fr. à leur savant et habile propriétaire.

L'établissement renferme 8 baignoires et 25 chambres, qui sont presque toutes occupées depuis juin jusqu'à la mi-septembre. Le nombre annuel des malades est d'environ 200, et celui des bains donnés de 4,000. Des quatre sources, la seule utilisée a un volume d'eau qui permettrait de donner 1,500 bains par vingt-quatre heures. L'argent apporté dans cette petite localité thermale est d'environ 20,000 fr.

5° Amélie-les-Bains.

Ces thermes n'avaient pas une dénomination bien déterminée, on les appelait indistinctement : Arles-les-Bains, Bains-près-Arles, Bains-sur-le-Teich ; en 1842, une ordonnance royale est venue fixer leur nom sous le désignation d'Amélie-les-Bains.

Ainsi que nous l'avons dit en parlant de Vernet, ces bains méritent l'attention du monde médical, en ce qu'ils sont, avec ceux de Vernet, les deux seuls établissemens de France qui permettent de suivre près des eaux minérales un traitement balnéaire durant l'hiver, tous les appartemens étant chauffés au moyen des sources thermales mêmes, et la température de cette saison n'étant jamais bien rigoureuse dans le Roussillon. Amélie, par sa situation topographique peu élevée (224 mètres au-dessus de la mer), et peu avancée dans les montagnes, par la douceur de son climat, nous a paru un peu plus avantageusement située que Vernet-les-Bains. La vigne et même l'olivier croissent encore au-delà d'Amélie.

Comme à la Preste, comme à Vernet, on trouve à Amélie une vieille construction voûtée que l'archéologie ne fait pas remonter au-delà du XIIIme siècle. Mais d'autres ruines nombreuses et datant des Romains, prouvent évidemment que ces bains durent avoir, du temps de ces vainqueurs du monde, des proportions colossales et une haute importance. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'en 786, ils furent concédés par Charlemagne au monastère des Bénédictins de l'ordre de Cluny, fondé à Arles en 778, et que cette donation fut confirmée par les édits de Charles-le-Chauve en 869, et de Louis II en 878. Ils ne consistaient plus alors qu'en une piscine, mais la plus considérable des Pyrénées, elle n'avait pas moins de 20 mètres de long, sur 12 de large et 2 de profondeur, avec un rang de six marches le long de ses quatre faces. Le fond était fait avec des briques placées de champ, disposées en mosaïque et liées avec du ciment hydraulique d'une telle cohérence, que l'air, les eaux thermales et le temps ne les avaient en rien altérées, lorsque Carrère les visita en 1755. Les autres piscines étaient en ruines, le bâtiment de l'une d'elles avait été, avant le VIIIme siècle, transformé en chapelle, sans autre réparation que le remplissage de la piscine et l'érection d'un autel. Les bains et les forges, construites à la catalane pour l'exploitation du minerai de fer, très abondant dans les montagnes voi-

bles, elle fut prise subitement de symptômes excessivement graves, tels que douleurs dans le ventre, vomissemens bilieux, altération profonde des traits, dépression du pouls, affaissement général.

Le lendemain, M. Rayer, ainsi que les nombreux médecins qui assistaient à la visite, n'hésitèrent pas, à la vue de cet ensemble de symptômes, à diagnostiquer une péritonite produite par une perforation intestinale. On appliqua immédiatement sur le ventre vingt sangsues.

Le jour suivant, on ne trouva dans l'état de la malade aucune espèce d'amélioration. Alors, d'après les résultats obtenus par M. Stokes, de Dublin, dans des cas analogues, M. Rayer crut devoir recourir aux narcotiques à haute dose; et il prescrivit en conséquence 25 centigrammes d'extrait thébaïque pour les vingt-quatre heures; et en même temps il recommanda l'abstinence la plus complète de boissons, et l'immobilité la plus absolue.

Malgré tous ces moyens, les vomissemens persistaient toujours; la langue devint sèche, et les autres accidens ne s'amendèrent en rien. Je ferai observer seulement que la douleur du ventre, qui, d'ailleurs, était assez supportable dès le premier jour, était devenue à peu près nulle le troisième jour, et n'était perçue par la malade que lorsqu'on venait à exercer sur l'abdomen une assez forte pression.

Les mêmes moyens furent continués; mais dans la soirée, c'est-à-dire environ soixante-douze heures après le début des premiers accidens, la malade expira.

Il est inutile de dire que l'autopsie fut faite avec un soin extrême. Bien qu'à la première vue, le péritoine ne parût pas notablement injecté, la péritonite n'en était pas pour cela moins évidente. En effet, on trouva le paquet intestinal, dans la plus grande partie de son étendue, tapissé çà et là d'une couche de lymphe plastique molle et récente. De plus, le fond du bassin contenait quatre à cinq onces d'un liquide laiteux, de nature purulente. Le mésentère surtout était recouvert de concrétions pseudo-membraneuses plus ou moins épaisses, mais très peu consistantes.

Le canal intestinal fut détaché avec précaution dans toute sa longueur. On eut recours à l'épreuve par l'eau, et on procéda à l'examen le plus minutieux; mais, malgré toutes les recherches possibles, il n'y eut pas moyen de découvrir nulle part la moindre perforation, pas plus au lieu d'élection que dans toute autre portion de l'intestin.

On ouvrit ensuite le tube intestinal. Il fut trouvé parfaitement sain; seulement, vers la fin de l'iléon, et surtout au niveau de la valvule, il y avait quatre ou cinq plaques sans saillie, mais offrant une coloration noirâtre; c'étaient des glandes de Peyer qui avaient été malades et qui étaient arrivées à la période de résolution. Mais nulle part on ne pouvait découvrir ni ulcération, ni érosion. Les autres organes abdominaux étaient sains; la rate se montrait petite et ferme; le foie à l'état normal; les poumons légèrement engoués vers leur partie postérieure.

Cette péritonite diffuse, survenant inopinément dans la convalescence d'une fièvre typhoïde bénigne, sans avoir pour point de départ une perforation intestinale, ni même aucune autre lésion grave du tube digestif, cette péritonite, dis-je, était chose très insolite, et dut, comme bien on pense, étonner singulièrement les nombreux médecins qui en furent témoins.

En effet, si la perforation intestinale constitue un accident prévu dans la fièvre typhoïde, et même un accident assez fréquent pour compter comme élément de pronostic, il n'en est plus de même pour la péritonite pure et simple, qui, chose à peine croyable, ne se trouve pas même signalée dans nos traités classiques parmi les complications possibles de la dothinentérie (1).

Si l'on consulte nos auteurs, on verra qu'ils s'accordent sur ce point, que la péritonite sur-aiguë, lorsqu'elle survient dans le cours de la fièvre typhoïde, dénonce toujours une perforation. A cet égard, j'en appellerai au témoignage du savant M. Littré, qui dit expressément qu'il ne connaît pas d'exemple de péritonite avec épanchement de pus et formation de fausses membranes dans la fièvre typhoïde, sans qu'il n'y ait en même temps perforation des trois tuniques de l'intestin.

Quant aux deux faits contraires, cités par MM. Petit et Serres, il n'hésite pas à les rejeter comme des faits incomplètement observés, et comme se rapportant sans aucun doute à des perforations méconnues.

A ce titre, le fait que je viens de rapporter très brièvement était des plus intéressans et des plus instructifs. Mais, il faut bien le dire, ce fait avait un grave inconvénient, c'était d'être à peu près unique en son genre; c'était surtout de se trouver en contradiction avec la loi posée par l'honorable chef de l'école numériste.

Or, dans ces conditions, ce fait se présentait-il bien avec le caractère scientifique requis? et publié à cet état d'isolement, ne courait-il pas le risque d'être frappé de nullité aux yeux de tous ceux qui ont pour principe que la vérité, en médecine, ne peut résider que dans les grands nombres!

En vain eût-on essayé de faire valoir que ce fait de péritonite sans perforation avait été examiné de près et parfaitement bien vu; surtout que la plupart de ceux qui en avaient été témoins étaient intéressés plus que personne à trouver la perforation hautement annoncée pendant la vie, et à ne pas facilement passer condamnation sur une erreur de diagnostic inexplicable, qui venait les déranger, en quelque sorte, dans leurs idées et leurs croyances.

Malgré toutes ces raisons, il est certain que tous ceux qui n'avaient pas été à même de voir et de contrôler *de visu* cette observation, n'en eussent pas moins persisté à regarder comme non avenu un fait contraire à leurs relevés statistiques; et leur conclusion bien prévue eût été qu'il avait dû exister là une perforation aussi bien que dans les cas cités par MM. Petit et Serres, mais que cette perforation avait pu échapper par sa petitesse, ou bien avoir été masquée soit par une fausse membrane, soit par une sorte d'agglutination des parois intestinales, etc., etc.

Contre une telle fin de non recevoir, il n'y eût eu rien à répondre. Dans cette prévision, le mieux était donc de tenir ce fait en réserve, et de s'en remettre avec confiance à des observations ultérieures.

Plus de dix années s'étaient écoulées, sans qu'il me fût donné de retrouver rien d'analogue, lorsque, par une coïncidence des plus étranges, deux faits presque identiques vinrent s'offrir à mon observation dans le même service d'hôpital, et presque le même jour.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Il convient de faire une exception en faveur de M. Forget, de Strasbourg, qui accorde une mention à ces péritonites parmi les complications de la fièvre entéro-mésentérique; mais je dois ajouter qu'il a le tort d'exagérer singulièrement la fréquence de ces sortes de complications, et surtout de n'appuyer son opinion sur aucun fait, ni sur aucune raison valable.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 Juillet. — Présidence de M. Combes.

De l'électricité comme agent de thérapeutique chirurgicale.

6° M. le docteur Amussat fils adresse à l'Académie une note, dans laquelle il fait connaître les résultats qu'il a obtenus, en se servant de l'électricité comme agent de thérapeutique chirurgicale.

En employant un fil de platine chauffé à une température très élevée, au moyen d'une batterie électrique composée de grandes piles de Buntzen, il a pu:

1° Cautériser l'intérieur d'une grenouillette du volume d'une grosse amande, et en obtenir la guérison.

2° Cautériser l'intérieur d'une vaste cavité anfractueuse, occupant toute la face postérieure de la glande mammaire droite, chez une femme de 24 ans, et en obtenir la cicatrisation.

3° Cautériser extérieurement et intérieurement le col de l'utérus dans les cas d'engorgement, avec ulcération de cette partie de l'organe.

4° Faire l'ablation de deux tumeurs cancéreuses, l'une siégeant dans la paume de la main, et ayant 10 centimètres en longueur et 8 centimètres en largeur; l'autre, plus volumineuse, encore placée dans la région mammaire.

Pour l'ablation des tumeurs mobiles, il emploie le procédé suivant: Soulevant la tumeur avec la main gauche, il en traverse la base avec une aiguille d'acier portant une anse de fil de platine; lorsqu'elle est parvenue du côté opposé, il la retire en coupant l'anse métallique. Il a alors deux fils distincts, dont les extrémités sont tenues en rapport avec les pôles de deux batteries électriques puissantes.

En tirant doucement les fils en sens opposé, il fait l'ablation de la tumeur; il reste ensuite une surface cautérisée, sur laquelle on applique d'abord des réfrigérans, et que l'on panse ensuite avec des compresses trempées dans l'eau simple, jusqu'à cicatrisation complète.

Le nombre des élémens doit être tel, que les fils métalliques projettent une lumière très vive, et l'on doit les tirer très doucement, car à cette température, ils se brisent facilement quand on sectionne la base de la tumeur; on obtient ainsi une cautérisation suffisante de la couche de tissus placés au-dessous du fil.

M. le docteur Amussat doit soumettre prochainement à l'Académie un travail dans lequel il exposera les considérations sur lesquelles il a basé ses recherches et ses applications pratiques.

Cas de mérycisme chez une personne parvenue à un âge très avancé.

M. Vincent, de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, transmet quelques détails sur un cas de mérycisme, remarquable à raison de l'âge très avancé auquel est parvenu le sujet de cette observation. Cette perversion des fonctions digestives, observée chez M. Willame, datait de la jeunesse; elle avait commencé à se montrer dès le début d'un voyage en mer, mais elle avait persisté après le débarquement. La régurgitation s'opérait environ une demi-heure après l'ingestion des alimens, et dans l'espace de dix années, elle avait réduit le malade à un état de marasme qui semblait annoncer une fin prochaine. Ce fut alors que, sur l'avis d'un médecin, il essaya de soumettre à une seconde mastication les alimens qui remontaient de l'estomac presque dans le même état qu'ils avaient été avalés. L'assimilation ne s'exécuta jamais que d'une manière très imparfaite, comme le prouvait l'état de maigreur et de faiblesse du sujet. Cependant, avec cette santé languissante, il vécut encore 45 ans, et atteignit l'âge de 83 ans.

Cause de la mort des animaux tués par la foudre.

M. Éd. Robin communique sur ce sujet une note dont nous extrayons ce qui suit:

La foudre, comme électricité, comme chaleur, provoque, et à un degré fort remarquable, les actions chimiques. Elle fait naître les fermentations, elle arrête les fermentations. Soumis à son influence, l'azote et l'oxygène atmosphériques se combinent ensemble, et les substances végétales qu'elle frappe prennent feu au contact de l'air quand elles ne contiennent pas une quantité d'eau assez grande, pour que la chaleur, emportée dans la volatilisation de ce liquide, mette promptement un terme à l'élévation de température. Ces faits conduisent, je crois, à une explication nouvelle du mode d'action générale de la foudre dans la production de la mort des animaux. Quand elle frappe les végétaux, quand elle frappe les animaux, l'air qui les enveloppe est fortement raréfié, leur température s'élève subitement, les combinaisons chimiques sont provoquées, l'oxygène, partout dissous, partout essentiel à la vie, disparaît tout à coup, en contractant une combinaison qu'à l'état normal il n'aurait subie que peu à peu.

La mort des végétaux, la mort des animaux atteints par la foudre,

---

sines, firent peu à peu grouper quelques maisons autour de ce nouvel édifice religieux. Telle fut l'origine du petit village appelé *Bains-sur-le-Teich*, et qui, en 1315, avait acquis assez d'importance pour que la petite chapelle, placée sous l'invocation de Saint-Quentin, fût érigée en paroisse; aujourd'hui il renferme environ 500 habitans.

En 1781, M. Raymond de St-Sauveur, dont nous ne saurions trop constater la puissante et bienfaisante intervention dans les améliorations des bains thermaux du Roussillon, fit diviser la piscine en cinq bassins, dont un était réservé pour les militaires, puis élever un bain particulier avec douche, appelé *Bain de l'intendant*, et une étuve pour bains de vapeur. La buvette du Maujolet reçut aussi de grandes améliorations.

A la Révolution, cette propriété des Bénédictins passa à la commune des Bains-sur-le-Teich, qui, en 1811, avec un emprunt et une somme de 1,200 francs allouée par le département, fit faire des réparations devenues urgentes et quelques constructions nouvelles. Des cinq bassins de l'antique piscine, deux furent comblés pour y établir quatre cabinets de repos, où les baigneurs pouvaient se retirer à la suite du bain; des trois conservés, un était toujours réservé pour les militaires. En vertu des dispositions législatives de 1813, ces bains furent vendus au docteur Herma Bessière, qui substitua aux piscines 20 cabinets de bains et 2 réservoirs de réfrigération.

Enfin, le docteur Pujade, devenu propriétaire des sources situées sur le bord du Mondony, fit construire entièrement à ses frais, en 1842, un établissement nouveau, à trois étages renfermant 37 chambres et 23 cabinets de bains, dont quatre sont attenans aux logemens mêmes des malades. Tous les modes balnéaires connus y sont établis, et de plus les appartemens, les couloirs, les moindres servitudes, etc., etc., sont chauffés avec l'eau minérale dont les vapeurs sulfureuses remplissent à volonté l'intérieur, au moyen de soupapes graduées. Nous ne reviendrons pas ici sur les avantages précieux de cette disposition, qui permet aux malades, placés ainsi dans une atmosphère sulfureuse et chaude, d'absorber des principes hépathiques avec l'air qu'ils respirent.

Depuis longtemps, ces eaux étaient administrées avec grand succès aux militaires infirmes. Mais à M. Raymond de St-Sauveur revint l'honneur d'avoir établi à Amélie, en 1783, le premier service pour les soldats malades ou blessés. Cette institution disparut pendant les premières années de nos troubles civils, fut rétablie en 1793, à l'époque de la guerre avec l'Espagne. En 1825 et 1826, les blessés du Trocadéro et de Cadix y trouvèrent les guérisons les plus heureuses. Mais, jusque-là, cette fondation n'était que provisoire; les guerres d'Afrique déterminèrent le gouvernement à réaliser la grande pensée d'Auglada. L'État, en 1850, fit donc élever, sur la rive droite du Mondony, un établissement magnifique, monumental, pour recevoir 500 militaires, dont 100 officiers. Il est alimenté et chauffé au besoin par deux sources fournissant ensemble 500 mètres cubes d'eau par vingt-quatre heures et qui furent achetées 30,000 francs à M. Herma Bessière. Nulle part ailleurs dans les Pyrénées un semblable établissement ne pouvait être fait d'une manière plus convenable et plus utile. Cette situation est bien préférable à celle de Barèges ou d'Ax; son accès est plus facile, il est plus rapproché des garnisons de l'est de la France et des troupes nombreuses que la position des Pyrénées-Orientales, sur la frontière et sur la route de Barcelone, exige constamment dans ce département. Il offre surtout à nos soldats de l'Algérie le précieux avantage de trouver à Amélie un climat bien plus en rapport avec celui qu'ils viennent de quitter; l'abondance des sources permet d'y établir le service de bains le plus large et le plus grandiose; enfin, la garnison du Fort-les-Bains, située tout à côté, permet d'y assurer le maintien de la discipline, la conservation des fournitures et le service intérieur de ce bel hôpital hydro-thermal. Cette construction coûtera 500,000 francs; mais, outre les avantages médicaux et humanitaires qu'il présentera aux courageux défenseurs de la patrie, l'État sera amplement dédommagé de ses sacrifices par le bonheur de n'avoir pas à donner les invalides à un aussi grand nombre de ces braves.

Il y a dix ans, le nombre des baigneurs qui se rendaient aux établissemens de MM. les docteurs Pujade et Herma Bessière, atteignait à peine le chiffre de 500, aujourd'hui il est plus que doublé; l'établissement militaire, de son côté, dépassera ce chiffre. L'argent apporté chaque année dans le pays ne peut donc pas être évalué à moins de 400,000 francs. Ces thermes ont devant eux un bel avenir, auquel les nombreuses sources, non encore utilisées, leur permettront toujours de répondre.

(La fin à un prochain numéro.)

Un jeune homme de 25 ans fut pendu en avril dernier à Turin, en expiation d'un meurtre avec préméditation. Après le temps voulu il fut détaché du gibet, déposé dans la bière et dirigé vers sa dernière demeure; mais au moment qu'on se dispose à le descendre dans la fosse, on entend des gémissemens; on décloue la bière, et l'on trouve le supplicié respirant encore et remuant les jambes et les bras. Aussitôt de lui prodiguer des soins empressés; on parvint facilement à lui faire avaler une tasse de café, mais il ne tarda pas à le vomir mêlé avec du sang. Les préliminaires donnent le temps à plusieurs médecins d'arriver; ils se mettent aussitôt à l'œuvre, et les sinapismes, les ventouses et les saignées amènent les résultats ordinaires: le sang coule avec abondance. Malheureusement après trois heures et demie d'efforts pour le ramener à la vie, le malheureux expira. Les médecins qui ont fait l'autopsie du cadavre ont déclaré: 1° que la mort avait été le résultat de l'apoplexie et de l'asphyxie, conséquence naturelle d'un arrêt de circulation de l'air et du sang; 2° que la mort n'avait pas été instantanée faute de compression suffisante de la moelle épinière et des fractures ou luxation des vertèbres de la nuque; 3° que l'exécution capitale avait échoué parce que la strangulation n'avait pas été assez prolongée pour produire l'asphyxie. Le cou du patient était court et gros, et protégé par des muscles si solides et si développés qu'on s'explique en quelque sorte l'absence de luxation des vertèbres.

— Une brebis appartenant à M. Whiting (de Northampton) est morte subitement. Elle était très grosse et on la supposait hydropique. On a trouvé dans son corps 6 très beaux agneaux.

ferait, dès lors, essentiellement l'effet d'une asphyxie provenant de la disparition subite de l'oxygène intérieur. Les lésions mécaniques, dues à l'action directe du fluide électrique, à l'expansion des liquides, à leur conversion instantanée en vapeur, ne seraient point nécessaires, ne seraient jamais causes premières. Avant que l'élévation de température soit arrivée à les produire, l'asphyxie est opérée par la disparition plus ou moins complète de l'oxygène. (Comm. MM. Balard, Péligot, Bussy.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 Juillet 1853. — Présidence de M. Bérard.

La correspondance comprend :

1° Des rapports de M. de la Montagne, de Neufchâteau, sur une épidémie de fièvre gastro-entérite qui a régné dans la commune de Bulqueville, d'avril en juin dernier ; de M. Gruizard, de Lons-le-Saulnier, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Marigny, de janvier en avril dernier ; de M. Desguerron, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui s'est manifestée récemment dans la commune de Fresnoy (Aube).

2° Un mémoire manuscrit relatif aux expériences auxquelles l'association médicale d'Eure-et-Loir s'est livrée sur les affections charbonneuses de l'homme et des principales espèces domestiques.

3° Une note transmise par M. le ministre du commerce, avec des échantillons d'un extrait de pavot provenant de l'Algérie. (Comm. MM. Chevallier, Grisolle et Bouchardat.)

4° Un travail de M. Baud, contenant des observations sur l'emploi médical des eaux minérales de Contrexéville (Vosges).

5° Une note de M. Liégey, de Rambervillers, intitulée : Un mot sur une épizootie typhique cholériforme actuellement régnante chez les gallinacées dans le département de la Meurthe. (Comm. MM. Huzard et Leblanc.)

—M. Ch. Robin lit un mémoire sur deux espèces nouvelles de la famille des rosacées, dont l'une est alimentaire et médicinale.

En faisant des recherches entreprises dans le but de tirer parti de nos connaissances sur la structure intime des fruits, des racines et des tubercules des plantes, pour arriver à reconnaître la falsification par mélange, que les commerçans font subir aux drogues simples, et en cherchant à comparer les produits secs aux plantes de même espèce ou voisines, M. Robin a trouvé, parmi les plantes du jardin de l'École de médecine, quatre espèces vivantes entièrement nouvelles ; c'est à la description de deux de ces plantes qu'est consacré le mémoire dont il est donné lecture à l'Académie. (Comm. désignée pour l'examen du mémoire de M. Chatin.)

Des métamorphoses de la syphilis.

M. Gibert lit en son nom et celui de MM. Gimelle et Lagneau, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Prosper Yvaren, d'Avignon, ayant pour titre : *Des métamorphoses de la syphilis*. Recherches sur le diagnostic des maladies que la syphilis peut simuler, et sur la syphilis à l'état latent.

L'auteur, convaincu des nombreux désordres produits dans la société par la propagation incessante de la syphilis, convaincu notamment de la fatale influence que cette maladie exerce sur la dégradation physique des populations, s'élève avec force contre les abus engendrés par la négligence et l'incurie, aggravées encore sous l'influence de certaines théories modernes, et signale les suites dangereuses de l'abandon à eux-mêmes des phénomènes primitifs, les conséquences fatales des traitemens palliatifs et tout à fait insuffisans qu'on leur oppose trop souvent. La disparition des premiers accidens entraîne fréquemment une sécurité trompreuse, et tôt ou tard le mal temporairement dissimulé, fait explosion sous une forme ou sous une autre, et amène des désordres qu'il n'est toujours pas facile de rattacher à leur véritable source.

Ce sont ces sortes de métamorphoses, si propres à égarer le praticien, dit M. le rapporteur, que l'auteur a entrepris de révéler et qui ont fait l'objet des nombreuses et intéressantes recherches dont se compose le volumineux travail que nous avons eu à examiner.

D'après M. P. Yvaren, ces métamorphoses que subit trop souvent la syphilis, ces déguisemens qu'elle emprunte, égalent presque en nombre les espèces morbides de nos cadres nosologiques. Or, jusqu'ici, très peu d'observateurs ont entrevu quelques-unes de ces formes insolites de la syphilis, aucun n'en a fait l'objet d'une étude suivie et spéciale, de manière à en offrir le tableau complet. M. Prosper Yvaren s'est efforcé de combler cette lacune autant que le lui permettaient ses propres observations, jointes à celles qu'il a relevées, au nombre de plus de cent, éparses dans un grand nombre d'écrits, où elles avaient été insérées dans un tout autre but que celui que notre auteur s'est proposé dans son intéressant mémoire.

M. Prosper Yvaren étudie dans un premier chapitre les maladies du système nerveux que la syphilis peut simuler ; c'est, en effet dans cette classe d'affections que les observateurs de tous les temps ont eu le plus souvent l'occasion de reconnaître la syphilis larvée, et surtout d'appuyer sur les résultats favorables du traitement la certitude du diagnostic.

L'auteur s'occupe d'abord de la *céphalalgie* ou céphalie, qui se montre souvent au début d'autres formes syphilitiques, coïncide la plupart du temps avec d'autres lésions plus ou moins caractérisques, mais peut aussi exister seule pendant un temps plus ou moins long, et devenir alors d'un diagnostic très difficile. Les principaux caractères qui servent alors à ce diagnostic sont les suivans ;

1° La violence de la douleur ; 2° la durée plus ou moins prolongée du mal ; 3° Le retour ou l'exacerbation nocturne de la douleur ; 4° l'incurabilité par les remèdes ordinaires ; enfin, le rapide amendement sous l'influence de la médication spécifique.

L'auteur rapporte des observations de douleur de tête simulant une névralgie occipito-frontale ; de syphilis simulant le tic douloureux de la face, de céphalée vénérienne ayant persisté trois ans sans lésion matérielle appréciable du crâne ; de névralgie oculo-syncipitale simulée ; de céphalalgie s'accompagnant de carie des os du crâne ; d'odontalgies, de névralgies intercostale, brachiale, sciatique, syphilitiques ; de maladies convulsives, de syphilis épileptiforme, de tétanos, d'aliénation mentale, de paralysies diverses et, notamment d'amaurose, de paraplégie que l'on a dû rapporter au vice syphilitique.

L'auteur passe ensuite en revue les lésions diverses des appareils des sens (coryza, ophthalmie, otite, etc.) ; les affections gastro-intestinales, dont quelques-unes lui paraissent être entretenues par la syphilis, le rhumatisme, la goutte syphilitique, la tumeur blanche, la rachialgie ; la phthisie laryngée et pulmonaire qu'il place en tête des lésions viscérales que peut simuler la syphilis larvée ; l'asthme, l'angine laryngée œdémateuse, les affections du cœur dans lesquelles on peut reconnaître, suivant lui, ou du moins soupçonner une étiologie syphilitique ; enfin, certaines affections du foie que M. Rayer n'a pas hésité à attribuer à la cachexie vénérienne.

Dans un cinquième chapitre, l'auteur présente un résumé général des recherches relatives au diagnostic des métamorphoses de la syphilis.

Dans ce chapitre où l'auteur passe en revue les circonstances capitales des nombreux faits qui ont servi de base à son travail, le titre de syphilis *larvée* ou de *métamorphoses* de la syphilis se trouve tout d'abord justifié par cette remarque générale qui ressort de l'étude des faits, savoir : que dans plus de la moitié des cas, le médecin, induit en erreur par de trompeuses apparences, avait d'abord méconnu la nature syphilitique de la maladie.

Ajoutons, dit M. le rapporteur, que celle-ci s'est montrée rebelle à toute médication qui n'attaquait que la forme, ou du moins n'en a reçu qu'une modification passagère, tandis qu'en général elle a cédé rapidement dès qu'on a eu recours au traitement spécifique.

Une autre remarque générale importante, c'est que dans 35 cas sur 125 relatés dans le mémoire de M. Prosper Yvaren, aucun traitement mercuriel antérieur n'avait eu lieu, et que, dans 31 autres, il n'y avait eu que des essais de traitement irréguliers et incomplets.

Enfin, l'auteur termine par une sorte d'appendice qui traite de la syphilis à l'*état latent*, état qu'une théorie moderne s'efforce de révoquer en doute, et qui a existé indubitablement, suivant M. le rapporteur, dans un assez grand nombre des observations rapportées par l'auteur ; et il en rapproche ce fait curieux, la possibilité de l'infection par voie d'hérédité d'enfans qui naissent de parens jadis infectés, mais actuellement exempts de tout symptôme vénérien appréciable.

M. le rapporteur, après avoir signalé le travail de M. Yvaren comme tout à fait hors ligne par son étendue et par sa nature, et exprimé le vœu qu'il fût au pouvoir de l'Académie d'en provoquer ou du moins d'en encourager la publication, dans un but d'utilité publique, soumet au vote de l'Académie les conclusions suivantes :

1° Une lettre de remercîmens sera adressée à l'auteur, avec invitation à publier l'intéressant ouvrage qu'il a soumis au jugement de l'Académie ;

2° Le manuscrit restera déposé honorablement dans les archives de la compagnie ;

3° M. Prosper Yvaren, d'Avignon, sera désigné pour être inscrit sur la liste des candidats à la future commission chargée de préparer une nouvelle élection de membres correspondans.

M. J. Cloquet fait remarquer, à l'occasion de la transmission héréditaire de la syphilis aux enfans, que la stérilité est très fréquemment le résultat de l'infection vénérienne, et qu'on accuse à tort de cette stérilité les femmes, tandis que c'est le plus souvent à l'homme même qu'il faut s'en prendre. Il regrette que l'auteur n'ait pas signalé cette circonstance.

M. Gibert : Il y a une raison pour laquelle l'auteur n'a pas cru devoir signaler ces faits, c'est qu'ils sont trop connus.

M. Moreau appuie les conclusions du rapport, et il voudrait même que l'on insérât le travail de M. Yvaren dans les *mémoires* de l'Académie. Les faits dont parle M. Cloquet sont très nombreux. Il a vu, pour lui très fréquemment, et M. Dubois en a vu très souvent aussi, des femmes qui font des fausses couches les unes sur les autres ; ces femmes, à coup sûr, ne sont pas stériles, et cela ne dépend pas d'elles ; elles ont reçu un germe malade ; et la preuve, c'est qu'aussitôt qu'on les soumet, ainsi que leurs maris, à un traitement antisyphilitique, elles mettent au monde des enfans vivans.

M. Bérard : Une des citations du rapport m'a rappelé un souvenir pénible. On a cité la maladie de M. Hourmann, et cette citation a été faite plusieurs fois dans cette enceinte. Il est très vrai que Hourmann a succombé à une syphilis constitutionnelle ; mais on sait aussi qu'il l'avait contractée à l'hôpital de Lourcine, dans l'exercice de ses fonctions. Je tenais à rappeler cette circonstance, parce que Hourmann était un des hommes les plus purs et les plus chastes que j'aie jamais connus.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— M. Chassaignac lit un mémoire ayant pour titre : Nouvelle méthode opératoire pour la trachéotomie. (Comm. MM. Velpeau, Robert et Laugier.)

— M. Lecanu lit au nom d'une commission un rapport sur un mémoire de M. Renault, pharmacien à Paris, ayant pour titre : Nouvelle préparation d'iode considérée au point de vue thérapeutique. (Il s'agit de l'albumine iodée.)

La commission croit pouvoir considérer ce nouvel agent comme de nature à fournir à la thérapeutique d'utiles et précieuses ressources ; en conséquence elle propose : 1° d'ordonner l'insertion dans le recueil des travaux de l'Académie du procédé de préparation de l'albumine iodée tel qu'il est décrit au présent rapport ; 2° de réclamer de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, en faveur de ce nouveau médicament, les bénéfices du décret du 3 mai 1850.

En raison de l'importance de ces conclusions, et vu le petit nombre de membres présens, M. le Président propose de renvoyer le vote à la séance prochaine.

La séance est levée avant cinq heures.

THÉRAPEUTIQUE.

BLENNORRHAGIE ; — TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS DE CACHOU.

M. le docteur Henrotay signale comme un traitement efficace contre les blennorrhagies chroniques, les injections de cachou employées de la manière suivante : le cachou réduit en poudre très fine, est placé dans un petit pot dans lequel on verse une petite quantité d'eau, de manière à en former une boue la plus épaisse possible. On en verse dans une seringue à injections, après en avoir extrait le piston qu'on replace ensuite. Pendant cette petite opération, on a soin de placer le doigt sur l'extrémité effilée de la seringue pour que le liquide boueux n'en sorte pas. On fait ensuite une injection dans le canal, dont on maintient l'orifice fermé au moyen des doigts de la main gauche, pendant cinq à six minutes. L'opération terminée, le cachou pénètre dans tous les replis de la muqueuse et y reste à demeure, de telle sorte que son action se continue pendant plusieurs heures. Lorsque survient le besoin d'uriner, le malade éprouve parfois quelque gêne à cause de l'espèce de bouchon qui obstrue le canal, mais les efforts et la pression de l'urine en viennent assez vite à bout. On peut, en semblable circonstance, baigner la verge dans de l'eau tiède ou de l'eau de guimauve, et même faire une injection avec l'une ou l'autre de ces eaux.

Nous employons, depuis plus de cinq ans et avec succès presque constant, les injections de cachou dans les blennorrhagies passées à l'état chronique. Elles nous ont réussi dans des cas très rebelles, réfractaires même au nitrate d'argent. Nous les prescrivons, d'après M. Pons y Guimerà rédacteur du *Telegrapho medico*, qui le premier, pensons-nous, les a préconisées dans ce but, d'après la formule suivante :

Cachou. . . . . . . 12 grammes.
Faites dissoudre dans eau distillée. 160 »

M. Henrotay dit qu'il n'a vu ce moyen signalé nulle part, et qu'il lui a été indiqué par un de ses parens qui a longtemps habité l'Espagne. Nous avons déjà dit que ce mode de traitement est d'origine espagnole ; nous ajouterons qu'il a été signalé dans des recueils de médecine belges. (*Annales médicales de la Flandre occidentale.*)

DELIRIUM TREMENS ; — CHLOROFORME.

M. le docteur Pratt vient de publier deux cas dans lesquels il a combattu avec succès, le delirium tremens au moyen de l'administration à l'intérieur du chloroforme. Chez le premier malade, qui avait déjà été soumis à un traitement mixte par les stimulans et les opiacés, M. Pratt prescrivit 4 grammes de chloroforme, à prendre en une seule fois dans une assez grande quantité d'eau. Deux nouvelles doses aussi fortes furent encore prescrites, de quatre en quatre heures. Peu de temps après la dernière dose, le malade s'endormit pour dix heures et entra bientôt en convalescence, sauf qu'il eut quelques vomissemens faciles à arrêter.

Chez le second malade, après avoir fait inutilement usage de l'opium à haute dose, de la valériane, etc., M. Pratt administra d'abord une cuillerée à café de chloroforme dans un peu d'eau, puis une heure après, il lui fit prendre en une fois, 8 grammes d'esprit d'éther sulfurique composé et de teinture de valériane et 4 grammes de chloroforme. Un quart d'heure après, le malade s'endormit pour trois heures et demie. Il se réveilla avec sa raison. On lui donna encore alors une petite cuillerée de chloroforme, avec de la teinture de valériane et un peu de liqueur d'Hoffmann, dose qu'on répéta, de manière qu'il en consomma encore 4 grammes en une heure. Depuis lors la guérison a été assurée. (*Americ. Journ.* et *Journ. de Brux.*)

COURRIER.

L'administration de l'assistance publique à Paris vient de publier le compte moral de l'exercice 1852. Nous résumons les faits principaux de ce remarquable travail. Voici d'abord ce qui concerne les résultats matériels :

Dans l'année 1852, les hôpitaux dépendant de l'administration ont reçu 90,486 malades ; 12,117 vieillards infirmes ou aliénés ont été entretenus dans les hospices et maisons de retraite, soit ensemble 102,603 individus. En 1851, le chiffre n'est que de 98,754 ; l'augmentation est de 3,849.

Au 1er janvier 1853, le nombre des enfans abandonnés était de 14,111, dont 282 à l'hospice, 13,829 à la campagne.

Au 31 décembre 1852, les ménages inscrits dans les bureaux de bienfaisance étaient au nombre de 33,741, comptant 77,999 individus.

Les recettes ordinaires ont été de 12,767,290 fr., les dépenses de 12,238,703 fr.

L'important du travail qui nous occupe est de faire connaître les améliorations introduites dans les services dépendant de l'assistance publique. Voici pour ce qui concerne les enfans trouvés et orphelins, d'après le réglement ministériel du 5 mars 1852. Nous citons :

Toutes les femmes enceintes qui se présentent dans les hôpitaux sont interrogées sur leur nom, prénoms et domicile, et un bulletin de leur déclaration est immédiatement envoyé à l'administration centrale, qui, dans les 24 heures, en fait vérifier l'exactitude. Si la déclaration est reconnue fausse, ou si la femme n'est pas domiciliée dans le département de la Seine depuis un an, elle est renvoyée de l'établissement, à moins que l'accouchement soit imminent ou que la femme soit atteinte de maladie.

Lorsque la mère est accouchée, elle est obligée d'allaiter son enfan et de l'empotrer en quittant l'établissement, sauf les cas d'empêchement absolu. Aux accouchées qui manquent de linge, on donne une demi-layette ; pour celles qui ne peuvent nourrir, on place leur enfant en nourrice. Aux mères qui nourrissent leur enfant, on accorde un secours en argent, outre l'assistance qu'elles peuvent recevoir des bureaux de bienfaisance, des Sociétés de charité maternelle ou d'autres institutions charitables.

L'effet de ces mesures a été non seulement de réduire le nombre des admissions à la maison d'accouchement, mais encore, ce qui est bien plus important, de faire descendre de 33 p. 0/0 à 4 p. 0/0 le nombre des abandons à la Maternité, et de le diminuer de 19 p. 0/0 dans les autres hôpitaux.

— Le rapport que nous avons publié sur la Société des crèches a été présenté au conseil de surveillance de l'administration de l'assistance publique, dans sa séance du 26 mai 1853, et adopté à l'unanimité par ce conseil.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Maltestet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 84. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 16 Juillet 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges, n° 12,* A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12*.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PATHOLOGIE.

DE QUELQUES PSEUDO-PERFORATIONS INTESTINALES (1) ;

OU EN D'AUTRES TERMES,

DES PÉRITONITES SURVENANT COMME COMPLICATION DANS CERTAINES MALADIES AIGUES, NOTAMMENT DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE, ET POUVANT SIMULER LA PERFORATION DE L'INTESTIN.

Par M. le docteur THIRIAL.

(Mémoire présenté à la Société médicale des hôpitaux de Paris.)

Si ces nouveaux cas s'étaient fait longtemps attendre, on peut dire qu'en compensation ils furent aussi probans et aussi décisifs que possible. En effet, leur simultanéité, ou pour mieux dire leur merveilleux concours, le soin particulier avec lequel ils furent observés et recueillis, la notoriété qui les accompagna, et la publicité qui leur fut donnée, tout, en un mot, sembla se réunir ici comme à souhait pour faire taire toutes les objections, et pour établir d'une manière incontestable ce point important de pathologie et de diagnostic jusqu'alors en litige.

Je me fais un devoir de rappeler ici que ces deux observations ont été publiées en leur temps dans la *Gazette médicale*. Sans les reproduire en entier et textuellement, je ne ferai aucune difficulté de leur emprunter les principaux détails, tout en me réservant d'en compléter au besoin la description d'après les notes que j'ai recueillies moi-même au lit des malades.

OBSERVATION III. — Un jeune garçon de 18 ans, ouvrier maçon, grand et mince, était entré à la Charité le 10 février 1846, présentant la plupart des symptômes qui caractérisent une fièvre typhoïde grave : diarrhée, céphalalgie, lassitudes spontanées, courbature. Aux premiers symptômes, succèdent bientôt de la constipation, le ballonnement du ventre, le délire nocturne, une expression très prononcée d'hébétude, la fréquence du pouls, quelques taches disséminées sur l'abdomen et sur la poitrine. Il s'y joint aussi une épistaxis peu abondante.

Du 15 au 20 février, la maladie suit sa marche ascendante, le délire augmente, à ce point qu'on est obligé d'attacher le malade dans son lit ; la langue et les dents se couvrent d'un enduit noirâtre ; la prononciation devient difficile. Douleurs dans le dos, dans l'abdomen et dans les membres inférieurs ; cris perçans, mouvemens involontaires des lèvres, soubresauts des tendons, altération des traits, etc.

La maladie reste stationnaire jusqu'au 25 février. A partir de ce jour, tous les symptômes s'amendent lentement. Cette amélioration coïncide avec l'apparition d'une surdité de l'oreille droite.

Dans la première période de la maladie, ce jeune homme est soumis au traitement le plus ordinairement usité dans ce service, c'est-à-dire à la médication antiphlogistique mitigée, consistant en une saignée, cataplasmes sur l'abdomen, lavemens, boissons délayantes et tempérantes, etc.

Dans la deuxième période, on a recours aux toniques et aux révulsifs ; ainsi, deux vésicatoires sont appliqués à la partie interne des cuisses, et paraissent avoir un heureux résultat sur les accidens cérébraux, et on administre journellement le vin de Bagnols, que le malade boit avec une sorte de plaisir avide.

Vers la fin de mars, il y a un mieux très marqué, et le malade commence à éprouver un peu d'appétit. En un mot, il entre en convalescence.

Mais cette convalescence fut loin d'être exempte de difficultés et de dangers. En effet, vers le 5 ou 6 mars, il se manifesta par l'oreille droite un écoulement de pus assez abondant, mais peu douloureux. L'exploration fait reconnaître en cet endroit un abcès de la grosseur d'une noix environ, qui donne issue à un pus sans odeur et de bonne nature.

Le surlendemain, on constate un autre foyer purulent sur le côté droit de l'abdomen. Puis bientôt d'autres abcès se manifestent sur différentes parties du corps, à la région postérieure du cou, aux cuisses, à la fesse. Bref, dans l'espace d'environ dix jours, on vit apparaître successivement une dizaine d'abcès de diverses grosseurs, dont les uns s'ouvrirent spontanément, et dont les autres furent ouverts par le bistouri; abcès généralement peu douloureux, accompagnés de peu d'inflammation, rentrant, en un mot, dans la classe de ces abcès multiples qui surviennent quelquefois vers la terminaison des fièvres graves, et qui, selon la remarque de M. Chomel, les jugent ordinairement d'une manière favorable.

Ce jeune malade était arrivé ainsi vers la fin du mois de mars ; et à travers tous ces accidens et cette vaste et longue suppuration, il avait fait preuve d'une force de résistance vitale qui faisait l'admiration de tous les assistans. Bref, il semblait toucher au terme de ses maux, lorsque, dans la nuit du 30 au 31 mars, après quelques jours de diarrhée, il fut saisi de violentes coliques, d'une douleur abdominale intense, de vomissemens d'une matière verte assez épaisse, etc. Le chirurgien de garde, appelé en toute hâte, prescrivit une potion laudanisée qui calma un peu les accidens.

Le 31, à la visite du matin, on trouve ce malade dans un état tout à fait méconnaissable, avec la face pâle, décolorée, grippée, et portant dans ses traits l'expression de la souffrance et de l'anxiété. Il est couché sur le dos, les cuisses un peu relevées sur le bassin, le ventre très douloureux à la pression.

En cherchant à remonter à la cause de ces graves accidens, nous apprîmes, qu'outre une portion d'épinards qui lui avait été donnée par la religieuse, à son repas du soir, il avait encore mangé, en cachette, une certaine quantité d'oseille cuite.

En présence de cet appareil de symptômes, le chef de service n'hésita pas à diagnostiquer une péritonite avec perforation intestinale, causée sans doute par indigestion : et tous les médecins qui suivaient la visite souscrivirent, d'un commun accord, à ce diagnostic tout à fait rationnel.

On continua l'usage des opiacés à l'intérieur, et on prescrivit en outre des fomentations émollientes et narcotiques sur l'abdomen.

Le 1er avril, les symptômes se sont notablement aggravés ; le malade, en raison de la vive sensibilité du ventre, ne peut pas même supporter les fomentations prescrites. Sa soif est vive, et il demande sans cesse à boire. Le pouls est devenu très fréquent et très petit ; l'anxiété s'accroît de plus en plus, la respiration est courte et saccadée. On persiste dans le même diagnostic et dans le même traitement.

Le 2 avril, avant la visite, le malade ne peut plus parler ; les extrémités sont déjà refroidies. A dix heures du matin, il expire sans agonie.

Est-il besoin de dire que l'autopsie fut pratiquée avec le plus grand soin, et que tous ceux qui avaient suivi ce malade, surtout pendant ses derniers jours, s'empressèrent d'assister à cet examen nécroscopique, qui était du plus haut intérêt.

A l'ouverture de l'abdomen, il fut facile de reconnaître, de prime-abord, une péritonite généralisée.

On débuta par ouvrir le duodénum et par remplir d'eau le canal intestinal, après avoir eu toutefois la précaution de faire une ligature vers l'extrémité du rectum. Cette première épreuve ne décéla absolument aucune perforation : ce qui n'étonna pas peu toute l'assistance.

Cela fait, le tube intestinal fut incisé avec une extrême précaution, et examiné dans toute sa longueur. La surprise générale eut lieu de s'augmenter encore, car non seulement il n'existait pas plus à l'intérieur qu'à l'extérieur trace de perforation, mais on ne put même constater aucune lésion grave, telle que des ulcérations.

On reconnut bien, vers la fin de l'iléum, un certain nombre de plaques de Peyer, légèrement saillantes, mais n'offrant aucune apparence morbide.

Quelques autres, situées tout à fait au voisinage de la valvule, présentaient un relief assez prononcé, et offraient à leur surface une coloration noirâtre : c'étaient évidemment des glandes qui avaient été affectées dans le cours de la fièvre typhoïde, et qui étaient arrivées à la période de résolution. Parmi ces plaques, il en existait deux ou trois qui laissaient voir des points légèrement ulcérés et non encore complètement cicatrisés.

(1) Voir le numéro du 14 Juillet 1853.

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire. — Un petit chagrin fait à la Société de chirurgie. — Séparation ineffaçable entre la médecine et la chirurgie. — Éloge de la clarté. — M. Puccinotti, de Pise.

La Société de chirurgie, dont je ne dois et ne veux parler qu'avec la déférence qu'elle mérite, vient d'éprouver un petit chagrin. En vérité, on ne sait trop pourquoi on lui a fait cette peine, on pouvait la lui épargner sans rien compromettre dans l'État et dans le monde. La Société de chirurgie demandait une chose fort simple, qui a été quelquefois accordée à des institutions moins méritantes, et dont on pouvait être sûr qu'elle ne ferait qu'un bon et utile usage : elle demandait qu'un décret impérial la déclarât institution d'utilité publique. Cette mesure qu'elle sollicitait, ce n'était pas par gloriole. Les Sociétés savantes ne peuvent être autorisées à recevoir des donations ou des legs que tout autant qu'elles ont été reconnues institutions d'utilité publique ; avec cette formalité, elles peuvent participer aussi aux largesses du budget d'une manière fixe et permanente. Elles peuvent ainsi instituer des prix, et l'on sait que c'est là un grand moyen d'action, d'influence et d'autorité pour les Sociétés savantes. Ces conditions, on les a refusées à la Société de chirurgie. Pourquoi ? On assure que quelques membres influens de l'Académie de médecine ont fait des pieds et des mains pour s'opposer à la demande de la Société de chirurgie. On a craint de favoriser une institution qui pourrait, un jour ou l'autre, se poser en rivale de l'Académie. Crainte chimérique, je l'assure. Tous les membres de la Société de chirurgie sont, seront ou veulent être membres de l'Académie. Cette dernière compagnie savante, par son institution, par son ancienneté, par son privilége de recevoir les communications et les demandes d'avis de l'autorité, par sa composition, et aussi par le relief et la popularité que la presse donne à ses travaux, restera longtemps encore le point de mire de toutes les ambitions médicales et chirurgicales. La Société de chirurgie serait déclarée institution d'utilité publique, elle recevrait une allocation de l'État, elle décernerait des prix, que l'influence et l'action de l'Académie ne serait nullement amoindries. De rivalité, on n'en voit pas de possible. L'Académie embrasse, dans ses travaux, la science médicale tout entière, aussi bien dans ses applications pratiques, que dans ses afférences avec l'économie sociale, l'hygiène publique et l'administration. La Société de chirurgie, comme son titre l'indique, se restreint dans une spécialité qui pose nécessairement des limites à son importance. Elle n'a jamais eu, elle ne pourra jamais avoir la prétention de se placer en concurrence ou en rivalité avec son aînée, l'Académie de médecine. Ce qu'elle demandait, c'était qu'un libéral et intelligent subside de l'État vînt diminuer les sacrifices que ses membres se sont imposé depuis sa fondation, et la récompensât de ses efforts et de son zèle pour la propagation de la science. Ce qu'elle désirait, c'est de pouvoir participer aux libéralités que quelques-uns de ses membres pourraient faire en sa faveur, libéralités qu'elle répandrait ensuite, sous forme d'encouragemens et de récompenses, sur la science et le travail.

Ces désirs étaient si modestes et si légitimes, qu'on ne conçoit pas pas véritablement de motifs sérieux à l'opposition et à la résistance qu'ils ont rencontrées. Aussi, pourrait-on donner à la Société de chirurgie le conseil de ne point se décourager par ce premier échec. Il est probable que l'autorité, mieux informée, cédera à des sollicitations nouvelles.

Il ne faut pas se dissimuler, néanmoins, que l'existence d'une Société spéciale de chirurgie est une sorte de démenti ou de protestation donné au but et à l'intention formelle de nos institutions médicales. Depuis la restauration de nos Écoles, l'enseignement officiel a pour mission de réunir, dans les mêmes exigences d'études et d'épreuves, la médecine et la chirurgie. On a confondu dans le même titre de docteur en médecine, le médecin et le chirurgien, et toute distinction universitaire et légale a disparu à cet égard. Mais, on le sait, cette disparition n'est que fictive, dans les grands centres de population surtout. A Paris, à Montpellier, à Strasbourg, dans toutes les grandes villes, dans celles principalement où existent des Facultés ou des Écoles de médecine, la séparation entre la médecine et la chirurgie est patente, trop patente quelquefois, car il est pénible de voir l'inexpérience et l'hésitation de certains médecins en présence d'un cas de chirurgie, et, réciproquement, celle de quelques chirurgiens en face d'une maladie interne. Dans les villes, la chirurgie est à peu près exclusivement faite par certains praticiens ; c'est là un fait irrévocable. Seuls, nos honorables et modestes confrères ruraux, sont obligés de suffire à toutes les exigences de la pratique, et encore le nombre est assez restreint de ceux qui entreprennent les grandes opérations. Ajoutons que l'organisation des services nosocomiaux n'est nullement en harmonie avec les tendances de l'enseignement officiel. Pendant que les Facultés ne confèrent qu'un titre uniforme, les hôpitaux séparent, comme autrefois, en deux parties, la pratique de notre art. Il y a des salles de médecine, et des salles de chirurgie. Partout où le concours fonctionne, on concourt pour être médecin ou pour être chirurgien d'hôpital. Que dis-je ? dans les Facultés même, les concours pour l'agrégation se divisent en concours de médecine et en concours de chirurgie. De sorte que l'application défait forcément d'un côté ce que la loi a voulu faire un peu théoriquement de l'autre. Il est certain que dès le début des études, l'élève, selon ses goûts et son aptitude, se prépare à être médecin ou chirurgien. Cela est ainsi et sera toujours ainsi, quoi qu'on fasse, parce que cette distinction, qu'on a voulu effacer, a sa raison d'être, et qu'elle se justifie par une foule de considérations, que ce n'est pas ici le moment de développer.

Le fait est donc constant ; à Paris, surtout, existe un grand nombre de chirurgiens qui n'exercent que la chirurgie. Cela n'a pas d'inconvéniens sérieux. Nos mœurs, nos habitudes, les progrès de la civilisation s'opposent à ce que les anciennes rivalités entre les médecins et les chirurgiens, et, comme conséquence, leurs longs et tristes débats puissent jamais renaître. Cela a des avantages. Sans avoir un culte pour le spécialisme, tout en pensant que le morcellement de la science est un danger, on peut raisonnablement admettre que le domaine de l'art est si vaste, qu'il est fructueux d'y faire une grande coupure, afin de le cultiver avec plus de soin. Les résultats donnent raison à cette sépara-

Au niveau de la valvule elle-même, la muqueuse offre une teinte ardoisée, indice d'une phlegmasie en voie de résolution.

Dans l'espace d'un pied environ, vers la fin de l'intestin grêle, la muqueuse présentait une rougeur d'apparence inflammatoire; dans cette même portion, il existe un amincissement notable des parois intestinales. Il est probable que cette phlegmasie superficielle tenait à l'indigestion survenue les derniers jours.

Rien à noter dans le gros intestin. Ganglions mésentériques un peu augmentés de volume, mais sans ramollissement ni suppuration.

J'ai dit qu'à la première vue, on avait reconnu les traces d'une péritonite. En effet, la surface extérieure de toute la masse intestinale était rouge, injectée et comme chagrinée. On découvre en même temps un liquide séro-purulent entre les diverses circonvolutions. De plus, une fois que le paquet intestinal eut été enlevé, on trouva le petit bassin rempli d'un pus épais, jaunâtre, comme crémeux. Il existe, en outre, des pseudo-membranes de consistance molle, disséminées sur les différentes portions du péritoine qui tapissent les principaux viscères abdominaux, tels que le foie, l'estomac, la rate.

N'oublions pas de noter qu'il existait une plaque molle tout à fait analogue sur le péricarde, vers la pointe du cœur, trace d'une péricardite partielle et toute récente.

Il n'y avait rien de semblable dans les plèvres, et les poumons étaient parfaitement sains.

La vésicule biliaire était volumineuse et distendue par un liquide d'un vert très foncé. Les reins présentent sur les deux faces quelques arborisations.

Observation IV. — Dans la même salle se trouvait un jeune homme de 22 ans, journalier, qui était entré le 20 février pour se faire soigner d'une maladie de cœur, suite d'un rhumatisme déjà ancien.

Cette maladie était surtout caractérisée par un bruit de souffle assez doux au premier temps; et par un bruit plus rude au second temps, bruit se prolongeant dans le trajet de l'aorte ascendante. Il existait, en outre, une matité assez étendue à la région précordiale, et le malade était sujet à de fréquentes palpitations. En même temps, ce malade se plaignait de quelques douleurs, d'ailleurs très modérées, ayant leur siége dans une épaule, et dans une des articulations du coude.

Ce jeune homme était en traitement depuis trois semaines environ, lorsqu'il se déclara chez lui une fièvre typhoïde qui, dans les premiers jours, s'accompagna de quelques symptômes assez alarmans. Ainsi, presque de prime-abord, il est pris d'un délire tel, qu'on est obligé de lui mettre la camisole de force. La langue, qu'il tire avec peine hors de la bouche, est couverte d'un enduit noirâtre; les dents deviennent fuligineuses; les yeux sont chassieux, etc.

Le 17 mars, une saignée générale, suivie d'une application de ventouses scarifiées à la nuque, amène une amélioration très notable. Le délire cesse.

Le 18, le malade a une toux sèche et de l'enchifrènement des fosses nasales; on constate du râle muqueux typhoïde, surtout marqué du côté droit. Le pouls, sans être très fréquent, est développé. Selles rares, urines involontaires, stupeur de la face assez prononcée.

Du 20 au 25 mars, tous les symptômes de la maladie vont en s'amendant progressivement, et l'appétit même commence à renaître. Bref, ce jeune homme était entré en convalescence, lorsque, dans la nuit du 2 avril, éclatèrent subitement des symptômes graves, qu'on fut porté à attribuer, comme chez le précédent malade, à quelque écart de régime : douleur vive dans l'abdomen, hoquet accompagné de vomissemens, grande fréquence du pouls, expression d'angoisse et d'anxiété.

Le lendemain, 2 avril, le hoquet qui persiste, fatigue beaucoup le malade; ses yeux sont ternes, son regard fixe; décubitus dorsal, attitude prostrée. La pression sur l'abdomen est excessivement douloureuse. Nous apprenons, en outre, que, pendant la nuit, le malade a eu une épistaxis abondante, et qu'il a eu plusieurs selles tachées de quelques stries rougeâtres. Il existe d'ailleurs un trouble marqué de l'intelligence, qui va jusqu'à la perte presque complète de connaissance.

Ces symptômes, si menaçans dès le début, vont en s'aggravant avec une rapidité extrême, et le malade succombe le 3 avril, à trois heures après-midi, c'est-à-dire environ trente-six heures seulement après l'apparition de ces terribles accidens.

Inutile, sans doute, d'ajouter qu'à la vue de ces symptômes, et surtout de cette rapide catastrophe, il n'y eut qu'une voix pour annoncer ici une péritonite sur-aiguë par perforation intestinale.

Et pourtant, chose presque incroyable, et bien vraie néanmoins! à l'autopsie, qui fut pratiquée le 4 avril, en présence de nombreux témoins, ainsi que chez le précédent malade, il fut impossible de trouver aucune trace de perforation. Bien plus, pour toute lésion intestinale, on put constater seulement quelques plaques de Peyer, légèrement saillantes, mais sans les moindres vestiges d'inflammation ni d'ulcération.

Ici, le péritoine ne contenait pas de matière purulente, comme dans le cas précédent; mais on trouva seulement dans le petit bassin une assez notable quantité de sérosité un peu louche, et de plus, un grand nombre de flocons albumineux déposés çà et là sur certaines portions du péritoine. Ajoutons que l'inflammation du péritoine était encore caractérisée par une injection assez vive de toute la masse intestinale, à sa surface externe.

Le cœur, dont l'état de maladie avait été reconnu pendant la vie, offrait un volume presque double de celui qui existe à l'état normal. La valvule bi-cuspide est un peu indurée dans sa portion tendineuse; et les valvules aortiques offrent à leur bord libre de légères incrustations qui gênent notablement le jeu de ces soupapes, et produisent un certain degré d'insuffisance.

De plus, on constate sur le péricarde, à la face antérieure du cœur, une plaque indurée, qui est évidemment de formation ancienne, aussi bien que les lésions intérieures de l'organe central de la circulation.

Pour répondre d'avance à toutes les objections, je crois devoir ajouter que, chez ces deux derniers malades, pas plus que chez les précédens, on n'avait trouvé dans le péritoine aucune matière qui, par son odeur ou par ses autres caractères pût faire supposer un épanchement des liquides contenus dans l'intestin.

Voilà deux faits qui sont à la fois des plus authentiques et des plus probans. Ils ont été vus par de nombreux témoins, au sein d'un grand hôpital, et parmi les lecteurs il s'en trouvera quelques-uns qui n'auront pas oublié, j'en suis sûr, l'intérêt de curiosité qui s'y attacha, et la sensation que produisit ce petit événement dans le groupe de jeunes médecins qui se pressaient alors autour de M. Rayer.

En présence de ces faits, placés en dehors de la ligne commune, nos lecteurs vont nécessairement nous poser une question que nous n'avons pas manqué de nous faire à nous-même, et rechercher par quelle coïncidence singulière il est arrivé que deux jeunes gens, convalescens de la fièvre typhoïde, ont été atteints dans la même salle et presque le même jour, d'une maladie aussi rare, c'est-à-dire d'une péritonite survenant spontanément, et non déterminée par une perforation intestinale.

Il importe d'ajouter que non seulement il n'existait pas ici de perforation, mais qu'il n'y avait pas même d'ulcération qui pût prêter en quelque sorte matière à cette lésion. Bien plus, dans les trois cas que je viens de citer, on n'avait pas même constaté d'inflammation grave et profonde de la membrane muqueuse intestinale, qui pût être regardée à la rigueur comme le point de départ de cette péritonite tout accidentelle.

Quelle pouvait donc être la cause d'une complication aussi exceptionnelle, qui venait se manifester presque simultanément chez deux malades, voisins l'un de l'autre, comme pour ouvrir les yeux aux plus incrédules? J'avoue qu'il est bien difficile de répondre à une pareille question, car elle touche au cœur même de l'étiologie et de la pathogénie, c'est-à-dire aux deux parties de la médecine qui renferment le plus d'obscurités et de mystères.

Pourtant, qu'il me soit permis, à défaut d'une explication tout à fait satisfaisante, de hasarder au moins un rapprochement, qui ne sera peut-être pas sans quelque valeur aux yeux des médecins qui savent sortir du cercle des circonstances banales où s'emprisonne trop souvent notre étiologie à courte vue.

Ainsi, il ne sera pas inutile de savoir qu'à l'époque même où ces choses se passaient, il régnait depuis quelques mois, soit en ville, soit dans les hôpitaux, et notamment à la Charité, une petite épidémie de fièvre puerpérale, avec accompagnement de péritonites ou de métro-péritonites.

J'ajoute, et la remarque est importante, qu'en dehors même de l'état puerpéral, il avait été également observé à l'hôpital un certain nombre de péritonites simples, idiopathiques, survenues spontanément chez quelques femmes, que par analogie il paraissait légitime de rapporter à l'influence de la constitution médicale régnante.

Or, serait-il par trop téméraire de se demander si ces deux péritonites, qui venaient de se déclarer si inopinément sur nos deux convalescens de la fièvre typhoïde à la suite de graves écarts de régime, n'auraient pas pu reconnaître, tout au moins pour cause prédisposante, cette même influence épidémique qui sévissait alors sur les femmes placées dans l'état dit puerpéral, et qui même se faisait sentir jusque chez quelques personnes du sexe, se trouvant actuellement en dehors de cet état tout spécial? Rien assurément ne s'oppose à faire intervenir ici cette sorte d'influence, sinon comme fait positif et bien certain, au moins à titre de renseignement étiologique.

Il ne sera pas non plus hors de propos de faire remarquer que le premier de nos deux jeunes malades, l'ouvrier maçon, avait été surpris par la péritonite au moment où il se trouvait encore sous le coup de la diathèse de suppuration qui venait de se manifester par ces abcès multiples, disséminés sur toute la surface du corps. Or, cette circonstance diathésique ne peut-elle pas servir à expliquer, sinon l'invasion de la péritonite elle-même, tout au moins le caractère spécial de cette péritonite, qui, en moins de deux jours, s'était accompagnée d'une sécrétion purulente des plus manifestes, telle à peu près qu'on l'observe d'ordinaire dans la péritonite puerpérale, c'est-à-dire dans la maladie où la production du pus s'opère avec le plus de rapidité, car on sait que parfois elle a lieu presque au début, et en quelque sorte d'emblée.

Quoi qu'il en soit de ces explications, ou plutôt de ces rapprochemens que je ne donne que comme simplement plausibles, il n'en reste pas moins acquis désormais que la péritonite pure et simple peut, contrairement à l'opinion généralement admise, survenir d'une manière intercurrente dans le cours de la fièvre typhoïde, à la manière des érysipèles ou des autres phlegmasies qui viennent si souvent compliquer cette même affection. J'ajoute que, dans ces conditions, cette péritonite peut quelquefois, soit par la plupart de ses symptômes, par sa marche et sa terminaison, simuler assez exactement la péritonite, suite de perforation intestinale; et que, par conséquent, il importe d'être prévenu de la possibilité de ce fait pour se mettre en garde contre des erreurs de diagnostic, dont jusqu'ici on ne soupçonnait pas même l'existence.

(La fin à un prochain numéro).

---

tion. La littérature médicale, médecine et chirurgie, l'enseignement surtout, ont profité de cet état de choses qui est commandé par une loi naturelle, à laquelle les exceptions sont excessivement rares, c'est-à-dire par les conditions finies de l'esprit humain.

Il n'y a donc rien d'étonnant que, malgré les efforts tentés pour confondre dans une dénomination commune, la science et les praticiens n'aient pas effacé une ligne de démarcation qui paraît ineffaçable. Il est donc tout naturel que puisqu'il existe des chirurgiens purs, ils se réunissent en société, en Académie pour deviser de leur science et de leur pratique. Il est donc très légitime que les chirurgiens cherchent à jeter sur leur Société toute sorte d'éclat et de lustre; et si leur ambition allait, par exemple, jusqu'à vouloir ressusciter la splendeur de l'ancienne Académie royale de chirurgie, j'avoue que, pour mon compte, je n'y mettrais aucun obstacle, et que je m'en réjouirais très sincèrement.

Clarté, don précieux, qualité suprême du discours, c'est pour moi un sujet de véritable douleur quand je te vois méconnue et outragée. Cette douleur, qui ne l'éprouverait en lisant le passage suivant dans un travail intitulé : *Introduction à l'histoire de la médecine* de M. Puccinotti, professeur à l'Université de Pise :

« Les sciences métaphysiques et les sciences naturelles ont un double point de départ : celles-là meuvent du *moi* de l'esprit; celles-ci meuvent de la *force active* d'une vie universelle répandue dans la nature. Le moi de l'esprit, tendant à acquérir la conscience de soi-même, se répand sur le corps auquel il est uni, et reconnaît une *dualité;* il se répand sur la nature extérieure qui l'entoure, et il reconnaît sa *triade*. Cette triade primitive, développement et en même temps recomposition de l'unité, après avoir constitué la certitude de l'existence, devient tout de suite apte à se refléter dans la triade suprême créatrice, et à lier ensemble l'être créateur avec ce qui existe. Dans ce premier développement de l'unité intellectuelle, sont contenus en germe, comme primautés inhérentes à sa nature, l'idée de causalité et le principe de connexion entre cause et effet, d'où doivent provenir ensuite l'ordre et toutes les lois de la raison. La vie de la nature est plus au-dessous de cette première unité intellectuelle : elle se trouve dans le multiple qui s'étend par voie analytique sur l'immense multitude des phénomènes naturels, les liant en quelques lois découvertes qu'elle élève jusqu'à son extrême synthèse, qui est la triade où elle se trouve en connexion avec le plus infime degré où descendent les sciences métaphysiques. »

Ce travail, dit le journal d'où j'extrais le passage que l'on vient de lire, est traduit par le docteur Aubin, et revu par M. S. Pirondi. Cela ne m'étonne pas, et un troisième n'eût pas été de trop pour jeter quelque jour sur une prose à laquelle j'ai le malheur de ne pas comprendre un mot. Je déclare même que je me sentirais très humilié si un seul de mes lecteurs se croyait plus avancé que moi. Si les élèves de l'Université de Pise ont l'intelligence de ce langage, ils sont très forts. Et si je le critique, ce langage, c'est que je vois que l'éminent professeur qui l'emploie sait, quand il le veut, en employer un autre, langage élevé, éloquent, d'une clarté saisissante, comme j'en donne immédiatement la preuve :

« Newton, en méditant et en appliquant le calcul aux forces de l'univers, en trouva les lois, et aujourd'hui les impondérables ne s'entendent et ne se calculent que comme des forces, et les dernières combinaisons chimiques cachées et secrètes, ne sont que les expressions de tout autant de forces. Seulement, avec le système de gradation des forces créées, harmoniquement unies entre elles sans se confondre, nous pouvons étudier et contempler l'harmonie de la nature et nous élever, par elle, de degré en degré jusqu'à la force première créatrice. Harmonie n'est pas *identité*, et la différence qu'il y a entre l'une et l'autre, et que tous ne connaissent pas, a conduit quelques esprits ignorans du danger à identifier les forces, ou soit la matière, avec Dieu, et voilà le panthéiste, et voici son blasphème : *il n'y a qu'une seule force, et cette force est Dieu*, et la monstrueuse identité entre force, matière et Dieu, se trouve ainsi établie.

» La matière ne peut donner que matière : raffinez-la autant qu'il vous plaira, réduisez-la à la plus imperceptible molécule ou cellule élémentaire, elle ne sera jamais autre chose que matière; les forces qui la combinent, qui la forment et la transforment, sont en dehors d'elle, unies à elle, mais non pas confondues avec elle, elle n'est que l'instrument passif de la manipulation, de leur immense activité, ou soit de la vie physique ou morale. »

Certes, voilà un grand et beau langage; mais il ne dit pas le mot de l'énigme qui précède.

Amédée Latour.

— On lit dans un journal anglais :

« Les Lords du Conseil privé de S. M. Britannique ont ordonné que, quand un vaisseau dans tout port du Royaume-Uni sera mis en quarantaine à cause de la fièvre jaune, tous les passagers à bord de ce navire qui déclareront avoir eu déjà une attaque de cette maladie, et prouveront aux officiers de la santé visitant le navire, que la fièvre qu'ils ont eue était bien la fièvre jaune, seront admis à débarquer, bien que le navire soit soumis à la quarantaine à cause de cette maladie. »

Action physiologique de l'arsenic. — Selon le docteur Tschudi, dans la Basse-Autriche, sur les confins de la Hongrie, l'arsenic fait partie de l'hygiène des paysans; ils en achètent à des colporteurs qui parcourent le pays munis de ce poison, et en font usage pour se donner de la vigueur et du bien-être.

Si l'on s'en rapporte à l'aspect florissant de la jeunesse dans ces contrées, dit le docteur Tschudi, ce moyen leur réussit à merveille : ils l'emploient aussi lorsqu'ils ont à faire l'ascension de hautes montagnes. Dans ce cas, ils en prennent un petit morceau qu'ils laissent fondre lentement dans la bouche; ils en mêlent aussi à l'avoine de leurs chevaux et aux alimens de leurs animaux domestiques. Ils commencent habituellement par un demi-grain, et ils arrivent progressivement à en prendre jusqu'à quatre. On ne remarque chez ces individus aucun exemple de cachexie arsenicale, et même lorsqu'ils suspendent l'usage de ce toxique, ils éprouvent des dérangemens gastriques qui ressemblent en quelque façon à une intoxication arsenicale rudimentaire.

Tout cela mérite confirmation.

THÉRAPEUTIQUE.

DES BAINS DE VAPEURS TÉRÉBENTHINÉES.

(Nous empruntons l'article très intéressant qui suit à la *Revue thérapeutique du Midi* :)

Monsieur le rédacteur,

Comme je sais votre *Revue* ouverte à toutes les communications qui ont pour objet les progrès de la thérapeutique, je m'empresse de vous faire part d'un genre de traitement spécial aux affections catarrhales sous toutes leurs formes. Pour être nouveau dans le monde médical, ce mode de traitement ne compte pas moins d'un siècle de succès. Révélée par le hasard, comme presque toutes les meilleurs choses, après n'avoir été utilisée que par les bergers du Vercars, cette méthode vient de naître au monde scientifique. C'est à force de guérisons qu'elle est sortie de sa sphère primitive, et je lui prédis un avenir qui fera oublier bien des vogues factices. Je veux parler des bains de vapeurs térébenthinées à haute température (1).

Permettez-moi, Monsieur le rédacteur, avant de vous parler de l'action physiologique et pathologique de ces bains, de vous dire un mot sur la disposition du four où on les administre et de la manière dont on le fait : Figurez-vous un œuf, coupé en haut par une ouverture qui se ferme à l'aide d'une soupape et coupé en bas par une grille. L'œuf ou le four est construit en maçonnerie, et les parois, en pierre réfractaire, sont d'une épaisseur considérable, que nécessite la haute température qui y est développée. Quand on veut mettre l'appareil en fonction, on charge le four, c'est-à-dire qu'on disperse sur la grille des copeaux extraits avec la hache du tronc vivant d'un pin particulier qu'on ne rencontre guère que dans les forêts du Glandaz, et qui est d'une excessive richesse en principes résineux et térébenthinés; le feu est mis aux copeaux et on ouvre la soupape pour laisser échapper la fumée. La combustion dure quelques heures, et annonce sa fin par la cessation de l'écoulement de la poix qui tombe dans la calotte inférieure de l'œuf, et delà au dehors. Alors on ferme la soupape de manière à étouffer, par la privation d'air, toute trace d'ignition; on retire rapidement les charbons et on lute l'ouverture par laquelle on a opéré cette extraction. Grâce à ces précautions, plus de dix-huit heures après que le feu a été éteint, on a encore une température de 60 à 80 degrés Réaumur; c'est alors qu'on dispose de nouveaux copeaux sur la grille et qu'on introduit les malades dans le four, à la faveur d'une porte en tôle qui s'ouvre sur les parois de l'œuf. Des bancs sont disposés autour et les baigneurs y prennent place, ayant les pieds posés sur les copeaux mêmes : ils sont alors exposés à l'action des vapeurs médicamenteuses qui se volatilisent sous l'influence de la haute température du four, dont elles remplissent la capacité. On arrive à la porte du four par un corridor où les baigneurs s'arrêtent un instant, afin de s'acclimater et pour ne pas passer brusquement de l'air extérieur dans un milieu de 80 degrés; le corridor a une température de 40 à 65 degrés R. Quant au costume des baigneurs, il se compose d'un burnous en laine blanche et de pantoufles aussi en laine. Après avoir séjourné quelques minutes dans le corridor, les malades entrent dans le four et y restent 10, 15, 20 et 30 minutes, suivant l'effet à obtenir, qui est toujours apprécié par le médecin, lequel veille à la porte du corridor.

La première impression qu'éprouvent les malades est celle d'une chaleur excessive qu'ils ne croient pouvoir supporter et à laquelle pourtant ils s'accoutument si bien qu'ils finissent par y éprouver du plaisir. Sous l'influence stimulante du calorique survient une diaphorèse très légère dans le principe, puis très abondante, qui commence par la poitrine et envahit ensuite tout le corps. La respiration, qui s'accélère dans les premiers momens, redevient, après deux ou trois minutes, large, facile. La circulation devient un peu plus active : parfois, elle monte à 70, 80 pulsations; parfois, elle reste presque normale.

Quand l'effet voulu est obtenu, le médecin fait sortir le malade; un domestique lui jette une couverture de laine sur les épaules et le porte dans son lit, où il prend une infusion du même bois résineux. La diaphorèse survient alors quelquefois si abondante, que le burnous, la couverture, les matelas et le garde-paille sont traversés et dégouttent sur le plancher. Au bout d'une heure ou deux, la sueur s'arrête et le baigneur se lève aussi alerte, aussi gai qu'avant le bain, il n'éprouve aucun de ces malaises qui accompagnent ou suivent la sueur fébrile; ses fonctions s'exercent ensuite avec plus d'aisance et de régularité; il lui semble qu'il existe plus d'harmonie entre les divers organes et que ses forces vitales sont mieux réparties.

Voilà, Monsieur le rédacteur, la manière dont se prennent les bains de vapeurs au Martouret. Sans doute, le tableau vous paraît effrayant et ne semble pas fait d'abord pour gagner vos sympathies à ce mode de traitement; au lieu d'un moyen de guérison, j'ai bien l'air de proposer un supplice de plus aux malheureux que torture le principe rhumatismal. C'est bien là l'impression que me fit le récit du procédé; mais je voulus voir par moi-même et je me félicite de l'avoir fait; je me suis épargné un faux jugement. Ne devrait-on pas toujours, en médecine comme ailleurs, attendre d'avoir vu et bien vu pour juger? Mais la confiance en soi est une faiblesse trop naturelle, et la passion colorera toujours les objets d'une fausse clarté.

J'ai donc vu, Monsieur le rédacteur, et c'est ce que j'ai vu et éprouvé que je vous ai décrit.

Dans ce mode de traitement, vous remarquerez, Monsieur, deux principes distincts : le calorique d'une part, et de l'autre les vapeurs résineuses. D'après la puissance reconnue de ces deux ordres d'agens, vous comprendrez toute la puissance thérapeutique du traitement dont je vous entretiens. Vous le savez, Monsieur, on a donné le calorique comme le type des excitants, et un médecin célèbre que la science a perdu récemment le regardait comme le *stimulant radical du sens vital* : c'est qu'en effet, il ne s'opère aucun acte dans l'économie auquel il ne préside, si bien qu'on l'a regardé comme une des causes prochaines de la vie. « Son emploi thérapeutique, dit M. Pidoux, nous est suggéré par les opérations naturelles de l'organisme sain et malade. Élément essentiel de toutes les réactions salutaires, condition nécessaire de tout phénomène vital, on conçoit très bien jusqu'à quel point son application, habilement dirigée, peut être précieuse pour modifier un organisme ou un organe malade. »

Représentons-nous un homme plongé dans une étuve sèche, et dont la température s'élève au-dessus de 35 ou 40 degrés. Que va-t-il se passer? Le calorique impressionnant le système nerveux de notre sujet, les principaux appareils organiques vont devenir le siége de mouvemens remarquables d'expansion et d'exaltation; en un mot, nous allons voir se développer des phénomènes analogues à ceux de la fièvre inflammatoire, ou mieux à ceux qui caractérisent les deuxième et troisième stades de la fièvre intermittente légitime. Les contractions cardiaques augmentent de fréquence et de force; le sang, poussé plus énergiquement, communique aux organes une superstimulation qui se traduit par des troubles variables, suivant la nature des appareils fonctionnels. La peau ne va pas tarder à présenter une teinte rosée, et les veines superficielles à devenir tendues et plus saillantes; le corps paraît, en somme, augmenter de volume, et cette intumescence devient plus évidente à la face, aux paupières et aux mains. Du côté de la poitrine, même excitation : le sang, arrivant aux poumons en plus grande abondance, active l'hématose et force les mouvemens respiratoires à s'accélérer; d'autre part, la raréfaction de l'air, causée par la chaleur, amenant le même effet, il va en résulter de la suffocation, de l'hanhélation, et un trouble qui ne tarderait pas à aller jusqu'à l'altération de l'organe et même à l'anéantissement de la fonction. Du côté de l'encéphale, phénomènes analogues : notre sujet d'observation éprouverait bientôt de la céphalalgie, de l'étourdissement, des tintemens d'oreilles, des illusions.....

Tels sont les principaux symptômes que présentera l'homme plongé dans les conditions que nous avons supposées. Je ne prétends pas faire un tableau complet du fait, et cette esquisse rapide me suffira, j'ai voulu seulement rappeler que cette excitation générale offre bien des rapports avec celle qui accompagne la fièvre.

Or, vous comprenez, Monsieur le rédacteur, tout le parti que l'on peut tirer de cette fièvre factice et les puissantes ressources qu'elle offre au médecin. Ce n'est pas auprès de vous, Monsieur, qui vivez dans ce milieu si philosophique et si pratique à la fois de l'École de Montpellier, qu'il me faudrait insister pour expliquer le rôle de la fièvre dans quelques affections à manifestation lente et pour en démontrer l'utilité (1). Sans admettre toute la théorie des anciens sur la fièvre, ni toutes leurs rêveries sur la coction, les humeurs peccantes et les crises, on doit prendre, sans craindre le ridicule, la part de vérité que l'expérience et le raisonnement approuvent dans ces idées, et, sans doute, cette part n'est pas aussi minime que l'avait faite l'École physiologique. Oui, je ne crains pas de la dire, malgré l'autorité de M. Grisolle (2), la fièvre *n'est pas toujours un mal*, et il n'est pas vrai *qu'il faille, quelle que soit sa forme, sa nature, se hâter de la guérir*; non, il n'est pas vrai de dire, *qu'il ne faille jamais la provoquer*. Quand un principe morbifique a pénétré l'économie, il faut qu'il sorte, si on ne peut le neutraliser. Voyez, pour recourir à l'exemple le plus simple, ce qui se passe chez un homme ivre : l'alcool, absorbé par les capillaires et les veines, imprègne les tissus et le modifie à sa manière; une fièvre s'allume alors plus ou moins forte, qui élimine le principe toxique par l'exhalation pulmonaire, les urines et les sueurs, et bientôt tout rentre dans l'ordre. Les cas analogues ne sont point rares, mais cet exemple suffit, et je passe outre.

Or, si la fièvre est dans quelques circonstances d'une incontestable utilité, quelles sont ces circonstances? Pour répondre à cette question, j'aborderai un des sujets les plus importans de la médecine pratique et en même temps les plus difficiles. Je n'ai ni la force ni le talent de refaire un mémoire qu'un Dumas seul pouvait entreprendre. Je me bornerai à dire avec Grimaud que le médecin aura les plus grands avantages à retirer de la provocation de la fièvre dans presque toutes les maladies chroniques, lorsqu'il n'existera pas de lésion organique ou d'autre cause matérielle assez grave pour être au-dessus des ressources de la nature et de l'art. Signalons, comme entrant dans cette catégorie, les maladies chroniques survenues à la suite de maladies aiguës mal traitées; nous en trouverions mille exemples dans la classe des phlegmasies. Ce qu'il y a de fâcheux, en effet, dans ces maladies, c'est leur lenteur, et la première indication est de les amener à l'état d'une affection aiguë qui présente plus de simplicité et qui permette de la mieux combattre. La fièvre décide presque sûrement ce retour; mais, avant d'entreprendre cette conversion, le médecin devra juger si les dangers attachés à l'affection aiguë sont moindres que ceux qui accompagnent la maladie sous sa forme chronique : *Si non prodeas, saltem non noces*. En second lieu, nous signalerons les maladies chroniques, nerveuses, spasmodiques, qui tiennent à l'influence erratique d'un principe morbifique, tel que le rhumatismal, le goutteux.

(*La fin au prochain numéro.*)

(1) Les considérations que je vais vous présenter me sont venues à l'esprit lors de ma visite au docteur Alex. Benoit, qui dirige avec talent un établissement de cette nature au Matouret, site des plus pittoresques que l'on puisse voir sur les bords de la Drôme, aux portes de Die.

(1) « *Præfecto enim est febris ipsa naturæ instrumentum, quo partes impuras à puris secernat : hoc illa modo planè imperceptibili præstat ab initio, atque etiam in morbi, verum in ejusdem declinatione apertiùs atque manifestiùs idem opus aggreditur.* » (Sydenham, *Opera medica*, t. I, p. 35, MDCCLXIX.) — « *Periti itoque et prudentis est medici, motuum qui fiunt in morbis naturam et effectus probè cognoscere et in salutarem finem convenienti auxilio convertere.* » (F. Hoffman, *Medicinæ rationalis system.*, t. II, p. 87, MDCCXXXVIII).

(2) *Traité de pathol. interne*, t. I, p. 13.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances d'Avril 1853. — Présidence de M. le docteur AMEUILLE.

Dans le mois d'avril, la Société a reçu au nombre de ses membres correspondans, M. le docteur ANGLADA, médecin à Tours, secrétaire général de la Société de médecine d'Indre-et-Loire.

Elle a également nommé membres titulaires, MM. les docteurs PIVENT et GILBERT, médecins à Paris.

Dans sa dernière séance du mois, M. Henri LABARRAQUE a fait à la Société un rapport écrit concernant la vérification des décès. L'importance de la question agitée par M. Labarraque, et de la discussion qui a suivi la lecture de son rapport, intéressant à un haut degré la profession médicale, nous en signalerons les passages les plus importans :

Messieurs,

Vous avez confié à deux membres de la Société, M. Bonassies et moi, le soin de prendre connaissance et de vous rendre compte d'une lettre, en date du 10 mars dernier, adressée de Nîmes à notre président, par un honorable confrère, M. le docteur Boileau de Castelnau, et relative à une question qui vous avait occupés quelques semaines, auparavant, celle de la vérification des décès.

Vous n'avez pas oublié, Messieurs, à quelle occasion la question de la vérification des décès et de ses inconvéniens s'est présentée devant vous (voir l'UNION MÉDICALE du 19 février 1853). Un de nos excellens collègues, M. le docteur Bonnassies, ayant eu le malheur de perdre subitement et au milieu de la convalescence, un petit malade qu'il avait, quelques jours auparavant, arraché à une mort qui paraissait inévitable, s'était vu en butte aux reproches aussi injustes que déplacés d'une famille égarée par la douleur. Cette famille interprétant sottement, dans son ignorance, les paroles probablement très naturelles du médecin vérificateur des décès, s'était permis de les traduire, sans les comprendre, et d'en faire un blâme infligé par le médecin de l'autorité à la conduite et au traitement de notre collègue, dont vous avez, tous, apprécié le dévoûment et la longue expérience. Notre collègue, justement blessé, s'était empressé de verser ses chagrins dans le sein de la Société, dont le sympathique intérêt ne pouvait lui faire défaut.

Cette communication ayant amené l'échange de quelques réflexions de la part de plusieurs membres présens, le compte-rendu de vos séances, publié par les journaux, vous a valu, de notre honorable confrère M. Boileau de Castelnau, la lettre que vous avez renvoyée à notre examen.

. . . . Notre confrère de Nîmes ne dit rien moins que ceci dans son premier paragraphe, savoir : Que l'Institution des médecins vérificateurs des décès est complètement inutile, et qu'il appartient à la Société médico-pratique d'en provoquer la suppression. . . . . . M. Boileau ajoute que l'institution n'aurait, tout au plus d'utilité, que dans les cas ou l'autorité peut craindre un crime, et, conséquemment, que la présence d'un médecin investi de la confiance de l'autorité, devrait être restreinte à ces cas seulement, puisque la déclaration du médecin de la famille doit emporter, de droit, toutes les convictions.

. . . . Un vrai et incontestable principe, selon nous, c'est que la possession du diplôme ne commande pas forcément et nécessairement la confiance du public et de l'autorité. La possession de ce diplôme recommande seulement celui qui en est pourvu. Elle lui crée seulement un titre, une aptitude à acquérir cette confiance, qui ne peut se donner que librement, et doit être le prix de la valeur morale, personnelle de l'homme.

Conséquemment, on ne peut pas dire d'une manière fondée, que l'autorité doit une confiance égale à tous les médecins pour la vérification des décès. L'autorité qui délègue une portion de ses pouvoirs, n'est justifiable, pour ce fait de délégation, que d'elle-même et de sa conscience.

Nous ne croyons pas qu'on soit mieux fondé à conseiller de restreindre l'intervention du médecin vérificateur, aux seuls cas où il y a suspicion de crime; car, s'il en était ainsi, le fait seul de la vérification serait, pour les familles qui en seraient l'objet, déplorablement fâcheux et pénible, même après qu'un examen consciencieux des circonstances aurait écarté des soupçons non justifiés.

. . . . Est-ce à dire qu'en reconnaissant la haute utilité de la vérification officielle des décès telle qu'elle existe à Paris, nous la trouvions, dans l'application, absolument parfaite et dénuée de toute espèce d'inconvéniens? Non, Messieurs, nous sommes également éloignés et du pessimisme de notre confrère et d'un optimisme que l'expérience viendrait bientôt démentir.

Nous croyons au contraire qu'il existe des inconvéniens graves à

plusieurs points de vue, mais que ces inconvéniens peuvent facilement être évités ou considérablement atténués.

Ces inconvéniens sont de deux espèces : ceux qui pèsent sur la Société en général, et sur les familles ; ceux qui frappent surtout notre profession et les hommes dévoués qui l'exercent.

Parlons d'abord de la Société : l'intéret général doit toujours dominer l'intérêt particulier. Certes, on peut le dire, rien n'est plus pénible pour une famille au désespoir qui vient de perdre un de ses membres, que la série de formalités par lesquelles elle doit passer pour arriver à l'inhumation. Une des plus pénibles entre autres est la visite et l'interrogatoire du médecin vérificateur, et la contre-visite du médecin inspecteur. Il faut pourtant que chacun s'y soumette : c'est la loi, elle est égale pour tous, elle est la garantie de la sécurité de tous.

Ce n'est pas tout : cet interrogatoire, cette enquête à laquelle doit se livrer le dépositaire de la confiance municipale, et qui est si pénible à supporter pour les familles, le devient parfois bien plus encore par des circonstances qui tiennent souvent plutôt à la faiblesse humaine qu'au vice de l'institution, ou à l'insuffisance ou au manque de tact des médecins qui en exercent les fonctions.

Il est un fait constant, avéré, irréfragable, c'est que toutes les fois qu'il y a décès dans une famille, il y dans cette famille ou dans ses connaissances, une tendance à imputer au médecin qui a soigné la personne décédée l'insuccès dont ses soins ont été suivis. Quelque injuste que soit cette conjecture, quelle que soit l'incompétence du public en pareil cas, le fait est là : le médecin est souvent accusé, il est toujours exposé à l'être. L'interrogatoire du médecin de l'autorité exagère pour lui, dans une proportion énorme, le danger de cette injustice si blessante pour son caractère. Les paroles les plus naturelles, le moindre geste du médecin de l'autorité sont épiés, commentés, interprétés, trop souvent, disons-le à regret, au détriment du médecin traitant.

. . . . Donc, il y a dans cette enquête de véritables inconvéniens. L'interrogatoire est un accroissement de douleur pour les familles, un danger pour leur médecin, quels que soient le tact, la mesure qu'apportent dans leurs fonctions les vérificateurs des décès.

Il importerait donc, s'il était possible, comme nous le croyons, de les éviter complètement, ou tout au moins de les atténuer. Mais comment atteindre ce but, en respectant tout à la fois la douleur et les scrupules des familles, et la juste sollicitude de l'autorité ?

Il suffit, suivant nous, quand un malade est mort, malgré les soins et le dévoûment de son médecin, de laisser au domicile du défunt *une note concise énonçant en termes scientifiques* que le malade a succombé à une cause pathologique qui exclut toute idée de mort violente.

Par cette mesure si simple, si facile, si naturelle, l'homme de l'autorité sait tout d'abord ce qu'il a mission de rechercher dans l'intérêt général, et il n'a plus rien à demander. Dès lors, plus d'interrogatoire, plus de ces questions douloureusement importunes, plus de ces craintes qu'on s'est peut-être exagérées dans cette enceinte, plus de ces interprétations dont nous redoutons la malveillance. Tout est sauvegardé : l'intérêt général, l'intérêt et la dignité du corps médical.

Telle est, Messieurs, l'opinion de votre commission. Elle espère que sa conviction sera partagée par la Société, et, c'est sous le bénéfice de ces réflexions, qu'appréciant à sa juste valeur le caractère élevé et les intentions tout à fait louables de l'auteur de la lettre, elle vous propose de la déposer très honorablement dans vos archives, et d'adresser à son auteur les remercîmens de la Société.

Plusieurs membres demandent la parole sur ce rapport.

M. Trèves : Si l'institution des médecins des vérificateurs des décès est d'une utilité réelle, il n'en est certainement pas de même de la création des inspecteurs. Cette organisation du service des inspecteurs a, en effet, quelque chose d'inquisitorial à l'égard des médecins vérificateurs, et semblerait être, de la part de l'autorité, la marque évidente d'une confiance limitée dans la manière dont ces médecins s'acquittent de leurs devoirs.

Passant à un autre point de vue, j'ajouterai que la légèreté apportée par les médecins vérificateurs, dans la mission si grave qu'ils sont appelés à remplir, est parfois l'occasion d'abus extrêmement fâcheux. Dernièrement, j'ai eu le malheur de n'être pas chez moi, quand on vint en hâte me chercher pour assister une de mes clientes en travail d'enfantement, jeune et honnête femme d'ouvrier, primipare, heureuse, comme elle me l'avait dit bien des fois, d'une grossesse qui allait bientôt la rendre mère. Cette femme, surprise par les douleurs, accoucha seule, sans secours, d'un enfant vivant. Malheureusement personne, parmi les assistans en émoi, n'osa couper ni lier le cordon ; et avant qu'un médecin qu'on courut chercher de tous côtés fût arrivé, l'enfant, depuis près de deux heures, avait cessé de vivre. Eh bien, Messieurs, qu'est-il arrivé ? C'est que le médecin, vérificateur des décès, après avoir interrogé cette femme, a osé l'accuser d'avoir tué son enfant. L'inspecteur étant survenu à son tour, a renchéri sur l'accusation formulée par le médecin vérificateur. Ainsi, ce n'était pas assez pour cette pauvre mère, qu'une série de circonstances fâcheuses l'eût privée de son enfant, il a fallu encore qu'on vînt gratuitement l'accuser.

M. Gaide : Je ne partage pas la susceptibilité de M. Trèves, à l'égard de l'institution des inspecteurs de la vérification des décès. Je ne puis voir là la preuve, de la part de l'autorité, d'un défaut de confiance dans les médecins vérificateurs. Il est de principe, en administration, que tout service public doit être contrôlé, et celui de la vérification des décès ne peut évidemment pas faire exception à cette règle si sage.

M. Charrier : Notre confrère de Nîmes n'a pas envisagé la question de la vérification des décès d'une manière complète. Cette vérification par l'autorité, ou par des médecins délégués, est indispensable dans les grands centres de population. Dans les petites villes, dans les campagnes, elle est moins nécessaire. Là, en effet, il n'y a pas moyen de cacher une mort violente, de soustraire un cadavre, à cause de la notoriété publique qui sait tout et voit tout.

M. Bonnassies : L'utilité des inspecteurs est évidente. J'en citerai un exemple. Un petit garçon de 7 à 8 ans, étant mort à la suite de coups et de mauvais traitemens exercés contre lui par ses parens, le médecin vérificateur des décès, sans examen d'aucune sorte, délivra le certificat d'inhumation. Quelques heures après, on apportait des pompes funèbres la bière destinée à recevoir le cadavre. A la vue de cette bière, la concierge, à laquelle on avait caché cette mort, n'hésita pas à dire tout haut, à qui voulait l'entendre, que le petit garçon avait probablement été assassiné par les parens. Je fus aussitôt requis par le commissaire de police du quartier. L'autopsie, faite à la morgue avec un autre confrère, révéla l'existence, sur le corps de cette enfant, de plus de quinze lésions traumatiques dont quelques-unes, situées sur le crâne, avaient déterminé à la base du cerveau un épanchement mortel. L'affaire, devenue criminelle, suivit son cours ordinaire, et amena la condamnation des parens aux travaux forcés. Le médecin des décès fut immédiatement destitué.

Quant au conseil donné par M. le rapporteur de laisser une note pour le médecin vérificateur, à titre de renseignemens, cela n'est pas toujours facile. Il faudrait que le médecin traitant fût présent quand le malade vient de mourir, ou bien inviter les parens, après le décès, à venir chercher une note chez lui, ce qui est également ou à peu près inexécutable.

M. Perrin : Je crois cependant qu'il est bon de laisser une note, *quand cela se peut*, dans laquelle on indique l'affection à laquelle le malade a succombé, les noms et l'adresse du médecin et du pharmacien qui ont fourni, l'un ses soins, l'autre les médicamens ; mais il ne faudrait pas croire, avec M. Labarraque, que cette précaution dispensera toujours le médecin vérificateur de se livrer à l'enquête qu'il jugera convenable de faire. Dernièrement, j'ai accouché une femme, primipare, d'un enfant mort-né, à sept mois de grossesse seulement. L'accouchement prématuré avait eu lieu à la suite de fatigues considérables, à l'occasion d'un déménagement. En présence des signes de putréfaction constatés sur le cadavre, on pouvait certainement faire remonter la mort du fœtus à plus de dix jours. Eh bien ! la note circonstanciée laissée par moi n'a pas empêché le médecin vérificateur, et, quelques heures après, l'inspecteur lui-même, de faire subir à cette jeune femme un long interrogatoire.

M. Tessereau : Je demanderai à dire un mot. L'investigation minutieuse apportée par l'autorité dans le cas que vient de citer M. Perrin, et malgré la note laissée par lui, n'a rien qui doive surprendre, si l'on songe un moment à la fréquence des avortemens criminels. Cette enquête successive du vérificateur et de l'inspecteur a pour but, dans l'espèce, de s'assurer si, dans les réponses faites à chacun d'eux, il n'y aurait pas des contradictions susceptibles d'éveiller des soupçons. C'est le moyen unique d'arriver à la vérité dans les cas si nombreux d'avortemens, inexpliqués dans leur cause, dont les mairies reçoivent tous les jours les déclarations.

M. le Président, avant de clore la séance, déclare qu'il résulte de la discussion qu'on vient d'entendre :

1° Que le service officiel de la vérification des décès, tel qu'il existe à Paris, est d'une utilité incontestable dans les grandes villes ;

2° Que le meilleur moyen, quant à présent, d'atténuer les inconvéniens qu'on vient de signaler dans son fonctionnement, c'est, pour chaque médecin qui vient de perdre un malade, de laisser entre les mains de la famille, pour être remise au vérificateur des décès, une note qui dispensera celui-ci, dans la plupart des cas, de se livrer à une enquête devenue à peu près inutile.

M. le Rapporteur, n'ayant rien remarqué, dans les faits apportés dans la discussion, qui pût l'engager à modifier les conclusions de son rapport, a proposé à la Société, qui les a votées, de les mettre purement et simplement aux voix.

Le secrétaire, Dr Perrin.

PRESSE MÉDICALE.

Gazzetta medica sarda. — Mai 1853.

Observations pratiques sur l'action thérapeutique de l'huile de foie de morue ; par le docteur Musizzano.

Nous avons fait connaître, en son temps, les recherches de M. Musizzano, relatives à l'emploi de l'huile de foie de morue à l'extérieur dans le traitement du rhumatisme chronique. Dans le travail que nous avons sous les yeux, l'auteur s'est proposé de déterminer quelles sont les indications principales de l'emploi de ce médicament, et comment on peut comprendre son mode d'action dans les diverses maladies dans lesquelles il a été recommandé et employé avec succès. Voici les conclusions de ce travail :

1° L'huile de foie de morue, de bonne qualité et sans altération, est une substance éminemment médico-nutritive, de beaucoup supérieure à toutes les autres substances grasses et huileuses ; elle constitue, par conséquent, une ressource précieuse dans tous les cas dans lesquels il est utile de donner de l'aliment, de la vie, de l'énergie aux organes, aux appareils, aux fonctions, à tout l'organisme enfin.

2° L'huile de foie de morue est un puissant remède dans la tuberculisation scrofuleuse, à son début, c'est-à-dire dans sa première période ; bien qu'elle puisse avoir des effets salutaires dans celle de la seconde période et même amener des guérisons. C'est au contraire un agent pernicieux dans les affections tuberculeuses, qui tiennent à une hypérémie ou à une phlogose du système respiratoire ou qui sont entretenues par celle-ci.

3° Dans la troisième période de la phthisie pulmonaire, dans celle dont P. Frank a pu dire *vera phthisi laborantem, nec unum sanare potuimus*, on peut regarder l'huile de foie de morue comme un moyen thérapeutique de peu de valeur ou même sans valeur aucune ; néanmoins, ce médicament peut encore, dans quelques cas, être utile en activant le travail de la nutrition et en fournissant à l'organisme des matériaux assimilables, de manière à soutenir les forces et à donner à la nature le temps de triompher de la maladie.

4° L'huile de foie de morue est encore un remède efficace dans les affections rhumatismales et goutteuses, dans les maladies des os, les paralysies, les paraplégies, les dermatoses, en somme dans toutes les maladies qui sont une manifestation symptomatique de la diathèse strumeuse ou scrofuleuse.

5° Employée à l'extérieur, comme j'en ai fait usage depuis nombre d'années, l'huile de foie de morue peut être utile, une fois que l'on est venu à bout des symptômes congestifs et inflammatoires par des moyens appropriés, pour résoudre les dépôts de synovie dans les articulations, et peut-être même pour amener la résolution des adhérences intra-articulaires, pourvu qu'elles soient récentes et incomplètes ; c'est donc un moyen utile dans l'ankylose et la raideur des articulations.

6° Enfin, en tant que substance à la fois innocente et douée de propriétés nutritives et médicales incontestables, l'huile de foie de morue peut trouver sa place dans tous les cas à fond strumeux et dans les maladies dans lesquelles il peut être utile de rendre au sang apauvri ses globules, de soutenir les forces affaiblies et d'améliorer la composition du sang.

Gazzetta medica lombarda. — 1er Trimestre 1853.

Expériences chimiques sur les liquides des personnes qui prennent à l'intérieur des préparations d'iode ; par le dr Namias.

Nous avons fait connaître, il y a quelque temps, les belles recherches de M. Bernard, relatives à l'élimination de l'iode par la salive. Voici quelques expériences de M. Namias, qui ont pour but de signaler des particularités pathologiques relatives à cette élimination par la salive et par l'urine. Nous nous bornons à en donner les conclusions :

1° L'iodure de potassium pénètre plus facilement dans la circulation que les émulsions iodées ;

2° C'est à tort que M. Foucart et M. Marchal ont conclu de l'apparition de l'iode en moins grande quantité dans les urines, à la persistance plus grande dans l'économie des émulsions iodées, relativement à l'iodure de potassium ;

3° Les émulsions iodées agissent toutefois plus énergiquement dans certains cas, à cause de propriétés spéciales qui leur appartiennent ;

4° La présence de l'iodure de potassium peut être reconnue dans les urines et dans la salive, mais plus longtemps dans les premières que dans la seconde ;

5° C'est le contraire que l'on voit dans certaines maladies des reins ; et comme alors l'action supplémentaire des glandes salivaires est insuffisante à débarrasser l'organisme de ce principe hétérogène, il s'en suit que les urines peuvent en contenir encore dix-huit jours après qu'on en a cessé l'usage ;

6° Les reins jouent le principal rôle dans l'expulsion de l'iodure de potassium ; aussi peut-on regarder comme signe de leur maladie cette permanence des substances hétérogènes ;

7° Toutes les fois que les médecins prescrivent cet agent, ils doivent examiner les urines pour constater quelle est sa persistance dans l'économie, et si elle se prolonge trop, il faut y renoncer ou l'administrer en plus petites quantités ;

8° Il peut arriver, soit par suite de la persistance plus grande de cet agent thérapeutique dans l'organisme, soit par toute autre condition particulière, que l'iode finisse par entrer dans la composition des matériaux organiques immédiats.

VARIÉTÉS.

EMPLOI DU PAPIER SALPÊTRÉ DANS L'ASTHME.

L'emploi de cet agent dans l'asthme a été préconisé par un médecin breton, M. Letanneur, qui l'a essayé sur lui-même avec succès. Pour le préparer, on prend un verre à vin de Bordeaux, rempli d'eau ; on jette dans cette eau quinze grammes de sel de nitre. Si tout le sel n'est pas dissous vous en concluez que l'eau est saturée ; alors vous trempez dans cette liqueur du papier à écolier ; vous le faites sécher ; vous le roulez en forme de cigarettes et si vous allumez celles-ci, vous les voyez brûler comme de l'amadou. On place une de ces cigarettes en ignition sous le nez et on aspire la fumée qui s'en dégage, par les narines.

Ce moyen très-simple, dont il serait difficile d'expliquer le mode d'action, vient d'être vivement recommandé par M. Trousseau dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. Il nous a fréquemment réussi. Une de nos malades, après avoir inutilement épuisé toute la série des remèdes anti-asthmatiques, a eu recours avec le plus grand avantage au papier nitraté : dès qu'elle se sentait prise de son oppression, elle respirait la fumée qui se dégageait de ce papier placé dans sa chambre à coucher, l'accès d'asthme cédait immédiatement. Après quelques jours d'emploi de ce moyen à titre de remède préventif, l'asthme essentiel dont cette dame était atteinte depuis plusieurs mois, avait entièrement disparu pour ne plus revenir.

(*Annales médicales de la Flandre occidentale.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'emploi du chloroforme et de ses différentes applications, par M. A. Yvonneau, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies et membre du Conseil d'hygiène publique de l'arrondissement de Blois, membre correspondant de la Socité médicale d'émulation de Paris, de la Société médicale d'Indre-et-Loire, etc., etc. — Prix : 2 fr. 50 c.

Paris, 1853, Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 17.

Névrologie, ou Description et iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme avec leur mode de préparation ; par MM. Ludovic Hirschfeld, docteur en médecine de la Faculté de Paris, et J.-B. Léveillé, dessinateur.

Dixième livraison, in-4°, figures noires,		5 fr.
figures coloriées,		10 fr.
L'ouvrage complet, comprenant 368 pages et 92 planches,	fig. noires,	50 fr.
— —	fig. color.,	100 fr.

A Paris, 1853, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Traité des eaux d'Ax (Ariège) ; par le docteur Constant Alibert, médecin-inspecteur. — Un volume in-8, avec cinq planches. — Prix : 4 fr. 50 c.

Paris, 1853, Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 17.

RAPPORT à M. le Préfet de police sur la question de savoir si M. le docteur Auzias-Turenne peut être autorisé à appliquer ou à expérimenter LA SYPHILISATION à l'infirmerie de la prison St-Lazare. Par MM. les docteurs Mélier, président, Philippe Ricord, Denis, Conneau, et Marchal (de Calvi), secrétaire rapporteur. — Publié par décision de M. le Préfet de police.

Grand in-8°, Paris, 1853, aux bureaux de l'Union Médicale, rue Saint-Georges, n° 12. Prix : 2 fr.

Notice médicale sur les bains d'Ems (Bad-Ems), par M. le docteur Fauconneau-Dufresne. Prix : 1 fr.

Se vend au bureau de l'*Union Médicale*.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 85. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 19 Juillet 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PATHOLOGIE.

DE QUELQUES PSEUDO-PERFORATIONS INTESTINALES (1) ;

OU EN D'AUTRES TERMES,

DES PÉRITONITES SURVENANT COMME COMPLICATION DANS CERTAINES MALADIES AIGUES, NOTAMMENT DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE, ET POUVANT SIMULER LA PERFORATION DE L'INTESTIN.

Par M. le docteur THIRIAL.

(Mémoire présenté à la Société médicale des hôpitaux de Paris.)

Si le fait nouveau que j'ai essayé d'établir, considéré comme complication de la fièvre typhoïde, a son importance sous le double rapport du diagnostic et du pronostic, je crois qu'il est encore possible de le faire intervenir utilement dans la grave question de la curabilité des perforations intestinales.

Personne n'ignore que les médecins anglais qui se sont occupés très spécialement de ce sujet, entre autres Stokes, Graves et Griffin, ont rapporté un certain nombre de faits qu'ils n'hésitent pas à donner comme des guérisons de perforations, obtenues principalement à l'aide des narcotiques à haute dose; et l'on sait aussi que la médecine française croit pouvoir citer également quelques cas du même genre avec terminaison heureuse.

Mais ces faits, déjà très peu probans par eux-mêmes, aux yeux de quelques bons esprits, me paraissent désormais passibles d'une objection des plus graves, car elle tend à en annuler toute la valeur. En effet, n'y a-t-il pas lieu de se demander avant tout si, dans les cas suivis de guérison, on avait eu réellement affaire à de véritables perforations, avec épanchement des matières contenues dans l'intestin? Les malades ayant guéri, la preuve directe et anatomique de la perforation a dû faire nécessairement défaut, et le diagnostic n'a jamais reposé que sur les signes rationnels qui ont pu facilement induire en erreur.

A ce sujet, qu'on n'aille pas m'objecter le cas cité par Stokes, où l'autopsie démontra l'existence d'une perforation; car ce fait n'est pas un exemple de guérison, puisqu'il y a eu autopsie, mais il témoigne uniquement de la possibilité d'une amélioration momentanée dans les symptômes de la maladie; et rien ne prouve que, sans le purgatif intempestivement donné, cette amélioration se fût soutenue, et eût été suivie d'une guérison définitive.

Après les faits que je viens de rapporter, n'est-il pas permis de supposer que ces soi-disant perforations n'étaient que de simples péritonites plus ou moins circonscrites, qui ont pu entrer en résolution, sans qu'il y ait lieu de s'en étonner aucunement. Qu'on veuille bien relire à ce point de vue les observations de guérison, d'ailleurs peu nombreuses, qui ont été publiées dans ces derniers temps; et l'on pourra s'assurer que, dans la plupart de ces cas, même les plus probans en apparence, le diagnostic porté n'était rien moins que certain et incontestable.

Toutefois, je ne prétends pas nier d'une manière absolue la possibilité de la guérison dans certaines perforations. Il est permis de supposer à cet égard un concours de conditions heureuses tout à fait exceptionnelles, qui peuvent faire admettre *à priori* l'obturation presque immédiate de la solution de continuité, et consécutivement la cure définitive. Mais ce que je tiens à faire sentir, c'est, d'une part, que les perforations survenant dans le cours de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire liées à une ulcération intestinale, se trouvent dans les conditions de curabilité les plus défavorables; et d'autre part, que les faits sur lesquels on s'est appuyé jusqu'ici, ne sont rien moins que concluans; aussi, pour se mettre à l'abri d'une cause d'erreur des plus capitales, sera-t-il nécessaire de tenir compte à l'avenir de l'élément nouveau de diagnostic, qui ressort de nos recherches et de nos observations.

(1) Voir les numéros des 14 et 16 Juillet 1853.

Ici, je ne dois pas omettre une réflexion qui a son importance. On a pu remarquer que, dans tous les faits que je viens de rapporter, la terminaison avait été rapidement funeste, bien qu'on n'eût à faire ici qu'à des péritonites sans perforation.

Mais il ne faudrait pas en conclure que les choses doivent se passer toujours ainsi. On conçoit, au contraire, qu'une péritonite, non compliquée, survenant dans la convalescence de la fièvre typhoïde, ne devra pas présenter, toutes choses égales d'ailleurs, l'extrême gravité de la péritonite résultant d'une perforation. Il y a à cela des raisons d'une évidence telle, qu'il serait inutile d'y insister.

Supposons donc que la péritonite soit simple; que cette péritonite soit primitivement locale, et qu'ultérieurement elle reste assez circonscrite; supposons encore que le malade se trouve dans des conditions de santé antérieure, ou de résistance vitale aussi favorables que possible, n'y aura-t-il pas lieu d'espérer que cette forme de péritonite devra offrir certaines chances de curabilité, et que la maladie, bien que très intense et même très grave au premier aspect, sera susceptible d'entrer en résolution, même assez rapidement?

A l'appui de cette opinion, je pourrais invoquer plusieurs sortes de témoignages; mais en ce moment je me bornerai à rapporter sommairement un fait qui s'est passé assez récemment au sein de la Société médico-pratique, à laquelle j'ai l'honneur d'appartenir.

Un des membres les plus distingués de cette Société nous faisait une communication sur quelques péritonites qu'il venait de traiter avec succès; et, entre autres observations, il en citait une qui devait être, pour nous, des plus instructives.

Il s'agissait d'une jeune femme à qui il avait donné ses soins pour une fièvre typhoïde, d'ailleurs assez peu grave. La maladie était arrivée à l'époque de la convalescence, et tout semblait devoir aller au mieux, lorsque cette femme, cédant à des conseils imprudens, et espérant se donner plus vîte des forces et hâter ainsi son rétablissement, commit la faute de faire un repas assez copieux, composé d'alimens de digestion difficile.

Peu d'heures après, la malade avait été prise subitement de nausées et de vomissemens répétés; et bientôt ces premiers accidens s'étaient accompagnés d'une très vive douleur dans l'abdomen, de refroidissement des extrémités, d'altération des traits, de prostration des forces, et d'autres symptômes des plus graves.

On pressent quel avait été ici le diagnostic : pour notre confrère, il s'agissait, à n'en pas douter, d'un cas de perforation intestinale. Comme d'ailleurs au moment de sa communication à la Société, sa malade se trouvait être dans un état assez satisfaisant, il présentait ce fait comme d'autant plus digne d'intérêt, que tout lui donnait lieu d'espérer bientôt une terminaison heureuse; et qu'ainsi on allait avoir à enregistrer un nouvel exemple de guérison dans une perforation intestinale.

Mais il devait, à cet égard, se présenter quelques contradicteurs.

Pour mon compte, certaines circonstances de ce fait venaient de me remettre en mémoire les cas analogues dont autrefois j'avais été témoin. Aussi tout d'abord il s'était élevé dans mon esprit des doutes involontaires sur la réalité d'une perforation; et ces doutes, la perspective d'une issue aussi exceptionnellement favorable n'était guère de nature à les dissiper.

Mais quand j'en vins à émettre ces doutes, et à objecter qu'à la rigueur il pourrait bien n'y avoir là-dessous qu'une simple entéro-péritonite, survenue *ex-abrupto* à la suite d'un grave écart de régime, notre collègue ne put dissimuler son étonnement, en entendant contester un diagnostic que tout lui paraissait devoir rendre incontestable. En effet, ne pouvait-il pas invoquer en faveur de ce diagnostic l'invasion soudaine des accidens, et la réunion de la plupart des signes classiques attribués à la perforation? Bref, n'avait-il pas pour lui l'expérience et l'autorité des maîtres?

Deux avis différens se trouvaient donc en présence : mais dans l'état où en étaient les choses, il était nécessaire d'attendre pour se prononcer, car la marche de la maladie pouvait seule décider de quel côté se trouvait la vérité.

Or, voici ce qui arriva :

La malade avait été soumise, dès le début, au traitement le plus rationnel (émissions sanguines locales, opiacés à l'intérieur, onctions avec la pommade mercurielle à haute dose, etc.). Sous l'influence de cette médication, les accidens, comme nous l'avons déjà fait entrevoir, loin de s'accroître, avaient paru s'enrayer dès le principe; bientôt ils avaient continué s'amender d'une manière aussi rapide qu'inespérée. Bref, les choses allèrent si vite et si bien, qu'au bout de peu de jours, il ne restait plus trace d'une affection qui, tout d'abord, s'était annoncée avec l'appareil de symptômes les plus menaçans.

Dès lors, la question était jugée. En présence d'un rétablissement obtenu si promptement et à si peu de frais; en présence surtout d'une cure aussi complète, qui n'avait pas laissé après elle le moindre reliquat, soit sensibilité ou engorgement dans le siége d'élection de la lésion supposée, il n'était plus possible en vérité de conserver aucune incertitude sur le diagnostic. Aussi devint-il évident pour tout le monde que, malgré les apparences les plus insidieuses, il n'y avait pas eu ici de perforation intestinale, mais que tout devait se réduire à une phlegmasie superficielle, bien qu'assez vive, de l'intestin et du péritoine.

A cette occasion, qu'il me soit permis de faire remarquer que le cas de guérison observé dans le service de M. Chomel, et publié en 1837 dans la *Gazette médicale* par M. Pétrequin, n'a rien de plus probant en faveur de la perforation que celui que je viens de citer. Je ne craindrai même pas d'ajouter qu'on en pourrait dire à peu près autant de la plupart des autres faits à terminaison heureuse, qui, examinés de très près, me paraissent devoir être rapportés, moins à de véritables perforations qu'à des péritonites plus ou moins localisées, ou à des phlegmasies très aiguës, mais superficielles, de certains organes contenus dans l'abdomen (XLIIme observ. du livre de M. Chomel), ou bien à des invaginations intestinales plus ou moins éphémères, et même quelquefois à de simples entérites aiguës, résultat d'une indigestion.

A cet égard, je dois rendre justice aux auteurs du *Compendium;* les premiers ils ont porté sur ces faits à peu près le jugement que je viens d'exprimer; et de plus, ils ont eu le mérite d'entrevoir les difficultés que recèle cette grave question de diagnostic. Toutefois, après avoir mentionné d'une manière générale la péritonite parmi les maladies qui peuvent simuler la perforation intestinale, on a lieu de s'étonner que ces auteurs aient entièrement omis de parler de cette même affection, à l'occasion des complications de la fièvre typhoïde; et à défaut de faits qui leur fussent propres, on peut regretter surtout de les voir rejeter un peu trop facilement les quelques exemples de ce genre qui semblaient s'offrir à eux, tels que les deux cas cités par MM. Petit et Serres. En effet, ces deux faits, bien que très incomplets sous certains rapports, me paraissent, quoi qu'on en dise, se rapporter bien moins à la perforation qu'à la péritonite simple, survenant comme complication dans la fièvre entéro-mésentérique.

Quoi qu'il en soit, la communication faite au sein de la Société médico-pratique, ainsi que le débat dont elle devint l'occasion, servit à me démontrer de plus en plus une chose qui n'était pas nouvelle pour moi : c'est qu'il existait là une question de diagnostic généralement peu connue, et qu'il pouvait y avoir utilité à s'en occuper.

Comme d'ailleurs, par un heureux hasard, j'avais entre les mains quelques faits inédits qui étaient de nature à répandre un peu de jour sur ce point obscur de médecine pratique, je n'hésitai pas à prendre devant mes collègues l'engagement de les faire connaître.

Telle fut l'origine de ce petit travail.

Resterait maintenant à donner les signes à l'aide desquels on pourrait distinguer sûrement la péritonite avec perforation de la péritonite simple. Ici, il va sans dire que par péritonite simple ou non compliquée, j'entends parler de cette péritonite particulière à forme sur-aiguë, éclatant d'une manière brusque et se généralisant avec une rapidité extrême, telle en un mot qu'elle nous est apparue dans les exemples cités plus haut.

Or, il faut bien le reconnaître, le diagnostic, dans ces conditions, est entouré de grandes difficultés.

Remarquons, en effet, que dans tous ces faits, la maladie se présentait avec le cortége des principaux signes, attribués, par M. Louis, à la péritonite par perforation. Ainsi, outre les nausées et les vomissemens du début, non seulement nous trouvons là une douleur abdominale dont l'apparition avait été des plus subites, et qui s'était accompagnée de l'altération profonde des traits; mais cette douleur offrait encore le double

caractère expressément exigé par M. Louis, à savoir, d'être exaspérée par la pression, et de s'étendre promptement à tout l'abdomen.

Il en résulte donc que ces signes, donnés comme caractéristiques de la perforation, peuvent appartenir également à la péritonite simple, de forme sur-aiguë.

La raison en est claire, d'ailleurs, et saute pour ainsi dire aux yeux. La perforation, considérée en soi, n'a guère de symptômes qui lui soient propres; et, d'une manière générale, on peut dire qu'elle ne se décèle qu'avec la péritonite et par les symptômes de la péritonite. Or, si cette dernière maladie vient, par exception, faire une explosion soudaine et revêtir la forme sur-aiguë, qu'importe qu'il y ait ou non perforation? ne devra-t-elle pas se traduire, dans les deux cas, par des caractères à peu près identiques.

Pourtant, hâtons-nous de le dire, il est certaines circonstances qui serviront à nous guider parfois au milieu des difficultés de ce diagnostic.

Ainsi, en général, la douleur de la péritonite simple n'éclatera pas avec cette soudaineté qui constitue un des principaux caractères de la péritonite, suite de perforation.

C'est pourquoi l'apparition tout à fait inattendue d'une douleur abdominale, ordinairement très vive; le siége primitif de cette douleur au lieu d'élection des perforations qui surviennent dans la fièvre typhoïde; son extension plus ou moins rapide de la fosse iléo-cœcale au reste de l'abdomen; un peu plus tard, la constatation d'un certain degré d'empâtement vers le siége présumé de la perforation, là où les matières intestinales ont dû s'épancher; et puis la marche de la maladie, et enfin la considération de la fréquence des péritonites par perforation, comparée à l'extrême rareté de ces péritonites simples, considérées comme complication de la fièvre typhoïde; toutes ces circonstances réunies devront fournir les plus grandes probabilités en faveur de l'existence de la perforation, dans tel ou tel cas donné.

Mais ces signes, je le répète, sont insuffisans à donner la certitude. J'en atteste à cet égard les faits cités plus haut, qui ont trompé les plus habiles, et qui, à l'occasion peut-être, malgré ce que je viens de dire, ne laisseraient pas que d'être assez embarrassans.

Dans ces questions épineuses, le tact médical s'aidant des divers élémens qui servent par leur concours à éclairer le diagnostic en général, et sachant surtout s'inspirer des circonstances, supplée quelquefois très heureusement au manque de données tout à fait positives; aussi, avec de l'attention et de la sagacité, un praticien habile pourra espérer, au lit du malade, arriver le plus souvent ici à la détermination de la maladie véritable.

Mais quant à exposer nettement les signes différentiels et vraiment pathognomoniques qui pourraient faire distinguer ces deux formes morbides, dans tous les cas, et d'une manière certaine, la chose ne me paraît guère facile; car ces signes nous manquent; ou s'ils existent, j'aurais besoin qu'on me le fît connaître.

En résumé, si les faits sur lesquels repose ce travail ne sont pas suffisans par eux-mêmes pour élucider d'une manière complète le point nouveau de diagnostic que j'ai voulu signaler, ils auront tout au moins pour résultat de faire voir que, contrairement à l'opinion à peu près générale, la question des perforations intestinales et des maladies qui peuvent les simuler, a encore ses lacunes ou ses obscurités; et, en définitive, c'est un résultat dont j'aurai lieu de m'applaudir, si, en éveillant l'attention et en stimulant le zèle d'autres observateurs plus avantageusement placés que moi, mon travail devient le point de départ de recherches nouvelles, et contribue ainsi à faire faire un progrès à cette importante question de médecine pratique.

OPHTHALMOLOGIE.

ABLATION D'UN PINGUECULA TRÈS VOLUMINEUX; — EXAMEN MICROGRAPHIQUE ET CHIMIQUE DE LA TUMEUR.

Les oculistes désignent sous le nom de *pinguecula* une petite saillie plutôt qu'une tumeur, de coloration jaunâtre, située sous la conjonctive oculaire, à quelques millimètres de la cornée, soit au côté externe, soit au côté interne de l'œil. Quelques auteurs qui veulent donner à tout une explication quand même, ont prétendu rattacher cette tumeur sous-conjonctivale à un état abdominal; on a dit aussi qu'elle occupait plutôt la partie externe que la partie interne du globe oculaire. Nous pouvons affirmer, et notre assertion est facile à vérifier (tant que le *pinguecula* est une affection commune), qu'il existe chez une foule de personnes, sans distinction de constitution ou de tempérament; quant à sa situation, plus souvent externe qu'interne, la vérité est qu'on le rencontre presque toujours des deux côtés du globe oculaire, et quelquefois même sur les deux yeux.

Les dimensions du *pinguecula* varient de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'une lentille: il ne gêne pas les mouvemens du globe de l'œil, et, comme il ne tend pas à s'accroître, ce n'est que très exceptionnellement que le chirurgien est appelé à l'enlever.

Tel se présente d'ordinaire le *pinguecula*, tel il n'était pas chez le malade que nous avons dû opérer dernièrement.

M. D..., demeurant rue de la Roquette, n° 37, vint nous consulter pour une tumeur qu'il portait à l'œil droit. Voici quel fut le résultat de notre examen. Les paupières étant fermées, présentaient, vers l'angle externe, une saillie considérable qui ne gênait cependant pas l'occlusion des voiles palpébraux. Ceux-ci étant écartées, le globe oculaire n'offrait aucun changement de l'état normal dans ses deux tiers internes; mais à un centimètre et demi de la cornée, on reconnaissait l'origine d'une tumeur jaunâtre, qui, soulevant la conjonctive, allait se cacher en arrière de la commissure externe.

La naissance du noyau primitif remontait à plusieurs années; depuis quelques mois seulement, le *pinguecula* avait décuplé de volume. Les mouvemens du globe étaient singulièrement gênés, et, parfois, il existait de la diplopie. Nous décidâmes que la tumeur serait enlevée, mais eu égard à ses dimensions et à la profondeur où elle se cachait sous les paupières, nous craignîmes un instant d'être contraints, pour la mettre à nu, d'inciser la commissure externe. Heureusement cette complication n'eut pas lieu. Les paupières, largement écartées par un aide, nous saisîmes le *pinguecula* avec une pince à griffes; il se laissa aisément attirer vers le côté interne et fut enlevé d'un seul coup de bistouri boutonné.

La tumeur avait l'énorme volume d'une très grosse noisette. Il y eut quelques gouttes de sang répandues; le traitement consécutif se borna au repos et à des applications sur l'œil de compresses imbibées d'eau glacée; six jours après l'opération, le malade, qui est fabricant de fer, reprenait son occupation dans ses ateliers.

Notre honorable et savant confrère, M. Homolle, a bien voulu examiner au microscope, la pièce pathologique. Cette tumeur, d'un jaune sale, était composée de lamelles épithéliales et de corpuscules pigmentaires. Ceux-ci se reconnaissaient avec la dernière évidence à un grossissement de 380 diamètres, et les cellules épithéliales sont devenues parfaitement saisissables par l'addition d'une gouttelette d'acide acétique.

On se rappelle qu'une analyse chimique faite par Weller, de deux petits *pinguecula*, ne présenta pas la moindre trace de graisse, d'où ce chirurgien concluait que le nom donné à ces sortes de tumeurs était dû à leur aspect extérieur.

Nous tenions à présenter notre pièce pathologique à la Société de médecine pratique; cette pièce fut donc conservée dans l'eau jusqu'au jour de la séance; mais alors, dans les conditions où se présentait le tissu, M. Homolle ne put, à l'aide du microscope, rencontrer aucun globule de matière grasse. Sur nos observations, ce très obligeant confrère traita la tumeur par l'éther sulfurique, et l'évaporation de l'éther laissa séparer une matière blanchâtre, fusible à une chaleur de 35 à 40 degrés centigrades; ce liquide oléagineux présentait, sous le microscope, les globules caractéristiques des matières grasses, et sa faible température de fusion doit le faire considérer comme de la margarine. La quantité ne dépassait pas deux milligrammes, et ne constituait donc qu'une faible proportion du tissu examiné.

Nous avons tenu à publier cet examen de M. Homolle; il complètera une observation, qui, par sa rareté, intéressera tous les chirurgiens livrés à la pratique de l'ophthalmologie.

D[r] MAGNE.

THÉRAPEUTIQUE.

DES BAINS DE VAPEURS TÉRÉBENTHINÉES.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Les considérations qui précèdent s'appliquent à l'emploi des bains dont nous étudions la vertu thérapeutique à cause de leur principe calorifique; mais il en est d'autres qui résultent de la seconde qualité de ces bains. Nous avons, en effet, reconnu au traitement employé au Martouret contre toutes les affections catarrhales, une double action, celle du calorique et celle des balsamiques. Celle-ci n'est pas moins capitale que la première, dont elle devient, du reste, le correctif le plus avantageux. Je n'insisterai pas sur l'utilité si connue des balsamiques dans les vieilles affections catharrales et rhumatismales; il n'y a rien ici de nouveau, et, depuis Hippocrate et Dioscoride, cet ordre de remèdes est du domaine public. J'appellerai seulement, Monsieur, votre attention sur la manière dont on administre les résineux aux Martouret. Si un médicament agit d'autant plus énergiquement qu'il est mieux absorbé, qu'il est pris sous une forme plus divisée, on peut juger de la puissance de celui-ci d'après la manière dont l'absorption est faite, et surtout d'après l'odeur caractéristique que prennent les excrétions des baigneurs.

Bien que certains médecins anglais aient préconisé la térébenthine et les autres excitans balsamiques dans quelques phlegmasies aiguës, on ne les emploie plus généralement que dans les affections lentes; et, pour en bien comprendre l'indication comme l'efficacité, il suffit de se rappeler, d'une part, leur action excitante spéciale, et de l'autre, les cas où il convient de mettre en œuvre la médication substitutive. Voici comment MM. Trousseau et Pidoux décrivent l'effet physiologique de la térébenthine : « Immédiatement après avoir avalé 4 grammes d'huile essentielle de térébenthine, on éprouve au pharynx et à l'estomac un sentiment de chaleur et d'âcreté, un peu d'anxiété, quelques nausées, rarement des vomissemens, plus souvent des coliques avec tortillement d'entrailles, irritation considérable, météorisme; puis bientôt, dans un grand nombre de cas, une excitation générale annoncée par une ardeur fébrile et une chaleur qui s'étendent à toute l'économie, un pouls dur et fréquent, de la céphalalgie, de la rougeur à la face, la soif et la sécheresse des membranes muqueuses, la dysurie, des urines rares, très rouges, d'autres fois très copieuses et plus pâles, exhalant dans l'un et l'autre cas une odeur de violette bien prononcée, des sueurs abondantes fortement imprégnées, ainsi que la transpiration pulmonaire, de l'odeur caractéristique de l'essence de térébenthine... » Cette excitation, en animant tout l'organisme, retentit plus spécialement sur quelques appareils organiques. C'est ainsi que les organes urinaires sont des premiers à ressentir l'impression des baumes. « Le principe diurétique de la térébenthine, disait Barthez dans ses leçons de matière médicale thérapeutique, est quelquefois si fort qu'il excite le pissement de sang, et a fait déduire à Cullen leur utilité dans les gonorrhées rebelles et les flurs blanches; il a rassemblé un grand nombre de faits sur cette matière, qui prouvent tous que la guérison de la gonorrhée et des pertes blanches chez les femmes est opérée par les baumes, en vertu de leur principe stimulant, fortifiant et diurétique. » La muqueuse pulmonaire répond aussi à l'excitation et participe à la modification qu'imprime la térébenthine : c'est ainsi qu'elle se sèche comme dans la première période de la bronchite, et que quelques sujets soumis à son influence ont rendu des crachats striés de sang. N'y a-t-il pas indication évidente à employer ce moyen thérapeutique dans les cas de catarrhe chronique, chez les personnes affectées de bronchorrhées puro-muqueuse? Vous avez souvent rencontré, Monsieur, des individus lymphatiques, des vieillards à toux éternelle et qui rendent des crachats d'une excessive abondance; chez eux, cette affection, née sous l'influence d'une constitution médicale humide, et entretenue par un état général vicieux, semble avoir pris droit de domicile et faire partie de leur mode d'être. Ici la muqueuse bronchique, loin d'être rouge, injectée, se trouve généralement pâle et décolorée, elle conserve son épaisseur et sa consistance normales; l'altération principale consiste dans la tuméfaction des follicules, la dilatation plus ou moins considérable des tuyaux bronchiques. De tout cet ensemble de symptômes résulte une telle ressemblance avec le troisième degré de la phthisie pulmonaire, que le diagnostic est parfois des plus difficiles et ne reçoit pas de grands éclaircissemens de la part de l'auscultation ordinairement si puissante. C'est là un cas, Monsieur le rédacteur, qui réclame un traitement par les balsamiques, à moins que cet état pathologique ne soit tellement constitutionnel qu'il rentre dans la classe des maladies qu'il est dangereux de guérir.

J'en ai dit assez, Monsieur, pour faire connaître : 1° la nature des bains du Martouret; 2° leur mode d'emploi; 3° leur action physiologique et pathologique; et, enfin, leur indication générale. Avant de finir, j'ai besoin de prévenir deux objections qui pourraient naître dans l'esprit de vos lecteurs.

Comment peut-on respirer dans un milieu dont la température est aussi élevée que celle du four à copeaux? Je ne pourrai pas vous en donner une raison chimico-physiologique; je vous dirai seulement que je me suis plongé dans cette atmosphère, et que, loin d'éprouver de l'angoisse ou même de la peine, ma respiration y est devenue, à ma grande surprise, plus large et plus facile. La pensée m'est venue que, sous l'influence de la chaleur, les principes résineux se décomposaient en partie et fournissaient une certaine somme d'oxygène; l'analyse chimique donnera bientôt une réponse plus catégorique.

En second lieu, on se demandera s'il n'est pas dangereux, surtout pour les constitutions apoplectiques, d'entrer dans le four. Je réponds avec assurance : Non. Il ne faut pas juger des phénomènes qui surviennent dans les étuves thérébenthinées par ceux qui se passent dans les étuves sèches; après la première impression, le séjour dans cette température paraît si doux, prend quelque chose de si onctueux, par suite de l'évaporation des principes balsamiques, qu'on se figure volontiers pouvoir la supporter indéfiniment. M. Benoît, auquel j'exposais mes craintes là-dessus, avant que j'eusse vu et expérimenté, me répondait : Jamais nos bains n'ont déterminé, même sur les apoplectiques, un seul éblouissement, ni la moindre douleur vers la tête; bien plus nous avons toujours vu disparaître les migraines et les céphalées entretenues par la pléthore; la sueur qui est générale d'une part, la rougeur de la peau d'une autre part, générale aussi, sont deux phénomènes bien propres à opérer la déplétion des organes internes au profit de la périphérie : il ne peut, en effet, y avoir hypérémie à la fois au dehors et au dedans.

Je termine par quelques lignes empruntées au compte-rendu de M. Benoît (1) : « Il n'est pas un de nos malades qui ait vu, sous l'influence des vapeurs résineuses, son mal augmenter, revêtir une forme quelconque de recrudescence, comme cela se produit si souvent dans les établissemens d'eaux minérales, phénomène qui d'ailleurs est souvent salutaire : c'est que très certainement à l'action excitante de ces mêmes vapeurs sur

(1) Nouveau mode de traitement des affections rhumatismales et catarrhales par les vapeurs résineuses; compte-rendu de la saison de 1852, par Alexandre Benoît, D.-M. P. — In-8° de 68 pages. Valence, 1853.

l'organe cutané, il faut joindre une vertu plus énergique encore, la spécificité. »

Agréez, etc. A. AILLAUD, d.-m., à Beaucaire.

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ DE LA SCIENCE MÉDICALE (HISTOIRE ET DOGMES),

COMPRENANT.

Un précis de méthodologie ou de médecine préparatoire. — Un résumé de l'histoire de la médecine, suivi de notices historiques et critiques sur les écoles de Cos, d'Alexandrie, de Salerne, de Paris, de Montpellier, de Strasbourg. — Un exposé des principes généraux de la science médicale, renfermant les élémens de la pathologie générale.

Par le dr T.-C.-E. AUBER, chevalier de la Légion-d'Honneur.

De quel droit, moi, humble penseur et timide écrivain, viens-je, dans ces colonnes, faire les honneurs d'un livre qui porte le titre imposant qu'on vient de lire? Je le confesse tout de suite : je me suis laissé entraîner sur la pente toujours glissante des promesses faciles. J'ai promis, voilà mon excuse. Mais sympathie n'est pas orgueil. La critique savante, les grandes appréciations de l'histoire et du dogme, que par amitié pour l'auteur autant que par amour pour son œuvre, j'aimerais à aborder à leur suite, mon insuffisance personnelle me les interdit absolument. Je me bornerai donc à tenir le livre largement ouvert, à en dérouler les pages, et à en recommander la lecture approfondie à ceux qui, séduits par de si immenses perspectives, auraient le bon esprit de ne pas se contenter d'une aussi faible esquisse.

Le *Traité de la science médicale* se compose de trois parties bien distinctes, la *méthodologie*, l'*histoire* et la *pathologie générale*. Ces trois parties constituent, en effet, la science médicale proprement dite. Toutefois, il faut bien le reconnaître, par sa nature même, ce traité est à la fois élémentaire et transcendant; il est écrit à la fois pour les grands et les petits, pour les maîtres et les élèves. De là le défaut apparent d'unité dans l'ensemble et d'harmonie entre les parties, défaut que rachètent, à mes yeux, non seulement la parfaite convenance de cette juxtaposition de notions tour à tour simples et complexes, vulgaires et exceptionnelles, mais encore le caractère de haute systématisation qui domine ces notions diverses. Tout le monde a compris que M. Ed. Auber est en possession d'une idée générale, d'un principe supérieur, d'un dogme en un mot, et que ce dogme générateur de la science médicale se trouve proclamé, exposé, développé, rappelé à chaque page avec une ténacité, une persévérance qui, bon gré, mal gré, fixent l'attention du lecteur. Est-ce naïf abandon, est-ce calcul de la part du savant auteur? Ce qui est certain, c'est qu'il est impossible, je ne dirai pas de parcourir, moins encore de lire le *Traité de la science médicale*, mais seulement de le feuilleter nonchalamment, sans emporter de cet exercice un parfum de dogmatisme qui enveloppe l'esprit, le presse, le domine et le grise en quelque sorte à son insu. Cet effet général vaut la peine d'être signalé, car il ne manque pas d'originalité.

Quel est ce dogme toujours présent à chacune des pages du *Traité de la science médicale*? C'est le dogme vitaliste qu'une tradition, fort respectable sans doute, mais dont on abuse trop aujourd'hui, a personnifié dans le célèbre médecin de Cos, et qu'on s'obstine à nommer l'hippocratisme, le vitalisme hippocratique, le naturisme hippocratique, etc. Il m'a toujours semblé que le vitalisme, réduit comme il est dans les oracles de Cos, à la formule pratique de la nature conservatrice et médicatrice, existe par lui-même, par sa nécessité, par son évidence, par le sens commun et qu'il n'a d'autre inventeur que tout le monde. Le jour où a été pansée la première plaie, ce jour là, qu'elle ait été énoncée en langage théologique ou en langue métaphysique, la formule pratique du vitalisme a été partout et à haute voix proclamée. Il y a des vérités positives qui ont été, de tous les temps, la propriété du genre humain. Le jour où l'homme a pensé, ou il a dit *je fais*, où il a possédé un *verbe*, il a énoncé la formule pratique du spiritualisme; puisqu'il a exprimé les rapports d'une activité personnelle avec une passivité impersonnelle. Voilà le fonds commun qui appartient à tous, en médecine comme en philosophie; le reste n'est plus qu'une broderie variable plus ou moins savante, qu'elle s'appelle Hippocrate ou Platon, Van-Helmont ou Descartes, Stahl ou Leibnitz, Montpellier ou Sorbonne. Quant aux esprits d'opposition et de rénovation qui se rencontrent et se succèdent non sans quelque utilité, dans la suite des temps, ils s'en prennent beaucoup plus souvent à la broderie qu'au fond, et, en cela, ils sont loin d'avoir toujours tort. Les organiciens et les physico-chemiâtres comptent avec la nature médicatrice dont ils ne parlent point assez, au moins autant que les vitalistes qui en parlent trop. Les matérialistes qui nient l'esprit, les idéalistes et les mystiques qui nient la matière, ne prononcent pas un mot de leur langue qui ne soit une protestation contre leurs doctrines, et un témoignage irrécusable de leur soumission forcée au principe traditionnel de la dualité. On rentre par la pratique et l'action dans le sens commun dont on est sorti par la théorie ou la fantaisie. C'est l'histoire de tous les utopistes de la pensée.

Mais revenons à Hippocrate. Je demande à quoi bon labourer dans tous les sens les écrits de ce grand homme, dont on connaît si peu les prédécesseurs et les maîtres en médecine, pour en faire sortir armée de pied en cap une doctrine vitaliste, bien plus, une philosophie médicale, bien plus encore, une philosophie générale des sciences qui n'y sont qu'à l'état de germe, et que chacun, en définitive, formule à sa guise, arrange à sa manière, développe selon sa fantaisie? En général, les vitalistes qui ont abrité leurs théories sous le grand nom d'Hippocrate, se sont élevés à des hauteurs insuffisantes, d'où la force vitale ou de formation végéto-animale n'a pas été entrevue dans ses rapports avec la force spirituelle qui régit les êtres libres, et la force circulaire qui régit les corps bruts, c'est-à-dire dans ses grands et véritables rapports avec l'ensemble des êtres et des phénomènes; mais je m'arrête. Si j'osais dire tout ce que je pense de cette superstition hippocratique mise au service de quelques formules vitalistes, je me lancerais dans une course pleine de périls, à travers un bataillon d'écrivains peu disciplinés à la vérité, mais ayant bec et ongles contre toute témérité à l'endroit de l'hippocratisme. Je préfère revenir au *Traité de la science médicale*, dont le savant et grave auteur, je me hâte de le dire, échappe en tout cas à ma mauvaise humeur. Je lui pardonne tout, même d'avoir voulu faire d'Hippocrate le père de la philosophie autant que de la médecine. Tous les enthousiasmes sincères sont honorables.

La *méthodologie* est, comme le dit M. Auber, la branche de la médecine qui enseigne la méthode à suivre dans l'étude des sciences médicales. Elle en est l'introduction obligée, et néanmoins, elle est fort négligée parmi nous. Singulière manière de donner l'intelligence d'un vaste édifice, que de faire entrer le visiteur par une petite porte latérale, sans vestibule, sans grande communication avec les diverses parties, et le faire parcourir les salles sans lui laisser connaître le plan et la destination de l'ensemble! C'est un peu la méthode Jacotot appliquée à l'enseignement des sciences médicales.

Quel est le principe sur lequel repose la médecine; quels en sont les domaines; quelle en est la constitution sous l'empire du *vitalisme hippocratique développé et continué*; quelles sont les révolutions de la médecine; quelles en sont les différentes branches, et dans quel ordre doivent-elles être étudiées; de quels livres l'élève et le médecin doivent-ils composer leur bibliothèque; quels sont les devoirs professionnels en général, et en particulier ceux du chirurgien et du médecin; quels sont l'objet, la nature et la méthode de la philosophie médicale? Telles sont les questions que M. Auber s'est posées dans la première partie de son livre. Cette partie est digne d'éloges, sous tous les rapports; mais qu'il me soit permis de dire publiquement à l'auteur, comme je le lui ai dit dans l'intimité : pourquoi au milieu de tous ces livres et de tous ces journaux en si grand nombre, qu'il mentionne avec un bienveillance souvent trop facile, n'a-t-il pas donné une place à l'*Introduction à l'étude des sciences médicales* de M. le docteur Buchez, ouvrage d'une si grande portée, et aux modestes *Annales médico-psychologiques*, fondées et continuées par le zèle de quelques médecins, dans le but de remplir une grande lacune dans l'enseignement médical en France? M. Auber n'est pas une Académie; la modestie de quelques amis de la science n'est pas pour lui un titre légitime à l'oubli.

La deuxième partie contient le résumé analytique de l'histoire de la médecine. Ce résumé embrasse : 1° la médecine des *temps fabuleux et ténébreux* (ainsi appelés probablement parce que notre ignorance historique et philologique nous réduit à n'y voir que de simples pratiques), et qui se termine à l'apparition d'Hippocrate. 2° La médecine *des temps de fondation*, s'étendant de l'école de Cos jusqu'à celle de Montpellier, et apportant le naturisme, le dogmatisme, l'empirisme, le méthodisme, le pneumatisme, l'éclectisme et le galénisme, systèmes divers dont l'exposition exacte et concise, du reste, eût peut-être gagné à être plus neuve et plus originale, plus en harmonie avec les vues générales de M. Auber. 3° La médecine *des temps de lutte et de perfectionnement*, depuis la création de l'école de Montpellier jusqu'à nos jours, comprenant l'empirisme de l'école de Montpellier, l'alchimisme, la cabale, l'astrologie judiciaire, l'iatro-chimie, la chemiatrie, l'hippocratisme de Sydenham, l'iatromathématicisme de Borelli, le solidisme de Baglivi, l'anatomisme de Bonet, l'animisme de Stahl, le mécanico-dynamisme de Hoffmann, l'iatro-mécanicisme de Boerhaave, le physiologisme de Cullen, l'organo-dynamisme de Haller et de Bordeu, la médecine philosophique de Barthez, la doctrine physiologique de Brown, l'organo-vitalisme de Bichat, la doctrine de l'irritation de Broussais, la doctrine de Hahnemann, et les méthodes thérapeutiques généralisées, que des fanatiques prennent pour des doctrines médicales, et qu'on appelle l'hydro-sudopathie et le magnétisme.

Le savant auteur a eu tort, selon moi, de s'abandonner à cette infinie division des théories et des systèmes qui, malgré leur nombre, pourraient se réduire à un petit cercle de doctrines. Son exposé y eût gagné un espace précieux que je regrette de voir ainsi prodigué. Quand on a tant de belles et bonnes choses à dire, il faut être sobre, parcimonieux de détails et d'accessoires, afin que la pensée se dégage davantage, se colore, s'anime et s'impose à l'esprit du lecteur avide de véritable science. Ainsi, je lui demanderai pourquoi, non content de cet exposé trop exclusivement destiné aux élèves, il a cru devoir le faire suivre des notices historiques et critiques sur les *onze* principales écoles et les *vingt-six* principales doctrines qui se sont emparées de la direction scientifique depuis l'école de Crotone jusqu'à celle de Strasbourg, depuis la doctrine hippocratique jusqu'à la doctrine de Hahnemann. L'auteur infatigable veut dire son mot sur tout cela, ainsi que sur l'histoire des cliniques et de la chirurgie. Il veut le dire aussi, et avec raison, sur les sources philosophiques des principales doctrines médicales. Cette dernière question, qui nécessite une certaine habitude de manier les problèmes métaphysiques et qui était posée par la nature même du livre de M. Auber, pourquoi l'a-t-il à peine indiquée, pourquoi l'a-t-il abandonnée sans solution et sans développement à ses lecteurs impatiens? Une partie de l'espace prodigué aux notices historiques eût été si heureusement remplie, dans l'intérêt des maîtres et des élèves, par la savante étude que M. Auber était, plus que personne, capable de faire des sources philosophiques de la systématisation médicale!

La troisième partie traite des principes généraux de la science, et comprend nécessairement les élémens de la pathologie générale. Dans cette partie la plus étendue de l'ouvrage, M. Auber s'avance précédé de la réputation que lui a faite son *Traité de philosophie médicale*, dont il reproduit d'abord, sous une forme concise, les considérations principales sur la science en général, sur la science et sur l'art en médecine. Il y montre la nature toujours présente sous forme de force conservatrice et médicatrice, s'exerçant au moyen du système nerveux, qui, dans ce cas, précéderait l'évolution organo-génésique, au lieu de la terminer, et ayant à son service des propriétés secondaires, sur lesquelles j'aurais beaucoup de réflexions à faire; il y analyse la nature complexe de l'homme et ses facultés, qu'il divise en morales spirituelles et vitales : il y expose les phénomènes généraux de la vie et les lois vitales. Je n'insiste pas sur cet exposé de vitalisme hippocratique *développé et continué* de l'auteur. J'ai fait mes réserves d'une manière générale, et je les maintiens.

Après avoir esquissé rapidement les caractères de la pathologie générale et les conditions de l'état morbide, M. Auber développe les principes de l'étiologie ou de la science des causes morbifiques, ceux de la pathogénie ou de la science de la génération des maladies, ceux de la symptomatologie ou de la science des symptômes, ceux de la séméiologie ou de la science des signes; il étudie profondément l'*action morbide* ou l'affection considérée dans les lésions et dans les productions pathologiques, dans les solides et les liquides, dans les sécrétions et les excrétions, dans le mouvement des liquides, dans l'innervation, etc.; étude ardue, qui serait faite aussi bien que possible, si les mots avaient tous, dans ce hardi et trop court chapitre, une signification bien déterminée, aisée à comprendre. Vient ensuite une dissertation, entièrement neuve, bien qu'elle en rappelle une autre fort célèbre sur les maladies qu'il est dangereux de guérir, et qui traite des affections inévitables et des lésions organiques nécessaires. Dans cette dissertation, où la hardiesse va jusqu'à la témérité, l'auteur proclame et démontre que ces affections inévitables, ces lésions nécessaires, sont considérées à tort comme des maladies, car elles concourent à prolonger la vie. Cette partie de sa tâche remplie, M. Auber aborde successivement : 1° l'analyse de l'action médicatrice, ou de la réaction et de la douleur qui en est le signal; 2° l'étude de la maladie proprement dite; 3° l'examen de la grande question de la nomenclature des maladies, de leur nature, de leur essence et de leur siége; 4° la théorie de leur classification; 5° celle de leur marche, de leur terminaison, de leurs rechutes, de leurs récidives, de la convalescence; la portée et la valeur de l'anatomie pathologique.

A la suite de ces élémens fondamentaux de la théorie ou de pathologie générale proprement dite, M. Auber expose successivement les élémens fondamentaux de la pratique ou de la thérapeutique générale. Il passe en revue tout ce qui concerne le diagnostic, le pronostic, les constitutions médicales, la manière d'interroger les malades, et les lois vitales médicatrices, etc. Ces dernières sont naturelles et artistiques, j'aimerais mieux dire thérapeutiques; les unes et les autres s'exercent par trois procédés, l'*élimination*, la *neutralisation* et la *récorporation*. Le médicament et la nature ont les mêmes procédés. Les lois de celles-ci sont enseignées surtout par l'hygiène, les lois de celui-là sont l'objet de la pharmacodynamie. Cette science traite des évacuans, qui correspondent au procédé d'élimination, des spécifiques, qui correspondent au procédé de neutralisation, et des altérans, qui correspondent au procédé de récorporation ou de régénération.

Tout ce que je viens de dire ne donne qu'une faible et imparfaite idée de l'importante publication dont j'avais à rendre compte. Il faudrait qu'il me fût possible de reproduire ici le résumé dogmatique qui la termine pour que les lecteurs fussent en mesure d'en apprécier la portée et la valeur. « La vraie médecine, dit M. Auber, est l'histoire même des » phénomènes vitaux, conduits par le principe qui les domine, et mon- » trant tous les faits qui partent de ce principe, s'avançant vers le but » suprême, qui est la guérison des maladies. » Qui n'applaudirait à cette pensée de restauration de la science médicale? J'y applaudis de tout mon cœur. Si je regrette quelque chose, c'est de n'avoir pas assez d'espace ni assez de savoir pour entrer en discussion avec l'auteur, qui appelle la critique comme le fait toute intelligence qui a la passion d'une idée plutôt que d'un hommage. D'ailleurs, de si grands et de si difficiles problèmes ne sauraient être résolus au gré de tout le monde. Un éloge sans réserve serait un témoignage d'indifférence scientifique, l'auteur le dédaignerait et les lecteurs le tiendraient pour suspect.

L'on me croira donc quand, dans l'impartialité de mon esprit, je dirai que ce travail est le fruit de vingt années d'études, de recherches, de méditations; qu'il a été entrepris sans aucune vue personnelle, par le seul amour d'une idée qui relève la science de ses défaillances actuelles en en coordonnant les élémens plus que jamais nombreux et dispersés; qu'un tel travail peut et doit rencontrer des critiques, jamais de l'indifférence ni de l'hostilité. J'ajouterai, sans crainte d'être contredit, qu'il commande à tous et toujours, estime, reconnaissance et respect.

L. CERISE.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 29 Juin 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

M. DUMÉRIL présente un malade atteint d'une altération particulière des membres inférieurs, qu'il croit être de la nature de l'*éléphantiasis* des arabes. (Comm. MM. Morel-Lavallée, Demarquay et Gosselin).

M. le Secrétaire donne lecture d'une lettre qui apprend la mort de M. Pravaz.

Une lettre de condoléance sera écrite à la veuve au nom de la Société.

M. LARREY présente un travail de M. Gély, sur la courbure à donner aux sondes pour rendre le cathétérisme plus facile chez les vieillards.

La parole est à M. Reybard, de Lyon, pour une communication.

Quelques modifications apportées au traitement des rétrécissemens infranchissables et compliqués de fausses routes.

M. REYBARD lit, sous ce titre, un travail dont nous extrayons quelques passages propres à faire comprendre les procédés qui y sont décrits :

Les fausses routes dit M. Reybard sont, une des plus graves complications des angusties. On regarde comme incurables toutes celles dans lesquelles on ne peut introduire une sonde ni un urétrotome. Ces lésions ne sont point rares; on en trouve de nombreux exemples dans les ouvrages de chirurgie; mais on s'est très peu occupé de leur étude et de leur traitement. L'idée du procédé d'urétrotomie sous-cutanée que M. Reybard a imaginé pour remédier à ce genre de complication, lui a été fournie par la pièce d'anatomie pathologique sur laquelle il a trouvé, outre deux fausses routes organisées, une très petite ouverture également organisée à la cloison qui séparait le canal de l'urètre de celui de la fausse route intra-pariétale, petite ouverture dans laquelle l'urine passait avant de rentrer dans le canal normal.

Réfléchissant sur la marche suivie par la nature pour rétablir le cours de l'urine, M. Reybard s'est demandé si elle n'avait pas voulu donner dans cet exemple un enseignement dont on pouvait faire une utile application au traitement des rétrécissemens compliqués de fausses routes.

Voici la description de ce procédé d'urétrotomie :

On introduit l'instrument dans la fausse route, on incise le canal de dehors en dedans en arrière de l'obstacle, et par cette ouverture, l'urètre communique directement avec la fausse route : l'urine la traverse; puis, parcourant sans encombre le canal accidentel, est facilement excrétée. On se sert d'un urétrotome à gaîne, d'un volume inférieur au diamètre

de la fausse route, afin que la manœuvre de l'instrument soit possible et même aisée. On ne l'introduit que de la longueur de la lame, et on le tourne de manière que le tranchant se trouve en face de la cloison commune des deux conduits. Ces précautions prises, on ouvre l'instrument; on allonge le pénis sur la sonde, avec la précaution de ne pas la retirer en même temps : elles sont confiées ensuite à un aide qui les embrasse et les tient dans l'immobilité avec la main droite.

Lorsque l'instrument est en place, le chirurgien porte la main gauche sur le trajet de l'urètre, comme s'il voulait saisir et embrasser avec les doigts l'instrument et le canal; cela fait, de la main droite il saisit l'instrument, fait manœuvrer la lame, et la retirant à soi dans une longueur de 4 à 5 centimètres., plus ou moins, suivant la longueur présumée du rétrécissement, il divise la cloison qui sépare l'urètre du canal de la fausse route. Cette cloison est probablement coupée la première fois; cependant il convient, pour en assurer la division, de répéter la manœuvre, c'est-à-dire de fermer l'instrument, de l'enfoncer dans sa gaîne et de le retirer à soi après l'avoir réouvert; se comporter, en un mot, comme dans l'urétrotomie par incision.

Dans cette opération, on divise la cloison qui sépare l'urètre de la fausse route, on coupe encore le plus souvent le rétrécissement lui-même de dehors en dedans; car on prolonge toujours l'incision en avant de l'ouverture; mais cette incision de l'obstacle ne comprendrait-elle que la cloison séparative de ces deux conduits; l'ouverture qui en résulte serait-elle située à 1 centimètre en arrière de la coarctation, que l'opération n'en aurait pas moins atteint le but proposé et serait encore considérée comme heureusement terminée, surtout si la fausse route est intra-pariétale et si son canal est organisé; dans ce dernier cas, en effet, la division du rétrécissement n'est nullement nécessaire; il suffit, pour le succès de l'opération, que l'ouverture faite à la cloison soit assez étendue, qu'elle ait, par exemple, 1 ou 2 centimètres de longueur et puisse être convertie en une ouverture permanente; il ne suffit pas, en effet, de faire une incision à la cloison qui sépare l'urètre de la fausse route, il faut encore faire cicatriser séparément les bords de la division, et de cette manière réunir en un seul les deux conduits adossés l'un à l'autre, absolument comme on réunit en une seule la cavité des deux bouts d'intestin, par la division de la cloison qui les sépare, au moyen de notre procédé d'urétrotomie.

Pour favoriser la cicatrisation isolée des lèvres de la division, il convient de les écarter deux fois par jour, à l'aide d'une sonde que l'on retire aussitôt; ou bien on opère l'écartement avec un dilatateur métallique, simplement introduit et développé dans le canal de la fausse route. Ce traitement doit être continué pendant quinze à vingt jours, temps nécessaire pour la cicatrisation des bords de la division.

On devra se servir, de préférence dans cette opération, d'un urétrotome à gaîne, ayant une lame à tranchant convexe et ondulé, à un urétrotome muni d'une lame pointue, dont le tranchant est droit. Le premier de ces instrumens a, sur le second, une supériorité d'action incontestable, mais qui est loin d'être connue; on ne peut, en effet, apprécier l'étendue de leur action que lorsqu'on a urétrotomisé avec l'un et l'autre de ces instrumens, soit sur le vivant, soit sur le cadavre.

Il doit être très difficile et quelquefois même impossible après l'opération, de porter une sonde dans la vessie, parce que l'instrument a plus de tendance à s'introduire dans la fausse route, qu'il n'en a à enfiler l'ouverture que nous avons faite à la cloison qui la sépare de l'urètre; mais il n'est pas nécessaire pour écarter les bords de la nouvelle division, d'y introduire directement les corps dilatateurs, il suffit, en effet, de les introduire dans le canal de la fausse route.

Après avoir acquis la certitude qu'on pouvait guérir les rétrécissemens compliqués de fausses routes organisées par le procédé d'urétrotomie dont il vient d'être question, M. Reybard a pensé qu'on pouvait encore appliquer la même opération aux rétrécissemens compliqués de fausses routes non organisées, et même à tous les rétrécissemens infranchissables simples, c'est-à-dire non compliqués de fausses routes. Des expériences sur le cadavre l'ont convaincu de la possibilité de cette application, il s'est cru autorisé à proposer ce procédé d'urétrotomie *intra-pariétale* contre ces espèces de rétrécissemens, et à le considérer comme supérieur et préférable à la boutonnière et surtout au cathétérisme forcé.

Voici la manière dont il a opéré dans ses expériences sur le cadavre, le canal étant ligaturé de manière à simuler un rétrécissement.

Dans cette opération, l'opérateur se sert d'un urétrotome à gaîne, à une seule lame à tranchant convexe, et dont la canule, au lieu d'être arrondie, présente un bout terminé en pointe fine, mais un peu émoussée. Lorsqu'il est arrivé devant le rétrécissement, il en dirige le bec en bas, puis il pratique une fausse route en le poussant dans la même direction, et avec la même force qu'on pousse une sonde conique avec laquelle on pratique le cathétérisme forcé. Lorsque il l'a introduit à environ 4 centim. de profondeur, plus ou moins, suivant la longueur présumée du rétrécissement, il tourne l'instrument de manière que la fente de la canule regarde le canal; ensuite il l'ouvre et fait la division du canal par sa paroi inférieure. Cette opération se compose donc de deux temps très distincts : 1° de la perforation et de la déchirure des parois urétrales avec l'instrument fermé, ressemblant alors à une sonde conique; 2° de la division, de la section complète de la paroi inférieure du canal, de dehors en dedans et d'arrière en avant.

Pour couper plus sûrement les parties, il convient de répéter deux ou trois fois les manœuvres de l'incision, en agissant de la même manière que dans l'urétrotomie par incision intra-utérale.

Dans ses expériences, l'auteur est parvenu, huit fois sur dix, à pénétrer dans la cavité du canal par sa face inférieure, et à y faire une ouverture de plusieurs centimètres de longueur. Mais sur ces huit fois, six seulement il a pu le diviser au niveau de la ligature et couper le fil de celle-ci.

On voit, d'après ces expériences, qu'on pourrait parfaitement tenter cette opération sur le vivant, dans les cas de rétrécissements infranchissables; on devra surtout la pratiquer dans tous ceux qui sont compliqués de fausses routes récentes ou anciennes, complètes ou incomplètes, organisées ou non organisées, parce que, dans ces cas, comme on profite de la perforation extra-urétrale, l'opération est considérablement simplifiée.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le chloroforme.

Chloroforme.

Après quelques explications échangées entre M. Deguise et M. Robert, au sujet du procès-verbal, et à l'occasion desquelles M. Robert déclare que pour simplifier et rendre plus fructueuse la discussion, il ne répondra qu'après que toutes les objections auront été exposées, la discussion est continuée. — Nous en présenterons un résumé prochainement.

RÉCLAMATION.

SUR LES POLYPES DU RECTUM DANS L'ENFANCE.

Angoulême, le 10 juillet 1853.

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens de lire votre numéro du 9 courant, où j'ai trouvé une lettre de M. Bourgeois, d'Étampes, qui réclame la priorité de publication pour son travail sur les *polypes du rectum dans l'enfance.*

Je crois que cet honorable confrère est dans l'erreur à cet égard, et je suis convaincu qu'il s'empressera lui-même de le reconnaître de bonne foi. En effet, il déclare qu'il a publié son travail en 1842; or, le mémoire que j'ai composé sur ce sujet a été adressé à l'Académie de médecine en mars 1841, il se trouve mentionné au procès-verbal de la séance du 20 juillet 1841, ainsi que mon confrère peut s'en convaincre, en consultant le *Bulletin* de l'Académie que j'ai sous les yeux au moment où j'écris ceci.

Quant au rapport de M. Hervez de Chégoin, dont il est parlé dans le compte-rendu de la Société de chirurgie, il n'a été lu à l'Académie que le 7 mars 1843, et mon mémoire fut publié dans le journal l'*Expérience* du 1er juin suivant.

A l'époque, il n'existait absolument rien dans la littérature médicale sur ce sujet, à l'exception d'un travail de M. Stoltz, de Strasbourg, publié dans le même temps, qui se rapportait à une tout autre maladie, ainsi que je l'ai démontré dans mon mémoire. Au reste, je me suis empressé d'adresser à M. Bourgeois un exemplaire de ce mémoire, il se convaincra que déjà j'y avais consigné la plupart des observations qu'il a relatées dans sa lettre à l'UNION MÉDICALE.

Pendant que nous sommes sur ce sujet, permettez-moi, Monsieur le rédacteur, de vous présenter quelques remarques toutes pratiques sur sur le mode opératoire préconisé par M. Bourgeois. Cet estimable praticien préconise surtout l'arrachement du polype avec les doigts; sans doute, cette méthode doit être suivie de succès dans la plupart des cas; cependant, je crois préférable d'employer la ligature simple. M. Sédillot, de Strasbourg, qui a mentionné mon mémoire dans son ouvrage de *médecine opératoire*, est également de cet avis, et cela se conçoit, car la ligature n'a jamais d'inconvéniens, tandis que l'excision et l'arrachement lui-même peuvent être suivis d'hémorrhagie.

M. Bourgeois, tout le premier, a fourni dans sa lettre un exemple, une preuve que l'arrachement peut être suivi d'hémorrhagie. Je vais en rapporter un autre cas extrait de mon mémoire, où le même accident est survenu à la suite de l'excision, et je pense que ces observations engageront les praticiens à suivre la méthode la plus sûre et la plus exempte de dangers.

Observation 4me de mon mémoire. — Le 29 juillet 1830 (c'est mon confrère M. Brun qui parle), je fus consulté par Mme R..., de Roullet, à 12 kilomètres d'Angoulême, pour son fils, âgé de 10 ans; cet enfant, d'un tempérament éminemment lymphatique, était pâle et faible; depuis six mois, sa mère observait des taches de sang à sa chemise, et deux ou trois fois, elle avait observé à l'anus une tumeur soi-disant hémorrhoïdale qui sortait par les efforts que l'enfant faisait pour aller à la selle, et rentrait ensuite spontanément; j'examinai l'anus, et vis au bord gauche de son orifice un gonflement muqueux; les efforts que je fis faire à l'enfant me firent découvrir une tumeur, et tirant légèrement à moi, je reconnus un polype très rond, de la couleur et de la grosseur d'une cerise très mûre, soutenu par un pédicule arrondi, de plus de 14 millimètres de longueur, de la grosseur d'une plume de pigeon, et dont l'insertion se trouvait à environ 2 centimètres au-dessus de l'orifice de l'anus.

Le lendemain matin, j'en fis la ligature le plus haut possible, et d'un coup de ciseau j'enlevai la tumeur; il n'y eut pas une goutte de sang répandu; mais le soir l'enfant ayant fait des efforts pour aller à la selle, il rendit beaucoup de sang; il en coula même abondamment jusqu'à la nuit; j'arrivai sur ces entrefaites, et j'arrêtai ces hémorrhagies, en tamponnant avec de la charpie et de l'eau de Rabel.

La tumeur et son pédicule étaient recouverts d'une membrane muqueuse molle; le corps de la tumeur, qui avait résisté légèrement au bistouri, montrait une organisation fibreuse très marquée.

Ainsi, il est donc parfaitement démontré que des hémorrhagies inquiétantes sont survenues à la suite de l'ablation de ces polypes dans l'enfance; il nous semble donc préférable, dans tous les cas, de lier le pédicule du polype, et de le laisser se détacher de lui-même.

Voilà tout ce que j'avais à ajouter aux observations de mon honorable confrère M. Bourgeois; quant au reste, je m'en réfère à mon mémoire, auquel n'ont rien ajouté ni les publications, ni les discussions postérieures.

Veuillez agréer, etc. GIGON, d.-m.

VARIÉTÉS.

NOTE SUR UN CINQUIÈME OS DE LA CHAINE TYMPANIQUE CHEZ QUELQUES ANIMAUX;

Par M. Paul DE SAINT-MARTIN, surveillant-bibliothécaire à l'École impériale vétérinaire de Toulouse.

(Note adressée à la Société de biologie, dans sa séance du 9 juillet 1853.)

Tous les anatomistes reconnaissent que la chaîne tympanique de l'oreille est composée de quatre osselets : le *marteau*, l'*enclume*, le *lenticulaire* et l'*étrier*; mais, si cela ne peut plus aujourd'hui soulever aucun doute, il semble n'avoir été dit par personne que, chez certains animaux, il faut, à ces quatre os, ajouter un cinquième osselet placé au milieu du muscle de l'étrier, et que l'on ne peut voir que par une dissection très minutieuse de ce muscle. C'est même probablement cette dernière particularité qui fait que cet ostéide n'a encore été vu ni décrit par aucun des savans distingués qui ont écrit sur l'anatomie des animaux, et je n'ai moi-même été appelé à en constater l'existence que par hasard, et par suite de quelques recherches que je faisais sur l'oreille moyenne des animaux.

Je n'ai encore trouvé cet os, avec certitude, que chez le bœuf, le cheval et le mouton, mais je crois qu'il existe chez quelques autres mammifères, et je me propose de le rechercher chez la plupart d'entre eux, et même chez l'homme. Je ne parle pas du chien, chez lequel je crois avoir aperçu ce cinquième os; car il me reste encore quelques doutes que je veux lever avant de rien affirmer à cet égard.

Dans le bœuf, cet osselet est presque sphéroïde et de la grosseur d'une tête d'épingle ordinaire. Dans le cheval, il est elliptique et a une longueur de deux à trois millimètres; enfin, dans le mouton, c'est un petit point à peine visible à l'œil nu, mais qui ne permet cependant pas de doute.

Il est placé, comme je l'ai dit plus haut, dans le muscle de l'étrier et en arrière de celui-ci. Le muscle de l'étrier, qui est en contact avec le nerf facial, passe en-dessous de ce dernier et va se loger dans une fossette qui se trouve au-dessus et en arrière du promontoire. On pourrait donc, d'après sa position, lui donner le nom de *post-stapédien*, ainsi que me l'a fait observer M. A. Lavocat, professeur d'anatomie à l'École impériale vétérinaire de Toulouse, à qui je l'ai montré.

Il pourrait se faire, néanmoins, que cet os ne fût qu'une dépendance de l'étrier lui-même, une espèce d'apophyse placée là pour donner plus de force au muscle de l'étrier dans ses fonctions. En tous cas, os ou apophyse, il n'en a été parlé, que je sache, par aucun anatomiste.

Je laisse à de plus capables et plus savans que moi, le soin de déterminer le rôle que ce petit os doit jouer dans le mécanisme de l'audition; reconnaissant, en toute humilité, mon incapacité en pareille matière, et me bornant à ajouter un fait, qui m'a paru assez curieux, à tous ceux que la science récolte chaque jour et met en réserve jusqu'à ce que de plus habiles coordonnent tous ces matériaux, en tirent des conséquences et quelquefois des lois que la science se plaît à enregistrer.

Pour lever tous les doutes qui pourraient se produire, je dois dire que les pièces anatomiques que j'ai préparées comme preuves à l'appui, sont déposées dans le cabinet d'anatomie de l'École impériale vétérinaire de Toulouse.

Toulouse, 27 juin 1853.

COURRIER.

La France aura-t-elle toujours l'initiative des idées, et se laissera-t-elle toujours ravir l'initiative de l'exécution? Voici une idée française que les Anglais vont mettre en pratique. On lit dans l'*Athæneum* :

« Dans les premiers jours de ce mois, on a posé, non loin d'Epsom, la première pierre pour la fondation du nouveau *Collége médical de bienfaisance* (medical benevalent College). Cette solennité avait amené de Londres et du voisinage un grand concours de célébrités médicales avec leurs familles. Le terrain, choisi pour l'érection de ce bâtiment, est situé sur une éminence juste au dessous de Down, l'emplacement réservé aux courses. Le prince Albert, qu'une indisposition retenait, n'a pu assister à la cérémonie, mais lord Manvers a porté la parole à sa place. Le but de ce Collége est : 1° d'assurer un asile à 200 pensionnaires, à des gens appartenant à la profession médicale ou à leurs veuves. Chacun aura un appartement composé de trois pièces meublées, et recevra tous les soins et tous les secours possibles, autant que le permettra l'état des fonds; 2° d'établir une école où l'éducation libérale sera donnée à 200 enfans, tous fils de médecins. Les frais occasionnés par l'achat du terrain, les dépenses pour la construction, l'appropriation et l'ameublement des bâtimens, doivent se monter à 500,000 francs. Les dépenses courantes seront de 117,500 francs. Les souscriptions déjà recueillies s'élèvent à environ 500,000 francs. »

— On écrit de Londres :

« La distribution annuelle des prix et des diplômes a eu lieu à King's College; l'archevêque de Canterbury et d'autres fonctionnaires éminens du clergé anglican assistaient à la séance où la profession médicale était représentée par sir Benjamin Brodie, sir H. Inglis et le docteur Jelf, principal du collége.

» Parmi les dons faits à cet établissement en 1852, on cite un legs de 125,000 fr. du Rev. Dr. Walford pour la création de dispenses de frais universitaires en faveur d'un certain nombre d'étudians.

» La même solennité a eu lieu à l'university College, sous la présidence de R. M. Milnes, M. P., en présence de MM. Robinson et Grote et d'une nombreuse assistance. »

ERRATA. — N° 81, page 322, mémoire de M. Bonnet, de Bordeaux, sur l'homœopathie, 1re colonne, 1re ligne du dernier paragraphe, *au lieu de :* ces médicamens, *lisez :* les médicamens; 2me colonne, 3me ligne du dernier paragraphe, *au lieu de :* l'homme en santé à Hahnemann, *lisez :* l'homme en santé a procuré à Hahnemann. — N° 82, page 325, 3me colonne, 3me ligne du 5me paragraphe, *au lieu de :* sont les surexcitans, *lisez :* sont les seuls excitans. Même paragraphe, avant-dernière ligne, *au lieu de :* de l'air, *lisez :* de l'or. Même colonne, avant-dernière ligne du dernier paragraphe, *au lieu de :* qu'ils prétendent en retirer des doses si minimes, *lisez :* qu'ils prétendent en retirer à des doses si minimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Recherches pour servir à l'histoire de la sueur; par le docteur GILLEBERT-D'HERCOURT, ex-directeur de l'établissement hydrothérapique de Lyon. In-8°, Lyon, 1853.

Traité de la contagion pour servir à l'histoire des maladies contagieuses et des épidémies; par le docteur Charles ANGLADA, professeur-agrégé et bibliothécaire adjoint de la Faculté de médecine de Montpellier. 2 vol. in-8°. Paris, 1853, J.-B. Baillière.

Des eaux gazeuses alcalines de Soultzmatt (Haut-Rhin), histoire et topographie des bains de Soultzmatt et de ses environs; analyse des eaux, etc.; par M. le docteur BACH, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, etc., suivi d'une nouvelle analyse des eaux de Soultzmatt, par M. BÉCHAMP, et de la flore des environs de Soultzmatt, par M. KERSCHLEGER. In-8°, Paris, 1853, J.-B. Baillière.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 86. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 21 Juillet 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges, n° 12.* A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 20 JUILLET 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Sommaire. — L'albumine iodée. — Discours de M. Gibert. — Acte extra-académique. — Vote légitime. — Les albuminates de quinine et de fer. — Les phases de l'évolution dentaire. — Protestation de M. Ricord. — Le classement des candidats.

Aimez-vous l'*albumine?* On en a mis partout.

Avec cette légère variante, ce vers de notre satirique pourrait servir d'épigraphe au compte-rendu de la dernière séance de l'Académie. Il n'y a été question, en effet, que des combinaisons de l'albumine avec les médicamens les plus usités de la matière médicale, avec l'iode, la quinine, le fer, etc. Hâtons-nous de dire que l'Académie s'est montrée fort peu édifiée sur la valeur de ces inventions pharmaceutiques, et qu'elles les a renvoyées au futur contingent de l'expérience et de l'observation clinique.

A la fin de l'avant-dernière séance, et devant les banquettes dégarnies, M. Lecanu avait lu un rapport dans lequel il demandait l'insertion, dans le *Bulletin*, des formules d'une préparation désignée par son auteur sous le nom d'*albumine iodée*, et, par suite, pour ce médicament nouveau, le bénéfice de l'application du décret du 3 mai 1850.

Nos lecteurs doivent être familiarisés aujourd'hui avec ce décret; souvent, et trop longuement peut-être, nous leur en avons indiqué le but, l'intention et la portée. Ils savent aussi que nous nous sommes très carrément posé en défenseur de ce décret, qui a été attaqué avec plus de passion que d'intelligence. Rappelons, ici, que nous étions d'accord sur ce point avec une des plus grandes lumières de l'Académie, et que les dernières paroles qu'Orfila fit entendre dans son enceinte, furent une énergique et éloquente protestation contre les attaques patentes ou occultes dirigées contre cet acte du ministère de M. Dumas.

Mais ce décret si libéral, exige une application attentive; cette sorte de soupape contre la pression de la loi de germinal et contre la jurisprudence de la Cour de cassation, ne doit être ouverte qu'avec une précaution discrète et prudente. Sur ce point, on peut s'en rapporter à l'Académie de médecine. Son zèle en faveur de l'application du décret n'a pas besoin d'être contenu. Quelquefois même c'est son zèle en sens inverse qu'il faudrait tempérer, et c'est un devoir qu'il nous a été donné de remplir de temps à autre. Mais aujourd'hui, en vérité, nous n'avons que de très justes éloges à donner à l'Académie; nous n'avons qu'à nous associer à sa légitime sévérité.

Donc, ce rapport de M. Lecanu, qui n'avait été ni entendu, ni discuté, l'Académie a voulu l'entendre, et M. Lecanu, avec une complaisance qui méritait un meilleur résultat, en a donné une seconde lecture. Cette lecture ne lui a pas été favorable. La partie chimique pouvait être très forte, mais la partie thérapeutique et clinique était si pauvre, si incomplète et si insuffisante, qu'il a fallu peu d'efforts pour démanteler l'œuvre de la commission. C'est M. Gibert qui a ouvert le feu. Son allocution vive, impétueuse, spirituelle, et très sensée, a produit un grand effet.

Que parlez-vous, a dit l'orateur, d'un succédané de l'huile de foie de morue; savez-vous par quel principe agit ce médicament? c'est par l'iode, assurez-vous; qui le prouve? Naguère encore, certains chimistes niaient sa présence. L'iode, d'ailleurs, ne le trouve-t-on pas partout aujourd'hui, dans l'air que nous respirons, dans l'eau que nous buvons? D'ailleurs, encore, ne sait-on pas que l'état de pureté ou de combinaison dans lequel se trouve un principe actif dans un produit quelconque, influe singulièrement sur les propriétés thérapeutiques? Peut-être, qu'en savez-vous, c'est par son huile seule qu'agit ce médicament tant employé de nos jours. Tous ces raffinemens pharmaceutiques qui se présentent à l'Académie, l'huile iodée, l'huile iodo-phosphorée, l'albumine iodée, ne ressemblent en rien, thérapeutiquement parlant, à l'huile de foie de morue, c'est là ce qu'il faut dire bien haut, afin de préserver les praticiens des déceptions qu'ils ne manqueraient pas d'éprouver.

Passant à la critique des preuves données par le rapporteur, en faveur de l'action thérapeutique du nouveau médicament, M. Gibert en a fait voir l'insuffisance, et, tranchant dans le vif, aux conclusions de la commission, il a proposé la formule banale des remercîmens. Il a été plus loin, il a demandé la suppression de toute la partie thérapeutique du rapport. M. le rapporteur, évidemment déconcerté, n'a pas su résister à cette dernière demande, qui, ainsi que la première, a été votée sans opposition par l'Académie.

Ce dernier vote nous paraît un peu exorbitant. Que l'Académie modifie, supprime, rejette les conclusions d'un rapport, c'est son droit, c'est quelquefois son devoir. Mais ce droit et ce devoir, ce nous semble, ne dépassent pas les limites des conclusions. Ce sont les conclusions seules qui engagent l'Académie, c'est là la jurisprudence constante de toutes les Sociétés savantes. Quant au corps du rapport, il est de jurisprudence aussi de le considérer toujours comme l'œuvre de la commission, qui en accepte et en subit toute la responsabilité; supprimer une portion du rapport d'une commission, c'est porter une atteinte grave à la liberté des opinions scientifiques. Nous sommes profondément étonné que personne, dans l'Académie, n'ait fait cette réflexion, et nous sommes plus surpris encore de l'inexplicable abandon que M. le rapporteur a fait de ses droits. Où irait-on avec un pareil système de censure? Si ce qui s'est passé hier pouvait être accepté comme un antécédent, dont on se servirait au besoin, au nom de la liberté de discussion nous ne craindrions pas d'appeler toute l'attention de l'Académie sur ce fait, qui serait gros de conséquences graves.

Nous rendons hommage au sentiment plus honorable que réfléchi qui a poussé M. Gibert. Il a craint, et il l'a dit très nettement, que les conclusions adoptées ne se trouvant plus en harmonie avec le rapport, le rapport n'en subsistant pas moins, ce ne fût que lui seul que les intéressés missent en évidence. Cette hypothèse pouvait être fondée, mais cette crainte ne justifie en aucune façon l'acte extra-académique, nous dirions presque l'illégalité que nous signalons. Dans le cas qui s'est présenté hier, après un vote qui mettait au néant les conclusions de la commission, une commission bien pénétrée de ses devoirs et du sentiment de sa dignité, n'avait qu'une chose à faire, en présence de la demande de M. Gibert, c'était de se retirer et de retirer son rapport.

Quoi qu'il en soit, l'albumine iodée ne pourra pas encore braver les rigueurs des jurys médicaux; nous disons encore, car si c'est un bon médicament, il saura bien, à son tour, braver les rigueurs académiques et revenir sur l'eau, comme on le dit familièrement. M. H. Gaultier de Claubry voulait lui en ménager les moyens, en demandant, au lieu de l'exécution capitale, le renvoi du rapport à la commission, avec adjonction de nouveaux membres. L'Académie a préféré la mort sans phrases. Il pourra bien y avoir résurrection.

Après l'albumine iodée, nous avons eu un rapport très bien

Feuilleton.

ÉTUDE HISTORIQUE SUR LES PRINCIPAUX ÉTABLISSEMENS THERMAUX DES PYRÉNÉES (1),

Par le docteur E. LAMBRON,

Médecin des épidémies pour l'arrondissement de Châteauroux.

DÉDUCTIONS.

Des diverses branches de l'industrie, du commerce ou des arts, il n'en est pas qui subissent plus que les eaux minérales les vicissitudes de la nation à laquelle elles appartiennent. En possession d'une grande renommée au temps des Romains, les sources thermales tombèrent dans un oubli si profond à la suite des guerres des Goths, des Sarrazins et des Francs, que plusieurs d'entr'elles furent, pour ainsi dire, découvertes à une époque qui ne date pas de plus de deux siècles. Nous ne les voyons prendre de l'accroissement qu'après la cessation des guerres civiles des XVme et XVIme siècles, et surtout avec la construction des routes en France, sous Henri IV, et principalement sous Louis XIV. Les thermes des Pyrénées ne commencèrent à se développer que sous Louis XV, lorsque plusieurs des intendans des provinces du Midi firent exécuter dans ces montagnes des routes que continuèrent, quoique très lentement, l'Empire, la Restauration et le gouvernement de Juillet. Mais la fréquentation des eaux pyrénéennes resta longtemps bornée aux populations des deux versans de la chaîne; car, jusqu'au commencement de ce siècle, la circulation était peu rapide et peu sûre sur ces moyens de viabilité. Il y a soixante ans, il fallait plus de temps pour se rendre de Paris à Bayonne ou à Pau, que pour aller aujourd'hui de Paris en Amérique. Cependant, après le traité des Pyrénées, qui termina la guerre de la Succession, la paix mit les eaux grandement en vogue auprès des gens de la cour, des riches seigneurs et des financiers, mais il y venait plus de joueurs et de débauchés que de véritables malades.

Nos désordres civils arrêtèrent cet entraînement, si avantageux aux populations indigentes de ces montagnes, comme ils détruisirent la richesse publique et les fortunes privées. Les guerres avec l'Espagne, à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, en détournèrent également les malades pour lesquels le calme de l'esprit et la sécurité sont des conditions essentielles de guérison et de voyage. Dans les courts instans de repos laissés par les guerres de l'Empire, les eaux eurent des années fort brillantes. Mais lorsque la paix eut développé la richesse publique, rétabli les fortunes privées, construit des routes nombreuses, creusé des canaux, rendu la circulation plus sûre, en un mot, eut accru de mille manières la rapidité et les faiblesses du transport; les thermes des Pyrénées prirent, en moins de trente ans, le développement prodigieux que nous leur voyons aujourd'hui; cet accroissement paraîtrait même incroyable, s'il n'était établi sur des documens recueillis par nous sur les lieux mêmes et puisés aux meilleures sources. En groupant les chiffres fournis par nos études, nous trouvons, en effet, les résultats suivans :

Basses-Pyrénées. . .	6,700 baign. et	1,480,000 fr. d'arg. dépensé.		
Hautes-Pyrénées. . .	21,600	—	5,850,000	—
Haute-Garonne. . . .	8,000	—	2,500,000	—
Ariège.	2,500	—	400,000	—
Pyrénées-Orientales.	5,400	—	940,000	—

C'est-à-dire un total énorme de 11,191,000 fr. apportés chaque année par 44,200 malades, touristes ou savans; et remarquons, toutefois, que ce chiffre considérable donne seulement 250 fr. pour la dépense de chaque individu, tandis que beaucoup de malades laissent aux eaux 500 et assez souvent même 1,000 fr.

Dans ces onze millions ne sont pas compris les frais de voyage; si nous en tenions compte, nous verrions qu'en les portant à la faible somme de 50 fr., en moyenne, par personne, plus de deux millions sont répandus sur les diverses routes de France.

L'intérêt que prend le gouvernement au développement de cette branche de la fortune publique, sa sollicitude pour les eaux minérales et pour leur avenir, prouvent qu'il connaît parfaitement l'importance de ces résultats. Elle est d'autant plus grande, selon nous, que ce numéraire va vivifier jusqu'aux plus minimes industries de populations extrêmement besogneuses, pour lesquelles les dépenses faites à leurs eaux sont la seule et véritable moisson.

Ces dépenses, en effet, équivalent :

Dans les Basses-Pyrénées, au 16me du revenu territorial du département.

Dans les Hautes-Pyrénées, aux 5/7mes.

Dans la Haute-Garonne, au 12me.

Dans l'Ariège, au 29me.

Dans les Pyrénées-Orientales, au 8me.

Encore devons-nous observer que ces études portent exclusivement sur les principaux établissemens thermaux des Pyrénées. Tandis qu'il en existe beaucoup d'autres, de moindre importance, pour quelques sources sulfureuses également chaudes; pour des sources sulfureuses froides, des sources salines, des sources ferrugineuses, ces établissemens ne sont pas sans avoir une certaine clientèle, et leurs produits divers doivent former aussi une somme qui n'est pas sans valeur, et qui accroît d'autant le chiffre de l'argent importé dans ces montagnes. Ainsi pour l'Ariège, par exemple, nous n'avons porté que 400,000 fr.; tandis qu'en tenant compte des autres établissemens de ce département : Ussac, Carcagnères, Audignac, etc., le total de la dépense faite à ses eaux minérales est de 650,000 fr., suivant les calculs du dr Alibert, médecin-inspecteur des eaux d'Ax.

Les chemins de fer accroîtront sans nul doute cette source de richesse publique; mais les Pyrénées pourront toujours répondre aux nouveaux besoins qu'ils créeront, car beaucoup de sources thermales très abondantes ne sont pas encore utilisées. Il y a, entre autres, aux *Grans d'Olette*, dans les Pyrénées-Orientales, une véritable mine de sources dont la situation, la richesse en calorique et en soufre, la position à des hauteurs différentes sur le flanc de la montagne qui les laisse échapper... leur variété, puisqu'on en compte trente-six distinctes, leur abondance qui permettrait de donner 9,000 bains par jour, sont autant de conditions des plus avantageuses pour faire la richesse du département qui les renferme. Comme ces eaux seraient précieuses pour y créer, en faveur des indigens, un grand établissement à l'égal de celui que l'État a fait construire à Amélie pour les militaires. Ce serait-là une belle succursale hydro-thermale de tous les hôpitaux de France.

Mais je ne saurais donner ici à cette grande question le développement qu'elle mérite, et qui sera mieux placée dans un article sur les eaux, étudiées au point de vue de l'assistance publique. J'en trouverai les matériaux, comme ceux de ce travail, dans les études nombreuses que j'ai entreprises depuis plusieurs années pour un nouveau *Guide du médecin, du malade et du touriste aux eaux thermales sulfureuses des Pyrénées.*

FIN.

(1) Voir les numéros des 9, 16, 23, 30 Juin et 14 Juillet 1853.

fait de M. Robinet, sur les *albuminates de fer et de quinine*, autre invention pharmaceutique également fourvoyée dans les sentiers épineux de l'Académie. M. Robinet ne les a pas trouvées dignes même d'une conclusion quelconque. Ces pauvres albuminates n'en reviendront pas.

Dans l'intermède, M. Hervieux a lu une note sur les phases de l'évolution dentaire, travail que le bruit des conversations nous a empêché d'entendre, et que l'auteur aurait dû réserver pour la presse périodique, où il eût trouvé un meilleur accueil et sa place plus naturelle qu'à l'Académie.

Indiquons aussi que M. Ricord, à l'occasion du procès-verbal, a voulu protester contre les doctrines émises dans l'avant-dernière séance par M. Gibert, dans son rapport sur les métamorphoses de la syphilis. Quoique M. Ricord n'ait pas formulé sa protestation, nous avons été heureux d'apprendre de sa bouche que les réflexions que nous avons publiées sur ce sujet, jeudi dernier, sont conformes à ses opinions.

Finissons par une indication sur la place vacante dans la section d'histoire naturelle. La section s'est réunie et avait fait son classement. Mais il paraît que, par erreur, un des membres n'avait pas été convoqué à cette réunion; ce membre a réclamé, et il a été convenu que tout ce qui s'était passé devait être considéré comme non avenu. Cette circonstance nous empêche de faire connaître le classement qui avait été adopté.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

École de médecine navale. — Port de Rochefort.

OBSERVATIONS DE TÉTANOS TRAUMATIQUE.

Par M. LAURENCIN, chirurgien en chef, président du conseil de santé de la marine à Rochefort.

Joseph Clémence, âgé de 28 ans, né dans le département du Doubs, d'une bonne constitution, marchand ambulant, entré à l'hôpital Saint-Charles, le 20 mai 1853, et mort le lendemain.

Il y a huit jours, cet homme s'est enfoncé une pointe de fer dans le pied gauche, entre le premier et le deuxième orteil. La blessure paraissant peu grave, aucun médecin ne fut d'abord consulté; on se borna à appliquer localement des compresses trempées dans l'*eau sédative*. Les personnes qui l'ont assisté après l'accident, disent avoir extrait le troisième jour un petit morceau de cuir provenant du soulier, et que le clou avait refoulé devant lui en pénétrant dans les tissus de la plante du pied.

Depuis hier matin (19 mai), Joseph a commencé à éprouver de la difficulté à avaler; le trismus s'est manifesté et a été constaté par un médecin civil, qui, après avoir prescrit des onctions de pommade belladonée, engagea fortement le malade à se rendre à l'hôpital. Il y entra effectivement le lendemain matin, présentant les symptômes suivans: contraction spasmodique des muscles du cou; l'articulation des sons est très douloureuse; dysphagie, le malade ne peut avaler aucun liquide, et chaque effort de déglutition amène un spasme; la peau est en moiteur; il y a eu une selle hier; quant à la plaie du pied qui paraît être le point de départ des accidens, elle est située au niveau de l'extrémité phalangienne des deux premiers métatarsiens; la pression la plus intense, l'exploration avec un stylet boutonné ne provoquent aucune douleur, et ne donnent aucun renseignement sur la présence possible d'un corps étranger au fond de la plaie.

Prescription : Eau pure pour boisson; inhalation de chloroforme; boules d'eau chaude au pied droit; grand cataplasme fortement laudanisé au pied gauche; potion stibiée à 0, g^r 40 (les spasmes du pharynx étaient tellement fréquens, qu'il fut impossible d'administrer cette potion au malade). Saignée de 800 grammes. A midi et demie, on administre un quart de lavement avec l'infusion de tabac; mais il est rendu cinq minutes après. A une heure, on en donne un autre avec un gramme de laudanum, qui est conservé.

Depuis le matin les crises se sont renouvelées à de courts intervalles; il n'y a point de céphalalgie; aucun trouble des facultés intellectuelles, le sang de la saignée du matin est couvert d'une couenne inflammatoire épaisse; le caillot est volumineux.

M. le professeur Arlaud, chargé spécialement du service de l'hospice civil en ce moment, prescrit de maintenir dans la bouche du malade des fragmens de glace pour calmer la soif vive dont il se plaint. Il promène un fer chaud sur une compresse humide appliquée le long du rachis (la révulsion opérée par ce moyen procure un soulagement passager). Le chirurgien de garde, placé auprès du blessé, reçoit l'ordre de continuer les inhalations de chloroforme, qui ont été bien supportées jusqu'alors, et de les répéter toutes les cinq minutes, et pendant deux minutes chaque fois.

A une heure et demie, une crise violente est provoquée par un mouvement du malade. Le pouls, qui avait considérablement augmenté de fréquence, tombe assez promptement sous l'influence des inhalations de chloroforme; le malade avale quelques gouttes d'eau; mais les efforts de déglutition donnent lieu à une nouvelle crise. A deux heures, les contractions spasmodiques musculaires semblent diminuer de fréquence et d'intensité; la douleur si vive qui existait aux lombes et le long du rachis, est devenue plus supportable. Le malade exécute avec plus de facilité le mouvement de sputation, il a uriné deux fois dans la journée; à trois heures, le pouls devient plus dur et plus fréquent; une nouvelle saignée de 400 grammes est pratiquée. De quatre à cinq heures, quelques crises légères cèdent aux inhalations de chloroforme. On pratique sur les masséters et sterno-mastoïdiens, toujours très tendus, des onctions fréquentes avec l'onguent mercuriel belladoné. De 5 à 6 heures, plusieurs crises spasmodiques se présentent encore; on donne un second lavement avec un gramme de laudanum. De 7 à 8 heures, crises plus violentes et plus rapprochées; le pouls, qui dans leur intervalle est à 86, s'accélère alors considérablement. Il y a du spasme jusque dans la partie latérale de l'abdomen. De huit à neuf heures, une crise plus violente encore dure plus d'une minute, malgré l'inhalation de chloroforme. La douleur réside presque exclusivement dans les muscles de la région cervicale postérieure. Le malade se retourne brusquement dans son lit, et se tirant les cheveux, porte la tête en avant, afin, dit-il, de se soulager un peu. On continue les onctions mercurielles belladonées. De neuf à dix heures, Joseph est un peu plus calme, surtout quand on soutient fortement la tête qui tend toujours à se porter en arrière. Pendant la nuit, plusieurs crises se manifestent encore, mais semblent moins douloureuses; on administre à minuit un troisième lavement avec un gramme de laudanum; il est rendu une demi-heure après.

Le 21 mai, à six heures du matin, les contractions spasmodiques des muscles de la poitrine, qui s'étaient déjà manifestées, n'ont point fait de progrès; la douleur est toujours concentrée dans la région cervicale postérieure; les facultés intellectuelles sont toujours intactes; la soif est très vive; la déglutition des liquides impossible; le pouls, qui est à 140 pendant les spasmes, tombe à 95 ou 100 dans leur intervalle. (On continue de temps en temps les inhalations de chloroforme.) A huit heures, le malade est mis dans un bain auquel on n'avait pas encore eu recours, parce que le moindre mouvement amenait des crises plus violentes. Pendant les premières minutes, le malade s'y trouva bien; une sueur abondante ne tarda pas à se manifester; mais une demi-heure après, Joseph se plaint de fatigues dans les membres; des spasmes violens se manifestent dans les muscles du tronc; le malade demande avec instance qu'on le retire du bain; la tête se porte fortement en arrière, et aussitôt qu'il est déposé sur son lit, tous les muscles du tronc et des membres deviennent le siége de secousses convulsives; le pouls, à 160, se déprime de plus en plus, et le malade expire à neuf heures moins un quart.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort. — Habitude extérieure; taille au-dessus de la moyenne; les saillies musculaires sont fortement dessinées; quelques cicatrices gaufrées existent sur les parties latérales du cou; les plaies des saignées ne sont pas encore cicatrisées.

A la région plantaire du pied gauche, entre les deux premiers métatarsiens, et au niveau de l'extrémité phalangienne de ces os, existe une petite plaie d'un demi-centimètre à peu près de largeur, et de deux centimètres de profondeur. L'introduction du stylet n'y fait reconnaître aucun corps étranger; mais en disséquant avec soin les tissus environnans, M. le professeur Arlaud découvre bientôt deux petits fragmens de cuir, et une portion de l'épiderme épais de la plante du pied que le clou a repoussés devant lui. Des deux morceaux de cuir, le plus volumineux (gros comme un petit pois à peu près) est enfoncé dans l'angle rentrant formé par le nerf plantaire interne, au moment où celui-ci se bifurque, pour former les collatéraux correspondans. Le névrilème est rouge; les branches nerveuses, tuméfiées et entourés d'une petite quantité de sérosité sanguinolente.

Crâne : les membranes cérébrales sont épaissies, les vaisseaux injectés; la surface externe des lobes cérébraux présente quelques taches ecchymotiques; et une légère couche gélatiniforme est épanchée dans les espaces sous-arachnoïdiens de la convexité des circonvolutions. Les ventricules contiennent une sérosité rougeâtre, et les plexus coroïdes ont une coloration plus prononcée que dans l'état normal. Le cervelet présente une injection moins prononcée.

Canal vertébral : La moelle épinière offre, comme le cerveau, une consistance ordinaire; les vaisseaux ne sont que légèrement injectés.

Les cavités thoracique et abdominale n'ont point été ouvertes. (La pièce anatomique est déposée au Muséum.)

En fixant l'attention de nos élèves sur ce cas de tétanos traumatique, à ma clinique du 21 mai, aussitôt qu'il m'en fut rendu compte, je leur donnai connaissance d'une observation analogue que j'avais recueillie en 1817, lorsque j'étais encore étudiant en médecine à l'hôpital de Rochefort, et que je vais rapporter telle qu'elle fut alors rédigée :

« Le nommé Couturier, âgé de 32 ans, né à Saint-Savinien, Charente-Inférieure, forgeron dans le port, y travaillait le 4 octobre, 1817, lorsqu'un clou assez petit lui entra dans la plante du pied droit, à peu près vers l'extrémité phalangienne du premier métatarsien. Peu d'accidens inflammatoires se développèrent; cependant il y avait un engourdissement général du pied avec fourmillement à l'endroit de la blessure. Douze jours après, le tétanos se développa, et l'on porta le malade à l'hôpital, le 16 octobre (salle Saint-Louis, lit n° 18).

» Le trismus était encore léger; malgré la dureté des masséters et temporaux, Couturier entr'ouvrait un peu la bouche, parlait distinctement et raisonnablement. Les muscles extenseurs de la partie postérieure du cou étaient durs, la tête penchée en arrière, le pouls fort et accéléré, la face colorée. On mit le blessé dans un bain chaud; il fut saigné et enveloppé en sortant du bain dans une couverture de laine, et sur son lit entouré de rideaux. (Infusion de tilleul, potion avec 20 grains d'opium.) Le soir, fièvre forte; quelques efforts pour vomir (lavement avec un gros de laudanum, embrocation opiacée sur le pied).

» Le lendemain matin, 17, les accidens n'avaient point diminué; les mâchoires étaient plus serrées; on avait eu la précaution de mettre un petit morceau de bois entre les dents (limonade de citron, potion avec 20 grains d'opium, sinapisme au pied droit, deux grands bains dans la journée, il resta deux heures dans le premier et une heure seulement dans le second qui fut donné le soir). Transpiration abondante, fièvre forte, aucune diminution du tétanos; rétention d'urine, qui fut évacuée par le cathétérisme.

» Dans la nuit du 17 au 18, le malade ayant beaucoup transpiré, demanda à changer de chemise; il dit à l'infirmier qu'il se trouvait un peu mieux, et il ôta en même temps le petit morceau de bois qu'il avait entre les dents. Au même instant il éprouva une secousse générale, et expira.

» A l'autopsie cadavérique qui fut faite par M. le docteur Triaud, et à laquelle j'étais présent, on vit d'abord une rougeur très prononcée de la muqueuse stomacale qui présentait même quelques points noirâtres; une partie de l'intestin grêle était également phlogosée; la tête fut ouverte, le cerveau semblait assez ferme, et l'on n'y trouva que de la sérosité sanguinolente dans les ventricules.

» Je disséquai moi-même l'endroit de la blessure, qui consistait en un petit trou presque imperceptible; je trouvai, à trois lignes de profondeur et au milieu d'un tissu cellulaire imprégné de sang, une petite portion du soulier grosse comme une lentille; elle était immédiatement appliquée sur une branche nerveuse assez petite, en contact avec l'aponévrosé plantaire. »

Cette observation m'avait assez vivement impressionné pour que je n'en perdisse pas le souvenir; j'en avais souvent parlé depuis dans mes cours de pathologie et de clinique chirurgicale, en insistant sur la nécessité d'examiner attentivement toutes les plaies par piqûre, de les débrider, et de les débarrasser avec soin des corps étrangers qui peuvent les compliquer. Nous l'avions fait plusieurs fois en pareil cas, aussi non seulement nous recommandâmes cette recherche à M. le professeur Arlaud, mais nous fûmes nous assurer nous-mêmes, par des pressions énergiques, et ne déterminant aucune douleur sur la petite ouverture de cette plaie, qu'elle ne devait renfermer aucun corps étranger.

Nous pensions bien qu'à cette période du tétanos, le débridement de la plaie et l'extraction des parcelles de cuir, adhérentes au nerf plantaire, n'auraient pas, dans les deux cas que nous venons de citer, enrayé la marche de cette affection du système nerveux, contre laquelle l'amputation même du point de départ a si souvent échoué; mais nous sommes disposés à croire que si ces malheureux ouvriers eussent réclamé les secours de la chirurgie immédiatement après leur blessure, et qu'on eût mis en pratique les préceptes que nous rappelons, que le tétanos ne se fût pas développé. Nous avons même quelques regrets de n'avoir pas tenté cette ressource, incertaine alors, et qui ne semblait point indiquée, en lisant la note suivante qui nous a été remise depuis par un de nos chirurgiens majors (M. le docteur Penard), et que nous croyons devoir communiquer à nos confrères dans un but d'utilité pratique qui peut souvent se présenter; car les piqûres du pied sont assez communes dans nos arsenaux, où des clous à tête plate se trouvent fréquemment épars et cachés sur le sol, par des débris de construction; et sur les bords de la mer, par des éclats de verre, de coquilles, etc. D'un autre côté, les cas de tétanos traumatique que nous avons observés, soit dans notre hôpital maritime, soit à l'hospice civil, bien que nous ne fussions pas dans les conditions prédisposantes de certains climats chauds, sont également assez multipliés pour qu'on y porte une sérieuse attention.

Observation transmise par M. Penard. — « La veuve Fort, bouchère, 55 ans, femme de couleur, tempérament bilioso-nerveux, habitant le Fort-de-France (Martinique), pose le pied gauche à nud sur un tesson de bouteille, en traversant un torrent, et se fait une blessure étroite (un centimètre au plus), mais assez profonde, sous l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Quarante-huit heures après, les accidens tétaniques se déclarent : douleur à la nuque, raideur du cou, trismus, gêne dans la déglutition, etc., etc. Deux médecins sont successivement appelés; le premier pratique une saignée du bras, prescrit un bain tiède, une potion calmante, des émolliens sur la plaie, puis se retire le deuxième jour du traitement pour un motif inconnu. Le second continue les potions calmantes, les bains tièdes, ajoute quelques sudorifiques, et panse encore la plaie simplement, sans tenir compte des élancemens et des douleurs pulsatives dont elle est le siége; il néglige la malade, dont il avait annoncé la mort prochaine, et finit par être congédié. C'est sur ces entrefaites que je suis appelé dans les premiers jours de septembre 1846.

» Je trouve les mâchoires complètement serrées, la face grimaçante, la déglutition presque impossible, la nuque très douloureuse, les membres fortement convulsés par instans, et le corps sensiblement renversé en arrière, la peau chaude et halitueuse, la respiration anxieuse, le pouls fort et fréquent, l'intelligence intacte. Je suis d'avis de recourir à une forte saignée, puis de placer la malade dans un grand bain pendant deux heures, d'insister en même temps sur l'opium (0, g^r 025 toutes les heures). La saignée trouve beaucoup d'opposans parmi les parens ou amis qui assiégent la maison; mais j'insiste, menaçant de me retirer, et cela joint au désir qu'exprime la malade elle-même d'une nouvelle évacuation sanguine, fait qu'on me laisse libre. Je tire du bras 7 à 800 grammes de sang; deux heures après, grand bain et administration de l'opium à la dose indiquée. Le pied blessé est pansé à la sortie du bain avec un cataplasme laudanisé. Les accidens cessent d'augmenter, mais ne diminuent pas encore.

» Le lendemain, interrogeant avec soin la malade sur le mode de développement des contractions tétaniques, j'apprends qu'elles ont leur point de départ dans la blessure, et qu'elles sont annoncées chaque fois par un élancement ayant son siége à la plante du pied. L'idée qu'il est resté dans les tissus un fragment de verre, surgit immédiatement à ma pensée. Je sonde la plaie dans tous les sens; mon stylet pénètre d'avant en arrière au milieu des muscles de la plante du pied à plus d'un pouce de profondeur : une demi-cuillerée de sanie noirâtre et fétide s'en échappe à l'instant; c'était là le seul corps étranger; l'indication était claire et pressante; le clapier fut immédiatement converti en plaie simple, à l'aide de la sonde canelée et du bistouri, et pansé avec la charpie et des compresses imbibées d'un liquide mucilagineux fortement laudanisé. Dès le soir même, je vis la rigidité des mâchoires et la dysphagie diminuer sensiblement, au point que plusieurs cuillerées de bouillon purent être avalées facilement, ainsi que les pilules d'opium, dont on continua l'administration. Enfin, j'eus le bonheur inexprimable de voir les accidens disparaître peu à peu et faire place à un état de santé des plus satisfaisans.

» La plaie, dont j'avais fait le débridement quatre jours après le développement du tétanos, ne fut complètement cicatrisée que le vingt-deuxième jour. Mais déjà depuis le douzième, toute raideur musculaire avait disparu. Le sujet de cette observation si intéressante, et auquel je dois un des plus beaux momens de ma vie médicale, a vécu encore deux ans et demi, remplissant bien toutes les obligations de son métier. Cette femme est morte hydropique en mai 1849. »

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE LA GALE ET DE LA SUPPRESSION DES SALLES DE GALEUX DANS LES HOPITAUX ;

Par M. le docteur VLEMINCKX, président de l'Académie de médecine de Belgique.

La gale est un des grands fléaux des armées. Ses ravages surtout considérables en temps de guerre, à la suite de longues marches et de rapports multiples de la troupe avec toutes sortes de populations et dans toutes sortes de demeures, ne laissent pas d'être encore assez grands, en temps de paix, pour éveiller toute la sollicitude de l'administration.

Je n'ai pas le projet de faire une dissertation complète sur cette affection. Je me borne à dire, avant d'arriver au point essentiel de cette communication, comment je crois pouvoir la considérer et quelle est dans mon opinion son origne.

Pour moi, la gale est une maladie toute locale, accidentelle et de cause externe, consistant dans une éruption cutanée revêtant diverses formes sous l'action incessante d'un parasite portant le nom d'*acarus scabiei*.

Je sais que certains dermatologues et le professeur Devergie, en particulier, considèrent cette opinion comme étant trop absolue : que tout en admettant que le sarcopte est le plus souvent la cause de l'éruption, ils croient néanmoins qu'il *peut* en être également l'effet; mais en supposant que cela soit démontré à la dernière évidence (et les expériences d'Herhwig permettent de conserver à cet égard des doutes fondés), le fait serait sans importance pour le but que je veux atteindre. Il est d'ailleurs un point qui est à l'abri de toute contestation, c'est que c'est bien l'*acarus* qui, réfugié dans les effets de couchage et d'habillement des galeux, est la seule cause de la propagation et de la reproduction de la maladie.

Tuer ce parasite dans les sillons qui le recèlent et dans les effets qui le retiennent, puis dissiper, s'il y a lieu, les résultats qu'il a produits, telles sont par conséquent les grandes indications à remplir et dont d'ailleurs l'expérience a démontré la constante efficacité.

Et quand je parle d'expérience, je prie de remarquer que j'entends parler de la gale, telle qu'elle se montre dans notre armée. Je suis tout prêt à concéder que dans certaines formes qui se font remarquer dans le civil, il faut tenir compte, quand au traitement, de l'ancienneté de l'affection, de son étendue, de son état d'acuité, de l'état général de celui qui en est porteur; mais encore une fois, ce n'est pas le cas pour la gale de nos soldats, et c'est de celle-là surtout que j'entends spécialement m'occupper.

Les topiques les plus sûrs, les plus innocens, les moins coûteux pour détruire l'*acarus* n'ont pas varié depuis Celse; aujourd'hui comme alors, ce sont des sulfureux.

Mais le désaccord commence lorsqu'il s'agit de déterminer comment il faut les employer, quelle est la manière de s'en servir, quel est en un mot le *modus faciendi*?

Helmerich, chirurgien hollandais au 125e de ligne, sous l'empire, guérissait la gale en quarante-huit heures à l'aide d'une pommade qu'il tenait secrète.

La composition sulfo-alcaline de cette pommade fut révélée plus tard par les soins de M. Burdin.

Il est probable qu'à l'époque de la délivrance de l'Europe, en 1814, elle était connue en Hollande, au moins pour ce qui concerne ses ingrédiens principaux.

En effet, le 7 décembre 1814, le Conseil de santé de l'armée des Pays-Bas prescrivait le traitement suivant pour la gale :

1° Préparer le malade par un bain tiède, pris la veille du traitement, après l'avoir fait frotter pendant une demi-heure avec du savon noir :

2° Le soumettre le lendemain à *quatre* frictions faites la première à quatre heures du matin, la deuxième à dix heures, la troisième à quatre heures de relevée, et la quatrième à onze heures du soir, au moyen d'une pommade composée comme suit :

Fleurs de soufre, une livre ;
Poudre de racine d'ellébore blanc, trois onces;
Nitrate de potasse, une once et demie ;
Savon vert, une livre ;
Axonge de porc, trois livres ;

3° Terminer le traitement par un second bain savonneux.

C'était bien là, il faut le reconnaître, un traitement rapide, puisqu'il permettait de faire sortir en trois jours, le malade de l'hôpital : mais, on se le rappellera, l'ophthalmie dite contagieuse commençait à ravager à cette époque la plupart des corps de l'armée, et l'on s'imagina que ce traitement, à raison même de sa rapidité, pouvait n'être pas étranger à cette terrible invasion.

On se trompa, c'est bien clair aujourd'hui; mais cette erreur n'en eut pas moins pour résultat, non de faire abandonner le traitement, mais de le faire modifier considérablement, en ne répétant plus coup sur coup les frictions avec la pommade sulfo-alcaline, et, par conséquent, de le faire durer plus longtemps.

C'est cette dernière méthode que je trouvai en usage, lorsqu'en 1830, j'eus l'honneur d'être appelé à la tête du service de santé de l'armée.

C'était chose déplorable à voir alors que nos galeux. Qu'on se figure une sorte de bouge dans lequel se trouvaient entassés, encombrés une foule d'hommes, presque nus, couverts de graisse des pieds jusqu'à la tête, couchés sur des paillasses remplies d'ordures et d'impuretés ; tels étaient ces malheureux en 1830, et tels ils avaient été durant quinze ans consécutifs. Et savez-vous pendant combien de jours ils étaient plongés dans cette atmosphère puante et infecte? Douze en moyenne, ni plus ni moins.

Ainsi tout homme en arrivant au service, avait la perspective d'être condamné à subir plusieurs fois cet indigne traitement, à se voir assimilé pendant un temps plus ou moins long à l'animal de l'espèce la plus abjecte, et cela pour avoir contracté, souvent sans qu'il y eût de sa faute, une maladie à laquelle des chefs d'armées eux-mêmes n'avaient pas toujours su se soustraire.

Était-ce trop que douze jours en moyenne par journée de traitement? Oui sans doute, nous le savons aujourd'hui, mais on ne le pensait pas alors. Biett lui-même qui employait presque exclusivement à l'hôpital Saint-Louis la pommade d'Helmerich, avait trouvé ce temps indispensable pour tuer les sarcoptes et leurs œufs.

Je ne me donnai ni repos ni trêve avant d'avoir fait changer une situation qui me semblait une honte pour le pays, et adopter une méthode de traitement qui permît au moins de tenir les malades sinon dans un état de propreté absolue, du moins décemment et convenablement.

Le sulfure calcaire fut employé, et à partir de là, tout le monde le sait, leur sort fut notablement amélioré : ils cessèrent d'être couchés comme des animaux immondes, on les vêtit proprement, leurs salles revêtirent un aspect satisfaisant, et on put désormais les approcher sans éprouver un sentiment de dégoût et de pitié.

Plus tard, je fus assez heureux de pouvoir les faire assimiler, de même que les vénériens, aux autres malades, au point de vue de la solde et des autres avantages de l'hôpital.

Je me serais probablement contenté de ce succès, qui me semblait déjà bien beau, sans un article de M. Gibert, publié par la *Gazette médicale* en 1851, dans lequel cet honorable médecin signalait les succès obtenus à l'hôpital Saint-Louis, à l'aide de la pommade d'Helmerich employée d'après le procédé de MM. Bazin et Hardi.

Voici ce procédé :

« Le malade est conduit au bain; il se déshabille et subit une friction générale de deux heures de durée avec le savon noir; il se plonge ensuite dans un bain simple, où il continue de se nettoyer la peau durant une heure. A sa sortie du bain, on le ramène dans la salle, et là, dans un cabinet disposé à cet effet, aidé d'un de ses camarades, il subit une nouvelle friction générale d'une demi-heure, mais cette fois avec la pommade d'Helmerich. (Axonge 8 part., soufre 1 id., carbonate de potasse 1/2 id.)

» Après cette friction, le malade examiné est renvoyé guéri, bien qu'il reste parfois des vésicules intactes assez nombreuses aux mains et ailleurs ; mais M. Hardi affirme que sur plusieurs centaines de sujets, c'est à peine s'il a eu à constater deux ou trois récidives. »

C'était là, à mes yeux, un fait d'une portée immense, digne de fixer à tous égards l'attention générale, et de provoquer spécialement les méditations de ceux qui sont placés à la tête du service de santé des armées.

Je résolus tout aussitôt de prescrire des essais dans le genre de ceux qu'on était déjà en train de faire à l'hôpital du Gros-Caillou. Deux de nos médecins de régiment, bons et patiens observateurs, MM. Dechange et Delatte, les entreprirent spontanément.

« J'ai accueilli, m'écrivit M. Dechange, la nouvelle méthode de guérir rapidement la gale, avec une confiance d'autant plus légitime, qu'elle venait confirmer mes propres observations. J'ai expérimenté sur 44 malades la méthode de M. Hardi, en y apportant une modification importante au point de vue de l'économie. Après avoir fait frictionner le malade pendant une demi-heure avec du savon noir, et l'avoir fait nettoyer dans un bain d'une heure de durée, je substitue aux frictions de la pommade sulfo-alcaline, des lotions générales avec 120 grammes de sulfure calcaire liquide. Cette substance est au moins aussi efficace que la pommade hollandaise; elle est d'un prix beaucoup moins élevé, puisque le kilogramme coûte à peine 12 centimes; elle a l'avantage de ne pouvoir occasionner, autant que les autres moyens antipsoriques, ces éruptions secondaires si souvent prises pour des gales *rebelles* ou *constitutionnelles*.

» Les 44 malades qui font l'objet de cette communication ont été débarrassés par une seule friction de sulfure calcaire liquide, du prurit qui les incommodait. En examinant les points d'élection de la maladie psorique, je n'ai trouvé que des sillons rompus, des vésicules déchirées et flétries. Un mois s'est écoulé sans qu'aucune récidive ait eu lieu. Trois malades seulement ont présenté des plaques d'érythème furfurant et des papules de lichen dont le siége, sur la surface externe des avant-bras et sur le dos des mains, ne laisse pas de doute qu'elles soient causées par les frictions savonneuses. Ces éruptions, qui s'éteignent après quelques bains simples, peuvent être aisément prévenues, si on a soin de recommander aux malades de ne point se frotter trop rudement avec le savon, et d'employer le liquide sulfuro-calcaire plutôt en lotions qu'en frictions, celles-ci déterminant quelquefois la suppuration du corps muqueux de la peau. Le soin plus ou moins attentif qu'on apporte dans l'observation de ce précepte, exerce une influence marquée sur la durée du traitement de la gale. »

M. le médecin de régiment Delatte m'écrivit de son coté ce qui suit :

« Depuis le 14 octobre (1851), ce traitement a été appliqué à 21 galeux, à l'infirmerie et à la prison (d'Ypres), et nous nous sommes assuré que chez tous la démangeaison a cessé immédiatement (M. Delatte a fait emploi de la pommade) ; que les vésicules n'ont pas été entièrement détruites, mais qu'elles n'ont pas tardé à se flétrir et à disparaître. Tous ces cas de prurit étaient parfaitement caractérisés, l'éruption était très étendue chez la plupart et provoquait de vives démangeaisons.

» Parmi les galeux traités et guéris, nous avons eu deux récidives après dix et vingt jours, et une guérison douteuse. Ces deux récidives survenues assez longtemps après la guérison et qui n'ont été caractérisées que par la réapparition du prurit aux aisselles, ne doivent rien enlever à l'efficacité de la méthode, car il est possible qu'elles soient dues à une contagion nouvelle. Pour ce qui concerne les guérisons douteuses, à cause de la persistance du prurit après plusieurs jours, il est possible que la température régnante n'ait pas été étrangère à cet insuccès. Il est d'observation, en effet, que le temps froid et humide augmente la démangeaison et la sécrétion morbide dans les affections de la peau.

»..... Aujourd'hui les hommes ne sont plus retenus à l'hôpital que le temps nécessaire à la désinfection et au lessivage de leur effets, c'est-à-dire pendant trois à quatre jours. Nous espérons voir réduire beaucoup le nombre de galeux, parce que le soldat, ne s'effrayant plus d'un long traitement, s'empressera de déclarer la maladie au début et fera cesser une des principales causes de contagion. Déjà nous avons pu nous assurer des bons effets de cette mesure. »

C'était satisfaisant, sans doute, mais non entièrement suffisant.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 Juillet 1853. — Présidence de M. NACQUART.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur GUIZARD, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lons-le-Saulnier, sur une épidémie de fièvre variolique qui a régné dans la commune de Veseles (Jura), pendant les mois d'avril et mai 1853.

2° Un rapport de M. le docteur MAUGENEST, médecin des épidémies de St-Amand, sur une épidémie de fièvre gastrique simple qui a régné dans la commune de Sidiaille (Cher), en 1853.

3° Un rapport de M. le docteur VIAL, de St-Etienne, sur une épidémie de variole qui a régné dans plusieurs localités de l'arrondissement de St-Etienne (Loire), depuis le mois de septembre 1852 jusqu'aux derniers jours de mars 1853.

4° Une demande d'avis du ministre du commerce sur une eau minérale d'Aulus (Ariège), qui est l'objet d'une demande d'exploitation.

5° Un mémoire de M. le docteur GIGON, d'Angoulême, sur la variole et la vaccine.

6° Un mémoire de M. MASLIEURAT-LAGÉMARD, contenant la relation de l'observation de la nommée Bouquier, de Laurière (Haute-Vienne), qui a subi une opération césarienne, en réponse aux réflexions de MM. Lacaux, Pontis et Bouyer. (Comm. nommée.)

7° Un mémoire de M. DRUHEN aîné, de Besançon, contenant la relation de plusieurs épidémies de dothiénentérie observées dans le département du Doubs jusqu'en 1850.

8° Un mémoire de M. HEYFELDER, d'Erlangen, sur l'ablation totale de la mâchoire inférieure. (Comm. MM. Huguier et Larrey.)

9° Une note de M. JOULIN, contenant la description d'un nouvel appareil pour l'application du spéculum. (Comm. MM. Johert et Cazeaux.)

10° Un travail de M. PONS, de Bez (Gard), sur la certitude que l'anatomie est venue donner à la médecine. (Comm. MM. Grisolle et Requin.)

11° Une note de M. DECÈS, de Reims, relative au cow-pox. M. Decès a cru reconnaître, il y a peu de temps, tous les caractères du véritable cow-pox dans une éruption siégeant aux mains, et datant de neuf jours. Il s'agit d'une fille de basse-cour, âgée de 18 ans, qui a dit que ses boutons s'étaient développés sur des points piqués par une épingle. M. Decès a ouvert ces vésicules, qui lui ont fourni une petite quantité de virus, et l'a inoculé aussitôt (le 30 avril dernier) sur les bras d'un enfant de la Maternité, âgé de cinq mois. De belles pustules s'élevèrent pendant les jours suivans, et fournirent assez de pus pour vacciner huit enfans et pour emplir plusieurs tubes. Chacune des vaccinations pratiquées depuis cette époque, à fourni des éruptions de plus en plus belles. Plusieurs ont été livrées à leur marche naturelle, et M. Decès a cru remarquer que les croûtes vaccinales qui leur succèdent ne se dessèchent que du 18me au 20me jour, et ne sont tombées que du 21me au 25me jour.

M. Decès offre à l'Académie deux tubes de ce nouveau vaccin.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. Sebert, notaire à Paris, qui informe l'Académie que M. Orfila, par une disposition de son testament, fait don à l'Académie de son portrait en costume de professeur.

— M. RICORD demande la parole à l'occasion du procès-verbal. L'Académie, dit-il, a voté dans la dernière séance, sans discussion, les conclusions du rapport de M. Gibert sur un mémoire de M. P. Yvaren, je dis sans discussion, car, à l'exception de quelques mots sur le point relatif à la transmission héréditaire de la syphilis, tout le reste a passé sans la moindre observation. Je tenais à ce qu'il fût constaté que je n'étais pas présent mardi dernier pendant la lecture de ce rapport, car si j'eusse été présent, je n'aurais pu, tout en rendant justice d'ailleurs à l'auteur et au savant rapporteur, m'empêcher de protester contre quelques-unes des propositions, les plus foncières du moins, du travail de M. Yvaren, et même un peu contre quelques-unes de celles que le savant rapporteur a émises. J'exprimerai, à cette occasion, le regret que l'Académie n'ait pas adopté l'usage de faire connaître d'avance aux membres que cela pourrait intéresser le sujet des rapports qui devront être lus.

M. LAGNEAU prononce quelques paroles qui ne peuvent parvenir jusqu'à nous; mais il nous paraît parler dans le même sens que M. Ricord et appuyer sa réclamation.

— L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Lecanu sur l'albumine iodée.

Albumine iodée.

Ce rapport ayant été lu devant un très petit nombre de membres, sur la demande de quelques membres, M. Lecanu en donne de nouveau lecture.

On se rappelle qu'il s'agit d'une préparation nouvelle imaginée par M. Renault, pharmacien, et consistant en une combinaison d'albumine et d'iode.

M. Renault a fait cette observation sur l'huile de foie de morue, qu'en l'agitant avec une dissolution aqueuse de tannin, on lui enlève une matière azotée dans laquelle de l'iode existe en combinaison tellement intime, que pour en rendre la présence manifeste, il faut avoir recours à la calcination, après mélange avec la potasse.

Cette très curieuse observation l'a conduit, d'un côté, à se demander si l'huile de foie de morue ne devrait pas tout ou partie des propriétés thérapeutiques qui la distinguent à la présence du composé dont il vient d'être parlé; d'un autre côté et secondairement à tenter de produire entre l'iode et certaines matières animales des combinaisons pourvues de propriétés physiologiques plus ou moins analogues à celles qui sembleraient appartenir à ce même composé. La combinaison de l'albumine et de l'iode lui a paru remplir particulièrement ce but.

D'après M. le rapporteur, cette préparation, qui consiste à traiter l'albumine par la teinture d'iode, et à la dessécher et réduire en tablettes, soumise à l'expérience clinique, aurait donné des résultats satisfaisans dans des cas même où l'huile de foie et d'autres agens analogues auraient échoué.

Le rapport concluait à l'insertion des formules de M. Renault dans les recueils de l'Académie, et à ce qu'il leur fût fait application des dispositions favorables du décret du 3 mai 1850.

La parole est à M. Gibert, qui l'avait retenue dans la séance dernière.

M. Gibert s'exprime en ces termes :

Je professe assurément une haute estime pour les travaux et pour la personne de notre estimable collègue, mais je ne puis m'empêcher de croire qu'il a subi, dans son rapport, l'influence de certaines préoccupations auxquelles l'Académie doit se soustraire. Son travail est tellement élogieux, il se hâte si fort de proclamer les vertus et de solliciter l'approbation académique d'un produit nouveau de cette industrie qui, sous couleur de progrès, déborde de toutes parts, surtout dans les sciences qui, comme la pharmacie, ont nécessairement un côté mercantile, que je ne saurais trop insister, pour que la compagnie mûrisse bien la décision qu'elle est sollicitée à porter sur *l'albumine iodée*. Voici, depuis peu de temps, le troisième succédané qui nous est offert pour remplacer l'huile de foie de morue. Après l'huile iodée, l'huile iodo-phosphorée; après celle-ci, l'albumine iodée..... Les lauriers de Miltiade empêchaient Thémistocle de dormir..... Mais, d'abord, ne faudrait-il pas commencer par établir, d'une manière plus rigoureuse, le fait capital qui sert de base à tous ces prétendus perfectionnemens? Fait que M. le rapporteur, préoccupé surtout du point de vue chimique, s'est très peu hâté, selon moi, de proclamer ; savoir que c'est à l'iode qu'elle contient qu'il paraît naturel d'attribuer les vertus thérapeutiques de l'huile de foie de morue.

Il n'y a pas si longtemps que la présence de l'iode dans l'huile de foie de morue était contestée, ou, du moins, regardée comme douteuse ; et, aujourd'hui encore, je ne sais trop si les chimistes sont bien d'accord sur la certitude rigoureuse des procédés à l'aide desquels certains expérimentateurs croient être arrivés à évaluer, d'une manière précise, la quantité d'iode qu'ils disent y avoir reconnue.

Or, ce point a son importance, car depuis que l'iode est en vogue, on le retrouve partout, dans l'eau que nous buvons, dans l'air que nous respirons..... Assurément, il est difficile qu'il y soit contenu à dose médicamenteuse.

Mais je vais plus loin : qui ne sait que dans les composés un principe peut subir telle modification qu'il perde toutes les propriétés qu'il avait à l'état simple ; l'huile iodée par exemple, n'offre-t-elle pas un composé dans lequel l'iode a subi de profondes modifications ? En effet, sans parler de la difficulté qu'on a à extraire ces principes du corps composé qu'il forme avec l'huile, l'iode pur, donné à la dose de cinq centigrammes plusieurs jours de suite, détermine, chez la plupart de nos malades, des accidens d'irritation gastro-intestinale, tandis que dans sa combinaison avec l'huile, il est donné à une dose quadruple sans qu'aucun indice de son action se produise, et cela, aussi longtemps que l'on voudra.

Pour ma part, je regarde comme très probable que, dans plus d'un cas, l'huile foie de morue et sans doute aussi l'huile iodée, n'ont pas agi autrement que n'aurait pu le faire l'huile ordinaire. Rappelez-vous, Messieurs, le fait signalé dans un mémoire académique de Delpech sur le traitement de la gale, il y a une vingtaine d'années. L'huile de dentelaire passait pour spécifique de cette affection, à Montpellier, depuis le prix décerné par la Société royale de médecine à l'auteur d'un mémoire sur l'emploi de la dentelaire contre les maladies de la peau ; eh ! bien, Delpech ayant appris que les pharmaciens de Montpellier manquant de dentelaire donnaient tout simplement de l'huile ordinaire, constata en effet que l'huile ordinaire suffisait à guérir la gale.

N'est-il pas évident, d'ailleurs, que l'huile de foie de morue a un arôme, une saveur, un principe animalisé qui décèlent une action autre que celle de l'iode? Enfin, l'expérience clinique ne prouve-t-elle pas que cette huile peut être utile dans des cas où l'iode serait nuisible, et, d'autre part, que les préparations iodurées agissent là où l'huile de foie de morue serait impuissante. Affirmer, comme l'a fait l'honorable rapporteur, que l'huile de foie de morue agit par l'iode qu'elle contient, et partir de ce fait pour proposer comme succédanés de ce médicament une série de composés artificiels iodurés, c'est s'engager dans une voie où l'industrialisme ne tend que trop à nous pousser, sans profit réel pour la science.

Quant à l'albumine iodée, en particulier, c'est un médicament tout nouveau, bien peu expérimenté encore, et véritablement l'approbation qu'on sollicite de vous me paraît prématurée.

Et, d'abord, ne nous laissons pas abuser par les mots; l'albumine iodée, est-ce bien encore de l'albumine, et, surtout, de l'albumine alimentaire? N'oublions pas que c'est dans l'espoir d'une assimilation plus prompte, plus facile et plus complète, que l'on nous propose cette combinaison d'iode avec l'albumine. Or, rappelons-nous ce qui est arrivé pour la gélatine considérée si longtemps comme un précieux aliment pour l'homme, au dire des chimistes, et regardé aujourd'hui comme une drogue plus nuisible qu'utile, et qu'on ne saurait donner impunément, même à des chiens.

Rappelons-nous l'opinion bien peu ancienne encore des chimistes sur les combinaisons du sublimé-corrosif avec l'albumine, regardées comme à peu près inertes, et réduisant le sublimé à l'état de calomel insoluble... Aujourd'hui, *nous avons changé tout cela*. Ne sait-on pas que les substances alimentaires peuvent subir, même sans que la chimie puisse en découvrir la cause, des altérations tellement capitales, que l'aliment soit transformé en poison !... Je ne sais pas ce qui advient de l'albumine traitée par la teinture d'iode, desséchée et convertie en tablettes... Chimiquement, c'est peut-être encore de l'albumine, mais hygiéniquement, j'en doute fort !

Je ne fais d'ailleurs que répéter ici pour l'albumine, ce qu'un médecin de l'hôpital de la Charité disait, il y a plus de trente ans, à la commission chargée de la dégustation du bouillon de gélatine : « Chimiquement, ce peut bien encore être du bouillon, mais hygiéniquement et culinairement ce n'est pas du vrai bouillon. » Et notez bien que la chimie a fini elle-même par lui donner raison. J'avoue que je me défie beaucoup en hygiène et en thérapeutique du progrès chimique qui tend à remplacer ou à perfectionner les produits naturels. Je crois surtout qu'un corps savant ne doit le proclamer qu'avec beaucoup de prudence et de réserve, et lorsque le temps et l'expérience ont suffisamment parlé en sa faveur.

J'arrive, enfin, à une objection plus sérieuse et qui suffit, selon moi, pour empêcher qu'on adopte les conclusions du rapport.

Il est d'usage que des expériences directes et suffisamment répétées soient faites par les membres de la commission, et résumées dans le rapport, avant que l'Académie prononce définitivement sur la valeur du remède nouveau soumis à son examen. C'est la marche qui a été suivie dans le rapport de M. Guibourt sur l'huile iodée. C'est faute de l'avoir observée qu'un rapport antérieur de M. Bricheteau sur l'extrait de jusée n'a pas obtenu la sanction académique. Eh bien ! évidemment le rapport actuel est tout à fait défectueux à ce point de vue.

La commission, réduite à deux membres par le décès de notre regretté collègue, M. Réveillé-Parise, et presqu'à un seul par la longue maladie de M. Hervez de Chégoin, n'a pu se livrer aux expériences cliniques, indispensables en pareil cas.

Aussi M. le rapporteur, juge très compétent assurément au point de vue chimique et pharmaceutique, mais beaucoup moins, au point de vue thérapeutique, ce dont il conviendra lui-même, je n'en doute pas, avec la parfaite loyauté qui le distingue, a cru devoir suppléer aux faits précis qui lui manquaient, par des renseignemens, des attestations, des certificats puisés en dehors de l'Académie, et dont la compagnie ne saurait assumer la responsabilité.

Les quelques mots empruntés à M. Hervez de Chégoin, seul membre de la commission dont l'autorité peut être invoquée ici, sont évidemment insuffisans pour établir la valeur thérapeutique de l'albumine iodée et surtout sa *supériorité* sur l'huile de foie de morue. Car, n'en doutez pas, Messieurs, ici, comme pour l'huile iodo-phosphorée, c'est là que l'on veut en venir à l'aide du rapport qui vous est soumis.... C'est à déclarer ce produit pharmaceutique, non seulement équivalent, mais bien réellement supérieur à l'huile de morue.

Je me résume, et je dis : Le nouveau composé qu'on nous présente comme succédané de l'huile de foie de morue, manque encore complètement de la sanction du temps et de l'expérience.

Le rapport, évidemment élaboré par un seul membre, et par celui dont l'autorité incontestée comme chimiste ne peut plus être invoquée comme clinicien, manque de la condition essentielle d'une expérimentation probante faite au moins par deux membres de la compagnie.

En conséquence, réduisant le rapport à l'appréciation chimique et pharmaceutique ; et supprimant tout ce qui a trait à la thérapeutique (partie dont il serait trop facile d'abuser), je propose cette seule et unique conclusion destinée à remplacer celles, selon moi, hasardeuses et prématurées du rapport : « Adresser des remercîmens et des encouragemens à l'auteur du mémoire. »

C'est d'ailleurs, je dois le rappeler, la même conclusion que celle adoptée tout récemment par l'Académie, sur le rapport de M. Bouchardat, relatif à l'huile iodo-phosphorée.

M. H. Gaultier de Claubry demande à M. le rapporteur dans quel état l'iode se trouve dans cette composition ?

M. Lecanu répond qu'il y est à l'état d'iode pur et simplement combiné avec l'albumine ; mais cette combinaison est si intime, que l'iode y a perdu sa saveur, son odeur désagréable et sa réaction sur l'amidon. C'est un combiné nouveau, lequel? Je l'ignore ; mais ce qu'il importe aux médecins, c'est d'y trouver une action sûre. C'est ce que M. Hervez de Chégoin a reconnu.

M. Gaultier de Claubry présente quelques objections à cet égard, et déclare qu'il regarde, pour son compte, comme tout à fait insuffisans les essais qui ont été faits tant sous le point de vue chimique, que sous le point de vue thérapeutique. Il ne faut pas perdre de vue, dit-il, l'usage que l'on fera de l'approbation de l'Académie.

M. Soubeiran ne fait aucune difficulté de reconnaître l'exactitude du rapport sur cette combinaison, et les avantages qu'on peut en retirer. Consulté lui-même, il y a quelques années, par un médecin pour un malade qui ne pouvait supporter l'iode, il a conseillé de l'administrer en état de combinaison avec l'albumine. M. Soubeiran raconte ici l'histoire d'une femme de chambre qui, ayant pris des tablettes ainsi préparées et destinées à sa maîtresse, y gagna un embonpoint dont jusque là elle avait été dépourvue. Mais M. Soubeiran ne voit pas là de motifs suffisans pour faire adopter les conclusions du rapport. Il ne s'agit pas d'un médicament nouveau ; c'est toujours de l'iode ; il ne s'agit que d'une préparation qui en rend l'administration plus ou moins facile. Cela ne vaut pas la peine d'accorder la faveur que le rapport sollicite.

La proposition de M. Gibert, consistant à substituer de simples remercîmens aux conclusions du rapport, est mise aux voix et adoptée.

M. Gibert fait remarquer qu'il propose, en outre, de retrancher du rapport tout ce qui a trait aux expériences thérapeutiques, et de n'en laisser subsister que la partie chimique.

Cette proposition est également adoptée.

Phases de l'évolution dentaire.

M. Hervieux lit une note sur quelques circonstances relatives aux phases de l'évolution dentaire. Voici les conclusions de ce travail qui repose sur l'analyse de 63 observations recueillies à l'hospice des Enfans-Trouvés en 1845.

1° L'ordre dans lequel apparaissent le plus habituellement les dents de la première dentition est le suivant :

a. Incisives moyennes inférieures ;
b. Incisives moyennes supérieures;
c. Incisives latérales supérieures;
d. Incisives latérales inférieures;
e. Canines ;
f. Petites molaires ;
g. Secondes molaires.

2° Les incisives moyennes inférieures percent la gencive du 11me au 12me mois; les moyennes supérieures du 12me au 13me mois; les latérales vers la fin de la seconde année; en telle sorte qu'à 2 ans, l'enfant est pourvu de toutes ses incisives.

3° L'éruption des canines a lieu du 20me au 24me mois; celles des premières molaires de 20 à 26 mois, et celles des secondes molaires de 30 à 36 mois;

4° L'intervalle dans lequel s'accomplit l'évolution des premières dents s'étend ainsi de la fin de la première année à la fin de la troisième.

5° Ces règles n'ont rien d'absolu. Elles souffrent de nombreuses exceptions, et dans certains cas si nombreuses, qu'on a pu prendre quelquefois celles-ci pour la règle. (Comm. MM. Oudet, Danyau et Cazeaux.)

M. Robinet fait au nom d'une commission un rapport sur un mémoire de M. Jourdain, pharmacien aux Ternes. Ce mémoire a pour objet l'étude du parti qu'on peut tirer, pour l'administration de quelques médicamens, de leur association à l'albumine.

M. Jourdain a associé à l'albumine quelques substances, deux principalement, le fer et la quinine, qui, suivant lui, produiraient dans cet état, sur l'économie, des effets meilleurs, plus sûrs que ceux qu'on obtient des préparations ordinaires de ces deux substances.

Pour le fer, M. Jourdain l'obtient à l'état de protoxyde et l'unit ensuite à l'albumine. La quinine, précipitée de ses sels par l'ammoniaque, serait ensuite combinée à l'albumine.

Par l'expérimentation il a été difficile de s'assurer que le fer et la quinine, réunis à l'albumine, agissent mieux dans cet état que dans tout autre, toutes les préparations de fer et de quinine agissant à peu près de même dans certaines affections; aussi les résultats ont-ils été ceux qu'on aurait obtenus avec les médicamens ferreux ou quiniques usités.

C'est donc la théorie seule qu'on peut interroger dans cet état de choses, la commission a été d'avis qu'il n'y avait pas lieu d'accéder au désir de M. Jourdain, qui voudrait que les formules de ses préparations reçussent une publication légale. (Adopté.)

La séance est levée à cinq heures.

COURRIER.

LES AZTECS. — Les journaux politiques ont parlé de l'arrivée à Londres, de ce couple d'être lilliputiens, venus de l'Amérique centrale, et appartenant à cette race des Aztecs, que l'on avait considérés jusqu'ici comme fabuleux. Voici ce que nous communique, relativement à ces deux individus, notre correspondant de Londres :

Avant d'être montrés en public, les deux jeunes Aztecs ont été présentés aux Sociétés savantes et aux membres les plus distingués de notre profession. Nous avons eu l'occasion de les voir le jour où ils ont été visiter le musée de Hunter, en compagnie de M. Lutham et de leurs conducteurs. Quelques-uns des spécimens de cette magnifique collection anatomique ont paru les frapper d'étonnement, en particulier le squelette du fameux géant Irlandais O'Brien, et celui de Mlle Cracchini, la naine sicilienne. Ils ont paru considérer aussi avec beaucoup de curiosité quelques-unes des caisses qui contiennent des momies; mais ce qui a surtout excité leur admiration, c'est un volume du bel ouvrage de Gould, les *Oiseaux d'Australie*, que le bibliothécaire, M. Stane, a ouvert devant eux. A peine ce livre était-il ouvert que le plus jeune des Aztecs, celui que l'un des conducteurs appelait Maz, jetant loin de lui une boîte de joujoux qu'on lui avait donnée et s'asseyant sans cérémonie sur les genoux de M. Stone, se mettait à tourner les feuilles avec une rapidité surprenante. Arrivé aux perroquets, il s'arrêta et appela sa compagne pour les lui montrer. Tous deux s'écrièrent : *Toche, toche*, et promenèrent à plusieurs reprises leurs petites mains sur la gravure, comme pour se convaincre que ce n'était pas l'oiseau véritable. Les deux Aztecs sont âgés, à ce que l'on dit, de 18 et de 11 ans; mais la chose est révoquée en doute par M. Owen et par d'autres ethnologistes distingués, d'autant plus que le plus jeune a encore une de ses dents de lait. Ces deux petits êtres présentent beaucoup de particularités qui les distinguent des autres races humaines et méritent par conséquent toute l'attention des savans.

PRIX. — l'Académie médico-chirurgicale de Naples décernera au mois de décembre 1854, une médaille d'or de la valeur de 100 ducats, à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« Déterminer si les convulsions chez les enfans procèdent toujours d'une altération du cerveau ou des méninges, ou si elles peuvent être symptomatiques d'autres maladies affectant d'autres organes, qui ne soient pas les centres nerveux. Déterminer, en outre, quelle relation existe entre les convulsions et l'époque de la dentition, à laquelle ces convulse se montrent fréquemment. »

Les mémoires en latin, en italien ou en français devront être adressés, suivant les formes académiques, avant le 31 mai 1854, au secrétaire de l'Académie, le docteur Magliari, strada S. Sebastiano, n° 49, à Naples.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Maltestre et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 87. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 23 Juillet 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12
A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR L'ÉCLAMPSIE ALBUMINURIQUE, ET EN PARTICULIER SUR L'ÉCLAMPSIE ALBUMINURIQUE DES FEMMES ENCEINTES ;

Par le docteur LEGROUX, médecin de l'hôpital Beaujon.

L'UNION MÉDICALE (du 14 mai dernier), contient une observation d'éclampsie, recueillie et publiée par M. le docteur Aristide Sabatier, médecin à Bédarieux.

Il s'agit d'une femme de 33 ans; qui, vers le sixième mois d'une seconde grossesse, éprouva de la céphalalgie avec œdème des membres inférieurs, urines sanguinolentes et fortement albumineuses; accidens à peine modifiés par une forte saignée, et bientôt suivis d'une anasarque générale, avec embarras de la langue et hémiplégie gauche.

Point de changement sous l'influence d'une saignée nouvelle et d'une application de sangsues. Cependant l'hémiplégie disparaît graduellement.

De larges vésicatoires; le calomel et le jalap; des bains de vapeur, n'amènent qu'une diminution de l'œdème.

Vers la fin du huitième mois, phénomènes congestifs vers la tête, inutilement combattus par un bain avec affusions froides, le calomel et une application de dix sangsues, et terminées par plusieurs attaques d'éclampsie qui se succèdent dans l'espace de quelques heures, et sont suivies d'une résolution promptement mortelle.

Je n'ai aucune objection à faire à la médication instituée par notre confrère, et qui lui avait réussi dans six autres cas analogues. Médication à laquelle vous donnez aussi votre assentiment.

Mais, si nous cherchons dans les élémens pathogéniques de cette affection des sources d'indications, peut-être arriverons nous à formuler sa thérapeutique d'une manière un peu différente.

Néanmoins, avant d'aborder ces questions de doctrine, je crois devoir étayer ce que je pourrai dire par l'exposé d'un cas d'éclampsie recueilli, à l'hôpital Beaujon, dans mon service de femmes en couche.

OBSERVATION I. — *Éclampsie albuminurique pendant la grossesse, traitée et guérie par la médication stibiée.* — Louise Petit, âgée de 23 ans, domestique, a été admise à l'hôpital Beaujon le 26 septembre 1852, et couchée au lit n° 317.

Les renseignemens ultérieurs nous ont appris qu'elle n'avait fait aucune maladie grave ; que, dans le courant des dernières années, elle avait éprouvé cinq à six syncopes, de demi-heure de durée, mais sans perte de mémoire ; qu'elle était sujette à d'assez fréquens maux de tête, légers et passagers, sans autre trouble cérébral.

Elle se croyait enceinte de sept mois; mais l'événement prouva qu'elle était près du terme de sa grossesse, qui, d'ailleurs, avait jusque-là marché sans accidens.

Le 26 septembre, dans la matinée, céphalalgie violente, bientôt suivie de délire ; la malade se lève, quitte son domicile sans savoir où elle va, arrive dans une église où, peu d'instans après, elle est prise de convulsions violentes avec perte de connaissance. Elle est transportée, dans cet état, à l'hôpital.

Le 27, à la visite du matin, nous constations de larges ecchymoses à la face ; une tuméfaction considérable des lèvres et de la langue ; des yeux hagards ; une perte complète de connaissance ; un œdème des membres inférieurs et du membre supérieur droit, des urines fortement albumineuses. Dix accès convulsifs ont eu lieu depuis la veille, fièvre (saignée de 3 palettes ; potion avec 0,30 grammes de tartre stibié, et 30 grammes de sirop d'ipéca, à prendre par cuillerées à bouche, d'heure en heure).

Vomissemens; selles abondantes. Sous l'influence de cette médication, cessation des attaques.

Le 28. Mieux notable, diminution de l'œdème des membres inférieurs ; fièvre moindre (potion stibiée).

Le 29. Retour de l'intelligence, mais sans aucun souvenir de ce qui s'est passé depuis la première attaque, diminution sensible de l'albumine dans l'urine (potion stibiée).

Le 30. Mieux continu ; suspension de la potion.

Du 2 au 5 octobre, malgré l'amélioration croissante, l'effacement presque complet des ecchymoses et de l'œdème, la cessation de la fièvre, nous revenons à la potion stibiée, pour éviter le retour des accidens, achever la guérison de l'albuminurie et combattre un certain degré d'étourdissement et de pesanteur de tête. Intelligence complètement rétablie, la malade nous apprend qu'elle est enceinte de sept mois, et nous constatons les bruits du cœur fœtal au niveau de l'ombilic. Suspendue le 4 et reprise le 5, la potion provoqua d'abondantes évacuations par le haut et par le bas. Cessation des étourdissemens.

Le 6. Suspension de la médication, qui est rendue le 7, et produit encore d'énergiques effets.

Le 8. Pouls à 84, petit, un peu inégal; peau fraîche. Toux légère, sans phénomènes morbides à l'auscultation, persistance d'un peu d'enflure au pied droit avec douleur à la jambe.

Le 9. État satisfaisant; cependant la potion stibiée est rendue et provoque des selles et des vomissemens répétés. Il ne reste que peu d'albumine dans l'urine.

Le 10. Vers huit heures du soir, le calme avait succédé à la perturbation thérapeutique. Douleurs de reins croissantes, travail d'accouchement régulier, délivrance vers deux heures du matin ; l'enfant est vivant, robuste et bien constitué, ce qui prouve que cette femme s'est trompée sur l'époque de sa grossesse, qui est bien à terme.

Le 11. Bon état (mauve, julep, diacodé, diète).

Le 12. Plaque érysipélateuse autour du coude droit, on la couvre d'un large vésicatoire.

Le 13. Un peu de chaleur, 92 pulsations, peu d'albumine malgré le vésicatoire (gomme, deux bouillons).

Le 14. L'érysipèle est arrêté, bon état (deux bouillons, un potage).

Du 15 au 19. Bon état, appétit; l'urine, chauffée, présente à peine une teinte louche.

Le 21. Rétablissement complet (deux portions).

Les 24 et 25. Agitation, sueurs et frisson dans la nuit. Plus de traces d'albumine (sulfate de quinine 0,50 grammes. Continué les jours suivans jusqu'au 29. Sans retour de frisson.

Le 6 novembre. La malade sort en parfaite santé, ne conservant aucune trace des accidens qu'elle avait éprouvés.

Réflexions. — Des détails plus circonstanciés sur quelques points de la maladie, eussent été désirables; cependant, malgré des lacunes regrettables, mais de peu d'importance, ce fait m'a paru avoir une certaine valeur, surtout au point de vue thérapeutique.

Il ne peut exister, je pense, aucun doute sur la nature de la maladie. C'est une encéphalopathie albuminurique chez une femme arrivée au terme de sa grossesse.

Deux moyens ont été dirigés contre cette affection.

La saignée d'abord : elle s'adressait à la contagion cérébrale, et avait pour but de prévenir les suites fâcheuses des nombreuses contusions dont la tête était le siége.

L'émétique, ensuite : ce médicament était destiné à combattre l'albuminurie dans sa cause et ses effets. On verra plus loin que ce double résultat n'est point en dehors de ses attributions.

Quant à la saignée, son action déplétive est sans doute avantageuse pour diminuer la congestion cérébrale, mais elle est insuffisante dans la plupart des cas de cette nature ; elle n'empêche ni les accès convulsifs, ni une terminaison fatale, si l'art n'intervient pour opérer l'accouchement. Son insuffisance est manifeste dans l'observation de M. le docteur Sabatier ; elle est plus évidente encore dans un cas dont M. le docteur Chœpel, de Saint-Malo, a entretenu la Société de

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire. — Le feuilleton au salon. — Les peintures du grand amphithéâtre. — L'Ambroise Paré de M. Matout. — Pourquoi seulement de la chirurgie dans la décoration ? — La Faculté de médecine et l'École de chirurgie.

Qui a donné le programme des peintures destinées à remplacer les tristes grisailles qui sont censées orner le grand amphithéâtre de la Faculté de Paris ? Si je le demande, ce n'est pas que je tienne à le connaître, car je ne pourrais lui faire aucune espèce de compliment. Ne sachant pas qui c'est, je me trouve plus libre, et très librement je lui dis que ce programme est une sorte d'injure adressée à la Faculté de Paris. Quoi ! de ces trois grandes pages murales, pas une seule qui se rattache directement à l'histoire de la Faculté ! Pas un de ces personnages qui représente un de ses professeurs ! (1) Mais, cette histoire est donc bien pauvre, qu'on n'ait pu y trouver un souvenir digne d'être conservé par les arts ? Dans la longue liste de ses professeurs, il n'en est donc pas un seul dont quelque fait éclatant puisse être célébré par la peinture ? Telles sont les questions qu'irrésistiblement on s'adresse, en voyant à l'exposition de cette année les grands tableaux commandés à M. Matout, et dont j'indiquais tout à l'heure la destination. De ces grands tableaux, je déclare n'en connaître qu'un seul, l'Ambroise Paré ; j'ai vainement cherché dans les salles des Menus-Plaisirs le Lanfranc et le Desault ; je ne les ai pas trouvés, et ils ne sont pas indiqués dans le livret, quoiqu'ils aient été reproduits par la gravure dans l'*Illustration*.

« Il n'y avait que peu de mois, dit M. Malgaigne, que Paré avait publié sa deuxième édition, dans laquelle il recommandait encore le cautère actuel contre l'hémorrhagie. Mais chaque jour lui apportait sa méditation ; et un jour qu'il discutait ce sujet avec Étienne de la Rivière et François Rasse, tous deux chirurgiens de Saint-Côme, il leur soumit cette idée si simple et si lumineuse, que puisqu'on appliquait bien la ligature aux veines et aux artères dans les plaies récentes, rien n'empêchait de l'appliquer également aux amputations. Tous deux se rangèrent de son avis ; il ne fallait que trouver une occasion : elle se présenta au siége de Danvilliers.... » Laissons parler Paré lui-même :

« Au retour du camp d'Allemagne, le roy Henry assiégea Danvilliers,
» et ceux du dedans ne se vouloient rendre, ils furent bien battus : la
» poudre nous manqua, cependant tiroient tousiours sur nos gens. Il y
» eut vn coup de couleurine qui passa au trauers de la tente de M. de
» Rohan, qui donna contre la iambe d'vn gentilhomme qui estoit à sa
» suite qu'il me fallut parachever de couper, qui fut sans appliquer les
» fers ardens.... Le camp rompu, ie m'en retournay à Paris, avec mon
» gentilhomme, auquel auais coupé la iambe : ie le pansay, et Dieu le
» guarist. Ie le renvoyai en sa maison, gaillard, avec vne iambe de
» bois : et se contentoit disant qu'il en estoit quitte à bon marché, de
» n'avoir esté misérablement bruslé pour lui estancher le sang. » (*Apologie et voyages.*)

« Cette deuxième découverte, ajoute M. Malgaigne, n'était pas moins heureuse que la première, dont elle était pour ainsi dire le complément. Du premier pas, le jeune chirurgien avait sauvé de la cautérisation tous les blessés atteints de coups de feu simples ; du second il épargnait également ces atroces douleurs à tous les amputés. La chirurgie militaire, qui jusqu'alors avait été une torture, devenait un acte bienfaisant, et c'était un barbier chirurgien qui avait produit cette double merveille. » (*Introd. aux Œuvres* d'Am. Paré.)

Que la simplicité de ce récit contraste avec l'œuvre du peintre ! et que je le plains, cet honorable artiste, d'avoir eu à traiter un sujet qui manque évidemment de poésie : *Est pictura poesis.* Ces belles et nobles paroles, empreintes d'une modestie pleine de grandeur, ces mots qui sont passés à l'état de légende : ie le pansay, et Dieu le guarist, comment leur donner un corps, une action, un drame ? Un drame ! hélas ! M. Matout ne leur en a donné que trop. C'est une scène du plus noir mélodrame qu'il a représentée. A ce point, qu'à mes deux premières visites à l'exposition, j'ai entendu des propos comme ceux-ci : Tiens, regarde donc cette scène de l'inquisition ; ah ! c'est sans doute la torture par le fer rouge. Et de fait, ces appréciations n'étaient pas si ridicules. Ces grands diables de personnages en robes rouges, que l'on dit être des professeurs de l'École, — des professeurs de l'École en grand costume, à un siége, au beau milieu du combat ! des professeurs de quelle École ? Ce ne sont pas certainement ceux de la Faculté de Paris qui sont venus de Paris à Danvilliers, en costume de grande cérémonie, pour servir d'aide au chirurgien barbier, — ces personnages, dis-je, peuvent très bien être pris pour de grands juges, assistant ou participant à quelque scène de leur métier. Ces membres saignans, cette jambe par terre, ce feu allumé, ces fers rouges, ces pinces, ces tenailles, tout cet attirail de supplice et de torture, ne feront jamais deviner un acte de cet art bienfaisant et réparateur que le peintre a voulu représenter.

> *S'il* n'est point de serpent ou de monstre odieux,
> Qui, par l'art imité, ne puisse plaire aux yeux,

le législateur du Parnasse n'a pas parlé d'une amputation de la cuisse, et je doute que Michel-Ange lui-même eût pu rendre ce sujet supportable. Il est des choses que l'art ne doit pas aborder,

> Mais il est des objets que l'art judicieux
> Doit offrir à l'oreille et écarter des yeux.

La peinture antique, dans des situations difficiles, se sauvait par l'allégorie. De nos jours l'allégorie s'en va, et c'est peu regrettable ; mais le réalisme a aussi ses inconvéniens, ses dangers et ses impossibilités. Personnifiez, par exemple, le génie de la physiologie expérimentale, sous les traits de M. Magendie, torturant les filets nerveux de quelque pauvre animal, ou les merveilles du diagnostic médical par le stéthoscope de Laennec, et de choses respectables, vous ne produirez que des effets grotesques ou repoussans. L'anesthésie est une bienfaisante

(1) Desault, nommé professeur de clinique chirurgicale à l'*École de santé*, mourut en 1795, quelques mois après sa nomination.

chirurgie de Paris (séance du 8 juin). Ici, l'éclampsie, vainement combattue par plusieurs saignées, céda six heures après la délivrance artificiellement pratiquée.

Dans le fait que j'ai rapporté, la saignée n'a eu, dans la médication, qu'une part inappréciable, et confondue dans les effets du tartre stibié. L'action de ce médicament n'est pas équivoque. Car c'est au moment où les évacuations s'établissent, que les accidens cérébraux se calment; c'est sous l'influence de cette médication, continuée pendant plusieurs jours, que l'on voit l'œdème s'effacer, l'albumine disparaître, la santé se rétablir, sans que la grossesse soit entravée dans sa marche. L'accouchement, en effet, a eu lieu spontanément, à terme, et un jour de calme laissé par la suspension du médicament.

Les évacuations lochiales, l'exhalation cutanée qui a remplacé la sécrétion du lait, ont pu contribuer à ce résultat. Mais il est évident que la thérapeutique a droit d'en revendiquer la plus grande part.

L'idée d'opposer cette médication à l'éclampsie albuminurique pendant la grossesse, m'a été suggérée par les bons effets que j'en avais retirés dans plusieurs cas d'albuminurie aiguë. Le hasard m'a servi pour le premier. Il y a dix ans environ, un adulte, affecté d'albuminurie, avait été admis à l'Hôtel-Dieu (annexe), dans mon service. Il était en même temps atteint d'une pneumonie. Malgré l'acuité de la maladie, en présence de l'hydropisie générale qui accompagnait cette double affection, je ne crus pas la saignée favorable, et je la remplaçai par le tartre stibié à la dose de 20 à 30 centig. par jour. Cette médication eut pour conséquence inespérée la guérison simultanée de la pneumonie et de l'albuminurie. Depuis lors, j'ai eu souvent recours à ce moyen contre cette dernière maladie à l'état aigu; et, dans tous les cas, elle en a des effets favorables. Son action se fait surtout remarquer sur les hydropisies qui diminuent rapidement sous l'influence des évacuations intestinales. Avant d'apprécier la valeur et le mode de cette médication, il me paraît convenable de rappeler les principaux élémens de la maladie désignée sous le nom d'*albuminurie*; de préciser la cause des encéphalopathies qui viennent trop souvent la compliquer.

Les principaux élémens de l'albuminurie sont :

1° Une *lésion rénale*, congestive ou inflammatoire à son début, et sur laquelle la thérapeutique peut avoir prise.

A une époque plus ou moins éloignée du début, mais que l'expérience n'a pas déterminée, des *altérations des reins* qui paraissent au-dessus des ressources de l'art.

Combien de temps peut durer la *période congestive*, sans que ces altérations se produisent? C'est ce que nous ne savons pas. Cependant, si mon observation est juste, on peut croire qu'elle n'est point encore remplacée, tant que l'urine présente une teinte rougeâtre; et cela peut durer plusieurs mois, surtout pendant la grossesse.

Quoi qu'il en soit, l'affection rénale doit être prise en sérieuse considération.

2° *Une diminution de l'albumine du sérum du sang*; d'autant plus considérable que la maladie est plus ancienne,

3° *Une tendance à la diminution des globules*; qui, d'après les recherches de MM. Becquerel et Rodier, peuvent bien n'être pas modifiées dans la première quinzaine de la maladie; mais qui présentent parfois une décroissance sensible dans la deuxième quinzaine; *constante et très notable* après deux mois.

3° *Une diminution notable de la densité du sérum* par suite de la diminution de l'albumine, prédominance de la partie aqueuse. Une véritable hydrhémie.

4° Comme conséquence des faits précédens, *une hydropisie générale*.

Des phénomènes encéphalopathiques se montrent fréquemment dans le cours de cette affection ; ce sont :

Dans la majorité des cas, des symptômes amaurotiques signalés par M. Landouzy.

Plus rarement des accidens apoplectiques, d'une intensité variable, mais qui peuvent être immédiatement mortels.

D'autres fois, des attaques d'éclampsie, communes chez les femmes enceintes.

Dans un mémoire publié récemment sur l'encéphalopathie albuminurique dans l'enfance, M. le docteur Rilliet, de Genève, attribue à l'hydrencéphalie l'éclampsie qui survient dans la première période de l'albuminurie hydropique aiguë : tandis qu'avec les auteurs anglais, il pense que, dans la forme chronique, les accidens cérébraux (état comateux, ataxie terminale), sont sous la dépendance d'une altération profonde des humeurs, et, très probablement, de l'intoxication.

Toute rationnelle que soit cette théorie, nous devons reconnaître qu'elle est loin de rendre compte de tous les phénomènes. L'invasion brusque des accidens, par exemple, n'est point en rapport avec la marche ordinairement progressive de la diffusion séreuse. En admettant, d'un autre côté, la seconde version, il semble que les symptômes encéphalopathiques devraient aussi avoir une marche graduelle, comme l'altération du sang dont ils seraient l'effet. On conçoit encore difficilement, dans ce cas, la forme hémiplégique des accidens.

Quoi qu'il en soit de l'insuffisance de cette doctrine, il est excessivement probable que la congestion séreuse est l'élément principal de l'encéphalopathie à l'état aigu.

On peut admettre également sans difficulté l'action délétère sur le cerveau, du sang altéré dans sa composition, dans les cas d'albuminurie chronique.

Cette double théorie, comme nous le verrons dans un instant, conduit à une thérapeutique analogue dans l'un et l'autre cas.

Partant de ce point de vue que, dans la période aiguë de l'albuminurie, les globules du sang n'ont pas encore subi de diminution, qu'il existe une congestion rénale, MM. Becquerel et Rodier conseillent l'emploi des émissions sanguines, assez libéralement pratiquées.

Quelle est la limite de la période aiguë?

D'après les savantes recherches de ces habiles expérimentateurs, elle devrait s'arrêter à vingt jours, ou peu au-delà, car, cette époque passée, la tendance à la diminution des globules se manifeste.

La conséquence à tirer de ce fait, me semble devoir différer de celle qu'en ont déduite MM. Becquerel et Rodier.

Ne doit-on pas, en effet, rester dans une grande réserve sur l'usage des saignées, dans des cas où l'élément globulaire du sang va bientôt subir une diminution sous l'influence de la maladie; réserve commandée, en outre, par la difficulté avec laquelle cet élément se répare après les grandes déperditions sanguines?

(La fin à un prochain numéro).

DU TRAITEMENT DE LA GALE ET DE LA SUPPRESSION DES SALLES DE GALEUX DANS LES HOPITAUX ;

Par M. le docteur Vleminckx, président de l'Académie de médecine de Belgique.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

J'avais projeté de résoudre un grand problème, à savoir la fermeture des salles de galeux dans nos établissements sanitaires; je ne pouvais, par conséquent, rien négliger pour obtenir la certitude de l'invariable efficacité du procédé de MM. Bazin et Hardi.

Je crus donc devoir ordonner des essais dans nos prisons, ces établissemens me paraissant s'y prêter plus avantageusement que nos hôpitaux militaires.

Ils commencèrent au mois de juillet 1852, à Alost, à Gand, à Namur, à Saint-Bernard, à Saint-Hubert, à Vilvorde, à Bruges et à Bruxelles.

Voici quels ont été les résultats; je cite textuellement les rapports des chefs de service :

Alost. — « Nous avons traité les galeux d'après la nouvelle méthode adoptée dans plusieurs établissemens sanitaires.

» Ce traitement consiste à faire frictionner toute la peau avec du savon pendant une demi-heure. Ces frictions sont encore continuées dans le bain où le malade reste une demi-heure, quelquefois un quart d'heure, et presque jamais une heure.

» Nous le laissons ensuite dans le bain jusqu'à ce que la peau commence à rougir, parce que, passé ce temps qui dure ordinairement quinze à vingt minutes, plusieurs de nos détenus atteints de gale, sont tombés en syncope. Ceci s'explique facilement : en effet, nous sommes ordinairement en présence de constitutions plus ou moins anémiques, portant l'empreinte d'une faiblesse générale ; en congestionnant par cette méthode la surface dermoïde, l'afflux se faisant de l'intérieur à l'extérieur, la circulation se trouve bientôt embarrassée, et de là l'état syncopal que nous devons éviter.

» Au sortir du bain, les frictions médicamenteuses au moyen de la pommade sulfo-alcaline, ont lieu et sont pratiquées sur toutes les parties du corps sans distinction.

» Elles ont une durée d'environ une demi-heure. Il est à remarquer que toutes les précautions sont prises pour éviter le refroidissement.

» Le traitement achevé, le malade reçoit des vêtemens destinés aux galeux pour se rendre immédiatement dans les ateliers, en attendant que ceux dont il était vêtu à son arrivée, soient désinfectés.

» Tous les galeux ont été traités de cette manière. Nous n'avons eu qu'un cas de récidive qui a été guéri par un second traitement semblable au premier.

» Pour que la guérison soit assurée, il faut que l'on soit présent à tout le temps du traitement, afin qu'aucune partie de la peau n'échappe à l'action de la pommade par les frictions.

» Le résultat est trop satisfaisant pour ne pas continuer cette méthode, surtout dans un établissement de la nature de celui-ci.

» En moins de deux heures, nous guérissons une maladie pour laquelle il fallait, en moyenne, huit à dix jours de traitement, alors que nous avions affaire à des hommes intéressés à rester le plus longtemps possible la salle des galeux. » (M. le docteur Hamer, médecin de bataillon.)

Gand. — « La durée moyenne du traitement de la gale a été de six jours 97 cent. dans la maison de sûreté, et de neuf jours 66 cent. dans la maison de force. Par le nouveau système de traitement, introduit depuis quelques mois, cette moyenne diminuera beaucoup. » (M. le docteur Mareska.)

Namur. — « J'éprouve le regret de ne pouvoir fournir assez d'élémens pour faire décider la question de l'efficacité de la pommade d'Helmerich. En effet, depuis la réception de votre demande, il n'est plus entré un seul individu atteint de gale. » (M. le docteur Cambrelin.)

Saint-Bernard. — « Depuis votre lettre du 27 juillet, n° 118, nous

---

conquête, assurément, mais, de grâce, éloignez de mes yeux le flacon et l'éponge; ce matérialisme de l'art est décidément insupportable.

Je n'ai pas la prétention de juger la peinture de M. Matout. Les connaisseurs y ont trouvé de grandes qualités, ce que je suis loin de contester. J'ajoute même que, si sa composition est mauvaise, ce n'est pas sur le peintre que le blâme doit retomber ; enserré dans les limites d'un programme absurde, il a fait ce qui dépendait de l'art pour le rendre possible, et, s'il n'a pas réussi, c'est que le programme était impossible.

Puisque me voilà au salon, je ne le quitterai pas sans signaler un très beau portrait d'Orfila, peint par M. Ary Scheffer, peinture qui gagnerait peut-être à être placée dans une bordure moins oblongue. Je n'ai pas été aussi satisfait d'un portrait de Récamier, dans lequel le peintre n'a pas sauvé la vulgarité des traits par l'expression si vive et si spirituelle de la physionomie de notre célèbre et regrettable confrère. Et puis, pourquoi cette canne à Récamier, assis auprès de son bureau d'étude et la plume à la main? Est-ce pour indiquer que Récamier était toujours prêt à courir au secours des malades? Cette allégorie est bien commune. Pourquoi pas sa voiture? Le portrait de M. le docteur Phillips est très beau. C'est là de la bonne et grande peinture. C'est à la sculpture que M. Dubois (d'Amiens) a demandé l'immortalité de son image. J'en préviens notre aimable perpétuel, mais l'artiste lui a tant soit peu abrégé le nez; il a le droit de réclamer, comme aussi pour animer un peu cette physionomie, qui ne nous rend pas la spirituelle expression de l'original. J'avertis MM. les docteurs C..., P..., L..., D..., et autres initiales, que je ne les ai pas reconnus. Ah! par exemple, Monsieur Chailly, quoique par erreur le livret vous envoie à l'Académie impériale de *musique*, je vous ai reconnu, trop reconnu; votre sculpteur est de l'école réaliste; un peu de poésie n'eût pas gâté ce marbre. Voyez ce beau médaillon de Philippe Ricord? Voilà comment on idéalise une tête, tout en lui conservant une parfaite ressemblance. Je félicite notre confrère, M... L..., de la belle robe de sa femme. Comme vous êtes bien frisé, cher S.,, ! Et vous, aimable T..., un client généreux vient de bien faire les choses, que vous souriez si agréablement. Il n'en est pas de même du docteur T..., qui gémit probablement sur l'ingratitude des malades. Quelle figure sombre et attristée! Ne sortez pas de la journée, cher confrère, vous épouvanteriez vos cliens. Il y en a quelques autres que j'oublie, et pour cause.

Mais, j'en reviens à mes moutons, pourquoi, dans le programme des décorations de l'amphithéâtre de la Faculté, n'avoir rien indiqué qui rappelle sa gloire? C'est sans doute que la Faculté actuelle ne se croit pas chez elle dans le monument élevé par Louis XV, sous l'excitation de Mareschal et de Lamartinière. On sait, en effet, que pendant que l'ancienne Faculté, si altière à l'égard de Saint-Côme, abritait ses prétentions sous un infime bâtiment de la rue de la Huchette, le Collége des chirurgiens voyait s'élever le monument splendide qui était destiné à ses Écoles. Hélas! la chirurgie ne jouit pas longtemps de cette grande hospitalité. Vint la Révolution et son inepte destruction des Écoles. Faculté et Collége des chirurgiens, tout fut emporté. Quand on reconstitua l'enseignement médical, on créa les *Écoles de santé*, et le monument élevé par Louis XV fut rendu à l'École de Paris, qui bientôt fut métamorphosée en Faculté de médecine. La Faculté actuelle occupe donc le monument primitivement destiné à l'École de chirurgie, et c'est sans doute ce souvenir qu'on a voulu perpétuer, en ne demandant à la peinture que des sujets et des personnages de chirurgie. C'est bien modeste de la part de la Faculté actuelle. Je suis loin de trouver à redire que la grande figure de l'immortel chirurgien du XVI[e] siècle domine la décoration de l'amphithéâtre. Mais sur un des côtés au moins, pourquoi n'avoir pas mis un peu de médecine? Est-ce que Fernel, ou Duret, ou Riolan, n'eussent pas glorieusement aussi rappelé l'antique célébrité de la Faculté de Paris? Et s'il fallait à toute force de la chirurgie partout, est-ce que le nom de Dupuytren ne se liait pas plus directement et plus intimement que celui de Desault à la gloire de la Faculté?

Je me permets ces humbles réflexions sans aucun espoir de les voir aboutir. Mais je persiste à croire qu'il était possible d'honorer à la fois par la peinture la médecine et la chirurgie françaises, et qu'il était pieux et sage de relier entre elles ces deux glorieuses traditions.

Amédée Latour.

La médaille que le corps tout entier des officiers de santé de l'armée belge a fait frapper en l'honneur de M. Vleminckx, inspecteur général du service de santé de l'armée, a été remise à ce dernier par une commission composée de MM. le baron Seutin, médecin en chef de l'armée; Fallot, médecin en chef honoraire; Lebeau, médecin de garnison; Verheyen, inspecteur vétérinaire; Versé, Gosse et Delbaye, médecins de régiment; Havet, médecin de bataillon de première classe, et Demaret, pharmacien de seconde classe.

« Nous sommes heureux, Monsieur l'inspecteur général, a dit M. le » baron Seutin, d'être les délégués du corps des officiers du service » sanitaire de l'armée, pour vous offrir la médaille qu'il vous a décer» née comme un témoignage durable de sa reconnaissance pour les » services que vous ne cessez de rendre au corps dont vous êtes le » chef. »

M. Vleminckx a remercié avec effusion les commissaires délégués :

« Ce témoignage de reconnaissance du corps distingué dont j'ai l'hon» neur d'être le chef, a-t-il dit, est la plus belle récompense que je » puisse ambitionner. S'il est le prix des efforts faits pour améliorer » votre position, pour vous faire obtenir des droits trop longtemps » contestés, c'est en même temps un puissant excitant pour travailler » à faire de nouvelles conquêtes. Tant de gratitude m'impose de nou» veaux devoirs. Je tâcherai de les accomplir.

» Je remercierai individuellement les membres du corps pour cette » marque de haute distinction qu'ils ont bien voulu me décerner. Quant » à vous, Messieurs les délégués, recevez en particulier l'expression de » toute ma reconnaissance. »

Cette manifestation est d'autant plus flatteuse, dit l'*Indépendance belge*, qu'il s'agit d'un hommage rendu à l'unanimité, à l'homme qui, placé depuis vingt-trois ans bientôt à la tête de ce service, a eu naturellement plus d'une prétention à combattre, plus d'une espérance à contrarier, et par conséquent à exciter plus d'un mécontentement.

n'avons plus eu que dix galeux à l'infirmerie, pendant le troisième trimestre 1852; ainsi qu'il nous est prescrit par cette lettre, nous avons employé la méthode d'Helmerich avec plein succès; nous avons tenu ces galeux pendant dix jours en observation, et nous n'avons trouvé au bout de ce temps, aucune trace de gale. La seule chose qui s'observe sont de petits points couverts de petites croûtes et indiquant la place où se trouvaient les pustules chroniques. Indépendamment de ces malades, nous avons encore institué le traitement au quartier, et toujours avec le même succès...

» Seize galeux ont été traités durant le quatrième trimestre. Jusqu'à ce jour, ce traitement nous donne les meilleurs résultats, nous n'avons encore eu qu'une seule récidive. » (M. le docteur Saunier.)

Saint-Hubert. — « Le traitement de la gale par la méthode d'Helmerich se fait avec succès au pénitencier. » (M. le docteur Dechesne.)

Vilvorde. — « Un détenu atteint de la gale a été admis à l'infirmerie, et traité par la méthode d'Helmerich. Il est resté neuf jours en observation *après le traitement*, et la maladie ne s'est plus reproduite. C'est le seul cas que nous ayons eu l'occasion d'observer depuis les ordres reçus par votre lettre du 27 juillet dernier, n° 118. » (M. le docteur Kums.)

Bruges. — « Une économie notable a été réalisée depuis le mois de juillet, dans le traitement des galeux. Depuis cette époque, en effet, nous avons substitué au traitement par les frictions avec le sulfure de chaux liquide, le traitement par la méthode d'Helmerich, d'après le procédé de M. Hardi. Le premier de ces traitemens dure en moyenne dix à quinze jours et exige une dépense de chauffage plus ou moins considérable, le second est fini en deux heures et ne réclame aucun séjour dans une salle spéciale. Les résultats que nous avons obtenus jusqu'à ce jour sont satisfaisans. » (M. le docteur Retsin.)

Bruxelles. — « Nous nous sommes conformé aux instructions relativement au traitement des galeux, et quoique cette méthode n'ait pas d'abord répondu tout à fait à notre attente, nous y avons persisté. Aujourd'hui nous sommes porté à croire que les récidives observées chez les individus qui y ont été soumis, tenaient *uniquement* à ce que le peu de temps qu'ils passaient à l'infirmerie, était insuffisant pour désinfecter complètement leurs vêtemens et leurs literies; cette circonstance nous a déterminé à prolonger le séjour des galeux jusqu'au lendemain, et nous attendons de cette disposition un résultat complet. » (M. le docteur Delstanche.)

Avant de me prononcer sur la valeur du moyen, je voulus le voir fonctionner, afin d'être parfaitement renseigné sur sa puissance.

Je me rendis donc à Anvers, pour assister aux essais que la Commission administrative avait bien voulu faire faire en ma présence.

Des objets remplis de vermine d'un détenu entré la veille, furent suspendus dans l'armoire dont je viens de parler, et dans laquelle je fis placer, en outre, un thermomètre.

Au bout de 25 minutes, le thermomètre marquant 100° centigrades, lesdits objets furent étalés et examinés à la loupe avec le plus grand soin. Toutes les personnes présentes à l'opération, purent se convaincre que les parasites et leurs œufs étaient privés de vie, sans que les vêtemens eux-mêmes eussent subi la moindre altération.

Avant d'aller plus loin, je dirai comment l'idée était venue à la Commission administrative, de faire confectionner cet appareil pour la destruction de la vermine.

Un de ses membres, M. Legrelle, avait vu faire, à cet effet, dans un établissement sanitaire de Suisse, emploi de la chaleur d'un appareil chauffeur. A son retour, il en rendit compte à ses collègues qui imaginèrent de faire construire l'armoire que j'avais devant les yeux.

Certes, l'idée était bonne et son application devait avoir de grands résultats, puisqu'indépendamment de la rapidité avec laquelle l'appareil tuerait les parasites et leurs œufs, on pourrait désormais se dispenser de passer à l'eau de savon bouillante, les objets infectés et ne plus les exposer, par conséquent, à se rétrécir, se rapetisser et se déchirer.

Préoccupé comme je l'étais alors du changement radical à apporter dans nos hôpitaux militaires au traitement de la gale, je songeai à l'instant même au parti que j'allais pouvoir tirer de cet appareil, pour réaliser mon projet de fermeture des salles de galeux.

La destruction des sarcoptes et de leurs œufs devait, en effet, n'être pas moins rapide que celle de la vermine, sous l'empire du même moyen, et, désormais, par conséquent, j'allais pouvoir me passer des salles de désinfection.

Il y a pour tous les êtres animés des conditions indispensables de vie. Il n'est point d'animal qui avec son eau d'organisation, puisse continuer à vivre dans un milieu d'une température déterminée. S'il est vrai qu'on ait trouvé des poissons et des végétaux vivans dans les eaux thermales dont la température s'élevait à 65° R. (81° C.), telle que les Chaudes-Aigues en Auvergne, le ruisseau près de Manille dans l'île de Luçon; s'il est vrai encore que la température de la dernière chambre des bains russes est quelquefois portée à plus de 60° R. (75° C.), il est également incontestable que ce phénomène est dû exclusivement à la présence de l'eau ou de sa vapeur. Supprimez l'une ou l'autre, ou bien élevez de quelques degrés la température, et la vie cessera indubitablement.

Or, dans l'armoire dont j'ai l'honneur de vous entretenir, la température peut être portée à plus de 100° C. sans danger d'altération pour les objets à dépurer, car vous le savez, le lin, le coton, l'amidon, peuvent supporter une chaleur de plus de 140°. Le travail de la laine (peignage et grillage) nécessite des températures très élevées.

Le problème est donc résolu. Le sarcopte et ses œufs pouvant être détruits moyennant certaines conditions, en moins de vingt-cinq minutes, la désinfection des objets des galeux n'est plus nécessaire, et par conséquent les galeux peuvent cesser d'appartenir au service interne des établissemens sanitaires.

Tout galeux envoyé à l'hôpital sera désormais soumis au traitement de deux heures, et ses effets d'habillement et de couchage placés en même temps dans l'appareil insecticide; après quoi il sortira de l'établissement, avec eux, pour reprendre son service.

L'appareil fonctionnera sous peu de jours à l'hôpital militaire de Bruxelles. Je ne manquerai pas de vous tenir au courant des résultats que nous aurons obtenus.

Avant de vous faire cette communication, j'ai voulu recueillir pour vous les soumettre encore, les derniers faits de traitement rapide de la gale, recueillis dans les prisons qui ont fourni les premiers renseignemens.

Les voici :

Alost. Pendant le premier trimestre de cette année, dix-neuf malades soumis au traitement. Aucune récidive. La durée moyenne de traitement a été d'une heure et demie.

Gand. Pas de galeux.

Saint-Bernard. Vingt-quatre galeux pendant le premier trimestre. Deux seulement ont subi deux frictions. S'ils ont été tenus en traitement après les frictions, ç'a été d'abord pour les observer, ensuite parce que leurs vêtemens ont dû être fumigés et lavés.

Vilvorde. Point de galeux.

Saint-Hubert. Point de galeux.

Bruges. Douze galeux pendant le premier trimestre. Onze guéris après le traitement de deux heures. Le douzième a été soumis à une seconde friction après douze jours.

Bruxelles. Je copie textuellement ce que m'écrit le médecin de la prison, M. Delstanche. « Ainsi que je l'avais prévu dans mon rapport général sur l'exercice 1852, les récidives de la gale traitée par la méthode d'Helmerich, dépendaient non de l'insuffisance du traitement, mais de l'insuffisance du temps consacré à la désinfection des vêtemens des malades. Depuis qu'on les garde à l'infirmerie jusqu'au lendemain du jour de leur entrée, et qu'après désinfection suffisante de leurs effets, on leur donne à leur sortie une chemise de l'établissement, aucune récidive n'a été observée. »

Namur. Neuf galeuses; deux frictions chacune.

Enfin j'ai reçu du médecin de la prison de Liége, M. le docteur Closson, les détails suivans :

« Je crois devoir vous informer que depuis huit mois, cette méthode (traitement de deux heures) est en usage dans les prisons de Liége et qu'elle a été constamment suivie des résultats les plus avantageux.

« Une douzaine de galeux y ont été soumis, la guérison a été obtenue après une seule friction, excepté dans un cas où la maladie datant de six semaines, a nécessité une seconde friction qui a été opérée quarante-huit heures après la première. »

Il n'est donc plus permis, après ces faits nombreux, de douter de l'efficacité du traitement mis récemment en honneur à l'hôpital Saint-Louis.

Ai-je besoin de faire remarquer qu'il diffère notablement de celui qui avait été adopté en 1814 pour l'armée des Pays-Bas?

Ce qui constituait le vice radical de ce dernier, c'est qu'il était d'une pratique trop difficile, tout en donnant lieu à certains inconvéniens, car il ne faut pas en douter, il substituait souvent à la gale, des éruptions érythémateuses, pustuleuses, vésico-pustuleuses, etc. etc., plus douloureuses et bien plus difficiles à guérir que la gale elle-même. Cela tenait surtout et à la composition de la pommade et à ces frictions inutilement répétées coup sur coup, qu'on croyait indispensables au succès de la méthode. Ajoutez enfin qu'il inspirait un invincible dégoût et ne simplifiait en aucune manière le service puisqu'il forçait à tenir les salles des galeux ouvertes.

Ce serait peut-être ici le cas de dire quelques mots de ces vésicules qui persistent après la première friction et auxquelles on prêtait des qualités contagieuses. Mais il suffit de faire remarquer que les expériences les plus récentes ont démontré que ces élevures ne doivent pas être regardées comme l'indice de la présence *d'acarus* ayant survécu au traitement employé. On se tromperait fort si l'on s'en rapportait à ces vésicules pour prolonger le traitement, car, d'après M. Bazin, « la pommade d'Helmerich, comme toutes celles qui contiennent un quart de soufre, tout en guérissant la gale, laisse souvent persister pendant quelques jours, des démangeaisons dues aux éruptions coexistantes, et quelquefois fait naître même une éruption vésiculeuse. Par conséquent, loin d'exiger de nouvelles frictions, elles seraient plutôt une indication de les cesser. »

Que faut-il donc pour couronner d'un succès complet la méthode qui va être inaugurée? Le concours intelligent et actif de tous les membres du service de santé, celui des chefs surtout auxquels incombera la responsabilité du traitement. Ce concours, j'en suis certain, je ne l'invoquerai pas en vain, car l'intérêt qui s'attache à la solution du problème est immense. Il suffira de vous dire, pour le faire comprendre, que nous recevons annuellement dans nos hôpitaux de cinq mille à cinq mille cinq cents galeux, qui y restent en traitement en moyenne pendant dix jours.

Voilà donc cinquante-cinq mille journées de service imposées en plus aux hommes sains; car, quoi qu'il arrive, le service doit toujours se faire, et lorsque, comme chez nous, l'effectif est très restreint, il est extrêmement important que le plus petit nombre possible de soldats séjourne dans les hôpitaux, afin de ne pas accabler outre mesure ceux qui sont exempts de maladie, et que cet excès de service expose à des accidens fâcheux.

Et puis n'est-ce rien que de ne plus faire subir à ces malheureux galeux, le dégoût d'un traitement prolongé? N'est-ce rien encore que de les soustraire aux dangers de l'oisiveté? N'est-ce rien enfin que de ne pas les plonger dans l'atmosphère rarement pure des hôpitaux? N'avons-nous pas vu des galeux contracter dans ces établissemens des maladies mortelles?

Je n'insiste pas sur l'économie de la méthode nouvelle. C'est là une question tout à fait secondaire, bien qu'à certains égards digne de fixer votre attention.

THÉRAPEUTIQUE.

QUELQUES EXPÉRIENCES SUR L'EMPLOI DES INHALATIONS D'ÉTHER QUINIQUE DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES;

Par M. A. PIGNACCA, professeur de clinique médicale à l'Université de Pavie.

Les expériences dont nous allons faire connaître les résultats ont été faites avec une substance liquide et volatile, découverte par un étudiant en médecine, M. Manetti, substance qui contient un des principes fébrifuges du quinquina et qui est susceptible d'être introduite dans le corps humain au moyen des inhalations. A proprement parler, ce n'est pas un éther, et sa composition chimique n'est même pas encore déterminée; mais c'est un liquide qui a quelque ressemblance avec les éthers à cause de la propriété qu'il possède de se volatiliser et de pénétrer dans les poumons avec l'air inspiré. C'est, du reste, un liquide limpide, d'une odeur spéciale, peu agréable, et que l'on obtient par la distillation du quinate de chaux, associé à l'alcool et à l'acide sulfurique.

Les expériences de M. Pignacca ont été faites sur huit malades, sept atteints de fièvre intermittente tierce, et un de névralgie de la cinquième paire. Les fièvres des uns et la névralgie de l'autre auraient certainement réclamé une dose généreuse de sulfate de quinine. Dans un cas, la fièvre avait une forme hystérique; dans un autre, la fièvre se reproduisait continuellement depuis un an, et le malade présentait tous les signes de la cachexie paludéenne; dans un autre, les paroxysmes étaient intenses, de longue durée et accompagnés d'une éruption générale d'urticaire et de symptômes de gastro-entérite; dans un autre enfin, le dernier accès avait été très violent et suivi d'une prostration considérable.

Après avoir fait inspirer l'éther quinique de deux à quatre fois dans l'intervalle compris entre les deux accès, la fièvre a été arrêtée chez six malades; chez le septième, elle est revenue, mais moins intense, et les inhalations ayant été reprises le jour d'après, la fièvre n'est plus revenue; encore faudrait-il peut-être attribuer la lenteur des effets dans ce dernier cas à la manière de respirer du malade.

Quant à la névralgie de la cinquième paire, elle était symptomatique d'une inflammation des gencives, due elle-même à une carie dentaire; elle était périodique, quotidienne, et avait déjà reparu quatre fois, commençant à neuf heures du soir, et durant toute la nuit. Une première inhalation fut faite à onze heures du matin, une autre à huit heures et demie du soir; il resta encore de la sensibilité dans le côté malade de la face; mais l'accès ne reparut pas.

La quantité d'éther quinique que l'on a fait respirer aux malades était environ de 4 grammes, employés en deux, trois ou quatre fois. Quant au procédé mis en usage pour les inhalations, rien de plus simple. On versait un scrupule (1 gr 20) environ de liquide sur un mouchoir de poche, et on l'approchait alternativement d'une narine et de l'autre, en invitant le malade à faire des inspirations profondes, mais lentes. On reconnaissait que le remède avait franchi les cavités nasales à la sensation de chaleur et de léger picotement éprouvée par les malades vers la gorge. On continuait les inhalations, jusqu'à ce qu'il ne restât plus de liquide sur le mouchoir, ce qui durait entre trois et six minutes. Cette inhalation était reprise toutes les quatre ou six heures, de manière à en faire trois ou quatre dans la journée.

Comme ces inhalations produisent d'abord un peu de larmoiement, puis une sensation de chaleur et de picotement à la gorge et même un peu de toux, comme il en résulte enfin un peu d'alourdissement de la tête, et même quelquefois des tintemens d'oreille, on ne saurait abandonner l'usage de ces inhalations aux malades, d'autant plus qu'il serait à craindre que, respirant mal, les vapeurs ne pénétrassent pas jusque dans la profondeur des voies aériennes. Cette dernière particularité est, jusqu'à un certain point, un obstacle à leur emploi chez les enfans. M. Pignacca dit avoir vu la céphalalgie disparaître chez quelques malades pendant les inhalations.

C'est à ce jeune étudiant en médecine, M. Manetti, qu'appartient l'idée d'avoir employé ce nouveau composé de quinine en inhalations. Ce jeune homme avait été frappé de la mort d'un malade qui avait succombé à une fièvre pernicieuse cholérique, par l'impossibilité où l'on avait été de lui donner, en peu de temps, une suffisante quantité de quinine, et il s'était demandé si l'on ne pourrait pas trouver un corps, semblable aux éthers, et qui, contenant le principe fébrifuge, serait introduit par les voies respiratoires. L'événement est venu lui donner raison. Cette médication aurait le double avantage, ajoute M. Pignacca, de permettre l'introduction de la quinine dans l'économie par une voie qui est, le plus souvent, parfaitement libre, et d'utiliser une substance, le quinate de chaux, qui était jusqu'ici entièrement perdue pour les arts et pour la thérapeutique.

(*Gazetta medica lombarda*, 11 juillet 1853.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 25 Mai 1853. — Présidence de M. REQUIN.

Sommaire — Lecture d'un mémoire de M. Vigla sur les complications cérébrales dans le rhumatisme articulaire aigu. — Discussion : MM. Bourdon, Requin, Barthez (Ernest), Marrotte, Beau, Grisolle, Henri Roger, Aran, Moissenet.

Le mémoire de M. Vigla renferme six observations. Quatre fois la

mort a été la conséquence des complications cérébrales développées dans le cours du rhumatisme articulaire aigu. Les deux autres cas se sont terminés par la guérison. L'histoire de ces six malades est suivie de réflexions sur le degré de fréquence de ces complications cérébrales dans le cours du rhumatisme, sur certaines circonstances qui ont paru favoriser leur production; enfin sur les symptômes qu'elles ont présentés, la marche qu'elles ont suivie, les formes diverses qu'elles ont affectées. L'autopsie des quatre malades qui ont succombé n'ayant pas été faite, l'anatomie pathologique est forcément passée sous silence. En terminant son travail, M. Vigla groupe de la manière suivante les accidens cérébraux qu'il a observés :

1° Délire simple, se développant dans le cours du rhumatisme et rappelant assez bien le délire sympathique ou nerveux observé dans un grand nombre de maladies aiguës fébriles, de cause interne ou traumatique, ou en peu de mots, *rhumatisme compliqué de délire* (obs. V et VI).

2° Délire et réunion de la plupart des symptômes, et probablement des lésions propres à la méningite, *méningite rhumatismale des auteurs* (obs. IV).

3° État ataxique brusque et imprévu, bientôt remplacé par un collapsus ou un coma mortels, *apoplexie rhumatismale* de Stoll et de quelques auteurs (obs. I, II et III).

M. Bourdon : Je demande la permission de dire quelques mots à l'occasion de l'intéressant travail de M. Vigla. Et d'abord, je suis très heureux de savoir qu'il partage complètement mes opinions sur les accidens cérébraux qui surviennent dans le cours du rhumatisme articulaire aigu. Je vois avec plaisir qu'il a été amené comme moi par l'étude des faits, à établir, à côté des méningites rhumatismales, une catégorie dans laquelle il range les cas rapidement mortels qu'il ne peut rapporter à une phlegmasie des méninges. Il donne à ces accidens le nom d'apoplexie rhumatismale; mais il le leur donne à regret. Je suis tout à fait de son avis; cette dénomination ne convient pas parfaitement à des cas dans lesquels, contrairement à ce qui arrive dans l'apoplexie proprement dite, le coma été quelquefois précédé de délire et d'agitation. Cependant, je l'ai aussi employée, et pour plusieur raisons : d'abord, parce qu'elle a cours dans la science depuis que Stoll l'a appliquée à cette forme d'accident; ensuite, parce qu'elle rappelle bien la gravité de la maladie et sa marche rapide; enfin, parce que, franchement, je n'aurais su comment la remplacer.

Outre ces deux formes, M. Vigla en fait une troisième, à laquelle il rattache deux observations de délire, qu'il appelle nerveux. Déjà, dans mon mémoire, j'avais réuni quatre faits analogues, et j'en avais fait une classe distincte, n'ayant pu les considérer comme des exemples de méningite, puisque le délire, dans ces cas, n'avait été accompagné d'aucun des autres symptômes de cette maladie.

En parlant des causes, notre collègue nous a dit que les émotions vives pouvaient avoir de l'influence sur le développement des accidens cérébraux dans le cours du rhumatisme. Un des faits qu'il a observés l'autorise à émettre cette opinion. Dans une de mes observations, celle que m'a récemment communiquée M. le docteur Cayla, d'Arcueil, je trouve mentionnée une circonstance qui vient à l'appui de l'idée de M. Vigla : le malade, quelques heures avant de présenter les premiers symptômes nerveux, était tourmenté par la pensée que son affection pouvait avoir une issue fatale. Par le raisonnement, j'avais été conduit à admettre que toutes les perturbations violentes de l'économie, et particulièrement celles du système nerveux, pouvaient être la cause de ces graves complications, lorsqu'en lisant Lorry, je trouvai le passage suivant dans son article *Metastases arthriticæ ab animi affectibus :*
« Le rhumatisme peut, dans un mouvement désordonné, subit et im-
» prévu de l'âme, prendre la forme de l'apoplexie ou de la frénésie,
» et causer ainsi la mort. »

Jusqu'ici, il y a donc conformité d'opinions sur tous les points entre M. Vigla et moi. Mais lorsque mon collègue, à propos de l'étiologie, soulevant la question du sulfate de quinine, avance que ce médicament ne peut produire les accidens dont il est question, je suis moins affirmatif que lui. Je me demande si le sel de quinine, en modifiant brusquement la détermination locale du rhumatisme, en faisant cesser rapidement la fluxion des articulations, sans modifier en même temps et suffisamment la constitution de la maladie, ne peut pas faciliter sa migration vers d'autres parties, et spécialement vers les enveloppes du cerveau.

M. Martin-Solon, dans la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine, en 1850, paraissait redouter ce fâcheux effet, lorsqu'il recommandait de rejeter l'emploi du sulfate de quinine pour les personnes sujettes aux congestions et aux accidens cérébraux.

Quoi qu'il en soit, si, à l'avenir, on observait plus souvent qu'autrefois, dans le cours du rhumatisme, les complications que nous étudions, et cela de préférence chez les malades traités par le sulfate de quinine, il faudrait bien accuser ce médicament, d'ailleurs si précieux, et chercher à le remplacer par un autre plus innocent, par la vératrine, par exemple, avec laquelle MM. Piedagnel et Trousseau paraissent avoir obtenu de très beaux succès.

Enfin, pour dire quelques mots du pronostic, j'ajouterai que, d'après les nombreux faits que j'ai rassemblés, la gravité est encore plus effrayante que M. Vigla ne vous l'a dépeinte; car, sur 39 observations, je compte 30 décès. Cette seule circonstance prouve assez tout l'intérêt qui s'attache à la question.

M. Vigla : Je ne crois pas que le sulfate de quinine ait été la cause du développement des accidens cérébraux dans les faits que j'ai cités. En effet, trois de mes malades au moins avaient cessé l'usage de ce médicament depuis plusieurs jours, lorsqu'apparurent les phénomènes cérébraux; toutefois, j'ai cru devoir me demander si, en faisant cesser les douleurs, le sulfate de quinine ne favoriserait pas les métastases. S'il en était ainsi, la vératrine, qui paraît agir également en diminuant les douleurs, aurait le même inconvénient. D'ailleurs, ces accidens ont été observés par les anciens qui n'administraient pas le sulfate de quinine. M. Bouillaud, qui n'emploie pas non plus ce médicament dans le rhumatisme, me disait, il y a quelques jours, qu'il rencontrait tous les ans, dans le rhumatisme aigu, environ trois cas de complications cérébrales, avec symptômes ataxiques, état comateux et mort en moins de vingt-quatre heures; que de plus, ces phénomènes survenaient plutôt à une époque voisine de la terminaison du rhumatisme et dans un état de convalescence fausse, que dans la période d'acuité. Il ajoutait qu'il se rendait difficilement compte de ces accidens, et que c'était pour lui un des points les plus obscurs de l'histoire du rhumatisme. Je crois donc, d'après ces diverses considérations, que l'on n'est pas en droit d'accuser le sulfate de quinine de provoquer le développement de ces accidens cérébraux.

M. Bourdon se demande si l'emploi de saignées répétées et abondantes ne peut pas donner prise à de semblables accidens?

M. Requin se pose la même question, car il trouve que la proportion indiquée par M. Bouillaud est très considérable, et, pour sa part, bien qu'il ait observé un grand nombre de rhumatismes articulaires et que son attention ait été éveillée depuis longtemps sur ces complications cérébrales, il est loin de leur accorder cette fréquence.

M. Barthez (Ernest) : Je n'ai vu qu'un seul cas de mort dans le cours du rhumatisme aigu par le fait d'accidens cérébraux, et dans cette circonstance on ne pouvait incriminer ni les saignées, ni le sulfate de quinine. Le malade était un jeune homme; le rhumatisme dont il était affecté avait une marche sub-aiguë, et M. Louis, qui lui donnait des soins, ne crut pas devoir employer une médication active, bien que ce rhumatisme fût accompagné d'une complication de péricardite. Ce jeune homme touchait à la convalescence, lorsque, tout à coup, il fut pris d'un délire violent; bientôt il tomba dans le coma, et mourut trois ou quatre heures après l'invasion des accidens, que je crus pouvoir rapporter à une méningite très aiguë.

M. Bouvier, lorsqu'il était interne dans le service de L'herminier, il y a trente ans, a vu traiter tous les rhumatismes aigus par les saignées coup sur coup, et il n'a pas observé un seul cas de méningite rhumatismale.

M. Marrotte insiste sur la rareté de ces complications; il en a observé un cas dans le service de M. Honoré, alors qu'il était interne; depuis cette époque, il n'en a pas rencontré d'autre. L'influence que peut exercer le mode de traitement est une question, qui, selon lui, serait fort difficile à résoudre, mais qui mériterait d'être examinée; car, tout en admettant, comme cela paraît incontestable, que ces accidens puissent survenir spontanément, il n'en est pas moins certain que diverses circonstances paraissent favoriser leur développement.

M. Beau : Je n'ai observé également qu'un seul cas d'accidens cérébraux dans le cours du rhumatisme articulaire. C'était chez un jeune homme de 17 ans, affecté d'un rhumatisme articulaire de moyenne intensité. Le lendemain de son entrée à l'hôpital, il fut pris d'un délire très intense; je lui fis appliquer des sangsues. Vingt-quatre heures après, il était tombé dans le coma; le troisième jour, les accidens s'étaient encore aggravés; il y avait carus, et je le regardais ce malade comme perdu. Néanmoins, je lui fis appliquer sur la tête un large vésicatoire; le lendemain, je constatai une amélioration inespérée : ce jeune homme donnait quelques signes d'intelligence; peu à peu les symptômes graves disparurent, et la guérison eut lieu. Ce résultat heureux ne m'empêcha pas de regarder ce fait comme un cas de méningite rhumatismale.

M. Grisolle : A l'époque où j'étais interne dans le service de M. Chomel, j'ai vu aussi un cas de complication cérébrale chez une femme de 40 ans, affectée d'un rhumatisme peu intense; on lui pratiqua une saignée et on lui prescrivit du nitrate de potasse à faible dose, un gramme pour vingt-quatre heures. Le soir, elle fut prise d'une fièvre modérée; la nuit fut calme, mais vers sept heures du matin elle accusa une céphalalgie violente, et on s'aperçut qu'elle avait du délire. Prévenu immédiatement, je me rendis auprès d'elle : je la trouvai morte. J'appris alors que la mort avait été précédée de mouvemens convulsifs.

M. Requin : Il me paraît impossible, dans l'état actuel de la science, d'incriminer telle ou telle médication. Ceci ressort évidemment des faits cités dans cette discussion; on peut aussi en déduire cette autre conclusion, à savoir que les complications cérébrales sont fort rares dans le rhumatisme. Nous savons que toutes les membranes séreuses peuvent s'enflammer dans le rhumatisme articulaire aigu; mais nous ne pouvons pas saisir pourquoi telle de ces membranes s'enflamme de préférence à telle autre, et le fait de la métastase reste entièrement inexpliqué. Quant à l'expression symptomatique qu'affectent ces complications cérébrales, si on analyse les faits consignés dans les auteurs, on en trouve un certain nombre auxquels on peut appliquer le nom d'apoplexie rhumatismale, dans l'acception que les anciens donnaient à ce mot, c'est-à-dire au point de vue symptomatologique. Ces faits peuvent s'expliquer, ce me semble, par la tendance qu'ont les inflammations rhumatismales à revêtir une forme latente, et à ne se déceler qu'à une époque déjà assez éloignée de leur début. On trouve, en effet, des exemples de ces inflammations latentes dans ces pleurésies rhumatismales dont on soupçonne à peine l'existence, alors que la plèvre contient déjà un épanchement assez abondant.

M. Vigla : Je crois, comme M. Requin, que la méningite rhumatismale doit être mise à côté de la pleurésie et de la péricardite, qui sont de même nature. Seulement, quant à la forme apoplectique, que j'admets d'ailleurs parfaitement, je trouve que M. Requin conclut trop vite lorsqu'il en fait une méningite latente; car, dans les cas où l'autopsie a été pratiquée, on n'a trouvé aucune lésion anatomique qui pût servir à caractériser la méningite; j'ajouterai même qu'on devait s'y attendre, attendu que dans des cas analogues, on ne trouve également rien. Ce serait plutôt, selon moi, une apoplexie nerveuse qu'une inflammation latente des séreuses. Je crois, au reste, que la lésion de ces morts rapides reste encore à trouver.

M. Bourdon : Dans plusieurs des cas que j'ai qualifiés d'apoplexie, on a trouvé à l'autopsie de la congestion, ou une petite quantité d'épanchement séreux, mais pas autre chose; lorsque j'ai rencontré des traces d'inflammation, j'ai rangé ces cas parmi ceux de méningite.

M. Requin : Peut-être faut-il admettre deux catégories de faits : l'une où il y a inflammation véritable, l'autre où le rhumatisme ne donne lieu qu'à une hyperhémie, à une simple congestion vers les membranes séreuses, congestion analogue à celle qui s'effectue dans les synoviales. Or, l'on comprend très bien que ce travail morbide, qui ne tue pas lorsqu'il s'effectue sur la plèvre ou sur le péricarde, puisse déterminer la mort lorsqu'il envahit les méninges.

M. Aran signale le rapport qui existe entre les phénomènes apoplectiques qui éclatent dans le cours du rhumatisme et ceux que l'on observe dans la néphrite albumineuse. Il se demande si ces faits ne doivent pas se rapporter à quelque affection du rein; et il insiste sur l'importance qu'il y aurait à examiner ces organes après la mort, et cela, ajoute-t-il, avec d'autant plus de raison, que des phénomènes apoplectiques ont été observés le plus ordinairement dans des cas où la néphrite albumineuse ne s'accompagnait d'aucune trace d'anasarque, et serait restée complètement latente si on n'avait pas eu le soin d'examiner les urines.

M. Marrotte : Il ne faut pas perdre de vue que le rhumatisme n'est pas une inflammation franche donnant lieu aux produits plastiques de l'inflammation ordinaire, mais qu'il s'arrête, au contraire, avant de donner tous ses produits. Dès lors, quand on rencontre de la congestion, pourquoi se refuserait-on à admettre que ce puisse être un début d'inflammation; car, après tout, personne ne conteste que l'inflammation puisse tuer avant d'avoir atteint la période où tous ses produits se soient développés. Dans le fait que j'ai observé, il n'en était pas ainsi, et les lésions inflammatoires étaient très évidentes.

M. Vigla : M. Aran indiquait tout à l'heure le rapport qui existe entre les phénomènes apoplectiques du rhumatisme et ceux que l'on observe dans la néphrite albumineuse, je crois que cette question offrirait un grand intérêt, surtout si, au lieu de la circonscrire, on voulait en agrandir le cercle et rechercher l'analogie qui existe entre ces morts rapides et imprévues qui surviennent dans le cours de diverses maladies aiguës. Sans avoir la prétention de traiter cette question ni de la résoudre, je l'ai indiquée dans un passage de mon mémoire, où je m'exprimais ainsi : « Si je cherche la ressemblance dans d'autres maladies que le rhumatisme, je dirai qu'il n'est peut-être pas aussi rare qu'on le pense, d'observer une semblable terminaison dans le cours des maladies aiguës. Je ne crois pas me fier trop à ma mémoire, en disant que j'en ai vu des exemples dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, les fièvres éruptives. Il y a longtemps déjà que mon attention est fixée sur ces morts rapides et imprévues, survenant dans le cours des maladies aiguës, dont je rapprocherai l'état puerpéral. Il y a là, si je ne me trompe, la matière de recherches intéressantes pour la physiologie et la pathologie. »

M. Roger (Henri) : Les complications cérébrales qui surviennent quelquefois dans la néphrite albumineuse n'appartiennent pas seulement à la forme latente de cette affection, car dans les cas cités par M. Addisson, on trouve des néphrites albumineuses qui avaient déjà donné lieu à des hydropisies diverses. Il faudrait dès lors faire intervenir, dans la production de ces accidens cérébraux, et la néphrite albumineuse et l'altération du sang. Je prierai M. Aran de nous dire s'il connaît, dans la littérature médicale anglaise, qui lui est familière, quelque travail qui puisse éclairer la question de l'apoplexie rhumatismale.

M. Aran n'a rien trouvé dans les auteurs anglais à propos de l'apoplexie rhumatismale. Il signale la description d'une forme très obscure de néphrite albumineuse, désignée sous le nom de cirrhose du rein.

M. Beau : J'ai vu, dernièrement, des phénomènes apoplectiques se produire dans les circonstances suivantes : c'était chez un jeune homme qui fut affecté d'anasarque et d'ascite pendant la convalescence d'une scarlatine. Il resta dans mon service pendant trois mois, sans obtenir aucun amendement; il sortit alors et revint au bout de plusieurs mois : il était alors à peu près dans le même état. Trois jours après sa rentrée à l'hôpital, il fut pris de coma, avec sterteur et attaques d'épilepsie successives. Je le regardais comme perdu, et je me posais la question de savoir si l'on pouvait tenter quelque médication. On me demanda si, malgré l'état désespéré du malade, on pouvait pratiquer la ponction de l'ascite. Après y avoir réfléchi, j'adhérai à cette idée; la ponction fut faite. Dès le lendemain, l'amélioration était évidente, et les attaques épileptiques avaient cessé. Je présume qu'il y avait œdème du cerveau, et que l'évacuation de la sérosité contenue dans le péritoine a permis au cerveau de se dégorger, pour ainsi dire, d'une manière mécanique.

M. Moissenet : M. Aran vient de dire qu'il y avait souvent apoplexie dans la maladie de Brigth, alors qu'il n'existait pas d'hydropisie; mais je ferai remarquer que, dans cette affection, l'hydropisie est souvent difficile à constater; tantôt c'est un simple œdème des paupières, tantôt un léger gonflement des malléoles. Je me demande donc si, dans les faits cités par M. Aran, il ne s'agit pas uniquement d'une congestion séreuse de l'encéphale. Attaché successivement, pendant mon internat, aux services de MM. Rayer, Martin-Solon et Lugol, j'ai pu observer un grand nombre de malades affectés de maladie de Brigth. Eh bien! chez les individus qui ont succombé à des phénomènes apoplectiques, je n'ai jamais rencontré d'autres lésions que des épanchemens de sérosité avec ou sans ramollissement des parties centrales du cerveau. J'ai vu, entre autres, un malade dont l'hydropisie était considérable, et qui avait déjà éprouvé quelques phénomènes cérébraux; ces phénomènes s'étaient dissipés en ayant seulement la précaution de lui laisser les jambes pendantes; il mourut subitement lorsqu'on le replaça dans la position horizontale. A l'autopsie, on trouva les ventricules du cerveau distendus par une quantité considérable de sérosité. J'ai vu également des scarifications sur les membres infiltrés faire disparaître ou diminuer des accidens cérébraux peu intenses.

M. Aran : Je n'ai pas prétendu que les phénomènes apoplectiques ne survenaient que dans les cas où il n'y avait pas hydropisie. Mais je dis seulement que, dans les cas où les individus ont succombé, l'hydropisie avait disparu.

M. Barthez (Ernest) propose de remettre la discussion à la prochaine séance, attendu que l'heure avancée ne permet pas d'approfondir un sujet aussi important, et que l'on pourrait ainsi se mettre en mesure de produire de nouveaux documens.

M. Vigla trouve qu'il serait utile de savoir si ce qu'on observe dans le rhumatisme, ne se rencontre pas également dans d'autres maladies aiguës. Et il est d'avis que la discussion soit continuée dans la prochaine séance.

M. Aran voudrait que l'on s'occupât de la question de la métastase. Il pense que l'on devrait clore la discussion, et l'ouvrir ultérieurement, en prenant une base plus large; on pourrait, par exemple, discuter la question des morts rapides dans les maladies.

Après quelques observations de M. le Président sur l'ordre du jour de la séance prochaine, la discussion est fermée.

Le secrétaire, Ch. Léger.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 88. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 26 Juillet 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue St-Georges, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOUSCRIPTION

pour élever un monument à la mémoire de M. Orfila.

Souscriptions reçues au bureau de M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, à la Faculté :

La Société médicale d'Amiens, 100 fr.; — M. Chomel, 150 fr.

ENSEIGNEMENT.

LEÇONS FAITES AU COLLÈGE DE FRANCE, PAR M. CL. BERNARD, Suppléant M. MAGENDIE.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 25 juin et 2 juillet.)

§ III. — ACTIONS QUI SONT SOUS LA DÉPENDANCE DU NERF GRAND SYMPATHIQUE ET QUI REÇOIVENT UNE INFLUENCE DU SYSTÈME NERVEUX CÉRÉBRO-SPINAL.

Parmi les actions qui s'accomplissent dans les organes les plus profonds, les unes sont passagères et appartiennent à la digestion, fonction intermittente de sa nature ; les autres sont continues et se rapportent à la nutrition qui est, au contraire, de tous les momens. Dans ces actes, qui sont sous la dépendance du grand sympathique et qui s'accomplissent sans notre volonté, il y a cependant une influence indirecte du système nerveux cérébro-spinal. C'est ainsi que, par une sorte d'action reflexe, l'effet de l'imagination détermine la sécrétion de la salive. Si l'on montre à un chien, sur lequel on a pratiqué une fistule salivaire, ses alimens habituels, la salive coule, comme cela aurait lieu par l'excitation du nerf de la gustation. Si c'est une fistule stomacale que porte cet animal, on pourra constater, dans la même circonstance, la sécrétion abondante du suc gastrique. Quelle que soit l'intervention du système nerveux cérébro-spinal, on peut anéantir ce système, soit par la destruction du cerveau, soit en empoisonnant l'animal par le *curare*, sans empêcher le sang de s'oxygéner et le foie de sécréter du sucre sous l'influence du grand sympathique, si l'on insuffle, dans les poumons de l'animal, de l'air pur ou chargé d'un peu d'ammoniaque.

M. Bernard veut étudier, dans une fonction capitale, *la circulation*, l'influence de ce nerf grand sympathique. Il s'attache à montrer l'existence distincte des *deux circulations*, la *générale* et la *capillaire*, et la manière dont elles reçoivent leur impulsion du système nerveux.

1° De la circulation générale.

La circulation générale se fait par des vaisseaux centrifuges, qui sont les artères, et par des vaisseaux centripètes, qui sont constitués par les veines. Les artères sont sous l'influence de deux forces : L'une dépend de la systole qui pousse le sang du ventricule gauche du cœur dans ces vaisseaux ; l'autre est due à l'élasticité de leurs parois, déjà remplies lorsque la colonne sanguine est lancée par le cœur. Ainsi, d'une part, force de lancement du sang, de l'autre, résistance de l'artère. Ces deux forces se mesurent par le *cardiomètre* de M. Magendie, qui, selon leur influence, s'élève de 145 à 155 millimètres. En les décomposant, on en trouve une constante de 135 millimètres qui dépend de l'élasticité des artères et qui représente leur pression sur le sang ; la seconde, variable, représente la pression du cœur, c'est-à-dire la force avec laquelle cet organe lance la colonne sanguine. Dans les différens animaux, la pression du système artériel est sensiblement la même, tandis que la pression du cœur varie en raison du volume de cet organe ; elle est de 25 millimètres chez le cheval, de 10 chez le chien, de 2 chez le lapin.

Comme il est facile de le comprendre, l'élasticité des artères n'est pas changée par le système nerveux, puisqu'elle est inhérente à ces vaisseaux. Mais la pression, qui est sous la dépendance immédiate du cœur, varie et subit l'action directe du système nerveux.

Dans le tissu capillaire de chaque organe, on trouve deux ordres de vaisseaux ; l'un pour la circulation générale, l'autre pour les circulations spéciales ou capillaires proprement dites. Le premier a une action continue, le second une action intermittente. Il est facile de distinguer ces deux ordres de vaisseaux sur la grenouille ; en mettant son mésentère sur le champ du microscope, on voit certains vaisseaux artériels s'aboucher directement dans les veines, et d'autres se ramifier en formant, tout autour, un lacis vasculaire qui retient le sang plus longtemps. Ces deux ordres de vaisseaux peuvent être démontrés dans certains organes de l'homme, dans ceux surtout, tels que le foie, où la circulation générale éprouve de grandes modifications. Il y a, dans ce viscère, deux espèces de vaisseaux bien différens : l'artère hépatique destinée, au même titre que l'artère bronchique, à nourrir le tissu de l'organe, et la veine porte. Outre les divisions extrêmes de cette veine, qui sont destinées à former un lacis capillaire, il y a des vaisseaux qui s'ouvrent directement dans la veine cave, par des troncs assez volumineux.

Le sang, parvenu dans les veines, doit revenir vers le centre, c'est-à-dire au cœur. Les moyens qui favorisent son retour sont divers : 1° des valvules, placées le long des parois des veines, empêchent le sang de rétrograder ; 2° les mouvemens musculaires, en comprimant les parois des veines, favorisent la progression du sang ; 3° la respiration active considérablement la circulation, car, dans une inspiration profonde, le sang se précipite dans les poumons ; cette déplétion du cœur y amène le vide, et le sang veineux tendant à le remplir circule plus vite ; cette aspiration s'étend très loin et va même jusqu'aux sinus cérébraux.

Les vaisseaux de la circulation générale se développent avant ceux des circulations spéciales. Cela est facile à observer dans les branchies des poissons : le sang, dans les premiers temps de la vie, est lancé par les artères branchiales, dont les pulsations marquées se communiquent à l'aorte dorsale. A mesure que le poisson se développe, des capillaires apparaissent dans les branchies ou poumons, en sorte que l'impulsion des premiers vaisseaux devient de jour en jour moins évidente.

2° De la circulation capillaire.

On a vu déjà que les circulations capillaires ou spéciales n'agissaient que par intervalles. Elles ont lieu particulièrement lorsque la fonction propre s'exécute. Leur destination essentielle est la nutrition. Les vaisseaux qui les composent sont très actifs ; ce sont eux qui rendent turgides, colorés, les organes qui étaient blancs à l'état de repos. Dans le foie, par exemple, dont il a été question, les rameaux de la veine porte se terminent dans le parenchyme de l'organe, en formant des lacis vasculaires autour des lobules hépatiques. Du centre de ces lobules partent les veines sus-hépatiques. C'est là la terminaison capillaire proprement dite. Mais, en se rappelant les vaisseaux directs de la circulation spéciale de cette glande, on voit comment les deux systèmes peuvent marcher indépendamment l'un de l'autre, et comment le sang qui arrive à un organe, n'est pas tout entier nécessaire à la fonction de cet organe. Le tissu capillaire a des qualités diverses, suivant la forme et la nature des divers organes ; cette différence doit évidemment exister, puisque l'un est chargé de produire de la salive, l'autre du sucre et de la bile, etc.

Pour faciliter ces sécrétions, il fallait que le sang séjournât longtemps dans ces tissus capillaires. Tandis que le sang de la circulation générale ne met que trente secondes pour faire un tour complet et revenir d'un point à un autre, au contraire, une partie des liquides de la circulation capillaire, ou du moins de certaines circulations spéciales, prolonge son séjour dans la trame des tissus pendant un temps plus ou moins long. Le prussiate de potasse, par sa couleur et par la facilité qu'on a de le reconnaître, se prête parfaitement à cette démonstration. De plus, certaines substances, introduites dans l'organisme, peuvent y être conservées longtemps. Les toxicologistes ont démontré, en effet, que quelques poisons se retrouvent dans le foie et dans la rate bien des mois après leur ingestion.

Les petits vaisseaux qui constituent les tissus capillaires sont très contractiles. Sur l'animal vivant, on vérifie facilement les modifications de leur contraction. Par l'action du froid, ils se resserrent, la circulation s'y ralentit, le sang stagne, la coloration disparaît. Mais sous l'influence de la chaleur, le mouvement augmente, la circulation s'accélère et la coloration devient plus tranchée.

Lorsque le sang a subi, au sein des tissus capillaires, les altérations chimiques voulues et qu'il a été dépouillé de certaines de ses parties, il s'échappe de ces tissus et devient sang noir ou veineux. Dans le

Feuilleton.

UNE EXCURSION A L'ASILE DE QUATREMARS, PRÈS ROUEN.

A une lieue de Rouen, dans une belle campagne, dont la vue n'a pour horizon que des collines boisées excessivement pittoresques, des bouquets de sapins et la magnifique perspective de la ville, s'élève le nouvel édifice qui sera bientôt consacré au traitement des aliénés du département. Rien de plus saisissant que son ensemble, lorsqu'on le découvre de loin en venant de Rouen. Malheureusement, le chemin qui y donne accès est des plus mal situés, et il sera indispensable de le relier à la route, soit par une acquisition volontaire, soit par une mesure d'utilité publique, qui ne se ferait pas attendre à Paris.

On arrive à l'asile par une longue et large allée de grands arbres. La façade est formée par un bâtiment qui n'a qu'un rez-de-chaussée, mais dont l'élévation gêne encore un peu la vue, lorsqu'on plonge du premier étage du corps-de-logis principal dans le panorama qu'on a devant soi. La physionomie du monument par la hauteur des deux étages, l'emploi de la brique, rappelle les asiles de l'Angleterre, mais en diffère complètement par la distribution des pavillons, le plan et le soin qu'on a pris de lui ôter ce caractère sévère, par trop puritain, qui est le signe distinctif des établissemens d'outre-Manche. Le bâtiment principal qui fait face à l'entrée est grandiose ; il est destiné au médecin-directeur et aux autres personnes de l'administration.

Nous n'avons pas l'intention de décrire les différentes parties de cet asile, qui n'est pas d'ailleurs encore terminé, mais la visite minutieuse que nous en avons faite, sous la conduite de son habile directeur, M. le docteur Dumesnil, qui a déjà administré les asiles de Saint-Dizier et de Dijon, nous a donné la conviction que cet établissement serait un des plus beaux de notre pays. Ce qui m'a surtout frappé dans mon examen, c'est le soin minutieux et raisonné apporté dans la ventilation, le chauffage, l'éclairage, le frottage, la fermeture des portes, la sûreté des fenêtres, sans barreaux apparens, la distribution des baignoires dans chaque service, la construction au dehors des lieux d'aisances etc. Il est évident que l'auteur du plan général, M. Parchappe, a vu beaucoup d'édifices de ce genre, qu'il a lu tout ce qu'il y a eu d'important publié sur ce sujet, et qu'il a fait son profit de toutes les améliorations. M. Duménil me disait, à cette occasion, que dans un pareil établissement, on ne devrait pas enfoncer un clou, sans qu'il eût sa raison d'être ; cette réflexion juste m'a fait regretter que, dans les ouvrages fort utiles qui viennent d'être publiés par MM. Parchappe et Falret fils, il n'y ait pas un petit appendice pour ces mille détails dont la connaissance est indispensable au directeur d'un asile. Un architecte intelligent, dirigé par un médecin versé dans ces matières, pourrait combler cette lacune.

L'emplacement de l'asile de Quatremars occupe 40 hectares, 10 sont consacrés aux bâtimens, aux préaux, 30 autres à l'exploitation. La ferme est déjà en bonne voie ; l'écurie, les étables sont très bien tenues, les portes de la porcherie étaient frottées. Il y avait douze vaches qui paissaient dans les champs, un grand nombre d'aliénés étaient occupés aux travaux agricoles et au terrassement. Lorsque l'asile sera terminé, il sera du nombre de ceux que tout médecin qui veut se tenir au courant de la science devra visiter.

En parlant de la construction, j'ai dit que les bâtimens avaient généralement deux étages ; c'est suffisamment indiquer que le plan d'Esquirol n'a pas été suivi. Dans notre mémoire *sur un projet d'établissement d'aliénés*, couronné par la Société des sciences physiques et naturelles de Bruxelles, nous faisions observer que la construction des pavillons au rez-de-chaussée seulement exigeait un déploiement considérable de terrain qui aurait pu être employé plus utilement aux travaux ; cette idée a prévalu. L'ordonnance des bâtimens de Quatremars nous a paru, indépendamment des avantages incontestables qui en résultent, donner plus de mouvement à l'ensemble, et reproduire davantage pour les aliénés l'image de cette société qu'ils ont laissée au dehors.

Un des côtés les plus saisissans de cet asile est sans contredit celui de l'exploitation agricole. Il est impossible de s'en faire une idée, à moins de l'avoir observé sur les lieux. Cette belle campagne, si accidentée et si variée dans ses aspects, est, comme le territoire de Gheel, parcourue par des aliénés dont les uns labourent, hersent, sarclent, conduisent les troupeaux, ramènent les chariots chargés de produits, dont les autres nivellent le terrain, rapportent les terres, exécutent des travaux de terrassemens de toute espèce. L'insensé qu'on arrête pour causer quelques instans avec lui, vous parle de ses hallucinations, des sorts qu'on lui a jetés, des ennemis qui l'ont ruiné ; puis il retourne tranquillement à sa charrue ou à la récolte de ses légumes. Je demandai à M. Dumesnil ce qu'il pensait de l'influence du travail sur l'aliénation ; elle est efficace, me répondit-il, pour améliorer le sort des malades, régulariser leurs habitudes, hâter leur convalescence ; mais elle ne saurait lutter contre les remèdes dans la période aiguë, surtout dans la manie. C'est l'opinion que nous avons soutenue dans les *Annales médico-psychologiques*. Diversité, voilà la devise qu'on ne devrait jamais oublier lorsqu'il s'agit de conduire les hommes.

Les aliénés paralytiques sont nombreux à l'asile. Peut-être, l'abus qu'on fait en Normandie des liqueurs fortes et surtout de l'eau-de-vie, explique-t-il, jusqu'à un certain point, leur chiffre élevé. J'ai entendu M. Dumesnil émettre l'espérance de voir leur proportion diminuer beaucoup, par le régime végétal et l'exercice ; puisse son désir avoir un résultat heureux !

La création de l'asile de Quatremars avait été primitivement décidée, pour obvier à l'encombrement de Saint-Yon et fournir aux hommes, auxquels il était exclusivement destiné, l'espace nécessaire pour se livrer aux travaux champêtres. La nouvelle destination qu'on veut donner à Saint-Yon, qui servira de prison et d'hôpital, obligera de modifier le plan primitif et de reporter ailleurs la chapelle. La construction des bâtimens destinés aux femmes masquera la vue du pavillon des pensionnaires hommes, mais ces inconvéniens nous paraissent peu de choses, en comparaison des avantages que présente cette translation. Les deux asiles contigus, mais complètement séparés, bien situés, et bien exposés, appropriés à leur but, ce qui n'a jamais pu se faire d'une manière satisfaisante pour Saint-Yon, dirigés par des hommes intelligens, vivant en bonne harmonie avec les commissaires et les autorités, rivaliseront avec les meilleurs établissemens publics, et parviendront à une grande prospérité. Mais cet avenir n'est possible qu'avec l'accord de tous. Car, il faut bien que l'administration supérieure le sache, là où existent des tiraillemens, des rivalités locales, des déplacemens continuels de médecins, là, aussi, les malheureux insensés souffrent, parce que les dissensions intestines, les luttes d'amour-propre empêchent d'introduire les améliorations nécessaires, bien plus, il suffit qu'elles soient demandées d'un côté, pour qu'elles soient rejetées de l'autre. Il y a peu de temps encore, un architecte qui n'avait pas la moindre idée des besoins des aliénés, voulut construire un asile rayonnant comme la toile d'une araignée, au centre de laquelle viennent aboutir tous les fils, et il a fallu une résistance acharnée pour empêcher de mettre à exécution cette singulière conception.

Heureusement, dans la construction de Quatremars, MM. Parchappe et Grégoire se sont parfaitement entendus ; avec l'assistance de M. Dumesnil, l'inspecteur général est assuré d'un concours actif et intelligent, et, quant à moi, je n'ai que des remercîmens à adresser à mon confrère pour les renseignemens, pleins d'intérêt, qu'il m'a donnés et pour l'accueil qu'il a bien voulu me faire.

A. BRIERRE DE BOISMONT.

veines, le sang est tout-à-fait indépendant de la force d'impulsion du cœur : l'action contractile des capillaires suffit pour pousser le sang du côté de la veine. Qu'on examine un membre qu'on vient de séparer par l'amputation et dans lequel une artère et une veine principales sont divisées : si le sang n'obéissait qu'à la force d'impulsion du cœur, dès que celle-ci manque, l'ordre de la circulation devrait être troublé ; le sang devrait sortir par l'artère et par la veine. Cependant il n'en est pas ainsi et c'est par la veine seulement que le sang s'échappe. Cette observation très simple rend évidente l'action contractile des capillaires.

Parmi les faits intéressans qui se rapportent à l'action du système capillaire, il y a celui des *pulsations veineuses* observées dans certains cas morbides. On avait, d'abord, pensé que ces pulsations étaient dues à la trop grande fluidité du sang qui ne se dépouillait pas dans les capillaires de tout son mouvement. Le sang trop fluide, comme l'a montré M. Magendie, circule moins bien à la vérité, car il lui faut une certaine plasticité pour ne pas imbiber trop facilement les tissus et ne pas s'épancher. Mais les pulsations des veines tiennent à la propriété contractile des vaisseaux capillaires qui activent la circulation sous l'influence du système nerveux. Si l'on peut activer la circulation dans les vaisseaux capillaires, on conçoit qu'elle puisse être retardée : c'est ce qui arrive dans certains cas de paralysie de ces même vaisseaux. Du moment où ils ont perdu leur force de réaction, leurs parois sont distendues par la colonne du sang artériel poussée par le cœur, et ce sang, passant plus abondamment dans des vaisseaux plus larges, n'y perd pas l'impulsion qu'il a acquise. De là *l'explication du pouls veineux* que l'on n'observe que dans quelques maladies très graves. Le système capillaire est donc actif et réagit sous l'influence de causes diverses.

3° *De l'influence des deux systèmes nerveux sur la circulation.*

A. *Circulation générale.* — En étudiant l'action du système nerveux sur la circulation générale, et en particulier sur le cœur, cet organe le plus actif de l'économie, qui n'a pas de relâche dans son travail, on s'est demandé quelle était la cause de son mouvement perpétuel. Cette excitation est-elle externe, est-elle interne ? Haller la disait externe, car, pour ce grand physiologiste, le cœur était un simple muscle, et si le mouvement n'était jamais interrompu, c'est que l'excitation était constante. L'excitant, selon lui, c'était le sang. Cette opinion s'appuyait sur l'analogie de l'œsophage, se contractant invariablement par la présence du bol alimentaire sur sa paroi. Mais comment la soutenir quand on voit, dans les animaux, le cœur se contracter à vide, et se contracter même sur une table, étant complètement détaché du corps ? Un autre fait vient battre en brèche cette hypothèse. C'est celui de voir souvent les contractions du cœur s'arrêter instantanément, sans que pourtant le cours du sang soit interrompu dans sa marche.

D'autres physiologistes avaient pensé qu'il y avait des ganglions nerveux logés dans le tissu même du cœur; que ces ganglions, pressés dans ses contractions fibrillaires, réagissaient à leur tour, et déterminaient, par cette lutte incessante, les secousses ou le mouvement perpétuel de l'organe, au sein duquel ces actes s'accomplissaient. La théorie est ingénieuse, mais la propriété attribuée à ces ganglions est encore à démontrer. Cette propriété existât-elle même, pourrait-on croire à l'explication quand on veut sonder les causes mêmes de la vie. Il n'y a là qu'obscurité et mystère ! Si l'opinion de Haller n'est pas prouvée, il est cependant vrai de dire que l'énergie des contractions du cœur diminue avec la quantité du sang, car on connaît, depuis longtemps, l'effet des grandes hémorrhagies.

Que le mouvement du cœur soit provoqué par la présence du sang ou par une propriété de tissu inhérente à cet organe, les deux systèmes nerveux n'apportent pas moins dans cet acte leur indispensable influence. L'action continue est sous la dépendance du nerf grand sympathique. Mais quand un excitant quelconque agit sur le système nerveux cérébro-spinal, il y a perturbation dans le cœur. Les excitans qui agissent sur les nerfs de sentiment ont pour effet d'arrêter les mouvemens du cœur; c'est ce qui arrive surtout lorsqu'on excite le pneumo-gastrique. Certaines substances irritantes, injectées dans le sang, n'augmentent pas les contractions du cœur, elles les arrêtent.

B. *Circulation capillaire.* — Le système nerveux du grand sympathique peut porter son action localement, tantôt sur une partie et tantôt sur une autre, sans que le système cérébro-spinal soit mis en action. L'influence de ce dernier système sur l'activité de la circulation capillaire n'est pas directe, puisqu'en agissant sur le grand sympathique, on obtient des modifications très grandes dans la circulation de certaines parties.

EXPÉRIENCE : Si, sur un mammifère, on divise le grand sympathique sur un côté de la région cervicale, on voit la circulation changer complètement dans le côté de la tête placé au-dessus de la section. L'incision doit être pratiquée à la partie moyenne du cou; on trouve de chaque côté le petit filet qui longe l'artère. Il faut beaucoup de précaution pour y arriver sans produire d'hémorrhagie. On fait cette expérience sur un lapin, en coupant le filet de communication entre le ganglion cervical supérieur et l'inférieur. Le point essentiel est d'isoler le pneumo-gastrique pour ne pas l'intéresser dans la section. Chez le chien, cette expérience est impossible, précisément parce que le pneumo-gastrique est lié à ce filet de communication.

Les filets nerveux du ganglion cervical supérieur accompagnent les vaisseaux de la face. A l'instant de la section du filet de communication entre les ganglions, il y a une augmentation dans la circulation du côté de la face correspondant à celui où la section a été faite. La pulsation artérielle est plus forte ; le sang circule avec plus d'abondance, la sensibilité augmente, la température est plus élevée. Cette expérience n'est-elle pas décisive, puisque, pendant que rien n'est changé dans les phénomènes de la circulation générale, il y a une modification spéciale, localisée, dans la circulation capillaire ?

Ces phénomènes ont même de la durée. Cette vitalité plus grande persiste sur la partie, quelles que soient les influences où on la place. Par la section du filet nerveux, on obtient que les parties soient à la température des organes intérieurs. Si l'on empoisonne un animal par le chloroforme, il perd sa sensibilité successivement; mais celle-ci persiste plus longtemps dans le côté où l'on a fait la section. La circulation continue à y être plus rapide. Quand l'empoisonnement a lieu par le *curare*, pendant que l'animal perd sa sensibilité générale, la sensibilité de la conjonctive, du côté de la section, persiste plus longtemps, ainsi que la chaleur de la partie. Il est donc bien évident que cette partie de la face a acquis une vitalité plus grande.

Comment s'expliquer cette action constante de l'augmentation de calorique par la section de ce nerf? Il faudrait savoir dans quel sens s'exerce l'action nerveuse du grand sympathique. Pour ce qui est du système cérébro-spinal, on voit une propriété qui se propage dans un sens donné; il y a une direction centripète pour les nerfs du sentiment, et une direction centrifuge pour les nerfs du mouvement. Mais, pour le nerf grand sympathique, comme l'augmentation de la circulation est au-dessus de la section, si l'on admet que le nerf coupé tire son origine de la moelle épinière, à la hauteur de la région dorsale, la propagation de ce quelque chose, qui porte l'activité dans la circulation, devrait avoir nécessairement une direction centrifuge. Dans ce cas, au lieu d'une augmentation de circulation, on devrait avoir une diminution. Si nous supposons, au contraire, que le grand sympathique a son origine d'action dans la périphérie du corps, cette action se ferait dans une direction centripète; et l'on concevrait alors comment, en empêchant que l'influence du grand sympathique aille au centre, on concentrerait dans la partie de la face correspondante toute son activité. Pour le moment, il faut retenir ce fait tel qu'il est constaté : savoir qu'en coupant les rameaux du grand sympathique qui se distribuent dans un organe, on obtient une augmentation dans la circulation des parties qui sont au-delà. Cette action est contraire à celles qui se vérifient dans les nerfs du système cérébro-spinal.

4° *De la circulation pulmonaire dans le fœtus:*

M. Bernard termine ces études en examinant le mécanisme de la circulation dans le poumon du fœtus, son rôle et sa manière d'être.

Dans le fœtus, il y a une circulation générale, représentée d'un côté par l'artère, de l'autre par la veine pulmonaire. Une communication très large existe entre ces deux vaisseaux. La partie du sang qui entre dans l'artère revient par la veine, sans que ce sang passe dans le tissu capillaire du poumon. Cette communication se rétrécit de plus en plus; elle devient nulle, lorsque plus tard tout le sang passe à travers le tissu capillaire du poumon. Ce changement devient complet à la naissance.

Comment s'établit cette circulation ? Le cœur offre des battemens avant que le fœtus ne soit soumis aux agens extérieurs; il pousse le sang dans ses diverses parties. Le poumon n'est pas encore excité à fonctionner. En recherchant ce qui peut déterminer l'impulsion des premières inspirations, on a pensé qu'elle était due au contact extérieur de l'air. Mais la preuve que ce n'est pas cette excitation qui produit le mouvement, c'est qu'en extrayant le fœtus du sein de la mère et en laissant la communication entre eux, l'enfant ne respire pas. La première inspiration n'a lieu que quand on presse le cordon ombilical. Ainsi, lorsque l'enfant passe de la vie intra-utérine à l'extra-utérine, la fonction respiratoire s'établit sous l'influence de l'entrée en fonctions du système capillaire du poumon. Dans le fœtus, la plus grande partie du sang, pris par les veines ombilicales, va au placenta ; il y a chez lui une partie de ce liquide qui ne circule pas. Son organisme ne reçoit que la quantité nécessaire à la circulation générale. Quand, par la pression du cordon ombilical, on interrompt la circulation de la mère au fœtus, cette quantité de sang, qui se rendait au placenta, est obligée de rester dans l'individu, et, plus perméable que les autres tissus, le poumon se laisse pénétrer par une plus grande quantité de sang. Ce sang pénètre dans le tissu capillaire de l'organe, le distend, l'excite, et détermine son développement.

Comment cet abord de sang dans les poumons détermine-t-il les mouvemens des côtes et du diaphragme ? Le poumon reçoit du sang, ce sang excite le tissu du poumon et les nerfs qui s'y distribuent; par eux, cette excitation est portée à la moëlle allongée et transmise au centre nerveux qui réagit par la moëlle et les ganglions thoraciques du grand sympathique.

Il y a donc un rapport constant entre la respiration et la circulation ; l'une s'accélère par l'autre. Ce sont les nerfs pneumo-gastriques qui établissent cette harmonie. Dès qu'on les coupe, en effet, l'harmonie disparaît; la respiration se ralentit, tandis que la respiration s'accélère, et l'animal finit par périr. Chez un lapin, le nombre des respirations, qui était de 48, après l'opération va toujours décroissant; par contre, les pulsations artérielles deviennent si rapides qu'on ne peut les compter. Ceci démontre que la circulation capillaire du poumon est bien la circulation fonctionnelle de l'organe et qu'elle entraîne après elle les mouvemens respiratoires.

5° *Conclusion.*

Si l'on veut résumer tout ce qui vient d'être passé en revue, on voit que le système nerveux est toujours l'intermédiaire entre les excitans qui agissent sur les organes et les résultats de cette excitation; on voit, en outre, le mécanisme, la filiation de ces diverses fonctions. Le cœur, organe dont nous ignorons au juste la cause du mouvement, car on ne peut rattacher cette cause aux organes extérieurs, puisqu'elle préexiste à la naissance; on ne peut la rattacher non plus au sang, puisque le cœur agit indépendamment du sang, le cœur, disons-nous, se contracte par l'effet d'une propriété qui lui est propre. Il agit sur le sang et le lance dans les poumons. L'action du sang, dans des conditions données, détermine la fonction du poumon. L'excitation du poumon étant transmise au centre nerveux par la moelle allongée, ce centre réagit par le grand sympathique. Les mouvemens thoraciques s'établissent et la respiration devient complète.

Ainsi, le cœur détermine le poumon à agir. Le poumon détermine l'action des organes respiratoires. L'air s'introduisant dans les poumons dans l'inspiration, porte l'oxygène dans l'économie ; l'acte de la combustion s'effectue, et l'expiration en emporte le résidu, c'est-à-dire l'acide carbonique. Cette fonction de nutrition qui s'opère dans les poumons au contact de l'air et du sang, réveille une autre fonction destinée à fournir les matériaux nécessaires à la combustion, c'est-à-dire la sécrétion du sucre qui se fait dans le foie. D'autre part, le foie lui-même reçoit du dehors, par l'acte de la digestion, les alimens qui pénètrent par la veine porte. Cette excitation du foie est transmise ensuite aux reins chargés d'éliminer les résidus des parties alimentaires.

Il y a, comme on le voit, réaction du poumon sur le foie, puis réaction du foie sur les reins. C'est du cœur que part tout le mouvement, c'est lui qui est le principe de la vie. En le détruisant, toutes les fonctions sont immédiatement détruites. Dans l'enchaînement, dans l'harmonie fonctionnelle de tous ces organes, il y a une mutuelle dépendance et une hiérarchie : cœur, poumons, foie, reins. Cette manière toute philosophique de considérer les fonctions, est démontrée par l'expérience. L'action sur les organes ou les tissus n'est jamais directe ; elle se produit toujours indirectement par le système nerveux. A l'excitation de l'organe répond la réaction du nerf. *Dans toutes ces circonstances, entre l'organe et le nerf qui agit pour le faire fonctionner, est interposé le système nerveux du grand sympathique agissant spécialement par ses ganglions* (1).

FAUCONNEAU-DUFRESNE.

CLINIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR L'ÉCLAMPSIE ALBUMINURIQUE, ET EN PARTICULIER SUR L'ÉCLAMPSIE ALBUMINURIQUE DES FEMMES ENCEINTES;

Par le docteur LEGROUX, médecin de l'hôpital Beaujon.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Je ne sais s'il est bien possible, dans cette maladie, de poser des limites entre l'état aigu et l'état chronique. Mais les indications pour la saignée me paraissent devoir être déduites des conditions générales de l'individu, de l'ensemble des phénomènes circulatoires, autant que de l'ancienneté de la maladie. La coloration rouge de l'urine doit aussi être prise en sérieuse considération.

Soit que l'on ait trouvé dans les congestions locales, la force du pouls, la coloration de la peau, l'état sanguinolent de l'urine, et des circonstances accidentelles, comme les contusions qui existaient chez notre malade, des indications pour la saignée, ou qu'une pâleur anémique contre-indique l'emploi de ce moyen; on trouve dans les élémens de la maladie albuminurique des sources nouvelles d'indications thérapeutiques.

La première est déduite de la prédominance hydrohémique.

On peut la formuler ainsi : *éliminer la sérosité surabondante.*

Plusieurs voies sont offertes à cette élimination : la surface cutanée, l'appareil urinaire, la muqueuse digestive, le tissu cellulaire par ponction directe.

Les bains de vapeurs sèches ou humides ont été préconisés contre l'albuminurie. J'ai vu réussir les fumigations de baies de genièvre contre la forme scarlatineuse de cette affection. Mais, dans les cas de leucophlegmatie un peu anciens, j'ai presque toujours vu la diaphorèse s'établir difficilement; peut-être même l'enflure augmente-t-elle après l'emploi de ce moyen. En tout état de cause, leur action serait trop lente pour qu'il fût permis de compter sur eux dans l'encéphalopathie, qui peut avoir des suites si rapidement funestes.

En pareil cas, lorsqu'il existe une enflure considérable, il pourrait être avantageux d'extraire directement la sérosité par des mouchetures. M. le docteur Rilliet (mém. cit.) en donne le conseil. Dans les cas urgens, quand la vie est compromise, aucun moyen ne doit être négligé; et celui-ci est rationnellement indiqué, lorsqu'il y a encombrement général de sérosité. C'est le moyen du moment, *urgentiori occurrens*. Mais ce n'est qu'un palliatif. C'est à ce titre seul qu'il est recommandable.

Dans la plupart des hydropisies, on fait appel à l'appareil urinaire pour éliminer la sérosité surabondante.

Il y a peu de médication plus infidèle, plus lente dans ses effets que la médication diurétique. De toutes les évacuations aqueuses, la diurèse est sans contredit la plus difficile à mettre en jeu. Elle ne se montre pour ainsi dire qu'exceptionnellement, et sous l'influence d'*opportunités* fort obscures; et, pour le dire en passant, malgré l'imposante autorité qui l'a préconisée contre l'empoisonnement arsenical, etc.; elle ne doit prêter qu'un bien faible secours à la médication antitoxique.

Utile parfois dans les hydropisies qui ne réclament pas de secours immédiats, la médication diurétique est incertaine, impuissante, quand il s'agit de complications graves et menaçantes.

Dans l'espèce, n'est-il pas à craindre que les diurétiques, dût leur emploi être suivi d'une diurèse abondante, n'exercent une action fâcheuse sur les reins malades? Je m'accorderais volontiers avec MM. Becquerel et Rodier pour en proscrire l'usage dans la majorité des cas.

Il nous reste comme organe d'élimination l'appareil digestif. C'est sur lui que doit, à mon sens, porter l'action thérapeutique. Il répond sûrement, fidèlement, promptement à notre appel. En faisant pleuvoir la sérosité dans sa cavité, on décongestionne les organes qui en sont encombrés.

De tous les agens employés pour exciter les sécrétions gastro-intestinales, il n'en est aucun qui puisse marcher de pair avec l'émétique.

Ses effets hydragogues sont constans.

Il a, en outre, une action *contro-stimulante* qui peut avantageusement remplacer la saignée, contre les congestions rénales, encéphaliques, etc.

Il faut aussi tenir compte de l'activité qu'impriment à la circulation capillaire les efforts de vomissemens qu'il détermine; de l'état sudoral qui, souvent, succède à ces efforts.

Ajoutons que cette médication n'enlève pas, comme la phlébotomie, l'élément le plus lentement réparable du sang,

(1) Bientôt nous commencerons la publication du cours que vient de faire M. Bernard pendant ce semestre d'été, sur l'*absorption des gaz et des liquides*. On y trouvera des aperçus originaux et une série d'expériences nouvelles par lesquelles ce professeur ne manque jamais d'appuyer ses doctrines.

les globules. Qu'en provoquant, au contraire, l'élimination d'une certaine quantité de la partie aqueuse de ce liquide, elle tend à rétablir entre ses matériaux l'équilibre favorable à la vie.

Les purgatifs, dont l'action est lente, ne sauraient convenir quand il est besoin d'effets prompts, énergiques. Les drastiques, la coloquinte, la gomme gutte, etc., peuvent bien éliminer de la sérosité, mais n'ont pas l'*effet contro-stimulant* de l'émétique.

Le suc d'écorces du sureau m'a paru un bon hydragogue, mais il ne faut pas compter sur lui pour des effets immédiats comme ceux du tartre stibié.

En résumé, ce dernier médicament appliqué à l'albuminurie aiguë, en général, s'adresse aux principaux élémens de cette maladie.

L'expérience avait d'avance confirmé la théorie; les résultats de chaque jour sont à son avantage.

Lorsque la maladie est récente on peut espérer la voir disparaître sous l'influence de cette médication.

L'orsqu'elle est ancienne, l'émétique peut encore être heureusement interposé pour combattre l'hydropisie extrême, la tendance à la reproduction de l'hydropisie chez les malades guéris de cette dernière, mais conservant encore des urines plus ou moins albumineuses.

Je n'entrerai pas dans plus de développemens sur la médication stibiée, appliquée à l'albuminurie en général, et je reviens au cas spécial d'encéphalopathie albuminurique.

En présence d'accidens qui peuvent être rapidement mortels, quelle conduite faut-il tenir? Précisons les indications.

Si le sujet n'est pas épuisé, si le pouls est fort et fébrile, la face animée, et s'il existe, en un mot, des signes de pléthore et de congestion sanguine, la saignée est indiquée.

S'il existe une infiltration générale, on pourra recourir simultanément à des piqûres à l'aide d'une aiguille, sur les parties les plus tuméfiées, les plus transparentes. Mais il faut agir avec réserve et ne pas faire de trop nombreuses piqûres à la fois, car une déperdition trop brusque de sérosité pourrait amener une débilitation promptement mortelle. J'ajoute que l'on ne doit pas trop compter non plus sur l'efficacité de ce moyen, car j'ai vu de profondes piqûres, en pareil cas, fournir à peine quelques gouttes de sérosité.

La saignée serait inutile, nuisible peut-être, si l'on avait affaire à un malade anémique.

Les piqûres seraient superflues s'il n'y avait qu'une infiltration légère.

Que ces moyens aient été ou non jugés nécessaires; il faut immédiatement recourir au tartre stibié.

La dose à laquelle je l'ai administré a été de 15 à 30 centigrammes, dans une potion de 125 grammes, associé au sirop d'ipéca; la potion était donnée par cuillerées à bouche, d'heure en heure. On conçoit les circonstances d'âge, de constitution, etc., qui ont dû faire varier ces doses.

Le médicament a été continué jusqu'à ce que les accidens fussent calmés; suspendu et repris, ultérieurement, de manière à entretenir l'effet hydragogue, sans fatiguer les malades, et, dans l'observation qui précède comme dans celle qui suivra dans un instant, on peut voir décroître simultanément les accidens cérébraux et albuminuriques.

Le tartre stibié, comme on l'a vu, n'a point entravé la marche de la grossesse; il pourrait se faire que les secousses du vomissement amenassent l'accouchement.

Dans cette hypothèse même, le tartre stibié remplirait une indication qui paraît être une nécessité de circonstance.

C'est ainsi que M. Chailly-Honoré (Union Médicale du 7 juin), pose en principe : « que l'art doit intervenir toutes les » fois qu'il ne peut exposer la mère à un danger plus grave » que le danger résultant de l'éclampsie, et provoquer l'expulsion du fœtus; avant le travail, par l'accouchement prématuré artificiel; pendant le travail, par la dilatation du col, » à l'aide d'incisions, et par la version ou le forceps. »

Je n'ai point à apprécier la valeur de ce précepte obstétrical; il me semble néanmoins, qu'en pareil cas, si l'on avait le temps d'agir, la douche utérine dont M. P. Dubois a fait si brillant usage dans ces derniers temps, serait préférable à la dilatation forcée et à l'incision du col. Mais là n'est pas la question. Il s'agit de savoir si la médication stibiée peut dispenser de la nécessité d'une telle opération; le fait qui a été rapporté semble l'indiquer : il est à désirer que d'autres viennent le corroborer. S'il en était ainsi, on conçoit tout l'avantage qui en résulterait pour la mère et pour l'enfant. En attendant, néanmoins, que cet avantage soit pratiquement établi, on ne doit pas perdre de vue le précepte posé par le savant accoucheur qui vient d'être nommé; et il faut se tenir prêt à intervenir, si la médication indiquée devient insuffisante. L'expérience apprend, en effet, que les attaques d'éclampsie se calment presque toujours peu de temps après la délivrance.

Il est possible que, débarrassé du produit de la conception, l'utérus n'envoie plus alors au cerveau des stimulations morbides. Mais la cause de la sédation doit tenir au moins autant aux pertes de sang et de sérosité qui accompagnent l'accouchement, et au vide qui succède, dans la cavité abdominale, à l'expulsion du fœtus. Ce vide offre aux liquides accumulés dans le cerveau, un vaste diverticulum. C'est là, probablement, la véritable raison du bénéfice de l'accouchement provoqué dans l'éclampsie albuminurique.

Je terminerai ce travail par le court exposé d'un autre cas d'éclampsie albuminurique, actuellement en voie de guérison dans mon service d'hôpital, et traité également par le tartre stibié. Seulement, ici l'éclampsie n'a pas précédé, mais a suivi l'accouchement.

Observation II. — *Chloro-anémie; — éclampsie suivie d'hémiplégie quinze jours après un accouchement; — albuminurie, sans hydropisie; — traitement par le tartre stibié; — guérison rapide.* — Au n° 324 de la salle Sainte-Monique, dans mon service, à l'hôpital Beaujon, est couchée la nommée Fous (Marguerite), âgée de 19 ans, reçue le 17 juin. Elle est accouchée dans les derniers jours du mois de mai.

Elle a été affectée, il y a un an, d'une chloro-anémie très prononcée, pour laquelle elle a été traitée, dans le même service, par les préparations ferrugineuses; un mois a suffi pour la rétablir dans un bon état de santé.

L'accouchement a été heureux; cependant, il y a eu, après la couche, une perte de sang assez abondante, mais de peu de durée. L'allaitement a eu lieu jusqu'au moment où ont paru les accidens dont il va être question.

Le 11 juin, quinze jours après la délivrance, elle a été prise, sans cause connue, sans prodrômes, d'une perte complète de connaissance, accompagnée de convulsions. L'attaque a duré environ une demi-heure, et a laissé après elle, une hémiplégie du côté gauche, affectant surtout le bras, qui était complètement immobile, sans altération de la sensibilité. La nuit fut néanmoins assez bonne et sans délire.

Le 12, à dix heures du matin, nouvelle attaque d'un quart d'heure de durée; d'autres attaques se reproduisent les jours suivans, avec persistance d'une céphalalgie aiguë, occupant surtout le front; et de l'hémiplégie.

État, lors de l'entrée à l'hôpital (17 juin) :

Pâleur anémique des plus prononcées; teint terreux et terne. La malade porte l'empreinte de la misère, d'une détérioration constitutionnelle profonde, d'une extrême faiblesse. Plaintes continuelles arrachées par l'acuité des douleurs de tête. Intelligence parfaitement saine. Hémiplégie gauche, complète au bras, incomplète au membre inférieur, conservation intacte de la sensibilité; paupière supérieure gauche paralysée; l'œil reste entr'ouvert, quand le droit se ferme complètement. Pupilles dilatées; vue trouble; surtout du côté gauche. La langue se tire droite. Pouls petit, 80; peau généralement froide. Toux fréquente, sans crachats; quelques râles muqueux.

Ces phénomènes pouvaient bien en imposer pour un ramollissement cérébral. La résolution complète, sans contracture, avec conservation de la sensibilité dans le côté paralysé, la conservation de l'intelligence se prêtaient merveilleusement à cette supposition.

Mais la circonstance commémorative d'un accouchement récent, bien qu'il n'y eût aucune trace d'œdème, appela mon attention sur l'urine. Chauffé et traité par l'acide nitrique, ce liquide offre, dans l'un et l'autre cas, un précipité abondant d'albumine. Dès lors, l'idée d'une *apoplexie séreuse albuminurique*, avec attaque d'éclampsie, prédomina dans mon esprit, et j'instituai le traitement en conséquence.

Je prescrivis une potion avec 10 centigrammes de tartre stibié et 30 grammes de sirop d'ipéca, fractionnée par cuillerées à bouche d'heure en heure. Vomissemens abondans à plusieurs reprises.

Le 18. Facies meilleur; traits moins altérés; regard plus franc; l'œil gauche se ferme comme le droit; le bras gauche peut se soulever; mais les doigts ne peuvent serrer; la parole, embarrassée la veille, est devenue plus libre; céphalalgie toujours vive, quoique diminuée; pouls à 104; retour de la chaleur aux extrémités; pas de sommeil; urines peut-être un peu moins albumineuses. (Même traitement.)

Le 19 juin. Peu de vomissemens; quelques selles sous l'influence de la potion de la veille; mouvemens du bras plus libres, plus étendus; moins de céphalalgie; vue un peu trouble, avec impossibilité de distinguer les objets à plus de quatre ou cinq pas; pupilles un peu dilatées, la gauche un peu plus que la droite; moins de céphalalgie; diminution notable de l'albumine dans l'urine. (Même traitement.)

Le 21. Des évacuations abondantes ont lieu par haut et par bas. La paralysie disparaît. La malade a pu faire un nœud, de sa main gauche. Céphalalgie moindre; vue toujours trouble; urines rougeâtres au moment de l'émission, contenant à peine des traces d'albumine; pouls à 92; chaleur normale. A la pâleur anémique succède une teinte rosée des lèvres et des joues.

Jusqu'au 23, le mieux continue; la malade se lève, fait le tour de son lit, marche un peu dans la salle; elle n'accuse qu'un peu moins de force dans le bras gauche, un peu de céphalalgie et du trouble de la vue. L'albumine a disparu; le facies est remarquable par le teint de fraîcheur et de santé qu'il a repris. (Suspension du tartre stibié.)

Le 24. Peu de céphalalgie; vue trouble; bon état, du reste. (Potion stibiée.)

Le 25. Sauf un peu de trouble dans la vue, sans dilatation des pupilles, il ne reste aucun symptôme encéphalopathique; la malade se lève et fait son lit elle-même. La guérison peut être considérée comme assurée.

Réflexions. — Cette observation est remarquable à plus d'un titre.

La nature de l'encéphalopathie n'est point équivoque.

Ce n'était évidemment ni une apoplexie sanguine, ni un ramollissement; la rapide disparition des accidens exclut ces deux affections, et confirme en partie le diagnostic porté dès le début de la maladie.

Deux faits sont en présence : une hémiplégie, suite d'éclampsie chez une femme nouvellement accouchée, une albuminurie.

Quel rapport de causalité existe entre eux?

J'admets que l'albuminurie puisse être une conséquence de l'encéphalopathie, quand on voit, d'après les remarquables expériences de M. Bernard, l'urine charrier sous l'influence de l'irritation des parties du cerveau, voisines de l'origine du nerf pneumo-gastrique, il serait peu rationnel de ne pas considérer comme possible une élimination d'albumine par les reins, sous l'influence d'une lésion cérébrale.

Cependant, si l'on considère que les accidens sont survenus chez une nouvelle accouchée, d'une constitution lymphatique et chloro-anémique, conditions favorables à l'albuminurie; que l'albuminurie est la cause ordinaire des attaques d'éclampsie qui surviennent chez les femmes enceintes, on est naturellement porté à la placer en premier ordre dans la série des phénomènes qui se sont montrés chez cette malade.

Mais quelle a été la cause immédiate de ces phénomènes? Bien qu'il n'y ait eu chez cette femme aucune trace d'œdème, il me paraît rationnel de les attribuer à une congestion séreuse. La délimitation de la paralysie accuse une lésion locale, exclusive d'une *sorte d'intoxication* opérée par un sang altéré dans sa composition, et dont les effets devraient être généraux.

Une apoplexie séreuse, ayant pour cause prédisposante une albuminurie; telle est l'affection qui, suivant toutes probabilités, s'est montrée chez cette malade.

Il est inutile de faire ressortir l'influence de la médication stibiée. Elle s'est exercée à la fois sur la cause et l'effet. Peu de jours ont suffi pour en faire justice.

Il y a un fait sur lequel je désire, en passant, appeler l'attention : c'est la recoloration de la malade, la diminution de la chloro-anémie pendant la médication évacuante. Serait-ce un moyen d'arriver à la reconstitution du sang chez les anémiques? L'élimination d'une certaine quantité de sérosité équivaudrait-elle, jusqu'à un certain point, à la réparation des globules par le fer? C'est une question que l'expérience seule pourra résoudre. On conçoit, néanmoins, que, dans les cas rebelles aux préparations ferrugineuses, la médication évacuante intervienne parfois utilement. J'ajouterai, à la satisfaction des doctrines moins chimiques, que le tartre stibié a aussi son action dynamique dont il faut tenir compte.

Si les faits et considérations qui précèdent peuvent apporter d'utiles modifications au traitement de l'albuminurie en général, et spécialement chez les femmes enceintes ou nouvellement accouchées, j'aurai rempli mon but qui est de servir l'humanité.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 13 Juillet 1853. — Présidence de M. Denonvilliers.

Nouveau mode de chloroformisation; — demi-anesthésie.

M. Houzelot, de Meaux, adresse une note sur un nouveau mode d'application du chloroforme aux opérations chirurgicales. Il voudrait qu'on se bornât à obtenir une demi-anesthésie, comme on le fait dans la pratique des accouchemens. Il a eu recours à ce mode d'emploi du chloroforme dans un cas d'amputation de la cuisse; le malade était plongé dans cette demi-anesthésie où l'intelligence n'a subi aucune altération. Il a pu continuer à s'entretenir avec les assistans, et lors de la section des masses musculaires, il n'a éprouvé qu'une faible douleur qu'il a comparée à un fort pincement. L'auteur pense qu'en généralisant ce mode d'action du chloroforme, on éviterait les dangers qui en rendent l'usage si redoutable. (Cette communication est renvoyée à la commission dont M. Laborie est rapporteur.)

Nouveau procédé de taille vésico-vaginale.

M. Gosselin présente de la part de M. Vallet, d'Orléans, un mémoire sur un nouveau procédé de taille vésico-vaginale.

L'une des pièces essentielles à l'exécution de ce nouveau procédé opératoire, et dont M. Gosselin place un modèle sous les yeux de la Société, est une sonde métallique, un peu plus longue qu'une sonde de femme ordinaire, conservant sa forme dans les quatre cinquièmes supérieurs, aplatie dans le dernier cinquième, sur lequel et à son milieu vient se fixer, à l'aide d'un pivot, une branche mobile de 4 centimètres de longueur. Celle-ci, légèrement recourbée, offre, comme dans son cathéter, une courbure dans toute son étendue. Cette branche, obéissant à l'action d'une tige d'acier très déliée, surmontée d'un bouton à son extrémité supérieure, et cachée dans la cavité de l'instrument, peut à volonté, par un mouvement de rotation sur son axe, devenir transversale et former une croix avec le reste de la sonde.

Un spéculum univalve, semblable à celui dont M. Jobert se sert pour l'opération de la fistule vésico-vaginale, étant introduit, et les parois latérales du vagin étant fortement écartées à l'aide de leviers ou par les doigts d'un aide, voici en quoi consiste l'un des temps principaux de l'opération :

On introduit la sonde qui vient d'être décrite, et lorsque son extrémité est parvenue vers le bas-fond de la vessie, la branche cannelée mobile est mise en jeu, et vient se présenter transversalement à la portion de la vessie qui doit être incisée, en lui faisant faire une légère saillie. Le bistouri, guidé par elle, divise toute l'épaisseur de la paroi vésicale dans une longueur de 3 centimètres, en commençant à la partie moyenne et en dehors d'une légère étendue de l'urètre à l'uretère, représentant un des côtés du trigone, et s'étendant jusqu'au point opposé de l'autre côté.

— M. Marjolin informe la Société qu'il est chargé, de la part de M. le professeur Heyfelder, d'Erlangen, de lui proposer l'échange de ses publications avec celle du recueil des *Annales des curieux de la nature*.

M. Marjolin est autorisé à s'entendre à cet égard avec M. Heyfelder, au nom de la Société.

M. Follin présente, de la part de MM. Boulland et Lemaitre, anciens internes des hôpitaux de Paris, un mémoire ayant pour titre : Accouchement par les pieds d'un enfant hydrocéphale; arrêt de la tête au détroit supérieur; évacuation du liquide par une des cavités

orbitaires. (Comm. MM. Danyau, Désormeaux et Laborie.)

M. le Président propose, conformément à l'usage, de voter l'insertion, dans le *Bulletin*, des discours qui ont été prononcés dans la séance annuelle (la Société adopte).

La Société est consultée ensuite relativement au rapport général de M. Marjolin, sur les travaux de la Société pendant les dix premières années de son existence.

Après une courte discussion, la Société adopte, en principe, qu'il devra être donné la plus grande publicité possible à ce rapport. Le bureau aura à s'entendre, à cet égard, avec l'éditeur des travaux de la Société.

La Société procède aux renouvellement de ses commissions permanentes.

Pour la commission chargée d'examiner les comptes, les membres qui réunissent la majorité sont : MM. Jarjavay, Danyau, Giraldès, Deguise fils et Gosselin.

La commission des archives se composera de MM. Richet, Michon et Maisonneuve.

La commission des congés reste la même que l'année dernière.

Lipôme avec transformation centrale; — fluctuation (fausse) des lipômes.

M. Giraldès met sous les yeux de la Société une pièce anatomopathologique; c'est un lipôme pédiculé du volume d'une tête de fœtus, qui a été extrait d'au-dessus de la hanche chez une femme, qui portait cette tumeur depuis longues années. En examinant cette tumeur, M. Giraldès y a reconnu deux élémens. Elle se composait d'abord d'une couche corticale offrant tous les caractères des tumeurs graisseuses, puis, au centre, d'une substance de couleur jaune grisâtre de consistance plus molle, à granulations plus ténues. L'examen microscopique a fait reconnaître que cette partie centrale était formée de matière grasse mêlée de granules de sels calcaires. Le centre de cette tumeur paraissait donc avoir subi une sorte de transformation ou de dégénérescence, qui expliquait la fluctuation très remarquable qu'elle avait présentée avant son ablation.

Sur l'observation d'un membre que certaines tumeurs lipomateuses donnent lieu à une sensation de véritable fluctuation qui pourrait, peut-être bien, tenir à ce que, sous la seule influence de la chaleur animale, la graisse éprouverait un commencement de liquéfaction; M. Michon déclare que, dans son opinion, il n'y a jamais de fluctuation véritable dans les lipômes, pas plus que dans les tumeurs encéphaloïdes; c'est une fausse sensation, qu'avec un peu d'attention on ne confond jamais avec la fluctuation réelle. Dans l'immense majorité des cas, les chirurgiens ne s'y trompent pas. Cependant il est quelques cas dans lesquels il y a une véritable fluctuation, tel est celui que M. Giraldès vient de présenter à la Société; dans ce cas là, il y a un abcès au centre de la tumeur; c'est ce que M. Michon a eu l'occasion de constater plusieurs fois, notamment dans un lipôme qu'un chirurgien très habile, d'ailleurs, avait considéré comme un kyste fluctuant, et au centre duquel on trouva un abcès. Quant à la fausse fluctuation, cela tient à la nature des tissus qui servent de support à la tumeur et à ses rapports avec les organes voisins. Deux fois ici, M. Forget nous a tendu un piége en nous faisant explorer des tumeurs lipomateuse à travers un linge, mais nous ne nous y sommes pas laissé prendre.

M. Robert pense, comme M. Michon, qu'avec de l'attention on ne se laisse pas prendre à ce semblant de fluctuation; il est d'ailleurs un signe diagnostique qui ne permet pas de s'y tromper. Si, lorsqu'on empoigne la tumeur en pleine main, en la pressant de toute part, on sent qu'elle est bossuée, on peut être assuré qu'on a affaire à un lipôme.

M. Denonvilliers : En discutant sur la fluctuation, on oublie le point qui constiue l'intérêt principal de la pièce présentée par M. Giraldès, je veux parler de la transformation d'une nature toute particulière qui s'est opérée dans le centre de cette tumeur. Je demanderai à M. Giraldès s'il a observé qu'il y ait eu des phénomènes inflammatoires dans cette tumeur.

M. Giraldès l'ignore, n'ayant vu la malade que peu de jours avant l'opération.

M. Denonvilliers : Je faisais cette question, parce que l'aspect que présente l'intérieur de cette tumeur me paraît avoir quelque analogie avec le fait que vient de rappeler M. Michon ; j'y trouve aussi une grande analogie avec une substance que j'ai rencontrée dans un abcès demi-chaud. Tous ces rapprochemens me portent à penser que la modification survenue dans l'intérieur du lipôme présenté par M. Giraldès est le résultat d'un travail inflammatoire dont le centre de cette tumeur a dû être le siége à une époque plus ou moins éloignée du moment de l'opération.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le chloroforme.

PRESSE MÉDICALE.

Archives générales de médecine. — 1er Trimestre de 1853.

Remarques et observations sur une nouvelle source d'indications du trépan, dans les ostéites syphilitiques du crâne; par le docteur L. Gosselin.

Les auteurs qui ont parlé des indications du trépan ont eu soin de distinguer celles qui sont fournies par les plaies de tête et toutes leurs conséquences, de celles qui peuvent être fournies par les maladies des os du crâne. Pour eux, dans la carie du crâne, l'indication du trépan résulte surtout de la nécessité de donner une issue au liquide purulent amassé entre les os et la dure-mère, et dont le séjour leur paraît devoir être une source d'accidens. Dans le fait publié par M. Gosselin, il y avait altération profonde des os, particulièrement à leur face interne, suppuration abondante et fétide, fièvre hectique. On pouvait penser qu'il y avait séjour et décomposition du pus sous les os, résorption de ses matériaux putrides, et que la trépanation y remédierait, en donnant issue au liquide. Cependant, après la perforation du crâne, on ne trouva pas de foyer purulent; la surface interne des os était seulement tapissée par une couche jaunâtre non coulante, visqueuse et d'une odeur très fétide. Cette couche ressemblait, par ses caractères extérieurs, à celle qui tapisse l'arachnoïde viscérale dans la méningite et qui n'est pas assez diffluente pour s'écouler après que les enveloppes du cerveau ont été incisées.

L'amélioration obtenue par une première opération avait engagé M. Gosselin à y revenir deux fois, parce que le mal continuait à s'étendre, et chaque fois la trépanation a eu pour résultat d'enlever, avec les pièces osseuses nécrosées, cette matière épaisse et fétide, dont la reproduction continuelle et la présence sous les os entretenaient sans doute la fièvre hectique, en fournissant des matériaux putrides à l'absorption. Toutes les séances de trépan ont été suivies d'une notable amélioration, et M. Gosselin espérait, en la répétant toutes les fois, que le mal s'éteindrait, et en combattant en même temps la cause générale, arriver à une guérison ; mais le malade s'étant opiniâtrement refusé à de nouvelles opérations, l'affaiblissement a fait des progrès et la mort est survenue.

Le point capital de cette observation, dit M. Gosselin, c'est la présence d'une matière fétide, molle, mais non coulante, à la surface interne des os malades, et l'amélioration obtenue après les trois opérations qui ont permis d'enlever une partie considérable de cette matière. M. Gosselin en conclut qu'aux indications généralement connues de l'opération du trépan, il faut ajouter celle qui est fournie par cette lésion. En effet, la trépanation n'est pas grave par elle-même, surtout lorsque les os sont malades. L'ostéite, qui s'accompagne du décollement de la dure-mère et de la destruction du périoste, devant nécessairement se terminer par une nécrose et une exfoliation, il n'y a pas d'inconvénient à trépaner; et d'autre part, il est avantageux d'enlever une matière en putréfaction, dont la présence dans l'organisme ne peut qu'être nuisible.

M. Gosselin se demande, en terminant, qu'elle peut être cette substance putride? Elle n'est pas formée par la surface de la dure-mère gangrénée; car après chaque trépanation, comme après la mort, on a trouvé cette membrane intacte et plutôt épaissie qu'amincie. Ce ne peut être que du pus dont la partie la plus liquide s'est résorbée, ou bien une substance plastique comparable à celle qui se dépose souvent à la surface des os sous l'influence de la diathèse syphilitique. La première opinion eût été, à la rigueur, admissible avant la trépanation; on aurait pu supposer que le pus, enfermé dans le crâne, s'était modifié en y séjournant. Mais du moment où la même substance s'est formée après que les perforations avaient donné issue facile aux liquides, il n'est plus possible de croire à cette modification du pus, qui serait d'ailleurs un fait exceptionnel. La seconde opinion est plus acceptable : la syphilis constitutionnelle se traduisait, chez cette femme, tout à la fois par une ostéite à formes multiples (carie et nécrose), et par un dépôt de substance nouvelle, semblable à celle des gommes. Seulement cette substance gommeuse devenait immédiatement gangréneuse et putride, à cause de son contact avec l'air et de la détérioration générale de l'économie.

Du traitement des kystes de l'ovaire par l'injection iodée; par le docteur Duplay, médecin de l'hospice des Incurables (hommes).

Nouveau fait de succès de cette opération, pratiquée chez une femme de 65 ans, qui portait depuis plusieurs années dans l'abdomen un énorme kyste, dont on retira 16 litres 1/2 d'un liquide d'un jaune très clair, très ténu et très limpide. Injection dans le kyste de 250 grammes de l'injection iodée de Guibourt (eau 100 parties, alcool 50, iode 5, iodure de potassium 5), dont la plus grande partie fut retirée par la canule. Douleur presque nulle. Symptômes généraux très peu marqués, qui ont cessé d'eux-mêmes. Le kyste ne s'est pas rempli de nouveau. Convalescence très rapide. Il y a un an que l'opération est faite, et la maladie n'a pas récidivé. La malade porte continuellement, par précaution, une ceinture qui exerce sur l'abdomen une compression générale et uniforme.

D'après ce fait et ceux déjà publiés, l'auteur n'hésite pas à se prononcer en faveur des injections iodées; nous pensons, dit-il, en terminant, que dans une maladie aussi grave et qui dans un temps plus ou moins long, doit nécessairement entraîner la mort, il ne faut pas craindre d'employer ce moyen nouveau et de mettre du côté de la malade cette nouvelle chance de salut.

Considérations générales sur les maladies du cœur; par le docteur J.-H.-S. Beau, médecin de l'hôpital Cochin, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Après avoir exposé quelques-unes des difficultés que rencontre l'application des données théoriques de la pathologie cardiaque au lit des malades, M. Beau cherche à montrer que les signes rationnels des maladies du cœur accusent un défaut de contraction d'une ou de plusieurs des cavités du cœur ou insuffisance de systole, à laquelle il propose de donner le nom d'asystolie, et en rangeant sous cette dénomination l'injection de la face, la bouffissure des paupières, le gonflement permanent des veines jugulaires, leurs pulsations rétrogrades, la petitesse, l'irrégularité, l'inégalité du pouls, les palpitations, la dyspnée, les douleurs du cœur et leurs irradiations, les congestions sanguines et les hémorrhagies des viscères, les hydropisies.

Dans une deuxième section, M. Beau étudie les causes de l'asystolie qui sont ou bien un obstacle réel ou relatif contre lequel vient échouer la contraction insuffisante des parois cardiaques (rétrécissemens d'orifices, dilatation avec hypertrophie sans altérations d'orifices, insuffisance aortique), ou bien une contraction insuffisante qui reconnaît pour cause 1° les différentes circonstances physiologiques ou morbides qui font accumuler le sang dans les cavités droites du cœur, soit qu'il y arrive en plus grande quantité de la périphérie, soit qu'il ait de la difficulté à traverser l'organe pulmonaire pour se rendre dans les cavités gauches (asthme, emphysème, chant, cri, course prolongée, etc.); 2° l'anémie globulaire; 3° les causes morales (chagrin profond, désespoir, contrariété, peur).

La troisième section renferme une exposition raisonnée de quelques symptômes cardiaques dans leurs rapports avec l'asystolie, et l'auteur arrive à cette conclusion que les bruits anormaux, qui sont si importans dans le diagnostic des affections valvulaires, n'ont guère de valeur que dans les cas qui ne s'accompagnent pas d'asystolie, c'est-à-dire dans la première phase de la maladie; et lorsqu'un individu affecté de maladie du cœur présente depuis un certain temps du gonflement des jugulaires, de la bouffissure de la face, des bruits normaux, ainsi que le pouls petit, confus, irrégulier, sans bruits anormaux ; lorsqu'en un mot l'asystolie existe avec tous ses symptômes, il est impossible de dire s'il y a des lésions valvulaires ou s'il n'y en a pas. Tout ce qu'on peut reconnaître, et cela à l'aide de la percussion, c'est que le cœur a acquis un fort volume et qu'il le doit à une dilatation propablement hypertrophique. Et, par contre, toutes les fois qu'on a affaire à un rétrécissement sans asystolie, les voies cardiaques sont très peu dilatées en amont de l'orifice rétréci, et dès lors il n'y a pas une matité considérable à la région précordiale. En conséquence, dans les maladies valvulaires du cœur, l'étendue de la matité précordiale est en raison inverse de l'intensité des bruits anormaux.

La section quatrième traite des rapports de l'asystolie avec la dilatation et l'hypertrophie. La dilatation est la plus fréquente des lésions cardiaques qui accompagnent l'asystolie, soit comme cause, soit comme résultat. M. Beau renverse et interprète dans un sens différent la division des hypertrophies admises par Bertin : l'*hypertrophie simple* est, pour lui, une hypertrophie jointe à une dilatation modérée, l'*excentrique* une hypertrophie avec dilatation considérable, et la *concentrique* représente l'état sain ou normal du cœur. Il existe bien une dilatation sans asystolie, c'est celle que présente le ventricule gauche dans l'insuffisance pure des valvules aortiques; mais il y a une autre cause, celle qui accompagne certaines altérations du sang (chlorose, hystérie, fièvre typhoïde, etc.).

Dans la section sixième, M. Beau présente un essai de classification à introduire dans les maladies du cœur, qu'il distingue en *valvulaires* (rétrécissemens, insuffisances), et en *cavitaires* (dilatation, hypertrophie). Très souvent ces deux genres d'affection se compliquent pour en constituer une troisième (*valvulo-cavitaire*).

Enfin la section septième renferme les idées de l'auteur sur les indications thérapeutiques en rapport avec les différentes affections du cœur distinguées par lui. Pour les *affections valvulaires sans asystolie*, malheureusement incurables, s'attacher surtout à conserver la puissance contractile dans son intégrité. Pour les *affections cavitaires sans asystolie* ou *dilatations chloro-pyrétiques*, combattre l'altération du sang qui y donne lieu. Pour l'*asystolie considérée dans les lésions valvulaires ou cavitaires*, renforcer l'action du cœur, et, suivant M. Beau, aucun agent ne peut mieux remplir cette indication que la digitale, qui est, pour lui, un tonique spécial, le *quinquina du cœur*. Il faut encore que l'action de la digitale soit secondée par un régime alimentaire réparateur et par les autres moyens d'une bonne hygiène.

COURRIER.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — Les dernières nouvelles de la Perse annonçent que le choléra fait les plus grands ravages dans l'Astraband, le Mazraderam, et le désert des Turcomans. Dans une de ces provinces, le nombre des morts est au moins de 150 par jour. Le shah et sa cour se sont réfugiés à Imama. Pour comble de malheur, les villes de Shiraz et de Surhan ont été presque détruites par des tremblemens de terre, et le Zaindowod s'est desséché, de sorte que de son lit bourbeux sont parties d'innombrables sauterelles qui détruisent tout sur leur passage.

En Europe, le choléra fait peu de progrès; mais il continue toujours ses ravages en Russie, et il s'est montré à Copenhague, dans le Danemark.

LES AZTECS. — Aux détails que nous avons donnés dernièrement sur les Aztecs, nous croyons devoir ajouter que, pour des hommes fort compétens, ces prétendus descendans d'une race de pygmées ne seraient autres que des *crétins*, mélange de sang espagnol et de sang indien. Cette opinion, qui est celle de M. Owen, semblerait trouver sa confirmation dans l'aspect extérieur que présentent ces enfans, le front fuyant et le nez fortement aquilin, ce qui leur donne l'aspect d'un oiseau; la mâchoire supérieure saillante, tandis que l'inférieure est en retour et que les dents inférieures viennent toucher le milieu de la voûte palatine; ce qui leur donne l'air de véritables idiots. Il faut ajouter, cependant, que ces deux enfans se font remarquer par leur intelligence et par une curiosité des plus actives.

— La séance annuelle de la *Société anatomique* aura lieu le *mardi 2 août*, à trois heures, à la Faculté de médecine, salle des Thèses.

Le banquet aura lieu le même jour, à six heures, chez Véfour-Hamel (Palais-Royal).

On souscrit chez les commissaires :

MM. Boullard, prosecteur à la Faculté, quai Napoléon, 19;
Blain des Cormiers, trésorier, rue des Saints-Pères, 7;
Géry, interne à l'hôpital de la Charité.

Prix de la souscription : 10 francs.

— La Société protectrice des animaux, réunie vendredi dernier 22, à l'Hôtel-de-Ville, en assemblée générale, sous la présidence de M. le vicomte de Valmer, a modifié ses statuts et renouvelé le tiers de son conseil d'administration. Le conseil d'administration a ensuite reconstitué le bureau qui se trouve composé comme suit pour 1853-54 :

Président d'honneur, M. le général de Grammont; président, M. le vicomte de Valmer; vice-président, MM. l'abbé Salacrousse, le comte Édouard de Chamois, Camille Paganel, le docteur Blatin; secrétaire-général, M. Henri Richelot; secrétaires des séances, MM. le docteur Ricard de Morgny, Jacques de Valserre, Barault-Roulon, Bardoux; archiviste, M. Maubertier; trésorier, M. Bossin.

Au commencement de la séance il avait été donné lecture d'une lettre de l'association de Hambourg exprimant le vœu d'entrer en correspondance avec celle de Paris. La Société avait aussi entendu quelques explications de M. de Valmer sur sa récente mission à Londres, et un rapport savant de M. le docteur Blatin, sur le meilleur mode d'abattage des animaux de boucherie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Des sourds-muets. Introduction à l'étude médicale et philosophique de la surdi-mutité; rapport lu à la Société de médecine de Bordeaux, par le docteur Charles Dubreuil. In-8°, Bordeaux, 1853.

Sur les corps étrangers articulaires; thèse de concours, par Morel-Lavallée, chirurgien de l'hospice des Enfans-Trouvés. In-8°, Paris, 1853. Prix : 3 fr. 50 c.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. —Typographie Félix Maltestbet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 89. SEPTIÈME ANNÉE. **Jeudi 28 Juillet 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12.
A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 27 JUILLET 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Les séances académiques ne nous fournissent, aujourd'hui, aucun sujet de réflexions. Ce n'est pas que des travaux intéressans ne s'y soient produits, mais ils sont de la nature de ceux dont l'appréciation ne peut être faite après une simple audition. M. Poggiale a lu un savant mémoire sur le *pain de munition* dans les armées d'Europe et sur l'analyse chimique du son. M. Ch. Robin a lu un mémoire non moins savant sur l'histoire naturelle de l'*ergot de seigle*. Nous attendrons le rapport qui ne manquera pas d'être fait sur ces travaux de grand mérite, pour en présenter un résumé appréciatif.

Nous avons remarqué, dans la correspondance, une lettre d'un très honorable et savant confrère des départemens, M. le docteur Ancelon, de Dieuze, ayant pour but d'exciter l'Académie à ouvrir une enquête sur la question de l'influence du *poison jennérien*, — c'est ainsi que M. Ancelon désigne la vaccine, — sur la fréquence de la fièvre typhoïde, et sur le prétendu déplacement qu'on observerait aujourd'hui dans la mortalité. L'Académie n'a pas répondu à l'appel de ce zélé confrère, elle a renvoyé sa lettre à la commission des épidémies, c'est-à-dire à un futur contingent très éloigné. L'Académie a agi très prudemment, à notre sens, et sa détermination nous fournit l'occasion, non pas de répondre à M. Ancelon, qui nous a fait aussi l'honneur de solliciter auprès de nous l'examen de la question, mais de lui indiquer très sommairement les motifs qui nous font juger comme inutile et peut-être comme dangereux de s'occuper actuellement de ce sujet :

1° Rien ne prouve que la maladie désignée sous le nom de fièvre typhoïde soit aujourd'hui plus fréquente et plus grave qu'il y a soixante ans.

2° La connaissance des caractères anatomiques de la fièvre typhoïde date de 1811, — le *Traité de la fièvre entéro-mésentérique* de Petit et Serres porte cette date, — et cette époque est trop rapprochée de celle de la découverte de la vaccine, pour attribuer à celle-ci une influence quelconque sur la production de cette maladie.

3° Les belles descriptions anatomiques de Rœderer et Wagler ont été faites avant la découverte du cow-pox.

4° Rien ne démontre qu'il meure aujourd'hui plus de jeunes gens et d'adultes que dans le siècle dernier. Les calculs, à cet égard, de M. Carnot, ont été ruinés par les calculs de M. Ch. Dupin.

5° Il serait prouvé que la fièvre typhoïde est plus fréquente aujourd'hui qu'il y a soixante ans ; que la mortalité sur la jeunesse est plus considérable aujourd'hui qu'au dernier siècle, il resterait à démontrer que c'est à la vaccine qu'il faut attribuer ces résultats.

6° Les résultats connus des études encore récentes et incomplètes, il est vrai, de géographie médicale, permettent cependant de contester cette opinion. La fièvre typhoïde a été rencontrée dans toutes les parties du monde, chez des peuples qui ignoraient la vaccine, chez ceux où elle était d'importation toute récente, et elle se présente là avec tous les caractères symptomatiques et anatomiques que nous observons en Europe. Dans la Syrie, par exemple, la fièvre typhoïde et la variole sont, pour ainsi dire, l'endémie de cette contrée, et y exercent simultanément de grands ravages.

Nous prions notre honoré confrère de Dieuze, avant de se faire le patron autorisé de certaines opinions, de vouloir bien vérifier l'exactitude des propositions que nous venons d'émettre. Jusqu'à ce que leur erreur nous soit démontrée scientifiquement et mathématiquement, nous nous abstiendrons de prendre part à une discussion actuellement impossible et que nous croyons dangereuse.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de la section sur le classement des candidats à la place vacante.

La section a présenté la liste suivante :

1° M. Chatin ;
2° M. Ch. Robin ;
3° et 4° *ex æquo* et par lettre alphabétique, MM. Martinet et Sandras.

La nomination aura lieu dans la séance prochaine.

A l'Académie des sciences, M. Roux a été élevé aux honneurs de la vice-présidence, et passera de droit président au 1er janvier prochain. C'est un honneur légitime rendu à l'illustre doyen de la chirurgie française.

Amédée LATOUR.

OPHTHALMOLOGIE.

NOTE SUR UNE ESPÈCE NON ENCORE DÉCRITE D'ÉPICANTHUS, L'ÉPICANTHUS EXTERNE ; par le docteur SICHEL.

Dans mon mémoire sur l'épicanthus (UNION MÉDICALE, 1851, nos 116 à 120), j'ai exposé l'état actuel de nos connaissances sur l'épicanthus congénial, et j'ai donné une courte esquisse de l'histoire descriptive de l'épicanthus acquis. L'un et l'autre consistent dans un repli semi-lunaire des tégumens cutanés recouvrant une partie du grand angle de l'œil. Ni moi, ni aucun autre ophthalmologiste n'avions jusqu'alors vu cette affection, soit congéniale, soit acquise, siéger à l'angle externe. Il y a quelques mois, le hasard m'a fait observer, sur un malade qui est venu me consulter pour un affaiblissement notable et déjà ancien de la vision, *un épicanthus très prononcé de la commissure externe des deux yeux.* J'en donnerai ici la description, suivie de quelques courtes considérations, afin de compléter mon précédent travail sur cette maladie, qui désormais devra être divisée en épicanthus *interne*, siégeant près de la commissure *interne*, et en épicanthus *externe*, occupant la commissure *externe* de l'œil.

Un ecclésiastique, âgé de 39 ans, vint me consulter, le 1er avril de cette année, à cause d'une amblyopie de l'œil droit et d'une amaurose incomplète de l'œil gauche, dont le début remonte à plus de vingt ans, et auxquelles je ne pus trouver d'autre cause que l'usage assidu de lunettes à verres concaves très forts, et une constipation habituelle. A première vue, mon attention fut immédiatement attirée par une conformation particulière des paupières, ressemblant tout à fait à l'épicanthus, mais occupant les deux commissures externes, et surtout très marquée à l'œil gauche. De ce côté, en effet, la commissure était entièrement recouverte par un pli valvulaire semi-lunaire vertical, ayant un peu plus d'un centimètre de haut, s'avançant de dehors en dedans et absolument analogue, mais en sens inverse, à celui qui, dans l'épicanthus congénial ordinaire, recouvre le grand angle de l'œil et la caroncule lacrymale. La valvule était tellement prononcée qu'elle faisait dévier en dedans et un peu en haut les cils placés dans son voisinage, disposition qui pourrait bien, avec le temps, si l'épicanthus augmentait, donner lieu à un trichiasis partiel. Les plis des paupières et de leur voisinage, près des commissures externes, étaient très marqués, profonds et nombreux ; pendant les contractions des muscles des paupières et de la face, ces plis s'allongeaient davantage dans la direction de la val-

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Histoire de la secte méthodique. — Thémison, Thessalus, Soranus, etc. Exposition des principes de cette école. — Coup d'œil sur les doctrines modernes dérivées du méthodisme. — Baglivi, Fréd. Hoffmann, Cullen, Brown, Thomasini et Rasori, Broussais, etc.

XVII.

Histoire de la secte méthodique ou solidiste.

Partis de 400 ans avant J.-C., nous voici arrivés à une époque où quelques années seulement nous séparent de la naissance du fondateur de la religion chrétienne. Nous avons donc parcouru une période de 400 ans environ. Pendant tout ce temps, nous avons vu la médecine subir des modifications dans ses doctrines et dans sa pratique ; mais ces modifications ont toujours été lentes et régulières jusqu'à ce grand révolutionnaire du nom d'Asclépiade, qui vint tout bouleverser, tout détruire, tout changer, tout innover. Jusqu'à Asclépiade, dit Pline, la médecine antique tint bon, *durabat antiquitas firma ;* Asclépiade vint renverser les anciennes doctrines et leur substituer un nouveau système, système tout hypothétique d'où surgira un autre système plus vivace, plus durable, et dans les entrailles duquel il faut chercher les idées fondamentales des doctrines modernes de Brown, de Broussais et de Rasori.

Ce fut un disciple d'Asclépiade, Thémison, qui, tirant des doctrines de son maître l'idée du resserrement et du relâchement des pores, s'empara de cette idée, la mit en lumière, la développa au point de faire disparaître tout le reste, et imagina que les maladies pouvaient être divisées en deux grandes classes : 1° celles de resserrement ; 2° celles de relâchement. Thémison se déclara le chef d'une nouvelle école, à laquelle il donna le nom de méthodique. Pourquoi ce nom? Uniquement parce que Thémison afficha la prétention singulière d'avoir découvert et d'enseigner le premier une *méthode* pour étudier la médecine, méthode à l'aide de laquelle on pouvait, suivant lui, parvenir à trouver d'une manière très simple et très facile, les indications thérapeutiques de toutes les maladies. Pour assurer la fortune de sa doctrine, il la mit sous la protection d'un mot, car il savait que c'est avec des mots que l'on gouverne le monde. L'école de Thémison n'avait pas plus de droit de s'appeler *méthodique* que celle de Broussais de prendre le nom de *physiologique*. Thémison pouvait-il ignorer qu'Hippocrate avait dit, dans le livre de l'*Ancienne médecine* : « *Depuis longtemps* la médecine est en possession d'une *méthode* qu'elle a trouvée, etc.? » Il commettait donc à la fois une impertinence et un mensonge en disant aux médecins qu'ils n'avaient pas de *méthode* et que lui seul en possédait une. Le mot *méthodique*, appliqué à la secte de Thémison, est donc vide de sens. Si l'on voulait donner à cette école son titre véritable, sa *caractéristique*, il faudrait l'appeler secte ou école *solidiste*. C'est le transport du siége des maladies des liquides dans les solides qui fait le caractère distinctif de la doctrine de Thémison.

Du reste, cette doctrine, que Thémison promulga au déclin de sa vie, vers l'époque de l'avénement d'Auguste à l'empire, ne produisit aucune sensation ; elle passa inaperçue jusqu'à Thessalus, qui la reprit et la mit en lumière. Homme de basse extraction, fils d'un cardeur de laine, Thessalus était né à Tralles, en Lybie. Il vint à Rome sous le règne de Néron, et y acquit bientôt une grande célébrité. Ce Thessalus était, suivant Galien, un homme méprisable, au point de vue de la dignité médicale. Il flattait les grands, caressait les riches pour obtenir leur faveur ; il se pliait avec souplesse aux désirs et aux exigences de ses cliens : « S'ils voulaient se baigner, dit Galien, il les baignait ; s'ils voulaient de la glace ou de la neige, pour boire frais, il leur en donnait ; s'ils désiraient du vin, il leur en accordait ; bien différent des anciens asclépiades, qui commandaient à leurs malades avec autorité, avec dignité, comme un général commande à ses soldats ou un prince à ses sujets. »

Thessalus affectait un souverain mépris pour les médecins qui l'avaient précédé, c'était de lui qu'il faisait dater la vraie médecine ; il avait pris insolemment le titre pompeux d'*Iatronichés, vainqueur des médecins*, que ses disciples gravèrent sur sa tombe.

Thessalus avait coutume de se faire suivre, chez les malades, par une cohorte de disciples. Cet usage se conserva à Rome, comme le témoignent ces vers, enfans de la muse mordante et railleuse du poète Martial :

Languebam, sed tu comitatus protinùs ad me
Venisti centum, symmache, discipulis.
Centum me tetigêre manus aquilone gelatæ
Febrem non habui, symmache, nunc habeo.

Soranus (d'Éphèse), recueillit l'héritage de Thessalus et propagea les doctrines de la secte méthodique. C'était un écrivain remarquable, sorti de l'école d'Alexandrie. Il s'établit à Rome sous le règne de Trajan ; il y enseigna et y pratiqua la médecine avec gloire. Il écrivit beaucoup, mais il ne nous reste de lui que quelques fragmens épars, conservés par Galien. L'ouvrage de Cælius Aurelianus, de l'aveu de l'auteur même, n'est que la traduction latine de Soranus d'Éphèse. Différent de Thessalus, Soranus avait acquis à Rome une grande considération par sa dignité, sa probité, sa modération dans la polémique scientifique. Aussi le fougueux et caustique Galien, qui parle toujours de Thessalus avec aigreur et le poursuit de ses attaques violentes jusque dans le secret de sa vie privée, Galien, tout en combattant les doctrines de Soranus, a pour ce médecin les plus grands égards ; il attaque, en Soranus, le savant, le médecin, mais il respecte l'homme d'honneur.

Autour de Thémison, de Thessalus et de Soranus se groupent un grand nombre d'autres méthodistes non moins illustres. L'histoire a conservé les noms de Philon, de Moschion, dont il nous reste un ouvrage

vule verticale formée par l'épicanthus, et l'extension de cette valvule augmentait elle-même en haut et surtout en bas, par l'effet de ces contractions. Tous ces phénomènes, beaucoup plus prononcés du côté gauche, donnaient à la physionomie une expression étrange, encore augmentée par un strabisme divergent de l'œil gauche qui me semble dépendre plutôt de l'amaurose incomplète de cet œil que de l'épicanthus, et par la direction anormale des fentes palpébrales qui, au lieu d'être placées sur une ligne horizontale, s'abaissaient notablement de haut en bas et de dedans en dehors et étaient en outre beaucoup plus étroites que d'ordinaire.

Lorsqu'on tendait vers les tempes les tégumens des paupières et de leur voisinage, on pouvait effacer l'épicanthus. En soulevant seulement le repli valvulaire de l'angle externe, on pouvait reconnaître que la peau, en passant de l'extrémité externe de la paupière inférieure à l'extrémité correspondante de la paupière supérieure, formait une petite bride, comme une espèce de pont, d'un millimètre de hauteur et d'autant de largeur, tendu par-dessus la commissure. J'ai souvent observé cette petite bride, qu'on peut regarder comme le premier rudiment de l'épicanthus externe, et qui donne quelquefois lieu à un clignotement incommode (1), et j'ai quelquefois songé à l'inciser largement, à cautériser les lèvres de la plaie pour empêcher sa cicatrisation, et à agrandir ainsi la commissure externe pour guérir le clignotement; mais je n'ai jamais vu jusqu'ici cette bride surmontée du moindre pli de la peau, pouvant indiquer un véritable commencement d'épicanthus externe.

Au dire du malade, la conformation anormale de ses paupières n'aurait commencé qu'il y a vingt ans, en même temps que l'affaiblissement de la vision. Il me paraît beaucoup plus probable qu'elle a toujours existé par suite d'un vice congénial; qu'elle est restée inaperçue dans la première enfance, où probablement elle n'a pas été très choquante; que, plus tard, elle est devenue plus marquée, par suite des contractions plus ou moins fréquentes des muscles de la face qui, encore aujourd'hui, toutes les fois qu'elles deviennent plus fortes, augmentent beaucoup la difformité; enfin, que l'attention du malade n'y a été attirée qu'à l'époque où l'organe de la vision, par suite de l'affaiblissement dont il commençait à être affecté, est devenu l'objet de son observation assidue.

Quelle méthode curative pourrait-on appliquer rationnellement à cette affection? Si je la rencontrais à un degré marqué chez un individu jeune, et surtout chez une personne du sexe féminin, je n'hésiterais pas un instant à tenter l'excision de deux portions verticales et ellipsoïdes de la peau, ayant chacune un peu plus de hauteur et de largeur que le pli épicanthique, et placées sur la ligne de prolongation des deux commissures oculaires, à la partie la plus reculée de chaque tempe, si près de la naissance des cheveux, qu'ils cacheraient facilement la cicatrice. Celle-ci produirait la rétraction des tégumens cutanés vers la tempe, et effacerait l'épicanthus externe, absolument comme lorsqu'on obtient la guérison radicale de l'épicanthus interne par l'excision d'une partie ellipsoïde de la peau du nez proportionnée au volume et aux dimensions des replis valvulaires. Dans le cas présent, il n'y avait pas d'indication pour un traitement chirurgical, l'épicanthus n'ayant manifesté aucune influence sur l'affaiblissement de la vision, qui seule motivait les inquiétudes et la consultation du malade. Son âge et son ministère d'ailleurs, ainsi que l'habitude, le rendaient indifférent à cette difformité!

Chez des personnes déjà avancées en âge, qui, sans vouloir recourir à une opération chirurgicale, désireraient néanmoins atténuer la difformité et en arrêter les progrès ultérieurs, je conseillerais seulement de tirailler fréquemment et avec une certaine force les tégumens cutanés dans la direction de la fente palpébrale, de la commissure externe vers la tempe, et d'éviter autant que possible les contractions des muscles de la face.

(1) Voyez mon Mémoire sur quelques maladies de l'appareil de la vision (le clignotement, la névralgie oculaire et l'héméralopie), considérées surtout au point de vue de leur complication avec la conjonctivite. — (*Gazette méd.*, 1847, n° 32, p. 624.)

CLINIQUE MÉDICALE.

École de médecine navale. — Port de Rochefort.

(Service de M. Lefèvre, 1er médecin en chef.)

PARALYSIE INCOMPLÈTE SUITE DE FRACTURE DE LA COLONNE VERTÉBRALE; GUÉRISON; — HÉMATÉMÈSE; MORT.

Observation recueillie par M. Ernest Viaud, chirurgien de 3me classe, aide de clinique.

Villeneuve (Pierre), était un homme de 30 ans, doué d'une forte constitution, bien musclé, d'un tempérament sanguin; il était originaire du midi de la France (Basses-Pyrénées). Embarqué sur la frégate l'*Algérie*, en qualité de matelot de 3me classe, il avait fait la campagne des mers du Sud et était rentré en France dans le courant de juillet 1852.

Quatre mois environ avant cette époque, Villeneuve avait fait une chute de la hune de misaine sur le pont (20 mètres). On avait seulement constaté alors une plaie contuse à la fesse droite, et une forte contusion à la région lombaire.

A sa première entrée à l'hôpital de la marine (22 juillet), Villeneuve fut placé dans le service de M. le chirurgien en chef. La plaie était guérie, mais il existait une grande faiblesse dans les reins et une paralysie des muscles de la région antérieure de la cuisse gauche, avec un peu d'atrophie. La circonférence des deux cuisses, mesurée au même niveau, donnait, pour le côté sain, 48 centimètres, et 42 seulement pour le côté malade. On avait également constaté une légère saillie de l'apophyse épineuse de la troisième vertèbre lombaire. On employa pendant plusieurs jours, sans succès marqué, les bains généraux et les frictions de teinture de cantharides.

Dans le courant d'août, Villeneuve éprouva un peu de douleur, accompagnée de gonflement dans le genou gauche. On continua les frictions stimulantes, on fit usage des bains de Barèges artificiels, et l'on appliqua l'électricité sur le trajet du nerf crural; on se servait de l'appareil Duchenne de Boulogne. Sous l'influence de ce dernier moyen, on obtint de la contraction dans les adducteurs de la cuisse, et quelques mouvemens involontaires de la jambe. Enfin, Villeneuve était sorti de l'hôpital le 13 octobre, marchant assez bien à l'aide d'une canne, lorsqu'il s'avançait sur un terrain uni, mais éprouvant de la difficulté lorsqu'il s'agissait d'élever la jambe comme pour monter un escalier.

La saison étant trop avancée alors, on eut l'intention de l'envoyer l'année suivante aux eaux des Pyrénées.

Quelques jours après sa sortie, sans cause appréciable, sans avoir commis d'écard de régime, cet homme ressentit de la douleur à l'épigastre, de la gêne dans la digestion, et le 20 du même mois il fut pris tout à coup d'un vomissement de sang très abondant. Il entre à l'hôpital le lendemain au soir, se plaignant toujours d'éprouver de vives douleurs à l'épigastre et ayant des selles teintes de sang; mais il n'en vomissait plus. On le dirigea encore sur la salle des blessés.

Le 22, les selles sont toujours teintes de sang; la douleur de l'épigastre persiste.

Le 23, on applique deux ventouses scarifiées à l'épigastre.

Le 24, il y eut un peu de fièvre avec céphalalgie, soif vive, et, vers midi, une syncope qui dura environ quinze minutes. On fait une application de 15 sangsues sur l'épigastre.

Le 25, l'état du malade s'aggravant, on l'évacue sur la salle n° 11 (service de M. le premier médecin en chef). On constate alors l'état suivant: constitution assez vigoureuse, mais affaiblie par les hémorrhagies récentes. La face est pâle, les tissus sont décolorés, les veines superficielles peu saillantes; le pouls est faible, assez fréquent. Le malade a encore vomi du sang; le caillot est consistant et assez rouge; il n'existe aucune tumeur dans la région de l'épigastre, ni rien qui annonce une lésion profonde de l'estomac. — On prescrit: diète absolue; tisane de riz acidulée avec eau de Rabel, et 16 grammes de ratanhia en potion. Les selles sont liquides, et présentent toujours une teinte noirâtre déterminée par le sang, qui a dû parcourir toute la longueur du tube digestif.

Le 26, le malade est mieux; il ne rend plus de sang par la bouche, mais les selles en contiennent une quantité notable. Même prescription.

Le 27, le malade est pris tout à coup, dans la journée, de vomissemens très abondans de caillots de sang d'un rouge vermeil; les selles sont sanguinolentes; il y a prostration, pâleur générale, sueurs abondantes; le pouls est petit.

On emploie la glace à l'intérieur; on promène des sinapismes sur les extrémités.

Le pouls devient fréquent, filiforme, presqu'insensible; le malade ne répond plus, s'affaiblit peu à peu, et meurt enfin à six heures du soir.

Autopsie faite trente-neuf heures après la mort.

Habitude extérieure. — Peau décolorée; embonpoint notable.

Thorax et abdomen. — Décoloration très marquée de tous les viscères, contrastant avec la coloration rouge du tissu musculaire. Le cœur n'offre rien de remarquable; l'aorte présente à sa crosse, sur sa tunique interne, des taches d'un rouge acajou, disposées par zones longitudinales, et qui semblent être le résultat d'une imbibition. La partie postérieure du poumon gauche, dans une petite étendue, est d'un rouge noirâtre et gorgée d'un sang spumeux. La fin du jéjunum, tout l'iléon, le cœcum, et la première partie du gros intestin jusqu'au colon transverse, contiennent une bouillie de sang semblable à du raisiné; ces parties du tube digestif offrent des taches ecchymotiques de même couleur, disposées par zones transversales. Cette coloration foncée contraste singulièrement avec la décoloration complète de la première et de la dernière portion du tube intestinal, et surtout de l'estomac dont la pâleur est très marquée. Ce viscère ne contient que quelques grammes d'un liquide grisâtre; sa muqueuse offre, dans un point très rapproché de sa petite courbure, à une distance de 3 à 4 centimètres du cardia, une dépression parfaitement arrondie, grande comme l'ongle, et bordée d'un bourrelet assez résistant. Cette dépression, qui paraît être une ancienne cicatrice, présente à son centre un petit caillot noir, qui recouvre deux petits pertuis très rapprochés, communiquant avec deux branches de l'artère coronaire stomachique, ce dont on s'assure par un stylet que l'on peut introduire suivant deux directions différentes dans le calibre des deux artères qui serpentent dans l'épaisseur de la paroi gastrique.

Colonne vertébrale. — Examinée au niveau de la troisième vertèbre lombaire, la colonne vertébrale offre une légère déviation en avant et à gauche. Cette vertèbre est comme écrasée, affaissée sur elle-même de telle sorte, qu'en avant son corps n'offre pas la moitié de la hauteur normale. Elle présente en ce point un bourrelet osseux, prismatique, qui avance de 4 à 5 millimètres. Après avoir divisé ce rachis en deux parties par une section faite suivant la ligne médiane, on reconnaît que cette vertèbre a non seulement été écrasée, mais encore qu'elle est brisée en trois fragmens principaux: un, antérieur, constituant le bourrelet que nous avons signalé; un, intermédiaire, qui ne présente pas de déplacement sensible; et un, postérieur, qui a été refoulé en arrière, et a oblitéré en partie le canal rachidien, surtout du côté gauche où il touche presque la paroi postérieure de ce canal. Ce déplacement a dû amener de ce côté la compression de la queue de cheval, et par suite la paralysie du membre inférieur observée pendant la vie.

Réflexions. — Cette observation nous offrait, comme on le voit, deux cas d'anatomie pathologique fort intéressans à étu-

---

d'*obstétrique*, de Julien, qui écrivit contre l'humorisme d'Hippocrate un livre réfuté par Galien, son contemporain. Julien est le dernier des méthodistes proprement dits. L'école méthodique, comme toutes les autres sectes, vint se fondre dans la doctrine de Galien, qui éclipsa tout, hommes et doctrines, par son éclatante personnalité. N'oublions pas cependant le nom de Cælius Aurelianus, traducteur de Soranus d'Éphèse, et celui de Priscien. Faut-il compter encore parmi les méthodistes, Prosper Alpin, qui, au commencement du XVIIme siècle, épris d'un enthousiasme solitaire pour les doctrines de l'école méthodique, depuis longtemps oubliées, écrivit un livre intitulé *De medicinâ methodicâ*, amas informe et mélange confus d'idées dogmatiques, humorales et solidistes?

L'exposition des principes de l'école méthodique mérite de nous arrêter particulièrement, parce qu'ils sont le point de départ de doctrines médicales modernes, qui, sous des noms différens, cachent une commune origine.

Le principe fondamental de la secte méthodique est de chercher la cause des maladies dans une altération des solides ou plutôt d'une propriété des solides, la faculté de resserrement et de relâchement. D'après les méthodistes, cette propriété existe normalement dans les solides vivans, et leur est aussi essentielle et inhérente que la pesanteur à la matière. L'intégrité de cette propriété, son maintien dans de justes limites constitue l'état de santé. Mais il peut arriver que, sous certaines influences, cette propriété s'altère, augmente ou diminue d'intensité; c'est dans cette altération que réside, pour les méthodistes, la cause prochaine, sinon de toutes les maladies, du moins du plus grand nombre. Ainsi, pour eux, la plupart des maladies se divisaient: 1° en maladies par excès de resserrement; 2° en maladies par excès de relâchement, véritable dichotomie dans laquelle ils prétendaient enfermer presque toute la pathologie. Cependant ils admettaient des cas *mixtes*, où le relâchement et le resserrement existaient ensemble en des points différens du corps; de là résultaient des indications spéciales de traitement et une thérapeutique mixte. Suivant les méthodistes, quelles que soient les influences qui agissent sur les organes, elles ne font que resserrer ou relâcher les tissus: de là résulte, suivant le degré, la durée, le lieu du relâchement ou du resserrement, l'immense majorité des phénomènes morbides.

En méditant sur toutes ces choses, nous y découvrons la première trace d'une doctrine qui, depuis son premier fondateur jusqu'à nos jours, s'est plusieurs fois emparée de la médecine pour la dominer et l'absorber, qui a commandé les théories et dirigé la pratique médicale. C'est toujours la même doctrine qui naît et se développe au milieu des modifications diverses qu'elle subit suivant les temps et les lieux, en Italie avec Baglivi, Thomasini, Rasori; en Allemagne avec Frédéric Hoffmann; en Angleterre avec Brown; en France avec Broussais. Pour bien comprendre cette doctrine, ainsi que les divers systèmes qui en dérivent, et lui donner sa plus large expression possible, il faut savoir qu'aux différentes époques où elle s'est produite dans le monde, ses fondateurs ou systématisateurs n'ont vu en définitive, dans la maladie, rien autre chose qu'une augmentation ou une diminution de l'intensité des phénomènes qui s'accomplissent dans l'économie vivante. C'est là l'idée la plus générale à laquelle sont arrivés tous ces chefs d'école qui s'appellent Thémison, Baglivi, Fréd. Hoffmann, Brown et Broussais. Il y a du vrai dans cette idée; il est des cas dans lesquels la maladie résulte de l'augmentation ou de la diminution de l'énergie des actes vitaux; mais vouloir appliquer ce principe à toutes les maladies, c'est tomber dans le faux le plus complet et le plus déplorable. S'il est vrai que certaines maladies dépendent de l'augmentation ou de la diminution de l'énergie vitale; si, par exemple, l'hypertrophie du cœur résulte manifestement de l'exagération de la nutrition de cet organe, il est vrai aussi que, dans le plus grand nombre des cas, les maladies ne sont pas la vie normale augmentée ou diminuée, mais bien une vie d'un autre genre, d'une autre nature.

Coup d'œil général sur les doctrines dérivées du méthodisme. — Longtemps après Thémison, au XVIIe siècle de l'ère chrétienne, Baglivi exposait à peu-près dans les mêmes termes les idées du chef de l'école méthodique. Dans son ouvrage intitulé: *De la fibre motrice morbide*, il dit: la fibre peut être atteinte de deux affections principales, d'une trop grande tension ou d'un trop grand relâchement. *Duobus præcipuis affectionibus fibra laborat aut nimia tensione, aut nimia laxitate.* Pour Baglivi, tous les phénomènes morbides doivent être rapportés tantôt à l'augmentation du ton de l'économie, tantôt à sa diminution.

Fréd. Hoffmann introduisit dans le langage médical le mot *spasmes*. Ce mot n'était pas nouveau, puisqu'on le trouva dans les livres hippocratiques. Mais Hoffmann lui donna un autre sens. Pour Hippocrate, le mot spasmes est synonyme de convulsions; pour Hoffmann, il signifie tension. Le spasme est la tension des parties vivantes. Toutes les parties organiques, dit Hoffmann, impressionnées par le double abord du sang et du fluide nerveux, sont douées d'une propriété particulière, en vertu de laquelle elles peuvent tour à tour se contracter ou se tendre, puis se dilater ou se relâcher. Toute molécule vivante a sa diastole et sa systole comme le cœur; dans les maladies les mêmes phénomènes se produisent avec des modifications qui portent non sur leur nature, mais seulement sur leur intensité. De là résulte tantôt une contraction trop forte ou trop prolongée, produisant les spasmes; tantôt une dilatation trop considérable déterminant l'atonie; tension et relâchement, voilà encore la dualité morbide de l'école méthodique. De là, suivant Hoffmann, deux sortes de remèdes: les antispasmodiques et les toniques.

Cullen, célèbre nosologiste écossais, introduisit également dans la science un mot nouveau, l'*excitabilité* ou l'*incitabilité*; il entend par là une propriété, en vertu de laquelle la partie vivante répond aux impressions qui lui arrivent par l'intermédiaire du système nerveux. L'intégrité de cette propriété vitale constitue l'état de santé; la maladie est produite soit par excès, soit par défaut d'excitabilité.

Brown moula ses doctrines sur celles de Cullen, son maître. Il admit dans les solides vivans un certain ton au-delà ou en deçà duquel les fonctions ne peuvent plus s'exercer convenablement, et alors la maladie commence. Brown n'a donc rien inventé. Il n'a fait que développer les idées de Cullen, de Baglivi, d'Hoffmann, de Thémison. Maladies sthéni-

dier. C'était, d'abord, de rechercher la cause de l'hémorrhagie qui avait mis si brusquement un terme à l'existence de Villeneuve. Dans la pensée de M. Lefèvre, il ne devait pas exister de dégénérescence organique de l'estomac; l'état général du malade, le peu d'ancienneté de ses souffrances, la nature du sang vomi, l'absence de symptômes propres aux affections squirrheuses ou cancéreuses du pylore en excluaient l'idée; il pensait qu'il devait y avoir ou une déchirure artérielle, produite par un corps étranger acéré, avalé avec les alimens ainsi qu'il en citait plusieurs exemples; ou, peut-être, la rupture d'une tumeur anévrismale développée consécutivement à la chute. Mais il disait manquer de symptômes positifs pour asseoir un diagnostic certain.

Le résultat de l'autopsie nous conduisit à rechercher s'il existait, dans les auteurs, d'autres exemples d'hémorrhagie stomacale produite par une cause semblable; alors nous avons trouvé dans le *Traité d'anatomie pathologique du corps humain*, de M. Cruveilhier (X[e] livraison), un cas à peu près identique au nôtre : c'est une perforation gastrique communiquant avec l'artère coronaire stomachique, et ayant son siége au centre d'une ancienne ulcération cicatrisée. M. Cruveilhier pense que cette ulcération remontait à cinq ans avant la mort de son malade, époque à laquelle il avait eu une hématémèse déterminée par des habitudes d'ivrognerie, et qui céda sous l'influence des boissons astringentes. Quant à Villeneuve, les renseignemens antérieurs à son retour en France nous manquent à peu près complètement, et nous ne savons pas jusqu'à quelle époque pouvait remonter l'ulcération de l'estomac, ni quelle avait pu en être la cause; le chirurgien major de l'Algérie nous a seulement dit que Villeneuve avait un genre de vie réglé, une conduite régulière, et qu'il ne se livrait point aux excès de boisson comme c'est assez l'habitude des matelots.

A propos d'une autre altération semblable, et dans laquelle la lésion de l'artère splénique avait déterminé la mort; M. Cruveilhier dit que le calibre moins considérable de la coronaire stomachique, doit souvent permettre son oblitération ; cependant, dans le cas de Villeneuve, nous n'avions qu'une lésion des branches de la coronaire, lesquelles étaient, par conséquent, d'un calibre moindre encore que celui de cette artère elle-même, et une hémorrhagie mortelle n'en a pas moins eu lieu.

Dans des considérations sur les hémorrhagies de l'estomac, M. Cruveilhier (XXXI[e] livraison) prétend que tous les vomissemens de sang sont toujours noirs. Cette couleur résulte, pour lui, de la présence, dans l'estomac, d'un acide qui se mêle au sang pour lui donner immédiatement cette coloration. Contradictoirement à cette opinion, nous avons vu que les caillots de sang vomis par Villeneuve étaient d'un rouge vermeil; aussi pensons-nous que les expressions d'*hématémèse* et de *melœna*, employées pour différencier la nature des vomissemens, doivent être conservées; car elles peuvent servir à l'établissement d'un diagnostic exact.

Nous nous sommes occupé ensuite de la paralysie partielle, déterminée par la fracture de la colonne vertébrale; paralysie dont le malade aurait guéri avec le temps, si non complètement, au moins assez bien pour n'avoir plus qu'une gêne légère; et nous avons vu quelle en avait été la cause. M. Cruveilhier, dans l'ouvrage que nous avons déjà cité (IV[e] livraison), rapporte un cas analogue au nôtre : c'est celui d'un couvreur qui, à la suite d'une chute, eut une fracture de la colonne vertébrale suivie de paralysie des membres inférieurs; affection dont il guérit assez pour pouvoir marcher avec des béquilles. Quatre ans plus tard, il revint à l'hôpital pour une diarrhée qui amena le marasme et la mort. A l'autopsie on constata qu'il y avait eu une fracture aux dépens de la deuxième vertèbre lombaire, qui était comme écrasée et refoulée à gauche et en arrière; le canal vertébral eût été oblitéré, si, dans ce point, la vertèbre n'eût été brisée et comme entr'ouverte; et c'est dans l'écartement des deux fragmens qu'avait pu se loger la queue de cheval.

« Ce fait, dit M. Cruveilhier, prouve, contradictoirement à » ce qui est généralement admis en pathologie et en médecine » légale, qu'une fracture avec déplacement considérable de » la colonne vertébrale peut avoir lieu sans que la mort en » soit la suite immédiate ou éloignée, et même, jusqu'à un » certain point, sans paralysie; mais, pour cela, il est nécessaire d'un concours de circonstances qui se rencontrent » bien rarement : il faut 1° que la fracture ait lieu au-dessous » de la première vertèbre lombaire, c'est-à-dire au niveau de » la queue de cheval; 2° il faut que cette queue de cheval, elle-» même, ne soit pas tellement comprimée qu'elle ne puisse » s'habituer à cette compression... Du reste, ajoute M. Cruveilhier, le mécanisme de consolidation des fractures de la » colonne vertébrale est absolument le même que celui des » fractures des autres os : ce ne sont point les fragmens eux-» mêmes qui travaillent à leur consolidation, mais bien les » parties environnantes, tissu cellulaire, tissu fibreux, mus-» cles. »

On peut voir que chez Villeneuve les conditions exigées par M. Cruveilhier, pour la guérison, étaient parfaitement remplies : la fracture avait eu lieu au-dessous de la première vertèbre lombaire; de plus, le fragment postérieur, déplacé à gauche, comprimait assez la queue de cheval de ce côté pour amener une paralysie; mais cette partie de la moelle se serait certainement habituée à cette compression. Elle se serait peut-être déjetée à droite, et tout porte à croire que la guérison se serait complétée avec le temps, sans la terrible hémorrhagie à laquelle il a succombé.

Quel est maintenant le mécanisme d'après lequel la fracture de Villeneuve a dû se produire? Dans le cas du couvreur, cité par M. Cruveilhier, cet auteur n'en dit pas un mot. Je vais rapporter, aussi brièvement que possible, trois observations de fracture de vertèbre par cause indirecte, que j'ai recueillies dans la *Revue médico-chirurgicale de Paris*, et je montrerai ensuite que celle qui nous occupe et le cas observé par M. Cruveilhier, ont dû se produire d'après le même mécanisme.

La première observation (t. IX, p. 243) est un cas recueilli par M. Philippeaux dans le service de M. Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon : Un homme ivre fit, à la renverse, une chute d'un troisième étage. A l'autopsie on trouva fracture en avant et en bas du corps de la sixième vertèbre cervicale. Cette fracture, dit M. Philipeaux, a été produite par la flexion forcée du cou en avant, car il n'y a ni ecchymose, ni fracture de l'apophyse épineuse, et, par le même mécanisme, on produit la même fracture sur le cadavre.

Le deuxième cas (tome XI, page 178), recueilli par M. Dessaint, interne dans le même service, est celui d'une femme de 25 ans : étant accroupie dans une carrière, une masse de sable se détacha de la voûte et tomba d'une hauteur de 10 mètres sur la partie postérieure du dos, entre les deux épaules. A l'autopsie, on trouva une fracture du corps de la douzième vertèbre dorsale de haut en bas et d'arrière en avant.

Enfin, le 3[me] cas (t. XI, p. 367), est rapporté par M. Melchiori, chirurgien en chef de l'hôpital de Novi (Piémont), c'est celui d'un charretier qui était occupé sous la partie postérieure d'une charrette lourdement chargée; celle-ci bascula tout à coup, par l'inadvertance d'un autre individu, et alla comprimer de tout son poids la partie supérieure du dos du malheureux charretier, dont la tête alla toucher les genoux : à l'autopsie on trouva une fracture du corps de la première vertèbre lombaire.

Dans les trois cas que je viens de citer, la fracture a eu lieu comme chez M. Villeneuve, par écrasement; le fragment antérieur a fait saillie en avant et le postérieur en arrière, dans le canal vertébral, de manière à déterminer la paralysie; il n'y a point eu fracture des apophyses ni des lames vertébrales. Enfin, l'on conçoit que dans une chute sur le siége, d'une hauteur de vingt mètres environ, la partie supérieure du tronc, par son propre poids, a dû déterminer, chez Villeneuve, une flexion forcée de la colonne vertébrale en avant, et, par suite, la fracture que nous avons observée.

(La portion de colonne vertébrale fracturée et la portion d'estomac où existe la perforation, sont conservées au Muséum d'anatomie de l'École de médecine navale du port de Rochefort.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 Juillet 1853. — Présidence de M. NACQUART.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur BOLUT, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dôle, sur une épidémie variolique qui a régné dans la commune de Souvans (Jura).

2° Un rapport de M. le docteur LIÉGEY, de Rambervillers, sur une épidémie typhique cholériforme qui règne actuellement parmi les gallinacés dans la Meurthe.

3° Un rapport de la commission de vaccine du département du Rhône.

4° Un mémoire de M. ANCELON, de Dieuze (Meurthe), sur la transformation des fièvres essentielles dont le cow-pox est la cause. (Comm. des épidémies.)

5° Une note de M. DILLE, de Malens, près de Pesmes (Haute-Saône), sur un traitement de la dothinentérite, qui consiste à ingérer un mélange de charbon de bois-blanc et de magnésie hydratée.

6° Un mémoire de M. TOREL, de Brie-Comte-Robert (Seine-et-Marne), renfermant des observations d'accouchement, suivies de quelques considérations sur l'emploi de l'ergot de seigle, et sur diverses manœuvres obstétricales. (Comm. MM. Paul Dubois, Depaul, Danyau.)

7° Une note de M. BARDINET, de Limoges, relative à deux nouveaux cas de syphilis héréditaire communiquée par des enfans à leur nourrice. (Comm. nommée.)

8° Deux rapports de l'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Dijon et de la Société médicale de cette ville, concernant un appareil inventé par un habitant de Dijon.

Analyse du pain de munition.

M. POGGIALE, professeur à l'École de médecine et de pharmacie militaire, lit un travail ayant pour titre : *Du pain de munition distribué aux troupes des puissances européennes, et de la composition chimique du son.*

Vers la fin de l'année 1850, une commission dont l'auteur faisait partie, ayant été instituée dans le but d'examiner les résultats obtenus par le système de l'achat direct du pain confié aux ordinaires, dut se livrer à divers essais de panification et à l'analyse chimique du pain de

---

ques, maladies asthéniques, c'est-à-dire maladies par excès de ton, maladies par défaut de ton, voilà sa dualité pathologique. Toutefois, pour ne pas faire exactement comme ses devanciers, il les retourne; il imagine de prendre le contre-pied de leurs systèmes. Au lieu d'admettre que le plus grand nombre des maladies sont dues à un excès de strictum, de contraction, de tension, d'excitabilité, de ton, il déclare que les maladies sthéniques ou par défaut de ton sont de beaucoup les plus communes. Suivant Brown, le ton est augmenté ou diminué par certains agens extérieurs ou intérieurs. La matière vivante répond à l'action de ces agens parce qu'elle est excitable. Brown prend l'excitabilité comme une propriété inhérente aux solides vivans, sans s'occuper d'en rechercher la source. Il agit à la manière des physiciens et des chimistes qui constatent simplement les propriétés des corps sans s'inquiéter de leur cause, et font de cette simple constatation le point de départ de leurs recherches et de leurs explications. Brown s'écartait ainsi des traces de son maître Cullen, qui trouvait dans le système nerveux la cause de l'excitabilité.

L'école italienne, école contro-stimulante, dont les deux grands représentans sont Thomasini pour la théorie, et Rosari pour la pratique, tient le même langage que Brown, Cullen, Hoffmann, Baglivi. La différence dans les doctrines ne porte que sur des points secondaires; les principes fondamentaux sont identiques; c'est partout le même point de départ.

Arrivons enfin à notre compatriote Broussais. Le célèbre fondateur de l'école physiologique n'est, à vrai dire, que le continuateur de cette idée méthodiste dont nous suivons la trace à travers les siècles. Sans doute, Broussais n'est pas le copiste servile de ses devanciers. Il a émis des idées neuves et puissantes, brillantes émanations d'un vigoureux génie. On a été injuste envers lui, en disant qu'il n'avait fait que retourner Brown. Il a fait beaucoup plus : à certains points de vue secondaires, il a été créateur; mais il faut dire aussi qu'à beaucoup d'égards, dans les principes fondamentaux de sa doctrine, il est le simple continuateur des méthodistes. Pour bien voir la ressemblance frappante qui existe entre l'école de Broussais et celle de Thémison, il faut arracher à la doctrine physiologique son masque, c'est-à-dire faire abstraction du mot nouveau, par lequel Broussais a rajeuni des idées vieilles de bien des siècles. Cette expression est celle d'*action organique* plus en rapport avec les progrès de la physiologie, au temps de Broussais. Suivant ce médecin célèbre, tous les actes qui s'accomplissent au sein de l'organisme vivant, depuis la digestion jusqu'aux phénomènes les plus intimes de la nutrition et des sécrétions, sont des *actions organiques*. Cet ensemble d'actes qui se passent dans les corps vivans, reconnaît une cause unique et générale, la mise en jeu de l'*excitabilité*. C'est l'*excitement* qui va influencer les parties vivantes, de manière à développer en elles les actions organiques. Continuant de plus en plus à s'exprimer dans un langage métaphorique, Broussais admet qu'en vertu de cet excitement, il s'opère dans les solides vivans un mouvement tantôt de contraction, tantôt de dilatation. A cet égard, Broussais semble s'être inspiré d'une idée malheureuse dont Bichat fut le père, c'est à savoir la *sensibilité* et la *contractilité organique insensibles*, propriétés à la faveur desquelles Bichat expliquait les absorptions, les sécrétions, les mouvemens des liquides, en un mot, un grand nombre de phénomènes physiques appartenant à la vie organique.

(La suite du cours prochainement.)

COURRIER.

JURISPRUDENCE MÉDICALE. — *Officier de santé. — Applicabilité des peines de l'emprisonnement. — Récidive.* — L'officier de santé qui exerce la médecine hors des limites du département où il a été reçu par le jury médical, commet une contravention punissable, sans qu'il soit nécessaire qu'il y ait, dans le jugement de condamnation, constatation de l'existence des listes exigées par les articles 25 et 26 de la loi du 13 ventôse, an II, quand bien même ces listes n'existeraient pas. Il en est ainsi alors même que, dans le département, le contrevenant aurait été nommé chirurgien aide-major de la garde nationale, si ce n'est pas en cette qualité qu'il a donné les soins pour lesquels il est poursuivi. En cas de récidive, la peine de l'emprisonnement est applicable, *dans les limites des peines de simple police*, par application des dispositions des articles 35 et 36 de la loi du 19 ventôse, an II, combinées avec le principe général que lorsqu'une peine de police est applicable, l'emprisonnement est, de droit, pour le cas de récidive. — Cour de cassation, chambre criminelle. Rejet du pourvoi du sieur Bindé contre un arrêt de la Cour impériale de Rouen, du 6 mai 1853; rapport de M. le conseiller Legagneur; M. Sevin, avocat général, conclusions conformes; plaidant, M[e] Avisse. Audience du 21 juillet.

C'est le cas de dire : *Dura lex sed lex.* Mais les conséquences, ou plutôt les applications d'une loi semblable, blessent évidemment l'équité naturelle. Jamais la conscience n'admettra qu'il mérite la prison, la prison..., l'officier de santé qui peut accidentellement porter les secours de l'art hors des limites de son département. Si vous croyez l'institution mauvaise, supprimez-la, mais ne l'avilissez pas.

Amédée LATOUR.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — Voici de nouveaux détails relativement aux ravages exercés par le choléra à Copenhague. Il paraîtrait que la maladie y régnait déjà sous la forme sporadique depuis le milieu du mois de juin; mais, depuis cette époque, les cas se sont peu à peu multipliés, au point de prendre le caractère d'une épidémie. Le 8 juillet, on comptait 51 nouveaux cas et 18 décès. Depuis la première apparition de la maladie, on avait compté, en tout, 270 cas et 142 décès; mais depuis le 12 juin seulement, il n'y a pas eu moins de 472 cas et 234 décès.

MORTALITÉ. — Par suite de la grande chaleur et de l'absence de pluies, il est mort, à Calcutta, 1,100 personnes en deux jours.

(Overland Atheneum.)

munition distribué aux troupes des puissances européennes, du pain des hospices civils de Paris, des farines de munition et de celles du commerce. Ce sont les résultats de ces recherches, que l'auteur a continuées et complétées depuis deux ans, qui sont l'objet de ce travail.

L'analyse du pain présentant de grandes difficultés, M. Poggiale a fait tous ses efforts pour les vaincre, soit en apportant beaucoup de soin dans ses recherches, soit en modifiant les méthodes connues qui lui semblent défectueuses. Il a analysé, comparativement, du pain de munition de Belgique, de Hollande, de Bade, de Prusse, de Francfort, de Bavière, de Stuttgard, d'Espagne, d'Autriche, de Piémont et de France.

En comparant entre eux les résultats de ces analyses, on remarque que le maximum de matières azotées (gluten et matière albumineuse) est de 8,95 p. 100, et le minimum de 4,85. C'est le pain français qui contient le plus de gluten, celui de Prusse en renferme le moins. Le pain de munition français est, d'ailleurs, supérieur aux autres pains par l'aspect, la saveur, la cuisson, et même la nuance. Il faut remarquer, en outre, que les pains étrangers fabriqués depuis longtemps déjà, étaient en grande partie desséchés lorsqu'on les a analysés.

Cette circonstance a engagé M. Poggiale à déterminer, depuis, la richesse nutritive de ces différens pains par le dosage de l'azote.

Dans plusieurs expériences, le pain, étant desséché à 120°, a été brûlé dans un tube et on a reçu les produits de la combustion dans une éprouvette graduée, contenant une solution concentrée de potasse, afin de séparer l'acide carbonique de l'azote. On a introduit dans le tube une quantité suffisante de bi-carbonate de soude pour enlever l'air contenu dans l'appareil, et lorsque la combustion était terminée, pour entraîner tout l'azote dans l'éprouvette.

Le volume de l'azote ramené à la température de 0 et à la pression barométrique de 760 millimètres, a permis de déterminer son poids.

Le tableau suivant indique le résultat de ces analyses, et donne le classement des pains distribués aux soldats des puissances européennes, d'après la quantité de matières azotées et d'azote qu'ils contiennent :

Provenance.		100 de pain desséché à 120° contiennent : azote	Matières azotées, calculées
Pain de munition de la manutention de Paris.		2,26	14,69
—	du grand-duché de Bade.	2,24	14,56
—	du Piémont	2,19	14,23
—	de Belgique.	2,08	13,52
—	de Hollande.	2,07	13,45
—	de Stuttgard.	2,06	13,39
—	d'Autriche.	1,58	10,27
—	d'Espagne.	1,57	10,20
—	de Francfort	1,44	9,36
—	de Bavière	1,32	8,73
—	de Prusse.	1,12	7,28

La proportion de substance azotée a été calculée en multipliant par 6,5 le poids de l'azote obtenu.

Comme on le voit, M. Poggiale s'est attaché, dans ses analyses, à déterminer particulièrement la proportion de gluten et d'azote. En effet, il est admis aujourd'hui, par les chimistes et les physiologistes, que la quantité de matière azotée fait connaître la propriété nutritive du pain et de la farine. Cependant il faut tenir compte pour le pain de sa fabrication ; mais on peut dire d'une manière absolue que les farines les plus riches en gluten sont celles qui conviennent le mieux à la nourriture de l'homme.

Les différences que présentent entre elles les farines de blé, de seigle, d'avoine, etc., proviennent de la quantité, et peut être de la nature du gluten qui offre des différences considérables dans la composition et dans la proportion des élémens qui le composent.

Il devenait intéressant, après les expériences qui précèdent, de reconnaître la proportion de gluten et d'azote du pain de 1re et de 2e qualité de la boulangerie civile, de celui des hospices de Paris et des farines commerciales.

Il résulte des analyses auxquelles M. Poggiale s'est livré, que le pain et la farine de munition contiennent moins de matières azotées que le pain et la farine de 1re qualité, et qu'il en renferme plus que le pain et la farine de 2e qualité. M. Payen avait, d'ailleurs, obtenu les mêmes résultats en opérant sur les farines seulement; il en avait conclu que la farine de munition possède des qualités nutritives supérieures aux farines de 2e qualité. En effet, celles-ci ne renferment pas, comme la farine de munition, toutes les parties du blé; elles se préparent avec les produits inférieurs obtenus après la séparation des gruaux et de la fleur de farine. Cette opinion, qui repose sur des analyses chimiques incontestables, est, d'ailleurs confirmée par les praticiens les plus recommandables. Cependant, il est juste d'ajouter que le pain de munition contient une faible proportion de matière azotée, qui, d'après ces dernières expériences, n'est pas assimilable.

Diverses commissions, composées d'hommes spéciaux, ont reconnu que le pain fabriqué avec de bonnes farines de munition, a des qualités nutritives supérieures à celles du pain de deuxième qualité de la boulangerie civile. Les adversaires du pain de munition lui reprochent, à tort, selon l'auteur, d'être moins nutritif que le pain blanc de deuxième qualité, et la théorie chimique de la composition des alimens n'admet pas, comme ils le pensent, que 630 grammes de pain blanc soient l'équivalent de 750 grammes de pain de munition.

Cette opinion a été soutenue particulièrement par la commission nommée en 1850. Cependant, M. Poggiale est d'avis que, pour avoir un bon pain, l'administration de la guerre devra diminuer encore la proportion de son de 4 à 5 p. 100.

Composition chimique du son. — Depuis plusieurs années, dit M. Poggiale, les homme de science et les praticiens se sont vivement préoccupés de la composition, de la valeur nutritive du son et du rôle qu'il joue dans la panification. On sait que ce produit est considéré par les uns comme une substance essentiellement alimentaire, plus riche en gluten que le blé et pour les autres comme un élément très nuisible. On lui reproche particulièrement d'avoir une saveur acide, d'être un obstacle à la conservation du pain, de favoriser la formation des sporules de diverses espèces de champignons, et, enfin, d'être sans profit pour l'alimentation de l'homme.

Souvent consulté sur ces questions importantes, M. Poggiale a cru devoir soumettre à l'autorité de l'expérience les assertions contradictoires qui ont été tour à tour avancées.

La quantité de gluten et d'amidon renfermés dans le son, est-elle aussi élevée qu'on l'a admis dans ces derniers temps ? Doit-on considérer comme substance alimentaire tout ce qui lui est enlevé par les acides, les alcalis et les dissolvans qu'on emploie pour avoir la cellulose pure ? Peut-on, sans inconvénient, laisser dans le pain tout le son contenu dans la farine ?

Telles sont les questions qu'il a dû étudier, afin de pouvoir fournir les renseignemens qui lui étaient demandés. Les recherches auxquelles il s'est livré lui permettent d'annoncer que la proportion de matière non assimilable contenue dans le son est très considérable ; les résultats de ses analyses montrent, en effet, qu'il existe dans le son une matière azotée non assimilable, dont la proportion s'élève à 3,516 pour 100, et une substance azotée assimilable dont le poids est de 9,877 pour 100.

Ce résultat n'offre rien d'extraordinaire. En effet, si la valeur nutritive des alimens, croît d'une manière générale, avec la proportion des matières azotées qu'ils contiennent, il faut bien admettre aussi que toutes les matières azotées ne peuvent pas être considérées comme nutritives pour l'homme. Ainsi, la paille de froment, de seigle, d'orge, d'avoine, de pois, les balles de froment, plusieurs espèces de feuilles, le bois, etc., contiennent, d'après les expériences de MM. Payen et Boussingault depuis 2 jusqu'à 17 p. 1000 d'azote, et personne n'a soutenu que ces substances fussent alimentaires pour l'homme et pour tous les animaux. Elles sont, comme la partie ligneuse du son, réfractaires à l'action des organes digestifs de certaines espèces animales.

Une expérience instituée par M. Poggiale a démontré ce fait d'une manière péremptoire. Il en est résulté, en effet, que le son qui n'est pas digéré renferme encore 80 p. 100 de matière réputée alimentaire, si l'on admet que les substances dissoutes par les acides et par les alcalis étendus sont assimilables.

Voici quelques-unes des expériences que rapporte l'auteur :

On a donné à un chien, pendant quatre jours, un mélange de bouillon et de 56 grammes de son desséché et dépouillé des matières amilacées par la diastase, on a soigneusement recueilli les excrémens et par des lavages réitérés sur un tamis de soie, on a séparé le son de quelques substances qui l'accompagnaient. Le résidu, desséché ensuite à 120°, fusait 42,053 ; il n'avait donc perdu, par l'acte de la digestion, qu'environ 13 grammes composés de gluten et de matière grasse, et il renfermait encore de l'azote.

Cette expérience, répétée avec 100 grammes de son ordinaire, a donné approximativement les mêmes résultats.

Deux chiens ont été nourris, l'un avec un mélange de bouillon et de pain blanc de première qualité, l'autre avec un mélange de bouillon et de son. Le chien nourri avec la bouillie de son, qui pesait 5 kil. 250 grammes, a perdu, dans l'espace de huit jours, 870 grammes, et il était tellement affaibli, qu'on n'aurait pas pu continuer sans danger cette expérience.

L'autre chien pesait 5 k. 240, et son poids a diminué de 320 grammes dans le même espace de temps; cette diminution de poids tenait, non pas à la nature, mais à l'insuffisance des alimens qu'il recevait.

Le chien, nourri d'abord avec du pain, a été soumis, à son tour, au régime du bouillon et du son, et les résultats ont été les mêmes.

Dans une autre expérience on a donné, à l'un des deux chiens, du son et du bouillon à discrétion, à l'autre du pain et du bouillon également à discrétion. La quantité de bouillon était la même pour les deux. Le premier chien qui pesait 5 k. 360 gr., a perdu, dans l'espace de huit jours, 455 gr. L'autre, dont le poids s'élevait à 4 k. 975 gr., a gagné 210 grammes.

Ces mêmes expériences ont été répétées avec des poules, et les résultats n'ont pas varié ; celles qui ont été nourries avec le son ont constamment perdu de leur poids.

Il résulte de ces faits que le son renferme beaucoup de cellulose et de substances non assimilables.

Il était donc indispensable de recourir à une autre méthode pour déterminer la proportion de matière alimentaire contenue dans le son. Le résultat de cette dernière série d'analyses est que le son contient 44 p. 100 de matières assimilables et 56 p. 100 de substances qui ne peuvent pas servir à la nutrition. Cette proportion si élevée de matières réfractaires à l'action des organes digestifs, justifie donc l'élimination du son de la farine, et la perte qui résulte de l'opération du blutage. On ne saurait nier, d'ailleurs, que le pain, préparé avec de la farine brute, est généralement brun, mal levé, d'un aspect peu appétissant, d'une saveur aigre et d'une digestion souvent difficile.

Les boulangers les plus distingués ont observé que la farine de froment brute absorbe plus d'eau et produit plus de pain que la farine blanche. Un officier de subsistances militaires a remarqué, de son côté, que le son absorbe 1,240 de son propre poids d'eau et la recoupe 0,998 seulement. Avant eux, l'illustre Parmentier avait déclaré que le son en substance, quelque divisé qu'on le suppose, fait du poids et non du pain ; que ce n'est pas une économie de faire entrer le son dans la composition du pain, non seulement parce qu'il ne nourrit pas lui-même, mais encore à cause des obstacles qu'il apporte nécessairement à la fabrication du pain. Il a encore un défaut capital, ajoutait Parmentier, c'est de passer en entier, tel qu'on l'a pris, sans être digéré. Il est utile de faire remarquer que ces observations, trop sévères peut-être, se rapportent au pain bis et grossier que l'on distribuait aux troupes avant 1799.

La question est résolue, d'ailleurs, par la pratique de tous les temps et de tous les peuples ; on remarque, en effet, que les populations rejettent une partie du son dans les années abondantes et à mesure que leur bien-être augmente, que les ouvriers des villes ne mangent que du pain blanc, et que l'administration de la guerre a élevé, depuis quelques années, le blutage de la farine à 15 p. 100 d'extraction du son. Il n'est donc pas possible de songer à fabriquer, comme on l'a proposé, du pain avec la farine brute; personne n'en voudrait.

Il est d'ailleurs de bonne économie, comme le fait observer M. Bouchardat, de donner le pain blanc aux hommes, et de faire utiliser le son aux ruminans, qui nous le rendent sous forme de lait et de viande. En temps de suffisante récolte, faire consommer le son aux hommes qui le digèrent mal, ajoute le même auteur, est une mauvaise opération, au point de vue économique, et vouloir revenir au blutage inférieur, c'est aller en arrière du progrès.

J'ai fait voir, continue l'auteur, qu'on peut obtenir du pain de munition très bon et très nourrissant avec la farine de froment blutée à 17 pour 100. Le son qu'on y laisse est peut-être très utile, en ce sens qu'il retient plus longtemps dans les organes digestifs les principes assimilables. En effet, beaucoup de physiologistes admettent que la puissance nutritive des alimens n'augmente pas d'une manière absolue en raison directe de la concentration des élémens assimilables qui entrent dans leur composition ; et que, pour être bien digérés, les principes nutritifs ont besoin d'être mélangés avec des matières plus réfractaires. Ce serait le rôle du son lorsqu'il se trouve en proportion convenable dans le pain de munition. Avec un pain trop léger, trop prompt à traverser l'appareil digestif, des jeunes gens robustes, soumis comme le sont nos soldats, à des exercices et à des labeurs souvent pénibles et prolongés, ne sauraient être aussi bien nourris qu'avec le pain de munition. Cependant, M. Poggiale exprime le vœu que la proportion de son soit encore diminuée.

Quelques praticiens ont proposé de moudre les blés, de séparer les sons, de les remoudre encore, et enfin de bluter la farine au taux réglementaire. Ils affirment que, par ce moyen, on obtient de très beau pain.

De nombreuses expériences ont été faites depuis quelques années par l'administration de la guerre, dans le but de savoir s'il y a utilité à remoudre les sons. Il résulte des épreuves de panification qui ont été exécutées, en 1850, par la haute commission des subsistances militaires, que le pain de munition, préparé avec des farines, dont une portion a été remoulue, et dans lesquelles les sons se trouvent plus divisés, a une teinte plus grise que le pain de munition fabriqué par les procédés ordinaires. Aussi, le projet de la remouture des sons, très coûteux d'ailleurs, fut-il repoussé à l'unanimité par la commission.

La séparation complète et économique de la matière alimentaire du son est donc un problème que l'industrie n'a pas encore résolu ; à mon avis, ce résultat si désirable ne peut être obtenu qu'en perfectionnant les moyens mécaniques dont le meunier fait usage. (Comm. MM. Michel Lévy, Bouchardat et H. Gaultier de Claubry.)

Du seigle ergoté et de son développement.

M. Ch. Robin, candidat pour la section d'histoire naturelle médicale, lit un mémoire sur la nature botanique des différentes parties du seigle ergoté et sur leur développement. L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de fixer l'opinion des botanistes et des auteurs de matière médicale sur la nature des diverses parties dont se compose l'ergot de seigle, tant avant qu'après l'époque où il a été détaché de l'épi, dont il est un parasite. A cet effet, il a suivi, pendant quatre semaines, le développement de l'ergot et de ses parties accessoires sur des épis différens, malades à différens degrés, qu'il a pu recueillir en grand nombre dans ses herborisations, et il a comparé successivement les organes des fleurs attaquées par l'ergot à celles des fleurs voisines restées saines, ou à celles d'épis arrivés à la même phase d'évolution.

L'un des résultats principaux auxquels l'auteur a été conduit par ses recherches est celui-ci :

Le corps jaunâtre, caduc, appelé sphacélia, qui est au sommet de l'ergot, et qui a été l'objet de tant d'hypothèses, n'est point un champignon particulier, ni un corps de nature inconnue, mais un corps complexe, formé par agglutination des restes des organes sexuels mâle et femelle de la fleur attaquée par une certaine quantité des filamens analogues à ceux de l'ergot, et enfin par un champignon parasite des plantes, très commun, le clodosporium herbarum. (Comm. MM. Michel Lévy et Desportes.)

(L'Académie se forme en comité secret à quatre heures, pour entendre le rapport de la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, sur les candidats.)

DU SUCRE DANS LA PHTHISIE.

Avicenne conseillait le sucre comme le meilleur palliatif de la phthisie. De nos jours, le peuple grignote encore le sucre candi contre les catarrhes, ce qui a sans doute pour effet d'humecter la gorge et de faciliter l'expectoration. Mais il y a loin de cela à un traitement régulier de la phthisie. Voici qu'un médecin américain, le docteur Calweright, prétend avoir guéri des phthisiques avec du sucre ; mais il administre celui-ci sous une autre forme. Il envoie ses malades passer plusieurs heures par jour dans une fabrique de sucre. Il paraît que les vapeurs sucrées qui en émanent, produisent presque instantanément l'enrayement de la phthisie. (*Revue de thérap.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Recueil de formules publiées jusqu'à ce jour, extraites des journaux français et étrangers, recueillis par l'un des rédacteurs du *Journal de chimie médicale* ; SUPPLÉMENT A TOUS LES FORMULAIRES. — In-32, format de poche ; prix : 1 fr. 25 c. *franco* par la poste.

A Paris, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

De la cautérisation des bourrelets hémorroïdaux par le fer rouge ; par A. G. de Beauvais, d.-m, etc.. — Thèse In-4°. Paris, 1852, Labé.

Des tumeurs de l'orbite. Thèse de concours, par M. Demarquay. In-8°, Paris, 1853.

Rapports sur les épidémies de 1850, par M. Michel Lévy, membre de l'Académie de médecine. In-4°, Paris, 1853, J.-B. Baillière.

Anus artificiel, injection de bouillons dans l'intestin, non parcourue par les matières stomacales, observations et réflexions, par G. Piogey, d.-m., etc. in-8, Paris, 1853.

Discours sur l'évolution des forces vitales dans la matière ; par M. Ch. Des Moulins, suivi de la réponse de M. Costes, sur l'évolution des forces vitales et la dynamysation de la nature. In-8, Bordeaux, 1853.

Notice médicale sur les bains d'Ems (Bad-Ems), par M. le docteur Fauconneau-Dufresne. Prix : 1 fr.

Se vend au bureau de l'*Union Médicale*.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Maltestbet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 90. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 30 Juillet 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges, n° 12*, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12*.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — Service de M. VELPEAU.

Sommaire. — Kyste de l'ovaire; ponction; mort. — Réflexions sur l'utilité des injections iodées dans le traitement des hydropisies enkystées de l'ovaire.

Dans cette observation, intéressante à plus d'un titre, il s'agit d'une femme de 45 à 50 ans, entrée le 6 juillet 1853, à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Catherine, n° 30, avec une hydropisie ascite.

A son entrée à l'hôpital, cette femme portait encore, sur sa physionomie, les signes d'une bonne santé générale, et huit jours après elle était morte. Sans entrer dans les considérations importantes que soulève un cas si malheureux, au point de vue de la pratique, exposons tout de suite l'histoire de cette malade. Elle avait, avons-nous dit, une hydropisie ascite. Quel était le siége précis, le point de départ de la maladie? l'ovaire ou le péritoine? C'est ce qu'il s'agissait de décider. L'examen de la tumeur ne conduisait pas à des résultats assez nets et assez précis. La ponction devait lever tous les doutes et éclairer le diagnostic. Si c'était un kyste ovarique, il donnerait lieu à l'écoulement d'un liquide onctueux, gras, coloré; si la collection avait son siége dans la cavité péritonéale, ce serait de la sérosité pure. La ponction a donc été faite et il est sorti une liqueur onctueuse, grasse, colorée en noir; il n'y avait donc plus de doute, il s'agissait d'un kyste de l'ovaire. La collection était abondante, car il s'est écoulé 20 litres à peu près de liquide. Du reste, cette femme avait déjà subi une fois la ponction en province, et, à son dire, on aurait retiré de son ventre une très grande quantité d'un liquide semblable à celui que nous avons obtenu.

La ponction, dit M. Velpeau, est une opération des plus inoffensives ; pour mon compte, je l'ai pratiquée un très grand nombre de fois sans accident. Il y a même pas mal de personnes atteintes d'ascite, qui viennent à l'hôpital se faire ponctionner, et s'en vont ensuite à pied sans aucun inconvénient. M. Velpeau a pratiqué, à l'hôpital des Cliniques, 40 à 50 fois la ponction à une femme qui venait ainsi tous les deux ou trois mois se faire vider le ventre et s'en allait ensuite, dès que son ventre était vidé. La ponction est donc une opération des plus inoffensives, surtout quand elle est faite pour des kystes ovariques, et cependant elle peut amener la mort : cela s'est vu plus d'une fois.

M. Velpeau cite le fait d'une dame du monde, morte il y a deux ou trois ans, quatre jours après la paracentèse; il a vu également le même accident se produire sur plusieurs autres femmes. Ainsi, quoique la ponction soit, en général, une opération insignifiante, il faut savoir qu'elle peut être quelquefois suivie d'accidens mortels. C'est ce qui explique pourquoi les chirurgiens et les médecins surtout, diffèrent tant d'opinion, relativement à la paracentèse; les uns n'osant la pratiquer, les autres la pratiquant toutes les fois que l'occasion s'en présente. C'est que les uns ont vu, par une coïncidence singulière et malheureuse, plusieurs cas successifs de ponctions suivies de mort, tandis que les autres n'ayant eu, sur plusieurs centaines d'opérations, que quelques cas de mort, ne s'y arrêtent pas, regardant avec raison cette terminaison funeste comme une de ces anomalies fâcheuses qui se produisent à propos des opérations les plus bénignes, telles que la saignée, l'application des sangsues ou des ventouses, des vésicatoires, des cautères, des sétons, des moxas, etc., etc., en un mot, de tout ce qui touche à la peau humaine. L'érysipèle peut venir compliquer ces diverses opérations et entraîner la mort des malades; le chirurgien doit donc être toujours excessivement réservé, touchant le pronostic des opérations en apparence les plus bénignes, car il n'en est pas qui ne puisse, par une raison ou par une autre, occasionner la mort.

Dans le cas actuel, il est une circonstance qui laisse à M. Velpeau quelques regrets, c'est d'avoir été obligé de se servir d'un trois-quarts énorme, il n'y en avait pas d'autre dans l'établissement. L'introduction du trois-quarts a été extrêmement douloureuse, ce qui n'est pas ordinaire; la malade a crié et s'est débattue avec violence; bien plus, le trois-quart une fois entré, la douleur a persisté et M. Velpeau a cru remarquer que quelque chose du fond du ventre venait heurter contre le bec de la canule. Quand le ventre a été vidé des 20 litres de liquide qu'il contenait, M. Velpeau l'a exploré et a reconnu l'existence d'une tumeur située dans la fosse iliaque droite; tumeur mobile contre laquelle venait heurter le bec de la canule. Cette condition explique les résultats fâcheux qui se sont produits. Dès le lendemain, la malade a été prise d'accidens qui sont devenus rapidement graves : frisson violent, douleurs très vives dans le ventre, nausées, pouls petit, fréquent, *facies* très altéré, tout à fait analogue à celui des malades atteints de péritonite intense; en un mot, nous avions là tous les symptômes d'une péritonite générale. Or, une péritonite générale arrivant chez une hydropique, le lendemain d'une ponction, est une chose extrêmement grave. Il s'agit, en effet, d'une cavité immense, la cavité péritonéale déjà malade, en ce sens qu'elle enveloppe des organes qui ne sont pas sains. Dans l'ascite il y a presque toujours quelque part une lésion organique, c'est le foie, la rate, le mésentère, l'intestin, qui est malade. S'agit-il d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, c'est ce dernier organe qui est lésé, il y a un kyste, c'est-à-dire une poche pathologique. Il existe donc déjà, dans les deux cas, une maladie chronique très étendue, à charge à l'organisme, à laquelle vient s'ajouter une maladie aiguë très redoutable. Lors donc qu'après une paracentèse, vous voyez naître une péritonite, il est bien rare que le malade ne succombe pas d'une manière très rapide; quand la douleur de la ponction est très vive, il faut craindre une péritonite. Notre malade est morte au bout de trente heures.

Voici les particularités révélées par l'autopsie :

Du côté gauche, l'ovaire et la trompe sont sains; à droite, la trompe a une étendue extraordinaire; le ligament de l'ovaire vient s'épanouir dans le kyste qui se présente sous la forme d'un sac immense, sur lequel on aperçoit le trou de la ponction. A l'intérieur de ce kyste on voit un nombre infini de tumeurs situées dans l'épaisseur même de la paroi et disséminées sur toute l'étendue du sac. Quelques-unes en se réunissant forment une masse considérable composée de plusieurs kystes communiquant, sans doute, avec les autres. L'épaisseur de la paroi de ces kystes est considérable. Cette paroi ressemble à la membrane muqueuse de l'estomac ou des intestins.

L'existence de ces kystes multiples disséminés dans le grand kyste ovarique, l'aspect des parois de ce kyste, méritent d'arrêter notre attention et donnent la clé de certaines particularités importantes, relatives au traitement de l'hydropisie enkystée de l'ovaire.

Supposons un kyste de la nature de celui-ci; on le vide par la ponction, le liquide ne se reforme pas; il semble qu'il y ait guérison, mais cette guérison n'est qu'apparente, puisque dans le kyste principal on laisse subsister un grand nombre d'autres

Feuilleton.

CAUSERIES MÉDICALES AVEC MON CLIENT;

Par le docteur Eug. BOURDET.

Un vol. in-18. — Paris, 1852, Germer-Baillière.

Causeries!.... voilà un titre qui, si l'auteur en éprouvait le besoin, devrait me rendre bienveillant envers son œuvre, moi qui ai tant commis de causeries qui ont mis à une rude épreuve la bienveillance et l'indulgence de mes lecteurs. Mon client!.... ce mot me rappelle un propos très vif adressé à un médecin que j'ai de bonnes raisons de connaître intimement. Ce jeune confrère, — il était jeune alors, — se présenta un soir dans le salon d'une dame fort spirituelle, mais un peu malicieuse. Il se montrait affligé de la mort toute récente d'une de ses clientes, dame très respectable, qui avait eu pour lui les bontés d'une mère. Comme il refusait une partie de wisth : Respectez la douleur bien légitime du docteur, s'écria la maîtresse de maison, il vient de perdre sa clientèle. J'espère, pour M. Eugène Bourdet, que *son client* n'est là qu'en manière de trope, et qu'il n'a eu que l'embarras du choix pour savoir avec qui causer, puisque causeries il y a.

M. Eugène Bourdet a voulu remplir une tâche honorable; il a eu en vue de répandre parmi les gens du monde des idées saines et vraies sur la médecine et sur le médecin. On sait de quelles erreurs, de quels préjugés, de quelles folies la science et la profession sont victimes dans le monde. Rectifier ces erreurs, dissiper ces préjugés, mettre à nu ces folies, tel est le but que notre honoré confrère a voulu atteindre. La science et la profession lui doivent des remercîmens; il les présente l'une et l'autre sous des couleurs qui ne peuvent que les rendre honorées et respectables. Un coup d'œil rapide sur cet intéressant petit volume justifiera la bonne opinion que je viens d'exprimer sur son compte.

Dans une première lettre, l'auteur fait à son correspondant, homme du monde, la peinture de la vie de l'étudiant en médecine. Ce début est heureux; on se fait des idées très fausses de l'étudiant en médecine; le monde le désigne sous un nom, dont la traduction un peu trop libre, ne signifie rien moins que travail et bonne conduite. Cette appellation, pour l'immense majorité de nos élèves, est une pure calomnie. En traçant le tableau de cette vie de travail, de travail pénible et austère, passée dans l'amphithéâtre de dissection ou dans les salles d'hôpital, de ces plus belles années de la jeunesse qui s'écoulent auprès des malades ou des cadavres, de ces études longues et difficiles des sciences accessoires d'abord, de la médecine proprement dite plus tard, M. E. Bourdet fait voir que cette longue initiation au droit d'exercice laisse beaucoup moins de loisirs qu'on ne le suppose pour les distractions et les plaisirs. Il y a sans doute quelques étudians dissipés et paresseux, c'est l'ombre au tableau, et l'auteur ne l'a pas dissimulée :

« Je vous ai trop bien parlé, dit-il, de cette jeunesse intéressante, qui, se destinant à la médecine, s'attache sans fortune, et souvent sans protection, à cet art préféré, et parvient au succès par le travail, les privations, et les dures économies, pour ne pas vous faire entrevoir ceux que j'ai négligés, —c'est le nombre exceptionnel, — de ces jeunes étourdis et de ces mauvais esprits, qui, sans goût, sans conduite ou sans intelligence, usent à Paris leur temps, leur avenir et les secours de leur famille. Ceux-là arrivent tant bien que mal au diplôme qu'ils veulent exploiter; quelquefois, sur leur route, ils s'arrêtent au grade inférieur d'officier de santé, trompant ainsi les intentions de la loi, qui l'avait instituée dans des temps difficiles, pour un tout autre but que celui d'une indemnité à la paresse ou à l'insuffisance. »

La seconde lettre est intitulée : *De la pratique de l'art*. M. E. Bourdet y aborde le sujet délicat des préjugés et des préventions du monde, à l'égard de la médecine et des médecins. Il n'y a là rien de bien nouveau, mais l'auteur a su rajeunir toute cette argumentation par une forme heureuse. Cependant cette lettre manque d'accent, de trait et de portée; je n'y trouve aucune conclusion pratique. J'approuve d'autant plus ce qu'il dit sur l'abus des consultations, surtout à Paris, que j'ai eu l'occasion de tenir le même langage ici et ailleurs. Il y a une bonne classification des médecins à Paris : le médecin professeur, le médecin d'hôpital, le médecin de famille, — j'aimerais mieux *des* familles. — L'auteur exagère le nombre des médecins en France; il l'élève au chiffre de 25,000. Je ne crois pas qu'il dépasse 18,000 pour les deux ordres. M. Bourdet reproduit, avec talent, toutes les bonnes raisons qui ont été données contre la suppression du second ordre. « Ce n'est pas, dit-il, dans les départemens les plus pauvres, et conséquemment au profit de leur population indigente, que les officiers de santé exercent en plus grand nombre l'art de guérir; ils abondent, au contraire, dans les plus riches, et ce sont des docteurs qui occupent les autres. Dans le département du Nord, un des plus beaux de France, sur 530 médecins, il y a 312 officiers de santé; dans celui de la Seine-Inférieure, sur 389 médecins, on compte 195 officiers de santé. Dans la pauvre Lozère, 14 docteurs sont opposés à 15 officiers de santé. Cette proportion significative, en sens inverse, se continue dans l'Aveyron, le Cantal et les départemens du midi; concluez vous-même. »

La troisième lettre, *sur la clientèle*, a dû paraître fort triste au client de M. Bourdet; c'est, en effet, un récit triste des embarras et des tribulations du pauvre médecin au milieu de l'encombrement et de la concurrence illimitée. M. Bourdet y prémunit l'homme du monde contre le fracas et la mise en scène du savoir faire, qui distancent si facilement l'honnêteté et la candeur du praticien modeste. Mais, hélas! de ces tableaux sort-il un enseignement réel? J'ai peine à le croire, ou plutôt, il me semble, et c'est une de mes appréhensions, qu'en disant sans cesse : la délicatesse professionnelle, l'austérité de conduite et la pratique consciencieuse de l'art, ne conduisent qu'à des positions infimes; pour réussir, pour s'enrichir, il faut faire tout autre chose; eh bien! je crains que ce langage n'ait, plus qu'on ne le croit, une influence fâcheuse et ne pousse les jeunes gens à la recherche de cette autre chose qui fait le succès. Si jamais j'ai le malheur de publier un livre sur ce sujet, je n'y ferai l'histoire que des charlatans qui ont sombré et des praticiens honnêtes qui ont réussi. Ne vous imaginez pas que tout

kystes dont le développement pourra reproduire la maladie. Avec ces kytes il y a des masses solides assez dures, dont quelques-unes contiennent de la matière gélatineuse, il n'est pas possible de guérir radicalement une maladie dans laquelle existe une disposition pareille.

L'examen nécroscopique nous conduit à une considération de la plus haute importance : le ventre étant vidé, n'y a-t-il pas lieu de songer à l'injection iodée pour obtenir l'oblitération du kyste? Quand on examine l'intérieur de ces kystes, on est très peu tenté de pratiquer ces injections; on se demande comment il est possible d'obtenir l'adhésion d'un sac non contractile, ayant des parois d'épaisseur inégale, présentant des anfractuosités, et surtout ressemblant à une membrane muqueuse. Il paraît impossible de faire naître là une inflammation adhésive, et il y a tout à craindre qu'on y produise seulement l'inflammation suppurative. Or, une inflammation développée sur une aussi large surface, doit être quelque chose de redoutable pour l'économie. Supposons une inflammation de cette étendue, ayant son siége à l'extérieur, sur la peau, ce serait quelque chose de terrible; pourquoi donc ne craindrait-on pas de provoquer, à l'intérieur, des accidens de cette nature?

En résumé, les raisons théoriques opposées par M. Velpeau au traitement des kystes ovariques par les injections iodées, sont les suivantes. Il s'agit de cavités larges, immenses, irrégulières, anfractueuses, ayant des parois d'épaisseur inégale, tapissées par une sorte de membrane muqueuse très peu disposée, par sa nature, à l'inflammation adhésive, très disposée par conséquent à l'inflammation purulente, exposant ainsi les malades aux suites terribles des vastes suppurations; et quand même elle serait adhésive, l'inflammation, par son étendue seule, présenterait des dangers redoutables. Ces raisons ont fait reculer M. Velpeau devant l'emploi d'un pareil traitement. Mais, ajoute le savant professeur, toutes ces objections ne sont, en définitive, que des objections théoriques auxquelles les faits pourraient bien donner un démenti formel. Voyons donc si les faits légitiment cette pratique.

On a tenté les injections iodées dans les kystes de l'ovaire et on en a obtenu quelques bons résultats. Quelques femmes s'en sont bien trouvées, une entre autres, qui, sans être guérie tout à fait, n'a plus dans le ventre que des bosses qui lui permettent d'aller et de venir, et de vaquer à ses occupations. Cette femme avait plusieurs kystes, que l'on a ponctionnés et injectés successivement; ces kystes se sont affaissés, et aujourd'hui elle se trouve dans un état si satisfaisant, qu'elle se considère comme guérie.

Malgré ces quelques faits, qui sembleraient devoir donner de l'audace au chirurgien et l'encourager à employer ce traitement, M. Velpeau n'est pas encore très rassuré à l'endroit de l'utilité des injections iodées dans les kystes de l'ovaire, non seulement à cause des raisons théoriques précédemment exposées, mais aussi à cause des accidens mortels qui ont suivi l'emploi de ce moyen. Après tout, on peut se demander si les injections iodées sont bien réellement la cause de ces accidens? Il est difficile de conclure, en médecine. Si, par exemple, dans le cas actuel, on avait pratiqué l'injection iodée après la ponction, qui douterait aujourd'hui que la mort de cette femme ne dût être mise sur le compte de l'injection?

Ces coïncidences fâcheuses arrivent assez souvent dans la pratique et doivent obliger le praticien à une extrême réserve lorsqu'il s'agit de se prononcer pour ou contre telle ou telle médication. Cette coïncidence est assez fréquente, surtout dans les hydropisies du bas-ventre. M. Velpeau cite plusieurs faits de sa pratique, soit à l'hôpital, soit en ville, dans lesquels des accidens mortels se sont déclarés la veille du jour où l'opération devait être pratiquée. Si elle l'avait été personne, médecin et gens du monde, n'aurait douté que la mort ne fût l'effet de l'opération. Il faut donc bien prendre garde de ne pas confondre ce qui dépend de la nature et de la marche naturelle des maladies, et ce qui dépend des moyens mis en usage pour y remédier.

M. Velpeau termine par quelques réflexions sur l'extirpation des kystes ovariques. Il considère cette opération comme inutile, puisque, en général, ces kystes sont multiples, et que, pour en avoir extirpé un, on n'a pas guéri les malades. De plus, cette opération est extrêmement dangereuse, car les kystes de l'ovaire, pour peu qu'ils aient du volume, contractent des adhérences avec le péritoine, qu'il faut lacérer, pour enlever la tumeur. M. Velpeau ne peut comprendre que des médecins ou des chirurgiens ordinaires (car ce n'est pas à des célébrités chirurgicales qu'il faut imputer cette pratique) aient, de sangfroid, fendu le ventre depuis l'appendice xyphoïde jusqu'au pubis, pour extirper des tumeurs ovariques; et il est heureux de pouvoir dire, à la louange de la chirurgie française, qu'elle ne s'est pas rendue coupable de pareils méfaits. C'est à l'étranger, en Allemagne et en Angleterre surtout, que ces effroyables opérations ont été pratiquées. On pardonnerait de semblables tentatives s'il s'agissait d'affections ou d'accidens extrêmement graves, plaçant les individus sous le coup d'une mort imminente; mais pour des kystes ovariques, affection qui permet aux femmes de fournir, sans trop d'inconvéniens, une longue carrière, de vivre jusqu'à l'âge de 75 et 80 ans, comme il y en a des preuves vivantes à la Salpêtrière, c'est une chose inique et révoltante.

En résumé, M. Velpeau ne conseille et n'emploie dans l'hydropisie enkystée de l'ovaire qu'un traitement palliatif, la ponction répétée, ou des moyens médicaux. Il repousse l'injection iodée, ainsi que tous les autres moyens chirurgicaux proposés ou employés jusqu'à ce jour.

Dr A. TARTIVEL.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

KYSTE HÉMORRHAGIQUE DE LA CAVITÉ ARACHNOIDIENNE;

Par M. BRICHETEAU, médecin de l'hôpital Necker.

(Observation et réflexions présentées à la Société médicale des hôpitaux de Paris, dans la séance du 8 Juin 1853.)

Le 8 avril 1853, est entré à l'hôpital Necker, service de M. Bricheteau, salle Saint-Ferdinand, 28, un homme nommé Monneau (Louis), âgé de 61 ans, cocher.

Cet homme a la figure très colorée, les muscles bien développés.

Ses parens nous apprennent qu'il a l'habitude de boire, surtout de l'eau-de-vie.

Vers la fin de février, il perdit connaissance à la suite d'une grande contrariété, et tomba. Cela dura environ une demi-heure, après quoi, sortant comme d'un rêve profond, il balbutia quelques paroles aux personnes environnantes et finit par reprendre connaissance.

Il s'aperçut alors qu'il ne pouvait pas remuer le membre inférieur droit, et qu'il avait de l'affaiblissement dans le bras droit, au point de ne pouvoir porter sa main à sa bouche.

A cause de cette double infirmité, il fut forcé de cesser ses fonctions de cocher, ce qui lui causa un chagrin très profond.

Du reste, l'appétit s'était conservé bon, les selles restaient normales, aucune difficulté ni dans la miction, ni dans la défécation.

Néanmoins, à partir de cette époque, la mémoire s'affaiblit; cet état de la mémoire ne fit qu'empirer par la suite.

Les parens le gardèrent chez eux jusqu'au commencement d'avril, et, vers cette époque, aucune amélioration n'était survenue.

Vers le 7 avril au soir, il tomba de nouveau, ne reprit point connaissance, et le lendemain il fut apporté dans le service.

État actuel. — Cet homme ne parle pas, il pousse quelquefois des soupirs, des cris particuliers. Son état est celui d'un demi-sommeil, il paraît, cependant, comprendre quelques questions qu'on lui adresse.

La sensibilité générale est conservée, et, lorsqu'on pince le malade ou qu'on le pique avec la pointe d'une aiguille, il pousse un cri, et exécute des mouvemens bornés du membre blessé.

Le membre inférieur droit reste inerte, il n'opère que quelques petits mouvemens lorsqu'on le pique.

Le membre inférieur gauche, au contraire, se remue sans cesse.

La main droite est appuyée sur le lit; si on la soulève, elle retombe presque inerte.

Carphologie du côté gauche; les lèvres s'agitent comme dans l'action de fumer la pipe.

Les deux pupilles sont égales et contractiles.

Phénomènes généraux. — Respiration normale; le pouls est régulier, assez large, s'élève à 65 pulsations.

La bouche est sèche, les dents sont légèrement fuligineuses; pas de vomissemens, selles normales.

Traitement. — Eau de Sedlitz, tisane gommée; les jours suivans, le même état se prolonge.

13 avril. 12 sangsues derrière les apophyses mastoïdes; calomel.

14. Léger accès fébrile, qui augmente vers le soir.

16. Les extrémités sont froides et bleues. Lavemens avec 120 grammes de vin émétique trouble.

17. Grimacemens de la figure. Subdelirium.

19. Diarrhée très abondante; suspension du calomel; langue sèche. Peau aride. Extrait de quinquina.

20. Intelligence plus nette, moins d'affaissement; la diarrhée continue.

22. Le malade essaye de parler; bredouillement, il serre assez bien avec les doigts de sa main droite; selles considérables.

24. Ce malade nous exprime très nettement qu'il a soif. Langue sèche; la diarrhée continue. La peau est violacée en certains points; sa température est plus basse qu'à l'état normal.

Frisson prolongé, vers quatre heures du soir. Pouls petit, non fréquent.

25, 26, 27. Accès de tremblement fréquens et qui durent un quart d'heure; teinte violacée de la peau; affaiblissement de sa température, amaigrissement du malade; il désire manger. Plus de diarrhée.

L'asphyxie lente continue; son membre inférieur du côté droit semble se remuer plus facilement.

30. Respiration précipitée; phénomènes d'asphyxie. Mort le soir à huit heures.

Autopsie faite 42 heures après la mort.

A l'ouverture de la boîte crânienne, la dure-mère paraît parfaitement saine.

Si on incise cette membrane d'avant en arrière, et sur les côtés de la faux cérébrale, on aperçoit, après avoir renversé la dure-mère en dehors, une masse volumineuse, fluctuante, située entre la dure-mère et les parties latérales gauches du cerveau.

Cette masse n'est point adhérente à l'encéphale; aussi avons-nous isolé le cerveau avec beaucoup de facilité.

Cerveau et pie-mère. — La pie-mère ne paraît pas avoir subi de changemens, on l'isole du kyste, auquel elle n'est point adhérente.

L'hémisphère gauche du cerveau est aplati, ce qui rompt la symétrie de cet organe. L'aplatissement porte sur tous les points en rapport avec la masse précitée.

Examiné au niveau du kyste, le cerveau présente une coloration jaunâtre particulière. Cette coloration se prolonge, dans l'épaisseur, de 1 centimètre 1/2, et va en s'affaiblissant à mesure qu'on arrive vers

---

soit rose dans le charlatanisme; c'est un travail de galérien que cette comédie continuelle qu'il faut jouer; l'exploitation industrielle la plus lourde et la plus difficultueuse, est un jeu d'enfant à côté des embarras, des soucis et des difficultés de l'exploitation de la crédulité humaine. Un de mes amis qui a assisté aux derniers momens d'un charlatan célèbre, mort, il y a quelques années, au milieu de l'opulence, m'a transmis un récit saisissant des angoisses, des terreurs qui assiégeaient cet homme en présence de la mort, et que dévorait un cancer de l'estomac. Je publierai quelque jour ce récit étrange, cette sorte de confession d'un charlatan, et qui sera, je l'assure, très édifiante.

Je passe la quatrième lettre, dans laquelle l'auteur cherche à donner à son client quelques notions d'anatomie et de physiologie, dans le but de pouvoir lui faire discerner les bonnes des mauvaises doctrines médicales. Hélas! M. Bourdet sait aussi bien que moi que toute l'anatomie et la physiologie du monde ne suffisent pas toujours pour cela.

C'est à l'homœopathie que M. Bourdet consacre la cinquième lettre, et l'on doit penser quelle bonne critique il ajoute à toutes celles que cette grande mystification du siècle a déjà méritées. J'en citerai le passage suivant :

« Quant aux ministres de cette doctrine si neuve et si négative, je ne ferai à leur occasion qu'une seule remarque, mais assez grave; la voici : L'homœopathie n'a pas de professeurs dans les Ecoles; l'enseignement libre, qui pouvait s'en emparer pour la répandre parmi de vrais disciples, n'a pas eu, à ma connaissance, depuis près de quinze ans, plus de deux ou trois sérieux représentans, qui ont cédé devant l'indifférence, le doute ou le sarcasme des auditoires; aussi, n'est-ce pas sous la garantie des moyens de la publicité véritablement scientifique que se produit l'homœopathie. La doctrine d'Hannemann n'est donc connue et servie que par des médecins transfuges des Écoles, où ils n'ont appris que des préceptes opposés à ceux qu'ils embrassent, et où on leur a dit que l'art est long, l'expérience trompeuse, le jugement difficile; et, cependant, ils n'hésitent pas; ils rompent le lendemain la tradition de la veille; ils sont encore écoliers, que déjà on les voit convertis au culte des infinitésimaux, sans qu'on ait pu savoir qui leur a donné le baptême de la foi nouvelle. Il en est d'autres, au contraire, qui, déjà avancés dans la pratique pour laquelle ils ont sacrifié bien des années, se disent tout à coup sceptiques et opposés aux vieilles méthodes allopathiques; ils affichent très haut leur nouvelle croyance, on ne sait pourquoi; ou plutôt, vous le devinez, c'est là ce grave soupçon que je voulais exprimer, quoi qu'il m'en coûte, contre le plus grand nombre; ce n'est pas un pur intérêt scientifique, ce n'est pas par la clarté du dogme, ni sa simplicité; ce n'est pas l'insuffisance actuelle des épreuves de notre thérapeutique physiologique; ce n'est pas tout cela qui réunit sous la même bannière ces adeptes enthousiastes par ostentation, c'est moins que cela, c'est l'espoir qu'ils vivront mieux de l'autel qu'ils viennent de dresser; c'est trop d'intérêt matériel mêlé à la dignité de l'art, c'est la pensée de séduire par de nouveaux essais. »

M. Bourdet a moins de rigueur pour la phrénologie dont il traite dans sa sixième lettre. On doit, selon lui, accueillir tout essai scientifique tendant à pénétrer le mystère de notre organisation morale et matérielle. La phrénologie est trop vantée et trop décriée. Si les conclusions qu'elle renferme sont réellement le produit de l'observation directe, les attaques n'y feront rien. Gall n'est pas intentionnellement matérialiste, et sa doctrine ne conduit nullement à la négation du libre arbitre. Il a été précédé par Camper et par Lavater, qui n'étaient pas matérialistes. L'anatomie du cerveau faite par Gall est admirable; et s'il admet trente ou trente-deux facultés primitives, l'erreur du nombre n'implique pas l'erreur de la doctrine; et celle-ci, admettant la pluralité des facultés mentales, en rapport avec la pluralité des organes, qui leur servent de point d'appui, se rallie aux doctrines métaphysiques en honneur de nos jours.

Le développement de ces idées fort raisonnables, et auxquelles je m'associe pleinement, forme la partie sérieuse et scientifique de ce petit ouvrage. J'en dirai autant de la septième lettre sur l'aliénation mentale, de la huitième, sur la douleur, excellens chapitres écrits avec talent, et qui trahissent dans l'auteur une instruction générale et des habitudes philosophiques que je suis toujours heureux de signaler dans les productions de mes confrères.

L'auteur traite sévèrement dans sa neuvième lettre les magnétiseurs de profession qui ont éloigné les esprits sérieux de l'étude de quelques phénomènes réels et dignes d'attention. « Les adeptes de l'étrange innovation dont il s'agit vous disent : venez voir... doutez humblement, avant de nier; ne récusez rien,.. Tout d'abord j'étais comme vous hostile et ironique, etc.... Mais non, mille fois non, je n'irai pas voir davantage; quand mes instincts et ma raison se révoltent, je ne veux pas les exposer à ces luttes contre lesquelles tout en moi proteste; je veux rester plus indépendant, et que l'expérience seule, aidée par le jugement, me dirige personnellement. »

Me voilà arrivé à la fin de ma tâche, et je n'ai parcouru que la moitié de ce petit volume, que j'ai lu avec infiniment de plaisir, et dont je recommande la lecture à mes confrères. Ils y trouveront, sous une forme concise qui n'est pas dénuée d'élégance, tout un arsenal de bonnes et solides raisons à opposer aux objections et aux préjugés des gens du monde, préjugés et objections qui troublent, inquiètent, embarrassent parfois le médecin, et auxquels il ne peut, sans péril pour sa considération personnelle et pour la dignité de son art, ne pas se trouver toujours prêt à répondre. C'est là la mission de ce charmant petit volume, auquel je n'ai qu'un reproche à faire, à savoir, une grande incorrection typographique, qui nuit souvent à l'intelligence du discours.

Amédée LATOUR.

Les ravages que la fièvre jaune exerce depuis quelques années sur tant de points de l'Amérique, ont été pour deux médecins français l'occasion d'actes de dévoûment qui, signalés au gouvernement de l'Empereur, ne pouvaient rester sans récompense. M. le docteur Frédéric Thomas, à la Nouvelle-Orléans, et M. Théodore Gaillardet, à la Havane, n'ont pas cessé de s'exposer dans ces deux villes aux dangers de l'épidémie, pour prodiguer à leurs compatriotes les secours les plus empressés et les plus désintéressés. Sa Majesté vient de leur témoigner sa satisfaction d'une si honorable conduite, en les nommant l'un et l'autre chevaliers de la Légion-d'Honneur.

les ventricules; il nous a paru que la substance grise était ramollie en ce point.

Le reste du cerveau est parfaitement sain.

Kyste. — Le kyste est aplati latéralement. Ses dimensions sont les suivantes : 13 centim. d'avant en arrière ; 7 centim. de haut en bas, vers la partie moyenne ; 4 centim. de haut en bas, vers les extrémités.

Ce kyste appuie sur la partie latérale gauche du cerveau, sur la partie antérieure du lobe postérieur.

La paroi externe adhère faiblement à la dure-mère par de courtes adhérences filamenteuses.

La paroi interne est complètement libre et lisse à sa surface.

Contenant. — Il est formé par les deux parois précitées, l'interne étant plus faible, moins résistante que l'externe.

Cette dernière est très comparable à une ancienne membrane, suite de pleurésie.

Ces deux feuillets se rejoignent à la périphérie du kyste en formant un sillon.

Au niveau de ce sillon et en dedans, adhérence intime des deux feuillets.

En dehors de ce sillon, le feuillet interne semble se continuer avec le feuillet pariétal de l'arachnoïde.

Examiné dans l'intérieur du kyste, le feuillet externe ne présente pas d'adhérences ; au contraire, le feuillet interne offre des adhérences avec les caillots.

Contenu. — On trouve un liquide roussâtre, comparable à du sang liquide déjà ancien ; la quantité peut être évaluée à un demi-verre environ.

Puis mélangés avec ce liquide, des caillots fibrineux présentent par place une coloration rouge-brun et des irradiations blanchâtres dans d'autres.

RÉFLEXIONS. — L'organisation et la texture du kyste que nous venons de décrire, ses nombreux rapports solidement établis avec les parties adjacentes, ne permettent pas de croire qu'il soit de formation récente, et que son origine remonte seulement à la fin de février dernier. Il est donc ancien ; la nature du fluide sanguin qu'il contenait prouve, en outre, que ce fluide avait été profondément altéré et en partie absorbé, comme il arrive dans les cavernes apoplectiques enkystées qui se creusent dans la substance cérébrale. Nous croyons pouvoir ajouter, d'après les considérations exposées par M. Lallemand, dans sa quatrième lettre *sur les maladies de l'encéphale*, que ce kyste avait plusieurs années d'existence.

Pendant cet espace de temps, quel qu'il soit, il avait exercé sur le cerveau une pression qui ne paraît pas avoir déterminé d'accidens notables. C'est qu'en effet, cette compression ne produit pas, comme on l'a longtemps supposé, les plus graves symptômes de l'apoplexie. Les anciens, qui d'ailleurs ne pouvaient s'éclairer de l'ouverture des corps, admirent, non sans raison peut-être, une autre cause efficiente de cette terrible maladie ; c'était pour eux une atteinte profonde et souvent mortelle portée à l'action nerveuse, une brusque interruption des esprits animaux descendant du cerveau pour animer les autres parties du corps. Sans doute, par ces hypothèses, ils voulaient désigner une lésion qui leur était méconnue, et qu'ils ne pouvaient étudier dans les organes affectés.

Cette cause immédiate, on crut l'avoir découverte, lorsque Wepfer eut en 1668 signalé dans le cerveau un caillot de sang de la grosseur d'un œuf de poule, situé dans la partie moyenne du lobe droit, dans l'encéphale d'un homme mort d'apoplexie. Beaucoup de médecins de ce temps-là, et entre autres Botal et Duret, firent consister la cause prochaine de cette maladie, comme on le disait alors, dans l'épanchement sanguin. Morgagni, cependant, peu satisfait de cette manière de voir, avait déjà considéré l'apoplexie comme une hémorrhagie active, et lui avait par conséquent implicitement assigné une étiologie complexe. Le célèbre anatomo-pathologiste, pour fortifier les doutes qu'il élevait déjà sur le rôle que joue l'épanchement dans les affections cérébrales, rapporte sommairement (Lettre 5, n° 24) l'histoire d'une femme se portant très bien, qui tomba morte subitement. Ph. Conrad Fabricius, ajoute-t-il, disséqua son cadavre avec grand soin, pour rechercher les causes de cette apoplexie; non seulement il trouva la substance cérébrale parfaitement saine, mais il ne rencontra pas même une seule goutte de sang ou de sérosité épanchée. Ce qui lui prouva qu'il ne fallait pas attribuer la cause de toute apoplexie funeste à un épanchement de sang ou de sérosité dans l'encéphale. M. Gendrin, qui rappelle ce fait dans la traduction de l'ouvrage d'Abercrombie, *sur les maladies du cerveau*, a compulsé dans les auteurs 7 cas d'affections apoplectiques funestes sans aucun épanchement dans l'encéphale.

M. Serres publia en 1819, dans l'ouvrage rare, intitulé : *Annuaire des hôpitaux civils de Paris*, un travail curieux et considérable, dans lequel après avoir le premier, je crois, divisé les apoplexies en méningées et cérébrales, il cherche à prouver, par des expériences et des observations, que les effets des liquides épanchés sont à peu près nuls, qu'on ne peut leur attribuer ni l'origine, ni la durée, ni la gravité des apoplexies; que, souvent, les symptômes de ces maladies se dissipent, quoique les épanchemens persistent. A cet effet, et pour obtenir des épanchemens considérables, il trépanait des animaux (chiens, lapins, etc.) sur la partie moyenne du crâne et sur le trajet du sinus longitudinal supérieur; puis, à l'aide d'un bistouri avec lequel il perforait le sinus, il livrait passage au sang qui s'épanchait entre la dure-mère et le cerveau. Ces épanchemens artificiels ne produisaient point les accidens propres à l'apoplexie ; ces animaux ne succombaient pas, il fallait les sacrifier.

En supposant que l'auteur de ces expériences en ait exagéré le résultat, en admettant que les épanchemens cérébraux produisent certains accidens qui leur soient propres, il n'en paraît pas moins certain qu'ils ne sont qu'une conséquence de la lésion ou de la déchirure de la substance cérébrale, ou le produit de l'hémorrhagie. Or, l'hémorrhagie, Messieurs, a été regardée par Rochoux comme la conséquence de l'altération des substances du cerveau, et je crois avoir démontré moi-même, il y a plus de trente ans, que l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, en poussant avec trop d'énergie le sang au cerveau, déterminait des congestions et des épanchemens dans ce viscère (1).

Puisque j'ai été entraîné si loin du point de départ de cette communication, permettez-moi encore, Messieurs, d'ajouter qu'il me semble probable que l'état habituel de congestion de la substance cérébrale précède souvent l'épanchement; et, soit dit en passant, cela ne pourrait-il pas expliquer comment cet accident survient quelquefois immédiatement après la saignée, ainsi que cela a d'ailleurs été signalé dans ces derniers temps par l'auteur d'une thèse. En sorte que ce moyen pourrait précipiter la catastrophe au lieu de la prévenir, chez certains individus qui présentent des signes de congestion encéphalique ; il en arrive à peu près ainsi chez les malades dont le poumon est fortement congestionné, et déjà atteint de pneumonie, qui ne crachent du sang qu'après la première saignée, laquelle a diminué la tension, l'éréthisme, je dirai même l'induration du tissu pulmonaire gorgé de sang, et qui s'opposait à l'exhalation de ce fluide dans les bronches.

Maintenant, Messieurs, je reviens à mon kyste, et je cherche à m'expliquer comment une production organique aussi considérable a pu se développer à la face interne du feuillet arachnoïdien pariétal, sans rompre cette membrane si ténue ? La formation des kystes a été très diversement expliquée par Louis d'une manière toute mécanique, et par Bichat avec le luxe d'interprétation anatomico-physiologique propre à l'école de ce grand homme, où l'imagination dominait parfois l'observation des faits. Nous n'aborderons pas cette question difficile de physiologie pathologique; nous nous bornerons à dire simplement que, dans le cas présent, autour du caillot, produit de l'irritation hémorrhagique, il s'était développé une fausse membrane, qui, d'abord molle, rougeâtre, s'est ensuite amincie, solidifiée, au point d'égaler presque en consistance la dure-mère elle-même. Cette production organique était-elle le résultat de la condensation et de plusieurs couches plastiques fournies par la portion fibrineuse du sang coagulé, décoloré, transformé en couenne, comme l'a observé M. Baillarger dans sa thèse sur le siége de quelques hémorrhagies méningées? C'est là un point de théorie trop difficile à élucider, pour que nous ayons une opinion arrêtée à cet égard. Quoi qu'il en soit, le kyste en question n'a produit d'abord qu'une légère compression à laquelle l'encéphale a paru peu sensible, puisqu'il n'a déterminé que des accidens nuls ou peu graves, et que ce malade eût pu vivre assez longtemps, si la portion de la substance cérébrale, sur laquelle reposait le kyste, n'eût subi à son tour une altération de texture, décrite dans l'observation, et que nous considérons comme la principale cause de la mort du malade.

Je n'avais trouvé aucun fait analogue à celui-ci, ni dans Morgagni, ni dans les lettres de M. Lallemand, sur les maladies de l'encéphale, ni dans l'ouvrage de M. Rochoux, consacré à l'anatomie pathologique de l'apoplexie, ni dans le traité d'Abercrombie, ni dans celui de Parent et Martinet, sur les maladies des méninges ; je n'avais, dis-je, rien trouvé d'analogue, après avoir compulsé plus de quatre cents observations, lorsque, par hasard, je mis la main sur une observation presque entièrement semblable, recueillie, il y a trente-six ans, par M. Houssard, ancien interne de l'Hôtel-Dieu, et publiée dans le 55ᵐᵉ volume de la *Bibliothèque médicale* (1817), page 69. Le kyste observé par cet ancien camarade, ressemble presque en tout point à celui que j'ai décrit plus haut; il était également situé dans la cavité de l'arachnoïde, avait presque la même dimension, contenait du sang altéré. Le sujet qui le portait était malade depuis longtemps, et souffrait peu de la compression exercée par le kyste sur le cerveau, etc.

(1) *Journal complémentaire des sciences médicales*, t. II.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 Juillet. — Présidence de M. COMBES.

Des règles à observer dans l'emploi du chloroforme.

M. BAUDENS lit sous ce titre un mémoire qu'il résume dans les conclusions suivantes :

On écrit beaucoup sur l'historique, la physiologie, et la pathologie du chloroforme, fort peu sur les moyens d'éviter les risques de l'anesthésie.

Cependant, son nécrologe est gros de plus de cinquante faits, la morale publique s'alarme, la responsabilité professionnelle est à découvert, les tribunaux interviennent.

Les cas de mort tournent peu au profit de la science parce que chacun agit à peu près à sa guise, sans guides certains, sans se rallier à quelques principes généraux. Ce qui manque c'est la synthèse, ou si l'on veut, une bonne réglementation du chloroforme.

La base d'une bonne réglementation existe, elle a été posée, d'une main sûre, par M. Flourens dont les belles découvertes ont fait connaître la marche successive et progressive du chloroforme, allant des lobes cérébraux au cervelet, à la moitié postérieure et aux racines sensitives de la moelle épinière, puis à la moitié antérieure et aux racines motrices de cette même moelle, et finalement à la moelle allongée et au nœud vital.

Ainsi, l'animal soumis au chloroforme perd d'abord l'intelligence et l'équilibre de ses mouvemens, il perd, ensuite, le sentiment, puis le mouvement. A ce moment suprême, chassée de proche en proche la vie se concentre dans la moëlle allongée. Seule celle-ci survit dans son action, et l'animal périrait bientôt, car, ajoute M. Flourens, le chloroforme qui ôte la douleur ôte aussi la vie.

La plupart des chirurgiens admettent comme vraies ces précieuses découvertes ; mais ils pensent, aussi, qu'ils se présente des cas exceptionnels. Ainsi, M. J. Guérin le premier et M. Robert depuis, ont cité des faits de mort par sidération alors même disent-ils, que l'action du chloroforme n'avait pas dépassé l'abolition du sentiment.

Les sept faits invoqués par M. Robert en faveur de la sidération, j'en ai fait voir toute l'inanité. La sidération n'est rien moins que démontrée. La mort a eu lieu parce que l'inhalation a été portée à ses limites extrêmes, et, nous sommes fondé plus que jamais à dire que, dans l'anesthésie, il ne faut jamais dépasser, avec intention, la limite de la perte de la sensibilité cutanée.

Voici comment nous avons formulé les principes d'une réglementation dont, pour la deuxième fois, nous prenons l'initiative.

Les soins que demande la chloroformisation sont de trois ordres : *avant, pendant* et *après*.

Avant. Contre-indications. Explorer à fond la constitution du malade; ausculter le cœur et les poumons pour s'assurer qu'il nexiste pas de lésions organiques qui seraient une contre-indication. L'asthme, les anévrysmes, la phthisie pulmonaire même peu avancée, la chlorose, l'anémie, la pyoémie, la chorée, la prédisposition aux congestions cérébrales, etc., etc., seraient dans ce cas. Le moral devra être calme, pour cela, parler du chloroforme comme d'un bienfait, quand il est sagement administré.

Le malade, ainsi rassuré, doit désirer, en outre, vivement l'anesthésie et avoir une entière confiance dans son médecin. S'il manifeste une vive appréhension, à plus forte raison s'il éprouve de sinistres pressentimens, refuser obstinément la chloroformisation.

De tout temps des malades sont morts d'épuisement nerveux, sidérés en quelque sorte, soit par la frayeur, soit par la douleur, avant, pendant, ou peu d'instans après l'opération. Il ne faut pas oublier que tous les cas de mort, provenant de cette source, passent inaperçus aujourd'hui, et vont grossir le nécrologe du chloroforme.

On ne doit recourir à l'anesthésie, tant que des doutes subsisteront sur ses risques, alors même qu'elle est donnée sagement, que pour des opérations d'une certaine importance. Le malade devra être à jeun.

On tiendra grandement compte des effets de la commotion consécutive, aux grandes lésions traumatiques, de l'épuisement après des pertes de sang et des suppurations considérables; en un mot, de toutes les causes débilitantes qui ôtent à l'organisme de sa puissance de résistance, aux agens anesthésians, comme le conseille M. J. Guérin.

Le local sera grand, facile à ventiler par le renouvellement de l'air. On aura à sa disposition tous les agens nécessaires pour porter secours en cas de danger.

Pendant. L'administration du chloroforme devrait être une spécialité incombant dans les hôpitaux, à un aide intelligent et exercé, et, en ville, dans la pratique civile, à des médecins spéciaux comme on voit des ventouseurs.

L'opérateur agirait sans préoccupation aucune, et les mêmes personnes donnant toujours le chloroforme, il serait alors possible de les astreindre à des règles uniformes.

Voici celles que nous proposons :

1° Pour se rendre un compte exact de la quantité de chloroforme employé, mettre ce liquide dans de petits flacons allongés et gradués gramme par gramme, comme l'a fait M. J. Guérin.

2° Compter, à l'aide d'une montre à secondes, le temps employé à l'inhalation, le nombre des pulsations du pouls et des inspirations pulmonaires. Observer la force et la fréquence des battemens du cœur. S'ils tombent au-dessous de 60 pulsations, cesser l'inhalation.

3° Le malade étant couché, la tête soulevée par un oreiller, lui donner le chloroforme versé sur un mouchoir gramme par gramme, en commençant par un gramme progressivement, et à doses de plus en plus concentrées, comme le conseille M. Sédillot.

4° Tenir d'abord le mouchoir à distance de la bouche et des narines; rassurer le malade par de douces paroles; rapprocher le mouchoir de la bouche, dont une partie restera toujours découverte pour éviter sûrement une asphyxie par insuffisance d'air.

5° Dès le début, pincer doucement la main du malade et lui dire sans interruption : qu'est-ce que je vous fais?

6° Du moment où le malade, jusque-là calme, répond avec une humeur croissante : vous me pincez, vous me pincez, se tenir sur ses gardes, car il touche au moment de la perte des perceptions et du sentiment.

7° Dès qu'il ne répond plus, le sentiment est aboli, il faut se hâter d'ôter le mouchoir et de faire l'opération, car il ne faut jamais arriver avec intention jusqu'à la résolution musculaire.

8° Une agitation légère, de la loquacité, des paroles incohérentes, des hallucinations, accompagnent souvent le premier degré de l'anesthésie, et indiquent que le mouchoir doit être enlevé, loin d'être maintenu, comme on le fait.

9° Le moment est venu de redoubler d'attention du côté du pouls, du cœur et des actes respiratoires. S'il y a ralentissement manifeste, si les effets de l'inhalation se continuent, s'ils augmentent même, si l'on est arrivé involontairement au deuxième degré, à la résolution générale, on mettra en œuvre immédiatement quelques-uns des moyens qui seront indiqués pour rétrograder au plus vite jusqu'au premier degré de l'anesthésie.

10° S'il survient des spasmes du larynx, une toux répétée, de l'écume à la bouche, une dépression notable du pouls, de la gêne respiratoire marquée, quelque indice d'imminence syncopale ou de congestion cérébrale, on suspendra à l'instant l'inhalation.

11° Dès que le malade perd ou va perdre la conscience de ses actes, il survient parfois un peu d'agitation. Si elle est légère, si rien n'indique un danger, il faut résister. Quelques secondes suffiront. Mais, si l'agitation est extrême, si la face est congestionnée avec écume à la bouche, à plus forte raison si le malade dit : *j'étouffe!* Il faut ôter de suite le mouchoir, respecter cet avertissement de l'organisme et ne pas lutter.

12° Quand l'opération doit durer longtemps, les inhalations seront données avec intermittences; suspendues et reprises dès que le malade, par un léger gémissement, annonce le retour de ses perceptions. Ainsi, je suis parvenu à abolir la douleur pendant plus d'une heure sans interruption. Cette pratique est également celle d'un éminent professeur, M. Velpeau.

Après. Quand tout s'est passé naturellement, il n'y a rien à faire, le malade revient promptement à lui. Mais lorsque la saturation du système nerveux par le chloroforme a été portée à ses limites extrêmes, quand il y a imminence de mort, il faut, sans perdre un seul instant, user de toutes les ressources de l'art.

Chasser l'atmosphère chloroformique par la brusque irruption de l'air d'une fenêtre ouverte ; placer le malade horizontalement sur le dos pour rétablir plus facilement la circulation ; M. Nélaton conseille même de mettre la tête en bas; et M. le professeur Piorry fait soulever les quatre membres pour faire refluer le sang vers le cœur; enlever l'écume de la bouche qui pourrait obstruer l'entrée de l'air; introduire le doigt au fond de la gorge pour la stimuler ; provoquer une respiration artifi-

cielle par la compression alternative des parois thoraciques et abdominales; jeter à la face des verres pleins d'eau froide, sous forme de douches brusques; insuffler de l'air à l'aide d'une pompe à asphyxie, et, à défaut, de bouche à bouche, à l'imitation de M. Ricord; ingurgiter une cuillerée d'eau additionnée de quelques gouttes d'ammoniac; diriger sur la surface rectale, d'après l'avis de M. Jobert, des anti-spasmodiques pour favoriser le rappel des mouvemens du cœur, réduits à l'état d'oscillations ou de résolution complète; ne pas négliger les cautérisations sur la bouche, le pharynx, avec l'ammoniaque, comme l'a conseillé M. J. Guérin; recourir à l'électricité.

Nous avons rappelé sommairement les moyens conseillés. L'expérience, qui heureusement nous manque, fera connaître ceux d'entr'eux qui ont le plus d'efficacité.

Chloroforme.

M. RAYER dépose sur le bureau une note adressée d'Alger par M. le docteur Ancinelle à M. le maréchal Vaillant, qui lui avait demandé des renseignemens précis sur les circonstances relatives à l'emploi du chloroforme dans les opérations pratiquées à Laghouat. (Cette note est renvoyée à l'examen de la commission chargée de prendre connaissance des mémoires de M. Jobert de Lamballe et de M. Baudens.)

Action exercée sur les principes albumineux du sang par les sels de fer.

M. BURIN DU BUISSON, qui avait soumis au jugement de l'Académie des recherches relatives à l'action exercée sur les principes albumineux du sang par le perchlorure, le perazotate et le persulfate de fer, adresse aujourd'hui, comme complément de ce travail, un examen du coagulum formé par le perchlorure de fer. Dans sa nouvelle note, l'auteur examine aussi l'action exercée sur le sang par le perchlorure de zinc, et indique les différences qui existent entre les caillots produits par ces deux agens. (Commissaires précédemment nommés, MM. Thénard, Dumas, Lallemand.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 10me ARRONDISSEMENT.

Séance du 4 Juin 1853. — Présidence de M. CAMPAIGNAC, vice-président.

(Extrait des procès-verbaux.)

La correspondance comprend :

Une lettre de la Société médicale du 6me arrondissement, et la liste des membres de cette Société.

M. le docteur Depaul fait hommage à la Société :

1° D'un rapport fait par lui à l'Académie de médecine, sur un mémoire de M. Maslieurat-Lagémar, intitulé : *Dix ans de pratique d'accouchemens dans le département de la Creuse;*

2° D'un mémoire sur une manifestation de la syphilis congéniale consistant dans une altération spéciale des poumons; mémoire lu à l'Académie de médecine.

La Société vote d'unanimes remercîmens à M. Depaul.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. le docteur Depaul propose de revenir sur la question de la contagion de la fièvre puerpérale. Cette question est loin d'être jugée de la même manière par les praticiens de notre époque. Des faits nombreux et surtout très significatifs ont permis à M. Depaul de se faire une opinion assez arrêtée sur ce sujet. Il pense que la fièvre puerpérale, surtout épidémique, est très contagieuse. Les diverses épidémies qui sévissent trop fréquemment tant à la Maternité, qu'à la Clinique, entre autres celle de 1839, en sont des preuves irrécusables.

M. Depaul cite quelques cas tout à fait remarquables et bien propres à porter la conviction. Voici le premier de ces faits : Pendant une épidémie de violente fièvre puerpérale à la Maternité, une élève sage-femme était chargée d'une nouvelle accouchée, atteinte d'une métro-péritonite des plus graves. Un matin, cette élève, donnant à sa malade les soins spéciaux que nécessitait sa situation, fut vivement impressionnée et comme suffoquée par les émanations qui s'échappèrent, lorsqu'elle souleva les couvertures du lit. Le soir même, un frisson intense se déclara, le ventre devint très douloureux, le pouls petit, fréquent, il y eut des vomissemens opiniâtres, le plus souvent colorés en vert, puis survint le dévoiement; enfin tous les symptômes d'une fièvre puerpérale des mieux caractérisées. La mort arriva en quarante-huit heures. Après mille difficultés administratives que l'on put enfin surmonter, M. Depaul fit l'autopsie, qui ne démentit en rien les symptômes; seulement le tissu de l'utérus n'était pas altéré. Il constata pareillement que cette élève n'était aucunement dans des conditions de puerpéralité et présentait tous les signes physiques de la virginité.

Un tel fait ne donne-t-il pas quelque droit d'admettre que, pendant une épidémie violente de fièvre puerpérale, cette maladie est contagieuse, même pour des femmes non enceintes et non récemment accouchées?

Voici une seconde observation non moins remarquable :

M. le docteur Depaul, encore attaché à l'hôpital de la Maternité, était occupé à faire l'autopsie d'une femme morte de fièvre puerpérale, lorsqu'on vint le chercher pour terminer un accouchement en ville. Des précautions de toutes sortes furent prises pour se débarrasser des miasmes de l'amphithéâtre : changement de vêtemens, ablutions répétées, le tout, cependant, sans pouvoir faire disparaître entièrement cette odeur qui persiste plus ou moins longtemps aux mains, surtout dans les cas d'autopsies de maladies de cette nature. L'accouchement se fit dans des conditions ordinaires, et néanmoins, dans la soirée, l'accouchée fut prise d'une fièvre puerpérale des plus intenses, constatée par M. le professeur Dubois, qui fut appelé en consultation, et elle succomba dans la journée du lendemain.

M. Depaul cite un autre cas, tout analogue à celui-ci, et dans lequel la femme succomba en quelques heures.

C'est appuyé sur ces faits, et bien d'autres encore, que notre savant confrère établit sa croyance à la contagion de la fièvre puerpérale, surtout lorsqu'elle règne épidémiquement. Aussi, depuis que sa clientèle a pris une grande extension, s'abstient-il de paraître dans les hôpitaux où sévit cette maladie, et à plus forte raison d'entrer dans les amphithéâtres. Il pense pareillement que la fermeture des salles est une excellente mesure, lorsqu'elles sont envahies par l'épidémie.

Passant à un autre ordre d'idées, l'auteur des communications précédentes rappelle à la Société qu'il y a déjà plus d'un an, elle nomma une commission composée de quatre membres, chargée d'aider M. le juge de paix à terminer les différens entre cliens et médecins. Cette commission a fonctionné, et a rendu des services qui prouvent l'utilité de son institution. Presque toutes les affaires qui lui ont été adressées par M. le juge de paix, ont été arrangées à l'amiable, et il y en avait de très délicates, telles que médecine à forfait, etc., etc.....

M. Depaul pense donc qu'il faut, puisque cette commission a prouvé par ses actes son utilité pratique, l'instituer de nouveau; car, dit-il, depuis plus d'un an qu'elle est nommée, et à cause du mouvement qui s'est effectué dans le personnel de la Société, elle peut bien n'être plus l'expression exacte de la majorité de cette Société. Cette commission était composée de MM. Larrey, Depaul, Fournier et Destrem.

M. CAMPAIGNAC propose que la commission ne soit pas renouvelée entièrement; d'abord à cause de l'autorité des noms qui s'y trouvent, autorité qui est évidemment d'un grand poids, quand il s'agit d'être posé sinon en juge, au moins en arbitre; ensuite, les membres anciens de la commission feraient l'éducation des membres nouveaux.

M. DEPAUL répond que les fonctions des membres de cette commission sont loin d'être des sinécures, et qu'il serait juste que ce ne fussent pas toujours les mêmes personnes qui eussent à supporter cette charge réellement un peu lourde.

Ces questions seront mises à l'ordre du jour, et la Société décidera.

M. DEPAUL entretient la Société de trois cas d'accouchement heureusement terminés par le forceps, et qui viennent bien à l'appui de son opinion sur l'abus que l'on fait de la version. Pour lui, le plus souvent, pour ne pas dire toujours, dans les rétrécissemens du bassin qui ne dépassent pas certaines limites (3 pouces environ). Le forceps doit être préféré à la version. Il est bien entendu que lorsque le rétrécissement est tout à fait exagéré, ces deux moyens sont hors de cause.

On tend trop aujourd'hui, suivant M. Depaul, à aller chercher les pieds de l'enfant; on s'appuie, il est vrai, sur des autorités : M. Velpeau et Mme Lachapelle; mais précise-t-on bien toujours les cas, comme l'ont fait ces deux auteurs? Pas assez souvent, malheureusement. Et quand la version est commencée, que les parties maternelles sont remplies par le tronc du fœtus, la tête étant encore au détroit supérieur, comment manœuvrer soit avec le forceps, soit avec les mains? Il ne reste souvent plus d'autres ressources que la détroncation et le céphalotribe; et ces ressources n'auraient pas plus fait défaut pour avoir été précédées de tentatives d'application du forceps au détroit supérieur; tentatives souvent fructueuses, ainsi que vont le prouver les trois faits suivans :

Il s'agit, premièrement, d'une femme chez laquelle le diamètre antéro-postérieur était réduit à 3 pouces. La tête était très élevée et on n'avait pu introduire qu'une branche du forceps. M. Depaul constata le rétrécissement, parvint à saisir la tête au détroit supérieur, et, avec quelques efforts de traction assez puissans, la tête fut engagée, l'enfant fut amené vivant et continua à vivre.

Dans le deuxième cas qui se présenta le dimanche suivant, jour pour jour, la femme, anciennement rachitique, était resté contrefaite, bossue, et avait un bassin dont le diamètre, antéro-postérieur, n'allait pas au-delà de 8 centimètres.

M. Depaul, appelé peu de temps après le début du travail, convint, avec le médecin ordinaire, qu'on pouvait attendre encore. Quinze heures après, à neuf heures du soir, les choses n'étaient nullement avancées. Le forceps fut encore appliqué au détroit supérieur, l'enfant fut extrait, il avait souffert, mais on le ranima facilement. Il n'a pas continué à vivre. La mère se rétablit parfaitement.

Le troisième fait, qui arriva encore un dimanche, huit jours après le précédent, se rapporte pareillement à une femme rachitique, d'une taille bien au-dessous de la moyenne, et en travail depuis environ trois jours. Le bassin présente à peu près les mêmes dimensions que dans le dernier cas. Même procédé opératoire, l'enfant était mort; cela se conçoit, trois jours de travail! Mais la femme se remit très bien.

M. NOEL se souvient qu'il fut appelé, jadis, auprès de la femme qui fait le sujet de la deuxième observation de M. Depaul. Selon lui, cette femme qu'il aurait, une fois entre autres, délivrée avec le forceps, en serait à son sixième accouchement et en aurait eu quelques-uns de naturels.

M. CAMPAIGNAC cite le cas d'une jeune dame ayant eu déjà deux accouchemens très laborieux, et dans lesquels les enfans vinrent morts. Six ans plus tard, nouvelle grossesse, travail très pénible, version opérée par M. Cazeaux, enfant mort. Il existe un faible rétrécissement antéro-postérieur.

A ce propos, M. Campaignac demande quelle serait la conduite à tenir si, de nouveau, cette dame devenait enceinte.

M. DEPAUL propose les deux moyens suivans : l'accouchement prématuré artificiel, et l'atrophie du fœtus par le régime de la mère. Il préfère ce second moyen qu'il a vu admirablement réussir, mais qui, cependant, n'est pas toujours d'une application très facile. On conçoit quel courage et quelle fermeté il faut rencontrer dans une femme, pour qu'elle se condamne à une faim continuelle pendant cinq et six mois; dans une situation surtout où l'on voit souvent ce besoin devenir si impérieux.

C'est, du reste, dit M. Depaul, un moyen employé depuis longtemps en médecine vétérinaire.

M. VOSSEUR rappelle qu'on a proposé, il y a quelque temps, l'emploi de l'iodure de potassium, comme devant atrophier le fœtus. Des expériences auraient même été faites sur des animaux.

M. CAMPAIGNAC cite à l'appui de l'influence du régime sur le développement du fœtus, le fait d'une dame que l'originalité de son mari avait soumise à une diète assez sévère pendant une première grossesse, et qui s'en trouva fort bien. Pour contre-épreuve, cette dame à une seconde grossesse, afin d'échapper au traitement marital, vint se réfugier dans sa famille, où rien ne lui manqua. L'enfant, à terme, était beaucoup plus fort; mais, ausssi, l'accouchement fut beaucoup plus difficile.

L'un des secrétaires annuels, Ch. CLAIRIN.

RÉCLAMATION.

LETTRE *à Monsieur le docteur* THIRIAL;

SUR LA PÉRITONITE COMME COMPLICATION DE LA FIÈVRE TYPHOIDE;

Par M. le professeur FORGET, de Strasbourg.

Mon cher confrère,

C'est encore moi qui viens vous remercier du nouveau souvenir que vous avez bien voulu témoigner à mon humble *Traité de l'entérite folliculeuse.*

Vous dites dans votre travail sur la *péritonite comme complication de la fièvre typhoïde*, à propos de la péritonite *sans perforation* : « On » ne la trouve pas même signalée dans nos traités classiques, parmi les » complications possibles de la dothinentérie. » Puis en note : « Il » convient de faire exception en faveur de M. Forget, de Strasbourg, » qui accorde une mention à ces péritonites parmi les complications. » Mais je dois ajouter qu'il a le tort d'exagérer singulièrement la fré- » quence de ces sortes de complications, et surtout de n'appuyer son » opinion sur aucun fait, ni sur aucune raison valable. » (UNION MÉDICALE du 14 juillet 1853.)

Pour rétablir les faits, je rappellerai d'abord le passage auquel vous faites allusion. A la page 330 du *Traité de l'entérite folliculeuse*, on lit : « Mais la péritonite ne résulte pas toujours de la perforation intes- » tinale, et assez fréquemment elle se déclare comme par continuité de » tissu..... Il paraîtrait même que la péritonite à certain degré serait » fort commune, s'il était démontré qu'elle fût la cause de la douleur » abdominale (Cruveilhier). Toutefois, la péritonite est toujours un » accident des plus graves..... »

Vous trouvez que c'est *exagérer singulièrement* que de dire que cette péritonite se montre *assez fréquemment;* soit! Mais que direz-vous donc de M. Cruveilhier qui la croit aussi commune que la douleur même!

Je suis sensible à l'accusation de n'apporter aucune *raison valable;* il me semble que la *continuité de tissu* méritait plus d'indulgence.

Je n'appuie mon opinion *sur aucun fait*. Cela est vrai pour mon chapitre des *complications*; mais plus loin, au chapitre du *pronostic*, p. 430, vous auriez pu trouver pleine satisfaction dans une observation *in extenso*, intitulée : « Entérite folliculeuse; *complication de péri-* » *tonite aiguë, sans perforation intestinale;* » observation qui figurait merveilleusement à côté des vôtres, car ici la perforation fut très bien simulée. Je vous épargne les détails, me bornant à rappeler que « le péritoine, dans les points correspondans aux ulcères, était vivement » enflammé, » ce qui, je crois, m'autorisait à dire : « Il est évident que » l'entérite folliculeuse eût pu guérir sans cette complication de périto- » nite par *perforation*, et non sans perforation. » La propagation de l'inflammation à travers les tuniques intestinales vous paraîtra-t-elle une raison valable?

Ici encore, mon cher confrère, je n'ai eu l'intention que d'ajouter une obole à vos trésors d'observations.

Veuillez me croire toujours votre tout dévoué affectionné confrère,

Professeur FORGET.

VARIÉTÉS.

CONTRACTION ET DILATATION VOLONTAIRES DE L'IRIS.

Certains animaux, le perroquet, par exemple, ont la faculté d'imprimer des directions volontaires à la pupille, c'est-à-dire de la resserrer ou la dilater; aussi les plans de fibres qui entrent dans la composition de l'iris présentent-ils, chez eux, des lignes transversales comme tous les muscles volontaires. Nous lisons dans le *Geneeskundige courant* (3 avril, 1853), que Budge rapporte que le docteur Beer de l'université de Bonn, possède la faculté de resserrer et de dilater la pupille à volonté, contrairement à ce qui s'observe généralement dans l'espèce humaine, où le mouvement de l'iris est purement instinctif. M. Beer, quand il veut dilater ou resserrer la pupille, n'a qu'à se croire par la pensée, dans un milieu très obscur ou très lumineux; le changement dans la pupille se fait immédiatement, il est très appréciable, ainsi que Budge l'a expérimenté plusieurs fois lui-même. Une circonstance très curieuse, c'est que M. Beer peut dilater énormément sa pupille par la seule pensée qu'il est sous le coup d'une émotion psychique déprimante. Budge a eu occasion de voir deux autres personnes qui pour dilater la pupille, n'avaient qu'à se croire au milieu d'une obscurité profonde; mais il n'avait jamais vu jusqu'ici personne qui, comme le docteur Beer, pût en même temps contracter volontairement l'iris, c'est-à-dire mouvoir l'iris à volonté dans tous les sens. (*Ann. méd. de la Flandre occid.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

RAPPORT à M. le Préfet de police sur la question de savoir si M. le docteur Auzias-Turenne peut être autorisé à appliquer ou à expérimenter LA SYPHILISATION à l'infirmerie de la prison St-Lazare. Par MM. les docteurs MÉLIER, président, Philippe RICORD, DENIS, CONNEAU, et MARCHAL (de Calvi), secrétaire rapporteur. — Publié par décision de M. le Préfet de police.

Grand in-8°, Paris, 1853, aux bureaux de l'UNION MÉDICALE, rue Saint-Georges, n° 12. Prix : 2 fr.

Cours de Pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris par M. le professeur ANDRAL; recueilli et publié par M. le docteur Amédée LATOUR, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*; 2e édition entièrement refondue. — 3 volumes in-8° de 2076 pages. — Prix : 18 fr.

Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Notice sur les travaux de la Société de médecine de Bordeaux, par M. BURGUET, secrétaire général. In-8, Bordeaux, 1853.

Première lettre sur les eaux minérales de Saint-Nectaire, par M. Ant. VERNIÈRE d.-m., inspecteur de ces eaux, etc. In-8, Clermont-Ferrand, 1852.

Considérations sur quelques points de l'étiologie et de la thérapeutique des fièvres intermittentes par M. le docteur Prosper de PIÉTRA-SANTA. In-8.

Compte-rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy, pendant l'année 1850-51, par M. le docteur LEDYLIER. In-8 Nancy 1853.

Moyens d'améliorer les conditions physiques et morales des peuples; par A. FOURCAULT. In-8, Paris, 1853, veuve Mathias.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. —Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 91. SEPTIÈME ANNÉE. **Mardi 2 Août 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois............. 17
3 Mois............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PATHOLOGIE.

DE LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DU VOMISSEMENT CHEZ LES ENFANS A LA MAMELLE;

Par M. le docteur E. HERVIEUX.

Le vomissement est un phénomène si fréquent, chez les enfans à la mamelle, qu'il importe, pour apprécier sa valeur séméiologique, d'en faire une étude spéciale et d'en préciser les caractères dans les circonstances très variées au milieu desquelles il se manifeste.

On me permettra de négliger ce qui concerne le phénomène physiologique connu sous le nom de vomiturition, pour ne m'occuper que du vomissement morbide.

Une division basée sur la considération des causes qui provoquent ce dernier nous conduira à étudier, tour à tour, le vomissement mécanique, le vomissement sympathique et le vomissement symptomatique.

Le vomissement par cause mécanique, le plus fréquent chez l'enfant à la mamelle, après le vomissement physiologique, est produit par les secousses de la toux dans les accès auxquels donne lieu le catarrhe pulmonaire, la coqueluche, la laryngite spasmodique, le croup. Il est alors déterminé par des contractions musculaires, dont l'association donne lieu à la compression de l'estomac, effet qui devient d'autant plus facile à provoquer, qu'il s'est déjà répété et que l'estomac a acquis un plus grand degré de susceptibilité.

« Dans la bronchite, disent MM. Chomel et Blache, l'épigastre violemment secoué est le siége de douleurs quelquefois plus vives que celles de la poitrine....; des nausées, des vomiturations, des vomissemens ont souvent lieu, surtout chez les enfans. » (*Dict. de méd. en* 30 *vol.*, art. BRONCHITE.)

Il est presque superflu de faire observer que la phlegmasie des bronches ne s'accompagne pas, pour cela, d'une altération quelconque de la muqueuse gastrique, pas plus d'ailleurs que la coqueluche, dont les quintes déterminent presque inévitablement des vomissemens. Cependant des hommes éminens, frappés de la constance de cet accident, n'ont pas partagé cette manière de voir. Stoll, par exemple, supposait que dans la coqueluche des saburres de l'estomac agitaient le poumon par une toux convulsive. (*Ratio medendi vindeb.*, t. II.) Danz plaçait le siége de cette affection tantôt dans les poumons, tantôt dans l'estomac ou les intestins. (*Essai sur l'histoire générale de la coqueluche,* Marbourg, 1791.) Chambon regardait aussi la coqueluche comme un véritable catarrhe de l'estomac (*Maladies des enfans*, 2 vol. in-8°. Paris).

« Que penser, dit M. Blache, auquel j'emprunte ces citations, des auteurs qui, se fondant sur le vomissement par lequel se terminent fréquemment les quintes de toux et sur les cures obtenues par des évacuations gastriques ou intestinales, ont cru devoir placer le siége de la coqueluche dans l'estomac sans donner une idée de ce qui se passe alors dans ce viscère? Evidemment ils ont pris l'effet pour la cause : le vomissement, quand il a lieu dans la coqueluche, n'est qu'un effet secondaire de la toux convulsive dont les secousses suffisent même seules quelquefois pour le produire. Il est rare d'ailleurs de trouver après la mort des altérations de l'estomac, et celles qu'on y rencontre dans quelques circonstances ne sauraient être considérées par cela même, que comme de simples complications. » (*Arch. gén. de méd.*, 1833, 2e série, t. III, p. 329.)

Les vomissemens qui accompagnent la toux convulsive, soit dans la bronchite, soit dans la coqueluche, sont un effet mécanique, aussi bien que l'excrétion involontaire de l'urine ou des matières fécales, aussi bien que le prolapsus du rectum, la formation des hernies, qu'on a observés en pareil cas. (Blache, *Dict. de méd.*, article COQUELUCHE, t. IX, p. 26.) On ne conçoit pas moins bien que, lorsque la laryngite striduleuse ou le spasme de la glotte s'accompagne, ainsi que l'a démontré M. Hérard (thèses de Paris, 1847, *spasme de la glotte*) du spasme du diaphragme, des vomissemens se produisent par le même mécanisme que dans la bronchite et dans la coqueluche. « Après un, deux ou trois accès, dit Vieusseux, en parlant de cette affection, qu'il désigne sous le nom de croup nerveux, il survient une angoisse et une inquiétude inexprimables, des nausées continuelles, des vomissemens, etc. » (Vieusseux, *Mém. sur le croup*, p. 253 et suiv., et Barthez et Rilliet, *Traité des mal. des enf.*, t. I, p. 387). Le spasme du diaphragme est évidemment, alors, la cause directe et efficiente du vomissement.

On ne pourrait assigner une autre cause aux vomissemens qui se manifestent dans le croup. Telle est au moins l'opinion de tous les auteurs qui ont décrit les symptômes de cette cruelle maladie. « Le vomissement se montre quelquefois au début du croup, mais le plus souvent il est provoqué par les quintes de toux et n'amène que des matières épaisses, visqueuses, plus rarement des liquides de nature bilieuse ou des fausses membranes. » (Wahlbom, Michaëlis, Bloom, etc.) Telle est la violence, en pareil cas, des efforts de toux, telle est la convulsion des muscles expirateurs, que des hémorrhagies abondantes ont pu en être la conséquence. Martin, le jeune, a rapporté l'observation d'un enfant chez lequel un violent accès de toux fut suivi du vomissement d'une demi-tasse de sang. (*Rec. périod. de la Soc. de méd. de Paris*, avril 1810.)

Dans les diverses affections que je viens de passer en revue, l'estomac n'est jamais affecté primitivement et ce n'est pas, par conséquent, à une altération de la muqueuse de ce viscère qu'on peut rapporter les vomissemens qui surviennent. Les secousses convulsives de la toux en sont les seules causes admissibles, et on en pourrait trouver une autre preuve dans la nature même des matières vomies, qui sont composées de substances alimentaires, de mucosités filantes, visqueuses, plus ou moins abondantes, plus ou moins épaisses, très rarement de liquides bilieux et dans le croup seulement de pseudo-membranes.

Les vomissemens sympathiques se rencontrent dans un si grand nombre de maladies du premier âge, qu'il serait difficile, à moins de passer en revue toute la pathologie de l'enfance, de les énumérer toutes exactement. J'essaierai, cependant, d'indiquer celles où ce symptôme apparaît le plus habituellement, et peut, sinon toujours guider le praticien dans son diagnostic, au moins éveiller son attention d'une manière sérieuse.

Les fièvres continues, les exanthèmes fébriles, les phlegmasies, les affections convulsives, constituent autant d'états morbides dans lesquels les voies digestives manifestent la part qu'elles prennent au trouble général de l'économie par des vomissemens. Ces vomissemens ont presque toujours lieu au début de la maladie, généralement avant l'explosion des principaux symptômes. C'est en quelque sorte le premier phénomène qui fixe l'attention des mères ou des nourrices. Car, telle est l'avidité des jeunes enfans, si grande est la jouissance attachée, par la nature, à la satisfaction du besoin qu'ils ont d'être allaités, qu'ils acceptent encore l'aliment qu'on leur offre, alors que le besoin a cessé de se faire sentir. De là les

Feuilleton.

DE LA PHOSPHORESCENCE CHEZ LES ANIMAUX.

La plupart des navigateurs ont parlé avec admiration, de ces lueurs enflammées qui sillonnent la surface des mers, principalement entre les tropiques, lorsque les vagues se trouvent dans un état de vive agitation. On a remarqué souvent le même phénomène sur les côtes de la mer à Boulogne, au Havre et dans un grand nombre de ports. Du reste, la propriété dont jouissent certains corps, et en particulier quelques substances animales, de répandre de la lumière dans l'obscurité, est un phénomène si général et si curieux, que Percy et Laurent appellent la phosphorescence un *météore animal*. Aussi, avons-nous pensé que quelques détails sur un sujet encore si nouveau, et qui se rattache à la fois à la physique et aux sciences médicales, ne seraient pas dépourvus d'intérêt.

Certains minéraux, le sulfate de baryte, le muriate et le nitrate de chaux, etc., exposés au contact de la lumière solaire deviennent phosphorescens. Il suffit d'un simple frottement pour rendre lumineux la blende, la dolomie, le diamant, et quelques pierres quartzeuses. Mais la phosphorescence des végétaux a fixé plus particulièrement l'attention des observateurs. Pline rapporte (*Hist. nat.*, l. XVI) qu'on trouvait sur le sommet des arbres glandifères des Gaules un champignon blanc, l'agaric, qui reluit dans l'obscurité, *nocte relucens*; c'est pendant la nuit qu'on le cueillait à la faveur même de sa lumière. Toutefois, les plantes privées de vie ou qui ont subi un commencement de décomposition présentent surtout cette clarté phosphorique. Le 7 janvier 1790, les soldats du régiment d'Alsace étant occupés le soir à préparer des pommes de terre pour le repas du lendemain, en trouvèrent une qui avait déjà subi la première fermentation nécessaire à la germination, et, après l'avoir incisée, ils la rejetèrent dans un panier d'osier destiné à recevoir les épluchures. Après qu'ils se furent tous couchés, la lumière étant éteinte, l'un d'eux, en dirigeant les yeux du côté de ce panier, y vit une clarté si vive, qu'il craignit que ce ne fût un charbon embrasé. Il se leva pour l'éteindre et prévenir tout accident. Son illusion était telle, qu'il n'y porta d'abord la main qu'avec un sentiment de crainte; mais enhardi par l'absence de la douleur, il saisit l'objet lumineux : quelle fut sa surprise, en reconnaissant à la clarté qu'elle répandait, la pomme de terre gâtée ! Cette lumière était si vive, qu'ayant pris un livre, il en distingua parfaitement les caractères. Ses camarades s'étant partagés la pomme de terre, chaque tranche devint très lumineuse au bout de quelques secondes. L'un des officiers du régiment, passant par hasard devant cette chambre, fut témoin du phénomène. Le lendemain il se fit apporter deux tranches de cette pomme de terre pour les examiner avec attention, et voici ce qu'il observa : l'intérieur en était peu farineux, de couleur grisâtre et veiné de filets blancs. On voyait à la surface une multitude de points brillans comme des parcelles métalliques, mais presque imperceptibles à la simple vue. Cette pomme de terre avait une forte odeur d'éponge, elle dégagea dans l'obscurité une clarté moins vive que la veille. Cette lueur s'affaiblit encore le 9, sans que la substance même du tubercule eût éprouvé d'autre changement que la dessication, et une coloration plus foncée. Le 10 enfin, la dessication était presque complète, et toute lumière avait disparu.

Spallanzani, ayant cru reconnaître que la phosphorence du bois luisant était plus vive dans l'oxygène, attribuait ce phénomène à une véritable combustion; mais les expériences de Carradori et de Tromensdorff ne sont pas favorables à l'hypothèse de Spallanzani; ces observateurs ont vu le phénomène se produire avec la même intensité, sous l'eau, sous l'huile et même dans le vide; aussi, admettent-ils que le végétal doué de phosphorescence *attire, absorbe et retient mécaniquement la lumière.* Il paraît démontré, toutefois, que la propriété inhérente au phosphore de répandre une fumée blanche et lumineuse dans l'obscurité, est due à une combustion lente et à la formation de l'acide phosphoreux. Mais il n'est pas prouvé que d'autres substances ne puissent aussi, quoique à un degré moins prononcé, émettre spontanément de la lumière.

Les animaux présentent plus fréquemment la phosphorescence que les végétaux, et ils l'offrent avec des caractères plus merveilleux. Chez un grand nombre d'entr'eux, ce phénomène peut se produire pendant la vie; on l'observe quelquefois dans certains états maladifs, ou bien enfin il résulte de la putréfaction. Percy et Laurent en ont cité plusieurs exemples remarquables dans l'article PHOSPHORESCENCE, du *Grand Dictionnaire des sciences médicales.*

On voit souvent des flammes légères, des feux follets voltiger le long des rivages de la mer, au-dessus des terrains humides où se trouvent des matières animales qui se putréfient, et particulièrement dans le voisinage des cimetières. Combien de fois ces lueurs éphémères n'ont-elles pas éveillé des terreurs superstitieuses dans les âmes pusillanimes ou criminelles ! Il s'en dégage quelquefois subitement à l'ouverture des anciens sépulcres; et, comme autrefois, on plaçait au fond des tombeaux des lampes allumées, les esprits crédules s'imaginèrent que leur clarté était inextinguible. On rapporte que, sous le pontificat de Paul III, élu pape le 13 octobre 1534, on trouva dans la voie appienne un ancien tombeau, avec cette inscription : *Tulliolæ filiæ meæ*. Au premier souffle d'air, le corps de la fille de Cicéron fut réduit en poussière, et *une lampe encore allumée s'éteignit*, dit-on, *après avoir brûlé plus de quinze cents ans.* Certains corps ensevelis depuis longtemps furent même trouvés (Raulin, *Obs. de méd.*, page 393) brillans dans leur cercueil d'une lumière phosphorescente. Le criminel d'État Fréburg ayant été condamné au gibet, par suite de ses longues prévarications, on vit, pendant plusieurs nuits, sa tête environnée d'une auréole lumineuse; et quelques Danois, trompés par cette sorte de prodige dont ils ne connaissaient pas la cause naturelle, le regardèrent comme une preuve d'innocence.

Il devient parfois difficile de distinguer les lueurs phosphorescentes des feux Saint-Elme produits par la matière électrique. Ceux-ci se trouvent ordinairement accompagnés d'une sorte de crépitation; tandis que les lueurs phosphorescentes ne dégagent aucun bruit. Ces dernières sont exemptes de toute chaleur appréciable; on peut les toucher impunément.

La chair musculaire devient parfois phosphorescente avant même

vomissemens qu'on observe au début de toutes les maladies graves, vomissemens composés d'abord de substances alimentaires, puis muqueuses, mais bientôt jaunâtres et porracées. Il est fort rare que les vomissemens, purement sympathiques, du début, durent plus d'un jour. Lorsqu'ils présentent une certaine persistance, lorsqu'ils dépassent le deuxième jour, par exemple, on peut toujours soupçonner une altération d'un point quelconque de la muqueuse des voies digestives.

On observe encore les vomissemens sympathiques dans le cours des diverses affections dont j'ai parlé; mais, chose digne de remarque, beaucoup moins fréquemment qu'au début, et presque uniquement alors composés de matières bilieuses. La durée de cet accident est alors si variable qu'il serait impossible de la préciser.

J'appellerai l'attention sur les vomissemens qui surviennent dans la période ultime des maladies aiguës. Ils sont tellement fréquens, que j'ai dû en rechercher la cause, et j'ai cru la trouver dans l'existence des invaginations intestinales qu'on rencontre à l'autopsie dans un grand nombre de ces cas. Chez les enfans morts en vomissant lorsqu'il n'y avait pas d'invagination réelle, j'ai constaté l'existence d'un état particulier de l'intestin, qui, d'ailleurs, accompagne constamment les invaginations. Ce viscère était alors contracté dans un nombre variable de points, son calibre rétréci au niveau de la contracture; des rides nombreuses le sillonnaient soit dans le sens longitudinal, soit dans le sens transversal, mais plus particulièrement dans ce dernier sens; toutes les tuniques semblaient avoir triplé, quadruplé de volume; mais ce n'était là qu'une illusion facile à dissiper, en exerçant des tractions lentes et graduées sur l'intestin qu'on ramenait ainsi, en le développant, à son épaisseur et à son apparence normales. Le rétrécissement, les rides, l'épaississement, tout disparaissait sous l'influence de ces tractions modérées. L'intestin grêle, et particulièrement le duodénum et le jéjunum, étaient ordinairement le siége de cette apparence cadavérique. Mais j'ai observé maintes fois un pareil état de contracture sur l'estomac qui était alors comme rétréci, comme épaissi, et parcouru par des plis plus ou moins volumineux, soit longitudinaux, soit transversaux. Chez un des jeunes sujets dont j'ai fait l'autopsie, ces plis, ces rides représentaient des losanges très symétriquement disposés dans toute l'étendue du viscère. Je ne prétends pas expliquer, par ces altérations, tous les vomissemens qu'on observe dans la dernière période des maladies aiguës. Il en est assurément qui sont purement sympathiques; mais un grand nombre, j'en suis convaincu, reconnaissent pour cause la lésion remarquable que je viens de signaler.

Entrons dans quelques détails relativement aux affections qui s'accompagnent le plus ordinairement de vomissemens sympathiques.

Les fièvres continues, et parmi les fièvres continues la fièvre éphémère et la fièvre typhoïde s'annoncent par des vomissemens, d'abord muqueux, puis bilieux, qui se montrent dès le premier jour, persistent rarement au-delà du deuxième ou du troisième, et sont en général peu nombreux. La même remarque a été faite pour les enfans d'un âge peu avancé par MM. Barthez et Rilliet (loc. cit., t. II, page 364), et par M. Barrier (*Traité prat. des mal. de l'enf.*, t. II, p. 136). La fièvre intermittente est assez rare chez les enfans à la mamelle, mais dans le petit nombre de cas qu'il m'a été donné d'observer, des vomissemens sympathiques ont eu lieu au début chez la moitié des petits malades environ.

Les vomissemens sympathiques sont encore plus fréquens au début des fièvres éruptives. Sur près de 100 cas de rougeole que j'ai recueillis à l'hospice des Enfans-Trouvés, 70 environ commencèrent par des vomissemens, bientôt suivis de l'altération presqu'infaillible des muqueuses des premières voies. Peu nombreux et de courte durée, ils ne reparaissaient dans le courant de la maladie que sous l'influence d'une phlegmasie des voies digestives ou d'une affection cérébrale intercurrente. Ils n'ont presque jamais manqué dans la période ultime, et je les considère alors comme du plus fâcheux augure. Autant qu'il m'a été permis d'en juger par les observations beaucoup moins nombreuses de variole et de scarlatine que je possède, les mêmes règles sont exactement applicables aux vomissemens qui accompagnent ces exanthèmes fébriles.

Billard est un des auteurs qui ont le plus insisté sur les vomissemens qui précèdent l'invasion des phlegmasies chez les enfans à la mamelle. Il les avait notés particulièrement dans l'érysipèle et les inflammations des diverses parties de l'appareil respiratoire (loc. cit.). Avant lui, Hoffmann, Underwood, Gardien, Capuron, avaient fait la même observation. Après lui, MM. Trousseau, Barthez et Rilliet, Barrier, Valleix, Legendre, Bouchut, etc., ont fait des remarques analogues. C'est, qu'en effet, dans cet âge si tendre, il n'y a pas de perturbation possible de l'appareil circulatoire, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, sans un retentissement immédiat sur les voies digestives, et de tous les troubles que peut éprouver cet appareil, les vomissemens sont le plus sensible, celui qui frappe le plus l'attention de l'observateur, qui alarme le plus la sollicitude des mères et des nourrices, pour peu qu'il persiste au-delà de certaines limites. Comme dans les fièvres continues et les exanthèmes fébriles, les vomissemens n'ont qu'une durée éphémère; de muqueux qu'ils étaient, d'abord, ils deviennent bilieux, reparaissent quelquefois dans le cours de la maladie par les causes que j'ai déjà signalées; mais, en général, après cette première secousse, imprimée par le désordre général de l'écomie, l'estomac revient, en quelque sorte, de son étonnement, rentre dans le calme, et ne se trouble désormais que sous l'influence de quelque grave altération.

La coïncidence des vomissemens avec les maladies de l'appareil cérébro-spinal, ne paraît pas avoir fixé l'attention des auteurs moins vivement que la coïncidence de ce phénomène avec les diverses affections dont je viens de parler. Billard, qu'il faut toujours citer quand on parle des maladies du premier âge, l'avait notée dans l'hydrocéphale aiguë (loc. cit., p. 633), dans l'encéphalo-myélite (p. 644). M. Barrier l'a indiquée également, mais d'une manière générale, dans les affections convulsives (loc. cit., t. II, p. 277). Les auteurs du *Compendium*, ayant analysé les observations recueillies avec soin de 29 petits malades atteints de convulsions, ont reconnu que huit fois des vomissemens avaient eu lieu (*Compend. de méd.*, t. II, p. 495). MM. Barthez et Rilliet, sur six observations recueillies par eux de méningite primitive, ont trouvé que les vomissemens avaient été le premier symptôme. « Deux fois, disent ces auteurs, ils se sont reproduits sans interruption ou avec quelques intermittences, du jour du début à celui de la mort. Dans un troisième cas, ils n'ont duré qu'un seul jour. Les vomissemens étaient bilieux, nombreux, très abondans, spontanés; ils ont manqué dans l'inflammation secondaire. » (Loc. cit., t. I, p. 633.)

Suivant M. Guersant, les vomissemens, dans la méningite simple, seraient presque constants, éloignés et prolongés pendant plusieurs jours de suite (*Dict. de méd.*, art. méningite, t. XIX, p. 417). Il fait de ce phénomène un moyen de diagnostic différentiel de la méningite, d'avec la fièvre typhoïde dans laquelle les vomissemens seraient rares, un ou deux au début au plus, ou après plusieurs jours de maladie. On peut dire, en un mot, que depuis Robert Whyst, tous les auteurs sont unanimes sur la valeur du vomissement comme signe indicateur d'une méningite. Le fait est si bien connu, qu'il est notoire dans le monde qu'un enfant qui est pris spontanément de vomissemens, est sous le coup d'une *fièvre cérébrale*. Robert Whyst attribue, avec raison, la disposition à vomir « au dérangement du cerveau, avec lequel l'estomac sympathise tellement que dans les plaies de tête, où le cerveau se trouve lésé, il se manifeste presque toujours des vomissemens. » (*On the dropsy of the brain*, 1768.)

M. Piett a parfaitement résumé la valeur des vomissemens dans la méningite, en disant: « Si, chez un enfant vacciné ou qui a eu la petite vérole, chez un enfant qui digère bien et n'a pas de bronchite ou de coqueluche, il survient des vomissemens simples ou bilieux, accompagnés ou précédés de céphalalgie plus ou moins ancienne, il y a tout lieu de craindre l'invasion prochaine d'une méningite aiguë, surtout quand le sujet est tuberculeux. » (Piett, thèse, 1836.)

Les résultats auxquels sont arrivés MM. Barthez et Rilliet, relativement à la valeur séméiologique du vomissement dans la méningite tuberculeuse, sont complètement confirmatifs de ceux de leurs prédécesseurs.

« Dans la grande majorité des cas, disent ces auteurs, les vomissemens apparaissent au début, le plus ordinairement le premier jour, quelquefois le second et le troisième, bien rarement à une époque plus avancée. D'ordinaire, ils ne durent pas plus de deux à trois jours. Cependant cette règle n'est pas sans exceptions assez nombreuses; ainsi, nous citerons l'observation de trois malades, dont le premier eut des vomissemens continus pendant treize jours et les deux autres pendant près de deux mois. La nature de ces vomissemens est variable; tantôt les enfans rejettent les alimens et les boissons qu'ils viennent de prendre, tantôt les vomissemens sont purement bilieux; d'ordinaire il n'y en a que deux ou trois par jour; une fois qu'ils ont cessé, il est fort rare de les voir reparaître. » (Loc. cit., t. III, p. 505.)

Les vomissemens sont généralement moins fréquens dans les cas de tubercules cérébraux que dans les cas de méningite, soit simple, soit tuberculeuse; on les a vu alterner alors avec les convulsions, se montrer au début accompagnés de céphalalgie ou bien coïncider avec ce symptôme. Ils ont duré, dans certains cas, jusqu'à six semaines. Chez un enfant à la mamelle, mort en deux heures, avec un tubercule gros comme un œuf de pigeon dans le cervelet, il n'y eut d'autres phénomènes que des vomissemens et des convulsions.

En résumé, si l'on consulte les travaux publiés par MM. Gendrin, Léveillé, Tonnelé, Constant, Romberg, Becquerel, Barthez et Rilliet, on voit que, si les vomissemens manquent souvent dans les cas de tubercules cérébraux, plus souvent encore ils se montrent dans des circonstances et avec des caractères propres à fixer le diagnostic de la maladie.

Sur quatre cas d'hydrocéphale chronique que j'ai eu occasion d'observer chez des enfans à la mamelle, trois fois j'ai noté l'existence des vomissemens. Ce symptôme avait déjà été signalé par un grand nombre d'auteurs, comme annonçant le début de la maladie lorsqu'elle se développe après la nais-

---

toute espèce de putréfaction; on a vu, disent Percy et Laurent, des boucheries entières éclairées la nuit comme en plein soleil. Le *Journal des savans* du mois de juin 1683 fait mention de celle d'Orléans, où toutes les viandes, même les plus fraîches, brillaient d'un commun éclat; on attribua cette lumière phosphorique à la présence d'une multitude d'animalcules, que personne cependant ne parvint à découvrir.

Fabrice d'Aquapendente rapporte qu'à Pavie, en 1592, trois de ses disciples avaient acheté un agneau récemment tué pour célébrer la Pâque. En ayant mangé la moitié, ils accrochèrent l'autre, restée crue, au plafond de leur chambre commune. Quelle fut leur stupéfaction, lorsqu'à la chute du jour, ils virent cette chair resplendir d'une lumière argentine, *argentino splendentem nitore*, et quand, ayant osé la toucher, cette lumière, devenue de plus en plus vive, s'attacha à leurs doigts, et put être communiquée à tous les objets. L'un d'eux, tout éperdu, courut avertir Fabrice, qui arriva accompagné d'un grand concours de curieux. Le célèbre anatomiste fit de vains efforts pour persuader à la foule émerveillée que le phénomène dont ils étaient témoins, provenait d'une cause naturelle, et ne pouvait être considéré comme un miracle.

Au mois d'avril 1641, pendant que Th. et Gasp. Bartholin se trouvaient à Montpellier, une femme du peuple avait fait à la boucherie sa provision de viande, et l'avait suspendue à un mur au pied de son lit. S'étant éveillée pendant la nuit, elle vit de la lumière, et craignit d'avoir oublié d'éteindre sa lampe. Mais elle reconnut bientôt que la clarté qui remplissait sa chambre, provenait de la muraille, où sa viande était accrochée. Aussitôt des idées superstitieuses vinrent assaillir son esprit. Elle songea d'abord à l'âme de son mari défunt, envers lequel, de son vivant, elle pouvait avoir eu quelques torts; puis elle se figura que le ciel avait choisi sa chaumière pour opérer quelque grand prodige; les voisins accoururent pour en être témoins. Thomas et Gaspard Bartholin parvinrent à voir la viande lumineuse. On en porta chez le prince Henri de Condé, gouverneur de la province, un morceau qui brilla sur sa table pendant plus de trois heures. La lueur qui s'en échappait était assez semblable à celle des étoiles, dont elle imitait la scintillation, tantôt en formant comme elles cinq rayons lumineux, et tantôt en présentant seulement quatre qui figuraient une croix. Grâce aux sages éclaircissemens donnés par la Faculté de Montpellier, les idées superstitieuses que cet événement avait fait naître, s'évanouirent bientôt. (Th. Bartholin, *De luce animalium*.)

Pendant la nuit, les amphithéâtres d'anatomie sont fréquemment le siége de lueurs phosphorescentes. Pelletan avait remarqué qu'elles se dégagent principalement des muscles aux deux tiers desséchés. Ce phénomène était fréquemment observé par le célèbre Mascagni; son laboratoire, presque toujours jonché de cadavres, se trouvait souvent illuminé; et pendant plusieurs des nuits qu'il avait consacrées à ses travaux sur le système lymphatique, il s'était servi de ces clartés singulières pour des dissections assez délicates. Boyle se procurait du poisson putréfié pour faire ses expériences sur la lumière phosphorique dans le vide.

Dans son traité *De luce animalium*, Th. Bartholin cherche à prouver, à l'aide de faits nombreux, que les différentes parties du corps de l'homme et des animaux, sont susceptibles de présenter le phénomène de la phosphorescence. On l'a remarqué principalement dans les excrétions des personnes qui ont fait usage de phosphore; Pictet et Jurine de Genève l'ont observé plusieurs fois sur eux-mêmes, et dans les urines d'un assez grand nombre de malades, dont quelques-uns n'avaient jamais pris de phosphore. Horstius rapporte qu'à la fin de chaque accès arthritique, les jambes du goutteux Ant. Godefroy paraissaient, pendant la nuit et surtout durant le sommeil, radieuses et comme embrasées. Enfin, Percy a signalé le premier, à l'attention des observateurs, la phosphorescence des plaies; il en a cité quatre exemples seulement, dans le cours d'une pratique étendue; mais il est disposé à croire que de tels faits ne sont pas isolés: « Rarement on visite et on panse une plaie dans l'obscurité, dit ce chirurgien célèbre. C'est en plein jour, ou à l'aide d'une lumière artificielle, qu'on y procède. Alors on ne peut savoir si une plaie est phosphorescente. » La rencontre de ce phénomène, ayant été toute fortuite, Percy regarde comme infiniment probable qu'un examen plus attentif des blessés qu'il a traités, pendant une guerre de vingt-cinq ans, lui eût fait découvrir un nombre beaucoup plus considérable de faits. Du reste, Fournier Pescay, avait rencontré, aussi, deux cas de plaies phosphorescentes, parmi les blessés du combat de la Montagne-de-Fer, dirigés sur Bruxelles. Voici le résumé des quatre observations de Percy:

Un jeune volontaire du bataillon du Louvre, blessé d'un coup de feu à la jambe gauche, quelques jours auparavant, était dirigé sur l'hôpital de Leistroff par une nuit d'hiver des plus sombres. La balle n'avait intéressé que les téguments de l'aponévrose, dans une étendue de huit pouces. Pendant la route, on fit remarquer à Percy qu'il y avait du feu dans la voiture du convoi; et l'on craignit qu'un fumeur imprudent n'en eût allumé la paille. Il n'en était rien; la clarté provenait de la plaie sur laquelle on avait appliqué le premier appareil, au retour du champ de bataille. Dans les journées précédentes, le blessé l'avait humectée plusieurs fois avec son urine chaude. Mais ce n'était point à cette circonstance qu'était due la phosphorescence, car, nettoyée et tenue très proprement, la plaie n'en continua pas moins de luire dans l'obscurité jusqu'au seizième jour, où sa clarté, diminuée successivement, cessa, enfin, d'être perceptible.

Pendant le siége de Manheim, un lieutenant de la treizième demi-brigade avait reçu à la jambe gauche une large blessure, que Percy faisait panser, suivant son usage, avec des compresses imbibées d'eau fraîche renouvelées de trois heures en trois heures. Le matin du neuvième jour, ce chirurgien était allé visiter le malade sous les voûtes du château; l'officier lui raconta, encore tout effrayé, que, pendant la nuit, en ôtant les linges de dessus la plaie pour les renouveler, il l'avait vue chaque fois couverte d'un feu follet, dont on pouvait encore apercevoir quelques restes. Percy l'ayant visitée de nouveau le même soir, et six autres fois de suite, vit très distinctement ce phénomène remarquable. La clarté vaporeuse, qui s'élevait de la plaie, ressemblait parfois à un nuage blanc, transparent et tranquille, mais plus souvent à la flamme bleuâtre de l'alcool enflammé. Du reste, la suppuration était de bonne nature, et la cicatrisation se fit avec rapidité.

(*La fin à un prochain numéro*).

sance, et comme se manifestant fréquemment dans tous les cas lorsqu'on place l'enfant dans la station assise ou debout. Il n'y a rien de bien constant à cet égard. Et ce qui me paraît ressortir de la lecture des différens travaux écrits sur l'hydrocéphale, c'est que la fréquence, le nombre, la durée, la nature des vomissemens qui accompagnent cette maladie, échappent à toute espèce d'appréciation.

En somme, un des caractères qu'on pourrait assigner aux vomissemens qui coïncident avec les affections aiguës ou chroniques de l'appareil cerébro-spinal, c'est leur irrégularité même. L'époque de leur apparition est éminemment variable. Ils se montrent à peu près indifféremment à toutes les périodes de la maladie, un peu plus souvent au début. Ils s'arrêtent quelquefois au bout de quelques heures pour ne plus reparaître, et d'autres fois se prolongent pendant plusieurs semaines avec une ténacité désespérante; ici, ils seront rares, peu nombreux, peu abondans; là, ils auront lieu coup sur coup et avec une abondance extrême. Si, dans quelques cas, ils se bornent au rejet des alimens et des boissons ou de quelques mucosités, dans d'autres ils seront purement bilieux. Ce caractère protéiforme des vomissemens qui accompagnent les maladies de l'appareil cérébro-spinal m'a paru digne d'être signalé.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

École de médecine navale. — Port de Rochefort.

(Service de M. Lefèvre, 1er médecin en chef.)

LARYNGITE CHRONIQUE SYPHILITIQUE COMPLIQUÉE DE VIOLENS ACCÈS DE DYSPNÉE SIMULANT DES ACCÈS D'ASTHME; IMMINENCE DE SUFFOCATION; OPÉRATION DE LA TRACHÉOTOMIE; GUÉRISON.

Observation recueillie par M. Pénard, chirurgien de 1re classe, chef de clinique à l'hôpital civil.

La fille B..., âgée de 25 ans, née dans le département de la Charente-Inférieure, de parens inconnus, est bien constituée, douée d'un tempérament nervoso-lymphatique et d'un embonpoint assez marqué; elle a été bien réglée de 15 à 23 ans, et mal réglée plus tard; très sujette à s'enrhumer et ayant eu des accès de dyspnée effrayante en septembre 1852; elle entra à l'hôpital civil de Rochefort le 30 novembre 1852, accusant *une bronchite aiguë entée sur un asthme chronique.*

L'état général de cette malade est peu satisfaisant: la peau est froide, terreuse, le pouls fréquent et dépressible; les capillaires veineux sont injectés partout; il y a de la somnolence, une faiblesse extrême et de l'inquiétude; la voix est très enrouée, le larynx douloureux à la pression; les quintes de toux sont fréquentes, surtout la nuit; les accès de dyspnée violens; il y a enfin une expectoration abondante de crachats visqueux et *salés*, et cependant on ne constate, par l'auscultation, aucun signe d'affection organique du poumon.

Le jour de l'entrée, on prescrivit à cette fille quelques sangsues sous les clavicules, des sinapismes aux pieds, un looch diacodé, un peu de lait sucré pour tout aliment.

Le 5 décembre, la dyspnée augmentant, on administra 10 centig. de tartre stibié dans six cuillerées d'eau, à prendre en trois fois; huit vomissemens amenèrent un soulagement très marqué, et le soir, la malade mangea avec plaisir le quart de portion.

Le 6, respiration plus libre, un peu de calme, mais ce mieux n'est pas de longue durée.

Le 7 au soir, accès de suffocation plus violens que les précédens; la malade passe la nuit dans des angoisses horribles, assise sur son lit, les bras projetés en avant et les mains cramponnées au matelas.

Le 8, à la visite du matin, on la trouve dans la même attitude, l'œil abattu, la face bleuâtre, en conservant cependant toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles. La voix était presqu'éteinte, l'inspiration sifflante, très difficile, nécessitant de violentes contractions musculaires, tandis que l'expiration est au contraire très facile et six fois plus rapide au moins que l'inspiration; il y a, à l'entrée du larynx, la sensation d'un corps étranger qui étouffe; extrême anxiété; on suppose un *œdème de la glotte.* Prescription: 5 sangsues de chaque côté du larynx et sinapismes aux mollets. La faiblesse du pouls et le froid de la peau ne permettent pas la saignée générale.

A quatre heures de l'après-midi, les accidens n'ayant pas cédé, M. le premier médecin en chef de l'hôpital de la marine est prévenu de la gravité du cas qui se présente; il se rend immédiatement auprès de la malade et la trouve dans un état des plus fâcheux, ayant la peau froide, le pouls faible, déprimé, et le faciès exprimant l'inquiétude la plus vive. La dyspnée est extrême, et il y a des douleurs vives dans le dos; on ausculte la poitrine, on l'on n'y perçoit qu'une sorte de bruissement sourd dans les vésicules pulmonaires, mais point de souffle respiratoire franc nulle part. A la percussion, défaut de sonorité partout, mais particulièrement dans le côté droit, où le bruit d'expansion des vésicules est aussi moins sensible que du côté gauche. Cette absence de sonorité éloignant l'idée d'un emphysème pulmonaire, on demeure tout à fait convaincu qu'on a réellement affaire à un *œdème de la glotte.* Prescription: vésicatoires sur la région laryngienne; suppositoire savonneux et sinapismes aux pieds: on décide que la malade sera visitée vers huit heures, et que, pour peu que les accidens aient augmenté, l'opération de la trachéotomie sera immédiatement pratiquée.

A huit heures, nous arrivons, accompagné de M. le prévôt de l'hôpital de la marine, et muni de tout ce qui était nécessaire pour l'opération, lorsqu'à la porte de l'hospice nous apprenons que la malade vient de recevoir l'extrême-onction et qu'elle va rendre le dernier soupir. Nous accourons en toute hâte, épouvanté, comme on le pense bien, et plein de regrets d'avoir été si fidèle observateur d'une heure convenue. On avait dit vrai, la malade était sans connaissance, la tête renversée en arrière sur son oreiller, les paupières à demi-fermées, et l'œil terne; elle allait expirer: le pouls se sentait cependant encore à la radiale, mais à peine. Demander une lumière, élever un peu le haut du thorax, inciser la peau, puis l'aponévrose, puis enfin la trachée et mettre la canule de Trousseau en place, tout cela fut l'affaire d'un instant, mais le retour à la vie ne fut pas immédiat. Pendant cinq minutes, qui nous parurent bien longues! la malade resta dans un état d'immobilité apparente, sans respiration, sans mouvement. Si ce n'eût été le pouls qui se sentait encore, quoique bien faible, on aurait pu se croire en présence d'un cadavre. Enfin une première inspiration franche eut lieu, puis une autre, puis une troisième, et la malade sort de son état de mort apparente, l'air étonné, ne comprenant rien à ce qui avait été fait. Une quinte de toux survient alors, qui lui fait expulser une assez grande quantité de mucosités sanguinolentes; dès ce moment la respiration se régularise de plus en plus, le pouls se relève, la chaleur renaît, et une demi-heure après nous la laissons souriant à ceux qui l'entouraient, et nous exprimant du regard et du geste toute sa reconnaissance.

Le 9 au matin, nous trouvons notre pauvre opérée respirant fort bien, et tout à fait revenue à elle, elle a dormi dans la nuit, mieux qu'elle n'avait pu le faire depuis longtemps et elle n'accuse aucune souffrance.

Les jours suivans, point d'accidens, marche non interrompue vers la guérison. Du 12 décembre au 8 janvier, à l'ai e d'une petite éponge solidement fixée à l'extrémité d'une baleine convenablement recourbée au feu, on touche *sept fois* (par la bouche) l'orifice supérieur du larynx, avec une forte solution de nitrate d'argent. Cette petite opération est supportée sans le moindre trouble, sans doute parce que la respiration se fait librement par un point inférieur à celui sur lequel est appliqué le cathéter qui donne les meilleurs résultats; car, dès la troisième cautérisation, on peut obturer complètement la canule et voir l'air traverser assez facilement le larynx pour arriver au poumon.

Le 10 janvier, la malade parlant bien quand le doigt était appliqué sur l'orifice de la canule, nous l'interrogeons sur sa vie passée, en lui faisant sentir combien il est important, pour elle, que nous en connaissions tous les détails, afin d'arriver à la cause réelle de sa maladie. Ce fut alors qu'elle nous confia ce qui suit:

Elle avait commencé à faire le métier de fille publique à dix-huit ans, et elle avait eu, dans le cours de l'année 1852, trois chancres syphilitiques, puis un ecthyma de même nature, qui a laissé des traces profondes, puis, enfin, une blennorrhagie virulente, accidens pour lesquels elle avait été traitée, à l'hôpital de Bordeaux, par la tisane de salsepareille, la liqueur de Van-Swiéten, et les pilules de Dupuytren.

Enfin, elle avoua avoir encore dans le moment, malgré ces divers traitemens, un reste d'écoulement vaginal, des douleurs profondes dans les os, particulièrement la nuit.

Nous l'explorons au spéculum et nous trouvons, en effet, un écoulement assez abondant par le vagin et un peu de rougeur à l'entrée de ce conduit.

Dès lors, cette fille fut soumise à un traitement général par l'iodure de mercure et l'iodure de potassium combinés, et à l'usage d'injections astringentes.

Le 17 janvier, la respiration par le larynx se faisant bien, on enlève la canule trachéienne restée en place jusque-là; et, chose bien remarquable, lorsqu'ont craignait de voir la plaie rester fistuleuse, trop longtemps peut-être, on la trouvait au lieu de cela, *dès le soir même*, obturée complètement et presque cicatrisée. Il eût été impossible, douze heures après l'enlèvement de la canule, de trouver à faire glisser un stylet, par la plaie, jusque dans la trachée. Nous signalons cette rapidité de cicatrisation, parce qu'elle a étonné tous les chirurgiens de notre école autant que nous-mêmes.

Enfin, le 14 mars, le traitement antisyphilitique étant terminé, et l'écoulement, ainsi que les douleurs ostéocopes, ayant disparu, la fille B... sort de l'hospice parfaitement guérie, ne souffrant plus du larynx, ne toussant plus, respirant bien, se sentant vigoureuse et ayant, seulement encore, la voix enrouée.

Elle est aujourd'hui (20 mars) domestique d'auberge, et fait un service pénible sans en éprouver trop de fatigue.

Réflexions de M. le professeur Lefèvre. — Cette observation offre de l'intérêt, car elle démontre, une fois de plus, les avantages que l'on peut tirer de l'opération de la trachéotomie dans les cas qui paraissent les plus graves et les plus désespérés. Lorsque je fus appelé auprès de la fille B...., dans l'après-midi du 8 décembre, je la crus atteinte d'une phthisie laryngée, qui venait de se compliquer d'œdème de la glotte. Quoiquej'eusse peu d'espoir de guérir une maladie dont l'origine, d'après le dire de la malade, remontait à une époque éloignée et dont elle cachait avec soin la véritable nature; l'indication d'opérer me paraissant imminente, j'engageai M. Pénard à recourir à la trachéotomie aussitôt qu'il aurait épuisé les ressources que pouvaient encore lui offrir l'emploi de quelques moyens révulsifs énergiques, qui n'avaient pas été tentés et qui furent aussitôt mis en usage. L'opération faite, la malade sauvée de la mort qui allait la saisir, mon pronostic ne s'était pas sensiblement modifié en auscultant et en percutant sa poitrine, avant et après l'opération, alors que la canule était encore en place; je n'avais pu obtenir que des renseignemens fort imparfaits sur le véritable état du tissu pulmonaire; pensant toujours qu'il y avait phthisie laryngée, je croyais que l'opération, en arrachant cette fille à une fin prochaine, n'avait fait que prolonger de quelque temps sa malheureuse existence; ce ne fut qu'après qu'on m'eût initié à la confession des désordres de sa vie passée, des accidens syphilitiques dont elle avait été atteinte, des traitemens qu'elle avait déjà subis, que, modifiant mon opinion sur la nature de la laryngite qui avait failli la tuer, j'approuvai l'emploi d'un nouveau traitement anti-vénérien, que M. Pénard dirigea avec autant d'énergie que de succès. Cependant la glotte ne se trouva complètement débarrassée que longtemps après, et c'est seulement le quarantième jour après l'opération, que l'air, pouvant parcourir librement les voies naturelles, l'on retira l'instrument; malgré le long séjour qu'il avait fait dans la plaie, celle-ci ne s'en cicatrisa pas moins avec une rapidité qui nous étonna tous, et, ainsi que le fait observer M. Pénard, il eût été difficile, vingt-quatre heures après, d'y faire pénétrer un stylet.

Dans l'espace de cinq ans, j'ai recueilli trois observations qui témoignent des avantages qu'on peut retirer de la trachéotomie dans les maladies du larynx, qui rendent la suffocation imminente; la première a été insérée au no du 9 septembre 1848, du Journal l'Union Médicale; c'est celle d'un forçat admis dans le service dont j'étais alors chargé, à l'hôpital de la marine, pour une angine œdémateuse qui venait de se développer consécutivement à une laryngite inflammatoire simple, aiguë. En peu d'heures, la nécessité d'opérer devint impérieuse, et l'opération sauva le malade; il sortit de l'hôpital complètement guéri.

La deuxième est celle d'une petite fille de sept ans, auprès de laquelle je fus appelé avec plusieurs de mes confrères, et qui, étant à déjeuner le 2 février 1852, fut prise tout à coup d'un accès de suffocation tel, qu'on crut qu'un corps étranger s'était introduit dans le larynx pendant l'acte de la déglutition. Lorsque nous arrivâmes, l'état de cet enfant était effrayant, privée de connaissance, la face tuméfiée, bleuâtre, la respiration presque nulle, le pouls petit et misérable, elle ne donnait que de faibles signes de vie, nous introduisîmes profondément le doigt indicateur dans la gorge pour dégager le corps étranger qui pouvait s'y trouver arrêté, nous ne rencontrâmes rien. Un de nos confrères, M. le docteur Tayau, avait déjà cherché à remplir la même indication avec une sonde de gomme élastique, il n'avait pas été plus heureux, il n'y avait pas un moment à perdre, d'un moment à l'autre la vie pouvait s'éteindre complètement, nous nous décidâmes à pratiquer la trachéotomie, l'incision des parois de la trachée se fit avec facilité, et elle ne fut suivie d'aucun accident; après quelque secondes d'une anxiété pénible pour tous les assistans, l'air pénétra dans la poitrine, et la respiration se rétablit. Quelle avait été la cause d'une suffocation aussi prompte, aussi inattendue et aussi grave? L'enfant se portait bien en se mettant à table, on ne pouvait par conséquent soupçonner l'existence de pseudo-membranes ou d'un œdème de la glotte; un os ou tout autre corps étranger s'était-il introduit dans les voies aériennes? C'est ce que les parens et nous-mêmes avions d'abord supposé; mais les résultats de l'exploration de la gorge et de l'incision de la trachée ne justifient pas cette supposition, il faut donc admettre qu'il y a eu un cas de cette variété d'angine striduleuse, que M. Guersant nomme traumatique, et dont il a cité deux exemples dans un rapport qu'il fit à la Société de chirurgie de Paris, le 27 octobre 1852, ou un spasme de la glotte, tel que l'a décrit le docteur Hérard dans sa thèse soutenue en 1847. Quoi qu'il en soit, l'opération de la trachéotomie sauva la vie à cette petite fille, et cette opération ne fut suivie d'aucun accident. Quelque jours plus tard, après qu'on eut enlevé la canule, qu'elle ne garda que quarante-huit heures, elle jouait avec ses compagnes, et avait oublié le danger auquel elle venait d'échapper et l'effroi qu'elle avait causé à ses parens.

Le troisième fait est celui rapporté plus haut par M. Pénard.

Nous pensons qu'il y a utilité à publier de tels résultats, puisqu'ils tendent à détruire les préventions qui peuvent encore exister dans l'esprit de quelques praticiens contre l'opération de la trachéotomie, et qu'ils font ressortir les avantages immenses qu'on peut retirer de sa pratique dans des maladies où la mort est aussi imminente.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR L'EMPLOI DE L'ARBOUSIER (*arbutus unedo*) DANS LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE.

Je ne suis pas de ceux qui cherchent à exhumer de la poussière de l'oubli des médicamens que leurs propriétés négatives ont depuis longtemps fait rayer du rôle pharmacologique; mais quand des tentatives heureusement renouvelées remettent en honneur un agent trop délaissé, pourquoi lui refuser une juste réhabilitation? Et puis, des propriétés particulières, non étudiées ou insuffisamment reconnues, peuvent se révéler chez le remède le moins apprécié. Il suffit quelquefois d'une occasion pour les mettre en saillie, et enrichir ainsi, à l'improviste, le cadre de nos ressources thérapeutiques.

C'est à peu près là ce qui vient d'arriver à l'arbousier, cet arbuste si vulgaire, si abondant aux plages du bassin d'Arcachon. Nul ne songeait à la valeur médicale de ce végétal que recommandaient seulement aux baigneurs de la Teste ses jolis fruits ronges, cérisiformes et d'un goût agréablement aigrelet (1). On savait à peine que, considéré comme astringent par quelques anciens praticiens, on l'avait vaguement indiqué dans les flux de ventre, en tisane et dans les maux de gorge, en gargarisme (Merelot, *Dictionnaire des drogues.*) Barbier, d'Amiens, en parle à peine, et les autres pharmacologues n'en disent absolument rien.

Un pharmacien de Bordeaux (M. Dannecy) vient de s'occuper sérieusement de mettre en lumière les divers produits que la chimie peut emprunter à l'*arbutus unedo*. Ces produits, essentiellement tanniques, se réduisent à un seul qui est un extrait fortement astringent, et dont les propriétés ont été

(1) On fait à la Teste une marmelade de ces fruits, à laquelle on accorde des propriétés diurétiques.

expérimentées par moi dans le traitement des flux blennorrhagiques et blennorrhéens, alors que l'infidélité du ratanhia m'obligeait à lui chercher un succédané.

Cet extrait d'arbousier est employé à l'hospice Saint-Jean et dans ma pratique.

1° Sous forme d'injection :

Extrait aqueux d'arbousier. . .	30 grammes.
Eau distillée.	500

2° En sirop, sous cette formule :

Extrait aqueux d'arbousier. . .	25 grammes.
Eau distillée froide.	125

Dissolvez, filtrez et mêlez avec :

Sirop simple, réduit d'un quart et bouillant.	500 grammes.

3° En potion :

Sirop d'arbousier. . . . . . / — de Tolu.	ââ 30 grammes.
Eau distillée de pin.	100

Mêlez pour prendre par cuillerées.

4° En pilules composées :

Extrait d'arbousier. . . . . . / — de ratanhia.	ââ 5 grammes,

F. s. l. des pilules de 20 centig. — Deux matin et soir.

Telles sont les formes sous lesquelles, dans la thérapeutique des blennorrhagies sub-aiguës et des blennorrhées irritatives, je fais usage de l'arbousier, qui, je le répète, supplée à merveille le ratanhia, est un admirable auxiliaire du poivre cubèbe et du copahu, et fournit une arme de plus à l'arsenal déjà si nombreux, sinon toujours efficace, des moyens anti-blennorrhagiques connus.

Dr J.-B. Venot,
Chirurgien en chef de l'hospice St-Jean (vénériens) de Bordeaux.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

Séante à la Faculté de médecine.

Présidence de M. Barth. — (Extrait des procès-verbaux.)

M. Caffe lit, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Forget et Cherest, un rapport sur un ouvrage imprimé en langue russe, et intitulé : *Observations relatives à l'épidémie de choléra, faites en 1848 à l'hôpital de St-Vladimir*, par M. le docteur Van Hubbenet, professeur de pathologie externe et de clinique chirurgicale, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Kieff, etc.

Ces observations portent sur un relevé de 1,045 cas, fait dans le même hôpital.

La première partie du livre traite de la statistique du choléra. Elle peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° Le chiffre des malades est en raison directe du nombre des individus.

2° Ce chiffre de malades dépend des règles d'hygiène et de diététique plus ou moins bien observées.

3° Toutes les causes qui peuvent favoriser les maladies pendant que règne l'épidémie du choléra, favorisent également la propagation de cette maladie.

4° En accumulant de grandes masses d'hommes, on peut artificiellement entretenir le choléra une fois déclaré.

5° Sous certaines conditions, le choléra est essentiellement transmissible, c'est-à-dire médiatement contagieux.

6° La manière dont le choléra se répand paraît être attachée aux personnes.

7° L'organisation la plus disposée à la contagion du choléra est celle qui est déjà souffrante.

8° La fièvre intermittente dispose le plus au choléra.

9° La tuberculisation n'exclut pas le choléra.

10° Le choléra une fois développé, le mode de traitement a peu d'influence sur la mortalité.

11° La mortalité dépend principalement de la condition hygiénique, diététique et de l'état de santé dans lesquels se trouvaient les individus au moment de l'invasion de la maladie.

12° Le choléra élève plutôt le chiffre des décès que celui des malades.

La seconde partie de l'ouvrage traite de l'anatomie pathologique déduite de 200 autopsies.

La troisième partie est consacrée à la nosologie.

Les faits observés par M. Hubbenet sont parfaitement conformes à ce dont nous avons tous été témoins en 1832 et en 1849. Aussi le conduisent-ils à faire bonne justice de la classification admise par quelques médecins russes, de choléra pulmonaire, de choléra entérique et de choléra sec.

Dans un quatrième chapitre, il enregistre les résultats du traitement. Dans ce que l'auteur appelle le premier degré, la thérapeutique a été très efficace. L'opium a donné le plus grand succès. Dans le second degré, dans l'état asphyxique, le traitement est resté des plus incertains : différentes méthodes laisseraient arriver à peu près toutes le même résultat. Les moyens thérapeutiques soumis à l'expérimentation par M. Hubbenet, ont été le mercure, le quinquina, les injections salines dans les veines, le chloroforme, l'électricité, l'inspiration de différens gaz, l'alcool sulfureux, les éthers, les alcooliques, les méthodes spécifiques, l'ipécacuanha, les acides, l'hydrothérapie, etc. Dans le choléra grave, ces médicamens ne sont pas absorbés; aussi ne retrouve-t-on pas ces substances dans l'analyse du sang; il est, dès lors, facile de s'expliquer leur impuissance d'action presque radicale, pendant cette période de la maladie.

Après avoir analysé le livre de M. Hubbenet, M. Caffe se livre à des considérations importantes sur le choléra. Il aborde, entr'autres, la question si controversée de la contagion, en commençant par faire remarquer qu'on ne saurait faire trop d'efforts pour élucider le mode de propagation d'une maladie qui, d'après les statistiques les plus récentes, a coûté la vie à 60 millions d'Européens, depuis 1832. Lorsque cette épidémie fut étudiée à son début, dit-il, tous les médecins de l'Angleterre et de la Russie, et même de grandes illustrations en France, y compris le célèbre Delpech de Montpellier, furent convaincus de la contagion médiate ; mais, il faut le dire, la majorité du corps médical en France repoussa, jusqu'à ces derniers temps, la croyance à la contagion. Les médecins des campagnes surtout, mieux placés que ceux des villes pour connaître d'une manière exacte le fait initial de l'invasion épidémique, citaient des exemples suffisans pour ébranler l'opinion de la majorité ; mais on niait les faits, ou on les déclarait mal observés. Des médecins de la marine, M. Le Vicaire entre autres, en 1834, publiait un opuscule sur le voyage de la *Melpomène*, de Lisbonne à Toulon, où il prouvait que l'isolement des cholériques aux lazarets de ce port, avait seul préservé la ville du fléau.

D'après le récit de M. Dumikan, le fait de l'invasion du choléra sur la terre d'Europe ne peut-être attribué qu'à une importation contagieuse.

Le premier point où il a paru en Europe, fut Kisliar en Russie, placé sur le revers septentrional du Caucase, et y fut apporté par un détachement de troupes venant de Témir-Chan-Chouza, ville située de l'autre côté des montagnes, en Asie, par conséquent, et où la maladie sévissait avec une grande force ; de là elle se répandit dans l'intérieur de l'empire russe, en s'avançant par deux routes : l'une longeant le rivage de la mer Caspienne, l'autre en remontant Térek.

Peu à peu, comme en 1832, l'épidémie gagna l'Europe occidentale, et de là la France, franchissant la Méditerranée ; elle vint exercer ses ravages en Algérie en 1849. A cette époque, M. Milhau, médecin militaire, était chargé du service de santé de la colonie agricole de Novi, qui se trouve bâtie sur les bords de la mer, à deux lieues à l'ouest de Cherchell (ancienne Julia-Cœsarea).

Exposition du nord et de l'est, protégée contre les vents brûlans du sud, par le massif montagneux, très bien boisé, des Béni-Ménasser, les eaux y sont bonnes et abondantes, et sans aucun marécage aux environs. La colonie fut installée dans le courant de janvier 1849; l'état sanitaire resta parfait jusqu'au mois de juillet 1849, lorsqu'apparurent, sous l'influence des fortes chaleurs et des défrichemens opérés, des fièvres intermittentes, des diarrhées et des dyssenteries. Vers la fin de septembre, le choléra fit invasion dans Cherchell; l'hôpital militaire y était décimé. M. Milhau se rendit à l'hôpital militaire de Cherchell pour étudier la maladie, et n'être point surpris lorsqu'elle apparaîtrait à Novi. Il apprit que la maladie s'était manifestée pour la première fois sur des malades venant de Zurich, colonie située à onze kilomètres de Cherchell. Frappé de cette circonstance, mais sans idée préconçue, ce médecin résolut de surveiller attentivement la manière dont elle envahirait Novi, sa résidence obligée pour son service; l'observation était facile : la colonie de Novi ne pouvait alors avoir de communication qu'avec Cherchell, car la population arabe des environs ne se montrait plus depuis l'apparition du fléau, et s'était réfugiée dans ses montagnes. L'imminence de l'invasion entre ces deux villes, à deux lieues de distance, fut de vingt jours ; pendant ce temps, le vent de l'Est souffla pendant neuf jours, et les autres jours, le vent souffla du nord au nord-ouest.

Au milieu de la nuit du 16 au 17 octobre, M. Milhau fut appelé auprès d'une jeune femme, atteinte du choléra cyanique ; elle succomba douze heures après. Or, voici ce qui avait eu lieu : cette femme avait quitté Cherchell, domicile de son mari, maître serrurier, pour se rendre à Novi, domicile de sa famille paternelle, afin de fuir le choléra qui avait détruit dans sa maison à Cherchell, et sous ses yeux, une famille de pêcheurs maltais.

A peine le cadavre de cette jeune dame était-il enlevé, que sa mère, qui lui avait prodigué ses soins, un jeune fils de onze ans, et sa grand' mère sont atteints simultanément et succombent peu de temps après. On voit ici clairement la transmission de la maladie dans ces trois cas particuliers.

Trois jours s'écoulent sans présenter un nouveau cas. Le 22 au soir seulement, le même médecin fut appelé en toute hâte pour voir un jeune homme cholérique, qui avait quitté le jour même l'hôpital de Cherchell, où il était retenu pour une dyssenterie, et qui venait d'arriver à Novi.

Comme il n'existait pas d'ambulance pour y traiter les cholériques, le malade resta au milieu de sa famille, composée de sept membres, le père, la mère et cinq enfans, qui étaient logés, comme tous les autres ménages de la colonie, dans un rez-de-chaussée composé de deux pièces; vingt-quatre heures après que la maladie eut apparu dans cette maison, le père, homme délabré par des excès alcooliques, est atteint et succombe rapidement.

Le 25, un jeune enfant, et peu après une petite fille de 10 ans, sont frappés et meurent. La mère, emportant son plus jeune fils encore à la mamelle, voulut entrer à l'hôpital pour fuir cette scène de désolation ; quelques heures à peine s'étaient écoulées depuis leur entrée dans cet établissement, que l'un et l'autre sont atteints et succombent. Dans cette famille, celui qui avait importé la maladie, survécut seul avec une de ses sœurs, âgée de 13 ans. Bientôt les cas se multiplièrent dans la colonie ; il fut constant pour le médecin que la charité compatissante que montrèrent les personnes des maisons voisines, fut la cause de l'intoxication cholérique, et le point de départ de nouvelles maladies.

Une fois introduit dans une maison, le mal y faisait toujours plusieurs victimes, preuve évidente qu'il n'était pas une de ces modifications générales admises gratuitement par les non-contagionistes. Novi comptait, à cette époque, 70 familles, qui élevaient la population à 280 ou 300 habitans.

Notre confrère a observé et traité, dans cette localité, 45 cas de choléra confirmés, et répartis dans 16 familles seulement.

C'est dans ces faits, et dans beaucoup d'autres qui lui sont personnels, en tenant également compte de tous ceux qui ont été recueillis par ses devanciers, que M. Milhau a puisé les élémens de ses convictions, établies avec logique dans sa thèse soutenue à Paris le 2 février dernier.

Il n'a pas, non plus, éludé les objections qu'on pourrait lui faire, en y répondant d'une manière satisfaisante ; il conclut : 1° que le choléra est une maladie contagieuse ; 2° qu'elle se propage par contagion médiate ; 3° que le germe de la maladie est un virus essentiellement volatil. Cette dernière conclusion pourrait paraître forcée ; toutefois, cependant, on ne peut admettre une contagion, quel qu'en soit le mode, sans la préexistence d'un virus.

Les opinions divergentes disparaîtraient peut-être en grand nombre, si on remplaçait, comme je l'ai fait dans quelques publications, le mot de *contagion* par celui de *transmissibilité*.

Il ne faut pas non plus s'effrayer, a écrit un des plus honorables médecins, l'ancien président de l'Académie, M. Roche, des dangers que fait courir aux populations la preuve, la certitude de la transmission du choléra par la voie de contagion. Ces craintes, dit-il, le touchent peu, parce qu'il ne croit pas que la vérité puisse jamais être dangereuse, et tandis qu'il est certain des graves inconvéniens de l'erreur. La conviction de la non-contagion a pour effet de faire négliger une foule de précautions salutaires, dont on n'entrevoit pas l'utilité, dont on ne comprend plus l'importance ; on néglige, ajoute encore notre excellent et savant confrère, M. Roche, de donner le plus d'espace possible aux cholériques, de ventiler, de renouveler, de rafraîchir, de désinfecter par les moyens connus l'air qu'ils respirent. On ne recommande pas d'enlever promptement d'auprès d'eux les vases qui contiennent les matières de leurs vomissemens et de leurs déjections. On ne conseille pas aux personnes qui les soignent d'éviter, autant que possible, de respirer l'odeur de ces matières et celle de la sueur. On ne leur dit pas de ne pas faire un trop long séjour auprès des malades, de sortir fréquemment au grand air, de se faire remplacer de temps en temps dans les soins qu'elles prodiguent, et on laisse ainsi dans une funeste sécurité des mères, des enfans, que l'influence épidémique aurait peut-être épargnés, exposés sans précautions, sans défense, à toutes ces chances accumulées de la contagion, dont elles vont probablement devenir les victimes.

Nommé votre rapporteur dans une question aussi grave, ajoute M. Caffe, vous avez le droit de me demander, et j'ai le devoir de vous exposer quelles sont mes opinions personnelles, dont vous êtes, d'ailleurs, les juges les plus compétens ; pour remplir cette double tâche, je ne puis que m'en référer à la notice que je publiai sur le choléra, en juin 1849.

« Le choléra est-il contagieux et dans quelles circonstances le deviendrait-il ? Des hommes honorables, trop timorés, ont pensé que cette » question ne devait pas être soulevée, craignant, disent-ils, que l'humanité ait à rougir de certains actes qui résulteraient de l'affirmation ou » seulement du doute, une fois propagé.

» A moins de remonter à des époques déjà bien éloignées de nous, » voit-on que les maladies dont la contagion est le mieux démontrée » amènent l'abandon par les médecins, par les parens, par la société » elle-même, des malheureux infectés ? Les lâches se compteront toujours, et leur petit nombre les ferait toujours reconnaître par un » stigmate indélébile. Cette crainte d'une autre époque ne nous regarde » donc plus. J'ai hâte d'ajouter qu'il n'est point de maladies contagieuses » d'une manière absolue ; que quelques-unes seulement sont transmissibles sous certaines conditions déterminées ; le choléra est loin de » faire exception, mais il exige alors une prédisposition individuelle des » fonctions organiques, des conditions défavorables de nourriture, » d'habitation au milieu d'un air identique, non renouvelé, et avant » tout, et par-dessus tout l'empoisonnement atmosphérique, miasmatique par le choléra, le *nescio quid lethale*, mais qui resterait à son » tour sans action si les individus prédisposés se trouvaient en dehors » du cercle de son influence.

» Dans l'épidémie de choléra, il existe des faits entièrement favorables à sa transmissibilité, aidés par de multiples circonstances, mais » dont la coïncidence est heureusement difficile. Si ces faits existent, » de quel droit les cacher ? Il n'y a pas, il ne peut y avoir de vérités » qu'il faille rejeter ou étouffer. Il y aura toujours des secours pour » toutes les maladies, tant qu'il y aura des médecins en France. Les » liens de famille, d'amitié, et la charité, qui sont un des besoins de » l'homme, ne feront jamais défaut.

» Ce n'est que dans les petites localités qu'il est possible de suivre la » migration du choléra avec moins de chances d'erreurs. Les fréquentations, les rapports de chaque habitant entre eux, sont connus » et restreints ; c'est aussi dans ces petites localités que sont faites, et » c'est d'elles que partent des observations très complètes pour la plupart favorables à l'opinion de la transmissibilité du choléra.

» A Paris, il est même très rare qu'une maison ait un seul cholérique dans le cours d'une épidémie. Dans les hôpitaux où sont admis » ces malades, très peu de jours ou même très peu d'heures s'écoulent » avant que d'autres malades, anciens habitans, soient eux-mêmes » atteints.

» Il faut le répéter encore : les conditions nécessaires à la transmissibilité sont très nombreuses et difficiles à réunir ; aussi ne voit-» on pas que les médecins et les autres personnes que leur profession » met sans cesse, nuit et jour, en contact immédiat avec les cholériques, » soient beaucoup plus fréquemment atteints que d'autres moins exposées. »

Maintenant, mes chers collègues, avant de terminer, je vous rappelle que M. le docteur Hubbenet, actuellement en France, chargé d'une mission scientifique de la part de son gouvernement, mérite incontestablement et attend de votre suffrage le titre de membre correspondant de la Société médicale d'émulation de Paris.

Plusieurs membres demandent la parole sur la partie scientifique du rapport, mais l'heure avancée de la séance ne permet pas d'ouvrir cette discussion.

La conclusion, relative à la candidature de M. Hubbenet, est mise aux voix et adoptée.

M. Hubbenet est nommé, à l'unanimité, correspondant étranger.

M. Ludger-Lallemand, candidat à une place de membre résidant, a la parole pour une lecture intitulée : *Observation d'une tumeur de nature syphilitique développée dans le cerveau.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Larrey, Adorne et Barth, rapporteur.

M. Henri Blache, interne distingué des hôpitaux, fils de notre excellent et très honorable confrère M. Blache, vient de succomber, en trois jours, à une angine couenneuse qu'il avait contractée en donnant des soins assidus à un enfant atteint de croup. — Ses obsèques auront lieu aujourd'hui, mardi, à *onze heures très précises*, à la Madeleine. On se réunira à dix heures à la maison mortuaire, 7, rue de Suresne. Ceux de ses amis qui n'auraient pas été prévenus, sont priés de regarder cet avis comme une invitation.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 92. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 4 Août 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12

A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56* ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 3 AOUT 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Quand une élection doit avoir lieu à l'Académie de médecine, adieu l'intérêt scientifique. Le résultat du dépouillement du scrutin est à peine connu, que les banquettes se dégarnissent en tumulte. Il n'y a plus que des lectures sacrifiées et faites devant un petit noyau d'intrépides et zélés académiciens. C'est ce qui est arrivé hier à M. le docteur Félix Jacquot, qui a lu presque dans le vide un intéressant mémoire sur les fièvres des pays chauds, dont nos lecteurs trouveront un résumé à notre compte-rendu.

Puisqu'il était décidé que l'Académie choisirait un nouveau membre parmi les botanistes, il ne restait plus que deux candidats en présence, MM. Chatin et Ch. Robin. M. Sandras s'était désisté de sa candidature, et le résultat a prouvé que M. Martinet eût bien fait de se désister aussi.

L'Académie s'est presque également partagée entre ces deux honorables et savans candidats. M. Chatin a triomphé avec 38 voix, M. Robin a succombé avec 30 suffrages. Succès et défaite également honorables; il est beau de vaincre un candidat comme M. Robin; il est glorieux pour M. Robin d'approcher de si près le but.

La mort a fait une nouvelle victime dans l'Académie de médecine, en la personne de M. Villeneuve, membre de la section d'accouchemens, un des plus dignes et des plus respectables praticiens de la capitale.

PATHOLOGIE.

DE LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DU VOMISSEMENT CHEZ LES ENFANS A LA MAMELLE [1];

Par M. le docteur E. HERVIEUX.

J'arrive enfin aux vomissemens symptomatiques. La plupart des altérations de la membrane muqueuse des voies alimentaires, chez les enfans à la mamelle, sont susceptibles de provoquer des vomissemens. J'en excepterai pourtant, tout d'abord, le muguet et les diverses formes de la stomatite, aphtheuse, ulcéreuse, gangréneuse. Il est bien vrai que chacune de ces affections s'accompagne, plus ou moins fréquemment, de vomissemens dans son cours.

La coïncidence des vomissemens avec le muguet, par exemple, a été notée, par Billard, dans les observations que renferme son ouvrage, par M. Valleix dans sa clinique des enfans nouveau-nés, par MM. Guersant et Blache, dans leur article MUGUET (*Dict. en* 30 *vol.*). Mais chacun de ces auteurs, en appelant l'attention sur la fréquence plus ou moins grande des complications gastro-intestinales, a fait toucher du doigt la cause de ces vomissemens.

Laissons parler Billard sur les vomissemens qui accompagnent la stomatite aphtheuse : « Quand les aphthes sont confluens, on voit l'enfant pâlir, maigrir promptement et vomir tout ce qu'on lui fait prendre, cela résulte de ce que la maladie s'est propagée dans l'œsophage, l'estomac et les intestins, complication des plus fréquentes et des plus funestes. On observe souvent aussi des régurgitations et des éructations qui répandent une odeur acide, que l'on doit souvent attribuer à ce que le lait que tète l'enfant ou qu'on lui fait boire, ne pouvant être digéré par son *estomac malade*, est vomi après avoir éprouvé un commencement de décomposition. » (Loc. cit., p. 227.)

Les deux observations de stomatite ulcéreuse que le même auteur a rapportées dans son livre, appartiennent à deux enfans atteints en même temps d'entérite, et il n'est pas étonnant, par conséquent, que l'un d'eux ait eu des vomissemens très fréquens et très abondans. J'ai observé moi-même un enfant atteint de muguet avec ulcération très profonde du voile du palais, et qui fut, pendant plusieurs jours, en proie à des vomissemens abondans et répétés. Mais, outre que le muguet s'étendait jusqu'à l'œsophage, il existait une entéro-colite folliculeuse, phlegmasie que je considère comme une des causes les plus fréquentes du vomissement chez les enfans à la mamelle.

MM. Barthez et Rilliet n'ont jamais une seule fois noté la coïncidence des vomissemens avec la stomatite gangréneuse. (Loc. cit., t. II, p. 146.)

M. Tourdes, dans son importante monographie sur le noma (thèses, Strasbourg, 1848), reconnaît aussi qu'ils sont très rares. MM. Guersant et Blache ne parlent même pas de ce phénomène dans leur article sur la GANGRÈNE DE LA BOUCHE (*Dict. de méd. en* 30 *vol*). Cela tient probablement à ce que ces divers auteurs ont observé des enfans d'un âge déjà assez avancé. Billard, qui a exploré le même terrain que moi, a remarqué que les vomissemens, la diarrhée et quelquefois le hoquet ou des régurgitations fréquentes, se manifestaient *souvent* dans le cours de la stomatite gangréneuse (loc. cit., p. 235). En effet, dans les trois observations qu'il relate, il y eut des vomissemens, mais l'autopsie révéla, dans les trois cas, une phlegmasie concomitante d'un ou plusieurs points de la muqueuse des voies digestives.

Il résulte de ces considérations que le vomissement ne saurait être regardé, chez les jeunes enfans, comme un symptôme des diverses maladies de la bouche, mais seulement des phlegmasies gastro-intestinales qui peuvent compliquer ces sortes de lésions.

Cherchons à déterminer la valeur séméiologique des vomissemens dans les angines pharyngées.

L'amygdalite simple est une affection assez rare chez les nouveau-nés et les enfans à la mamelle, et quand elle existe, elle se lie presque constamment à l'inflammation, non seulement des autres parties constituantes de l'isthme du gosier, piliers du voile et luette, mais encore de toute la muqueuse du pharynx. On peut donc sans inconvénient étudier le vomissement dans ses rapports avec l'angine pharyngée inflammatoire seulement, qu'elle se complique ou non d'amygdalite.

Il résulte des observations au nombre de six que j'ai pu recueillir chez des enfans de quinze jours à deux mois, de celles au nombre de trois que je trouve dans le livre Billard, (observations 17, 18 et 19) que l'angine pharyngée inflammatoire s'accompagne constamment de vomissemens. Indépendamment de la difficulté que les enfans ont à prendre le sein, ou éprouvent à avaler les boissons qu'on leur présente, il y a des nausées, des vomiturítions, et l'estomac rejette les alimens très peu de temps après leur ingestion. Sur les neuf cas dont je parle, il y avait cinq fois intégrité parfaite de l'estomac, quatre fois des intestins. On ne peut donc rapporter qu'à la lésion inflammatoire du pharynx les vomissemens qui, d'ailleurs, étaient remarquables par leur ténacité et leur tendance à se reproduire toutes les fois que l'enfant venait de boire ou de téter.

Le vomissement spontané est beaucoup plus rare dans les angines pseudo-membraneuses et gangréneuses que dans l'angine pharyngée inflammatoire. Ainsi que l'a fait remarquer

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Feuilleton.

DE LA PHOSPHORESCENCE CHEZ LES ANIMAUX.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Un tambour de 14 ans, ayant les cheveux rouges, se trouvait en proie à une fièvre ardente, résultant d'une large plaie à la cuisse, qui avait été traversée par un éclat d'obus. L'appareil s'était dérangé pendant la nuit, l'infirmier appelé pour le replacer, fut frappé de l'éclat d'une lumière qui semblait sortir par jets de plusieurs points de la plaie. Percy vint s'assurer de la réalité de ce fait extraordinaire. Le pourtour de la plaie formait un cercle lumineux, qui rejaillit principalement sur le tissu adipeux et sur les débris de l'aponévrose *fascia lata.* Chaque portion tendineuse paraissait aussi un foyer de lumière, et ces clartés réunies pouvaient se voir d'un bout de la salle à l'autre. Contrairement à ce qui avait été remarqué dans l'observation précédente, la plaie, cette fois, exhalait une odeur insupportable. La nature de la suppuration amena la prostration des forces; dès lors la phosphorescence diminua sensiblement, et le jeune tambour ne tarda pas à succomber.

Le quatrième exemple a pour sujet un sous-officier de pontonniers, dont le genou droit fut fracassé par un éclat de rocher dans le pays des Grisons. Rien ne put décider le blessé à l'amputation, jugée indispensable. Le lendemain matin, le chirurgien chargé de le panser, s'étant trouvé un moment près de lui sans lumière, vit jaillir de la plaie des bluettes et des éclairs. Le jour d'après, la clarté avait beaucoup augmenté, surtout à l'angle supérieur de la plaie, où s'étaient retirés les restes du ligament capsulaire de la rotule. En cet endroit, dit Percy, la lumière était rayonnante et diaphane; plus bas, elle ressemblait à celle d'un flambeau placé au milieu d'un brouillard blanc d'automne. Pendant les premières semaines, la lueur phosphorescente se montra presque constamment, mais sous des formes variées, en raison du plus ou moins de fièvre, et suivant même la quantité de vin ou de quinquina donnée au blessé. Toutefois, le malade survécut à ces accidens formidables; la jambe se sépara du reste du membre; et l'on remarqua que, quoique dans un état complet de putrescence, les parties mortifiées ne devinrent jamais lumineuses.

Nous avons dit précédemment que la phosphorescence ne change en rien la température des parties qui en sont le siége. On ne saurait révoquer en doute que ce phénomène ne soit occasionné par le dégagement du phosphore; cette substance brûle alors au contact de l'air, ou se combine avec l'hydrogène en formant le gaz hydrogène percarboné. S'il se reproduisait plus fréquemment, on arriverait à découvrir les conditions particulières qui déterminent son apparition, les tempéramens, les idiosyncrasies qui y prédisposent. Mais, jusqu'ici, les observations sont en trop petit nombre pour hasarder même des conjectures sur une question encore si obscure.

Nous avons donné quelques détails sur la phosphorescence résultant de la décomposition du corps, et sur celle qui se produit à la suite de certaines maladies. Il nous reste à examiner ce phénomène chez les êtres vivans à l'état physiologique. Par une chaude nuit d'été, chacun de nous en se promenant dans la campagne, a vu sur le bord des chemins et sur la lisière des bois les clartés vives et verdâtres des vers luisans. En examinant de près ces petits animaux, on reconnaît que la lumière réside dans le tiers inférieur du corps, et qu'elle provient d'une matière visqueuse sécrétée par des organes spéciaux. Cette matière laisse sur les corps étrangers une trace lumineuse, qui se dissipe lentement comme les flammes phosphoriques. On attribue la clarté des vers et des autres insectes luisans à une véritable combustion. Elle diminue ou s'éteint dans le vide et dans l'acide carbonique. La phosphorescence des insectes a été considérée comme un signal d'amour. Mais on peut objecter qu'elle ne cesse jamais pendant la vie de ces animaux, du moins pendant l'été; car on ignore ce qu'ils deviennent aux approches de l'hiver, époque à laquelle nous les voyons disparaître. J'ai conservé, pendant plusieurs semaines, des vers luisans dans une cage, où j'avais soin d'entretenir de l'herbe fraîche, et j'ai constaté qu'ils continuaient encore à luire pendant plusieurs jours après leur mort.

Les insectes phosphorescens se rencontrent avec profusion dans les contrées méridionales, mais surtout entre les tropiques; en arrivant à la Trinidad de Cuba, M. de Humboldt fut témoin d'un spectacle curieux : « Nulle part ailleurs, dit ce savant, je n'ai vu cette innombrable quantité d'insectes phosphorescens que le séjour des tropiques aurait dû me rendre familiers. Les herbes qui couvraient le sol, les arbres et le feuillage des arbres, tout brillait de ces lumières rougeâtres et mobiles, dont l'intensité varie selon la volonté des animaux qui les produisent. On aurait dit la voûte étoilée du firmament abattue sur la savane. Dans la case des habitans de la campagne les plus pauvres, une quinzaine de cocuyos placés dans une calebasse criblée de trous, servent à chercher les objets pendant la nuit. Il suffit de secouer fortement le vase, pour exciter l'animal à augmenter l'éclat des disques lumineux qui se trouvent placés de chaque côté du corselet. Le peuple dit avec une vérité d'expression très naïve, que les calebasses remplies de cocuyos sont des lanternes qui restent toujours allumées. Elles ne s'éteignent, en effet, qu'avec la maladie ou la mort des insectes qu'il est aisé de nourrir au moyen d'un peu de canne à sucre. » (Essai phil. sur l'île de Cuba).

Les contrées tropicales elles-mêmes où brillent un essaim d'insectes phosphorescens, ne présentent jamais ce phénomène dans une proportion et avec des circonstances aussi extraordinaires que la mer. D'après M. Tessan, c'est entre le troisième et le quatrième degré de latitude australe et boréale que la phosphorescence a le plus d'éclat et de continuité.

On cherche à l'expliquer par les courans qui accumulent, dans ces parages, une grande masse de zoophites et de crustacés, dont la réunion produit ce brillant phénomène (*Acad. des sc.*, novembre 1839). Cook l'a décrit avec une grande vivacité d'expressions. Le 29 octobre 1768, faisant route pour le Brésil, quatre jours après avoir passé la ligne, il fut témoin, pour la première fois, de la phosphorescence de l'Océan. Les jets de lumière, dit-il, ressemblent exactement à ceux des éclairs, quoiqu'ils soient un peu moins considérables. Leur fréquence est telle, qu'on en voit quelquefois huit à dix presque dans le même moment. Nous conjecturâmes que ce phénomène était dû à la présence de quelque animal lumineux.

M. Guersant pour l'angine couenneuse, il est presque toujours déterminé par les efforts d'expulsion des petits malades (*Dict. de méd. en* 30 *vol.* t. III, p. 110) ; suivant les auteurs du Compendium, on observait cet accident dans la période de progrès de l'angine gangréneuse. (*Compend. de méd.* t. I, p. 137.)

Beaucoup d'auteurs ne font même pas mention du vomissement dans ces deux affections. MM. Barthez et Rilliet n'ont pas noté, une seule fois sur douze cas qu'ils ont observés, le retour des boissons par le nez, signalé avant eux comme un des symptômes de la gangrène du pharynx. On peut donc considérer comme à peu près nulle, la valeur séméiologique du vomissement dans les angines pseudo-membraneuse et gangréneuse.

L'œsophagite des nouveau-nés est une des maladies de l'appareil digestif, qui provoque le plus souvent le vomissement. Billard est, à ma connaissance, le premier auteur qui ait établi cette proposition. Il se prononce très catégoriquement, à cet égard, dans le passage suivant: « Si nous récapitulons les symptômes que nous avons observés chez les enfans affectés d'œsophagite, nous verrons que le plus fréquent de tous est le vomissement, que ce vomissement a souvent lieu sans gastrite, et qu'il a, pour caractère propre, de survenir soit immédiatement après la déglutition, soit peu de temps après l'ingestion des boissons ou des alimens dans l'estomac. Les matières des vomissemens ont cela de particulier, d'être à peine altérées, et d'offrir encore les caractères des boissons prises par l'enfant. » (Loc. cit., p. 303.)

Billard applique ce qu'il vient de dire de la fréquence du vomissement dans l'œsophagite, aux diverses formes de l'œsophagite, à la forme inflammatoire simple, à la forme ulcéreuse, au muguet de l'œsophage, et à la gangrène de l'œsophage, et il cite six observations relatives à chacune de ces formes. A l'appui de ces faits, je pourrais mentionner ceux qui sont consignés dans le livre de M. Valleix. Ce dernier auteur, sur vingt-trois cas de muguet, a noté cinq fois la coïncidence de vomissemens tantôt verts, tantôt incolores, et, dans ces derniers cas, les vomissemens étaient occasionnés par la présence du muguet à l'arrière-bouche ou dans l'œsophage (*Cliniq. des mal. des enf. nouv.-nés*, 1838, p. 208). J'ai eu occasion de rencontrer, pour ma part, un seul cas d'œsophagite ulcéreuse compliquée de muguet, dans lequel l'enfant rejetait les boissons en même temps qu'il les prenait avant qu'elles eussent pu subir l'action dissolvante de l'œsophage. Dans la gangrène de l'œsophage, les vomissemens, dit M. Velpeau, deviennent de plus en plus rares et cessent même, tout à coup, lorsque l'œsophage a perdu sa puissance contractile (*Dict. de méd. en* 30 *vol.*, t. 21, p. 391, art. ŒSOPHAGE). En résumé, on peut regarder les diverses lésions dont l'œsophage est le siége, chez les enfans à la mamelle, comme une des causes les plus fréquentes du vomissement.

J'arrive à la partie la plus importante et la plus difficile de ma tâche: la plus importante, car c'est surtout dans ses rapports avec les divers états morbides de l'estomac que le phénomène du vomissement mérite d'être considéré ; la plus difficile, car c'est peut-être sur ce point de la pathologie du premier âge, que nous sommes le plus pauvres en documens bibliographiques.

Billard sera encore ici notre principale ressource, et c'est à son livre ainsi qu'à mes propres observations que j'aurai recours pour élucider la question qui nous occupe.

Si l'on s'en rapportait uniquement aux observations rapportées par Billard concernant les diverses maladies dont l'estomac peut être le siége chez les enfans à la mamelle, le vomissement pourrait être considéré comme un symptôme constant de ces maladies, car ce phénomène est noté dans chacun des faits mentionnés par l'auteur ; mais il suffit de lire les lignes qui terminent le chapitre relatif aux affections de l'estomac, pour ne pas tomber dans cette erreur : « Je dois terminer, dit-il, l'histoire des inflammations de l'estomac par une remarque importante, c'est que ces inflammations ne donnent pas toujours lieu à *des symptômes aussi tranchés* que dans les observations qui se trouvent dans cet article. Il est des cas où elles sont masquées par d'autres maladies, il en est d'autres où elles ne présentent qu'une partie des symptômes que nous leur avons assignés. Enfin, elles se développent dans certaines circonstances d'une manière si latente qu'il est presque impossible de les diagnostiquer et qu'elles consument, pour ainsi dire à l'insu du médecin, les jours de l'enfant qui en est affecté. » (loc. cit., p. 353.) Cette dernière proposition est très vraie et, pour ma part, j'ai trouvé souvent, à l'autopsie de jeunes sujets morts dans les salles de M. Baron, les altérations les plus graves de la muqueuse gastrique, par exemple, sans qu'aucun des signes diagnostics habituels de ces maladies nous en eût révélé l'existence pendant la vie. On ne sera donc pas étonné de m'entendre dire *a priori* que le vomissement n'est pas un un phénomène concomitant infaillible des diverses affections de l'estomac chez l'enfant à la mamelle. Cette proposition est d'autant plus vraie que l'on étudie ces affections à une époque plus rapprochée de la naissance.

En thèse générale, on peut dire des vomissemens qui accompagnent les diverses lésions de l'estomac, qu'ils ont pour caractère de se manifester, indifféremment, peu de temps ou longtemps après l'ingestion des boissons, d'offrir généralement une grande persistance, une longue durée, et de consister dans l'expulsion de matières alimentaires, mais surtout bilieuses et noirâtres et très souvent sanguinolentes.

Ces caractères généraux des vomissemens variant aves les divers états morbides de l'estomac, j'examinerai successivement chacun de ceux-ci.

Les nouveau-nés sont sujets à des congestions passives de l'estomac, qui en ont souvent imposé pour des gastrites, de la même manière qu'on a souvent, à cet âge, pris des congestions passives des poumons pour des pneumonies. Ces congestions stomacales sont caractérisées anatomiquement par une rougeur uniforme, plus ou moins foncée, de ce viscère. Dans quelques cas j'ai trouvé la muqueuse en contact, dans presque tous les points de son étendue, mais particulièrement à la face inférieure, avec de petits caillots noirâtres semblables à de petites sangsues, résultant d'une exhalation sanguine veineuse à la surface de l'estomac. On conçoit, dès lors, l'apparence sanguinolente des vomissemens dans un cas analogue rapporté par Billard. Mais, qu'on le sache bien, les enfans porteurs de pareilles altérations vomissent rarement, si rarement qu'il n'est pas bien sûr que la lésion anatomique de l'estomac soit la cause des vomissemens.

Il ne faut pas considérer les vomissemens chez les enfans à la mamelle comme un symptôme plus infaillible, plus constant de la gastrite aiguë: sur près de quarante cas que j'ai recueillis de cette affection aux Enfans-Trouvés, je n'ai constaté que cinq fois l'existence des vomissemens. Certes, pour quiconque sait la facilité qu'ont à vomir les jeunes enfans, il est permis de s'étonner d'un pareil résultat. Il me serait impossible d'assigner un caractère particulier aux vomissemens qui se sont manifestés dans ces cas. C'étaient tantôt des vomissemens muqueux ou bilieux ; tantôt les boissons seules étaient rejetées ; ces vomissemens n'offraient pas la ténacité qu'on supposerait volontiers inhérente aux altérations morbides de l'estomac. En somme donc, leur valeur diagnostique est à peu près nulle.

J'ai observé quinze enfans à la mamelle atteints d'ulcérations de l'estomac plus ou moins profondes, plus ou moins larges, plus ou moins nombreuses. Eh bien ! je n'ai eu l'occasion de noter l'apparition des vomissemens que chez deux sujets. L'un d'eux, âgé de quinze jours et atteint de muguet, avait vomi pendant la vie des matières bilieuses et sanguinolentes, les deux derniers jours seulement. Je trouvai à l'examen cadavérique deux larges ulcérations situées à la face inférieure de l'estomac, et ce viscère en contact avec un liquide et des matières noirâtres qu'il fut facile de reconnaître pour un mélange de bile et de sang noir en partie liquide, en partie coagulé. Il en existait aussi dans la première partie de l'intestin grêle. L'autre enfant, âgé de trois ans, et mort des suites de la rougeole, avait eu, peu de jours après l'invasion de l'exanthème, de nombreux vomissemens de matières liquides jaunâtres, avec lesquelles il avait rejeté plusieurs fois des vers lombrics. L'estomac était en partie ramolli, principalement au niveau du grand cul-de-sac, et présentait dans cette région une ulcération allongée de deux centimètres environ dans son grand diamètre, et mettant à nu de gros vaisseaux veineux que le travail ulcératif avait respectés. Ainsi la gastrite ulcéreuse, pas plus que la gastrite simple et la congestion passive de l'estomac, n'est signalée à l'attention de l'observateur, par des vomissemens, que dans des cas rares et exceptionnels. Il n'en est pas de même du muguet de l'estomac et du ramollissement de ce viscère.

Billard a observé trois cas de muguet de l'estomac, M. Lediberder trois, M. Valleix un, et moi un ; en réunissant ces divers cas, on voit qu les jeunes enfans dont l'estomac est affecté de cette complication, ont eu presque tous des vomissemens plus ou moins abondans, plus ou moins opiniâtres ; que la matière de ces vomissemens variait non seulement d'un sujet à l'autre, mais d'un jour à l'autre chez le même sujet. C'étaient des substances alimentaires, des boissons, des liquides bilieux, jaunes, verts ou noirâtres. Ces vomissemens présentaient en général une grande fréquence et une grande ténacité jusqu'au moment de la mort.

Il en est à peu près de même du ramollissement de l'estomac, et les auteurs qui se sont occupés de cette affection sont unanimes sur le point qui nous intéresse. Neumann dit que dans le ramollissement de l'estomac les vomissemens manquent rarement et persistent pendant toute la durée de la maladie (*Standbuch der medicinischen klinik*, t. IV, 1re part., p. 582). Selon M. Cruveilhier, les vomissemens muqueux ou bilieux annoncent le ramollissement gastrique (*Anat. pathol. du corps humain*, liv. x. p. 2).

Billard signale aussi parmi les symptômes du ramollissement gélatiniforme, les vomissemens, non seulement du lait et des boissons, mais encore de matières jaunes ou vertes, « et ces vomissemens, ajoute-t-il, surviennent à chaque moment, soit immédiatement, soit longtemps après que l'enfant a bu ou mangé (*Traité des mal. des enf.*, p. 550). Il paraîtrait résulter de l'ensemble de ces opinions, que le vomissement est un symptôme constant et, pour ainsi dire, pathognomonique du

---

Cook rapporte encore que, dans sa seconde expédition, se trouvant à la hauteur du cap Finistère, tout à coup la mer brilla d'un vif éclat, surtout au sommet des vagues et dans le sillage du vaisseau. Des masses d'une lumière pure éclairaient la surface des flots, d'où s'échappait un nombre infini de brillantes étincelles. On revit le même phénomène avec des circonstances particulières, en voguant de l'Ile-des-Amis à la Nouvelle-Zélande. La nuit, dit-il, plusieurs méduses passèrent près des vaisseaux, nous les reconnûmes à leur éclat phosphorique, elles étaient si lumineuses que le fond de la mer semblait contenir des étoiles plus brillantes que celles du firmament. Dans une autre circonstance, Cook ne se contenta pas d'admirer et de décrire ce qu'il voyait, il voulut en connaître la cause, et voici ce qu'il observa : C'était le 29 octobre 1772, à la hauteur du cap de Bonne-Espérance ; un brouillard épais obscurcissait le ciel. Entre 8 et 9 heures du soir, la mer se trouva subitement éclairée. Ce coup d'œil était le plus magnifique et le plus singulier qu'on puisse imaginer; dans toute l'étendue de l'horizon, l'Océan paraissait être en flammes. Le sommet de chaque vague répandait une lueur pareille à celle du phosphore, et les flancs du vaisseau traçaient, sur la mer, un éclatant sillon, De grandes masses de lumière s'agitaient dans l'eau, à côté de nous, tantôt avec vitesse, tantôt plus lentement : « Notre esprit, ajoute Cook, était saisi d'étonnement, et, pour ma part, je ne me rassasiais pas de contempler l'Océan ! » Ce navigateur célèbre fit puiser plusieurs sceaux d'eau; on y découvrit, d'abord, une quantité innombrable d'animalcules globuleux, de la grosseur d'une tête d'épingle ordinaire et absolument transparens. Après que l'eau fut reposée, le nombre des bluettes diminua, mais en l'agitant elle devenait de nouveau lumineuse. Cook l'ayant remuée avec la main, quelques étincelles brillantes s'attachèrent à ses doigts. Examinés au microscope, les animalcules ne donnaient aucun signe de vie; ils étaient formés d'une substance gélatineuse un peu brunâtre. Au centre de cet atome, on découvrait l'orifice d'un petit tube. Du reste, après deux heures de repos, l'eau tirée de la mer avait perdu son éclat; la mer elle-même cessa d'être lumineuse, et l'eau qu'on y puisa de nouveau ne contenait plus d'animalcules phosphorescens.

Dans la Méditerranée, comme dans l'Océan, il est peu de parages où l'on n'ait observé le phénomène de la phosphorescence; l'abbé Dicquemare l'attribue à de petits animaux ronds qu'il a reconnus au microscope; il rapporte que leur nombre ne s'est jamais trouvé aussi considérable dans le port du Havre, que le 20 mai 1778. Ce jour-là, ils rendaient la mer trouble et comme couverte d'une épaisse couche d'huile. Sur les dix heures du soir, l'eau qu'il y puisa, versée dans un autre vase, lui parut un torrent de flammes. Il en répandit un peu sur le plancher : elle resta étincelante pendant plus de trois minutes. La lumière, reflétée de toutes parts, était assez vive pour permettre de lire une écriture fine.

En rendant compte de la phosphorescence de la mer dans le port de Boulogne, Bertrand met en doute si cette propriété est due à la présence des plantes marines, des mollusques ou des zoophytes, ou bien aux molécules de l'hydrochlorate de chaux. La première supposition lui semble toutefois la plus probable, attendu, dit-il, que la phosphorescence diminue à mesure que l'eau est filtrée un plus grand nombre de fois. Bertrand a signalé ce fait remarquable que, en foulant aux pieds la plage d'où la mer vient de se retirer, il en jaillit souvent des milliers d'étincelles.

Suivant Nollet, la phosphorescence de la mer est due à des acalèphes microscopiques de la nature des coquillages. Dans un mémoire lu, en 1708, à l'Académie des sciences, Rigaud attribue aussi à des polypes la phosphorescence de la mer. Au moment de la production de ce phénomène, ce physicien s'étant procuré de l'eau lumineuse, y découvrit une grande quantité de ces petits animaux qu'il parvint à dessiner. Ces polypes sont à peu près sphériques, dit Rigaud, et presque aussi diaphanes que l'eau. Ils ont un quart de ligne de diamètre, et un seul bras d'environ un sixième de ligne de longueur; ils le meuvent avec beaucoup de lenteur. Il suffit de filtrer l'eau dans laquelle ils nagent, pour qu'elle cesse d'être lumineuse; mais si l'on écrase, avec les doigts les polypes restés dans les pores du filtre, ils reprennent aussitôt tout leur éclat. Rigaud ayant placé dans un verre de cristal de l'eau lumineuse, y versa quelques gouttes d'un acide; il vit à l'instant s'agiter et briller des points phosphorescens; mais un moment après, les polypes se précipitèrent au fond du vase, et y moururent privés de toute lumière.

En 1835, M. Ehremberg publia un mémoire dans lequel il assure que la phosphorescence observée à Helgoland, dans la mer du Nord, est due à un animalcule nommé par lui *mammaria*. Suivant ce célèbre micrographe, ces petits animaux possèdent un organe chargé de produire la lumière, comme l'appareil des gymnotes et des torpilles dégage de l'électricité. En 1841 et 1842, M. de Quatrefages ayant eu l'occasion d'étudier la phosphorescence de certains animalcules marins, sur les côtes de Bretagne et de Normandie, arriva à des conclusions analogues, en partie du moins, à celles du savant allemand. Plus tard, il soumit à de curieuses expériences les petits animaux, qui donnent parfois un aspect lumineux aux eaux du port, et surtout au parc aux huîtres de Boulogne. D'après M. de Quatrefages, l'instantanéité de la lueur produite pourrait difficilement s'expliquer par une combustion dans l'eau. Il reconnut au microscope, que chaque point lumineux se compose d'un nombre infini de petites étincelles, qui se trouvent au voisinage de certains muscles en action. Elles sont d'autant plus vives et multipliées, que la contraction musculaire est plus énergique, et elles vont en s'affaiblissant jusqu'à ce que l'animal s'arrête comme épuisé par ces décharges de lumière. La chaleur a une certaine influence sur la production du phénomène; il devient très intense à partir de 25° et s'éteint à 40°. Divers agens chimiques, et notamment l'acide sulfurique, font briller ces petits animaux d'un éclat extraordinaire; mais dans ces expériences, la lueur excitée s'éteint bientôt pour ne plus reparaître.

FOISSAC.

CONCOURS — Le concours pour la place de chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, s'ouvrira le 16 août prochain. Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er janvier 1854.

Les candidats inscrits sont MM. Dupré, Fano, Giraldès, Jarjavay et Sappey.

Les juges sont MM. Cruveilhier, Moreau, Gerdy, Malgaigne, Cloquet, Bérard, Denonvilliers.

Juges suppléans : MM. Nélaton, Velpeau.

ramollissement de l'estomac. Or, les faits que j'ai recueillis ne confirment pas complètement cette proposition. Sur vingt-neuf cas de ramollissement gastrique que j'ai recueillis chez des enfans à la mamelle, je n'ai noté que douze fois des vomissemens persistans, rebelles, et se manifestant pendant presque toute la durée de la maladie, et, assurément, s'ils avaient eu lieu chez les autres sujets, avec cette ténacité, la sœur et les filles de service n'auraient pas manqué de nous en informer. Les vomissemens ne sont donc pas tout à fait aussi fréquens que le pensent Neumann, Billard et M. Cruveilhier, au moins chez les enfans à la mamelle. Ils peuvent manquer dans les trois cinquièmes des cas, mais, quand ils existent, ils présentent une persistance remarquable, ils ont en outre les caractères que leur ont assignés les auteurs dont je viens de parler.

Passons à l'étude du vomissement dans ses rapports avec les diverses maladies de l'intestin.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE L'INFLAMMATION PAR LES ENDUITS IMPERMÉABLES.

A M. le docteur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Mon cher confrère,

Jusqu'aux articles de l'Union Médicale, dans lesquels vous avez exposé ma doctrine de l'inflammation et l'heureux traitement qui en est la déduction logique, mes travaux n'avaient rencontré, dans le monde médical, qu'une froide indifférence. Esprit impartial et sévère, vous vous êtes donné la peine d'examiner, et, rompant un silence qùe ne méritaient peut-être pas mes longues et laborieuses recherches, vous avez tenté de me gagner l'opinion de vos nombreux lecteurs. Vous l'avez fait avec une bienveillance que je tiens à justifier, et c'est dans ce but que je vous adresse une lettre de notre savant et excellent confrère, le dr Blache, lettre par laquelle vous verrez l'enduit imperméable accomplir, entre les mains de cet habile praticien, un succès non moins éclatant que la plupart de ceux qui se trouvent consignés dans mon ouvrage (1). Voici cette lettre où éclate, en expressions de reconnaissance, l'explosion de la tendresse paternelle, à côté de l'intérêt pratique du fait qui en est l'objet.

« 9 juillet 1853.

» *Le docteur* Blache *au docteur* Robert-Latour.

» Permettez-moi, cher confrère, de vous remercier du fond du cœur, et de reporter sur vous l'honneur d'un beau succès obtenu, chez ma fille, par la médication que vous avez instituée avec tant de bonheur contre l'inflammation. Accouchée depuis dix jours, et alors qu'avec tous les membres de la famille je m'applaudissais de sa position satisfaisante, elle se réveille tout à coup à cinq heures du matin sous l'empire d'un frisson général des plus violens, frisson dont le secret se trahit en même temps, dans le sein gauche, par une douleur qu'augmentent et le plus léger contact, et le moindre mouvement. Nous constatons, le dr Guersant et moi, la tuméfaction de ce sein; et, à nos yeux, il est évident qu'un travail inflammatoire s'y accomplit, dont la suppuration doit être le résultat. Le chagrin de ma fille, vous le concevrez aisément, quand vous saurez que, deux fois, elle avait vu sa mère renoncer à la lactation par suite d'abcès au sein. Certes, nous partagions sincèrement ses craintes; toutefois, une espérance nous restait, et cette espérance, votre médication seule la nourrissait. M'inspirant des principes que vous avez développés; encouragé, d'ailleurs, par les faits nombreux que vous avez publiés, je proposai de revêtir d'une couche de collodion la partie malade. Il était midi, quand fut appliqué cet enduit; alors la chaleur, qui avait succédé au frisson, se déployait ardente, intolérable, et l'artère donnait 120 pulsations par minute. Mais à cinq heures déjà, nous constatons une diminution notable de la douleur, et la réduction des pulsations artérielles à 84. Un peu plus tard, dans la même journée, ce chiffre descendait à 73, et le lendemain matin à 68, état normal. De douleur au sein, plus. Ce sein, qu'on ne pouvait quelques heures auparavant effleurer, par le moindre toucher, sans exciter un cri de souffrance, on peut maintenant l'explorer et le comprimer, et il n'apporte plus aucun obstacle aux mouvemens du corps ni des bras. Ainsi a été acquise la guérison définitive; et ma fille a dû à la merveilleuse promptitude du succès le bonheur d'allaiter son enfant, sans la moindre interruption, pas plus d'un côté que de l'autre.

» Merci encore, cher confrère, et nouvelles assurances de mon bien cordial dévoûment.

» Blache. »

Ainsi voilà un engorgement inflammatoire du sein qui surgit et se développe avec une menaçante précipitation, et qui se trouve immédiatement arrêté, dans son ascension, puis définitivement anéanti, en quelques heures, par une simple couche de collodion. Un tel succès n'a rien qui me surprenne; ma pratique est riche de faits semblables ou analogues, et tout praticien qui appliquera ma médication avec opportunité, en obtiendra les mêmes avantages. C'est que, étrangère à tout empirisme et dérivée de principes solidement établis, cette médication répond directement à l'élément organique de l'inflammation qu'elle enchaîne et paralyse, et, quand le praticien a saisi le mobile d'un acte morbide, qu'il en a démêlé, fil par fil, le nœud plus ou moins compliqué; quand en même temps il a pu surprendre les véritables rapports de ses moyens d'action avec l'élément auquel se rattache tout le mouvement pathologique, alors il procède sans hésitation et attend, avec confiance, un succès qui ne saurait lui faire défaut. En un mot, le problème scientifique est complètement résolu, et l'application de l'art n'est plus qu'un triomphe.

L'observation du docteur Blache est, mon cher confrère, un commencement de réponse à votre appel au public médical, et sans doute qu'entraîné à l'autorité de ce nom, plus d'un médecin le suivra dans cette voie. Je le désire bien vivement, car, renfermé dans les limites que j'ai tracées, mon traitement contre l'inflammation n'a rien à redouter de l'expérimentation quelqu'étendue quelle soit; je le désire, bien pénétré que je suis de cette conviction, qu'aucune thérapeuthique n'est d'un effet aussi sûr, qu'aucune ne saurait refléter sur l'art et le praticien, autant de prestige.

Agréez, cher confrère, la nouvelle expression de mon affectueuse estime, et l'assurance de mon entier dévoûment.

Robert-Latour.

Paris, 18 juillet 1853.

(1) *De la chaleur animale comme principe de l'inflammation, et de l'emploi des enduits imperméables, comme application du dogme.* — Chez Labé, libraire.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 Juillet. — Présidence de M. Combes.

Recherches sur les alcaloïdes des quinquinas.

M. Pasteur lit, sous ce titre, un mémoire dont l'objet est de faire connaître des relations moléculaires toutes nouvelles, entre les divers alcaloïdes des quinquinas. Voici quelques-uns des faits nouveaux auxquels l'auteur est arrivé :

La *cinchonine*, engagée dans une combinaison saline quelconque, soumise à l'action de la chaleur, se transforme en une nouvelle base isomère avec elle, et entièrement distincte de la cinchonine. M. Pasteur l'appelle *cinchonicine*. Tous les sels de cinchonine peuvent servir à la préparation de la cinchonicine.

La *quinine*, dans les mêmes circonstances, se transforme en un nouvel alcaloïde isomère de cette base, que l'auteur appelle *quinicine*.

Les propriétés générales de la cinchonicine et de la quinicine offrent des analogies bien marquées avec les isomères d'où elles dérivent. Elles présentent surtout, entre elles, les plus vives ressemblances. Toutes deux sont presque insolubles dans l'eau, très solubles, au contraire, dans l'alcool ordinaire ou dans l'alcool absolu. Toutes deux se combinent facilement à l'acide carbonique et chassent, à froid, l'ammoniaque de ses combinaisons salines. Toutes deux se précipitent de leurs solutions sous forme de résines fluides, à la manière de la quinine dans certaines circonstances. Toutes deux, enfin, dévient à droite le plan de polarisation. Elles sont également très amères et fébrifuges.

Sous le nom de quinidine, on a confondu deux alcaloïdes entièrement distincts par leurs propriétés physiques et chimiques, et qui sont presque constamment associés par mélange dans la quinidine du commerce, si l'on n'a pas eu le soin de purifier celle-ci par plusieurs cristallisations successives; ce qui explique, suivant l'auteur, toutes les contradictions que l'on rencontre dans les travaux des chimistes qui ont étudié cette substance. Ainsi la quinidine, découverte en 1833 par MM. Henry et Delondre, est autre chose que ce qu'on appelle aujourd'hui de ce nom en Allemagne et en France, et le produit allemand est très souvent mélangé en forte proportion de celui qui a été découvert par MM. Henry et Delondre. L'une d'elles, à laquelle M. Pasteur conserve le nom de quinidine, est hydratée, efflorescente, *isomère à la quinine*, dévie à droite le plan de polarisation, et possède, à l'égal de son isomère la quinine, le caractère de la coloration verte par addition successive du chlore et de l'ammoniaque.

L'autre base, à laquelle l'auteur donne le nom de cinchonidine, est anhydre, isomère de la cinchonine, exerce à gauche son pouvoir rotatoire, et ne possède pas le caratère précité de la coloration verte. C'est elle qui est aujourd'hui la plus abondante dans les échantillons commerciaux. Il est toujours très facile, en exposant à l'air chaud une cristallisation récente de cinchonidine, de reconnaître si elle renferme la quinidine. Tous les cristaux de cette dernière base s'effleureront immédiatement en conservant leurs formes, et se détacheront en blanc mat sur les cristaux de cinchonidine demeurés limpides.

On peut également recourir au caractère de la coloration verte par le chlore et l'ammoniaque.

En résumé donc, il y a dans les écorces de quinquina quatres alcalis principaux : la quinine, la quinidine, la cinchonine, la cinchonidine.

M. Pasteur a soumis les deux nouvelles bases quinidine et cinchonidine, à l'action modérée de la chaleur, comme il avait fait pour la quinine et la chinchonine, et il est arrivé exactement aux mêmes résultats. C'est-à-dire que les deux nouvelles bases se transforment en bases isomères, poids pour poids, avec la même facilité et dans les mêmes conditions que les sels de quinine et de cinchonine. Mais, en outre, et c'est là l'un des faits les plus essentiels de ce travail, les deux nouvelles bases, obtenues par transformation de la quinidine et de la cinchonidine, sont identiques, la première avec la quinicine, la seconde avec la cinchonicine, de telle manière que l'on arrive à cette conséquence remarquable : des quatre bases principales renfermées dans les quinquinas quinine, quinidine, cinchonine et cinchonidine, les deux premières peuvent être transformées, poids pour poids, en une nouvelle base, la quinicine, ce qui prouve qu'elles sont elles-mêmes, forcément, isomères; et les deux autres, dans les mêmes conditions, se transforment en une seconde base, la cinchonicine, ce qui prouve que de leur côté, elles sont elles-mêmes forcément isomères.

Les relations moléculaires que ces résultats signalent à l'attention des chimistes prennent un caractère nouveau lorsque l'on compare les pouvoirs rotatoires des six alcalis précédens.

Il est un point relatif à la *quinoïdine*, sur lequel M. Pasteur appelle l'attention des fabricans de sulfate de quinine et des compagnies qui récoltent les écorces de quinquina en Amérique. La quinoïdine est toujours un produit d'altération des alcalis des quinquinas. Elle a deux origines distinctes. Elle prend naissance dans le travail de la fabrication du sulfate de quinine, et surtout dans les forêts du Nouveau-Monde, lorsque le bucheron, après avoir enlevé à l'arbre son écorce, expose celle-ci au soleil pour la dessécher. Alors les sels de quinine, de cinchonine, etc., que renferment ces écorces, s'altèrent et se transforment en matières résineuses et colorantes qui forment la majeure partie de la quinoïdine du commerce. M. Pasteur a reconnu, en effet, qu'en exposant au soleil seulement durant quelques heures, un sel de quinine et de cinchonine quelconque, en solution étendue ou concentrée, il s'altère à tel point, que la liqueur prend une coloration rouge-brun extrêmement foncé. Cette altération est d'ailleurs de la même nature que celle qui s'effectue sous l'influence d'une température élevée. Je crois donc, dit l'auteur en terminant, que l'on éviterait des pertes notables de quinine, de cinchonine, etc., et que l'on rendrait plus facile l'extraction ultérieure de ces bases, si l'on avait la précaution de mettre à l'abri de la lumière les écorces de quinquina dès qu'elles sont récoltées, et d'opérer dans l'obscurité leur dessiccation.

Le fabricant de quinine doit également éviter toute action d'une vive lumière.

Séance du 1er Août 1853.

Du traitement des fistules à l'anus, par les injections iodées.

M. Boinet lit, sous ce titre, un mémoire qui a pour but de faire connaître l'efficacité des injections iodées dans la cure radicale des fistules à l'anus, quelles que soient leur forme, leur siége, leur étendue, leurs complications. Ce travail repose sur sept observations, qui offrent des exemples de presque toutes les variétés de fistules à l'anus, fistules borgnes ou incomplètes, fistules complètes, fistules profondes avec clapiers et décollemens de l'intestin, fistules chez des tuberculeux; observations qui prouvent que cette méthode de traiter les fistules à l'anus par les injections iodées est efficace dans tous les cas de fistules, et surtout dans ceux où la méthode ordinaire, la méthode par incision, était impuissante ou dangereuse, comme dans les fistules qui s'étendent profondément et qui s'observent chez les phthisiques, dans celles qui dépendent d'une carie, d'une altération quelconque de l'ischion, du coccyx, du sacrum, etc.

Les avantages des injections iodées sur la méthode généralement suivie aujourd'hui, sont d'arriver à la guérison par des voies plus courtes et plus faciles, de diminuer les douleurs physiques, de ne pas exposer aux accidens des hémorrhagies, de la suppuration, d'éviter les inconvéniens des mèches, de permettre aux malades de vaquer à leurs occupations, et d'abréger la longueur du traitement, enfin d'être applicable à la pluralité des cas de fistules, et surtout à ceux où les méthodes ordinaires sont impuissantes.

Voici les conclusions par lesquelles M. Boinet termine et résume son mémoire :

1° Les injections iodées, pratiquées convenablement et avec toutes les précautions que nous avons indiquées, peuvent guérir radicalement les fistules à l'anus, qu'elles soient complètes ou incomplètes, simples ou compliquées.

2° Elles les guérissent plus promptement que la méthode de l'incision employée aujourd'hui, et avec moins de danger et moins d'inconvénient.

3° Elles ne produisent aucune douleur, et sont plus faciles à pratiquer.

4° Elles n'empêchent pas les malades de vaquer à leurs affaires, et les mettent à l'abri d'un long séjour au lit et de pansemens douloureux répétés tous les jours.

5° Elles sont applicables dans tous les cas, et surtout dans ceux où les opérations de l'incison et de l'excision sont ou inapplicables ou très dangereuses à appliquer.

6° Enfin, elles n'aggravent jamais la position des malades, même dans les cas où elles seraient inefficaces; il est donc rationnel de les mettre en usage avant de recourir à l'instrument tranchant, (Comm. MM. Velpeau, Lallemand.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er Août 1853. — Présidence de M. Nacquart.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Madin, de Verdun, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Froméreville (Meuse) en 1852.

2° Un rapport de M. le docteur Bolut, sur une épidémie de suette miliaire qui a régné dans la même année dans la commune d'Offrange.

3° Un rapport de M. le docteur de Crozant, sur le service des eaux minérales de Pougues (Nièvre) pendant l'exercice de 1852.

4° Un rapport de M. le docteur Gerdy, sur le service des eaux minérales d'Uriage pendant la même année.

5° Un rapport de M. le docteur Desbret, sur le service des eaux de Chateldon (Puy-de-Dôme).

6° Un rapport de M. Auzouy, sur les eaux de Cransac (Aveyron).

7° Un rapport de MM. Versini et Carlotti, sur les eaux minérales de Guagno et Pietrapola (Corse).

8° Un rapport du conseil central d'hygiène publique du département du Nord, sur la situation de l'établissement thermal de Saint-Amand.

9° Un mémoire de M. le docteur Roch, d'Alais, intitulé : Études chimiques et médicales sur les eaux minérales bitumeuses, salines, sulfureuses de l'arrondissement d'Alais, et en particulier sur les sources d'Auzon.

10° Une note de M. le docteur Lando, sur la peste. (Comm. MM. Ferrus, Mélier et Londe.)

11° Une lettre de M. le docteur Jacquot, de St-Dié, contenant une observation de diabète, que l'auteur désire être ajoutée à la note qu'il a transmise en décembre dernier à l'Académie, sur le traitement de cette affection. (Comm. MM. Rayer et Bouchardat.)

12° Une série de cahiers adressés par M. Quevenne, faisant suite à son travail sur la médication ferrugineuse. Ces cahiers renferment les relations d'expériences physiologiques nouvelles sur le suc gastrique et sur les matières intestinales, des expériences sur les doses auxquelles se prescrivent habituellement les préparations de fer les plus employées, et sur la valeur comparative de ces produits, et enfin des observations thérapeutiques sur le fer réduit.

Voici les conclusions qui terminent cette dernière partie de son mémoire, relative au fer réduit.

action de fer réduit est de même nature que celle des ferrugineux en général.

C'est cette préparation (parmi celles qui ont été examinées) qui a introduit le plus de fer dans le suc gastrique pour un poids donné.

Ce qui la distingue, entre les martiaux, c'est son degré d'activité relatif.

La dose de 0,20 à 0,30 (moyenne 0,25), paraît suffisante en général pour produire la guérison aussi promptement et aussi complètement qu'avec les composés ferrugineux réputés jusqu'ici les plus actifs, quoique, dans bien des cas, on puisse aller sans inconvénient à 0,40 et 0,50. (Comm. MM. Cruveilhier, Caventou, Bouchardat.)

— M. le Président annonce à l'Académie qu'elle vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. Villeneuve.

M. le Secrétaire perpétuel informe l'Académie qu'il a reçu, à cette occasion, communication d'un extrait des dispositions testamentaires de M. Villeneuve, dans lesquelles il exprime la volonté qu'il ne soit point fait de lettres de faire part de son décès, que son convoi ait lieu avec la plus grande simplicité, qu'il soit porté dans le corbillard des pauvres et inhumé dans la fosse commune. Une somme équivalente aux frais qu'eût entraînés un convoi fait avec la pompe ordinaire, sera distribuée aux pauvres de la paroisse.

Nonobstant cette disposition, le conseil a pensé qu'il était du devoir de l'Académie de se faire représenter à la cérémonie funèbre par une députation à laquelle se joindra le bureau.

Eaux minérales de Belleville.

M. Chevallier lit un rapport sur les eaux minérales de Belleville. Par suite d'une lettre de M. le ministre de l'intérieur, en date du 18 mai 1852, l'Académie a été chargée de l'examen d'une eau sulfureuse découverte par MM. Lapostolet frères, dans leur usine de Belleville, et pour l'exploitation de laquelle ils demandent une autorisation.

C'est l'examen de cette eau qui fait l'objet de ce rapport. Voici les principaux résultats de ce travail de la commission.

L'eau, prise au tuyau d'écoulement, à l'aide d'une pompe, a donné, pour terme moyen, une température de 12° cent. 3/10° et aussi, comme terme moyen, 10° 1/10° au sulfhydromètre de Dupasquier. Cette eau avait une parfaite limpidité. Exposée à l'air, elle se trouble progressivement, devient nébuleuse et légèrement lactescente; sa saveur et son odeur sont celles des eaux sulfureuses froides. Agitée avec de l'argent en poudre dans un vase entièrement plein, elle perd une partie de son principe sulfureux, environ 6° 8/10° au sulfhydromètre, et il reste alors 3° 2/10° qui appartiennent à un sulfhydrate calcaire. Elle contient beaucoup de sulfate de chaux, de magnésie et de soude, des bicarbonates calcaires et magnésiens, peu de chlorures, de la silice, de l'alumine, de traces d'un phosphate et du fer, point d'iodures sensibles, puis une matière organique qui n'apparaît, dans tous ces produits salins, que pendant le travail de l'analyse; elle leur communique une teinte jaune ou brune avec une odeur légèrement sulfurée. On a pu reconnaître, en outre, des traces non équivoques d'ammoniaque dans le liquide provenant de la distillation d'une certaine quantité d'eau.

D'après les résultats de l'analyse, les commissaires croient pouvoir considérer l'eau sulfureuse de Belleville comme appartenant au groupe des eaux sulfhydratées calcaires, avec acide sulfhydrique libre; elle est de plus gypseuse et magnésienne.

D'après ce qui précède, la commission conclut que rien ne s'oppose à ce que l'autorisation demandée par MM. Lapostolet, d'exploiter l'eau sulfureuse de Belleville, leur soit accordée. (Adopté.)

Eaux minérales de Soulzmatt.

M. O. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur l'eau minérale de Soulzmatt (Haut-Rhin), en réponse à une lettre ministérielle du 14 mai dernier.

D'après les résultats obtenus par M. Béchamp, de Strasbourg, l'eau minérale de Soulzmatt appartient au groupe des eaux acidules, bicarbonatées, iodique et calcaire; elle vient prendre rang à côté des eaux étrangères de Seltz ou Seltzers et d'Ems, ou près de celles de St-Galmier, de Chalden, de Vic-sur-Aire, etc., etc. Ce sont les bicarbonates de soude, de potasse, de chaux et de magnésie qui en font les principaux élémens minéralisateurs, associés à un grand excès d'acide carbonique (le volume de l'eau environ), puis à quelques autres substances en quantités plus minimes, telles que le carbonate de lithine, le phosphate alcalin ou alumineux, le borate de soude, le sulfate alcalin, le chlorure de sodium, de la silice à l'état libre ou en silicate, unis enfin à une trace presqu'inappréciable de fer et de matière organique.

L'absence presque complète du fer rend l'eau très agréable à boire, grâce surtout à la présence d'un grand excès d'acide carbonique qu'elle contient.

M. le rapporteur a confirmé les résultats signalés par M. Béchamp, et il pense que la composition chimique de ces eaux justifie les propriétés thérapeutiques et l'action sur l'économie animale qui les ont constatées.

On peut, dit M. le rapporteur, regarder son emploi comme aussi avantageux au moins que celui de l'eau de Seltz, ce qui contribuera alors à nous affranchir d'un tribut payé à l'étranger, en permettant d'établir le prix de cette eau bien au-dessous de celle-ci pour la mettre à la portée de tous les consommateurs.

En conséquence, la commission pense qu'on peut répondre à M. le ministre que tout milite en faveur de l'eau minérale alcaline gazeuse de Soulzmatt, et qu'il y a lieu d'accorer à son propriétaire l'autorisation de l'exploiter sous le point de vue médical. (Adopté.)

Eaux minérales naturelles de Hammam-Mescontine et d'Hammam-Sétif.

M. Henry lit, au nom de la même commission, un rapport sur les eaux minérales naturelles de Hammam-Mescontine et d'Hammam-Sétif. Ces eaux ont été analysées dans le laboratoire de chimie, créé spécialement à Alger pour ce genre de recherches. Le ministre de la guerre demande à l'Académie son avis sur le résultat de ces analyses.

Les eaux d'Hammam-Mescontine, dit M. le rapporteur, sont remarquables par leur haute thermalité; elles fournissent des eaux dont la température s'élève à 70-75 et jusqu'à 90 degrés centigrades. Leur nature est sulfureuse et calcaire. En sortant du sol, ces eaux, en raison de leur haute température qui en dégage la majeure partie de l'acide carbonique, laissent immédiatement déposer la majeure partie des carbonates terreux qu'elles tenaient en dissolution, et il se produit alors sous forme de cones ou de pyramides coniques des traversins calcaires d'un aspect singulier. C'est dans ces incrustations presque entièrement composées de carbonates calcaire et magnésien que M. Tripier a, pour la première fois, signalé la présence de l'arsenic présumé à l'état d'arséniate de chaux ou de strontiane, et jusqu'alors inconnu dans les eaux minérales. Quant aux principes sulfureux, ils disparaissent presque entièrement loin des sources; aussi les eaux expédiées n'en ont plus présenté que des *vestiges non douteux* toutefois.

Les eaux de Hammam-Sétif sourdent d'un terrain calcaire: elles ont une assez forte thermalité qu'on porte à 49-50 et 54 degrés centigrades. Le volume des sources est considérable, et la nature minérale de l'eau présente une certaine analogie avec celles de Hammam-Miscontine.

D'après les résultats de l'analyse chimique de ces eaux, on peut reconnaître qu'il existe une assez grande ressemblance de composition chimique entr'elles et les eaux de Hammam-Miscontine; ce sont également des eaux salines calcaires qu'on peut approcher de celles de diverses salines (Bourbonne, Aulus, Siradan, moins la thermalité); leur thermalité doit jouer un rôle important dans l'application médicale; d'après leur nature, on peut croire que les eaux de Hammam-Sétif possèdent des vertus médicales du même genre que celles de Miscontine, et que dès lors elles doivent avoir une certaine importance pour la province qui les possède. (Adopté.)

Élection.

— L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. (M. Bérard prend le fauteuil de la présidence.)

M. Sandras, par une lettre dont M. le Secrétaire perpétuel donne lecture, déclare retirer sa candidature.

La liste de présentation se trouve ainsi composée par suite de la retraite de M. Sandras:

En 1re ligne, M. Chatin.
En 2me ligne, M. Ch. Robin.
En 3me ligne, M. Martinet.

Le nombre des membres présens et prenant part au vote est de 70, — majorité, 36.

M. Chatin obtient. . . . . 38 voix.
M. Ch. Robin. . . . . 30 voix.
MM. Bayle et Martinet chacun. . . 1 voix.

En conséquence, M. Chatin est proclamé membre de l'Académie.

De la dualité des affections endémo-épidémiques annuelles des pays chauds palustres, et considérations générales sur la pathologie de ces contrées.

M. le docteur Félix Jacquot lit, sous ce titre, un mémoire dans lequel il se propose d'étudier les endémo-épidémies à apparitions annuelles régulières, qui constituent le règne pathologique essentiel des pays chauds.

Dans une première partie de son mémoire, l'auteur expose successivement les doctrines et la thérapeutique qui ont cours en Algérie et dans le pays Romain; puis il les compare en cherchant à en extraire les erreurs pour les rejeter, les vérités pour les adopter. Dans une deuxième partie, qui fait le fond de ce mémoire, il a cherché à édifier une nouvelle doctrine et à asseoir les bases d'une thérapeutique rationnelle.

Le passage suivant, que nous extrayons de ce travail, résume assez bien les principes fondamentaux de cette doctrine:

Les endémo-épidémies estivo-automnales annuelles des pays chauds palustres, sont constituées par deux genres bien distincts de maladies; les unes palustres, dites aussi à *quinquina*, dues à des conditions accidentelles plus ou moins amovibles, aux miasmes; les autres sont palustres, dues au climat même, c'est-à-dire à des conditions essentielles permanentes, plus ou moins inamovibles, et aux écarts de l'hygiène, dont l'effet principal consiste probablement à rendre plus impressionnable aux influences climatologiques. Ce dernier genre d'affection est commun à la plupart des pays chauds, à peu près, le premier ne règne que dans les pays à la fois chauds et palustres.

Si chaque genre a son étiologie distincte, il a aussi sa symptomatologie et sa thérapeutique. De plus, les trois phases des deux endémo-épidémies estivo-automnales élémentaires, ne sont pas strictement contemporaines, de sorte que, par exemple, leur apogée ne coïncide point ordinairement. Selon les contrées, c'est l'un ou l'autre genre qui domine, tandis que son contemporain se tient au second rang. Il en résulte qu'ici les maladies endémo-épidémiques sont surtout palustres ou à quinquina, pendant qu'ailleurs leur grand caractère général sera climatique, qu'on me passe ce mot pour caractériser les affections dues aux influences essentielles du climat. Les différences très notables que présentent les endémo-épidémies, selon les pays, tiennent à une autre cause encore: avec le climat, la phénoménisation des maladies climatiques, qui font partie de l'endémo-épidémie annuelle, change manifestement elle-même; bien plus, de nouvelles espèces apparaissent même quelquefois, et impriment nécessairement un trait caractéristique au règne pathologique.

Un des deux genres élémentaires, soit la fièvre palustre, soit une affection climatique, peut exister isolément chez un sujet, conserver ainsi son individualité, et ne dicter qu'une indication thérapeutique simple; mais, le plus souvent, les deux se combinent chez le même sujet, se confondent en une nouvelle individualité complexe, véritable fièvre *proportionnée*, constituée par l'union des deux élémens palustre ou miasmatique et climatique. Ainsi se trouve justifié le titre de ce travail: *De la dualité des endémo-épidémies*. Ces élémens concourent à divers degrés à la formation de la maladie qui est comme leur résultante, ou l'élément domine l'autre élément auquel il est marié, C'est ce qui arrive presque toujours en Algérie, où, au contraire, l'élément climatique prend le dessus, comme on l'observe assez souvent à Rome; enfin, il peut se faire que tous deux concourent pour une part plus ou moins égale à la formation de la maladie définitive.

La thérapeutique doit être double, quand la maladie l'est elle-même: par le sulfate de quinine, on s'attaque à l'élément palustre, tandis que son cohabitant appelle une médication consistant surtout dans des évacuans gastro-intestinaux. L'individualité des deux élémens morbides est ainsi prouvée non seulement par leur symptomatologie et par leur origine, mais aussi par la thérapeutique.

Les évacuans administrés seuls, quand la maladie est complexe, le dégageront de l'élément climatique, et laisseront en général subsister la fièvre palustre; au contraire, le sulfate de quinine abattra cette dernière, mais la convalescence ne sera pas franche à cause de la survivance du premier élément. (Comm. MM. Bricheteau, Bégin et Roche.)

Pellagre.

M. Gibert présente une femme du département de Seine-et-Oise, âgée de 28 ans, et affectée de l'érythème caractéristique du visage, de la face dorsale des mains et des orteils, auquel commencent à se joindre les autres accidens propres à la maladie, bien que l'affection de la peau ne date que de sept semaines. C'est le troisième exemple observé depuis douze ans dans le service de M. Gibert. La première observation recueillie, d'une maladie jusque-là inobservée à Paris, avait vivement frappé l'attention des médecins et quelques exemples nouveaux ont été signalés, mais dont aucun n'a offert l'ensemble des phénomènes caractéristiques de la pellagre de Lombardie, tandis que les deux sujets qui ont succombé dans les salles de M. Gibert, à l'hôpital Saint-Louis, ont présenté tous les traits de la maladie. Ces deux sujets, d'ailleurs, non plus que la malade actuelle, n'avaient jamais fait usage de maïs.

La séance est levée à quatre heures et demie.

RÉCLAMATION.

Paris, le 1er Août 1853.

Mon cher confrère,

Dans la dernière séance de l'Académie, M. Gibert, en combattant les conclusions de mon rapport sur l'albumine iodée, m'a reproché d'avoir, sans preuves suffisantes, présenté le nouveau médicament comme succédané de l'huile de foie de morue.

Permettez-moi, puisque votre estimable Journal n'a reproduit que les objections soulevées par mon travail, de vous faire remarquer:

1° Que je n'ai, au point de vue chimique, établi aucune comparaison entre deux substances qui n'ont peut-être de commun que la puissance de l'iode, lequel, même, pourrait s'y rencontrer à des états différens;

2° Que j'ai relaté de nombreuses observations thérapeutiques recueillies: les unes par d'habiles praticiens étrangers à l'Académie; les autres, dans le service de l'éminent professeur M. Bouillaud, ou par mon honorable co-rapporteur M. Hervez de Chégoin;

3° Et surtout, que mes conclusions étaient précédées de cette phrase où je reconnais mon insuffisance, au point de vue médical:

« En présence des résultats précités que vos commissaires ont observés par eux-mêmes, ou contrôlés chacun dans les limites de ses connaissances spéciales, d'où vient que la part la plus importante et la plus délicate de leur mission revient au très honorable M. Hervez de Chégoin, ils croient pouvoir vous proposer..... »

Je ne puis qu'être singulièrement flatté d'avoir vu l'Académie récompenser mes efforts par l'insertion, dans le *Bulletin* de ses travaux de la partie chimique du rapport; mais la confiance que m'inspirent les habiles et consciencieux expérimentateurs dont j'ai rappelé les observations, me laissent vivement regretter que la compagnie n'ait pas consenti à charger une autre commission de continuer les expériences cliniques sur le nouvel agent thérapeutique proposé.

Vous ne me refuserez pas, je l'espère, cher confrère, l'insertion de cette courte réplique dans l'un de vos plus prochains numéros, et je vous en offre, à l'avance, mes bien sincères remercîmens.

Lecanu.

COURRIER.

— Nous lisons dans le dernier numéro du *Journal de médecine de Bordeaux*:

Encore l'homoeopathie. — Nous devions nous attendre à n'en avoir pas fini avec elle. Le moyen, en effet, lorsqu'on croit avoir pour soi un grand personnage, de ne pas croire au succès et de s'arrêter à moitié chemin! Voici donc deux faits nouveaux qui prouvent l'ambition de cette........ doctrine........ non, de cette rêverie. — L'asile des aliénés va devenir, dit-on, le champ de bataille des globules. M. Laville-Laplagne aurait obtenu l'autorisation d'essayer de sa méthode contre l'épilepsie. Nous avons entendu blâmer, à cet égard, la Commission de surveillance de cet asile, pour avoir permis l'entrée d'un homœopathe dans la maison. Nous ne saurions partager cet avis. L'épilepsie n'est pas une maladie qu'il soit au pouvoir des globules ni d'aggraver, ni de guérir; or, puisqu'il n'y a rien à craindre, on peut laisser tenter l'impossible; et pour nous, nous en sommes heureux, parce que ces épreuves fixeront le public. Elles doivent être publiées, en effet, quel qu'en soit le résultat, si toutefois le médecin accepte les conditions qui lui sont imposées. Et à ce mot de condition, que les partisans de l'homœopathie ne s'alarment pas. Il ne s'agit que de s'assurer que l'on fait de l'homœopathie; on demande une épreuve sérieuse, et l'on ne veut pas être dupé; de vrais globules homœopathiques seront seuls employés, et une étroite surveillance sera exercée. Un procès-verbal sera arrêté et signé chaque jour par le médecin homœopathe et par celui de la maison, et rendra compte des faits, et ces faits publiés édifieront tout le monde sur la valeur de la doctrine d'Hannmann. Mais ceci n'est peut-être qu'en projet — Attendons.

— Le second fait dont nous voulons parler a lieu de nous surprendre un peu plus. En effet, il faut que S. E. le ministre de l'intérieur ait été gravement trompé, puisqu'on dit qu'il a donné l'ordre au jury médical de la Gironde d'inspecter une pharmacie homœopathique. Le moyen, s'il vous plaît, de s'assurer de la présence et de la qualité de médicamens, que ni la vue, ni l'odorat, ni le goût ne peuvent apprécier, qui se dérobent même aux analyses chimiques? Sera-ce par leur action médicale ou thérapeutique que le jury pourra apprécier la bonne qualité de ce qui n'existe pas? Car, prenez bien garde, si l'on retrouve quelques molécules de substances médicamenteuses dans les flacons ou dans les boîtes, ce ne sont plus des médicamens atténués ni dilués, selon Hannmann ce sont des substances en petite doses, comme les emploie la médecine allopathique. Enfin, il nous tarde de voir le rapport du jury constatant l'inspection de la pharmacie infinitésimale.

Fécondité prématurée. — Une jeune négresse de l'Alabama, est accouchée de sa première fille à 13 ans; celle-ci a été réglée à 10 ans et est devenue enceinte à 12 ans et 3 mois; la sœur de celle-ci, qui n'a que 9 ans, est déjà réglée. Lorsque sa première fille est accouchée, la mère n'avait que 26 ans. (*Southern journal.*)

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltestet et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 93. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 6 Août 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12 A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CHIRURGIE PRATIQUE.

SUR LES POLYPES DU RECTUM.

Limoges, le 29 Juillet 1853.

Monsieur et très honoré confrère,

Je ne voudrais pas prolonger outre mesure l'espèce d'enquête qui se poursuit, en ce moment, dans votre journal, sur les polypes du rectum.

Mais, puisqu'il s'agit d'une maladie dont on ne fait remonter l'histoire qu'à une douzaine d'années, et que l'on est encore à compter les observations, permettez-moi d'ajouter quelques faits à ceux qu'on a déjà publiés.

I. Je vous citerai d'abord un cas qui date d'une quarantaine d'années, et qui prouve, entre autres choses, que, si les polypes du rectum n'ont été que tout récemment décrits, ils ont été bien plus anciennement observés. Cela soit dit sans aucune espèce de prétention à la priorité, comme aussi sans vouloir, en quoi que soit, amoindrir le service rendu par M. Gigon et par M. Bourgeois, qui, n'eussent-ils pas été les premiers à reconnaître la vérité, ont au moins l'incontestable mérite de l'avoir, les premiers, proclamée.

Il y a donc une quarantaine d'années, M. le docteur Thibaut, qui est aujourd'hui le très honoré doyen des médecins de Limoges, fut appelé près d'un roulier qui, en satisfaisant certains besoins sur le bord d'un fossé, avait expulsé, par l'anus, une tumeur du volume d'un œuf de poule.

Cette tumeur était de consistance charnue et parfaitement pédiculée. Il n'y avait pas un instant à la confondre avec une chute du rectum.

M. Thibaut tira légèrement sur la tumeur, mit le pédicule bien en évidence, l'étreignit d'une ligature et le coupa audessous du fil.

Il n'y eut pas d'accidens, et la guérison fut aussi prompte que complète.

Ce fait, qui nous était connu depuis longtemps, ainsi qu'à plusieurs de nos confrères, a été communiqué par M. Thibaut à la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne.

II. Je passe à un fait qui m'est personnel. Dans le courant de l'année dernière, la femme d'un cordonnier nommé Smith, me conduit sa petite fille, âgée de six ans. Elle me raconte que, depuis plusieurs mois, il arrive à cette enfant de rendre du sang par les selles. Elle ajoute que, depuis quelques semaines, il lui sort parfois de l'anus une tumeur rougeâtre qui reste quelque temps au dehors, puis rentre d'elle-même.

Je recommande de me conduire l'enfant la première fois que son accident se reproduira. Quelques jours après, on me la ramena.

Je constate qu'il existe, hors de l'anus, une tumeur de consistance charnue, d'un rouge vif, et d'un volume à peu près égal à celui d'une grosse fraise.

A l'aide d'une légère traction, j'éloigne un peu cette tumeur de l'anus, et je vois qu'elle tient à un petit pédicule cylindrique ayant le volume d'un fort stylet, paraissant long de quelques centimètres, et remontant dans le rectum à travers l'ouverture des sphincters.

Je me décide aussitôt à lier le pédicule et à le couper ensuite au-dessous de la ligature.

Je saisis, en conséquence, le polype avec des pinces à dents de souris; je tire légèrement pour tendre le pédicule, puis je confie ma pince à un aide, qui doit la tenir immobile, pour continuer simplement les tractions sans les rendre plus fortes.

J'applique ma ligature, et je serre, mais, au moment où j'étreins le pédicule, mon aide tire de son côté et arrache le polype. La ligature serre à vide, et la racine du pédicule remonte dans l'anus.

Je ne suis pas fort effrayé de ce petit contre-temps. Mais, dans la crainte d'une hémorrhagie, je recommande de tenir l'enfant au lit, en lui interdisant tout mouvement et tout effort de défécation.

Pendant quelques heures tout va bien, si bien que l'enfant se lasse du repos au lit, se lève malgré ses parens et va courir dans la rue.

Quelques heures plus tard, il éprouve le besoin d'aller à la selle et rend une assez grande quantité de sang. Les selles se renouvellent à plusieurs reprises dans la soirée et sont toujours sanguinolentes. Les lavemens froids, les applications froides sur le périnée, les boissons acidules restent sans effet. Le sang continue de couler; l'enfant est d'une pâleur cadavérique; ses parens se lamentent et disent qu'elle va mourir.

Je fais donner un lavement avec une solution d'alun, et prépare l'appareil nécessaire pour tamponner le rectum.

Heureusement l'hémorrhagie s'arrête et nous en sommes quittes pour une alerte! La petite malade s'est bien rétablie et n'a plus éprouvé le moindre accident du côté du rectum; mais, malgré le régime fortifiant auquel je me suis empressé de la soumettre, elle est restée plusieurs mois anémique.

Je ne veux pas exagérer le danger que nous a fait courir l'absence de ligature. Mais comme l'application d'un fil est parfaitement inolfensive, je suis tout disposé à dire, comme mon honorable voisin d'Angoulême, M. Gigon : ayez soin de lier le pédicule avant de le couper.

Ce n'est pas à dire, pour cela, que la ligature soit toujours indispensable, et que son absence doive inévitablement entraîner une hémorrhagie plus ou moins abondante.

M. Bourgeois, d'Étampes, se borne à arracher le polype et conseille d'en agir comme lui.

Mon collègue et ancien maître, M. Tuilier, me racontait, ce matin même, qu'ayant eu à soigner un jeune enfant, nommé Bargès, qui avait un petit polype du rectum gros comme une cerise, il s'était borné à arracher le polype avec le doigt et n'avait pas eu d'hémorrhagie.

Mais ces faits heureux ne prouvent rien contre les cas incontestables d'hémorrhagie qui ont été observés; et l'application d'une ligature, dût-elle être souvent une précaution inutile, il n'en faudrait pas moins la conseiller, parce qu'elle n'a d'inconvéniens d'aucun genre, et qu'elle peut, dans certains cas, prévenir de fâcheux accidens.

La ligature est d'autant mieux indiquée, que le pédicule paraît contenir assez souvent des vaisseaux d'un certain calibre. Il avait semblé canaliculé à M. Tuilier, chez le jeune Bargès. Sur un des malades de M. Dufresse, « il offrait, à son centre, un trou dans lequel on aurait pu faire pénétrer une aiguille fine. » Ce trou parut à M. Dufresse l'orifice du vaisseau nourricier qui conduisait le sang à la tumeur, et M. Forget ne voit pas de raison de rejeter cette manière de voir.

Quant à la ligature en elle-même, je crois qu'il faut la faire aussi simple que possible. M. Forget rapporte que, sur son premier malade, M. Dufresse « passa un fil double dans l'épaisseur du pédicule qu'il étreignit, de la sorte, par une double ligature. »

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire. — Contrastes de la mort. — La jeunesse et la vieillesse. — M. Blache fils et M. Villeneuve. — Dernière élection académique. — M. Chatin et M. Robin. — M. Soubeiran à Strasbourg. — La chaire de pharmacie à la Faculté de médecine de Paris. — Deux consultations de somnambules.

Nous marquerons cette semaine médicale d'une petite pierre noire; la mort l'a doublement attristée; elle nous a ravi presque en même temps une espérance et un souvenir : la jeunesse dans tout l'épanouissement de la force; la vieillesse dans ce qu'elle offre de plus respectable et de plus honoré. Elle se plaît, la cruelle, dans ces contrastes saisissans. Il y a quelques jours, j'apprenais au même instant la mort de deux personnes que j'aimais, l'une, aimable et charmant enfant de 9 ans, l'autre vieil et respectable ami de 75 ans. Émotions de presque tous les jours, hélas! et qui, cependant, n'en sont pas moins vives; car, selon la pensée de Charron, quoique nous assistions tous les jours au spectacle de la mort, nous ne pouvons pas nous y habituer.

Qu'il me soit permis de payer mon tribut de regrets à ce jeune et malheureux interne de nos hôpitaux, dont la mort affreuse vient de plonger dans l'affliction un père, bon et digne confrère aimé de tous, que nous tous appelons au chevet de nos enfans malades, nature excellente de bienveillance et d'aménité, et que Dieu, dans ses impénétrables décrets, vient de frapper si cruellement. On ne console pas une peine aussi grande; on la partage et on pleure avec ceux qui pleurent. On a dû dire à M. Blache le concours immense de médecins qui se pressaient aux obsèques de son malheureux fils; c'est là un témoignage de sympathie générale fondée sur une générale estime. Le jeune Blache était digne d'ailleurs d'être ainsi honoré, et sa mort, arrivée sur le champ d'honneur de la science, mérite que son nom soit conservé parmi ceux des martyrs de notre art. On sait, en effet, que ce jeune homme a contracté le croup auprès d'un enfant auquel son oncle, M. Guersant, venait de pratiquer la trachéotomie. L'enfant et celui qui lui prodiguait les secours dévoués de l'art ont succombé!... Providence, justice éternelle, j'ai besoin de croire en vous; mais il est des momens cruels où les émotions du cœur jettent sur vous comme un voile de doute amer.

L'autre mort ne nous enlève, il est vrai, qu'un souvenir, mais souvenir plein de charme pour tous ceux qui ont connu de près notre excellent confrère, M. Villeneuve, le médecin honorable et digne, le véritable *sacerdos* de notre culte, homme simple et modeste, qui n'était sévère que pour lui, et dont les relations étaient aussi sûres qu'affectueuses. M. Villeneuve ne laisse pas, il est vrai, une trace éclatante de son passage dans la science; quelques articles dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, quelques rares écrits dans les recueils du temps, quelques rapports à l'Académie de médecine, dont il était un des membres les plus zélés, tel est son bagage scientifique; mais ce n'est pas sur lui seul qu'il serait juste de juger la valeur de cet excellent confrère. M. Villeneuve était un de ces hommes dont parle Montaigne, qui « font mieux du poingt que de la plume, » c'est-à-dire que c'était un praticien dans toute la force de l'expression, et que, forcé de toujours agir, il lui restait peu de temps, non pas pour réfléchir, M. Villeneuve réfléchissait beaucoup et se tenait très au courant de la science, mais pour écrire ses méditations et le résultat de sa pratique. M. Villeneuve avait eu une des bonnes clientèles du faubourg Saint-Germain, surtout en accouchemens, en maladies des femmes et des enfans. L'Académie doit à son influence et à l'action qu'il exerça sur M. le marquis d'Argenteuil, son client, le legs magnifique pour le prix qui porte le nom du donateur. Dans l'honnêteté et la simplicité de son cœur, M. Villeneuve n'avait pas prévu les embarras que ce legs était destiné à susciter à la compagnie, et souvent il a gémi des tristes conséquences de la libéralité de son noble client. Il a failli mourir sans avoir vu décerner le prix de la première période. M. Villeneuve a été plusieurs fois choisi par l'Académie comme juge des concours de la Faculté, et jamais on n'a eu à lui reprocher une faiblesse ou quelque condescendance blâmable. Le juge restait impénétrable jusqu'à la fin des épreuves.

Il est un autre point de vue sous lequel j'ai eu l'honneur de connaître à fond M. Villeneuve, et que je serais blâmable de passer sous silence. Je veux parler de ses aspirations aussi honnêtes que sincères, aussi ardentes qu'éclairées pour l'amélioration professionnelle et morale de la médecine. Il embrassa avec dévoûment et chaleur l'idée du Congrès médical de 1845. Il présida la plus grande partie des séances de la commission d'organisation, et c'était merveille de voir avec quelle ardeur juvénile ce respectable confrère dérobait à ses nombreuses occupations, le temps immense qui fut consacré à ce travail préparatoire, si long et si difficile. Je me rappelle, avec le regret de lui avoir fait une opposition que je déclare et reconnais inintelligente aujourd'hui, que M. Villeneuve nous répétait sans cesse, avec plus de persévérance que de succès, que le point de départ de toutes les mesures relatives à une bonne organisation de l'exercice de la médecine et de la pharmacie, devait être une bonne définition du médicament. Cela paraît étrange au premier abord, et il est de fait que nous ne comprenions pas alors la corrélation que notre excellent confrère voulait établir sur ce point. Mieux éclairé par des études ultérieures, je reconnais aujourd'hui toute la sagesse et la portée de ce conseil. Seulement, je dois le dire aussi, ce conseil me paraît encore très difficile à suivre, et de là naîtront toutes les difficultés que rencontreront inévitablement tous ceux qui voudront réglementer cette matière. Sans bonne définition du médicament, pas de détermination fixe de l'exercice de la médecine et de la pharmacie, et, comme conséquence, pas de détermination possible de l'exercice illégal, pas de répression possible du charlatanisme.

Le Congrès médical éleva M. Villeneuve aux honneurs de la vice-présidence, et il remplaça M. Serres dans les rares séances où le zèle de notre intrépide et respectable président eut besoin de quelques instans de repos. A la fin de cette session mémorable, M. de Salvandy avait désigné M. Villeneuve au nombre des personnes auxquelles il désirait de faire accorder une distinction honorifique. M. Villeneuve l'apprit, et fit connaître à M. le ministre son intention formelle de ne rien accepter. Dévoué de cœur et de conviction aux principes qui avaient succombé à la révolution de Juillet, il voulut rester fidèle à son culte, fidélité respectable, dont la famille médicale a fourni de nombreux et d'éclatans exemples. Récamier refusant le serment, Dupuytren mettant un million à la disposition du roi Charles X, Villeneuve n'acceptant pas la croix d'honneur; plus récemment, un illustre professeur quittant sa chaire pour rester fidèle à la religion du malheur, voilà

Le pédicule avait « deux millimètres de diamètre. » Je ne crois pas fort nécessaire, je l'avoue, de recourir, pour étreindre un aussi mince pédicule, à un pareil luxe de constriction. Conservons la ligature, mais ne la compliquons pas.

III. M. Bourgeois, d'Étampes, qui a si bien décrit les polypes du rectum, me paraît cependant avoir émis, à leur endroit, deux assertions contestables.

Il dit d'abord que « le polype ne s'élève jamais beaucoup au-dessus de l'anus, » puis il ajoute : « abandonné à lui-même, grossirait-il indéfiniment? Je ne le pense pas; il est évident, en effet, que les auteurs classiques n'eussent pas manqué d'en parler alors; et il n'a échappé jusqu'ici, sans doute, à la description, qu'à cause de son peu de volume et de son innocuité. »

L'observation suivante, que j'emprunte à la pratique, si riche en faits intéressans de M. le docteur Tuilier, va droit contre les suppositions de M. Bourgeois, d'Étampes :

Mme Quill..., âgée de 40 ans, avait dans le rectum un polype *assez volumineux* pour occuper presque entièrement *l'ampoule* que présente cette partie de l'intestin.

Pendant les efforts de défécation, la tumeur ne paraissait pas au-dehors; soit qu'elle fût retenue par son pédicule, soit que son volume ne lui permit pas de franchir le passage des sphincters.

Mais, le doigt introduit dans l'intestin contournait facilement le polype, et permettait de suivre son pédicule d'implantation jusqu'*à la partie la plus élevée du rectum*.

M. Tuilier se décida à appliquer une ligature comme pour un polype de la matrice.

Un premier fil ne fut pas porté assez haut : le pédicule avait encore au-dessus de lui plusieurs travers de doigt de longueur. Mais il permit d'exercer des tractions qui abaissèrent le point d'insertion, et donnèrent la facilité de porter jusqu'à son voisinage une seconde ligature.

Les suites immédiates de l'opération furent des plus heureuses.

M. Tuilier a revu, dix ans plus tard, sa malade : elle se portait bien et n'avait rien éprouvé qui rappelât ses premiers accidens.

Le polype, conservé longtemps par M. Tuilier, avait tous les caractères des polypes fibreux de l'utérus.

Quant à celui que j'ai observé (sans vouloir entrer dans des détails qui seraient mal placés à la fin d'une lettre déjà trop longue), je le classerai parmi ceux que M. le docteur Forget désigne sous le nom de *polypes charnus* et qui proviendraient, suivant lui, de l'hypertrophie de la membrane muqueuse, dans toute son épaisseur, avec ses vaisseaux et ses glandes.

Veuillez agréer, etc. Dr Bardinet.

Strasbourg, le 30 juillet 1853.

Monsieur et très honoré confrère,

M. Gigon, d'Angoulême, dans une lettre qu'il vous a adressée à la date du 10 de ce mois, réclame contre M. Bourgeois, d'Étampes, la priorité de publication d'un travail *sur les polypes du rectum chez les enfans*, et déclare avoir adressé le sien à l'Académie de médecine de Paris, en mars 1841. « A cette époque, dit-il, il n'existait absolument rien dans la littérature médicale sur ce sujet, à l'exception d'un mémoire de M. Stoltz, de Strasbourg, publié dans le même temps, qui se rapportait à une tout autre maladie, ainsi que je l'ai démontré. »

Si M. Gigon fait voir à M. Bourgeois qu'il est dans l'erreur de croire qu'il a parlé le premier des polypes du rectum dans l'enfance, il m'est facile de prouver que M. Gigon se trompe en s'imaginant que c'est à lui que revient cette priorité, et en insinuant que mon travail, *traitant d'une tout autre maladie*, a été publié en même temps que le sien.

En effet : mon mémoire a été imprimé dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, le 5 février 1841, tandis que M. Gigon avoue avoir envoyé son manuscrit à l'Académie en mars, qu'il n'est mentionné, au procès-verbal de cette savante compagnie, que le 20 juillet, et n'a été publié que le 1er juin 1843. Quant à la seconde assertion, que mon mémoire se rapporte à une autre maladie, pourquoi M. Gigon a-t-il cité ce mémoire comme publié en même temps que le sien! Mais c'est tout bonnement une supposition gratuite. M. Gigon n'a certainement pas lu mon travail dans la *Gazette médicale de Strasbourg*; s'il l'avait fait, il ne se serait pas hasardé de dire que j'ai traité sous le titre de polypes du rectum chez les enfans, d'une tout autre maladie, alors surtout qu'il s'exprime de la même manière que moi, et arrive aux mêmes conclusions pratiques.

Je vous serais très obligé, Monsieur et cher confrère, si vous insériez cette réponse dans votre estimable journal.

Recevez, d'avance, mes remercîmens ainsi que l'assurance de mes sentimens dévoués,

Al. Stoltz.

PATHOLOGIE.

DE LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DU VOMISSEMENT CHEZ LES ENFANS A LA MAMELLE (1);

Par M. le docteur E. Hervieux.

Comme l'estomac, l'intestin est sujet à des congestions passives qu'il faudrait bien prendre garde de prendre pour des traces de phlegmasie sur les cadavres des jeunes enfans. Il est possible que l'injection ramiforme qui résulte de ces congestions passives, ne se fasse qu'au moment de la mort. Dans tous les cas, elle ne cause pendant la vie aucun désordre fonctionnel grave, quoi qu'en dise Billard; au moins, il ne me paraît nullement démontré que le dévoiement ou les vomissemens qu'on observe quelquefois en pareil cas, doivent être rapportés à cette appa rence cadavérique.

L'entérite vraie, au contraire, s'annonce, non seulement par l'état de la langue, le météorisme du ventre, les douleurs abdominales, la diarrhée, etc., mais aussi par les vomissemens, et ceux-ci apparaissent, suivant mes relevés statistiques, dans le tiers environ des cas. Billard n'a constaté, il est vrai, les vomissemens, que six fois sur quarante, dans l'entérite aiguë; mais Billard n'aurait-il pas pris un certain nombre de congestions passives de l'intestin pour un état phlegmasique? Quoi qu'il en soit, les vomissemens ont cela de particulier dans l'entérite aiguë, qu'ils ne surviennent pas immédiatement après l'ingestion des boissons, et que les matières rejetées sont toujours jaunâtres ou écumeuses. Dans quelques cas exceptionnels, ils ont offert une très grande résistance.

De toutes les lésions qui peuvent compliquer l'entérite chez les enfans à la mamelle, l'altération des plaques de Peyer est une de celles qui a coïncidé le plus fréquemment avec l'existence des vomissemens. Cette altération des plaques de Peyer était loin d'avoir un caractère constant. Le plus souvent cependant les follicules agminés n'offraient qu'un excès de développement. De couleur généralement grisâtre, ils étaient quelquefois injectés, ramollis, dans deux cas seulement ulcérés. Dix-huit fois sur cinquante-quatre, la lésion des plaques de Peyer s'est accompagnée de vomissemens muqueux, jaunes ou verdâtres, généralement peu abondans, ayant rarement lieu aussitôt après l'ingestion des boissons et ne présentant qu'une médiocre ténacité.

Ces vomissemens avaient le même caractère dans le ramollissement qui succède à l'entérite aigue, mais, chose assez digne de remarque, ils ont coïncidé beaucoup moins avec cette lésion, qu'avec la lésion des plaques de Peyer. Sur vingt-sept cas de ramollissement intestinal je ne les ai notés que six fois.

J'ai déjà parlé plus haut des vomissemens qui s'étaient manifestés dans les derniers temps de la vie chez un certain nombre de sujets dont l'intestin grêle avait présenté à l'autopsie une ou plusieurs invaginations. Je n'y reviendrai pas, mais je ferai remarquer que ces invaginations s'observent aussi chez des enfans qui n'ont pas eu la moindre apparence de nausées ou de vomissemens. Je n'en considère pas moins la lésion anatomique et les vomissemens, surtout lorsqu'ils précèdent les derniers momens, comme liés dans la majorité des cas par une relation de cause à effet.

La typhlite des enfans à la mamelle est susceptible également de donner lieu à des vomissemens. Sur quatre cas que je possède seulement de cette affection, il y a eu deux fois des vomissemens d'une abondance considérable, et d'une ténacité extrême; d'abord muqueux, puis jaunâtres, ils sont devenus d'un vert porracé et ont persisté ainsi jusqu'à la mort.

La colite existe rarement seule, sans complication de quelqu'autre lésion de l'estomac ou de l'intestin grêle, chez les enfans à la mamelle. Mais, dans les cas peu nombreux, à la vérité, où la muqueuse du colon était enflammée, j'ai noté l'existence, pendant la vie, de vomissemens souvent très nombreux, très opiniâtres et remarquables par leur coloration d'un vert très foncé.

Cette observation n'avait pas échappé à M. le professeur Trousseau, qui assure aussi avoir vu souvent des vomissemens abondans au début et pendant le cours des inflammations graves du gros intestin (*Compend. de méd.*, art. INTESTIN, t. V, p. 414). Ce même auteur, frappé, dans un cas, de l'opiniâtreté de ces vomissemens, avait cru à un ramollissement de l'estomac. Il ne fut pas peu surpris, à l'autopsie, de trouver la muqueuse de ce viscère parfaitement saine, et le colon, au contraire, vivement enflammé.

Déjà Billard avait, sur quatorze cas de colite, noté dix fois des vomissemens de matières jaunâtres (loc. cit., p. 415). C'est particulièrement dans les cas de colite folliculeuse que j'ai vu survenir des vomissemens qui ne me paraissaient nullement explicables par les autres lésions, plus ou moins légères, du reste de l'intestin.

Sur vingt-cinq cas de ramollissement de la muqueuse du colon, j'ai noté six fois des vomissemens, tantôt jaunes, tantôt verts, et généralement très rebelles chez les jeunes enfans.

Dans un cas de gangrène du colon, observé par M. Billard sur une petite fille de neuf jours, il y eut, le dernier jour de la maladie, vomissement des boissons et rejet de mucosités filantes et spumeuses (loc. cit., p. 411). Il résulterait de ce qui précède que, chez les nouveau-nés et les enfans à la mamelle, les vomissemens abondans, rebelles, consistant dans le rejet de matières jaunes ou vertes ne seraient pas moins souvent symptomatiques d'une lésion grave de l'intestin grêle, du cœcum et du colon que d'une altération de l'estomac, et qu'il est nécessaire dans la pratique de ne pas s'abuser sur la valeur séméiologique de ce phénomène. La recherche des autres signes qui peuvent servir à fixer le diagnostic, est donc tout

(1) Suite et fin. — Voir les deux derniers numéros.

---

des actes que toute opinion peut honorer, et qu'on est heureux d'avoir à signaler parmi les membres de notre profession.

M. Villeneuve a voulu que la mort eût la simplicité et la modestie de sa vie. Pas de convoi, nulle tenture, le corbillard des pauvres, une basse messe et la fosse commune; telles ont été ses dernières prescriptions. L'argent qui eût servi à une cérémonie pompeuse, il a voulu qu'il fût distribué aux pauvres de la paroisse. Ces désirs suprêmes peignent l'homme tout entier, et mieux que la plus éloquente oraison funèbre.

L'Académie venait à peine d'apprendre la mort d'un de ses membres, qu'elle était obligée de procéder à l'élection d'un membre nouveau. Ainsi va le monde. C'est dans les jours d'élection que l'on peut juger des ravages que la mort a faits dans le sein de l'Académie depuis quelques années. Nous avons vu des élections se faire avec 115 votans et plus. Mardi dernier, ce nombre de votans était réduit à 70. Cependant, l'Académie n'est pas encore réduite au chiffre de 100 membres, chiffre auquel la fixent ses décrets constitutifs. Il s'ensuit que plus de 30 de ses membres, un tiers à peu près, n'a pris aucune part à l'élection dernière. On parle de grandes manœuvres qui auraient été employées pour nuire au succès de la candidature de M. Chatin; je ne contèste rien, mais je déclare ne m'être aperçu de rien, ce qui ne prouve pas grand'chose, vu mon état de myopie. Ce que j'ai vu, c'est que si M. Chatin excite de nombreuses sympathies, M. Ch. Robin n'inspire pas de moins vives affections. Que parlé-je d'affections et de sympathies? Ce sont là des expressions mal sonnantes, quand il s'agit d'élection académique. Ce que je voulais dire, c'est que j'ai entendu vivement discuter le mérite respectif de ces deux candidats, ce qui est fort correct et très légal, et que, d'après ce que je sais du vote, si les suffrages se pesaient au lieu de se compter, M. Robin n'aurait pas lieu d'être mécontent du résultat. M. Chatin est, assurément, très digne de l'honneur qui vient de lui être fait, et je n'ai entendu personne regretter ou critiquer son élection. Mais est-ce une raison pour croire que ceux qui ont voté pour M. Robin ont cédé à des influences peu avouables? Je suis certain que M. Chatin, dont je connais l'esprit droit et le cœur élevé, ne tient pas ce langage, et qu'il rend pleine justice à la science sérieuse de son compétiteur. Toute la question, pour un grand nombre d'académiciens, était celle-ci : l'Académie, à cette heure a-t-elle plus besoin d'un micrographe que d'un botaniste? Il est permis de penser, sans honte et sans forfaiture, que la micrographie pourrait entrer à l'Académie de médecine. J'espère même qu'elle y entrera prochainement, et que M. Chatin sera le premier à lui ouvrir les portes.

A propos d'un académicien dont on remarquait l'absence, mardi dernier, on m'écrit de Strasbourg :

« . . . . . Devinez un peu ce que fait à Strasbourg, un de vos célèbres académiciens, le savant directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux, l'inventeur du chloroforme, M. Soubeiran, en un mot? Je vous le donne en mille. Y êtes-vous? Pas encore, n'est-ce pas! Eh bien! l'éloquent secrétaire général de la Société de pharmacie passe à cette heure, devant notre Faculté de médecine, examen sur examen. Il est en train de se faire recevoir docteur en médecine, et, pour cela, notre Faculté très libérale, lui a accordé d'un seul coup et en bloc, les seize inscriptions indispensables. Dans quel but cette prise de bonnet doctoral? Vous qui devez tout savoir, etc.... Signé : Dr Schistzbenhjuger. »

Je suis si loin de tout savoir, que j'ignorais complètement ce que vient de m'apprendre mon euphonique correspondant. Il est probable que M. Soubeiran n'a pas entrepris, sans motifs, cette lourde besogne, et le motif le plus raisonnable que l'on puisse admettre, c'est qu'il a quelqu'espoir d'arriver à la chaire de pharmacie que l'on va reconstituer à la Faculté de Paris, où l'on ne peut être professeur qu'avec le titre de docteur en médecine. MM. Bussy et Lecanu, qui ont, dit-on, les mêmes aspirations, et qui sont déjà en possession du bonnet doctoral, trouveront un compétiteur redoutable en M. Soubeiran.

Je croyais le public bien absurde, que je dise le mot, bien bête à l'endroit de la santé et de l'estime particulière qu'il porte aux charlatans; mais j'avoue que je ne le croyais pas arrivé à ce degré de crétinisme d'ajouter foi à des prescriptions semblables à celles que je vais faire connaître, et qui sont écrites de la propre main d'une somnambule célèbre de Paris, que je ne veux pas autrement désigner, parce que je ne fais pas métier de dénonciateur. Je conserve précieusement les autographes et l'orthographe.

Ordonnance pour une petite fille de 3 ans, à laquelle il m'a été impossible de reconnaître le moindre signe d'une maladie quelconque. Les parens, alarmés d'un peu de pâleur, la conduisirent aussitôt chez la somnambule qui prescrivit ce qui suit :

« Pour la petite un cataplasme de pain de soldat pour mettre sur le » vandre y mettre du saneson et du plantin à longue feuille le tout cuits » en semble.

» Une petites tisane de la mauve des champs lon ny metra trois têtes » de camomil la sucré avec du sucre candi ou casonnade en boire peut » et souvant.

» Et lui donnez un petit lavcment le même que le mien tout les deux » jours.

» Probablement la purgé avec de la mane par la suite revoir avant. »

Le père de cette enfant, enchanté d'une pareille ordonnance, et voulant profiter de l'occasion, consulta la somnambule pour lui-même. Ce monsieur est atteint d'une laryngite chronique peu grave, du reste, mais qui a profondément altéré la voix. Voici ce que prescrivit la pythonisse :

« Tisane feulle de sétéraque, feuelle daré-de-bœuf, falipole de chaine, » de la véronique man de langélique sauvage, une pinces de chacune » (tres peul) du sipré de de treille comme, la moitiez dune prize de tabac » pour un sous tout auplus.

» Tout les deux jours prandre de la graine de laitteron plain un dai » à coudre dans une petites tace de bouillon tout les deux jours le matin » à jeun.

» Prandre un lavement a longue feuille de plantin, du mélinot du » sannesont tout les deux jour.

» Cataplasme de quatre œuf en omellette cuis au sant dou tous les » soir.

» Prandre une pau danguille la coupé par petit morceaux une fumi- » guations pour le bas du ventre tout les deux jours.

» Si toutes fois le vantre est dur de prandre de la bouse de vache » rechaufe avec le vin blanc ou du pain de munitions. »

J'assure que, malgré des jugemens récens, malgré ou peut-être, hélas! à cause de l'ignominie de ces prescriptions médicales, on fait queue chez cette femme, qui gagne en un jour plus d'argent que la plupart de vous en un mois, honnêtes et savans praticiens qui me lisez.

Amédée Latour.

à fait indispensable en ce qui concerne les affections gastro-intestinales de la première enfance.

La péritonite des nouveau-nés mérite de fixer un instant notre attention au point de vue qui nous intéresse, et c'est par l'examen de la valeur séméiologique des vomissemens dans le cours de cette maladie que je terminerai cet article.

Laissons parler M. Dugès sur ce sujet : « Les vomissemens, dit-il, dépendent en partie de la constipation ; ils peuvent être aussi considérés comme sympathiques et assimilés à ceux que produit la péritonite à tout autre âge. Ce qui caractériserait peut-être ceux de la péritonite, c'est qu'ils sont plus souvent bilieux que muqueux ou alimentaires. » (*Dictionn, en 15 vol.*, t. XII, page 588.)

Billard a observé trois cas de péritonite aiguë, chez des enfans morts peu de temps après leur naissance, mais, dans le seul cas qu'il ait rapporté, l'enfant rejetait tout ce qu'on lui faisait boire (loc. cit., p. 693).

M. Bouchut n'a observé ni nausées, ni vomissemens, chez deux enfans âgés l'un de six semaines, l'autre de quatre mois, atteints de péritonite aiguë (loc. cit., p. 587).

Sur deux observations de péritonite, empruntées par M. Duplay à Meckel et à Osiander, il y avait des vomissemens dont la nature n'était point indiquée. (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. XII, p. 49.)

Dans un fait de M. Cazalis, les vomissemens étaient formés de mucosités mêlées à des matières jaunes (*Archiv.*, t. XII, p. 49).

Enfin, M. Thore dans son excellent travail sur la péritonite des nouveau-nés, s'exprime ainsi : « Sur vingt-trois enfans que nous avons pu convenablement observer, nous avons trouvé que les vomissemens avaient manqué seulement trois fois. Encore est-il permis d'avoir quelques doutes, puisqu'ils ont pu vomir en notre absence ou en l'absence des personnes destinées à leur donner des soins. Dans tous les autres cas ils ont existé : deux fois seulement ils étaient muqueux et formés d'un liquide à peu près incolore, dix-huit fois ils étaient d'un vert foncé, porracé ; ils ont toujours marqué le début de l'inflammation du péritoine et disparaissent souvent en même temps que le ventre prend du développement. Quand nous n'avons pu les noter pendant la vie, nous avons pu trouver autour de la bouche, sur les joues, des traces non équivoques de ces vomissemens, ainsi que sur la langue qui conserve une teinte vert foncé..... Ce symptôme, ajoute plus loin M. Thore, a une grande valeur ; on peut, à mon sens, le regarder comme presque constant. » (*Arch. gén. de méd.*, t. XII, p. 48.)

J'ai rencontré, pour ma part, 11 cas de péritonite chez les nouveau-nés, et je dois avouer que les vomissemens étaient un phénomène bien moins constant que ne l'annonce M. Thore, puisque je ne l'ai noté que 3 fois. Encore n'offraient-ils pas cette intensité et cette opiniâtreté, qui est un de leurs caractères chez l'adulte.

Les observations de M. Thore étant rapportées *in extenso* dans son mémoire, je les ai lues avec soin, et il résulte de cette lecture que, de l'aveu de M. Thore lui-même, les vomissemens ont manqué dans 11 cas ; 5 fois seulement ils auraient été constatés pendant la vie, dont 2 par des personnes étrangères, et dans 5 autres cas, on en aurait trouvé les traces sur le visage après la mort. En réalité, M. Thore n'aurait constaté que trois fois *par lui-même* l'existence des vomissemens pendant la vie, ce qui ôte une grande valeur à sa proposition.

En somme, il faut considérer les vomissemens comme un symptôme fort peu constant de la péritonite des nouveau-nés, et comme un indice très insuffisant de cette affection.

OPHTHALMOLOGIE.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Cher et honoré confrère,

Je vous adresse, avec prière de l'insérer dans un des plus prochains numéros de l'Union Médicale, la lettre d'un confrère distingué que je reçois à l'instant même, et qui contient une excellente description d'un nouveau cas d'*épicanthus externe* porté à son plus haut degré de développement. L'intérêt et la rareté du sujet vous engagera probablement à donner à cette lettre un tour de faveur. Remarquez bien que, dans ce cas, l'affection porte tous les caractères non douteux d'un épicanthus *congénial*.

Recevez-en par avance mes remercîmens, et agréez, mon cher confrère, l'expression des sentimens distingués de votre tout dévoué,

Sichel, D.-M.

Paris, 29 juillet 1853.

Monsieur et très honoré maître,

L'Union Médicale, que je reçois à l'instant, m'apporte une note de vous sur l'*épicanthus externe*. Le sujet qui vous a fourni l'occasion d'observer ce rare vice de conformation est sans doute M. l'abbé X..., et je dois dire que votre description est d'une exactitude parfaite, ce qui ne pouvait m'étonner. Je connais votre ecclésiastique, et son épicanthus externe m'a frappé singulièrement.

Mais peut-être ce vice de conformation est-il moins rare que l'on pourrait le croire. J'ai eu, il y a deux ans, l'occasion de constater un cas semblable sur un jeune conscrit de l'arrondissement de Vitry-le-François.

Ce jeune homme (dont j'ai oublié le nom), fils d'un cultivateur du canton de Thiéblemont, se présenta devant le conseil de révision dont je faisais partie, atteint d'un cas de réforme pour lequel il fut exempt. Il présentait, en outre, sur les deux yeux, la disposition que voici :

Les deux globes oculaires étaient petits et saillans, les fentes palpébrales horizontalement dirigées. Les commissures internes des paupières étaient, comme les globes oculaires, très rapprochées de la racine du nez. En dehors, les commissures n'existaient pas à proprement parler. Un repli falciforme par son côté libre, triangulaire dans son ensemble, recouvrant la cornée opaque et un quart environ de la cornée transparente, unissait la paupière supérieure à l'inférieure, dans le tiers au moins de leur étendue normale. Vers son bord libre, cette membrane était nettement séparée de la peau des paupières; mais, vers les commissures absentes, elle se continuait presque sans traces de démarcation avec le tégument externe, d'autant mieux que les cartilages tarses ne se prolongeaient pas jusqu'au point où les commissures auraient dû exister. Les cils s'arrêtaient au niveau de l'insertion du bord libre de ce repli.

Lorsque l'œil se fermait, la membrane disparaissait, et sa place était marquée par un petit sillon très court. Elle avait d'ailleurs la blancheur et l'apparence de la membrane muqueuse scléroticale, au moins vers son bord libre; car, je le répète, elle semblait, plus loin, se confondre avec la peau dont elle partageait alors jusqu'à un certain point les caractères.

L'œil se mouvait librement, et le jeune conscrit ne paraissait nullement gêné par cette disposition vicieuse. S'il n'avait présenté que ce motif de réforme, j'aurais été curieux de savoir quelle décision aurait prise à son égard le conseil de révision.

J'ai cru devoir, honoré maître, vous faire connaître ce cas nouveau d'une difformité peu commune ; cas qui serait resté enseveli dans ma mémoire, sans la note savante qui m'a enhardi à vous la communiquer.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré maître, l'hommage de mon respect.

Dr Od. Chevillion,
A Vitry-le-François (Marne).

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances de Mai 1853. — Présidence de M. le docteur Ameuille.

La correspondance comprend une série de brochures de M. le docteur Plouviez, de Lille, membre correspondant, sur divers sujets de médecine et de chirurgie.

M. Hubert-Valleroux fait à la Société la communication suivante : Il s'agit d'un homme âgé de 40 ans, teneur de livres, de bonne constitution, sans maladies antérieures. Il y a quatre ans, en tirant un coup de fusil, une partie de la capsule vola en éclats, et l'un des fragmens vint se loger au côté interne du médius de la main droite. Malgré l'extraction immédiate du fragment, une certaine sensibilité continua d'être accusée par le malade, dans l'endroit de la blessure. Il survint même, trois mois plus tard, un petit abcès qui, en s'ouvrant, donna lieu à la sortie d'un second petit fragment de la capsule dont la présence avait été ainsi méconnue. Peu de temps après, le malade commença à éprouver dans les doigts à l'aide desquels, en sa qualité de teneur de livres, il tient et dirige sa plume, des douleurs, des spasmes involontaires et des contractions pénibles qui l'obligeaient bientôt à lâcher sa plume malgré lui. Ces accidens, en augmentant, le mirent bientôt dans l'absolue impossibilité d'écrire. L'affection, chose rare, s'est étendue, mais à un degré plus faible, aux doigts de l'autre main : ce qui a empêché ce malheureux de continuer le métier qui, jusque-là, l'avait fait vivre. Des frictions, des linimens de toute espèce, des douches variées n'ont amené aucune amélioration dans l'état de ce malade. M. Hubert-Valleroux demande à quelle maladie il a affaire, et ce qu'il convient de tenter encore dans le but de guérir cette maladie.

L'extension de l'affection de la main droite à la main gauche paraîtrait, selon M. Dreyfus, indiquer que cette curieuse affection serait d'origine rhumatismale.

M. Perrin, à propos de la communication de M. Hubert-Valleroux, a rappelé que cette affection avait été décrite, dans ces dernières années, sous le nom impropre de *crampe des écrivains*, et que ce qui, jusqu'à présent, avait paru le mieux réussir, comme traitement, était l'emploi de moyens purement mécaniques. La maladie consistant dans des spasmes quelquefois douloureux, dans des contractures pénibles, dans de petits mouvemens convulsifs et involontaires d'un ou de plusieurs doigts, accidens qui ont pour résultat de faire divaguer la plume sur le papier, d'empêcher le malade de la tenir solidement et de la diriger à volonté, on a été conduit, et surtout en présence des insuccès thérapeutiques, à s'opposer mécaniquement aux mouvemens désordonnés des doigts en les assujettissant ensemble, et, avec la plume elle-même, comme dans l'appareil de M. Cazenave, de Bordeaux, ou en leur offrant un appui plus large, comme un porte-plume de la grosseur du doigt, ou bien encore le secours d'un instrument particulier imaginé par M. Velpeau, et qu'il n'y a pas lieu de décrire ici.

M. Delthil cite l'observation de deux malades qui lui ont offert ce genre d'affection. Seulement, ce qu'il ne faut pas oublier de noter, c'est que ses malades n'étaient point des écrivains. L'un était coupeur de chemises, et l'autre dessinateur de cadrans d'horloge sur émail. L'un en se servant de ses ciseaux, et l'autre de son long pinceau, étaient pris presque aussitôt de mouvemens convulsifs dans les doigts qui les obligèrent à cesser tout travail. M. Delthil a combattu avec avantage les accidens qu'il a observés par le repos, par des douches froides, et en imprimant aux doigts convulsés des mouvemens opposés à ceux qu'ils exécutaient habituellement.

M. Ameuille a rappelé que cette maladie (la crampe des écrivains) avait déjà été le sujet d'une discussion dans le sein de la Société, à l'occasion de l'histoire d'un pianiste dont les doigts pris, quand il exécutait un morceau, de crampes convulsives l'avaient obligé à renoncer à l'exercice de sa profession. On avait cherché inutilement à combattre les accidens à l'aide de grosses bagues portées dans les doigts convulsés, ou encore à l'aide d'un gros et lourd bracelet métallique passé autour du poignet.

Coliques hépatiques suivies de l'expulsion de trois gros calculs biliaires. — M. le docteur Janin raconte qu'une dame âgée de 50 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, fut prise subitement de douleurs atroces dans la région ombilicale, avec des vomissemens de matières aqueuses mélangées de bile, et des envies assez fréquentes d'aller à la garderobe. Les matières des garderobes étaient muqueuses. Le médecin ordinaire de la malade cherche inutilement à combattre les vomissemens, qui étaient devenus incessans, par tous les moyens usités en pareil cas : potions de Rivière, potions antispasmodiques, vésicatoires au creux de l'épigastre pansés avec la morphine, poudre de Colombo, lavemens, etc. Redoutant une invagination, le confrère se disposait à administrer un drastique, quand le mari parut désirer prendre l'avis de M. Janin. Arrivé près de cette dame, M. Janin la trouva plongée dans une angoisse inexprimable, criant involontairement à cause des douleurs déchirantes qu'elle ressentait dans la région sus-ombilicale, et vomissant toujours. Toutefois, au milieu de cet orage, le pouls restait calme, à 60, 65 par minute, et la langue était naturelle. Cependant, depuis la veille, le ventre était devenu un peu sensible et légèrement ballonné. Au lieu d'un purgatif drastique susceptible peut-être d'augmenter cette sensibilité abdominale, M. Janin amena le médecin de cette dame à recourir à l'emploi de quarts de lavemens additionnés de vingt gouttes de laudanum, et administrés toutes les quatre heures. Une amélioration véritable suivit l'injection du premier lavement, et elle devint complète après le troisième. Le lendemain au soir, un quatrième et dernier lavement fut encore pris ; mais, à partir de ce moment, tous les accidens cessèrent complètement. La malade était rétablie depuis trois jours, quand elle fut tout à coup prise de besoin d'aller à la selle. Au moment où elle se plaçait sur le bassin, elle ressentit dans le ventre une petite douleur sourde, qui, presque aussitôt, fut suivie de la sortie de matières qui, en tombant dans le vase, produisirent un choc sensible. On lava aussitôt ces matières, et il fut permis alors de s'assurer que cette dame venait de rendre trois gros calculs biliaires du volume chacun d'une petite noix. Ces calculs offraient des facettes par lesquelles ils se correspondaient intimement. Leur légèreté, leur aspect jaune terne, leur cassure micacée et rayonnée, les ont fait considérer par l'assistance comme formés de cholestérine pure.

Vomissemens rebelles et intermittens, liés à une antéversion de l'utérus. — M. le dr Delthil communique à la Société un autre fait de haute importance. Il s'agit d'un femme de 40 ans, d'une constitution nerveuse, qui, tous les trois jours, et vers les trois heures du soir, était prise de vomissemens composés d'une eau claire, limpide, recouverte à sa surface d'une mousse écumeuse et grisâtre. La quantité de liquide vomi était considérable et remplissait une cuvette tout entière. La malade estimait qu'elle rendait plus de liquide qu'elle n'en buvait. Rien, chez cette dame, malgré l'examen le plus attentif, ne dénotait l'existence d'une lésion organique quelconque. M. Delthil essaya vainement, comme l'avaient fait trois confrères avant lui, de combattre ce vomissement rebelle. Le charbon de Belloc, le sous-nitrate de bismuth, les eaux gazeuses, la glace, les opiacés, les vésicatoires simples et morphinés, etc., etc., tout fut inutile. Jamais, ajoute M. Delthil, dans les liquides vomis, ne se trouvaient d'alimens, eussent-ils été ingérés peu de temps auparavant. M. Delthil était sur le point d'abandonner sa malade, quand il songea à interroger avec soin l'état des organes génitaux. Il n'y avait pas de leucorrhée, les règles étaient régulières, il n'y avait pas de douleurs particulières du côté du bassin ; tout encore de ce côté semblait devoir donner des résultats négatifs, quand M. Delthil examinant la malade à l'aide du toucher et du spéculum, put enfin constater que si le col utérin et l'utérus lui-même n'offraient rien de particulier, la matrice était toutefois manifestement antéversée. Bien que cette antéversion existât à l'insu de la malade, qui n'en souffrait d'aucune sorte, M. Delthil n'hésita pas à rapporter à cette ectopie utérine l'existence des vomissemens opiniâtres, et à y remédier immédiatement à l'aide d'une ceinture hypogastrique. A partir de ce moment les vomissemens ont cessé, et n'ont jamais reparu depuis.

Cette observation est un nouvel et curieux exemple des sympathies qui existent entre l'utérus et l'estomac.

Application du forceps au détroit supérieur, suivant le procédé de M. Félix Hatin. — M. Ameuille a eu l'occasion d'employer le forceps, au détroit supérieur, et avec le plus complet succès, suivant le procédé de M. Félix Hatin, chez une dame, dans les douleurs depuis plus de trente-six heures, la tête de l'enfant restant au détroit supérieur sans s'engager. Il s'agissait d'une première position du sommet.

La tête a pu être facilement saisie et extraite avec bonheur pour la mère et l'enfant. Ce procédé, qu'en semblable circonstance M. Ameuille a vu employer avec un complet succès par M. le docteur Chailly-Honoré mérite d'être signalé, parce qu'il n'est certainement pas d'une difficulté aussi grande, et surtout aussi dangereux que quelques accoucheurs ont paru l'affirmer.

Appareil de M. Ferdinand Martin, pour le traitement des fractures du fémur et de son col. — M. Ferdinand Martin met sous les yeux de la Société un modèle en petit d'un appareil ingénieux qu'il a imaginé pour le traitement des fractures du corps et du col du fémur. Grâce à cet appareil, qui est une simplification de celui déjà présenté par lui à la Société l'année dernière, on obtient, selon l'auteur, des consolidations parfaites avec un raccourcissement presque insignifiant. Voici en quoi consiste cet appareil modifié :

Il se compose d'une ceinture d'acier qui entoure le bassin, sans le toucher en aucun point, si ce n'est en arrière. Là, il présente une large plaque rembourrée, sur laquelle doit reposer la région sacro-lombaire. La ceinture présente une série de boutons destinés à attacher les sous-cuisses de la contre-extension. Une longue attelle en bois est placée sur la partie latérale de la ceinture.

Deux attelles aussi en bois, articulées à la hauteur du genou, réunies entr'elles par trois demi-cercles d'acier et pouvant être maintenues au degré de flexion qu'on juge convenable, sont montées à coulisse sur la

longue attelle.

Une large courroie rembourrée et fixée sur les attelles jambières, vient embrasser la partie supérieure du mollet et est chargée de faire l'extension du membre. A la partie inférieure des attelles, se trouve une sorte de chaussure qui maintient le pied, tout en lui permettant d'exécuter des mouvemens de flexion et d'extension.

Les deux attelles dont nous venons de parler sont montées à coulisse sur la longue attelle : une sorte de moufle est le système au moyen duquel se produit l'extension.

L'appareil est d'une application facile et peut être ajusté sans imprimer le moindre mouvement au blessé. Le chirurgien peut ensuite, à lui seul, placer le membre dans la demi-flexion et l'y maintenir : il n'a besoin d'aucun aide pour pratiquer l'extension ; il peut même, dans un grand nombre de cas, confier le soin de cette opération au malade lui-même. L'extension étant suffisante, le chirurgien fixera la corde du moufle à l'aide d'un nœud et pourra, tout à loisir, s'occuper de la coaptation, et y revenir s'il n'a pas réussi de prime-abord.

Le membre pourra être placé soit dans la rotation en dedans, soit dans la rotation en dehors, selon que les indications l'exigeront, en faisant glisser la partie supérieure de la longue attelle dans une coulisse pratiquée sur le côté de la ceinture.

A l'occasion de cette communication de M. F. Martin, plusieurs membres, et entre autres MM. Aug. Mercier, Homolle, Labarraque, discutent la valeur et l'utilité des différentes méthodes usitées aujourd'hui dans le traitement des fractures du col fémoral. M. Aug. Mercier mettant en doute les avantages attribués à la plupart d'entr'eux, les croit tous dangereux ou inutiles.

Le secrétaire, D[r] Perrin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 20 Juillet 1853. — Présidence de M. Denonvilliers.

M. Giraldès présente un malade atteint d'un anévrisme artérioso-veineux du membre inférieur. M. Giraldès, en présentant ce malade, demande l'avis de ses collègues sur l'opportunité d'une opération et sur le genre d'opération qu'il y aurait lieu de pratiquer en pareil cas.

Une commission composée de MM. Gosselin, Demarquay et Denonvilliers est chargée d'examiner ce malade et de faire connaître à la Société le résultat de ses investigations, ainsi que son opinion sur la question posée par M. Giraldès.

Fluctuation des lipômes.

M. Roux, à l'occasion du procès-verbal, présente quelques courtes réflexions sur le fait de la fluctuation des lipômes, dont la Société a été entretenue dans la précédente séance. Il dit avoir constaté plusieurs fois la sensation bien manifeste de la fluctuation dans des tumeurs qui étaient bien évidemment des lipômes, ainsi que l'examen ultérieur l'a démontré ; il se rappelle même un cas dans lequel la méprise a été telle, qu'il a pratiqué une ponction, croyant avoir affaire à un abcès. Ce n'est que par l'absence du liquide et par la résistance particulière du tissu dans lequel avait pénétré l'instrument, qu'il reconnut son erreur ; erreur qui n'eut, du reste, aucune conséquence fâcheuse, la tumeur ayant été immédiatement enlevée.

— M. Ladrey présente au nom de M. Burgraeve, de Gand, membre correspondant de la Société, un mémoire imprimé intitulé : *Le génie de la chirurgie*, et dont il donne de vive voix une analyse sommaire.

Extirpation du bras pour un cancer de la portion supérieure de l'humérus.

M. Richard lit un travail intitulé : Note sur un cas d'extirpation du bras pour un cancer de la portion supérieure de l'humérus. Le but de cette note est de faire voir la nécessité de pratiquer la ligature préventive de l'artère sous-clavière dans la désarticulation, ainsi que dans l'amputation de la partie supérieure du bras. Cette ligature préventive n'ayant pas été pratiquée dans le cas qui fait le sujet de cette note, le malade a succombé aux conséquences de l'hémorrhagie. L'auteur ne doute pas qu'il n'eût sauvé ce malade s'il avait lié préventivement l'artère de la sous-clavière, pratique qu'il croit devoir être érigée en principe. L'auteur termine cette note par quelques considérations sur les tumeurs cancéreuses et sur la difficulté de les distinguer, dans certains cas, des tumeurs dites fibro-plastiques.

Le travail de M. Richard est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Marjolin, Michon et Richet.

La discussion sur le chloroforme continue.

Séance du 27 Juillet 1853.

Anévrisme artérioso-veineux du membre inférieur.

M. Denonvilliers, à la suite du procès-verbal, rend compte à peu près en ces termes de l'examen qu'il a fait de concert avec MM. Gosselin et Demarquay, du malade présenté dans la dernière séance par M. Giraldès, et de l'avis exprimé par la commission.

La commission a été d'avis qu'il n'y avait point lieu de pratiquer une opération à ce sujet. Il est très vrai que chez ce sujet, par suite de l'anévrisme artérioso-veineux dont il est porteur, il y a une tuméfaction œdémateuse et une dilatation variqueuse de tout le membre abdominal, et qu'il s'y produit, en outre, fréquemment de petites ulcérations. Mais, d'une part, cette hypertrophie n'empêche nullement cet homme de travailler et de vaquer à ses occupations habituelles ; elle ne gêne même nullement la marche ; si bien, que lorsque nous nous sommes présenté à l'hôpital pour l'examiner, il était en ce moment occupé dans la maison, et que lorsqu'il est venu vers nous, nous ne nous serions pas douté à sa démarche des désordres graves dont il est affecté. Pour ce qui est des ulcérations, il est extrêmement facile d'y remédier et même de les prévenir, car il n'en a jamais toutes les fois qu'il porte un bandage. L'existence de cet homme n'est donc compromise ni actuellement, ni prochainement. Il n'y a donc pas lieu de lui faire subir une opération qui serait loin, d'ailleurs, d'être sans danger.

Dans le cas où il y eût eu opportunité d'opérer, nous avons dû chercher ce qu'il faudrait faire. Nous avons été d'avis qu'il faudrait lier l'artère fémorale au niveau de l'arcade de Fallope. Mais on sait que, dans ce cas, il faudrait faire la ligature par la méthode ancienne, c'est-à-dire en ouvrant l'artère. Il est probable aussi qu'il faudrait lier la veine. C'est déjà, ainsi que tout le monde le sait, une chose très grave qu'une ligature de l'artère fémorale ; mais ce n'est pas tout encore : il y a une circonstance anatomique qui obligerait probablement à lier l'artère iliaque externe ; cette circonstance anatomique, c'est le lieu de la naissance de l'artère fémorale à un pouce au-dessus de l'arcade de Fallope. C'est assez dire quelle serait la gravité d'une pareille opération.

Ainsi, en résumé, d'une part nulle gravité actuelle dans l'état du malade, très grande gravité au contraire de l'opération qu'il faudrait pratiquer pour obtenir la guérison ; tels sont les motifs qui ont fait penser à la commission qu'il n'y avait point lieu d'opérer.

M. Roux n'est pas convaincu, au même point du moins que M. Denonvilliers, du danger inhérent à l'opération en question. D'abord, dit M. Roux, il y a entre M. Denonvilliers et moi une légère divergence à l'égard du point d'origine de l'artère fémorale ; je crois que son origine est, communément, un peu plus haut que ne le dit notre collègue ; mais en supposant même que la fémorale ne prît naissance qu'à un pouce de l'arcade de Falloppe, je ne redouterais pas autant que lui l'effet des collatérales, et je ne considérerais pas comme absolument nécessaire la ligature de l'iliaque externe. Je crois aussi qu'il ne serait peut-être pas impossible, dans ce cas, de lier l'artère au-dessus et au-dessous de son point de communication avec la veine, sans qu'il fût nécessaire de l'ouvrir. Ce serait du moins ainsi que je tenterais l'opération dans un cas de même genre.

M. Roux rappelle, à cette occasion, qu'il vient de pratiquer, il y a environ dix-huit jours, la ligature de la veine crurale.

Il s'agissait d'une tumeur énorme, située dans la région inguinale, et qu'il avait fallu attaquer pour la cinquième fois, après quatre récidives successives. Déjà quatre fois l'ablation avait été pratiquée par un chirurgien justement célèbre, M. Chelius. Dans l'opinion de ce chirurgien ce n'était point une tumeur cancéreuse, mais une de ces tumeurs que l'on appelle aujourd'hui fibro-plastiques. Bref, lorsque je vis cet homme pour la première fois, je le trouvai doué encore d'une force très remarquable, il ne présentait aucune apparence de cachexie cancéreuse. La tumeur avait acquis le volume d'une tête d'adulte environ, le volume pris en masse, car elle n'avait pas une forme sphérique. Je pratiquai une large incision partant du milieu de la crête de l'os des îles, en équerre, jusqu'au scrotum. La dissection fut longue et laborieuse, il fallut d'abord isoler l'artère crurale, puis venait la veine crurale, qui était adhérente à la tumeur, elle était pleine, transparente ; quelques soins que j'apportasse à la dissection, il était impossible d'achever l'ablation de la tumeur sans ouvrir la veine. Après une grande hésitation, redoutant une hémorrhagie dont il me serait impossible ensuite de me rendre maître, je me décidai à la lier au-dessus et au-dessous de son point d'adhérence à la tumeur. Voici ce qui est arrivé : à l'instant même, le membre a pris un aspect violacé, puis il s'y est fait un abaissement sensible de température. Ce début était peu rassurant. Cependant le lendemain ce ne fut pas sans une vive satisfaction que je vis le retour de la chaleur normale et la disparition de la couleur violacée. Quelques jours plus tard, il se développa un érysipèle suivi d'un abcès énorme avec œdème de presque tout le membre, mais l'abcès, une fois vidé, ses parois se recollèrent rapidement et l'œdème a disparu.

Aujourd'hui, 18[me] jour de l'opération, les choses sont dans le meilleur état. Il y a eu réunion immédiate de toute l'étendue de la plaie, et le malade commence à se lever. C'est la première fois, je crois, qu'une ligature de la veine crurale au-dessus de l'embouchure de la saphène a été pratiquée. J'ai pensé que ce fait offrirait quelque intérêt.

Anévrisme du coude guéri par le perchlorure de fer ; — applications nouvelles de cet agent.

La correspondance comprend, entre autres pièces, une lettre de M. le docteur Vallette, de Lyon, relative à un cas d'anévrisme du pli du coude traité par le perchlorure de fer.

M. Vallette informe, en outre, la Société, dans cette lettre, qu'il a employé le même agent dans le traitement des varices et celui des hémorrhoïdes ; et il émet l'opinion, d'après quelques expériences qu'il a faites, et qui tendraient à démontrer que le perchlorure de fer a sur le pus une action coagulante analogue à celle qu'il exerce sur le sang, que le perchlorure de fer pourrait être employé avec avantage dans le traitement de l'infection purulente.

— La discussion sur le chloroforme continue.

THÉRAPEUTIQUE.

NÉVRALGIE ÉPILEPTIFORME ; TRAITEMENT PALLIATIF PAR L'OPIUM.

M. le professeur Trousseau vient d'appeler l'attention des praticiens sur une forme particulière de névralgie qui paraît tenir de l'épilepsie, et qu'il propose de désigner sous le nom de névralgie épileptiforme. Il s'agit d'accès qui consistent en une douleur atroce traversant un muscle de la face, et qui se manifestent dix, vingt fois, et jusqu'à cent fois dans une même journée. Afin de ne point affaiblir l'énergique tableau que M. Trousseau a tracé d'un de ces accès dont il fut témoin, nous rapporterons textuellement ses paroles :

« En 1846, dit-il, je voyais entrer dans mon cabinet un homme de 55 ans à peu près, semblant appartenir à la classe la plus aisée de la société. Il s'était à peine assis auprès de moi que tout à coup il se dressa comme s'il eût été mû par un ressort, et, portant rapidement les mains sur le côté droit du visage, il se mit à se promener en frappant du pied avec une sorte de rage, gémissant, blasphémant comme un insensé. Cette scène étrange dura une minute, et mon homme se rassit et me conta que depuis plus de vingt ans il était sujet à cette odieuse névralgie, qui, toujours avait occupé le même ordre de nerfs, et qui, disparaissant pendant quelques jours, quelques mois, revenait avec une opiniâtreté désespérante, et défiait les traitemens les plus divers et les plus énergiques. »

Cette affection est, de l'avis de M. Trousseau, tout à fait au-dessus des ressources de l'art. On ne peut lui opposer qu'une médication palliative ; cette médication palliative est l'opium donné à haute dose. Voici comment il l'a administré chez une dame qui, depuis plus de dix ans, était atteinte d'une névralgie épileptiforme de la face. Elle avait d'abord eu des douleurs assez légères, mais toujours passagères, dans le trajet de l'un des rameaux du trifacial ; plus tard ces douleurs avaient pris une intensité considérable, et des traitements divers étaient restés inutiles. Les accès névralgiques duraient depuis quelques secondes jusqu'à trois minutes. Ils commençaient tantôt par le nerf sous-orbitaire, tantôt par le mentonnier, tantôt par le sus-orbitaire. Le mal s'irradiait rapidement dans les trois rameaux, et lorsque le paroxysme était à son maximum de violence, les muscles du visage grimaçaient convulsivement. Cette pauvre dame avait quelquefois vingt accès par heure qui revenaient à l'occasion du moindre mouvement.

« Je donnai d'abord, dit M. Trousseau, la morphine à l'intérieur, en commençant par des doses assez élevées, 15 à 20 centigrammes par jour, bien résolu d'élever ces doses si les premières étaient bien supportées. J'arrivai ainsi, en moins de quinze jours, à donner chaque jour jusqu'à 4 grammes (1 gros) de sulfate de morphine. L'amélioration était immense, c'est à peine si dans le courant de la journée il y avait de petits éclairs de douleur obtuse dans les cordons nerveux du trifacial. Les fonctions digestives étaient peu troublées, les fonctions intellectuelles restaient en bon état. Il fallut plus tard, à cause du prix élevé de ce médicament, le remplacer par de l'opium brut dont cette malade faisait elle-même des bols de 1 gramme, et elle en prenait, suivant la nécessité, cinq, dix, vingt par jour, sans que ces doses énormes d'opium troublassent notablement la digestion ; il n'y avait pas de somnolence, et, pendant la nuit, le sommeil venait comme à l'ordinaire. Pendant plus de six ans, M. Trousseau a vu cette dame de temps en temps, et il a pu constater les effets thérapeutiques suivans : Elle restait quelquefois un, deux, trois mois sans attaques, elle suspendait alors l'opium après en avoir graduellement diminué la quantité à mesure que les douleurs diminuaient et s'éloignaient, puis la névralgie épileptiforme revenait tout à coup avec une violence nouvelle ; alors d'emblée elle prenait, le premier jour, jusqu'à 15 et même 20 grammes d'opium brut, et continuait cette dose jusqu'au moment où les accidens diminuaient ; dès que les accès s'étaient éloignés et atténués, elle diminuait la quantité de l'opium, parce qu'elle ne pouvait plus le supporter à cette dose sans éprouver des nausées et beaucoup de malaise. »

M. Trousseau a plusieurs fois administré l'opium à doses assez élevées chez des malades atteints de névralgies semblables, mais il s'en faut de beaucoup qu'il soit également bien supporté par tous les sujets. Cependant ce médicament, s'il n'a pas guéri, a, du moins, beaucoup soulagé, et c'est de tous ceux qui ont été préconisés le seul dont on puisse espérer retirer, en cette circonstance, quelques bons effets. (*Archives générales de médecine.*)

COURRIER.

Nouvelles du choléra. — On écrit de Berlin, le 20 Juillet : Il paraît que le fléau s'étend sur nos provinces de la Baltique. Les cas augmentent à Stettin, et il s'en est produit aussi à Dantzick, où l'épidémie pourrait devenir très dangereuse dans les parties basses de la ville et des environs, surtout à cause de la température humide qui y règne. Le choléra ne s'est pas encore montré dans notre ville.

En Danemark, les grandes chaleurs qui règnent depuis quelque temps ont donné une grande intensité au choléra, et la terreur qui avait gagné les habitans de Copenhague s'est accrue au point que tous ceux qui pouvaient quitter la ville vont habiter les campagnes où le fléau n'a pas encore pénétré. Les conseils médicaux sont en permanence, et plusieurs médecins ont déjà payé leur tribut à la maladie. On pourra juger, du reste, de la gravité de la maladie par les chiffres suivans : du 14 au 15 juillet, 153 nouveaux cas, 68 décès ; du 15 au 16, 350 nouveaux cas, 137 décès ; et depuis le 11 jusqu'au 16 juillet, 556 cas et 368 décès. Pour se rendre bien compte de l'importance de ces chiffres, il faut savoir que Copenhague n'a que 130,000 hab. environ, et que ce chiffre correspondrait, pour une ville comme Paris, à 3 ou 4,000 cas et à 12 ou 1,500 décès par jour.

— On lit dans la *Patrie :*

« A la réunion de la Société d'histoire naturelle de Boston, il a été lu une communication dans laquelle le venin des serpens à sonnettes est représenté comme possédant une grande puissance sédative ; les stimulans sont conséquemment le remède à employer quand on est mordu par un de ces dangereux serpens. L'auteur du mémoire recommande l'alcool. De l'eau-de-vie ayant été donnée copieusement à deux personnes qui avaient été mordues, elles n'ont pas tardé à se rétablir ; on a observé que, dans ces cas, l'eau-de-vie ne produit pas d'ivresse. »

Phénomènes des sensitifs. — Le célèbre physicien Reichenbach, professeur à Vienne, vient de publier un mémoire qui offre des particularités fort curieuses sur les individus qu'il nomme sensitifs. Il résulterait de ses recherches que les personnes auxquelles il fait allusion, mises en contact avec un morceau de cristal de roche, manifesteraient du côté droit des propriétés différentes de celles du côté gauche. Ainsi elles verraient à droite les objets colorés en bleu, tandis qu'ils auraient à gauche une teinte rouge jaunâtre. Les sensations déterminées dans le premier cas par ces objets seraient d'une nature agréable, tandis qu'elles seraient pénibles dans le second. (Feuilleton de *la Presse* du 19 juillet 1853 ; *Sciences.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Des rétrécissemens de l'œsophage ; par le docteur E. Follin, chirurgien du Bureau central des hôpitaux, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, etc. — Un vol. grand In-8, avec figures. Prix : 4 fr.

Paris, 1853, Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

De la syphilis primitive, par E.-G. Sarrhos. Thèse du doctorat. In-4, Paris, 1853.

Du traitement économique des fièvres intermittentes et du rhumatisme ; par C. Grynfeltt, d.-m. In-8, Paris, 1853. Prix : 2 fr.

De la syphilisation considérée comme moyen préventif et curatif de la syphilis constitutionnelle, rapport adressé à l'administrateur de la sûreté publique, par le docteur Thiry, professeur à l'Université de Bruxelles, chirurgien de l'hôpital St-Pierre. In 8, Bruxelles, 1853.

Aperçu d'une organisation médico-rurale en France ; par le docteur L. Maugenest, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Amant (Cher). In-8, Paris, 1853. Prix : 1 fr. 50 c.

Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 94. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 9 Août 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

DERMATOLOGIE.

LE BOUTON D'ALEP.

Nous avons eu sous les yeux un travail très intéressant de M. le docteur Willemin, ex-médecin sanitaire à Damas, sur la maladie singulière connue sous le nom de *bouton d'Alep*, et que M. Willemin a eu occasion d'observer sur les lieux mêmes où cette affection se développe. Nous croyons que nos lecteurs verront avec intérêt une analyse de ce travail sur lequel on comprendra que toute appréciation critique nous soit forcément interdite.

La maladie, désignée sous ce nom, constitue certainement une des endémies les plus singulières qui soient indiquées dans les annales de la science, car, au dire de M. Willemin, elle sévirait sur l'universalité des habitans des contrées où elle trouve les conditions de son développement, elle n'épargnerait pas certains animaux domestiques, tels que le chien et le chat, sa cause serait parfaitement connue et facilement évitable, toutes circonstances fort rares dans l'histoire des endémies.

M. Willemin fait d'abord remarquer que la littérature médicale est très pauvre sur ce sujet, et que le peu de renseignemens que nous possédons en Europe sont la plupart incomplets, quelques-uns inexacts. La thèse soutenue en 1833 par le docteur Guilhou (1), qui avait accompagné Pariset dans son voyage en Orient, est la seule monographie sérieuse que l'on puisse citer, quoique l'auteur n'ait pas donné une seule observation et que la question du diagnostic ait été complètement négligée. Quant aux travaux de MM. les docteurs Pruner et Rigler, qui, du reste, n'ont pas vu Alep, l'auteur les a trouvés tout à fait en dehors de la vérité des faits et des résultats de son observation propre.

M. Willemin s'est trouvé favorablement placé pour étudier et observer la maladie dont il a envoyé la description. Il a passé un mois dans la capitale de la Syrie; il y a trouvé des médecins instruits qui, par suite d'un long séjour dans le pays, ont pu lui fournir des documens nombreux et précieux ; il a vu un très grand nombre de malades; il a pu recueillir 60 observations détaillées; il a dessiné les principales formes de la maladie; il s'est livré à de nombreuses recherches microscopiques ; il a tenté, sur 16 individus, l'inoculation du bouton ; il a recueilli de l'eau du fleuve dont l'usage est, selon lui et selon plusieurs autres médecins, la cause de cette étrange affection, et c'est dans ces conditions et avec ces chances, qu'il a rédigé le travail dont je vais rendre compte.

Le nom de *bouton d'Alep* est, selon l'auteur, une expression vicieuse, non seulement parce que le mot bouton est un mot vague qui ne peut indiquer le véritable caractère de l'affection de la peau, mais encore parce que cette maladie se rencontre ailleurs qu'à Alep, dans tous les villages des environs baignés par le Coïq, fleuve d'Alep, à Antab, où ce fleuve prend sa source; ailleurs encore, à Orfa, Diarbekir, Mossoul, Bagdad, etc.

A Alep même, le bouton *attaque sans exception tous les indigènes*. C'est principalement dans la première enfance que la maladie apparaît. Il est rare qu'un enfant, né à Alep, de père et mère alepins, ait atteint sa septième année sans avoir eu le bouton. Quant aux étrangers, M. Willemin cite des exemples qui prouvent qu'ils peuvent rester indemnes de la maladie, malgré un séjour à Alep de treize et de quatorze ans. Un médecin, M. le docteur Tomasini est dans ce cas. D'après un relevé de dix observations, la maladie s'est déclarée chez des étrangers, après une durée de séjour qui a varié entre un mois et trois ans.

Mais, fait singulier qui, du reste, n'est pas sans analogue dans la science, M. Willemin cite des cas authentiques qui prouvent que la maladie peut se développer chez des étrangers, plus ou moins de temps après qu'ils ont quitté Alep. L'auteur rapporte 6 observations dans lesquelles on voit la maladie apparaître un mois et demi, un an, deux ans, trois ans, huit ans et jusque trente-cinq ans après le départ d'Alep.

M. Willemin a voulu rechercher quel est le tempérament qui prédispose le plus les étrangers à contracter la maladie, ou qui la rend plus grave chez les indigènes; il croit être arrivé à ce résultat que c'est le tempérament lymphatique.

Arrivant à l'examen des caractères particuliers du bouton, M. Willemin expose qu'il est difficile d'en donner une idée qui s'applique à tous les cas, car, ainsi qu'il le fait remarquer plus loin, cette affection peut revêtir, même dans sa première manifestation, des formes très diverses, déterminées, sans doute, le plus souvent par la constitution propre du sujet, ou par la maladie dont il est atteint.

« Cependant on peut dire, ajoute l'auteur, qu'en général le bouton d'Alep est constitué par un ou plusieurs tubercules qui se manifestent le plus communément à la face ou aux extrémités. Le tubercule apparaît d'abord sous la forme d'un bouton de la grosseur d'un poids ou d'une fève, le plus souvent indolent et accompagné de peu de rougeur. Le développement en est lent; il emploie plusieurs mois à doubler ou à tripler de volume et à passer au ramollissement. Quand cette nouvelle période est arrivée, il se forme, à sa surface, une croûte quelquefois humide et facile à détacher, le plus souvent sèche et fortement adhérente. Celle-ci tombe soit spontanément, soit arrachée par le malade; mais elle ne tarde pas à se reformer, pour se détacher de nouveau et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'inflammation, ayant diminué, une dernière croûte se forme et persiste jusqu'à la guérison.

» Pendant toute cette période, quand la croûte est tombée, ou, ce qui est plus commun, lorsqu'elle s'est crevassée et séparée en plusieurs fragmens, on aperçoit au-dessous d'elle, un fond en général lisse, uni, tantôt au niveau des tégumens voisins, tantôt et généralement plus bas. Ce fond est dépourvu de bourgeons charnus, tels que nous les observons dans les plaies ou les ulcères ordinaires. Le liquide qui en suinte a rarement le caractère d'un pus bien lié ; il est le plus souvent séreux ou séro-purulent, parfois très limpide, et le plus souvent inodore; dans un ou deux cas seulement, j'ai appris qu'il exhalait une odeur fétide. Cette lymphe est très plastique; aussi, comme je l'ai dit, la croûte ne tarde-t-elle pas à se reformer.

» Lorsque la période de cicatrisation est arrivée, à l'ulcération croûteuse succède un tissu inodulaire, de teinte d'abord rosée, qui pâlit ensuite. Quelquefois, elle doit à un dépôt abondant de pigment, une coloration brunâtre ; j'en ai observé deux ou trois cas. Une fois formée, la cicatrice dont les bords sont plus ou moins irréguliers, dont la surface est généralement au niveau des tégumens, quelquefois un peu plus profonde, la cicatrice ressemble assez exactement à celle que laisse une brûlure; elle est indélébile. Ajoutons, enfin, que la durée moyenne de la maladie est d'une année à peu près. »

Après cette description générale, M. Willemin entre dans de nombreux détails sur le siége plus précis, le nombre, l'étendue et les caractères très divers des boutons.

Quant au siége, la maladie se développe presque exclusivement à la face et aux extrémités. Elle est aussi plus grave dans le premier cas que dans le second, et celui-ci se rencontre plus fréquemment chez les étrangers que chez les indigènes. A la face, c'est plus particulièrement le milieu de la joue et souvent des deux joues, le côté du nez, la paupière supérieure, le front qui en sont atteints ; aux avant-bras, c'est l'extrémité inférieure, plus spécialement le poignet, et toujours à la face dorsale; c'est également la face externe de l'avant-bras; de même à la jambe; au pied c'est encore le dos du membre qui est exclusivement le siége de la maladie. M. Willemin ne connaît pas un seul cas de bouton développé sur le tronc.

Quant au tissu anatomique envahi par le bouton, c'est originairement, dit M. Willemin, le tissu cellulaire sous-cutané. Après y être longtemps renfermée, l'affection s'étend au tissu même de la peau qu'elle finit par perforer et ulcérer. Sans nier que les cartilages soient quelquefois attaqués, comme le lui ont dit les habitans et les médecins du pays, M. Willemin n'a pas vu de cas semblables, pas plus que la destruction complète des paupières et de l'œil dont on lui a aussi rapporté des exemples.

« Pour le nombre des boutons, il est très variable ; les gens du pays nomment le bouton *mâle* quand il est unique, *femelle* s'il est multiple (distinction parfaitement oiseuse), c'est le dernier cas qui est le plus commun. Mais il n'est pas exact de dire qu'un tubercule unique est plus grave que chacun de ceux qui forment une agglomération.... On a parlé d'individus atteints de 60 boutons et plus. Durant mon séjour à Alep il était question d'un religieux d'Antab qui en aurait eu à la fois 75. Je ne l'ai pas vu. Mais j'ai pu visiter le neveu de l'évêque grec, un Chypriote âgé de 17 ans, qui a été attaqué de la maladie huit mois après son arrivée. La rumeur publique lui attribuait, si je ne me trompe, 40 boutons; il en avait 15, présentant la plupart, il est vrai, des dimensions insolites. Une jeune dame, d'origine allemande, en a eu 21.— On en observe le plus ordinairement 2, 3 ou 4. »

Quant à l'étendue du bouton, ou plutôt de l'ulcère qui succède au ramollissement du tubercule, elle est encore très variable. M. Villemin en a mesuré qui avaient jusqu'à 4 et 5 centimètres de diamètre. Mais il cite d'autres cas assez nombreux de jeunes filles d'Alep, qui portent simplement à la lèvre, sur la joue ou sur l'avant-bras, de petites cicatrices arrondies, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, à peine plus pâles que les tégumens voisins, dont elles atteignent presque le niveau.

M. Willemin consacre un paragraphe étendu à l'examen des différentes formes que présente l'affection. A côté de la forme type dont il a donné la description, tubercule dur, rosé, indolent, auquel succède une croûte épaisse, entourée d'une auréole d'un rouge plus ou moins vif, présentant, quand elle s'est détachée, un fond lisse et uni, d'une coloration variable, sorte d'ulcère dont les bords élevés, inégaux, offrent une disposition tuberculeuse caractéristique, ces tubercules variant depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une petite lentille, ce qui n'empêche pas les bords de l'ulcère de se relier ordinairement par une pente insensible avec le fond ; à côté, disons-nous, de ces caractères généraux et en quelque sorte pathognomoniques du bouton d'Alep, très importans pour le diagnostic, M. Willemin a observé un grand nombre d'autres formes qu'il indique avec soin, car, dit-il, il n'est pas une maladie de la peau dont le bouton d'Alep ne puisse emprunter les caractères. Ainsi, il l'a vu prendre une forme semblable à celle de l'impétigo, de l'ecthyma, de l'acné, de l'eczéma, de l'herpès circinné, du cancer épithélial, de quelques dermatoses syphilitiques. Mais à travers ce masque étranger emprunté à la constitution des malades ou à la diathèse, il reste toujours, comme l'auteur le fera voir au chapitre du diagnostic, quelques signes qui permettent de reconnaître la nature primitive de la maladie.

L'auteur décrit ensuite la marche de la maladie, son lent développement, sa période d'augment et de décroissance. La saillie du bouton s'affaisse peu à peu ; la plaque colorée qui lui succède, pâlit par le centre; de sorte que, parfois, le milieu du cercle est déjà revenu à une teinte presque normale, quand subsiste encore la bordure de petits tubercules dont il a été question; et ceux-ci, contigus d'abord, finissent par se séparer, par suite du retrait de quelques-uns d'entre eux.

Du reste, pendant toute la durée de la maladie, la santé générale ne semble nullement altérée, et en général la maladie débute sans prodrômes et sans mouvement fébrile.

Quant à la durée, son nom arabe qui veut dire bouton d'un an, exprime bien ce qui se passe dans la généralité des cas. Cependant M. Willemin a vu ou on lui a rapporté des cas où l'évolution de la maladie s'était faite tantôt dans sept ou huit mois, tantôt dans plusieurs années.

En général, le bouton d'Alep ne récidive pas. Cependant M. Willemin rapporte plusieurs cas qui prouveraient, contrairement à l'assertion des auteurs, que le bouton contracté à Orpha ou à Bagdad, ne préserve pas de celui de Mossoul ou d'Alep et réciproquement, quoique la maladie soit dans ces différens lieux identique. Néanmoins, dit M. Willemin, on ne voit pas à Alep, un individu prendre deux fois le bouton, ou du moins le bouton tel qu'il vient de le décrire. Il est vrai qu'il existe dans cette même ville un second exanthème qui semble être la miniature du premier, et qu'on observe surtout

(1) Cette thèse a été presque entièrement reproduite dans l'article de M. Cazenave du *Dictionnaire en 25 volumes*.

chez les personnes lymphatiques, affaiblies, exanthème ayant d'ailleurs le même siége géographique, la même durée, les mêmes caractères anatomiques, mais ne constituant, en définitive pour l'auteur, qu'une seconde et moins puissante manifestation de la maladie. La description minutieuse qu'il en fait, et que je ne reproduis pas pour ne pas allonger cette analyse par des répétitions, ne peut laisser aucun doute sur l'exactitude de l'opinion émise par M. Willemin. Cette similitude des deux exanthèmes paraît avoir échappé, jusqu'ici, à tous les observateurs. Les habitans eux-mêmes attribuent ce second exanthème à la piqûre du cloporte. M. Willemin a fait de vains efforts, qu'il rapporte, pour détruire cette croyance. En présence d'une famille entière, il a mis un cloporte sur son bras, et, quoique à la pression il ait senti une sorte de piqûre déterminé par le bord tranchant de la carapace de l'animal, inutile de dire qu'aucune éruption n'est survenue. C'est avec raison, du reste, que l'auteur insiste sur l'identité de ces deux exanthèmes, car il serait bien extraordinaire, en effet, ainsi qu'il le fait remarquer, que le même pays présentât deux exanthèmes spécifiques différens.

(*La fin au prochain numéro.*) Amédée Latour.

PATHOLOGIE.

OBSERVATION D'ANÉVRYSME DE LA CROSSE DE L'AORTE, OUVERT DANS L'OREILLETTE GAUCHE; — MORT INSTANTANÉE.

Par le docteur L. Beau, chirurgien-major de la marine, chef des travaux anatomiques à l'École de médecine navale du port de Toulon.

Le nommé Lassalle (Alexandre), âgé de 39 ans, né à Toulon (Var), chef de timonerie à bord de la corvette à vapeur le *Narval*, doué d'une constitution en apparence robuste, mais en réalité ruinée par des excès de tout genre et surtout par l'habitude de l'ivrognerie, était sujet depuis plusieurs années à des palpitations de cœur qui se présentaient à des intervalles irréguliers et assez éloignés, le plus souvent après l'ingestion immodérée de liqueurs alcooliques.

Ces palpitations avaient reparu trois fois pendant les cinq derniers mois de l'existence de cet homme; elles étaient caractérisées par des battemens violens et précipités, accompagnés d'une douleur très vive dans la région précordiale et par une dyspnée extrême avec imminence de suffocation. Le malade éprouvait en même temps une sensation de chaleur brûlante à la tête; le pouls, large et fréquent, devenait par momens dur et concentré. Tout cet appareil symptomatique alarmant disparaissait après 24 ou 36 heures au plus.

Dans les intervalles assez longs de ces pénibles accès, Lassalle ne jouissait même pas d'une santé parfaite; il souffrait presque continuellement du cœur. Fréquemment il lui arrivait de s'interrompre brusquement au milieu d'une conversation ou d'un exercice; pâlissant alors tout d'un coup et retenant sa respiration, il portait par un mouvement convulsif ses deux mains sur la région précordiale, comme pour comprimer les élans d'une douleur violente.

Tout en reconnaissant que l'abus des spiritueux aggravait sa maladie, Lassalle ne pouvait cependant résister à sa funeste passion, lorsque s'offrait à lui l'occasion de la satisfaire. Le 22 mars, veille de sa mort, ayant obtenu l'autorisation de descendre à terre, il en profita pour se mettre dans un état complet d'ivresse, bien qu'il fût atteint depuis plusieurs jours d'une bronchite assez intense.

Le lendemain, à une heure du soir, un violent accès d'oppression se manifesta : anxiété extrême, face pâle, regard inquiet; respiration haletante, battemens du cœur tumultueux, pouls dur et fréquent; douleur précordiale plus déchirante que jamais. Dirigé immédiatement sur l'hôpital maritime, ce malheureux succomba pendant le trajet; une heure au plus après l'apparition des premiers symptômes de suffocation (1).

Autopsie cadavérique. — L'autopsie, faite 48 heures après la mort, démontra les altérations pathologiques suivantes :

A. *Habitude extérieure.* Pâleur générale des tégumens; teinte cyanosée des lèvres; écume blanche et peu abondante autour de l'ouverture buccale.

B. *Cavités splanchniques.*

a. Crâne. Les sinus veineux du crâne sont gorgés de sang; la pie-mère cérébrale et la substance nerveuse encéphalique sont également dans un état congestif prononcé.

b. Abdomen. Rien d'anormal.

c. Poitrine. Les poumons sont complétement sains, ils n'offrent que l'engouement hypostatique ordinaire de leur bord postérieur.

Le cœur se présente avec un volume à peu près double de l'état habituel. L'hypertrophie porte exclusivement sur le ventricule gauche, dont l'épaisseur des parois et la capacité sont simultanément augmentées. Le ventricule droit et les deux oreillettes ont conservé leurs dimensions ordinaires. Toutes ces cavités, les gauches aussi bien que les droites, contiennent un sang noir et poisseux très abondant.

Les orifices aortique, pulmonaire et auriculo-ventriculaire sont dans un état d'intégrité parfaite au double point de vue de leur calibre et de leur texture.

Les gros vaisseaux qui partent de la base du cœur ou qui s'y rendent, moins l'aorte, n'ont rien d'anormal; mais celle-ci est le siége de lésions importantes que nous allons décrire avec tout le soin dont elles nous paraissent dignes.

Immédiatement au-dessus du bord adhérent des valvules sigmoïdes, la surface interne de l'aorte est raboteuse et comme chagrinée; ses parois, notablement épaissies, ont acquis une consistance fibro-cartilagineuse. Ces altérations de texture se montrent dans toute la circonférence de l'artère jusqu'à une hauteur de deux centimètres environ; au-dessus de ce point, les tissus malades se continuent brusquement et sans transition avec la partie saine de la crosse aortique.

Mais là ne se bornent pas les désordres pathologiques que ce vaisseau fournit à notre observation. Les tuniques artérielles, dans cette portion où leur texture est si profondément altérée, se sont laissé distendre de manière à former deux poches anévrysmales, se détachant symétriquement l'une, à droite, l'autre, à gauche, de l'origine même de l'aorte.

Ces poches anévrysmales, situées chacune au devant de l'oreillette correspondante, debordant de chaque côté l'infundibulum du ventricule droit, sont en partie recouvertes en avant par les auricules qui s'appliquent, en les embrassant sur leur face antérieure.

Leur volume n'est pas très considérable : La poche anévrysmatique droite a environ les dimensions d'un œuf de poule; la gauche présente un développement à peu près double.

Toutes deux communiquent avec la cavité du vaisseau par un orifice très large, circulaire, à bord mousse et arrondi, à travers lequel la membrane interne de l'artère paraît manifestement se continuer avec celle de la dilatation morbide.

Le sac droit est rempli d'un sang complétement fluide; ses parois sont partout fort résistantes. Le gauche offre, contre la moitié supérieure de sa surface interne, plusieurs couches de caillots fibrineux très minces, fortement adhérens entre eux, ainsi qu'aux parois de la cavité anormale; enfin, un amincissement notable existe dans la partie postérieure de ce même sac gauche qui, par ce côté postérieur, appuie directement sur la face antérieure de l'oreillette correspondante. En ce point, les parois de l'anévrysme, amincies, dépourvues de caillots, entièrement confondues avec celles de l'oreillette, se sont déchirées sous l'effort excentrique du sang, dans l'étendue d'un centimètre environ.

La forme de cette ouverture est celle d'une simple fente, dont les deux lèvres irrégulières et comme déchiquetées s'adaptent pourtant très exactement d'un côté à l'autre; circonstances qui ne laissent aucun doute sur leur séparation récente.

Notons enfin que cette communication du sac anévrysmal avec l'oreillette gauche est située à peu près au milieu de la paroi antérieure de cette oreillette.

Réflexions. — Dans quelle catégorie convient-il de placer les deux anévrysmes que nous venons de décrire?

La ressemblance exacte des parois des deux sacs sous le rapport de leur consistance, de leur épaisseur et de l'aspect de leur surface interne avec la partie malade du vaisseau, et, surtout, la continuité évidente de la membrane interne de l'aorte avec la membrane interne de ces cavités anormales, nous portent à ranger ce double anévrysme dans la classe des *anévrysmes vrais.*

Au surplus, nous nous abstiendrons de toute autre considération pathologique ou physiologique sur un fait dont la rareté constitue le principal, sinon l'unique intérêt. Les dilatations anévrysmales de l'origine de l'aorte s'ouvrent ordinairement, en effet, dans le péricarde, beaucoup moins souvent dans l'artère pulmonaire et bien plus rarement encore dans les oreillettes. Les ouvrages de pathologie ne renferment que deux exemples d'ouverture d'un anévrysme aortique dans les oreillettes : l'un appartient à M. Beauchêne, qui le publia, en 1810, dans les *Bulletins* de la Faculté, n° 3 (1), l'autre, au docteur Hope, auteur d'une si remarquable monographie sur l'affection qui nous occupe en ce moment (2).

Remarquons même que, dans ces deux cas, la communication avait lieu avec l'oreillette droite. L'observation, que nous publions aujourd'hui, serait donc la seule où on aurait vu un anévrysme de la crosse de l'aorte se faire jour dans l'oreillette gauche.

Enrichir la science d'un fait de plus, telle a été notre unique prétention, aussi nous sommes-nous borné à une description exacte et sans commentaires (3).

QUELQUES REMARQUES AU SUJET DE L'OBSERVATION QUI PRÉCÈDE.

Nous demandons à M. Beau la permission de compléter ce qu'il a dit des communications des anévrysmes *de la crosse de l'aorte*, ou plutôt *de l'aorte ascendante* avec les oreillettes.

Ainsi que le fait remarquer avec raison M. Beau, ce sont des cas rares que ces ruptures ou ces communications des anévrysmes de l'aorte ascendante avec les oreillettes, mais moins rares cependant que le suppose notre savant confrère. Ainsi, sans parler du fait de Beauchêne, sur lequel nous aurons bientôt à revenir, nous trouvons dans la 4me série seulement du journal, les *Archives de médecine*, trois observations de ce genre, l'une qui appartient à M. Bevil Peacock, dans laquelle un anévrysme volumineux de l'aorte ascendante s'était ouvert par deux orifices dans l'oreillette droite, et dans lequel cette rupture avait entraîné la mort en dix-huit heures (t. vii, page 359, 1845); la seconde, rapportée par M. Tripe (t. viii, p. 90, 1845), dans laquelle il y avait également deux perforations dans l'oreillette droite (ce malade n'avait survécu que deux ou trois jours à cette rupture); une troisième, enfin, dans laquelle la rupture, qui s'était faite largement, avait entraîné la mort subite (Mac Dowel, t. xix, p. 474, 1849).

Si, à ces trois observations, nous ajoutons les deux consignées par Thurnam, dans son mémoire *sur les anévrysmes variqueux de l'aorte*, nous voici en possession de cinq observations (et en cherchant bien, on en trouverait certainement davantage) qui permettent même, jusqu'à un certain point, de rechercher les signes à l'aide desquels on pourrait reconnaître cette communication, dans les cas, bien entendu, où la mort n'est pas instantanée ou du moins très rapide. Je ne comprends pas, dans ces cinq observations, le fait de Hope, au sujet duquel je crois à quelque erreur de citation; car je ne le trouve pas indiqué dans son grand ouvrage sur les maladies du cœur.

Le fait de M. Tripe est certainement le plus instructif, au point de vue du diagnostic. Je le rapporterai très brièvement ici :

Observation I. — *Anévrysme de l'aorte ascendante ouvert dans l'oreillette droite; hémoptysie; mort deux jours après.* — Un marin, âgé de 36 ans, était affecté depuis plusieurs années de palpitations de cœur, de dyspnée, de toux et d'autres symptômes qui caractérisent les maladies du cœur, lorsque, le 28 octobre 1842, il fut pris d'une abondante hémoptysie. Deux jours après, il entra à l'hôpital de Londres. Son état était des plus alarmans : la face anxieuse et congestionnée; tout le corps d'une couleur livide; les veines jugulaires distendues et agitées de battemens; le pouls à 100, bondissant comme dans le cas d'insuffisance des valvules de l'aorte. Impulsion du cœur brusque et forte. On entendait les deux bruits du cœur à la pointe; mais, en outre, on percevait dans tout le thorax un bruit anormal, isochrone avec le second bruit et l'intervalle de repos, qui avait son maximum près du sternum, entre les cartilages de la 2me et de la 3me côtes. Ce bruit ne s'entendait pas sur le trajet du ventricule gauche. En outre, le premier bruit s'accompagnait d'un murmure qui avait son maximum au niveau des valvules aortiques, et qui se prolongeait dans les carotides. Mort le lendemain.

L'autopsie montra le cœur presque doublé de volume, par suite de la dilatation du côté droit du cœur, en particulier de l'oreillette et de la dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche. Les valvules aortiques étaient épaissies et indurées. Derrière la valvule postérieure, on voyait une fissure d'un quart de pouce de long et d'un quart de pouce de large, dont les bords étaient épais et arrondis, et qui conduisait dans une cavité renfermant environ une once et demie de sang coagulé. Cette cavité était percée à droite de deux ouvertures arrondies, à bords saillans, pouvant loger un petit pois, et qui s'ouvraient dans l'oreillette droite, immédiatement au-dessus des valvules auriculo-ventriculaires. (*The Lancet*, novembre 1852.)

Il résulte donc de cette observation, que le bondissement du pouls, la présence d'un murmure qui couvre le second bruit et qui s'étend jusque dans l'intervalle de repos, ayant son maximum entre la 2me et la 3me côtes gauches, près du sternum, joints à une congestion et à une distension générale du système veineux, pourraient être rattachés à l'anévrysme variqueux de l'aorte, ouvert dans l'oreillette droite; mais on comprend que de nouvelles observations sont encore nécessaires pour donner à ces signes une valeur bien positive.

Si les faits d'anévrysmes de l'aorte ascendante, ouverts dans l'oreillette droite, ne sont pas extrêmement rares, il n'en est pas de même de ceux d'anévrysmes de cette artère, ouverts dans l'oreillette gauche; et je croyais comme M. Beau, que le fait recueilli et publié par ce médecin, était unique dans la science. Mais il se trouve par hasard que le fait de Beauchêne, auquel notre confrère fait allusion, n'est autre qu'un exemple d'anévrysme de l'aorte ascendante, ouvert dans l'oreillette gauche; c'est ce qui m'engage à le rappeler ici :

Observation II. — *Anévrysme de l'aorte ascendante, ouvert dans l'oreillette gauche.* — Un homme d'environ 40 ans, d'une forte constitution et d'une taille ordinaire, mourut à l'Hôtel-Dieu, dans les premiers jours de janvier 1810. L'ouverture montra, sur cet individu, un anévrysme dont l'auteur n'a pas trouvé d'exemple analogue :

A l'ouverture du péricarde, il s'est écoulé trois ou quatre onces de sérosité. Le cœur, beaucoup plus volumineux que d'habitude, était rempli d'un sang noir et caillé. Les cavités gauches qui se trouvent communément vides, en contenaient une grande quantité.

L'aorte présentait tout près de son origine et sur son bord convexe, une poche anévrysmale du volume d'une grosse noix. Cette poche communiquait avec l'intérieur de l'aorte par une large ouverture, formant une espèce d'arcade à bord arrondi, au-dessus des rebords sigmoïdes, entre les orifices des artères coronaires. Elle ne formait qu'une tumeur peu apparente dans l'intérieur du péricarde, parce qu'elle s'était logée presqu'en totalité dans l'épaisseur de la cloison qui sépare les deux oreillettes; il résulte de là qu'elle faisait saillie dans l'une et dans l'autre. Cette saillie était cependant moins prononcée dans l'oreillette droite que dans celle du côté gauche, où elle présentait quatre tubercules ou bosselures de cinq à six lignes de diamètre, sur trois d'élévation. Ces bosselures formaient, en quelque sorte, deux petites poches anévrysmales secondaires dans la cavité de l'oreillette. *L'un de ces tubercules, légèrement affaissé, offrait une ouverture de deux à trois lignes, qui établissait une communication entre le sac anévrysmal et la cavité de l'oreillette gauche.*

Cette observation, ajoute Beauchêne, offre donc l'exemple d'un anévrysme de l'aorte, qui s'est insinué entre les oreillettes et rompu dans celle du côté gauche. On conçoit aisément, d'après cela, qu'une partie du sang charrié par le ventricule gauche dans l'artère aorte, rentrant presque aussitôt dans l'oreillette gauche, a dû augmenter la quantité de ce fluide qui s'y trouvait déjà, retarder le cours du sang pulmonaire, et déterminer ainsi la dilatation des cavités droites et celle des cavités gauches. (*Bulletin de la Faculté*, t. ii, n° 1er, 1810, p. 38.)

Par une coïncidence assez étrange, j'ai recueilli moi-même, il y a quelque temps, dans le service dont je suis chargé à l'hôpital de la Pitié, un fait de dilatation anévrysmale avec ulcération de l'aorte, dans lequel les progrès de l'altération étaient portés si loin, qu'une rupture dans l'oreillette gauche était imminente, lorsque le patient a succombé. Je terminerai ces remarques, en rapportant avec quelques détails cette dernière observation :

Observation III. — *Insuffisance des valvules aortiques, et dilatation anévrysmale de l'aorte; petite poche anévrysmale prête à s'ouvrir dans l'oreillette gauche.* — Édange (Félix), 37 ans, charretier, est entré à l'hôpital de la Pitié le 25 mars dernier (salle Saint-Benjamin, n° 18). Cet homme, d'une très forte constitution, d'un tempérament

(1) Je dois la plupart des détails de l'observation qu'on vient de lire à l'obligeance de M. Ferdinand Gourrier, chirurgien-major du *Narval*.

(1) *Dictionnaire de médecine ou répertoire général*, t. iii, p. 409.

(2) *Bibliothèque du médecin-praticien* du docteur Fabre, t. xii, p. 506.

(3) La pièce pathologique a été déposée, sous le n° 808, dans le muséum d'anatomie de l'École de médecine navale de Toulon.

lymphatico-sanguin, rarement malade, se livrait depuis deux ans à des travaux excessifs (il était charretier pour la vidange et passait presque toutes les nuits) ; mais, de plus, il avait contracté, depuis la même époque, l'usage des boissons fortes. Sujet depuis dix ans à des rhumes qui revenaient surtout l'hiver, et qui duraient quinze ou vingt jours, il s'est enrhumé de nouveau au commencement de janvier. Oppression et bientôt palpitations de cœur, qui le mettaient quelquefois dans l'impossibilité de monter un escalier ou de porter un fardeau. Néanmoins, il continua son travail jusqu'à la fin de février (il avait été saigné deux fois depuis son rhume, et s'était trouvé soulagé chaque fois.) Enfin, l'œdème commença à paraître aux membres inférieurs et envahit bientôt tout le corps.

Indépendamment de cet œdème général qui donnait à cet homme un aspect hideux, nous pûmes constater chez lui l'existence d'une bronchite générale avec emphysème, et d'une maladie du cœur très avancée : hypertrophie considérable avec dilatation de cet organe, et de plus insuffisance des valvules aortiques, avec altération profonde de l'aorte ascendante.

Voici quels étaient les signes physiques de ces dernières altérations : abaissement de la pointe du cœur correspondant au 6me espace intercostal, à 8 ou 9 centim. de l'axe du sternum. Matité précordiale, mesurant 12 centimètres transversalement et 11 verticalement, dépassant de 2 centimètres 1/2 l'axe du sternum en dedans et à droite. Matité très marquée sous la moitié supérieure du sternum, jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire droite. Bruit de souffle double, ayant son maximum d'intensité au niveau de l'orifice aortique, formé manifestement de deux bruits, le premier plus rude, et le second comme aspiratif, moins rude et plus prolongé (*bruit de va-et-vient*). Au-dessus de l'orifice aortique, et sur le trajet de l'aorte, le second bruit de souffle allait s'affaiblissant ; mais le premier persistait avec une grande rudesse, et se percevait jusque dans les vaisseaux du cou.

Nous n'entrerons dans aucun détail relativement aux phases nombreuses que cette maladie a traversées et aux traitemens variés auxquels le malade a été soumis. Après avoir été soulagé pendant un certain temps, l'œdème qui avait disparu, se montra de nouveau, le ventre s'emplit de sérosité et le malade mourut asphyxié le 21 juin.

L'autopsie nous montra que le diagnostic avait été porté avec exactitude. En effet, le cœur était énormément hypertrophié et dilaté, les valvules aortiques insuffisantes, et laissant entr'elles un espace triangulaire, dans lequel on eût pu loger une plume d'oie, espace triangulaire résultant du défaut de coaptation des valvules indurées et rétractées et aussi d'une perforation située à la base de la valvule aortique gauche. Cette perforation, qui semblait faite par un emporte-pièce, arrondie, à bords indurés, eût pu donner passage à un pois ordinaire. Mais l'altération la plus curieuse était celle dont l'aorte était le siége. Cette artère, dans sa portion ascendante, était dilatée, et, néanmoins, elle s'affaissait sur elle-même comme un linge mouillé ; dans certains points elle était épaissie, dans d'autres, au contraire, elle était tellement amincie, qu'elle en était transparente. Lorsque cette artère eût été ouverte, nous aperçûmes, immédiatement au-dessus des valvules aortiques, en arrière et à gauche de l'insertion des valvules droite et gauche, une ouverture irrégulièrement arrondie, à bords contournés en dedans, offrant de 7 à 8 millimètres de diamètre et conduisant dans une espèce de cul-de-sac qui pouvait loger la moitié de la dernière phalange du pouce. Ce cul-de-sac ne contenait pas de sang coagulé ; le fond en était formé par la paroi antérieure de l'oreillette gauche ; les fibres charnues à ce niveau avaient disparu ; il ne restait plus que l'endocarde, épaissi et cependant tellement mince sur un point, qu'il se distinguait dans l'oreillette à une tache blanche, que l'on apercevait par transparence le doigt ou le stylet qui soulevait le fond du sac du côté de l'artère. Quelques jours de plus, et certainement il y eût eu communication entre ce petit anévrysme de l'aorte ascendante et l'oreillette gauche.

Dr Aran,
Médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séances des 8 et 22 Juin 1853. — Présidence de M. Bricheteau, vice-président.

Sommaire. — Observation de kyste hémorrhagique de la cavité arachnoïdienne, par M. Bricheteau. — Lecture d'un mémoire sur la guérison spontanée des perforations pulmonaires, par M. le docteur Woillez. — Rapport verbal de M. Delasiauve, sur la brochure adressée à la Société par M. Hubert-Valleroux, sur la surdi-mutité. — Lecture d'un mémoire sur les rapports des troubles de la menstruation avec le développement de l'ovarite, par M. le docteur Ch. Bernard. — Observation de rhumatisme articulaire aigu compliqué d'accidens cérébraux, par M. le docteur Lemaëstre. — Lecture d'un mémoire sur les signes stéthoscopiques du rétrécissement de l'aurifice auriculo-ventriculaire gauche du cœur, par M. le dr Hérard.

M. Bricheteau communique une observation de *kyste hémorrhagique de la cavité arachnoïdienne.* (Voir l'Union Médicale du 30 juillet 1853.)

— M. le docteur Woillez, candidat à une place de membre associé, lit un mémoire *sur la guérison spontanée des perforations pulmonaires.* Ce mémoire est renvoyé à une commission.

M. Delasiauve fait un rapport verbal sur le livre de M. Hubert-Valleroux, intitulé : *Introduction à l'étude médicale et physiologique de la surdi-mutité.* Rappelant la récente discussion de l'Académie, il s'est d'abord demandé si de ce brillant conflit avait jailli quelque lumière pour l'avancement de la question. Le sujet avait été parfaitement circonscrit par la demande ministérielle. Il ne s'agissait, en réalité, que d'un point de pédagogie. L'ancienne méthode n'était que partiellement en cause : non contestée comme application générale, on n'avait à se préoccuper que de quelques sourds-muets ayant déjà parlé, ou dans l'enseignement desquels un reste d'audition ou des aptitudes spéciales permettaient de faire intervenir, à titre de premier élément, les procédés nouveaux de M. Blanchet.

Chacun, malheureusement, s'est écarté de la voie tracée. La commission n'a rempli qu'une partie de sa tâche ; elle s'est crue quitte en établissant qu'après des années d'expérience, les sourds-muets confiés à M. Blanchet avaient plus d'audition, et pouvaient apprécier par le tact les vibrations sonores, quand il fallait décider, en outre, si, pour une catégorie spéciale de sujets et pour elle seule, un mode d'enseignement basé sur le développement de la faculté auditive, était préférable aux procédés en usage. D'autre part, la majorité des orateurs se sont jetés, par des savantes digressions, dans une appréciation générale des méthodes, exaltant soit la mimique, soit l'articulation, ou pensant qu'on pouvait, par une alliance fructueuse, en réunir les avantages. Une lutte d'opinions a surgi ainsi d'une question toute de faits ; la science et le talent n'ont fécondé que des hors-d'œuvre ; au lieu de se dissiper, l'obscurité s'est accrue à mesure que les éclaircissemens se multiplièrent. Les conclusions témoignent hautement de cette incertitude : c'est une œuvre à poursuivre et à compléter.

Au reste, dit M. Delasiauve, le livre de M. Hubert-Valleroux, indépendant du débat actuel, en est encore éloigné par la partie du sujet qu'il embrasse. L'auteur, dont on sait les travaux tout spéciaux d'otologie, s'est limité pour ainsi dire exclusivement au point de vue médical, laissant les questions d'enseignement à une compétence plus directe. Toutefois, il ne s'est pas borné à l'examen matériel des faits, l'habitude de les observer lui a permis d'en envisager la signification philosophique. Son ouvrage, reflet de cette étude, forme ainsi une esquisse à grands traits d'un travail plus complet où ces deux élémens viendront s'unir.

Dans un premier chapitre-*prolégomènes*, M. Hubert-Valleroux se livre à un aperçu statistique sur le nombre, la moralité et l'intelligence des sourds-muets. On n'avait considéré ces infortunés que comme de douloureuses exceptions : la Convention, les adoptant au nom de la patrie, en avait estimé le chiffre à 4,000 ; il ne s'élève pas à moins de 30,000 en France, et 300,000 en Europe.

Notre confrère a également mis en relief la situation désolée de ces malheureux, privés de l'attribut humain par excellence, et qui, à l'âge où les autres hommes, en pleine possession d'une langue, s'assimilent la science et vont à la conquête de vérités nouvelles, sont péniblement occupés à acquérir les premières notions rudimentaires de la vie. Avant de recevoir l'éducation spéciale, le sourd-muet est paresseux, jaloux, colère, vindicatif, et rien, plus que ce fait peut-être, ne montre l'inanité paradoxale des bienfaits de la loi naturelle préconisée par Jean-Jacques et la justesse de ces paroles de l'abbé de l'Épée : « L'homme n'est aimant et bon que parce qu'il est civilisé. »

On serait, de prime-abord, tenté de voir dans la surdi-mutité une infirmité tout accidentelle ; mais l'étude étiologique élève la question à la hauteur d'une plaie sociale. Loin de provenir toujours d'une défectuosité congéniale de l'appareil auriculaire, la surdi-mutité, comme le crétinisme, est bien souvent endémique, héréditaire, constitutionnelle, dépendante, en un mot, de conditions locales ou d'influences hygiéniques.

Particularité vraiment curieuse ! Une sorte d'antagonisme règne entre la fréquence relative de cette affection et la cécité : celle-ci, très commune dans les climats excessivement chauds ou rigoureux, en raison soit de l'action directe du soleil, soit de la réverbération des neiges ; celle-là au contraire, se rencontrant habituellement dans les climats humides et tempérés, dans les gorges des montagnes, où la phlegmasie de la membrane muqueuse nasale s'étend si facilement aux muqueuses auriculaires. La misère, l'ignorance, la débauche, en favorisant dans les grands centres la propagation d'enfans cacochymes, prédisposent à cette affection et en rendent l'hérédité manifeste. Ces circonstances donnent évidemment à la question, en dehors du point de vue médical, un intérêt social, une portée philosophique.

Suivant M. Hubert-Valleroux, la surdi-mutité est généralement acquise, la cophose rarement complète, et la lésion d'ailleurs restreinte dans la plupart des cas à l'appareil auditif : autant de conditions favorables à l'amélioration du sens et à l'éducation articulée.

Sous ce rapport, M. Hubert-Valleroux est partisan et du traitement médical et de l'enseignement oral. Toutefois, il ne se dissimule pas combien l'enfant sourd-muet est difficilement éducable. La notion du langage ne lui semble pas, comme à M. Puybonieux, découler immédiatement du perfectionnement de l'ouïe. Il est, à cet égard, des obstacles tels, que l'auteur doute que les adultes puissent les surmonter.

Après ces indications, M. Hubert-Valleroux expose les moyens curatifs. Pour lui, la surdi-mutité n'est point un type absolu, une entité pathologique ; et il fait avec raison, du diagnostic différentiel, la base de ses applications.

Rejetant les remèdes héroïques, moxa, perforation du tympan, il s'en tient au cathétérisme, aux insufflations gazeuses, aux cautérisations légères, aux révulsifs externes et parfois aux vomitifs. La plus grave opération qu'il ait faite est la résection des amygdales.

La pédagogie ne pouvait être passée sous silence. L'auteur n'en parle, toutefois, que pour décliner, en quelque sorte, la compétence médicale, et, sous ce rapport, M. Delasiauve trouve son abdication excessive. Littéralement, si l'éducation du sourd-muet n'est point du ressort du médecin et du chirurgien, l'aliéniste et le psychologue y doivent prendre une part active et considérable, l'état psychique du sujet, les facultés qu'il possède, les instrumens dont il dispose, l'utilité qu'il en peut retirer, étant les principales considérations sur lesquelles s'appuient les lois de son enseignement. Dépourvu de ces élémens, l'instituteur n'est plus qu'un manœuvre appliquant avec plus ou moins d'exactitude et de zèle les méthodes consacrées.

Tel est, en substance, le livre de M. Hubert-Valleroux : résumé sommaire des principes relatifs au traitement et à l'éducation du sourd-muet. Notre analyse serait toutefois incomplète, dit M. Delasiauve, si nous négligions de mentionner un chapitre final qui se détache de l'ensemble et en forme, pour ainsi dire, le couronnement. L'auteur, s'y élevant aux plus hautes élucubrations philosophiques, démontre l'immense influence du langage sur les idées. A ses yeux, toute connaissance en déroule, et faute de cette ressource, quel que soit son génie, jamais le sourd-muet n'arrive au degré de perfectionnement qu'implique son organisation.

M. Hubert-Valleroux pense qu'au lieu d'être innée, la parole a été révélée : un tel point n'admet guère la controverse. On ne se rendrait pas compte que, né enfant, l'homme eût pu seul pourvoir à ses besoins ; mais on comprend que, livré à ses facultés naturelles, il les exerce sous l'incitation de la nécessité ; qu'à l'origine d'une société, il puisse appliquer à certains objets une émission de sons différens qu'un usage réitéré consacre, en un mot, ébaucher un langage que développe, enrichit et perfectionne la succession des générations.

M. Hubert-Valleroux assimile, à tort, aux sourds-muets, les individus qui auraient vécu dans un entier isolement. Ces derniers n'ont-ils pas de plus l'audition. Les oiseaux possèdent un langage ; pourquoi l'homme n'aurait-il pas le sien, et jouissant de l'aptitude, ne réussirait-il pas à la féconder ? Le caractère essentiel de l'humanité, ce qui constitue sur les animaux sa supériorité d'organisation, c'est le pouvoir de la mémoire traditionnelle.

Ces légers dissentimens à l'égard d'un vague point de philosophie, ajoute M. Delasiauve, n'en laissent pas moins toute sa valeur à ce curieux travail, écrit avec élégance, riche de science pratique, indispensable à consulter dans la question du traitement, dans celle même de pédagogie, et faisant vivement désirer le tableau complet dont il est le spécimen.

M. Bouvier : J'ai vu dernièrement un enfant de 8 ans, sourd-muet de naissance, auquel M. Hubert-Valleroux donne des soins. Cet enfant a été auparavant entre les mains de M. Deleau pendant un an, sans qu'on ait obtenu aucun résultat, puis on a cessé tout traitement. Ce n'est qu'à partir du mois de novembre dernier, que M. Hubert-Valleroux a entrepris de le traiter. Il commence à entendre, et on peut l'élever par la parole criée à l'oreille. Il entendait le battement de ma montre lorsqu'elle touchait un point du crâne. M. Valleroux s'est associé, pour la partie pédagogique du traitement, M. Valade-Gabel. Ils ont, dans ce moment, un autre enfant qui entend mieux que celui auquel je faisais allusion tout à l'heure. Je crois que M. Valleroux n'a pas assez fait ressortir dans sa brochure les résultats remarquables que l'on peut obtenir en s'occupant de faire entendre le son à l'oreille. Lorsque l'on cultive l'ouïe avec persévérance, on peut parvenir à faire entendre des individus sans l'intervention d'aucun moyen médical.

Il y a, rue Popincourt, 73, une simple maîtresse d'école qui applique la méthode d'Itard à neuf enfans sourds-muets. Ces enfans sont externes, et retournent tous les soirs dans leur famille. Cette femme est arrivée d'elle-même à obtenir des résultats fort remarquables. Elle m'a montré deux enfans qui, d'après son assertion, n'entendaient pas du tout lorsqu'on les lui a confiés. Un médecin qui les a vus à cette époque, prétend qu'ils entendaient un peu, mais il avoue qu'ils entendent beaucoup mieux aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, étant placés à une certaine distance, ils ont compté les coups que je frappais sur un timbre. Le plus âgé vient de faire sa première communion, il a 11 ans. Cet enfant est en apprentissage, il parle avec son patron et avec d'autres personnes. Toutefois, sa parole aurait besoin d'être perfectionnée ; il est vrai qu'il ne se donne pas toujours la peine de bien prononcer, quoiqu'il lui soit possible de le faire.

En terminant, permettez-moi de vous signaler le résultat important de la discussion qui vient d'avoir lieu au sein de l'Académie de médecine. C'est la première fois, depuis 1749, qu'un corps savant se prononce pour l'introduction de la parole dans l'enseignement des sourds-muets.

— M. le docteur Ch. Bernard lit, à l'appui de sa candidature à une place de membre associé, un mémoire *sur les rapports des troubles de la menstruation avec le développement de l'ovarite.*

Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Grisolle, Marrotte et Moutard-Martin.

— M. Lamaestre, ancien interne des hôpitaux, lit une observation de *rhumatisme articulaire aigu, avec accidens nerveux, terminé par la mort.* Cette observation a été recueillie dans le service de M. Marrotte ; en voici le résumé :

Il s'agit d'une femme âgée de 42 ans, douée d'une constitution robuste, qui avait été atteinte, dix ans auparavant, d'un rhumatisme articulaire aigu, et qui entra à l'hôpital huit jours après l'apparition de douleurs dans plusieurs articulations.

Le lendemain de son entrée (5 février), on put constater l'état suivant : des douleurs vives accompagnées de gonflement et d'une légère rougeur, occupaient les articulations des pieds et des genoux. Le gonflement était très marqué, surtout à ces deux dernières articulations. La peau était chaude, sudorale ; le pouls, petit et faible, donnait 120 pulsations par minute. Toux très fréquente, quinteuse, accompagnée d'une expectoration muqueuse peu abondante et de douleurs à la base des deux côtés du thorax. Râles muqueux et sibilans dans toute la poitrine. Bruit de souffle très rude à la pointe du cœur ; au premier temps, les bruits sont un peu sourds, profonds, mais réguliers. La bouche est pâteuse, la langue couverte d'un enduit blanchâtre, sans sécheresse ; pas de soif ; inappétence, diarrhée assez abondante, avec quelques légères douleurs abdominales. On lui prescrivit de la tisane de violette, un julep avec 1 gramme de poudre de Dower et 8 gouttes de laudanum de Sydenham ; quatre ventouses scarifiées sur la région du cœur et la diète.

Le 7, on apprit qu'elle avait ressenti depuis la veille au soir des soubresauts dans les membres ; les douleurs, la rougeur et le gonflement des articulations malades avaient complètement disparu. L'idée d'une métastase rhumatismale vint aussitôt à l'esprit ; on fit donner un bain de vapeur et appliquer ensuite des cataplasmes sinapisés sur les jointures précédemment atteintes.

Le 8, des douleurs obscures ont reparu dans le pied et le genou du côté droit, mais les soubresauts des membres persistent, quoique moins prononcés et moins fréquens. On fait appliquer douze ventouses sèches le long du rachis ; un vésicatoire à la région du cœur, et on donne un julep avec 1 gramme de teinture d'aconit.

Le 11, raideur dans le col et le long du dos, sans douleur à la pression. La malade a divagué et chanté toute la nuit ; pouls peu développé et sans fréquence. On applique huit ventouses scarifiées le long du rachis ; des cataplasmes sinapisés sont promenés sur les membres inférieurs.

Au délire succède bientôt une agitation furieuse, comme maniaque ; on constate en même temps de la matité, avec résonnance de la voix dans le côté droit de la poitrine, phénomènes qui annonçent que la plèvre a été atteinte par la fluxion rhumatismale.

Le 14 et les jours suivans, le délire est plus tranquille ; il est calme et triste ; il existe de la raideur du tronc et des membres inférieurs. Enfin, le 17, l'agitation reparaît pour faire place, le lendemain, à une prostration profonde. La malade meurt dans la journée.

Autopsie. — La plèvre droite contient environ deux verres de sérosité citrine.

Cœur : L'orifice auriculo-ventriculaire droit présente de l'épaississement et de l'induration des replis valvulaires. Rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche qui admet tout au plus le bout du petit doigt. La valvule mitrale, et les cordages tendineux qui la soutiennent, sont confondus en une masse calcaire.

Encéphale : La cavité de l'arachnoïde contient deux à trois cuillerées de sérosité transparente ; point d'opacité ni d'épaississement du feuillet viscéral ; point d'infiltration séro-purulente au-dessous de ce feuillet. Le tissu du cerveau est sain, sans injection anormale, sans ramollissement ; point de liquide dans les ventricules ; le cervelet et la moelle allongée sont à l'état normal ; il en est de même de la moelle épinière et de ses enveloppes.

Rien d'anormal dans les articulations qui ont été le siége des douleurs rhumatismales.

M. Lemaëstre fait suivre cette observation de quelques réflexions. Il se demande si les accidens nerveux qui ont déterminé la mort doivent être rattachés à une métastase rhumatismale, et il conclut pour l'affirmative. Il examine successivement les questions suivantes : Le délire peut-il être considéré comme un délire simplement nerveux sympathique, ou bien provient-il d'une méningite rhumatismale, ou plutôt d'une fluxion rhumatismale encéphalo-rachidienne ? Il se range à cette dernière opinion, dans laquelle il est confirmé d'ailleurs par les résultats fournis par l'autopsie qui a révélé l'absence de lésions dans les centres nerveux. Il en est ordinairement ainsi, ajoute-t-il, le rhumatisme se comportant sur l'encéphale comme sur les articulations des membres, où il ne laisse le plus souvent rien d'appréciable.

— M. Hérard lit un mémoire intitulé : *Des signes stéthoscopiques du rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche du cœur et spécialement du bruit de souffle au second temps.*

L'auteur du mémoire cherche à prouver que le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche peut produire un bruit de souffle au premier temps (*systolique*), un bruit de souffle un peu avant le premier temps (*présystolique*), un bruit de souffle au second temps (*diastolique*), et qu'enfin quelquefois, surtout chez les vieillards, il ne détermine aucun bruit anormal.

Pour ce qui est du bruit de souffle au premier temps, M. Hérard montre que si ce bruit de souffle est encore contesté par un assez grand nombre de praticiens, c'est que le rétrécissement étant le plus souvent compliqué d'insuffisance mitrale, il est difficile de fournir la preuve irréfragable que c'est le rétrécissement plutôt que l'insuffisance qui a produit le bruit anormal. Il pense que pour cette démonstration, il faut ne faire intervenir que les observations de rétrécissemens exempts de toute complication ; car, dans ces cas, s'il y a bruit de souffle, il sera impossible de l'expliquer autrement que par le rétrécissement. M. Hérard cite des faits de ce genre recueillis par MM. Beau, Bouillaud, Valleix, Grisolle, Surmay, etc., et il rapporte lui-même l'observation d'une femme qui présentait un bruit de souffle manifestement systolique, et chez laquelle on ne trouva, à l'autopsie, qu'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire, sans aucune autre lésion, insuffisance mitrale, ou rétrécissement aortique.

L'auteur passe rapidement sur les bruits présystoliques, qu'il considère, avec M. Fauvel, et la plupart des pathologistes, comme propres au rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Toutefois, il est porté à penser que ces bruits sont un peu moins fréquens que paraissent le croire certains auteurs qui ont improprement donné le nom de *présystoliques* à des bruits qui seraient mieux appelés *diastoliques*. Pour lui, les bruits présystoliques doivent précéder *immédiatement* le choc de la pointe du cœur, ou la pulsation d'une artère voisine du cœur, mais ce serait méconnaître le moment précis de la contraction de l'oreillette, que de leur assigner, pour point de départ, le commencement ou le milieu du grand silence.

Arrivant à sa troisième proposition, M. Hérard combat l'opinion de MM. Beau, Hardy et Behier, Valleix, etc., qui pensent qu'un bruit de souffle au second temps indique toujours et nécessairement une insuffisance aortique. Tout en reconnaissant que le plus ordinairement il en est ainsi, il montre par des observations recueillies au lit du malade, que quelquefois le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche produit un bruit de souffle au second temps et qu'il n'est pas exact de prétendre qu'il n'y en a pas dans la science d'exemples concluans. Il rapporte 8 faits qu'il a été à même d'observer, 4 avec autopsie, 4 sans autopsie ; il cite également 10 observations avec autopsie appartenant aux auteurs suivans : Laennec (*Traité d'auscultation*, tome III, obs. 49) ; Bouillaud (*Traité des maladies du cœur*, obs. 95, obs. 112 et obs. 114) ; Andry (*Manuel du diagnostic des affections du cœur*, obs. 2, et obs. 14) ; Bidault (*Bulletins de la Société anatomique*, décembre 1843) ; Typaldos (*Bulletins de la Société anatomique*, juillet 1845) ; Lemaire (*Union Médicale*, année 1849) ; Parchappe (*Du cœur, de sa structure et de ses mouvemens*, 1848). Dans toutes ces observations, il y a eu bruit de souffle au second temps, surtout prononcé à la pointe, et il n'a pas été possible de l'expliquer par une autre lésion que par le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Dans un quatrième paragraphe, M. Hérard s'occupe des rétrécissemens auriculo-ventriculaires gauches sans bruit anormal. Il montre que ces rétrécissemens se rencontrent surtout chez les vieillards, et coïncident, en général, avec des battemens du cœur tumultueux et irréguliers. Il est porté à penser, avec M. Beau, que l'absence du bruit de souffle s'explique par cette circonstance, qu'au lieu d'être projetée en masse dans le ventricule, l'ondée sanguine est lancée en deux ou trois fractions par l'oreillette affaiblie, et qu'il n'y a plus dès lors cet excès de frottement qui paraît être la condition principale pour la production d'un bruit.

Dans la seconde partie de son mémoire, l'auteur cherche à se rendre compte, physiologiquement, des bruits de souffle produits au premier et au second temps par le rétrécissement.

Pour ce qui est du souffle du premier temps, il fait voir que presque tous les physiologistes sont d'accord pour admettre la presque simultanéité des mouvemens suivans, qui composent le premier temps : contraction de l'oreillette, passage du sang de l'oreillette dans le ventricule, contraction du ventricule, passage du sang dans les artères ; de même que dans la détonation d'une arme à feu, où tout paraît simultané, il y a cependant des actions successives (Harvey, Bérard) ; par conséquent, si un rétrécissement existe à l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, l'ondée sanguine lancée par l'oreillette au premier temps, déterminera à ce même temps un bruit anormal. C'est, en effet, comme on l'a vu plus haut, ce que l'observation démontre. D'une autre part, si l'oreille était toujours capable de distinguer la succession de ces divers mouvemens, elle arriverait à reconnaître que le bruit de souffle du rétrécissement auriculo-ventriculaire précède le choc de la pointe du cœur, ou la pulsation d'une artère voisine. Cela se rencontre effectivement dans un certain nombre de cas où le bruit est dit *présystolique* ; en théorie même, il devrait toujours en être ainsi, mais la rapidité des mouvemens du cœur fait que, dans la pratique, les bruits systoliques sont plus fréquens que les bruits nettement présystoliques.

Quant au bruit de souffle du second temps, l'auteur l'explique par la dilatation du ventricule qui succède à sa systole, dilatation par suite de laquelle une colonne de liquide se précipite au second temps dans le ventricule et est susceptible de produire un bruit en frottant sur les bords du rétrécissement. Entrant dans l'examen des théories des mouvemens du cœur, M. Hérard combat l'opinion de M. Beau, qui soutient que le ventricule ne se dilate pas après sa contraction, et que le sang n'y pénètre qu'au premier temps, lancé par l'oreillette. Il montre que la dilatation est prouvée par les nombreuses vivisections pratiquées sur les animaux à sang chaud, et surtout par les observations d'ectopie du cœur, consignées dans les recueils de médecine ; observations de Harvey (*De generatione animalium*, page 157) ; obs. de Haller (*Disputationes anatomicæ*, vol. 11) ; obs. de Robinson (*American journal*, 1833) ; obs. du docteur Clendinning (*Gazette médicale*, 1836) ; obs. de MM. Cruveilhier et Monod (*Gazette médicale*, 1841 et 1843) ; obs. du docteur Fauvel (*Traité d'auscultation* de MM. Barth et Roger) ; obs. de M. Follin (*Archives de médecine*, tome XXIV). Tous ces faits semblent prouver à l'auteur que la réplétion du ventricule s'accomplit en deux fois, au premier temps au moment de la systole auriculaire ; et au deuxième temps au moment de la dilatation du ventricule et de l'aspiration qui en résulte. Il est facile de comprendre dès lors comment un même rétrécissement peut donner lieu à deux bruits de souffle, l'un au premier, l'autre au second temps ; et comment le passage de la colonne sanguine à travers l'orifice rétréci se faisant avec une inégale force, ces deux bruits se rencontrent avec une inégale fréquence.

Le secrétaire, Ch. Léger.

PRESSE MÉDICALE.

(JOURNAUX ESPAGNOLS.)

La Gaceta medica. — Numéro du 22 Juillet 1853.

Rupture de la matrice et passage du fœtus dans la cavité abdominale, au 7me mois de la grossesse, à la suite d'une chute ; formation d'une tumeur à la région ombilicale et sortie du fœtus, après ouverture spontanée de cette tumeur ; perforation intestinale un mois après, suivie de péritonite et de mort de la malade ; par le docteur B. Vasquez de Povadura.

Nous reproduisons avec intérêt le fait suivant, qui nous paraît probablement unique dans les fastes de l'art, si du moins les choses se sont passées comme le rapporte l'auteur de cette observation.

Manuela Atrio, âgée de 34 ans, ouvrière, d'un tempérament nervoso-sanguin, bien réglée et menant une existence régulière, mariée depuis huit ans et déjà mère de cinq enfans, tous bien portans, et dont elle avait accouché avec la plus grande facilité, d'une santé habituelle excellente, se trouvait enceinte pour la sixième fois, et était déjà parvenue au 7me mois de cette nouvelle grossesse. A cette époque, elle fit une chute dans l'escalier, sur le côté gauche du corps. Immédiatement, sensation de rupture, accompagnée d'une douleur très vive à la région ombilicale et dans le bassin, comme si un corps étranger eût pénétré dans le ventre, et aussitôt après, écoulement peu abondant d'un liquide sanguin par les parties génitales externes, qui s'arrêta de lui-même en très peu de temps. A la suite de cet accident, cette femme s'aperçut qu'elle avait dans le ventre une difformité, due à la présence d'une tumeur volumineuse, située à la région ombilicale. Douleurs vives, inappétence, soif et fièvre intenses, ce qui l'obligea à garder le lit et à réclamer les soins d'un chirurgien.

L'état des choses ne fut pas reconnu : on se borna à quelques applications de cataplasmes et à quelques onctions sur le ventre. Mais deux mois après l'usage de ces moyens, deux mois qui s'étaient passés au milieu des douleurs les plus vives, la peau de la tumeur commença à rougir, à s'amincir, et s'ouvrit, laissant paraître entre les bords de la plaie les extrémités pelviennes d'un fœtus qui paraissait avoir six ou sept mois. Les choses en étaient là, lorsque l'auteur de cette observation fut appelé : la malade se tenait couchée sur le dos, les jambes légèrement rapprochées du corps et fléchies ; à la région ombilicale, existait une tumeur volumineuse, dure, arrondie, avec une ouverture à son centre qui correspondait précisément à l'ombilic, à bords irréguliers, ouverture par laquelle sortait une des extrémités inférieures du fœtus.

M. Vasquez voulut faire comprendre à la malade la nécessité de dilater l'ouverture, afin d'extraire le produit de la conception ; mais celle-ci s'y refusa, lasse qu'elle était de souffrir et ne voulant pas se soumettre à de nouvelles douleurs. En présence de cette résolution bien arrêtée de la malade, ce médecin se retira. Trois jours après, il fut rappelé et il reconnut que le fœtus était sorti en grande partie, dans un état de putréfaction et à la suite de grandes souffrances ; il ne restait que les os occipital et frontal, dont il pratiqua l'extraction avec des pinces ordinaires, après avoir dilaté péniblement l'ouverture. Il profita de l'occasion pour reconnaître la cavité dans laquelle était logé depuis deux mois le produit de la conception. C'était un véritable kyste, de forme arrondie, formé par le péritoine, qui l'isolait complètement des viscères abdominaux, et qui présentait seul une communication extérieure. Une grande quantité de pus, horriblement fétide, remplissait en partie sa cavité, et dans ce pus nageait un ascaride lombricoïde, qui fut extrait vivant avec des pinces.

En présence de cet état de la malade, M. Vasquez pensa qu'il y avait lieu de la mettre à un régime analeptique, en même temps qu'on faisait des pansemens fréquens avec un liquide antiseptique. Cette femme éprouva une amélioration très sensible dans son état, à la suite. Le sac se vidait peu à peu ; la suppuration diminuait, et les lèvres de la plaie présentaient un aspect favorable à la cicatrisation. L'état général n'était pas moins satisfaisant. L'alimentation était bien supportée, et la malade avait repris un peu ses forces.

Cet état continua pendant un mois, au bout duquel, au milieu de la nuit, la malade, qui avait beaucoup mangé la veille, et des alimens d'une digestion difficile, fut prise de vomissemens répétés, et peu de temps après d'une douleur atroce à la région ombilicale. Le lendemain, M. Vasquez la trouva dans l'état le plus alarmant, la face altérée, en proie à des douleurs assez fortes qui s'étendaient à tout le ventre, et augmentaient à la pression la plus légère ; pouls fréquent et serré ; sortie des matières fécales par l'ouverture qui était en voie de cicatrisation à la région ombilicale. Ces symptômes indiquaient évidemment qu'au fond du sac s'était rompue une des anses intestinales qui en formaient les parois, avec passage des matières fécales dans le péritoine. La mort eut lieu le lendemain, au milieu de grandes souffrances. L'autopsie fut refusée par la famille.

THÉRAPEUTIQUE.

CHORÉE GUÉRIE PAR LE CHLOROFORME.

On lit l'observation suivante dans le dernier numéro du *Dublin quarterly journal* :

Un jeune homme de 12 ans, d'une intelligence ordinaire, ayant toujours joui jusque-là d'une excellente santé, présenta, comme premier symptôme de la maladie, de la difficulté à écrire. Ses camarades d'école qui se trouvaient à côté de lui, se plaignaient de ne pouvoir apprendre leurs leçons, parce qu'il était toujours en mouvemens. On remarqua aussi qu'il était incertain dans sa marche, et qu'il remuait les membres d'une manière maladroite. Sa bouche se tordait quelquefois, ses bras, et plus particulièrement ses doigts, étaient perpétuellement agités ; il ne semblait pas maître de ses mouvemens. Peu à peu la maladie s'étendit à presque tout le système musculaire, et tout son corps fut continuellement agité de soubresauts brusques et violens. Bientôt il ne fut même plus capable de porter la nourriture à sa bouche, et aucun mouvement volontaire ne put s'accomplir d'un seul trait. Le mal fit des progrès rapides, la marche devint impossible, les muscles de la face étaient sans cesse contractés, la bouche était tirée dans toutes les directions, il se mordait souvent la langue, et l'agitation s'étendait à tous les muscles du corps.

Dans cet état quatre personnes suffisaient à peine à le contenir ; il dormait rarement et jamais plus d'une demi-heure de suite.

Tous les moyens conseillés en pareil cas furent essayés, mais sans aucune espèce de succès, l'opium fut donné à doses aussi élevées que possible et n'amena point de sommeil. Ce fut dans ces circonstances désespérées que sir Henri Marck crut pouvoir recourir au chloroforme comme dernier remède à tenter. Un demi-gros de cette substance fut répandu sur un mouchoir de poche et approché du nez et de la bouche. Après qu'il en eut dépensé environ deux gros de cette manière, les muscles cessèrent de s'agiter ; la main droite fut la dernière partie du corps qui resta en repos. L'inhalation du chloroforme ne fut pas suivie de sommeil ; après être resté tranquille pendant quelque temps, le corps s'agita de nouveau, mais les mouvemens étaient beaucoup moins brusques et moins violens. La nuit qui suivit l'inhalation du chloroforme, l'enfant dormit au moins cinq heures, non cependant sans de fréquens réveils. Le jour suivant, deux personnes le contenaient sans peine. Le chloroforme fut administré comme on avait fait la veille, et il éprouva de nouveau un calme complet. La nuit fut très bonne, mais le jour suivant il était aussi mal que jamais, pendant deux nuits il eut à peine de sommeil. On donna de nouveau le chloroforme, mais cette fois on persista dans son emploi jusqu'à ce qu'on eût déterminé un profond sommeil. Il n'y avait cependant ni gonflement ni lividité de la face. Le sommeil continua pendant quelques heures, et le lendemain le malade était sensiblement mieux, il était calme et paisible. Les membres étaient encore agités, mais les mouvemens n'étaient ni brusques ni violens comme ils l'avaient été. On pouvait facilement lui mettre de la nourriture dans la bouche, ce qu'on avait eu jusque-là beaucoup de peine à faire. Pour la première fois alors il dormit pendant plusieurs nuits sans le secours du chloroforme. A partir de cette époque l'amélioration fut rapide et il ne tarda pas à se rétablir entièrement.

COURRIER.

Un bien triste accident vient d'arriver à un de nos confrères distingués de Paris. Vendredi matin, M. le dr Giraldès, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, procédait à l'examen anatomique d'un larynx ossifié par l'âge. Les ciseaux à l'aide desquels il voulait pratiquer la section de l'organe se sont brisés, et la pointe de l'une des branches est venue frapper l'œil droit de notre confrère. Des accidens redoutables se sont aussitôt manifestés. Malgré les soins empressés de M. le professeur Velpeau, tout fait craindre que la vision ne soit perdue de cet œil. Cette triste nouvelle est accueillie partout avec une douloureuse sympathie.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — Le gouvernement hollandais a reçu de son ministre plénipotentiaire à Stockholm, la notification officielle que le choléra règne en ce moment à Abo, Elseneur, Saint-Pétersbourg, Cronstadt, Narva, Revel, Riga et Copenhague ; et que les villes et les territoires suivans peuvent être considérés comme suspects d'infection : toutes les côtes de Finlande depuis Christianstadt jusqu'aux frontières de la Russie, tous les ports russes du golfe de Finlande et de la Baltique, et les ports de la Zélande.

Par suite des progrès alarmans du choléra à Copenhague et dans les environs, des commissions ont été formées dans diverses villes du Jutland et du Schleswig, pour s'occuper des mesures hygiéniques à prendre. Les autorités militaires de Flensbourg ont pris des mesures pour faire observer les règles de l'hygiène dans les casernes et les baraquemens des troupes ; il a été décidé, en outre, qu'il n'y aurait plus d'exercice ni de corvées par les grandes chaleurs. Une lettre de Copenhague, en date du 29 juillet, annonce que depuis la veille le choléra avait fait des progrès considérables : 346 nouveaux cas et 184 décès en un jour. Le nombre total des cas s'élevait à 4,759 et celui des décès à 2,508. Parmi les victimes, on comptait 9 médecins, dont un attaché à la maison du roi, M. Witthusen, le célèbre peintre M. d'Eckenberg, etc.

Le *Journal de St-Pétersbourg* annonce que le choléra fait en ce moment d'affreux ravages dans le gouvernement de Kiew et de Tolyn, et qu'il s'est montré dans la grande ville commerciale de Beryczen.

A New-York, le choléra règne aussi avec une grande intensité : du 9 au 16 juillet, on a compté 564 cas, chiffre le plus élevé qu'il y ait eu depuis longtemps. A La Havane, il enlevait par centaines les noirs travailleurs aux sucreries : un seul planteur en avait perdu 140. A la Vera-Cruz, l'épidémie est également en progrès. Enfin, la fièvre jaune continue ses ravages à la Nouvelle-Orléans et à la Jamaïque.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Maltestet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 95. SEPTIÈME ANNÉE. **Jeudi 11 Août 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12. A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 10 AOUT 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous renonçons à raconter les exploits de la commission des remèdes secrets. C'était hier le jour des sacrifices, et le nombre des victimes a été plus considérable que jamais. Après que les morts ont été enterrés, M. Danger, médecin chimiste, a lu une note sur l'emploi de l'iode dans la phthisie pulmonaire. Ce travail ayant été renvoyé à une commission, nous nous abstiendrons de toute appréciation jusqu'au moment du rapport. Il en est de même d'une communication de M. le dr Szokalski, sur trois observations de tumeurs cancroïdes de la face dorsale de la main. La séance a été terminée par le récit d'une opération hardie, entreprise et heureusement menée à fin par M. Maisonneuve, d'une exostose de l'os ethmoïde, qui a nécessité l'ablation d'une grande partie de cet os. Nos lecteurs trouveront ce récit dans ce numéro même.

L'Académie s'est formée en comité secret à quatre heures, pour entendre une proposition de modification au réglement. Il s'agirait, si nous sommes bien informé, d'élargir le cercle dans lequel l'Académie a pu se mouvoir jusqu'à ce jour dans le cas d'élection de ses associés et de ses correspondans. Ce sujet pouvant intéresser un certain nombre de nos confrères des départemens et de l'étranger, nous en dirons quelques mots aussitôt que nous saurons au juste de quoi il s'agit.

DERMATOLOGIE.

LE BOUTON D'ALEP.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Le chapitre du diagnostic est un des plus étendus de ce travail. Ce n'est pas que, généralement, le diagnostic ne soit très facile à établir. Si l'on se rappelle, en effet, la description précédente si caractéristique, le siége, la marche, la durée, il sera presque toujours facile de poser un diagnostic précis. C'est ainsi que M. Willemin a pu, dans de nombreux exemples qu'il rapporte, tantôt diagnostiquer le bouton masqué sous les apparences d'autres éruptions, tantôt, au contraire, en éloigner l'idée par une observation et une analyse symptomatique véritablement remarquables. Je n'insiste pas sur ces détails, trop techniques, dont l'analyse d'ailleurs serait impossible à faire. C'est dans le travail même de M. Willemin, qu'il publiera sans doute, que les médecins pourront lire le diagnostic différentiel du bouton d'Alep de l'impétigo dans quelques-unes de ses formes, de l'acné, de l'ecthyma, de la syphilide tuberculeuse surtout, avec laquelle il est le plus facile de le confondre.

Le pronostic n'a ordinairement aucune gravité. Les conséquences les plus sérieuses du bouton d'Alep sont les cicatrices indélébiles qu'il laisse à sa suite, et dont, au reste, les alépins et les alépines même se montrent fort peu soucieux.

Un observateur aussi éclairé que M. Willemin ne pouvait pas se borner à décrire la maladie à l'instar d'un naturaliste. En présence d'une endémie si singulière et si générale, il a voulu rechercher et étudier les conditions de son développement, c'est-à-dire son étiologie. C'est aussi ce que notre savant confrère a fait avec zèle, ce qui l'a conduit à des résultats que le lecteur appréciera; l'analyse de cette partie du travail de M. Willemin le dédommagera de l'aridité des détails qui précèdent.

Quelle peut être la cause de cette singulière affection? M. Willemin commence par rejeter toute influence climatérique, car le bouton d'Alep n'a pas de saison, il se manifeste aussi bien pendant l'hiver, assez rigoureux de cette contrée, que durant les chaleurs de l'été. Ce n'est pas non plus dans l'air qu'il en faut rechercher la cause, car des villages situés à quelques kilomètres seulement d'Alep, en sont exempts. D'un autre côté on voit la même affection sévir dans des localités dont l'altitude, la latitude, la température, offrent de grandes différences. Depuis longtemps l'opinion générale s'est accordée à attribuer la cause du mal à l'eau employée pour la boisson, et cette opinion semble à M. Willemin pouvoir être étayée sur des argumens irréfragables.

Et d'abord, M. Willemin indique les résultats fournis par une expérience qui paraît concluante, celle qui a été quelquefois faite par des familles et par des harems turcs. « De hauts employés ottomans, dit-il, entr'autres l'un des derniers Cadis d'Alep, eurent la précaution de ne faire boire à leurs femmes et à leurs enfans, que l'eau d'une source très pure, voisine de la ville.... Or, il m'a été déclaré formellement, par les secrétaires du maréchal, gouverneur d'Alep, que l'expérience a été suivie d'un succès complet : Personne, dans ces harems, n'a été atteint du bouton. »

Mais il est un moyen aisé de vérifier le fait sur une plus large échelle, et le voici : Alep est baigné par une petite rivière, le Coïq, dont l'eau se boit, soit pure, soit mêlée à celle de quelques sources situées à 8 kilomètres de la ville. Si cette eau est réellement chargée du principe morbifique, toxique, les villages qui en boivent, doivent être affectés du bouton; et, comme contre-épreuve, ceux qui s'abreuvent à d'autres sources, doivent en être exempts. Or, les résultats de l'observation sont parfaitement concluans et confirmatifs de cette supposition. C'est ce qu'avait déjà annoncé M. Guilhou dans sa thèse inaugurale, à laquelle se trouve jointe une carte qui représente le cours de la rivière avec les villages situés à sa proximité. Ceux qui boivent de l'eau d'un ruisseau, d'un affluent quelconque du Coïq, sont préservés du fléau; les autres (indiqués par un cercle rouge), en sont tous affectés.

M. Willemin voulut s'assurer par lui-même de la vérité du fait. Il fit une première excursion au hameau du Heilan, situé à 8 kilomètres environ au nord d'Alep, et marqué sur la carte de M. Guilhou, du signe fatal. Il examina une grande partie de ses habitans, et il ne vit en tout que deux enfans et une jeune fille de 13 ans, qui portaient le bouton. Il commençait à craindre fort pour la théorie ; mais il apprit et il put se convaincre que ces paysans ne buvaient de l'eau ni du Coïq, ni même des sources qui alimentent, concurremment avec la rivière, le canal d'Alep : ils boivent de l'eau de puits.

M. Willemin se dirigea ensuite sur le hameau d'Ansary, situé à 3 kilomètres au N.-O. d'Alep, sur une hauteur, dans une position très-saine. Cette localité est encore flétrie du cercle rouge par M. Guilhou. Double erreur en ce que d'une part ses habitans ne boivent qu'exceptionnellement de l'eau du Coïq, pendant les chaleurs de l'été, alors que leurs citernes sont à sec, et d'autre part, en ce que le bouton est loin d'y être endémique. Il vit plusieurs enfans et des adultes qui n'en présentent absolument aucune trace, malgré les communications, nécessairement fréquentes de ce village avec la ville voisine, et malgré l'usage quelquefois forcé de l'eau de la rivière. Un vieillard du pays lui fit observer, comme s'il eût deviné sa secrète préoccupation, que « ceux des villageois

---

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Exposition des principes de l'école méthodique. — Dichotomie pathologique. — Comment les méthodistes comprenaient la généralisation des maladies. — Pourquoi ils niaient la spécificité des maladies. Discussion. — Dangereux écueil des systèmes dichotomiques. — Périodes des maladies d'après les méthodistes.

XVIII.

Histoire de la secte méthodique ou solidiste.

Coup d'œil sur les doctrines modernes dérivées du méthodisme (suite). — Pour Broussais l'excitabilité est la condition de la santé, mais trop forte ou trop faible, elle produit la maladie. Maladies de force ou *sthéniques*, maladies de faiblesse ou *asthéniques*, nous voilà encore rentrés dans le cercle dichotomique des méthodistes. Ainsi, il est facile de le voir, augmentation ou diminution de l'action des solides, tel est le principe fondamental, commun à toutes les écoles dont nous venons de parler, depuis l'école méthodique de Rome qui eut pour chef Thémison, jusqu'à l'école physiologique de Paris, dont Broussais fut le fondateur.

Cette doctrine, nous l'avons déjà dit, a son côté vrai; elle se vérifie dans un certain nombre de cas; ses fondateurs ou propagateurs avaient raison à certains point de vue, mais, comme il arrive à tous les faiseurs de systèmes, ils ont pris des faits particuliers pour des faits généraux. Ils n'ont vu qu'un coin du tableau de la pathologie, dont l'ensemble se dérobait à leurs regards sous le voile du système. Dans le plus grand nombre des cas, en effet, les maladies résultent non pas de ce que l'action organique normale augmente ou diminue, mais de ce qu'une action de nature différente se produit. Dans le cancer, par exemple, est-il possible de voir un produit de la nutrition normale augmentée? Sans doute, avant ou après l'apparition du cancer il peut se faire et il se fait une augmentation d'action organique, qui, s'ajoutant au produit hétérogène, en accroît le volume, épaissit et hypertrophie les tissus normaux au sein desquels le cancer s'est développé; mais cette augmentation d'action organique ne peut expliquer la formation du cancer qui est, bien évidemment, le produit d'une action hétérologue.

Il m'a paru important et intéressant, dit M. Andral, à l'occasion de l'exposition des principes méthodiques, de passer en revue les diverses écoles qui ont fait, de ces idées, le fondement de leurs doctrines : je l'ai fait dans le but de montrer comment, lorsqu'une idée renferme quelque chose de vrai, elle vit, se conserve, et, bien qu'elle disparaisse par intervalles, se développe et jette dans la science des racines plus ou moins profondes. La doctrine méthodique n'est pas toute la science, tant s'en faut, mais elle est la représentation d'une partie de la science; voilà pourquoi elle a vécu et a traversé les siècles pour arriver jusqu'à nous. Par cela même qu'une idée a une certaine durée, qu'abattue, elle s'est relevée, que plongée dans les ténèbres elle est revenue à la lumière, il faut admettre qu'elle contient quelque chose de vrai, car la vérité seule donne la vie aux doctrines qui s'éteignent et meurent bientôt, quand leur manque l'influence de son esprit vivificateur.

Après cette revue très sommaire, revenons à l'école méthodique. Le premier principe de cette école est la division des maladies en deux grandes classes : maladies de resserrement ou de *strictum*, maladies de relâchement ou de *laxum*. Le strictum ou le laxum peuvent exister seuls, ou coexister sur des parties différentes du corps. Dans ce dernier cas, la maladie qui résulte de ce mélange de strictum et de laxum constitue un maladie mixte ou de *mixtum*.

Il se manifeste, chez les méthodistes, une remarquable tendance à rapporter le plus grand nombre des maladies au *strictum*. La conséquence de cette tendance théorique est de les conduire en pratique à l'emploi, presque exclusif, des moyens relâchans ou débilitans, dans le traitement des maladies. A ce point de vue, Brown s'est considérablement éloigné des doctrines de l'école méthodique; il en a même pris le contre-pied, puisque, suivant lui, la plupart des maladies sont asthéniques et réclament l'emploi des toniques.

Sur quels caractères les méthodistes faisaient-ils reposer cette division des maladies en deux classes, et à quels signes pouvaient-ils distinguer une maladie de strictum, d'une maladie de laxum? Voici le côté faible, très faible, de l'école méthodique. Il règne à cet égard beaucoup de vague et d'incertitude, et un désaccord frappant entre les divers auteurs de cette secte. Quelques-uns, ne sachant ou trouver des signes bien caractéristiques du strictum ou du laxum, de guerre lasse, s'avisèrent d'un expédient très commode, celui de faire entrer le plus grand nombre des maladies dans le genre *mixtum*.

Cependant les méthodistes admettaient des exceptions à la règle fondamentale qu'ils avaient posée, et pensaient qu'il existait des maladies indépendamment du strictum ou du laxum. Telles étaient les affections traumatiques, chirurgicales, les maladies liées à des vices de conformation, à des altérations dans le volume des organes, aux déplacemens de ces mêmes organes; tels étaient aussi les empoisonnemens dont ils faisaient une classe particulière de maladie. Relativement aux hémorrhagies, même incertitude au sujet de leur classement; aussi Cœlius Aurelianus les décrit et les traite sans s'inquiéter de la question de savoir si on doit les rapporter au strictum ou au laxum.

On trouve dans Brown un principe fondamental d'après lequel il établit : qu'à l'exception des cas où un point circonscrit du corps est soumis à l'action d'un agent extérieur, toute maladie est générale ou universelle, liée à une *diathèse* sthénique ou asthénique. Bien que toute maladie soit générale, ajoute Brown, cela n'empêche pas qu'il ne se produise des effets plus marqués de la maladie sur certains organes ou certains points du corps; ces effets n'étant que des manifestations locales de la diathèse. Brown écrivait cela vers la fin du dix-huitième siècle, et, pour le dire en passant, c'est la première fois que nous voyons le mot diathèse pris dans une semblable acception, mais 1,800 ans avant lui Thémison avait émis les mêmes idées. Dans une maladie, disait-il,

qui se rendent *souvent* en ville, y sont plus exposés que les autres parce qu'ils boivent de l'eau d'*Autab* : allez une heure plus loin, où les communications avec Alep sont bien plus rares, vous ne trouverez plus de bouton. »

C'est ce que M. Willemin fit le lendemain : Il se transporta au village de Bellaramon, à 6 kilomètres au N.-O. d'Alep, village bien situé, bien bâti, où l'on boit toute l'année de l'eau de pluie. Il le visita en détail, examina presque chaque chaumière; on peut dire que le *bouton n'y existe pas.*

Il se rendit enfin au hameau de Cheïk-Saïd, à 5 kilomètres au S.-O. d'Alep, sur une hauteur également et à 10 minutes du Coïq, d'où il tire exclusivement son eau. *Le bouton y est très général.*

De pareils faits paraissent péremptoires à M. Willemin.

Quel est l'élément toxique que charrie cette eau du Coïq, élément qui se retrouve, sans doute, dans les eaux que l'on boit à Orpha, à Mossoul, à Bagdad? M. Willemin n'a pu le rechercher, mais afin que la chimie éclaire ce problème, si elle le peut, il a envoyé dix bouteilles d'eau du Coïq dont il attend, dit-il, l'analyse avec une vive curiosité (1). Pour sa part, il a pu s'assurer, en faisant réduire au 10e par l'ébullition de l'eau du Coïq, toujours bourbeuse et rougeâtre, qu'elle ramenait au bleu le papier de tournesol légèrement rougi.

Le traitement de cette affection parmi les alépins est à peu près nul. Ils pensent même qu'un traitement abortif, s'il en existe, a pour conséquence la cécité. Rien ne prouve que ce ne soit pas là un préjugé local. Ils se bornent d'ailleurs à l'application de quelques topiques inoffensifs.

M. Willemin recherche quel serait le traitement préventif, et celui qui lui vient naturellement à l'esprit est celui qui consisterait à ne pas boire l'eau du Coïq. Il assure qu'on le pourrait à Alep, soit en faisant usage de l'eau des puits qu'il dit n'être point saumâtre comme le pensent les habitans du pays, soit en détournant de l'aqueduc qui conduit au canal d'Alep l'eau des sources voisines, une branche du Coïq qui se mélange à elles.

M. Willemin termine ce remarquable mémoire par le récit des expériences qu'il a tentées pour chercher à inoculer la maladie comme moyen préventif. Le chien est sujet à la maladie; un médecin, le docteur Lantz, prétend que le chat et les oiseaux carnassiers le sont également. L'auteur n'a rien vu qui démontrât le fait pour le chat et les oiseaux, mais il a observé deux chiens atteints du bouton à l'extrémité du nez. L'idée d'inoculer le bouton du chien à l'homme paraît avoir été exécutée pendant l'occupation égyptienne. Le résultat est inconnu. On parle encore à Alep de deux jeunes commis d'un négociant allemand, auxquels on inocula le pus d'un chien. Chez tous deux, il se serait développé un léger bouton; l'un aurait succombé quelque temps après, mais l'autre aurait vécu onze ans à Alep, sans contracter l'infection endémique. Tous ces faits, comme le remarque l'auteur, manquent de garantie suffisante.

M. Willemin a cherché à reprendre ces expériences. Il ne lui a pas été possible d'inoculer du chien à l'homme, les individus s'y étant formellement refusés. Force lui a été d'employer du pus, ou plutôt de la lymphe sécrétée par des boutons d'homme.

Il a inoculé ainsi :

6 enfans âgés de quelques mois à quelques années, alépins, non encore atteints de la maladie;

(1) Ces bouteilles sont depuis longtemps déposées à l'Académie de médecine.

9 étrangers, la plupart adultes, résidant depuis un temps variable et impunément à Alep;

Enfin, 1 jeune alépin, âgé de 18 ans, d'origine française, et qui avait été atteint, dans son enfance, de la maladie endémique.

Sur les 6 enfans, 2 ayant été inoculés la veille de son départ, il n'a pu avoir sur eux aucun renseignement; sur les 4 autres, 2 ont été réfractaires; chez les 2 autres, l'opération a été suivie de résultat.

Sur 8 des 9 étrangers, l'inoculation n'a produit aucun effet significatif; légère irritation de la piqûre, petite vésicule, et c'est tout.

Chez le 9e sujet, ainsi que chez les deux enfans et le jeune alépin, antérieurement affectés du bouton, voici comment les choses se sont passées :

Dès le quatrième ou le cinquième jour, il s'était formé de *petites pustules* recouvertes, à leur sommet, d'une petite croûte mince. Quelques-unes d'entre elles se desséchèrent rapidement; l'épiderme s'étant déchiré, on vit de petites ulcérations superficielles, qui ne tardèrent pas à se couvrir d'une croûte plus épaisse que la première, brune, sèche et adhérente. Chez chacun de ces quatre sujets, il y eut un des boutons pustuleux qui prit du développement. M. Willemin étant parti dix ou douze jours après ces inoculations, n'a pu en suivre les conséquences, que M. le docteur Thomassini, résidant sur les lieux, et qui s'est soumis lui-même à cette opération, a promis de lui faire connaître.

Tel est, en substance, le mémoire de M. Willemin, qu'il nous a paru utile d'analyser pour les médecins appelés à pratiquer dans les contrées où règne cette endémie.

Amédée Latour.

CHIRURGIE.

EXOSTOSE ÉBURNÉE DE L'OS ETHMOIDE, OCCUPANT TOUTE LA MASSE LATÉRALE DROITE DE CET OS; — EXTIRPATION COMPLÈTE; — GUÉRISON RAPIDE, AVEC CONSERVATION PARFAITE DES FONCTIONS ET DES MOUVEMENS DE L'OEIL;

Par M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin.

M. Maisonneuve a présenté à l'Académie de médecine, à la fin de la dernière séance, un jeune homme chez lequel il a fait, il y a trois semaines, l'extirpation d'une exostose de toute la masse latérale droite de l'os ethmoïde. Cette tumeur, du volume d'un petit œuf, et dure comme de l'ivoire, avait complètement chassé l'œil de l'orbite, et causait au malade d'intolérables douleurs.

Par une opération aussi heureusement exécutée que hardiment conçue, M. Maisonneuve a fait l'ablation complète de la tumeur, et, chose remarquable, l'œil, replacé dans l'orbite, a complètement recouvré la faculté de voir. Tous ses mouvemens les plus délicats ont été conservés, et la physionomie ne présente pas la moindre altération.

Voici les détails de cette opération :

Observation. — Joffrin (Théodore), âgé de 22 ans, journalier, d'une constitution robuste, raconte que, vers les premiers jours du moi de mars 1853, il commença à ressentir dans la région de l'orbite une sorte de pesanteur et de douleur sourde ; en même temps, il s'aperçut que son œil droit devenait un peu plus saillant que l'autre. Il y fit d'abord peu d'attention, ne soupçonnant pas que cela pût être le début d'une maladie sérieuse. Mais bientôt les douleurs orbitaires prirent une intensité considérable, il lui semblait que son œil était pressé dans un étau. Cet organe commença aussi à se dévier en dehors et à sortir de l'orbite en refoulant les paupières en avant.

C'est alors qu'il se décida à consulter un médecin, Celui-ci reconnut l'existence d'une exophthalmie causée par une tumeur dure, placée vers la partie profonde et la partie interne de l'orbite ; et considérant, avec raison, cette affection comme extrêmement grave, il engagea le malade à se rendre à Paris et à venir consulter M. Maisonneuve, à l'hôpital Cochin.

C'est le 5 juillet que ce chirurgien le vit pour la première fois ; l'œil droit était complètement sorti de l'orbite et fortement porté vers la tempe. Les paupières ne le recouvraient que fort incomplètement, aussi la conjonctive était-elle le siége d'un certain degré d'inflammation. Les larmes, cependant, continuaient leur cours régulier, et, chose remarquable, la vision n'était pas entièrement abolie.

A l'angle interne de l'œil, on reconnaissait, au toucher, la pointe arrondie d'une tumeur évidemment plus profonde, et dont on constatait la présence en déprimant les parties molles. Cette tumeur avait une dureté osseuse ; elle était peu sensible à la pression ; mais elle était le siége de douleurs sourdes et continues qni fatiguaient beaucoup le malade et le privaient de sommeil. La narine correspondante était libre.

En présence de ces symptômes, M. Maisonneuve n'hésita point à diagnostiquer une exostose de la paroi interne de l'orbite, exostose probablement éburnée.

Quelle était la cause de cette affection? Le malade n'accusait aucune circonstance qui pût donner, à cet égard, le moindre éclaircissement. Il n'avait jamais reçu de coup sur l'œil, n'avait jamais eu de syphilis, d'affections cutanées, d'accidens scrofuleux.

Néanmoins, avant de rien entreprendre de chirurgical, M. Maisonneuve crut devoir essayer les préparations iodurées. Le malade fut soumis à l'iodure de potassium, à la dose de deux grammes dans les vingt-quatre heures. Ce traitement fut continué pendant quinze jours seulement, parce que la tumeur, loin de diminuer, continuait à faire des progrès sensibles, et surtout parce que les douleurs n'avaient pas subi la moindre amélioration.

Le malade désirait vivement l'opération. M. Maisonneuve se rendit à ses instances, et l'exécuta le jeudi 14 juillet de la manière suivante :

Le malade étant préalablement soumis au chloroforme, le chirurgien cerna, par une incision demi-circulaire toute la partie interne de la circonférence de l'orbite, en commençant au-dessus du sourcil. Les parties molles furent ensuite disséquées jusqu'aux os ; de sorte que le périoste compris dans le lambeau entraîna avec lui le muscle orbiculaire et même la poulie du grand oblique.

Cette dissection rapide mit à découvert toute la partie antérieure de la tumeur et une partie de sa face interne. Avant de passer outre, il fallut d'abord étancher le sang en faisant la ligature de trois ou quatre petites artérioles. Puis commença la partie difficile de l'opération.

La tumeur, incrustée dans la paroi interne de l'orbite, remplissait plus des deux tiers de cette cavité. Sa base ne présentait aucun rétrécissement, et semblait se continuer non seulement avec la paroi orbitaire interne, mais encore avec les parois supérieure et inférieure. Son extrémité postérieure était située trop profondément, pour qu'il fût possible de la circonscrire. La partie antérieure seule offrait une saillie mamelonée sur laquelle on pouvait avoir prise.

M. Maisonneuve chercha d'abord à attaquer cette exostose avec une scie à molette de M. Charrière, avec celle de M. Martin, etc. L'étroitesse de la cavité, dans laquelle il fallait manœuvrer, ne permit pas de faire usage de ces instrumens. On essaya alors les pinces de Liston. Mais le tissu de la tumeur était tellement dur et compact, que cet instrument, malgré les efforts les plus considérables, ne parvint même pas à l'entamer. Plus d'une demi-heure se passa dans ces tentatives infructueuses. Deux fois les pinces de Liston se brisèrent sous les efforts réunis du chirurgien et de deux aides. Une autre pince, fournie par M. Charrière qui assistait à l'opération, eut le même sort.

Convaincu qu'il ne pouvait rien obtenir des instrumens sécateurs, le chirurgien envoya quérir un ciseau à froid, puis, à l'aide de cet instrument et d'un maillet, il chercha à buriner la tumeur. Celle-ci résistait

---

on peut bien voir les effets du *strictum* ou du *laxum* se prononcer, se marquer plus fortement sur une partie circonscrite du corps, mais le *strictum* ou le *laxum* existent dans le corps tout entier : toute maladie est générale et réclame un traitement général.

Ainsi, un des dogmes fondamentaux de l'école méthodique, c'est la généralisation des maladies, les lésions n'étant que des manifestations locales d'un état général. C'était, du reste, une tendance commune chez les anciens, de proclamer l'universalité des maladies, tendance manifestée chez Hippocrate sous une autre forme que chez les méthodistes. Hippocrate regarde la maladie comme une altération générale, *totius substantiæ;* mais il admet que, dans beaucoup de cas, elle commence par une partie limitée du corps pour s'irradier de là, par l'intermédiaire des sympathies, à tout l'organisme et se généraliser, de telle sorte que, dans toute maladie, primitivement ou consécutivement, l'économie entière est atteinte. Brown et les méthodistes ne veulent pas qu'une maladie soit considérée comme primitivement locale, attendu que l'augmentation ou la diminution de l'excitabilité, du strictum ou du laxum, ne peut être d'abord limitée à une partie du corps, mais existe dès le principe dans toute l'économie, les lésions locales étant toujours liées, comme effets, à la lésion générale. Nous voyons donc se débattre, au berceau même de la médecine, les mêmes idées qui font encore aujourd'hui l'objet des discussions incessantes des médecins.

Bien qu'admettant, dans tous les cas, la généralisation des maladies à leur début, l'école méthodique pensait qu'il fallait, en même temps qu'on s'adressait à l'universalité du corps, ne pas négliger le traitement de la lésion locale, mais c'était l'état général qui devait diriger principalement la thérapeutique.

Thessalus, après avoir donné des détails très circonstanciés sur le traitement local des ulcères, ajoute : « Quel que soit le soin avec le quel vous traitez localement les ulcères, vous échouerez si vous ne traitez pas simultanément tout le corps. » Fidèle aux principes de l'école méthodique qui ne cherchait qu'à fortifier ou affaiblir les malades, Thessalus traitait les ulcères par les toniques. Il avait raison. Combien de fois, en effet, ne suffit-il pas, pour voir disparaître des ulcères rebelles à tous les topiques, de donner aux malades un air meilleur, de bons alimens, du vin généreux, du vin de quinquina, par exemple? Mais est-ce là tout? Le traitement indiqué par Thessalus convient-il à tous les ulcères? Non sans doute. Que l'ulcère soit d'une nature spéciale, syphilitique, par exemple, il y aura autre chose à faire que de tonifier l'économie. Adressez-vous à l'élément nouveau sous l'influence du quel l'ulcère s'est produit, et, alors, en traitant l'organisme par des moyens spéciaux, vous ferez disparaître l'affection locale en guérissant la maladie générale ou la diathèse qui lui a donné naissance. En généralisant les considérations précédentes, nous dirons : oui Thémison, Thessalus et les autres méthodistes avaient raison, en principe, lorsqu'ils prétendaient que dans les maladies il faut traiter toute l'économie, mais il se trompaient, dans l'application, en voulant, dans tous les cas, affaiblir ou fortifier. Les maladies spécifiques ne cèdent pas à une pareille thérapeutique.

Un autre principe des méthodistes était de n'attacher que très peu d'importance à l'étude ou à la connaissance des causes des maladies, puisque, disaient-ils, une fois la maladie produite, la connaissance de la cause ne modifie en rien le traitement. Soit, par exemple, une pneumonie. En quoi la notion de la cause qui l'a produite peut-elle modifier le traitement de cette affection, puisque la cause ne fait point partie de la maladie? Les méthodistes avaient raison dans beaucoup de cas, mais non pas dans tous. Enfermés dans leur dichotomie, attribuant toutes les maladies au *strictum* ou au *laxum*, ils ne voyaient pas que, souvent, la nature de la maladie est déterminée par sa cause; que, souvent aussi, cette cause fait partie de la maladie, et que, pour guérir celle-ci, il faut s'adresser à la cause dont l'influence l'a produite et l'entretient. Conséquens avec leurs principes, les méthodistes niaient les canses spécifiques, la spécificité des maladies, malgré l'éclatant démenti que les faits donnaient à leur opinion.

Les méthodistes, entraînés par leur idée préconçue sur l'altération primitive, selon eux, commune à toutes les maladies, regardaient comme parfaitement inutile de rechercher dans les divers cas morbides, les différences qui peuvent provenir de l'âge, du sexe, des tempéramens, des saisons, des pays, des climats, ne tenant ainsi aucun compte de ces principes d'éternelle vérité, proclamés avec tant de raison par le père de la médecine.

Hippocrate avait dit : pour bien connaître une maladie il faut étudier à la fois ce qu'elle a de commun avec d'autres maladies, et ce qu'elle a de particulier. Les méthodistes ne prirent, de cette phrase d'Hippocrate, que la première partie. Suivant eux on doit envisager, dans les maladies, seulement ce qu'elles ont de commun, et négliger ce qu'il y a de propre. Or, le caractère commun des maladies, pour les méthodistes, c'et le *strictum* et le *laxum.* Les méthodistes avaient tort, car s'il ne faut pas négliger ce que les maladies ont entre elles de commun, il n'en est pas moins vrai que ce qui fait la nature d'une maladie, c'est ce qu'elle a de propre et de particulier. Les différens partisans des principes méthodistes, depuis Thémison jusqu'à Broussais, sont tous tombés dans cette erreur. Ainsi, pour Broussais, la phthisie pulmonaire n'était qu'une pneumonie chronique. Qu'importe, disait-il, la terminaison de l'inflammation par tubercules, cancer, etc., le traitement est le même et doit s'adresser à l'augmentation d'action organique, à l'irritation; grave et dangereuse erreur. L'irritation est la cause possible de la production des tubercules ou du cancer : ce n'est pas une cause nécessaire et unique; elle n'a pas seule amené le développement de ces produits anormaux; car ce qui prime dans ce développement, c'est la prédisposition, influence occulte qui constitue ce que la maladie a de propre, de spécial. Et, d'ailleurs, comment admettre l'influence exclusive de l'irritation dans la production de la phthisie pulmonaire, par exemple, lorsque, pour combattre cette maladie et enrayer ses progrès, on ne trouve rien de meilleur que les fortifians, les toniques, les stimulans, enfin, tous les moyens qui, loin de calmer l'irritation, l'excitent au contraire, et lui impriment plus d'activité? Voilà le dangereux écueil de tous ces systèmes dichotomiques qui se sont succédé en médecine depuis Thémison jusqu'à Broussais.

Les méthodistes accordaient une grande attention aux périodes des maladies. Ils supposaient que chaque maladie se divisait en un grand nombre de périodes, pendant lesquelles se produisaient des changemens, des modifications intimes qui se traduisaient par l'apparition de symptômes particuliers indiquant des modifications correspondantes dans le traitement. Dans les maladies aiguës, par exemple, ils prétendaient que tous les trois jours les phénomènes se modifiaient; c'est pourquoi ils avaient l'habitude de modifier le traitement de trois en trois jours. L'observation ne justifie pas cette manière de voir, et il est difficile de dire de quelles considérations théoriques les méthodistes déduisaient une semblable pratique.

De tels principes devaient conduire les méthodistes à étudier avec soin tout ce qui a rapport à la durée des maladies. C'est ce qu'ils firent, et c'est à eux que nous devons la division capitale des maladies en aiguës et en chroniques. Les grands caractères qui distinguent ces grandes classes d'états morbides, et surtout les différences de leur traitement, ont spécialement attiré l'attention des méthodistes. Sur ce point important de la science, ils ont introduit des détails très remarquables. Cette division des maladies en aiguës et en chroniques est sans doute indiquée dans les livres hippocratiques; mais elle l'est d'une manière infiniment plus vague et moins nette que dans les ouvrages des auteurs méthodistes.

En résumé, ce qui distingue essentiellement cette école, au point de vue des doctrines, ce qui fait son caractère fondamental, c'est d'avoir transporté dans les solides le siége des maladies jusqu'à elle placé dans les humeurs. Sans doute, avant elle, quelques médecins illustres, entre autres Erasistrate, avaient entrevu ce principe; mais ils ne l'avaient pas exprimé aussi nettement, et surtout ils n'en avaient pas fait la base d'un système complet d'explication des maladies.

(La suite du cours prochainement.)

toujours et ne se laissait point entamer ; un de ses mamelons seulement, gros comme une noisette, se détacha après bien des efforts, et fut lancé au loin. Ce résultat, en apparence bien minime, fut cependant la circonstance qui décida le succès.

En effet, derrière ce mamelon, la tumeur présentait une gorge ou rainure au fond de laquelle le tissu osseux avait une moindre densité. Le ciseau, violemment percuté par le marteau, finit par y pénétrer à une certaine profondeur, et bientôt le chirurgien constata que la tumeur était devenue mobile. Cette mobilité, toutefois, était bien peu prononcée ; car il fallut un examen attentif pour établir bien positivement son existence.

Un grand résultat était acquis, cette tumeur, si réfractaire à toute tentative de section, s'était détachée en masse, elle était mobile, il semblait qu'il n'y avait presque plus rien à faire pour en opérer l'extirpation. Mais de nouvelles difficultés attendaient encore l'opérateur. Cette tumeur éburnée formait, du côté des fosses nasales, un relief à peu près semblable à celui qu'elle présentait dans l'orbite, et ces deux portions étaient comme étranglées par une sorte d'anneau osseux formé, en haut par le frontal, en bas et en avant par l'os maxillaire supérieur et son apophyse montante. Ce n'est qu'après de longs et laborieux efforts, au moyen de leviers de toutes sortes, de daviers, etc., qu'enfin la tumeur put être extraite d'un seul bloc.

M. Maisonneuve portant aussitôt le doigt dans l'excavation profonde produite par l'extirpation de la tumeur, constata, non sans quelque surprise, que l'intérieur de cette excavation était parfaitement lisse et tapissée par une sorte de membrane tomenteuse. Aucune communication apparente n'existait avec le sinus maxillaire, ni même avec les fosses nasales.

Pendant toute cette opération difficile, l'œil n'avait pas été un instant froissé, les os, voisins de la tumeur, avaient été scrupuleusement ménagés ; aussi M. Maisonneuve ne craignit-il pas, après avoir remis l'œil en place, de rapprocher, par première intention, les lèvres de la plaie, au moyen de la suture entortillée.

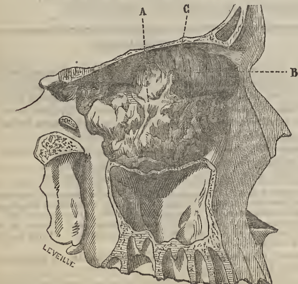
L'opération tout entière avait duré une heure et demie. Le malade, soumis au chloroforme, s'était réveillé à plusieurs reprises, et plusieurs fois aussi avait été plongé de nouveau dans le sommeil anesthésique.



En lisant les détails de cette opération laborieuse, on ne peut s'empêcher de croire que de graves accidens inflammatoires ont dû se manifester, soit du côté du cerveau, soit au moins dans la profondeur de la face et surtout du côté de l'œil. Il n'en a rien été. L'œil, remis en position, a repris presque immédiatement ses fonctions. Ses mouvemens eux-mêmes ont tous été parfaitement conservés ; la plaie s'est réunie par première intention, et la fièvre traumatique n'a pour ainsi dire pas été sensible.

L'examen de la pièce a fait reconnaître une tumeur osseuse complètement éburnée, dont la forme générale rappelait parfaitement l'os ethmoïde. Ses dimensions étaient : pour le diamètre antéro-postérieur, 0,05; pour le diamètre transversal, 0,04 ; pour le diamètre vertical, 0,04. La face interne est lisse et régulière ; l'externe, convexe et mamelonée ; la supérieure présente, en avant, une excavation profonde, où se voient les traces d'une rupture. C'est par là que la tumeur était soudée au frontal, dans une étendue de 2 centimètres ; l'antérieure est divisée verticalement par une rainure, dont les bords mamelonés embrassaient l'apophyse montante de l'os maxillaire ; enfin la postérieure représentait plutôt un bord arrondi, dont le tubercule supérieur répondait au trou optique.

Cette tumeur pesait 28 grammes.



Aujourd'hui, 9 août, le malade est dans des conditions telles, qu'on hésite vraiment à dire de quel côté l'opération a été pratiquée. La cicatrice est imperceptible ; l'œil, parfaitement semblable à l'autre, ne présente pas la moindre déviation ; il exécute tous les mouvemens d'élévation, d'abaissement, d'adduction, d'abduction et de rotation. Les paupières jouissent de toute leur mobilité, et les points lacrymaux fonctionnent comme dans la plus parfaite santé.

M. Maisonneuve, pour bien faire comprendre la position de cette tumeur, l'a fait dessiner, enveloppée d'un os maxillaire. Il l'a présentée aussi à l'Académie enchassée dans les os d'une tête d'adulte.



On se demande comment, dans une pareille position, ce chirurgien a pu réussir à désenclaver une pareille tumeur.

ODONTOTECHNIE.

SUR LE PLOMBAGE DES DENTS INCISIVES ET CANINES ;

Note communiquée à l'Académie royale de médecine de Belgique,
Par M. Alex, chirurgien-dentiste honoraire du roi.

Jusqu'ici on s'est borné, pour mettre les dents incisives et les dents canines à l'abri de la carie, d'avoir recours aux limes et à d'autres instrumens tranchans. De nombreux inconvéniens résultent de l'emploi de ces outils, qui, dans leur application, offrent de grandes difficultés et des incertitudes des plus dangereuses.

D'abord c'est une sensation des plus désagréables et que peu de personnes supportent sans frayeur, que l'emploi de la lime pour enlever la carie; mais si l'instrument est confié à une main peu expérimentée, le succès de ce moyen est très peu certain.

« L'opération devrait, autant que possible, être restreinte et s'arrêter à la partie affectée exclusivement, car il est à remarquer qu'elle consiste seulement à substituer à un mal un remède qui, lui-même, est un mal plus grand que le mal même, en exposant une partie d'un os sain au contact de l'air, de la salive et des alimens au lieu de l'irritation d'une partie morte et décomposée de sa propre substance. L'usage si vulgaire et si général de la lime ne peut donc être assez sérieusement interdit. »

C'est ainsi que s'exprime Bell, dans son *Anatomie et physiologie de la dent*. Joseph Scott, dans son *Traité sur l'art d'empêcher la perte des dents*, cite un exemple où dans des cas difficiles, quelques dentistes sont allés jusqu'à extraire une dent de devant afin de la plomber avec plus de facilité, et la remettaient plus tard à la place qu'elle occupait. La pratique a banni aujourd'hui ce moyen, que je n'ai rappelé qu'afin de démontrer à quels systèmes les dentistes ont eu recours pour résoudre la difficulté.

Indépendamment de la sensation désagréable que l'on éprouve par l'emploi si habituel de la lime, un inconvénient des plus graves en résulte encore en ce que, par là, on enlève la belle symétrie de la nature; car les bords arrondis de la dent disparaissent pour faire place à une surface plate, à un coin anguleux, qui, lorsque les dents voisines se rapprochent par la pression de l'air, font ressembler les dents naturelles à des fausses dents artificielles, mal placées. Si elles ne sont pas limées jusqu'au col, le vide qui s'est formé est plus laid encore.

Souvent la lime a été mal employée, elle était appliquée horizontalement au lieu de s'en servir dans le sens vertical (afin de couper la plus grande part de la dent, intérieurement). Par là, la dent est tout à fait défigurée.

Mais une objection bien plus grave contre l'emploi de cet instrument, est celle-ci : si l'on n'enlève pas tout à fait la partie attaquée, la maladie doit faire des progrès et la forme qu'elle a donnée à la cavité creusée est telle, qu'elle ne peut plus retenir le plombage, le bord n'existant plus.

Le moyen que je vais avoir l'honneur d'indiquer est une amélioration certaine, et me paraît infaillible dans son application. Je propose de faire l'opération suivante : placez un petit morceau d'ouate ou de caoutchouc entre les dents gâtées, en augmentant journellement la pression, jusqu'à ce que les dents soient suffisamment séparées pour introduire le crochet excavateur ou tout autre instrument habituellement employé par les praticiens pour enlever la carie. Le trou ainsi préparé, sera complètement desséché et il sera rempli par de l'or en feuille, au moyen de petits outils d'une solidité suffisante pour résister aux efforts indispensables et assez fins pour ne pas être en contact avec les dents voisines.

Peu à peu, et même au bout d'un ou de deux jours, les dents se rejoindront et reprendront leur position primitive, et l'on ne s'apercevra pas que l'on s'est servi de tampons; par là, la forme naturelle des dents est conservée et la solidité du plombage ou plutôt de l'aurification assurée.

Au moyen de ce système, les dents pourront être plombées par le devant, et l'on pourra surtout se soustraire aux difficultés et aux inconvéniens qui existent pour l'opérateur, et aux fatigues pénibles pour le patient, du plombage par l'intérieur.

En terminant, je crois devoir exprimer le regret du peu de publicité que l'on donne, en général, aux améliorations introduites dans l'art du dentiste, et de ce que les praticiens ne se servent que pour eux des progrès qu'ils font tous les jours. Eux seuls, dans leurs cabinets, en retirent les avantages et ne font point profiter le public des inventions journalières. J'ose espérer que la publicité que je donne aux moyens dont je me sers, engagera mes collègues à faire connaître les systèmes nouveaux dont ils pourraient faire usage, et, par là, l'humanité en général en retirera quelques avantages.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er Août. — Présidence de M. Combes.

Sur deux individus de la race astèque.

M. H. de Saussure communique quelques observations sur les deux individus désignés comme appartenant à la race astèque, que l'on montre en ce moment à Londres, et dont l'Union a déjà entretenu ses lecteurs.

M. de Saussure borne cette communication aux quelques remarques générales suivantes, sur les caractères physiques communs à ces deux individus.

1° *Taille.* — Elle est très peu élevée, relativement à l'âge (10 à 11 ans), et n'excède pas 3 pieds. Il est difficile de considérer cette réduction de la taille comme le résultat d'un arrêt de développement, à cause des proportions parfaites de la forme, qui est élancée et semblable à celle de l'âge adulte.

2° *Tête.* — Elle est extraordinairement petite, et ne dépasse pas, en volume, la tête d'un enfant naissant. L'aire du crâne est inférieure à celle de la face. L'angle facial est de 60 degrés environ. Le nez forme une saillie considérable, et malgré sa grandeur, il n'est point disgracieux; comprimé vers le haut, il s'épate légèrement vers le bas, et n'offre aucune trace de dépression artificielle; au contraire, sur le milieu s'étend une crête osseuse verticale, peu visible, il est vrai, mais très sensible au toucher, crête qui se termine, sous le cuir chevelu, vers le milieu du coronal, par une petite bosse osseuse. Au-dessus des orbites sont deux enfoncemens très visibles, dirigés obliquement de dedans en dehors et de bas en haut. Au-dessous de ces dépressions, les arcades sourcilières forment une saillie tranchante qui porte un sourcil très étroit et médiocrement fourni. Le maxillaire supérieur est très avancé, mais nullement oblique comme chez les nègres. A partir de ce point, la face fuit autant que le front; la mâchoire inférieure ne correspond nullement à la supérieure, tellement que la lèvre inférieure est bien en arrière de la supérieure, et le menton est encore en retrait.

Les dents ne sont pas implantées obliquement et lorsque la bouche est fermée, les incisives supérieures non seulement couvrent entièrement les inférieures, mais les dépassent même d'une quantité très sensible. Les lèvres ne sont point portées en avant comme chez les nègres; mais la brièveté de l'inférieure contraste si fort avec la grandeur de sa correspondante, que celle-ci paraît plus grosse qu'elle ne l'est en réalité.

La physionomie de l'un et de l'autre a de la douceur et de l'intelligence; il y a un éclat extraordinaire dans leurs grands yeux noirs.

Les cheveux sont noirs, très crépus, mais nullement laineux.

3° *Dentition.* — Elle paraît singulièrement anormale, soit dans l'un, soit dans l'autre sexe : à la seconde dentition, une grande dent a remplacé, à la mâchoire inférieure, deux petites incisives de lait, et il ne reste aucune place pour les deux qui manquent. Le garçon, du reste, a achevé le remplacement de ses incisives depuis plus d'un an, et l'on ne voit, chez lui aucune trace de celles qui ont fait défaut à cette époque. La première molaire de remplacement est entièrement développée, quoique la troisième ne fasse qu'apparaître.

4° *Main.* — Elle est d'abord remarquable par la brièveté du pouce, qui est court et surtout moins opposable que dans la forme normale; mais c'est dans le petit doigt que se voit la plus grande anomalie : au lieu d'atteindre, comme c'est le cas ordinaire, jusqu'au bout de la deuxième phalange de l'annulaire, il ne va que jusqu'au milieu de cette phalange; ce qui équivaudrait, pour nous, à un petit doigt tronqué à la base de l'ongle. De plus, tandis que la longeur de la première phalange du petit doigt est, d'ordinaire, à peu près égale à la somme des deux autres, chez les deux enfans en question, cette somme équivaut à peine aux deux tiers de la première longueur. Ces deux phalanges sont atrophiées et paraissent parfaitement ankylosées et réunies en une seule chez le garçon; chez la jeune fille, il y a quelques mouvemens obscurs, qui rappellent ceux d'une amphiarthrose. Cette réduction parallèle du pouce et du petit doigt, mérite d'être notée.

5° *La peau* est lisse et dépourvue de poils. Sa couleur est d'un bistre foncé.

Le poids de ces individus est d'environ 25 livres.

M. Pelouze présente, au nom de M. Poggiale, un mémoire sur le pain de munition en usage dans les différens corps de troupe d'Europe, et sur la composition chimique du son. Nous avons publié un extrait de ce mémoire dans l'un des précédens numéros. (Voir le compte-rendu de la séance de l'Académie de médecine du 28 juillet 1853.)

Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Chevreul, Pelouze et Peligot.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 Août 1853. — Présidence de M. Bérard.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. Guéneau, médecin des épidémies pour le canton de Flavigny, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Gissey (Côte-d'Or).

2° Un rapport de M. le docteur Houeix, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Ploërmel, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans diverses communes de cet arrondissement, de février en avril dernier.

3° Un rapport de M. le docteur Lacoste, médecin cantonal, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Saffre et de Boussey, arrondissement de Semur (Côte-d'Or).

4° Un rapport de M. le docteur Duquesnel, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Beaumont.

5° Un mémoire de M. le docteur Fumey, de Cuiseaux (Saône-et-Loire), intitulé : Quelques mots sur la variole et la vaccine à propos des épidémies de 1841, 1847, et surtout de 1853, dans quelques communes du canton de Cuiseaux.

6° Une lettre de M. le docteur Prosper de Pietra-Santa, sur quelques points de l'étiologie des fièvres intermittentes, à l'occasion du mémoire que M. le docteur Félix Jacquot a lu sur ce sujet dans la dernière séance.

7° Une lettre de M. le docteur Letellier, de St-Leu, sur l'ergot, à l'occasion de la lecture récente de M. Ch. Robin sur ce sujet. L'auteur émet, comme conclusion de cette note, l'avis : 1° que la partie supérieure de l'ergot n'est pas un champignon; 2° que l'ergot pousse à la manière des cornes; 3° qu'il empêche complètement la formation de la fécule; 4° que les pluies ne contribuent pas à son développement; 5° qu'il n'est ni contagieux, ni héréditaire.

8° Un mémoire de M. Calomiès, chirurgien-adjoint de l'hôpital des syphilitiques de Toulouse, sur l'emploi du sulfate de soude dans le traitement de la stomatite mercurielle. (Comm. MM. Lagneau et Gibert.)

9° Un mémoire de M. Dominico Caccioppoli, sur la ligature de l'artère sous-clavière. (Comm. M. Laugier.)

10° Une note de M. Chérot, cultivateur à Bone (Algérie), sur l'opium algérien. (Comm. nommée.)

M. Robinet lit au nom de la commission des remèdes une série de rapports sur des demandes de brevets et d'autorisation de vente de divers remèdes secrets ou nouveaux. La commission propose de répondre qu'il n'y a pas lieu d'accorder aux demandeurs l'autorisation demandée. (Adopté.)

Iode appliqué au traitement de la phthisie pulmonaire.

M. Danger lit, sous ce titre, un mémoire dans lequel il a consigné les résultats d'une série d'observations et de recherches expérimentales qu'il a entreprises sur l'application de l'iode au traitement de la phthisie pulmonaire.

Dans certaines maladies, dit l'auteur, il est à peu près indifférent que l'iode soit administré sous telle ou telle forme, par telle ou telle voie, mais il n'en est pas ainsi pour les affections des organes respiratoires et de la circulation; cela tient à un fait physiologique que l'auteur a eu plusieurs fois l'occasion de mettre en évidence, savoir que les corps absorbables et non assimilables peuvent pénétrer l'organisme, et en être expulsés sans passer par le torrent de la circulation. Il résulte, en effet, des faits énoncés dans ce mémoire, que, quel que soit le corps inassimilable dont on fasse usage pour combattre la phthisie pulmonaire, ce corps n'aura d'action spéciale que s'il est mis en contact immédiat avec l'organe malade, que dans l'espèce, les préparations iodées administrées par toute autre voie que celle de la respiration, doivent être considérées comme moyens hygiéniques, et qu'en les administrant on ne peut espérer atteindre d'autre but que celui de rétablir ou de maintenir en bon état les autres fonctions. Mais si les préparations iodées, administrées par toute autre voie que celle de la respiration, sont sans efficacité directe sur les poumons malades, il n'en est pas de même lorsque l'iode pénètre directement dans l'organe.

D'un autre côté, l'auteur veut qu'on administre l'iode à l'état de pureté, parce que c'est dans cet état seulement qu'il jouit d'une propriété déshydrogénante à laquelle, suivant lui, est due son efficacité dans le traitement de la phthisie pulmonaire. Il s'est, en conséquence, occupé des moyens les plus efficaces pour le porter le plus loin possible dans les ramifications bronchiques.

La question du dosage a présenté de grandes difficultés. Avoir un moyen efficace prompt, facile de faire pénétrer jusqu'aux lobes pulmonaires des quantités précises d'iode pur, tel était le problème; pour atteindre sa solution, M. Danger fait aspirer de l'air pur, sec et chaud, qu'il sature d'iode amené à l'état de vapeur, au moyen d'un appareil dont le mécanisme est fort simple; il consiste en un tube ouvert aux deux extrémités: l'une d'elles préparée pour y appliquer la bouche, l'autre est contournée pour être prolongée dans la flamme d'une lampe à alcool, afin que le courant d'air, appelé par la succion, ne puisse circuler dans l'appareil que convenablement échauffé. Un petit cylindre d'iode est placé au centre du courant d'air chaud, qui, par une disposition particulière de l'appareil, agit sur une des bases du cylindre qu'il use progressivement.

La différence de longueur avant et après un certain nombre de succions indique la quantité d'iode volatilisée que le courant d'air a entraînée.

En résumé, de l'ensemble des recherches de M. Danger, il résulte que le moyen le plus propre à combattre la phthisie pulmonaire consiste :

1° A faire trois fois par jour au moins des aspirations à pleins poumons d'air pur, chaud, sec et complètement saturé d'iode pur à l'état de vapeur, à la dose de 1 à 5 grammes par vingt-quatre heures, selon la force du sujet.

2° A respirer pendant quelques minutes, un quart d'heure après l'aspiration des vapeurs iodées, un air pur mais chargé d'humidité, en se plaçant au-dessus d'un bol d'eau bouillante, dans laquelle on peut laisser tomber quelques gouttes d'acide acétique pour faciliter l'expectoration et apaiser l'impression de sécheresse produite par l'iode sur les muqueuses.

3° A suivre ponctuellement un régime sévère, en rapport avec toutes les précautions hygiéniques exigées par la position du malade.

L'iode qu'on veut introduire dans les poumons ne doit pas avoir d'autre véhicule que l'air atmosphérique, ingéré le plus loin possible à l'aide d'un appareil approprié.

Cet air doit être pur, pour ne pas troubler un instant la transformation du sang veineux en sang artériel.

Il doit être chaud, pour ne pas irriter la sensibilité des organes et pour être susceptible de se charger, dans un temps donné, d'une plus grande quantité d'iode.

Il doit être sec, pour conserver aux vapeurs d'iode toute leur action déshydrogénante, action qui pourrait être altérée par l'air humide chargé de matières organiques.

Il doit être sec encore, pour que le flux bronchique, gonflé par la vapeur d'eau, ne vienne pas intercepter le passage à la vapeur d'iode.

Il doit être complètement saturé d'iode, pour qu'une certaine quantité de ce corps puisse arriver intacte jusqu'aux lobes pulmonaires, malgré le flux des grosses ramifications bronchiques, qui neutralise l'action d'une grande quantité de ce métalloïde.

Enfin, l'air pur, chaud, sec et complètement saturé d'iode à l'état de vapeur, doit être ingéré dans les poumons par fortes aspirations ; autrement, on fatiguerait les bronches sans obtenir de succès.

Trois observations du cancroïde de la face dorsale de la main.

M. le docteur Szokalski lit, sous ce titre, la note suivante. (Nous publierons cette note dans le prochain numéro.)

M. Maisonneuve fait une présentation. (Voir plus haut.)

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures un quart.

CORRESPONDANCE.

INJECTIONS IODÉES; — LETTRE DE M. LE PROFESSEUR BORELLI, DE TURIN.

M. le professeur Borelli fait appel à notre impartialité, et nous prie de reproduire dans notre journal la lettre qu'il a écrite, à ce sujet, dans la *Gazette médicale sarde*. Bien que les questions de priorité ne nous paraissent avoir qu'un médiocre intérêt à côté de celui que soulèvent les véritables questions scientifiques, nous ne sommes pas étonné que M. Borelli réclame l'honneur d'une pratique qui s'est aujourd'hui tellement généralisée et qui compte tant de succès. Seulement, nous ne pouvons qu'être un peu surpris de ne pas voir faire une plus large part, dans ce débat, aux deux hommes à qui la science est véritablement redevable de cette nouvelle méthode thérapeutique, au savant et modeste chirurgien anglais, M. Ranald Martin, et à notre illustre compatriote, M. le professeur Velpeau, qui a l'honneur d'avoir compris ce qu'il y avait d'avenir dans les premiers essais de M. Martin, et d'en avoir multiplié les applications bien au-delà de ce que paraissait en espérer le véritable inventeur.

Voici la lettre de M. Borelli :

J'ai lu dernièrement, dans un journal de médecine français, une leçon clinique de M. le professeur Velpeau, dans laquelle cet illustre chirurgien appelait l'attention de son auditoire sur un fait intéressant de kyste du cou, qui s'était enflammé et qui avait été traité avec succès *par les injections répétées de teinture d'iode*. Je suis heureux de voir que la méthode thérapeutique que j'ai cherché, depuis 1846, à faire pénétrer dans la thérapeutique, celle des *injections répétées de teinture d'iode*, vient de recevoir sa sanction de la bouche du savant chirurgien de la Charité. Les nombreux articles que j'ai publiés dans les *Annali di medicina* de Milan, de 1847 à 1849, la reproduction qui en a été faite dans plusieurs journaux français, et en particulier dans les *Annales de thérapeutique* de M. Rognetta, enfin toute la série des publications qui ont paru dans la *Gazette médicale sarde* depuis sa création, en 1850, voilà des preuves suffisantes pour démontrer, d'une part, quelle est l'utilité des injections répétées de teinture d'iode dans diverses maladies, et en particulier dans les cas de kystes du cou, et, d'autre part, à qui appartient la priorité de l'introduction de cette pratique dans l'art chirurgical.

Que dire maintenant de cette longue et interminable polémique qui s'agite depuis quelques années entre deux de nos collègues distingués de Paris, M. Abeille et M. Boinet, relativement à la cure des abcès par congestion, au moyen des injections iodées? Polémique dans laquelle ces deux messieurs se contestent la priorité de cette méthode, et dans laquelle l'un et l'autre, sans connaître l'importance, l'étendue, le nombre, la qualité et les résultats de mes observations, et des expériences de divers genres que j'ai entreprises, s'en vont publiant comme des nouveautés et des découvertes, des choses que j'ai imprimées depuis plusieurs années, et proposant des questions dont la solution se trouve déjà dans des faits et des expériences que j'ai publiés depuis longtemps.

Que dire encore de cette *innocuité des injections iodées à haute dose*, qui se trouve mise en relief dans un long article publié récemment dans votre excellent journal (Union Médicale, 28 mai), et qui est la reproduction d'une leçon clinique de l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu, M. Jobert de Lamballe? Cette innocuité, je l'ai démontrée depuis l'année 1846, en rapportant un fait de tumeur kystique du cou, guérie par les injections iodées répétées, en particulier par l'injection d'une once de teinture d'iode pure, abandonnée dans la tumeur; et en rapportant ce fait, j'ajoutais : *Cette seule observation suffirait à prouver l'innocuité des injections de teinture d'iode à haute dose, abandonnée dans la profondeur des tissus vivans du corps humain.* (*Annali di méd.*, février 1847, p. 374.)

J'aurais encore beaucoup à dire et beaucoup de réserves à faire, relativement aux prétentions de MM. Abeille et Boinet. En supposant même que ces deux confrères n'aient pas eu connaissance des faits de guérison d'abcès froids et d'abcès symptomatiques ou par congestion que j'ai consignés dans les journaux cités plus haut, il est impossible que ces messieurs ne connaissent pas le mémoire que j'ai adressé à l'Académie des sciences en décembre 1850, et surtout le rapport du concours ouvert par la Société de médecine de Toulouse, concours dans lequel cette Société a bien voulu m'accorder le premier prix, tandis qu'elle n'a accordé que le second à M. Abeille, et une mention honorable seulement à M. Boinet.

Voici comment s'exprime le rapporteur : « L'auteur, sur des faits qui lui sont propres, établit que s'il y a une maladie dans le traitement de laquelle le triomphe des injections d'iode répétées soit incontestable, c'est bien l'abcès lent ou lymphatique primitif, c'est-à-dire non consécutif à une lésion plus profonde ou plus éloignée. Quelques cas d'abcès symptomatiques où il a employé la même médication, semblent encore prouver qu'elle est susceptible de modifier avantageusement la marche de cette maladie. » (*Compte-rendu*, etc., 1849, p. 179.)

Du reste, Monsieur le rédacteur, j'ai adressé à la Société de chirurgie de Paris, à laquelle je me fais honneur d'appartenir, l'ensemble de mes travaux sur les injections iodées, et je ne doute pas que cette Société savante rende justice à qui de droit, et que, par un jugement plein d'équité et d'impartialité, elle mette fin à ces débats personnels, et qu'elle tranche enfin les questions de priorité relatives à cette méthode thérapeutique.

Agréez, etc. Giambattista Borelli.

COURRIER.

Le comité de rédaction de l'Union Médicale se réunira demain, vendredi, à l'heure ordinaire.

Concours pour l'agrégation. — Le concours pour l'agrégation (section d'anatomie, de physiologie et des sciences accessoires) s'est terminé, ce soir, par les nominations suivantes :

MM. Verneuil,
Segond,
pour l'anatomie et la physiologie;
MM. Leconte,
Orfila,
pour les sciences accessoires.

Nécrologie. — Nous avons à annoncer la mort d'un médecin américain dont le nom était justement connu dans les deux mondes, M. William Beaumont. Son traité, intitulé *Physiologie de la digestion et expériences sur le suc gastrique*, renfermant le récit des expériences faites par lui sur un jeune canadien, qui portait une fistule stomacale, a excité et excitera toujours le plus grand intérêt parmi les personnes qui s'intéressent aux progrès de la physiologie. M. W. Beaumont était né en 1785 à Lebanon, dans le Connecticut, et avait longtemps occupé une place élevée dans le corps de santé de l'armée américaine; mais depuis 1834, il était rentré dans la pratique civile et exerçait, avec succès, sa profession à Louisville.

Notice nécrologique sur le docteur Graves. — Nous avons annoncé, il y a quelques temps, la grande perte qu'avait fait la médecine irlandaise en la personne de M. Graves. La position éminente que ce médecin a occupée dans la médecine et les services nombreux qu'il a rendus à la science, nous fait espérer qu'on lira avec quelque intérêt les détails biographiques suivans :

Robert-James Graves, fils de Richard Graves, doyen d'Armagh et auteur du célèbre ouvrage sur le Pentateuque, après avoir fait d'excellentes études littéraires, étudia l'anatomie sous le célèbre Baillie, se fit recevoir docteur en médecine et alla étudier à Gottingue, à Berlin et à Copenhague où il fut parfaitement accueilli par Stromeyer, Blumenbach, Hufeland, Behrend; puis il visita les écoles de France et d'Italie, et vint enfin s'établir à Dublin en 1821. A cette époque, il fonda une nouvelle École de médecine, dans laquelle il professa d'abord la médecine légale, puis l'anatomie pathologique et, enfin, conjointement avec sir Henry Marsh, la pathologie interne. Nommé médecin de l'hôpital de Meath, avec son collègue et émule, M. Stokes, il y commença le cours de ses leçons cliniques qui devaient illustrer son nom et qui ont été publiées, par M. Neligan, sous le titre de *Clinical lectures on the practice of medicine*. M. Graves possédait dans son pays une position médicale des plus élevées et des plus honorables, et il avait bien mérité de ses concitoyens dans cette terrible épidémie de typhus qui ravagea l'Irlande en 1822 et en 1846. M. Graves est mort à l'âge de 56 ans, il travaillait, dit-on, à un grand ouvrage de pathologie interne, qui n'a pas été terminé.

— La *Société médico-psychologique* a nommé son bureau, pour l'année 1853-54, de la manière suivante :

M. Gerdy, président;
M. Buchez, vice-président;
M. Dechambre, secrétaire général;
M. Brierre de Boismont, secrétaire des séances;
M. Michéa, secrétaire trésorier.

Comité de rédaction : MM. Baillarger, Cerise, Delasiauve.

La Société s'est ajournée au dernier lundi d'octobre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Essai sur les phosphènes ou anneaux lumineux de la rétine, considérés dans leurs rapports avec la physiologie et la pathologie de la vision; par le docteur Serre (d'Uzès), membre de la Légion-d'Honneur, de l'Académie impériale de médecine de Paris, de plusieurs autres Académies nationales et étrangères, lauréat de l'Institut de France (section des sciences), fondateur de l'École pratique des maîtres mineurs d'Alais, etc.

Un volume in-8°, orné de 34 figures gravées en relief sur cuivre. — Vendu au profit de la caisse de secours des mineurs d'Alais. — Prix : 7 fr. 50 c.

Paris, 1853, librairie de Victor Masson, place de l'École-de-Médecine.

Rapport à M. le Préfet de police sur la question de savoir si M. le docteur Auzias-Turenne peut être autorisé à appliquer ou à expérimenter LA SYPHILISATION à l'infirmerie de la prison St-Lazare. Par MM. les docteurs Mélier, président, Philippe Ricord, Denis, Conneau, et Marchal (de Calvi), secrétaire rapporteur. — Publié par décision de M. le Préfet de police.

Grand in-8°, Paris, 1853, aux bureaux de l'Union Médicale, rue Saint-Georges, n° 12. Prix : 2 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 96. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 13 Août 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de M. le professeur TROUSSEAU.

Sommaire. — Néphrite aiguë ; anasarque et albuminurie. — Érysipèle de tout un membre inférieur produit par des mouchetures et guéri par le collodion.

Il s'agit, dans cette observation, d'une jeune fille de 22 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, le 1er août 1853. Voici l'histoire succincte de cette malade. Douze jours environ avant son entrée à l'hôpital, se trouvant alors parfaitement bien portante, elle fut mouillée par la pluie, et se refroidit considérablement. Le soir, elle fut prise de violentes douleurs de reins, qui, jointes à une fièvre intense, l'empêchèrent de dormir. Le lendemain, elle vit avec effroi que tout son corps était prodigieusement enflé et qu'elle ne pouvait remuer, tant la gêne causée par l'enflure était grande. Elle était immobilisée dans son lit et par la douleur atroce qu'elle ressentait dans les reins, et par l'œdème qui occupait l'ensemble du corps. Les membres inférieurs surtout étaient le siége d'un gonflement et d'une tension des plus considérables et des plus douloureuses. La douleur était si vive, que le médecin appelé auprès de la malade au douzième jour de l'affection, se détermina, pour calmer les souffrances, à pratiquer aux jambes quelques mouchetures. Elles le furent avec toute la prudence et la réserve possibles, car au lieu d'employer le bistouri ou la lancette, ce confrère se servit d'une aiguille dont il promena la pointe sur toute la partie interne du membre, pratiquant, ainsi, une série de petites piqûres.

Cependant, dès le lendemain, les petites plaies résultant des acupunctures, s'enflammèrent, devinrent rouges et douloureuses. Bientôt la rougeur s'étendant tout autour, envahit le membre inférieur gauche tout entier, qui devint ainsi le siége d'une vaste inflammation érysipélateuse. C'est dans cet état que la malade est entrée à l'hôpital, dans le service de M. le professeur Trousseau.

A la visite, on trouve la jeune fille dans la position que nous venons de décrire. Elle est couchée sur le dos ; l'anasarque est générale ; le visage est bouffi, et les paupières, œdématiées, recouvrent presque complètement le globe oculaire. En passant vivement un ou plusieurs doigts de la main sur les joues de la malade, on les voit trembloter comme de la gelée. La malade se plaint de vives douleurs dans la région rénale, et la moindre pression sur ce point lui arrache des cris perçans. Les membres inférieurs sont énormément tuméfiés, surtout le gauche, envahi tout entier par l'inflammation érysipélateuse.

Quelques gouttes d'acide nitrique versées dans un verre contenant de l'urine de la malade, y déterminent un abondant précipité blanc d'albumine. En même temps, il existe un mouvement fébrile très intense.

M. Trousseau prescrit une saignée. En même temps, il étend sur tout le membre érysipélateux plusieurs couches de collodion, de manière à lui former une botte imperméable, qui le recouvre depuis l'extrémité des orteils jusqu'à la hanche. Vu l'époque avancée de la maladie et la présence de l'érysipèle, M. Trousseau n'insiste pas sur les émissions sanguines, qu'il remplace par l'administration du calomel, suivant la méthode de Law. Il en prescrit 1 grain (5 centigrammes), mêlé à quantité suffisante de sucre en poudre et divisé en 12 paquets, à prendre dans le courant de la journée. Cette médication, qui purge abondamment la malade, est continuée jusqu'à ce que se manifeste un gonflement notable des gencives. La malade est mise au régime lacté.

Sous l'influence de ces divers moyens, l'état de la malade s'est notablement amélioré. Le 9 août, huitième jour du traitement, la fièvre est considérablement diminuée, les douleurs rénales ont prodigieusement perdu de leur vivacité. La pression est à peine sensible en cette région qui ne pouvait être touchée sans d'atroces douleurs. L'acide nitrique accuse encore la présence d'une grande quantité d'albumine dans le liquide urinaire. Quant à l'érysipèle qui couvrait tout le membre inférieur gauche, il a complètement disparu sous l'influence du collodion, à la grande surprise de M. le professeur Trousseau qui ne s'attendait pas, disait-il, à un si beau succès, et redoutait que l'inflammation érysipélateuse, gagnant le tronc, n'amenât la mort de la jeune fille.

Voici, maintenant, les réflexions qu'inspire à M. Trousseau l'observation de cette malade.

Lorsqu'on voit, dit le savant professeur, une néphrite survenir chez un individu, cette néphrite vient, le plus souvent, à l'occasion de calculs existans dans le bassinet ou l'uretère, à la suite d'une colique néphrétique. Alors éclate un mouvement fébrile plus ou moins intense ; une douleur vive se fait sentir dans le flanc d'où elle s'irradie dans l'aine, et, si le malade est un homme, vient retentir dans le testicule correspondant au rein enflammé, produit des spasmes du crémaster, de manière à faire remonter le testicule jusqu'à l'orifice de l'anneau inguinal. Chez la femme, la douleur se propage dans l'aine, dans la région ovarique, dans la région vésicale. L'on voit aussi quelquefois apparaître des néphrites à la suite d'une violence extérieure, d'une forte contusion de la région rénale. D'autres fois l'inflammation de l'organe sécréteur de l'urine est le résultat de la métastase d'une blennorrhagie. Au moins de janvier de cette année, il y avait, dans la salle Sainte-Agnès, un homme affecté de blennorrhagie, chez lequel l'inflammation, descendue dans la tunique vaginale, se portait tour à tour de la tunique vaginale à la synoviale du genou et de celle-ci dans le rein ; ce n'est pas la première fois, d'ailleurs, que cette métastase a été observée, et c'est là un point parfaitement établi dans la science. Lors donc que des néphrites surviennent dans de telles conditions, l'excrétion urinaire est suspendue dans l'organe enflammé, ou bien elle se fait en petite quantité. Le liquide prend un caractère particulier et surtout une certaine alcalinité ; on y rencontre parfois un peu de pus et de mucus ; mais, dans aucun de ces cas, que la néphrite soit calculeuse, traumatique ou métastatique, on ne voit survenir l'anasarque. Je ne crois pas, dit M. Trousseau, qu'il existe un seul fait authentique d'anasarque dans une néphrite aiguë, de cause traumatique, métastatique ou calculeuse.

Or, il arrive quelquefois, surtout à la suite de la scarlatine, qu'un individu est pris tout à coup d'un pissement de sang ; ses urines contiennent de l'albumine ; en même temps il accuse une douleur vive à la région des reins et une anasarque se manifeste. On a désigné cet ensemble de symptômes par le nom de *néphrite albumineuse aiguë*. C'est une grande question que de savoir s'il s'agit bien réellement, dans ces cas, d'une néphrite. Quoi qu'il en soit, toujours est-il que, pour ne désigner la maladie que par ses symptômes, il existe une maladie aiguë caractérisée par l'existence de l'anasarque, par une vive douleur aux reins, par de l'albuminurie, par un mouvement fébrile et quelquefois par des attaques d'éclampsie qui finissent presque toujours par amener la mort. Que se passe-t-il dans ces cas? A quoi sont liés les accidens qui éclatent? Que signifient les phénomènes qui se manifestent? On jette en avant le

Feuilleton.

APHORISMES PROFESSIONNELS.

2me SÉRIE.

PETITE PRÉFACE.

Des amis, dans le jugement desquels j'ai une complète confiance, m'ont affectueusement averti que quelques-uns des *Aphorismes professionnels* publiés dans ce journal, l'année dernière, pouvaient être mal interprétés. J'ai vu qu'en effet ils avaient reçu une interprétation désobligeante. C'est certainement la faute de ma plume inhabile, car je ne crois pas avoir besoin de justifier mes intentions ; je n'ai pas voulu les défendre, ni les faire défendre dans une circonstance où elles ont été attaquées avec plus de passion que de justice. C'est peut-être une illusion de ma part, mais j'ai pensé que ma vie laborieuse et simple, que mes humbles mais constans efforts pour maintenir la profession médicale à la hauteur de ses nobles destinées, que mon désintéressement complet de toutes les choses qui préoccupent, à juste titre, le plus grand nombre de mes confrères ; j'ai pensé, dis-je, que toutes ces conditions très notoires pouvaient me servir de bouclier contre des attaques que je voudrais croire inspirées par le seul amour du bien. Je ne renoncerai à cette illusion qu'avec une peine extrême, et, plein de confiance dans l'appréciation éclairée, honnête et sincère de mes lecteurs, je continue une publication dans laquelle leur intelligence saura bien discerner ce qui est peinture de mœurs de ce qui en est la critique.

I.

La profession médicale se heurte contre deux écueils également dangereux : la tolérance excessive du monde, l'austérité outrée de quelques médecins. L'une encourage, en l'excusant, le relâchement des mœurs médicales ; l'autre peut arrêter, dans son essor, au grand avantage des charlatans audacieux, un talent utile et foncièrement honnête. La vertu véritable, la vertu pratique, est dans le juste-milieu ; elle sait aussi bien ne pas profiter des ineptes faiblesses du public, que braver certains préceptes professionnels qu'il serait niais et sans profit de suivre.

Nous nous ébahissons de l'opinion favorable du monde sur certains médecins dont nous connaissons parfaitement le peu de valeur morale et scientifique. Ce phénomène offre, en effet, quelque chose de surprenant. Le banquier dont le flair distingue, au milieu d'un volumineux bordereau, une signature douteuse ; l'agent de change qui ne manquera pas d'exiger sa *couverture* d'un client hasardeux ; le notaire qui n'aventurera pas cinq cents francs sans toutes les garanties possibles de placement ; le gentilhomme le plus sévère sur ses relations sociales ; le magistrat le plus scrupuleux dans ses rapports ; le prêtre le plus austère dans ses devoirs ; le propriétaire le plus farouche à l'endroit de ses loyers, tout ce monde, si éveillé, si susceptible, si regardant pour tout ce qui touche ses autres intérêts, est d'une facilité, d'une bonhomie, d'une crédulité, d'une innocence d'enfant sur ce qui concerne la médecine et les médecins.

C'est là une des causes les plus puissantes, les plus actives du relâchement des mœurs médicales. C'est la crédulité du public qui fait les charlatans. C'est quelquefois une excitation perfide qui conduit dans des voies incorrectes. Damon avait fait d'excellentes études ; il était lauréat de l'école pratique et de l'internat ; pauvre, il supportait gaîment sa pauvreté, et, en attendant les ressources de la clientèle, il vivotait des petits produits de quelques répétitions d'anatomie et de médecine opératoire. Il est présenté à Mondor, richissime financier, mais très goutteux, qui lui propose de l'accompagner à je ne sais quelles eaux d'Allemagne ; Damon accepte et le voilà parti. L'hiver suivant, étonnement général de voir Damon quitter son humble demeure du quartier des études, pour un appartement somptueux de la Chaussée-d'Antin. Étonnement plus général de voir des malades en grand nombre faire antichambre chez Damon. Étonnement plus grand encore d'apprendre que Damon fait de la publicité excentrique, et qu'un tout petit livre, imprimé sur vélin, annonçant la *guérison de la goutte* par la méthode du docteur Damon, est colporté dans les riches maisons. Tout s'explique enfin en apprenant le mariage de Damon avec la nièce de Mondor, pauvre fille déshéritée des grâces de son sexe, mais que Mondor voulut *placer* convenablement sans ébrécher la dot de ses enfans. On comprend le marché qui fut conclu. Comme moralité du fait, j'ajoute que Damon en mourut de honte et de chagrin deux ans après. Ne cherchez son souvenir que dans les almanachs qui datent de dix ans au moins.

Le célèbre charlatan Callixte doit la direction de sa vie médicale à son tailleur qui meubla son appartement, qui fit les frais des premières annonces, et qui déboursa tout l'argent de premier établissement. L'association a duré dix ans. Comme elle a été plus fructueuse pour le tailleur que son commerce propre, l'exemple a eu des imitateurs, et je connais des médecins qui ont eu à sévir contre des obsessions de cette nature, faites par des tailleurs ambitieux.

L'habitude de charlatanisme avec le monde finit par la faire contracter dans les relations purement médicales. Le professeur Philinte veut passer pour un consultant très occupé. Vous avez recours à ses conseils, et vous êtes obligé de lui fixer une heure : Impossible! mon cher, s'écrie Philinte, en ayant l'air de consulter son carnet : cette heure est prise, et la suivante aussi, et l'autre encore. Insistez cependant, et vous verrez Philinte se rendre, et ajouter : C'est pour vous, mon cher, que je fais ce sacrifice.

Damis a un autre travers. Il s'est fait de bricque et de brocque une clientèle de spécialiste assez sortable, mais qui ne s'élève pas au-dessus du rez-de-chaussée, qui ne descend pas au-dessous du troisième étage. Cependant Damis veut faire croire qu'il ne soigne que les plus aristocratiques cliens. Il sort de chez M. le marquis ; il se rend en toute hâte chez M. le comte ; Mme la duchesse l'a fait appeler hier. Une chose le gêne, c'est l'*Almanach impérial*, qui a publié, l'indiscret, le personnel

mot *néphrite;* mais ne doit-il pas y avoir là autre chose qu'une inflammation du rein, puisque dans les autres néphrites, dans les néphrites évidentes, calculeuses, traumatiques, métastatique, l'anasarque est absente? Si les symptômes précédens sont liés à une néphrite, si l'anasarque qui les accompagne est le fait de l'inflammation rénale, il faut convenir que c'est là une néphrite à forme très exceptionnelle, très spéciale et qu'il importe de distinguer de toutes les autres, puisque ces autres néphrites n'offrent pas le symptôme important, capital de la première, l'anasarque. De plus, la néphrite ordinaire est une des maladies les plus bénignes : une saignée, quelques ventouses à la région rénale, l'usage des boissons émollientes, suffisent pour en triompher; mais ici, dans cette forme exceptionnelle, dans cette prétendue néphrite à allures si étranges, la maladie est des plus graves, s'accompagne d'accidens ordinairement insurmontables, et surtout amène ces attaques d'éclampsie si souvent mortelles.

Traitement. — Dans cette forme exceptionnelle de la néphrite albumineuse aiguë, la médication ou les médications qui réussissent le plus ordinairement sont les suivantes. Au début, émissions sanguines générales, application de ventouses à la région lombaire ou de sangsues au pourtour de l'anus. Toutes les fois que l'on pratique la saignée dans ces conditions, on trouve le sang très fortement couenneux. Chez notre jeune fille, au quinzième jour de la maladie, une couche épaisse de fibrine recouvrait encore le caillot. Lorsque l'affection est avancée, et que les forces de la malade demandent à être ménagées, il ne faut pas insister sur les émissions sanguines; il vaut mieux substituer à la saignée l'administration du calomel à doses fractionnées, suivant la méthode dite de Law. On mêle 0,05 centigrammes de calomel à une quantité suffisante de sucre, et l'on divise le tout en douze paquets égaux que l'on fait prendre dans les vingt-quatre heures. On persiste dans cette médication jusqu'à ce qu'on arrive à produire un gonflement assez notable des gencives, ce qui a lieu ordinairement au bout de trois ou quatre jours.

Ce médicament, ainsi administré, produit des effets purgatifs très remarquables; c'est en même temps une méthode antiphlogistique des plus puissantes. C'est le moyen le plus sûr de guérir la maladie, de l'empêcher de passer à l'état chronique; en un mot, de prévenir le développement de l'affection dite *maladie de Bright*, si fatalement mortelle. En même temps, on soumet les malades aux boissons émollientes et à la diète lactée.

Notre jeune fille a présenté, dans sa maladie, une complication intéressante à plusieurs points de vue, et susceptible de donner lieu à des remarques pratiques d'une incontestable utilité. Les jambes étaient, avons-nous dit, le siége d'un gonflement très intense et très douloureux. Le médecin de la ville, qui a vu le premier la malade, a cru devoir lui pratiquer quelques mouchetures pour dégorger les membres abdominaux et diminuer la douleur. Il les a faites avec toutes les précautions possibles, et s'est servi du moyen le plus sûr, ou pour mieux dire, le moins incertain qui existe, d'empêcher le développement de l'érysipèle, accident si redoutable dans les conditions analogues à celles où se trouvait la malade. Les mouchetures, dans les cas d'anasarque, sont utiles quelquefois, mais toujours extrêmement dangereuses. Dans l'anasarque liée à une maladie organique du cœur, à un trouble de la circulation générale, les mouchetures produisent presque toujours la gangrène des membres. Ici, malgré les précautions les plus minutieuses, quoique le médecin se soit servi d'aiguilles très fines au lieu du bistouri ou de la lancette, les accidens n'ont pu être évités, et un érysipèle a envahi la totalité du membre abdominal gauche. Il fallait empêcher que l'érysipèle ne gagnât le tronc, car alors notre jeune fille était perdue. Un moyen excellent, dit M. Trousseau, se présentait à mon esprit : c'était la *compression*, moyen mis en honneur par Teddel, préconisé par M. Bretonneau, qui en a fait le sujet de sa thèse inaugurale, et par M. Velpeau qui l'emploie tous les jours avec succès contre l'érysipèle phlegmoneux des membres. Mais c'est une chose difficile que l'application méthodique d'un bandage compressif. L'inexpérience des élèves, la difficulté de trouver de bonnes bandes, font que l'on est souvent obligé de renoncer à l'emploi de cette méthode d'ailleurs excellente. On aurait bien pu se servir de diachylon, mais cette substance a l'inconvénient de produire sur la peau une action irritante, qui, dans ce cas, aurait été contraire au but que nous nous proposions. C'est alors, dit M. Trousseau, que l'idée du collodion est venue traverser mon esprit. Le traitement par le collodion ou les enduits imperméables constitue une médication particulière inventée par un praticien distingué de Paris, M. Robert-Latour, et appliquée par lui, comme méthode générale, au traitement de l'inflammation. Ce médecin a exposé, dans un ouvrage récent, des idées nouvelles sur la théorie et la thérapeutique de l'inflammation, et cet ouvrage a été l'objet d'une analyse publiée dans le journal l'Union Médicale, par M. le docteur Amédée Latour.

Du reste, ce n'est pas la première fois que M. le professeur Trousseau employait le collodion contre l'érysipèle. Il y a deux ans, un de ses cliens prit, à l'occasion d'une piqûre de cousin, un érysipèle qui envahit le pied et la jambe jusqu'au genou. Le collodion était alors dans toute la verdeur de sa sève. M. Trousseau enveloppa la jambe de son client d'une véritable botte de collodion, et l'érysipèle fut guéri en moins de huit jours. Plusieurs fois il est parvenu à faire disparaître ainsi, dans un espace de temps très court, des inflammations érysipélateuses. Mais il a toujours échoué lorsqu'il a voulu attaquer avec le collodion l'érysipèle ambulant ou erratique. Vainement, armé de l'enduit imperméable, il a pourchassé l'érysipèle partout où celui-ci allait se fixer, toujours l'érysipèle, se moquant du collodion, s'est glissé par-dessous et a continué sa course vagabonde.

Du reste, voici la formule du collodion que M. Trousseau emploie et conseille de préférence à toute autre. C'est le collodion dit *élastique*, composé ainsi qu'il suit :

Collodion ordinaire.	30 grammes.
Térébenthine de Venise. . .	1,50 centig.
Huile de ricin.	0,50 centig.

On étend cet enduit à l'aide d'un pinceau de charpie, en plusieurs couches, que l'on applique sur la partie enflammée, et on laisse sécher.

C'est le collodion ainsi formulé et préparé qu'il a employé dans ce cas, et dont l'application a été suivie d'un succès des plus remarquables et des plus inespérés.

En terminant, M. le professeur Trousseau appelle de nouveau l'attention sur le danger des mouchetures dans les cas d'anasarque. Il ne se souvient pas, depuis trois ans, de les avoir pratiquées sans voir chaque fois survenir l'érysipèle. Quelquefois cette petite opération est suivie d'un soulagement qui dure quinze et vingt jours. On s'en félicite, et, puis, un beau jour, on voit les piqûres s'enflammer, devenir rouges, douloureuses, bref, un redoutable érysipèle se déclarer.

Les mouchetures se font tantôt avec la pointe de la lancette, tantôt avec des aiguilles très fines. Dans ces derniers temps, un médecin prétend avoir modifié cette méthode de manière à obtenir un dégorgement considérable des membres, sans produire aucun des inconvéniens attachés aux mouchetures. Son procédé consiste tout simplement à passer sur la partie la pointe d'une lancette bien affilée, ou le tranchant d'un rasoir bien coupant, de manière à n'intéresser que l'épiderme ou la superficie seule du derme. M. Trousseau se propose de mettre ce procédé en usage à la première occasion. Il termine en recommandant chaleureusement l'emploi du collodion élastique contre l'érysipèle.

Dr A. Tartivel.

PATHOLOGIE.

DE LA PÉRITONITE AIGUE ET DE SON DIAGNOSTIC CHEZ LES ENFANS A LA MAMELLE;

Par le docteur Isidore Henriette, médecin de l'hospice des Enfans-Trouvés, à Bruxelles.

C'est une chose digne de remarque, quand on fait de la médecine des enfans le sujet principal de ses méditations et de sa pratique, que la grande fréquence des maladies du système séreux chez les enfans à la mamelle. Le péritoine, le péricarde, les plèvres, les méninges, présentent tour à tour, et plus fréquemment qu'on ne le croit, des altérations pathologiques qui témoignent d'une disposition particulière de ces organes exhalans à s'affecter chez les enfans du premier âge.

Maladies au diagnostic obscur, si ce n'est la méningite, dont la manifestation symptomatologique est la plupart du temps facile à saisir, est-ce à dire que l'inflammation du péritoine, des plèvres, du péricarde, ne se reconnaisse qu'après la mort? que les troubles fonctionnels, que la péritonite tout spécialement produit, soient si peu saisissables qu'on ne puisse les diagnostiquer? nous ne le croyons pas ; mais il faut de la part du médecin une grande attention.

Nous nous permettrons donc de tenter un effort pour dégager cette maladie des ténèbres qui l'entourent, soit en recueillant, pour les coordonner, les matériaux de son diagnostic que nous trouvons épars dans les auteurs, soit en décrivant ce que nous avons observé nous-même. Nous établirons enfin ses caractères différentiels d'avec l'entéro-colite, maladie qui, comme on sait, est très fréquente chez les enfans à la mamelle, et avec laquelle la péritonite peut le plus facilement être confondue, comme cela m'est arrivé chez un enfant qui fait le sujet de la première observation que nous rapporterons tantôt.

D'abord, si nous voulons rechercher la cause de la péritonite idiopathique chez les jeunes enfans, nous sommes bientôt arrêtés. Et ce n'est pas une des moindres bizarreries de cette affection que d'apparaître avec une soudaineté que rien ne fait présager. Chez l'adulte, nous savons tous que la péritonite spontanée s'observe rarement et qu'on ne la rencontre le plus ordinairement que dans les conditions particulières que font naître l'état puerpéral, les lésions traumatiques, les perforations du tube digestif, etc. Son étiologie est donc des plus incertaines. Nous dirons tout de suite que pour les deux cas que nous avons eu occasion de rencontrer dans notre service, il nous a été impossible de remonter à une cause qui ne

---

médical de la cour. Sans cela, il reviendrait tous les jours des Tuileries ou de St-Cloud.

Voyez passer Cléon, il ne marche pas, il court. Bonjour, cher, s'écrie-t-il; je ne m'arrête pas, je suis pressé, une femme qui accouche... C'est son refrain invariable. C'est un terrible accoucheur que Cléon. Ses voisins assurent cependant qu'il ne donne pas plus de besogne qu'un autre aux officiers de l'état civil.

Qui ne connaît Cléophas? Celui-ci, c'est par la gravité, croit-il, qu'il faut que le médecin se distingue. Aussi, écoutez cette parole obèse et emphatique. Il ne profère que des sentences. Les plus vulgaires lieux communs, il les lance comme des oracles. Il marche avec la solennité d'un consul romain. Le bon mot le scandalise, et pour cause. Le sourire n'a jamais animé les muscles immobiles de sa face. Il reçut un jour cette réponse d'un spirituel confrère qu'il réprimandait sur sa gaîté : Mon Dieu, mon cher, il n'y a rien de plus grave qu'un dindon. — Ce bon mot ne le dérida pas.

Amédée Latour.

Je reçois à l'instant une lettre de M. le professeur Schutzenberger, de Strasbourg, qui se fâche tout rouge de ce qu'on puisse le confondre avec le docteur Schistzbenhjuger, dont j'ai publié un fragment de lettre dans mon dernier feuilleton. Je me joins à cet honorable et savant professeur pour le décharger de toute responsabilité à cet égard. Le feuilleton seul est coupable; qu'on prenne sa tête, à moins, ce qui serait plus charitable, qu'on ne lui pardonne une innocente plaisanterie qui n'avait aucune intention désobligeante pour personne, et qui n'annonçait d'ailleurs qu'un fait parfaitement exact. Je déclare très humblement que le souvenir de M. le professeur Schützenberger était complètement absent de mon esprit en publiant la lettre de samedi dernier. Notre honoré confrère ne peut pas ignorer que je n'ai pas pour habitude d'éluder la responsabilité de mes articles; mais celui dont il se plaint est de nature si bénigne, qu'en vérité je n'ai aucun mérite à en assumer sur moi seul toutes les conséquences. Il n'y a véritablement dans tout cela ni perfidie, ni couardise, mais une bizarre coïncidence sans intention aucune.

Je profite de l'occasion pour annoncer, d'après mes renseignemens propres, que M. Soubeiran a passé ses examens avec le plus grand succès, et qu'il en est, à cette heure, à sa thèse.

Voici maintenant la lettre de M. Schützenberger :

« Strasbourg, le 11 Août 1853.

» Monsieur et très honoré confrère,

» Dans votre feuilleton du 6 courant, vous avez publié une lettre d'un correspondant de Strasbourg, et signée Dr Schistzbenhjuger. Cette lettre, portant fausse signature, m'a été généralement attribuée. Elle a dû être considérée comme émanant de moi; car je suis, en Alsace, le seul docteur portant un nom semblable à celui mis au bas de la lettre dont il s'agit. La similitude est telle, que deux syllabes mal écrites ont été nécessairement attribuées à une erreur typographique.

» De deux choses l'une : ou votre correspondant de Strasbourg existe, et alors le pseudonyme cache une méprisable perfidie ; ou bien le personnage est fictif, et la signature est une invention de l'auteur du feuilleton ; dans ce cas, je veux bien croire à l'absence de toute intention malveillante. Mais je n'en crois pas moins avoir le droit de me plaindre d'un procédé qui use de mon nom pour le placer défiguré, *mais très reconnaissable*, au bas d'une lettre dont l'auteur récuse la responsabilité.

» J'attends de votre loyauté l'insertion de cette réclamation dans votre plus prochain numéro.

» Agréez, etc. Dr Schutzenberger. »

J'ai reçu la lettre suivante, que je m'empresse de publier, pour l'édification du public, relativement à la médecine des somnambules :

« Monsieur le rédacteur,

» A propos de prescriptions de somnambules, en voici une qui mérite d'être signalée, moins encore pour son originalité que pour le danger de son administration.

« Prenez :

» Au cimetière Montmartre (*sic*).

» Un morceau d'os de la jambe, enveloppez dans une chaussette

» portée pendant une semaine, plongez le tout dans un litre d'eau, faites

» bouillir pendant une heure.

» Le malade devra boire cette tisane dans l'espace d'un jour. »

» La mère du jeune homme auquel était destiné cet affreux breuvage, vint me consulter pour avoir mon avis sur l'innocuité de cette boisson.

» Voilà, au centre même de Paris, un nouvel exemple du crédit que la faiblesse humaine est susceptible d'accorder au charlatanisme le plus extravagant.

» Votre tout dévoué confrère,

» Josat, D.-M. P.

» Paris, 5 Août 1853. »

O Athènes! O Parisiens! O Béotiens de Lutèce!

Un docteur noir. — En lisant ce qui suit, on se demande si la chose est possible dans un pays qui se fait honneur d'être aussi fortement *abolitioniste*.

« James B. Barnett, homme de couleur, a intenté un procès aux directeurs du Collége médical de New-York, pour les obliger à lui accorder le titre de médecin (*physician*). L'assignation à eux donnée expose que M. Barnett est bachelier de l'Université de New-York, qu'il a étudié la médecine sous les médecins les plus distingués de cette ville et qu'il a régulièrement pris ses inscriptions et suivi les cours de médecine et de chirurgie, ainsi que les cliniques médicales et chirurgicales. Mais au moment où il voulait prendre ses degrés, il a été rayé *parce qu'il était de couleur*. Les directeurs du Collége reconnaissent les faits, mais refusent d'obtempérer à sa demande, par la raison que les règlemens et les usages de cette institution ne permettent pas d'accorder à un nègre le titre de docteur en médecine. L'affaire a été mise en délibéré. »

Que pensent les partisans de l'abolitionisme d'un pays comme celui-là, et cela ne prouve-t-il pas que les préjugés d'éducation sont plus forts que toutes les convictions morales ou politiques?

laissât pas trop de champ aux suppositions, aux hypothèses, et que, notamment, il n'y avait rien du côté de la cicatrice ombilicale, soit érysipèle ou inflammation. Ceci est important à noter.

Une coïncidence, nous ne pensons pas qu'on puisse y voir autre chose, nous a paru cependant digne d'être signalée, c'est celle qui existe entre nos deux cas de péritonite et ceux observés par Bouchut : l'un, chez un enfant à la mamelle, atteint de syphilis comme le sujet de notre première observation, qui était aussi atteint de syphilis et soumis au traitement mercuriel ; le second, chez un enfant atteint d'un érysipèle ambulant, comme chez le sujet de notre seconde observation, souffrant également d'un érysipèle ambulant, comme nous le rapporterons tantôt.

Faut-il voir dans cette analogie autre chose qu'une coïncidence, qu'un fait du hasard ? Quoique ce langage ne soit guère scientifique et qu'il puisse blesser certaines opinions, nous serions assez disposé à le croire. Sans doute, si on arrivait à connaître la cause d'une maladie rapidement mortelle, cela serait très important, en ce sens qu'on pourrait quelquefois placer les enfans hors les conditions d'influence qui font naître la péritonite ; mais là n'est pas la question que nous avons à cœur d'élucider ; notre but principal est d'énumérer les symptômes que nous avons observés pour arriver à un diagnostic positif, à établir la séméiotique, jusqu'à ce jour imparfaite malgré les travaux modernes, d'une affection qui, comme nous venons de le dire, ne laisse pas que d'être fréquente. Chez l'adulte les symptômes de la péritonite aiguë sont des mieux caractérisés. Il est difficile de les méconnaître : l'expression symptomatologique en est si franche, qu'à moins d'une inexpérience, qu'on ne peut admettre que chez les jeunes gens qui entrent dans la carrière, il est presque impossible qu'on n'en fasse un diagnostic rigoureux.

En est-il de même chez les enfans à la mamelle? Non. Ici nous n'avons pas pour nous éclairer les renseignemens que le malade donne lui-même ; ici la maladie ne se reflète pas à nos sens comme chez l'adulte par une face grippée, par un pouls petit, serré, péritonéal ; il existe bien de la douleur au toucher, à la pression, comme le ballonnement du ventre, mais ces deux manifestations morbides appartiennent aussi aux maladies du tube intestinal, et cependant c'est sur leur existence que repose, en grande partie, la base du diagnostic. Il faut donc bien définir leurs conditions d'être ou de ne pas être, d'intensité, de progrès dans la péritonite des enfans au sein pour la distinguer de la gastro-colite aiguë.

Le début de la péritonite chez les enfans est rapide; on ne peut savoir, comme chez les adultes, s'il est précédé de frissons, mais ce que nous pouvons dire, c'est que, maladie menaçante à son apparition, elle n'est précédée d'aucun prodrome. Les enfans que nous avons pu observer jouissaient d'un état de santé relativement satisfaisant, jusqu'au moment où la péritonite s'est déclarée. Ils n'avaient rien présenté d'insolite à notre observation.

L'entéro-colite débute d'une façon moins brusque; les enfans commencent par refuser le scin, ou à le prendre avec indifférence quelques jours avant son apparition, puis surviennent des gargouillemens intestinaux. Le dérangement des garderobes ne tarde point à apparaître.

DANS LA PÉRITONITE :	DANS L'ENTÉRO-COLITE :
La sensibilité abdominale est excessive comme dans aucune maladie des organes abdominaux ; à la moindre pression l'enfant pousse des cris.	La sensibilité abdominale est moins vive; on peut encore exercer une certaine pression avant de déterminer les cris.
Le ballonnement du ventre se fait avec une grande rapidité ; le ventre se météorise pour ainsi dire à vue d'œil, dès le début de l'inflammation péritonéale, en même temps qu'apparaît de la matité à la partie inférieure ou pubienne.	Le ballonnement du ventre se fait moins promptement et successivement, presque toujours en rapport avec l'intensité de la phlogose intestinale.
Les vomissemens sont rares ; ils n'ont lieu qu'au début ; les matières vomies sont sans mélange, tout à fait vertes, et tachent le linge qui les reçoit.	Les vomissemens sont plus fréquens, plus continus, les matières rendues sont presque toujours mélangées, et d'une couleur jaune verdâtre
La constipation est un symptôme que nous avons remarqué dans les deux cas que nous avons observés.	La diarrhée est un phénomène presque toujours constant, ou bien les selles sont caillebotées, verdâtres, hétérogènes.
Le facies des enfans ne change guère ; les yeux sont plus fixes qu'à l'ordinaire ; les enfans conservent leur embonpoint.	Le facies devient rapidement blafard, les yeux et la bouche se cernent de bleu, l'amaigrissement fait des progrès rapides.
Les enfans se tiennent presque immobiles ; ils pleurent quand on les remue.	Les enfans redressent fréquemment leurs jambes sur le ventre.
La respiration est tout à fait thoracique et très accélérée, les mouvemens inspiratoires incomplets, courts, comme dit Bouchut.	Les mêmes symptômes se produisent, mais avec beaucoup moins d'intensité.
	Le diaphragme ne reste pas, comme dans la péritonite, immobile et passif.

Tels sont les symptômes les plus saillans que nous avons observés. Ils sont en contradiction pour quelques-uns, pour la décomposition des traits de la face et la nature des matières vomies, par exemple, avec ceux décrits par Billard, le seul à peu près des médecins qui se soit occupé d'une manière spéciale de la péritonite chez les enfans à la mamelle, et qui en fasse une description quelque peu complète. C'est ce qui m'étonne beaucoup, car depuis l'apparition de son traité, le champ de la pathologie enfantine a été largement cultivé, et a produit des œuvres extrêmement remarquables. Et cependant les auteurs qui l'ont exploré ne traitent qu'en passant et accessoirement d'une affection qui, par sa gravité, doit être rangée en tête de celles que l'on doit redouter le plus de voir se développer. Quelques personnes pourront peut-être prendre pour une lacune l'omission que nous avons faite des signes fournis par l'examen des symptômes généraux, et du pouls en particulier. Il n'en est rien ; seulement nous n'en avons rien dit, parce qu'ils ne nous ont présenté que des phénomènes identiques à ceux qui se produisent dans toute affection pyrétique.

Observation I. — *Péritonite aiguë; mort.* — Un enfant du sexe masculin, né le 13 avril 1850, pesant à son entrée à l'hospice, le 23 mai, 3,850 grammes, présente des syphilides papuleuses sur les jambes, les fesses, des pustules derrière le scrotum et au périnée; un écoulement séro-purulent, quelquefois sanguinolent, a lieu par les narines. A l'angle interne de l'œil gauche existe une tumeur molle, fluctuante, sans changement de couleur à la peau; par suite de l'enchifrènement, la respiration est difficile et la lactation pénible ; le nez est empâté, l'embonpoint médiocre.

Soumis aux préparations mercurielles et *confié à une bonne nourrice, qui n'a jamais été contaminée quoique l'enfant portât les traces d'une syphilis secondaire*, l'enfant devint bientôt gras et dodu. A la fin de juin, les syphilides avaient disparu, mais l'ozène n'était point guéri, et la tumeur de l'angle de l'œil acquérait plus de développement. Une ponction que j'y pratiquai donna issue à des larmes. La nourrice à laquelle j'avais confié l'enfant, et qui l'allaita jusqu'au 9 novembre, l'ayant pris en affection particulière, avait consenti à prendre le deuto-chlorure de mercure pour le guérir. Les résultats de ce traitement ne tardèrent point à se manifester, et l'enfant se développa on ne peut mieux.

Le 8 novembre, vers le septième mois de sa naissance, l'enfant devient tout à coup difficile ; il pousse des cris, refuse de prendre le sein; sa figure est rouge, les yeux presque fixes, vomissemens verdâtres ; le ventre se météorise énormément, il est chaud, on ne peut le presser sans provoquer les cris et les pleurs de l'enfant ; constipation, respiration thoracique, précipitée, fièvre très prononcée. Deux sangsues vers la région ombilicale, cataplasmes émolliens, lavement laxatif, diète.

Toute la nuit, l'enfant n'a fait que crier; il est resté immobile dans son berceau.

Le 9, plus de vomissemens, une selle consistante ; le ventre est extrêmement tendu et douloureux ; aucun changement dans la situation de la veille. Bain prolongé, quatre sangsues sur le ventre, émolliens.

L'enfant meurt dans le courant de la journée.

Autopsie 24 heures après la mort. — Embonpoint conservé, la cavité péritonéale est remplie d'un liquide floconneux, séro-purulent, adhérences intestinales. Le péritoine est injecté, fortement arborisé, les intestins présentent peu de rougeur, la muqueuse est saine, le foie est recouvert d'une couche purulente d'un millimètre d'épaisseur, les intestins sont distendus par une grande quantité de gaz. Tous les organes sont passés successivement en revue, et ne présentent aucune altération, si ce n'est le périoste des os du nez, lequel est épaissi, et la face interne de la tumeur lacrymale, laquelle contenait des larmes et une substance d'un gris sale de la consistance du fromage mou. La cicatrice ombilicale est complète et sans rougeur.

N. B. L'existence de la péritonite ne nous a été révélée qu'à l'autopsie, nous avions diagnostiqué une gastro-entérite aiguë : les cris que l'enfant poussait quand nous pressions un peu le ventre, ne nous ont pas permis de constater la fluctuation.

(La fin à un prochain numéro).

RÉCLAMATION.

DE LA DUALITÉ DES AFFECTIONS ENDÉMO-ÉPIDÉMIQUES ANNUELLES DES PAYS CHAUDS PALUSTRES.

Monsieur le rédacteur,

Soyez assez bon pour insérer dans votre prochain numéro les quelques paragraphes suivans, qui résument brièvement la lecture que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie de médecine, dans sa séance du 2 août. Le compte-rendu de cette séance, inséré au n° 92 de votre excellent journal, m'ayant, par erreur, fait dire deux fois le contraire de ce que j'ai lu, et cela à propos des points les plus fondamentaux, je vous serais très reconnaissant de me mettre à même de rétablir les faits.

Dans ce mémoire, je demande d'abord quelques enseignemens à l'histoire de la pyrétologie dans l'Afrique septentrionale et à Rome. Les vicissitudes qu'a éprouvées la doctrine en Algérie peuvent se ranger dans quatre périodes ou époques :

1° *Période broussaisienne.* — Les antiphlogistiques résument toute la thérapeutique ; les localisations, les inflammations, toute la pathologie. On ne reconnaît, comme fièvres à quinquina, que les intermittentes simples et franches ; les rémittentes et les sub-continues vraiment palustres sont méconnues, et le spécifique péruvien n'est jamais employé pour leur traitement.

Deuxième période ou de transition. — Elle est inaugurée par le livre de M. Maillot. Il range définitivement, dans les palustres à quinquina, les rémittentes et les pseudo-continues, comme il les appelle ; mais les antiphlogistiques marchent trop souvent de pair, dans le traitement, avec le sulfate de quinine ; la gastrite et la gastro-céphalite, qu'un reste de la doctrine dite physiologique fait voir beaucoup trop fréquemment, sont les affections ou complications imaginaires qui réclament l'intervention inopportune de la saignée et des sangsues. Les fièvres sont appelées, par M. Maillot, des *irritations* cérébro-spinales intermittentes. On professe que ce qui fait tourner ces fièvres de l'intermittence vers la continuité, c'est la permanence d'une inflammation, d'une irritation qui empêchent l'apyrexie d'avoir lieu entre les accès.

Troisième période, ou période palustre. — Dans toutes les affections endémo-épidémiques, y compris les dysenteries et les affections du foie, on ne voit que des affections palustres ; on méconnaît, on nie les complications, les affections réelles concomitantes, presque toute la grande classe des maladies dues au climat et non au miasme. La thérapeutique est simplifiée comme la pathologie et l'étiologie; on prescrit le sulfate de quinine à tout propos, pour toute maladie. C'est à la dose du toxique absorbé qu'on attribue la déviation de l'intermittence quittant ce type pour tourner à la continuité. On n'appelle plus les fièvres des *irritations*, mais des *asthénies* cérébro-spinales.

Quatrième période, ou des élémens morbides, ou de la dualité des affections endémo-épidémiques. — Ces principes ne sont encore qu'une tendance ; notre but est d'en faire une réalité. Le traitement employé aujourd'hui est le plus souvent double, sulfate de quinine d'une part, évacuans gastro-intestinaux, d'autre part. Mais ceux-ci sont moins prescrits dans le but de détruire un élément de la maladie, que dans celui de se débarrasser d'une simple complication qui s'oppose à l'absorption du sulfate de quinine. On commence aussi à mettre sous la dépendance du climat et de l'hygiène les dyssenteries, les maladies du foie, etc., et à ne faire dépendre de l'intoxication que les fièvres palustres. De là, il n'y a pas bien loin à reconnaître deux élémens morbides, et la nécessité d'un double traitement.

École de Rome. — Tandis qu'en Algérie on se livre à une synthèse anticipée, à Rome on morcelle la pathologie ; on admet autant d'espèces qu'il y a de physionomies dans les symptômes ; on donne une place, dans la nosologie, aux fièvres gastriques, gastro-rhumatiques, nerveuses, au synochus, à la synocha, etc., etc. Mais à Rome, au moins, la doctrine est plus avancée que chez nous, en cela qu'elle fait deux grandes classes de fièvres, les unes à quinquina, les autres ne dictant pas cette indication. Par contre, la pratique y est plus désastreuse qu'en Algérie : ici, englobant à tort presque toutes maladies dans la classe des palustres, on traite trop souvent par le quinquina des fièvres qui pourraient être guéries sans son secours ; à Rome, on méconnaît la nature palustre de beaucoup de fièvres, et on ne prescrit pas le sulfate de quinine toutes les fois que cela est nécessaire, ce qui constitue un danger beaucoup plus grave.

Les principes fondamentaux de la nouvelle doctrine que nous proposons, après avoir observé pendant sept ans dans les pays chauds, en Italie et dans l'Afrique française, peuvent se résumer comme il suit :

Les endémo-épidémies annuelles estivo-automnales des pays chauds palustres sont constituées par deux genres bien distincts de maladies : les unes *palustres*, dites aussi *à quinquina*, dues à des conditions accidentelles, plus ou moins amovibles, aux miasmes; les autres *non palustres* (1), dues au climat même, c'est-à-dire à des conditions essentielles, permanentes, plus ou moins inamovibles, et aux écarts de l'hygiène, dont l'effet principal consiste probablement à rendre plus impressionnable aux influences climatologiques. Ce dernier genre d'affections est commun à la plupart des pays chauds ; le premier ne règne que dans les pays à la fois chauds et palustres.

Si chaque genre a son étiologie distincte, il a aussi sa thérapeutique et sa symptomatologie. De plus, les trois phases d'augment, d'état et de décroissance des deux endémo-épidémies élémentaires estivo-automnales, ne sont pas strictement contemporaines; de sorte que, par exemple, leur apogée ne coïncide point ordinairement.

Selon les contrées, c'est l'un ou l'autre genre qui domine, tandis que son contemporain se tient au second rang. Il en résulte que, dans tel pays, les maladies endémo-épidémiques sont surtout palustres ou à quinquina, pendant qu'ailleurs leur caractère principal sera climatique, qu'on me passe ce mot pour désigner les affections dues aux influences essentielles du climat. Les différences très notables que présentent les endémo-épidémies, selon les contrées, tiennent à une autre cause encore : avec le climat, la phénoménisation des maladies climatiques qui font partie du bloc de l'endémo-épidémie annuelle, change manifestement elle-même ; bien plus, de nouvelles espèces apparaissent même quelquefois (fièvre rémittente bilieuse des pays chauds, fièvre jaune, etc.), et impriment nécessairement un trait caractéristique au règne pathologique.

Un des deux genres élémentaires, soit la fièvre palustre, soit une affection climatique, peut exister isolément chez un sujet, conserver ainsi son individualité, et ne dicter qu'une seule et simple indication thérapeutique; mais, plus souvent, les deux se combinent chez le même sujet, se confondent en une nouvelle individualité complexe, véritable fièvre proportionnée, comme l'appelait Torti, constituée par l'union des deux élémens palustre et climatique, intermittent et continu. Ainsi se trouve justifié le titre de ce travail : *De la dualité des endémo-épidémies,* etc. Ces élémens concourent à divers degrés à la formation de la maladie, qui est comme leur résultante. Tantôt l'élément palustre domine l'autre élément, l'élément climatique, auquel il est marié, c'est ce qui arrive communément en Afrique; tantôt, au contraire, l'élément climatique prend le dessus, comme on l'observe assez souvent à Rome (2); enfin, il peut arriver que tous deux concourent pour une part plus ou moins égale à la formation de la maladie définitive.

La thérapeutique doit être double, quand la maladie l'est elle-même : par le sulfate de quinine, on s'attaque à l'élément palustre, tandis que l'élément climatique, son cohabitant, appelle une médication consistant surtout dans des évacuans gastro-intestinaux. L'individualité des deux élémens morbides est ainsi prouvée non seulement par leur origine et par leur symptomatologie (comme nous l'établirons plus tard en traçant la monographie des fièvres estivo-automnales non palustres), mais aussi par la thérapeutique.

Les évacuans administrés seuls, quand la maladie est complexe, proportionnée, laisseront en général subsister la fièvre palustre ; au contraire, le sulfate de quinine abattra cette dernière, mais la convalescence ne sera pas franche, à cause de la survivance de l'élément climatique.

Ces quelques lignes résument assez bien les principes fondamentaux

(1) Le compte-rendu inséré au n° 92 de l'Union Médicale, me fait dire, au contraire : *les autres sont palustres* ; cas dans lequel, les deux genres morbides étant de même nature, il n'y aurait pas eu lieu à établir la scission capitale que nous voudrions opérer dans le bloc hétérogène des affections endémo-épidémiques de ces contrées.

(2) Dans ce compte-rendu, c'est le contraire qu'on me fait dire ; on applique à l'Afrique ce qui convient à l'Italie, et réciproquement.

de la doctrine. Dans le reste du mémoire, je développe, je prouve chacune de ces propositions, et j'aborde la discussion de certains faits qui, obscurs jusqu'ici, deviennent clairs quand on les interprète dans les vues et d'après les principes de cette doctrine.

Ainsi, la pyrétologie des pays intertropicaux, sur laquelle nous n'avons que des idées extrêmement confuses, me paraît gagner en clarté, quand on l'étudie au point de vue de l'existence de deux élémens morbides.

Les discussions étiologiques sur les endémo-épidémies des pays chauds et palustres n'ont pas d'autre cause que cette confusion des deux genres morbides en un seul. On ne peut dire d'une manière absolue ni qu'elles sont dues au miasme palustre, ni qu'elles ne reconnaissent pour origine que le climat, les météores et leurs vicissitudes. Opérez d'abord la séparation des deux élémens, puis remontez aux causes bien distinctes de chacun d'eux.

La fièvre que les Romains appellent *gastro-reumatique* est un assemblage hétérogène; c'est tantôt une simple climatique, tantôt une complexe ou proportionnée, tantôt même une simple palustre revêtant accidentellement une certaine phénoménisation. Leur tort consiste à ne pas donner le sulfate de quinine dans les cas si fréquens où ils ont affaire à une proportionnée, et dans les cas plus rares où il s'agit d'une simple palustre.

La fièvre *rémittente gastrique* des Algériens est également le résultat d'une confusion : très souvent c'est une palustre avec complication d'embarras gastro-bilieux, souvent aussi une véritable proportionnée dans laquelle on méconnaît l'élément continu, climatique; quelquefois enfin c'est une simple climatique. Le tort des Algériens, infiniment moins préjudiciable que l'erreur romaine, consiste à prescrire le sulfate de quinine dans quelques affections qui pourraient s'en passer, et à s'abstenir quelquefois des vomi-purgatifs dans des affections complexes constituées par deux élémens dont l'un exige les évacuans.

Dans la période broussaisienne, et même dans la seconde période, ou de transition, de la pyrétologie africaine, on attribuait exclusivement à une inflammation, à une irritation permanente, la déviation de l'intermittence vers la continuité, c'est-à-dire la persistance du mouvement fébrile entre les accès; dans la troisième période, période palustre, on a mis, toujours exclusivement, ces phénomènes sous la dépendance de la dose du toxique absorbé; on a professé que plus l'empoisonnement miasmatique est considérable, plus la fièvre est voisine de la continuité. Ces deux opinions absolues sont erronées. La première n'a pas besoin d'être combattue. Un mot de la seconde. Les fièvres quartes sont beaucoup plus rebelles que les fièvres quotidiennes, quoique celles-ci, ayant des accès plus rapprochés, impliqueraient une intoxication plus intime. A Rome, les fièvres ardentes, presque continues, du milieu de l'été, ont cédé rapidement, et n'ont presque pas fait de victimes; tandis que les fièvres pernicieuses franchement intermittentes qui paraissent à cette époque, mais surtout plus tard, sont très dangereuses. Il nous semble qu'on doit ainsi formuler ce principe : la fièvre palustre s'éloigne de l'intermittence pour tourner à la continuité, en raison composée de l'intensité de l'intoxication miasmatique, de la présence de complications, ou de l'adjonction d'une autre maladie de nature continue, et enfin de l'idiosyncrasie et des dispositions momentanées du sujet.

Nous mettrons sous les yeux de l'Académie, nous ne dirons pas des monographies, mais des mémoires suffisamment étendus dans lesquels nous décrirons séparément : 1° les fièvres palustres, 2° les fièvres complexes, composées, proportionnées, des pays chauds palustres.

Veuillez agréer, etc. Félix JACQUOT.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 3 Août 1853. — Présidence de M. LARREY.

Ablation de la mâchoire inférieure.

M. MAISONNEUVE présente les pièces anatomo-pathologiques d'un sujet auquel il a pratiqué l'ablation de la mâchoire inférieure, et qui a succombé le quatrième jour, au moment de la réaction fébrile traumatique. Le fait principal sur lequel M. Maisonneuve appelle l'attention de la Société, c'est la solidité de la cicatrisation des lèvres, bien que l'opération ne datât que de trois jours pleins.

Ostéosarcôme de la rotule.

M. MICHON présente une pièce anatomo-pathologique qui offre un exemple d'une maladie assez rare; c'est un ostéosarcôme de la rotule, qui a été diagnostiqué pendant la vie par plusieurs chirurgiens, et qui a été effectivement démontré tel par l'examen anatomique. Ce fait n'offrait en lui-même rien de particulier, n'était le siége même de cette affection sur un os sésamoïde, l'un des derniers développés, circonstance extrêmement rare.

— M. le Secrétaire donne lecture du procès-verbal de la dernière séance.

M. Robert demande la parole à l'occasion du procès-verbal, et au sujet d'une présentation faite dans la dernière séance par M. Guersant, et qui a suscité une discussion qui continue dans cette séance-ci. Voici quel est l'objet de la présentation et les explications qu'elle a suscitées.

Polype pharyngien.

M. GUERSANT présente un jeune garçon, âgé de 15 ans, qui porte une tumeur volumineuse dans le pharynx, laquelle refoule en avant le voile du palais; une tumeur semblable existe dans les fosses nasales, et une troisième, qui siége dans la fosse zygomatique, vient faire saillie sous la joue. Ces trois tumeurs, ou plutôt cette tumeur, car il paraît probable qu'elles ne font qu'un dans leur origine, ont acquis le développement qu'elles présentent en ce moment en moins de six mois.

M. Guersant demande l'avis de ses confrères sur la conduite à tenir en présence d'une lésion aussi grave.

M. VOILLEMIER, après avoir examiné le malade, exprime l'avis que ces tumeurs devraient être considérées comme indépendantes, et attaquées par conséquent isolément. Il proposerait d'enlever d'abord la portion située dans la région zygomatique. Il pense que l'ablation partielle de cette portion de la tumeur faciliterait considérablement l'ablation des deux autres.

M. LABORIE rappelle que M. Robert a fait, dans le temps, plusieurs communications à la Société, au sujet de tumeurs analogues; il s'agissait de polypes fibreux ayant leur insertion à la base du crâne, et envahissant successivement la région pharyngienne, les fosses nasales et les joues. Le cas que présente M. Guersant lui paraît avoir beaucoup de ressemblance avec ceux que M. Robert a fait connaître. M. Laborie pense enfin que l'ablation de ces tumeurs nécessite une opération semblable à celle que M. Flaubert, de Rouen, a pratiquée pour la première fois, et qui entraîne la mutilation de la face.

M. GOSSELIN, bien que considérant ce cas comme un de ceux sur lesquels la science n'est pas faite encore, est d'avis, cependant, qu'il y a lieu de pratiquer une opération. Il pense qu'on a à choisir deux opérations, celle de Flaubert et celle de M. Nélaton. L'opération de M. Nélaton lui paraît excellente; seulement, on n'est pas encore suffisamment fixé sur les résultats qu'elle donne. Il serait possible qu'une simple incision du voile du palais pût suffire pour permettre de terminer l'opération; mais on se comporterait suivant les circonstances, et comme dernière ressource, on enlèverait le maxillaire.

M. GIRALDÈS : Toute la question est de savoir si la tumeur de la joue est ou non indépendante. Si elle est indépendante, l'opération sera fort simple. Il lui a suffi, dans un cas de ce genre, d'inciser le voile du palais pour enlever la tumeur.

M. LARREY se range à l'opinion exprimée par MM. Gosselin et Giraldès, et pense qu'une simple incision du voile du palais devra suffire.

M. FORGET rappelle qu'un fait analogue à celui-ci, et également intéressant, a été communiqué dans le temps à la Société, qui s'en est beaucoup préoccupée alors. Il s'agissait aussi d'un polype pharyngien. Après un examen attentif, on avait cru reconnaître que la tumeur restait étrangère aux os du crâne, et qu'elle se bornait à envahir la face; mais à peine eut-on commencé l'opération, que l'on reconnut que l'on s'était engagé dans une entreprise impossible. La tumeur envahit des prolongemens jusque dans l'intérieur de la cavité crânienne. N'est-il pas à craindre qu'ici vous ayez également affaire à une tumeur qui a son origine dans le tissu osseux du crâne, ce qui paraît être le cas le plus commun de ces sortes de tumeurs, et que l'opération dans laquelle on va s'engager n'entraîne des difficultés et des dangers sans nombre? L'analogie de ce cas avec celui de M. Huguier semble justifier ces craintes.

M. ROBERT, qui n'assistait pas à la dernière séance, et qui a été invité depuis par M. Guersant à examiner ce malade, s'exprime aujourd'hui en ces termes :

Sur l'invitation de M. Guersant, j'ai examiné le petit malade qu'il a présenté au commencement de la séance dernière à la Société. Cet enfant, on se le rappelle, a une tumeur volumineuse qui occupe toute la région pharyngienne. Après l'avoir bien examiné, j'ai reconnu que cette tumeur était constituée par un polype fibreux développé à la base du crâne, tout près de l'articulation occipito-athoïdienne, en dehors de la cavité pharyngienne. C'est une tumeur entièrement analogue à celle dont j'ai entretenu, dans le temps, la Société. Cette tumeur me paraît avoir pris naissance à la base du crâne, soulevé la membrane céphalo-pharyngienne, pour s'étendre et envoyer ses prolongemens dans le pharynx et dans les fosses nasales; ce qu'il y a de particulièrement remarquable, c'est qu'elle a envoyé un prolongement jusque dans la fosse zygomatique. Tous ces prolongemens ont une origine commune et ne font évidemment qu'une seule et même tumeur. J'ai eu l'occasion d'opérer deux sujets portant de semblables polypes à la base du crâne, et de voir deux autres cas de même genre, mais pour lesquels il n'a pas été fait d'opération. J'ai retrouvé constamment les mêmes caractères, toujours le même point de départ à la base du crâne et la même marche envahissante de la tumeur, poussant ses racines successivement dans la cavité pharyngienne, dans les fosses nasales et dans les fosses zygomatiques. Cette dernière circonstance même m'a paru tellement caractéristique, que j'ai pu, dans quelques cas, diagnostiquer la nature d'affections semblables à première vue et rien que par le fait de la déformation de la joue.

Je ne crois pas, ajoute M. Robert, que l'opération de M. Nélaton soit applicable à ce cas, et qu'elle soit suffisante pour assurer l'ablation de la totalité de la tumeur; il faudra nécessairement enlever l'os maxillaire et l'os palatin, sur lesquels la tumeur est à cheval; cette opération préalable permettra d'atteindre les racines latérales, qui devront être attaquées les premières; puis, à l'aide d'une spatule tranchante, on divisera le pédicule profond, puis enfin on cautérisera avec le fer rouge ce qui n'aura pu être atteint par l'instrument tranchant. Je crois que l'ablation du maxillaire est d'autant mieux indiquée dans cette circonstance, que c'est une opération remarquable par la facilité avec laquelle on l'exécute depuis les procédés nouveaux et par son innocuité. Sur dix ou douze opérations de ce genre que j'ai eu l'occasion de pratiquer, je n'ai pas perdu un seul malade.

M. MAISONNEUVE a revu, et revoit encore de temps en temps un malade auquel il a récemment enlevé le maxillaire dans des circonstances analogues, comme opération préalable, et il peut affirmer que cette opération est loin de laisser une difformité aussi considérable qu'on pourrait le croire. Sous tous les rapports, cette opération lui paraît remplir parfaitement le but qu'on se propose. Cependant, il croit qu'il serait peut-être possible, jusqu'à un certain point, de diminuer l'étendue de la mutilation en conservant la voûte palatine. Il s'est assuré, par des expériences sur le cadavre, de la possibilité d'enlever parfaitement le maxillaire supérieur en conservant la voûte palatine. Il proposerait, dans cette circonstance, l'essai de ce procédé.

M. MICHON a fait sur le vivant ce que M. Maisonneuve propose de faire et qu'il n'a essayé que sur le cadavre. Il a pu une fois, chez un malade qu'il a présenté à la Société, conserver la voûte palatine; une autre fois, il a conservé la voûte orbitaire.

M. GOSSELIN : En proposant de donner la préférence à l'opération de M. Nélaton, j'ai été principalement préoccupé de la défiguration que les autres procédés feraient subir au malade. Il m'a semblé qu'en se bornant, comme l'a fait M. Nélaton, à diviser la voûte palatine, on aurait assez de jour pour éradiquer et extraire la tumeur, et porter sur sa racine un caustique ou un bouton de feu. L'ablation du pédicule principal étant faite, il serait, à ce qu'il me semble, d'autant plus facile d'extraire la totalité de la tumeur, que ses racines extra-pharyngiennes sont assez généralement peu adhérentes. Dans le cas contraire, il resterait d'ailleurs encore une chance, c'est que la tumeur n'ayant plus de base ni d'élémens nutritifs, s'atrophierait et finirait par disparaître.

M. GIRALDÈS ne partage pas l'opinion de M. Gosselin sur ce dernier point. La tumeur laissée en place ne s'atrophierait pas. Il en a acquis la certitude dans une circonstance où, ayant affaire à une tumeur de ce genre, il se vit obligé, à cause de l'extrême vascularité de la tumeur, et crainte d'hémorrhagie, de laisser l'opération inachevée et d'en ajourner la fin. Bien que le pédicule principal eût été divisé, la tumeur ne s'atrophia pas du tout, et il fallut plus tard procéder à une opération nouvelle.

M. GUERSANT demande à M. Roux son avis.

M. ROUX veut bien répondre à l'interpellation de M. Guersant, mais il déclare n'avoir pas sur ce point la même expérience que MM. Robert et Maisonneuve. Il se rappelle seulement un fait dans lequel il a été obligé, pour achever l'ablation d'un polype du même genre, de fendre la narine. Mais il doit dire que, dans ce cas, le polype était beaucoup plus développé dans les fosses nasales que dans les parties postérieures. Il n'y avait pas, par conséquent, une analogie complète entre ce cas et ceux qui occupent en ce moment la Société.

La discussion est épuisée.

— Après le dépouillement de la correspondance, qui ne comprend qu'une lettre de M. Vallette, de Metz, annonçant l'envoi de deux mémoires, dont l'un est relatif au traitement des fractures de la clavicule, l'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le chloroforme.

THÉRAPEUTIQUE.

EMPLOI DES VENTOUSES SÈCHES CONTRE LES ATTAQUES D'HYSTÉRIE.

Dans deux cas d'hystérie caractérisée par des accès très violens, M. le docteur Fisson a obtenu un effet sédatif très prononcé par l'emploi des ventouses sèches appliquées sur l'hypogastre. Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune fille de 20 ans qui était en proie depuis deux heures à un accès des plus violens. Tout son corps était agité par d'horribles convulsions, la face était turgescente et violacée, les veines du cou gonflées. Après avoir essayé inutilement l'éther en inspirations, les applications d'eau froide sur la tête, les sinapismes aux jambes, M. Fisson appliqua deux ventouses sur la région hypogastrique. Presque aussitôt il se fit une détente générale, les convulsions cessèrent et l'intelligence revint. Quelques minutes après, les spasmes s'étant renouvelés avec la même violence, les ventouses furent appliquées de nouveau et maintenues pendant quinze minutes. Cette fois l'attaque cessa complètement.

Dans le second cas, chez une jeune fille fréquemment atteinte, surtout aux approches des règles, d'accès d'hystérie caractérisés par un sentiment de gêne, de strangulation, de poids incommode à la région hypogastrique, par l'impossibilité de toute déglutition, et, de plus, par un aboiement des plus fatigans, les accès qui duraient ordinairement quatre à cinq heures, cédaient immédiatement après l'emploi des ventouses. (*Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe*, 1853.)

CIGARETTES CALMANTES CONTRE L'ASTHME NERVEUX.

Ces cigarettes se composent de la manière suivante :

Pr. Belladone	. . . .	0,30 centigr.
Stramoine	. . . .	0,15
Jusquiame	. . . .	0,15
Phellandrie	. . . .	0,05
Extrait d'opium	. . . . .	0,013 milligr.
Eau de laurier-cerise	. . .	q. s.

Les feuilles séchées avec soin et mondées de leurs nervures, seront hachées et mélangées exactement. L'opium sera dissous dans quantité suffisante d'eau de laurier-cerise et le soluté réparti également sur la masse.

Le papier brouillard, qui sert à confectionner les cigarettes, est préalablement lavé avec le macératé des plantes ci-dessus indiquées dans l'hydrolat de laurier-cerise, et séché convenablement.

On peut fumer deux à quatre de ces cigarettes par jour. (*Journal de médecine et de chirurgie* d'octobre 1852, p. 465.)

ACTION RÉSOLUTIVE DE L'ALCOOL PUR.

L'alcool est, selon M. Nélaton, le meilleur des résolutifs et le seul véritablement digne de ce nom. Il a fait des expériences comparatives qui ne laissent, à cet égard, aucun doute dans son esprit. L'observation lui a démontré que l'eau blanche et la solution de chlorhydrate d'ammoniaque n'ont pas plus d'action résolutive que l'eau simple. On peut en dire autant de l'eau-de-vie camphrée, qu'on noie presque toujours dans une grande quantité d'eau quand on s'en sert. Il n'y a que l'alcool pur qui ait une influence réellement efficace sur la résorption des liquides épanchés.

COURRIER.

Les ateliers étant fermés lundi, jour de l'ASSOMPTION, l'UNION MÉDICALE ne paraîtra pas mardi 16 août.

ÉTRANGE ACCIDENT. — Le professeur Langenbeck fut appelé, il y a peu de temps, auprès d'une dame affectée d'hydropisie. Sans plus tarder, il eut recours à la paracentèse pour arracher la malade à une mort prochaine. Un peu de liquide lui tomba sur la main; il l'essuya; mais bientôt après, la main, le bras et les parties environnantes rougirent et se gonflèrent extrêmement. En même temps, se montrèrent des symptômes inflammatoires qui ne purent laisser de doute sur la présence d'un poison animal très actif. Heureusement, des remèdes immédiats furent appliqués, et le célèbre professeur en fut quitte pour ces accidens et pour une abondante éruption à la peau.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 97-98. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 16 et Jeudi 18 Août 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges, n° 12*, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 17 AOUT 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

A l'occasion de nos appréciations des séances académiques, un scrupule nous est venu, que, selon nos habitudes, nous allons sincèrement faire connaître à nos lecteurs. Ce scrupule, le voici : est-il dans notre droit, est-ce notre devoir d'apprécier en bien ou en mal les travaux que les médecins étrangers à l'Académie, que les candidats aux places vacantes viennent présenter à l'examen de ce corps savant ? En y réfléchissant, ce droit ne nous a pas paru bien clair, ni ce devoir bien évident. Nous trouvons, au contraire, des motifs de convenance très raisonnables pour réserver notre jugement jusqu'au jour où l'Académie est appelée, par le rapport des commissions qu'elle a instituées, à faire connaître l'opinion qu'elle doit adopter sur ces travaux. A cette époque, en effet, le droit pour la presse d'intervenir ne peut pas être contesté. La presse a, même alors, l'avantage de pouvoir juger en même temps le travail soumis à l'Académie et le jugement de la commission chargée de l'apprécier. Avant, son initiative peut être regardée comme un abus de pouvoir. Outre qu'il est toujours fort difficile d'improviser un jugement motivé sur une simple lecture, il ne faut pas oublier que ce n'est pas à la presse, qu'en définitive les auteurs de ces travaux ont voulu les soumettre, mais à une compagnie savante, dont il est injuste et peu convenable de préjuger ou de prévenir l'opinion. Sans faire une comparaison, qui serait d'ailleurs boiteuse, il y a une certaine analogie entre l'auteur d'un travail soumis par lui au jugement d'une compagnie savante et le prévenu devant les tribunaux. Or, on sait qu'il est de raison, de convenance et de justice, de ne pas chercher à aggraver la position de ce dernier. N'oublions pas que c'est une tendance naturelle aux hommes et surtout aux journalistes, d'être d'abord impressionnés par le côté faible et défectueux des choses que nous voyons ou entendons. Un jugement hâtif, une critique trop prompte peuvent n'être pas dispensés avec toute la mesure et la réserve nécessaires. D'ailleurs, c'est un empiétement évident sur le rôle des rapporteurs académiques. On ne peut pas espérer que les travaux adressés aux Académies présentent tous une grande et égale valeur. La presse, qui peut faire un choix dans les travaux qu'elle reçoit, ne jouit pas elle-même de ce privilége, et tout ce que nous publions ne mérite pas certainement de passer à la postérité.

Par ces motifs, et surtout envers les travaux qui peuvent prêter à des observations critiques, nous attendrons, à l'avenir, les rapports des commissions pour en dire notre avis, et nous nous bornerons à de simples indications, réservant les développemens et l'appréciation pour le jour de la discussion.

Nous supposons, il est vrai, et nous espérons que si nous donnons l'exemple d'une prudente réserve envers les travailleurs et de déférence envers l'Académie, l'Académie fera preuve de zèle et d'empressement pour rapporter les travaux et les communications qu'on lui adresse. L'Académie n'est pas à l'abri de tout reproche à cet égard, et, en dehors des rapports officiels, elle se montre trop avare de rapports officieux et purement scientifiques. Nous prendrons la liberté de lui indiquer, de temps à autre, les rapports envers lesquels elle est en retard.

Il nous a été facile de présenter aujourd'hui ces réflexions, car la séance d'hier a été consacrée à des lectures de savans étrangers à l'Académie, et sur lesquelles nous nous abstenons de réflexions. M. le docteur Desvouves a lu un mémoire sur le traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine, et a demandé la nomination d'une commission chargée de vérifier, cliniquement, les résultats qu'il a annoncés, et qui, s'ils se vérifient, constitueraient une des plus grandes conquêtes de la thérapeutique. M. Desvouves a, en effet, annoncé avoir obtenu, en quarante-huit heures, la guérison de fièvres typhoïdes arrivées au 25me jour et d'une gravité extrême. MM. Bouillaud, Rostan et Grisolle sont chargés de suivre les expérimentations de M. Desvouves.

M. Duchaussoy a lu une note sur les causes et sur le traitement de la chute du rectum chez les enfans. MM. Cazeaux et Bouvier rendront compte de ce travail, qui a été écouté avec attention.

M. Collineau a fait la lecture d'un rapport étendu sur les résultats obtenus à Bicêtre, relativement à l'éducation et à l'amélioration intellectuelle et morale des jeunes idiots. Ce rapport a été écrit il y a dix ans. Par des motifs que M. le rapporteur n'a pas expliqués, c'est hier seulement qu'il a été lu à l'Académie. Nous demandons à le lire dans le *Bulletin* avant d'exprimer notre opinion sur le sujet et sur le travail consciencieux de l'honorable rapporteur.

Amédée LATOUR.

MÉDECINE PRATIQUE.

DE L'UTILITÉ DE L'ASSOCIATION DES INJECTIONS IODÉES A LA THORACENTÈSE DANS LE TRAITEMENT DES ÉPANCHEMENS PURULENS, CONSÉCUTIFS A LA PLEURÉSIE AIGUE ET CHRONIQUE, ET DE L'HYDROPNEUMOTHORAX ;

Par le docteur F.-A. ARAN, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Rien de mieux établi, rien de plus généralement reconnu que la gravité des épanchemens purulens, consécutifs à la pleurésie aiguë ou chronique. Que la terminaison par suppuration ait lieu dans la première par suite de l'acuité excessive de l'inflammation, ou par le fait des conditions étiologiques fâcheuses dans lesquelles celle-ci s'est développée, une terminaison funeste est presque inévitable. Les malades succombent le plus souvent à la fièvre hectique, mais aussi dans quelques cas, c'est après l'établissement d'une fistule pleuro-bronchique, et alors la mort peut avoir lieu par suffocation, si le pus envahit les canaux bronchiques en trop grande quantité pour être évacué, ou par suite de la viciation de ce liquide résultant du contact de l'air. Même terminaison fâcheuse dans la pleurésie chronique avec épanchement purulent : la mort a lieu dans la plupart des cas, soit dans un dépérissement progressif, comme dans la phthisie, soit par suffocation, si le pus qui pénètre dans les bronches n'est pas expulsé. Dans quelques cas heureux, la collection purulente vient pointer à l'extérieur : l'abcès est ouvert par l'art, ou s'ouvre de lui-même, le pus s'écoule au dehors. La science compte un certain nombre de faits de ce genre, dans lesquels les malades se sont rétablis, non sans avoir traversé des accidens plus ou moins graves et avec une déformation considérable du côté affecté.

En présence de cette terminaison presque inévitablement funeste des épanchemens purulens de la plèvre, et de la guérison inattendue qui suivait quelquefois leur ouverture sponta-

---

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Pratique des méthodistes ; de quelques-uns de leurs principes à l'égard de la saignée. — Introduction des sangsues en thérapeutique. — Opinion des méthodistes sur les purgatifs, les vomitifs, les diurétiques, les narcotiques, le cautère. — Traitement des maladies par les moyens hygiéniques, l'air, les alimens, etc.; de la *métasyncrise* ou de la méthode *cyclique*.

XIX.

Histoire de la secte méthodique (suite).

Pratique des méthodistes. — La pratique des médecins de la secte méthodique était tout naturellement déduite de leurs principes théoriques. Comme ils n'admettaient que deux sortes de maladies, celles de resserrement et celles de relâchement, de même ils n'employaient que deux ordres d'agens thérapeutiques, les relâchans ou affaiblissans, et les resserrans ou toniques. La médication relâchante, affaiblissante, hyposthénisante était beaucoup plus fréquemment mise en usage que la médication contraire, en vertu de ce principe théorique, à savoir, que la plupart des maladies sont des maladies de resserrement, de *strictum*.

Médication relâchante, affaiblissante, hyposthénisante. — Au nombre des moyens relâchans employés par les méthodistes, il faut placer :

1° Au premier rang la *saignée*, à laquelle ils avaient très fréquemment recours; seulement ils ne voulaient pas que dans une même maladie on y revînt trop souvent. Ils blâmaient vivement la pratique qui consistait à saigner les malades jusqu'à leur faire perdre connaissance. Or, nous avons vu Hippocrate lui-même, le sage et prudent fondateur de la médecine expectante, pousser quelquefois la saignée jusqu'à ce point extrême. Les méthodistes avaient restreint le nombre des veines sur lesquelles on devait pratiquer la phlébotomie. C'est depuis eux que la saignée des veines sublinguales a disparu de la pratique.

Les méthodistes avaient trouvé établi dans la science ce précepte, qu'il faut avoir, lorsqu'il s'agit de poser les indications de la saignée, grand égard à l'âge des individus. On ne saignait que les jeunes gens et les adultes, on osait à peine saigner les enfans et les vieillards. Les méthodistes ne devaient pas se laisser arrêter par la considération de l'âge, puisqu'ils avaient pour principe de ne tenir compte, dans le traitement des maladies, que de ce qui leur est *commun*. Cependant ils étaient infidèles à leur principe lorsqu'ils voulaient que l'on eût égard aux forces des malades pour régler l'emploi de la saignée; en effet, l'état des forces est une condition *particulière* à chaque malade. Pourquoi cette dérogation à leurs principes ? C'est que l'expérience, parlant plus haut que toutes les considérations théoriques, leur avait sans doute fait sentir le danger d'une thérapeutique absolue et aveugle. Quoi qu'il en soit, les méthodistes ont été véritablement utiles à l'art de guérir, en montrant que l'on peut saigner à toutes les périodes de la vie, et en rendant les médecins moins timides à l'endroit de l'application de la phlébotomie aux enfans et aux vieillards.

2° Les *sangsues* étaient, avec la saignée, un des principaux moyens affaiblissans employés par les méthodistes. C'est Thémison qui paraît les avoir le premier introduites dans la thérapeutique. Hippocrate ne parle pas des sangsues, et il n'en est question nulle part dans l'antiquité. Il est possible que les anciens connussent ces animaux, mais il faut arriver au siècle de Thémison pour trouver dans les livres des écrivains une notion précise des usages auxquels ils servaient. Un contemporain de Thémison, Horace, comparant la critique acerbe et malveillante à une sangsue, dit :

. . . . Nec missura cutem nisi plena cruore.

3° Les *ventouses*. Les méthodistes avaient fréquemment recours aux ventouses tantôt sèches, tantôt scarifiées, qu'ils appliquaient sur les parties malades ou autour de ces parties. Il n'était pas rare qu'ils en couvrissent tout le corps, le dos, les bras, les cuisses, les jambes, etc., cherchant ainsi à produire une fluxion générale vers la peau. Lorsqu'ils prescrivaient les sangsues, ils avaient l'habitude, après leur chute, d'appliquer des ventouses sur les piqûres pour les faire saigner.

4° Les *émolliens*. Avec la saignée, les sangsues et les ventouses, les émolliens, tels que l'eau tiède en lotions, les fomentations, les cataplasmes composaient la médication relâchante des méthodistes.

Médication resserrante ou tonique. — L'eau froide, la glace, le vin pur ou mélangé à l'eau, le vinaigre, diverses boissons astringentes, tels étaient les principaux agens de la médication tonique employée par les méthodistes.

Les médecins de l'école méthodique blâmaient généralement l'usage des purgatifs et critiquaient l'opinion des hippocratistes qui prétendaient, par ce moyen, attirer dans l'intestin et évacuer les humeurs morbifiques. « Donnez, disaient-ils, un purgatif à un homme parfaitement bien portant, à un athlète; cet homme évacuera absolument comme un individu malade. Donc, l'humeur évacuée par les selles, après l'administration d'un purgatif, n'est pas une humeur morbide. » Voilà un argument sans réplique. Les méthodistes s'attachaient encore, avec raison, à démontrer qu'il n'y avait pas d'évacuans spéciaux pour chaque humeur, et qu'il était chimérique de prétendre éliminer de l'économie telle ou telle humeur par tel ou tel purgatif. Aujourd'hui de pareilles discussions nous paraissent vaines et puériles; mais, à cette époque, elles étaient sérieuses et contribuaient à ébranler, jusqu'en ses fondemens, une doctrine erronée répandue dans le monde par l'école hippocratique.

Les méthodistes rejetaient les purgatifs, non seulement au point de vue des idées erronées de l'école d'Hippocrate, mais encore parce qu'ils avaient probablement été témoins, dans la pratique, de cas dans lesquels leur emploi avait eu des suites funestes. En effet, les méthodistes sont toujours préoccupés de la crainte de tourmenter et d'irriter les voies

née, il n'est pas surprenant qu'on ait songé, dès les temps les plus reculés, à donner issue au pus. Pratiquée dans des cas aussi graves, l'opération de l'empyème ne devait pas avoir et n'eut pas, en effet, des résultats bien satisfaisans. De là une répulsion générale contre cette opération ; et c'est seulement dans ces derniers temps, lorsque grâce à la simplification que lui ont fait subir M. Reybard et M. le professeur Trousseau, elle est devenue l'une des plus faciles et des moins dangereuses de la chirurgie, que les faits se sont assez multipliés pour permettre d'examiner la question de son application au traitement des épanchemens pleurétiques purulens.

Je crois inutile d'insister sur les avantages du nouveau procédé opératoire. Empêcher la pénétration de l'air et la viciation du pus au contact de celui-ci, tel était certainement le but que poursuivaient ses auteurs, et c'est à tort que l'on parle dédaigneusement de cet avantage. Mais il en est un autre plus important, sur lequel on n'insiste pas assez, quoiqu'il joue le plus grand rôle dans la guérison, c'est le déplissement du tissu pulmonaire, la mise en contact des feuillets opposés du foyer purulent, la possibilité de la guérison par leur agglutination immédiate, sans rétraction considérable de la poitrine, sans dépôts fibrineux et pseudo-membraneux, destinés à combler les vides laissés par la disparition du liquide. C'est ce qui fait que je ne puis comprendre le faible de quelques personnes, et en particulier de M. Boinet, pour l'opération ancienne ; si c'est par suite de leur prédilection pour les injections pleurales médicamenteuses, rien de plus facile, comme on le verra bientôt, que de faire profiter les malades de ces injections, en leur conservant les avantages de l'opération exécutée suivant le nouveau procédé.

Il serait difficile d'établir en ce moment le bilan de la thoracenthèse pratiquée pour des épanchemens purulens aigus ou chroniques de la plèvre. Notre savant collègue, M. Marrotte, qui est chargé de présenter à la *Société des médecins des hôpitaux* un rapport sur la grave question de la thoracentèse, considérée d'une manière générale, fera connaître sans doute les résultats obtenus par la plupart des médecins de notre époque. Mais si nous nous en tenons aux chiffres communiqués à cette même Société par M. le professeur Trousseau, il est impossible de nier que cette opération ne compte pas dans les cas de ce genre, des succès bien nombreux et bien éclatans.

La ponction a été faite deux fois par M. Trousseau pour des pleurésies aiguës purulentes compliquées : les deux malades ont succombé. Il est vrai que, dans le premier cas, il s'agissait d'une femme accouchée depuis huit jours, chez laquelle on trouva du pus dans la plèvre, dans l'abdomen et dans les ligamens larges ; encore ne succomba-t-elle qu'après deux opérations ; et dans le deuxième cas, c'était un enfant de 8 ans, atteint d'albuminurie scarlatineuse, et qui mourut tuberculeux. La même opération a été pratiquée par lui quatre fois pour des pleurésies chroniques purulentes : dans le premier cas, il est resté un foyer et une fistule extérieure ; le malade a succombé à une dyssenterie sept mois après ; le second malade était tuberculeux et a succombé à sa maladie ; le troisième, qui était malade depuis trois mois, et dans un état presque désespéré, a éprouvé de l'amélioration pendant trois semaines ; il est mort également ; enfin, le quatrième était un phthisique, et a eu le même sort.

Ainsi, dans la pleurésie aiguë, insuccès complet dans deux cas ; dans la pleurésie chronique, un seul cas de succès ; et dans ce cas, il est resté une fistule, et le malade a succombé sept mois après. Voilà qui serait peu rassurant, si l'on ne devait tenir compte des causes qui ont donné lieu à l'épanchement purulent, et surtout de la gravité des complications. Les élémens statistiques nous manquent donc pour juger à fond la question. Mais ce que nous savons de la reproduction du pus dans les foyers de toute espèce, nous permet de comprendre comment et en quoi pèche l'opération de la thoracentèse dans les cas d'épanchemens purulens, même lorsqu'elle est pratiquée suivant nos meilleurs procédés. Il ne suffit pas, en effet, d'évacuer le pus, de mettre en contact, aussi exact que possible, les deux feuillets opposés du foyer, peut-être dans quelques cas exceptionnels, cela suffirait-il ; mais presque toujours, presque inévitablement, le pus se reproduira, fourni par la membrane pyogénique du foyer, à moins qu'on ne modifie les surfaces sécrétantes par des moyens appropriés. C'est par suite de cette conviction, c'est parce que j'avais échoué moi-même dans un cas de pleurésie aiguë purulente, compliquée, il est vrai, de néphrite albumineuse, que, me rappelant les bons résultats des injections iodées dans le cas d'abcès chauds, phlegmoneux, de bubons, etc., j'ai été conduit à associer les injections iodées et la thoracentèse, telle que nous l'ont faite les modernes.

Ici je demande pardon au lecteur d'entrer dans quelques explications ; mais puisque l'on m'a contesté la priorité de cette association, je tiens à rétablir les faits. Il est bien vrai que des injections iodées ont été pratiquées dans la cavité de la plèvre avant l'époque où j'ai fait avec succès une première opération de ce genre ; mais ce qui n'est pas moins incontestable, c'est qu'il n'y a aucun rapport entre ce qui a été fait par d'autres et ce que j'ai fait moi-même.

Dans le mémoire intéressant auquel j'ai fait allusion plus haut, M. Boinet a rassemblé tous les cas à lui connus d'injections iodées dans la plèvre. Ces cas sont au nombre de trois, l'un appartient à M. Boudant, le second a été rapporté par M. Massiani, dans sa thèse remarquable *sur l'utilité des injections intra-pleurales dans le traitement des épanchemens thoraciques* (Thèses de Strasbourg, 1852), et le troisième inédit, a été consigné par M. Boinet dans son nouveau mémoire.

Dans le premier cas, on avait pratiqué d'abord l'opération de l'empyème *de nécessité*, et il était resté une fistule qui fournissait du pus fétide en assez grande quantité. Un an après, la thoracentèse fut jugée nécessaire et l'opération fut pratiquée par M. Boudant, *par l'ancien procédé*. Des injections chlorurées, puis iodées furent faites dans le foyer, et la guérison fut complète *après six mois* de ce traitement ; mais il resta *un affaissement des côtes* et *une légère déviation du sternum*.

Dans le fait de M. Massiani, la ponction, faite avec un trocart au lieu d'élection, mais sans aucune des précautions recommandées par MM. Reybard et Trousseau, donna issue à deux litres et demi de pus sanguinolent, épais et très fétide. Pendant la nuit, la plaie se rouvrit, puis elle se referma le surlendemain. Quelques jours après, retour des accidens et empyème *de nécessité*. Suppuration fétide et colliquative : injections iodées. Guérison *après trois mois*, mais *avec déformation considérable du côté droit de la poitrine*, dont la paroi costale était déprimée latéralement et à sa partie postérieure, *avec abaissement de l'épaule correspondante et incurvation latérale de la colonne vertébrale*.

Enfin, dans le fait qui appartient à M. Boinet, une ponction donna issue à trois litres d'un pus assez mal lié, liquide, grumeleux. *Une sonde de gomme élastique fut glissée par la canule et laissée à demeure dans la plèvre.* Cette sonde, qui servait d'abord à donner issue au pus, servit ensuite à faire d'abord des injections d'eau de guimauve, puis des injections iodées. Le malade guérit *après quatre mois de traitement, mais avec le thorax aplati, revenu sur lui-même, et moins bombé que du côté opposé.*

Ainsi, dans ces trois cas, c'est *après avoir laissé pénétrer l'air dans la cavité thoracique*, c'est plusieurs jours et même plusieurs mois après l'opération que les injections iodées ont été pratiquées, dans le but de modifier les parois du foyer ou de changer les qualités du pus : et lorsque les malades ont guéri après un temps considérable, trois, quatre et six mois, ce n'est qu'au prix d'une déformation considérable de la poitrine, avec abaissement de l'épaule et même avec incurvation latérale de la colonne vertébrale dans un cas.

Dans la méthode opératoire que j'ai pratiquée le premier, avec succès, les choses se passent un peu différemment. Après l'opération de la thoracentèse exécutée suivant les préceptes de MM. Reybard et Trousseau, et, par conséquent, après l'évacuation du pus, *sans pénétration de l'air*, une injection iodée est poussée dans la plèvre, mise en contact avec tous les points du foyer par des mouvemens variés imprimés au malade, et abandonnée dans la cavité thoracique, sans se préoccuper de sa présence au sein de l'organisme. De cette manière, après l'absorption du liquide injecté, les parois du foyer, modifiées par l'injection, se trouvent en contact immédiat et peuvent, en contractant des adhérences, effacer la cavité de celui-ci, et l'on n'a pas à craindre de déformation considérable de la poitrine et surtout d'incurvation latérale de la colonne vertébrale. J'ajouterai que dans le premier cas où cette opération a été faite avec succès, la guérison s'est opérée avec une remarquable facilité et sans aucun accident.

(La suite à un prochain numéro.)

PATHOLOGIE.

DE LA PÉRITONITE AIGUE ET DE SON DIAGNOSTIC CHEZ LES ENFANS A LA MAMELLE ;

Par le docteur Isidore HENRIETTE, médecin de l'hospice des Enfans-Trouvés, à Bruxelles.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 13 Août 1853.)

OBSERVATION II. — *Péritonite aiguë ; mort.* — Une enfant nouveau-née fut déposée dans le tour de l'hospice le 17 novembre 1852 ; elle est d'assez chétive constitution et ne pèse que 2,820 grammes ; ses deux yeux sont envahis par une ophthalmie purulente grave. Traitée pour cette affection par les injections d'azotate d'argent, et par le thorax, pour un muguet qui se déclara peu de temps après son admission, l'enfant se trouvait au commencement de janvier 1853, entièrement guérie et de son ophthalmie et de son muguet ; elle jouissait à cette époque d'un embonpoint considérable ; toutes les fonctions s'exécutaient bien, et elle aurait quitté l'hospice si nous n'eussions eu certaines craintes de la laisser sortir à cause de la saison froide et humide.

Le 14 janvier, l'enfant est difficile ; elle pleure quand on la remue ; elle tête avec moins de plaisir que les jours précédens ; la jambe et la cuisse gauches sont le siége d'un peu d'engorgement œdémateux et de plaques érysipélateuses. Soins hygiéniques.

Le 16, l'érysipèle a disparu du membre inférieur gauche, mais il apparaît sur le membre opposé.

Le 18, l'érysipèle abandonne les membres inférieurs et s'étend au coude gauche et à la partie inférieure du bras. Le soir surviennent des vomissemens de matières vertes

Le 19, le ventre se météorise beaucoup, l'enfant ne vomit plus ;

---

digestives. Les purgatifs, disent-ils, occasionnent souvent des troubles de l'estomac et finissent même par produire des maladies fâcheuses et irrémédiables. Les méthodistes étaient, sans doute, exagérés dans leurs craintes à l'endroit de la susceptibilité de l'estomac, mais il faut convenir qu'on est tombé, de nos jours, dans un excès contraire et que de véritables gastrites chroniques ont été le résultat de la facilité déplorable avec laquelle on introduit les purgatifs dans les voies digestives, comme s'il s'agissait d'organes complètement insensibles ; tant est juste cette pensée de Montaigne comparant l'intelligence humaine à un cavalier ivre qui, pendant qu'on le relève d'un côté, retombe de l'autre.

Les méthodistes reprochaient encore aux purgatifs de trop affaiblir les malades. En résumé, ils n'employaient ces agens qu'avec défiance et n'y avaient recours à peu près que dans l'hydropisie. Encore en usaient-ils très sobrement, même dans ce cas. Ils avaient remarqué que lorsqu'on s'opiniâtre à purger les hydropiques, on voit la langue se dessécher, la soif survenir et l'appétit se perdre ; l'expérience de tous les jours démontre la vérité de cette observation. Lorsqu'ils jugeaient les évacuations nécessaires, les méthodistes préféraient de simples lavemens, dont ils écartaient avec soin toute substance âcre et irritante. De l'huile, du miel et autres laxatifs doux, formaient la matière des lavemens qu'ils prescrivaient.

Pour des raisons qu'il est difficile de comprendre et d'apprécier, les méthodistes craignaient beaucoup moins l'usage des vomitifs et les employaient assez fréquemment. Ils avaient grand'peur des *diurétiques* et blâmaient surtout l'emploi de la scille. Souvent, disaient-ils, de pareils médicamens tourmentent le tube digestif, troublent l'estomac et ne font pas uriner ; observation parfaitement vraie. Quant aux narcotiques, les méthodistes ne les administraient qu'avec réserve. Ils les accusaient de produire des accidens nerveux. Pour calmer les douleurs, ils prescrivaient habituellement une préparation particulière, le *diacodium*, composée d'une décoction plus ou moins forte de têtes de pavots à laquelle ils ajoutaient une certaine quantité de miel. Ils employaient aussi le *diacodium* dans l'hémoptysie, non dans le but de procurer du sommeil, mais à titre d'astringent, pour resserrer et fermer les pores par où s'exhalait le sang.

Les méthodistes agissaient beaucoup sur la peau, tantôt par des médicamens émolliens, sous forme de lotions, de fomentations, de cataplasmes, etc., tantôt par des moyens excitans, sinapismes, vésicatoires, etc. Contrairement à Hippocrate, ils rejetaient absolument tous les topiques produisant des escarres ou des ulcères. Ils s'élevaient avec énergie contre les cautères, qu'ils regardaient comme des moyens cruels, barbares et inutiles. Ils combattaient l'opinion d'Hippocrate, qui employait les cautères dans le but d'attirer l'humeur morbifique vers le point où il les appliquait, et ils disaient que l'humeur, ainsi attirée, n'existait pas hors du point d'application du cautère et était produite sur place par le caustique lui-même. Nous verrons plus tard Van Helmont reprendre cette discussion et se servir des mêmes argumens pour renverser les doctrines de l'école hippocratique.

De ce qui précède, il résulte que les méthodistes employaient peu de remèdes. Ils posaient aussi en principe que le médecin doit s'attacher à guérir les maladies par les choses les plus simples, et dont on fait usage dans l'état de santé : *Meliùs est simplicibus atque consuetis medendi rebus.* C'est pourquoi ils cherchaient à modifier les maladies par les agens hygiéniques, l'air, les alimens, etc., comme nous allons le voir tout à l'heure. Ainsi, peu de médicamens, pas de polypharmacie, tel était le principe qui dirigeait les méthodistes dans leur pratique médicale. Ils levaient ainsi l'étendard de la réaction contre les déplorables abus de l'empirisme grossier et de la polypharmacie qui régnaient alors dans l'exercice de la médecine, et dégradaient cet art sublime.

Nous venons de dire que les méthodistes cherchaient à modifier les maladies par un certain nombre d'agens hygiéniques, l'air, les alimens, etc. Entrons dans quelques détails. Ils employaient tantôt l'air relâchant, tantôt, mais beaucoup moins souvent, l'air resserrant. Ils trouvaient l'air relâchant dans des chambres claires, vastes, médiocrement chaudes ; l'air resserrant dans des appartemens peu éclairés et exposés au nord. Dans certains cas de maladies chroniques, ils faisaient porter leurs malades dans des grottes, des lieux souterrains. Ils arrosaient d'eau fraîche le plancher des chambres où couchaient les malades, et le parsemaient de plantes aromatiques ; ils ventilaient ces chambres avec des soufflets, disant qu'il fallait donner encore plus d'attention aux bonnes qualités de l'air qu'à celles des alimens, puisque notre corps tout entier, à l'intérieur comme à l'extérieur, est continuellement plongé dans le fluide atmosphérique. Ils faisaient une attention sérieuse à la manière dont les malades étaient couchés. Ils avaient imaginé des lits de formes et de grandeurs variées, et prenaient soin de donner à ces lits diverses positions par rapport à l'air, à la lumière, etc. Ils descendaient dans les plus minutieux détails, relativement aux couvertures, aux matelas, en un mot, à toutes les pièces dont les lits sont composés.

L'alimentation des malades était aussi pour eux l'objet de soins infinis et même ridicules par leurs minuties.

Lorsque dans les maladies chroniques ils avaient épuisé les différentes médications, ils recouraient à une méthode de traitement toute particulière, à laquelle ils donnaient le nom de *métasyncrise*, et qui avait pour but de modifier profondément la constitution, de la reconstituer. C'est pour cela que Cælius Aurelianus appelait cette méthode *recorporatio*. Galien lui donne un nom différent, celui de μεταποροποιεσις, parce que dans l'esprit des méthodistes, disciples d'Asclépiade, la thérapeutique avait pour but de ramener à l'état normal les rapports dérangés des pores avec les atomes.

Cette méthode se composait d'une série de moyens se succédant et se remplaçant à tour de rôle, pour revenir à certains intervalles, et parcourir ainsi plusieurs fois le même cercle. De là encore les désignations de κυκλος αναλεπτικος, *cyclus recorporativus*, *méthode cyclique*, appliquées à cette méthode. En quoi consistait-elle ? Dans l'opinion de M. Andral, elle promet plus qu'elle ne tient. La *métasyncrise* consistait à faire passer les malades par plusieurs séries de moyens qui se succédaient, se suivaient à des époques déterminées, étaient suspendus, puis repris à tour de rôle. Dans cette méthode, l'alimentation tenait le premier rang. Voici comment on procédait :

mais l'abdomen est tendu, chaud, excessivement douloureux; le moindre contact fait pousser des cris à la petite malade; il y a un peu de matité à la partie inférieure, mais on ne sent pas de fluctuation; la face est rouge, les yeux fixes, les membres inférieurs immobiles, la respiration incomplète, thoracique, une selle jaunâtre consistante, fièvre. L'érysipèle n'a pas quitté le bras. Quatre sangsues sur le ventre, émolliens, laxatifs, diète.

L'enfant meurt dans l'après-dîner.

Autopsie. — Foie énorme, gras, tout à fait jaune; liquide trouble, séro-purulent, dans la cavité péritonéale; quelques fausses membranes et des adhérences récentes des intestins; un peu de sérosité purulente dans la plèvre droite; les poumons, les intestins, la rate, tous les organes, enfin, ne présentent aucune altération pathologique, si ce n'est le tissu cellulaire de la jambe et du bras gauche, qui est infiltré de sérosité; les articulations ne présentent rien d'anormal.

N. B. Dans ce cas, la péritonite fut reconnue pendant la vie: l'observation qui précède avait été pour nous une excellente leçon.

Nous ne dirons rien du traitement de cette redoutable affection; seulement, comme les antiphlogistiques et les émolliens nous ont si peu servi, notre intention est, lorsque l'occasion se présentera encore d'avoir à traiter des péritonites chez les nouveau-nés, de combiner le traitement anti-phlogistique avec le traitement mercuriel, nous fondant en ceci sur la pratique et sur l'expérience acquise dans la médecine des adultes.

Nous ne nous faisons cependant pas illusion sur le résultat éventuel de cette médication combinée, car la mort arrive si promptement, qu'on peut à peine concevoir que les agens thérapeutiques aient le temps d'agir.

Observation III. — *Péritonite aiguë; volvulus; mort.* — Depuis que nous avons rédigé les observations qui précèdent, nous avons eu l'occasion, dans notre service à l'hospice, de constater un troisième cas de péritonite compliquée de volvulus chez un enfant nouveau-né. En voici l'historique.

Un enfant du sexe féminin, né à la Maternité, fut apporté à l'hospice le 22 mars 1853, le septième jour de sa naissance. Sa constitution est bonne, son poids est de 3,150 grammes; il présente, répandu sur toute la surface du corps, le psoriasis guttata. Soupçonnant l'existence d'un principe spécifique, quoique nous ne parvînmes cependant pas à découvrir le liseré blanc-nacré que Biett regarde comme signe pathognomonique d'une affection vénérienne; nous confiâmes l'enfant à une nourrice qui était soumise aux préparations mercurielles pour guérir un autre enfant qu'elle allaitait et qui était atteint de syphilis.

Jusqu'au sixième jour de son admission, nous n'avions rien observé chez notre petite malade; elle tétait bien, elle dormait de même, les fonctions s'exécutaient normalement, l'éruption n'étendait plus ses limites, quand, à notre visite du 28, nous trouvâmes un changement radical dans sa situation, et même des plus menaçans.

Le ventre est tendu, le ballonnement très considérable; la sensibilité exquise; matité au-dessus du pubis; la respiration très accélérée, très courte; le facies exprime de l'inquiétude; les yeux sont fixes; les membres sont immobiles; l'enfant pleure quand on la remue; elle n'a point uriné depuis la veille; pas de vomissement; constipation; pouls fébrile; extrémités froides; l'éruption pâlit, elle a une tendance à disparaître.

Nous pratiquâmes le cathétérisme; il ne s'écoula pas une goutte d'urine; une sonde de femme introduite dans le rectum n'amena au dehors aucune trace d'excrément.

Bain chaud dans le but de rappeler à la peau le psoriasis, émolliens sur le ventre. Lavemens. Une cuillerée à soupe de sirop de manne.

Après-midi du 28. L'enfant n'a pas uriné et n'a pas eu de selles; le ventre est d'une sensibilité exquise; elle régurgite fréquemment des matières jaunâtres ayant l'aspect de matières fécales sans en avoir l'odeur; le psoriasis a disparu complètement; la petite malade est expirante.

La sonde, introduite tour à tour dans la vessie et le rectum, n'amène au dehors aucune trace d'urine ni de matières fécales, Notre diagnostic fut celui inscrit en tête de l'observation: péritonite aiguë et volvulus.

L'enfant expira donc le jour même qu'avait débuté la maladie.

Nous conviâmes, pour assister le lendemain à l'autopsie, plusieurs de nos collègues et les internes de l'hôpital Saint-Jean; le cas nous paraissant très intéressant, tant au point de vue du diagnostic à confirmer, qu'au point de vue des lésions anatomiques, que nous présumions devoir exister.

La vessie est revenue sur elle-même, elle ne contient pas une seule goutte d'urine; le péritoine est fortement injecté et contient de la sérosité trouble, floconneuse; les intestins sont collés les uns aux autres à l'aide d'un liquide de couleur grisâtre, de consistance sirupeuse; les portions grêles sont contournées et étranglées par des brides, une partie de l'iléum est envaginée, le rectum est vidé, tandis que la portion d'intestin comprise au-dessus de l'obstacle est remplie et distendue par une grande quantité de liquide jaunâtre, et contraste, par sa couleur rosée, avec le gros intestin, qui est pâle. La surface convexe du foie est recouverte de fausses membranes grisâtres, purulentes; la rate est volumineuse; les reins, les poumons, le cœur, l'encéphale, ne présentent rien de particulier; tous ces organes, examinés avec soin, paraissent être à l'état normal.

Cette observation nous a paru très intéressante à plus d'un titre; elle confirme d'abord ce que nous disions au commencement de ce travail, que la péritonite aiguë est une maladie fréquente, que son début est soudain, que sa marche est rapide, que sa terminaison est le plus fréquemment funeste, et puis ensuite, ce qui n'est pas moins remarquable, elle est accompagnée ici d'un symptôme qui n'a été relaté par aucun des médecins qui ont écrit sur les maladies des enfans. Si, maintenant, nous voulions expliquer ce phénomène (suppression de sécrétion d'urine), nous ne pourrions guère que répéter ce qui a été dit à propos de la suppression de la sécrétion urinaire dans les maladies où elle se présente, c'est-à-dire nous lancer dans le champ, hélas! trop vaste des hypothèses. Nous préférons nous en tenir éloigné et nous borner au simple rôle de narrateur.

Une question importante mérite encore de fixer d'une manière toute particulière notre attention dans l'observation que nous venons de rapporter. Peut-on y voir un exemple de péritonite spontanée? Comme nous l'avons déjà dit, beaucoup de médecins la révoquent en doute; mais, cependant, en étudiant la marche qu'elle a suivie ici, n'est-on pas porté à admettre son existence. En effet, le premier symptôme qui apparaît, est le ballonnement rapide de l'abdomen, accompagné des signes ordinaires de la péritonite chez les enfans à la mamelle avec matité à la région sus-pubienne, alors que le psoriasis brillait de tout son éclat et n'avait encore aucune tendance à se dissiper. On aurait pu croire à une métastase, si cette affection cutanée avait abandonné la première son siége; mais point, ce n'est que lorsque les symptômes abdominaux se sont éveillés et qu'ils avaient déjà acquis un haut degré de gravité, que nous la voyons pâlir lentement, puis disparaître en suivant les progrès de la péritonite elle-même.

Nous terminerons ces courtes et incomplètes remarques, en insistant sur un fait capital et que nous avons vu se reproduire chez les trois petits malades: c'est l'extrême promptitude avec laquelle se fait l'épanchement et s'organisent les fausses membranes. En effet, aussitôt que la douleur et le météorisme se produisent, l'épanchement et l'agglutination purulente ont lieu, ainsi que le constate la matité. Si nous n'avons pas parlé de la fluctuation, c'est que nous n'avons pu recourir aux moyens de la produire en présence de la douleur que nos manœuvres éveillaient, et, eussions-nous pu employer ces moyens, nous n'aurions encore pu la déterminer que chez le sujet de notre première observation, où l'épanchement était considérable, tandis que chez les deux autres, le liquide ne dépassait pas les limites du petit bassin: loin de là (1).

(1) *Journal de méd. de Bruxelles.*

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 Août. — Présidence de M. Combes.

Sur la quantité d'ammoniaque contenue dans l'eau de pluie recueillie loin des villes.

M. Boussingault communique une note sur la quantité d'ammoniaque contenue dans l'eau de pluie recueillie loin des villes.

J'ai continué, dit M. Boussingault, à la campagne, les recherches dont j'ai eu l'honneur d'entretenir l'Académie dans la séance du 9 mai dernier.

Les résultats que j'ai obtenus, dans les deux mois qui viennent de s'écouler, paraîtraient établir que la pluie tombée dans les champs renferme notablement moins d'ammoniaque que la pluie recueillie dans une ville.

Du 26 mai au 5 août, j'ai eu l'occasion de faire dix-sept opérations, et, si l'on en excepte la pluie du 5 août, aucune des eaux examinées n'a contenu, à beaucoup près, 1 milligramme d'ammoniaque par litre. Or, la quantité d'ammoniaque constatée dans les eaux de pluie mesurées à l'Observatoire de Paris, s'élève à une moyenne de 3 millig. 35 par litre, et cette proportion a varié de 1 millig. 08 à 5 millig. 45.

Je suis d'autant plus disposé à croire que la différence que je signale est bien réelle, que dans les dix-sept opérations mentionnées ci-dessus, il en est quatre qui coïncident avec les expériences faites au Conservatoire impérial des Arts-et-Métiers, par M. Houzeau. Il n'y aurait, au reste, rien de surprenant à ce que la pluie qui lave l'atmosphère d'une grande cité, contînt plus d'ammoniaque. Paris, sous le rapport des émanations, peut être comparé à un amas de fumier d'une étendue considérable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 Août 1853. — Présidence de M. Bérard.

La correspondance officielle comprend:

1° Un rapport de M. le docteur Raynaud, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Montauban, sur les épidémies qui ont régné dans cet arrondissement pendant l'année 1852. (Comm. des épidémies.)

2° Un mémoire de M. le docteur Witmack, d'Oldeslae, près Hambourg, contenant divers documens relatifs à un nouveau mode de traitement du choléra. (Comm. du choléra.)

3° Une lettre de M. Martin, pharmacien à Grenelle, qui demande que l'Académie examine une farine et une semoule de gluten qu'il propose pour l'alimentation des diabétiques. (Comm. MM. Rayer et Bouchardat.)

4° Une note accompagnant un échantillon d'un extrait de suc de pavot provenant d'Algérie. (Comm. nommée.)

La correspondance manuscrite comprend:

5° Une lettre de M. le docteur Ancelon, de Dieuze, contenant la relation d'un cas de fracture de la mâchoire inférieure. (Com. M. Laugier.)

6° Un travail de M. Pons, de Bez (Gard), contenant des observations relatives à la constitution médicale et aux eaux minérales de Cauvalat-les-Bains. (Com. des eaux minérales.)

7° Une lettre de réclamation de M. Chartroule, relative à la communication que M. Danger a faite dans la dernière séance sur le traitement de la phthisie pulmonaire.

Le premier jour du traitement, suppression complète des alimens, ou, si la trop grande faiblesse du malade l'exigeait, alimentation extrêmement légère, eau pure, repos absolu.

Le deuxième jour, on rendait au malade le tiers des alimens qu'il avait l'habitude de prendre à l'état de santé. On déterminait, en outre, la qualité de ces alimens: c'étaient du pain bien levé, des légumes herbacés, du poisson, des petits oiseaux; en même temps, on permettait un peu d'exercice et on faisait des frictions huileuses.

Même régime les deux jours suivans.

Le cinquième jour, le malade était mis aux deux tiers de son alimentation ordinaire; la nourriture devenait alors plus substantielle; aux légumes, aux poissons, aux petits oiseaux, succédaient les poulets, les pigeons, etc. L'exercice et les frictions étaient continués.

Même conduite pendant trois jours consécutifs.

Au bout de ces trois jours, le malade reprenait son alimentation habituelle; c'était alors le gibier qui remplaçait le poulet et le pigeon. Au fur et à mesure que le malade usait d'une nourriture plus abondante et plus substantielle on lui accordait du vin. L'exercice était toujours réglé d'après l'alimentation. La série de ces différens moyens épuisée constituait un cycle, une période. A chaque cycle ou période correspondaient des modifications particulières dans la maladie.

Au onzième jour du traitement, un nouveau cycle commençait, c'est-à-dire que l'on reprenait les mêmes moyens dans le même ordre. Suivaient un troisième, un quatrième cycle, etc.

Lorsqu'on croyait avoir suffisamment soumis le malade à cette première série de moyens, on commençait une série d'un autre genre. On administrait des purgatifs à plusieurs reprises, on agissait sur la peau par les rubéfians, les douches, les bains aromatiques, etc.; l'épuisement et le retour successif de cette nouvelle série constituaient des cycles se succédant à peu près comme pour la première série.

Les méthodistes avaient la prétention de guérir ainsi un certain nombre de maladies chroniques, entr'autres l'hydropisie.

L'exposition et l'analyse des œuvres de Cælius Aurelianus, le seul méthodiste dont les écrits nous soient parvenus, fera l'objet de l'article prochain.

(La suite du cours prochainement.)

PROMOTIONS ET NOMINATIONS DANS LA LÉGION-D'HONNEUR.

Par décret impérial en date du 12 de ce mois, M. le docteur Conneau, premier médecin de l'Empereur, a été nommé officier de la Légion-d'Honneur, et M. Acar, premier pharmacien du service de santé, a été nommé chevalier.

Par décret impérial de la même date, sur la proposition du ministre de l'intérieur, M. Besuchet de Saunois, ancien chirurgien-major, et M. Chargé, docteur en médecine, ont été promus au grade d'officier de la Légion-d'Honneur; MM. Masabiau, député, d.-m. à Toulouse; Greslon, médecin en chef de l'hospice de Chartres; Lozes, d.-m. à Châtillon-sur-Loing; Lafond, chirurgien en chef des hospices de Nantes; Thierry, d.-m., membre de la commission municipale de Paris; Labric, médecin de l'hospice des Ménages, à Paris; Hardy, médecin de l'hôpital St-Louis, à Paris; Hénoque, médecin-dentiste, à Paris; Delabarre, médecin-dentiste, à Paris; Davasse, chirurgien aide-major au 9me bataillon de la garde nationale de la Seine, ont été nommés chevaliers.

Par décret impérial en date du 13 août, et sur le rapport du ministre de la guerre, M. Maillot, médecin-inspecteur, a été promu au grade d'officier; MM. Courthille de Saint-Avit, médecin-major au 9me régiment de cuirassiers; Abeille, médecin-major de 2me classe à l'hôpital du Roule; Pastorel, médecin-major de 2me classe à l'hôpital de Briançon; Frasseto, médecin-major de 2me classe à l'hôpital d'Ajaccio; Gugelot, médecin-major de 2me classe au 60me de ligne; Loyer, médecin-major de 2me classe au 49me de ligne; Marchessaux, médecin-major de 1re classe au 10me de ligne; Girard, médecin-major de 2me classe au 12me chasseurs; Minvielle, médecin-major de 2me classe à l'hôpital de Toulon, ont été nommés chevaliers.

Par décret impérial en date du 12 août, et sur la proposition du ministre de l'instruction publique, M. le docteur Ségalas, membre de l'Académie impériale de médecine, membre de la commission municipale et départementale de la Seine, a été promu au grade d'officier de la Légion-d'Honneur.

Par décret impérial de même date, et sur la proposition du ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, MM. les docteurs Rennes, à Bergerac, et Delanglard, à Paris, ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur.

Par décret impérial de même date, et sur la proposition du grand-chancelier de la Légion-d'Honneur, M. le docteur Longet a été promu au grade d'officier.

Par décret impérial du 14 août 1852, et sur la proposition du ministre de la marine, ont été promus ou nommés dans la Légion-d'Honneur: MM. Roux (Jules), second chirurgien en chef de la marine, à Toulon, et Laure, second médecin en chef à la Guyane, au grade d'officier; Canolle, chirurgien de 1re classe; Debry, chirurgien de 2me classe; Chapuis, chirurgien de la marine, à la Martinique, au grade de chevalier.

Dans les régimens et dans les bataillons ou escadrons formant corps, les médecins-majors, chefs de service, et les médecins aides-majors, détachés avec une fraction de ces mêmes corps, sont assujettis à la tenue des registres qui leur servent de base pour la rédaction des rapports sanitaires qu'ils ont à soumettre, soit aux inspecteurs médicaux, soit au conseil de santé des armées.

Jusqu'à ce jour, les frais d'achat de ces registres, ainsi que les menus frais de bureau des médecins de corps, ont été à la charge de ces officiers de santé.

Le ministre a décidé, le 9 juillet, que cet état de chose cesserait d'exister, et qu'à l'avenir, les frais de bureau des officiers de santé des corps de troupe, ainsi que l'achat des registres qui leur sont nécessaires, seront supportés par la deuxième partie de la masse générale d'entretien.

Épizootie des gallinacés.

M. Leblanc déclare en son nom et celui de M. Huzard, avec qui il avait été chargé d'examiner une note de M. le docteur Liégcy, relative à une épizootie sur les gallinacés, qu'ils n'ont trouvé dans les quelques lignes adressées par ce médecin que la narration très succincte, très incomplète, d'une maladie enzootique dont il n'a décrit les symptômes que d'après de simples renseignemens fournis par des personnes étrangères à la médecine. D'un autre côté, M. Liégey ayant donné à espérer à l'Académie qu'il lui enverrait de nouveaux documens à cet égard, la commission est d'avis qu'il n'y a pas lieu, quant à présent, de faire un rapport sur sa communication.

Emploi du sulfate de quinine comme traitement spécifique de la fièvre dite typhoïde.

M. Desvouves lit un mémoire sur ce sujet. L'auteur termine son mémoire de la manière suivante, qui résume les opinions développées dans ce travail :

J'ai l'honneur de demander à l'Académie de faire établir par la commission qu'elle nommera, et en ma présence, trois catégories de dix malades formées comme suit, savoir :

Première catégorie. — Composée de ceux qui auront déjà subi un traitement et chez lesquels la maladie laisse pronostiquer prochainement un terme fatal. Cinq seront soumis au traitement par le sulfate de quinine, les cinq autres continueront à être soignés comme par le passé. Car je ne voudrais pas que l'on pût dire : « Les cinq à vous » livrés sont morts, tandis que sans votre traitement, peut-être n'au- » raient-ils pas tous succombé. » Les cinq chez lesquels le traitement serait continué, viendraient comme preuve, soit pour, soit contre, d'après le résultat obtenu. Je demande au moins soixante-douze heures pour avoir un résultat.

Deuxième catégorie. — Composée d'un même nombre de malades dont la maladie marche quoi qu'on ait pu faire pour l'arrêter ou arriver à une guérison. Je demande que, parmi eux, la commission choisisse les cinq qui présenteront les phénomènes les plus graves pour me les laisser traiter, les cinq autres continueront le traitement commencé. Je demande quarante-huit heures pour le résultat.

Troisième catégorie. — Formée d'un même nombre de malades n'ayant subi aucun traitement ; que cinq me soient livrés et que ce soient ceux qui présenteront les symptômes les plus graves. Pour eux, je ne commencerai le traitement qu'après que les symptômes, en s'aggravant, ne laisseront plus aucun doute sur la nature de la maladie, et surtout que l'idée d'une guérison naturelle ne pourra exister. Au bout de quarante-huit heures, la maladie sera enrayée.

Au moyen de ces trois catégories de malades, je pourrai donner la preuve :

1° Que le *sulfate de quinine* est le spécifique certain de la fièvre dite typhoïde ;

2° Que par son emploi seul, elle est enrayée et guérie ;

3° Que la durée du traitement ne doit pas excéder douze jours ;

4° Que la convalescence est très rapide.

(Comm. MM. Bouillaud, Rostan, Grisolle.)

De la cause immédiate et du traitement de la chute du rectum chez les enfans.

M. Duchaussoy lit un mémoire sous ce titre. Voici un résumé de ce travail :

Chez les enfans, les chutes du rectum indépendantes d'une affection chirurgicale bien caractérisée, comme les calculs vésicaux et les polypes du rectum, ont pour cause la diarrhée ou la constipation habituelles.

Ces troubles de l'exonération, après avoir produit une altération de la muqueuse capable de permettre son renversement, déterminent l'atonie d'une portion de l'appareil musculaire de la défécation ; c'est ce que démontrent le raisonnement et l'examen de l'anus chez les enfans atteints de chute du rectum.

Le rôle du sphincter anal, dans cette maladie, devient encore plus évident par l'examen critique des traitemens qu'on emploie contre elle. Chez tous les malades traités par M. Guersant, en 1852, on n'a fait cesser la chute du rectum qu'en guérissant la paralysie de son sphincter ; et le cautère employé comme le fait M. Guersant, agit surtout comme un puissant excitant du système musculaire.

De ces conditions, on peut déduire le corollaire suivant : tout procédé qui parviendra à faire cesser la paralysie du sphincter anal, soit en simplifiant la cautérisation, soit même en lui substituant d'autres excitans du système musculaire plus puissans ou moins désagréables, pourra être regardé comme un progrès dans le traitement de la chute du rectum.

Peut-être que les cautères terminés en pointe et enfoncés de quelques lignes seulement à travers la peau de l'anus, pourraient remplacer utilement le cautère olivaire.

Il est très présumable que l'acupuncture électrique, ou plus simplement la faradisation, peuvent facilement rétablir la contractilité dans un muscle accessible comme le sphincter de l'anus.

Quant à la strychnine, l'auteur présente une observation curieuse de guérison par son emploi, dans un cas où le traitement de la cause déterminante, la constipation, n'avait pu faire cesser la chute du rectum.

(Comm. MM. Bouvier et Cazeaux.)

Traitement et éducation des idiots.

M. Collineau, au nom d'une commission composée de MM. Virey, Londe, Cornac, Réveillé-Parise, Dubois (d'Amiens) et Collineau, rapporteur, lit un rapport sur le traitement et l'éducation des idiots, en général, et en particulier de ceux que renferme l'hospice de Bicêtre (1).

Voici les conclusions de la commission :

1° Qu'il est parfaitement convenable, et l'on peut dire même que, dans l'état actuel de la civilisation et de la science, il est *indispensable* d'appliquer aux idiots qui en sont susceptibles un système d'éducation qui tende à développer ou à cultiver la disposition particulière que chacun d'eux manifeste.

2° Que, sous le point de vue médical et philosophique, cette éducation peut être l'objet d'observations importantes.

(1) Ce rapport a été fait il y a dix ans. C'est par suite d'une circonstance particulière, que M. le rapporteur n'a pas jugé nécessaire de faire connaître, qu'il n'a pas été lu plus tôt.

3° Que les résultats déjà obtenus et constatés par la commission prouvent l'efficacité de la méthode que l'on suit à Bicêtre, et que dès lors, et pour de graves motifs, il serait à désirer que l'on formât, pour l'éducation des jeunes idiots, des établissemens particuliers, entièrement séparés de ceux qui sont destinés à l'aliénation mentale ; la folie et l'idiotie étant des affections distinctes.

4° Que des remercîmens doivent être adressés à M. le docteur Voisin, pour avoir appelé l'attention de l'Académie sur un sujet aussi digne d'intérêt, et qui, même en ce qui touche à la psychologie, entre presqu'entièrement dans le domaine des sciences médicales.

5° Enfin, que le mémoire de M. Voisin soit déposé dans les archives de l'Académie, avec remercîmens à l'auteur.

M. le rapporteur termine ce rapport par un exposé de l'état actuel de la division des idiots de Bicêtre, et qui confirme les résultats qui avaient été constatés il y a dix ans.

M. Adelon demande que le mémoire de M. Voisin soit renvoyé au comité de publication. Cette demande, appuyée par plusieurs membres, est accueillie par M. le rapporteur.

Les conclusions ainsi modifiées sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

RÉCLAMATION.

ENCORE UN MOT SUR LES POLYPES DU RECTUM DANS L'ENFANCE.

Étampes, le 7 Août 1853.

Monsieur et très honoré confrère,

Le petit article sur les polypes de l'anus chez l'enfant, que vous avez bien voulu insérer dans votre n° du 9 juillet dernier, a soulevé, contre mon gré, une polémique, partie personnelle, partie scientifique ; permettez-moi un mot de réponse à mes très honorables et très honorés confrères.

Je disais que le public s'inquiétait fort peu, en général, de ces questions de personnes et que, dans l'espèce, je n'attachais qu'une très faible importance à la question de priorité, et, pour éviter le reproche illégitime de plagiat, j'établissais que ma publication datait de 1842 ; que j'ignorais complètement le travail de M. Gigon, d'Angoulême, qui n'avait fait l'objet d'un rapport devant l'Académie qu'en 1843, et que je ne connaissais pas non plus la publication de M. Stoltz, de Strasbourg, dans la *Gazette médicale* de cette ville, les journaux de province nous étant malheureusement fort peu connus. Mes premières observations remontant à une époque antérieure à toutes publications sur cette matière, je ne pouvais d'ailleurs avoir été guidé par elles.

Il s'ensuit donc que nous aurions presque simultanément, je ne dirai pas découvert, mais publié nos observations et nos réflexions sur un fait passé jusqu'alors inaperçu. C'est, au reste, ce qui arrive souvent.

Maintenant je répondrai un mot sur la critique qui a été faite de mon procédé opératoire, et je dirai que, dans l'immense majorité des cas, surtout lorsque le corps charnu est encore dans le rectum, ce qui arrive le plus souvent, il est impossible d'agir autrement, la moindre traction détachant le corps du polype de son pédicule ; que dans les dix cas où j'ai observé cette singulière affection, j'ai toujours procédé ainsi, et qu'une seule fois il est survenu pendant deux ou trois jours, et à différentes reprises, un écoulement sanguin modéré, que de très légers moyens, ont arrêté sans que la jeune fille, du tempérament le plus pléthorique, eût eu d'autre indisposition que cette petite perte de sang. Je reconnaîtrai pourtant que, si on le peut, il n'y a aucun inconvénient à embrasser d'un fil mince le petit pédicule, et qu'on évite ainsi toute chance fâcheuse d'hémorrhagie.

Quant aux deux assertions qui semblent contestables à notre honorable confrère de Limoges, M. le docteur Bardinet, assertions que je n'ai avancée, du reste, que sous forme un peu douteuse, savoir : 1° *Les polypes de l'anus chez l'enfant ne paraissent guère remonter au-dessus des sphincters* ; 2° *abandonnés à eux-mêmes, grossiraient-ils indéfiniment? Je ne le pense pas* ; ces assertions donc n'ont trait, comme je le disais au commencement de l'article en question, qu'aux polypes particuliers à l'enfance. Je n'entendais nullement parler des autres tumeurs analogues nées dans la partie inférieure du canal intestinal, à un autre âge de la vie, et d'une autre structure anatomique.

Mais il est temps de clore cette polémique, qui aura pu avoir cela de bon, d'éveiller l'attention du public médical sur une affection singulière, sinon inobservée, au moins inédite, à l'époque où nous avons publié presque simultanément et sans les connaître mutuellement, les faits de ce genre qui s'étaient offerts à nous dans notre pratique.

Agréez, etc. Dr Bourgeois.

Angoulême, le 6 Août 1853.

Monsieur le rédacteur,

Je vous prie de me permettre un mot de réponse à la lettre de M. Stoltz. Je serai fort bref, car je comprends qu'il est extrêmement fastidieux pour vos lecteurs de voir ressasser sans cesse le même sujet ; cependant vous comprendrez que ma délicatesse, mise en suspicion, m'oblige à fournir quelques explications.

Je serais désolé que mon savant confrère de Strasbourg pût croire que j'ai cherché à le frustrer de la part légitime qui lui revient dans les travaux qui ont été publiés *sur les polypes du rectum de l'enfance* (1). Si mon confrère avait daigné lire la brochure que je lui ai adressée nominativement, en 1849, il aurait vu que j'ai cité ses travaux et que je m'en suis servi pour établir la *classe des polypes muqueux*. Je l'ai cité encore dans la lettre contre laquelle il réclame ; ainsi, je n'ai donc jamais voulu rien céler. Je n'ai pas lu, il est vrai, son travail original, attendu que la *Gazette médicale de Strasbourg* est un journal à peu près inconnu dans nos provinces méridionales, mais j'en ai lu un extrait très substantiel fait par M. Henroz, avec citations textuelles, dans le journal l'*Expérience* du 3 juin 1841. M. Stoltz dit avoir publié son travail en février 1841 ; le mien a été adressé à un corps savant le mois suivant ; j'ai donc eu raison de dire que nos travaux ont paru à la même époque.

Si j'ai dit que dans le travail de M. Stoltz il s'agit d'une toute autre maladie que celle que j'ai décrite, c'est que ce médecin, dans sa description anatomo-pathologique, dit que ces tumeurs sont constituées par un pli, un pincement de la muqueuse engagée dans l'anus, qui finit au bout d'un certain temps par déterminer un allongement qui devient permanent ; il répète cette étiologie non seulement pour les observations qui lui sont propres, mais encore pour celles qui lui ont été communiquées par M. Stœber, son collègue à la Faculté ; tandis que les tumeurs que j'ai décrites sont de vrais produits morbides accidentels, des corps charnus ou fibreux formés sous l'influence d'un travail pathogénique spécial.

Comme conséquence pratique, M. Stoltz préconise surtout l'excision (1), et proscrit, ou à peu près, la ligature seule qu'il dit *douloureuse* et *longue* dans ses effets ; et je comprends parfaitement ce conseil, puisque, dans tous les cas de M. Stoltz, il s'agit de prolapsus partiels de la muqueuse rectale devenus permanens, alors la ligature de cette membrane doit nécessairement être fort douloureuse.

Dans les observations qui me sont propres, dans tous les cas qui sont venus à ma connaissance, le pédicule du polype est mou, friable, nullement sensible, et supporte très bien la ligature, qui n'est *ni douloureuse, ni longue dans ses effets*.

En présence de ces différences, et de bien d'autres qu'il serait trop long d'énumérer, je crois donc avoir été dans le vrai, surtout au point de vue pratique, quand j'ai dit que chez M. Stoltz il s'agit de toute autre chose que de la maladie que j'ai décrite.

Je viens de relire le travail de M. Stoltz, l'analyse des faits qui lui sont personnels, ceux qu'il a empruntés à MM. Stœber, Schutzenberger (de Strasbourg), Schneider, Secrig, Lange, Kuhlbrand, Macfarlane et quelques autres chirurgiens étrangers (car, je le répète, il n'existait rien sur ce sujet dans la littérature médicale française), et je me suis convaincu que parmi ces observations, qui jusque-là n'étaient que des faits isolés et souvent incomplets, il y avait des polypes de plusieurs espèces. M. Stoltz a cru voir dans tous des polypes muqueux : c'est là une confusion regrettable au point de vue de la science et même de la pratique. Dans mon travail, j'ai pu établir une classification, une description plus complètes, donner peut-être quelques conseils pour le traitement plus en rapport avec l'espèce morbide ; mais je prie encore une fois M. Stoltz de croire qu'il a été bien loin de ma pensée (et je crois le lui avoir prouvé par ce qui précède) de dissimuler en rien le mérite des travaux qui lui appartiennent.

Agréez, etc. Gigon, d.-m.

(1) Je prie M. Bardinet de bien remarquer qu'il ne s'agit ici que des polypes du rectum *dans l'enfance*, qui, jusqu'ici, n'avaient point été décrits, quoique beaucoup plus fréquens que chez l'adulte.

COURRIER.

L'Académie de médecine, dans son comité secret de la séance du 9 août, a entendu le rapport d'une commission de onze membres à l'effet de réviser un article du règlement.

L'article 45 était ainsi conçu :

« Les sections et les commissions présentent trois candidats au moins et six au plus pour chaque place. »

La commission propose d'ajouter :

« Toutefois si dix membres au moins proposent d'autres candidats, l'Académie, consultée, pourra également, après discussion, en admettre la présentation. »

L'Académie a adopté la proposition.

— L'Académie des sciences et belles-lettres de Rouen, avait mis au concours l'éloge de Lepec de la Cloture ; le prix, consistant en une médaille d'or de 300 fr., a été décerné à M. le docteur Max Simon.

Prix. — L'Académie médico-chirurgicale de Ferrare a mis au concours, pour l'année 1854, la question suivante :

Des maladies chroniques du foie, et en particulier de celles qui se montrent fréquemment dans les pays marécageux, mais à climat tempéré, dans lesquels dominent les fièvres intermittentes.

Prix : une médaille d'or de 100 écus romains.

Les mémoires en latin, italien ou français devront être adressés, suivant les formes académiques, et avant le 31 mars 1854, au secrétaire de l'Académie médico-chirurgicale de Ferrare.

(1) Il est à remarquer que, dans le deuxième fait de M. Stoltz, l'excision simple fut suivie d'une hémorrhagie inquiétante.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique des rétrécissemens de l'urètre ; par le docteur J.-F. Reybard. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine, qui lui a décerné, en 1852, le grand prix d'Argenteuil (12,000 francs). Un volume in-8, avec planches ; 1853. Prix : 7 fr. 50 c.

Du véritable mode d'action des eaux de mer, et en particulier des eaux thermo-minérales, et de l'eau simple en général ; ouvrage dont les deux premiers essais ont été couronnés par la Société impériale de médecine de Marseille ; par A.-H.-A. Dauvergne, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes), membre et secrétaire du Conseil de salubrité et d'hygiène de l'arrondissement de Forcalquier, médecin cantonal, lauréat de plusieurs Académies de médecine, membre associé correspondant de la Société de médecine de Paris, etc., etc. — Un volume in-8, avec planches. Prix : 6 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23, à Paris.

Monographie des thermes de Weissembourg (Suisse) ; par J. P. Pointe, professeur à l'École préparatoire de Lyon. In-8°, Lyon, 1853.

Compte-rendu des travaux de la Société impériale de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, depuis le 16 mai 1852 jusqu'au 8 mai 1853. In-8°, Toulouse, 1853.

Bulletin de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne, 1852. In-8°, Limoges, 1853.

Des granulations méningiennes. Thèse pour le doctorat, par M. J.-J.-A.-E. Faivre. In-4°, Paris, 1853.

Notice médicale sur les bains d'Ems (Bad-Ems), par M. le docteur Fauconneau-Dufresne. Prix : 1 fr.

Se vend au bureau de l'*Union Médicale*.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Maltestet et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 99. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 20 Août 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12

A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le **MARDI**, le **JEUDI** et le **SAMEDI**.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de M. le professeur TROUSSEAU.

Sommaire. — Physiologie pathologique de la phthisie laryngée, ou du mode de production des lésions anatomiques dans la phthisie laryngée. — Phthisie laryngée pulmonaire; — phthisie laryngée vénérienne. — Traitement.

Pour bien comprendre ce qui se passe dans le larynx affecté de cette maladie, il faut prendre des exemples en dehors de cet organe, sur des tissus analogues à ceux qui composent le larynx et tellement situés, que l'on puisse les avoir sous les yeux et suivre pas à pas, pour ainsi dire, la marche de l'évolution pathologique. Soit une inflammation du tissu cellulaire du devant de la poitrine venant à se communiquer au tissu cellulaire qui revêt le cartilage des côtes, il se fait une notable tuméfaction du périchondre, c'est-à-dire du tissu cellulaire qui revêt le cartilage, et, au bout d'un certain temps, un dépôt de matière calcaire dans le cartilage, ainsi que dans le tissu cellulaire périchondral.

Si on examine ce qui se passe autour des fragmens osseux à la suite d'une fracture, on voit le périoste enflammé former cette *virole* si bien décrite par Duhamel et Dupuytren, virole ou fuseau du tissu cellulaire dans lequel se dépose la production calcaire qui doit constituer le *cal provisoire*.

Ainsi, dans les cartilages, comme dans le tissu cellulaire qui revêt les os, sous l'influence de l'inflammation, il se produit une hypertrophie à laquelle succède une incrustation de substance calcaire.

De même, lorsque la membrane muqueuse laryngienne a été chroniquement enflammée et que la phlegmasie s'est communiquée au tissu cellulaire sous-muqueux, et de là au périchondre, le cartilage du larynx devance l'époque de son ossification et s'incruste de matière calcaire.

D'un autre côté, toutes les fois qu'il existe au voisinage d'un os une inflammation capable de le dénuder et de l'enflammer, il se fait une nécrose de cet os. Il en est de même lorsque l'inflammation siège au voisinage d'un cartilage qui a subi l'ossification; la nécrose arrive, dans ce cas, comme pour les os plats ou les os longs. Si donc une inflammation violente vient à se développer dans le tissu cellulaire sous-muqueux qui entoure le larynx ossifié, il se fait une nécrose dans cet organe, par suite du contact du pus produit par la phlegmasie; l'inflammation appelle l'ossification, et la sécrétion purulente appelle la nécrose ; alors vous voyez arriver dans le larynx les mêmes phénomènes qui suivent les ostéïtes terminées par nécrose, à savoir, une infiltration purulente, puis des fistules purulentes. Mais il se passe aussi autre chose ; il arrive assez fréquemment que l'on trouve sur des individus atteints de phthisie laryngée des accidens aigus. Lorsqu'une portion nécrosée du tube laryngien laisse sécréter du pus, ce pus enflamme le tissu environnant et amène la phlegmasie de la membrane muqueuse du larynx. Vous voyez des gens ayant des lésions chroniques du larynx, sans autre trouble qu'une altération de la voix, présenter subitement tous les signes d'un œdème de la glotte ; les mêmes accidens peuvent se développer sous l'influence des nécroses et de la sécrétion purulente dont elles sont la source.

Formes symptomatologiques de la phthisie laryngée; type pulmonaire. — C'est le type le plus commun. Un individu tousse quelque peu, puis la toux augmente graduellement, la voix se voile de plus en plus, et se perd : c'est une aphonie venue graduellement, cessant quelquefois pour reparaître plus tard, mais laissant la voix notablement altérée. Chez les chanteurs, l'altération se fait plus tôt sentir. Quand on parle, les tons se modulent dans un registre très restreint, tandis que le chanteur est parfois obligé de parcourir toute l'échelle de la gamme, depuis les tons les plus graves jusqu'aux tons les plus aigus. Il n'est pas étonnant que celui qui ne dépasse pas le registre de la voix parlée ne s'aperçoive pas d'une altération de son organe vocal, tandis que le chanteur qui parcourt les divers degrés de l'échelle diatonique arrive à un point au-delà duquel il ne peut plus aller. Ce qu'il perd d'abord, ce sont les tons aigus ; mais il va quelquefois gagner quelques tons graves. C'est ce qui fait le désespoir des ténors et des sopranos de nos théâtres, qui remarquent, le matin surtout, qu'ils ont gagné quelques tons graves et que le registre de leur voix s'est abaissé. A mesure que la maladie marche, le registre vocal se circonscrit de plus en plus, et il arrive un moment où le chanteur ne peut plus se servir que de la voix parlée et où il cesse, par conséquent, de pouvoir chanter. L'altération continuant toujours, la voix se voile de plus en plus. Dans certains cas, elle acquiert une raucité et une stridence particulières. La toux subit les mêmes modifications que la voix. Comme cette dernière, elle se voile, s'éteint ou devient quelquefois rauque et stridente.

En même temps que ces accidens locaux se manifestent, apparaissent quelques phénomènes généraux qui mettent le médecin sur la voie du diagnostic de la phthisie laryngée. C'est de l'amaigrissement, ce sont des sueurs nocturnes, des troubles du côté de l'intestin ; en un mot, quelque signe important de la phthisie commençante. L'auscultation vient alors en aide au médecin, en lui révélant, par le moyen des signes physiques, l'altération pulmonaire. Dans quelques cas, le diagnostic devient très difficile par la difficulté de percevoir les signes physiques fournis par l'auscultation. En effet, les phénomènes principaux de l'auscultation sont ceux de la voix parlée. Le retentissement de la voix, le commencement de la bronchophonie, sont des signes précieux au début de la phthisie pulmonaire. Or, comment apprécier le retentissement de la voix, si l'individu est aphone ? Le médecin n'a plus alors que le bruit expiratoire et les râles. C'est ainsi que chez un de nos malades aphone, couché maintenant au n° 16 de la salle Sainte-Agnès, en même temps que le bruit d'expiration prolongée, on entend, au sommet du poumon, sous les clavicules, des râles sous-crépitans assez nombreux, signes évidens et témoins irrécusables du ramollissement tuberculeux.

La maladie, marchant toujours du côté du larynx, la gorge devient douloureuse. Nous avons eu, aux n°s 15 et 16 de la salle Saint-Bernard, deux femmes, toutes deux atteintes de phthisie laryngée, et toutes deux accusant de vives douleurs à la gorge. Ces douleurs sont intolérables quand le malade avale quelque liquide ayant une sapidité un peu forte. Cette douleur augmentant, arrive un symptôme très remarquable, l'*erreur de la déglutition*, si l'on peut s'exprimer ainsi, erreur qui consiste dans le passage des liquides du pharynx dans la trachée. Les malades avalent, comme on dit, *de travers*. A cette époque, si à l'aide d'un instrument convenable on abaisse fortement la langue, on voit quelquefois l'épiglotte rouge, tuméfiée, ulcérée, comme déchiquetée ; en même temps, comme l'autopsie le démontre clairement plus tard, existe une tuméfaction, une ulcération des ligamens aryténo-épiglottiques. Ces ligamens ayant perdu leur élasticité, ne peuvent plus agir, et alors les liquides, trouvant la glotte ouverte, s'introduisent sans peine dans le larynx.

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire. — Les vacances. — Ablation d'un nez supplémentaire. — Un nabab de l'Inde et M. Orfila. — Faits curieux de nosomanie. — Une citation de Montaigne. — Les eaux minérales et les médecins inspecteurs. — Questions professionnelles.

Rien de plus terne et de plus monotone que la physionomie actuelle du monde médical. L'Académie fait ses vacances ; elle se repose, un peu longuement peut-être, de la discussion sur les sourds-muets ; depuis ce débat, rien n'est venu distraire cette compagnie savante de ces placides séances sur les remèdes secrets ou les eaux minérales. Mardi dernier, on comptait à peine trente membres sur les banquettes dégarnies. Le public fait comme l'Académie, il se promène, va faire une demi-saison aux eaux ou quelque excursion sur la terre étrangère, dont les chemins de fer ont fait aujourd'hui une distraction de quelques heures. Puis, la campagne est si belle ! les héliotropes sont en fleurs, les fuksias s'épanouissent dans leurs élégantes corolles, et les rosiers nous donnent avec luxe leur seconde floraison. La santé publique, d'ailleurs, permet à nos confrères quelques momens d'absence. Paris ne s'est jamais mieux porté. Pourquoi donc le médecin, comme tout le monde, n'irait-il pas rafraîchir ses poumons par un peu d'air pur et se soustraire aux miasmes de cet amas immense de fumier qu'on appelle Paris, selon la récente et peu poétique image de M. Boussingault ?

Les plus malheureux de nos heureux confrères sont, à cette heure, les professeurs de la Faculté. Quelle besogne, grand Dieu ! Et comment peuvent-ils y suffire ? Cours, examens probatoires, examens de fin d'année, concours de tout genre, et sur le tout leurs devoirs professionnels immenses ! car c'est l'époque de l'année où abondent à Paris les malades des départemens et de l'étranger... A ce sujet, et puisque le feuilleton est en cherche de pâture, il se souvient, à propos, d'une historiette que lui racontait, hélas ! quelques jours avant sa mort, le professeur illustre que la Faculté n'a pas encore remplacé, M. Orfila.

Dans le mois de janvier dernier, M. Orfila voit entrer dans son cabinet un nabab indien, venu de Golconde ou de Lahore tout exprès pour se faire prattquer une opération des plus singulières. Ce nabab était un pauvre hypocondriaque, qui s'était imaginé qu'à côté de son nez normal il en avait poussé un autre qui le gênait beaucoup. Il avait donc entrepris le voyage de l'Inde à Paris pour que M. Orfila, dont la réputation était arrivée jusqu'à lui, voulût bien le débarrasser de son nez supplémentaire. Vous comprenez qu'à un malade de ce genre et venu de si loin, il eût été cruel de répondre : Mon brave Indien, vous avez la berlue; vous ne possédez que le nez que Dieu vous a donné, et il est, ma foi ! bien fait. Et de vrai, ajoutait M. Orfila, je n'ai jamais vu de nez d'un plus beau galbe. Mais, en médecin charitable et philosophe, l'illustre toxicologiste fit semblant de se prêter aux idées fausses de l'Indien, examina sous toutes ses faces ce prétendu nez parasite, et, avec sang-froid et assurance, il lui dit : Je vous débarrasserai de cela, revenez demain.

Le lendemain, M. Orfila, s'étant procuré un nez aux pavillons de dissection, endort notre Indien au moyen du chloroforme, lui applique, pendant son sommeil, un bandage approprié, et simule adroitement tous les incidens d'une opération compliquée. A son réveil, grande joie de l'Indien, à qui l'opérateur montre et met entre les mains ce nez, cause de tant de chagrin, et dont sa main habile vient de le débarrasser. Les choses allèrent bien pendant quelques jours; mais, hélas ! une nouvelle inquiétude survient chez notre opéré. — Monsieur, lui dit-il, je crois que le nez repousse. En vain M. Orfila cherche-t-il à lui persuader le contraire ; en vain M. Velpeau, consulté, trouve-t-il l'opération bien faite et la cure radicale ; le pauvre nabab ne fut pas convaincu, et il partit en disant : Je reviendrai l'année prochaine pour me faire opérer de nouveau.

M. Velpeau le sait bien, on ne les guérit pas tous ces infortunés nosomanes, même par les ressources les plus ingénieuses. Cet habile chirurgien voulut tenter de guérir une pauvre femme qui croyait avoir une couleuvre dans le ventre. On se procure une couleuvre véritable ; une petite incision est faite à l'abdomen ; la couleuvre est dextrement jetée dans le bassin et triomphalement montrée à l'opérée. Celle-ci regarde, examine le serpent avec grande attention, et s'écrie : C'est une femelle, elle a fait des petits. Tout le monde n'est pas aussi heureux que Boerhaave, je crois, qui guérit radicalement un monsieur qui chassait sans cesse une mouche constamment perchée sur son nez. Je la tiens, enfin, s'écria Boerhaave, en faisant le geste d'attrapeur de mouches, et en lui montrant un diptère placé d'avance dans le creux de sa main ; ou comme ce médecin dont parle Montaigne, qui guérit aussi une femme qui pensait avoir avalé une épingle qui s'était arrêtée, disait-elle, au gosier, où elle causait de vives douleurs. Le médecin fait vomir la femme, jette adroitement une épingle tortue dans le vase, et la malade, croyant l'avoir rendue, se sentit soudain déchargée de sa douleur.

Mais en voici d'une autre cuvée, comme dit l'aimable philosophe périgourdin. Je cite : « Pourquoy practiquent les medecins avant main
» la creance de leur patient, avec tant de faulses promesses de sa gua-
» rison, si ce n'est à fin que l'effect de l'imagination supplee l'imposture
» de leur apozeme ? Ils sçavent qu'un des maistres de ce mestier leur a
» laissé par escript, qu'il s'est trouvé des hommes à qui la seule veue
» de la medecine faisoit l'operation. Et tout ce caprice m'est tumbé
» presentement en main, sur le conte que me faisoit un domestique
» apotiquaire de feu mon pere, homme simple et Souysse, nation peu
» vaine et mensongiere, d'avoir cogneu longtemps un marchand à Tou-
» louse maladif et subiect à la pierre, qui avoit souvent besoing de
» clysteres, et se les faisoit diversement ordonner aux medecins selon
» l'occurrence de son mal : apportez qu'ils estoyent, il n'y avoit rien
« obmis des formes accoutumees ; souvent il tastoit s'ils estoyent trop
» chauds ; le voylà couché, renversé, et toutes les approches faictes,
» sauf qu'il ne s'y faisoit aulcune iniection. L'apotiquaire retiré aprez
» cette cerimonie, le patient accomodé comme s'il avoit veritablement
» prins le clystere, il en sentoit pareil effect à ceulx qui les prennent.
» Et si le medecin n'en trouvoit l'operation suffisante, il lui en donnoit
» deux ou trois aultres de mesme forme. Mon tesmoing iure que pour
» espargner la despense (car il les payoit comme s'il les eust receus),
» la femme de ce malade ayant quelquesfois essayé d'y faire seulement

Dans un certain nombre de cas, la tuméfaction du larynx succède à ces ulcérations, et il survient alors, outre l'aphonie, une véritable orthopnée, symptôme de l'angine laryngée.

Pendant que les accidens se développent du côté du larynx, l'expectoration, qui avait manqué, commence à devenir caractéristique. Elle se présente sous forme de mucus transparent, au milieu duquel nagent des crachats nummulaires, opaques, souvent sanglans et briquetés. Les désordres du côté de la poitrine augmentent donc avec ceux qui se développent du côté du larynx, mais ils n'arrivent pas à un degré très considérable. Car, de même que les individus atteints d'entérite tuberculeuse présentent à l'autopsie des désordres pulmonaires moindres que ceux chez lesquels la phthisie a débuté par les poumons; de même, dans la phthisie qui commence par le larynx, les individus succombant plus rapidement, les lésions pulmonaires acquièrent une intensité moins considérable que dans la phthisie qui a commencé par les poumons.

Type vénérien de la phthisie laryngée. — Après la phthisie laryngée pulmonaire, le type le plus commun de la maladie chronique du larynx est la phthisie laryngée vénérienne. De tous les accidens tertiaires de la vérole, les manifestations laryngées sont peut-être celles qui apparaissent le plus tard. Disons tout d'abord que l'on voit des hommes n'ayant aucun intérêt à tromper, et donnant par la largeur de leurs aveux des preuves irrécusables de leur franchise; des hommes habitués d'ailleurs à s'observer scrupuleusement, qui déclarent que, depuis vingt ans, ils n'ont eu ni chancre, ni chaude-pisse. Une femme peut bien avoir la vérole sans s'en douter. Un chancre peut exister au col de l'utérus, ou être profondément caché dans un repli du vagin, et alors il est tout simple qu'un pareil chancre passe inaperçu. Chez les hommes, chez ceux du moins qui ont soin de leur personne, il est difficile, pour ne pas dire impossible, qu'une vérole soit méconnue. Lorsqu'un chancre existe à l'extérieur, la chose est de toute impossibilité, et lorsque l'ulcère est caché dans la profondeur du canal de l'urètre, il existe au moins une blennorrhagie symptomatique. Or, nous supposons des individus qui, depuis vingt ans, n'ont eu ni chancre, ni blennorrhagie, mais qui, à cette époque, ont eu quelques manifestations syphilitiques, la roséole, par exemple. Les individus chez lesquels la vérole remonte si haut, présentent fréquemment des accidens laryngés, accidens qui peuvent aller jusqu'à produire la mort. Mais chez ceux qui ont eu des manifestations vénériennes, il y a cinq, six, sept, huit ans, soit du côté de la peau, soit du côté des os, on voit *souvent* survenir des accidens laryngés vénériens dont la nature est rendue évidente surtout par l'efficacité du traitement anti-syphilitique.

Voyons comment les choses se passent : Un individu a eu, je suppose, quelque antécédent syphilitique, un chancre, des phénomènes du côté de la peau ou des os; il a été traité par les mercuriaux et les préparations iodées, il est guéri; le voilà sans accident aucun depuis cinq ou six ans. Survient ensuite un coryza chronique, sans ozène, mais tenace, et qui s'accompagne de pesanteur de tête, de douleurs céphaliques plus marquées le soir, au lit, qu'à tout autre moment de la journée. Ce coryza dure non pas dix ou quinze jours, comme les rhumes ordinaires, mais deux, trois, quatre et cinq mois. Le début n'est pas celui d'un rhume de cerveau violent, mais le mal vient tout doucement et s'accroît de même. Ce coryza s'accompagne de saignemens de nez et d'expulsion de croûtes qui se moulent sur les cornets, signe en quelque sorte caractéristique de l'affection vénérienne des fosses nasales. Cette affection du nez passe, comme guérissent beaucoup de manifestations vénériennes, sans traitement. Mais ce qui guérit spontanément dans la vérole, c'est la manifestation locale; la maladie générale, la diathèse, la vérole restent.

C'est ainsi que l'on voit guérir spontanément les ulcères de la peau; c'est ainsi que des douleurs ostéocopes peuvent disparaître pendant trois à quatre mois, mais la maladie osseuse restant, les douleurs reviennent. Il en est de même des manifestations vénériennes des membranes muqueuses, du nez, du pharynx, des conduits auditifs interne ou externe; elles peuvent guérir toutes seules, mais bientôt les accidens éclatent d'un autre côté.

C'est ainsi que chez les individus dont nous parlions précédemment, l'affection vénérienne des fosses nasales, le coryza syphilitique venant à disparaître, on voit se développer des maux de gorge qui s'aggravent dans la première partie de la nuit, au lieu d'être, comme les maux de gorge ordinaires, plus douloureux et plus intenses vers le matin, au réveil. Ces maux de gorge persistent sans appareil inflammatoire; si, faisant ouvrir largement la bouche et abaissant la langue, on examine le fond de la gorge, on y aperçoit une rougeur violacée étendue à tout l'isthme du gosier, et sur les amygdales, irrégulières et dures, de petites saillies assez notables, que l'on prend pour des hypertrophies folliculaires, tandis que ce sont réellement des tubercules syphilitiques. La nature de ces tubercules est démontrée par la coexistence presque constante de l'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs, qui se déroulent en forme de chapelet le long des parties latérale et postérieure du col, et constituent un signe précieux et à peu près infaillible de l'existence d'une infection vénérienne, ainsi que de la nature des accidens locaux dont il est question. Cependant, ces individus à symptômes pharyngés, lorsque les amygdales ne sont pas très grosses, n'ont pas d'altération de la voix, et dans quelques cas même, le nez n'est pas ou n'a pas été pris; mais ce sont des cas rares et exceptionnels.

A mesure que la maladie marche, le larynx se prend consécutivement à l'affection pharyngienne. Ce sont d'abord de légers troubles de la voix, plus apparens et plus appréciables chez les chanteurs, qui s'aperçoivent de bonne heure de la perte successive de quelques notes les plus élevées, en même temps qu'ils gagnent quelques notes basses, par l'abaissement de leur registre vocal; troubles qui vont en augmentant, jusqu'à ce que le chant devienne impossible. Puis, la voix s'altérant de plus en plus, finit par subir une extinction complète; et cependant c'est à peine si le malade éprouve de la douleur au larynx et de la toux. Chez eux encore, même lorsqu'il n'existe rien du côté du pharynx et des fosses nasales, l'engorgement des ganglions cervicaux vient quelquefois révéler par sa présence la nature des accidens laryngés; mais dans ces cas, alors que le larynx seul est pris, ce signe manque assez souvent, et le diagnostic devient d'une difficulté extrême.

Une autre cause d'embarras dans la détermination de l'origine des phénomènes laryngés, provient de l'application de médications diverses, vésicatoires, sangsues, pommade stibiée sur le cou des malades, médications topiques, dont les praticiens s'empressent de faire usage tout d'abord, et qui, en irritant la peau, déterminent l'engorgement des ganglions cervicaux. Il devient alors impossible de déterminer si cet engorgement appartient à la maladie vénérienne ou s'il est, au contraire, le fait de la thérapeutique employée. De telle sorte que ce caractère, si important et si précieux lorsque le malade est vierge de tout traitement, devient, dans le cas contraire, d'une nullité absolue. Mais alors que l'engorgement ganglionnaire fait défaut, qu'il n'y a pas de coryza chronique, pas d'inflammation tuberculeuse des amygdales, à quel signe reconnaître la phthisie laryngée syphilitique? Il faut bien l'avouer, ce signe n'existe pas; en dehors des circonstances que nous venons de mentionner, le *criterium* manque complètement, et le médecin est dans une impuissance absolue à l'égard du diagnostic. En effet, dans le plus grand nombre des cas, la laryngite chronique simple ne procède pas autrement. La maladie débute par le pharynx et se propage de là au tube laryngien; les symptômes et la marche sont les mêmes, de telle sorte qu'il n'existe aucun signe caractéristique pour distinguer la laryngite chronique simple de la phthisie laryngée vénérienne, développée dans les conditions spéciales que nous venons de mentionner.

Cependant, la maladie marche, elle s'aggrave, prenant pendant la nuit une intensité beaucoup plus considérable que pendant le jour, circonstance qui ne se retrouve pas dans la phthisie laryngée simple. La tuméfaction de la membrane muqueuse, l'engorgement du tissu cellulaire sous-muqueux, au lieu de produire une simple aphonie, amènent quelque chose de particulier du côté des voies respiratoires. Lorsque le malade monte un escalier, ou lorsqu'on l'engage à lire sans s'arrêter de manière à lui faire dépenser toute la quantité d'air qu'il a dans ses poumons, alors, au moment où se fait l'inspiration profonde qui suit cette expiration prolongée jusqu'à perte d'haleine, on entend un sifflement particulier qui se produit toutes les fois que la capacité de la glotte n'est pas en rapport avec la quantité d'air qui la traverse. Ce sifflement s'observe dans le croup, à mesure que les fausses membranes obstruent l'orifice du tube laryngien. Ainsi, on commence par avoir ce sifflement dans les grandes inspirations, quand la marche est accélérée, ou bien, quand après avoir rendu toute la quantité d'air contenu dans la poitrine, on exécute une large et profonde inspiration. La tuméfaction de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-muqueux faisant toujours des progrès, il arrive un moment où le sifflement, d'intermittent qu'il était, devient continu. Les malades ressemblent, sous ce rapport, aux chevaux *siffleurs* ou *corneurs* qui ont les narines ou le larynx rétrécis. Ce phénomène se produit à l'inspiration et à l'expiration et constitue un signe pathognomonique du rétrécissement ou de l'obstruction du larynx. Il est plus fort à l'inspiration qu'à l'expiration.

Alors commence une série d'accidens très remarquables, annonçant que le mal a jeté déjà de profondes racines; je veux parler des accidens d'orthopnée. Jusqu'alors le malade, restant au repos, n'éprouvait aucun embarras du côté de la respiration. Cet embarras ne devenait sensible que lorsque la respiration était accélérée par la marche ou toute autre cause; il était alors révélé par le sifflement laryngé. Maintenant, c'est une dyspnée habituelle, continue, qui se produit, et qui est la suite naturelle de la dyspnée intermittente antérieure. A cette période de la maladie surviennent des paroxysmes nocturnes, résultant de l'aggravation momentanée de la dyspnée habituelle. Que le malade ait ou non la vérole, que l'affection laryngée soit syphilitique ou simplement tuberculeuse, pourvu qu'il existe une tuméfaction de la membrane muqueuse laryngienne telle, que la capacité de la glotte en soit diminuée, des accès de dyspnée éclatent particulièrement la nuit. Ainsi le malade, après quelques heures d'un sommeil bruyant, s'éveille tout à coup; il est

---

» mettre de l'eau tiede, l'effect en descouvrit la fourbe; et pour avoir » trouvé ceulx là inutiles, qu'il fauloit revenir à la premiere façon. » (*Essais*, livre I, chap. 20.)

Je parlais tout à l'heure d'eaux minérales; jamais, assure-t-on, elles n'ont été aussi suivies que cette année. La chaîne des Pyrénées compte, à cette heure, cent mille habitans de plus; Vichy regorge de baigneurs et de buveurs; Plombières, Néris, le Mont-d'Or ne savent où placer les leurs; toute la côte maritime est changée en bains de mer; les établissemens hydropathiques sont encombrés : c'est une véritable hydromanie universelle. Je vous laisse à penser les belles affaires que font nos confrères hydrologues. Voilà des gaillards heureux! Aussitôt qu'arrivent le rossignol et les hirondelles, ils quittent Paris pour se diriger vers leurs thermes; les feuilles commencent-elles à tomber, les voici de retour, venant prendre leur large part des plaisirs parisiens. C'est une vie charmante. Aussi que d'envieux fait-elle! L'inspection des moindres thermes est sollicitée avec une ardeur sans égale et par d'innombrables compétiteurs. On dit que l'étude des eaux minérales est négligée en France, quelle grande injustice! A voir la cohorte des prétendans à la dispensation des bienfaisantes sources médicinales, on revient de cette erreur, car ces confrères si empressés à solliciter les fonctions d'inspecteur doivent certainement être des hydrologues de première force. Sans cela demanderaient-ils des places qu'ils seraient inaptes à remplir? Auraient-ils assez peu d'amour-propre de vouloir faire l'apprentissage des eaux aux dépens des pauvres malades? Il y en a qui le disent; ne les croyez pas, et soyez sûr que tous les choix faits par l'autorité locale ou par l'autorité supérieure ne laissent rien à désirer.

A l'égard des eaux minérales, une bonne idée a été émise et a même reçu un commencement d'exécution. Il s'agit de la tentative faite à Toulouse d'un congrès de médecins hydrologues. Il n'y a certes pas de pays où une pareille institution, bien conduite, pût avoir plus de chances de succès et pût présenter plus d'utilité qu'en France, si admirablement dotée de sources médicinales de toute nature. Il faut sérieusement reconnaître que de grands progrès ont été faits depuis quelques années dans l'étude de l'hydrologie. Deux hommes, deux médecins, ont surtout contribué chez nous à ranimer le goût de ces études, et à diriger vers elles l'esprit de nos contemporains. Je veux parler de M. le docteur Petit, de Vichy, et de M. le docteur Fontan, de Luchon; l'un par ses recherches spéciales sur les eaux alcalines, l'autre par ses publications d'un ordre plus général sur les eaux des Pyrénées, de l'Allemagne et de la Suisse. On a contesté leurs opinions, leurs résultats; tant mieux! c'est preuve qu'on les avait étudiés, et la discussion, quand elle est sincère, loyale et éclairée, laisse toujours après elle un rayon lumineux. J'espère présenter prochainement aux lecteurs de ce journal un compte-rendu de la deuxième édition des *Recherches* de M. Fontan sur les eaux minérales, et pouvoir rendre à ce confrère distingué, qui a fait tout simplement une grande découverte, toute la justice qu'il n'a pas toujours trouvée ailleurs. La presse est mieux encore que la lance d'Achille : elle guérit d'autres blessures encore que celles qu'elle fait, et elle applique au besoin, c'est sa plus belle mission, un baume souverain sur les plaies faites par l'envie, les passions et l'injustice.

On me demande de répondre aux deux questions suivantes : « 1° La loi de l'an XI, « l'officier de santé ne peut s'*établir* que dans le département pour lequel il a été reçu, » a-t-elle en uė le *domicile* ou bien la *clientèle?* »

L'interprétation que les tribunaux et la Cour de cassation ont donnée, et récemment encore, à la loi de ventôse, ne laisse aucun doute sur la signification du texte. C'est évidemment la *pratique de l'art* qui est en cause. Un officier de santé ne serait pas punissable d'habiter un département pour lequel il ne serait pas reçu, mais où il ne pratiquerait pas la médecine. Il pourrait très bien habiter un département et pratiquer dans un autre, tout en restant parfaitement en règle avec la loi, s'il avait acquis le droit de pratiquer là où il pratiquerait en effet. Je ne sais si ce cas s'est jamais présenté, et s'il y a des antécédens judiciaires. Je juge l'hypothèse avec les seules lumières du bon sens et de l'équité naturelle.

« 2° Un officier de santé reçu pour les deux départemens limitrophes a-t-il le droit d'exercer dans les deux? Ou bien le second diplôme détruit-il le premier? — Si l'officier de santé rentrait dans le premier département, après avoir usé du bénéfice du second diplôme, serait-il dans l'obligation de se faire recevoir de nouveau? »

Cette question me paraît neuve et très intéressante. Je demande à y réfléchir; je demande surtout à consulter les lumières de notre comité de rédaction, dont l'absence de plusieurs de ses membres retardera peut-être la première réunion. Mais, à première vue, et sans préparation, je crois pouvoir répondre d'avance que ce que la loi ne défend pas est permis; que nulle disposition législative n'empêche l'officier de santé de se faire recevoir dans tous les départemens où il voudra pratiquer la médecine, et que, d'après le texte de la loi, il peut pratiquer partout, et en quelque temps que ce soit, là où il a reçu le droit et le pouvoir de pratiquer.

Amédée LATOUR.

Un étudiant en théologie à l'université de Bonn, dans un accès d'aliénation mentale, se rendit dans un bois voisin avec une hache et des clous, et apercevant un arbre en forme de croix, il se crucifia sur lui. Il fut découvert par des paysans qui coupèrent l'arbre et le transportèrent avec le malade à Bonn. L'étudiant fut placé à l'hôpital; il est maintenant hors de danger. Marc a rapporté, il y a une trentaine d'années, l'observation de Mathieu Loval, à Venise, qui depuis a été reproduite dans une foule d'ouvrages. (*American Journal of the medical sciences*, by Hays, avril 1853, p. 548.)

— M. le professeur J. Abbott (de Bahia) a fait connaître, il y a quelque temps, un fait des plus curieux. Il s'agit d'une négresse esclave, âgée de 30 ans, mariée, mère de trois enfans, forte et exempte de maladies, qui n'a pas de sternum. Dans l'acte de la respiration, les côtés du thorax sont en mouvement continuel, s'écartant de deux pouces de la ligne médiane à chaque inspiration et se rapprochant après. Si la femme veut rire, l'espace qui divise les deux moitiés du thorax est de quatre travers de doigt de largeur, et on peut saisir à la main le cœur et sentir parfaitement ses vibrations, et, sans doute, on lui causerait la mort en lui serrant cet organe, comme il est très facile de le faire. En tâtant les cartilages des côtes, on s'aperçoit que toutes s'adossent les unes aux autres, comme les cartilages des fausses côtes; et certainement il n'y a pas d'os, de cartilage ou de ligament qui unisse antérieurement les deux moitiés ensemble.

---

obligé de se mettre au plus vite sur son séant, de se lever, d'aller à la fenêtre pour respirer l'air frais. Cela se répète deux, trois, quatre et cinq fois dans une seule nuit, et chaque accès dure environ un quart d'heure ou une demi-heure. Quand les choses en sont arrivées à ce point, le médecin doit toujours se tenir prêt, le couteau à la main, en quelque sorte, pour pratiquer la trachéotomie, car la suffocation est imminente. Tant que l'orthopnée nocturne n'est pas survenue, le danger est encore lointain ; mais quand l'orthopnée a éclaté, huit, dix, quinze jours ne se passeront pas sans que le malade meure asphyxié, si, dès les premiers signes qui annoncent la suffocation, le médecin n'est pas là prêt à faire la trachéotomie, ou si un traitement énergique et approprié n'a pas conjuré la maladie.

(La suite au prochain numéro) Dr TARTIVEL.

MÉDECINE PRATIQUE.

DE L'UTILITÉ DE L'ASSOCIATION DES INJECTIONS IODÉES A LA THORACENTÈSE DANS LE TRAITEMENT DES ÉPANCHEMENS PURULENS, CONSÉCUTIFS A LA PLEURÉSIE AIGUE ET CHRONIQUE, ET DE L'HYDROPNEUMOTHORAX (1) ;

Par le docteur F.-A. ARAN, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Ce n'est pas chose commune que des épanchemens purulens aigus ou chroniques, survenus en dehors de toute complication viscérale, et surtout de complication tuberculeuse. Je n'ai eu, pour ma part, que deux fois l'occasion de rencontrer de ces épanchemens, le premier dans le cours d'une pleurésie chronique, le second dans une pleurésie aiguë. Ce dernier s'étant terminé d'une manière fâcheuse par une péritonite subaiguë, et après avoir présenté quelques particularités dignes de remarque, je le rapporterai en second lieu, en insistant sur ces particularités. Quoique le premier de ces faits ait déjà été publié en abrégé, dans ce journal, et avec quelques détails dans le *Bulletin de thérapeutique* du mois de janvier dernier, je le rapporterai de nouveau ici, comme base de la discussion ; je supprimerai seulement certains détails sans importance pour la thèse que je défends.

OBSERVATION I. — *Pleurésie chronique avec abondant épanchement purulent, datant de quinze ou dix-huit mois, traitée avec succès par la thoracentèse et une seule injection iodée.* — Bridier (Gilbert), âgé de 24 ans, serrurier, entra dans mon service à l'hôpital de la Pitié, salle St-Athanase, n° 17, le 20 octobre dernier. Assez maigre et d'une constitution assez chétive, ce jeune homme n'avait jamais été atteint de maladies graves ; jamais il n'avait été enrhumé ; jamais il n'avait craché de sang. Il était malade depuis 18 mois, et sa maladie avait commencé par un rhume très fort, avec expectoration abondante, blanchâtre, avec fièvre, mais sans point de côté, sans douleurs dans la poitrine. Pendant deux mois, il avait gardé le lit, puis il avait essayé de se lever et de reprendre son travail ; la fièvre ne le lui avait pas permis. Enfin, huit mois s'étaient écoulés dans cet état maladif, lorsque le malade s'aperçut d'un point de côté à gauche et en avant sous le mamelon. Les douleurs étaient très vives et revenaient de temps en temps. Ajoutons que déjà, un mois après le début des accidens, le malade avait de la gêne de la respiration, et que cette gêne, qui était à son maximum à la fin du troisième mois, avait plutôt diminué qu'augmenté à la fin du huitième, et était, en somme, supportable, sauf quand il marchait ou qu'il voulait se livrer à un travail quelconque. Le malade nous apprit, en outre, qu'une quinzaine de jours après le commencement de sa maladie, il avait remarqué et fait remarquer à son médecin le déplacement du cœur, qui battait à droite. Enfin, autre renseignement difficile à accepter, il aurait perçu, dans le commencement de son affection, un bruit de fluctuation dans la poitrine quand il faisait un mouvement brusque, un bruit qu'il comparaît à celui qui se produit dans une bouteille à moitié vide. Pour compléter cette longue liste d'antécédens morbides, il nous reste à mentionner une scarlatine, avec violent mal de gorge et desquammation très abondante, survenue dans le cours de sa maladie, ainsi que la formation d'un abcès à la partie supérieure et antérieure de la jambe droite, abcès qui avait laissé plusieurs fistules.

Inutile de dire que ce malade avait été soumis à des traitemens nombreux et variés. En désespoir de cause, on lui avait conseillé de se faire pratiquer la thoracentèse, et c'était dans ce but que le malade était venu à Paris. Son état général était, du reste, assez satisfaisant ; pas de fièvre, pouls à 72, langue humide, soif naturelle, face calme, appétit conservé, digestions faciles ; rien d'appréciable au premier aspect, qu'un peu de pâleur et d'amaigrissement. Rien n'annonçait non plus la gêne de la respiration ; celle-ci ne survenait que dans la marche, et s'accompagnait alors de quelques battemens de cœur. Depuis plusieurs jours, il n'y avait plus de douleurs dans le côté ; il dormait parfaitement sur le côté gauche et sur le dos ; il ne pouvait rester longtemps couché sur le côté droit.

L'examen de la poitrine ne pouvait laisser le moindre doute sur l'existence d'un abondant épanchement pleurétique : matité absolue, avec perte d'élasticité dans toute la partie antérieure et latérale gauche de la poitrine. Sonorité diminuée en arrière, quoique se retrouvant encore dans les fosses sus et sous-épineuses gauches, jusqu'au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, et dans les deux tiers supérieurs de la gouttière vertébrale, avec perte d'élasticité presque partout. Murmure respiratoire affaibli, mais normal, sous la clavicule gauche ; à partir de la deuxième côte, le bruit respiratoire s'affaiblissait rapidement, et était bientôt remplacé par un silence complet ; à peine du murmure respiratoire dans la partie la plus supérieure de l'aisselle ; l'épanchement paraissait surtout s'étendre en ce sens. En arrière, respiration affaiblie, mais soufflante dans les fosses sus et sous-épineuses gauches, dans la première surtout, et principalement pendant l'expiration ; ce caractère était surtout marqué au niveau de la racine des bronches. A partir de ces points, elle s'affaiblissait et s'éteignait rapidement. Résonnance égophonique de la voix dans tous les points où l'on entendait encore la respiration ; en dehors et dans les points où on ne percevait plus le murmure respiratoire, pas de résonnance et pas de vibrations sous la main. Du côté droit, respiration et résonnance à la percussion, normales partout ; murmure respiratoire, seulement exagéré, mais sans allongement de l'expiration. Ajoutons que, dans l'inspiration, le côté droit du thorax se dilatait seul, que le cœur était refoulé, de sorte que cet organe battait immédiatement au-dessous du mamelon droit ; que le médiastin antérieur était refoulé du côté droit jusqu'au niveau de la ligne synchondro-sternale droite ; que le foie et la rate étaient déplacés, et en particulier que cette dernière était abaissée de trois travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes.

Comme dans mon opinion il n'y avait plus rien à tenter que la thoracentèse, cette opération fut pratiquée le 21 octobre, par le procédé Reybard, et avec les modifications proposées par M. Trousseau. La ponction fut faite sur le trajet d'une ligne tirée du milieu de l'aisselle gauche ; elle donna issue à deux litres et demi de pus crêmeux, jaune verdâtre, bien lié, et en tout semblable au pus phlegmoneux. Pendant la sortie du liquide, le malade fut surtout tracassé par une petite toux quinteuse qui se produisait dès qu'il voulait respirer largement. Le liquide retiré, j'injectai par la canule et à l'aide d'une seringue à hydrocèle glissée dans celle-ci par une petite ouverture faite à la baudruche, j'injectai, dis-je, une solution comme suit :

Eau distillée.	100 grammes.
Teinture d'iode.	50
Iodure de potassium.	4

La pénétration du liquide ne fut pas sentie par le malade. La seringue, retirée avec précaution et la baudruche réappliquée sur l'ouverture de la canule, le malade fut soulevé et tourné en tous sens par des aides vigoureux, afin de mettre l'injection en contact avec tous les points de la plèvre. Cette manœuvre terminée, je retirai le doigt que j'avais toujours maintenu sur la canule ; il ne s'écoula pas une goutte de liquide. Instruit par ce que j'avais déjà vu précédemment, je n'hésitai pas à abandonner le liquide dans la plèvre. Je retirai la canule et fis placer sur l'ouverture un morceau de diachylon.

Aussitôt après l'opération, je pus constater que le cœur ne pouvait plus être entendu à droite, que le foie et la rate étaient remontés en partie et que la respiration s'entendait partout dans le côté gauche, mais faible et avec un mélange de crépitation. Pendant une heure, le malade continua à être gêné de la respiration, à ne pouvoir tousser sans douleur vive, puis il se trouva mieux. Deux heures après, symptômes d'iodisme : sécheresse des fosses nasales, larmoiement. Dans la soirée, un peu de fièvre avec moiteur ; le lendemain, toute trace d'iodisme avait disparu. Peau chaude, un peu sèche, pouls large, assez développé à 72, respiration parfaitement libre. Le foie et le cœur avaient repris en partie leur position. Le murmure respiratoire s'entendait très bien en avant sous la clavicule gauche et dans les deux premiers espaces intercostaux, seulement avec de l'expiration prolongée ; plus bas, on l'entendait encore, mais mêlé à de la crépitation humide et superficielle. Sonorité rétablie, mais beaucoup moins claire qu'à droite ; elle était à son maximum dans les troisième et quatrième espaces intercostaux. En arrière, sonorité rétablie également, mais moins complète qu'à droite. Respiration généralement faible, même en haut. Latéralement, les phénomènes d'auscultation et de percussion étaient les mêmes qu'en arrière. Les urines, qui avaient été recueillies sept heures après l'opération, contenaient une très grande proportion d'iode ainsi que la salive.

Le 23 et le 24 octobre, l'état de ce malade continua à être des plus satisfaisans ; pas de fièvre, pas de douleur. L'examen de la poitrine n'indiquait nullement que le liquide se fût reproduit, lorsque dans la soirée du 24, la fièvre parut s'accompagner d'un état général assez grave pour nous faire craindre que le succès fût compromis. Fort heureusement, il n'en était rien : cette fièvre si vive n'était que la période prodromique d'une éruption scarlatino-rubéoleuse, qui, après avoir duré une semaine, et après avoir même été suivie d'une légère éruption varioliforme, se termina par desquammation et laissa le malade dans un état aussi favorable qu'après l'opération. Pendant la durée de cet état fébrile, j'ai constaté à plusieurs reprises, par l'auscultation et la percussion, la pénétration de l'air dans tous les points du poumon gauche, mais toujours avec de l'affaiblissement en arrière et latéralement, et avec mélange de râles crépitant ou sous-crépitant. Le 1er novembre, je remarquai une rétraction très notable du côté gauche de la poitrine. Un rhume, que ce malade contracta par son imprudence, quinze jours après, ne changea rien à ce bon état. Enfin, lorsque le malade quitta l'hôpital, le 9 janvier, après avoir reçu pendant un mois les soins éclairés de M. Michon, pour sa plaie fistuleuse à la jambe, il était dans un état de santé des plus florissans, et je pus m'assurer que la sonorité était presque rétablie dans le côté malade et que la respiration s'entendait partout, sans crépitation, un peu faible seulement en dehors et en bas. J'ai eu depuis de ses nouvelles, au mois de juin dernier ; il a repris ses occupations et n'a pas eu de rechute : sa santé est meilleure qu'elle n'a jamais été.

Ainsi, un malade affecté d'une pleurésie chronique avec abondant épanchement purulent, datant de quinze à dix-huit mois, traité par la thoracentèse et, immédiatement après l'évacuation du pus, par une injection iodée, a guéri complètement en quelques jours, sans aucun accident, et s'il y a eu rétraction notable de la poitrine, avec un peu d'abaissement de l'épaule, cela était loin de constituer une véritable difformité.

J'appelle encore l'attention sur ce point, qu'immédiatement après la sortie du pus et même après l'injection de la solution iodée dans le foyer purulent, la respiration a été entendue dans tout le côté malade, de haut en bas. Je n'ai pas encore pratiqué la thoracentèse un assez grand nombre de fois pour affirmer que les choses se passent toujours de même ; mais, dans les douze ou quinze opérations qui m'appartiennent, il ne m'est pas arrivé une seule fois de ne pas trouver le murmure respiratoire rétabli dans toute la hauteur de la poitrine, un peu faible seulement inférieurement. Voilà qui répond victorieusement aux craintes mises en avant par plusieurs médecins, craintes dont M. Trousseau avait été assez ému pendant un certain temps, pour donner ce précepte, fâcheux à mon avis, de ne pas évacuer tout le liquide.

Sans doute, il doit y avoir des cas dans lesquels le poumon ne se dilate pas facilement, et, sous ce rapport, M. Oulmont a divisé les épanchemens, dans son excellent travail sur la pleurésie chronique, en deux classes, suivant que le poumon est refoulé en avant et en haut (1er type, — ce sont ceux dans lesquels le poumon se laisse moins facilement distendre), ou qu'il est refoulé en avant et en dedans (2e type, — ce sont ceux dans lesquels la dilatation du poumon s'opère avec la plus grande facilité). Peut-être ne suis-je tombé que sur des épanchemens de ce dernier type ; mais peut-être aussi y a-t-il quelque différence entre la dilatation artificielle que l'on fait subir à un poumon avec un tube ou avec un soufflet, et la dilatation de cet organe qui résulte de la pression atmosphérique, par le fait de l'évacuation de l'épanchement. Au reste, il ne faut pas non plus se représenter cette pression comme pouvant s'exercer avec une véritable violence sur le poumon. Il ne peut exister de vide nulle part dans l'économie ; il s'ensuit qu'il ne s'écoule, par la canule, que le liquide qui peut être remplacé, dans la cavité thoracique, par le refoulement du diaphragme et des espaces intercostaux d'une part, et par le développement simultané du poumon de l'autre. Si le poumon ne se laisse pas dilater, il restera certainement une assez grande quantité de pus dans la plèvre, et le but de l'opération, le rapprochement des feuillets de la plèvre, modifiés par l'action topique du médicament, sera manqué.

Quoi qu'il en soit, il reste bien démontré, par le fait précédent, que la pleurésie chronique, avec épanchement purulent, peut être attaquée avec succès par cette nouvelle méthode opératoire, la thoracentèse combinée avec l'injection iodée.

Voici, maintenant, ma seconde observation, celle dans laquelle j'ai eu recours à la même opération pour une pleurésie aiguë, avec épanchement purulent.

OBSERVATION II. — *Pleurésie aiguë, consécutive à une fièvre typhoïde et terminée par suppuration. — Thoracentèse et injection iodée. — Réouverture spontanée de la plaie, avec écoulement de pus. — Opération de l'empyème et injections iodées répétées. — Péritonite sub-aiguë. — Mort quinze jours après la première opération.* — Houet (Joséphine), 24 ans, couturière, est entrée dans mon service à l'hôpital de la Pitié, le 25 mars dernier (salle Notre-Dame, n° 62). Cette femme, d'une assez forte constitution et d'un tempérament lymphatico-sanguin, était entrée à l'hôpital pour y être traitée d'une fièvre typhoïde bien caractérisée, dont elle était atteinte depuis deux ou trois jours. Elle fut soumise, comme la plupart des malades que je traitais en ce moment, à l'emploi de l'eau froide, en douches et en bains partiels, des boissons froides et de la teinture d'iode à la dose de 25 à 30 gouttes dans un julep gommeux. Vers le commencement d'avril, le côté droit de la poitrine s'embarrassa. La toux et le point de côté accusés par la malade me firent pratiquer l'examen de la poitrine, et je reconnus une pleurésie aiguë avec épanchement, occupant la moitié de la hauteur du côté droit de la poitrine (matité complète à ce niveau, souffle tubaire avec égophonie supérieurement). Je fis appliquer un premier vésicatoire. L'état de la malade ne s'étant pas sensiblement amélioré, j'en prescrivis un second le 10 avril, et enfin un troisième le 14 avril.

Cependant les phénomènes de la maladie ne se modifiaient pas : bien loin de là. Indépendamment de ce que la malade était toujours en proie à une fièvre intense, avec des redoublemens, des frissons dans le dos et des tremblemens dans les membres, qui survenaient dans la soirée, l'épanchement augmentait tous les jours, et le 20 avril, nous pûmes constater que le thorax, examiné en arrière, offrait un développement plus considérable du côté droit que du côté gauche, avec effacement des espaces intercostaux correspondans. Diminution de sonorité dans la fosse sus-épineuse droite ; mais à partir de l'épine de l'omoplate jusqu'à la partie inférieure du thorax, la matité était absolue. En bas, silence complet ; au-dessus, le murmure respiratoire était faible et mélangé, surtout au niveau de la gouttière verticale, de râles muqueux et sous-crépitant ; plus au-dessus on entendait des râles sonores profonds. Dans la fosse sus-épineuse, respiration faible, avec râle sous-crépitant fin. Du côté gauche et toujours en arrière, pas de matité, râles sibilans, muqueux et sonores dans toute l'étendue de la poitrine ; dans quelques points, râles plus fins et presque crépitans. En avant et des deux côtés, sonorité conservée, respiration rude et supplémentaire, surtout à gauche, avec nombreux râles sibilans, sonores et muqueux, de haut en bas. La malade restait couchée sur le côté droit, dont elle souffrait cependant davantage depuis quelques jours. Peau chaude, un peu moite. Pouls à 120 ; 36 respirations. Toux fréquente et saccadée. Expectoration assez abondante, visqueuse, gluante, épaisse, avec un fond de coloration vineuse.

En présence de ces accidens, malgré l'intensité des phénomènes généraux qui indiquaient évidemment un travail inflammatoire encore dans toute son activité, parvenu même à suppuration, et qui ne nous laissaient par conséquent que bien peu de chances favorables, je me décidai à tenter la thoracentèse et à faire à la suite une injection iodée. Une ponction fut pratiquée suivant le procédé Reybard, modifié par M. Trousseau, à la partie latéro-postérieure droite du thorax, dans le 7me espace intercostal. Elle donna issue à 1,300 grammes de pus phlegmoneux pur et bien lié. Des quintes de toux fréquentes survinrent pendant l'écoulement du liquide et servirent à l'accélérer. Une grande quantité de flocons pseudo-membraneux jaunâtres, demi-transparens, s'échappèrent dans les derniers temps de l'opération. L'évacuation du liquide terminée, l'extrémité d'une seringue à hydrocèle fut introduite dans la canule du trocart et nous injectâmes lentement la solution suivante :

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 Août.

Eau distillée. . . . . . 100 grammes.
Teinture d'iode . . . . . 50 —
Iodure de potassium. . . 4 —

L'injection ne s'accompagna pas d'autre douleur que de celle qui tenait à la présence de la canule. La malade fut remuée et couchée en divers sens pour mettre le liquide en contact avec les différens points de la membrane; puis la canule fut retirée et le liquide abandonné dans la plèvre. Cette opération ne fut pas accompagnée de pénétration d'air dans la cavité thoracique. Pendant sa durée, on put constater que la sonorité avait reparu dans le côté droit, en arrière et sous l'aisselle, et que la respiration s'entendait dans toute la partie postérieure, quoique faible en bas. Immédiatement après, la malade éprouva un soulagement marqué, put se coucher sur le dos, et s'endormit.

Contrairement à ce qui avait eu lieu chez le malade précédent, et chez un troisième dont je rapporterai bientôt l'histoire, la présence de l'iode dans la cavité pleurale ne fut pas suivie d'accident d'iodisme. Néanmoins, l'iode passa très rapidement dans les urines et dans la salive; mais la fièvre persista comme avant l'opération. Le 21 avril, le pouls était à 120 ou 124; langue un peu sèche, chaleur à la peau, face animée. L'épanchement avait commencé à se reproduire. Souffle tubaire très fort en arrière et dans toute l'étendue du côté droit, principalement dans la fosse sous-épineuse, avec égophonie, et profondément des râles muqueux, sonores et sous-crépitans. Le 22, la malade se trouvait un peu mieux; mais il y avait une matité absolue dans le tiers inférieur du côté droit en arrière; le pouls était à 112. Le 23, même état, mais le pouls à 116 ou 120, et le 24, il atteignit 124 pulsations par minute. Peau toujours un peu chaude; la matité remontait lentement dans le côté droit; la respiration s'entendait très peu inférieurement. Toux toujours saccadée et pénible, provoquée principalement par la position assise.

Les choses en étaient là, lorsque, dans la journée du 26, elle commença à se plaindre de souffrir de nouveau de son côté, et, dans la nuit, la plaie faite par le trocart se rouvrit et donna issue à une très grande quantité de pus. Ce liquide s'écoulait incessamment par la plaie, et son écoulement était accéléré par les efforts de toux; néanmoins, par suite de l'obliquité du trajet, l'air n'avait pas pénétré dans la poitrine. La respiration était plus calme et moins fréquente (22 ou 26 respirations au lieu de 32 ou 34); moins de toux et moins de fièvre; 108 pulsations.

Que faire? Fallait-il abandonner la malade à elle-même, aux chances d'une suppuration indéfiniment prolongée? Fallait-il donner issue, par une large ouverture, au pus renfermé dans la plaie, et, au risque de refouler le poumon, tenter la guérison par les injections pleurales avec la teinture d'iode? Je m'arrêtai à ce dernier parti. Le 28 avril, après quelques tentatives infructueuses pour retrouver le trajet primitif suivi par le trocart, je pratiquai une incision sur la partie latérale du thorax, dans l'espace intercostal correspondant à l'ouverture extérieure. L'air pénétra largement dans la poitrine, et par cette plaie on introduisit une sonde de femme qui donna issue à 250 ou 300 grammes de pus; cette évacuation fut suivie de l'injection de 100 ou 125 grammes de teinture d'iode pure. Ces injections furent répétées matin et soir, avec la sonde de femme qui servait en même temps à évacuer le pus contenu dans la plèvre. La fréquence du pouls augmenta plutôt qu'elle ne diminua après cette opération, et la malade commença à se plaindre de vomissemens bilieux qui revenaient principalement le matin, sans douleur nulle part. Ces vomissemens devinrent plus fréquens et presque continuels; ils se calmèrent un instant pour reparaître plus violens la nuit qui précéda sa mort, qui eut lieu le 5 mai, dans un affaissement graduel, et sans que la malade eût présenté le moindre trouble dans ses fonctions intellectuelles. Les injections d'iode avaient été pratiquées régulièrement matin et soir depuis l'opération.

L'autopsie vint nous révéler la cause de la mort. Le péritoine offrait des traces très marquées d'inflammation. Injection très vive de la membrane séreuse. Sérosité purulente dans la cavité abdominale, surtout dans le petit bassin, dans les interstices des anses intestinales, auxquelles elle donnait une teinte jaunâtre. Du pus était déposé sur la face supérieure du foie; fausses membranes encore molles, unissant les anses de l'intestin. Le diaphragme était intact, et nous ne pûmes trouver de communication entre la cavité abdominale et la plèvre droite. Le foie était blanc jaunâtre, volumineux et très mou; la rate également volumineuse, diffluente. La muqueuse stomacale était uniformément injectée. L'intestin grêle offrait de nombreuses et larges plaques gauffrées, en voie de réparation pour la plupart; ces plaques se dessinaient à l'extérieur par une rougeur plus vive que celle du reste de l'intestin. Aucune d'elles n'était le siége d'ulcération profonde, encore moins de perforation. L'utérus et ses annexes n'offraient aucune altération importante.

Le cœur était sain, et le péricarde contenait seulement quelques cuillerées de sérosité. Il y avait aussi quelques cuillerées de sérosité citrine dans la plèvre gauche. Le poumon correspondant était sain, sauf de l'œdème; nous n'y pûmes trouver un seul tubercule. Du côté droit, les tégumens étaient sains autour de l'ouverture de pénétration dans la plèvre. Le foyer de l'épanchement, qui avait une forme triangulaire à base en dehors et en bas, reposant sur le diaphragme, à sommet dirigé en haut et allant aboutir sous les cartilages sterno-costaux, était surtout étendu en superficie, et aurait pu contenir à peu près un litre de liquide. Il était aux trois quarts vide, et renfermait une once environ d'un liquide séro-purulent sans odeur fétide, au fond duquel se trouvait une grande quantité d'albumine coagulée en petits fragmens jaune rougeâtre foncé. (Cette coagulation était sans doute le fait des injections d'iode.) Ses parois étaient constituées par une fausse membrane épaisse, dure, déposée au-dessus des feuillets pariétal et viscéral de la plèvre, et tapissée du côté du kyste par une couche de ces fragmens d'albumine concrète. Le poumon était peu refoulé; son tissu était condensé et induré au pourtour du foyer, mais sans pneumonie proprement dite. Il était d'ailleurs le siége d'un œdème très marqué. — Nul doute que le tissu induré se fût développé comme le reste du poumon, si la malade eût survécu à la péritonite qui l'a entraînée au tombeau.

(La suite à un prochain numéro.)

ANOMALIES ANATOMIQUES.

ARTÈRE BRONCHIQUE DROITE SURNUMÉRAIRE, NAISSANT DE L'AORTE ABDOMINALE PAR UN TRONC COMMUN AVEC LES DIAPHRAGMATIQUES INFÉRIEURES;

Par le docteur L. Beau, chirurgien-major de la marine, chef des travaux anatomiques à l'École de médecine navale du port de Toulon.

Description anatomique. — Un vaisseau considérable, d'un calibre supérieur à celui de la brachiale, se détache à angle droit de la partie antérieure de l'aorte, immédiatement au-dessous du cintre aponévrotique des piliers du diaphragme. De là, ce tronc artériel se dirige horizontalement, et, après un trajet de 5 à 6 millimètres, se divise en trois branches: deux latérales, les diaphragmatiques; une moyenne, destinée au poumon droit.

Émanée de ce point, cette branche moyenne, égalant au moins l'artère radiale en volume, se porte obliquement en haut, en avant et à droite, s'accole au pilier droit du diaphragme, traverse ce muscle par une ouverture particulière, et, parvenue dans la cavité pectorale, pénètre immédiatement dans le poumon droit par la partie interne et postérieure de la base de cet organe.

Cette artère, qui n'a fourni jusqu'à ce moment aucune branche collatérale, s'épanouit en plusieurs rameaux terminaux dès qu'elle s'est enfoncée dans l'intérieur du poumon.

Nous croyons devoir faire remarquer que l'artère bronchique droite, fournie normalement par l'aorte pectorale, existait chez le sujet dont il est question ici, et qu'elle présentait sa distribution et son volume habituels. Mentionnons, d'autre part, que le calibre de la branche droite de l'artère pulmonaire ne paraissait nullement diminué. Le poumon droit était sain et offrait ses dimensions normales.

Considérations physiologiques. — Nous ne connaissons dans la science qu'un seul cas semblable à celui que nous venons de décrire. Il fut observé, en l'an X, par M. Naugears, qui le publia dans le *Journal de médecine et de chirurgie* de Corvisart et de Boyer. De nos jours, le professeur Dubrueil, de Montpellier, considérant cette anomalie comme particulièrement remarquable par sa singularité, a cru devoir la consigner avec quelques détails dans son intéressant ouvrage (1).

Mais cette disposition exceptionnelle n'est pas seulement curieuse par sa rareté; elle soulève, en outre, une question physiologique qu'il ne serait pas indifférent d'élucider: Le vaisseau anormal est-il simplement une artère nourricière du poumon, ou bien remplit-il dans l'intimité de cet organe un rôle plus important, relatif à l'hématose; en un mot, est-ce une artère bronchique ou une artère pulmonaire?

En face du fait nouveau qu'il lui fut donné de découvrir le premier, M. Naugears n'hésita pas à considérer le tronc artériel anormal comme une artère pulmonaire supplémentaire. M. Dubrueil, dans son livre, tout en signalant le peu d'orthodoxie physiologique d'une pareille opinion, ne la repousse pas cependant d'une manière absolue.

Quant à nous, malgré l'autorité d'un aussi savant anatomiste, notre esprit se refuse entièrement à admettre que la nature, dont tous les actes sont si logiquement calculés, ait pu, par une erreur de lieu qui échapperait à toute explication rationnelle, diriger vers le siége de l'hématose un sang déjà artérialisé, pour le soumettre de nouveau à l'influence vivifiante de l'air atmosphérique. Aussi, préférons-nous regarder notre vaisseau anormal comme une artère bronchique surnuméraire, bien que son volume soit, nous en convenons, fort considérable, relativement à la masse parenchymateuse si faible de l'organe spongieux auquel il est destiné.

Nous regrettons vivement que le défaut d'intégrité des poumons, sectionnés pendant l'autopsie, nous ait empêché de pousser des injections diversement colorées dans la branche droite de l'artère pulmonaire et l'arbre bronchique du même côté. Nous aurions pu alors essayer de démontrer anatomiquement les rapports des divisions terminales de notre artère avec les vaisseaux pulmonaires proprement dits, ainsi qu'avec les bronches, et résoudre peut-être définitivement l'intéressante question de physiologie qu'il ne nous a été permis de traiter qu'à un point de vue purement spéculatif (2).

(1) *Des anomalies artérielles*, par Dubrueil, 1847, page 234.

(2) La pièce anatomique a été déposée dans le musée de notre école, sous le n° 362.

RÉCLAMATION.

INJECTIONS IODÉES; — RÉPONSE A LA LETTRE DE M. LE PROFESSEUR BORELLI, DE TURIN.

Monsieur le rédacteur,

Dans le dernier numéro de votre estimable journal (11 août 1853), vous publiez une lettre de M. Borelli, de Turin, dans laquelle il accuse MM. Abeille et Boinet, et voire même M. le professeur Velpeau, de s'emparer d'idées et de découvertes qu'il a imprimées depuis plusieurs années, de 1847 à 1850, et vous faites précéder cette lettre d'une note où vous manifestez votre surprise de ne pas voir faire une plus large part aux deux hommes à qui la science est véritablement redevable de cette nouvelle méthode thérapeutique, à MM. Martin, de Calcutta, et Velpeau.

Permettez-moi un mot de réponse d'abord à votre note, ensuite aux prétentions sans fondement de M. Borelli, qui paraît croire que les premiers travaux faits sur les injections iodées datent seulement de ses publications, c'est-à-dire de 1847.

Pour mon compte, je ne puis accepter le reproche de ne pas avoir rendu justice aux idées et aux travaux de MM. Martin et Velpeau, sur les injections iodées, et dans presque tous mes mémoires vous en trouverez la preuve. Dans un travail que j'ai publié, en 1846, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, n° 2, page 97, et intitulé: « *Mémoire et observations sur l'efficacité des injections » iodées dans les abcès fistuleux, les fistules, les kystes, etc., etc., » ou nouvelle méthode pour guérir promptement ces affections,* » je traite avec un soin tout particulier les questions d'historique et de priorité, et je termine (page 100) par ces conclusions:

« Nous croyons n'avoir omis dans cet historique aucune des pièces, » aucun des faits relatifs à la question des injections iodées. En résumé, » de l'examen des dates, de celui de tous les faits publiés sur l'emploi » de l'iode, nous croyons devoir déduire, touchant seulement la ques- » tion d'antériorité, d'invention et de publication des injections iodées, » qu'il est aujourd'hui démontré pour tout le monde:

» 1° Que M. Lugol n'a jamais fait d'injections iodées dans le but » d'agir localement et d'obtenir, *par ce seul moyen*, des inflamma- » tions adhésives;

» 2° Que M. Ricord est un des premiers (1833), le premier peut-être, » qui ait proposé les applications externes de teinture d'iode sur le » scrotum pour guérir l'hydrocèle;

» 3° Que MM. Martin et Velpeau, d'après ces faits, ont pensé à injec- » ter de la teinture d'iode dans la tunique vaginale, *que personne plus » que ces deux chirurgiens, M. le professeur de la Charité sur- » tout*, n'a de droits à cette méthode thérapeutique;

» 4° Qu'enfin, l'extension et l'application de cette méthode dans les » abcès fistuleux et les fistules externes nous a été suggérée par les » seuls travaux de M. Velpeau, et que le cas que nous avons publié en » 1840 (*Gazette médicale*) a fixé l'attention des gens de l'art sur cette » méthode nouvelle de guérir certains abcès chroniques fistuleux. »

Cette citation, en même temps qu'elle servira à vous montrer que j'ai rendu, pour mon compte, pleine justice à M. le professeur Velpeau et à M. Martin, servira aussi à M. Borelli pour lui apprendre que nos travaux sur les injections iodées remontant à 1839, n'ont pu être puisés dans les siens, qui ne datent que de 1847. D'ailleurs, puisqu'il cite le rapport du concours ouvert par la Société de médecine de Toulouse, il aurait dû se souvenir qu'il y a lu le passage suivant, page 152, où M. le rapporteur s'exprime ainsi: « Nous voilà arrivés maintenant à la partie « du mémoire qui traite les questions d'historique et de priorité. Cette » sorte de dépouillement, fait avec conscience, s'appuie toujours sur » un grand nombre de citations avec indication des sources... » Enfin, pour édifier M. Borelli, et lui montrer que les découvertes et nouveautés que MM. Abeille et Boinet ont publiées, ne sont point le résultat de ses recherches et de ses travaux; que MM. Velpeau et Jobert (de Lamballe) ne se sont point inspirés des travaux de notre confrère de Turin pour appliquer la teinture d'iode dans les kystes du cou ou de toute autre région; que l'innocuité des injections iodées était démontrée et connue en France avant même que M. Borelli eût songé à étudier ou à appliquer ces injections, il suffit, pour avoir la preuve de toutes ces assertions, de consulter:

1837. 1° Le 15me volume du *Dictionnaire de médecine*, page 480, article HYDROCÈLE.

1841. 2° Le *Bulletin général de thérapeutique*, page 292 (Des injections iodées comme traitement des diverses sortes de kystes séreux).

1840. 3° *Gazette médicale*, n° 38, page 605 (Vaste abcès guéri par l'injection iodée).

1843. 4° *Annales de chirurgie française et étrangère* (Recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur les cavités closes naturelles et accidentelles de l'économie animale.

1844. 5° *Gazette des hôpitaux* du 1er octobre.

1845. 6° *Gazette des hôpitaux*, page 330.

1845. 7° *Annales de chirurgie*, tome XV (Des injections médicamenteuses dans les cavités closes).

1846. 8° *Gazette médicale* (Du traitement des fistules laryngées externes par les injections iodées).

1846. 9° Discussion de l'Académie de médecine de Paris sur les injections iodées (dans tous les journaux de médecine).

1846. 10° *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (Mémoire sur l'efficacité des injections iodées dans les abcès, les fistules, les kystes, etc., ou nouvelle méthode pour guérir promptement ces affections).

1847. 10° MM. Leblanc et Thierry ont publié 22 cas d'injection iodée qu'ils avaient pratiquée avec succès, soit dans les gaînes tendineuses des membres, soit dans les articulations des chevaux. M. Bouley a fait également une série d'expériences sur le même sujet (clinique vétérinaire). *Recueil de médecine vétérinaire pratique*, 3me série, t. IV, p. 5.

Je n'en finirais pas, si je voulais indiquer tous les travaux antérieurs à ceux de M. Borelli; mais ceux que je viens de lui indiquer suffiront pour lui démontrer, ainsi qu'à ceux qui seraient tentés de le croire sur parole, qu'il n'est pas l'auteur de la méthode thérapeutique des injections iodées, et que MM. Abeille et Boinet avaient de bonnes raisons pour ne pas en parler dans leur polémique; « polémique dans laquelle, ajoute notre savant confrère de Turin, ces deux messieurs, sans connaître l'importance, l'étendue, le nombre, la qualité et les résultats de mes observations et des expériences de divers genres que j'ai entreprises, s'en vont publiant, comme des nouveautés et des découvertes, des choses que j'ai imprimées depuis plusieurs années, et proposent des questions dont la solution se trouve déjà dans des faits et des expériences que j'ai publiées depuis longtemps. » Pour mon compte, je ne connais des travaux de M. Borelli que le compte-rendu des travaux de la Société de médecine de Toulouse, publié en 1849, et la note qu'il a adressée à l'Académie des sciences en décembre 1850. Eh bien! dans cette note et dans ces travaux, M. Borelli ne fait que répéter les idées et les travaux des chirurgiens français, antérieurs de plusieurs années à tout ce qu'il a fait, et qui, de son propre aveu, et d'après les dates, ne remontent pour les premiers qu'à 1847. D'ailleurs, M. Borelli a adressé à la Société de chirurgie de Paris l'ensemble de ses travaux sur les injections iodées, et il ne doute pas, pas plus que moi, que bonne justice sera rendue à qui de droit. Nous attendrons donc avec confiance le jugement de cette Société savante.

Agréez, etc. Dr Boinet.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 100. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 23 Août 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12. A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de M. le professeur TROUSSEAU.

Sommaire. — Physiologie pathologique de la phthisie laryngée, ou du mode de production des lésions anatomiques dans la phthisie laryngée. — Phthisie laryngée pulmonaire ; — phthisie laryngée vénérienne. — Traitement.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

Traitement de la phthisie laryngée vénérienne. — Lorsque la phthisie laryngée est bien évidemment de nature syphilitique, il n'est pas de moyen de traitement plus sûr et plus rapide que l'administration des préparations mercurielles. Mais dans les cas où aucun signe ne permet de déterminer la nature des accidens laryngés, que faire? Il existe, dit M. Trousseau, un grand principe de pratique qui devrait rester ineffaçablement gravé dans l'esprit de tous les médecins. Ce principe, le voici : toutes les fois que l'on se trouve placé en face d'une maladie chronique et que, malgré l'indagation la plus sévère, on reste indécis, touchant sa cause et sa nature ; si l'on entrevoit la possibilité de certaines causes, il faut s'arrêter à celles sur lesquelles la thérapeutique a le plus de prise et faire l'essai du traitement qui triomphe ordinairement de ces causes. C'est ainsi que dans les affections chroniques du larynx, dont la cause est douteuse, pour peu que dans les antécédens du malade on puisse soupçonner la vérole, et lors même que rien n'autoriserait un pareil soupçon, comme dans ce problème pathologique, il y a tout intérêt à dégager une inconnue, il serait du devoir du médecin de tenter la médication antisyphilitique. Le traitement devient alors, il est vrai, un simple moyen de diagnostic ; mais combien de fois, hélas! le médecin n'est-il pas malheureusement obligé d'attendre l'autopsie pour poser son diagnostic? D'ailleurs, comme dans l'espèce, le traitement n'offre aucun péril, on ne voit pas pourquoi on hésiterait à essayer les mercuriaux. Il n'est peut-être pas d'affection qui obéisse plus vite aux préparations mercurielles que les affections vénériennes laryngées.

Lorsqu'un homme étouffe, il n'a pas, bien entendu, le larynx bouché, car alors la vie serait impossible ; il reste toujours dans le larynx un passage d'une capacité suffisante pour le faire vivre huit à quinze jours. La moindre détumescence, opérée au niveau de la glotte enflammée et engorgée, reculerait d'autant cette limite ; or, quarante-huit heures suffisent, non pour guérir, mais pour améliorer beaucoup la maladie. De tous les médicamens, le plus puissant, le plus rapide, celui qui permet de juger avec le plus de sûreté et de promptitude la nature des accidens laryngés, c'est le calomel administré d'après la méthode de Law, c'est-à-dire à doses fractionnées. On prend 0,10 centigrammes (2 grains) de calomel, que l'on mélange avec suffisante quantité de sucre et que l'on divise en 24 paquets à prendre dans les 24 heures. Le malade absorbe ainsi, par heure, un douzième de grain de calomel. Il est d'ailleurs soumis à un régime sévère, composé seulement de quelques bouillons. Il recommence le lendemain et le surlendemain la même médication, et continue jusqu'à ce que les gencives, commençant à se gonfler, révèlent l'action du médicament sur l'ensemble de l'économie, c'est-à-dire l'infection mercurielle.

Si la maladie est de nature vénérienne, il se produit en 72, 48, 36, et quelquefois même en 24 heures, une amélioration remarquable dans l'état du malade. L'orthopnée cesse et il ne reste plus que la dyspnée ordinaire. Alors le médecin, jugeant d'après ces résultats que l'affection est de nature syphilitique, insiste sur le calomel jusqu'à ce qu'il ait déterminé un gonflement assez notable des gencives. Il s'arrête alors, reprend après sept à huit jours, suspend de nouveau pendant huit jours, puis recommence, et ainsi de suite, pendant un mois. En général, au bout d'un mois, il n'existe plus ni sifflement, ni douleur au larynx, ni aucune espèce d'accidens laryngés. C'est alors que tantôt continuant les mercuriaux, et en particulier l'iodure de mercure, pendant un mois, six semaines, deux mois ; tantôt prenant l'iodure de potassium pendant un, deux ou trois mois, on parvient, en définitive, à guérir complètement des malades dont la mort avait d'abord paru inévitable.

Il ne faudrait pas croire que tous les malades guérissent par ce traitement. Lorsque la manifestation morbide, se propageant successivement de la muqueuse laryngienne au tissu cellulaire sous-muqueux, et de celui-ci au périchondre, a ossifié le cartilage du larynx et a produit ensuite la nécrose de ce cartilage ossifié, la maladie est alors essentiellement incurable. Personne au monde ne peut guérir une nécrose. La portion nécrosée s'en va, est éliminée par un travail particulier de la nature, mais la nécrose ne se guérit pas plus que la gangrène. On peut bien lutter contre les empiétemens de l'infection vénérienne, mais on ne peut rien contre les effets produits. On ne peut donc faire autre chose que détruire la cause vénérienne qui a engendré la nécrose du larynx ; quant à guérir la nécrose, il ne faut pas avoir cette absurde prétention. On a la chance d'une guérison spontanée qui pourra se faire après un, deux, trois ans, lorsque le travail éliminateur ayant détaché les petites esquilles, un travail de cicatrisation viendra réparer cette perte de substance.

Dans la phthisie laryngée vénérienne, comme dans les autres affections chroniques du larynx, il peut arriver et il arrive que toutes les altérations anatomiques guérissent, et pourtant la voix reste altérée ou perdue pour la vie. Si, par exemple, des ulcérations ayant eu leur siége sur les cordes vocales ou dans les ventricules du larynx, ont détruit plus ou moins complètement ces parties, ou se sont vicieusement cicatrisées, on comprend facilement alors que la voix soit altérée ou perdue sans remède. Vous soufflez, je suppose, dans l'anche d'une clarinette ou d'un hautbois ; si cette anche est altérée, en partie détruite ou épaissie, vous ne pourrez pas tirer de ces instrumens leur son normal. Il en est exactement de même lorsqu'une cicatrice vicieuse, succédant à des ulcérations, vient à altérer l'anche laryngienne. Bien que n'étant plus malades, les cordes vocales ne concordent plus, ne vibrent plus à l'unisson, et alors leurs fonctions sont altérées ou même abolies sans retour.

Phthisie laryngée tuberculeuse. — De toutes les affections chroniques du larynx, c'est sans contredit celle dont le pronostic est le plus grave, et cela pour plusieurs raisons. La première est que, sous la maladie laryngée, se cache la diathèse tuberculeuse qui l'a produite et l'entretient, la deuxième est que lorsqu'une phlegmasie de cause strumeuse se développe chez un individu, lors-même qu'il n'existe pas de tubercules dans le point malade, la phlegmasie prend toute la ténacité des affections tuberculeuses. Ainsi, un enfant porte à la joue un ulcère strumeux sans tubercules ; tout le monde connaît l'abominable ténacité de ces ulcères serpigineux qui restent là des mois et des années, sans subir aucune amélioration, quoi que fasse le médecin, et puis finissent quelquefois par guérir tout seuls, sans que la médecine ait rien à revendiquer dans cette terminaison.

Lors donc qu'il existe du côté du larynx des ulcères non tuberculeux, mais chez des tuberculeux ; lorsqu'on voit l'épiglotte déchiquetée, rouge, ulcérée, il est bien à craindre que la maladie ne résiste à tous les moyens que l'art emploie pour la

Feuilleton.

DE L'ADMISSION DES ALIÉNÉS ET DE SES LIMITES A L'OCCASION DE L'ASILE D'AUXERRE.

La science et la charité, en unissant leurs efforts pour venir en aide aux aliénés, n'ont pas tardé à s'apercevoir que le but n'avait pas été complètement atteint ou que, du moins, il avait été beaucoup dépassé. Dans la plupart des pays, en effet, où des asiles ont été établis, l'immense majorité des places a bientôt été envahie par les incurables. L'assistance publique se doit sans doute à tous ceux qui souffrent, mais il est des limites qui ne sauraient être franchies sans danger. Cette remarque est surtout applicable aux fondations nouvelles. Les plus nécessiteux, voilà ceux dont il faut d'abord s'occuper ; plus tard, avec l'accroissement des produits, l'asile s'agrandira naturellement. Ces réflexions nous ont été suggérées par l'examen de plusieurs asiles, et tout récemment par celui d'Auxerre. Avant de traiter sommairement cette question, nous allons reproduire quelques-unes des impressions auxquelles a donné lieu cette visite.

En France, on voyage peu, disions-nous dans la préface de la 2me édition de notre mémoire sur la *pellagre* et la *folie pellagreuse* (1832). Depuis cette époque, les rapides communications établies par les chemins de fer ont modifié cette sorte d'apathie ; mais si l'on monte plus souvent en wagon pour parcourir les pays étrangers, on délaisse la France, qui offre tant de choses remarquables. C'est pour réparer cette injustice, dans la mesure de nos connaissances, que nous avons entrepris un pélerinage aux asiles consacrés au traitement des maladies mentales. Nos excursions seront dirigées, de préférence, vers ceux qui, marqués du sceau du progrès, révèlent les généreux sacrifices des départemens pour secourir cette grande infortune, et font le plus grand honneur aux médecins, aux administrateurs, aux architectes qui les ont conçus et terminés.

Il y a peu de temps, nous décrivions dans ce journal l'asile de Quatre-Mares, près Rouen, construit sur les plans de M. Parchappe (1) ; nous parlerons aujourd'hui de celui d'Auxerre, exécuté d'après les idées de MM. Ferrus et Girard, avec le concours de M. Boivin, architecte, et l'appui énergique de M. Haussmann, maintenant préfet de la Seine, à cette époque préfet de l'Yonne.

(1) Ce bel asile n'était pas entièrement achevé et les services n'étaient pas encore organisés.

On arrive à l'asile par les stations de La Roche ou de Brienon, deux routes délicieuses, encaissées dans ces ravissantes collines de la Bourgogne, couvertes de si beaux vignobles. Par la première, on a la vue presque immédiate de l'établissement, dont les murailles, d'un blanc éclatant, les toits couverts de tuiles rouges, font un effet très pittoresque. La seconde, sans contredit la plus belle, permet de saisir tout le développement de l'édifice, qui, par un effet d'optique, paraît occuper une superficie considérable sur la colline où il est bâti. Chose remarquable! à peine a-t-on pénétré dans l'asile qu'on éprouve une sensation toute différente ; il semble que les divisions se touchent, et cependant elles ont les distances convenables. Cette disposition, qui tient à l'harmonie parfaite du tout, m'a rappelé l'impression que produisit sur moi l'immense basilique de Saint-Pierre, de Rome, dont les proportions architecturales sont telles que les anges qui surmontent les bénitiers paraissent, au premier aspect, avoir la taille d'enfans, tandis qu'ils ont six pieds de hauteur.

Lorsque vous entrez par la porte principale, vous apercevez le bâtiment central, *dit des services généraux*, auquel se relient les autres services. A droite, sont les pavillons des hommes, composés de trois corps de bâtimens parallèles, et destinés aux semi-paisibles, aux paisibles, aux convulsifs avec faiblesse et sans faiblesse. Chaque bâtiment est à deux étages avec combles. La même distribution a lieu pour les femmes.

Derrière le bâtiment des services généraux, se trouvent les deux pavillons destinés aux pensionnaires, et, à l'extrémité du rayon, la partie cellulaire qui a la forme d'un éventail. Chaque loge a sa cour particulière dominant la campagne. La communication est établie au moyen de galeries couvertes qui unissent les diverses parties de l'asile et viennent aboutir par une galerie latérale centrale au bâtiment des services généraux ; de telle manière que les hommes entrent d'un côté, les femmes de l'autre, sans jamais se confondre.

Chaque division a ses préaux généralement plantés, et auxquels on a ménagé autant que possible une percée sur la campagne. Salles, dortoirs, chambres, résolvent le problème d'un hôpital sans odeur, ce qui est dû au mode de ventilation, à l'emploi de certains agens thérapeutiques pour les gâteux (le sulfate de strychnine), à l'usage de lits-hamacs d'un mécanisme fort ingénieux, pour les malades de cette catégorie. Toutes les pièces sont frottées et extrêmement propres. En visitant les salles, je pensais au travail de M. Archambault sur les gâteux, travail qui attend encore un rapport ; je suis le premier à proclamer la réforme que cet honorable médecin a introduite à Charenton. Mais la vérité exige que je déclare qu'on a obtenu les mêmes effets à Auxerre par l'emploi des lits mécaniques, de la strychnine et d'une bonne ventilation.

Un des résultats les plus sensibles de ce plan est sa simplicité, et la facilité avec laquelle on en saisit de suite l'ordonnance.

Pour le directeur et les officiers, il a l'immense avantage de leur permettre d'exercer une active surveillance et de tout voir en un clin d'œil.

Sans avoir l'étendue des terres de Quatre-Mares, les vignobles qui entourent l'asile d'Auxerre représentent une superficie de neuf hectares environ, cultivés par les aliénés ; le jardin potager, une fois terminé, sera d'une grande ressource pour l'établissement. On comprend d'ailleurs que la différence de culture doit amener une différence dans la nature de l'exploitation.

Comme partout, le travail est le grand pivot ; mais M. Girard, bien persuadé qu'une occupation purement mécanique a le double inconvénient de faire naître des idées de lucre, de resserrer le domaine de l'intelligence et peut-être d'immobiliser la folie, a varié l'emploi de la journée. Les travaux de terrassement, d'agriculture, d'atelier, de couture, de filage, sont entremêlés de leçons de lecture, d'écriture, de dessin, de récitation, de chant. Nous avons assisté à la leçon de chant, et nous avons pu constater les progrès des élèves dans la théorie et la pratique ; cet enseignement fait honneur au professeur. Traitement thérapeutique dans la période aiguë, moyens hygiéniques et moraux ; emploi régulier de la journée, diversité, tel est le mode qui est, en effet, le plus avantageux aux aliénés.

Les repas sont pris en commun. Par une innovation que nous approuvons fort, les tables étaient couvertes de fleurs fraîches, cueillies dans l'établissement ou dans les champs. La nourriture était saine, abondante. L'ordre le plus grand régnait dans chaque division, en même temps qu'on retrouvait dans l'ensemble l'image de la vie extérieure. Pendant les trois jours que nous avons passés dans l'établissement, nous n'avons entendu aucun bruit, et l'on se fût difficilement imaginé qu'on habitait au milieu de plus de 300 aliénés.

Une des premières nécessités d'un asile, c'est la distribution abondante de l'eau. Chaque préau a sa fontaine. Quand M. Girard arriva dans l'établissement, il n'y avait d'eau nulle part ; il fut à la recherche d'une source avec ses malades, armés de pioches ; à force de persévérance, de travaux, il surmonta les difficultés et dota l'asile d'un riche cours d'eau, dont le trop-plein sert aussi aux habitans de la ville.

Si l'examen de l'asile est de tous points satisfaisant, sous le rapport médical, la comptabilité mérite une mention particulière. Il est difficile, pour un administrateur, d'en trouver une plus simple et plus claire.

combattre. Cependant il ne faut pas croire que le mal soit toujours au-dessus des ressources de la médecine. Dans l'un des derniers numéros des *Archives de médecine*, on lit qu'un médecin anglais, M. le docteur Bennett, rapporte dans un mémoire dix observations d'affections laryngées, avec perte de la voix, chez des tuberculeux qui, à l'aide d'un certain traitement que nous ferons connaître plus loin, sont parvenus à guérir, non pas, bien entendu, de leur diathèse tuberculeuse, mais de leur affection laryngée; de même que chez des enfans tuberculeux, ayant des lésions tuberculeuses, on peut, à l'aide de cautérisations énergiques, avec de la pâte de Vienne, le chlorure de zinc (caustique de Canquoin), etc., etc., faire disparaître la lésion locale, sans guérir toutefois la diathèse dont cette lésion locale n'est qu'une manifestation.

Ainsi, toutes les fois que par les antécédens héréditaires, par la conformation des doigts et de la poitrine, par la coloration des joues, la longueur des cils et la couleur de la sclérotique, on est arrivé à soupçonner les tubercules; lorsque, appliquant l'oreille sur la poitrine, on trouve, au sommet, de la rudesse du murmure expiratoire et des râles sous-crépitans, il y a 99 à parier contre 1 qu'il existe des tubercules pulmonaires; si, dans ces conditions, la voix s'est éteinte, il y a bien peu de chances de guérison, et cependant il y en a encore, comme le prouvent les observations de M. Bennett auxquelles il a été précédemment fait allusion. Sans aller chercher des exemples par-delà la Manche, en remontant dans sa propre pratique, M. le professeur Trousseau a par devers lui des cas de guérison de phthisie laryngée pulmonaire qu'il a consignés dans son *Traité de la phthisie laryngée*.

Chez des individus tuberculeux, profondément tuberculeux, il est parvenu, à l'aide de médicamens topiques, à restaurer des voix complètement délabrées. Cette guérison locale, il l'a obtenue sur des gens qui, au bout de deux, trois ou quatre ans, ont succombé à la phthisie pulmonaire; mais ces cas sont rares, et il est malheureusement trop vrai de dire que la phthisie laryngée, chez des tuberculeux, résiste le plus ordinairement à la thérapeutique.

Le même traitement est applicable à la phthisie laryngée simple, comme à la laryngite chronique tuberculeuse; le voici. C'est le même que les médecins emploient tous les jours contre les affections chroniques tuberculeuses ou non tuberculeuses; contre les ulcérations du col de l'utérus, les maladies chroniques de l'œil, du nez, les ulcérations du pharynx, de la bouche, les maladies chroniques tuberculeuses ou non de la peau, etc. La médication généralement employée contre toutes ces affections chroniques est la méthode dite substitutive, se composant de topiques pulvérulens, liquides, gazeux. Parmi ces topiques, les uns sont irritans : le calomel, le précipité blanc, le précipité rouge, le sublimé; d'autres sont caustiques et détruisent la surface de la lésion organique : nitrate d'argent, nitrate acide de mercure, acides chlorhydrique, nitrique, sulfurique pur ou mêlé aux stigmates de safran (Velpeau); chlorure de zinc (caustique de Canquoin), etc. Ces caustiques divers peuvent être variés de mille et mille manières; leur action est la même; ce sont les moyens les plus puissans mis par la thérapeutique au service de toutes ces affections locales, qui, sans eux, seraient d'une ténacité désespérante. C'est par eux aussi que doivent être attaquées les affections chroniques du larynx. L'application des caustiques à la partie supérieure du larynx, application qui se faisait encore avec difficulté, il y a quelques années, est devenue aujourd'hui d'une facilité extrême, grâce aux travaux de M. Horace Green, médecin de New-York, qui a perfectionné cette méthode, introduite dans la pratique il y a vingt-cinq ans, par M. le professeur Trousseau. A l'époque de ses premiers essais sur la phthisie laryngée, M. Trousseau se servait, comme porte-caustique, d'une petite baleine recourbée, à l'une des extrémités de laquelle était fixé un morceau d'éponge qu'il trempait dans une solution concentrée du caustique. Après avoir fait largement ouvrir la bouche et abaissé la langue avec le manche d'une cuillère, il enfonçait la baleine jusqu'au-delà de l'isthme du gosier; puis profitant du mouvement de déglutition qui s'opère toujours alors, il ramenait en avant, par un mouvement de bascule; l'éponge, enfoncée d'abord à l'entrée de l'œsophage, revenait ainsi à l'ouverture du larynx, et, relevant l'épiglotte, exprimait dans le tube laryngé quelques gouttes de la solution caustique. Au moyen de l'abaisse-langue perfectionné par le docteur Green, la manœuvre devient plus facile et plus simple. Cet instrument, que M. Trousseau a fait exécuter chez les principaux fabricans d'instrumens de chirurgie de Paris, permet de déprimer fortement la langue et d'arriver jusqu'à la base de l'épiglotte, que l'on découvre au fond de la gorge presque aussi aisément que l'on voit la luette; on peut, en déprimant avec force la base de la langue, redresser l'épiglotte; rien de plus facile alors que de porter à l'orifice du larynx, mis à découvert, quelques gouttes d'une solution caustique. M. Trousseau emploie de préférence une solution concentrée de nitrate d'argent composée ainsi qu'il suit :

Nitrate d'argent.	4 grammes.
Eau distillée.	12 grammes.

La cautérisation se fait d'abord trois fois, puis seulement deux fois par semaine, et, enfin, une fois tous les quinze jours. On continue ainsi pendant deux, trois, quatre, cinq et six mois. A l'aide de cette médication très simple, assez désagréable aux malades pendant les premiers jours, mais à laquelle ils finissent par s'habituer parfaitement bien, on triomphe des maladies du larynx les plus graves, pourvu toutefois que les lésions soient bornées à la membrane muqueuse et que les cartilages restent intacts. Il est inutile d'ajouter que le topique serait impuissant contre les altérations des cartilages.

Quand il s'agit d'une laryngite chronique simple, les résultats du traitement sont beaucoup plus rapides que dans le cas de laryngite tuberculeuse.

(*La fin à un prochain numéro.*)

PATHOLOGIE.

NOUVELLE OBSERVATION DE COMMUNICATION ANORMALE ENTRE L'AORTE ASCENDANTE ET L'OREILLETTE GAUCHE, SURVENUE ACCIDENTELLEMENT DANS LE COURS D'UNE MALADIE QUALIFIÉE DE FIÈVRE TYPHOÏDE.

Par M. le docteur THIRIAL.

Dans son numéro du 9 août dernier, l'UNION MÉDICALE vient de publier une observation d'anévrysme de l'aorte ouvert dans l'oreillette gauche, avec mort instantanée.

Cette observation est véritablement intéressante, d'abord par elle-même, ensuite parce qu'elle nous offre l'exemple, peut-être unique, de communication anormale entre l'aorte et l'oreille *gauche*, dans lequel on ait été en position de recueillir quelques symptômes résultant de ce grave accident.

En effet, on ne peut, à cet égard, tenir compte des cas analogues qui se trouvent consignés dans les auteurs, et dont M. Aran vient de donner le sommaire, par la raison que ces cas se rapportent à peu près exclusivement à des faits de communication entre l'aorte et l'oreillette *droite*.

A la vérité, le cas cité par Beauchêne rentre bien, d'après la rectification faite par M. Aran, dans la catégorie des communications avec l'oreillette gauche. Mais comme ici il n'est fourni absolument aucun renseignement sur ce qui s'est passé du vivant du malade, et que la lésion n'a été reconnue qu'à l'amphithéâtre, il en résulte que le fait de Beauchêne a seulement la valeur d'un fait d'anatomie pathologique, et qu'il ne peut servir en rien pour l'histoire symptomatique de la maladie.

Quant au cas observé par M. Aran, on peut se rappeler que la communication entre l'aorte et l'oreillette gauche, bien que très imminente, n'était cependant pas consommée.

Que si ce dernier fait ne peut, par cette raison, nous être non plus d'aucune utilité dans la partie symptomatologique, il a cela au moins de très intéressant qu'il nous révèle assez exactement le mécanisme par lequel la communication anormale tendait ici à s'effectuer, et que, sous ce rapport, l'observateur a eu l'avantage de surprendre, en quelque sorte, la nature en flagrant délit.

A mon tour, je viens ajouter aux cas déjà connus un nouveau fait de communication anormale entre l'aorte ascendante et l'oreillette gauche. Depuis longtemps, je tenais ce fait en réserve. Mais comme chacun de nous vient en quelque sorte d'être mis en demeure d'apporter son contingent, et que, d'ailleurs, mon observation, tout incomplète qu'elle soit à certains égards, peut être très instructive sous beaucoup d'autres, je ne crois pas devoir manquer à cette occasion de la livrer à la publicité.

Dans le cas dont il s'agit, il n'en a pas été comme dans le cas cité par M. Beau, où la mort ayant été presque instantanée, la manifestation des troubles fonctionnels a dû être à la fois rapide, fugace et confuse. En effet, comme notre malade a pu être observé et suivi pendant un certain nombre de jours, on s'est trouvé ainsi en mesure de reconnaître et d'étudier tout l'ensemble des symptômes qui peuvent servir à caractériser la maladie.

Et pourtant, à cet égard, il reste encore un *desideratum*. En effet, bien que, dans ce cas, les symptômes les plus importans aient été exactement aperçus et notés, il s'est trouvé malheureusement que la lésion toute spéciale, dont ces symptômes étaient l'expression, n'a pu être reconnue ni diagnostiquée pendant la vie.

En cette occasion, il faut bien le dire, l'auteur du *Traité des maladies du cœur* s'est trouvé, malgré toute son habileté, complètement en défaut. Mais aussi, hâtons-nous d'ajouter pour sa justification, qu'ici l'erreur non seulement était excusable, mais qu'elle se trouvait en quelque sorte commandée par la nature des choses. En effet, il importe de considérer que la maladie à laquelle on avait affaire, était une maladie qui n'avait été antérieurement ni signalée, ni décrite, et que, de plus, elle survenait à l'improviste dans le cours d'une affection qui, par ses anomalies et ses difficultés, tendait à détourner l'attention de l'observateur.

C'est donc l'autopsie seule qui est venue révéler la lésion du cœur, et qui a fait reconnaître la nature exceptionnelle de cette lésion.

Il en résulte qu'à l'occasion du fait qui nous occupe, le rapport entre les lésions et les symptômes n'a pu être éta-

---

Matricule, numéro d'ordre, tout a sa série; chaque malade a son petit mobilier, dont il est responsable, au moyen d'un compte qui lui est ouvert. Plusieurs fois j'ai vérifié au hasard le nombre et l'état des effets appartenant aux aliénés, et jamais je n'ai trouvé d'erreur. Sur le registre, on peut suivre chaque objet depuis son entrée dans l'asile, jusqu'à son usure complète ou sa destruction. Cette comptabilité n'est pas moins parfaite pour les services généraux : une simple feuille retrace l'emploi détaillé de tout ce qui a servi pendant la journée. Avec cette méthode, le coulage doit être impossible.

Un établissement de ce genre n'a pu être construit dans un département livré à ses seules ressources, sans une lourde charge pour les habitans; aussi n'ai-je pas été surpris d'apprendre que le conseil général avait été dans la nécessité de voter un million pour conduire les projets à exécution.

Cet impôt, obtenu au détriment de beaucoup d'autres entreprises utiles, a soulevé de vives oppositions. Malheureusement, le bien ne se fait qu'avec de grands sacrifices. Est-il d'ailleurs une infortune qui soit plus digne de la commisération publique que celle de la folie? Elle se lie intimement à la civilisation, sans doute par son côté défectueux, mais elle n'en est pas moins une conséquence inévitable. Faire le bien et le faire d'une manière digne, élever à l'infortune un monument qu'on puisse montrer avec un légitime orgueil, destiné à servir aussi de modèle à ceux que la capitale, si j'en crois son premier magistrat, devra construire pour l'aliénation dans un avenir peu éloigné, n'y a-t-il pas là un contrepoids bien puissant à des charges momentanées? Les médecins, les préfets, le conseil général ont attaché leur nom à une belle création, et, ce qui vaut mieux, à une création indispensable. Eh quoi! l'on dépense des sommes énormes pour améliorer des criminels, et l'on regretterait l'argent prêté aux malheureux aliénés; car l'expérience a prouvé en Angleterre, aux Etats-Unis, que les asiles publics bien administrés couvraient leurs dépenses et rapportaient des bénéfices. C'est une question de temps, il est vrai, mais la solution est certaine.

Pour arriver à ce résultat, il y a deux points importans à examiner, l'admission et ses limites.

La première condition de succès d'un établissement consacré au traitement des maladies, c'est de guérir. Cette judicieuse remarque, qui nous était faite il y a vingt-cinq ans par notre maître et ami Esquirol, nous empêchait d'accepter la direction d'une maison d'épileptiques. Il est donc indispensable de prendre en considération, au début, les élémens d'admission. La meilleure classification est celle qui répartit les malades dans les trois catégories suivantes : aliénés susceptibles de guérison, aliénés susceptibles d'amélioration, aliénés dangereux. Jusqu'à ce que les dépenses de l'asile soient couvertes, jusqu'à ce que les bénéfices aient commencé dans une proportion notable, il faut se garder d'ouvrir la porte à tout venant, car en recevant indistinctement tous les mutilés au moral, on convertirait rapidement la maison de traitement en dépôt de mendicité; on découragerait les efforts du médecin et on ferait retomber dans l'ornière de la routine les employés qui lui prêtaient leur concours, avec la pensée de rendre des malades à la vie sociale. Ajoutez, d'ailleurs, que l'aliéné qui n'est pas traité dans les premiers temps de son mal, est presque perdu sans ressources. La part des indigens doit être large dans le placement des aliénés; trop forte, elle deviendrait un fardeau par trop onéreux. En en recevant 180 sur 308, dont se compose aujourd'hui la ville d'Auxerre, le département de l'Yonne n'est inférieur à aucun autre département, et souvent, même, il lui est supérieur.

Par l'admission éclairée des aliénés, mission qui ne peut être confiée qu'au médecin, on maintient l'asile au rang qu'il doit occuper, et l'on entretient le zèle et l'émulation parmi les subordonnés. Dans les établissemens où l'on guérit, il y a un mouvement qui frappe l'observateur; dans ceux qui sont remplis d'incurables, il règne un calme, précurseur de la mort.

Mais le choix des admissions n'a pas seulement pour objet de rendre à la société des infortunés qui lui doivent trop souvent leurs maux, de la préserver d'individus qui pourraient lui nuire et se nuire à eux-mêmes, elle a encore un but plus élevé, celui de moraliser la société elle-même.

Laissez la pitié trop confiante, l'inexpérience, le désir de la popularité, qui n'est que l'oubli du principe d'autorité, présider aux admissions, vous verrez les ravages que produira cette conduite dans la famille et la commune, qui sont les assises de l'ordre social. On se débarrassera à la hâte de ses parens, de ses enfans, d'administrés désagréables. Avec la part contributive de la famille, de la commune, du département, vous arrêterez ces mauvais instincts qui fermentent dans les bas-fonds du cœur. Le chef de famille qui aura sollicité l'admission d'un des siens, en réclamant l'assistance de la commune, sera tenu de s'observer, car il aura les yeux de tous sur lui; s'il se livre à l'ivrognerie, à la débauche, à la paresse, il s'exposera à des reproches, et il aura dans son for intérieur la conviction d'un blâme tacite et mérité; on n'arrive pas facilement à mépriser l'opinion publique. Le maire, de son côté, obligé d'augmenter les charges de la commune, ne se déterminera à envoyer le malade dans l'asile que lorsque l'obligation lui en sera démontrée. Il s'établira entre l'administrateur et les administrés des rapports qui ne pourront que fortifier l'esprit de famille et l'esprit de commune.

Voyez comme les choses se passent dans les localités où le département est le seul intermédiaire. Pendant quelque temps, les admissions à Paris furent très faciles; qu'en résulta-t-il? Un encombrement tel qu'il fallut déporter des centaines de ces malheureux dans les départemens. Chaque jour, les provinces envoyaient leurs insensés par les chemins de fer, et les abandonnaient sur le pavé, d'où ils étaient aussitôt conduits dans les asiles. On a voulu remédier à cet abus; mais la capitale n'en est pas moins restée sous le coup d'un déficit de sept millions, qui va sans cesse en s'augmentant. Il faudra que le premier magistrat de la ville qui a, sur l'aliénation mentale, des connaissances étendues et des opinions arrêtées, oppose une digue au flot qui monte toujours. Peut-être tentera-t-il la réalisation de son système sur l'envoi des aliénés incurables, non dangereux, dans leurs familles, ou dans des familles d'une moralité connue, moyennant une légère allocation et sous la surveillance du curé, du maire, etc. C'est un essai à faire pour remédier au mal que nous signalons, et un moyen de resserrer les liens de la famille.

Ces considérations, que nous n'avons fait qu'indiquer, sont de nature à appeler l'attention sérieuse des conseils généraux. Ils ne peuvent s'arrêter dans l'œuvre qu'ils ont commencée; mais pour en recueillir les fruits, il faut qu'ils laissent les médecins, les seuls véritables architectes des asiles d'aliénés, achever leur entreprise, sous la surveillance des préfets. Ces hauts fonctionnaires connaissent très bien la question, et j'en ai pour garans les entretiens que j'ai eus avec deux d'entre eux, dont l'un a administré, et dont l'autre administre encore le département de l'Yonne.

Animés, comme toutes les âmes nobles et généreuses de l'amour du bien public, justement fiers de l'achèvement d'une œuvre utile et grandiose, j'ai la conviction que les membres du conseil général de l'Yonne donneront leur plein concours aux dernières mesures réclamées pour que l'asile d'Auxerre ne laisse plus rien à désirer.

Je remercie M. Girard de Cailleux de la manière dont il m'a fait voir l'asile; avec lui, les pierres parlent et chaque chose a sa signification. Sous le rapport pratique, j'ai pris bonne note du sulfate de strychnine pour modifier les évacuations involontaires des paralytiques; de la vératrine, pour calmer les agitations maniaques; de ses remarques sur la liaison des diathèses goutteuse, rhumatismale, syphilitique, etc., avec la folie; des cas de manie chronique précédant la paralysie générale, et de son utile invention des lits-hamacs.

L'impression qui m'est restée de cette visite est un vif désir d'entretenir avec cet honorable confrère des relations scientifiques et amicales.

A. BRIERRE DE BOISMONT.

bli qu'après coup, et qu'ainsi le diagnostic de la maladie n'a été qu'un diagnostic rétrospectif, et pour ainsi dire *posthume*.

De là presque nécessairement quelques omissions et quelques lacunes regrettables dans notre observation; car, c'est une vérité qu'on ne saurait trop redire, on ne voit réellement que ce qu'on regarde, et l'on n'observe bien que lorsqu'on sait d'avance ce qu'il faut observer.

Le fait dont il s'agit remonte déjà à seize années; malgré le temps écoulé, je ne saurais oublier que, dans le service d'hôpital où il se passa, ce fait devint l'occasion de débats assez animés, et qu'il prit même, dans ce petit cercle, le caractère d'une sorte d'événement clinique.

A titre de souvenir, qu'il me soit permis de reproduire cette observation, telle à peu près que je la recueillis alors.

En conservant à mon récit l'empreinte originaire qu'il reçut du temps, du lieu et des circonstances, la vérité n'y perdra rien, et puis mes lecteurs y retrouveront comme un reflet de l'intérêt presque passionné que produisit sur des esprits jeunes et ardens le spectacle d'un fait aussi insolite, où tout semblait se réunir pour être motif d'étonnement ou matière à controverse.

Un jeune Alsacien, âgé de 23 ans, de constitution lymphatique, entra à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Bouillaud; c'était en août 1837.

A son entrée, on apprit, pour tout renseignement, qu'il était indisposé depuis une huitaine de jours. Malgré son état de souffrance, il avait continué à prendre chez lui quelques alimens. On croit comprendre qu'il avait eu un peu de dévoiement; mais à dire le vrai, cette circonstance n'a pu être exactement constatée, attendu que le malade ne paraît pas être doué d'une grande intelligence, et qu'en outre il a la plus grande peine à s'exprimer en français.

Lors de son arrivée, ce jeune homme présentait un état fébrile de moyenne intensité, un peu de redoublement dans le pouls, et, pour tout phénomène du côté du ventre, un très léger météorisme, mais sans gargouillement ni douleur à la pression. La langue est humide, cependant la soif est assez prononcée. Le symptôme dont se plaint surtout le malade, c'est une assez vive céphalalgie. On note un certain air d'hébétude de la face; mais pour quelques assistans, cette expression tient peut-être moins à la maladie qu'à cette circonstance qu'on a affaire ici à un allemand, naturellement assez borné, et ne comprenant pas les questions qui lui sont adressées.

Du reste, on ne trouve rien à noter du côté de la poitrine. M. le professeur Bouillaud fait écrire sur le cahier d'observation : fièvre typhoïde, cas moyen.

Ici la vérité me commande de dire que le chef de clinique, M. Montaut, ainsi que plusieurs médecins qui suivaient la visite, n'acceptent ce diagnostic qu'avec un point d'interrogation.

On prescrit deux saignées générales, et, dans l'intervalle, une application de ventouses scarifiées sur l'abdomen. On retire deux livres de sang.

Le lendemain, on constate que le sang offre un caillot mou, analogue à celui qu'on observe assez ordinairement dans la fièvre typhoïde.

Il y a un peu de mieux. On trouve un bruit de souffle aux carotides; la veille on ne les avait pas explorées. On prescrit une nouvelle application de ventouses scarifiées; mais cette application n'est pas faite par suite d'oubli.

Le jour suivant, le malade se trouvait un peu plus mal, pourtant on n'a à signaler rien de nouveau. On fait tirer trois palettes de sang par les ventouses.

Le mal continue à s'aggraver; la céphalalgie, au lieu de diminuer, va en augmentant. On prescrit des sangsues aux apophyses mastoïdes; mais comme elles ne prennent qu'incomplètement, elles sont remplacées par les ventouses scarifiées à la même région; on tire deux palettes de sang.

Les choses vont de mal en pis; il y a de l'agitation générale; la céphalalgie devient insupportable; du reste, rien de nouveau du côté des organes abdominaux. (Glace sur la tête pour calmer cette céphalalgie, qui constitue le symptôme dominant.)

Le lendemain, c'est-à-dire le quatorzième jour environ depuis le début de la maladie, et le sixième à dater de l'entrée à l'hôpital, la scène a changé complètement de face. Du côté de la respiration et de la circulation, il s'est manifesté des phénomènes morbides tout à fait singuliers, qu'on caractérise de phénomènes spasmodiques. Les mouvemens respiratoires sont d'une fréquence excessive; on en compte jusqu'à 80 par minute.

La respiration est précipitée, haletante, et elle ne peut être mieux comparée qu'à celle d'un chien qui vient de faire une course forcée.

En même temps, on trouve le pouls extrêmement fréquent, saccadé et comme convulsif. De plus, en touchant l'artère radiale, on constate un phénomène tout à fait singulier : c'est une sorte de *frémissement vibratoire*, qui rappelle assez exactement celui qu'on observe dans l'anévrysme variqueux, ou dans la communication accidentelle d'une veine avec une artère.

En outre, en auscultant la région du cœur, on perçoit un bruit de souffle assez intense, existant au premier temps. Je dois dire ici que, malheureusement, mes notes ne me fournissent pas, à cet égard, de plus amples détails, soit que l'auscultation n'ait présenté rien de plus à noter, soit qu'elle n'ait pas été pratiquée avec assez d'attention ou assez d'insistance.

Il faut ajouter que les avant-bras sont agités de mouvemens nerveux, et secoués sans cesse par une sorte de trémoussemens énergiques, bien différens des simples soubresauts des tendons.

Par intervalles, le malade tombe dans un état de subdelirium.

En présence de ce changement, survenu d'une manière brusque et inattendue, on s'informe, on va aux enquêtes. On apprend alors que ce jeune homme vient de satisfaire à la loi du recrutement, que le sort ne l'a pas favorisé, et que son chagrin est extrême de devenir soldat. De plus, dans son état d'agitation voisin du délire, il demande instamment un de ses frères qui est au pays, et dont il regrette amèrement l'absence.

Je ne dois pas oublier de dire que, sans avoir positivement de toux, ce malade rejette avec peine quelques crachemens simplement muqueux. En raison de l'état de faiblesse et d'angoisse où il se trouve, on croit devoir négliger l'auscultation de la poitrine.

On prescrit deux larges vésicatoires aux mollets, et, en outre, deux demi-lavemens avec deux grains de musc dans chaque.

Cet état si particulier, caractérisé surtout par un ensemble de désordres tout spéciaux dans les fonctions de la respiration et de la circulation, persiste pendant cinq à six jours, sans aucun changement bien notable. On continue les moyens révulsifs et anti-spasmodiques.

Seulement, vers le dix-huitième jour, les mouvemens respiratoires présentent moins de fréquence, mais les autres symptômes restent à peu près au même point.

Le vingtième jour, la respiration se trouble de nouveau, et le malade est en proie à une dyspnée intense. C'est alors qu'on se décide à recourir à l'auscultation; mais l'exploration de la poitrine n'est faite qu'avec la plus grande difficulté, et d'une manière très incomplète, à cause de la faiblesse extrême du malade. Le résultat de cet examen est à peu près négatif.

L'état de demi-délire devient presque continu; le malade, épuisé par des sueurs profuses, tombe dans une prostration de plus en plus profonde.

N'oublions pas de noter qu'au milieu de tous ces symptômes graves, il y a absence complète de dévoiement et de tout signe de dérangement des voies digestives, et qu'en outre il n'a existé ni épistaxis, ni taches lenticulaires, ni sudamina.

On comprend que, depuis le développement de cet appareil de symptômes, le diagnostic, déjà assez incertain dès le début, est devenu des plus obscurs pour tous les assistans, et qu'il règne à cet égard les plus grandes dissidences. Les uns, en l'absence des signes classiques de la fièvre typhoïde, sont disposés à voir là de préférence une fièvre nerveuse; quelques autres, en raison de l'état moral du malade, parlent vaguement de fièvre ataxique, avec état de nostalgie. M. Bouillaud lui-même, un peu déconcerté par l'apparition de phénomènes aussi insolites, n'est pas non plus sans quelque hésitation. Toutefois, en procédant par exclusion, il se rattache toujours à l'idée d'une fièvre typhoïde, à forme nerveuse et anomale.

Quoi qu'il en soit, le malheureux jeune homme va s'affaissant de plus en plus, et il expire le vingt-troisième jour de sa maladie.

Pour tous ceux qui avaient suivi ce malade, et qui avaient pris parti pour telle ou telle opinion, l'examen nécroscopique promettait un très vif intérêt. Or, l'attente générale fut loin d'être déçue, ainsi qu'on va le voir; et, pour mon compte, je ne me souviens pas d'avoir assisté à une scène d'amphithéâtre plus émouvante, et j'ose dire, plus dramatique.

L'autopsie est pratiquée douze heures seulement après la mort.

L'estomac est parfaitement sain, et toute la membrane muqueuse est d'un blanc rosé admirable.

L'intestin grêle, examiné dans toute sa longueur, nous offre également la plus complète intégrité. Nulle part il n'est possible de constater la moindre trace d'inflammation, soit ancienne, soit récente. Sans doute, il fut permis de reconnaître deux ou trois plaques de Peyer très apparentes, mais ces plaques étaient d'un aspect tout à fait normal. La valvule iléo-cœcale elle-même se présente dans un état irréprochable. Toutefois, vers l'extrémité de l'iléum, et surtout dans le cœcum et dans la première portion du colon, on rencontre un assez grand nombre de follicules de Brunner un peu développés et en saillie, mais d'ailleurs sans rougeur ni aucun caractère inflammatoire.

Ici, en ma qualité de fidèle rapporteur, je ne dois pas négliger de dire que, dans l'opinion de M. Bouillaud, il est possible que, sur le début de la maladie, il ait existé une phlegmasie, soit des plaques, soit de la muqueuse intestinale, et que toute trace de cette phlegmasie ait disparu depuis, comme cela est incontestable dans certains cas, lorsque le malade vient à succomber dans une période avancée de la maladie.

De l'intestin on va aux glandes du mésentère. A la première vue, on en distingue un certain nombre dont le volume est assez considérable. Déjà on est tout prêt à s'autoriser de ces ganglions hypertrophiés, et à les regarder comme les survivans et comme les témoins de l'entérite qui se serait éteinte. Mais l'incision faite, voilà qu'on trouve dans leur intérieur une matière tuberculeuse passée à l'état crétacé. C'était donc à une vieille affection mésentérique de revendiquer ces ganglions.

Alors on ouvre la poitrine. Il s'écoule des deux plèvres une assez notable quantité de sérosité transparente, légèrement teinte de sang, mais, toutefois, sans la moindre trace de pleurésie.

A l'aspect de ce liquide épanché, un des assistans s'écrie : Voilà ce qui explique ces troubles si remarquables de la respiration, dont rien en apparence ne semblait rendre raison.

Mais avec un peu de patience, on allait à cet égard trouver de quoi se mieux satisfaire. En effet, les deux poumons, dans presque toute leur étendue, offraient cet état d'engorgement et de ramollissement qui caractérise la pneumonie bâtarde ou pseudo-inflammatoire. Il n'est pas inutile de rappeler ici que cette lésion pulmonaire était restée complètement latente pendant la vie, autant par l'absence des symptômes ordinaires de la pneumonie, que par suite des difficultés qu'avait présentées l'examen de la poitrine au moyen de la percussion et de l'auscultation.

Mais ce n'est pas tout encore. On arrive au cœur : tout d'abord, on constate que cet organe est au moins d'un tiers plus gros qu'à l'état normal. Et puis on remarque qu'il existe quelques fausses membranes, assez molles, déposées sur le péricarde, au niveau des oreillettes. Du reste, pas d'épanchement notable dans le sac séreux.

Le cœur est ouvert. Toutes les cavités, les gauches aussi bien que les droites, sont gorgées d'un sang coagulé. A droite, les caillots sont complètement décolorés et assez semblables à des morceaux de graisse. A gauche, les caillots sont mi-partie rouges, mi-partie d'un blanc jaunâtre.

Ici vient s'offrir une particularité assez curieuse. Le caillot existant dans le ventricule gauche, et comme intriqué dans les colonnes charnues, se termine par une sorte de végétation qui adhère fortement à deux des valvules sigmoïdes. Cette végétation est molle, de forme arrondie, à surface inégale, rugueuse, s'écrasant facilement sous le doigt; en un mot, par ses différens caractères, elle est assez semblable à une mûre.

Quand le ventricule gauche eut été débarrassé de ses caillots, une lésion bien inattendue vint frapper nos regards. C'était une perforation à bords déchirés et comme frangés, ayant une ouverture à y laisser passer l'extrémité du petit doigt. Cette perforation avait son siége au niveau des valvules aortiques. Son ouverture se continue en une sorte de canal un peu sinueux, creusé dans l'épaisseur des parois réunies de l'aorte et de l'oreillette gauche, qui ont contracté de fortes adhérences entr'elles; et ce canal vient s'aboucher dans la cavité auriculaire en se terminant par un orifice un peu moins large que celui qui existe à l'origine de l'aorte.

Ici, nous n'oublierons pas de faire remarquer que ce conduit de communication se trouve à moitié rempli et obturé par une espèce de tampon, formé par cette même matière fibrineuse à demi-organisée qui adhérait aux valvules sigmoïdes.

Nous noterons encore que les valvules sigmoïdes, ainsi que la valvule bi-cuspide elle-même, étaient rouges et assez notablement épaissies; que la même rougeur existait au niveau de la perforation; et surtout que cette coloration, dans ces points, formait contraste avec la blancheur éclatante du reste de l'aorte, et avec la nuance beaucoup moins vive de toute la surface interne du ventricule gauche. Aussi était-il impossible de ne pas reconnaître, dans cette différence de coloration et dans les autres caractères anatomiques, les traces d'une endocardite aiguë ayant son siége principal aux valvules du cœur, et notamment aux valvules aortiques et dans leur voisinage.

Enfin, le cerveau, examiné, offrit un peu d'injection, sans autre lésion notable. La rate avait son volume à peu près normal. Vessie saine. Le foie était augmenté de volume.

Je commence par déclarer que je ne veux pas m'engager dans une discussion sur la nature de la maladie dont je viens de donner la longue observation, par la raison que cette discussion me jetterait hors de mon sujet, et, de plus, courrait risque d'être sans résultat.

En effet, si à l'origine les lumières fournies par l'observation directe des symptômes et par l'examen nécroscopique, n'ont pu réussir à dissiper les obscurités et à faire taire les dissidences, comment espérer résoudre aujourd'hui, par une polémique rétrospective, une question devenue peut-être insoluble, et comment entreprendre, sur un fait aussi controversable, l'accord des opinions et des sentimens?

Je passerai donc outre, pour arriver au sujet qui nous intéresse tout spécialement.

Soit donc qu'avec M. le professeur Bouillaud on se prononce ici pour la fièvre typhoïde, ou bien qu'on se borne à ne voir là qu'une pyrexie quelconque, de nature indéterminée, il est un point sur lequel il n'y aura pas de contestation; c'est qu'à un moment donné, dans le cours de cette affection fébrile, il éclata tout à coup une complication grave et insolite, et qu'à dater de ce moment cette complication vint manifestement jouer le rôle principal et tout à fait dominant.

Or, on a vu, par les résultats de l'autopsie, qu'il s'agissait ici d'un accident aussi rare que grave, c'est-à-dire d'une perforation à l'intérieur du cœur, et d'une communication anormale entre l'aorte ascendante et l'oreillette gauche.

Mais quelle était l'origine de cette perforation, et par quel mécanisme cette communication anormale avait-elle pu se produire?

Ici tous renseignemens sur la santé antérieure du malade nous font malheureusement défaut, et nous ignorons complètement si, autrefois, ce jeune homme avait présenté quelque signe d'affection du centre circulatoire.

Toutefois, il y a une chose très certaine à cet égard, c'est qu'à l'autopsie on ne trouva rien qui pût autoriser la supposition d'une altération chronique du cœur ou de l'aorte dans le point où était le siége de la perforation. Ainsi, par exemple, il n'existait là aucun vestige de dilatation soit générale, soit partielle, rien, en un mot, qui ressemblât à une poche anévrysmale.

Et pourtant, à n'en pas douter, cette perforation ne devait pas dater seulement du jour de l'explosion des accidens, et cette lésion avait été précédée et nécessairement préparée par un travail morbide quelconque.

Or, ce travail était incontestablement de nature inflammatoire, car tout ici portait le témoignage d'une phlegmasie existant à la fois dans le péricarde et dans l'endocarde. A cet égard, est-il besoin de rappeler, d'une part, ces plaques pseudo-membraneuses déposées au niveau des oreillettes, et, d'autre part, cette rougeur et ces épaississemens des valvules, sans oublier cette concrétion à-demi organisée, d'apparence toute spéciale, qui adhérait si intimement aux valvules aortiques?

Bref, c'est dans cette double phlegmasie de la membrane externe et interne du cœur (quelle qu'ait été d'ailleurs l'époque précise de son début), que doit être cherchée la cause organique de la perforation. Il me paraît même que cette combinaison était une condition nécessaire et indispensable pour que la perforation pût s'effectuer telle qu'elle était, c'est-à-dire avec l'ensemble des caractères tout exceptionnels que nous avons décrits.

En effet, d'une part, la phlegmasie partielle du péricarde avait eu, pour résultat, d'établir quelques points d'adhérence entre l'aorte et l'oreillette gauche. D'autre part, l'inflammation de l'endocarde se concentrant dans ces mêmes points, c'est-à-dire au niveau des valvules sigmoïdes, ou pour mieux dire la

cardite, prenant exceptionnellement le caractère *ulcéreux*, et s'étendant rapidement en profondeur, en est venue à corroder peu à peu, bientôt à perforer d'outre en outre l'aorte et l'oreillette, et finalement à établir une communication entre ces deux organes au moyen d'une espèce de canal creusé dans l'épaisseur de leurs parois unies ou accolées.

Mais, quoi qu'il en soit de la cause prochaine et du mécanisme de cette perforation, il n'est pas douteux que dès l'instant où la communication anormale fut consommée, dut éclater cette terrible explosion, qui s'annonça par ces désordres si instantanés et si insolites dans la circulation et dans la respiration.

Rappelons ici qu'il fallut de bien fortes préoccupations pour qu'on ne sût pas découvrir la véritable signification de ces phénomènes morbides, qui avaient en eux quelque chose de si spécifique, et pour qu'on persistât à les considérer comme purement nerveux et spasmodiques. Parmi ces phénomènes morbides, nous mentionnerons ce pouls excessivement fréquent, saccadé et comme convulsif. Nous ferons ressortir encore ce singulier *frémissement vibratoire* dans l'artère radiale, phénomène si caractéristique, qui était produit sans doute par la collision des deux colonnes sanguines lancées simultanément dans le conduit aortique, l'une par l'oreillette, l'autre par le ventricule gauche.

Nous signalerons encore cette dyspnée si particulière, poussée jusqu'à l'anhélation la plus extrême, et arrivant sans transition et comme d'emblée à son *summum* d'intensité.

Ce désordre si expressif de la fonction pulmonaire se liait, ici, de la manière la plus étroite à la perturbation profonde survenue brusquement dans la circulation cardiaque.

Si primitivement il n'existait ici que des dérangemens simplement fonctionnels, l'on conçoit néanmoins qu'à la suite d'une perturbation aussi profonde de la circulation et de la respiration, les lésions organiques étaient inévitables et imminentes; de là ces concrétions sanguines, ces caillots dans le cœur, ces stases et ces congestions dans les poumons; de là cette phlegmasie, ou, pour mieux dire, cet état pseudo-inflammatoire du parenchyme pulmonaire, et puis ces épanchemens séreux dans les plèvres; de là, en un mot, tout cet ensemble d'altérations anatomo-pathologiques qui furent constatées à l'autopsie.

N'oublions pas de relever ici une particularité de notre observation bien faite pour étonner, et demandons-nous comment une perforation de cette dimension, avec communication si large entre l'aorte et l'oreillette, n'a-t-elle pas été suivie d'une mort presque instantanée, et comment même la vie a-t-elle pu se prolonger un certain nombre de jours?

Mais ce résultat, si invraisemblable au premier abord, s'explique assez naturellement lorsque l'on considère que, dans ce cas, la nature est venue au secours de notre malade d'une façon aussi heureuse qu'inespérée. En effet, qu'on veuille bien ne pas perdre de vue ce caillot fibrineux qui fut trouvé dans ce canal accidentel faisant communiquer l'aorte et l'oreillette. Or, n'est-il pas infiniment probable que presqu'immédiatement à la suite de l'accident ce caillot a dû s'introduire ou se former dans ce conduit sinueux; qu'en contractant des adhérences avec ses parois, il avait fait en quelque sorte office d'obturateur; et que, grâce à cette sorte de tamponnement, incomplet sans doute, il n'existait plus qu'un passage assez étroit entre l'aorte et l'oreillette.

Mais malheureusement, à côté de ce caillot salutaire, il s'en trouvait d'autres qui, en encombrant les différentes cavités du cœur, et en formant obstacle au jeu de cet organe, devaient annihiler cet effort médicateur de la nature.

En résumé, dans l'observation dont je viens de présenter une courte et incomplète analyse, voilà quel a été l'ordre de succession des phénomènes morbides, et voilà aussi quel a dû être l'enchaînement et le mode de génération des diverses lésions qui nous ont été révélées par l'autopsie. Telle est, du moins, l'interprétation qui me paraît la plus exacte et la plus rationnelle, car elle s'appuie tout à la fois sur l'observation des faits et sur la théorie physiologique et pathologique.

Ainsi qu'on a pu le voir, le fait que je viens de rapporter se place tout naturellement à côté des deux faits cités par M. Beau et par M. Aran. Si, par certains points, il touche à l'un et à l'autre, il diffère beaucoup de chacun d'eux sous d'autres rapports.

Cette observation a donc son caractère propre et son intérêt tout spécial. A ce titre, elle méritait peut-être, malgré ses nombreuses lacunes, de sortir de l'obscurité où, sans l'occasion qui vient de m'être offerte, elle menaçait de rester indéfiniment ensevelie.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Addition à la séance du 20 Juillet 1853.

Vice de conformation des membres inférieurs.

M. Broca présente une petite fille atteinte d'un grave vice de conformation des membres inférieurs.

Cette enfant, nommée Alexandrine-Honorine T..., est fille d'un cultivateur du canton de Nanteuil. M. T... est âgé de 25 ans; il est robuste et bien conformé. Mme T..., âgée de 19 ans, est très bien conformée aussi et jouit d'une belle santé; mais une de ses sœurs, plus âgée qu'elle, est venue au monde avec un vice de conformation semblable, sous plusieurs rapports, à celui que M. Broca présente aujourd'hui à la Société.

Alexandrine T... est âgée de sept semaines. Voici les renseignemens qu'il a été possible de recueillir sur la grossesse de sa mère. Mme T... devint enceinte immédiatement après son mariage. Les deux premiers mois de la grossesse furent très calmes. Pendant les trois mois suivans, il y eut des troubles assez graves, et notamment des vomissemens opiniâtres qui nuisirent beaucoup à la nutrition. Mme T... maigrit rapidement et perdit ses forces. Les quatre derniers mois de la grossesse furent moins fâcheux. Les vomissemens s'arrêtèrent et l'embonpoint revint en partie, mais il resta des douleurs assez vives dans les lombes et dans le bas-ventre. Ces douleurs redoublaient dans la position horizontale et troublaient presque constamment le sommeil.

Le 28 mai 1853, l'accouchement eut lieu avec une facilité qui n'est pas ordinaire chez les primipares; tout se termina en moins de six heures à partir de la première douleur.

L'enfant vint au monde par les fesses. Au moment de la rupture des membranes, il s'écoula une quantité insolite de liquide amniotique. La sage-femme en fit aussitôt la remarque, et Mme T... s'en souvient fort bien. On ne peut donc invoquer la pénurie des eaux de l'amnios comme cause de la conformation vicieuse de l'enfant.

Abstraction faite des membres inférieurs, la petite fille était de tous points bien conformée. Son corps était bien développé. Sa santé était excellente, et ne s'est pas démentie depuis.

Parlons maintenant du vice de conformation qui existe, avec les mêmes caractères, sur les deux membres inférieurs. Les cuisses sont volumineuses et bien conformées; les jambes, grosses et courtes, sont arquées, et tournent leur concavité en dedans. Les pieds sont très fortement tordus en dedans, et présentent une telle exagération de la forme *varus*, que leur bord interne vient s'appliquer exactement dans toute sa longueur sur le bord interne de la jambe correspondante; telle est la position naturelle, celle qui se produit lorsque les membres sont abandonnés à eux-mêmes. Dans cette position, le bord externe du pied est devenu inférieur; la plante regarde en arrière, et le dos du pied regarde directement en avant.

Il suffit d'une légère action exercée avec la main, pour redresser partiellement le pied; on le ramène ainsi assez aisément à la forme du varus ordinaire. Mais le redressement ne peut aller plus loin.

Dans cette position nouvelle, on peut étudier plus exactement la conformation de la jambe, conformation des plus étranges, et pourtant très rigoureusement reproduite sur le membre droit et sur le membre gauche.

A l'union à peu près du tiers moyen avec le tiers inférieur, on aperçoit, sur la face antérieure de la jambe, une saillie cylindrique présentant à peu près le volume et la longueur de la phalange unguéale du petit doigt d'un adulte. Cette saillie, dont la direction est à peu près verticale, descend au devant de la face antérieure de la jambe; recouverte d'une peau flexible et mobile, elle renferme manifestement dans son intérieur un os volumineux terminé en pointe arrondie. Si, par la palpation, on suit cet os de bas en haut, on voit qu'il va s'articuler avec le fémur, et qu'il représente par conséquent le tibia. Dans toute l'étendue du tiers inférieur de la jambe, c'est-à-dire entre la saillie précédemment décrite et l'articulation du pied, on cherche vainement la partie inférieure du tibia, et on finit par acquérir la certitude que cette portion de l'os manque complètement.

Le péroné, au contraire, est complet, et paraît même plus volumineux que d'habitude. Son extrémité inférieure soulève fortement la peau, et constitue l'unique malléole. Son extrémité supérieure, située à peu près à un centimètre au-dessous de l'articulation du genou, est très mobile sur le tibia, et il paraît très probable que ces deux os ne sont pas articulés l'un avec l'autre. Non seulement, en effet, on peut pousser la tête du péroné en avant et en arrière d'une quantité considérable, mais encore on ne peut l'écarter en dehors de près d'un centimètre, et elle vient alors soulever la peau. Pour lui faire exécuter ces divers mouvemens, il n'est pas nécessaire d'agir directement sur elle; il suffit d'imprimer au pied des mouvemens qui se transmettent à la malléole externe, et qui retentissent en sens inverse sur la tête du péroné. Par exemple, en poussant le pied en dedans, on fait saillir la tête péronéale en dehors, et ainsi de suite.

La squelette de la jambe se compose donc de deux os très mobiles l'un sur l'autre. Dans les mouvemens spontanés, les rapports réciproques de ces deux os changent beaucoup. Lorsque le pied est aussi redressé que possible, le péroné et le rudiment du tibia sont à peu près parallèles. Lorsque, au contraire, le pied revient à sa position naturelle, c'est-à-dire lorsqu'il vient s'appliquer sur la face interne de la jambe, les deux os se croisent en X, et l'autre croisement a lieu à un centimètre au-dessus de l'extrémité inférieure du tibia. Une autre conséquence de cette disposition, c'est la possibilité d'imprimer au pied des mouvemens étendus de pronation et de supination.

Le pied est articulé sur la face interne de l'extrémité inférieure du péroné. Il n'a pas d'autre connexion avec le squelette de la jambe; plusieurs centimètres le séparent du tibia.

Il est difficile d'étudier les os du pied d'une manière précise. Il est probable que quelques-uns d'entr'eux sont absens, principalement vers le bord interne. La seule chose qu'on puisse constater à cet égard, c'est qu'il y a seulement un os entre le tarse et la phalange unguéale du gros orteil, ce qui indique l'absence du premier métatarsien ou au moins de la première phalange de l'orteil.

Il faut encore indiquer un dernier détail, qui n'est pas le moins singulier.

Au niveau à peu près de l'extrémité supérieure du péroné, on aperçoit, sur chaque jambe, deux dépressions de la peau brusques et profondes, à direction transversale; l'une de ces dépressions est placée au niveau de la tête péronéale; l'autre correspond à la face antéro-externe du tibia. Toutes deux sont situées sur le même plan, sur le prolongement l'une de l'autre, et séparées par un intervalle de 1 centimètre 1/2 environ; cet intervalle, où la peau n'est pas déprimée, correspond à l'espace inter-osseux. Les tractions exercées sur la peau environnante n'effacent pas la dépression; il semble que la peau ait contracté des adhérences avec les os sub-jacens, et ce nouveau caractère, joint à la forme et à la profondeur des dépressions, fait naître aussitôt l'idée d'une double cicatrice adhérente aux parties dures.

Or, pareille chose existe sur les deux jambes, avec une symétrie extrême, et précisément au même niveau, et M. Broca s'est d'abord demandé si ce ne serait pas l'indice d'une striction circulaire exercée sur les deux membres à la fois par une bride placentaire, pendant les premiers mois de la grossesse. Les faits cités par Montgomery, et un autre fait que le présentateur a recueilli lui-même, prouvent que pareille chose a lieu quelquefois. Le plus souvent, en pareil cas, la bride, enroulée autour des membres, les coupe circulairement et donne lieu à ce qu'on désigne sous le nom d'*amputations congéniales* ou *spontanées*. Mais on conçoit très bien que la bride puisse céder avant d'avoir effectué une section complète; c'était là l'hypothèse qui s'était d'abord présentée à l'esprit de M. Broca.

Toutefois, il a dû renoncer à cette idée pour deux raisons. En premier lieu, la mère de l'enfant affirme que ces dépressions en forme de cicatrice n'existaient pas au moment de la naissance. A la place de la dépression la plus externe, on trouvait de chaque côté une saillie osseuse, constituée probablement par la tête du péroné, et soulevant fortement la peau. Un appareil de nature inconnue ayant été appliqué pendant les premiers jours pour redresser le pied, cette saillie osseuse s'effaça peu à peu, entraînant avec elle la peau qui lui était adhérente, et déterminant ainsi la dépression que l'on observe aujourd'hui.

En second lieu, une conformation assez analogue, plus vicieuse même que celle qui vient d'être décrite, existe chez la tante de cette petite fille. Il en sera question tout à l'heure. L'hérédité ne semble pas douteuse, et ce document ne permet guère d'attribuer le vice de conformation à un accident de la vie intra-utérine.

Voici en quelques mots ce qu'il a été possible de recueillir sur l'état de la sœur de Mme T... Elle est venue au monde avec un vice de conformation des deux membres inférieurs et de l'un des membres supérieurs.

Le reste du corps est très bien conformé.

Les jambes sont flexibles en tous sens, et n'ont jamais pu fournir d'appui pour la marche. On n'y trouve pas de saillie analogue à celle qui, sur sa nièce, est formée par l'extrémité inférieure des tibias. Les pieds se terminent en une sorte de moignon arrondi qui ne supporte, pour chacun d'eux, que deux orteils. La main gauche ne possède que trois doigts, qui sont : le pouce, l'auriculaire et un doigt intermédiaire, que la famille de cette femme considère comme un index. L'autre main est bien conformée.

Cette femme, aujourd'hui âgée de 23 ans, a été réglée à 9 ans, et a toujours joui d'une santé irréprochable. Ses membres thoraciques possèdent une force musculaire considérable, qui lui permet de soulever à bras tendus un enfant de 9 ans. Elle marche sur les genoux. En prenant sur le sol un troisième appui avec la main gauche, et malgré l'état dans lequel elle se trouve, elle déploie une grande activité, et fait à elle seule tout l'ouvrage de la maison.

La petite Alexandrine a été adressée à M. Broca par M. le docteur Bleu, qui demande si l'emploi de quelque moyen orthopédique ne pourrait pas atténuer quelque peu les inconvéniens d'une pareille conformation. M. Broca est porté à croire que l'art serait ici tout à fait impuissant; toutefois, avant de faire une réponse négative, il a voulu prendre l'avis de ses collègues de la Société de chirurgie.

M. Guersant pense qu'il y aurait de l'avantage à considérer cette difformité comme un pied-bot équin varus et à le traiter en conséquence par des appareils appropriés. Ainsi, il proposerait qu'à l'âge de dix mois à un an au plus tard, on fît porter à cet enfant des appareils destinés à rétablir la rectitude des pieds; peut-être qu'après quelque temps d'usage de ces appareils, il pourrait être utile de pratiquer la section de quelques tendons, notamment du tendon d'Achille, mais ces tendons ne paraissant pas tendus actuellement, il serait inutile de pratiquer cette opération en ce moment.

M. Giraldès : Il y a là plus qu'un pied-bot; il y a une luxation en avant des tibias, par absence de leur extrémité articulaire. Dans cette circonstance, un appareil ne remédierait à rien et ne donnerait pas un point de sustentation suffisant pour la station. Les sections tendineuses lui paraissent également inopportunes. L'avis de M. Giraldès, après avoir bien examiné l'enfant, est qu'en définitive il n'y a rien à tenter.

COURRIER.

La syphilisation a Turin. — Nous trouvons le passage suivant dans une lettre adressée de Turin à un de nos confrères de Paris, qui nous autorise à le publier :

« La question est tout à fait jugée, et bientôt, chez nous, on n'en parlera plus. A présent on s'en occupe encore, parce que les prostituées que M. Sperino avait déclarées bien et dûment syphilisées, entrent successivement dans les divers hôpitaux de la capitale avec des symptômes de syphilis plus ou moins anciens. On a aussi publié l'histoire d'autres syphilisées auxquelles la réapparition de certains symptômes a fait prescrire, par les syphilisateurs même, du deutochlorure de mercure, dont on a les ordonnances.... Du reste, M. Sperino lui-même vient de publier dans la *Gazetta medica italiana*, « qu'il croit avoir accompli sa mission en faisant des expériences, et y appelant des collègues; que, dorénavant, il se bornera à observer les faits en cours; qu'il ne fera plus de nouvelles inoculations, laissant au temps et à d'autres observateurs la tâche de continuer et d'accomplir son ouvrage. » C'est battre en retraite le plus honorablement que l'on peut. »

Vol au choléra. — Pour faire diversion aux tristes nouvelles qui nous arrivent de Copenhague, et qui nous annoncent la persistance du fléau dans cette ville, nous raconterons le fait suivant, que nous trouvons dans les journaux du pays :

Il y a peu de jours, un étranger se présente dans la boutique d'un changeur juif et lui offre quelques *bank-notes* de Suède pour les échanger. On venait de lui compter sa monnaie; lorsque l'étranger se plaint de crampes et des symptômes ordinaires du choléra. Le juif, effrayé, sort immédiatement pour chercher du secours. Pas n'est besoin de dire que pendant son absence, le malade avait fait main base sur l'or et les bank-notes à sa portée.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 101. SEPTIÈME ANNÉE. **Jeudi 25 Août 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges, n° 12* À PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 24 AOUT 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

NÉGATION DU RHUMATISME.

Au moment où nous prenons la plume, une appréhension nous saisit : jamais nos lecteurs ne voudront croire ce que nous sommes obligé de leur exposer; ils nous accuseront tout au moins d'exagération, et certainement de malveillance, quand nous leur dirons qu'un académicien s'est rencontré, professeur de la Faculté, professeur de clinique médicale, en cette qualité chargé par conséquent d'initier les élèves à la connaissance des principes de la science et des pratiques de l'art, qui conteste, qui nie l'existence du rhumatisme, et qui rejette cette croyance comme contraire aux faits et comme fatale à la thérapeutique.

Cependant nous n'inventons rien; cet académicien, c'est M. le professeur Piorry, et cette étrange doctrine a été soutenue en pleine Académie de médecine, hier 23 du courant, veille de la Saint-Barthélemy.

C'est à propos d'un rapport fait par M. Piorry sur un mémoire de M. le Dr Lecadre, du Havre, relatif à la névralgie intercostale, que l'honorable professeur, soit dans le cours de son rapport, soit surtout à l'occasion d'une interpellation très sensée de M. Londe, a développé la doctrine qu'il professe, dit-il, et qu'il a exposée avec un empressement dont il a cru devoir se féliciter lui-même.

Franchement, il n'y avait pas de quoi, et M. Requin, qui a fait un très heureux début académique, le lui a bien prouvé.

C'est un étrange problème que M. Piorry! Hier, en écoutant son rapport, dans lequel, à part cette immense hérésie médicale dont nous reparlerons plus bas, à part quelques velléités d'opposition envers quelques travaux contemporains, et notamment envers ceux de M. le docteur Valleix, que les praticiens tiennent en si grande et si légitime estime; dans lequel, disons-nous, on a pu remarquer une exposition véritablement remarquable de la symptomatologie et de la thérapeutique de la névralgie intercostale, nous nous demandions : Comment se fait-il que toutes les fois que cette intelligence veut toucher aux questions de doctrine, elle semble s'égarer aussitôt et dérailler, qu'on nous passe cette expression?

La cause de ce phénomène n'est et ne peut être que dans l'emploi vicieux d'une bonne méthode philosophique et dans ses applications exagérées et illégitimes. M. Piorry pousse l'organicisme jusqu'à ses dernières conséquences, jusqu'à ses limites les plus reculées, jusque-là précisément où tous les médecins de cette école se sont sagement arrêtés, et où quelques-uns même, arrivés là, ont aussitôt rebroussé chemin, épouvantés de la logique fatale de l'anatomisme. Au milieu de cette réaction plus ou moins avouée, mais générale, contre les doctrines qui ont entraîné les générations médicales de ce siècle, seul M. Piorry résiste encore; il fait plus que résister, il dépasse et de bien loin, les médecins anatomistes les plus absorbés dans la contemplation de l'organe. Pour M. Piorry, il n'y a pas de *maladies* comme l'entendent les pathologistes modernes; il n'y a pas surtout d'*affections* comme l'entendait l'antique et grande école grecque. Il y a des états organo-pathiques, et voilà tout. Ce que nous appelons rhumatisme, c'est-à-dire cette disposition spéciale de certains organismes à être impressionnés d'une certaine façon sous l'influence de causes atmosphériques, la diathèse qui fait qu'à l'occasion de ces causes, tout ou partie du système musculaire ou du système fibreux se congestionne et devient douloureux; cette congestion et cette douleur passant d'un muscle à l'autre, d'une articulation à l'autre, et, selon la belle découverte de M. Bouillaud, venant retentir sur le tissu fibreux du cœur; toute cette grande scène pathologique qui a été le sujet des méditations des grands médecins de tous les âges n'est, pour M. le professeur Piorry, qu'une simple pathie locale, qu'il limite et qu'il circonscrit, par le dessin, dans un muscle ou dans une articulation.

Quoique ce ne soit pas d'hier que nous connaissions la doctrine ou plutôt l'absence de toute doctrine pathologique de M. le professeur Piorry, quoique nous ayons lu ses ouvrages, entendu plusieurs de ses leçons, assisté à plusieurs de ses démonstrations graphopathiques, nous devons reconnaître que jamais nous n'avions éprouvé une impression aussi vive de ses opinions que celle que nous avons ressenti hier. Et que M. Piorry ne se trompe pas sur notre compte, cette impression n'est autre chose que celle d'un douloureux regret de voir tout son zèle, toute son ardeur et tout son dévoûment pour la science, s'obstiner à poursuivre un but impossible et à s'égarer de plus en plus dans une négation stérile. Ce que nous écrivons ici avec une peine infinie et qu'un austère devoir nous force à écrire, M. Piorry va le comprendre comme un acte de mesquine et vulgaire opposition personnelle; ce que nous avons l'affectueux courage de lui dire avec notre cœur, il le traduira comme une taquinerie de notre esprit, et cependant si, comme nous, il avait pu saisir et comprendre l'effet de cette courte discussion d'hier sur l'assistance toute entière, il verrait que nos efforts tendent au contraire à en amoindrir l'impression.

M. Requin nous a d'ailleurs épargné un pénible devoir; dans une improvisation vive et vaillante, M. Requin a heureusement rappelé M. Piorry aux grands principes de la pathologie, qui, c'est le malheur de notre science, ne peut se soustraire à la considération des causes et des influences spécifiques, diathésiques, c'est-à-dire, pour parler un langage plus modeste et plus vrai, des influences occultes dont nous n'avons la perception que par les phénomènes qu'elles produisent. Or, depuis Aristote, il est de la logique de toutes les sciences, et c'est la logique du sens commun, d'admettre des causes différentes pour des phénomènes différens. Ces causes, nous ne les voyons pas, nous ne les palpons pas, mais en sont-elles moins réelles, puisque nous en voyons les résultats et les effets? La cause spécifique du rhumatisme est une inconnue; qui le conteste? mais qui peut la nier en présence de ses effets si clairs, si évidens, si douloureusement évidens? M. Piorry appuie sa négation sur une série de faits où des altérations anatomiques de l'utérus, du testicule, des reins ou d'autres organes, ont été prises ou traitées pour des rhumatismes; tout cela ne prouve rien, si ce n'est qu'on est exposé à des erreurs de diagnostic, si ce n'est encore que la pratique de l'art exige une observation rigoureuse et attentive, précepte bien connu.

En quelques mots très sensés et pénétrans, M. Requin a rappelé les doctrines actuelles sur le rhumatisme, et son allocution a pleinement satisfait l'Académie, qui n'a pas trouvé nécessaire de prolonger ce débat inutile.

Un autre malheur était réservé à M. Piorry. Battu par M. Requin sur le terrain de la pathologie, une nouvelle défaite l'attendait sur celui de la physiologie. C'est à M. Bérard qu'ap-

---

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Exposé analytique des œuvres de Cælius Aurelianus. — Appréciation générale. — Cælius Aurelianus et Arétée. — Division des maladies en aiguës et en chroniques. — Maladies aiguës fébriles : phrénésie, léthargie, catalepsie; ce que Cælius entend par là. — Maladies aiguës non fébriles : apoplexie, hydrophobie; remarques intéressantes sur la rage. — Du choléra, son étymologie; opinion des anciens sur cette grave affection. — Petite discussion à propos des fièvres ou pyrexies.

XX.

Exposé analytique des œuvres de Cælius Aurelianus.

Cælius Aurelianus est le seul écrivain de l'école méthodique dont les ouvrages soient parvenus jusqu'à nous. C'est un des rares débris de cette antiquité fameuse qui n'existe plus, pour nous, que sous forme de fragmens épars dans les œuvres de Galien. L'ouvrage de Cælius Aurelianus n'est pas seulement précieux parce qu'il est le seul qui ait surnagé au naufrage dans lequel ont été engloutis tous les livres sortis du sein de l'école méthodique, mais encore parce que, indépendamment des opinions des partisans de cette école, on y trouve consignées celles d'un grand nombre de médecins anciens, depuis Hippocrate jusqu'à Cælius Aurelianus.

Avant de passer à l'analyse détaillée de cet ouvrage, nous dirons, d'une manière générale, que les descriptions des maladies laissées par l'auteur dont nous parlons sont incomparablement plus parfaites que celles des écrivains qui l'ont précédé. Il n'y a, dans toute la collection hippocratique, rien qui en approche. En général, les descriptions tracées par les auteurs antérieurs à Cælius Aurelianus, comme celles émanées de la plume de Galien, qui lui fut postérieur, pèchent par la pénurie des détails. Il n'existe, dans toute l'antiquité, que deux auteurs qui se soient attachés à décrire minutieusement les maladies : Arétée et Cælius Aurelianus, écrivains qui se recommandent par des qualités différentes. Cælius Aurelianus est moins incisif, moins pénétrant, moins saisissant; Arétée est plus brillant, plus élégant, plus pittoresque. Celui-ci a, comme peintre, acquis plus de réputation que le premier; mais Cælius est plus complet; en un mot, Arétée est plus intéressant, plus attachant; Cælius Aurelianus est plus instructif.

Analysons maintenant l'ouvrage de ce dernier auteur. Il divise les maladies en deux classes : 1° maladies aiguës, 2° maladies chroniques. Les premières forment deux groupes : 1° maladies aiguës fébriles, 2° maladies aiguës non fébriles. Cælius Aurelianus conserve dans chaque description un ordre invariable. Il commence par la définition de la maladie, passe ensuite à l'énumération des symptômes en appuyant sur les symptômes *prodromiques*, cherche à déterminer le siége de la maladie ou sa localisation, en fait ensuite le diagnostic différentiel et termine par le traitement.

A propos du *siége* de la maladie, ou plutôt, pour parler en méthodiste, de sa manifestation principale, il est curieux de voir, dans Cælius Aurelianus, comment ce siége était déterminé d'une manière différente par les divers auteurs, suivant les notions anatomiques et physiologiques qu'ils possédaient. Le *phrénitis*, par exemple, était placé dans tel ou tel organe, dans telle ou telle partie, d'après la diversité des siéges attribués à l'intelligence par les divers médecins, dans la totalité du cerveau, dans la convexité des circonvolutions, à la base de la masse encéphalique, dans les membranes d'enveloppe, dans le cœur, à la pointe de cet organe ou dans sa totalité, dans le péricarde, dans le diaphragme. Pour Cælius, le phrénitis réside dans le cerveau.

On trouve dans Cælius Aurelianus une longue discussion sur le siége de la *pleurésie*, placée par les uns dans le poumon, et par les autres dans la plèvre. L'auteur se déclare nettement pour cette dernière opinion.

Quant à la *pneumonie*, les uns la plaçaient dans les veines du poumon : Erasistrate dans les artères de cet organe, Asclépiade dans les bronches, Hérophile dans tout le tissu du poumon. Cælius Aurelianus est de l'avis d'Hérophile; mais, fidèle aux principes de sa secte, il a soin de faire remarquer que, dans tous ces cas, les organes que l'on suppose être le siége de la maladie ne sont, en réalité, que les lieux de sa manifestation principale, et que la maladie réside dans l'ensemble de l'organisme.

Avant Cælius Aurelianus, on croyait que le cœur ne pouvait être le siége d'aucune maladie, parce qu'alors, disait-on, la vie n'aurait plus été possible. Cælius Aurelianus combat cette opinion, qui ne devait être définitivement renversée que par Senac, au dix-huitième siècle.

A propos du siége de *l'hydrophobie*, placé par les uns dans les membranes du cerveau, par d'autres dans le diaphragme, par d'autres, enfin, à l'orifice supérieur de l'estomac, Cælius Aurelianus discute si c'est une maladie de l'âme ou du corps. Il résout la question dans ce dernier sens, et dit que l'hydrophobie est une maladie du corps dans laquelle les facultés de l'âme se trouvent secondairement compromises.

Le *traitement* des maladies est la partie la plus étendue et la plus approfondie de l'ouvrage de Cælius Aurelianus. Il s'y occupe beaucoup des moyens hygiéniques, des alimens, de l'aération, du coucher des malades, etc., etc. Il passe en revue les divers traitemens employés par les différens auteurs, depuis Hippocrate jusqu'à lui. Ainsi, il compare entre eux les traitemens suivis, dans la même maladie, par Hippocrate, Dioclès, Praxagoras, Chrysippe, Asclépiade, Thémison, Héraclide (de Tarente), et expose, enfin, celui qu'il propose lui-même.

L'ouvrage de Cælius Aurelianus a de l'intérêt; mais pour y trouver cet intérêt, il faut s'être familiarisé avec la manière d'écrire de l'auteur. Lorsqu'on a vaincu la répugnance et les difficultés que présente ce style obscur, incorrect, barbare, on éprouve un véritable charme à s'arrêter et à méditer sur ces antiques ruines d'une doctrine qui a disparu aujourd'hui de la science, et qui, mutilée par la main des siècles, ne vit plus qu'en tronçons épars dans les œuvres immortelles de Galien.

Après avoir donné une idée générale de la méthode employée par Cælius Aurelianus dans la description des maladies, entrons maintenant dans les détails de l'ouvrage.

L'auteur, avons-nous dit, partage les maladies en deux grandes classes : maladies aiguës et maladies chroniques.

Les maladies aiguës sont elles-mêmes subdivisées en deux groupes : maladies aiguës fébriles et maladies aiguës non fébriles. Parmi celles du premier groupe, il en comptait d'abord trois : la *phrénésie*, la *léthargie* et la *catalepsie*. De l'histoire qu'il trace de ces maladies, il résulte qu'elles constituaient pour lui trois formes, trois degrés d'une maladie aiguë fébrile, dans laquelle le système nerveux central est spécialement compromis. Dans la première forme, le symptôme prédominant est le délire; c'est le coma dans la deuxième, et, dans la troisième, un état de stupeur avec abolition des sens et de la parole.

Ces trois formes d'affection cérébrale aiguë peuvent exister à l'état continu, ou accompagner des accès de fièvre intermittente; se montrer, par exemple, sous la forme *tierce* ou *double tierce*. Dans le chapitre consacré à la catalepsie, Cælius décrit les diverses variétés de fièvres intermittentes pernicieuses, à savoir : les fièvres *délirantes*, *comateuses* ou *soporeuses*, répondant à la première et à la deuxième forme de la maladie aiguë fébrile dont nous venons de parler, c'est-à-dire à la phrénésie et à la léthargie; quant à la variété de fièvre intermittente perni-

partenait le soin de ramener M. Piorry à l'orthodoxie physiologique, M. Piorry qui, oubliant sans doute la doctrine nouvelle si brillamment et si scientifiquement établie de nos jours sur l'action reflexe des nerfs, avait ressuscité, en lui donnant l'autorité de son opinion, la vieille théorie du retour de l'impression par les ganglions nerveux. De cette exposition lucide qui lui est familière, M. Bérard a rappelé les belles expériences qui ne permettent plus de douter aujourd'hui de la nécessité de l'intervention des centres nerveux pour la perception des impressions. M. Bérard n'a pas voulu profiter de tous ses avantages et a laissé sans réponse une réplique peu concluante de M. Piorry.

La séance avait été ouverte par un rapport intéressant de M. Londe, sur les mesures introduites dans la maison de Charenton, par M. le Dr Archambault, et qui ont eu pour résultat la suppression de la division des *gâteux*. Tous ceux qui ont vu le triste et repoussant spectacle que présentait cette division dans les asiles d'aliénés, comprendront le service éminent rendu à l'administration et à ces infortunés infirmes par le nouveau régime, à l'introduction duquel M. le docteur Archambault a consacré tout son zèle.

Amédée Latour.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de M. le professeur Trousseau.

Sommaire. — Physiologie pathologique de la phthisie laryngée, ou du mode de production des lésions anatomiques dans la phthisie laryngée. — Phthisie laryngée pulmonaire; — phthisie laryngée vénérienne. — Traitement.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 23 Août 1853.)

Topiques pulvérulens. — La médication par les topiques liquides n'est pas la seule à employer contre les affections chroniques du larynx. Il existe d'autres agens substituteurs non moins précieux. L'un d'eux est le calomel; voici comment on le met en usage. On prend du protochlorure de mercure à la dose de 30, 40, 50 centig., que l'on mêle avec 30 grammes de sucre *bien porphyrisé*. Cette poudre doit être conservée dans un flacon bouché à l'émeri. Dans un petit roseau ou dans un tube de verre, dont on a bouché avec le doigt l'une des extrémités, on introduit une pincée, de 1 gramme à peu près, de ce mélange; puis l'autre extrémité est profondément placée dans la bouche. Le malade ferme la bouche après avoir fait une profonde expiration, puis, par une secousse brusque du diaphragme, il fait rapidement une inspiration. L'air extérieur, en traversant le tube, entraîne la poudre, qui se divise, et dont une partie pénètre avec le courant d'air, dans l'intérieur du larynx. On est averti de l'introduction de la poudre dans le larynx par quelques secousses de toux, que le malade doit réprimer autant que possible, afin de conserver le médicament en contact avec le tissu affecté.

On répète ces inspirations trois, quatre, cinq, six fois par semaine, puis s'il survient un peu de gonflement des gencives, on cesse, pour passer à autre chose. On remplace, par exemple, le calomel par du sous-nitrate de bismuth, que l'on emploie à la dose de 4 à 5 grammes pour 30 grammes de sucre *porphyrisé*. La porphyrisation du sucre est indispensable, car lorsque cette substance est simplement pulvérisée, il reste des cristaux dont les pointes aiguës irritent la muqueuse et excitent violemment la toux.

Topiques gazeux : fumigations arsénicales. — Cette médication n'est pas de découverte moderne; elle remonte à Dioscoride et à Pline. Ils déclarent que, projetant de l'*orpiment* sur des charbons ardens et faisant respirer aux phthisiques les vapeurs arsénicales ainsi dégagées, ils les guérissaient. Il ne faudrait pas prendre à la lettre cette phrase de Pline et de Dioscoride, et croire qu'ils guérissaient réellement des phthisiques, non, mais à l'aide des inspirations de vapeurs arsénicales, ils parvenaient, en modifiant la muqueuse du larynx et des bronches, à diminuer les accidens, calmaient la toux, faisaient disparaître, pour un temps, les phénomènes inflammatoires qui accompagnent les tubercules, et guérissaient probablement les altérations chroniques du larynx qui coïncident avec la phthisie. Quoi qu'il en soit, M. Trousseau a repris la médication préconisée par Pline et Dioscoride, et l'a perfectionnée. Il a imaginé des cigarettes arsénicales composées de la manière suivante :

Arsénite de potasse. . .	1 gramme.
Eau distillée.	20 grammes.

Avec une barbe de plume, il mouille avec cette solution un morceau de papier non collé (papier à filtrer des laboratoires); il laisse sécher, puis il plie ce morceau de papier en forme de cigarette. Quand on vient à enflammer une cigarette ainsi préparée, elle continue à brûler comme de l'amadou, tant qu'elle dure. Le malade, aspirant lentement la fumée qui se dégage de la cigarette en ignition, la fait passer successivement à travers le larynx, la trachée et les bronches. On répète ces inspirations une ou deux fois par jour, une ou deux semaines de suite, suivant le plus ou moins d'irritation qu'elles produisent, en ayant soin de n'inspirer chaque fois que huit ou dix bouffées de fumée; on cesse, pour reprendre au bout de quinze jours, puis au bout d'un mois, et ainsi de suite.

Par les fumigations de chlore, d'iode, etc., on modifie également le catarrhe bronchique tuberculeux, mais on ne modifie en rien les tubercules. L'iode en vapeur vient se mettre en contact avec la membrane muqueuse chroniquement enflammée; elle change la vitalité de ce tissu, et, en définitive, le malade qui expectorait 100 grammes, je suppose, n'en expectore plus que 25; de telle sorte, qu'au point de vue de l'expectoration, il peut se considérer comme guéri aux trois quarts; quant aux tubercules, ils ne sont nullement influencés par le médicament. On fait donc une chose utile par la médication substitutive même dans la phthisie tuberculeuse, mais on ne guérit pas les tubercules, quoi qu'on en dise.

Tous les médicamens qui ont une action puissante contre la phthisie laryngée, agissent comme substituteurs, et c'est probablement là le rôle que joue l'acide sulfhydrique dans les eaux minérales sulfureuses, qui se sont faites, à l'endroit du traitement des affections chroniques du larynx, une réputation qui n'est pas toujours parfaitement méritée.

Maintenant, ajoute M. le professeur Trousseau, modifiez à votre gré la méthode substitutive; aux fumigations arsénicales, chlorées, iodées, etc., substituez, si vous le voulez, les fumigations aromatiques, balsamiques, etc.; remplacez les caustiques par l'huile essentielle de térébenthine, par le baume de Tolu, etc., etc., vous le pouvez : un large champ est ouvert à vos inspirations, et les agens substituteurs ne vous manqueront pas; mais souvenez-vous bien que ces topiques divers : irritans, caustiques, aromatiques, balsamiques, agissent tous, en définitive, de la même façon, en modifiant la vitalité des tissus malades. Et de même que l'on guérit le lichen par la pommade au goudron, de même on guérit des catarrhes chroniques par les vapeurs de térébenthine de Bordeaux.

Une pratique conseillée par tous les auteurs dans le traitement des affections chroniques du larynx, c'est le repos absolu de l'organe dans toutes les périodes de la maladie; M. Trousseau s'élève vivement contre cette manière de faire.

Il aime mieux suivre, dans les affections laryngées dont l'acuité n'est pas extrême, l'exemple de ces médecins qui, appelés auprès d'un individu qui vient de se faire une entorse, loin de lui conseiller le repos, lui disent, comme autrefois le Christ au paralytique : *surge et ambula*. Ces médecins pensent qu'après avoir bien maintenu les ligamens à l'aide d'un solide bandage, il y a tout intérêt, au point de vue de la rapidité du retour des fonctions du membre, à ne pas laisser l'articulation immobile, afin que les ligamens, n'ayant pas perdu, pour ainsi dire, l'habitude des mouvemens, soient prêts à reprendre immédiatement leurs fonctions lorsqu'ils seront revenus à leur état normal.

Avant que M. Philippe Boyer n'eût institué ou vulgarisé le nouveau traitement des ulcères par la compression à l'aide de bandelettes de sparadrap, les hôpitaux étaient encombrés de malheureux qui, alors que leurs familles avaient besoin de leurs bras, étaient obligés de rester au lit pendant de longs mois, et qui, lorsqu'après une longue attente, la guérison était enfin obtenue, voyaient la cicatrice se déchirer sous l'influence d'un mouvement un peu énergique et leur ulcère se rouvrir. M. Boyer entreprit le traitement des ulcères par les bandelettes agglutinatives; loin de laisser les malades au lit, il leur ordonna de se lever et de marcher. Alors fut organisé, au bureau central, l'admirable service qui existe aujourd'hui pour le traitement des ulcères. Alors des milliers de malheureux qui, auparavant, pourrissaient dans les salles de nos hôpitaux, qu'ils encombraient et infectaient, purent sortir de leur lit, marcher, vaquer à leurs occupations, se livrer à leurs travaux, à la seule condition de venir une ou deux fois par semaine se faire panser au bureau central. Ils guérirent ainsi beaucoup plus rapidement de leurs ulcères; en outre, la cicatrice opérée sur des aponévroses et des muscles toujours en mouvement; acquit, par là même, beaucoup plus de solidité, et les déchirures devinrent beaucoup moins fréquentes. C'est là un éminent service rendu, par M. Boyer, à la science et à l'humanité. M. Trousseau fait parler ses malades à affections laryngées, comme d'autres médecins font marcher les gens qui ont des entorses ou des ulcères aux jambes. Au bout d'un certain temps, quand la douleur est passée et que les accidens ayant complètement ou presque complètement disparu, il ne reste plus que de l'aphonie, non seulement il leur permet, mais il leur ordonne de parler, comme d'autres ordonnent de marcher. Mais il les fait parler d'une certaine façon; il les soumet à une véritable gymnastique de la voix et de la parole. Quand on parle à demi-voix, dit M. Trousseau, on a tout lieu d'être surpris de la fatigue extrême qu'on éprouve. Il a vu dans son cabinet bon nombre d'ecclésiastiques qui avaient perdu leur voix dans l'exercice de leur ministère; tous lui ont déclaré que ce qu'il y avait de plus pénible pour eux, c'était le confessional, et que l'obligation où ils étaient alors de parler à demi-voix, fatiguait plus leur larynx que la prédication dans une grande église.

Lors donc que l'on veut faire faire des exercices de voix, il faut bien recommander aux malades de ne point parler à voix basse. Pendant quatre à cinq mois au moins, cinq à six fois par jour, et, chaque jour, ils ouvriront un livre et liront lentement

---

cieuse qui s'accompagnait des symptômes de la *catalepsie*, nous ne trouvons pas son analogue dans les fièvres intermittentes pernicieuses de nos jours.

Il n'y a rien de bien notable touchant la pleurésie, la pneumonie, les affections cardiaques et autres maladies aiguës fébriles, décrites par Cælius Aurelianus.

Deuxième groupe, *maladies aiguës sans fièvre*. Au premier rang de ces maladies, Cælius place *l'apoplexie*. L'apoplexie, dit-il, est ainsi nommée parce que le malade est pris subitement, comme frappé d'un coup violent, terrassé, assommé. Elle est caractérisée par une perte soudaine de connaissance, de mouvement et de sentiment, qui, le plus souvent, ne s'accompagne pas de fièvre. Tantôt, avant la chute qui marque l'invasion du mal, on n'observe aucun signe précurseur; tantôt il se manifeste quelques phénomènes qui peuvent faire prévoir l'attaque; ces phénomènes sont : des pesanteurs de tête, des vertiges, des tintemens d'oreilles, de la difficulté dans les mouvemens; la tristesse est peinte sur la figure; on observe de légers mouvemens spasmodiques, des soubresauts dans les membres, un tremblement des lèvres, de la langue; la parole est moins accentuée; parfois l'individu, en train de parler, s'arrête subitement et sans motif au milieu d'une phrase commencée; d'autres fois, il prend un mot pour un autre, etc. Cælius signale encore, comme phénomènes précurseurs de l'apoplexie, la difficulté de l'émission des urines et de l'expulsion des matières fécales; mais, ajoute-t-il, ces signes annoncent-ils, d'une manière infaillible, l'attaque d'apoplexie? Non, car on les observe également chez ceux qui, plus tard, deviennent épileptiques ou maniaques.

Quand l'attaque survient, le malade perd tout à coup connaissance; la voix s'arrête; l'intelligence s'éteint; tout le corps est frappé à la fois d'immobilité et d'insensibilité; les paupières ne se rapprochent plus, la respiration est courte, bruyante, stertoreuse; la figure prend une teinte de plomb. Si le mal s'aggrave, la peau devient froide, les traits du visage s'allongent, les lèvres sont pendantes, la respiration s'embarrasse de plus en plus, et la mort arrive au milieu de tous ces phénomènes. Dans quelques cas, ajoute-t-il, la maladie se termine par la guérison, et, alors, la connaissance revient peu à peu avec le sentiment et le mouvement; le malade recouvre la parole, l'ouïe et la liberté de la respiration; mais il y en a qui restent paralysés d'un ou plusieurs membres, et quelquefois d'une moitié du corps.

Il est facile de voir que cette description s'adresse à une hémorrhagie cérébrale très intense, à l'apoplexie portée à son plus haut degré. Cælius Aurelianus n'a pas vu ces cas dans lesquels la maladie se borne à produire, dès le début, une paralysie partielle, ou l'hémiplégie. S'il parle de l'hémiplégie, ce n'est que comme d'un certain mode de terminaison de l'apoplexie au plus haut degré, c'est-à-dire de cette apoplexie qui débute tout à coup par une perte absolue de l'intelligence, du mouvement et du sentiment. Du reste, Cælius Aurelianus, ne connaissant pas l'anatomie pathologique, ignorait la lésion de l'apoplexie et les rapports de cette dernière avec la paralysie. Il avait observé, d'ailleurs, que l'apoplexie frappe le plus souvent les vieillards, qu'elle se montre de préférence en hiver et vers la fin de l'automne. Il la regarde comme une malade grave due au *strictum*.

Parmi les descriptions toujours curieuses que Cælius Aurelianus donne des maladies, il y a un chapitre qui mérite une mention spéciale : c'est celui où il traite de l'hydrophobie. Il entre à ce sujet dans des détails qui pourraient très bien trouver place dans nos livres modernes de pathologie. L'article *traitement* surtout est curieux. Il y expose une longue nomenclature des moyens employés pour guérir cette maladie. Les méthodistes la considéraient comme parfaitement curable, et Thémison prétend que, mordu par un chien enragé, il s'est guéri lui-même à l'aide d'une méthode de traitement instituée d'après ses principes. Il est à croire que la maladie de Thémison existait plus dans son imagination qu'en réalité, car il dit qu'il en ressentit les premiers symptômes trois jours après la morsure du chien; or, on sait que l'incubation de la rage dure plus de trois jours. Dans la description de Cælius Aurelianus, on trouve des faits intéressans, entr'autres celui d'une jeune fille qui contracta l'hydrophobie en portant à sa bouche des vêtemens qu'on lui avait donnés à raccommoder, et qui étaient imprégnés de la salive d'un chien enragé. C'est là un fait curieux d'absorption du virus de la rage par une membrane muqueuse.

L'auteur se demande si la rage est une maladie ancienne ou une maladie nouvelle. La question pouvait bien être posée, car nulle part, dans les livres hippocratiques, il n'est fait mention de l'hydrophobie, chose singulière, et qui semble indiquer que si l'hydrophobie existait en Grèce et dans l'Asie mineure, au temps d'Hippocrate, elle y était du moins très rare. Cælius Aurelianus, après s'être livré sur ce point à une discussion étendue, pense que la rage existait anciennement; mais, ajoute-t-il, cette maladie est plus ou moins fréquente suivant les temps, et il est possible qu'au temps d'Hippocrate, elle ait été assez rare pour n'avoir pas attiré l'attention de ce grand médecin.

Après l'histoire de l'hydrophobie, celle du choléra mérite d'être lue. L'auteur prétend que cette maladie a été ainsi nommée, parce qu'elle présente, comme principal phénomène, un rejet abondant de bile par le haut et par le bas. Il ajoute qu'à mesure que la maladie marche, d'autres humeurs sont également évacuées.

Asclépiade définissait ainsi le choléra : *L'issue rapide des humeurs qui s'échappent avec abondance par la bouche et par les intestins.* Pour Soranus, c'est un *relâchement* de l'*estomac* et des *intestins. accompagné d'un grand danger.* Cette définition prouve quelle gravité on attachait, dès la plus haute antiquité, à cette maladie.

Dans la description de Cælius Aurelianus, on trouve les principaux caractères du choléra, tel que nous le connaissons aujourd'hui. L'auteur indique très bien la période d'affaissement (période algide) : disparition du pouls, extinction de la voix, soif inextinguible, refroidissement général, etc.; cette période est très souvent mortelle; si le malade se relève, il se réchauffe peu à peu, et alors survient la période de réaction nettement indiquée par Cælius Aurelianus. Comme traitement, l'auteur voulait que l'on pratiquât des frictions stimulantes et sans cesse continuées, que l'on promenât des ventouses sèches sur divers points des membres et du tronc; il ne donnait pour boisson que de l'eau froide, et en petite quantité à la fois; dans quelques cas, il prescrivait du vin. Il blâmait vivement les médecins qui avaient pour habitude de faire vomir les cholériques. Il repoussait les médicamens chauds ou excitans, disant que, dans cette maladie, mélange de strictum et de laxum, ils ne faisaient qu'augmenter la chaleur intérieure que ressentent tous les malades, et dont le strictum est la cause.

Il serait trop long, et d'ailleurs fastidieux, de passer en revue les diverses maladies aiguës décrites par Cælius Aurelianus. Nous ferons remarquer seulement que, dans l'ouvrage de ce médecin, il n'est pas question des fièvres ou pyrexies. Suit-il de là, comme le veut M. Dezeimeris, que Cælius Aurelianus ait refusé d'admettre une classe particulière de maladies constituées par les fièvres. Non, car dans un endroit de son livre, il nous apprend qu'il avait composé un traité spécial sur les fièvres, *De febribus*. Voilà pourquoi il n'a pas cru devoir traiter des fièvres dans son grand ouvrage de pathologie. Cette remarque a de l'importance, car il est intéressant, au point de vue de l'histoire des fièvres ou pyrexies, de savoir jusqu'à quel point les divers auteurs ont voulu ou non en faire une classe spéciale de maladies. Or, l'histoire de la médecine nous montre sur ce sujet la grande école méthodique marchant d'accord avec l'école d'Hippocrate, et ce n'est pas d'une médiocre importance dans la question qui nous occupe.

(La suite du cours prochainement.)

La séance du comité de rédaction de l'Union Médicale aura lieu, demain vendredi, à l'heure ordinaire.

et à haute voix, en ayant soin, à chaque reprise de la respiration, d'attirer dans leur poitrine autant d'air que leurs poumons peuvent en contenir. Une condition capitale chez l'orateur, le chanteur et le comédien, est de savoir respirer à temps. L'art d'inspirer, pour l'orateur, le chanteur et le comédien, est d'une importance énorme et bien connue des bons professeurs de chant et de déclamation. On ne saurait croire les soins que les professeurs du Conservatoire donnent à leurs élèves, pour leur apprendre à respirer à propos.

On recommande donc au malade de faire des inspirations profondes, et d'émettre ensuite plusieurs sons successifs en articulant nettement et prenant bien garde surtout d'éviter les notes de tête. Si, après cinq à six mois de cette gymnastique vocale, il reste, dans la voix du malade, des notes toujours fausses et voilées, on le soumet à un exercice particulier, inventé par un professeur de chant nommé M. Larochette, qui guérissait ainsi beaucoup de malades, et qui a emporté son secret dans la tombe. Ce secret a été surpris par M. Trousseau sur une cliente de M. Larochette; le voici :

M. Larochette faisait pousser à ses cliens de véritables vociférations par l'artifice suivant : le malade commençait par prendre dans sa poitrine toute la quantité d'air que ses poumons pouvaient contenir; puis il devait d'un seul coup, et dans l'espace de temps le plus court possible, émettre un son bref, énergique, en rendant toute cette quantité d'air. Ainsi, remplir d'air les poumons, au moyen d'une inspiration profonde, puis, par une expiration brusque, débiter, en émettant un son, cet air dans le temps le plus bref possible, tel était le secret de M. Larochette. Cet exercice vocal, qui paraît étrange et qui étonne tout d'abord ceux qui commencent à le pratiquer, est le moyen le plus puissant de restaurer une voix perdue. M. Trousseau est parvenu, de cette manière, à rendre la voix à un grand nombre d'individus aphones depuis plusieurs années; mais il a soin de faire observer que ces personnes, au moment où il a commencé à les traiter, n'avaient plus ou presque plus d'altération du larynx. Il leur restait seulement une aphonie résultant du repos prolongé de l'organe vocal. La continence absolue, dit l'habile professeur, rend l'homme impuissant. Il en est de même des autres organes; par le défaut d'exercice, ils perdent leur aptitude fonctionnelle. Il faut que les individus devenus aphones à la suite de maladies laryngées, s'accoutument peu à peu à reprendre l'exercice de leur larynx; de même qu'un homme, tenu pendant longtemps sur un lit de fractures, a besoin de s'habituer de nouveau à marcher, la *continence* musculaire ayant rendu ses muscles inaptes à remplir leurs fonctions. Quand un homme est demeuré longtemps sans parler pour cause d'affection laryngée, il reste aphone après la guérison de la maladie, par suite du repos absolu auquel l'organe a été pendant longtemps condamné; c'est alors que l'exercice méthodique dont nous venons de parler produit les avantages les plus remarquables, et que l'on parvient à restaurer, ou du moins à améliorer prodigieusement des voix perdues depuis longues années.

Cette leçon, dont ce compte-rendu n'est qu'un écho bien affaibli, a été dite par M. Trousseau avec un entrain et une verve inexprimables. Aussi a-t-il été salué à la fin par un véritable tonnerre d'applaudissemens spontanément partis de tous les points de l'amphithéâtre, élan d'autant plus honorable pour M. Trousseau, que le nombreux et sympathique auditoire qui se presse à ses leçons cliniques, est en général très sobre de ces sortes de manifestations, sans doute parce qu'il faudrait trop souvent applaudir le brillant professeur.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — Clinique de M. le professeur Velpeau.

Sommaire. — Anévrysme faux consécutif du pli du coude. — Injection de perchlorure de fer; insuccès. — Ligature de l'artère humérale. — Hémorrhagies. — Guérison.

Au n° 9 de la salle Sainte-Vierge, est un homme jeune, bien constitué, qui porte au pli du coude une tumeur globuleuse, mobile, sans changement de couleur à la peau, sans empâtement, survenue par accident. Cette tumeur est le siége de battemens manifestes à l'œil et au doigt. Le diagnostic n'est pas douteux : c'est un anévrysme faux consécutif, survenu à l'occasion d'une saignée; la saignée avait été faite pour une céphalalgie rebelle. Elle avait été pratiquée par une sage-femme qui ne s'est pas aperçue de l'accident. L'écoulement du sang s'est arrêté facilement; mais, quelques jours après, il se développa une tumeur qui augmenta peu à peu.

Nous sommes donc en présence d'un anévrysme faux consécutif, chez un sujet jeune et vigoureux. Cet anévrysme est volumineux; il est déjà gros comme un œuf de poule; il augmente chaque jour. On ne peut donc le laisser sans traitement; d'un autre côté, il est indolent; il n'y a pas d'empâtement, pas d'épaississement des tissus. Il n'y a pas à songer à la guérison spontanée. Que faire en pareil cas?

La thérapeutique des anévrysmes a été très étudiée depuis quelques années.

Il y a vingt ans, on ne songeait qu'à la ligature. On ne discutait que la place où elle devait être faite, au-dessous ou au-dessus de l'anévrysme, ou bien à la fois au-dessus et au-dessous de la tumeur. La ligature est une opération facile, elle réussit ordinairement; cependant, c'est une opération sérieuse, laissant à l'esprit des chirurgiens le besoin de chercher quelque chose de plus simple.

Depuis plusieurs années, on a essayé de coaguler le sang des anévrysmes sans opération sanglante.

J'y ai songé l'un des premiers. Dès 1830, j'ai fait des essais, mais ils ont été peu fructueux. J'introduisais des tiges métalliques, des aiguilles à acupuncture dans l'intérieur de la poche ou dans l'artère même, afin de déterminer une inflammation adhésive.

M. Pravaz adapta une chaîne électrique aux extrémités de l'aiguille; ces tentatives restèrent sans succès. Il existe cependant une observation de guérison d'un anévrysme de la région sous-claviculaire, traité ainsi à l'hôpital Saint-Louis. A Londres, Liston, en 1837, appliqua la galvano-puncture : il fut obligé d'y renoncer.

M. Philipps employa l'électricité pour un anévrysme de la carotide. Mais ce fait ne fut pas concluant; on ne sut si l'on avait affaire à un anévrysme ou à une tumeur fongueuse.

M. Pétrequin mit en usage l'acupuncture et la galvano-puncture. Sur trente opérations, il compta quelques succès et dix morts.

M. Pravaz est revenu à l'idée de coaguler le sang par des injections.

D'autres chirurgiens avaient eu déjà la même pensée.

M. Leroy-d'Étiolles, en 1834, avait injecté de l'alcool; mais il avait eu peu de succès, et l'on avait abandonné cette méthode.

C'est la même méthode que M. Pravaz reprend; mais il fait choix d'un liquide bien autrement énergique.

M. Pravaz a fait des expériences sur les animaux, pour démontrer la puissance très grande du perchlorure de fer pour coaguler le sang. Quelques gouttes d'une solution saturée de ce sel suffisent pour arrêter le sang dans la carotide d'un cheval.

MM. Giraldès, Debout et quelques autres chirurgiens, ont fait des expériences sur les animaux.

Il a déjà été fait cinq opérations sur l'homme. Quatre paraissent avoir réussi ou devoir réussir, car les résultats ne sont pas encore complets. Les quatre premières opérations ont été faites par MM. Serres, Niepce, Deslonchamps et Lenoir. La cinquième a été suivie d'accidens; mais on ne sait pas dans quelles circonstances elle a été pratiquée, ni si toutes les précautions ont été prises.

Ces résultats nous engagent à essayer. Cependant, on doit hésiter à abandonner des méthodes bonnes et éprouvées par de nombreux succès, pour cette nouvelle méthode encore inconnue, dont les résultats sont douteux.

Nous allons, avec toutes les précautions convenables, la tenter devant vous, en présence de chirurgiens qui l'ont pratiquée sur les animaux, et de M. Burin du Buisson, qui nous a apporté le liquide dont se sert M. Pravaz.

M. Velpeau pratique l'opération ; mais, avant d'en raconter les détails et les suites, nous croyons utile de revenir sur l'observation du malade :

Le nommé Cuvillier (Désiré), âgé de 19 ans, étudiant, demeurant rue Grange-Batelière, n° 12, né à Famocourt (Aisne), entre le 14 mai 1853, au n° 9 de la salle Sainte-Vierge.

Ce jeune homme est bien constitué; il se porte habituellement bien. Il n'a jamais eu de maladie grave; mais il est sujet à de fréquens maux de tête.

C'est pour une indisposition de ce genre, qu'il y a cinq mois, sa belle-mère, qui est sage-femme, lui pratiqua une saignée. Elle piqua la veine médiane basilique du bras gauche. Le sang coula en bavant.

Un mois après, c'est-à-dire au mois de janvier, une nouvelle saignée fut pratiquée; sur la même veine. Le malade éprouva, au moment de la piqûre, une douleur assez vive. Il ne peut nous donner que des détails assez vagues sur la manière dont la saignée a été faite. Il affirme seulement que le sang s'échappa par un jet non interrompu, non saccadé; et qu'il fut très facile de l'arrêter. Il dit enfin que deux jours après, la plaie de la lancette était parfaitement cicatrisée; mais presqu'aussitôt se développa, immédiatement au-dessous de la cicatrice, une petite tumeur du volume d'une noisette, et sans changement de couleur à la peau. En même temps que la tumeur augmente de volume, elle devient le siége de battemens. Le malade ne constate aucun autre phénomène; mais il se préoccupe beaucoup de ce que doit devenir cette tumeur; il consulte des médecins, lit des ouvrages de chirurgie, s'inquiète et vient à Paris.

État actuel. — Le membre supérieur gauche, sur lequel siége la tumeur que nous allons décrire, présente les mêmes dimensions que le droit; les mouvemens se font régulièrement.

Au niveau du pli du coude, remontant à un centimètre et demi au-dessus de l'épitrochlée, descendant à deux centimètres au-dessous de cette éminence, se trouve une tumeur qui soulève la peau dans presque toute l'étendue de la région du pli du coude.

Cette tumeur est sans changement de couleur à la peau, à laquelle elle n'est pas adhérente; elle est ronde, sphérique, parfaitement régulière; un peu plus étendue transversalement que verticalement. Elle a le volume d'un gros œuf de poule. Son axe vertical mesure une étendue de 8 centimètres et son axe transversal de 10 centimètres.

Quand le malade fléchit l'avant-bras sur le bras, la tumeur est comme comprimée, refoulée en dedans du membre, comme diminuée de volume. En appliquant la main sur la tumeur, on perçoit des battemens, des pulsations isochrones, régulières; des mouvemens d'expansion appréciables au toucher, le sont aussi à la vue.

Les pulsations de l'artère radiale de ce côté sont moins fortes que celles de la radiale du côté droit, et suivent, d'un certain intervalle, les battemens de la tumeur. En comprimant l'artère humérale à sa partie moyenne, on fait cesser aussitôt les battemens.

La tumeur est fluctuante, dépressible, mais non réductible.

21 mai. M. Velpeau veut essayer la méthode de M. Pravaz (de Lyon), en présence de MM. Malgaigne, Nélaton, Roux, Giraldès, Jarjavay, Debout, et de M. Burin du Buisson, pharmacien à Lyon, qui remit à M. Velpeau le même liquide que celui qu'emploie M. Pravaz.

M. Velpeau applique un garrot au niveau de l'insertion inférieure du muscle deltoïde. En même temps un aide comprime fortement l'avant-bras au-dessous de la tumeur.

Une incision de 1/2 centimètre, n'intéressant que l'épaisseur de la peau, est pratiquée au point le plus saillant de la tumeur, cette sorte de ponction facilite l'introduction du trocart; le trocart, muni de sa canule, est enfoncé, puis retiré. Il ne s'écoule pas une goutte de sang par la canule, cependant le chirurgien s'assure et fait constater par les assistans qu'elle plonge dans une cavité. On adapte alors au pavillon de la canule la seringue chargée de perchlorure de fer. Le piston de cette seringue est muni d'un pas de vis, de telle sorte que c'est en tournant ce piston, et non en le poussant, que l'on fait sortir le liquide. Chaque tour que l'on imprime au piston fait sortir une goutte de liquide.

M. Velpeau imprime dix tours au piston; les deux premiers tours ne servant qu'à remplir la canule, il en résulte qu'il a injecté huit gouttes de liquide.

Au bout de cinq minutes, on retire l'instrument.

La tumeur semble avoir pris plus de consistance; mais trois minutes après, lorsqu'on desserre le garrot, elle reprend ses mouvemens d'expansion; les pulsations de la radiale, interrompues par le garrot, se font sentir de nouveau. Le malade n'a ressenti qu'une très légère piqûre; il n'y a pas d'engourdissement ni de refroidissement dans le membre. On applique au niveau de la piqûre un petit morceau de diachylon, qu'on recouvre de compresses maintenues par un bandage contentif.

Trois quarts d'heure après l'opération, on retire le garrot. On constate que la tumeur est d'une température un peu plus élevée que celle des parties voisines.

22 mai. La tumeur paraît un peu plus dure; les battemens paraissent diminués.

23. La tumeur est rouge et un peu chaude. Les battemens reparaissent comme avant l'opération.

24. Le malade a de la fièvre, de l'anorexie, de la céphalalgie, des douleurs dans les reins,

26. Une éruption de varioloïde apparaît. Elle ne présente rien de particulier dans son cours, si ce n'est que, très discrète partout, elle n'est confluente qu'au niveau de la tumeur, sur toute la partie du bras gauche entourée par le bandage contentif.

10 juin. On peut faire cesser les battemens en plaçant le membre dans l'extension forcée et en comprimant la tumeur; on essaie ce moyen, mais le lendemain il faut y renoncer, à cause de l'extrême douleur qu'il cause au malade.

11. M. Velpeau fait une nouvelle tentative avec le perchlorure de fer; il injecte 8 à 10 gouttes de liquide. La canule, cette fois, ne semble pas libre dans la tumeur; elle paraît serrée par un volumineux caillot, et cependant la tumeur paraît fluctuante. La canule retirée, le liquide sort par l'ouverture de la ponction.

Le soir, la tumeur a augmenté de volume; elle est devenue plus douloureuse. Les battemens sont aussi prononcés qu'avant l'opération.

18. La tumeur est encore augmentée de volume, la peau est rouge, enflammée; les battemens de la radiale se perçoivent très distinctement.

M. Velpeau pratique la ligature de l'artère humérale à sa partie moyenne.

Il fait à la peau une incision longue de 6 centimètres environ. Il incise ensuite l'aponévrose, rejette le nerf médian en dedans, écarte une grosse veine qui couvre l'artère, qu'il isole et qu'il entoure d'un fil double. Il le serre fortement par un double nœud. Les bords de la plaie sont réunis par deux bandelettes de diachylon placées l'une en haut, l'autre en bas, le fil à ligature pendant entre elles. Le tout est couvert d'un linge cératé maintenu par un bandage légèrement compressif.

Le membre pâlit et se refroidit.

Dans la journée, les battemens ne sont plus perceptibles dans la tumeur ni dans l'artère radiale. Le membre se tuméfie; quelques veines sous-cutanées dorsales de l'avant-bras apparaissent plus distinctement.

La température du membre est plus basse de quelques degrés que celle du côté opposé;

Le soir, mêmes symptômes locaux, mais réaction générale; pouls plein et fréquent; peau chaude; face rouge; soif vive.

24 et 25. Le membre est œdématié; la circulation n'est pas rétablie dans les artères de l'avant-bras.

La réaction générale diminue.

26. Les battemens reparaissent faiblement dans la radiale. L'une des piqûres pratiquées pour les injections s'ouvre et laisse échapper un liquide noirâtre assez abondant.

3 juillet. Il sort de cette ouverture, qui s'est très agrandie, un caillot noirâtre, une sorte de détritus du volume d'une petite noix.

4 juillet. La totalité de la tumeur est remplacée par un clapier grisâtre, dans lequel M. Velpeau fait placer une petite boulette de charpie sèche.

6 juillet. La plaie de la ligature se couvre de bourgeons charnus. Dans la journée, il s'écoule par la plaie de la tumeur une quantité de sang considérable. Le malade a une syncope.

On applique le tourniquet sur l'artère humérale; la compression est faite sur la tumeur.

Au rapport des internes présens au moment de l'accident, le sang serait sorti par l'extrémité supérieure de la plaie et en nappe. L'hémorrhagie s'est arrêtée dès que la compression a été faite au-dessus de la ligature.

8 juillet. M. Velpeau fait sortir de la plaie un caillot épais et noirâtre.

12 juillet, à sept heures du matin. Hémorrhagie considérable par l'extrémité supérieure de la plaie. Cette hémorrhagie est augmentée par une compression légère exercée sur l'avant-bras.

Tourniquet. Compression au niveau de la plaie. Position élevée du membre.

M. Velpeau incise la peau largement, remplit le foyer de boulettes de

charpie, et fait une compression. L'hémorrhagie reparaît ; on applique le même pansement, mais la charpie est préalablement imbibée de perchlorure de fer. L'hémorrhagie s'arrête.

14. Au moment du pansement, on enlève une masse molle, noirâtre, formée par la charpie imprégnée de sang coagulé par le perchlorure.

15. Le fond de la plaie est rosé et couvert de bourgeons charnus, fournissant une suppuration de bonne nature.

18. Nouvelle hémorrhagie semblant avoir sa source à l'angle inférieur de la plaie. En essayant de serrer dans une pince cette ouverture, on la déchire et on l'agrandit. En portant le doigt, on y sent des battemens.

Compression immédiate avec de la charpie imbibée de perchlorure de fer. Élévation du membre.

19. L'hémorrhagie reparaît, toujours par le même point. Même traitement.

25. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie; la plaie est en bon état, la suppuration de bonne nature. Pansement avec la charpie sèche.

29. Pansement simple.

Août. La plaie de la ligature est cicatrisée. Celle qui occupe la place de la tumeur l'est presque complètement.

21 août. Guérison complète. — Sortie.

Rombeau et Moynier,
Internes du service.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 Août 1853. — Présidence de M. Bérard.

M. le Secrétaire donne lecture de l'ampliation du décret impérial en date du 13 août, qui approuve l'élection faite par l'Académie, dans la séance du 2 de ce mois, de M. Chatin, pour remplir la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

M. Chatin, présent à la séance, prend place parmi ses collègues.

La correspondance officielle comprend en outre :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique, qui envoie à l'Académie un échantillon de cow-pox recueilli dans la commune de Guran (Haute-Garonne), que lui a transmis M. le docteur Latour, médecin militaire en retraite. (Com. de vaccine.)

2° Une lettre du ministre du commerce, qui envoie des échantillons d'une source minérale sulfureuse de Gazost (Hautes-Pyrénées), pour en faire l'analyse. (Com. des eaux minérales).

3° Plusieurs lettres du même ministre, relatives à des remèdes secrets.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un mémoire de M. Leriche, de Lyon, sur les injections iodées dans les grandes cavités closes.

L'auteur informe l'Académie, par sa lettre d'envoi, qu'il a dernièrement employé la teinture d'iode dans les articulations, pour dissoudre les corps étrangers. (Com. MM. Velpeau, Larrey et Bégin.)

2° Un mémoire de M. Eugène Grellois, médecin-major à l'hôpital militaire de Metz, relatif à quelques points inédits de l'histoire des eaux thermales d'Hammam-Meskhoutin, lequel est accompagné d'une notice sur quelques sources thermales du cercle de Ghelma. (Com. des eaux minérales.)

3° Un mémoire de M. Larue, de Bergerac, sur l'action antigoutteuse et antirhumatismale des feuilles de frêne. (Comm. MM. Grisolle et Requin.)

4° Un mémoire de M. Plouviez, de Lille, sur un nouveau traitement contre les flueurs blanches ou les pertes sanguines utérines, hors l'état de grossesse, chez les femmes qui ont eu des enfans. (Com. MM. Mélier, Gibert et Huguier.)

— M. Dumas, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, présent à la séance, prend place, sur l'invitation de M. le Président, parmi les membres.

Suppression des quartiers de gâteux dans les asiles d'aliénés.

M. Londe lit, au nom d'une commission, un rapport sur une note relative à la suppression des quartiers de gâteux dans les asiles d'aliénés, par M. le docteur Archambault, médecin en chef du service des hommes à la Maison nationale de Charenton.

Dans la séance du 24 juin 1851, M. Archambault a entretenu l'Académie d'une amélioration qu'il venait de réaliser dans la Maison des aliénés de Charenton. On se rappelle que M. Archambault, partant de cette observation que, sauf des circonstances exceptionnelles, les exonérations intestinales n'ont lieu qu'une seule fois dans les vingt-quatre heures, et avec les caractères ordinaires, chez les aliénés désignés sous le nom de gâteux, et que ces malades ne gâtent que faute d'intelligence pour les diriger dans les habitudes ordinaires de la vie, et non par suite d'un changement dans leur état organique, a conçu l'idée de substituer à l'intelligence absente des malades l'intelligence active du personnel de service, et que c'est par l'application de cette idée simple, c'est-à-dire en conduisant les malades matin et soir à la garderobe, et en leur faisant présenter plusieurs fois par jour l'urinoir, qu'il est parvenu à ramener ces malheureux à l'état de propreté et aux conditions communes des autres aliénés, et à supprimer entièrement la division des gâteux.

Les tentatives de M. Archambault ont commencé le 1er mai, et le succès a dépassé ses espérances; les draps, la literie, les vêtemens ont cessé d'être souillés, et, depuis le 20 mai, tous les aliénés gâteux de la Maison de Charenton ont repris les vêtemens usuels que chacun d'eux avait quittés.

Aujourd'hui, dans le service de M. Archambault, les gâteux, dit M. le rapporteur, n'ont rien dans les vêtemens qui les distingue des autres malades; ils occupent une salle de réunion qui, ainsi que les dortoirs, est parquetée, cirée et frottée, et où ils sont assis sur des siéges et des fauteuils ordinaires. Dans ces salles, dans le réfectoire, en un mot, dans tout le quartier, plus d'odeur fétide et repoussante, plus rien qui puisse les distinguer des autres divisions de la maison.

Ainsi, dans l'intervalle de vingt jours, a été tentée et exécutée, avec un succès qui ne s'est point démenti, une mesure d'hygiène destinée à faire disparaître une des plaies les plus humiliantes et les plus affligeantes de l'humanité.

La commission a été mise en demeure de se prononcer sur une question de priorité. En effet, depuis la lecture du travail de M. Archambault, plusieurs lettres ont été adressées pour réclamer la priorité de l'idée et du succès ; ces lettres sont de M. Renaudin, directeur de l'asile de Maréville ; de M. Girard, médecin de l'asile d'Auxerre, et de M. Morel, médecin des aliénés de Maréville.

M. le rapporteur, après avoir examiné attentivement les motifs de ces diverses réclamations, résume le jugement de la commission en ces termes :

De tout ce qui précède, il résulte que l'amélioration de la position des gâteux, cette plaie qui semblait la plus incurable des établissemens d'aliénés, occupe depuis longtemps les médecins éclairés et consciencieux qui dirigent ces établissemens ; qu'avant M. Archambault, beaucoup de moyens analogues à ceux qu'il mentionne ont été conseillés, beaucoup d'efforts même ont été tentés, mais sans produire autre chose qu'un palliatif au mal existant ; qu'en aucun lieu, on n'est arrivé à le couper dans sa racine, et qu'enfin c'est à M. Archambault qu'appartient l'honneur d'avoir obtenu un résultat complet, entièrement satisfaisant, et d'avoir, en un mot, fait totalement disparaître des établissemens d'aliénés le quartier des gâteux.

La commission propose, en conséquence, d'adresser des remercîmens à M. Archambault, et, pour consacrer la date d'une réforme importante, d'ordonner le renvoi de son mémoire au comité de publication. (Adopté.)

Névralgie intercostale.

M. Piorry lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Lecadre, du Havre, concernant la névralgie intercostale.

M. le rapporteur trouve dans les faits exposés dans le mémoire de M. Lecadre, la confirmation des opinions qu'il professe sur ce sujet, et qu'il résume dans les propositions suivantes :

1° La névralgie intercostale est parfois le résultat d'une lésion persistante, existant dans le nerf qui en est le siége. Il en arrive ainsi pour certains cas dans lesquels ce nerf a été tiraillé ou comprimé, à l'occasion de certaines positions du corps, et de la flexion du tronc en avant. Dans d'autres cas encore, ainsi que l'a bien étudié M. Bouillaud, une phlegmasie existant dans la plèvre s'est étendue aux filets nerveux situés au-dessous des côtes. Votre rapporteur n'a pas vu, jusqu'à présent, que des névrômes, ou mieux des névrocélies, aient donné lieu aux névralgies intercostales. Tout au contraire, des souffrances très vives dans les nerfs situés au-dessous des côtes ont été les symptômes de carcinômes mammaires ou de ganglions situés dans l'aisselle.

2° Le plus ordinairement, les douleurs dans un nerf intercostal sont dues à des modifications momentanées survenues dans son état moléculaire, et cela à l'occasion de quelque lésion anatomique plus ou moins persistante existant ailleurs. C'est ainsi qu'elle est parfois produite par la compression exercée sur les nerfs dorsaux à leur sortie du canal vertébral, par une rachiocélie, ou encore par quelque souffrance de la moelle et de ses membranes. C'est encore ainsi que des tumeurs de l'aorte, déformant les vertèbres, peuvent donner lieu à de telles douleurs nerveuses.

3° Sur 100 cas de névralgies intercostales, il y a en eu peut-être 90 qui sont liées à des affections des ovaires ou ovaries.

4° C'est le plus souvent à gauche que la maladie de l'ovaire et des nerfs intercostaux a lieu.

5° Les névralgies intercostales sont très fréquentes aux approches de l'évacuation périodique, et dans les vingt-quatre ou trente-six heures qui les suivent. On les observe encore dans les cas où le col de l'utérus est ulcéré, dévié, carcinomateux, etc.

6° Chez l'homme, bien que rarement, à la suite d'excès généraux et de spermatorrhée, on voit survenir de pareilles douleurs.

Il résulte de tout ceci que l'existence d'une névralgie intercostale doit tout d'abord conduire à chercher s'il n'existe pas quelque affection de l'appareil génital. Un autre fait non moins remarquable, c'est la coïncidence ou plutôt le rapport de cause à effet existant, d'une part, entre les lésions des viscères thoraciques ou abdominaux, et, de l'autre, les névralgies intercostales ou dorso-lombaires.

M. le rapporteur, après avoir appuyé ces propositions par des exemples, et résumé les moyens de traitement qu'il a déduits, termine en proposant :

1° D'adresser une lettre de remercîmens à M. Lecadre ;

2° D'insérer son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant ;

3° De renvoyer son mémoire au comité de publication.

M. Londe demande à M. le rapporteur, qui nie l'existence d'un principe douloureux, spécial, névralgique ou rhumatique, et qui n'admet que des nerfs douloureux, qu'il explique en ce cas ces disparitions subites d'un rhumatisme ou d'une douleur névralgique.

M. Piorry répond que la transmission de la douleur se fait par les nerfs tout comme celles de toutes les sensations ; quant au rhumatisme, il n'y croit pas, parce qu'il ne l'a jamais vu ni senti. Rien n'est plus fâcheux pour la pratique, suivant lui, que l'admission d'un principe rhumatismal. Le lombago, qui peut être considéré comme le type du rhumatisme, n'est, dans l'immense majorité des cas, qu'une douleur produite soit par un coup, une chute, une distension de la colonne vertébrale, ou bien une affection des vertèbres qui ont été trouvées souvent tuméfiées dans ce cas; ou bien enfin, d'autres fois, il reconnaît pour origine un cancer utérin ou une maladie du testicule.

M. Requin : Il n'y a rien de plus rationnel que d'admettre un principe rhumatismal. M. Piorry en nie l'existence, parce qu'il ne peut ni le voir, ni le sentir. Mais s'il est si rigoureux en logique pour ce qu'il n'admet point, il l'est un peu moins pour ce qu'il admet. M. Piorry a-t-il jamais senti ou touché ces oscillations nerveuses dont il parle. Il trouve tout simple que les douleurs névralgiques se propagent par oscillations le long des trajets nerveux; cela n'est déjà pas si facile à comprendre. M. Requin ne partage pas, à cet égard, la philosophie de M. Piorry ; il croit aux causes occultes que Descartes a eu le tort de vouloir proscrire du langage scientifique, et il lui paraît très rationnel d'admettre l'existence d'une cause occulte (il préfère cette expression à celle de principe spécifique qu'on lui a substituée) partout où l'on constate des effets d'une nature particulière. Quant aux erreurs de diagnostic dont M. Piorry a cité des exemples, et qui ont souvent fait prendre pour des rhumatismes des lésions qui reconnaissaient une autre origine, cela ne prouve rien contre l'existence même du rhumatisme.

M. Piorry s'est peut-être mal exprimé quand il a dit que le rhumatisme était une chose qu'on ne pouvait ni voir ni sentir; il aurait dû dire que c'est une chose qu'on ne comprend pas. Quant aux oscillations nerveuses, c'est différent : il a pu très bien les apprécier lui-même dans des accès d'irisalgie auxquels il a été en proie. N'en voit-on pas, d'ailleurs, tous les jours des exemples dans les tintemens d'oreille, dans la sensation de fourmillement que l'on éprouve à la suite d'un compression du nerf cubital, dans les accès d'épilepsie, etc. ? Ce sont là des choses qui ne sont pas encore élevées à la hauteur d'une démonstration, mais qui n'ont cependant pas le vague du rhumatisme.

M. Bérard regrette d'être obligé de se déclarer encore une fois en contradiction avec M. Piorry. Mais M. Piorry a dit qu'une douleur pouvait se propager d'un nerf à un autre (par l'intermédiaire d'un ganglion, sans doute,) sans passer par les centres nerveux ; de sorte qu'un ganglion aurait la propriété de réfléchir la sensation. Il n'en est point ainsi. Les centres nerveux ont seuls cette propriété, et il faut, de toute nécessité, pour qu'une impression produite sur un nerf se propage à un autre nerf, qu'elle passe par le centre nerveux en décrivant ainsi un grand cercle. Ça été une théorie très séduisante, d'abord, que celle qui consistait à attribuer l'action reflexe aux ganglions ; mais cette théorie a été démontrée fausse.

Quant à la transmission directe des oscillations d'un nerf à un nerf voisin, dit M. Bérard, c'est une de ces erreurs que Haller à si bien réfutées. La proposition de M. Piorry, pour ne pas se servir d'une expression dont il a paru se piquer dans une autre circonstance, n'est donc pas parfaitement orthodoxe.

Après une courte réplique de M. Piorry, M. le Président met aux voix les conclusions du rapport, qui sont adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

COURRIER.

Association de prévoyance des médecins de la Seine. — En exécution de ses anciens statuts, la commission générale de l'Association s'est réunie, vendredi dernier, en séance extraordinaire, pour délibérer sur l'offre d'un don de la somme de quinze cents francs qui lui a été offerte par M. le docteur Rainer, médecin à Paris. La commission générale a accepté ce don à l'unanimité.

Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin. — Nous trouvons les renseignemens suivans dans le compte-rendu de l'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin, présenté par M. le docteur Schaaff, secrétaire :

Vingt-neuf adhésions nouvelles ont été reçues dans l'année qui vient de s'écouler, ce qui élève le chiffre des sociétaires à 122. L'Association possède aujourd'hui une fortune totale, tant en rentes sur l'État qu'en dépôts à la Caisse d'épargne et dans sa propre caisse, de 4,606 fr.56 c. Ses recettes dans le dernier exercice se sont élevées à la somme de 1,623 fr. 40 c. Elle n'a eu à distribuer que pour 265 fr. de secours, ce qui lui a permis de capitaliser une somme assez forte.

Il serait bien désirable que nos confrères des autres départemens imitassent l'exemple donné par les médecins du Rhône, de la Haute-Garonne, de la Sarthe et du Bas-Rhin, où fonctionnent les Associations de prévoyance. Un jour viendra, c'est notre espoir, où toutes ces Associations pourront se réunir et se fondre dans la grande Association du département de la Seine. C'est par des efforts locaux que ce résultat peut être obtenu.

Nouvelles du choléra. — A la date du 10 août, le choléra était entré dans une période de décroissance à Copenhague. Les esprits se rassuraient un peu. Il était temps, car une grande fermentation commençait à régner dans la population, qui se plaignait de l'incurie de l'administration municipale. Malgré une émigration énorme, et que l'on évalue à plus de 40,000 personnes, le choléra a fait d'affreux ravages dans la ville. On évalue à près de 4,000 le nombre des victimes sur une population réduite à moins de 90,000 âmes.

Le choléra a reparu à Moscou. Une de ses premières victimes a été M. le docteur Louis Siervruk, professeur d'anatomie à l'Université de cette ville, qui a succombé en deux jours.

Il paraît certain que le choléra à éclaté à Dantzig.

Nécrologie. — M. le docteur Prunelle, inspecteur honoraire des eaux de Vichy, membre correspondant de l'Académie des sciences, membre associé de l'Académie de médecine, vient de mourir à l'âge de 77 ans, frappé d'une attaque d'apoplexie.

Hopitaux. — L'hôpital fondé à Aoste (Sarde), pour le traitement des crétins, par les soins et la fortune de M. Cibrario, contient 12 lits, 4 pour les filles et 8 pour les garçons. D'après les règlemens, cet établissement ne doit recevoir que des sujets de 3 à 5 ans, et 2 seulement au-dessus de cet âge. Il renferme aujourd'hui de vrais crétins, des demi-crétins et des crétineux. La direction sanitaire est confiée au docteur Rich, médecin de l'hôpital St-Maurice.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Cours d'hygiène fait à la Faculté de médecine de Paris, par M. Louis Fleury, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre honoraire de la Société anatomique de Paris, membre correspondant de la Société de médecine de Marseille, de l'Académie royale de médecine de Belgique, chevalier de la Légion-d'Honneur, et de l'ordre de Léopold de Belgique, etc.

Mode de publication: Le *Cours d'hygiène* de M. le docteur Fleury est publié par livraisons de huit feuilles chacune, imprimées en petit texte. Le prix de chaque livraison, contenant la matière d'un fort demi-volume in-8, en caractères ordinaires, est fixé à 2 fr.

La *quatrième livraison* vient de paraître. Elle traite des cimetières, de la distribution des eaux, de l'éclairage public et privé, des habitations privées et publiques, du chauffage, des établissements industriels, de l'endémie, de l'épidémie et des constitutions médicales, de la contagion miasmatique, des lois sanitaires. Elle renferme ce qu'on ne trouve dans aucun traité d'hygiène : le classement des établissements industriels et la convention sanitaire internationale.

Paris, Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 102. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 27 Août 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An..................	32 Fr.
6 Mois..................	17
3 Mois..................	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12
A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

MÉDECINE PRATIQUE.

DE L'UTILITÉ DE L'ASSOCIATION DES INJECTIONS IODÉES A LA THORACENTÈSE DANS LE TRAITEMENT DES ÉPANCHEMENS PURULENS, CONSÉCUTIFS A LA PLEURÉSIE AIGUE ET CHRONIQUE, ET DE L'HYDROPNEUMOTHORAX [1];

Par le docteur F.-A. ARAN, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

On le voit, comme chez le premier malade, il y a eu du soulagement après l'opération, et le poumon refoulé s'est déplissé au point que le murmure respiratoire a pu être entendu dans toute l'étendue de la poitrine, un peu faible seulement inférieurement. Mais là s'arrête la ressemblance entre les deux observations. Tandis que, dans la première, le pus ne s'est pas reproduit, et que la maladie a marché presque sans obstacle vers la guérison ; dans la seconde, le pus n'a pas tardé à être sécrété de nouveau; la fièvre hectique, à laquelle la malade était en proie, n'a pas été calmée; et, chose plus fâcheuse encore, la réouverture spontanée de la plaie du trocart, en donnant une issue extérieure au pus, est venue nous mettre dans la nécessité de pratiquer l'opération de l'empyème, que nous avions eu pour but d'éviter. Nous trouvant placé alors dans les mêmes conditions que MM. Boudant, Massiani et Boinet, nous nous sommes efforcé, comme eux, d'amener la guérison par les injections iodées, faites matin et soir dans le foyer. Mais la fièvre, bien loin de se calmer, a pris de jour en jour plus d'intensité, et une complication inattendue, une péritonite sub-aiguë, a mis un terme aux souffrances de la malade.

Trois points principaux méritent de fixer un instant l'attention dans cette observation : la reproduction du pus malgré l'injection iodée, la réouverture spontanée de la plaie du trocart, et le développement d'une péritonite sub-aiguë.

La reproduction du pus après l'injection iodée n'a rien qui puisse surprendre, si l'on tient compte de l'acuité extrême de l'inflammation. Cette acuité, démontrée par l'intensité des phénomènes généraux, trouve encore sa confirmation dans la présence de ces flocons pseudo-membraneux si abondans qui s'échappèrent par la canule après la sortie du pus. Une seconde, une troisième ponction peut-être, avec injection iodée, eussent été nécessaires pour débarrasser de nouveau la plèvre et arriver à modifier convenablement les parois du foyer; mais la réouverture spontanée de la plaie du trocart ne nous permit pas d'y songer. Cette réouverture, nous l'avons observée dans d'autres circonstances, à la suite de ponctions sous-cutanées pratiquées pour des abcès par congestion, pour des kystes suppurés, etc., et, bien que nous soyons disposé à penser qu'on pourrait l'éviter le plus ordinairement par une compression méthodique de la plaie, il n'en est pas moins vrai que l'état particulier de la constitution des malades a joué là sans doute un rôle assez important, en empêchant l'agglutination des bords de la petite plaie.

Peut-être aurions-nous dû ne pas intervenir après cette réouverture spontanée, et abandonner la malade aux efforts de la nature; mais l'insuffisance de l'ouverture qui donnait issue au pus, la crainte de voir un décollement avoir lieu autour de ce trajet fistuleux oblique, et par dessus tout, le désir de soumettre le foyer à une médication directe, à l'aide des injections iodées, nous décidèrent à pratiquer l'opération de l'empyème. Nous l'avons regretté plus tard, lorsque la malade a succombé à une péritonite, et ceci nous conduit naturellement à rechercher quelle a pu être la cause de cette inflammation.

La péritonite qui a terminé les jours de cette malade a-t-elle eu pour point de départ les ulcérations intestinales nombreuses en voie de réparation qui existaient dans l'intestin grêle? Ou bien était-elle le résultat de la propagation immédiate ou médiate de l'inflammation de la plèvre au péritoine? D'abord ces ulcérations ne s'étendaient pas au-delà de la membrane muqueuse; aucune n'avait détruit la tunique fibreuse ou celluleuse, et encore moins le péritoine; il n'y avait pas de perforation. D'ailleurs, s'il existait des fausses membranes et du pus sur les anses intestinales, il y en avait bien plus dans le petit bassin, mais surtout à la face supérieure du foie et inférieure du diaphragme du côté droit. Cette disposition me fit songer tout de suite à la possibilité d'une communication entre la plèvre et le péritoine; il n'y avait rien de pareil. Je me rabattis donc sur la propagation de l'inflammation de la plèvre au péritoine, propagation inflammatoire que nous retrouvons souvent ailleurs, dans la poitrine, par exemple, entre la plèvre et le péricarde.

Maintenant, que prouve ce fait dans la question en litige? Relativement à la méthode que j'ai employée, il prouve au moins que, dans la pleurésie aiguë, il n'y a aucun accident à craindre de la thoracentèse associée aux injections iodées; il prouve quelque chose de plus, c'est qu'il faut s'attendre, dans les cas de ce genre, à la reproduction du liquide et se préparer à revenir à la ponction et aux injections iodées. Quant à l'opération de l'empyème, on voit que même, dans les cas où son emploi est devenu presque obligatoire, elle ajoute beaucoup à la gravité de la maladie; elle expose surtout à des complications inattendues et parfois mortelles, ne fût-ce qu'en entretenant le travail inflammatoire dans le foyer pendant un temps considérable. J'ajoute, pour être vrai, que sans la grave complication survenue dans l'état de cette malade, la guérison eût eu lieu très probablement, le poumon étant en voie de développement, et la cavité elle-même du foyer s'étant réduite beaucoup dans ses dimensions.

Le troisième fait qu'il me reste à faire connaître, n'est pas du même ordre que les précédens, et si je l'en rapproche, c'est parce qu'il m'a fourni l'occasion de mettre en pratique la même méthode thérapeutique, l'association des injections iodées à la thoracentèse. J'avais affaire, dans ce cas, à un hydropneumothorax. Le mode suivant lequel s'étaient produits les accidens semblait indiquer une perforation pulmonaire qui s'était faite brusquement, avait déterminé d'abord l'épanchement d'air dans la plèvre, puis consécutivement celui d'un liquide. Tant que la perforation pulmonaire existera, me disais-je, tant que l'air continuera à s'infiltrer dans la plèvre, la guérison sera impossible. Cependant le liquide augmentait rapidement, et il arriva un instant où le liquide fut assez abondant pour menacer directement la vie par sa présence. A mesure que la quantité du liquide augmentait, celle de l'air avait diminué, et celui-ci avait cessé de donner signe de sa présence, lorsque je me décidai à débarrasser le malade de son épanchement. Mais ce n'était là, à mes yeux, qu'un moyen palliatif: le liquide évacué, l'air s'infiltrerait de nouveau dans la plèvre et ramènerait l'exhalation morbide. Je songeai alors aux résultats que m'avaient fournis les injections iodées dans la cavité abdominale, à ces dépôts plastiques et pseudo-membraneux que j'avais trouvés sondant les intestins en une seule masse, et je résolus de demander à l'injection iodée, si faire se pouvait, l'oblitération de la fistule pulmonaire.

(1) Suite. — Voir les numéros des 18 et 20 Août.

Feuilleton.

M. PRUNELLE.

M. Prunelle a succombé samedi dernier (20 août), à une hémorrhagie cérébrale. Il avait été frappé d'hémiplégie vingt-quatre heures auparavant, et malgré les soins très assidus du docteur Noyer, qui ne l'a presque pas quitté pendant tout ce temps, et ceux de M. Durand-Fardel, il est survenu un engorgement pulmonaire qui, au bout de peu d'heures, n'a pu laisser le moindre doute sur l'issue nécessairement funeste de ces accidens.

Vichy perd un médecin dont la grande honorabilité rejaillissait à un haut degré sur notre profession : c'était surtout, du reste, une de ces intelligences rares, de ces têtes encyclopédiques, que l'on éprouve toujours un vif regret de voir disparaître.

Plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe, par le docteur Noyer, au nom des habitans de Vichy, dont M. Prunelle était maire; par M. Jourdan, directeur du muséum du Palais-St-Pierre, à Lyon, au nom de cette ville, que M. Prunelle a administrée, et où il a joui d'une grande renommée de praticien ; par M. Durand-Fardel ; et enfin par M. le docteur Colas, au nom de la Faculté de Montpellier.

Nous reproduisons le discours prononcé par M. Durand-Fardel :

« Nous ne pouvions laisser s'éloigner de nous les restes de M. Prunelle, sans leur rendre un dernier hommage. Vous venez d'entendre des paroles éloquentes et dictées par le cœur. Bien d'autres voix, plus dignes que la mienne, auraient pu lui adresser aussi cet adieu solennel! Combien d'autres, parmi ceux qui se pressent autour de ce cercueil, pourraient aussi élever la voix et redire, ou les longues vicissitudes d'une carrière portée sur tant de théâtres divers, et toujours honorée, ou les les souvenirs d'un enseignement qui, malgré son éclat, fut jadis si violemment brisé, ou les services rendus par le médecin charitable et dévoué, ou les péripéties d'une vie politique, qui compte ici même d'anciens compagnons; combien surtout pourraient redire ce que cette organisation extraordinaire renfermait de sciences acquises et d'aptitudes innées, reconnaissance, amitié, souvenirs de luttes communes, admiration pour une des plus rares intelligences qu'il nous ait été donné de contempler, tant de sentimens divers ne pouvaient manquer, dans cet entourage, de dignes interprètes et de sympathiques échos. Mais c'est à l'un de ses plus humbles collègues que revenait aussi, au nom des sentimens de gratitude et d'affection qui l'unissaient à M. Prunelle, le devoir de prononcer, avant une éternelle séparation, quelques paroles d'un adieu suprême et douloureux.

» C'est qu'en effet, cet homme, que sa destinée devait arrêter quelques instans sur tant de terrains divers, c'est en médecin qu'il était entré dans la vie active, c'est en médecin qu'il en est sorti. Vous le savez vous tous qui vous pressiez auprès de lui vivant. et qui vous pressez encore autour de lui mort. Il y a deux jours à peine, il vous prêtait les conseils de sa profonde expérience, il vous charmait par sa parole intelligente, il vous touchait par la constance de ses souvenirs; et le lendemain, quand vous vîntes frapper à sa porte, il était enveloppé déjà du linceuil, et ceux qui l'attendaient auprès de leur lit, s'étonnaient d'un retard inaccoutumé.

» C'est donc une existence bien remplie que celle qui vient de s'éteindre sous nos yeux : je ne puis la louer dignement ni la reproduire. Singulièrement unie à tous les événemens qui, depuis cinquante ans, ont fait notre histoire, il ne lui a manqué peut-être, pour y marquer une place durable et glorieuse, que plus de certitude dans la volonté et de suite dans la direction. Mais n'est-ce pas l'écueil de ces organisations que la nature a créées propres à tant de choses, de s'épandre çà et là, et d'épuiser sur tant de sillons inutiles des facultés qui, mieux dirigées, eussent germé dans leur force et leur abondance? La Providence n'a-t-elle pas assigné à chacun son rôle? Simples ouvriers ou puissans inventeurs, à chacun notre part de travail et notre but à poursuivre.

» C'est dès avant le commencement de ce siècle, que M. Prunelle s'est trouvé mêlé, bien jeune encore, aux grandes scènes dont nos pères ont été les acteurs et les témoins. Chirurgien militaire, il faisait partie de l'expédition d'Égypte, et la première période de sa carrière s'est écoulée parmi les hasards et les vicissitudes de la vie des armées : mais savez-vous comment il occupait alors les loisirs de la garnison et les oisivetés du bivouac? Un jour, c'est un des derniers récits qu'il nous ait faits, un jour qu'il s'écartait un livre à la main de la foule inoccupée de ses camarades, il se heurte contre un officier d'artillerie, qui, lui aussi, marchait en lisant. Le premier mouvement des deux jeunes gens fut une expression d'impatience et d'humeur; le second fut de se jeter dans les bras l'un de l'autre; ils s'étaient reconnus : tous deux lisaient Homère, et le lisaient en grec. L'officier d'artillerie, c'était Paul-Louis Courier, et de cette rencontre de hasard date une amitié, que la mort seule put briser.

» Mais ce n'était pas seulement dans les trésors d'une muette érudition, que M. Prunelle cherchait un aliment à son ardente imagination et à son étonnante aptitude. Les arts, la musique, la peinture et ses écoles diverses, l'architecture surtout, depuis son langage technique jusqu'à l'intelligence de ses productions les plus élevées, avaient successivement occupé et charmé son esprit; les sciences que le génie des Lavoisier, des Fourcroy, des Laplace, régénérait alors, n'avaient pas moins d'attraits pour lui, et nous avons vu la chimie, la chimie de ce temps, car il consentait rarement à se faire l'homme d'aujourd'hui, consoler ses vieux jours.

» Mais un théâtre plus élevé s'offrit à son activité : M. Prunelle fut nommé professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, dont il était élève. Parmi toutes les passions que les arts ou les sciences avaient allumées en lui, une dominait toutes les autres : nous voulons parler de la passion des livres. Lorsqu'il parcourait, à la suite des armées, les villes de la France ou de l'étranger, c'était aux bibliothèquas qu'il courait, et là s'introduisaient dans sa mémoire phénoménale, tous les trésors de l'érudition des livres : habile à découvrir les plus rares, à deviner les plus ignorés, il rapportait, indéfiniment gravés dans son esprit, et le titre, et la date, et la place même ou des manuscrits ou des éditions précieuses qu'il avait rencontrés. Ce fut pendant son professorat à Montpellier qu'il put donner un libre essor à cette passion pleine de joie et d'ardentes recherches. La Faculté de Montpellier se rappelle

J'expose les motifs qui m'ont conduit à tenter les injections iodées dans ce cas particulier, tels qu'ils se sont présentés à moi, sans chercher à les imposer à personne et sans y attacher une trop grande importance. Je n'ignore pas que les trajets fistuleux du pneumothorax et surtout de l'hydropneumothorax sont susceptibles de se fermer d'eux-mêmes ; mais personne n'oserait compter sur un pareil résultat, et par conséquent mon argumentation demeure, je crois, avec toute sa force. Plus tard, au contraire, lorsque l'épanchement s'étant reproduit à plusieurs reprises, sans épanchement d'air, nous étions rentré dans les conditions ordinaires de l'hydrothorax ou plutôt du pyothorax (car à mesure, l'épanchement contenait une plus grande quantité de pus) ; c'est dans le but de modifier les parois du foyer, d'en déterminer l'agglutination, que j'ai eu recours à la même méthode, et sous ce dernier point de vue, cette observation se rapproche par conséquent des deux qui précèdent.

Observation III. — *Hydropneumothorax datant de plus de trois mois. — Thoracentèse et injection iodée. — Reproduction de l'épanchement. — Deuxième ponction un mois après, sans injection. — Troisième et quatrième ponction avec injection iodée, trois mois après. — Amélioration très marquée.* — Danguy (François), âgé de 26 ans, peintre en bâtimens, est entré pour la première fois dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Athanase, n° 46, le 18 août 1852. Ce jeune homme, d'un tempérament lymphatique et d'une assez forte constitution, mais un peu maigre et élancé, n'a eu, en sa vie, qu'une seule maladie, une pleurésie, il y a six ans, qui a été traitée par six vésicatoires et qui a mis près de trois mois à se résoudre ; cette pleurésie avait son siége du côté gauche. Depuis cette époque, sa santé a été excellente, il ne s'enrhume pas facilement et n'a pas craché de sang. Mais, dans le courant de l'hiver précédent, après avoir travaillé longtemps dans un endroit humide, il a contracté un rhume qui a duré deux mois. Il en était débarrassé complètement depuis un mois, lorsque le 5 juin, dans la soirée, au milieu d'un bon état de santé, et après s'être livré à son travail comme d'habitude, il a été pris de malaise et de courbature. Deux heures après et au moment où il se mettait au lit, un point de côté très vif, qui gênait beaucoup la respiration et empêchait la toux, s'est montré dans le sixième espace intercostal droit, en dehors. Au bout d'une demi-heure, la fièvre a paru avec chaleur vive, sans frissons. Deux jours après, le malade entrait à l'Hôtel-Dieu, et nous avons appris depuis, de notre honorable collègue, M. Bouchut, qui lui donna des soins, qu'il y fut traité pour un hydropneumothorax, par une saignée du bras, des ventouses, des sangsues et six vésicatoires. Du reste, le malade nous décrivait lui-même sa maladie, de manière à ce que, même sans ce renseignement, notre diagnostic eût été à peu près fixé. Pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, il s'était aperçu, disait-il, d'un bruit de flot particulier, qui se produisait dans la poitrine, dès qu'il faisait quelque mouvement brusque. Sous l'influence du traitement que nous avons indiqué, la fièvre avait beaucoup diminué ; mais l'état local restait le même. Le malade, fort indiscipliné et très instable dans ses volontés, quitta brusquement l'hôpital et vint demander un lit au Bureau central. Il me fut envoyé par un de mes collègues.

Le lendemain de son entrée, 20 août, je constatai chez lui les signes les plus évidens d'un hydropneumothorax : sonorité tympanique, à partir de la clavicule, en avant, jusqu'au niveau de la sixième côte, dépassant le bord du sternum, à gauche. Matité à partir de la sixième côte, en avant, se prolongeant en dehors en suivant le bord inférieur de l'aisselle, et, en arrière, en contournant le bord de l'omoplate jusqu'en bas ; cette matité se déplaçait dans les mouvemens, et était remplacée par de la sonorité tympanique, dès qu'on mettait les parties mates dans une position élevée. Développement considérable et immobilité du côté droit du thorax, avec saillie et voussure des espaces intercostaux. Pas de vibrations de la voix sous la main, dans la moitié inférieure de la poitrine du côté droit. Silence complet dans presque toute cette moitié inférieure en arrière, excepté dans la gouttière vertébrale, où la respiration s'entendait encore, mais faible ; et en avant, le silence était aussi complet, sauf dans un espace circonscrit, en dedans, sous la clavicule. A ce niveau, le murmure respiratoire se percevait, mais faible. En arrière, au contraire, au niveau de la racine des bronches, souffle très fort, comme se passant dans un vaste espace, et rappelant le caractère amphorique. Au-dessous et en dehors, dans les fosses sus et sous-épineuses, faiblesse du murmure respiratoire seulement. Enfin, dès que le malade exécutait des mouvemens brusques, on entendait, même à distance, surtout en avant sous la clavicule, le glou-glou du liquide avec un caractère métallique très marqué. Comme derniers traits au tableau, nous signalerons le déplacement du foie, dont l'on sentait le bord tranchant au-dessous de l'ombilic, et celui du cœur, dont la pointe battait dans le sixième espace intercostal, à 10 ou 11 centimètres de l'axe du sternum ; les battemens de cet organe étaient très visibles dans le cinquième espace intercostal et dans le septième, ainsi qu'à la région épigastrique et à la partie la plus interne de l'hypochondre gauche ; les bruits retentissaient dans la moitié interne du côté droit et antérieur du thorax, et sous la partie supérieure du sternum ; le second bruit était remarquable par son caractère vibrant.

L'état général n'était pas aussi fâcheux qu'eût pu le faire craindre l'affection dont ce malade était atteint. Pas de fièvre ; pouls à 88, assez faible ; langue humide, pas de soif, bon appétit, garderobes régulières, pas de frissons ni de transpiration la nuit ; seulement, de la gêne de la respiration et des palpitations de cœur, surtout dès que le malade montait les escaliers. Du côté gauche, rien, dans les signes plessimétriques et stéthoscopiques, n'indiquait l'existence de tubercules pulmonaires.

Je n'ennuierai pas le lecteur du récit détaillé, et jour par jour, de l'histoire de ce malade. Qu'il me suffise de dire qu'après avoir employé sans succès quelques vésicatoires, et en voyant que la quantité de liquide augmentait de jour en jour, ce qui m'était facile à reconnaître par l'extension de la matité, par l'affaiblissement, et plus tard même par la disparition du bruit de glou-glou, le malade m'ayant fait remarquer, en outre, que la partie inférieure des jambes devenait œdémateuse, quand il était debout, je songeai très sérieusement à pratiquer la thoracentèse. J'y procédai le 19 septembre, après avoir bien constaté les signes physiques qui s'étaient modifiés dans le sens que j'ai indiqué, celui de l'extension de l'épanchement liquide et de la diminution ou de la disparition complète des gaz. La matité était presque absolue en avant, excepté à une percussion forte ; en arrière, au contraire, il y avait encore du son dans les fosses sus et sous-épineuses et dans la gouttière vertébrale. La respiration était amphorique profondément sous les première et deuxième pièces du sternum. Silence partout ailleurs en avant ; en arrière, souffle tubaire peu retentissant dans l'expiration, et retentissement amphorique profond de la voix et de la respiration ; pas de murmure respiratoire au-dessous ; pas de tintement métallique, ni de bruit de fluctuation.

La ponction fut pratiquée dans le huitième espace intercostal droit, sur une ligne perpendiculaire tirée de l'aisselle, et par le procédé Reybard modifié. Elle donna issue à deux litres d'un liquide citrin avec un œil un peu trouble, mais sans fausses membranes et sans bulles d'air. L'écoulement du liquide ne fut accompagné d'aucune douleur ; deux ou trois petites quintes de toux seulement vers la fin de l'écoulement, puis une injection fut faite avec une seringue à hydrocèle, contenant la solution suivante :

R. Eau distillée.	100	grammes.
Teinture d'iode.	30	—
Iodure de potassium. . .	2	—

Quelques picotemens au moment de la pénétration des premières gouttes du liquide ; puis, le malade n'a plus paru s'en apercevoir. Comme pour les malades précédens, je fis donner des positions variées au tronc pour atteindre, autant que possible, avec le liquide, tous les points des parois du foyer ; le liquide fut abandonné dans la plèvre et la canule retirée, sans pénétration d'air. Immédiatement après l'opération, nous pûmes constater que la respiration s'entendait dans toute l'étendue de la poitrine à droite, un peu faible seulement dans les parties déclives. La matité avait disparu de la moitié supérieure du thorax, et inférieurement, elle n'était pas encore absolue. Les espaces intercostaux n'étaient plus distendus, et la percussion montrait que le médiastin avait repris sa place. Le foie était remonté bien au-dessus de l'ombilic. Le murmure respiratoire était accompagné d'une espèce de crépitation humide en beaucoup de points et d'un peu de frottement pleural.

Soulagement immédiat à la suite de l'opération. Respiration facile, sauf une petite douleur sous le sternum, dans les grandes respirations. Mais une heure et demie après, commençaient de se montrer les symptômes les plus marqués de l'iodisme : céphalalgie frontale, gonflement des paupières, injection des yeux, enchifrennement et mal de gorge avec sensation de séchéresse, salivation pendant une heure, accidens que le malade comparait à un rhume de cerveau très intense. Il souffre beaucoup de ces symptômes dans la journée et dans la nuit, principalement du mal de tête, des picottemens dans les yeux et du mal de gorge. Pas une minute de sommeil.

Le lendemain, les phénomènes d'iodisme n'avaient pas entièrement disparu, mais il était sans fièvre. Sonorité rétablie, avec un timbre tympanique sourd en avant, respiration également rétablie, mais avec un mélange de râle crépitant. Sonorité parfaite en arrière, excepté en dehors et en bas ; mélange de crépitation et de frottement pleural au-dessus ; respiration éloignée et frottement pleural au niveau de la matité ; retentissement de la voix considérable, avec timbre égophonique en arrière. Les urines contenaient, comme chez les malades précédens, une très forte proportion d'iode, ainsi que la salive.

Pendant quelques jours, nous pûmes avoir l'espérance que l'épanchement ne se reproduirait pas. Mais, dès le 24 septembre, le malade se plaignait de nouveau d'une gêne douloureuse sous les fausses côtes droites, la crépitation paraissait avoir disparu en grande partie ; la matité se déplaçait, comme la sonorité tympanique sous-claviculaire, par les mouvemens qu'on imprimait au malade. Il nous devenait donc évident que le liquide était sécrété de nouveau. Seulement les gaz ne s'étaient pas reproduits. En revanche, l'état général était devenu plus satisfaisant, le pouls était tombé à 60, et il y avait un soulagement notable.

Je patientai quelques jours ; mais comme ce jeune homme se plaignait chaque jour davantage de son côté droit, et que les signes physiques ne me laissaient pas de doute sur la reproduction du liquide, je pratiquai le 16 octobre une seconde ponction, toujours suivant le procédé Reybard, dans le huitième espace intercostal. Il s'écoula un litre de sérosité citrine, laissant déposer par le repos une matière grenue, blanchâtre, facile à reconnaître pour du pus. Très peu de toux pendant l'opération, et, à la suite, soulagement très marqué ; mais, chose assez remarquable, il se plaignait le lendemain d'avoir eu de la céphalalgie, de l'enchifrenement, de l'écoulement par les yeux et par le nez, presque comme si on lui eût injecté de l'iode ; et cependant cette injection n'avait pas été pratiquée, le malade s'y étant refusé obstinément. Rétablissement immédiat de la sonorité et du murmure respiratoire, excepté latéralement et en bas, avec de la crépitation très abondante. La respiration restait faible dans les points correspondant à la matité. Les jours suivans, cette matité ayant très sensiblement diminué, et la respiration se rétablissant de jour en jour avec du frottement pleural, sans mélange de souffle et sans résonnance égophonique de la voix, le malade qui se trouvait très bien, qui avait repris de la force et de l'embonpoint, demanda et obtint sa sortie le 6 décembre. La matité était réduite à une largeur de la paume de la main, en arrière de la ligne axillaire antérieure et tout à fait en bas ; la matité n'était pas absolue, surtout à une percussion forte, et la respiration s'entendait quoique un peu faible.

Vers le 15 janvier 1853, il revint nous voir. Dans l'intervalle, il avait pu reprendre son travail, souffrant toujours, dans le côté droit, en avant et en dehors du mamelon droit ; mais depuis près de quinze jours, il ne faisait rien. Nous l'engageâmes à rentrer à l'hôpital, ce qu'il fit deux jours après. Nous pûmes constater alors que l'épanchement s'était reproduit. Effectivement, au-dessous d'une sonorité tympanique sourde qui existait sous la clavicule et à partir du deuxième espace intercostal, et surtout de la quatrième côte, on trouvait une matité très marquée,

---

encore avec reconnaissance ce que sa bibliothèque, la plus riche peut-être de nos bibliothèques scientifiques, doit à ses investigations et d'artiste et d'érudit.

» Mais cette carrière élevée, et qui promettait de se développer avec éclat, ne devait pas avoir une longue durée. La Restauration survint. L'esprit d'indépendance que M. Prunelle avait reçu de la nature et de l'éducation, fut mis à l'épreuve des exigences d'alors : il en sortit victorieux, et donnant un exemple qui trouvera toujours peu d'imitateurs, sa destitution fut le prix de son courage et de sa fermeté.

» Cette circonstance, qui honore à un haut degré le caractère de l'homme que nous pleurons, le jeta sur un terrain nouveau. Fixé dans la seconde ville de France, aujourd'hui encore pleine de son souvenir, M. Prunelle ne tarda pas à y acquérir un grand renom de praticien, de praticien consultant surtout, car il avait recueilli et conservé précieusement les saines traditions de la médecine d'autrefois, que l'on aimait à aller interroger en lui.

» Mais cette remarquable personnalité que 75 ans de vie n'ont pu altérer en rien, cette immense intelligence, cette connaissance de tout, cette aptitude en quelque sorte universelle, cette parole abondante, claire, ardente, incisive, appelaient autre chose que la vie, modeste encore dans son plus grand éclat, du médecin praticien. L'opposition d'alors s'empara de M. Prunelle et le porta à la Chambre des députés.

» La révolution de Juillet éclata.

» Le nom de M. Prunelle se trouve fort mêlé à la politique de ce temps. Si son fait n'était pas la tribune et ce qu'elle exige d'un orateur, son influence n'en était pas moins grande. Maire de la ville de Lyon, il sut administrer en des temps pleins de périls et d'écueils.

» Au biographe seul de M. Prunelle il appartient de raconter comment, il y a vingt ans, sa carrière politique s'arrêta tout à coup, et comment il vint succéder à M. Lucas, comme inspecteur de l'établissement thermal de Vichy. Depuis lors, la vie de Prunelle appartient à Vichy. Tel il était aux premières années de son séjour ici, tel il était encore la veille de sa mort. Modèle d'exactitude et de probité médicale, c'est-à-dire de dévoûment à ses devoirs, à ses cliens, aux pauvres comme aux riches, infatigable et accessible à toute heure de la nuit et du jour, on était sûr de trouver auprès de lui, le malade un conseil salutaire, l'ami, et tous ses anciens cliens étaient ses amis, les soins les plus désintéressés, le pauvre une aumône abondante, l'homme du monde tout ce que la conversation a de charme et d'attraits. En un mot, oubliant à cette heure, le lustre que la vie politique, comme les autres scènes, ajoute toujours au nom d'un homme, oubliant cette incomparable originalité, cette exquise intelligence, cette mémoire unique ; nous dirons que M. Prunelle était de ces hommes qui élèvent haut une profession. Nous nous sentions honorés d'être ses confrères, car nous pensions qu'une partie de la dignité dont il revêtait l'exercice de son art, rejaillissait sur nous.

» Eh bien ! cette extrême considération qui l'environnait, cette conscience d'une supériorité intellectuelle reconnue et acceptée par tant de ceux qui l'approchaient, cet empressement du monde, cette fortune légitimement acquise, ces loisirs que lui créait la nature de ses occupations, la recherche de tant d'hommes éminens, de tant de femmes distinguées, qui tenaient à honneur d'être ses cliens et ses amis, tout cela n'a pu couronner de quelques heures heureuses la longue et laborieuse carrière de M. Prunelle.

« Au fond, l'isolement régnait autour de cette existence si entourée ; le vide s'était fait autour de cet homme qui avait tant occupé ses jours et sa pensée. M. Prunelle avait une compagne dont l'esprit élevé était digne de s'associer au sien : mais leur union n'avait pas porté de fruits heureux. L'enfant qu'ils avaient eu, ils l'avaient perdu, Puis une cruelle maladie était venue frapper Mme Prunelle dans l'usage de ses membres d'abord, puis dans ses sens, puis enfin dans son esprit, comme d'une mort anticipée. Nous ne saurions vous peindre l'attachement, l'amour dont M. Prunelle couvrait cette pauvre créature devenue insensible autant qu'immobile : c'était son enfant, et son soin de tous les jours.

» Cependant la providence lui avait inspiré une bonne action qui fut, pendant les longues années d'agonie de sa femme, son aide et sa consolation. M. Prunelle avait été l'ami d'un savant illustre et d'un homme de bien, de Chaptal, qui, ministre naguère, était mort sans fortune, laissant pour tout héritage à ses enfans, un nom célèbre et une mémoire honorée. M. Prunelle avait adopté une de ces jeunes filles, et celle-ci servit d'enfant à la femme de son bienfaiteur. Mais quand ces soins sacrés n'eurent plus d'objet, M. Prunelle compléta son œuvre de dévouement, et maria sa fille adoptive : cette fois encore, il restait sans enfant.

» Mais ses amis, ses amis d'autrefois, les compagnons de son enfance, les émules de sa jeunesse, les témoins de son âge mûr, avaient presque tous disparu. Chaque année lui arrachait un souvenir, lui dérobait une affection : il est un âge où l'on perd ses amis, mais où l'on n'en fait plus de nouveaux. Chaque année, sans doute, lui renvoyait en échange, ici, à Vichy, de chauds empressemens, d'illustres sympathies, des témoignagnes dévoués ; mais si son cœur de médecin était toujours aussi jeune, son cœur d'homme avait vieilli.

» Et qui de nous sait, d'ailleurs, depuis tant d'années qu'il s'était confiné à Vichy, aujourd'hui bruyante réunion, demain morne solitude, qui sait, dans ces longues journées d'hiver, dans ces soirées plus longues encore, quand il avait relu ses vieilles pages, toujours les mêmes, quand il avait, dans ce laboratoire construit avec amour, répété les mêmes expériences, qui sait tout ce qu'il devait rouler de tristesse dans la tête de cette homme, à qui tous les dons de l'intelligence avaient été prodigués, à qui la scène n'avait jamais manqué pour les produire, à qui il semblait qu'aucun obstacle fût jamais venu barrer le chemin, et qui se trouvait vieux, souffrant parfois, et seul, seul au monde, sans un petit enfant pour retrouver un avenir, sans un vieil ami pour revivre dans le passé, privé même de ce cercle d'indifférens, dont l'habitude nous crée, dans le monde, une sorte de famille bâtarde, et trompe l'isolement des derniers jours.

» Aussi le trouvait-on souvent morose et inégal ; et sur cette tête qui n'avait pas changé depuis bien des années, où le sourire avait tant de charme et l'esprit tant de séduction, car la beauté de l'homme est insaisissable et comme immatérielle, le regard et la parole prenaient souvent un caractère de dureté qui éloignait au premier abord, bien qu'il sût aisément vous ramener, s'il le voulait bien. Mais pourquoi nous en étonner ? Chacun de nous a rencontré, sur le sentier qu'il suit, l'envie, la bassesse, la calomnie, et, tout en les écrasant de notre pied et de notre mépris, nous croyons qu'ailleurs il n'en est pas ainsi, et que le monde où nous ne vivons pas a moins de boues à balayer et moins de plaies à nettoyer : mais lui, M. Prunelle, triste privilége de ces vastes intelligences, et suite obligée de ces larges existences qui ont trempé partout, où donc pouvait-il réfugier ses illusions, où donc ses croyances, où donc sa foi ? Partout où il avait posé, la méchanceté l'avait touché de son aile, et ces sortes de taches, le temps seul les essuie.

» Aussi a-t-il fini sa vie triste et seul : mais il est à tout des compensations. A sa verte vieillesse et qu'aucune infirmité n'avait atteinte, bien qu'aucun chagrin ne l'eût épargné, il était réservé une fin soudaine et presque sans douleurs. Il a eu le temps de ramasser son courage, et son âme était aussi vigoureusement trempée que son corps, et de donner à la religion sa dernière action, comme son aspiration dernière ; puis il a fermé les yeux, et nous avons pu croire que les horreurs d'une longue agonie étaient épargnées à son esprit endormi.

» A cette heure, il s'est réveillé. Et quand nous aurons salué ces tristes restes, que la terre engloutira bientôt, pour en cacher à nos yeux la destruction suprême, levons le regard au ciel : s'il est une place pour les nobles intelligences, pour les grands exprits, pour les âmes d'élite, c'est là qu'elle est allée se faire couronner cette vie si pleine, et jusqu'à ses derniers instans, si fidèle à la destinée de l'homme sur la terre, le travail et la pensée. »

augmentant à mesure qu'on descendait vers les parties déclives et avec perte d'élasticité. Matité absolue en arrière, à partir de l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'en bas. Cette matité se déplaçait dans les mouvemens imprimés au malade; affaiblissement du murmure respiratoire en avant, à partir de la troisième côte et égophonie à ce niveau; plus bas, elle prenait le caractère d'un souffle éloigné. En arrière, en bas et en dehors, respiration très faible, mais se percevant cependant encore avec un timbre soufflant.

Le 27 janvier, je lui pratiquai une troisième ponction dans le neuvième espace intercostal et en arrière, dans le point où le murmure respiratoire me paraissait le plus profond; elle donna issue à 1,150 grammes de sérosité jaune verdâtre, sans douleur et avec quelques quintes de toux vers la fin de l'évacuation. J'avais fait préparer une solution de :

Eau distillée. . . . . 100 grammes.
Teinture d'iode. . . . . . 50 —
Iodure de potassium. . . . 4 —

Au moment où l'injection allait être faite, la baudruche se déchira et l'air pénétra dans la poitrine avec un sifflement particulier. Le malade se trouva très soulagé, sans doute parce que le poumon, distendu par la pression atmosphérique intérieure, reprit immédiatement sa situation. Je ne fis pas moins injecter le liquide qui fut abandonné dans la plèvre, et la plaie extérieure fut fermée avec soin.

En se recouchant, le malade nous fit entendre le bruit de flot avec un petit tintement métallique, et nous pûmes constater une sonorité tympanique dans la partie supérieure du côté malade. La respiration restait faible inférieurement, avec crépitation. Un peu d'iodisme dans la journée. Le lendemain, même état, respiration soufflante, presque amphorique en haut; faiblesse du murmure respiratoire inférieurement; sonorité tympanique dans les parties supérieures; bruit de flot dans les mouvemens.

Ces phénomènes persistant, je songeai sérieusement à revenir à la ponction et à la faire suivre d'une injection iodée plus concentrée :

Eau distillée et teinture d'iode, de chaque. 75 grammes.
Iodure de potassium. . . . . 4 —

La ponction, qui fut pratiquée le 6 février, donna issue à 500 grammes de pus verdâtre, sans odeur particulière. Cette fois encore, au moment où l'injection allait être faite, il pénétra un peu d'air dans la plèvre, par la faute de l'aide, chargé de la pratiquer, mais beaucoup moins qu'à la ponction précédente. L'injection fut peut-être un peu plus douloureuse que les antérieures, mais la douleur très modérée ne se prolongea que quelques minutes, et le malade s'endormit à la suite. Cette ponction, quoi qu'elle eut été suivie, comme celle qui l'avait précédée, de la pénétration d'une petite quantité d'air dans la plèvre, amena un changement plus marqué et plus favorable. La respiration s'entendait très bien en avant de haut en bas, et la respiration, toujours faible, dans les parties déclives en dehors, l'était cependant moins que précédemment.

Le malade, qui s'ennuyait, sortit le 13 février, pour aller passer quelques jours chez lui; mais je ne le perdis pas de vue, et à diverses reprises, il est venu me consulter pour une sensation particulière de douleurs et de déchiremens qu'il éprouvait dans le côté droit. J'appris de lui que le bruit de flot s'était affaibli peu à peu en quelques jours, et avait disparu complètement. La poitrine s'était rétractée dans sa moitié inférieure du côté droit. Il restait de la matité dans les parties déclives; mais la respiration, quoique faible, s'entendait toujours partout, assez bien pour me faire douter de l'existence d'un épanchement. J'attribuai ces tiraillemens douloureux à la présence de fausses membranes épaisses qui bridaient le poumon et gênaient son développement. Au mois de juin, il entra de nouveau dans mon service, et je crus reconnaître quelques craquemens humides au sommet des deux poumons; mais, en somme, l'épanchement ne s'était pas reproduit et je ne puis m'expliquer que par une véritable hypochondrie les douleurs que le malade dit ressentir continuellement dans la partie inférieure du côté qui a été autrefois malade. Les signes plessimétriques et stéthoscopiques semblent indiquer la guérison de l'épanchement; et c'est aussi, m'a-t-on dit, l'opinion de mon savant collègue, M. Marrotte, qui a eu l'occasion d'examiner il y a quelques jours ce malade.

(*La fin au prochain numéro.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL COCHIN. — Service de M. MAISONNEUVE.

Sommaire. — Haricot introduit depuis trois mois dans l'intérieur de la vessie. — Extraction au moyen de l'instrument lithotriteur.

On sait à quelles excentricités l'onanisme peut conduire les individus qui s'adonnent à cette funeste habitude.

La science possède déjà un assez grand nombre d'exemples de corps étrangers de diverse nature, introduits dans l'urètre dans le but de titiller la membrane muqueuse de cet organe, et souvent la chirurgie a dû intervenir pour en opérer l'extraction, lors surtout que ces corps avaient été poussés jusque dans la vessie, où ils ne tardent pas à se couvrir de concrétions salines, et deviennent ainsi le noyau de véritables calculs.

C'est ainsi que des brins de paille, des épis de blé, des cure-oreilles, des aiguilles à tricoter, des épingles à cheveux, des tuyaux de pipe, etc., ont été plusieurs fois extraits par l'opération de la taille.

Dernièrement un chirurgien distingué de Blois, M. le docteur Baschet, a présenté à la Société de chirurgie une tige de *pinus pinea*, encore munie de ses follioles, qu'il avait extrait de l'urètre, chez un homme de la campagne.

M. Civiale a vu un haricot qui formait le noyau central d'un calcul volumineux.

Nous venons d'observer un fait analogue dans le service de M. Maisonneuve, à l'hôpital Cochin; seulement, dans cette circonstance, le corps étranger récemment introduit, offrait cette particularité qu'il était flottant dans l'urine, et, par conséquent, beaucoup plus difficile à saisir.

M. X..., 27 ans, adonné depuis longtemps à l'onanisme, et chez lequel l'abus des excitations extérieures avait émoussé la sensibilité du gland, imagina, pour réveiller des sensations éteintes, de s'introduire dans l'urètre un haricot (dit haricot flageollet), en poussant et repoussant dans la partie antérieure du canal, ce singulier instrument de plaisir; il était parvenu plusieurs fois déjà à solliciter l'éjaculation spermatique, mais cet artifice lui-même vint bientôt à perdre son efficacité, et chaque jour il fallait l'introduire plus profondément, pour en obtenir un résultat. Enfin, un moment il le refoula si loin, que le haricot tomba dans la vessie.

A dater de cette époque, le malade fut en proie à de vives inquiétudes, que vinrent bientôt augmenter divers accidens qu'il ressentit du côté de la vessie. Le corps étranger flottant dans cet organe, venait parfois se présenter au col de la vessie, au moment de l'excrétion des urines qui se trouvaient ainsi brusquement arrêtées. Les violens efforts auxquels il se livrait dans le but de provoquer l'expulsion de ce corps étranger, finirent même par déterminer un engorgement inflammatoire du testicule.

C'est alors que le malade consulta M. le docteur Porre, son médecin ordinaire, et lui avoua toute la vérité. Trois mois se passèrent sans qu'on fit aucune tentative d'extraction, espérant toujours que le baricot finirait par être expulsé spontanément. Mais enfin, convaincu de l'inutilité d'une plus longue attente, le malade, d'après l'avis de son médecin, se décide à réclamer les secours de la chirurgie, et vint consulter M. Maisonneuve, le 28 juillet 1853.

A cette époque, cet homme accusait des sensations douloureuses à l'extrémité du gland, il se plaignait d'une gêne notable dans l'excrétion des urines, d'une douleur vague dans la vessie, et l'épididyme du côté gauche présentait un léger engorgement. Une exploration attentive de la cavité vésicale fit reconnaître à M. Maisonneuve, l'existence d'un corps étranger très petit, et flottant au milieu de l'urine. L'opération, dès lors, ayant été jugée indispensable, le malade se décida à entrer à l'hôpital Cochin.

Le 31 juillet, M. Maisonneuve, en présence des nombreux élèves qui assistaient à sa clinique, procéda à l'extraction, de la manière suivante :

Le malade étant couché horizontalement sur le dos, le chirurgien introduit dans la vessie un instrument lithotriteur à mors concaves, et, par une exploration délicate, parvint à reconnaître le corps étranger qui flottait au milieu du liquide, à la manière d'un bouchon de liége.

Dans ces conditions exceptionnelles, il fallut toute la dextérité de l'habile chirurgien pour saisir à la volée ce corps étranger, qui flottait au milieu de l'urine, et que le moindre contact de l'instrument déplaçait immédiatement. Quelques minutes cependant lui suffirent pour saisir ce calcul de nouvelle espèce et pour l'attirer au dehors.

Cette opération délicate fut exécutée avec un tel bonheur, que le baricot fut extrait en entier, sans avoir subi presque aucune déformation, ce qui permet de constater toutes les particularités qu'il présentait.

Ce haricot appartenait bien évidemment à l'espèce dite baricot flageolet, son germe avait acquis un développement assez considérable, et présentait plus d'un centimètre et demi de longueur. Il formait un angle droit avec le corps de la graine, les cotylédons de celle-ci étaient enveloppés d'une couche très mince de sel ammoniaco-magnésien, qui ne se prolongeait pas sur le germe.

Une petite portion du corps étranger, qui avait été détachée par les mors de l'instrument, s'engagea spontanément le lendemain dans le canal, et vint s'arrêter au méat urinaire, où il fut facile de la saisir avec de petites pinces à anneaux.

Le malade se trouva dès lors complètement débarrassé de ses inquiétudes, et des accidens légers que ce corps étranger avait occasionnés.

Dr Alexis FAVROT.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA FISSURE A L'ANUS PAR L'EMPLOI TOPIQUE DE L'ONGUENT DE LA MÈRE; par le docteur E. PUTEGNAT, de Lunéville.

Depuis l'incision profonde, conseillée par Boyer contre la fissure à l'anus; celle bornée aux fibres les plus superficielles, mise en pratique par Dupuytren; la sous-muqueuse recommandée par Blandin; les chirurgiens, se rappelant ce vœu formulé par Dupuytren : « Ce serait rendre un véritable service à l'humanité que de découvrir un moyen thérapeuthique capable de guérir la fissure à l'anus sans opération, » proposèrent divers traitemens.

M. Bretonneau conseilla celui par les lavemens de ratanhia. S'il n'est pas infaillible, s'il a l'inconvénient, même dans les cas de succès, d'avoir une durée assez longue; s'il cause même de la douleur, au moins convient-il aux malades pusillanimes.

La cautérisation par l'azotate d'argent fondu est un moyen peu certain, qui n'agit que lentement, cause parfois des douleurs atroces et est souvent d'une application difficile.

La dilatation forcée, employée par Récamier, puis modifiée par MM. Maisonneuve et Monod, et conseillée telle par MM. Lenoir, Michon, Huguier, entraîne une très vive douleur, la paralysie du sphincter, la déchirure du rectum, des épanchemens sanguins, des phlegmons, etc. Elle présente encore d'autres graves inconvéniens : ainsi, ses partisans ne sont pas d'accord sur le degré auquel il faut la porter; M. Robert dit qu'on ne peut préciser le moment où il faut s'arrêter; d'autres (M. Huguier, par exemple) croient qu'il faut lui donner environ neuf à dix centimètres dans son plus grand diamètre; enfin MM. Monod et Maisonneuve conseillent de s'arrêter, dans la dilatation, quand la résistence est vaincue.

En 1851, M. Campaignac, dans son mémoire présenté à l'Académie de médecine de Paris, proposa le traitement par l'emploi topique de l'onguent de la mère. MM. Velpeau, Cloquet et H. Larrey donnèrent leur adhésion à ce mode de traitement. Il consiste à introduire, dans le rectum, une longue mèche de charpie, de la grosseur d'une plume à écrire et recouverte d'un mélange, à parties égales, d'onguent de la mère et d'huile d'olives; à la placer sur la fissure et à la renouveler toutes les vingt-quatre heures. Au bout de douze à vingt jours, la guérison est obtenue, la plaie étant cicatrisée.

Depuis la publication de ce traitement, si simple, si efficace, une seule observation, à ma connaissance, a été publiée. On la trouve dans la *Gazette médicale Sarde*. Je pense donc être quelque peu utile en donnant la suivante :

M. A..., âgé de 45 ans, tempérament bilioso-sanguin, d'une très grande activité, d'une heureuse santé habituelle, à part des hémorrhoïdes internes, non fluentes, me consulta dans les premiers jours de novembre 1852.

Il m'accusa une douleur vive à l'anus, après les évacuations alvines, se représentant par la chaleur du lit et reparue, avec violence, depuis quelques jours, après avoir diminué sous l'influence des bains, des lavemens, de la tisane rafraîchissante et d'un régime léger.

L'introduction de l'index, pratiquée difficilement et causant une douleur excessive, me fit reconnaître une fissure à l'anus siégeant en arrière.

Je conseillai un régime composé de viandes blanches, de la tisane délayante; pour chaque jour, le matin, un grand lavement huileux, afin de vider l'intestin; puis, après, un bain d'une heure.

A la sortie du bain je plaçai une mèche de charpie longue, petite et enduite d'un melange, à parties égales, d'onguent de la mère et d'huile d'olives, en ayant soin, suivant le conseil de M. Campaignac, de l'appliquer sur la fissure.

Le quatrième jour, il y eut déjà une légère amélioration dans la position du malade, et le quinzième, la cure fut complète : ainsi, M. A... ne souffrait plus, ni pendant, ni après les évacuations alvines.

Pendant la durée de son traitement, le malade a continué de se livrer à ses occupations habituelles, qui exigent le travail de cabinet, des courses à pied et en voiture.

Je terminerai cette petite note par les réflexions suivantes, que j'emprunte à la page 453 du tome XLI du *Bulletin général de thérapeutique* : « Pas plus que celui de M. Bretonneau, ce traitement n'est infaillible; pas plus que lui, il n'est nu spécifique indispensable contre les fissures à l'anus; mais les succès qu'il a obtenus entre les mains de chirurgiens distingués, si familiers avec les divers procédés de la médecine opératoire, la préférence marquée qu'ils lui accordent sur les nombreux moyens topiques conseillés contre cette affection, recommandent ce traitement à l'attention des praticiens, et nous ne doutons pas qu'avant peu il n'ait acquis droit de domicile dans la thérapeutique de ces fissures, qui constituent une affection toujours cruelle et douloureuse pour les malades. » (1)

CORRESPONDANCE.

SUR LES POLYPES DU RECTUM DANS L'ENFANCE.

Vitry-le-François, 15 Août 1853.

Monsieur et très honoré confrère,

Si l'UNION MÉDICALE s'occupe en ce moment de l'histoire des polypes du rectum, elle pourra ajouter à celles qu'elle a déjà recueillies l'observation suivante, que je lui adresse dans toute sa simplicité.

Il y a une douzaine d'années, un enfant de notre collége sentait apparaître à l'anus, toutes les fois qu'il allait à la garderobe, un corps particulier, qui parfois rentrait seul ou qu'il repoussait lui-même à l'aide de la main. Il n'en souffrait aucunement, et cela durait déjà depuis quelque temps, lorsqu'il eut occasion d'en confier le secret à sa mère, qui me pria de l'examiner.

C'était un corps charnu, rougeâtre, de consistance assez ferme, et de la grosseur d'un œuf de pigeon un peu aplati. Il était facile de reconnaître un polype suspendu à l'extrémité d'un pédicule à peu près cylindrique, très allongé, de la grosseur d'un fort stylet, et dont le point d'insertion sur la muqueuse du rectum ne pouvait être atteint par le doigt.

En faisant des tractions pour faciliter l'application le plus haut possible d'une ligature sur le pédicule, l'aide qui m'assistait le rompit, et la racine remonta dans le rectum. Aucun accident n'eut lieu, et il n'y eut depuis aucune récidive; car le malade, aujourd'hui négociant dans l'Amérique du Sud, et dont je viens d'avoir encore des nouvelles récentes, n'a jamais rien vu reparaître.

Agréez, etc.

Dr VALENTIN.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 10 Août 1853.—Présidence de M. LARREY.

Polype pharyngien.

M. GUERSANT rend compte à la Société de l'opération qu'il a pratiquée chez le jeune sujet affecté d'un polype pharyngien, qu'il lui a présenté récemment, et qui a été l'objet d'une discussion. Conformément à l'avis exprimé par plusieurs de ses collègues, et notamment par M. Robert, il a procédé à l'ablation de cette tumeur avec l'assistance de M. Forget. Il a essayé d'abord de saisir la tumeur avec des pinces de Museux, et d'opérer des tractions en divers sens; mais il lui a été impossible de l'enlever par ce moyen; il s'est décidé alors à fendre la

(1) *Journal de méd. de Bruxelles.*

joue, puis voyant qu'il n'avait pas encore assez de jour, il a enlevé une portion du maxillaire supérieur, en respectant le plancher de l'orbite. Il a pu reconnaître alors seulement qu'il avait affaire non pas à une tumeur unique à plusieurs branches, mais à deux tumeurs distinctes, parfaitement indépendantes l'une de l'autre, bien que très rapprochées. La première s'insérait sur l'apophyse basilaire, la deuxième paraissait adhérer à l'apophyse ptérygoïde. Les deux tumeurs ont été successivement enlevées et leur racine cautérisée avec le fer rouge. L'opération a duré en tout environ douze minutes; il n'y a pas eu d'hémorrhagie, il n'y a eu aucune ligature à pratiquer; la réunion de la joue s'est faite en très peu de temps. En un mot, il n'y a eu aucun accident : tout s'est passé comme l'avait annoncé M. Robert, avec une grande simplicité.

M. Forget a été frappé, comme M. Guersant, de la facilité avec laquelle cette opération a été exécutée, et il rend hommage à l'habileté que ce chirurgien a déployée dans les manœuvres qu'elle a exigées. Les circonstances que M. Guersant vient de faire connaître sur la disposition et l'origine de ces tumeurs, circonstances que M. Forget a pu constater lui-même, le confirment de plus en plus dans l'analogie qu'il avait cru entrevoir entre ce fait et celui de M. Huguier, qu'il a rappelé dans la dernière séance : même multiplicité de tumeurs, même tissu, même coloration. M. Forget se demande si, en raison même de cette analogie, il n'y aurait pas à craindre que, comme dans le cas de M. Huguier, il n'y eût encore d'autres tumeurs semblables soit dans les sinus, soit dans l'intérieur du crâne.

M. Huguier demande si M. Guersant s'est bien assuré du lieu d'origine de ces tumeurs et des points du squelette auxquels elles étaient insérées.

M. Guersant répond qu'il est très certain du point d'origine pour l'une de ces tumeurs, celle qui s'insérait à l'apophyse basilaire; mais il est loin d'être aussi certain pour la seconde; il lui a été très difficile d'en déterminer le point exact d'origine ; tout ce qu'il peut dire, c'est qu'elle adhérait à la face interne de l'apophyse ptérygoïde.

M. Robert insiste sur la question de M. Huguier, parce que cela lui paraît très important. Il y a là une région, la région pétro-sphénoïdale, qui est abondamment pourvue d'une gangue fibreuse ; il lui paraît que c'est dans cette région que doivent prendre naissance la plupart des tumeurs de cette nature. Il en était ainsi, du moins, pour les quatre cas de ce genre qu'il a eu l'occasion d'observer, et notamment dans les deux cas qu'il a opérés. Il lui eût paru intéressant d'être fixé à cet égard en ce qui concerne le fait de M. Guersant.

La parole est à M. Monod, pour un rapport.

Utilité des injections iodées dans certaines affections chirurgicales.

M. Monod lit en son nom, et celui de M. Michon, un rapport sur un travail adressé par M. Prestat, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Pontoise, à l'effet d'obtenir le titre de correspondant de la Société de chirurgie, travail qui se compose du récit de cinq faits propres à faire apprécier l'utilité des injections iodées dans certaines affections chirurgicales. M. Monod rend compte de ces observations dans les termes suivans :

La première observation a trait à une ascite survenue à la suite d'une hépatite compliquée de péritonite sub-aiguë, chez un homme de 34 ans. Après avoir inutilement tenté d'obtenir la résorption du liquide, trois ponctions furent faites à un mois d'intervalle; chacune donna issue à douze litres environ de sérosité albumineuse, et l'exploration du ventre, après les ponctions, permit de constater que le foie n'était pas hypertrophié et qu'il n'existait aucune tumeur de l'abdomen. Après la troisième ponction, comme après les deux premières, le liquide s'était rapidement reproduit ; l'état général du malade était devenu fort grave; l'amaigrissement était très prononcé, la sécrétion urinaire presque nulle; l'oppression était telle, que le malade était obligé de se tenir assis, et que l'ingestion d'une petite quantité d'alimens suffisait pour déterminer une suffocation imminente. Il n'y avait pas de signes d'affection du cœur.

En l'absence de tout signe de maladie organique, et en présence de désordres qui devaient amener une mort prochaine; M. Prestat, de concert avec ses collègues de l'Hôtel-Dieu, se décida à faire une quatrième ponction, suivie de l'injection de 200 grammes d'eau tiède, additionnée de 50 grammes de teinture d'iode. Il maintint le liquide dans l'abdomen pendant cinq minutes, en laissa écouler la moitié, qui entraîna des flocons d'albumine coagulée et retira la canule.

Les accidens immédiats furent terribles : douleur extrême, face pâle et décomposée, pouls faible, petit, ralenti; suffocation qui semblait due à ce que la douleur empêchait le diaphragme de se contracter. Au bout de dix minutes, la suffocation fut moindre, le pouls se releva, mais la douleur persista. Quelques heures après, le ventre était aussi volumineux qu'avant l'opération, et le malade présentait tous les symptômes d'une péritonite sur-aiguë qui s'amanda au bout de quatre jours, et disparut le huitième. Une compression méthodique fut alors employée, des potages furent accordés au malade. Le ventre commença à diminuer de volume; les urines devinrent abondantes. Quatre mois après l'opération, le malade quitta l'hôpital, ayant encore le ventre gros et éprouvant beaucoup de gêne pour se redresser et pour se ployer. Quatre mois plus tard, cette gêne avait disparu, et aujourd'hui, trois ans et demi après l'opération, cet homme jouit d'une très bonne santé et se livre à de rudes travaux sans le moindre inconvénient.

Dans la deuxième observation, il est question d'une femme de 64 ans, affectée d'ascite très volumineuse. Le ventre avait 123 centimètres de circonférence, et une ponction simple avait donné issue à plus de vingt litres de sérosité. On avait constaté, après la ponction, l'existence, dans le ventre, d'une douzaine de tumeurs mobiles du volume d'une grosse noix à celle d'une petite pomme. La suffocation empêchait la malade de se coucher.

M. Prestat, après avoir vidé le ventre, injecta une solution de 30 grammes de teinture d'iode dans 220 grammes d'eau, et, après avoir soulagé les intestins et laissé séjourner la liqueur pendant cinq minutes, il en retira environ la moitié. Douleur vive, surtout à l'épigastre, petitesse et ralentissement du pouls, pâleur de la face, demi-syncope; tels furent les accidens immédiats qui se dissipèrent au bout de huit minutes. Les accidens inflammatoires furent presque nuls; mais le ventre, dès le surlendemain, avait déjà 102 centimètres de circonférence, et, deux mois après, il avait repris tout son volume.

M. Prestat fit alors une deuxième ponction qui amena la même quantité de sérosité de même nature que la première fois, sans trace de fausses membranes; il injecta 70 grammes de teinture d'iode dans 220 grammes d'eau; la proportion de teinture, qui avait été de un septième dans la première opération, fut portée au quart. Les phénomènes immédiats furent beaucoup plus caractérisés. Il s'y joignit des vomissemens immédiats. Les accidens inflammatoires furent cependant très modérés. Le ventre, qui huit jours après l'opération mesurait 89 centimètres, n'en mesurait plus que 77 au bout d'un mois. Mais cette amélioration ne persista pas, et au bout de trois mois, le ventre avait repris à peu près le volume qu'il avait primitivement, lorsque le malade mourut subitement en rendant par la bouche un verre de mucus bronchique coloré de sang. L'autopsie ne fut pas faite.

La troisième observation a trait à une plaie contuse du genou, sans fracture, avec décollement de la peau du jarret.

Il se forma un vaste abcès du jarret qui se vidait par une ouverture supérieure au côté externe de la cuisse. Au bout de six semaines, le foyer s'enflamma, le pus devint séreux, chargé de gaz, et le malade fut pris de frissons irréguliers. M. Prestat injecta dans le foyer 16 grammes de teinture d'iode mêlés à la même quantité d'eau, et maintint le liquide en place pendant vingt-quatre heures, au moyen d'une bandelette agglutinative appliquée sous l'ouverture. La réaction et la douleur furent presque nuls; au bout de cinq jours, le pus était crémeux, peu abondant, l'état général excellent.

L'injection fut renouvelée trois fois de six jours en six jours; à chaque fois, la quantité qui pénétrait était moindre. Dix jours après la dernière injection, la cicatrisation était achevée. Le malade conserva une ankylose incomplète du genou, qui, malgré un traitement énergique, n'était pas complètement dissipée au bout de quatre mois et demi.

Si l'on rapproche de ce fait une circonstance que M. Prestat a observée au moment de l'accident, savoir, l'écoulement de la synovie par la plaie, écoulement qu'il attribua à la déchirure de la gaîne tendineuse du biceps, on sera porté à croire que M. Prestat a eu affaire à une lésion beaucoup plus grave que celle qu'il indique, c'est-à-dire que l'articulation du genou a été ouverte, et qu'elle communiquait avec le foyer qui existait dans le creux du genou.

La quatrième observation a pour objet un petit kyste purulent, développé à la mâchoire supérieure, au-dessus de la racine d'une première molaire laissée en place lors de l'extraction de cette dent. L'ouverture de ce kyste, faite par le bistouri, était restée fistuleuse. Des injections de teinture d'iode pur, pendant six semaines, tous les quatre jours, guérirent cette affection qui durait depuis dix-huit mois.

Le cinquième fait est celui d'un abcès froid de la cuisse, chez une enfant de 11 ans, scrofuleuse. L'abcès, vidé au moyen d'un trocart, fut lavé avec une collection de 30 grammes de teinture d'iode pur dans 60 grammes d'eau. L'ouverture resta fistuleuse, et M. Prestat fit, tous les dix jours, une injection de teinture d'iode pure. La tumeur disparut au bout de six semaines, laissant un peu d'empâtement du tissu cellulaire. Un traitement général fut en même temps dirigé contre l'état scrofuleux.

Tels sont les cinq faits que M. Prestat a présentés à la Société de chirurgie, laissant à celle-ci le soin de les apprécier et de les commenter.

Les injections iodées, dit M. le rapporteur, ont été l'objet de nombreux travaux depuis ces dernières années, et la Société de chirurgie a contribué à ces travaux pour une large part. Deux questions principales sont à l'étude, les injections iodées ont été employées pour la guérison des collections séreuses, et pour la guérison des suppurations, soit aiguës, soit chroniques.

La première question est élucidée par des faits assez nombreux pour que l'utilité des injections iodées, pour la guérison des hydropisies et des kystes, ne puisse plus être contestée; mais que de points de pratique encore indécis : dans quel cas sont-elles indiquées? quelle doit être la composition et la quantité du liquide? combien de temps doit-on le laisser séjourner? Le praticien est encore sans guide, et si on consulte les faits publiés, on voit que la manière de faire a beaucoup varié.

Le moment n'est pas encore venu où l'on puisse tracer des règles fixes pour le traitement des collections séreuses par les injections iodées; les faits ne sont pas encore assez nombreux pour pouvoir peser comparativement la valeur des divers moyens employés. Il faut enregistrer avec soin tous les faits nouveaux qui se présentent, et, sous ce rapport, on doit savoir gré à M. Prestat des élémens qu'il apporte à la solution de la question, par les deux faits d'injection péritonéale qui viennent d'être analysés.

Examinant successivement ces deux faits, M. le rapporteur reconnaît que, dans le premier, l'injection iodée a évidemment guéri le malade; mais qu'il s'en est fallu de peu qu'elle n'ait produit un résultat tout opposé. Il pense que les dangers si grands, courus par le malade, tiennent en partie au procédé suivi par M. Prestat. Ce chirurgien a employé un liquide plus fort que celui dont on avait généralement fait usage avant lui. La solution de M. Prestat contenait 1/50e d'iode et 1/4 d'alcool, tandis que celle dont M. Griffon s'est servi dans une circonstance analogue ne contenait que 1/71e d'iode et un peu plus de 1/6e d'alcool, et celle de M. Boinet, 1/72e et un peu plus de 1/6e d'alcool. En outre, M. Prestat a supprimé l'iodure de potassium, qui entre pour 1/75e et 1/90e dans les liquides employés par MM. Griffon et Boinet. Enfin, M. Prestat a employé une quantité plus considérable de liquide, et il a, à dessein, laissé dans le péritoine la moitié du liquide injecté. Il a produit ainsi une péritonite sur-aiguë à laquelle le malade a failli succomber, et qui s'est terminée par des adhérences.

M. le rapporteur pense que M. Prestat eût pu guérir son malade sans lui faire courir tant de dangers. A en juger par les faits connus, il ne serait pas prudent de dépasser d'emblée la proportion de 1/70e d'iode et de 1/16e d'alcool, et il faut y associer 1/70e à 1/80e d'iodure de potassium. Après quelques minutes employées à laver le péritoine, il faut évacuer le plus de liquide possible. Dans ces limites, la péritonite semble peu à craindre; on a plutôt à redouter un insuccès, faute de réaction suffisante, et c'est alors qu'on pourra, dans des injections subséquentes, employer un liquide plus fort. De différens faits que rapporte M. Monod à l'appui de ces réflexions, il résulte pour lui la règle, que, dans les injections péritonéales, les limites indiquées plus haut, pour la force du liquide, ne doivent être dépassées que dans des cas tout à fait exceptionnels.

En ce qui concerne le second cas, M. le rapporteur s'est demandé si la présence des tumeurs dans l'abdomen, sur la nature desquelles l'auteur ne se prononce pas, n'aurait pas dû contre-indiquer toute tentative de guérison de l'ascite, comme lorsque la collection séreuse n'est que le symptôme d'une affection organique du cœur ou du foie? Il ne le pense pas. et, sous ce rapport, il approuve la conduite tenue par M. Prestat dans ce cas difficile, et il rapporte deux faits analogues observés par l'un des membres de la commission, qui viennent parfaitement à l'appui, et qui légitiment l'espérance que M. Prestat avait de guérir sa malade malgré la complication qui existait chez elle.

Quant aux trois dernières observations, relatives à des injections iodées pratiquées pour des cas de suppuration chronique, les succès obtenus par ce mode de traitement, dit M. le rapporteur, sont tellement nombreux, qu'il n'est plus permis de révoquer en doute l'efficacité de ces injections, et ces trois faits de M. Prestat ajoutent encore à ce que l'on savait déjà à cet égard.

M. le rapporteur conclut en proposant : 1° de déposer honorablement le mémoire de M. Prestat dans les archives de la Société; 2° de lui adresser une lettre de remercîmens; 3° de lui accorder le titre de membre correspondant qu'il sollicite.

Les deux premières conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Pour la troisième conclusion, la Société procède immédiatement au scrutin :

Sur 21 votans, M. Prestat ayant obtenu l'unanimité des suffrages, est déclaré élu membre correspondant.

RÉCLAMATION.

Strasbourg, 10 Août 1853.

Monsieur et très honoré confrère,

Je lis dans votre numéro 93 (samedi 6 août 1853), à la quatrième page, sous la rubrique : *Phénomènes des sensitifs*, un petit article concernant les découvertes que le professeur Reichenbach annonce avoir faites relativement à un dynamide jusqu'ici inconnu, et auquel il a donné le nom de OD.

La personne qui vous a fourni ces renseignemens ne paraît avoir aucune connaissance du travail dont j'ai commencé la publication dans la *Gaz. méd. de Strasbourg*, avec le n° 8 (20 août 1852), sous ce titre : *Le magnétisme soodique*, terminologie parfaitement justifiable par l'étymologie du mot OD, et que le savant physicien a emprunté à la mythologie scandinave (*Odin*, le dieu pénétrant tout, présent partout, comme le fluide impondérable dont il est question, s'appelant également *Wodau*, j'ai préféré, sous le rapport de l'euphonie, le mot *wode*, au terme trop sec de notre langue, employé par le professeur allemand).

Depuis, un traducteur parisien a publié toute la collection des lettres du professeur Reichenbach, et c'est de cette traduction que parle la *Presse*. Je n'en crois pas moins avoir le droit de faire remarquer que les choses merveilleuses annoncées par le physicien de Vienne avaient tout d'abord frappé mon attention, et que je les ai communiquées immédiatement à mes lecteurs. Comme elles n'occupent que la place modeste du feuilleton, elles auront échappé à l'attention des confrères en journalisme qui me font l'honneur de lire la partie supérieure de mon journal.

Agréez, etc. D[r] Eissen.

COURRIER.

HOPITAL DU NORD. — La plus grande activité règne en ce moment dans les travaux d'appropriation intérieure, commencés il y a quelques mois dans le grand hôpital élevé sur les terrains du clos Saint-Lazare. Ce vaste édifice, construit dans toutes les conditions de salubrité désirables, est divisé en quatre grands pavillons orientés de l'est à l'ouest, disposition reconnue la plus favorable dans la construction des établissemens de ce genre. Des appareils de ventilation destinés à maintenir la pureté de l'air dans les galeries supérieures, viennent d'être disposés sur les combles des trois pavillons principaux. Pour ce qui regarde les travaux extérieurs, ils sont depuis longtemps terminés.

L'ouverture de ce vaste établissement hospitalier, doit avoir lieu, dit-on, au commencement de l'année 1854.

FOLIE RELIGIEUSE EN AMÉRIQUE. — Les Américains apportent dans la religion l'ardeur et l'impétuosité qu'ils mettent en toute chose ; même aujourd'hui, dans l'hôpital de Worcester, le nombre des fous pour cause de religion égale celui des fous pour cause d'intempérance, (J.-J. Ampère, *Promenade en Amérique. Revue des deux Mondes* du 1[er] janvier 1853. p. 19.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De la guérison de la surdi-mutité et de l'éducation des sourds-muets. Exposé de la discussion qui a eu lieu à l'Académie impériale de médecine, avec notes critiques, réflexions, additions, et un résumé général ; par P. Ménière, médecin de l'institut impérial des Sourds-Muets de Paris. — 1 volume in-8 de 432 pages, 1853. Prix : 5 fr.

Manuel de médecine opératoire fondée sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique; par J.-F. Malgaigne, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris. 6e *édition, corrigée et augmentée.* — 1 volume grand in-18, 1853. Prix : 7 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent à la Librairie médicale de GERMER-BAILLIÈRE, rue de l'École-de-Médecine, 17, à Paris.

Iconographie ophthalmologique, ou Descriptions et figures coloriées des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales, par le docteur J. Sichel, professeur d'ophthalmologie, médecin oculiste des maisons d'éducation de la Légion-d'Honneur, etc.

Cet ouvrage sera publié en 20 livraisons, composées chacune de 28 pages de texte grand in-4°, et de 4 planches dessinées d'après nature, gravées, imprimées en couleur, retouchées au pinceau avec le plus grand soin.

Une livraison paraîtra toutes les six semaines.—Prix de chaque : 7 fr. 50 c.

Les livraisons de 1 à 6 sont en vente.

A Paris, 1853, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltesteet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 103. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 30 Août 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PATHOLOGIE.

NOTE SUR QUELQUES CIRCONSTANCES RELATIVES AUX PHASES DE L'ÉVOLUTION DENTAIRE.

J'ai étudié, chez 63 enfans, les phases de l'évolution des dents de la première dentition, et je viens exposer ici les résultats de cette étude.

La plupart des traités de physiologie renferment un récit plus ou moins abrégé des phénomènes relatifs à l'évolution des dents de la première dentition. Mais ces récits sont loin d'être exacts et ne paraissent pas précisément copiés sur la nature. Le travail qui se rapproche le plus de la vérité est celui de M. le professeur Trousseau, que je trouve reproduit dans les divers recueils périodiques de 1848. Et l'on verra cependant que, si sur certains points mes conclusions sont parfaitement identiques à celles de cet habile clinicien, sur beaucoup d'autres elles s'en écartent complètement.

Les faits dont j'aurai à m'occuper appartiennent à l'ordre physiologique et ne paraissent pas, par conséquent, avoir un intérêt pratique fort grand. Je ferai remarquer, toutefois, que les accidens les plus graves se rattachant à l'éruption des premières dents et étant susceptibles de compromettre sérieusement la vie, il n'est pas sans utilité de connaître, d'une part, l'ordre dans lequel apparaissent ces corps ossiformes, d'une autre part, l'époque aussi précise que possible de cet apparition. D'ailleurs, toutes les questions relatives à la détermination de l'âge chez les jeunes enfans, à l'aide des signes fournis par la dentition ou par toute autre circonstance, présentent à la médecine légale un intérêt qu'il ne sera pas malaisé d'apprécier.

L'ordre dans lequel apparaissent les premières dents est un des points les mieux connus de l'histoire de l'évolution dentaire. Aussi n'y insisterai-je pas longtemps.

Béclard avait admis, en principe, que pour chaque dent l'éruption a lieu à la mâchoire inférieure un peu plus tôt qu'à la mâchoire supérieure, et que chaque paire de dents sort dans l'ordre suivant : la première, la seconde, la quatrième ou la troisième, et, enfin, la cinquième. Cette manière de voir a été adoptée par la plupart des physiologistes modernes, et, je dois le dire d'avance, elle ne s'éloigne pas beaucoup de la vérité.

M. le professeur Trousseau vint ensuite qui, placé à la tête d'un service de nourrices, à l'hôpital Necker, a eu mainte occasion d'observer les phénomènes physiologiques dont il s'agit.

A l'éruption par paires de Béclard, M. Trousseau a substitué l'éruption par groupes, et a divisé l'éruption des premières dents en cinq éruptions :

1° Incisives inférieures médianes.	2
2° Incisives supérieures, médianes d'abord, puis latérales.	4
3° Premières molaires et incisives latérales inférieures.	6
4° Dents canines.	4
5° Dernières molaires.	4
	20

M. Trousseau s'est rapproché plus de la vérité que Béclard, mais il ne la possède pas encore tout entière, s'il m'est permis d'en croire ce que j'ai vu de mes propres yeux.

Il est bien vrai, et tout le monde est d'accord sur ce point, que l'éruption des premières dents commence par la sortie des incisives moyennes inférieures.

Il est encore vrai que les incisives moyennes supérieures viennent ensuite, et que leur apparition est suivie de l'apparition des incisives latérales supérieures.

Mais voici ou cesse la conformité entre les résultats de mon observation, et les résultats de l'observation de M. le professeur Trousseau.

Suivant le médecin de l'Hôtel-Dieu, les incisives latérales supérieures seraient suivies des petites molaires, puis des incisives latérales inférieures. Il n'en a point été ainsi chez la plupart des enfans soumis à mon examen.

A l'apparition des incisives latérales supérieures, succédait l'apparition des incisives latérales inférieures, et cela, dans la grande majorité des cas.

Le plus ordinairement l'éruption des canines avait lieu ensuite. Je dois déclarer, cependant, que cet ordre est loin d'être constamment l'ordre suivi par la nature, et, bien que j'aie examiné moi-même tous les sujets qui ont servi à la composition de ce travail, j'avouerai qu'il m'eût été impossible, par la seule force de mes souvenirs et sans le secours de mes notes, de décider si c'étaient les canines qui précédaient les petites molaires ou les petites molaires les canines. Je comprends et j'explique ainsi l'erreur, d'ailleurs assez légère, commise par M. Trousseau, et celle aussi peu grave commise par Béclard, puisque les canines ne l'emportent sur les petites molaires, quant à l'ordre d'apparition, que dans la proportion de 10 à 7.

Peut-être qu'en opérant sur un chiffre d'observations plus considérable que le mien, on arriverait à des résultats différens. Cependant, j'ai reconnu l'exactitude de cette proposition dans toutes les occasions que j'ai eues de la vérifier.

L'éruption des petites molaires supérieures précède généralement l'éruption des petites molaires inférieures. Il me serait impossible d'être aussi précis à l'égard des canines, dont l'ordre relatif d'apparition échappe à toute espèce de calcul.

Quant aux secondes molaires, je les ai vues plusieurs fois sortir avant les canines ; mais le plus souvent leur éruption se faisait en dernier lieu

De ces considérations il résulte déjà que l'apparition des premières dents aurait lieu dans l'ordre suivant :

1° Incisives médianes inférieures ;

2° Incisives médianes supérieures, puis latérales supérieures ;

3° Incisives latérales inférieures ;

4° Canines;

5° Premières molaires, supérieures, puis inférieures ;

6° Secondes molaires.

Tel est, d'après mes observations, l'ordre suivi par la nature, dans la majorité des cas. Mais cet ordre est loin d'être invariable. Il est même si souvent interverti, qu'on conçoit sans peine les erreurs commises à cet égard par les physiologistes.

La méthode numérique, éminemment applicable à l'étude de ces phénomènes, pouvait seule nous mettre sur la voie de la vérité. Il n'y a pas ici de fausse interprétation possible des faits. Compter les dents qui se montrent au fur et à mesure de leur apparition, enregistrer chaque observation avec exactitude, puis faire l'addition, c'est là un travail simple, puéril en quelque sorte, par sa facilité, mais c'était le seul moyen de surprendre le secret de la nature. L'observation la plus fine, le tact le plus exquis, la mémoire la plus vaste, ne pouvaient

---

Feuilleton.

ESPÉRANCES ET RÊVERIES MÉDICALES.

Nous ne jugeons pas notre époque, nous disons seulement que sa tendance nous paraît être à vulgariser plutôt qu'à élever les sciences, et que déjà le côté usuel, manuel, domine de toutes parts le côté spirituel et spéculatif. Il n'est donc pas déraisonnable de penser que le journal de sciences, ce vulgarisateur par excellence, deviendra un jour quotidien ; l'UNION MÉDICALE pourra dire : (*La suite à demain*).

Ce jour-là, Monsieur, je viendrai vous soumettre un vœu et formuler une demande : je voudrais qu'une page de votre recueil fût donnée de temps en temps à des comptes-rendus de tribunaux, même correctionnels, pris et rédigés au point de vue de la médecine philosophique. Nous croyons que des études sérieuses et consciencieuses faites sans parti pris d'avance, contre telle ou telle théorie criminelle, pour ou contre tel ou tel système pénitentiaire, pourraient offrir un intérêt aussi varié que fécond. Qui sait ? Là est peut-être le lieu, le point de jonction entre le lecteur profane et l'abonné savant pour les journaux de votre spécialité. Cette dernière considération à part, il nous semble qu'une sorte de clinique au banc de douleur du malheureux ou du coupable, créerait bien des matériaux pour la science physique et morale de l'homme, et finirait par éclairer d'un jour plus égal et moins douteux la sombre et mystérieuse question de la perturbation physique dans la perversité sociale, de la maladie dans le crime.

Ce ne serait pas la première fois, Monsieur, que des usages modestes prépareraient de grands résultats. Entr'autres avantages de la publicité dont il s'agit, nous croyons qu'elle habituerait le monde et le médecin lui-même, distrait par les tribulations matérielles de sa clientèle, à considérer la médecine comme essentiellement liée à la morale publique et à la justice.

—

Convenez-en, le monde en masse s'étonne volontiers lorsque le médecin est cité devant les juges et interpellé au sujet d'un grand coupable. Il croit, le public en masse, que la justice faiblit ou que la médecine usurpe. Pourquoi cela ? Parce que l'homme de la science est appelé, interpellé dans les circonstances exceptionnelles, extraordinaires, à part les cas d'empoisonnement présumé. Alors la curiosité publique, poussée à son paroxysme, a peur que l'homme de la science ne vienne à détruire l'intérêt, l'horreur, si vous le voulez, de l'affaire commencée, en substituant au héros, à l'héroïne, un simple fou, une misérable folle. Nous ne sommes certainement pas cruels, en France, mais le drame a pour le plus grand nombre des charmes dangereux. L'explication froide nous trouve incrédule, l'interprétation savante ennuie. Il accordera peut-être des circonstances atténuantes à un scélérat, mais il croirait manquer à toutes les lois divines et humaines, s'il reconnaissait un affreux monomane, dans tel ou tel personnage criminel. Peu l'oseraient du moins, à cause d'eux-mêmes, à cause des amis et connaissances, à cause de l'opinion générale, à cause du connu et de l'inconnu.

La plupart du temps, le médecin, appelé devant les Cours d'assises, se borne à développer une thèse plus ou moins métaphysique sur la monomanie homicide. Son talent reconnu, sa probité éprouvée, soutiennent heureusement son courage et sa parole ; car devant un jury qui peut avoir plus d'honnêteté que de lumières, le médecin, en constatant le désordre irrésistible des facultés chez un malheureux, semble plaider en faveur de l'impunité au nom du fatalisme. Nous en sommes persuadés : jamais aucun médecin n'a failli à la vérité ni à sa conviction dans ces circonstances solennelles et vraiment terribles, mais nous croyons que le plus grand nombre des citoyens, en France, manquent des connaissances et des notions élémentaires qui rendraient la tâche moins ingrate, et l'intervention du médecin plus utile à la justice et à l'humanité. Il y a donc une éducation à faire ; qui s'en chargera ?

Une longue habitude des tribunaux a démontré pour nous un fait que nous livrons volontiers à la contradiction publique, et ce fait, le voici : Chez les jeunes prévenus, les délits et les crimes tiennent en général à la dépravation du cœur ; les délits et les crimes viennent de la corruption des idées chez les hommes faits. Les idées et la tête ; les sentimens et le cœur ! Oh ! le beau chapitre à faire, si un livre entier, et un livre tout entier immortel, n'existait pas déjà sur ce sujet : les rapports du physique et du moral de l'homme.

—

L'organisation humaine ne change pas ; mais le milieu dans lequel cette organisation commence, se développe et finit, ce milieu, disons-nous, se modifie prodigieusement tous les jours. Celui que la richesse ou les affaires promènent de contrée en contrée, peut déjà n'être pas plus un habitant du nord qu'un citoyen du midi, en définitive. Grâce à la rapidité des communications, l'homme libre, affairé ou riche est, à son gré, quasi-présent partout ; grâce au télégraphe électrique, il sait quasi-tout. Nous disons qu'il *sait* dans le sens de l'information, et non de la science, hélas !

L'avenir, un avenir prochain nous apprendra si, en réalité, c'est une chose insignifiante que l'immense quantité de gaz lancés et disséminés aujourd'hui dans l'atmosphère, par l'industrie ; l'avenir, un avenir prochain permettra, s'il ne nous y force, de constater l'influence de ces milliers de kilomètres de métal, mis à nu et soumis soit à un frottement continuel, soit à une action atmosphérique incessante, sous les noms de chemin de fer, de toiture de zinc, etc. ; l'avenir et un avenir prochain nous révèlera si les innombrables fils de fer suspendus aujourd'hui sur nos têtes, et qui, incessamment, y formeront un treillage, — si ces fils promènent impunément pour nous l'électro-magnétisme.

L'homme a découvert mille secrets de la nature générale, et il s'en sert, modifiant ainsi la nature particulière du monde qu'il habite.

Nous aimons le progrès sans en être dupes dorénavant ; nous ne disons pas anathème aux découvertes, ou, pour parler plus exactement, aux applications modernes de la science à l'art usuel de la vie, nous prétendons seulement que tout s'achète et s'expie sur cette terre, et que la science aura tôt ou tard à corriger, à réviser le fait ou l'excès des applications scientifiques. Hippocrate a écrit : « L'air est le dominateur de toutes nos affections. » Eh bien ! on vient de voir que, depuis quelques années, nous mêlons à l'air naturel bien de l'électricité, bien du galva-

qu'imparfaitement remplacer cette méthode.

Il en est de la dentition, a dit Richerand, comme de tous les actes de l'économie, l'instabilité en forme le principal caractère. Je viens de faire remarquer que cette irrégularité est très fréquente en ce qui concerne l'ordre dans lequel apparaissent les premières dents. On verra bientôt qu'il en est de même des époques diverses auxquelles se fait cette apparition. Mais ici, comme là, l'inconstance de ces phénomènes physiologiques n'est pas telle qu'on ne puisse déterminer, approximativement, les périodes de l'existence dans lesquelles s'accomplit l'éruption des divers groupes de dents.

L'éruption des dents infantiles commence vers le sixième mois, disait Béclard. Vers la fin du septième mois environ, disait Richerand; les incisives moyennes inférieures percent le tissu des gencives. Du sixième au huitième mois, dit M. Oudet, on voit sortir les incisives médianes inférieures, puis les supérieures. Vers le troisième mois de la vie, dit enfin M. Trousseau, sortent les premières incisives.

Si l'on veut bien me permettre, après tant d'hommes recommandables, d'exprimer mon sentiment, je dirai : ce n'est ni au sixième, ni au septième, ni au huitième mois, c'est encore moins au troisième, qu'apparaissent les premières dents. C'est à la fin de la première année, c'est du onzième au douzième mois, en général. Je dirai, une fois pour toutes, que j'ai supprimé dans cette note, les chiffres qui m'ont conduit aux conclusions que j'expose ici. Mes conclusions, d'ailleurs, n'ont rien d'absolu. Tout le monde sait, par exemple, qu'on a vu des enfans naître avec plusieurs incisives, et, sans parler des faits trop connus de Louis XIV et de Mirabeau, j'ai vu aux Enfans-Trouvés un enfant de treize jours pourvu de ses quatre incisives médianes, et un enfant de un mois possédant les incisives moyennes inférieures. En somme, je n'ai vu que 6 fois sur 63, les incisives moyennes inférieures paraître avant l'âge d'onze mois.

Il est peut-être moins rare de voir s'écouler la première année, sans que les premières dents aient fait leur apparition. J'ai vu deux enfans d'un an qui n'en présentaient pas la moindre apparence.

J'ai vu trois sujets du même âge, qui ne possédaient encore qu'une seule incisive moyenne inférieure.

Les auteurs que j'ai cités faisant naître, ce qui est vrai d'ailleurs, les incisives moyennes supérieures, immédiatement après les incisives moyennes inférieures, on conçoit que la différence que j'ai signalée entre les résultats de leur observation et les miens, persiste ici tout entière. En effet, selon ces auteurs, l'éruption des moyennes supérieures aurait toujours lieu avant la fin de la première année; selon moi, la première année accomplie, ou, si l'on veut, du douzième au treizième mois.

Les moyennes supérieures étaient déjà poussées chez l'enfant de treize jours dont j'ai parlé, et chez un autre enfant âgé de un mois. Au-delà d'un an, il ne m'est arrivé que quatre fois de ne pas les voir complètement sorties. Chez un enfant de quatorze mois, il n'y avait que la moyenne supérieure droite, chez un autre de quinze mois, la moyenne supérieure gauche. Un enfant de seize mois n'avait aussi qu'une moyenne supérieure. Enfin, on apercevait, avec les moyennes inférieures, que la moyenne supérieure droite, chez un enfant de vingt-sept mois.

Pour ce qui est des incisives latérales, je m'éloigne beaucoup plus encore des auteurs précédemment indiqués, qui fixent généralement l'apparition de ces dents du dixième au quinzième mois.

Selon moi, l'éruption des incisives latérales n'est, le plus souvent, complète qu'à l'âge de deux ans. Ainsi que je l'ai dit plus haut, les latérales supérieures précèdent presque toujours les latérales inférieures. Je n'ai vu qu'une fois les latérales inférieures sorties avant le quinzième mois, tandis que j'ai vu huit fois les latérales supérieures se montrer avant cette époque. Il est rare que l'éruption des incisives latérales se fasse attendre au-delà de la seconde année. Une fois seulement, chez un enfant de deux ans trois mois, il m'est arrivé de ne pas les voir sorties.

Ainsi, à deux ans, mais à deux ans seulement, les enfans sont pourvus de toutes leurs incisives.

(La fin à un prochain numéro.) Dr E. HERVIEUX.

MÉDECINE PRATIQUE.

DE L'UTILITÉ DE L'ASSOCIATION DES INJECTIONS IODÉES A LA THORACENTÈSE DANS LE TRAITEMENT DES ÉPANCHEMENS PURULENS, CONSÉCUTIFS A LA PLEURÉSIE AIGUE ET CHRONIQUE, ET DE L'HYDROPNEUMOTHORAX (1);

Par le docteur F.-A. ARAN, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

La thoracentèse ayant été pratiquée quatre fois chez ce malade à des intervalles tantôt assez longs, tantôt assez rapprochés, avec ou sans injections iodées, il faut nécessairement séparer les remarques que je crois devoir présenter à son sujet.

La première thoracentèse a été suivie, comme celles qui font le sujet des deux observations précédentes, d'un soulagement marqué, et du rétablissement du murmure respiratoire dans toute la poitrine, sauf un peu de faiblesse inférieurement. Comme dans les cas cités plus haut, l'injection iodée n'a pas été sentie par le malade, et cependant, bien que le liquide fût moins chargé d'iode que celui injecté dans les deux autres cas, il y a eu des accidens d'iodisme les plus prononcés qu'il m'ait été donné d'observer. C'est que ces accidens ne sont pas en rapport avec la quantité d'iode injectée, mais bien avec la perméabilité des parois de la cavité dans laquelle est faite l'injection. Aussi ne serai-je pas éloigné de regarder comme un signe fâcheux l'absence de l'iodisme dans les cas de ce genre, cette absence semblant indiquer une épaisseur considérable, une organisation très avancée des parois du foyer.

Pourquoi le liquide s'est-il reproduit après la première injection iodée? Ceci nous conduit naturellement à nous demander quelle a été la cause de l'hydropneumothorax chez ce malade. Cette cause, il est bien difficile de la chercher ailleurs que dans la présence d'un tubercule qui s'est ramolli et vidé dans la plèvre. Bien que, même aujourd'hui, les signes physiques n'indiquent pas d'une manière évidente la présence de cette grave altération du poumon, ce que nous savons de la marche de l'hydropneumothorax, dans quelques cas exceptionnels, nous porte à croire que des tubercules existent dans le poumon, sinon même dans les parois du foyer. Cela ne nous empêche pas de croire que nous avons rendu service à ce malade en lui pratiquant la thoracentèse et des injections iodées. Ces injections ont même fini par agir si favorablement les deux dernières fois, que l'on peut considérer le malade comme débarassé de sa maladie intercurrente.

La seconde thoracentèse, celle qui n'a pas été suivie d'injection iodée, avait amené pendant quelque temps un soulagement si marqué, que le malade s'est cru, et que nous l'avons cru nous-même un instant parfaitement guéri. Mais, en résumé, la guérison définitive de l'épanchement, celle par l'effacement de la cavité pleurale, n'a été obtenue qu'après les injections iodées.

Ces deux dernières injections ont été pratiquées, du reste, dans des conditions moins heureuses que les premières, en ce sens qu'elles ont été accompagnées de pénétration d'une certaine quantité d'air. Que cette quantité d'air ait été médiocrement irritante pour le foyer, l'ouverture externe ayant été immédiatement fermée, c'est ce qu'il est permis de croire, mais chose désavantageuse, les parois du foyer sont restées longtemps écartées l'une de l'autre, et c'est seulement lorsque l'épanchement a été résorbé que l'agglutination a pu se faire. Je crois donc utile d'entrer dans quelques détails relativement à la manière de pratiquer ces injections, et aux précautions à prendre pour éviter la pénétration de l'air dans la cavité thoracique.

Ainsi que je l'ai dit, à plusieurs reprises, c'est toujours au procédé de M. Reybard modifié, que j'ai eu recours dans ces divers cas de thoracentèse. Ce procédé est trop connu, pour que je m'arrête à le décrire; je dirai seulement que j'ai toujours eu le soin, avant de pratiquer la ponction, de faire relever la peau correspondant à l'espace intercostal par lequel je voulais pénétrer, d'ouvrir la voie au trocart en incisant la peau au moyen d'une lancette, et que, contrairement à ce qui est pratiqué par quelques personnes, j'ai cherché, autant que possible, à vider le foyer, en faisant refouler par des aides le diaphragme et les espaces intercostaux, dès que l'écoulement du liquide commençait à se ralentir. Par la même raison, j'ai toujours pratiqué la ponction dans le point, à la fois le plus déclive et correspondant à l'épanchement le plus abondant, point qui m'était surtout indiqué par l'affaiblissement du murmure respiratoire. C'est ainsi que, dans un cas, j'ai fait la thoracentèse dans le neuvième espace intercostal, en arrière. Mais c'est surtout en ce qui regarde le 2me temps de l'opération, l'injection iodée, que je pense quelques détails assez utiles, ne fût-ce que pour éviter à ceux qui voudraient pratiquer cette opération, l'accident qui m'est arrivé deux fois de suite chez le même malade, la pénétration de l'air.

Lorsque j'ai pratiqué pour la première fois l'injection iodée à la suite de la thoracentèse, j'avais eu l'idée de faire avec la pointe des ciseaux une petite ouverture à la baudruche mouillée qui recouvre la canule, et de faire glisser, par cette ouverture, l'extrémité de la seringue chargée préalablement du liquide médicamenteux. Les seringues à hydrocèle ordinaire conviennent parfaitement pour ces injections, et, soit dit en passant, il vaudrait peut-être mieux se servir d'un trocart assez gros, ainsi que M. Sédillot l'a conseillé, que des trocarts à hydrocèle qui ne peuvent pas toujours donner passage facilement aux fausses membranes. Mais l'inconvénient de faire glisser ainsi l'extrémité de la seringue à travers une ouverture de la baudruche, est facile à comprendre. Si le malade fait un mouvement, si surtout il fait une inspiration, la baudruche soulevée donne passage à l'air qui se précipite dans la poitrine. Rien de plus facile, cependant, que d'éviter cet accident. Lorsque le liquide a cessé de couler, la baudruche mouillée s'applique sur l'ouverture externe de la canule. Qu'on appuie alors l'extrémité de la seringue sur la baudruche; elle la refoulera d'abord dans la canule, et la déchirera

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 18, 20 et 27 Août.

---

nisme, bien des vapeurs de notre invention. J.-J. Virey, dans son livre sur la puissance vitale a dit :

« On peut établir... que dans le cours des siècles et des saisons même, la nature humaine et celle des autres êtres peuvent s'altérer et se modifier suivant de nouvelles lois et d'après de nouveaux équilibres entre les élémens. »

« Que les bouleversemens même de notre globe, n'étant que de nouveaux équilibres, donnent naissance à d'autres genres d'organisations vivantes, parce qu'il doit y avoir des créatures en rapport avec chaque climat et avec un monde. Mais une intelligence directrice règne toujours sur ces créatures. »

—

Cela posé, il ne tiendrait qu'à nous d'exalter ce qui se passe sous nos yeux et d'alléguer comme preuve de l'instinct général qui veille, sans y présider, à l'équilibre des choses, nous pourrions alléguer, disons-nous, le fait contemporain que voici :

L'hygiène se mêle à tout présentement. A la rigueur, on pourrait supposer que l'instinct de conservation fait que l'homme travaille à se prémunir contre toutes les forces actives et productives qu'il développe sans relâche.

Il ne manque pas de gens qui font, par un heureux mélange de déclamation et d'obscurité, quelque chose de rien, gens de mérite, car ils arrivent, ils parviennent pour la plupart. Un de ces gens là ne laisserait pas échapper l'occasion présente : Il vous offrirait, comme constituant deux mouvemens parallèles, celui qui entraîne la société à multiplier les agens autour d'elle, sur sa tête, et celui qui porte l'industrie à qualifier de préservateur et d'hygiénique le moindre de ses produits.

Nous n'irons pas jusqu'à cette hyperbole, malgré sa séduction, sa facilité, *sa fécondité*, et même sa vraisemblance.

—

Toutefois, avez-vous eu le temps de remarquer, Monsieur, l'importance et les développemens que prend l'hygiène à la quatrième page des journaux, patrie ou partie des annonces ! Tout y devient hygiénique depuis la pommade jusqu'aux bonbons. Nous ne désespérons nullement de voir la cuisine hygiénique remplacer la cuisine bourgeoise, les trains hygiéniques, les soirées hygiéniques succéder aux trains de plaisir, etc. Nous aimons mieux expliquer que blâmer, en général; nous nous plaisons à extraire le grain de raison qu'il y a au fond de toute folie, l'atôme de vérité que recèle, malgré lui, tout charlatanisme. Nous avons, en conséquence, essayé de comprendre et d'analyser la quatrième page en question. Nous vous respectons trop pour vous faire assister à tous les détails de l'expérience; nous vous prierons seulement d'agréer nos conclusions :

Partout l'idée, la préoccupation vulgarisatrice et utilitaire perce, domine. Faut-il en avoir de l'humeur ? Dans une préface de l'ouvrage de Bichat : les rapports du physique et du moral de l'homme, ouvrage que nous rappelions, il y a quelques lignes, nous lisions : « Peut-être avons-nous passé l'âge des plus brillans travaux de l'imagination : mais, du reste, toutes les connaissances et toutes les idées directement applicables aux besoins de la vie, à l'augmentation des jouissances sociales, etc., semblent être aujourd'hui devenues partout le but commun de tous les esprits. » — Dieu sait le rôle que l'imagination a repris depuis ces trentes dernières années; Dieu sait le rôle qu'elle jouera encore malgré le triomphe intermittent de l'empirisme. Ainsi nous ne nous plaignons pas, nous constatons le progrès de l'hygiène et sa faveur auprès du public payant. C'est, à tout prendre, un bon symptôme. *Il y a*, selon une formule jadis célèbre, *quelque chose à faire* avec cela. La science n'a qu'à ne point laisser la parole et le pas au charlatanisme. Elle peut agir et s'employer sans déroger de nos jours, l'utilité, c'est la noblesse, dans l'ordre des choses qui nous occupent et qui seules peuvent nous occuper ici.

Le quinine commence par être une magnifique découverte? C'est à présent une belle et noble industrie.

Cherchez et vous trouverez, même le principe et la loi qui font ou qui ont fait tourner les tables.

—

Au sujet des tables tournantes, nous lisons précisément qu'une autorité ecclésiastique s'est émue de pareilles expériences et les interdit.

Il y a, ce nous semble, des jeux moins innocens, si ce sont des jeux. S'il s'agit de véritables expériences, pourquoi l'interdiction? Pourquoi faire que les provinces pullulent de petits Galilées s'en allant criant : *Et pourtant elles tournent !*

Les tables tournantes nous ont fait assister, pour notre compte, au double spectacle d'engouemens puérils et d'étonnemens niais. Osons-le dire, l'étonnement nous a plus affligé que l'engouement. Pourquoi cela ? Parce que ceci : le physiologiste ne sait pas ce que c'est que la nature; il en est réduit à l'observer. — Le psychologiste ne sait pas ce que c'est que l'âme; il s'élève à cette connaissance par la foi. — Le physicien ne sait pas ce que c'est que la lumière; il en recherche la loi et les effets. — L'homme, enfin, ne se connaît pas lui-même, et cependant tout le monde croit, bon gré malgré, à la nature de l'âme, à la lumière, à l'homme.

Tout est miracle et phénomène autour de nous, en ce sens que nous voyons et que nous sentons ce que nous ne comprenons pas; ce qu'il y a de plus étonnant au monde, c'est l'étonnement des hommes. *Que sais-je*, disait Montaigne.

Il est évident que le monde terrestre est le monde des effets. Le monde des causes et des lois, est là où l'instinct et l'inspiration se montrent : là haut. C'est là que les invocations, les supplications et les prières tendent. Laissons l'homme chercher et observer, en se penchant vers la terre : c'est l'attitude du travail, ennemi de toute impiété. Laissons-le, car après avoir cherché, s'il trouve, le premier cri de son étonnement ou de sa joie sera : oh ! mon Dieu ! — Laissons-le observer, car après les observations il faudra généraliser, déduire la loi générale ; et de toute loi générale à la Providence, la conséquence est forcée.

Pierre BERNARD.

—

La célèbre Société de Senkenberg, à Francfort, a nommé dans sa séance du 1er août, membres étrangers, MM. Claude Bernard, de Villefranche, Ch. Robin et Brow-Séquard,

ensuite; si par hasard elle ne se déchire pas, elle se rompra certainement sous la pression de la colonne de liquide chassé par le piston de la seringue. Pour peu que cette introduction soit faite avec adresse et rapidité, il n'y a pas à craindre que l'air pénètre. Afin de se mettre encore mieux à l'abri de cet accident, il convient de recommander au malade de rester immobile, et de retenir sa respiration au moment où l'extrémité de la seringue est introduite dans la canule. L'injection terminée, la canule est retirée, sans lui laisser abandonner l'extrémité de la seringue; puis le malade est incliné dans diverses positions, afin de faire toucher tous les points du foyer par le liquide médicamenteux. Il ne reste plus alors qu'à établir une compression avec des compresses graduées sur l'ouverture faite par le trocart, afin d'en hâter la cicatrisation.

Quant à la composition de l'injection iodée, il me semble qu'il ne peut y avoir de règle fixe, et qu'on doit se baser principalement sur la nature du liquide évacué et sur l'ancienneté de la maladie. Un quart, un tiers de teinture d'iode, avec addition de 2 à 4 grammes d'iodure de potassium, pour redissoudre l'iode précipité par l'eau distillée, telle me paraît devoir être la formule la plus ordinaire ; mais il n'y a certainement aucun inconvénient à injecter dans les foyers anciens parties égales d'eau distillée et de teinture d'iode, avec addition de quantité suffisante d'iodure de potassium; peut-être même des injections de teinture d'iode pure pourraient être tentées dans les cas rebelles. Dans les cas d'hydropneumothorax, dans lesquels la plèvre n'est pas doublée de fausses membranes aussi épaisses que dans la pleurésie chronique purulente, et par conséquent dans lesquels l'absorption est plus facile, il convient certainement de commencer par des doses plus faibles, 1/8e à 1/4 au plus de teinture d'iode (150 grammes de liquide médicamenteux suffisent largement pour toucher tous les points du foyer ou de la plèvre malade.)

Tels sont les faits sur lesquels je désirais appeler l'attention des médecins. J'aurais pu en rapporter d'autres à l'appui de la doctrine que je défends et de la pratique qne j'ai mise en usage avec succès; car plusieurs de mes honorables collègues des hôpitaux, MM. Nonat, Valleix et Legroux, ont eu recours depuis à la même opération, et n'ont eu qu'à s'en louer. M. le professeur Trousseau racontait dernièrement, dans une communication faite à la Société des hôpitaux, qu'il venait de traiter ainsi avec succès une petite fille atteinte d'une pleurésie chronique avec épanchement purulent.

Nous pouvons donc considérer l'association de la thoracentèse et des injections iodées, comme une méthode thérapeutique parfaitement éprouvée, et dont les succès ne permettent pas de révoquer en doute l'utilité, au moins dans la pleurésie chronique. J'ajoute que, dans l'hydropneumothorax, je ne puis me défendre de la considérer comme parfaitement rationnelle, et comme appelée, sinon à guérir entièrement les malades, l'hydropneumothorax est trop rarement une maladie idiopathique pour qu'on puisse l'espérer, au moins à produire un soulagement notable, et à amener la résolution d'une des complications les plus graves de cette affection. Enfin, en ce qui touche les épanchemens purulens consécutifs à la pleurésie aiguë, si les faits ne permettent pas de se prononcer d'une manière positive en faveur des injections iodées, puisque la guérison n'a jamais été encore obtenue dans les cas de ce genre, l'analogie me porte à croire que la position des malades, non seulement ne sera jamais aggravée par cette pratique, mais que, dans les cas où il n'existera pas de complications ou d'état général trop fâcheux, ces injections créeront plutôt des chances favorables que défavorables aux malades. Seulement, il faut bien le savoir : rarement la guérison pourra être obtenue par une seule ponction et une seule injection iodée ; et par conséquent on devra se hâter d'y revenir dès que les signes physiques annonceront la reproduction de l'épanchement. De nouveaux faits sont donc nécessaires; mais je ne doute pas, pour ma part, qu'ils ne viennent confirmer dans la pleurésie aiguë, comme d'autres le feront certainement pour la pleurésie chronique et l'hydropneumothorax, les avantages de cette nouvelle méthode thérapeutique, l'association des injections iodées à la thoracentèse.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

TROIS OBSERVATIONS DE CANCROIDE DE LA FACE DORSALE DE LA MAIN;

Par le docteur Victor SZOKALSKI.

Présentées à l'Académie de médecine, dans la séance du 9 Août 1853.

Parmi les ulcérations cancéreuses de la peau, celles de la face dorsale de la main sont, sans contredit, les moins fréquentes et les moins bien connues; c'est donc à ce titre que je prends la liberté de communiquer à l'Académie les observations que j'ai recueillies à ce sujet pendant mon séjour en Haute-Bourgogne, ce terrain classique des dégénérescences cancéreuses en général.

OBSERVATION I. — Un laboureur âgé de 48 ans, petit, maigre, maladif, et dont la mère avait succombé à la suite d'un cancer au sein, m'ayant rencontré un jour vers la fin de 49, me fit voir, sur le dos de la main droite, entre les tendons du medius et de l'indicateur, un groupe de petites nodosités, dures, recouvertes de l'épiderme en desquamation, et entourées d'une auréole rouge livide. Cette altération lui occasionnait une démangeaison insupportable, en sorte qu'il se grattait quelquefois jusqu'au sang. Les tubercules, pressés par le doigt, prenaient la coloration blanc-jaunâtre et présentaient une résistance cartilagineuse ; la plus grande parmi elles, située au centre, était grosse comme un grain de chènevis, et le groupe entier avait la grandeur d'une pièce de vingt centimes. L'aspect, évidemment suspect, de cette production, me fit croire qu'il fallait la détruire le plus tôt possible (ce qui n'aurait présenté aucune difficulté, vu qu'elle n'était nullement adhérente aux tissus sous-jacens), mais le malade ne voulait entendre parler ni de l'emploi des caustiques, ni de l'opération chirurgicale. Il négligea son mal, essaya un grand nombre de remèdes, et ce n'est que huit mois après notre première entrevue que je le revis, pour le faire entrer à l'hôpital d'Alize-Sainte-Reine, dont j'étais chirurgien à cette époque. Sa main présentait alors un tout autre aspect, au lieu des tubercules on apercevait, sur sa face dorsale, une ulcération grosse comme une pièce de cinquante centimes, au fond grisâtre et granuleux, aux bords irréguliers, renversés, bosselés et presque verruqueux. Elle suintait une sérosité sanieuse, adhérait aux tissus plus profonds, en sorte qu'elle se remuait pendant les mouvemens des doigts et qu'il était beaucoup plus difficile qu'auparavant de la soulever avec un repli cutané. La peau, tout autour d'elle, était rouge-bleuâtre, parsemée dans plusieurs endroits, près du bord ulcéreux, de petits tubercules qui ressemblaient, sous tous les rapports, à ceux que j'avais observés au début. Le malade se plaignait de démangeaisons qui augmentaient à la chaleur, aussi il enveloppait sa main d'une compresse qu'il trempait de temps en temps dans l'eau froide. Je lui ai prescrit une pommade arsénicale ; j'ai cautérisé, de quelques jours en quelques jours, l'ulcération avec le nitrate acide de mercure, mais voyant au bout de trois semaines de ce traitement qu'il n'y avait pas d'amélioration notable, je me suis décidé à l'emploi du couteau. L'ulcération, cernée par deux sections semi-lunaires, fut soigneusement séparée par le fond des parties sous-jacentes ; le tissu dégénéré criait sous le scalpel, présentait un aspect lardacé et presque cartilagineux. Il adhérait fortement aux gaînes tendineuses, qu'il m'a fallu sacrifier en partie, mettre à nu les fibres des tendons en poursuivant les racines de la tumeur jusqu'à la couche des muscles intercostaux. Ayant rapproché ensuite les bords de la plaie, je l'ai guérie, en plus grande partie, par première intention. Plusieurs granulations suspectes furent cautérisées et, enfin, il se forma une cicatrice bleuâtre, lisse, luisante, presque linéaire, qui ne gênait nullement la mobilité des doigts.

OBSERVATION II. — Un vigneron, âgé de 63 ans, grand, maigre, asthmatique, entra à l'hôpital d'Alize-Sainte-Reine au commencement de l'année 1850, pour une ulcération ayant la grandeur d'une pièce de 2 fr., qui occupait le milieu du dos de la main gauche. Elle présentait un aspect sanieux, une surface inégale, bosselée et grisâtre, les bords renversés et découpés d'une manière irrégulière. Le doigt, promené sur cette surface, y sentait des portions indurées et d'autres mollasses et facilement saignantes. Cette ulcération adhérait fortement aux tendons extenseurs, se remuait pendant les mouvemens des doigts, et occasionnait de temps en temps des douleurs lancinantes et une vive démangeaison. La peau, tout autour d'elle, était rouge livide, mais souple au toucher. Le malade attribuait son mal à une piqûre d'abeille, qui s'envenima plus tard, se convertit en une petite ulcération qui se ferma et se rouvrit plusieurs fois, et prit peu à peu une extension considérable. Questionné s'il n'y avait pas de maladies cancéreuses dans sa famille, il m'assura d'une manière positive que son père avait succombé à la suite d'un carcinôme du rectum qui avait été infructueusement opéré. La grande étendue de l'ulcération de la main me fit croire qu'il serait difficile de tenter une opération sans sacrifier les tendons de trois doigts. J'enlevai cependant avec le scalpel tout ce que je pus atteindre sans dommage; je cautérisai le restant, et je fis panser la plaie avec la pommade contenant de la poudre arsénicale de *Rousselot*. Les masses dégénérées étaient fortement adhérentes aux gaînes tendineuses, et pénétraient profondément dans les espaces inter-osseux. On les détruisait peu à peu, tantôt avec le couteau, tantôt avec les caustiques, bien qu'elles repullulassent toujours. Pendant ces efforts, il a été impossible de ménager les tendons; ainsi celui du médius était bientôt totalement détruit; mais enfin la cicatrisation commença par les bords; le fond de la plaie fit voir des granulations d'une bonne nature, et elle se ferma dans le quatrième mois du traitement. Pendant tout ce temps, le médius était entretenu dans la demi-extension. Il se forma une cicatrice bleuâtre, très unie et luisante ; son tissu a servi pour réunir les deux bouts du tendon interrompu, de manière que l'extension, bien qu'imparfaite, pouvait cependant s'exercer jusqu'à un certain point. Je revis le malade six mois après sa sortie de l'hôpital, et je pus constater que la cicatrice s'était considérablement contractée; elle était très dure, abaissée au-dessous du niveau de la peau qui était tiraillée autour d'elle en forme de rayons. Le mouvement du doigt avait considérablement gagné en extension.

OBSERVATION III. — En 1851, j'opérai une femme atteinte d'un cancer au sein, et peu de temps après sa sortie de l'hôpital, elle m'envoya son frère demeurant dans une commune éloignée. Il m'a présenté une ulcération cancéreuse énorme sur le dos de sa main gauche, une autre à la lèvre inférieure. J'enlevai facilement cette dernière par une excision semi-lunaire. Mais la première me parut incurable, car il était évident que l'on ne pouvait lui opposer un traitement efficace, sans compromettre tous les tendons extenseurs des doigts. Cette ulcération, d'une forme ovale allongée, s'étendait depuis les extrémités inférieures des cinq métacarpiens jusqu'au-delà de l'articulation carpo-brachiale; elle était fortement adhérente aux parties profondes; et les tendons, en parcourant au milieu ces masses cancéreuses, se remuaient librement sans imprimer le mouvement à la totalité de l'ulcération. Elle était recouverte, dans plusieurs endroits, de champignons saignans, et présentait dans d'autres des duretés résistantes au doigt. Elle datait, selon l'assurance du malade, de plus de six ans; elle débuta par un bouton dur et rugueux, qui se ramollit par la suite, se changea en ulcération rongeante, et s'agrandit graduellement en dépit de tous les traitemens qu'on lui avait opposés. Ceux que j'ai employés ne furent pas plus efficaces. Le malade quitta mon service six semaines après y être entré, sans emporter aucune amélioration de son pénible état.

RÉFLEXIONS. — Ces trois observations touchent aux points essentiels de l'histoire de la maladie qui nous occupe, et forment une espèce de trilogie pathologique dont le triste dénoûment se laisse facilement prévoir, bien qu'il ne m'ait pas été donné d'en observer les détails.

Nous voyons que le cancroïde de la main, aussi bien que toute autre ulcération de ce genre, débute par la dégénérescence squirrheuse de la peau, ou par une ulcération accidentelle, qui s'envenime dans la suite et prend le caractère carcinomateux. Il est, le plus souvent, le résultat de la diathèse particulière; du moins, dans les trois observations qui précèdent, la dégénérescence cancéreuse était constatée dans la famille des malades, et, dans le dernier cas, le cancroïde de la main était accompagné de celui de la lèvre inférieure. Si nous suivons la marche et le développement de la maladie, nous trouvons qu'elle présente trois périodes bien tranchées. Dans la première, la peau est exclusivement affectée; dans la deuxième, l'ulcération gagne les gaines des tendons, et devient mobile pendant les mouvemens des doigts; dans la troisième, elle s'étend au périoste et aux organes inter-osseux, elle entoure les tendons de tous les côtés et leur permet de se mouvoir au milieu des tissus transformés, sans déplacer la totalité de l'ulcération.

Le pronostic favorable, dans le premier degré, devient plus sérieux dans le deuxième, et très fâcheux dans le troisième.

Dans le premier, on peut traiter l'ulcération par les caustiques ou par l'opération chirurgicale, bien que cette dernière mérite toujours la préférence. Dans le deuxième, il faut combiner ces deux procédés, et détruire pas à pas les tissus dégénérés. Dans le troisième, enfin, le traitement palliatif est exclusivement indiqué, à moins que l'on ne préfère, en détruisant les tendons extenseurs, rendre la main tout à fait inutile, ou procéder à son amputation. Nous avons vu que la nature peut remédier à la destruction partielle des tendons, en serait-il ainsi s'il s'agissait de leur destruction plus étendue? Il est permis d'en douter jusqu'à renseignemens plus positifs.

Le cancroïde de la main ne diffère certainement pas, quant à sa nature, du cancroïde des autres parties du corps, mais sa situation lui imprime un caractère particulier, et c'est à ce titre qu'il se recommande à l'attention des chirurgiens.

J'ignore si cette affection a déjà été décrite par quelqu'un ; mais en apportant à l'Académie le tribut de mes observations, je crois avoir présenté quelques exemples d'une maladie très peu étudiée jusqu'à présent.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séances du 13 et du 27 Juillet 1853. — Présidence de M. le professeur REQUIN.

Sommaire. — Observation de ramollissement du pédoncule cérébral gauche, avec lésion du nerf moteur oculaire commun, par M. Marrotte. — Observation d'hydropneumothorax avec thoracentèse, par M. Trousseau. — Discussion : MM. Aran, Vigla, Roger, Marrotte, Legroux.

Après la lecture du procès-verbal, M. ROGER (Henri), secrétaire général, rend compte de la correspondance, qui comprend : 1° une lettre de M. le docteur Rilliet, médecin en chef de l'hôpital de Genève, qui sollicite une place de *membre correspondant*, et qui adresse, à l'appui de sa candidature, un mémoire *sur la guérison de la méningite tuberculeuse* (ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Baron, Barthez et Roger) ; 2° une lettre de M. le docteur Cahen, qui se met sur les rangs pour l'une des places de *membre associé*, et qui demande à lire à l'appui un travail *sur l'éclampsie des enfans du premier âge*; 3° l'hommage, par M. Chassaignac, d'un exemplaire de ses *Recherches cliniques sur le chloroforme*; 4° l'envoi du Bulletin de la Société de médecine de Poitiers, et des derniers numéros des journaux de MM. Lucas-Championnière et Chrestien, de Montpellier.

— M. MARROTTE fait à la Société la communication suivante :

Des tentatives ont été faites, il y a un certain nombre d'années, pour déterminer le siège de lésions cérébrales d'après les symptômes observés pendant la vie; mais les résultats de ces tentatives n'ont pas répondu aux espérances des observateurs. C'est pourquoi vous accueillerez avec intérêt, je l'espère, une observation dans laquelle les lésions anatomiques correspondent avec exactitude aux troubles fonctionnels.

Lorsque j'ai pris le service de notre collègue, M. Grisolle, à la Pitié, le 1er juillet de cette année, j'ai trouvé couchée, au n° 55 de la salle Sainte-Marthe, une femme nommée Lambert (Elisabeth), couturière, âgée de 38 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Cette femme avait toujours joui d'une bonne santé, à part une tendance à la pléthore et aux douleurs de tête.

Elle souffrait de ces maux de tête depuis plusieurs jours, lorsqu'elle vint à la consultation de la Pitié, le 24 juin. On lui pratiqua une saignée qui soulagea la céphalalgie et les étourdissemens. Mais le lendemain, aggravation presque subite des accidens, et apparition de symptômes paralytiques.

La malade fut transportée dans cet état dans les salles de M. Grisolle, qui lui fit appliquer des sangsues aux apophyses mastoïdes, des ventouses à la nuque, et lui administra du calomel.

Du 27 au 30 juin, des symptômes de salivation apparaissent, sans changement sensible dans l'état de la femme Lambert.

Le 1er juillet, je la trouvai dans l'état suivant : Paralysie complète du mouvement et du sentiment dans le membre supérieur et inférieur du côté droit, selles involontaires, rétention d'urine. La moitié droite de la face est peu ou point déformée, mais n'exécute aucun mouvement. Du côté gauche : paralysie de la 3me paire de nerfs caractérisée par un strabisme divergent et par la chute de la paupière supérieure. La pupille de ce côté est dilatée et déformée, tandis que celle du côté droit est fortement contractée et dirigée suivant l'axe normal de l'œil.

L'intelligence était assez bien conservée pour que la malade pût répondre, par un léger mouvement de tête, aux questions qu'on lui faisait.

Respiration facile, un peu ralentie (14 à 16 inspirations par minute; pouls: 48 à 50 puls.), langue sèche, déglutition difficile.

Emissions sanguines locales; purgatifs répétés trois fois.

La vessie seule recouvra sa contractilité; les 5 et 6 juillet, la malade urina sans être sondée. Le 6, accélération du pouls qui avait conservé sa lenteur jusque là; le soir, il montait à 96. Légère contraction des doigts de la main paralysée. Mort le 7 juillet dans la matinée.

Autopsie. Rien dans l'abdomen. Cœur petit et flasque. Poumons gorgés de sang.

Cerveau. Injection générale de l'arachnoïde et de la pie-mère. Pas d'épanchemens dans les méninges. Substance cérébrale généralement très ferme; les lobes du cerveau, le cervelet, le bulbe rachidien ne présentent rien autre chose qu'une injection assez prononcée. Pas de trace d'hémorrhagie. La portion des méninges qui recouvre le pédoncule cérébral du côté gauche, est plus rouge que les parties voisines. Ce *pédoncule* est lui-même *ramolli dans toute son épaisseur.* En avant, le ramollissement pénètre dans la couche optique à une petite profondeur; en arrière, il s'étend davantage dans la protubérance où il atteint la ligne médiane; la pulpe se détache par petits lambeaux sous un léger filet d'eau. *Les points d'origine du nerf moteur oculaire commun sont compris dans le ramollissement.* Le tronc du nerf lui-même paraît comprimé par le pédoncule augmenté de volume en même temps que ramolli.

M. Trousseau demande la parole pour communiquer à la Société une observation d'hydropneumothorax, dans lequel il a pratiqué la thoracentèse. Il annonce en même temps qu'un second fait, observé par lui à peu près à la même époque, sera l'objet d'une communication ultérieure.

Il s'agit d'une femme de 34 ans, qui entra l'année dernière dans le service de M. Marrotte. Elle fut considérée comme phthisique, et sortit au bout de quinze jours environ. Huit mois après, elle entrait à l'Hôtel-Dieu avec tous les signes d'un hydropneumothorax; les crachats étaient simplement muqueux, et il y avait peu de fièvre. Dix jours après son entrée à l'hôpital, l'oppression devint tellement forte, que la mort parut imminente. Ignorant alors que M. Marrotte avait constaté l'existence de tubercules pulmonaires, M. Trousseau résolut de pratiquer la thoracentèse. Persuadé, d'après la durée de l'affection, d'après l'existence non douteuse d'une communication entre la cavité de la plèvre et les bronches, que l'épanchement devait être purulent, il se décida à pratiquer l'opération de l'empyème par incision. Contre son attente, le liquide épanché était limpide, transparent, et les gaz complètement inodores. Dès le surlendemain de l'opération, le liquide était d'une fétidité extrême; on introduisit alors une sonde d'homme dans la cavité pleurale, et on fit une injection avec 150 grammes de teinture d'iode, 10 grammes d'iodure de potassium, et 250 grammes d'eau distillée. Cette injection ne provoqua ni douleur, ni fièvre. Mais bientôt, on vit un érysipèle se développer autour de la plaie: il existait en ce point un emphysème souscutané qui était resté circonscrit. Six jours après la première injection, le liquide ayant acquis de nouveau une très grande fétidité, on pratiqua une seconde injection avec 250 grammes de teinture d'iode, 100 grammes d'iodure de potassium et 700 grammes d'eau. La plaie fut fermée immédiatement après à l'aide d'une bandelette de diachylon appliquée circulairement autour du tronc. Le soir, on observa quelques phénomènes d'ivresse iodique; mais l'oppression avait sensiblement diminué. Malheureusement, l'érysipèle envahit successivement tout le tronc, puis gagna la tête, et la malade ne tarda pas à succomber.

L'autopsie fut faite avec toutes les précautions requises en pareil cas. Le poumon fut laissé en place et la poitrine remplie d'eau. L'insufflation ayant été pratiquée, on ne vit d'abord aucune bulle d'air apparaître à la surface du liquide; mais bientôt, après quelques nouveaux efforts, l'air insufflé put traverser librement les perforations pulmonaires. Cette perforation était située sur la partie latérale du lobe moyen du poumon droit; elle pouvait admettre l'extrémité d'un stylet de la grosseur d'un grain de millet, et était recouverte par une fausse membrane de nouvelle formation qui lui servait d'opercule, et qui avait dû être détachée dans les efforts d'insufflation. Il existait au sommet du poumon des cavités tuberculeuses complètement vides, et tapissées par une membrane lisse; mais, chose remarquable, on ne rencontra pas la moindre trace de tubercules dans le point où s'était effectuée la perforation du poumon. En introduisant un stylet par l'orifice correspondant à la cavité de la plèvre, on arrivait directement à l'ouverture d'une petite bronche.

M. Trousseau insiste sur les particularités de cette observation, qui lui paraissent offrir le plus d'intérêt. Il signale surtout les circonstances suivantes: 1° l'existence déjà ancienne d'un hydropneumothorax chez une femme tuberculeuse, sans que le liquide de l'épanchement soit devenu fétide et purulent; 2° l'innocuité apparente au moins de l'injection d'une quantité aussi énorme de teinture d'iode; 3° le siége de la perforation dans un point où il n'existait pas de tubercules; 4° enfin, à la suite de l'injection iodée, la formation de fausses membranes qui avaient oblitéré la perforation.

M. Aran: Je demanderai la permission de rappeler que j'ai communiqué à la Société, il y a quelques mois, deux faits d'hydropneumothorax, dans lesquels j'avais pratiqué des injections iodées. Dans un de ces cas, bien que l'épanchement fût purulent, le malade a guéri. Dans le second cas, après l'injection, il n'existait plus de gaz dans la cavité de la plèvre; mais l'épanchement a persisté. Ces faits m'avaient fait présumer que l'injection iodée pouvait déterminer la formation de fausses membranes, et, par leur intermédiaire, l'oblitération de la perforation pulmonaire. Je vois avec plaisir que cette prévision se trouve confirmée par ce qu'a vu M. Trousseau. Le fait qu'il vient de rapporter est une nouvelle preuve du danger auquel on s'expose en pratiquant l'ouverture du thorax par une large incision qui permet l'introduction de l'air dans la poitrine; on s'oppose complètement au contraire à cette introduction, en suivant le procédé que j'ai employé, et qui consiste, après avoir fait la ponction, à se servir de la canule pour pratiquer immédiatement l'injection. Je crois devoir faire remarquer, à propos de l'hydropneumothorax, que, depuis les travaux de Skoda, il faut peut-être apporter plus de réserve dans le diagnostic, attendu que le tintement métallique ne devrait plus être considéré comme un signe pathognomonique des perforations pulmonaires.

J'ai pratiqué dernièrement la thoracentèse dans deux cas de pneumothorax: c'était chez deux phthisiques qui paraissaient menacés d'une mort prochaine par le fait du pneumothorax. Dans un de ces cas, il se développa immédiatement un peu d'emphysème autour de la plaie; deux heures après, l'emphysème était général, et le pneumothorax s'était reproduit, et le malade était menacé d'asphyxie. On introduisit une sonde dans la poitrine, et on pratiqua de larges incisions pour donner issue à l'air qui s'était infiltré dans le tissu cellulaire. Le malade mourut quelques jours après. Dans le second cas, le pneumothorax s'est également reproduit; mais il n'y a pas eu d'emphysème sous-cutané. Je crois que le seul moyen d'empêcher l'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire, serait d'inciser largement le thorax.

M. Legroux annonce qu'il communiquera prochainement à la Société le résultat d'une opération de thoracentèse suivie d'injection.

M. Vigla admet volontiers que les recherches de M. Skoda doivent faire apporter plus de réserve dans le diagnostic de l'hydropneumothorax; mais il fait remarquer que le bruit de fluctuation thoracique conserve toujours sa valeur comme signe pathognomonique de cette affection.

M. Trousseau, à propos des difficultés que peut présenter le diagnostic, cite le fait suivant: Il y a cinq mois, il avait dans son service une femme encore jeune, chez laquelle on constatait une résonnance tympanique très manifeste dans le tiers supérieur de l'un des côtés de la poitrine, et un tintement métallique on ne peut plus évident. La percussion du thorax fut pratiquée à plusieurs reprises, et il resta démontré que le bruit de fluctuation thoracique n'existait pas.

A l'autopsie, on trouva une cavité entièrement vide, pouvant contenir le poing, et même plus, creusée dans le lobe supérieur du poumon, et dont les parois étaient formées par une lame très mince du parenchyme de cet organe: c'était une vaste caverne tuberculeuse.

M. Aran rappelle que M. Skoda a voulu seulement démontrer qu'il pouvait se former des épanchemens d'air et de liquide dans la cavité de la plèvre, sans qu'il y eût de communication avec les bronches. Pour lui, le souffle amphorique serait un signe pathognomonique de l'hydropneumothorax, avec communication de la plèvre et des bronches.

M. Roger (Henri): M. Skoda a dit, il est vrai, que le tintement métallique n'était pas la preuve d'une perforation pulmonaire; mais il n'a pas fait un travail spécial avec observation sur le sujet: c'était un des résultats de ses études stéthoscopiques, consigné dans son remarquable *Traité d'auscultation et de percussion.* Il en est de même, d'ailleurs, pour les autres phénomènes: le son tympanique dans la pleurésie, par exemple, que son expérience clinique lui a fait connaître. Pour prouver les opinions relativement au tintement métallique, sans perforation du poumon, il s'est appuyé, au surplus, sur les expériences qu'il a faites, expériences que j'ai répétées, dont j'ai déjà eu l'occasion d'entretenir la Société, et qui sont consignées dans le *Traité d'auscultation* qui m'est commun avec M. Barth.

M. Trousseau: Lorsque j'ai pratiqué l'opération dont j'entretenais tout à l'heure la Société, l'air pouvait s'introduire facilement dans la poitrine, à mesure que le liquide s'écoulait; le tintement métallique se produisit aussitôt. Pour le faire disparaître, il suffisait de fermer la plaie. C'était donc un retentissement du bruit produit par la vibration de l'air qui traversait l'ouverture.

M. Marrotte demande à M. Trousseau comment il explique la perforation du poumon, puisqu'il n'existait pas de tubercules dans le point où elle s'était effectuée.

M. Trousseau avoue qu'il ignore son mode de production. Comme le poumon du côté opposé était emphysémateux, il s'est demandé si le poumon malade n'était pas également affecté d'emphysème, et si la perforation n'avait pas pu se produire au niveau d'une bulle sous-pleurale.

Le secrétaire, Hérard.

PRESSE MÉDICALE.

(JOURNAUX ANGLAIS.)

De l'utilité et de la moralité de l'emploi des anesthésiques dans l'accouchement naturel et artificiel; par le professeur Simpson, d'Édimbourg.

Utilité, moralité de l'emploi des anesthésiques dans la pratique obstétricale, telles sont les questions qui ont été examinées par M. le professeur Simpson dans une lettre par lui adressée au professeur Meigs, de Philadelphie, qui lui avait présenté quelques objections sérieuses à l'emploi et surtout à la généralisation de cette pratique. L'étendue de ce document, qui n'occupe pas moins de treize colonnes très serrées de l'*Association medical journal*, nous force à en donner un simple extrait. Le lecteur français trouverait, d'ailleurs, peu de plaisir à la lecture de réflexions, empreintes d'un caractère philosophique un peu vague et répondant à des objections qui n'ont pas toujours pour nous un côté aussi sérieux que pour les médecins d'outre-Manche ou de par delà l'Atlantique.

Les objections de M. le professeur Meigs pouvaient se réduire à cinq principales. Il contestait d'abord l'utilité de l'emploi des anesthésiques dans les accouchemens qui réclament l'intervention chirurgicale, et en particulier dans le cas d'application de forceps, par la raison que l'introduction de l'instrument doit être aidée par les sensations éprouvées par la malade. A plus forte raison contestait-il les avantages des anesthésiques dans les accouchemens naturels, parce que la douleur de l'accouchement naturel est un phénomène physiologique, destiné à assurer la sûreté de la mère; en second lieu, parce que la douleur n'entraîne pour la mère aucun danger, soit dans sa santé, soit dans sa vie, enfin parce que la pratique des anesthésiques peut faire courir à la mère, dans quelques cas rares à la vérité, des dangers sérieux pour son existence.

Reprenant séparément chacune de ces objections, M. Simpson s'étonne qu'un accoucheur aussi expérimenté que M. Meigs ait besoin, pour faire une application convenable du forceps, d'interroger les sensations de la malade. Autant vaudrait, dit-il, pour le chirurgien, demander au malade si on lui fait mal lorsqu'on lui pratique la ligature de la fémorale ou de l'humérale, afin de s'assurer que l'on n'a lié que l'artère et l'artère seule. L'emploi des anesthésiques a cet avantage, dans ce cas particulier, qu'il facilite considérablement l'application de l'instrument. On guide avec bien plus de facilité le forceps à sa destination, parce que les doigts peuvent être portés plus profondément dans les parties génitales, sans crainte d'exciter des douleurs et des résistances trop vives. Autre considération; les malades auxquelles on fait l'application du forceps sont déjà épuisées par des douleurs qui ont duré 20 ou 30 heures. Comment ne pas chercher à leur éviter des douleurs nouvelles, si la chose est possible, comment ne pas leur éviter les conséquences de l'ébranlement nerveux qui suit toujours une opération?

Un second point sur lequel M. Simpson répond encore avec avantage, est celui dans lequel il réfute ce que dit M. Meigs de la nécessité de la douleur, au point de vue de la santé de la mère. Évidemment M. Meigs confond deux choses qui ne sont pas identiques, la contraction musculaire de l'utérus et la douleur (*sensation*) proprement dite. Cette dernière n'est rien moins qu'essentielle; 1° parce qu'il n'est pas très rare de voir des femmes accoucher presque sans douleur, dans nos climats; 2° parce que des tribus entières de la race humaine n'éprouvent que des douleurs presque insignifiantes, au dire des meilleures autorités; 3° enfin, parce que des milliers de femmes ont été accouchées aujourd'hui avec les anesthésiques, sans aucune douleur et sans avoir couru aucun danger.

Mais la douleur de l'accouchement est-elle physiologique? Sans doute, l'accouchement en lui-même est une fonction physiologique *dans son but;* mais elle ne l'est pas toujours dans quelques-uns de ses phénomènes et dans quelques-unes des particularités qui l'accompagnent dans la vie civilisée, puisqu'il y a du plus ou du moins dans la douleur, sans que les divers actes fondamentaux de l'accouchement en soient véritablement troublés. D'ailleurs, peu importe qu'elle soit ou non physiologique, à notre époque, toutes les tendances et tout le travail de la civilisation tendent vers ce but d'intervenir au milieu de presque toutes les fonctions de l'économie, afin d'en changer et d'en améliorer l'accomplissement.

Est-il vrai que l'emploi des anesthésiques crée des dangers pour les femmes en couches? Fort de sa propre expérience, M. Simpson répond: Il est possible qu'employés sans précaution et sans prudence, ou dans quelques idiosyncrasies rares, l'éther et le chloroforme deviennent nuisibles ou même funestes; mais il peut en être de même des remèdes les plus vulgaires, l'opium, le calomel, l'antimoine. Ce qui est certain, c'est que ces craintes sont extrêmement exagérées. La pratique montre de plus qu'elles sont, en grande partie, idéales et imaginaires.

Reste à savoir si ces mêmes douleurs, que les anesthésiques ont pour but de supprimer ou d'alléger, n'ont aucun inconvénient pour les malades. Mais il n'y a rien de mieux prouvé que cette influence délétère de la douleur sur la machine humaine, dès qu'elle est très vive et très prolongée. Les tables de la mortalité des hôpitaux d'accouchemens montrent combien la douleur ajoute à la gravité de l'accouchement. Ainsi, à l'hôpital de la Maternité de Dublin, on a noté que lorsque le travail durait 6 ou 8 heures, il mourait trois fois plus de femmes que lorsque ce même travail n'avait duré que 2 heures; que lorsque sa durée se prolongeait à 20 ou 24 heures, il mourait cinq fois plus de femmes que pour un travail de 6 ou 8 heures; ainsi de suite, de sorte que la mortalité est cinquante fois plus forte chez les femmes qui ont été plus de 36 heures en travail, que chez celles qui ont accouché en 2 heures; ou, en d'autres termes, qu'il meurt 1 femme sur 6 pour les premières, et 1 sur 320 pour les dernières.

En terminant, M. Simpson fait remarquer que les femmes des nations civilisées et celles des classes élevées de la société principalement, sont trop peu accoutumées à la douleur et à la fatigue, pour que le médecin puisse se soustraire à la nécessité d'employer chez elles les moyens convenables pour supprimer la douleur, à moins de vouloir les exposer à la mort. Bien différens sont les résultats dans les cas où l'on emploie les anesthésiques; règle générale, les nouvelles accouchées entrent en convalescence avec une rapidité surprenante: en se réveillant, elles n'éprouvent ni épuisement, ni fatigue, comme si elles sortaient d'un sommeil réparateur.

COURRIER.

Prix de la Société médico-pratique de Paris. — Dans sa séance générale du mois de mai 1853, la Société médico-pratique décernera une médaille d'or de la valeur de 300 francs, à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante:

Du mode d'action des principaux purgatifs employés en médecine, et des indications tirées de la spécialité d'action propre à chacun d'eux.

Les mémoires manuscrits, écrits en français ou en latin, devront être adressés, avant le 31 décembre 1854, à M. Martin, agent de la Société, à l'Hôtel-de-Ville.

La Société rappelle à Messieurs les concurrens, l'article 30 de son réglement organique.

Art. 30. —..... Tout membre titulaire, correspondant ou honoraire, qui a présenté un mémoire jugé digne d'être inséré dans le *Bulletin*, a droit au tirage à part de cent exemplaires de ce mémoire, pourvu qu'il n'excède pas trois feuilles, et que l'auteur demande ce droit au moment de l'impression. *Le même avantage* est accordé aux médecins dont les mémoires, envoyés à la Société en réponse aux sujets de prix qu'elle propose, auront obtenu une médaille d'or.

Le secrétaire, Perrin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Sous presse, pour paraître prochainement, volume in-8°.

MARCHE ET PROGRÈS DE LA MÉDECINE EN ALLEMAGNE

(*Dogmes et pratique*);

Par le docteur Otterbourg.

L'accueil si favorable fait à son esquisse rapide, intitulée « *Aperçu historique de la médecine contemporaine de l'Allemagne*, » esquisse destinée plutôt à servir d'ébauche à un travail *in extenso*, a engagé l'auteur à profiter de ses nombreux documens pour publier une histoire complète qui traitera, avec savoir et impartialité, des hommes et des choses de l'Allemagne médicale actuelle.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 104. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 1er Septembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 31 AOUT 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Si la variété dans les séances académiques faisait leur agrément et constituait leur importance, nous aurions eu hier une séance des plus agréables et des plus importantes. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, et malgré une nombreuse exhibition de travaux et de rapports, la séance a été assez froide.

A propos du procès-verbal, M. Baillarger a cru devoir élever quelques doutes et quelques objections sur la valeur des réformes introduites dans la Maison de Charenton, dans la division des aliénés *gâteux*, et sur lesquelles M. Londe avait fait un rapport dans la dernière séance. Ces objections ont paru assez fortes, pour que l'administration nosocomiale n'ait pas encore voulu introduire la réforme dans les deux grands établissemens de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Un rapport, fait également par M. Londe, sur un lit mécanique, n'a soulevé aucune discussion.

Puis est apparu le grand exécuteur des remèdes secrets, M. Robinet, qui a laissé sur le carreau une foule considérable d'emplâtres, d'onguens et de sirops.

Un honorable correspondant, M. le docteur Priou, de Nantes, a lu une observation intéressante de rétroversion de l'utérus pendant la grossesse, réduite par un procédé que M. Moreau a dû lui rappeler avoir été employé, il y a quarante ans, par M. Éverat, son beau-père. Une courte discussion s'est engagée sur ce sujet entre MM. Moreau, Cazeaux, Depaul et Danyau, qui ont préconisé des méthodes différentes de remédier à cet accident grave de la grossesse. Nous avons été étonné de n'avoir pas entendu citer à ce sujet un très intéressant travail de M. le docteur Bleynie, de Limoges, qui a récemment publié cinq observations de rétroversion de l'utérus pendant la grossesse, réduite par le procédé déjà employé par Lohmer et Naegele. Ce procédé, du reste, nous semble très rapproché de celui qui a été indiqué hier par M. Cazeaux. M. Bleynie, après avoir vidé la vessie, fait mettre la femme sur les genoux et sur les coudes, et, debout derrière elle, il introduit la main tout entière dans le vagin, la face dorsale tournée vers la concavité du sacrum; alors, avec les trois doigts indicateur, médius et annulaire, il refoule presque au-dessus du promontoire le fond de l'utérus, qu'il a soin de pousser en avant vers les pubis. Après la réduction, il fait coucher la femme à peu près sur le ventre, en lui recommandant de garder cette position, et de ne faire d'efforts ni pour uriner, ni pour aller à la selle. On a le soin de maintenir le rectum et la vessie à l'état de vacuité. Nous répétons que M. Bleynie a rapporté cinq cas de succès dans le *Bulletin de la Société de médecine de la Haute-Vienne*. C'est une pratique considérable pour un accident qui n'est pas extrêmement fréquent.

M. Leroy-d'Étiolles a exposé le mécanisme d'une instrumentation très ingénieuse pour retirer de la vessie les corps étrangers, tels que débris de sonde, épingles, fragmens osseux dans le cas de plaies par projectiles, et ces projectiles eux-mêmes, comme il a eu l'occasion de le pratiquer deux fois dans nos malheureux troubles civils.

M. Pâtissier a lu un rapport sur un cas de tuberculisation dite métastatique; la voix faible du rapporteur ne nous a pas permis de l'entendre.

La séance a été terminée par l'exhibition d'un instrument imaginé par M. Mercier pour opérer la section du col de la vessie.

— A l'Académie des sciences, M. Jobert de Lamballe a présenté un mémoire dont nous n'apprécierons pas l'importance, car nous le plaçons sous les yeux de nos lecteurs.

Amédée LATOUR.

ANESTHÉSIE.

DE L'INFLUENCE DE L'ÉLECTRICITÉ DANS LES ACCIDENS CHLOROFORMIQUES (1);

Par le docteur JOBERT DE LAMBALLE.

Je viens demander à l'Académie des sciences la permission de lui faire connaître des expériences où je me suis proposé de jeter quelque lumière sur les moyens de combattre les accidens qui peuvent survenir dans l'administration du chloroforme.

Ces expériences ont été pratiquées sur différens animaux, tels que chèvres, chiens, chats, lapins, etc., que j'ai placés dans les conditions suivantes :

Tantôt la tête de l'animal a été plongée dans une vessie qui ne renfermait que des vapeurs chloroformiques ;

Tantôt elle a été plongée dans une vessie où la vapeur du chloroforme était mélangée à une certaine quantité d'air atmosphérique ;

Tantôt, enfin, le chloroforme a été administré au moyen d'une éponge concave que l'on approchait graduellement du museau de l'animal, et que l'on maintenait au-devant des fosses nasales, de manière à ce qu'il s'y introduisît naturellement un libre courant d'air et de chloroforme.

Il en est résulté trois séries d'expériences, dans lesquelles nous avons pu étudier les différens effets produits par le chloroforme :

1° Lorsqu'il agit seul ;

2° Lorsqu'il est mêlé à une certaine quantité d'air ;

3° Lorsqu'il est aspiré naturellement dans une atmosphère libre.

Dans le premier cas, l'action du chloroforme est instantanée et souvent foudroyante; le cœur et la respiration sont arrêtés subitement.

Dans le second cas, les mêmes phénomènes se sont produits, mais non pas avec la même instantanéité.

Enfin, dans le troisième mode d'expérimentation, la marche des phénomènes a été lente, comparée à ce qui s'est produit dans les deux autres.

Dans la première série d'expériences, où la quantité de chloroforme absorbée était considérable, tous les phénomènes se sont pour ainsi dire confondus, tant l'intoxication était rapide; la résolution, l'absence de respiration, la cessation des contractions du cœur, avaient lieu pour ainsi dire en même temps.

Tandis que ces mêmes phénomènes ont été distincts et faciles à analyser dans les expériences où l'hématose se produisait en même temps que l'anesthésie, lorsque le chloroforme a été administré sans mélange, nous avons pu, malgré ses effets foudroyans, rappeler à la vie un petit nombre d'animaux dont le cœur se contractait encore, bien qu'on n'en sentît plus les battemens.

Lorsqu'une faible quantité d'air était mêlée au chloroforme, la respiration et les battemens du cœur persistaient plus longtemps, et nous avons eu moins de peine à obtenir le même résultat.

J'insisterai plus particulièrement sur les effets obtenus dans la troisième série d'expériences, où nous avons exactement employé les mêmes moyens que lorsque nous avons à soumettre un malade aux vapeurs anesthésiques, car, ainsi que nous l'avons annoncé, ces expériences ont été exécutées à l'aide d'une éponge concave, sur laquelle on versait une certaine quantité de chloroforme, et que l'on approchait lentement et graduellement du nez de l'animal.

Pour que rien ne manquât à la rigueur de nos observations, j'embrassais chaque fois le sternum de l'animal avec les doigts, de manière à juger mathématiquement les battemens du cœur, dont je pouvais ainsi apprécier le nombre, la variété et l'étendue.

1° Lorsque l'expérience est bien faite, la sensibilité de la peau et des muqueuses s'éteint d'abord.

2° La myotilité cesse ensuite d'exister, mais irrégulièrement; les contractions des muscles disparaissent avant les contractions du diaphragme et des côtes, mais la respiration est ralentie et comme intermittente.

3° Les battemens du cœur, facilement appréciables par la main qui entoure le sternum, se précipitent très passagèrement d'abord, puis se ralentissent, puis s'éloignent, s'affaiblissent, s'affaissent enfin et disparaissent tout d'un coup. La main et l'œil ne découvrent plus ni respiration, ni circulation. C'est alors, et quelquefois avant cette période de l'expérimentation que les évacuations ont lieu.

Sur les lapins, dont la poitrine se prête à un examen plus facile, on constate, presque en même temps, la modification des battemens du cœur et l'insensibilité des tégumens.

Bien que ralentis, éloignés ou affaiblis, les battemens du cœur se font encore sentir, après que les grands muscles ont cessé de se mouvoir, et continuent aussi longtemps que le jeu de la glotte.

4° Lorsque la respiration et les mouvemens du cœur reparaissent, la myotilité et la sensibilité ne sont pas encore rétablies.

C'est tout d'un coup que le cœur reprend son impulsion, puis ses battemens se précipitent, et ne tardent pas à se régulariser.

Ces phénomènes généraux exposés, examinons jusqu'où peut aller la puissance des moyens dont nous disposons lorsqu'il s'agit de ranimer une existence prête à s'éteindre.

Il m'a paru clairement démontré que lorsque le cœur a cessé de fonctionner depuis quelques instans, il est inutile de chercher à rappeler une vie qui n'est plus.

Mais il m'a paru également prouvé que lorsque le cœur éprouve des contractions, si inappréciables qu'elles soient, ces contractions sont susceptibles d'être rappelées à leur régularité par des excitans énergiques du système nerveux, tels que l'électricité.

J'ai étudié les effets de cet agent à toutes les époques de la chloroformisation, depuis la période irritative jusqu'au moment où les battemens du cœur avaient cessé d'être perceptibles, et j'en ai recueilli des observations que je crois dignes d'être soumises à la savante compagnie.

Deux méthodes ont été employées pour diriger l'électricité sur les mouvemens animateurs ou sur les agens qui leur transmettent le mouvement et la sensibilité. Tantôt elle a été mise en jeu à la surface du corps au moyen d'éponges excitatrices, et tantôt elle a été poussée au travers des organes à l'aide de l'électro-puncture. Son action sur la partie sensitive et motrice du corps humain a été constante, et, lorsque dans ce grand appareil toute vitalité n'était pas éteinte, elle a toujours réveillé le système nerveux, renouvelé ses fonctions, et rappelé les contractions musculaires.

Le sentiment est-il aboli par l'oppression du système nerveux, la myotilité est-elle affaiblie, le courant électrique ne tardera pas à faire disparaître ces symptômes.

La stupeur du système nerveux est-elle portée au point de produire un trouble grave dans les sens, la respiration et la circulation, l'électricité fera cesser cette perturbation.

Tant que la circulation de l'air se fait dans la poitrine, même imperceptiblement, tant que le cœur se contracte même d'une manière inappréciable, tant que le sang y arrive et en est chassé même irrégulièrement, l'action de l'électricité est encore assez puissante pour remettre l'animal sur ses pieds; tandis que, dans cet état *dit syncopal*, il est presque certain que l'eau, l'air et les autres excitans habituels seraient vainement appliqués sur toutes les muqueuses.

Mais lorsque les contractions du cœur ne sont plus qu'une irritabilité musculaire, lorsque les muscles de la glotte ont cessé leur action, l'électricité ne produit plus que des contractions irrégulières, comme la pile en provoque dans les muscles, lorsqu'ils viennent d'être séparés du corps. La vie est éteinte, et l'électricité est impuissante à la ranimer.

Toutes les personnes qui nous suivront dans la voie de ces nouvelles expériences, seront frappées comme nous des résultats obtenus par l'électricité employée comme moyen de combattre l'action stupéfiante du chloroforme. Soumise à l'action de la pile, toute la machine animale se réveille rapidement.

A mesure que l'on multiplie les rapprochemens entre le point fixe et le point mobile, on voit les muscles précipiter leurs contractions; les muscles intérieurs et extérieurs sont également atteints par l'influence du fluide régénérateur, de telle sorte que la sensibilité et la myotilité sont à la fois ranimées; et c'est là, suivant moi, le but vers lequel doit tendre l'opérateur.

A quel autre agent pourrait-on demander des résultats aussi complets et aussi immédiats?

(1) Mémoire présenté à l'Académie des sciences, dans la séance du 29 août 1853.

C'est encore dans les paralysies partielles, résultant de l'administration du chloroforme sur les animaux, que l'électricité manifeste sa puissance. Nous avons multiplié les expériences à ce sujet, et nous avons vu tous les phénomènes de la paraplégie disparaître pour ainsi dire instantanément sous l'influence d'un choc électrique.

Quelle peut être l'action de l'électricité dans les expériences dont nous venons de signaler les résultats? Son effet est-il de maintenir la vitalité de l'animal, et de laisser au chloroforme le temps d'épuiser son influence toxique, ou bien agit-elle en neutralisant directement l'influence de ce précieux médicament? Cette question est difficile à résoudre; mais tout me porte à croire que ses effets sont d'augmenter l'influence nerveuse, et, partant, de maintenir l'action musculaire, et la vitalité jusqu'à la disparition complète du chloroforme, soit qu'il s'évapore par les surfaces muqueuses, particulièrement par les poumons, soit qu'il s'échappe par les sécrétions.

Les expériences auxquelles je me suis livré ont été nombreuses et variées; je les ai renouvelées, dans ces derniers temps, en présence de plusieurs de mes élèves, MM. Rozé, Rigal, Jaillard, Gratiot, etc., qui ont bien voulu me servir d'aides.

Dans l'application de l'électricité par contact, j'ai choisi particulièrement, pour l'application des deux pôles, les points où les muqueuses se réunissent aux tégumens, c'est-à-dire les deux extrémités opposées du corps. Cette expérience a été pratiquée avec la pile de M. le docteur Duchenne de Boulogne, en portant les excitateurs sur les extrémités buccale et rectale des muqueuses.

Au moment du contact, il se produisait des contractions musculaires sur tous les points du corps, qui semblaient se pelotonner lorsque le courant venait très fort.

J'ai aussi fait usage de l'électro-puncture, dont une des propriétés remarquables est que les effets ne se prolongent pas au-delà de l'expérience, et s'arrêtent, pour ainsi dire, à la volonté de l'opérateur; sous son influence énergique et violente, les mouvemens et la sensibilité ne tardent pas à reparaître. Les contractions rapides qu'elle faisait naître, accéléraient la circulation et les battemens du cœur, et provoquaient même des cris aigus et plaintifs chez l'animal soumis à l'expérience.

L'opération a été exécutée de différentes manières, soit en plongeant deux aiguilles métalliques, l'une au cou, et l'autre à l'extrémité inférieure du tronc, de manière à comprendre, pour ainsi dire, toute la longueur de la moelle épinière entre les deux pôles, soit en plongeant une des aiguilles dans la nuque, et l'autre dans les muscles de la poitrine.

Parmi les expériences que j'ai pratiquées, j'ai choisi celles qui suivent, comme ayant présenté les phénomènes les plus intéressans.

Première expérience. — Un chien de petite taille, et bien portant, fut soumis, le 13 août 1853, aux inhalations chloroformiques. Le museau de l'animal était entièrement plongé dans une vessie, vidée préalablement de l'air qu'elle pouvait contenir, en sorte qu'il respirait à peu près sans mélange, les vapeurs de l'agent anesthésique.

Au bout d'une minute, et après avoir donné les signes d'une agitation violente, ce chien tomba dans la prostration la plus complète; les yeux étaient convulsés et largement ouverts, les battemens du cœur à peine perceptibles; il eut des évacuations d'urine très abondantes; en un mot, son état devint tel, qu'il était facile de prévoir une mort imminente.

A ce moment on plongea deux aiguilles, l'une dans la région fessière, l'autre dans la partie inférieure et latérale du cou; l'introduction de ces aiguilles ne détermina aucune douleur. A peine l'appareil fut-il mis en mouvement, que des contractions violentes se manifestèrent, les membres se raidirent, l'animal releva la tête, et poussa des cris plaintifs; au bout de deux minutes environ, on le posa à terre, d'où il essaya de se relever, mais bientôt il tomba en avant sur la tête, puis sur les côtés, et demeura dans une sorte d'immobilité, comme s'il eût été plongé dans l'ivresse la plus complète, ce qui m'engagea à répéter l'électro-puncture. Aussitôt les courans électriques établis, l'animal poussa des cris, l'état titubant disparut, il reconnut les personnes, et se mit à courir sans hésitation. Cinq minutes après, il était entièrement revenu à lui. Rien de particulier ne s'était manifesté depuis un quart d'heure environ, lorsque le chien se mit à vomir une assez grande quantité de matières jaunâtres (il avait mangé le matin); une bave incolore et abondante s'échappait encore de sa gueule au moment où nous l'avons abandonné.

Plusieurs expériences furent pratiquées dans les mêmes conditions et poussées jusqu'au point où la respiration et les battemens du cœur avaient cessé complètement; mais ni l'électricité appliquée à l'aide des excitans, ni l'électro-puncture ne purent alors rappeler à la vie les animaux sur lesquels nous opérions.

Des chats forts et vigoureux furent soumis à l'influence du chloroforme, la tête plongée dans des vessies remplies de cet agent anesthésique. Ces animaux nous ont paru mieux supporter que les chiens l'influence chloroformique. Bien que l'opération ait été poussée jusqu'au moment où les battemens du cœur étaient devenus imperceptibles et la respiration insensible, ils ont pu être rappelés à la vie par l'influence des deux formes d'électricité dont j'ai parlé plus haut. Un seul a définitivement succombé à la troisième expérience, lorsque les battemens du cœur avaient cessé depuis un certain temps. Quelques contractions se sont produites dans le corps de l'animal, mais elles n'ont jamais pu ramener les mouvemens réguliers du cœur et de la respiration.

(La suite à un prochain numéro.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

OBSERVATION DE TUMEUR ÉRECTILE DE L'ORBITE, TRAITÉE SANS SUCCÈS PAR LA LIGATURE DE L'ARTÈRE CAROTIDE, ET GUÉRIE PAR L'INJECTION D'UNE SOLUTION DE LACTATE DE FER ET LA PONCTION AVEC DES AIGUILLES ROUGIES AU FEU (1);

Par le docteur Daniel BRAINARD, professeur de chirurgie au Collége médical de Bush (Illinois), ancien vice-président de l'Association médicale américaine.

Je rapporterai d'abord cette intéressante observation, et je la ferai suivre de quelques remarques relativement à l'emploi de cette solution ferrugineuse pour l'oblitération des vaisseaux sanguins.

OBS. William W..., fermier, 34 ans, d'une bonne constitution, vint me consulter au mois d'août 1851, pour une tumeur de l'orbite gauche. L'œil était saillant, mais encore recouvert facilement par les paupières; il était sensiblement soulevé à chaque pulsation artérielle et donnait au toucher la sensation d'un frémissement vibratoire. L'oreille, placée en contact avec la tumeur, faisait entendre un fort bruit de souffle, que l'on percevait, mais moins distinctement sur toute la tête. Les veines de la face étaient saillantes; la tête était chaude, et les artères du cou, de la tête battaient avec une force exagérée. Le malade éprouvait souvent une douleur vive dans la tête, avec nausées et vomissemens; la compression de la carotide gauche suspendait instantanément tout battement et tout bruit anormal.

Antécédens. — Le 14 juillet 1851, ce malade avait reçu un coup violent, qui avait fracturé le côté gauche de la mâchoire, à la suite d'une chute de cheval, dans laquelle la tête avait porté sur le côté droit, et dans laquelle il avait été vivement contusionné. En se relevant, il avait entendu un bruit particulier dans la tête. Cette circonstance avait fait d'abord penser au chirurgien qui lui donnait des soins que c'était un anévrysme traumatique; mais une interrogation plus attentive m'apprit que, depuis longtemps, l'œil gauche était moins bon et moins fort que le droit. La grande sensibilité de l'organe mettait obstacle à la compression; je songeai à la ligature de la carotide; mais comme le malade était loin d'être préparé à une opération aussi sérieuse, il retourna chez lui, et promit de se soumettre à un régime sévère, au repos et aux applications topiques de glace ou d'eau glacée. Au lieu de cela, il consulta des médecins de toute sorte, et usa sans succès de diverses espèces de moyens locaux.

Je le revis le 1er novembre: la maladie s'était beaucoup aggravée; le globe de l'œil était extrêmement saillant; les paupières ne pouvaient être fermées; la conjonctive était ulcérée, et le frémissement se percevait dans toute l'étendue de la tête. La santé générale s'était beaucoup altérée; il avait eu des dérangemens intestinaux, pour lesquels il avait été purgé et maintenu à la diète pendant plusieurs jours. Les vomissemens avaient beaucoup augmenté le volume de la tumeur; il avait des douleurs vives dans la tête, et ne trouvait de soulagement que dans l'administration de doses élevées de morphine. Grande chaleur dans la tête; le malade ne goûtait de sommeil que lorsqu'il avait des compresses froides sur le front. Il était désireux de se faire pratiquer l'opération, et je la lui fis, en effet, le 11 novembre, suivant la manière ordinaire; l'artère fut liée à un pouce environ au-dessous de sa division. Pas de symptômes anormaux. Immédiatement après l'opération, battemens et bruits cessèrent dans la tumeur.

Le lendemain, 12, le malade se plaignait d'un peu de douleur dans le côté droit de la tête, et les capillaires du côté correspondant étaient fortement injectés, par suite du commencement de rétablissement de la circulation collatérale. Une saignée de 12 onces apporta beaucoup de soulagement. La ligature tomba au quatorzième jour. Immédiatement après l'opération, la compression fut tentée sur la tumeur; mais telle était la sensibilité, que le malade ne pouvait supporter rien autre qu'un linge très fin, Je fis appliquer, néanmoins, des petites vessies pleines de glace et de sel à son pourtour, et maintenir sur elle des fermentations réfrigérantes. Sous l'influence de ce traitement, associé à un régime sévère, la tumeur diminua de volume; cependant, dès le troisième jour, on pouvait sentir profondément des battemens et du bruit dans la tumeur. Cela continua, bien que la tumeur diminuât de volume.

Lorsque le malade me quitta, le 10 décembre, sa santé était encore assez mauvaise, et, pendant plusieurs mois, il ne put se livrer à aucun travail. Peu à peu, les battemens et les bruits devinrent plus forts et plus continuels dans la tumeur. Une attaque de fièvre bilieuse, avec coliques et vomissemens, qui lui dura un jour et demi, eut pour résultat de donner une nouvelle impulsion au gonflement et aux bruits de la tumeur, qui devinrent continuels.

Au mois d'octobre 1852, la cornée avait disparu; la conjonctive se projetait sous forme de fongosités, et plusieurs hémorrhagies étaient survenues, par suite, probablement, de rupture de quelques vaisseaux superficiels. Enfin, le 11 novembre 1852, juste un mois après la première opération, le malade vint me revoir. A cette époque, tout l'orbite était rempli, la paupière inférieure était cachée sous des fongosités, l'œil était refoulé en dehors et en bas, et à la racine du nez ainsi qu'à la partie interne du sourcil, on sentait un gonflement élastique, qui avait produit l'absorption de l'os. C'était dans ce point que les battemens étaient les plus forts et le frémissement le plus distinct. Les petits vaisseaux du tronc et du côté du nez étaient fortement dilatés, animés de battemens violens avec frémissement. Santé générale très affaiblie; le malade avait eu grand'peine à se rendre à la ville.

Quel traitement employer dans un cas de tumeur érectile de l'orbite, contre lequel avait échoué la ligature de la carotide? La chose était assez embarrassante. Je songeai à lier la carotide du côté opposé, mais il eût fallu supposer que la ligature eût bien tourné. Or, le risque était trop grand, dans ce cas, puisque la compression tentée pendant quelques minutes lui faisait perdre immédiatement connaissance. Aucun des moyens qui ont pour but de déterminer l'oblitération des tumeurs vasculaires, n'avait jamais été essayé pour des tumeurs profondes comme celles de l'orbite. Néanmoins, tout bien examiné, je songeai à tenter la ponction avec des aiguilles rougies au feu. Effectivement, le 13 novembre 1852, je plongeai dans la tumeur à un pouce de la racine du nez, suivant le trajet de l'arcade sourciliaire, de bas en haut et d'avant en arrière, jusqu'à une profondeur de trois pouces, une aiguille semblable à une aiguille à coudre, à pointe triangulaire, portée sur un manche d'os et chauffée à la flamme d'une lampe à alcool. En la retirant, il s'écoula un peu de sang, qu'une légère pression suffit à arrêter. Peu de douleur ou de gonflement pendant deux jours; mais le troisième, il survint une vive inflammation, un gonflement s'étendant à toute la face, et offrant un aspect érysipélateux. Le cinquième jour, ces accidens commencèrent à décliner, et en une semaine, tout était terminé. Pendant que l'inflammation était dans toute son intensité, la tumeur était plus solide et le frémissement moins distinct; mais à mesure que celle-ci se calmait, l'élasticité et les battemens revinrent rapidement.

25 novembre. Je revins à l'opération: je fis une piqûre à un demi-pouce plus près du nez, et je pénétrai à une profondeur d'un pouce. Les effets furent les mêmes, mais un peu moins intenses. Le troisième jour, les bruits avaient diminué, et la solidité de la tumeur avait sensiblement augmenté. Un examen attentif me montra que le tissu morbide s'étendait sur la racine du nez et jusqu'à l'angle interne de l'œil droit, où l'on sentait distinctement un frémissement.

2 décembre. Une piqûre fut pratiquée au côté gauche de la racine du nez; l'aiguille pénétra obliquement de bas en haut et de droite à gauche. Inflammation très vive à la suite, et suppuration superficielle à son pourtour. Disparition du frémissement au côté droit du nez.

Ces trois piqûres eurent pour résultat de limiter l'extension du tissu morbide sur le front et sur le nez; mais l'inflammation, fort aiguë et fort étendue, resta superficielle, et le centre du mal resta dans toute son activité. Il était donc évident que les aiguilles se refroidissaient en traversant les tissus, et ne cautérisaient que les parties superficielles.

Je me déterminai, en conséquence, à changer le traitement et à injecter dans le centre de la tumeur un liquide capable d'en produire l'oblitération. Dans ce but, je fis choix d'une solution de lactate de fer filtrée (8 grains pour 1 drachme d'eau distillée). Je dirai plus bas quelles sont les raisons qui m'y ont engagé.

14 décembre. Je ponctionnai la tumeur à sa partie la plus saillante, avec la canule *à infiltration*, et je la portai à la profondeur d'un pouce. En retirant le stylet, il s'échappa un jet de sang artériel. J'adaptai immédiatement à la canule une petite seringue contenant un drachme de la solution précédente, et l'injection pratiquée, je retirai le tout. Douleur très vive à la région temporale gauche et coloration de la face, qui ne dura que quelques secondes, suivi d'un frisson qui s'accompagna de nausées et de vomissemens. Réaction une heure après; mais le vomissement continue, et pendant vingt-quatre heures, le malade rejette toutes les boissons; 63 pulsations.

15 décembre. Les vomissemens continuent; douleurs moindres; paupière supérieure plus fortement tuméfiée; pouls à 65.

16 décembre. Vomissemens moindres; pas de douleur; bon sommeil; pouls à 60; gonflement augmenté et assez sensible, pour ne pas permettre le moindre contact.

23 décembre. Pendant les six derniers jours, les vomissemens ont graduellement diminué; pouls naturel; tumeur moins sensible, solide, et battemens seulement vers l'angle externe; souvent des douleurs lancinantes dans l'orbite.

Pendant toute la durée du traitement, tant par les piqûres que par infiltration, la tête avait été maintenue enveloppée dans des vessies remplies d'un mélange réfrigérant de glace et de sel, dont le malade s'était bien trouvé. Mais bientôt il se plaignit d'avoir trop froid; la chaleur de la tête était revenue à son état normal; et, depuis l'injection, il n'existait plus ni frémissement, ni pulsations; les veines de la face avaient beaucoup diminué de volume, et les battemens artériels étaient revenus à leur état ordinaire. Léger battement encore sensible à l'angle externe de l'œil; je pratiquai dans ce point une piqûre avec une aiguille rougie, le 4 janvier 1853.

10 janvier. Depuis la dernière piqûre, pas de battemens, le gonflement a diminué. Il s'est fait une ouverture à la face antérieure du globe de l'œil, qui fait encore saillie entre les paupières. A la suite, violente inflammation du globe, qui a duré plusieurs jours. Cette ouverture a donné issue d'abord aux humeurs de l'œil, plus tard à du pus.

5 février. Le gonflement a diminué peu à peu. Tumeur solide; pas de battemens, mais pas de douleur. Le malade a dormi pour la première fois d'un sommeil naturel, s'est habillé lui-même et s'est promené dans sa maison; bonne santé.

6 mars. Gonflement entièrement disparu. Globe de l'œil affaissé; paupières rapprochées.

6 juin. Le malade a repris ses occupations depuis trois mois; santé parfaite. L'orbite gauche semble entièrement libre de toute maladie. (Ce malade a été présenté ce jour-là à la Société de médecine de l'Illinois.)

REMARQUES. — On comprendra facilement que pour avoir entrepris une opération aussi sérieuse que celle qui consiste à injecter presque dans le torrent circulatoire une solution concentrée de lactate de fer, il faut que j'aie eu des raisons bien fortes de croire à l'innocuité d'abord, à l'efficacité ensuite, d'une pareille pratique. Voici, en somme, les raisons qui m'y ont conduit:

En 1850, j'ai fait des recherches relativement aux effets de ce sel, dans certains états morbides de l'économie, et des vues théoriques m'ont engagé à en essayer les effets, au moyen d'injections dans les veines. Avant de tenter cette opération chez l'homme, je l'ai essayée sur un chien à la dose de 10 grammes

(1) L'intérêt qui s'attache à cette grave question du traitement des anévrysmes et des tumeurs érectiles par les injections médicamenteuses, nous engage à reproduire, d'après la *Lancette anglaise*, le fait intéressant de M. Brainard, dans lequel, au lieu de perchlorure de fer, le lactate de ce sel a été employé avec succès.

par once d'eau distillée, et cette expérience, répétée deux fois de suite, dans la veine saphène, n'a eu aucun résultat fâcheux.

Au mois de décembre 1851, je l'ai employée pour la première fois chez l'homme; et j'ai dépensé en deux mois 19 grains de ce sel. Mais la plus forte dose que j'ai injectée n'a pas dépassé 3 grains dissous dans 3 drachmes d'eau distillée. J'y suis revenu chez le même sujet jusqu'à neuf fois, sans aucun mauvais effet, au contraire; mais ce qui est utile à savoir, relativement au sujet qui nous occupe, c'est que chacune des veines dans laquelle j'ai fait cette injection au pli du bras a fini, après un certain temps, par s'oblitérer et se convertir en un cordon solide, sans aucune douleur ou trace d'inflammation.

Je l'ai employée depuis dans quatre autres cas, une fois dans deux de ces cas, deux fois dans les deux autres, sans effets fâcheux. Dans l'un de ces cas, l'un de ceux dans lesquels cette injection a été faite deux fois, j'ai voulu faire l'injection dans la même veine; trois jours après la même opération, elle était oblitérée et remplie par un caillot, qui n'a pas été détaché par la canule. Ces résultats montrent à la fois l'innocuité de cette opération, pratiquée avec des précautions convenables, et son efficacité pour obtenir l'oblitération des veines, au moyen d'un travail progressif d'épaississement des parois et de suspension de la circulation.

Comme ces expériences n'avaient rapport qu'à la circulation veineuse, je voulus, avant de faire cette injection dans l'orbite, et par conséquent dans la circulation artérielle, m'assurer de ses effets chez un chien. Trois grammes de lactate de fer, dissous dans trois drachmes d'eau distillée, furent injectés dans la carotide d'un petit chien, et l'artère fut liée. Pas d'autre effet qu'un peu d'irrégularité dans les battemens du cœur, qui dura quelques secondes. Ainsi, cette injection avait pénétré dans la circulation cérébrale sans accident; il était donc permis de conclure, que, chez l'homme, à dose plus faible, il n'y aurait rien non plus à craindre, Les résultats de son emploi, dans le cas précédent, viennent justifier mes prévisions. Sans doute, les effets en furent graves, mais bien moins dangereux surtout que ceux qui résultent de la ligature de la carotide; et nul doute que, employée en plus petite quantité, répétée, si cela est nécessaire, cette injection doit rendre les plus grands services, en évitant l'opération.

J'ajouterai que j'ai traité depuis, avec la même substance, une tumeur érectile veineuse, grosse comme un œuf de pigeon, située à la partie interne de la lèvre inférieure; j'ai fait trois injections, à trois fois différentes, sans autre effet qu'un peu de sensibilité, suivie d'une diminution graduelle de volume et d'une induration du tissu; mais la guérison n'est pas encore complète.

J'avais songé naturellement à appliquer ce traitement aux anévrysmes vrais et aux anévrysmes variqueux; mais j'ai vu depuis, dans les *Comptes-rendus de la Société de chirurgie*, quelques expériences intéressantes de MM. Pravaz, Giraldès et Debout, sur la coagulation du sang dans les artères au moyen du perchlorure de fer, ainsi que la relation de trois cas dans lesquels ces injections, employées pour des tumeurs vasculaires chez l'homme, ont produit la suppuration et même la gangrène. Ce ne sont donc pas des résultats bien satisfaisans; mais peut-être cela tient-il à la nature de la substance employée. La solution de perchlorure de fer est une substance étrangère à la composition normale du sang, et détermine sa coagulation immédiate, tandis que la solution de lactate de fer étant composée d'élémens qui font partie du fluide circulatoire, ne coagule pas immédiatement le sang, mais produit un épaississement des parois et un dépôt de lymphe coagulable à la suite d'une inflammation sub-aiguë. Suivant toutes probabilités, la solution de lactate subit une décomposition immédiate: l'acide se combine avec la soude du sang, et la base passe à un état d'oxydation plus élevé, sous lequel elle existe naturellement dans ce liquide. Ce que nous pouvons affirmer, c'est que dans aucun cas nous n'avons vu de suppuration, mais seulement un travail d'inflammation adhésive. Dans un cas, dans lequel une petite quantité de ce sel avait été poussé par inadvertance dans le tissu cellulaire, il s'est formé une petite tumeur dure, semblable à un gros furoncle ou un petit anthrax, qui n'a pas suppuré; mais encore pour produire cet effet, il faut une solution très concentrée.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 Août 1853. — Présidence de M. Bérard.

La correspondance comprend:

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique, qui informe l'Académie qu'il a approuvé les nouvelles dispositions qu'elle a proposé d'ajouter à l'article 45 de son règlement.

2° Une lettre du ministre du commerce, qui transmet les rapports de MM. les médecins des épidémies du département du Pas-de-Calais, sur les différentes épidémies qui y ont régné dans les derniers mois de 1852 et pendant le premier semestre de 1853.

3° Une lettre de M. Marchal, de Calvi, au sujet de la discussion que M. Bérard a soutenue dans la dernière séance contre M. Piorry, au sujet des ganglions du nerf grand sympathique. D'après M. Marchal, ces ganglions jouiraient de la propriété reflexe que leur refuse M. Bérard. La lettre de M. Marchal a pour objet de développer ce point de physiologie.

4° Un mémoire de M. Clauzure, d'Angoulême, sur la vaccine et la nécessité des revaccinations.

5° Une lettre de M. Durand-Fardel, qui fait part à l'Académie de la mort de M. Prunelle, médecin-inspecteur honoraire de Vichy.

M. Baillarger demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

Suppression des gâteux dans les asiles d'aliénés.

M. Baillarger: Membre de la commission nommée pour examiner le mémoire de M. Archambault sur la suppression des quartiers de gâteux, je regrette, dit-il, de n'avoir point assisté à la lecture du rapport de M. Londe, et de ne pas connaître les modifications que ce rapport a subies. Voici d'ailleurs quelques-uns des points sur lesquels je désirais appeler l'attention de l'Académie.

On se souvient qu'immédiatement après la lecture du mémoire de M. Archambault, trois ou quatre réclamations de priorité surgirent tout à coup. Parmi ces réclamations se trouve surtout celle de M. Girard, médecin en chef, directeur de l'asile d'Auxerre, lequel, depuis longtemps, avait indiqué dans les *Annales médico-psychologiques* les moyens si heureusement employés par M. Archambault à Charenton. Ces moyens, M. Girard ne les a pas seulement indiqués, il les a encore mis à exécution avec le plus grand succès dans l'établissement modèle qu'il a créé. C'est donc à ce médecin qu'appartient la priorité des mesures employées pour diminuer le nombre des gâteux, et j'ai regretté que ce fait n'eût pas été signalé dans le rapport, tel qu'il a été soumis à la commission.

M. Londe s'est arrêté à une objection qui n'a pas, à mon avis, la valeur qu'il lui attribue. Elle repose, en effet, sur un malentendu facile à expliquer. On reproche à M. Girard d'avoir signalé, jusque dans ces derniers temps, un certain nombre de gâteux dans son asile. Cela est vrai, mais il en est de même à Charenton.

Dans le mémoire de M. Archambault et dans le rapport de M. Londe, en parlant de la suppression des gâteux, on n'a en vue que les gâteux valides. M. Girard, au contraire, comprend tous les gâteux sans exception. A Bicêtre et à Charenton, les paralytiques forment presque un tiers de la population; or, ces malades parcourent plus ou moins lentement la troisième période, celle dans laquelle ils ne peuvent plus se soutenir sur les jambes et gardent le lit: ces aliénés non valides ont été comptés par M. Girard et ne l'ont pas été par M. Archambault. En un mot, à Charenton, il n'est question que des *quartiers* de gâteux; à Auxerre, on comprend les quartiers et les *infirmeries*. Cette distinction entre les quartiers et les infirmeries est importante: peut-être eût-elle dû trouver place dans le rapport.

Il y a un autre point non moins utile à signaler.

A Charenton, les essais n'ont réussi que chez les hommes. M. Calmeil a tenté, mais à peu près sans succès, la même réforme chez les femmes. Si le nombre des *gâteux* a diminué à Charenton, celui des *gâteuses* est resté le même. A Auxerre, M. Girard a, par parties égales, des hommes et des femmes, et cela expliquerait peut-être encore l'objection qui lui a été faite. Cette objection n'est donc pas fondée, et je ne puis que répéter que c'est à ce médecin distingué que revient l'honneur d'avoir le premier indiqué et mis en pratique les mesures à l'aide desquelles on peut diminuer le nombre des gâteux. Je sais que M. Londe attache peu d'importance à la question de priorité pour le fait dont il s'agit: mais il suffit que la réforme des quartiers de gâteux ait une incontestable utilité, pour qu'on comprenne l'insistance de M. Girard à bien établir ses droits.

Au reste, je dois dire que M. Parchappe, de son côté, se proposait, s'il eût été présent, de réclamer en faveur d'un pauvre infirmier de l'hospice de Rouen, nommé Nicou, et que j'ai interrogé il y a quelques jours. Cet homme faisait, depuis plus de vingt ans, pour les malades gâteux qui lui étaient confiés, ce qu'on a fait depuis à Auxerre et à Charenton. Il se levait la nuit et présentait l'urinoir aux malades; en outre, il les mettait plusieurs fois chaque jour sur le siége, pour éviter que les vêtemens se fussent salis. Cette pratique avait, d'ailleurs, lieu à Charenton et partout, pour les malades confiés à un domestique particulier, et la réforme actuelle consiste surtout dans l'extension qui en a été faite aux malades soignés en commun.

Quant aux moyens employés, ils méritent aussi d'être examinés avec soin. Les infirmiers de Charenton ont reçu une subvention spéciale pour les encourager à prévenir la malpropreté de leurs malades: ils se sont trouvés ainsi directement intéressés à faire réussir la réforme qui était tentée. L'un d'eux, qui continuait à avoir des gâteux en plus grande proportion, a été renvoyé. Ces encouragemens, cette sévérité ont assurément un bon côté; mais tout le monde a pensé que, peut-être, il y avait ainsi à craindre de voir les infirmiers dissimuler, autant que possible les accidens. M. Girard, d'Auxerre, qui ne donnait que des éloges et point d'argent, y a été trompé; que serait-ce donc s'il y avait eu un intérêt pécuniaire? Je ne dis pas, assurément, que cela ait eu lieu à Charenton, mais je dis que l'on sera exposé à des erreurs dès que l'on se relâchera de la plus extrême surveillance.

Un dernier point beaucoup plus important et qui se lie au précédent, c'est que, jusqu'à présent, nous n'avons que des résultats généraux et point d'observations particulières: et cependant qui ne comprend que c'est par là qu'il eût fallu commencer? Un malade gâteux arrive dans un établissement, vous allez tenter de l'amener à des habitudes de propreté; prenez à ce point de vue son observation pendant un mois, dites-nous combien de fois on est obligé de le mettre, chaque jour, sur le siége, combien de temps on l'y laisse, combien de fois, surtout, il faut le réveiller pendant la nuit; enfin, indiquer le temps nécessaire pour arriver au but, le nombre de petites rechutes qui doivent survenir de temps en temps; alors nous serons fixés d'une manière plus complète et nous saurons à quel prix on obtient la réforme désirée.

En faisant ces objections mon intention n'est pas assurément de jeter la moindre défaveur sur la réforme obtenue par M. Girard à Auxerre, et par M. Archambault à Charenton. Mon seul but, c'est que l'on se garde de toute exagération, c'est que ces mesures ne soient pas poursuivies avec une telle persistance, que dans quelques cas le remède ne puisse devenir pire que le mal. C'est ce qui arriverait s'il fallait en hiver, par exemple, laisser les malades plusieurs heures sur leur siége, les réveiller plusieurs fois pendant la nuit, et c'est peut-être ce qui serait à craindre quand les infirmiers sont si directement intéressés à prévenir tout accident.

A part ces quelques remarques, je ne puis que m'associer pleinement aux justes éloges que M. Londe a donnés à M. Archambault. Par ses soins, on a vu diminuer, à Charenton, considérablement le nombre des gâteux dans la section des hommes. Ces longues blouses en toile dont ces malheureux étaient revêtus, ces fauteuils percés, et tout cet attirail de malpropreté a disparu. C'est là une réforme d'une incontestable utilité, et à laquelle tout le monde ne peut qu'applaudir.

M. Londe: Je vais répondre brièvement aux observations de mon honorable collègue M. Baillarger.

1° Le rapport n'a pas été signé: il est l'œuvre de M. Londe. — A cette première observation, je réponds qu'après avoir lu mon rapport, M. Baillarger m'a proposé de le signer, se réservant seulement de prendre la parole pour éclaircir certains faits; que, depuis cette époque, M. Baillarger, après une entrevue avec un des médecins qui réclament la priorité de la mesure prise par M. Archambault, a emporté chez lui, à deux reprises, ce rapport, l'a conservé huit jours, chaque fois, et n'y a pas ajouté une seule observation; que, de moi-même, j'en ai retranché un passage favorable à M. Archambault; qu'enfin, de tous les commissaires convoqués à l'Académie, un jour où j'ai dû penser que nul n'y pouvait manquer, c'est-à-dire le jour de la nomination de M. Chatin, aucun ne s'est rendu à la convocation, et que M. Ferrus, dont j'ai fait la rencontre en sortant de la séance, m'a engagé à passer outre et à lire mon rapport.

2° M. Baillarger met en doute la disparition réelle des gâteux, et suppose que, par crainte d'être renvoyés, les infirmiers peuvent dissimuler la vérité. — A cette seconde observation, je réponds que non seulement je me suis transporté à Charenton, où de mes propres yeux j'ai constaté ce qu'avance M. Archambault, et où j'ai interrogé un homme honorable, M. Loiseau, qui a satisfait à toutes mes demandes; mais que, depuis cette époque, j'ai écrit à M. le directeur de cet établissement, et que j'en ai reçu une lettre entièrement conforme aux réponses verbales qui m'avaient été faites et à ce que j'avais constaté.

3° M. Baillarger croit que, pour l'avantage d'empêcher les malades de gâter, il y a un inconvénient bien plus grave qui domine cette mesure d'économie; c'est celui de troubler le repos des malades. — Nulle part, je n'ai avancé qu'on eût effectué la mesure mentionnée aux dépens du repos des malades, et j'ajoute qu'à l'exception de ce qui concerne leur état intellectuel, ils jouissent de la santé la plus parfaite, et que s'il m'était permis de citer des noms propres, je pourrais le faire à l'appui de ce que j'avance.

4° M. Baillarger aurait voulu que le rapport ne fût pas fait aussi précipitamment. — Il y a près de deux ans que j'en suis chargé.

5° M. Baillarger, tout en donnant des éloges à ce qu'a fait M. Archambault, croit que la priorité appartient à M. Girard. — J'ai largement fait la part de ce qui appartient à M. Girard, auquel on doit beaucoup, ainsi qu'à MM. Morel et Renaudin; mais j'ai établi par des faits sans réplique que la mesure n'avait été amenée à un résultat complet que par M. Archambault.

6° M. Baillarger aurait voulu des observations particulières. Le travail de M. Archambault ne mentionne que des résultats généraux, et votre rapporteur n'a eu à se prononcer que sur ces résultats.

Lit mécanique.

— M. Londe lit, au nom d'une commission, un rapport en réponse à une demande du ministre, sur un lit mécanique de M. Langlois, destiné à recevoir les évacuations des malades hors d'état de se mouvoir dans leur lit. La commission propose de répondre à M. le ministre: 1° que l'emploi de l'appareil de M. Langlois ne présente aucun inconvénient; 2° qu'il peut recevoir des applications avantageuses dans quelques circonstances. (Adopté.)

M. Robinet lit, au nom de la commission des remèdes, une série de rapports sur des remèdes secrets et nouveaux. (Adopté.)

Rétroversion de l'utérus.

M. le docteur Priou, de Nantes, correspondant de l'Académie, lit un travail intitulé: Observations sur la rétroversion de l'utérus. D'après l'auteur, la manière dont s'expriment la plupart des auteurs qui ont écrit sur la rétroversion de l'utérus, tend à prouver qu'ils n'en ont parlé que sur ouï-dire. En effet, ceux qui, par exemple, proposent, pour redresser l'utérus rétroversé, d'introduire l'index et le médius de la main gauche pour agir sur le col, et l'index et le médius de l'autre main dans le rectum pour en soulever le fond, ne se sont jamais trouvés dans la nécessité de recourir à cette manœuvre, car ils se seraient de suite aperçus qu'elle n'est pas praticable, vu le rapprochement des deux mains, qu'il est impossible alors de faire agir de concert.

L'auteur fait encore remarquer: 1° que quand la matrice est fortement enclavée dans le bassin, son col n'offre pas assez de résistance pour qu'on puisse exercer sur lui, et au moyen des doigts, une grande action; 2° que les doigts introduits dans le rectum ne présentent jamais assez de longueur pour qu'ils puissent arriver sur le fond de l'utérus rétroversé, et qui doit être repoussé au-delà de la saillie sacro-vertébrale pour reprendre sa direction ordinaire ou verticale.

Pour faire cesser la rétroversion de la matrice contenant le produit de la conception, quelques auteurs proposent d'introduire la main tout entière dans le vagin ou dans le rectum pour replacer la matrice. Ces manœuvres sont-elles réellement praticables? Il ne faudrait pas les négliger, dit M. Priou, si l'on entrevoyait la possibilité de pouvoir les tenter, et si, surtout, le moyen de réduction auquel nous avons deux fois recouru avec succès ne réussissait pas; car la ponction de la matrice par le rectum, la symphiséotomie, l'accouchement provoqué, sont des opérations extrêmes pour faire cesser les accidens redoutables qu'amène l'enclavement de la matrice renversée en arrière.

M. Priou termine sa lecture par la relation d'un cas de rétroversion utérine, dans lequel il a employé avec succès le procédé suivant: ayant d'abord essayé en vain d'abaisser le col placé derrière la symphise pubienne, avec les doigts indicateur et médius de la main droite, il fit placer la malade sur les coudes et sur les genoux. L'index et le médius introduits dans le rectum, il parvint, par quelques mouvemens de repoussement, à soulever un peu le fond de l'utérus. Mais cette manœuvre fut insuffisante: l'utérus occupait encore l'excavation pelvienne. M. Priou ayant appelé plusieurs de ses confrères en consultation, ils

reconnurent tous la nécessité de repousser le fond de l'utérus pour faire cesser les accidens qui en étaient la suite (rétention des urines et constipation). Les doigts ne lui ayant pas paru, à raison de leur peu de longueur, capables de remplir ce but, il se servit d'un gorgeret ordinaire, garni de linge à sa plus grosse extrémité et bien huilé. La malade, mise dans la position indiquée plus haut, il introduisit l'instrument dans l'anus, à l'effet de repousser de bas en haut et de derrière en avant le fond de l'utérus abaissé ; tandis que, d'un autre côté, il tâchait d'agir de haut en bas et de devant en arrière, sur le col utérin, au moyen de deux doigts introduits dans le vagin. Il fallut employer une assez grande force pour ébranler l'utérus enclavé. Toutefois, par cette manœuvre, il parvint, non pas à le remettre dans une position tout à fait droite, mais du moins à lui permettre de se développer. L'accouchement eut lieu, en effet, au terme naturel de la grossesse.

M. Moreau se rappelle que dans une circonstance analogue à celle que vient de faire connaître M. Priou, c'est-à-dire dans un cas de rétroversion irréductible par la simple application des doigts, il eut recours à un moyen à peu près semblable; il introduisit dans le rectum une baguette de bois, à l'aide de laquelle il put parvenir assez facilement à obtenir le redressement de l'utérus. La réduction fut si complète et si bien maintenue, que la femme accoucha ensuite à terme de deux enfans. Il y a une quarantaine d'années environ de cela.

M. Cazeaux a obtenu récemment un heureux résultat par l'emploi d'un procédé différent. C'était chez une femme enceinte de trois mois, qui était dans l'une des salles du service de M. Aran, à la Pitié. Ayant été invité par M. Aran à examiner cette femme, après quelques tentatives infructueuses de réduction, il eut l'idée de procéder comme suit : Il fit placer la femme sur les genoux et sur les coudes, le bassin fortement relevé. Il introduisit la main en entier dans le vagin, manœuvre qui rendit facile cette position elle-même. La main ainsi introduite, et secondé par l'action de la pesanteur, il lui fut facile de ramener le col de l'utérus en arrière, et de repousser cet organe jusqu'au-dessus de l'angle sacro-vertébral, où il fut aisément retenu. Cette réduction s'opéra très facilement, si on la compare surtout avec les difficultés extrêmes que l'on rencontre dans les autres procédés.

M. Moreau a déjà mis plusieurs fois ce moyen en usage, et c'est par ce qu'il ne lui a pas réussi, qu'il a eu recours depuis à l'emploi de la baguette. Non seulement ce moyen ne lui a pas réussi, mais il lui a paru même très douloureux. Ainsi, dans un cas, à peine avait-il introduit la main, que la malade s'affaissa sur son lit et poussa un cri de douleur; il fut impossible de soutenir plus longtemps l'action de la main.

M. Depaul n'a eu l'occasion de rencontrer qu'une seule fois une rétroversion de l'utérus dans le cas de grossesse, et dans ce seul cas où il ait eu à intervenir, il a obtenu la réduction sans trop de difficulté, en introduisant les deux premiers doigts d'une main dans l'utérus, et les doigts de l'autre main dans le rectum. Il y aurait donc ainsi trois méthodes différentes et qui auraient donné des résultats également heureux.

M. Danyau a entendu M. Priou dire, dans son travail, que la rétention d'urine était un des effets les plus graves de la rétroversion. La rétention d'urine est souvent la cause et non l'effet de la rétroversion. Dans une circonstance de ce genre, où il existait une rétention complète, le cathétérisme ayant provoqué l'issue d'une quantité énorme d'urine, à peine M. Danyau avait-il introduit les doigts dans le rectum, pour repousser le fond de l'utérus, qu'il fut surpris de la facilité avec laquelle la réduction, auparavant impossible, s'opéra. Il est donc porté à croire que si, dans un certain nombre de cas, la rétention d'urine est l'effet de la rétroversion, dans beaucoup d'autres cas elle en est certainement la cause.

M. Cazeaux ne voit pas du tout que ce que vient de dire M. Danyau prouve que la rétention d'urine soit la cause première du déplacement de l'utérus. Tout, au contraire, porte à penser que la rétention d'urine est toujours le résultat de la rétroversion ; mais une fois qu'elle existe, elle devient à son tour une cause d'aggravation et un obstacle de plus à la réduction. C'est alors seulement qu'après avoir été effet d'abord, elle devient cause à son tour. C'est une sorte de cercle vicieux qui a pu induire M. Danyau en erreur.

M. Danyau persiste à croire que, dans quelques cas, la rétention d'urine a précédé la rétroversion, et en est bien réellement la cause. Il renvoie d'ailleurs à cet égard M. Cazeaux à un accoucheur anglais, qui a publié plusieurs observations où ce fait est établi.

M. Moreau est, sur ce point, du même avis que M. Cazeaux. Il a vu des cas de rétroversion tellement irréductibles, qu'il a fallu recourir à la section de la symphise. A coup sûr, on ne peut pas dire que ces rétroversions aient été produites par la rétention d'urine.

Extraction des corps étrangers de la vessie, autres que les pierres et leurs débris.

M. Leroy-d'Étiolles lit un mémoire sur l'extraction des corps étrangers de la vessie, autres que les pierres et leurs débris. Après des considérations générales sur la diversité de forme et de nature de ces corps, qui entraîne la nécessité de moyens variés d'extraction, ce chirurgien montre que tous les instrumens opèrent cependant d'après deux principes d'action : ils ploient les tiges, assez flexibles et assez minces, pour sortir en double par l'urètre ou par un tube, et ils font pivoter, pour les placer dans la direction de l'urètre, ceux qui sont trop rigides pour se ployer, et trop volumineux pour passer en double. Après avoir indiqué les différens mécanismes qu'il a mis en usage pour produire ces effets ; après avoir rappelé quelle part lui ont faite les rapports académiques dans ce nouveau rameau de la chirurgie, M. Leroy-d'Étiolles décrit les perfectionnemens récens de ses procédés, et rapporte des faits qui démontrent leur efficacité; il cite, entre autres, quatre extractions de sondes ou bougies de gutta-percha, opérées par lui depuis moins de six mois; l'une d'elles a eu lieu sur un général qui, en se sondant, avait rompu dans son urètre une grosse bougie de gutta-percha, de laquelle s'était détachée une portion longue de 10 centimètres environ ; une quarantaine de tentatives avaient eu lieu, dans lesquelles un des plus célèbres chirurgiens urinaires de Paris avait détaché quelques parcelles de ce corps. On songeait à pratiquer l'opération de la taille, mais auparavant on voulut avoir l'avis de M. Leroy-d'Étiolles, qui jugea l'extraction possible, au moyen d'une modification de l'un de ses instrumens. Ses intentions furent comprises et exécutées par M. Mathieu, et, dès la première application, le corps étranger fut amené au dehors, en présence de M. le professeur Gavaret.

Une nouvelle extraction de sonde a été opérée au moyen de cet instrument, il y a dix jours, par M. Leroy-d'Étiolles, sur un médecin de la Bourgogne, affecté de rétention d'urine qui nécessitait l'évacuation artificielle. Une sonde de gutta-percha dont il s'était servi par mégarde, se rompit vers le tiers de sa longueur ; il prit aussitôt le chemin de fer et se rendit à Paris. Le bout de la sonde proéminait encore dans l'urètre. M. Leroy-d'Étiolles le saisit facilement à la hauteur du bulbe, avec une pince urétrale, mais le corps était tellement friable, que toute la portion qui était dans la vessie se détacha. Le chirurgien eut recours à son nouvel instrument, et, du premier coup, sans tâtonnement, le fragment de sonde fut saisi et amené au dehors, en présence de M. Baum, professeur de chirurgie à Gœttingue.

Le nouvel extracteur de M. Leroy-d'Étiolles, représenté dans la figure, a le même principe d'action que l'un de ses premiers instrumens, qui consiste à faire basculer le corps étranger sur le bord d'une échancrure en gouttière pratiquée à l'extrémité d'un tube, mais celui-ci est mieux exécuté et d'un effet plus certain.

Sur l'un des bords de la gouttière est une rainure dans laquelle glisse une demi-bague formant crochet, qui, poussée par une tige se prolongeant à l'extérieur, dépasse le bord du tube de 2 centimètres environ. Le fragment de sonde est engagé dans cet espace, le crochet semi-circulaire est ramené en arrière, il fait basculer le corps étranger sur le bord de l'échancrure, le couche dans la gouttière et l'y maintient pendant la sortie. Un cône métallique, mu par une seconde tige, fait l'office d'embout pendant l'introduction ; on le retire en arrière pour laisser la gouttière libre. La figure représente les trois positions du crochet demi-circulaire, du corps étranger et de l'embout dans les trois temps de la manœuvre opératoire, manœuvre que tout le monde, ajoute M. Leroy-d'Étiolles, exécutera aussi facilement que lui.

Ce chirurgien termine sa communication en racontant l'histoire, inédite, de deux blessés de février et de juin 1848, dont le bassin fut traversé par des balles qui détachèrent et poussèrent dans la vessie des esquilles d'os, lesquelles devinrent des noyaux de pierre. M. Leroy écrasa les concrétions calculeuses et coupa les portions d'os avec un instrument décrit page 251 de son *Recueil de mémoires*, dont il s'était déjà servi avec succès à l'Hôtel-Dieu, en 1835, pour morceler un éclat de bois qui avait pénétré dans la vessie à travers le périnée ; plus tard il divisa, de la même manière, un manche en buis d'une cuillère de moutardier, introduit dans la vessie d'une femme. Ce dernier fait a été communiqué à l'Académie des sciences.

Affection tuberculeuse de l'encéphale.

M. Patissier lit en son nom et celui de M. Michel Lévy, un rapport sur une observation d'*affection tuberculeuse métastatique de l'encéphale*, par M. Pascal, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bayonne.

Un jeune soldat, entré à l'hôpital de Bayonne pour une fièvre avec maux de reins et douleur au genou, éprouva intérieurement des symptômes cérébraux qui allèrent en s'aggravant et finirent par amener la mort. A l'autopsie, diverses lésions de l'encéphale, entr'autres une injection avec épaississement et état granuleux de la dure-mère et plusieurs masses tuberculeuses dans le parenchyme cérébral, et en outre le poumon droit criblé de tubercules suppurés. M. Pascal considère l'altération cérébrale comme étant le résultat de la résorption du pus contenu dans le poumon droit; il pense qu'après avoir été promené avec le sang dans les viscères, ce pus a trouvé le cerveau plus impressionnable, et a produit dans cet organe les lésions organiques signalées. M. le rapporteur ne voit, dans ce voyage de la matière tuberculeuse, qu'un jeu de l'imagination, que rien ne démontre. D'après les altérations cadavériques, il est évident que le sujet de cette observation était en proie à la diathèse tuberculeuse. On sait, en effet, d'après une loi parfaitement mise en lumière par M. Louis, que l'affection tuberculeuse envahit rarement un seul organe, et qu'on ne constate jamais, passé un certain âge, de tubercules dans un viscère, sans qu'on en observe en même temps dans les poumons. En conséquence, les commissaires estiment que M. Pascal a eu tort d'ajouter à l'expression : *affection tuberculeuse de l'encéphale* l'adjectif *métastatique*, parce que rien ne dénote une métastase dans le cas dont il s'agit.

Toutefois, l'observation de M. Pascal renferme des détails intéressans, que M. le rapporteur fait ressortir dans la suite de son rapport, qu'il termine en proposant d'adresser une lettre de remercîmens à M. Pascal et de déposer son mémoire aux archives. (Adopté.)

Comptes-rendus des inspecteurs d'eaux minérales.

M. Patissier lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur l'époque où les comptes-rendus des médecins-inspecteurs des eaux minérales doivent être transmis à M. le ministre de l'intérieur et du commerce.

Par une lettre en date du 11 juin 1853, M. le directeur général de l'agriculture et du commerce, au nom du ministre, invite l'Académie à examiner et à lui faire connaître si elle trouve quelque avantage à fixer une époque précise pour l'envoi des rapports que les médecins-inspecteurs sont tenus de lui adresser chaque année sur le service médical des établissemens auxquels ils sont attachés.

La commission propose de répondre à M. le ministre qu'il est nécessaire d'établir une règle uniforme pour l'envoi des rapports des médecins-inspecteurs, et que, dans l'intérêt de la science hydrologique, ces fonctionnaires ne doivent être tenus à cet envoi que dix-huit mois après la saison thermale. (Adopté.)

Instrument destiné à faciliter la section des valvules du col de la vessie.

M. Mercier présente un instrument propre à diviser les valvules du col de la vessie dans certains cas difficiles. Il s'exprime en ces termes :

Dans quelques cas, les instrumens à courbure courte et brusque éprouvent de la difficulté à pénétrer dans la vessie, soit à cause de la grande saillie qui existe au col, soit à cause de la brièveté du ligament suspenseur de la verge, qui ne permet pas d'abaisser suffisamment l'extrémité externe, soit et surtout à cause de ces deux circonstances réunies. Deux fois cette introduction me fut tout à fait impossible ; la première, il y a dix ans environ, chez un jeune homme du Val-de-Grâce, et la seconde, il y a quelques semaines, chez un vieillard de 85 ans, dans ma pratique privée, et chez tous deux, les sondes à long bec pénétraient assez aisément. Mais il était impossible d'allonger le bec de l'instrument sécateur, puisque, pour agir, il faut tourner le bec en arrière. J'ai donc eu l'idée de combiner celui dont je me sers habituellement avec une sonde ordinaire qui lui sert d'enveloppe et de conducteur.

Cette sonde est ouverte sur un tiers de la circonférence dans toute l'étendue de sa partie droite, et sur sa partie convexe, dans une longueur égale à celle du bec du sécateur. Celui-ci se trouve logé dans cet espace évidé et sa portion droite peut tourner dans la partie correspondante de la sonde. Il suffit, pour cela, de pousser son bec de quelques millimètres pour le dégager du bec de la sonde et de lui imprimer ensuite un mouvement de rotation.

Lors donc qu'on a introduit ces deux instrumens réunis dans la vessie, on maintient la sonde immobile, on pousse le sécateur pour dégager son bec, on le tourne en arrière, on l'attire en bas vers le col de la vessie qu'on accroche et qu'on divise comme avec mon sécateur simple; cela fait, on suit une marche inverse, c'est-à-dire, qu'on le repousse, qu'on retourne son bec en avant et qu'on le ramène dans le bec de la sonde. Le mécanisme de baïonnette, placée à l'extrémité externe, rend ces différentes manœuvres très faciles et de la plus grande précision.

Il ne reste plus qu'à retirer le tout comme une algalie ordinaire.

La séance est levée à cinq heures.

COURRIER.

Prix. — L'Institut médical de Valence (Espagne) propose les questions suivantes pour l'année 1854 :

Médecine. — La phlébite utérine doit-elle être considérée comme primitive ou comme consécutive à la métrite puerpérale? Déterminer les causes générales et spéciales qui la rendent épidémique; décrire ses symptômes pathognomoniques, son diagnostic différentiel et son anatomie pathologique; enfin, exposer les moyens thérapeutiques les plus rationnels et les moyens les plus appropriés à en prévenir les épidémies.

Chirurgie. — Les productions accidentelles connues sous le nom de tissu squirrheux, tissu encéphaloïde, colloïde ou mélanique, sont-ils identiques ou de nature diverse? Étiologie spéciale de chacun d'eux, exposition de leurs symptômes pathognomoniques, de leur anatomie pathologique, de leur composition chimico-organique, de leurs élémens microscopiques et de leur traitement médical le plus rationnel.

Pharmacie. — Les extraits aqueux obtenus par les moyens ordinaires conservent-ils les propriétés des plantes qui les fournissent? Moyens pour les obtenir avec toutes les vertus que possèdent les végétaux.

Sciences naturelles. — Décrire les progrès des sciences naturelles constatés dans le cours de ce siècle, et démontrer les avantages qui en dérivent pour la science de la vie.

Prix, pour chaque question, une médaille d'or.

Les mémoires en français, latin, italien, espagnol, portugais ou anglais, devront être adressés, suivant les formes académiques, avant le 1er décembre 1853, à M. le docteur Navarra, Calle del mar, n° 78, à Valence.

Statistique médicale de la Belgique. — Il résulte de la statistique médicale faite par le gouvernement belge, il y a trois ans, que l'on compte aujourd'hui, dans ce pays, 1,257 docteurs en médecine, 658 chirurgiens ou officiers de santé, 871 pharmaciens et 1,128 sages-femmes, ce qui donne, pour chaque médecin, chirurgien ou officier de santé, une population de 2,287 personnes. Le nombre des hommes de l'art est bien plus considérable dans les campagnes que dans les villes, 3,042 contre 1,326 ; mais, comme toujours, les officiers de santé affluent dans les villes. Tandis qu'on n'en compte que 382 dans les campagnes, il y en a 276 dans les villes. Les docteurs en médecine sont, au contraire, très communs dans les campagnes, 690 contre 567 dans les villes. Enfin, la proportion des médecins ou officiers de santé, relativement à la population, n'est pas la même dans les diverses provinces ; tandis que dans le Brabant, on compte 1 médecin ou officier de santé sur 1,789 habitans, 1 sur 2,047 dans la province d'Anvers, et 1 sur 2,080 dans la province de Liége, dans le Limbourg il n'y en a plus que 1 sur 2,831, dans la province de Namur, 1 sur 2,791, et dans le Luxembourg, 1 sur 3,733.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 105. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 3 Septembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An...............	32 Fr.
6 Mois..............	17
3 Mois..............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12.

A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.

On s'abonne aussi :

Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

ANESTHÉSIE.

DE L'INFLUENCE DE L'ÉLECTRICITÉ DANS LES ACCIDENS CHLOROFORMIQUES [1] ;

Par le docteur JOBERT DE LAMBALLE.

Emploi de l'électricité après cessation des battemens du cœur. — Le 20 août 1853, nous soumettons un lapin aux inhalations chloroformiques. Au lieu de faire usage d'une vessie, comme dans les expériences précédentes, nous employons, cette fois, une éponge creuse que nous plaçons au-devant et presque au contact du museau de l'animal.

L'expérience est commencée à 9 heures 37 minutes du matin: presque immédiatement les mouvemens du cœur se ralentissent d'une manière notable, aux bout de deux minutes et demie, la main placée sur la paroi thoracique au niveau de la région précordiale, cesse de percevoir les battemens de l'organe central de la circulation.

L'œil est largement ouvert, la pupille dilatée, l'insensibilité complète, la respiration presque nulle, les muscles dans la résolution ; enfin, l'animal laisse échapper une quantité notable d'urine.

A ce moment, 9 heures 40 minutes, on procède à l'électrisation ; l'appareil dont nous nous servons est celui de M. le docteur Duchesne de Boulogne.

Deux excitateurs en éponge, dont l'un est placé au museau de l'animal, et l'autre au contact de l'anus, établissent le courant électrique. Aussitôt des contractions violentes se manifestent, les battemens du cœur paraissent reprendre un instant pour disparaître de nouveau (nous devons faire observer que le courant était interrompu de temps à autre, attendu que les contractions produites par l'électricité ne permettaient pas de maintenir régulièrement les excitateurs en contact avec les parties indiquées).

Après avoir opéré de la sorte pendant cinq minutes, on a recours à l'électro-puncture ; l'une des aiguilles est enfoncée dans la région fessière, l'autre dans la région du cœur, puis vers l'angle de la mâchoire inférieure.

On continue l'électrisation pendant dix minutes encore, mais sans succès aucun. Les battemens du cœur ont complètement cessé ; il est impossible de les faire renaître.

Emploi de l'électricité avant la cessation des battemens du cœur. — Cette première expérience terminée, nous faisons subir les mêmes épreuves à un autre lapin. En moins d'une minute, la respiration devient difficile, haletante, laborieuse ; les battemens du cœur sont à peine sensibles ; la résolution est complète. L'animal est alors soumis à l'influence de l'électricité : en moins d une minute, il revient à lui ; placé à terre, il se traîne sur les pattes de devant ; le train de derrière paraît faible et comme paralysé. On l'électrise de nouveau pendant une minute encore : au bout de ce temps, il est complètement remis, et marche sans difficulté.

Nous tentons enfin une troisième expérience : au bout d'une minute, l'insensibilité et la résolution sont complètes ; les mouvemens du cœur, ralentis dès le début, sont entièrement inappréciables trois minutes après le commencement de la chloroformisation. On enfonce alors deux aiguilles à électro-puncture dans la région lombaire ; et le courant électrique est à peine établi, que le lapin fait entendre des cris plaintifs. On prolonge l'opération pendant une minute, et les battemens du cœur deviennent très précipités. L'action de l'électricité est alors suspendue pendant quelques secondes, et reprise de nouveau ; au bout d'un temps très court, l'animal a repris entièrement l'usage de ses sens. L'expérience totale a duré quatre minutes.

Le dimanche 21 août, à 10 heures 38 minutes du matin, nous procédons à une quatrième expérience, en nous plaçant dans des conditions identiques à celles de la veille ; l'appareil est le même, le lapin est aussi un de ceux sur lesquels nous avons précédemment opéré. Dès que l'éponge chargée de vapeurs chloroformiques est placée sous le museau du lapin, les battemens du cœur se ralentissent ; ils retrouvent au contraire leur rapidité normale dès qu'en l'éloignant on permet l'accès d'une certaine quantité d'air atmosphérique.

A 10 heures 39 minutes, l'insensibilité et la résolution sont complètes.

A 10 heures 39 minutes 1/2 le courant électrique est établi de même manière que précédemment ; aussitôt les battemens du cœur reparaissent, ils deviennent rapides et violens. On suspend l'action de l'électricité, pour soumettre de nouveau l'animal aux inhalations de chloroforme ; celles-ci sont suspendues à leur tour et suivies de nouvelles secousses électriques : chaque fois nous observons les mêmes phénomènes.

Enfin, à 11 heures moins un quart, le lapin est une dernière fois soumis aux inhalations chloroformiques, et nous continuons l'action jusqu'à la cessation complète des battemens du cœur ; cet organe est alors mis à nu, par une incision pratiquée à son niveau sur la paroi thoracique. On constate qu'il ne se contracte plus, qu'il est à peine le siége de quelques oscillations, que la respiration est nulle. On donne une décharge électrique, des soubresauts considérables se manifestent, et les oscillations du cœur se précipitent un peu, mais ne tardent pas à disparaître. Des aiguilles enfoncées dans le diaphragme et dans l'une des oreillettes n'amènent aucune contraction. Le cœur, retiré de la poitrine, demeure affaissé, et des courans électriques n'y développent aucun phénomène de contraction. Le sang contenu dans le cœur est noir et liquide.

Emploi de l'électricité après cessation complète des battemens du cœur. — Le 22 août nous expérimentons sur des chiens ; celui que nous soumettons le premier aux inhalations chloroformiques est de moyenne taille, bien portant, très gras et très musclé. A 11 heures moins 14 minutes, l'éponge, chargée du liquide anesthésique, est placée sous le museau de l'animal et rapprochée, par degrés, presque jusque au contact. Cinq minutes après, les battemens du cœur, ralentis dès le début, sont complètement suspendus, la respiration a cessé, l'insensibilité et la résolution sont complètes.

On établit alors le courant électrique, des contractions violentes se manifestent par tout le corps, les mâchoires s'écartent l'une de l'autre ; dans la région du cou et de la poitrine on observe quelques mouvemens qui ressemblent tout à fait à des mouvemens respiratoires. Le courant est maintenu pendant un quart d'heure, sans qu'il soit possible de rappeler l'animal à la vie.

Emploi de l'électricité au moment où venait de cesser la respiration. — Le second chien est de grande taille, vigoureux ; il est 11 heures 7 minutes lorsque nous commençons à le soumettre aux inhalations chloroformiques. A 11 heures 12 minutes, c'est-à-dire cinq minutes après le commencement de l'expérience, l'insensibilité et la résolution sont complètes, les battemens du cœur sont excessivement lents, et c'est à peine si on peut les sentir ; bientôt ils cessent complètement d'être

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

Feuilleton.

CAUSERIES.

Histoire d'un nez. — L'homœopathie devant le juge de paix.

Dans un de mes derniers feuilletons, j'ai montré le bout du nez d'un nabab indien, que l'ingénieuse supercherie de M. Orfila ne put garantir contre une repullulation fort incommode. Cette histoire de nez m'en a valu une autre. Ces malheureuses vésanies sont ainsi faites :

Laissez-leur prendre un *nez* chez vous....

Vous savez le reste. Je n'en suis pas encore à quatre, mais cela viendra. L'histoire que je vais raconter, et que vous pouvez tenir pour authentique, je la tiens d'un confrère qui possède une grande pratique des infirmités dont notre pauvre système nerveux est susceptible, qui fait usage, pour les soulager et les guérir, plus de son esprit que de drogues, plus de son cœur que de l'apothicaire, médecin charitable autant qu'éclairé, dont la thérapeutique morale compte de grands et d'éclatans succès, médecin spiritualiste qui ne s'absorbe pas dans la contemplation de la substance grise ou blanche, mais qui sait s'élever jusqu'à la croyance aux causes qu'on ne voit ni qu'on ne palpe... Ce confrère, ne l'ai-je pas nommé ? C'est que M. le docteur Cerise m'aura défendu de le trahir.

En septembre 1849, le confrère que M. Cerise ne veut pas que je nomme, vit entrer dans son cabinet un jeune homme de 23 ans, maigre et fluet, de très bonne apparence du reste, aux manières timides mais distinguées. Il était accompagné de sa mère, de sa sœur et d'un interprète espagnol. Voici ce qu'on lui raconta :

Ce jeune homme, d'une famille espagnole, noble et insulaire, faisait la désolation de ses parens et de ses amis par l'idée mélancolique qu'il s'était faite de son nez. Inutile d'indiquer toutes les phases de cette idée qui, depuis six années, avait pris d'étranges proportions, allant quelquefois jusqu'à des tentatives de suicide. On se décida à le faire voyager et à le conduire auprès des médecins du continent. Débarqué à Cadix, il ne cessa d'y donner les plus vives inquiétudes à sa mère. Il voulait se précipiter à la mer. Madrid, Séville, Grenade, ne lui offrirent aucun attrait. Il marchait sans voir, sans regarder. Les médecins, auprès desquels sa mère le conduisit, trouvant son nez irréprochable, au point de vue chirurgical, l'abandonnèrent à son désespoir, qui ne fit que grandir. On le conduit à Paris. Il s'y trouvait depuis quelques mois, lorsque le confrère, auquel j'emprunte ce récit, reçut sa visite. On venait lui demander la guérison de ce jeune mélancolique.

Dona.... lui raconta qu'un médecin très célèbre avait été consulté dès leur arrivée à Paris. Le jeune homme ajouta, avec indignation, que ce médecin avait voulu le mystifier en simulant une opération. Il ne dit pas en quoi précisément avait consisté cette prétendue opération. Ce que notre confrère vit très bien, c'est qu'il attendait de lui un traitement plus sérieux.

Que voulait-il ?.... *Il voulait une opération*. Laquelle ? Notre confrère l'ignore encore. Il la voulait sanglante, au bistouri, grave, profonde, efficace..... Voilà ce qu'il disait. Enlever quoi ?.... Le nez était petit ; bien que taillé en trompette, il s'ajustait assez bien à la figure de son propriétaire. Mais il fallait une opération. Était-ce une aile ou le bout dont le sacrifice était exigé ? S'agissait-il d'un simple ajustement rhinoplastique ? Notre confrère l'ignore encore ; ce qu'il a cru apercevoir, c'est que le pauvre garçon se préoccupait de la prédominance de l'aile droite sur l'aile gauche, illusion que rien ne justifiait.

Quant au point de vue psychologique, voici l'observation que fit notre confrère :

Quand il encourageait le jeune homme à garder son nez, quand il lui en démontrait la parfaite conformation, quand il en prenait chaudement la défense, le front du jeune homme s'assombrissait, ses paupières s'abaissaient, ses lèvres s'affaissaient, et toute sa physionomie prenait une expression de désespoir.

Se montrait-il, au contraire, moins satisfait de son nez, prononçait-il le mot opération, parlait-il de l'opportunité d'en tenter une, les yeux du jeune mélancolique brillaient d'un vif éclat, sa bouche prenait de l'animation, et tous ses traits exprimaient l'espérance.

Cette épreuve faite plusieurs fois, s'ajoutant aux récits de la mère, détermina notre confrère à entreprendre un traitement hygiénique et moral, à l'entreprendre sérieusement, car il s'agissait bien là d'une des formes les plus graves et les plus tenaces de la mélancolie, ou de la monomanie hypochondriaque.

Un obstacle se présentait : la langue espagnole faisait défaut à notre confrère. Ce qu'il en possédait était insuffisant pour conduire à bien une difficile entreprise. Mais notre confrère s'associa M. le docteur Lamouroux, qui comprend et parle à merveille cette belle langue, et son concours fut doublement utile, et par la facilité de son élocution castillane, et par l'habileté de ses soins médicaux.

Les deux confrères déclarèrent au malade que l'opération était utile, nécessaire ; ils exaltèrent avec soin les bienfaits de l'éthérisation, sur lesquels il s'était déjà renseigné ; ils s'engagèrent enfin à l'opérer, mais à une condition *sine quâ non* : ils exigèrent que, dans l'état de faiblesse et de maigreur où il se trouvait, il patientât pendant trois mois encore, et que ce temps fût mis à profit par lui pour prendre de l'embonpoint et des forces. Afin d'obtenir son libre assentiment, nos confrères lui firent un tableau très émouvant de l'opération, dont ils eurent soin de lui décrire les lents et ingénieux procédés. Plus était grande la vivisection que la chirurgie lui réservait, plus il se sentait ranimé et confiant, plus il consentait à s'y préparer doucement et opiniâtrement.

Ces trois mois, comme on le pense bien, ne furent pas perdus par nos habiles confrères. Equitation, gymnastique, musique, ébénisterie, bains froids, alimentation tonique, spectacles, promenades à la campagne, invitations à dîner, etc., tout fut mis en usage par eux. Le mélancolique qui, jusque-là, n'avait pu ou voulu se livrer à une seule distraction, cette fois accepta, animé qu'il était par l'espoir d'une opération, et par le désir d'en subir énergiquement toutes les conséquences.

Ce que nos confrères avaient espéré se réalisa. Le malade s'amusait. Il avait pris goût à Paris. Un de nos plus savans aliénistes, M. Baillar-

appréciables au travers de la poitrine. La respiration se fait à peine, des cris plaintifs que poussait l'animal ont cessé et la respiration disparaît. C'est alors que l'électro-puncture est employée; aussitôt que le courant électrique est établi, des contractions violentes se manifestent, mais les battemens du cœur et la respiration ne se dessinent qu'au bout de quelques instans; enfin, l'animal commence à pousser des gémissemens incomplets et peu bruyans, qui se transforment en cris violens et intermittens. A ce moment il laisse échapper une quantité considérable d'urine et de matières fécales.

A 11 heures un quart, on suspend l'action de la pile. L'animal, déposé à terre, reste immobile, et ne donne aucun signe de sensibilité, bien que les battemens du cœur aient reparu, ainsi que la respiration. Soumis de nouveau au courant électrique, dont on prolonge l'action pendant une ou deux secondes, l'animal ressent deux violentes secousses, et pousse quelques cris. Les battemens du cœur et la respiration sont complètement rétablis. Le chien ne donne aucun signe de douleur lorsqu'on retire les aiguilles de son corps ou qu'on les y replonge, mais il s'échappe aussitôt que le courant est rétabli.

Il est à ce moment 11 heures 18 minutes. Au bout de quelques instans, l'animal rend une grande quantité de bave écumeuse; vingt minutes après, il boit et mange avec appétit.

Dans le courant de ces expériences, nous avons vu se dérouler sous nos yeux, à mesure que le chloroforme sidérait les parties composantes du système nerveux, toutes les variétés de phénomènes si remarquablement décrites par le savant secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, M. Flourens.

Comme je l'avais d'ailleurs constaté dans mon mémoire *sur l'emploi des anesthésiques*, le système nerveux est toujours incontestablement frappé le premier par le chloroforme; et les autres appareils, soumis à son action, ne reprennent qu'en second lieu. C'est là un fait qui, si je ne me trompe, restera désormais acquis à la science. Ajoutons que, chez les animaux, comme chez l'homme, le sang ne subit aucune altération ni dans sa nature, ni dans sa couleur, tant que la circulation et la respiration n'ont pas été interrompues.

Par ces moyens, je crois avoir mis hors de doute que la meilleure manière d'apprécier le degré de saturation de l'organisme par le chloroforme, consiste à étudier les changemens qui ont lieu dans la circulation et la respiration.

La sensibilité générale et la myotilité ne donnent qu'une idée imparfaite de l'action du chloroforme sur l'économie animale, et sont loin de fournir avec exactitude des indices suffisans pour juger s'il est opportun de suspendre ou de continuer l'opération.

L'agitation de l'animal, les mouvemens, les cris même, ne disent rien relativement au degré de saturation de ses organes, car il peut arriver que ces cris ne précèdent que d'une minute l'instant où il cesse de vivre.

Les mouvemens du cœur et les impulsions communiquées aux artères sont, pour moi, le thermomètre de la vitalité des animaux.

L'affaiblissement des phénomènes mécaniques de la respiration, la rareté des inspirations et des expirations, donnent bien la mesure de l'action anesthésique, mais ces changemens survenus dans les phénomènes physiologiques, n'indiquent pas le péril où se trouve l'animal, comme les modifications survenues dans les battemens du cœur et des artères.

La respiration peut être suspendue sans que la mort s'ensuive; mais il n'en est pas de même du cœur, qui une fois paralysé amène une perturbation violente, et la mort instantanée. Les mouvemens de la poitrine peuvent être ranimés, mais il ne nous semble pas possible de rappeler les contractions rythmées du cœur lorsqu'elles ont disparu. C'est en conséquence vers le cœur et les artères que l'opérateur doit diriger toute son attention, en faisant usage, pour cette appréciation, du toucher et de l'auscultation.

Nos expériences constatent, en effet, qu'aussitôt que le système nerveux est modifié par le chloroforme, ce que l'on reconnaît à l'insensibilité des tégumens, on ne manque jamais de s'apercevoir que le cœur éprouve dans ses contractions des modifications qui varient suivant la force et l'espèce des animaux sur lesquels on opère. Toujours nous avons senti ses battemens, de tumultueux qu'ils étaient, se ralentir, s'éloigner et s'affaiblir avant de disparaître. La chloroformisation est-elle suspendue, le cœur reprend bientôt sa première fréquence pour retomber ensuite lorsque l'éponge chloroformique est rapprochée de nouveau du nez de l'animal. Que l'expérience soit continuée jusqu'à la cessation des battemens du cœur et de la respiration, que l'animal soit ouvert, on ne découvrira dans le cœur que de faibles oscillations (véritable irritabilité), qui ne sont pas la contraction proprement dite, et qu'il est impossible de reproduire par l'électricité. Le cœur, retiré de la poitrine, ne laisse plus voir que des mouvemens fibrillans; et l'on n'aperçoit plus ces bonds et ces contractions que l'on observe dans cet organe extrait de la cavité pectorale d'un animal qui n'a pas subi l'influence du chloroforme.

L'opérateur se guidera donc sur les battemens du cœur, et il devra toujours s'arrêter dès qu'il s'apercevra de la rareté de ses mouvemens, de leur éloignement et de leur faiblesse. L'électricité, malgré son énergie, ne peut rappeler les contractions du cœur, lorsqu'elles ont été abolies, mais lorsque la circulation n'est pas encore complètement arrêtée, lorsqu'il existe encore une certaine vitalité chez l'animal, il résulte de toutes nos expériences que l'électricité appliquée sur les surfaces muqueuses, buccale et rectale, suffit pour ranimer les organes et pour rappeler les fonctions de l'organisme. Dans les cas extrêmes, lorsque la vitalité n'est plus qu'un souffle, il conviendra de recourir à l'électro-puncture, qui peut seule offrir assez de puissance pour retirer les organes de leur torpeur et de leur sidération. Dans des circonstances aussi périlleuses, le rétablissement de la circulation et de la respiration ne se fera pas immédiatement, et il sera nécessaire de prolonger l'opération pendant un certain laps de temps. On n'arrêtera les courans et les chocs électriques que lorsque l'animal poussera des cris, et lorsque la respiration et la circulation s'exécuteront de manière à ne plus laisser de doute sur le retour du système nerveux à sa puissance régulatrice et à son influence définitive sur tous les organes qui reçoivent les impressions.

Dans notre mémoire sur l'emploi des anesthésiques, nous avions été conduit à admettre que le système nerveux est directement et exclusivement frappé par le chloroforme; à l'appui de cette théorie, nous pouvons ajouter maintenant la disparition si complète et si instantanée de la sidération du système nerveux par l'énergique action du fluide électrique.

PATHOLOGIE.

NOTE SUR QUELQUES CIRCONSTANCES RELATIVES AUX PHASES DE L'ÉVOLUTION DENTAIRE.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 30 Août 1853.)

Nous avons vu quelle incertitude régnait parmi les observateurs, au sujet de l'ordre relatif dans lequel apparaissent les canines et les premières molaires. Nous avons vu les anciens physiologistes faire naître indifféremment les canines avant les premières molaires, et les premières molaires avant les canines, puis M. Trousseau trancher la question en faveur des petites molaires qui, selon lui, précéderaient le plus souvent les canines. Je rappellerai qu'ayant eu recours aux ressources de la statistique, seule susceptible de nous éclairer sur ce point, j'avais reconnu que les canines, au contraire, précédaient le plus souvent les petites molaires, et, pour parler plus exactement, dans la proportion de 10 à 7.

On conçoit que ces divergences, quant à l'ordre d'apparition de ces dents, aient dû amener des divergences analogues, quant à l'époque de leur éruption. Selon M. Oudet, par exemple, qui pense, avec Béclard et beaucoup d'autres physiologistes, que l'éruption des incisives est suivie tantôt de l'éruption des molaires inférieures, tantôt de l'éruption des canines, ces dernières paraîtraient du douzième au quatorzième mois. Selon M. Trousseau, qui fait naître les canines après les petites molaires, les quatre canines se montrent vers vingt à vingt-deux mois. Selon moi, c'est du vingtième au vingt-quatrième mois qu'aurait lieu cette éruption. Les exceptions à la règle que je viens de poser ici, sont fort peu nombreuses. Il m'est arrivé une fois de voir deux canines sorties, chez un enfant de quinze mois. Chez un autre enfant, âgé de 4 ans, les canines ne se voyaient pas encore.

L'éruption des premières molaires est un peu plus tardive, et, quand elle ne précède pas l'apparition des canines, ce qui arrive souvent, elle la suit de très près. C'est entre vingt et vingt-six mois qu'on peut placer l'époque de cette éruption. M. Oudet la fixe, ainsi qu'on l'a vu, du douzième au quatorzième mois, et M. Trousseau, du quatorzième au seizième. J'ai vu, par exception, l'éruption des premières molaires accomplie à seize mois et demi. Chez un enfant de vingt-sept mois, par contre, on n'en apercevait pas encore la moindre apparence, et chez un enfant de 4 ans, on ne voyait que les deux supérieures.

Reste à fixer l'époque à laquelle apparaissent les secondes molaires. Je n'ai eu que peu d'occasions de suivre leur évolution, la plupart des enfans que j'ai observés n'ayant guère dépassé l'âge de 2 ans. Cependant, je puis déjà affirmer que, jusqu'à l'âge de 29 mois, il ne m'est pas arrivé une seule fois sur soixante-trois sujets d'en constater l'apparition. D'où je conclus que l'éruption des secondes molaires ne s'effectuerait que dans le courant de la troisième année, et, pour être plus précis, de 30 à 36 mois.

Chez l'enfant déjà cité, qui, à 4 ans, n'avait pas encore de canines, il n'existait pas non plus de secondes molaires.

Il résulterait de ce qui précède, que l'évolution des dents de la première dentition commencerait et finirait beaucoup plus tard que l'annoncent la plupart des auteurs, les uns, comme Béclard, Richerand, M. Oudet, faisant sortir les premières dents du sixième au huitième mois, et supposant la première dentition achevée vers deux ans, deux ans et demi au plus tard; d'autres, comme M. Trousseau, indiquant le

---

ger, appelé en consultation, et qui avait encouragé l'entreprise du traitement hygiénique et moral, fut émerveillé de la façon dont ce jeune homme oubliait peu à peu son nez. Ce malheureux nez n'empêcha pas ce jeune homme de sentir se réveiller en lui tous les sentimens et toutes les passions de son âge, et de voir ses tentatives, à cet égard, couronnées de plus de succès peut-être que ne l'eussent désiré nos austères confrères ainsi que sa pieuse mère.

C'est dans cette vie nouvelle et agitée que se passèrent les trois mois d'armistice. Ce terme écoulé, nos confrères attendaient, non sans appréhension, le retour des hostilités contre le nez espagnol; mais ils attendirent en vain : le jeune homme ne leur rappela pas leur engagement; il ne leur en parla pas; eux, de leur côté, n'en dirent mot; le nez était décidément rentré en grâce.

Après trois autres mois, même silence de part et d'autre. La mère de ce jeune homme, pleine d'espérance en la guérison de son fils, partit avec sa fille, laissant ce jeune homme confié à la surveillance de nos confrères. Il resta encore quinze mois à Paris, médiocrement gras, mais content. Ses affaires exigeant son retour dans son pays, il partit avec regret en 1851, plein de reconnaissance pour les bons soins de nos confrères, qui reçoivent de temps à autre de bonnes et aimables lettres indiquant la persistance et la stabilité d'une cure qui fait honneur à leur esprit et à leur cœur.

L'homœopathie vient d'éprouver un petit malheur devant la justice. Le fait s'est passé à Toulouse et se trouve ainsi rapporté par la *Gazette médicale* de cette ville :

« M. X..., le médecin homœopathe le plus en crédit à Toulouse, assigne M. D... devant le juge de paix du Centre, le 12 août 1853. M. D... a le tort de ne pas vouloir payer un compte de médecin et d'apothicaire, s'élevant à quatre-vingts francs, somme ainsi répartie :

Visites (dix-neuf).	40 francs.
Ouverture d'un abcès au doigt.	5
Quinze cautérisations et pansemens.	15
Médicamens.	20
	80

» Dans la séance du ... juillet, M. D... n'avait pu régler le compte à quarante francs avec M. X...; aussi M. le juge est appelé aujourd'hui à prononcer.

» M. X... est absent. Me F..., ancien avoué, le représente; M. D... a la parole (1) :

« Monsieur le juge,

» Vous connaissez déjà l'affaire qui m'appelle devant votre tribunal; vous savez que M. X... me réclame un compte de quatre-vingts francs, et que, le trouvant exorbitant, je ne veux lui payer que quarante francs. Certes, quarante francs ne m'auraient pas fait venir devant vous, si je n'avais à cœur de faire connaître la conduite et la moralité du médecin homœopathe. Pour vous les faire comprendre, entrons en matière.

Dix-neuf visites de M. X..., je consens à les payer 2 francs, comme celles des docteurs de la ville. C'est le prix convenu. J'aurais donc à payer 38 francs, et je consens, de plus, à donner 2 francs de plus pour les globules qu'il a administrés. Et, je vous le demande, 2 francs pour des médecines homœopathiques, c'est, certes, les payer bien cher. Les pharmaciens de nos jours ne sont plus les apothicaires d'autrefois. Ce sont des gens d'honneur; ils savent que telle substance leur coûte tant le kilo, et ils se contentent d'un bénéfice raisonnable; mais que peut coûter un globule d'une substance quelque chère qu'elle soit? Ce globule est la millionnième partie d'un grain d'une substance supposée; au lieu de payer le grain 5 francs, il ne me restera donc qu'à payer le millionnième de 5 francs, et alors M. X... comprendra-t-il si je paie chèrement ses globules en lui donnant 2 francs (2).

» Mais ce n'est pas tout, M. X... est médecin et n'est pas pharmacien; à ce titre a-t-il le droit de vendre des médicamens? La loi lui en donne-t-elle l'autorisation? J'ai donc le droit, moi, de le dénoncer au procureur impérial, comme exerçant un métier qui n'est pas dans ses attributions; mais je me garderai bien de me faire délateur, c'est un rôle qui me répugne.

» Connaissons mieux le médecin homœopathe, Monsieur le juge, et pour cela, je vous parlerai de feu mes deux enfans, l'un âgé de 9 ans, l'autre de 17. Mon enfant de 9 ans tombe malade dans le commencement de l'année 1852. Auxieux sur sa santé comme tout bon père l'est à l'égard de son fils, je m'étais laissé séduire par le clinquant de l'homœopathie. J'appelle M. X... Son entrée en matière fut de me développer les beaux principes qui dirigent les médecins homœopathes. Nous ne saignons jamais, dit-il. Pourquoi aller enlever à la nature le sang qu'elle a créé pour nourrir les organes? Nous ne faisons aucune opération chirurgicale. Qu'appelez-vous donc opérations chirurgicales, vous qui ouvrez des abcès et qui faites des cautérisations? Ah! C'est que sans doute il y a en vous deux médecins, comme il y a deux hommes d'argent. L'un, médecin, faisant payer les visites; l'autre, chirurgien, faisant payer les cautérisations et les pansemens. Vous m'avez donc tendu un piége; car je ne vous ai pas appelé pour être médecin allopathe, et vous m'avez dupé.

» Vous ne pouvez vous sortir de ce dilemme : médecin homœopathe, vous deviez faire de la médecine homœopathique. Or, vous avez fait de la médecine allopathique, donc vous me devez des dommages, car vous avez fait autre chose que ce qui était convenu.

» Mettons en présence maintenant le médecin allopathe et le médecin homœopathe, et d'un côté vous verrez la cupidité, la sordidité; de

---

(1) « Cet article n'est que le simple compte-rendu d'une affaire judiciaire que nous sommes heureux de faire connaître à nos lecteurs. La plaidoirie de M. D... a été *sténographiée* à l'audience; nous en avons seulement retranché quelques passages trop vifs pour être reproduits dans ce journal. — (*Note du rédacteur*). »

(2) « Voici pour l'édification de nos lecteurs, ce que c'est que le globule, *commercialement parlant* :

» Globule (*non pareille*), le kilog. 4 fr. 50 c.

» Un gramme contient 435 globules.

» Le kilogramme en contient donc 435,000.

» Si le globule est vendu 5 centimes, le kilogramme revient à 21,750 fr.

» Si le globule est vendu 20 centimes, le kilogramme revient à 87,000 fr.

» On le voit par ces données : le commerce des globules est assez lucratif. »

(*Note du rédacteur.*)

troisième mois comme l'époque où paraissent les premières dents, mais la fin de la troisième année, il est vrai, comme l'époque où le travail de la première dentition est accompli.

Ainsi, c'est la fin de la première année et la fin de la troisième qu'on peut, selon moi, considérer comme les limites extrêmes dans lesquelles s'effectue, pour la grande majorité des enfans, le travail de la première dentition.

Je viens de signaler les résultats généraux auxquels m'a conduit l'observation d'un nombre déterminé de sujets. Qu'on me permette d'indiquer, avant de terminer, les déviations que j'ai remarquées aux règles qui m'ont paru ressortir de cet ensemble de faits. En mentionnant quelques-unes de ces exceptions, je confirmerai cette pensée si juste de Richerand, que l'irrégularité est le propre des phénomènes de la dentition, comme de tous les phénomènes physiologiques.

Il est un point parfaitement établi par tous les observateurs, c'est que les incisives moyennes inférieures précèdent dans leur apparition les incives moyennes supérieures. J'ai rencontré deux exceptions à cette règle : 1° chez un enfant de 10 mois qui avait déjà les moyennes supérieures, et n'avait encore qu'une moyenne inférieure ; 2° chez un enfant d'un an qui avait une moyenne supérieure gauche, et n'avait aucune autre dent.

Il peut arriver que l'éruption des incisives moyennes, tant supérieures qu'inférieures, ait lieu simultanément. Ainsi, un enfant d'un an possédait deux dents seulement, dont l'une était une incisive moyenne supérieure et l'autre une incisive moyenne inférieure.

Les incisives moyennes, soit supérieures, soit inférieures, ne se montrent pas toujours par paires. Le cas que je viens de citer en est une preuve. J'en pourrais fournir beaucoup d'autres exemples ; chez un enfant de 10 mois, j'ai vu sortir une moyenne inférieure, puis les deux moyennes supérieures, puis la deuxième moyenne inférieure, etc.

On sait que les incisives moyennes supérieures précèdent habituellement les latérales supérieures dans leur apparition. Cependant il m'est arrivé d'observer un enfant de 11 mois, chez lequel on ne voyait d'autres dents qu'une incisive moyenne inférieure gauche et une latérale supérieure gauche. Il n'existait pas de moyennes supérieures.

On se rappelle que les latérales supérieures se montrent avant les latérales inférieures. Mais, chez un enfant de 16 mois, il y avait quatre dents, dont deux incisives moyennes inférieures, une moyenne supérieure, et une latérale inférieure. Il n'y avait pas de latérale supérieure. Autre exemple. Un enfant de 2 ans, qui avait toutes ses incisives moyennes, n'avait pas ses latérales supérieures et possédait ses latérales inférieures.

Ainsi que les incisives moyennes, les latérales supérieures et inférieures peuvent paraître simultanément. Un enfant de 2 ans, qui avait ses incisives moyennes, ne présentait qu'une latérale supérieure et une latérale inférieure.

Les premières molaires n'attendent pas toujours, pour se montrer, que les latérales inférieures, et d'une manière plus générale, toutes les incisives, aient fait leur apparition. J'ai rencontré plusieurs enfans chez lesquels l'éruption des latérales inférieures n'avait lieu qu'après l'éruption des deux petites molaires supérieures, et, plus rarement, des quatre premières molaires. C'est probablement pour avoir observé quelques cas de ce genre que M. le professeur Trousseau a avancé que, le plus ordinairement, les latérales inférieures ne venaient qu'après les petites molaires supérieures.

L'apparition des canines précède habituellement celle des petites molaires. Cette règle souffre de trop nombreuses exceptions, pour que je puisse les mentionner ici. Qu'il nous suffise de voir là l'explication du peu d'accord qui règne sur ce point entre les observateurs. Je suis intimement convaincu que s'ils avaient eu recours à la méthode numérique, les uns n'auraient pas donné la priorité aux petites molaires sur les canines, les autres n'auraient pas été incertains sur la question de savoir lesquelles de ces dents devaient précéder les autres dans leur apparition.

L'éruption des dernières molaires semble résulter du développement progressif des maxillaires, et, par cette raison, a lieu après toutes les autres. Cette règle, quoique beaucoup plus fixe que les précédentes, n'est pourtant pas invariable. J'ai vu un enfant de 3 ans pourvu de toutes ses dents de lait, à l'exception des canines. Ces dernières ont seules le privilége de naître après les secondes molaires.

Telles sont les variétés que j'ai eu l'occasion d'observer en étudiant l'évolution des dents de la première dentition. Je ne dirai pas d'elles, comme on dit des exceptions, qu'elles confirment les règles qui m'ont paru résulter de cette longue et consciencieuse étude. Mais je ferai remarquer qu'elles ont au moins servi à nous donner la clé des différences qui séparent mes résultats des résultats de mes devanciers.

En attendant qu'un travail basé sur une somme beaucoup plus considérable de faits permette d'indiquer avec une précision plus grande, et, s'il est possible, d'une façon tout à fait stable, les phases de l'évolution dentaire, je tirerai des faits qui m'appartiennent les conclusions suivantes :

1° L'ordre dans lequel apparaissent le plus habituellement les dents de la première dentition est le suivant :

a. Incisives moyennes inférieures ;
b. Incisives moyennes supérieures ;
c. Incisives latérales supérieures ;
d. Incisives latérales inférieures ;
e. Canines ;
f. Petites molaires supérieures, puis inférieures ;
g. Secondes molaires.

2° Les incisives moyennes inférieures percent la gencive du onzième au douzième mois, les moyennes supérieures du douzième au treizième mois, les latérales vers la fin de la seconde année, en telle sorte qu'à 2 ans l'enfant est pourvu de toutes ses incisives.

3° L'éruption des canines a lieu du vingtième au vingt-quatrième mois, celle des premières molaires de vingt à vingt-six mois, et celle des secondes molaires de trente à trente-six mois.

4° L'intervalle dans lequel s'accomplit l'évolution des premières dents s'étend ainsi de la fin de la première année à la fin de la troisième.

5° Ces règles n'ont rien d'absolu. Elles souffrent des exceptions assez nombreuses, à ce point, dans certains cas, qu'on a pu prendre quelquefois celles-ci pour la règle.

Dr E. Hervieux.

PHYSIOLOGIE.

LEÇONS FAITES AU COLLÉGE DE FRANCE PENDANT LE SEMESTRE D'ÉTÉ (1853),

SUR L'ABSORPTION DES GAZ ET DES LIQUIDES,

Par M. Claude Bernard, suppléant de M. Magendie,

Recueillies et analysées par M. Fauconneau-Dufresne.

Introduction.

Considérations générales.

Depuis le commencement du siècle, les travaux faits en physiologie, soit en France, soit à l'étranger, sont immenses. Pour en juger, il suffit de parcourir les comptes-rendus des académies. Le professeur se propose de passer en revue ceux qui ont trait à l'absorption et il les contrôlera par ses propres expériences. Il examinera également la direction dans laquelle ils ont été entrepris et quels principes généraux on doit en tirer.

Les physiologistes ont été classés en vitalistes, en chimistes et en mécaniciens. Il serait difficile de dire laquelle de ces tendances domine aujourd'hui. De tout temps, il y a eu des points de vue de chimie et de physique, mais il a fallu s'arrêter au niveau où ces sciences elles-mêmes étaient arrêtées.

Parmi les anciennes doctrines, quelques-unes ont réagi directement sur la médecine, celles, par exemple, de Boerrhaave et de Borelli. De nos jours nous avons vu les doctrines de Haller et de Bichat appliquées à la médecine par Broussais. Haller, avec la fibre contractile et sensible, Bichat, avec les propriétés qu'il attribuait à chaque tissu, ne s'occupaient que des solides ; et Broussais, à leur imitation, ne vit de maladies que dans les solides.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il ne pourrait pas se produire une doctrine qui englobât tous les faits. C'est bien à tort qu'on dit que les expérimentateurs fourmillent et qu'il faut un *généralisateur :* celui-ci n'est pas encore possible. Il y a en physiologie des faits chimiques et physiques positivement établis. Les phénomènes de la digestion et de la nutrition s'expliquent assez bien par la chimie, et la physique fournit des bases assez sûres pour l'absorption et la circulation ; quant aux phénomènes de la fécondation, il faut de toute force retomber dans le vitalisme. A l'égard des propriétés vitales, il est bon de s'entendre : on les appelait autrefois âme, archée, force nerveuse, etc. ; aujourd'hui on rapporte aux propriétés vitales, tout ce qui ne peut pas être rapporté à la chimie et à la physique.

Glisson, avant Haller, avait parlé de la contractilité inhérente aux tissus et se distinguant de leurs autres propriétés. Mais Haller, en reprenant les travaux de cet auteur et en reconnaissant aussi la contractilité, en a fait une doctrine sous le nom d'*irritabilité*. Les nerfs, selon lui, avaient une autre propriété ; ils étaient sensibles. *Irritabilité* et *sensibilité* étaient donc les deux propriétés fondamentales admises par Haller. Leur réaction était différente. Les faits sont venus à l'appui de cette doctrine. Bichat adoptant l'idée de son prédécesseur, l'a étendue en reconnaissant des propriétés non-seulement aux muscles et aux nerfs, mais encore à tous les tissus. Il a exagéré sans doute ; toutefois il a laissé des bases qui serviront toujours de guide.

Il est certain qu'il existe des propriétés spéciales. L'expérience le démontre : Qu'on écorche une grenouille, chez laquelle l'irritabilité et la sensibilité sont dans un état d'intégrité, on ne pourra pas reconnaître la distinction de ces deux propriétés, et l'on verra le muscle se contracter, sous l'attouchement de la pince galvanique, soit qu'on touche la fibre musculaire, soit qu'on touche le nerf. Par un temps très doux, cette contractilité dure pendant quarante-huit heures. Mais si l'on empoisonne une autre grenouille avec du *curare* qu'on met sous sa peau, ce qui la fait bientôt mourir, le nerf perd la faculté de transmettre l'action au muscle ; on a beau le toucher avec la pince galvanique, le muscle reste immobile, tandis que cette pince ne cesse pas de pouvoir exciter la contractilité du muscle en le touchant. L'irritabilité musculaire dure même encore plus longtemps que chez la première grenouille. On pourrait faire l'inverse, et détruire la contractilité musculaire, en conservant l'action nerveuse. Ce n'est donc pas par le nerf que le muscle agit. La contraction est inhérente aux muscles. Le nerf ne la détermine que dans une circonstance donnée.

Au milieu des idées actuelles, on peut saisir des traces des doctrines de Paracelse et de Van-Helmont. L'appréciation qu'on peut faire de ce dernier auteur, sera bien différente suivant ses divers écrits. Quelques-uns le feront considérer comme un visionnaire, mais d'autres comme un homme essentiel, un précurseur de Lavoisier. Van-Helmont, ainsi que Lavoisier, s'était servi de la balance. Il a reconnu les gaz, l'acide carbonique en particulier. Dans la pensée que tout venait de l'eau, il planta, dans une caisse, une branche de saule qu'il arrosait. Après l'avoir

---

l'autre, la générosité, le dévoûment (1). Un de mes fils était âgé de 17 ans. Mis entre les mains de M. X..., le mal faisait des progrès, et dans mon impatience, j'ai recours à M. C... Pendant trois mois, le docteur C... vient voir mon fils, le soulage par sa présence et ses soins ; eh bien! le croiriez-vous? M. C..., pour trois mois de visites (57) ne réclame que 80 fr. Je tiens le reçu ; on ne peut en douter. Ici ne sont pas énumérées les cautérisations, les ouvertures d'abcès, les pansemens. Le docteur C... est un représentant de l'allopathie, il fait de la médecine pour soulager ses semblables et non pour les écorcher. M. X... apprend que je venais de recourir à l'allopathie ; il arrive un jour à la maison. Je ne l'avais pas vu depuis fort longtemps ; il croit sans doute, avec juste raison, que l'action des globules n'a pas besoin de surveillance.

» Oui, M. X... vient chez moi pour me dire que les médecins allopathes ne guériraient pas mon fils. Alors un nuage qui couvrait mes yeux se dissipa en un moment.... »

» Me F... répond que ces paroles contre son client sont injustes, et que si M. X..., dans la séance dernière, a déclaré qu'il ne tenait pas de carnet pour compter ses visites, il avait l'intention de dire qu'il ne l'avait pas sur lui dans ce moment.

» Le tribunal, jugeant publiquement et en dernier ressort, rétractant le jugement de défaut du 5 du présent mois d'août, enregistré le 6 du même mois, f° 123, case 1re, et remettant les parties au même état où elles étaient avant icelui, relaxe le sieur D... des demandes, frais et conclusions contre lui prises par le sieur X..., dans sa citation du 3 août courant, à la charge par lui de payer, suivant son offre audit maître X..., la somme de 40 fr. pour rémunération de ce qui lui est dû pour visites, fournitures et soins, donnés aux deux fils dudit sieur D..., et condamne ledit sieur X... aux dépens, liquidés à la somme de 15 fr. 80 c., et ce, non compris les frais de l'expédition et signification du présent jugement, les frais contumaciaux restant à la charge du sieur X... »

C'est ma foi, parfaitement jugé, et Salomon n'eût pas fait mieux. La plaidoirie de M. D... est admirable de bon sens et de vérité. Il n'y a que les occitaniens pour trouver de ces choses-là.

Amédée Latour.

(1) « Il est bon de rapprocher ce passage du suivant et des aménités qu'il renferme. Il est extrait d'une brochure dont on a récemment inondé la ville de Toulouse :

« Comment se fait-il que cette doctrine (l'homœopathie) qui a contre elle les préjugés, la routine, l'ignorance, l'orgueil scientifique et tous les intérêts coalisés, etc.? »

» (Extrait de *Qu'est ce que l'homœopathie*, par le docteur Castaing, membre titulaire de l'Académie de medecine...., homœopathique de Paris.)

» Vous ne connaissiez pas encore l'Académie de médecine homœopathique ! »

(*Note du rédacteur.*)

COURRIER.

PRIX. — L'Académie chirurgicale César-Augustana de Sarragosse, a mis au concours, pour l'année 1854, les questions suivantes :

1° Peut-on considérer comme un crime la pratique de l'avortement dans un cas de conformation du bassin, de nature à compromettre la vie de la femme et de l'enfant, si la grossesse arrivait à terme. Quant et à quelle époque doit-on y recourir? Dans la négative, quelle est la conduite que le praticien devrait tenir dans un cas de ce genre?

2° Décrire la blennorrhagie syphilitique. Établir le diagnostic différentiel de cette blennorrhagie et des autres écoulemens blennorrhagiques, faire connaître les causes déterminantes de chacun d'eux, leur pronostic et leur traitement.

3° De l'ongle incarné, de ses causes, de son diagnostic, de son pronostic et de son traitement ; quelles sont les conséquences de l'arrachement de l'ongle dans les cas de ce genre?

4° Décrire les méthodes les plus avantageuses pour l'opération de la cataracte.

Pour les deux premières questions, le prix sera une médaille d'argent de une once et demie ; pour les deux dernières, un diplôme d'associé.

Les mémoires en espagnol, en latin ou en français, devront être adressés suivant les formes académiques, avant le 1er décembre 1853, au secrétaire de l'*Academia quirurgica Cæsar-Augustana*, à Sarragosse.

MORTALITÉ COMPARATIVE DE LA FRANCE, DE L'ANGLETERRE ET DE LA PRUSSE. — En France, la mortalité annuelle est de 1 sur 42 ; en Angleterre de 1 sur 46 ; dans ce dernier pays, elle n'était que de 1 sur 45 l'année dernière. En Prusse, 1 sur 38, en Autriche, 1 sur 33, en Russie, 1 sur 28. Dans ce dernier pays, la mortalité est de 3.590, ou en d'autres termes, sur 100,000 Russes vivans, il en meurt annuellement 3,590 ; tandis que sur 100,000 Anglais, il n'en meurt que 2,207 dans le même espace de temps. Dans plusieurs villes d'Italie, la mortalité est de 3 à 4 pour 100 ; à Naples, sur 100,000 habitans, 4,046 décès par an. C'est donc l'Angleterre, qui, contre toute attente, a la mortalité la moins forte parmi les états civilisés, et cela malgré la mortalité effrayante de ses grandes villes manufacturières. C'est que la balance est rétablie par l'état florissant de la santé publique dans les districts agricoles.

INCISION DE LA VULVE POUR PRÉVENIR LA RUPTURE DU PÉRINÉE.

Cette opération qui nous est venue de l'Allemagne, et sur laquelle récemment un médecin français, M. Lison, a écrit un article remarquable, est vivement recommandée par le docteur Eichelberg, qui la pratique avec succès dans tous les cas où la résistance du périnée semble s'opposer au dégagement de la tête.

Voici le procédé qu'il emploie : pendant l'intervalle qui sépare les douleurs, il introduit sur le plat, entre la tête du fœtus et l'anneau vulvaire, un bistouri de Pott ; dès que la douleur survient, il dirige le bistouri de manière à ce que son tranchant soit tourné en bas, et d'une manière oblique, par rapport au raphé, dont il est éloigné d'environ un demi-centimètre. Il s'inquiète peu de l'étendue de l'incision, qui se fait ainsi pendant la contraction utérine par la pression de la tête du fœtus elle-même, l'opérateur ne faisant que lui donner une direction oblique, celle, en effet, qui est exempte d'inconvéniens et qui permet une cicatrisation prompte de la plaie qui en résulte.

(*Med. Zeitg. Russland's ;* Mai, 1852, S. 151.)

gardé pendant cinq années, il constata quelle était l'augmentation de son poids. Il pesa ensuite la terre, et, la trouvant plutôt augmentée que diminuée, il en conclut que l'eau s'était transformée en bois. Il ne tint pas compte, il est vrai, des gaz et des sels. Quant à la digestion, il a dit qu'il y avait dans l'estomac un *ferment spécial*, et l'on sait, par des recherches modernes, que le suc gastrique en possède un; mais, expliquant l'action de ce ferment, il ajoute qu'il est peu actif, qu'il ne détruit pas complètement les substances alimentaires, car elles sentent la chair. Cela, selon lui, est *la conséquence du péché originel; en l'autre monde, le suc gastrique est plus actif et n'a plus d'odeur de chair*. Ainsi, à côté de divinations, on trouve des divagations.

Au lieu de présenter une doctrine générale, M. Bernard se livrera à une *critique générale*. Il soumettra au creuset du raisonnement et de l'expérience tous les faits nouveaux : c'est la seule philosophie qui puisse en ce moment être suivie. On ne peut, d'ailleurs, en physiologie expérimentale, comme on le fait en physique, agir sur des élémens tout à fait comparables. Les résultats, même sur des sujets limités, varient suivant les expérimentateurs, parce que les conditions intimes des animaux sur lesquels on opère, ne sont pas les mêmes. Ces conditions sont souvent inconnues; nous n'en sommes pas les maîtres.

De l'absorption en général.

Les phénomènes d'absorption dominent toutes les autres fonctions. Ils constituent plutôt une propriété générale qu'une fonction. Un animal, un végétal ne peuvent entretenir leur vie sans faire des échanges avec les corps extérieurs; ceux-ci entrent pour sortir ensuite. L'absorption se voit partout et à toute époque de l'existence : avant les organisations complexes, dans les êtres où la digestion et la respiration sont confondues en un même tissu, il y a toujours absorption; l'œuf offre déjà des phénomènes de cette nature.

Il existe *autant d'absorptions que de contacts*. Les corps sur lesquels se manifeste l'absorption sont gazeux, liquides ou solides. *L'absorption gazeuse* s'exerce sur l'air, c'est la respiration; dans les animaux inférieurs, cette absorption a lieu par d'autres tissus que le poumon. *L'absorption de l'eau et des autres liquides* est des plus importantes; tous les corps vivants absorbent continuellement de l'eau; c'est une condition de la vie. Le troisième mode *d'absorption* est celle des alimens ou *des solides*.

L'absorption aérienne ne peut être interrompue; si la respiration cessait, la vie cesserait également. Il en est de même pour l'absorption aqueuse, et de même aussi, jusqu'à certaines limites, pour l'absorption alimentaire. Dans les classes élevées, cette dernière absorption ne commence qu'après des préliminaires importans; mais, dans les classes inférieures, où les organes sont peu développés, les substances sont prises de manière à être absorbées de suite.

Il est des phénomènes d'absorption qui sont relatifs au calorique, à l'électricité et peut-être à la lumière; mais ces actions sont peu connues, et l'on saisit difficilement les organes qui y servent.

Avant d'étudier chaque espèce d'absorption en particulier, M. Bernard veut indiquer *certaines conditions générales*. Une condition a été regardée comme tellement indispensable, qu'elle est passée en axiome : *Corpora non agunt nisi sint soluta*. Il faut généralement, il est vrai, que les substances soient dissoutes, et l'appareil digestif est, pour ainsi dire, organisé pour leur dissolution. Mais cette condition doit-elle être prise à la lettre? Une substance soluble est-elle forcément absorbée, une substance insoluble inabsorbée?

Certaines substances dissoutes, en contact avec les organes digestifs, ne sont pas absorbées. M. Bernard a insisté, le premier, sur ce point. C'est en faisant des expériences sur les venins des serpens qu'il a fait cette découverte. Si l'on met du *curare* sous la peau, la mort en est la conséquence; la mort a lieu également si on le met dans le sang. Mais, dans les voies digestives, il n'a aucune action. Pourquoi, cela? On avait pensé que les sucs gastro-intestinaux neutralisaient le venin et le digéraient en qualité de liqueur animale. On ne put persister dans cette explication, lorsque M. Bernard, prenant le résidu de l'estomac où il avait introduit du curare, vit que ce résidu était toxique. En effet, le venin, en dissolution dans du suc gastrique, et retiré de l'estomac, loin d'avoir perdu son activité, faisait périr l'animal, sous la peau duquel on l'insérait. N'est-ce pas là un remarquable exemple d'une substance soluble non absorbée?

Pourquoi n'y a-t-il pas empoisonnement? Cela tient tout bonnement à un phénomène de non absorption, et cette non absorption force d'admettre une sorte d'absorption élective. L'expérience peut être faite avec les membranes de l'estomac, pourvu qu'elles soient *fraîches* : qu'on prenne un endosmomètre et qu'on bouche sa partie inférieure avec une membrane de l'estomac, la surface muqueuse étant en dehors; qu'on y mette de l'eau sucrée pour faciliter l'absorption. Si on le trempe ensuite dans de l'eau contenant une dissolution de curare, tant que l'épithélium persistera, le venin ne sera pas absorbé; mais sitôt que cet épithélium sera détruit, le venin passera dans l'endosmomètre, et avec le liquide qui s'y trouvera, on pourra empoisonner un animal.

D'autres substances sont dans ce cas; le venin de la vipère est sécrété par sa membrane muqueuse; ce reptile avale son poison et ne s'empoisonne pas. De même, on peut manger des substances empoisonnées par le curare sans s'empoisonner. Le venin, mélangé avec le suc gastrique, n'empêche même pas les propriétés digestives de celui-ci.

Il n'y a pas que des substances animales qui ne soient pas absorbées, quoique paraissant absorbables. Le *sucre* n'est pas absorbé sur toutes les surfaces et par tous les vaisseaux. Les vaisseaux lymphatiques ne l'absorbent pas; il ne faut même pas en exclure les vaisseaux dits chylifères, dont l'absorption est si active pour les matières grasses. Si l'on prend une anse d'intestin, en y laissant les chylifères et les veines, on peut constater que, pendant que se fait l'absorption, le sucre passe dans les veines et ne passe pas dans les vaisseaux chylifères. D'une autre part, si l'on injecte dans la veine jugulaire une substance soluble et facile à reconnaître, comme le prussiate de potasse, elle passe dans les artères et revient par les veines et vaisseaux lymphatiques; mais si l'injection est faite avec du sucre de canne, il n'en revient que par les veines. Voilà encore un phénomène de non absorption, qui, cette fois, se rapporte à une *substance soluble végétale*. On pourrait citer d'autres exemples. Il faut chercher la cause de ces faits dans des propriétés de l'épithélium.

Voyons maintenant *si des substances non solubles peuvent être absorbées*. L'expérience prouve qu'il n'y a pas également, à cet égard, de règle absolue. Le mot *insoluble* est bien vague, car l'absorption dépend de la condition où se trouve le corps insoluble. Une substance insoluble dans l'eau peut être soluble dans les sucs digestifs, ce qui la fait absorber : témoin la fibrine. Il y a des substances non solubles qui sont décomposées, et qui, alors, peuvent être absorbées. Le sucre jouit de la propriété de rendre solubles des substances qui ne le sont pas dans l'eau, par exemple la chaux, en la transformant en un sucrate de chaux soluble. Il en est de même pour la silice. Cette propriété du sucre est très importante. On peut se demander ce que deviennent ces matières, si le sucre se détruit dans l'économie. Lorsqu'on les trouve déposées, c'est peut-être que le sucre les a abandonnées, par suite de la fermentation, de la combustion, etc. Ces phénomènes peuvent être rendus saisissans : si l'on mêle de la silice et du sucre, il y a dissolution; qu'on y ajoute de la levure de bière, le sucre est décomposé en acide carbonique et en alcool, et la silice se dépose. Beaucoup de phénomènes semblables ne peuvent-ils pas se montrer dans l'économie?

Une autre question est celle-ci : *Des matières insolubles peuvent-elles pénétrer dans l'économie à l'état d'insolubilité?* On a prétendu que des particules, insolubles dans tout le liquide, tels que les poudres de charbon, de vermillon et de bleu de Prusse, pouvaient être absorbées. Quant au charbon, on en a donné en quantité à des animaux, et on en a trouvé, à l'aide du microscope, dans la veine porte et dans les vaisseaux lymphatiques. Mais il faut ajouter que, si au lieu de poudre de charbon, on fait ingérer aux animaux du noir de fumée, qui est exempt d'angles et d'aspérités, on n'en rencontre aucune trace ni dans les vaisseaux sanguins, ni dans les vaisseaux lymphatiques. Ces expériences ont été faites avec soin par MM. Bérard, Orfila et Robin. Relativement aux deux substances minérales employées pour le tatouage, et qu'on introduit en piquant la peau, elles s'incorporent à celle-ci et y restent; cependant M. Follin en a constaté des particules dans les ganglions lymphatiques voisins du tatouage, et M. Bernard dans ceux de l'aisselle. Qu'arrive-t-il dans ces différens cas? N'est-il pas probable que les aspérités du charbon, de même que celle du vermillon et du bleu de Prusse, ont attaqué les bouches absorbantes, et que ce n'est qu'ainsi que ces corps ont pénétré. Ce qui rend cette explication probable, c'est que le noir de fumée n'a pu être rencontré dans aucun vaisseau. Il n'y aurait donc, dans ce fait, qu'une pénétration traumatique, car l'absorption véritable est une transsudation sans solution de continuité. Ce qui se passe ici pourrait être comparé à la résorption purulente.

Il est enfin des *conditions qui sont relatives aux parties qui absorbent*. Ces parties sont très variées, puisque c'est pour ainsi dire tout le corps. On a vu que l'absorption s'exerçait sur des substances gazeuses, liquides ou solides; que, dans les organisations supérieures, les substances gazeuses ne pénétraient normalement que par les poumons. Cependant, ces substances gazeuses peuvent s'absorber *sous la peau*, et ici, on peut même montrer encore l'existence d'absorptions électives, comme on peut le voir par l'expérience suivante : Dans une première séance, M. Bernard avait introduit de l'air sous la peau du dos d'un lapin, au moyen d'une vessie de caoutchouc, terminée par une canule piquante. Cette introduction d'air sous la peau est sans danger, pourvu que la quantité n'en soit pas trop considérable. Au bout de deux jours, à la séance suivante, l'oxygène de cet air était complètement absorbé, et il en était de même de l'acide carbonique. L'azote seul était resté, formant une sorte de petite boule sous la peau. N'est-ce pas là un moyen singulier pour analyser l'air? Le gaz restant était bien de l'azote. En effet, on le dirigea, en pressant la peau, dans un tube rempli d'eau, et on le vit monter sous forme de bulles; on y mit du phosphore qui n'absorba rien; tandis que l'absorption aurait eu lieu, si c'eût été de l'oxygène. L'hydrogène n'est pas absorbé non plus sous la peau; on peut l'y injecter et l'y conserver longtemps. Le poumon n'absorbe que l'oxygène, et jamais un autre gaz. Cette propriété absorbante élective cesse bientôt sur les membranes qui sont séparées du corps; dès qu'elles ne sont plus fraîches, toutes les matières gazeuses peuvent passer.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 Août. — Présidence de M. Combes.

Propriétés alimentaires de la Fritillaire pouvant remplacer la pomme de terre.

M. Basset adresse une communication relative à une plante nouvelle, cultivée seulement jusqu'à présent par les fleuristes, et tellement acclimatée, qu'on pourrait la considérer comme indigène en France; c'est la *Fritillaria imperialis* dite vulgairement *couronne impériale*.

Occupé, depuis 1847, des moyens de suppléer à l'insuffisance probable de la pomme de terre, l'auteur a fait de nombreuses recherches pour découvrir une plante féculente dont le produit, par la qualité et la quantité, serait apte à remplacer, du moins en partie dans l'industrie surtout, les produits du *Solanum tuberosum*. La *Fritillaria imperialis* à résolu cette année le problème qu'il s'était proposé.

Les bulbes de fritillaire peuvent très bien se conserver en cave en serre, ou en silo, jusqu'au printemps. Il résulte de ce fait l'avantage, immense pour la fabrication, de permettre la transformation en fécule au loisir du producteur.

La fécule de fritillaire peut servir à l'alimentation; pour lui enlever toute saveur et toute odeur étrangères, il suffit, après les premiers lavages, de faire macérer cette fécule dans l'eau simple renouvelée, ou dans l'eau vinaigrée à un cinquantième, ou dans l'eau alcoolisée à quelques millièmes; le tout pendant vingt-quatre heures. Un lavage à l'eau complète la purification.

L'auteur ajoute, toutefois, que, malgré toute l'utilité qu'on en pourrait retirer, au point de vue alimentaire, dans l'art du pâtissier, dans le mélange avec les farines de céréales pour les années de disette, dans la confection des potages économiques, etc.; malgré l'identité de saveur et de goût de la fécule de fritillaire avec les arrow-root, les tapioca, les salep, etc., son but principal a été de donner à l'industrie une fécule abondante, qui pût permettre de laisser la pomme de terre tout entière à son but normal, savoir : l'alimentation des hommes et des animaux.

Si les résidus de fécule de pomme de terre peuvent servir à l'engrais des animaux, ceux de la fritillaire, qui contiennent une notable portion de fécule (50 à 60 pour 100), peuvent être facilement transformés en alcool, par les procédés connus. (Comm. MM. de Gasparin, Payen et Péligot.)

PRESSE MÉDICALE.

Archives générales de médecine. — 2e Trimestre de 1853.

Sur des essais d'arrêt volontaire de la circulation du sang et des fonctions du cœur; par E.-F. Weber.

Quelques histoires anciennes fort négligées, regardées comme invraisemblables par la plupart des physiologistes modernes, et tenues pour de simples récits curieux, les faits rapportés par Galien, Appien, G. Cheyne, etc., relativement à des personnes qui pouvaient à volonté suspendre leur circulation et se faire passer pour morts, trouvent une espèce de confirmation dans le mémoire curieux publié par M. Weber, et dont nous allons donner un aperçu.

Depuis plusieurs années, dit ce jeune et déjà célèbre physiologiste, j'avais découvert et montré à de savans amis que je pouvais interrompre à volonté pour un moment les battemens de mon cœur et mes pulsations artérielles, en empêchant l'air d'entrer dans ma poitrine que je comprimais en même temps; la circulation ne se rétablissait que lorsque la compression avait cessé. La cessation du choc du cœur est accompagnée immédiatement de celle des bruits auriculaire et ventriculaire, du bruit aortique, de celui de l'artère pulmonaire, qu'on les ausculte soit avec le stéthoscope, soit avec l'oreille seulement. On perçoit encore au contraire de trois à cinq pulsations très faibles; le pouls ne disparaît pas insensiblement; mais il s'arrête sur une pulsation bien marquée. Au moyen du stéthoscope, on entend, au lieu du bruit ordinaire du cœur, un bruit de frottement qui dure tant que l'on continue à comprimer la poitrine, et ne dépend ni du cœur, ni des gros vaisseaux; car on l'entend non seulement dans la région précordiale, mais encore partout où l'on rencontre le poumon. Ainsi, lorsque le thorax est comprimé, le cœur exerce encore ses fonctions; mais son action est si faible, qu'elle ne se traduit ni par un choc cardiaque, ni par des bruits précordiaux, mais seulement par des pulsations. Il en résulte que le pouls est un moyen d'apprécier l'activité du cœur plus parfait que ne le sont la perception du choc et l'exploration des bruits de cet organe.

Contrairement à l'opinion de plusieurs physiologistes, M. Weber est arrivé, par de nombreuses expériences, à ce résultat, que l'on peut retenir sa respiration pendant assez longtemps, sans que le pouls disparaisse, sans même qu'il soit sensiblement modifié dans sa fréquence et dans son amplitude. L'essentiel, dans ces expériences, c'est d'arrêter la respiration, sans que la poitrine et les organes qu'elle contient soient comprimés, et pour cela il faut laisser la glotte ouverte, et maintenir seulement le diaphragme et les parois de la poitrine fixés dans la situation où ils se trouvent. On peut expliquer les résultats divers auxquels beaucoup d'observateurs sont arrivés, en tenant compte de ce fait, que ce n'est pas l'arrêt de la respiration seulement, mais bien la compression de la poitrine, lorsque les voies aériennes sont fermées, qui peut troubler et même arrêter la circulation du sang; la plus légère pression exercée sur le thorax suffit alors pour exercer une certaine influence sur les battemens du cœur.

L'explication de cet arrêt de la circulation par la compression du thorax se trouve dans cette particularité, que le courant du sang veineux, d'abord ralenti, s'arrête bientôt dès que la pression extérieure devient assez forte pour faire équilibre à la pression de dedans en dehors. La petite quantité de sang, qui se trouve dans les grosses veines thoraciques, dans le cœur et dans le système circulatoire pulmonaire, est emporté dans l'aorte, et le cœur n'a rien à chasser. Le pouls persiste encore jusqu'au moment où tout le sang du cœur est dans l'aorte. Le cœur s'arrête-t-il alors, comme semble l'indiquer la disparition du pouls et des bruits précordiaux? Mais l'absence de ces signes ne prouve pas que le cœur soit immobile et cet organe pourrait encore se contracter, quoique le pouls et les battemens ne fussent plus perçus. C'est, du reste, ce qui résulte d'expériences directes faites sur les animaux, et dans lesquelles le cœur se contracte encore après la ligature des veines caves, et même lorsqu'on l'a incisé depuis longtemps. La circulation continue jusqu'à ce que le sang se soit distribué également en passant des artères dans les veines, qu'il distend considérablement. Alors le sang, se trouvant passé également dans les deux systèmes, est forcé de s'arrêter.

Il ne faudrait pas pousser l'expérience jusque-là, ajoute M. Weber; car la circulation pourrait très facilement s'arrêter tout à fait. « Un jour que j'avais retenu ma respiration un peu plus longtemps qu'à l'ordinaire, certainement pas une minute entière, je perdis connaissance. Pendant que j'étais en cet état, les assistans remarquèrent chez moi quelques convulsions des muscles de la face. Lorsque je revins à moi, j'avais perdu la mémoire de ce qui s'était passé, et au premier moment, bien que mon pouls fût revenu sensible, je ne pouvais me rappeler où j'étais. Je me suis souvenu ensuite que, lorsque je sentis venir la syncope, je cessai de comprimer ma poitrine, et il est probable que si je ne l'avais pas fait, cela aurait eu des suites fâcheuses pour moi, et que ma vie aurait peut-être été mise en danger..... » Avis à ceux qui voudraient répéter les expériences de M. Weber.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 106. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 6 Septembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............	32 Fr.
6 Mois............	17
3 Mois............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES PAR LE REDRESSEUR INTRA-UTÉRIN; — RÉPONSE A QUELQUES OBJECTIONS ÉLEVÉES CONTRE CE TRAITEMENT.

Par M. VALLEIX, médecin de la Pitié, etc.

Pour tous ceux qui ont suivi avec attention le traitement des déviations utérines par le redresseur intra-utérin, l'efficacité de ce moyen, non dans tous les cas (personne, en effet, n'a prétendu qu'on les guérissait tous), mais dans une imposante majorité, n'est plus douteuse. Cependant, il est encore des médecins qui répugnent à le mettre en usage, et qui lui adressent des objections dont il est important d'examiner la valeur. On reproche surtout à ce traitement d'exposer à des accidens dont on a considérablement exagéré le danger; et c'est sur ce point surtout que je veux insister dans cet article. Je vais donc exposer d'abord quels sont les inconvéniens qu'il peut avoir, même quand il est convenablement appliqué; car on ne saurait lui attribuer ceux qui pourraient provenir de l'inexpérience ou de l'imprudence du chirurgien; puis j'apprécierai ces inconvéniens à leur juste valeur; enfin, j'indiquerai les moyens de prévenir et d'arrêter les progrès des accidens qui auront pu se produire, et je terminerai par une courte appréciation générale de ce traitement, dont, je le répète, la valeur n'est bien connue que par ceux qui en ont, pendant un certain temps, suivi les progrès et les résultats sur plusieurs malades.

Accidens que le traitement peut produire. — Lorsque l'on a annoncé, pour la première fois, qu'on traitait les déviations par l'introduction de tiges dans la cavité utérine, des appréhensions très grandes ont dû naître dans l'esprit des médecins, et M. Simpson lui-même nous apprend que la première fois qu'il a appliqué son instrument, il a visité la malade toutes les demi heures, prêt à l'enlever s'il était nécessaire. Mais il n'a pas tardé à s'enhardir. L'expérience, en effet, prouve que le redresseur intra-utérin, bien placé et bien surveillé, n'a, dans la très grande majorité des cas, aucun inconvénient.

Mais il est certain aussi que, dans un petit nombre de cas, ce traitement détermine des symptômes qui exigent l'intervention de l'art. Ce sont d'abord ceux de la *métrite*. L'inflammation de l'utérus est presque toujours légère; une simple application de sangsues et le repos suffisent pour la dissiper. Dans quelques cas, il faut un traitement un peu actif, et joindre la morphine par la méthode endermique aux moyens précédens. Une seule fois, j'ai vu l'inflammation de l'utérus se communiquer au péritoine environnant, comme cela peut arriver dans les métrites spontanées, et déterminer une péritonite partielle très bornée, qui a cédé aux moyens ordinaires. La guérison n'en a pas moins été solide, et date actuellement de près de deux ans. Ensuite vient l'*inflammation du tissu cellulaire péri-utérin*. Je me propose de donner prochainement dans ce journal l'histoire de cette inflammation, qui n'a pas encore été bien décrite d'une manière particulière, et dont beaucoup de cas passent inaperçus. Je me contente de dire ici qu'elle ne se montre pas plus souvent pendant ce traitement que dans beaucoup d'autres circonstances, et qu'elle ne survient pas ordinairement pendant le séjour de l'instrument, mais à la première éruption des règles qui suit son enlèvement. Cette inflammation se termine, dans l'immense majorité des cas, par résolution; mais elle peut aussi se terminer par l'ouverture d'un foyer purulent dans le vagin, comme cela a lieu dans les cas de phlegmons péri-utérins, qui se produisent dans d'autres circonstances très diverses, et qui sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit communément.

On observe encore, comme je l'ai déjà dit, des *ménorrhagies*, rarement de véritables *métrorrhagies*. Ces pertes de sang n'ont aucune importance; elles s'arrêtent spontanément, ou il faut de très faibles moyens pour les faire cesser. Elles ne nuisent en rien au succès du traitement, et nous avons vu, même, que plusieurs médecins pensent qu'elles sont utiles; mais je ne saurais partager cette opinion.

Restent enfin les attaques d'*hystérie* et quelques *accès fébriles* passagers, qui peuvent contrarier le traitement en le retardant; mais qui n'ont pas d'importance réelle. Les attaques d'hystérie seules, quand elles sont très violentes, ont un assez grand inconvénient, parce qu'elles peuvent faire craindre que les malades, dans leurs convulsions, ne se blessent avec l'instrument; aussi faut-il recommander de l'enlever dès qu'elles apparaissent.

Appréciation de ces accidens. — Quelques médecins ont manifesté une grande frayeur de ces accidens, et, suivant eux, ils sont suffisans pour qu'on renonce à un traitement si efficace. Il est certain que si l'on cherche un traitement qui n'ait pas le moindre inconvénient, on n'en trouvera probablement aucun qui puisse remédier à ces cruelles maladies. On ne peut, en effet, employer un moyen chirurgical sur un organe quelconque, sans qu'il puisse en résulter des effets semblables à ceux que j'ai mentionnés. Toute la question se réduit donc à déterminer : 1° Si le traitement est efficace; 2° si l'état des malades est tel que ce traitement doive être appliqué; 3° si l'on peut le remplacer par d'autres.

Les faits que j'ai publiés parlent trop haut en faveur du traitement, pour que j'insiste longuement sur le premier point sur lequel je reviendrai, du reste, plus loin, dans une appréciation générale du moyen principal que j'ai mis en usage.

Quant à l'état des malades, tous les praticiens savent combien il est désespérant. Les malades pauvres sont réduites à l'inaction et à la misère; les autres ont toutes leurs fonctions troublées; elles ne peuvent pas vivre de la vie ordinaire; elles éprouvent souvent de vives douleurs; la plupart ont été, de tout temps, ou sont devenues stériles; toutes ont perdu, en tout ou en partie, leurs forces, leur embonpoint, le calme de l'esprit. N'est-ce pas là une affection des plus sérieuses, et qu'il faut nécessairement chercher à guérir? C'est, au reste, ce dont sont bien convaincus les praticiens qui sont si souvent désespérés par ces affections interminables, auxquelles ils ne peuvent pas apporter de remède efficace.

Mais y a-t-il d'autres moyens utiles? Je ne peux pas apprécier rigoureusement ici les autres modes de traitement; les élémens me manquent. Je crois que plusieurs ont procuré quelques guérisons, que beaucoup ont soulagé les malades; mais ce que j'en ai dit ailleurs fera reconnaître, sans doute, qu'ils ne s'adressent, pour la plupart, qu'à des cas particuliers, ou bien qu'ils ne procurent que des soulagemens passagers, après lesquels l'affection recommence, surtout si les femmes veulent reprendre leur train de vie ordinaire. Or, des moyens qui n'ont d'action qu'à la condition que des malades jeunes garderont un repos presque absolu, ou se priveront de tout, ne peuvent être regardés que comme de faibles palliatifs. Ajoutons que parmi ces moyens il en est, tels que les pessaires, les bondons, en un mot, tous les instrumens ayant une action sur l'utérus, qui partagent, avec le redresseur utérin

Feuilleton.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES EXCENTRICITÉS, LES BIZARRERIES DE CARACTÈRE ET DE GOUT, LES PASSIONS VIOLENTES, DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA FOLIE.

EXAMEN

DES DIFFICULTÉS QUE PEUT PRÉSENTER, EN MÉDECINE LÉGALE, L'APPRÉCIATION DES ACTES ET DES IDÉES DE QUELQUES INDIVIDUS.

Sommaire. — La folie considérée comme une maladie de l'organisme. — Insuffisance des théories spiritualistes exclusives pour expliquer le délire des idées et celui des actes. — De l'influence réciproque du physique et du moral. — Existe-t-il une immunité contre l'aliénation? — Observations.

I.

Dans le développement de nos études cliniques sur l'aliénation mentale, nous avons fait ressortir, chaque fois que l'occasion s'en est présentée, les analogies de la raison et de la folie. Tout en signalant les immenses difficultés que cet examen fait quelquefois surgir dans la pratique, les situations difficiles et perplexes dans lesquelles peut se trouver le médecin appelé à se prononcer sur la liberté morale des individus, nous avons constamment appelé l'attention de nos lecteurs sur les conditions maladives de l'organisme chez les individus atteints de folie. C'est sur cette vérité importante que reposent les élémens de certitude qui doivent nous diriger dans le diagnostic, et nous ne cesserons de répéter que la folie n'est pas une erreur ou une passion, mais une véritable maladie, qui a sa période d'incubation, de développement et de déclin. S'il en était autrement, il ne resterait plus qu'à rayer l'aliénation du cadre nosologique, et la conscience des magistrats s'éclairerait à un autre flambeau qu'à celui de la science médicale.

Cette fatale erreur, si victorieusement combattue par tous les médecins aliénistes français, n'aurait la chance de se reproduire que dans le cas où la question serait faussée dans les principes qui la constituent essentiellement. Mais grâce au progrès de la science, les conditions maladives de l'organisme dans leurs rapports avec le libre développement de la raison sont, de jour en jour, mieux appréciées et mieux connues. En vain, des hommes éminens par leur valeur scientifique, des spiritualistes célèbres, ont-ils, dans des théories fameuses, cherché à faire prévaloir les principes opposés, ils n'ont pu, malgré la vivacité de leur foi et la pureté de leurs intentions, fonder une de ces doctrines durables où l'observation puise incessamment de nouveaux élémens de certitude et de progrès.

Ce n'est pas que la raison humaine si fière de ses prérogatives n'adoptât d'abord avec avidité ces théories qui faisaient une si large part à la prédominance de l'élément intellectuel sur l'élément organique. Il était, en effet, doux et consolant, de penser que l'homme vertueux et pur, celui dont le péché n'avait jamais terni la conscience, portait en lui-même les élémens de préservation contre cette affreuse maladie; mais de tristes désillusions rejetaient les esprits sur un terrain opposé d'où l'on espérait voir jaillir la lumière qui placerait les faits sous leur véritable jour.

Malheureusement, l'action amène la réaction et les admirables préceptes consignés dans les œuvres des médecins spiritualistes, les points de vue philosophiques qui devaient éclairer la science et imprimer au traitement une impulsion si féconde, subirent une éclipse momentanée par la propagation des doctrines extrêmes, qui ne voulurent plus voir que dans l'altération primitive de l'organisme, les points de départ des altérations de l'intelligence.

En nous rattachant à la théorie, qui, des deux vies physiologique et psychologique, fait une seule et même vie, en adoptant l'idée, que la matière et l'esprit, une fois réunis pour constituer l'âme et le corps, ne doivent plus être compris que comme une unité, nous nous plaçons sur le véritable terrain où nous pouvons étudier non seulement les influences réciproques du physique et du moral, mais ces influences elles-mêmes dans la simultanéité de leur action (1).

Les peines de l'esprit et du cœur, comme nous l'avons déjà vu, la passion dont l'essence est de concentrer l'activité humaine vers un point fixe et trop souvent égoïste, amènent dans les conditions physiologiques de notre organisme des perturbations incontestables, et les lésions de notre organisme agissent sur les libres manifestations de notre intelligence de la manière la plus variée et la plus complexe. Nous avons corroboré, par de nombreuses observations, cette vérité si élémentaire, et en partant du point de vue de l'unité de notre être, nous avons été amené à donner aux causes perturbatrices de la raison un caractère de spécificité morale et de spécificité physique. Mais ce premier fait établi, nous avons dû céder à l'autorité de l'expérience, et faire une distinction parmi les causes de la folie, non pas au point de vue précisément de leur nature physique ou de leur nature morale, mais sous le rapport de leur action sur l'individu, ou, si l'on veut me permettre, de leur plus ou moins grand degré de *spécificité*.

L'importance de cette distinction sera facilement comprise, et elle est de nature à résoudre la question de l'immunité contre cette terrible affection. A la demande qui a été souvent posée et différemment résolue selon les théories, si l'aliénation peut indistinctement frapper tous les

(1) Chose singulière, le plus ardent propagateur de l'extrême spiritualisme, celui qui combattit avec le plus d'autorité et de succès l'influence de l'élément somatique dans la production des troubles de la raison, Heinroth, a peut être fait la plus magnifique profession de foi qui existe à propos de cette unité de l'homme, qui nous semble être une croyance féconde pour l'avenir de nos études. Nous ne pouvons résister au plaisir de citer ce passage aussi remarquable par sa philosophie que par sa couleur poétique.

« C'est en vain, dit Heinroth, que nous cherchons à séparer le corps de l'âme et l'âme du corps. La conception du *moi*, de l'*homme*, de l'*individu* entraîne involontairement l'indivisibilité du corps et de l'âme.

» L'idée distincte de notre corps ressort principalement de l'idée opposée que fait naître ce *quelque chose interieur*, le *moi*. Le moi intérieur, nous l'appelons *âme*; le moi exterieur, nous l'appelons *corps*, et c'est ainsi que l'homme est composé d'un seul et même tout *individuum*); ce tout résulte de l'union d'un corps et d'une âme, de quelque chose d'*interieur* et de quelque chose d'*extérieur*. Ce ne sont pas deux êtres separés qui pourraient se concevoir l'un sans l'autre; ils ne sont pas unis par hasard, mais à eux deux ils composent un tout une unité : ils représentent la *vie* (*das leben*). Ils ne sont séparables que par leurs manifestations. Celles-ci se meuvent dans l'*espace* pour le corps; celles-là *dans le temps et l'infini* pour l'âme. De même aussi, l'arbre qui plonge ses racines dans la terre, et dirige ses branches vers le ciel, forme cependant un seul et même arbre, un tout, une unité. Ce qui de l'arbre vit dans les entrailles de la terre, est son corps; ce qui s'épanouit à la lumière du jour, est son âme, et qui se refuserait donc d'admettre que les racines, les branches et leurs bourgeons, ne forment pas les parties d'un seul et même tout, qui constituent l'unité de l'arbre. Le visible et l'invisible forment un tout; on ne peut les séparer, à peine peut-on dire qu'ils soient différens (*verschiedenartig*). » Heinroth (*Lehrbuch der Horungen des seelenlebens*). Leipzig, 1818.

une grande partie des inconvéniens que j'ai signalés plus haut.

Ainsi donc s'exposer, au prix d'une guérison très probable, à produire, dans quelques cas, des accidens presque constamment légers, et auxquels on peut facilement porter remède, ou abandonner à leur sort des malades atteintes de maladies douloureuses, à marche généralement progressive, qui les condamnent à l'inaction, souvent à la misère, ou bien, enfin, ne recourir qu'à des moyens le plus souvent palliatifs, telle est, définitivement, l'alternative où se trouve placé le médecin. Je ne crois pas que le praticien le plus prudent puisse hésiter, d'autant plus que, comme on va le voir, lorsqu'on prend certaines précautions, on évite assez facilement les accidens dont il s'agit.

Un seul fait fera mieux comprendre combien sont peu fondées les craintes conçues, *à priori*, relativement à ces accidens. Ceux qui les manifestent le plus vivement n'ont pas vu ce traitement appliqué, ou n'ont été témoins que de quelques cas isolés, d'après lesquels on risque fort de se faire une opinion erronée. Ainsi, ont-ils vu dans un cas survenir une inflammation, ils en ont conclu que cette exception est la règle; y a-t-il eu une ménorrhagie, ils ont pensé que c'est là un résultat nécessaire du traitement; enfin ont-ils trouvé une femme qui n'avait pas guéri, ils ont regardé le traitement comme inutile, sans réfléchir que personne n'a prétendu qu'il n'y a jamais de cas rebelle au traitement, et sans s'informer si d'autres femmes, en grand nombre et dans des conditions analogues, n'ont pas recouvré une santé parfaite.

Les médecins, au contraire, qui ont suivi le traitement avec persévérance, ou qui l'ont appliqué dans des cas variés, ont tous été convaincus de son excellence et de son innocuité dans la très grande majorité des cas, et tous ceux qui ne l'avaient pas employé se sont décidés à le mettre en usage, d'après les résultats obtenus.

Je n'ai pas besoin de rappeler que Kiwisch, MM. Simpson, Rigby, Protheroe Smith, Cunning, Meyer, de Berlin, l'ont adopté; j'ajoute seulement qu'à Paris, MM. Maisonneuve et Richet en tirent tous les jours un excellent parti; qu'à Montpellier, M. Broussonnet, qui a suivi ma clinique, l'a mis en usage avec succès; que M. Lediberder, à Lorient, y a eu recours dans 26 cas, et m'écrit que les résultats sont éclatans; que M. Piachaud, à Genève, en obtient les mêmes effets et je pourrais citer d'autres noms de médecins habiles qui n'ont pas cédé aux préventions. Or, comment admettre que tous ces médecins, *après avoir vu*, auraient adopté un pareil traitement, s'il ne leur avait paru à la fois efficace, et aussi exempt de danger que peut l'être un traitement chirurgical quelconque?

Moyen de prévenir les accidens et d'en arrêter les progrès. — Mais, ainsi que nous l'avons vu, ces accidens, quoique rares, peuvent se produire, et il importe de savoir, quelles sont les circonstances dans lesquelles ils ont lieu, afin de les éviter, et quels sont les moyens qu'on doit leur opposer. C'est ce qu'indiqueront suffisamment les propositions suivantes :

1° Avant d'arriver au traitement mécanique, il faut s'assurer s'il existe des signes d'inflammation un peu notables, et les combattre par les émissions sanguines générales et locales, les vésicatoires morphinés, le repos, etc. Il arrive même, dans un petit nombre de cas où l'inflammation est aiguë, qu'on la dissipe tout à fait, et que la matrice reprend sa position normale. J'ai montré, à ma clinique, plusieurs cas de ce genre, car je ne prétends nullement qu'il faille toujours, et d'emblée, recourir au redresseur. Je ne doute pas que les médecins qui croient qu'on peut guérir les déviations par les moyens que je viens d'indiquer n'aient eu en vue des cas de ce genre, et n'aient appliqué aux déviations en général, ce qui ne convient qu'à ces cas particuliers.

2° Il faut, ainsi que je l'ai dit, habituer l'utérus au contact des instrumens, en pratiquant plus ou moins fréquemment le cathétérisme, sans crainte d'y consacrer un temps assez long.

3° Il faut *porter un diagnostic très précis*, surtout dans les cas de flexion, et pour cela il faut se servir de la sonde, comme je l'ai indiqué plus haut, en prenant très exactement les mesures. Autrement, on peut ignorer le siége de la flexion, croire même à une simple version ; implanter la sonde dans le coude que forme l'utérus fléchi, et même perforer l'organe. Le moindre inconvénient d'une pareille erreur serait de faire beaucoup souffrir la malade, sans qu'il pût en résulter le moindre profit pour elle.

4° Avant d'appliquer le redresseur, on doit remettre avec soin l'utérus en place et effacer toute flexion. La tige du redresseur pénètre alors avec facilité, elle ne vient pas arc-bouter contre la paroi utérine ; et si l'instrument est ensuite bien fixé elle ne risque pas d'irriter l'organe.

5° On doit se rappeler la longueur qu'il faut donner à la tige et que j'ai indiquée ailleurs avec soin. Dans les flexions, elle doit dépasser le point fléchi d'un centimètre au moins.

6° Si l'utérus offre une très grande résistance au redressement ; s'il résulte de cette manœuvre des tiraillement douloureux, il est plus que probable qu'il y a des adhérences ou un retrait des tissus péri-utérins ; il ne faut pas insister, parce qu'on pourrait produire des ruptures ou des éraillures, dont on comprend les conséquences. Ces cas sont ordinairement incurables.

7° Il ne faut pas placer l'instrument à une époque trop voisine des règles ; l'utérus est alors plus disposé à l'inflammation, ce qui est démontré par les inflammations spontanées qui surviennent ordinairement à cette époque. On s'exposerait davantage, en outre, à rendre les règles trop abondantes.

8° Si l'utérus paraît conserver une trop grande susceptibilité, il est bon de ne laisser d'abord l'instrument en place que pendant quelques heures. Plus tard l'habitude est prise, et l'on peut le laisser plusieurs jours.

9° Lorsqu'après avoir porté l'instrument plusieurs jours, sans en éprouver aucun inconvénient, les femmes se plaignent d'une gêne, d'une douleur, quelque faible qu'elle soit, il faut le retirer, sauf à le remettre ensuite. J'ai vu des observations dans lesquelles on avait forcé les femmes à conserver l'instrument, malgré la douleur, et où l'on s'étonnait d'avoir produit une métrite. Dans d'autres cas, au contraire, on avait le tort de le retirer alors qu'elles n'en éprouvaient que du soulagement.

10° Quand les règles surviennent, il vaut mieux, je dois le répéter, retirer l'instrument, malgré les faits cités où il a été conservé sans inconvénient. Cette précaution peut retarder un peu la guérison ; mais elle la rend plus sûre.

11° Enfin, s'il est survenu une métrite, une inflammation péri-utérine, une métrorrhagie, il faut enlever sur-le-champ l'instrument et combattre ces accidens par les moyens que j'ai déjà indiqués.

Telles sont les *précautions importantes* à prendre dans ce traitement, qui sera mieux appliqué à mesure qu'il sera mieux connu.

Il résulte, de ce qui précède, que le redressement de l'utérus ne doit pas alarmer un praticien prudent, et cependant, pour le rendre plus facile encore, pour faire éviter les inconvénients qui pourraient résulter de l'introduction d'une tige dans l'intérieur de la matrice, entre des mains peu expérimentées, je l'ai simplifié, j'ai supprimé la tige et j'ai employé seulement le *redressement par la sonde combiné avec l'usage du pessaire en caoutchouc à insufflation*. Mais ce moyen n'a pu être encore appliqué qu'au renversement en arrière, et c'est pourquoi j'ai cru ne pas pouvoir me dispenser de réfuter les objections faites au redresseur à tige intra-utérine, l'introduction de cette tige étant encore nécessaire dans les déviations en avant.

Appréciation générale du traitement. — Je ne reviendrai pas ici sur les succès obtenus par ce traitement. Je veux seulement faire remarquer que les malades étaient presque toutes, depuis longues années, dans un état de santé déplorable, et que la plupart d'entre elles avaient été soumises à des traitemens fort longs qui étaient restés infructueux, bien que dirigés par les hommes les plus habiles. C'est ainsi que j'ai cité des cas traités pendant plusieurs années par Lisfranc et par Récamier, ce dernier ayant parfaitement reconnu la nature de la maladie. D'autres avaient reçu les soins de médecins non moins habiles, et si elles n'avaient pas obtenu la guérison, c'est que l'art était impuissant. Aussi avons-nous vu, qu'en présence de ces insuccès presque constans, beaucoup de médecins, et des plus versés dans la connaissance de ces maladies, ont renoncé à tout traitement radical, se bornant à prescrire de simples palliatifs. Ces faits parlent d'eux-mêmes, et il serait inutile d'insister sur les résultats que nous avons obtenus, et sur ceux qui ont été cités par les médecins mentionnés plus haut. Voyons maintenant, d'une manière générale, quels sont les moyens qu'on avait employés.

Traitement antérieur. — On avait mis en usage les *saignées spoliatives*, les *émissions sanguines locales répétées*, les *émolliens*, les *narcotiques*, les *ferrugineux*, des *injections diverses*. On avait fait garder aux malades un *repos* plus ou moins absolu ; on leur avait fait porter des *ceintures*. Quelques unes avaient pris des médicamens propres à combattre l'engorgement, et qu'on désigne sous le nom de *fondans*; beaucoup avaient été *cautérisées* longtemps de diverses manières. Enfin il en était plusieurs qui avaient fait usage de *pessaires* de diverses formes.

Dans certains cas où la nature de la maladie avait été méconnue, on avait traité la dyspepsie, la gastralgie, des névralgies diverses, l'anémie, et même les maladies prenant parfois l'aspect d'autres affections, on avait cru avoir affaire à des phthisies, des engorgemens de divers organes abdominaux, des affections du cœur contre lesquelles on avait dirigé le traitement.

Je ne dis pas, néanmoins, que ces divers traitement soient absolument restés sans résultat. Il est au contraire, presque constamment arrivé que, à certaines époques, une amélioration manifeste s'est déclarée, comme je l'ai déjà fait remarquer, mais dès que les malades reprenaient leurs habitudes, les symptômes se reproduisaient. J'ai déjà donné l'explication de ce fait. Les moyens que je viens d'indiquer s'adressaient à certains symptômes souvent très pénibles, et surtout à un certain degré d'inflammation occasionnée par les fatigues, les excès, l'appauvrissement du sang ; or, il devait nécessairement résulter de leur emploi un soulagement marqué; mais la cause du mal persistant, ses effets se reproduisaient à la première occasion.

êtres pensans, nous n'hésitons pas à répondre que personne n'est en droit de se flatter d'être à jamais soustrait à cette cruelle maladie. Il est hors de doute qu'une bonne hygiène morale est un puissant préservatif contre la funeste influence des passions subversives, mais il faut bien avouer aussi que, parmi les innombrables causes qui s'attaquent à notre santé morale, il en est dont nous sommes les victimes involontaires.

En admettant que l'homme vertueux et sage sera inaccessible à la colère, à la haine, à la jalousie ; que jamais sa raison ne subira la moindre flétrissure par suite des excès honteux qui dégradent l'humanité ; qui pourra donc affirmer que l'hypocondrie, l'hystérie, l'épilepsie, les affections idiopathiques du cerveau, les maladies ataxiques n'agiront pas dans le sens de leur action destructive, sur l'obscurcissement et sur la perte radicale de l'intelligence? Toute affection de nature à provoquer le délire peut amener, à son tour, l'aliénation mentale ; non pas que je veuille dire par là que les névroses ou les maladies dont je parle, portent avec elles un caractère *d'essentialité*, en ce sens, que tous ceux qui sont affectés de ces névroses ou de ces maladies, deviennent inévitablement aliénés. Telle n'est pas ma pensée, et le bon sens médical aurait le droit de s'insurger contre une pareille manière d'interpréter les faits; elle serait démentie, du reste, par l'histoire des affections épidémiques ou endémiques qui n'atteignent pas, il s'en faut, tous les individus qui vivent dans un milieu empesté, qui n'entraînent pas même inévitablement la mort de tous ceux que l'épidémie a frappés. Deux choses sont nécessaires pour qu'une maladie se produise : l'action de la cause et les conditions de *réceptivité* ou *de résistance* de l'individu.

L'étude des causes, faite à ce double point de vue, défraierait à elle seule tout un volume; et les nombreuses observations que nous avons données, ont suffisamment prouvé que les causes qui produisaient l'aliénation des uns, effleuraient à peine la sensibilité des autres ; que les plus profondes désorganisations physiques, sans en excepter celles du cerveau, laissaient parfois la raison intacte ; tandis qu'un simple état d'irritabilité nerveuse, de congestion du cerveau ou de ses membranes, de simple hypérémie, d'une différence dans la densité de telle ou telle couche nerveuse de l'organe central de la pensée, suffisait pour amener les perturbations intellectuelles les plus graves, les actes les plus insensés et les plus pervers. Encore une fois, cette étude offre à la pathogénie de l'aliénation mentale les plus intéressans problèmes à résoudre ; et si la nature de notre œuvre ne nous a pas permis d'embrasser la question à un point de vue aussi général, nous en avons dit assez cependant pour donner de l'aliénation une idée aussi complète que possible, et pour guider le médecin dans l'appréciation des faits qui sont dus à l'irrésistibilité, et dans l'appréciation des actes qui sont la conséquence d'une volonté responsable. En revenant encore sur ce sujet, notre intention est d'éclairer la question sous toutes ses faces, et nous n'avons pas jugé inutile d'ajouter quelques faits de plus aux nombreuses observations que nous avons déjà données.

Une dame de 45 ans, mère de treize enfans, racontait au docteur Conolly, qu'arrivée à l'âge de 40 ans, elle fut tourmentée par de cruelles appréhensions. Son état d'hystérie, qu'elle était la première à avouer, avait atteint un type si désespérant, que les plus solides qualités de son esprit et de son cœur semblaient être sinon évanouies, du moins considérablement obscurcies. Elle lutta pendant sept années contre une passion que lui avait inspirée un individu avec lequel elle n'avait jamais eu que de simples rapports de politesse. Dans d'autres circonstances, elle était poussée à des déterminations insensées, comme de frapper son mari, ses parens ou ses amis. Elle s'interrogeait elle-même avec effroi, répétait cinquante fois les mêmes mots, se retirait dans sa chambre pour se lamenter, et se livrait à toutes sortes d'extravagances, comme de danser seule, de chanter, de pleurer sans motifs. Elle s'imaginait être l'épouse du diable ; et ce pénible état, qui l'empêchait pas cette dame de tenir sa place dans le monde, ne dura pas moins de sept années; et elle n'éprouva de rémission que pendant le temps de ses grossesses.

Un médecin éclairé auquel cette dame s'était confiée, constata que le col de l'utérus était dans des conditions d'engorgement vasculaire, et que l'irritabilité, dont cet organe était le siége, s'irradiait dans tout l'organisme.

Une autre dame, qui ne fit jamais de *folies assez notoires* pour être isolée, racontait au même médecin que, dans les fréquentes interruptions de son sommeil, elle ne pouvait se débarrasser de l'idée de tuer son mari et de raisonner à perte de vue sur la facilité qu'elle aurait d'exécuter son projet. Elle réveillait son époux pour causer, et ne trouvait pas d'autres moyens de chasser cette fatale idée qu'elle n'osa jamais avouer à une autre personne qu'à son médecin.

Une malade à laquelle j'ai été appelé à donner des soins lorsque sa folie fut confirmée, et qui occupait dans le monde la place que lui désignaient sa fortune, les charmes de son esprit et la position de son mari, se livrait depuis longtemps à des actes qui pouvaient, dans le principe, passer aux yeux de sa famille et des personnes qui en étaient les témoins involontaires, pour des excentricités de caractère. Elle avait, sans motifs justifiables, de violens accès de colère, et brisait des objets rares et précieux de son salon. La honte qu'elle éprouvait de ses emportemens en présence des domestiques, faisait qu'elle se retirait dans ses appartemens, ne voulait voir personne et se livrait à de violens accès de désespoir. Elle se prenait à faire des extravagances de toutes sortes, répétait continuellement les mêmes mots, écrivait des pages insensées, qu'elle s'empressait de déchirer. Une foule d'idées plus folles et plus honteuses les unes que les autres, traversaient incessamment son cerveau, et elle n'avait d'autre moyen de s'en débarrasser que d'appliquer sa bouche à l'ouverture d'un calorifère et d'articuler à voix basse, les injures qu'elle adressait aux uns, les pensées criminelles qu'elle exhalait envers les autres.

Si, au milieu de ses paroxismes, Mme X... recevait une visite, si les invités à une soirée étaient annoncés, elle avait assez d'empire sur elle-même pour apparaître avec un visage riant et faire les charmes de la conversation. Bien des fois cette dame, qui avait de violens accès d'hystérie, désira *être complètement folle*; un pareil état lui paraissait préférable à la cruelle position de ne pouvoir maîtriser ses actes impulsifs, et repousser les idées de suicide qui la tourmentaient. Un accès violent de manie jugea cette situation critique : Mme X... guérit complètement.

Dr MOREL,
Médecin en chef de l'asile de Maréville.

(*La suite prochainement.*)

Les malades que nous avons eu à traiter se trouvaient donc dans les conditions les meilleures pour rendre évidens les résultats favorables et permanens que nous avons obtenus. J'ai traité des femmes qui m'ont été confiées par des confrères, et qui, malgré leurs soins habiles, ne pouvaient même pas marcher. Après le traitement, elles ont pu reprendre leurs occupations et faire de longues courses sans inconvénient. Ces faits sont concluans; il suffit de les mentionner. J'ajoute seulement que sur 117 cas que j'ai rassemblés, j'ai obtenu 78 guérisons radicales; que 14 fois seulement le traitement a été complètement inefficace; et que, dans les autres cas, ou bien le traitement a été incomplet, ou bien il a procuré une amélioration des plus notables; ou enfin les malades sont encore en traitement. Je ne doute pas que les médecins qui emploient le même moyen n'obtiennent des résultats semblables, ou même supérieurs; car ils ont pu profiter des perfectionnemens que je n'ai pu obtenir qu'en tâtonnant, et au prix de quelques mécomptes et de quelques accidens. Il est même plus que probable que la proportion des succès ira toujours en augmentant, car les procédés et les instrumens se perfectionnent encore; et récemment dans ce journal même, M. le docteur Bonnafont, dont tout le monde connaît l'ingénieuse habileté, a trouvé une modification heureuse à la tige intra-utérine, pour prévenir, dans les grands mouvemens, l'échappement de la tige qui se produit facilement chez certaines personnes, et qui, dans un cas que nous avons vu avec ce médecin, a préparé la malade à une inflammation assez forte, accident qui n'a eu que les suites ordinaires, mais qui a eu cela de fâcheux de faire renoncer la malade à un traitement qui, seul, pouvait lui faire espérer la guérison.

PATHOLOGIE.

AFFECTION AIGUE DES ARTICULATIONS, TERMINÉE PAR SUPPURATION, AVEC LÉSION PROFONDE DES CARTILAGES DE L'ARTICULATION FÉMORO-TIBIALE DROITE; — MORT TRENTE-SIX HEURES APRÈS L'APPARITION DES PREMIERS SYMPTOMES ARTICULAIRES, PAR CONGESTION PULMONAIRE ET FORMATION DE CAILLOTS DANS LE COEUR.

Observation lue à la Société médicale des hôpitaux, par M. Caron, interne des hôpitaux.

Le 31 mai 1853 est entré dans le service de M. Marrotte, hôpital Sainte-Marguerite, salle Saint-Augustin, n° 5, un homme âgé de 39 ans, d'une forte constitution, à muscles bien développés, à cheveux bruns, à peau brune et colorée.

Cet homme a toujours joui d'une bonne santé, il n'a rien éprouvé du côté des organes respiratoires ni du côté du cœur; il n'a jamais eu de rhumatisme articulaire.

Les seules maladies qu'il ait été possible de constater dans ses antécédens, sont de fréquentes blennorrhagies, qui, toutes, ont été fort mal soignées. Nous avons pu nous convaincre qu'il n'en existait pas lors de son entrée à l'hôpital; la dernière remontait à une époque éloignée du début des accidens articulaires.

Sa profession consiste à prendre des abonnemens à domicile, et ne l'expose que médiocrement aux intempéries des saisons.

Il demeure à Paris depuis longtemps, et habite, dans un quartier sain, un logement bien aéré et exposé au soleil.

Sa nourriture a toujours été abondante et de bonne qualité; mais il se livrait assez souvent à des excès de boisson et très fréquemment à des excès de femmes.

Si sa santé robuste en a été troublée, ce n'a jamais été au point de le forcer à interrompre son travail.

Sa mère est morte d'une affection cancéreuse; son père est mort dans un âge avancé, sans qu'il ait été possible de savoir de quelle maladie. Ni l'un ni l'autre n'était sujet au rhumatisme.

Le 25 mai, notre malade était aussi bien portant que d'habitude. Le 26, il fut pris de céphalalgie et de courbature; l'appétit se perdit, la bouche devint pâteuse, une légère gêne se fit sentir lors de la déglutition.

Le malade resta quatre jours chez lui sans faire aucun traitement, et, quand il entra à l'hôpital, le 31 mai, nous le trouvâmes dans l'état suivant:

La peau est fraîche et sans sueur, le pouls calme, l'aspect général excellent.

Céphalalgie, absence de sommeil, sentiment de lassitude dans les membres et dans les reins; anorexie, soif modérée, langue large, humide, couverte d'un enduit d'un blanc jaunâtre, surtout à la base. Goût amer et pâteux de la bouche, quelques nausées, sans vomissement, un peu de constipation.

Le malade tousse depuis le 26, il n'a pas d'expectoration.

On ne trouve aucune diminution de son dans la poitrine, en arrière, et on y constate une respiration vésiculaire et pure, dans toute la hauteur.

Il éprouve une gêne légère dans tous les mouvemens de déglutition; les amygdales sont un peu tuméfiées, surtout celle de droite, elle est aussi plus rouge. La luette et les bords du voile du palais sont d'un rouge assez vif, et légèrement augmentés de volume. Il n'existe aucune douleur au niveau des angles des mâchoires, mais on trouve, à droite du cou, un paquet de ganglions engorgés et douloureux, sans changement dans la couleur ni la consistance de la peau qui les recouvre.

Le 1er juin, on constata le même état du malade et on lui prescrivit: Guimauve sp., poudre d'ipéca, 1,50, en trois doses. Diète.

2 juin. La peau est fraîche, le pouls calme, le malade est sans fièvre, il se plaint seulement de ne pas dormir. Il a abondamment vomi et ses vomissemens n'ont présenté rien de particulier à noter; il n'a presque pas eu de selles. Il a pu se lever et marcher pour aller à la garderobe.

L'état de la langue et l'anorexie sont les mêmes, la rougeur et la tuméfaction des amygdales, la gêne de la déglutition persistent. Il n'y a pas de douleur aux angles de la mâchoire, les ganglions sont moins volumineux, et la peau qui les recouvre n'est ni rouge ni douloureuse.

La respiration n'est point gênée. La sonorité de la poitrine est égale et bonne des deux côtés, et dans toute la hauteur en arrière. Le murmure vésiculaire y est moelleux et pur; à peine, de temps en temps, perçoit-on quelques râles sibilans.

Guimauve sp., eau de sedlitz 1 bouteille, gargarisme vinaigré. Diète.

3 juin. L'eau de sedlitz, prise la veille, a déterminé deux ou trois selles, et le malade a été obligé de se lever la nuit pour aller à la garderobe. Au lieu de satisfaire ce besoin dans la salle, il a commis l'imprudence de traverser les salles et de se rendre à des latrines ouvertes, sans prendre d'autre vêtement que sa capote.

Il n'éprouvait alors aucune douleur dans la continuité des membres ou dans leurs articulations.

Pendant son séjour aux latrines, il a senti du refroidissement, et une fois revenu à son lit, il a eu quelque peine à se réchauffer. Toutefois, il n'a pas éprouvé de frisson et n'a eu aucun vomissement.

A la visite du matin, on ne trouve pas de fièvre, la peau est fraîche et le pouls calme. La respiration est normale. Les amygdales sont dans le même état. Les ganglions du cou ont diminué de volume.

L'articulation du genou droit est gonflée; on y reconnaît encore la forme de la rotule, mais au-dessus d'elle on remarque deux saillies fluctuantes, s'élevant de 4 à 5 travers de doigt, surtout en dedans de la cuisse.

La peau qui recouvre l'articulation n'a pas changé de couleur. La jambe est étendue. Les mouvemens spontanés et communiqués sont très douloureux, la pression est insupportable.

Aucune autre articulation n'est douloureuse ni gonflée.

On continue le même traitement, et de plus, on applique 15 sangsues et des cataplasmes sur le genou malade.

Le soir, le malade a un peu de fièvre; la peau est chaude et moite; la respiration est légèrement accélérée.

Les piqûres des sangsues ont abondamment saigné, et le sang coule encore.

L'état du genou est le même.

Aucune autre articulation des membres inférieurs n'est douloureuse; mais aux membres supérieurs, le poignet droit est arrondi, douloureux à la pression et lors des mouvemens. La peau y est un peu rosée.

Les trois premières articulations métacarpo-phalangiennes de la main droite sont douloureuses, rouges et gonflées.

4 juin. Décubitus dorsal; élévation de la tête; face pâle; oppression considérable; au moins trente inspirations par minute.

Les amygdales ne dépassent pas les piliers du voile du palais.

Pouls imperceptible aux radiales, à peine senti aux carotides, où il est irrégulier, intermittent, à 140 pulsations par minute.

Les battemens du cœur sont sourds, profonds, tumultueux. Il est impossible de distinguer nettement les deux bruits.

La matité, à la région précordiale, commence à la troisième côte, et présente 6 à 7 centim. de haut en bas.

En avant de la poitrine, la respiration est vésiculaire et pure. En arrière, on constate au sommet des deux poumons une diminution notable du son, surtout à gauche. A la base, la sonorité est également moindre qu'à l'état normal.

A l'auscultation, on trouve dans toute la hauteur de la poitrine des râles sous-crépitans et du râle crépitant, dont les bulles, fines et nombreuses, paraissent moins sèches que dans le râle crépitant de la pneumonie. Les râles ont leur maximum d'intensité au sommet du poumon gauche. Il n'y a ni souffle, ni retentissement de la voix.

L'articulation du genou droit est affaissée, quoique plus volumineuse qu'à l'état normal, et présentant une fluctuation évidente. La douleur y est presque nulle.

Le poignet n'est pas plus gonflé que la veille au soir; il offre moins de rougeur; il est encore douloureux à la pression. La rougeur des articulations métacarpo-phalangiennes a disparu.

Potion avec 50 centig. de tartre stibié. Saignée de 300 grammes.

4 juin, à midi. Les accidens ont rapidement augmenté. Orthopnée; face pâle; anxiété extrême; peau chaude au corps, froide aux extrémités; vomissemens de matières brunes, comme sanguinolentes.

Mort à une heure du soir.

Autopsie pratiquée le 6 juin, 44 heures après la mort, par une température moyenne.

Raideur cadavérique nulle, pas de vergeture, pas de putréfaction.

Tête. L'arachnoïde ne contient pas de liquide; elle est normale. La pie-mère est transparente, elle ne contient ni pus, ni fausses membranes. Ses vaisseaux sont remplis d'un sang noir, sans cependant que son injection soit extrême. Elle n'est pas adhérente et s'enlève facilement. Les circonvolutions sont saines dans toute leur superficie.

La substance cérébrale est d'une bonne consistance, elle offre l'aspect normal, elle ne présente de remarquable qu'une injection qui se révèle à la coupe, sous forme de gouttelettes de sang du volume d'une tête d'épingle.

Les parties centrales, le cervelet et la moelle allongée n'offrent rien de remarquable.

Les ventricules latéraux contiennent une cuillerée à café de sérosité. La toile choroïdienne est injectée. Le 3e et 4e ventricules sont sains.

Poitrine. Les plèvres ne contiennent pas de sérosité, ni de fausses membranes.

Le lobe supérieur du poumon gauche est violacé. A la coupe, il s'en écoule une sérosité rougeâtre, spumeuse, très abondante; il n'y a pas d'induration.

Le lobe inférieur est fortement déprimé par le cœur, qui est volumineux; il est violet et congestionné comme le supérieur, mais il ne renferme pas de sérosité. Il paraît avoir été privé d'air par la compression exercée sur lui. On y rencontre deux tubercules à l'état crétacé.

Le poumon droit ne présente pas d'autres altérations que la congestion sanguine et séreuse; cette dernière y est moindre que dans le lobe supérieur du poumon gauche.

Cœur. Le péricarde ne renferme guère qu'une cuillerée à bouche d'une sérosité trouble et sanguinolente; on remarque, à sa surface interne, trois à quatre sugillations noirâtres.

La face antérieure du cœur est recouverte d'une large plaque laiteuse, d'une ancienne origine. Le volume de l'organe est énorme; l'oreillette droite seule est aussi volumineuse que le ventricule gauche d'un cœur normal.

Quand nous avons pris les mesures du cœur, il s'en était déjà écoulé une assez grande quantité de sang noir et de caillots; néanmoins, il offrait encore 32 centimètres de circonférence au niveau de la base des ventricules; 16 centimètres en avant, de droite à gauche, dans sa plus grande largeur, et 12 du sillon inter-auriculo-ventriculaire à la pointe. Les parois du ventricule gauche avaient 18 millimètres, et celles du ventricule droit 7 millimètres d'épaisseur.

Le ventricule gauche contient, au milieu d'un sang noirâtre qui disparaît aisément par un lavage modéré, deux caillots fibrineux, gros comme une amande et non adhérens.

La membrane interne paraît, dans quelques points, un peu blanchâtre; dans d'autres, elle offre une coloration d'un rouge violacé, due en apparence à une injection vasculaire.

Les valvules auriculo-ventriculaires et aortiques sont parfaitement saines.

L'aorte est normale et ne contient pas de caillots.

L'oreillette gauche, peu développée, ne présente rien de remarquable.

Le ventricule droit est très distendu par des caillots noirâtres et fibrineux, qui s'intriquent dans ses colonnes charnues, et dont l'un pénètre dans l'artère pulmonaire.

Les valvules auriculo-ventriculaires et artérielles sont parfaitement saines et transparentes.

L'oreillette droite est remplie de sang noir; et sa face interne, comme, du reste, celle du ventricule correspondant, mais à un plus haut degré, est d'une couleur violacée uniforme qui paraît due à l'imbibition cadavérique.

Abdomen. Le tube digestif est sain; le foie, assez volumineux, est gorgé de sang noir. Il ne contient pas de traces de pus.

La rate, d'un gris violet, est un peu molle; elle ne présente aucun abcès; du côté des reins, nous n'avons pu noter qu'un peu d'injection de ces organes.

La moelle n'a pas été examinée.

Genou droit. A l'extérieur, l'articulation paraît arrondie et pleine de liquide. A l'incision, il s'en écoule une quantité qu'on peut évaluer à 60 ou 80 grammes d'un liquide blanc jaunâtre, non filant, bien lié, et paraissant être du pus.

Le tissu cellulaire extra-synovial, dans certains points, surtout en dedans, est rempli d'une sérosité jaunâtre transparente.

La synoviale elle-même est d'un rouge rosé dans presque toute son étendue.

Dans certains points, principalement au niveau du condyle interne du fémur et du bord interne de la rotule, elle offre une coloration rouge vif.

Cette rougeur, uniforme dans quelques endroits, devient, dans d'autres, manifestement constituée par des vaisseaux sanguins injectés, dont le volume s'élève à un cinquième et même à un quart de millimètre.

La synoviale paraît avoir conservé son épaisseur et sa transparence; elle ne présente de fausse membrane qu'à la face articulaire du ligament extenseur, encore celle-ci est-elle si ténue, qu'on ne peut la soulever avec des pinces sans la déchirer.

Les os sont sains; nous nous en sommes assurés par des sections pratiquées avec la scie. M. le professeur Denonvilliers, qui les a vus, a partagé cette conviction. Le cartilage, au contraire, présente des altérations très variées.

Sur le condyle interne du fémur, il est d'un rouge aussi intense que celui de la synoviale. Dans une largeur de un centimètre carré, il a perdu en grande partie son élasticité, ce qu'il est facile de constater en y enfonçant une pointe de bistouri. En effet, on sait qu'à l'état normal, le cartilage repousse vivement la pointe de l'instrument introduit dans sa substance.

Même altération, et dans une pareille étendue, sur le condyle externe, à sa partie la plus élevée.

Mais les désordres les plus considérables se voient dans la rainure inter-condylienne. Dans une étendue de 17 millimètres transversalement, sur 20 de haut en bas, le cartilage présente une dépression d'un millimètre, dont les bords sont irréguliers, mamelonnés, et dont le fond est constitué par le cartilage extrêmement ramolli et presque réduit en bouillie. Sa coloration est d'un blanc terne, légèrement jaunâtre. A ce niveau, et dans une étendue de 23 millimètres transversalement sur 30 de haut en bas, il y a perte complète d'élasticité.

Le cartilage rotulien présente à peu près les mêmes altérations, si ce n'est que la perte de substance est moins considérable et le ramollissement plus marqué.

Toute la saillie médiane verticale de la rotule a perdu son poli et son élasticité; elle offre plusieurs mamelons cartilagineux séparés les uns des autres par de petites pertes de substance, et colorés en jaune rougeâtre. A la partie interne, le cartilage rouge est dépourvu d'élasticité, forme une saillie d'un centimètre de base, dont le tissu est si mou qu'il tremble comme de la gelée.

De toute la rotule, il n'y a guère que la fossette externe et le bord inférieur où le cartilage ait conservé son élasticité.

La section perpendiculaire, comprenant les cartilages et les os, a démontré que les premiers étaient notablement épaissis. Cette épaisseur allait en mourant des parties malades, où elle était considérable, aux parties saines, où elle redevenait normale. L'altération était d'autant plus manifeste, qu'elle se rapprochait de la surface libre du cartilage. A l'ouverture de l'articulation, la couche superficielle était constituée par la pulpe que nous avons décrite et qu'enlevait le scalpel. Au-dessous, le cartilage était fortement désagrégé dans une épaisseur d'un millimètre. Près de l'os, il avait plus de consistance et moins d'altération de couleur. Son adhérence à l'os était complète.

Genou gauche. La synoviale et le cartilage sont à l'état normal. On y trouve une cuillerée à dessert d'un liquide blanc jaunâtre, filant, ayant la couleur du pus.

Avec la même intégrité de l'articulation, on trouve un liquide semblable dans les articulations tibio-tarsiennes des deux côtés, dans les deux articulations radio-carpiennes, dans celle du coude droit, dans les articulations métacarpo-phalangiennes du medius et de l'annulaire

de la main droite. Il manque au coude gauche; il manque aussi au pouce et à l'index droits.

Nous avons remis à M. le professeur Robin celui de ces liquides qui se rapprochait le plus de l'aspect extérieur du pus recueilli dans l'articulation du genou droit, et celui qui s'en éloignait davantage, pris dans l'articulation du genou gauche, et nous allons transcrire ici la note qu'il a bien voulu nous remettre après l'examen microscopique.

Les deux tubes apportés par M. Caron renferment du pus avec des globules pyoïdes, ou globules de pus sans noyaux, abondans, comme cela est ordinaire dans les séreuses. Ils ne diffèrent l'un de l'autre que par ce fait : que celui qui s'éloigne le plus des caractères ordinaires du pus, renferme plus de sérum et plus de globules granuleux de l'inflammation que l'autre.

Le cadavre étant réclamé, nous n'avons pu ouvrir toutes les articulations. Nous n'avons pu également enlever les surfaces articulaires, de manière à constater si le cartilage avait subi des modifications dans son épaisseur, malgré son apparence saine.

La même circonstance nous a interdit des recherches étendues sur le système veineux.

Messieurs, M. Marrotte a pensé que cette observation méritait de vous être présentée, malgré les obscurités qu'elle renferme, ou plutôt à cause de cette obscurité même.

A ne considérer que la présence du pus et sa production rapide dans l'intérieur des articulations, ce fait se range parmi les résultats de la diathèse ou de l'infection purulente. Mais la constitution robuste du sujet, la bénignité de la maladie pour laquelle il est entré à l'hôpital; maladie qui a paru étrangère, jusqu'ici, au développement des affections purulentes; l'absence du pus dans les organes parenchymateux et dans les cavités séreuses qui en contiennent habituellement dans les cas de ce genre, toutes ces circonstances, dis-je, éloignent de l'idée d'une diathèse ou d'une infection purulente. Joignez à cela que le refroidissement qui s'est manifesté au début n'a pas été spontané, qu'il a été le résultat évident d'une cause extérieure qui a surpris le malade au sortir du lit.

Est-ce donc une affection rhumatismale, un rhumatisme articulaire sur-aigu terminé par suppuration?

Admettre une semblable opinion, ce serait heurter trop violemment les idées reçues aujourd'hui sur les terminaisons possibles du rhumatisme, idées, il faut l'ajouter, qui trouvent un fondement solide dans l'observation; car, un des caractères fondamentaux du rhumatisme, la mobilité, n'a pas été constaté, ou du moins ne l'a été que d'une manière insuffisante pour entraîner la conviction d'observateurs rigoureux. Il est vrai de dire que la présence des produits plastiques ou purulens, c'est-à-dire non susceptibles d'une résorption rapide, est un obstacle à la mobilité, même dans les cas de rhumatismes bien caractérisés. Les péricardites, les pleurésies accompagnées de la production de fausses membranes, les méningites où l'on trouve du pus, ne disparaissent plus avec rapidité, comme dans les cas de simple épanchement séreux. On voit quelquefois le rhumatisme envahir une articulation d'une manière violente, et y perdre alors sa mobilité, que lui fait recouvrer une évacuation sanguine faite à propos.

Faut-il, au contraire, considérer comme un commencement de mobilité, dans l'observation que je rapporte, la diminution du volume et de la douleur dans l'articulation prise la première, alors que les autres articulations se prenaient davantage, alors que les poumons devenaient le siége d'une congestion active?

Resterait, comme dernière hypothèse, l'existence d'une arthrite multiple sur-aiguë. La même cause occasionnelle aurait agi sur plusieurs organes à la fois, et donné lieu au développement de phlegmasies multiples qui n'auraient été successives qu'en vertu de différences dans l'intensité d'action de la cause sur tel ou tel point, dans la vitalité des organes.

Ce sont là des questions que je me suis permis de poser, laissant à mes maîtres dans les hôpitaux le soin de les résoudre.

Quelle que soit l'opinion à laquelle on s'arrête, sur la nature de l'affection que j'ai décrite, il reste encore à discuter un point intéressant d'anatomie pathologique. Les lésions que nous avons rencontrées sur les cartilages de l'articulation fémoro-tibiale droite, sont-elles de date récente?

Quelques-uns des honorables membres de votre Société qui les ont vues, ont nié que cela fût possible; que de pareilles lésions ne s'observaient que sur des malades dont l'affection aurait eu une durée beaucoup plus longue; ils ont pensé qu'il n'y avait là qu'une simple coïncidence, et que le genou était le siége d'une lésion chronique qui remontait à une époque plus éloignée.

Quant au premier point, c'est-à-dire à l'impossibilité d'une lésion aussi rapide des cartilages, peut-être est-il permis de répondre que cette impossibilité n'est pas absolue, c'est-à-dire qu'il n'y a rien dans la structure du cartilage qui s'oppose d'une manière radicale à son altération. Cette impossibilité est une vue de l'esprit, fondée sur les faits observés jusqu'à présent, et dans lesquels on ne rencontre pas la circonstance capitale qui distingue celui-ci, c'est-à-dire la possibilité d'ouvrir le cadavre d'un individu mort d'arthrite sur-aiguë, après trente-six heures de maladie.

En second lieu, s'il y avait eu une lésion chronique antérieure, il est bien difficile de croire qu'elle fût passée complètement inaperçue, qu'elle n'eût déterminé ni douleur vague, ni sensibilité à la pression, ni douleur vive dans certains mouvemens, chez un homme dont le métier était de faire des courses. Nous avons en ce moment, dans les salles, un homme chez lequel un des genoux présente des surfaces articulaires légèrement rugueuses, et qui se plaint de douleurs fort vives en marchant, quoi qu'il n'existe ni rougeur, ni gonflement au niveau de l'articulation. J'ajouterai, pour terminer, que chez notre malade, la synoviale, les os, et le tissu cellulaire péri-articulaire n'ont offert aucune apparence de lésion chronique.

BIBLIOTHÈQUE.

MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS, ou MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LONDRES. Tome XXXV. Un volume in-8° de 492 pages. — Londres, 1852.

Le dernier volume des *Mémoires de la Société médico-chirurgicale de Londres* est un des plus riches en travaux de médecine, qui aient paru depuis quelques années; mais ces travaux portent tous l'empreinte des tendances exclusivement anatomo-pathologiques ou iatro-chimiques qui dominent chez nos voisins. Plusieurs de ces travaux offrent cependant un véritable intérêt, et nous tâcherons d'en faire passer la substance dans le rapide compte-rendu, que nous impose le peu d'espace dont nous pouvons disposer. Comme nous l'avons fait déjà, nous grouperons tous ces travaux en trois séries, embrassant successivement la médecine, la chirurgie et l'obstétrique.

MÉDECINE. — *Recherches statistiques sur les maladies du cœur, observées à l'hôpital St-Georges, considérées principalement dans leurs rapports avec le rhumatisme et l'albuminurie;* par le docteur BARCLAY. — Travail fondé sur de nombreuses ouvertures de cadavres, faites par l'auteur, chargé exclusivement de toutes les autopsies. Ce travail contient, par exemple, les résultats de huit autopsies de rhumatisme articulaire aigu. Dans deux de ces cas, il y avait de la suppuration au pourtour et dans l'intérieur des articulations, de sorte que l'on se demande si c'étaient bien là de véritables cas de rhumatisme. Dans cinq autres cas, on trouva les traces d'une péritonite ou d'une endocardite; mais le huitième de ces cas est certainement le plus curieux, puisque c'est un nouvel exemple de ces apoplexies rhumatismales si bien décrite dans ces derniers temps par MM. Bourdon (H.), Vigla et Marrotte. La malade, jeune fille de 20 ans, fut prise de délire avec tremblement, et à la suite, de coma, dans lequel elle succomba le troisième jour. Mais ce qu'il y a d'intéressant pour le médecin, dans ce travail, c'est la partie qui traite des relations du rhumatisme articulaire avec les maladies du cœur. Quoi de plus éloquent que les chiffres suivans : sur 8 rhumatismes articulaires aigus suivis de mort, 6 offrent des traces de maladies aiguës du cœur, 6 péricardites, 2 endocardites. Plus de la moitié des cas de maladies du cœur, dans lesquelles il y a eu autrefois rhumatisme aigu, montrent à l'autopsie des altérations de vieille péricardite. Un tiers environ des maladies valvulaires du cœur reconnaît pour cause un rhumatisme antérieur; les altérations portent alors principalement sur la valvule mitrale. Enfin c'est avant vingt-cinq ans que le rhumatisme articulaire aigu frappe plus facilement sur le cœur, et plus les individus du sexe féminin que les hommes. Dans la jeunesse, les maladies du cœur sont presque toutes d'origine rhumatismale.

Observation de communication existant très probablement depuis plusieurs mois entre l'estomac et le colon transverse, chez un enfant de 5 ans; par le docteur Robert JONES. — Ces accidens avaient été accompagnés de vomissemens, dans lesquels on avait trouvé une petite quantité d'un liquide d'une odeur très fétide, d'une couleur brunâtre, mais pas de matières fécales. La mort avait eu lieu dans le marasme.

De l'alcalinité de l'urine par suite de la présence d'un alcali fixe, dans quelques cas de maladie de l'estomac; par le docteur BENCE JONES. — Déjà, en 1845, l'auteur avait fait la remarque que l'urine était alcaline par suite de la présence d'un alcali fixe; plus tard, il s'est assuré que cette alcalinité s'observait assez souvent pendant la digestion; d'où il conclut que cet état particulier de l'urine ne dépendait pas d'une maladie des reins, mais bien d'un léger trouble dans les fonctions de l'estomac. Chez les deux malades dont il rapporte l'histoire dans son nouveau travail, M. B. Jones a constaté cette alcalinité de l'urine en rapport avec les troubles de la digestion, et en particulier avec la présence des *sarcinæ ventriculi*, sans que cependant la présence de ces derniers soit toujours accompagnée d'urines alcalines. Mais ce qu'il y a de curieux dans ces faits, c'est qu'à quelques heures de distance les urines étaient acides ou alcalines, et l'alcalinité de l'urine coïncidait avec des vomissemens de matières acides, pour disparaître dès que ces vomissemens s'arrêtaient.

De la dégénérescence granuleuse et graisseuse des muscles volontaires; par le docteur Ed. MERYON. — Excellente description, avec des gravures très exactes, des caractères anatomiques de la dégénérescence graisseuse des muscles; mais cette dégénérescence n'a aucun rapport avec l'affection que j'ai décrite, il y a quelques années, sous le nom d'*atrophie musculaire progressive*. Dans les cas de M. Meyron, la dégénérescence graisseuse a été consécutive à des paralysies anciennes, provoquées chez de jeunes sujets par des maladies cérébrales. Du reste, la dégénérescence graisseuse est la même dans les muscles, quelle que soit la cause qui y donne lieu.

Quelques observations sur les effets des médicamens cholagogues, suivies de quelques remarques sur certaines altérations pathologiques du foie; par le docteur HANDFIELD JONES. — Nous avons donné *in extenso* la première partie de ce mémoire. Voici les conclusions de la seconde, qui a trait surtout à la dégénérescence graisseuse (*foie gras*) :

1° La transformation graisseuse partielle et marginale des lobules du foie, ne constitue pas un état pathologique, et ne peut être considérée comme une altération pathologique;

2° Sur 20 cas de dégénérescence graisseuse très avancée ou complète, il en est 15 qui n'ont aucun rapport avec la phthisie pulmonaire;

3° Dans 8 de ces vingt cas, l'amaigrissement était considérable; mais dans les 14 autres, il n'était pas toujours porté très loin;

4° Sur 20 cas de foie complètement gras, 3 seulement étaient associés à la dégénérescence granuleuse des reins, et 1 à la dégénérescence graisseuse de cet organe;

5° Sur 30 cas de transformation graisseuse partielle, 7 étaient compliqués de dégénérescence granuleuse des reins, mais c'était probablement une coïncidence.

De quelques-uns des principaux effets résultant du détachement des caillots fibrineux de l'intérieur du cœur et de leur mélange avec le fluide circulatoire; par le docteur W. SENHOUSE KIRKES. — Les conclusions suivantes donnent une idée suffisamment exacte de ce travail :

1° On peut établir en fait général que les concrétions fibrineuses formées sur les valvules ou dans l'intérieur du cœur peuvent être facilement détachées pendant la vie, et mélangées au sang en circulation;

2° Si ces concrétions sont détachées et transmises en masses assez volumineuses, elles peuvent tout d'un coup oblitérer une grosse artère et interrompre l'afflux du sang vers un organe important; en petites masses, elles peuvent s'arrêter dans des vaisseaux d'un moindre calibre, et donner naissance à diverses altérations morbides dans les organes intérieurs; tandis que dans d'autres circonstances, des particules, extrêmement petites, débris probablement de caillots fibrineux ramollis, se mélangent au sang en quantité suffisante pour l'empoisonner et pour produire des symptômes typhoïdes ou d'infection purulente;

3° Les effets produits et les organes affectés varient en grande partie suivant le côté du cœur affecté : si c'est des cavités droites que les concrétions fibrineuses sont parties, les poumons subiront le contre-coup de cette altération, et le traduiront par la formation de caillots dans l'artère pulmonaire et de divers dépôts dans le tissu pulmonaire; tandis que si, ainsi que cela a lieu le plus fréquemment, les valvules gauches en sont le point de départ, l'altération secondaire aura un champ bien plus large, et pourra avoir son siége dans un point quelconque de l'économie, et plus particulièrement dans ces organes, tels que le cerveau, la rate et les reins, qui sont fournis directement et largement par le sang des cavités gauches du cœur.

Observation de fistule biliaire; par G. ROBINSON. — Observation d'une femme de 64 ans, chez laquelle, à la suite de coliques hépatiques répétées, et au milieu d'un ictère, il se forma une tumeur à la région épigastrique, à deux ou trois pouces au-dessous de l'ombilic, qui se ramollit, fut ouverte et donna issue à un mélange de bile et de pus. L'ouverture resta fistuleuse, la quantité de liquide évacué par la fistule diminua, et celui-ci finit par se rapprocher du caractère de la bile pure. Néanmoins, l'écoulement de ce liquide était continuel, et augmentait surtout après les repas et quand elle était debout; du reste, la santé générale était assez bonne, sauf des flatuosités. L'amaigrissement alla en augmentant, peut-être parce que la nourriture n'était pas suffisante, et la mort eut lieu dix mois après. L'autopsie montra que l'ouverture extérieure communiquait, non pas avec la vésicule, mais avec un des petits conduits biliaires, dilatés comme le canal hépatique et le canal cholédoque. Ce dernier était oblitéré par un calcul, formé de bile épaissie, qui avait trois quarts de pouce de long sur deux tiers de pouce de large.

Protection fournie par la vaccine contre la petite-vérole, démontrée par les relevés statistiques de l'armée, de la marine et l'asile royal militaire; par T. GRAHAM BALFOUR. — A ceux qui douteraient de la puissance préservatrice de la vaccine, nous répondrons en recommandant la lecture de ces documens. Dans la marine et dans l'armée, les quatre cinquièmes des individus qui les composent ont été protégés de la variole par la vaccine.

(*La fin à un prochain numéro.*) Dr ARAN.

RÉCLAMATION.

Paris, le 3 Septembre 1853.

Monsieur le rédacteur,

M. le docteur Hervieux, dans un travail sur la dentition des enfans, me fait dire que les premières dents de l'enfant apparaissent *à trois mois*. — Je n'ai dit cela nulle part. — D'après des relevés très nombreux que j'ai faits, j'ai établi que cette évolution se faisait, en moyenne, vers sept mois et demi.

J'ai dit, et mes recherches nouvelles confirment ce que j'avais avancé jadis, savoir : que la dentition de l'enfant se fait par groupe, le plus souvent de la manière suivante :

1er groupe, 2 incisives inférieures médianes;
2me groupe, 4 incisives supérieures;
3me groupe, 2 incisives latérales inférieures et 4 premières molaires;
4me groupe, 4 canines;
5me groupe, 4 deuxièmes molaires.

Je persiste à penser (et MM. Blache, Roger, Moynier, etc., ont été conduits aux mêmes résultats que moi), que les canines sortent, dans la presque universalité des cas, après les premières molaires.

Il y a, d'ailleurs, il faut le convenir, des interversions très fréquentes; mais je ne parle que de ce qui se passe le plus communément.

Agréez, etc., TROUSSEAU.

COURRIER.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — Une lettre de Stockholm annonce, comme une chose officielle, que plusieurs cas de choléra ont éclaté à Gottenbourg et dans cette ville. Sur 6 personnes attaquées, 5 ont succombé. En revanche, d'après une lettre de Copenhague, en date du 21, le choléra diminuait sensiblement; néanmoins, depuis le commencement de l'épidémie, le nombre des cas s'est élevé à 7.188, et celui des décès à 3,891. Une lettre d'Helsingfors, en Finlande, en date du 8, annonce également que le choléra déclinait dans cette dernière ville. A Abo, les choses étaient aussi en bonne voie. Ce sont ces deux villes seules qui ont été atteintes par le fléau. D'après une dépêche du consul anglais, le choléra aurait éclaté à Hambourg, et il y aurait eu 30 cas en un jour; mais cette nouvelle mérite confirmation.

C'est à tort qu'on a annoncé l'apparition du choléra en Angleterre. Il est bien vrai que dans la quatrième semaine d'août, sur 1021 décès constatés dans la ville de Londres, il y en a eu 18 par le choléra, dont 3 se sont terminés en sept, neuf et treize heures; mais il ne faut pas oublier que, depuis le passage du choléra en Angleterre, il y a eu toujours, à cette époque de l'année, un certain nombre de cas de choléra très rapides dans leur marche et se rapprochant, à beaucoup d'égards, du choléra épidémique.

Nous ajoutons que nous pouvons assurer que le gouvernement n'a pas été officiellement informé de la présence du choléra à Londres.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Sous presse, pour paraître prochainement, volume in-8°.

MARCHE ET PROGRÈS DE LA MÉDECINE EN ALLEMAGNE
(*Dogmes et pratique*);
Par le docteur OTTERBOURG.

L'accueil si favorable fait à son esquisse rapide, intitulée « *Aperçu historique de la médecine contemporaine de l'Allemagne*, » esquisse destinée plutôt à servir d'ébauche à un travail *in extenso*, a engagé l'auteur à profiter de ses nombreux documens pour publier une histoire complète qui traitera, avec savoir et impartialité, des hommes et des choses de l'Allemagne médicale actuelle.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 107. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 8 Septembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An..............	32 Fr.
6 Mois..............	17
3 Mois..............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges, n° 12,* A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56* ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 7 SEPTEMBRE 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La nouvelle donnée et colportée par quelques journaux politiques plus ou moins bien informés, de l'apparition du choléra en Angleterre, avait, ces jours derniers, jeté une certaine émotion au milieu de la population parisienne. C'était d'abord un vague murmure, puis ce murmure est devenu un bruit, et puis une rumeur, qui, grossissant de jour en jour, est venue éclater enfin au sein de l'Académie et galvaniser un instant sur les banquettes presque vides les membres de ce corps savant, depuis longtemps endormi dans les doux plaisirs de la villégiature. M. Velpeau s'est constitué l'écho de ce murmure, de ce bruit, de cette rumeur. A propos d'une lettre de M. le docteur Thomas, qui s'est rendu à Saint-Pétersbourg pour y étudier de près le terrible fléau, l'honorable chirurgien de la Charité, d'un ton qui trahissait comme un reflet de l'émotion publique, a demandé que la commission dite du choléra voulût bien donner signe de vie et présenter au plus vite son rapport à l'Académie. S'il est vrai, ce qu'il ne croit pas, que nous soyons menacés d'une invasion prochaine de la maladie, il est urgent, ajoute M. Velpeau, que l'Académie prenne connaissance des documens contenus dans le rapport, pour en discuter la valeur et s'éclairer des lumières nouvelles que cette discussion pourra faire jaillir sur divers points obscurs de cette grande et grave question.

M. Jules Guérin, rapporteur, a répondu que, faisant partie de deux commissions distinctes, nommées à l'effet d'examiner les documens relatifs au choléra, il attendait, pour faire son rapport, que ces deux commissions eussent terminé leur travail afin de pouvoir émettre des conclusions concordantes et définitives; que le délai demandé par lui était d'autant plus nécessaire, que déjà le dépouillement de documens nouveaux était venu modifier plusieurs de ses conclusions; que l'Académie avait donc tout intérêt, si elle voulait entendre la lecture d'un rapport complet, de modérer son impatience.

L'Académie s'étant rendue aux raisons de M. Jules Guérin, la parole a été donnée à M. Londe, à l'occasion du procès-verbal. En réponse aux objections faites par M. Baillarger au rapport de M. Londe, sur la suppression des quartiers de *gâteux* dans les hospices d'aliénés, l'honorable académicien a lu une lettre du directeur de l'hospice de Charenton, dans laquelle ce fonctionnaire déclare que, depuis l'introduction de la réforme de M. Archambault, une amélioration extraordinaire a été obtenue dans cet établissement. Ainsi, tandis qu'avant la réforme, le nombre des drap salis par les gâteux, s'élevait, chaque année, à 8,732, depuis cette époque, ce chiffre était tombé à 753.

M. Baillarger applaudit tout le premier aux résultats remarquables obtenus par M. Archambault, mais M. le rapporteur lui semble être allé un peu trop loin dans ses éloges. Les mots de *succès complet* ne lui paraissent pas absolument justifiés, et il déclare que, dans sa conviction intime, on n'arrivera jamais à la suppression complète de quartiers de gâteux, la réforme de M. Archambault ne pouvant, évidemment, s'appliquer aux individus atteints de paralysie générale, dont le nombre est considérable dans les hospices d'aliénés.

Après une courte réplique de M. Londe, M. Bally monte à la tribune pour rendre compte à l'Académie des travaux accomplis par la section des sciences médicales, au Congrès scientifique d'Amiens.

Parmi les nombreuses et graves questions sur lesquelles la section a donné son avis, il en est quelques-unes que M. Bally croit devoir signaler à cause de leur importance.

Ainsi, la section de médecine a cru pouvoir résoudre affirmativement la question de la contagion du choléra, à la suite d'une longue discussion.

Quant à la question du meilleur traitement de la fièvre typhoïde, la section a jugé en faveur de celui de M. Leroy (de Béthune). Les lecteurs de l'UNION MÉDICALE se rappellent sans doute le remarquable travail publié dans ce journal par cet honorable praticien. Ils savent que la méthode de M. Leroy consiste dans l'emploi de la saignée et des sangsues au début, dans l'usage des boissons et des lavemens froids, et de la réfrigération du ventre à l'aide de serviettes trempées dans l'eau froide, en un mot, l'association de l'eau froide *intùs* et *extrà*, aux émissions sanguines locales et générales modérées. Telle est la base de la thérapeutique de la fièvre typhoïde, suivant la méthode de M. Leroy.

En jugeant ainsi cette question pratique, la section a implicitement jugé un point de doctrine fort controversé, à savoir la nature de la maladie dite fièvre typhoïde.

La fièvre typhoïde est-elle une pyrexie ou une phlegmasie? Évidemment, dans l'opinion de la section des sciences médicales, c'est une phlegmasie. C'est l'inflammation des follicules muqueux de la dernière partie de l'intestin grêle; ce n'est donc ni la *fièvre putride* des anciens, ni la *fièvre adynamique* de Pinel; mots dangereux, ajoute M. Bally, sous lesquels le vulgaire amalgame une foule de formes et de nuances d'affections fébriles diverses, et qui prêtent un appui à l'opinion dangereuse qui veut voir un rapport direct entre l'augmentation de la mortalité et la propagation de la vaccine, blasphème contre lequel, a dit M. Bally, la section tout entière s'est élevée par une protestation énergique.

Après un hommage rendu aux beaux travaux de M. Chatin, sur l'iode, travaux qui ont démontré, par une foule d'analyses, l'absence de ce précieux métalloïde dans les eaux des pays où règnent le goître et le crétinisme, la section s'est occupée des moyens de rendre l'inhalation du chloroforme exempte de dangers, de l'assainissement des Marais-Pontins, de l'ovariotomie pratiquée chez les vaches, dans le but de les engraisser et de conserver longtemps chez elles la faculté de sécrétion laiteuse. M. Charrier, vétérinaire à Reims, et auteur de cette nouvelle méthode, extirpe les ovaires des vaches, sans douleur et sans danger, à l'aide d'une incision faite à la paroi supérieure du conduit vaginal. Les vaches ainsi traitées restent pendant longtemps d'excellentes *laitières*; de plus, elles engraissent au point d'acquérir le double de leur poids; et leur chair devient d'une qualité bien supérieure. D'après les calculs de l'auteur, l'adoption de sa méthode donnerait au pays un bénéfice de 60 millions.

Enfin, comme digne couronnement à ses utiles travaux, la section des sciences médicales a émis le vœu d'une institution grandiose, d'un projet digne d'une grande nation comme la France, bien propre à tenter la générosité d'un gouvernement jaloux de créations grandes et glorieuses. Déjà l'Angleterre, toujours à la tête des autres pays toutes les fois qu'il s'agit d'institutions civilisatrices, nous a donné l'exemple. Elle possède aujourd'hui, près de la ville d'Epsom, un collége de retraite pour deux cents médecins vieux et infirmes; là aussi,

Feuilleton.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES EXCENTRICITÉS, LES BIZARRERIES DE CARACTÈRE ET DE GOUT, LES PASSIONS VIOLENTES, DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA FOLIE.

EXAMEN

DES DIFFICULTÉS QUE PEUT PRÉSENTER, EN MÉDECINE LÉGALE, L'APPRÉCIATION DES ACTES ET DES IDÉES DE QUELQUES INDIVIDUS.

(Suite. — Voir le numéro du 6 Septembre.)

Sommaire. — De quelques situations mentales intermédiaires entre la raison et la folie. — État de souffrance des malades placés dans ces situations. — Exemple d'un homicide produit dans des circonstances analogues. — De la manière de considérer les excentricités de quelques individus. — Interprétation des faits après la folie confirmée. Exemples : Swift, Johnson, Cooper.

II.

Combien de fois des malades hystériques ou hypocondriaques guéris, ne m'ont-ils pas avoué que dans ce triste état qui formait une véritable période d'incubation, ils ont été poussés à des tentatives de suicide! Quelques-uns d'entre eux n'avaient qu'un seul désir, celui de devenir complètement aliénés, tant la position dans laquelle ils gémissaient, leur causait de honte et de douleur.

Un jeune hypocondriaque en pleine voie de guérison aujourd'hui, nous avoue que, dans le désespoir de sentir ses forces morales et physiques diminuer, de ne pouvoir s'appliquer à quoi que ce soit, et d'être devenu, à ce qu'il prétendait, un sujet de mépris et de pitié, il avait fait tout son possible *pour s'abrutir et s'hébéter de plus en plus.* Il se mit à boire avec excès; il avala un jour, dans un accès de fureur et presque d'un seul trait, un litre de kirsch; il buvait son urine; il mangeait du tabac à priser et réussit au-delà de ses espérances, puisqu'il fallut l'isoler à Maréville. Il ne peut comprendre, aujourd'hui, comment il est possible de se livrer à des actes pareils.

Des faits de ce genre sont plus communs qu'on le pense, et au risque d'encourir le reproche adressé aux médecins spéciaux, de voir des aliénés partout, nous devons reconnaître que beaucoup d'individus qui, aux yeux du monde, passent encore pour des êtres raisonnables, sont dans cette période d'incubation. Il faut admettre encore qu'un pareil état, lorsqu'il n'est pas jugé par un accès complet de folie, par le suicide ou par quelque maladie incidente grave, se termine par des actes qui ressortent du domaine de la justice. La situation est d'autant plus compromettante pour l'honneur des familles, que l'individu incriminé est soumis à des momens d'exacerbation et de rémission, et que l'action malfaisante une fois commise, il s'opère chez lui une crise qui le replace momentanément dans les conditions normales de son intelligence. Des milliers de faits attestent que l'isolement, opéré en temps opportun, aurait épargné bien des malheurs.

« Par suite d'un changement survenu dans sa constitution, changement qui a coïncidé avec quelques chagrins, Caroline X... montra une humeur sombre et bizarre, rechercha la solitude, et se plaignit souvent d'un malaise dont elle ne pouvait se rendre compte. Cette mélancolie, qui contrastait avec le caractère enjoué qu'elle avait montré jusque-là, ne fit que s'aggraver malgré les soins affectueux de sa famille qui chercha à lui procurer toutes les distractions possibles. Une dysménorrhée, qu'on tenta vainement de combattre, coïncidait avec cette triste situation qu'on attribua au regret de ne pas être mariée. Je l'ai vue moi-même plusieurs fois à cette époque, et si j'avais lieu de croire l'invasion de la folie comme probable, rien, dans ses habitudes ordinaires, ne trahissait un trouble intellectuel quelconque. Cet état dura environ un an; plus tard, elle s'abandonna aux idées les plus tristes, et donna, à diverses reprises, des signes non équivoques d'un dérangement des facultés intellectuelles. Elle fit plusieurs tentatives de suicide; elle demanda même avec instance qu'on l'enfermât. Mais aucun de ces symptômes n'était assez saillant pour justifier aux yeux de la famille la séquestration dans un asile : elle croyait qu'une telle démarche porterait atteinte à sa considération. On crut donc lui procurer quelque soulagement en la faisant voyager. Elle se rendit alors chez un de ses frères, où elle parut, pendant quelque temps, recouvrer un peu de calme. C'est là que, par une de ces impulsions soudaines et irrésistibles dont elle n'a jamais pu se rendre compte, elle fit périr une petite fille âgée de 2 ans. Profitant du moment où elle était seule, elle lui trancha la tête avec un couteau de cuisine!..... Aussitôt ce crime commis, elle tomba dans un calme stupide. Elle sembla ne pas comprendre les motifs de l'affliction des parens, et ne fit aucune opposition à son arrestation. Pendant les premiers mois de son séjour en prison, elle montra une tranquillité apparente, et se livra au travail avec une activité extraordinaire; mais la moindre contrariété excitait son irritabilité, et ses erreurs de perception la portaient souvent à des actes de violence. Elle répondait encore assez juste aux questions qu'on lui adressait; mais elle montrait une grande répugnance à parler. Ses manières offraient, plus que jamais, quelque chose de bizarre et d'insolite. Enfin, peu après, la manie éclata avec violence, et motiva sa translation à Stéphansfeld..... Cette jeune fille fut rendue à la liberté deux ans après..... Elle se maria depuis, devint mère de deux enfans, et sa santé a toujours été parfaite (1). »

Dans les exemples que nous avions cités, l'aliénation confirmée des malades se relie encore avec facilité à un état antérieur où l'élément hystérique, hypocondriaque ou épileptique, se formule avec le caractère propre à ces affections. Le diagnostic est plus difficile à établir, quand l'attention, exclusivement frappée par des phénomènes bizarres, excentriques, ne peut rattacher les effets à leurs causes. L'obscurité, dans le jugement à établir, augmente en raison de la position sociale des individus et du mystère plus grand qui enveloppe les actes de leur existence intérieure. Combien de fois n'a-t-on pas signalé les excentricités de tel ou tel personnage, qui, par sa haute position dans la magistrature, dans l'armée, dans la science, échappait à des jugemens que l'on énonçait tout bas, sans oser les formuler d'une manière plus explicite. Je ne puis supposer que des actes, qui trop souvent heurtent le bon sens général et la morale la plus vulgaire, vivent isolés au sein de l'organisme et ne coïncident pas avec une situation maladive. . . .

On objectera sans doute, que les mêmes personnages auxquels je fais

(1) Docteur Renaudin. *Rapport sur le service des aliénés de Fain*; année 1844.

deux cents enfans, tous fils de médecins, sont élevés aux frais de l'État. La section des sciences médicales invite l'Académie impériale de médecine à s'unir à elle dans l'expression de ce vœu, digne du grand corps médical de France. Elle souhaiterait que le gouvernement concédât un terrain convenable pour la fondation de ce grand établissement, l'emplacement de la hauteur de Chaillot, par exemple, lieu aéré, salubre, où, en face du palais des invalides de la gloire, s'élèverait celui des invalides de la science et de l'humanité.

Cette proposition, qui éveille à la fois, dans le cœur, un souvenir de regrets et de reconnaissance, le souvenir de M. Orfila, l'un des premiers promoteurs de cette idée généreuse, a été accueillie avec la plus grande faveur par l'Académie impériale de médecine. Puisse-t-elle avoir bientôt sa réalisation !

A la fin de la séance, M. Depaul a lu au nom de M. Becquerel un mémoire sur le traitement de la vaginite aiguë et de la vaginite chronique, par la cautérisation avec le nitrate d'argent solide, de toute la membrane muqueuse du vagin.

Nos lecteurs trouveront ce travail, d'un intérêt pratique incontestable, en entier dans notre numéro de ce jour.

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE LA VAGINITE AIGUE ET CHRONIQUE PAR LA CAUTÉRISATION DE LA MEMBRANE MUQUEUSE DU VAGIN AVEC LE NITRATE D'ARGENT SOLIDE.

Par A. Becquerel, médecin de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé de la Faculté.

L'emploi du nitrate d'argent solide comme méthode générale dans la vaginite aiguë et chronique, est le but de ce mémoire.

La science possède peu de documens relatifs au sujet qui nous occupe. La cautérisation n'a été conseillée que par un seul auteur, M. Ricord, et encore est-il bien concis à ce sujet, et ne l'a-t-il employée que dans des cas exceptionnels.

Voici textuellement ce qu'il dit dans son *Traité des maladies vénériennes :*

« Dans quelques cas de blennorrhagie aiguë chez la femme, » où les surfaces muqueuses rouges et turgescentes, fournis» saient un écoulement puriforme abondant, accompagné » d'une vive douleur, sans que le repos, les évacuations san» guines, les émolliens et les narcotiques, amenassent aucun » soulagement, j'ai obtenu des résultats presque merveilleux » de l'emploi du nitrate d'argent.

» *Une cautérisation superficielle avec le nitrate d'argent solide,* » ou l'application sur les parties malades, de charpie imbibée » d'une solution du même sel, a amené une modification favo» rable des surfaces enflammées et une solution de la maladie.

» Après les cautérisations superficielles ou les injections au » nitrate d'argent, on fait le tamponnement à sec avec de la » charpie pour isoler les parois du vagin. »

Je n'avais pas connaissance de ce passage lorsque j'eus, pour la première fois, l'idée d'employer la cautérisation comme méthode générale de traitement; il était néanmoins nécessaire que je rapportasse ce passage, pour rendre justice à notre éminent syphiligraphe.

Avant d'entrer dans l'exposé de mes idées et de ce que je puis avoir fait de nouveau, je crois utile de mentionner la circonstance qui me les suggéra et qui me permit de les généraliser plus tard.

Il y a sept ans, je fus consulté par une dame, jeune encore, et atteinte d'une blennorrhagie aiguë, suite d'un coït impur, et dans laquelle il n'y avait pas simultanément d'urétrite. Elle me déclara qu'elle désirait être très rapidement guérie. Je songeai dès lors au traitement que j'avais vu si souvent réussir dans l'ophthalmie purulente aiguë des enfans, la cautérisation de la membrane muqueuse oculaire avec le nitrate d'argent solide, et je lui offris d'essayer la cautérisation de la membrane muqueuse vaginale tout entière. Elle y consentit. L'introduction du spéculum fut pénible et douloureuse. La cautérisation le fut bien davantage encore : la douleur se prolongea une demi-heure après l'opération et disparut sous l'influence d'injections d'eau pure et froide.

L'écoulement augmenta momentanément; après deux jours pleins d'intervalle, je fis une deuxième cautérisation aussi complète (un crayon de 3 centimètres de longueur y fut entièrement fondu).

Deux jours après, troisième cautérisation, puis j'attendis.

La malade revint me trouver cinq jours après la troisième cautérisation; je l'examinai attentivement : elle était guérie complètement.

Depuis cette époque, j'obtins deux ou trois guérisons semblables, et mon collègue et ami M. Rodier eut également occasion d'en opérer plusieurs, toujours avec succès.

Il y a quatre ans, le 1er avril 1849, je fus chargé, à l'hôpital de la Pitié, du service de M. Serres, que je conservai jusqu'au 1er janvier 1852. Sachant que je devais conserver ce service pendant un certain temps, je fis en 1850 et 1851 une clinique, à laquelle un certain nombre d'élèves voulut bien se rendre, et dans le cours de laquelle j'entrepris plusieurs expériences relatives à divers sujets, et entr'autres à la vaginite aiguë ou chronique.

Pendant ces deux années 1850 et 1851, je traitai plus de vingt vaginites par la cautérisation de la membrane muqueuse vaginale tout entière, et dans tous les cas, j'obtins une guérison complète, plus ou moins rapide, pour laquelle il fallut deux cautérisations au moins, six au plus; je n'éprouvai absolument aucun échec.

Enfin, il y a deux mois, chargé du service de Lourcine, en qualité de médecin, je soumis, dès le premier jour, toutes les vaginites que je trouvais dans mes salles, au traitement que j'ai adopté, et toutes mes malades, au nombre de huit, guérirent parfaitement.

Si je me décide à publier mes résultats, c'est qu'ils ont eu une certaine publicité, et que je désire faire connaître d'une manière plus complète mes idées et ma manière d'agir à cet égard.

Je diviserai ce travail en trois parties.

1° Je commencerai par examiner les cas dans lesquels la cautérisation est applicable.

2° Je décrirai ensuite le procédé que j'emploie et les précautions qu'il est nécessaire de prendre.

3° J'exposerai encore les résultats immédiats et consécutifs de la cautérisation.

4° Je m'occuperai, enfin, des contre-indications.

1° *Cas dans lesquels la cautérisation de la membrane muqueuse vaginale est applicable.* — La vaginite aiguë, simple. — La vaginite spécifique, si tant est qu'on puisse la distinguer de la précédente. — La vaginite chronique sans ulcération de la membrane muqueuse du vagin, voilà les trois cas dans lesquels on peut appliquer le traitement par la cautérisation directe, et dans lesquels je l'ai appliquée.

Pour la vaginite aiguë, deux cas se présentent. Elle est accompagnée d'une urétrite aiguë ou elle n'en est pas accompagnée. La coïncidence d'une urétrite aiguë est beaucoup plus rare qu'on ne se l'imagine. Quant à moi, je n'en ai pu observer un seul cas dans les 35 ou 40 où j'ai cautérisé. Je suis loin de nier cette urétrite aiguë chez la femme, mais je la considère au moins comme bien peu fréquente. La spécificité de la maladie peut-elle exercer une influence? Il y a des vaginites qui sont la suite d'un coït impur, avec un sujet atteint de blennorrhagie aiguë; il y en a d'autres qui sont la suite d'un simple excès de coït. Il est impossible de les distinguer au point de vue étiologique ou symptomatique, et, de même, on doit les confondre dans un mode identique de traitement. Que la vaginite soit spécifique ou non, qu'elle soit sur-aiguë ou sub-aiguë, accompagnée de douleur ou indolente, qu'elle ait donné lieu à un écoulement abondant ou peu considérable, je n'établis aucune distinction et je pratique la cautérisation.

On peut établir que plus la vaginite est aiguë et proche de son début, plus la chance de guérison est certaine, mais aussi il faut avouer que plus cette vaginite est aiguë, et plus la cautérisation employée pour la combattre sera douloureuse. Pour la vaginite chronique dans laquelle il n'existe pas d'ulcérations, c'est la maladie la plus fréquente, et pour laquelle on est le plus souvent consulté, la muqueuse est rouge, parfois rugueuse, inégale, un peu épaissie et fournit une sécrétion dont les caractères sont fort variables, tout en ayant les caractères fondamentaux du muco-pus. Je n'ai jamais hésité non plus à employer la cautérisation pour la vaginite chronique, mais nous pouvons établir, dès à présent, qu'il faut un plus grand nombre de cautérisations que pour la vaginite aiguë.

2° *Du procédé à suivre pour cautériser la membrane muqueuse du vagin.* — Pour cautériser la membrane muqueuse du vagin, il est d'abord indispensable d'introduire le spéculum, après qu'on a fait faire à la malade une injection d'eau froide un peu énergique et un peu prolongée, de manière à débarrasser le col et toute la muqueuse vaginale des produits de sécrétion qui les recouvrent. Chez les femmes atteintes de vaginite aiguë, l'introduction du spéculum est douloureuse et parfois, même, très douloureuse, et, cependant, il faut passer outre. Une fois le spéculum introduit, on consacre à la cautérisation un crayon de nitrate d'argent, d'une longueur moyenne de trois centimètres. On cautérise d'abord l'arrière-fond du vagin, situé à la partie postérieure du col, puis on cautérise la surface du col, enfin, en retirant tout doucement le spéculum on cautérise, à mesure et complètement, la membrane muqueuse vaginale tout entière, en ayant soin d'effacer autant que possible les plis du vagin, et en promenant le crayon jusque sur l'orifice extérieur lui-même. Je me suis toujours arrangé de manière à user le crayon employé dans cette opération.

Cinq minutes ordinairement après la cautérisation, je fais pratiquer une irrigation d'eau froide et pure, aussi abondante que possible, irrigation que je fais répéter le jour même de la cautérisation, ainsi que les jours suivans, en ayant soin de les faire multiplier, quatre et cinq fois dans la même journée, en les subordonnant à la douleur éprouvée par la malade, douleur qui ne persiste pas, le plus ordinairement, après la première injection d'eau froide.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, le nombre des cautérisations qu'il faut effectuer varie de une à six, et c'est seulement l'exa-

---

allusion et dont les types se retrouvent dans l'histoire universelle de l'esprit humain, ont pu occuper jusqu'à la fin de leur carrière des postes honorables, et laisser, après eux, les preuves les plus frappantes de la grandeur de leurs conceptions et de la profondeur de leur génie. A Dieu ne plaise, que je veuille envelopper le caractère et les actes de ces hommes dans la même appréciation et les rattacher à une volonté pervertie. Je saurai toujours faire la distinction entre un caractère maladif, bizarre, excentrique, et un état confirmé d'aliénation, qui ne peut amener qu'à des actes incohérens ou insensés; mais je ne puis m'empêcher de faire ressortir l'immense et salutaire pression que la raison générale exerce sur une foule de caractères individuels. Peut-on calculer les conséquences funestes où, sans ce contre-poids préservateur, seraient entraînés des hommes que l'on peut considérer comme vivant toujours dans un état intermédiaire entre la raison et la folie? Peut-on savoir tout ce qu'ont à souffrir les parens et les amis de ces mêmes individus qui ne préviennent des scandales éclatans qu'au prix de leur santé et de leur repos, qu'au moyen de concessions perpétuelles et de sacrifices incalculables?

Il arrive cependant une époque où ces actes insensés ne peuvent plus être considérés comme de simples excentricités. La mesure est comble, la résistance inutile, *la folie éclate* sous toutes ses formes. Les suicides des uns, les actes délirans des autres, ne permettent plus à l'opinion publique de s'égarer, le voile se déchire, la vérité se fait jour : on apprend alors des choses dont on ne se doutait pas; on s'étonne que les aliénés aient pu vivre aussi longtemps dans le monde sans causer de scandales plus grands, sans amener de malheurs plus regrettables. On reconstitue l'existence de ces malades et les actes les plus indifférens de leur vie antérieure se relient logiquement à l'affection confirmée; on s'explique alors ces bizarreries étranges, ces excentricités sans noms ces écarts de conduite que la position des individus ne permet plus de regarder comme un simple libertinage. L'esprit humain, naturellement scrutateur, ne s'arrête pas dans ses investigations. Il apprend que dans la famille de l'individu frappé de folie, il y a eu des cas analogues; que des maladies secrètes avaient été soigneusement cachées; que des attaques d'épilepsie avaient déjà éclaté quelques années auparavant; que sous l'empire d'une sombre misanthropie, sous l'influence d'hallucinations que l'on ignorait, l'homme qu'il faut isoler avait attenté à ses jours, ou menacé l'existence de ceux qui devaient lui être chers, etc... Quelle que soit l'exagération de certains jugemens et de certaines appréciations, il n'en résulte pas moins que les personnes les plus étrangères à la science, formulent involontairement cette vérité incontestable, que l'aliénation est une maladie qui n'éclate pas instantanément, qu'elle a une période d'incubation quelquefois fort longue, et qu'une foule d'actes excentriques ou bizarres doivent déjà être considérés comme le prélude et le symptôme le plus saisissant de la maladie principale.

En puisant dans le domaine historique pour corroborer cette manière de voir, je n'aurais que l'embarras du choix. J'ai déjà signalé, dans le premier volume de mon ouvrage, quelques-uns des types historiques célèbres qui ont été la personnification des souffrances morales qui nous occupent (1). A côté de J.-J. Rousseau, ce type de misanthropie-hypocondriaque, nous pouvons placer Swift, surnommé le Rabelais de l'Angleterre, et dont la vie agitée fut couronnée par le plus déplorable des délires. Un nom célèbre et justement vénéré dans la littérature anglaise, celui de l'illustre Johnson, rappelle, dit le docteur Conolly, les excentricités les plus grandes unies à une excessive irritabilité et aux plus pénibles efforts pour réaliser ses travaux; âgé de 20 ans à peine, Johnson fut atteint d'une sombre mélancolie, et son existence tout entière a réflété le cachet d'un irritabilité perpétuelle alternant avec un état de désespoir et de dépression. Quelques-uns de ces malades s'avouent leur état et en apprécient les causes. J'ai hérité, disait Johnson, de la mélancolie de mon père; j'ai traîné une vie misérable, signalée par la folie... ou du moins par le défaut de sobriété (2).

L'existence de Cooper, ce poète distingué, ce chantre passionné, ardent et plein de foi des chefs-d'œuvre du créateur, nous présente aussi ce triste spectacle de la souffrance et de la dépression de l'âme dans leurs rapports avec la douleur et les infirmités physiques.

Le regret si souvent émis par les historiens, que leurs héros ne sont pas morts en temps opportun, trouve son explication dans ces incroyables anomalies qui ont si souvent terni la fin de la carrière de plusieurs personnages célèbres. Je pense, dit le docteur Conolly, que dans un certain nombre de cas de ce genre, il a existé de légères attaques de paralysie, et que ce phénomène pathologique, n'a pas été remarqué. Quand la folie ne se révèle pas sous la forme d'un délire bien systématisé, on remarque parfois un affaiblissement considérable de l'intelligence, un état de démence précoce qui se signale par un excès de sensibilité et par des préoccupations puériles. Un gentleman âgé, se plaignait au médecin anglais que je cite, de l'engourdissement qu'il éprouvait dans deux doigts de la main. Bientôt après son caractère changea complètement; de gai qu'il était, il devint triste, et ses pleurs coulaient sans motifs et pour la cause la plus futile; ce triste état se termina par le suicide.

Dr Morel,
Médecin en chef de l'asile de Maréville.

(La suite prochainement.)

(1) Voir notre 1er volume, page 302. — 2e volume, § I.

(2) Conolly-Craonian, *Lectures*, page 86.

LA MÉDECINE A MADRID. — En lisant l'agenda de poche publié à Madrid par Bailly-Baillière, pour l'année 1853, nous voyons qu'il existe dans cette ville :

Médecins et médecins-chirurgiens.	295
Chirurgiens de 2e, 3e et 4e classes.	392
Pharmaciens.	99
Vétérinaires.	29

On comprend combien la profession médicale doit être malheureuse avec un si grand nombre de praticiens, et encore n'y voit-on pas figurer ce groupe de *ministrantes*, barbiers-chirurgiens qui font de leur côté de la médecine comme les autres.

NOMINATION. — M. Patricio Salazar a été nommé professeur d'histoire naturelle médicale, à la Faculté de médecine de Madrid, en remplacement de M. Obrador, démissionnaire.

men des résultats obtenus qui permet d'établir le nombre nécessaire. Je dois seulement faire observer ici, que plus la vaginite sera aiguë, moins ce nombre sera considérable, et que l'intervalle des jours qui sépare chaque cautérisation ne peut être fixé que d'après la douleur que les malades ont éprouvée, ou d'après l'abondance et la nature de l'écoulement qui a suivi la cautérisation et qui peut, jusqu'à un certain point, en être considéré comme la conséquence.

3° *Résultats de la cautérisation; effets curatifs.* — Nous étudierons successivement ces deux effets forts distincts : *A*, l'effet local sur la membrane muqueuse ; *B*, l'effet consécutif comme moyen curatif, suite de la modification imprimée à la membrane muqueuse.

A. Effet primitif de la cautérisation. — Le premier effet de la cautérisation, c'est la douleur. La douleur est d'autant plus vive, que la vaginite est plus aiguë ; rarement elle a été assez insupportable pour arracher des cris à la malade. Elle n'a jamais été un obstacle à l'emploi de la cautérisation. Dans la vaginite chronique, elle est beaucoup moindre, parfois nulle: notons bien que je n'appelle pas vaginite chronique tout écoulement du vagin, car il y a une leucorrhée parfaitement indépendante de toute inflammation de la membrane muqueuse. La vaginite chronique suppose une modification de la membrane muqueuse, telle que changement de couleur, d'épaisseur et de consistance, etc.

La douleur ne dure en général qu'une heure ou deux, ensuite elle disparaît complètement. Dans la vaginite aiguë, cette douleur dure quelquefois une journée entière. Jamais, enfin, elle ne m'a obligé de renoncer à l'emploi des caustiques.

B. Le deuxième effet, c'est l'augmentation de l'écoulement. Cet effet est constant, il ne manque jamais. Son abondance varie, sa nature pas. C'est un liquide mucoso-purulent.

L'augmentation momentanée de l'écoulement varie dans sa durée, mais cette variation est de peu d'importance, de deux à quatre jours, plus souvent de trois. Lorsqu'au bout de quatre jours la sécrétion mucoso-purulente a disparu complètement, c'est que la vaginite est complètement guérie. Lorsqu'elle persiste encore, c'est qu'il est besoin d'une nouvelle ou de plusieurs nouvelles cautérisations.

Après la cautérisation, je n'attends que deux jours pleins, ce qui, avec le jour de l'opération, en fait trois; lorsque deux cautérisations ont eu lieu, j'attends trois jours pleins, afin de bien saisir l'instant de la guérison.

C. Effets consécutifs; guérison. — Toutes les malades atteintes de vaginite aiguë ou chronique que j'ai traitées, et qui sont au nombre de plus de 40, ont guéri sans aucune exception, et sans persistance aucune d'écoulement.

Pour la vaginite aiguë, j'admets trois cautérisations au moins ; cependant, ce nombre n'est pas toujours utile; et dernièrement, à l'hôpital de Lourcine, une seule cautérisation a suffi dans un cas de vaginite aiguë ; mais ce fait est rare, et je n'engagerai pas trop mes confrères à se fier à une seule cautérisation ; il vaut mieux, quand on croit la malade parfaitement guérie, en faire une seconde.

Pour la vaginite chronique, il faut toujours un nombre de cautérisations un peu plus considérable. C'est de quatre à six qu'il faut en pratiquer, mais plus souvent j'ai été obligé d'atteindre le nombre six.

4° *Des complications et des contre-indications.* — Deux complications peuvent tout au plus être considérées comme contre-indications, car, comme je l'ai déjà fait observer plusieurs fois, l'acuité très grande de la vaginite aiguë n'est jamais un obstacle à l'emploi de la cautérisation. Ces deux complications sont l'inflammation catarrhale de la muqueuse, de la cavité du col, et la grossesse.

L'inflammation catarrhale de la cavité du col n'est pas une contre-indication. Elle oblige seulement le médecin à pratiquer en même temps la cautérisation de cette membrane muqueuse, par l'introduction d'un crayon de nitrate d'argent dans cette cavité, mais il faut bien savoir que six cautérisations de cette membrane ne suffisent pas pour guérir ce catarrhe, qui peut subsister encore, alors que la vaginite aiguë ou chronique aura cédé sous l'influence du traitement. De mes observations, il résulte ce fait capital, à savoir que la persistance du catarrhe de la cavité du col après la guérison de la vaginite, peut être une cause de reproduction, de récidive de la vaginite. J'ai observé plusieurs malades de ce genre.

Quant à la grossesse, j'en ai recueilli deux observations, dans lesquelles il y avait complication de vaginite chronique avec écoulement mucoso-purulent. Les deux malades ont parfaitement guéri par la cautérisation; je n'hésite donc pas à conseiller d'y avoir recours. Si toutefois il existe simultanément une inflammation catarrhale de la muqueuse de la cavité du col, il faudrait bien se garder de pratiquer la cautérisation de cette cavité.

Je résume de la manière suivante les faits contenus dans ce travail :

1° La cautérisation de la membrane muqueuse du vagin atteinte d'inflammation, est le moyen infaillible de guérir cette inflammation, soit aiguë, soit chronique.

2° Cette cautérisation est effectuée à l'aide d'un crayon de nitrate d'argent, que l'on promène sur toute l'étendue de la membrane muqueuse du vagin, préalablement débarrassée du muco-pus qui la recouvre, par des injections d'eau pure.

3° Le nombre des cautérisations qu'il faut employer varie de trois à six. Il en faut, en général, un moins grand nombre, et peut-être d'un peu moins énergiques, pour la vaginite aiguë que pour la vaginite chronique.

4° Les effets primitifs sont la production de la douleur et l'augmentation momentanée de l'écoulement; ces deux effets n'ont jamais été assez intenses pour s'opposer à l'emploi de la cautérisation ; constamment ils ont été suivis d'une amélioration.

5° L'effet consécutif à la cautérisation est une guérison radicale et complète.

Quand il existe en même temps que la vaginite une inflammation de la muqueuse de la cavité du col, cette circonstance est la seule qui favorise la récidive de la vaginite, après une première ou même une deuxième guérison à l'aide de la cautérisation.

CHIRURGIE.

OBSERVATION DE BLESSURE PAR ARMES A FEU, AVEC FRACTURE DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DU TIBIA ; — CONSOLIDATION ET GUÉRISON.

J'ai présenté, le 24 de ce mois, aux membres de la Société de chirurgie, un cas de blessure par armes à feu avec fracture de la partie supérieure du tibia consolidée et guérie par une heureuse exception aux règles de l'art qui exigent ordinairement l'amputation de la cuisse. Si vous jugez que le souvenir de ce fait vaut la peine d'être conservé, veuillez donner à ces quelques lignes une place dans votre excellent journal.

C'est dans la matinée du 29 juillet 1830, qu'une décharge de mitraille, partie de la place du palais royal, renversa M. B... C..., réfugié espagnol, qui s'avançait rue Saint-Honoré, à la hauteur de la rue Croix-des-Petits-Champs. Mandé de suite, j'arrivai chez le blessé en même temps que lui. Aidé de mes honorables confrères, Henry de Saint-Arnoult et Moncourrier, je constatai à la jambe gauche une fracture comminutive du tibia, à 10 centimètres environ de l'articulation du genou, produite par un biscayen qui avait traversé le membre d'avant en arrière, et un peu de debors en dedans. Le péroné, fracturé en un seul point, paraissait s'être brisé dans la chute.

Je pratiquai immédiatement plusieurs incisions longitudinales, assez profondes et assez prolongées pour donner issue aux esquilles les plus mobiles et à des morceaux de coutil du pantalon.

Une balle avait aussi traversé le mollet droit, mais sans toucher les os.

Il n'y eut pas d'hémorrhagie primitive importante; la direction de la plaie laissait presque espérer qu'il n'y en aurait pas davantage consécutivement. Le blessé, âgé de 23 ans, d'une bonne constitution, ayant un courage calme et plein d'espérance, pouvait être soigné chez lui ; favorisé d'ailleurs par les événemens, il était dans les meilleures conditions morales et physiques.

Je proposai de tenter la conservation du membre, et nous fûmes encouragés dans cette voie, longue et difficile, par le concours répété de Marjolin et l'assentiment de Larrey.

Onze mois se passèrent à combattre des accidens graves, à extraire un grand nombre de fragmens, et à amener la consolidation avec un raccourcissement d'un peu plus de 5 centimètres.

Pendant ce temps, une trentaine de fragmens d'os ont été extraits de la plaie. Le dernier et le plus volumineux est sorti vers le douzième mois, aux eaux de Bourbonne. Il a plus de six centimètres de long et quatre de large, excepté dans la partie supérieure, qui est taillée en pointe. Il représente une portion correspondante de la crête du tibia.

On peut aujourd'hui, vingt-trois ans après la blessure, constater que la consolidation a conservé au membre sa rectitude normale et toute sa force. Le péroné s'est soudé par chevauchement; le tibia est presque doublé de volume dans le point fracturé, et ce cal exubérant forme une espèce de pont qui le partage en deux portions, l'une antérieure, l'autre postérieure.

La cicatrice présente des excavations irrégulières correspondantes à celles du cal. Elle ne s'est jamais rouverte. Très rarement de légères douleurs se font sentir dans le cal et cèdent à la moindre chaleur.

Le raccourcissement de 5 centimètres est facile à dissimuler et le membre rend complètement les mêmes services que la jambe droite.

Dr G. Cabanellas.

Paris, le 26 Août 1853.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 Août. — Présidence de M. Combes.

Emploi de l'insufflation pulmonaire dans certains cas d'apnée.

M. Ripault, médecin à Dijon, soumet au jugement de l'Académie une note sur l'emploi thérapeutique de l'insufflation pulmonaire dans certains cas où le jeu de la respiration est suspendu. A l'appui de cette note, l'auteur donne l'observation d'un cas qui s'est présenté dans sa pratique. L'observation, recueillie par M. Maréchal, de Censevey, élève de l'Ecole préparatoire de médecine de Dijon, est intitulée : « Péripneumonie droite compliquée d'aphtes sur la voûte palatine, terminée par des accès d'apnée survenus subitement, et combattus avec succès, pendant douze heures et demie de soins, par l'insufflation pulmonaire. »

Le sujet de cette observation, un enfant âgé de 26 jours, a été ranimé plusieurs fois, au moment où la vie était sur le point de s'éteindre, par le moyen de l'insufflation pulmonaire pratiquée avec un soufflet. Les accès d'apnée avaient complètement cessé quatre heures avant la mort de l'enfant.

M. Ripault ne doute point que, dans des circonstances moins défavorables, on ne pût, par l'emploi de ce moyen, sauver des malades qui, autrement, mourraient asphyxiés. (Comm. MM. Andral et Rayer.)

Séance du 29 Août 1853.

Rôle de quelques principes immédiats du froment dans la nutrition.

M. Mouriès adresse une note sur les propriétés chimiques de quelques principes immédiats du froment, et sur leur rôle dans la nutrition.

L'auteur conclut, de ses recherches, que le son de froment, quoique très azoté, a une très faible puissance nutritive directe, mais qu'il a une puissance assimilatrice très remarquable, de laquelle dépendent ses bons effets dans l'alimentation. (Comm. MM. Chevreul, Pelouze, Balard.)

Sur la faible quantité d'iode contenue dans l'eau, dans les plantes et dans l'atmosphère des tropiques.

M. Casaséca adresse un mémoire contenant le résultat de ses recherches sur l'iode dans les contrées qu'il habite. Il est reconnu, dit-il, qu'à la Havane, et généralement dans toute l'île de Cuba, il n'existe pas de goître primitif; aussi a-t-il dû croire que l'eau de la rivière Almendares, les plantes terrestres et l'atmosphère des tropiques devaient être fort riches en iode, et, cependant, il n'en est point ainsi. Il résulte, au contraire, de ses recherches à cet égard, que les eaux que l'on boit à la Havane sont pauvres en iode ; que les plantes terrestres de l'île de Cuba le sont aussi, et que l'atmosphère tropicale paraît l'être encore davantage. Si, d'ailleurs, nous ajoutons, dit-il, que les causes débilitantes, celles qui affectent le système lymphatique, sont plus fortes ici que partout ailleurs : mauvaise nourriture, transpiration abondante et continuelle, miasmes et causes d'infection, multipliés et reproduits à l'infini, on conviendra qu'il est fort extraordinaire que le goître primitif n'y soit pas connu. Quelle en est la cause? M. le docteur Dupierís, médecin distingué du pays, croit devoir l'attribuer au déplacement de l'air et au renouvellement continuel des couches atmosphériques, par la brise journalière qui règne à la Havane, auxquels M. Casaséca ajoute une cause, suivant lui, non moins efficace, la rapide purification de cette atmosphère par une belle et puissante végétation, toujours verdoyante, sous l'influence de l'éclatante lumière du soleil des tropiques. (Com. nommée pour les travaux sur l'iode.)

Gangrène diabétique.

M. Marchal, de Calvi, dans une nouvelle note sur ce sujet, rappelle qu'il a fait connaître à l'Académie dans une de ses dernières séances, un cas de gangrène diabétique.

Il s'agissait d'un homme de 54 ans, qui portait deux foyers gangréneux à la partie postérieure du tronc, et une large plaque phlegmoneuse et œdémateuse à la face externe de la cuisse gauche.

En recherchant la cause diathésique ou générale de ces lésions, dit-il, j'avais été conduit à supposer que cet homme avait du sucre dans les urines, et l'analyse avait confirmé cette supposition. La quantité de sucre était considérable : 95, 98, 64 grammes par litre dans plusieurs analyses successives.

Je donnais mes soins, en même temps, à un homme d'une quarantaine d'années, amaurotique et paraplégique ayant toute son intelligence.

L'affection, évidemment, avait son siége dans l'axe cérébro-spinal ; mais quelle était la cause générale qui régissait cette affection, en d'autres termes, quelle était la maladie ? Après quelques hésitations, je m'arrêtai à l'idée d'une double diathèse rhumatismale et dartreuse.

Le malade avait éprouvé des douleurs erratiques dans diverses parties du corps; voilà pour la diathèse rhumatismale. Quant à la diathèse dartreuse, voici ce qui me la faisait admettre. Il avait depuis très longtemps, aux jambes, aux cuisses et sur les épaules, une éruption confluente de pustules qui se succédaient sans cesse : pustules uniformes, sanguinolentes, un peu sanieuses, mais non purulentes, laissant après elles une dépression d'un rouge foncé. De plus, et c'est ce qui embarrassait le diagnostic, il se produisait continuellement, sur diverses parties du corps, des furoncles, lents à se former, et donnant lieu généralement à une perte considérable du tissu cellulaire. Quelques-uns étaient très volumineux. La cure sulfureuse, que j'avais prescrite, n'avait eu d'autre effet que d'améliorer l'état des forces, lorsque je fus appelé auprès du malade dont il est question au commencement de cette note, et chez lequel je parvins à reconnaître, par induction, l'existence du diabète. Or, ce malade avait eu un grand nombre de furoncles.

De même, le sujet de mon premier cas de gangrène diabétique, observé il y a deux ans, avait eu de nombreux furoncles, et, en outre, il avait présenté, aux jambes, une éruption semblable à celle que je voyais actuellement chez mon paraplégique. Je fus frappé tout à coup de ce rapprochement, et j'eus l'idée que ce dernier malade pouvait aussi être diabétique.

Les essais auxquels l'urine fut soumise, montrèrent que cette conjecture était fondée, mais firent de plus reconnaître certaines causes d'erreur qui, si l'on n'y avait égard, pourraient empêcher de reconnaître la présence du sucre dans des urines qui en contiennent une faible quantité.

Ne pouvant suivre l'auteur dans les développemens qu'il donne, relativement à cette question, non plus que dans les considérations que lui suggèrent les observations qu'il a faites à diverses époques sur les malades atteints de diabète, nous nous bornerons à reproduire les propositions par lesquelles il les résume en terminant sa note, et qu'il présente dans les termes suivants :

Beaucoup d'individus sont diabétiques, et peuvent l'être pendant de longues années, sans qu'on ait lieu de le reconnaître, les signes ordinaires du diabète faisant défaut ou étant très peu marqués.

Il est essentiel d'examiner les urines des individus qui se plaignent de fatigue habituelle et d'un affaiblissement des extrémités inférieures.

Des urines d'une densité normale peuvent contenir du sucre; il pourra même arriver, chez des individus épuisés, que l'urine diabétique soit moins dense qu'à l'état normal.

Il semblerait que la liqueur saccharimétrique peut éprouver une altération, par suite de laquelle elle devient impropre à déceler une médiocre quantité de sucre contenue dans l'urine.

Il peut exister du sucre dans les urines en quantité faible, mais suffisante, pour constituer le diabète sans que le polarimètre en indique l'existence. La présence d'un sel ammoniacal dans les urines diabétiques peut empêcher ou atténuer la réduction du bioxyde de cuivre par le glucose. Dans ce cas, un excès de potasse caustique favorise la réaction, ou même la détermine quand elle était impossible.

Les diabétiques sont sujets à des éruptions pustuleuses et furonculeuses, phénomènes nécrosiques, qui peuvent préluder à la gangrène proprement dite, dont il existe aujourd'hui cinq exemples, à ma connaissance.

Il importe essentiellement d'examiner les urines des individus affectés d'éruptions pustuleuses et furonculeuses et de gangrène dite spontanée.

Il serait possible que la glucosurie pût produire la paraplégie comme elle produit l'amaurose; dès lors il est essentiel d'examiner l'urine des paraplégiques, comme celle des amaurotiques.

Le traitement de la paraplégie glucosurique devant être, avant tout, celui de la glucosurie.

On a lieu de supposer que l'abus du sucre dans l'alimentation peut devenir une cause de paraplégie et d'amaurose; et il ne serait pas impossible que le nombre croissant de paralysies observées de nos jours dût être attribué, en partie, à cet abus. (Comm. MM. Magendie, Andral et Rayer.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 Septembre 1853. — Présidence de M. Nacquart.

La correspondance officielle comprend :

1° Un rapport transmis au ministre par M. le docteur Degon, médecin à Rorbach (Moselle), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Enchenberg en juin et juillet derniers. (Com. des épidémies.)

2° Une demande d'analyse d'une eau puisée à la source de Grendirf (Puy-de-Dôme). (Com. des eaux minérales.)

3° Une demande d'avis sur un traitement proposé contre l'hydrophobie, par M. le docteur Henry, médecin à Arnaville (Meurthe). (Comm. M. Bouchardat.)

4° Une lettre du ministre de l'instruction publique, transmettant une lettre relative à un traitement du croup. (Comm. MM. Louis, Londe et Requin.)

La correspondance manuscrite comprend :

5° Un mémoire de M. de Lignerolles, qui soumet à l'examen de l'Académie une nouvelle méthode opératoire pour le traitement de la hernie étranglée. (Comm. MM. Malgaigne et Laugier.)

6° Une nouvelle lettre de M. Plouviez, sur la compression de l'aorte abdominale contre les pertes utérines, à l'occasion de la reproduction de cet accident chez la femme qui avait déjà fait l'objet de sa précédente communication.

7° Une note de M. Goigoux, de St-Genès (Puy-de-Dôme), contenant la relation d'un cas d'étranglement intestinal. (Comm. MM. Malgaigne et Laugier.)

8° Une lettre de M. J. Conté, d'Aiguillon (Lot-et-Garonne), au sujet du mémoire lu récemment à l'Académie par M. Desvouves, sur l'emploi du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde. L'auteur combat l'opinion de M. Desvouves à cet égard. (Comm. nommée.)

9° Une lettre de M. Wittmack, de Hambourg, sur le traitement du choléra asiatique. (Com. du choléra.)

Le choléra à St-Pétersbourg.

10° Une lettre de M. Thomas, correspondant de l'Académie à la Nouvelle-Orléans, et actuellement résidant à St-Pétersbourg, sur la dernière épidémie de choléra qui vient de régner dans cette ville. Nous extrayons de la lettre de M. Thomas les détails suivans :

Le choléra a commencé de nouveau à reparaître à Saint-Pétersbourg, depuis le 1er octobre de l'année dernière. Il n'est en décroissance que depuis seulement huit jours, mais n'a pas cessé d'y sévir plus ou moins jusqu'à ce moment.

A dater de son invasion, d'après le relevé fort exact fourni par M. le dr Arendt, 13,504 personnes ont été atteintes jusqu'au 29 juillet dernier, dont la plupart ont été traitées dans les hôpitaux, les autres en ville. Sur cette quantité si considérable, 5,333 ont succombé, 7,255 ont guéri, et il restait le 29 juillet 466 malades dont le nombre décroît graduellement de jour en jour; les entrées aux hôpitaux deviennent de plus en plus rares, et les décès presque nuls.

Tout fait donc espérer une terminaison très prochaine de l'épidémie à Saint-Pétersbourg, tandis que la maladie s'étend, dit-on, à Riga, à Midjonovogorod, et dans d'autres villes de la Russie, sans compter Moscow où elle existe encore.

Le caractère de la maladie a été analogue à celui des épidémies précédentes, les causes agissant presque toujours de prime-abord sur le système nerveux de la vie organique, puis s'étendant à celui de la vie animale et successivement, d'où résultaient les réactions souvent inflammatoires observées par tous les médecins dans cette affection.

Le summum de l'épidémie a eu lieu pendant les mois de mai et juin. Elle ne fut pas interrompue, mais domina seulement durant l'hiver.

Le traitement a varié beaucoup selon les idées des praticiens, selon les cas et même selon les hôpitaux. Ainsi, dans le grand hôpital militaire, on administrait, règle générale, un vomitif d'ipécacuanha aux malades entrants, à celui de Marie-Madeleine et quelques autres, une poudre composée de calomel et de camphre, à la dose de 10 centigrammes chaque, à prendre toutes les deux heures, ou plus souvent dans les cas fort graves, pendant toute la période algide, dont les médecins m'ont assuré avoir obtenu d'éclatans succès. Ils y joignaient les frictions excitantes usitées, les rubéfians, la glace à l'intérieur, des demi-lavemens de diverses sortes. D'autres pratiquaient la médecine des symptômes; quelques-uns, enfin, employaient des moyens empiriques, de prétendus spécifiques, parmi lesquels, dit-on, fut préconisé le phosphore, qui produisit de magnifiques résultats!... L'opium, totalement proscrit par les uns, fut employé à outrance par d'autres...

M. Thomas annonce qu'il tiendra l'Académie au courant de nouvelles observations qu'il pourra avoir occasion de faire.

M. Velpeau demande, à cette occasion, des nouvelles de la commission du choléra. Dieu veuille qu'on ne soit pas menacé d'une nouvelle invasion; mais enfin on s'en préoccupe; ne serait-ce pas le cas de faire le rapport?

M. le Secrétaire perpétuel répond que le rapporteur de la commission a reçu les documens officiels au fur et à mesure qu'ils ont été communiqués à l'Académie, et qu'il les a successivement rendus après en avoir fait le dépouillement. La commission, du reste, sera invitée à se réunir.

— M. Londe, à l'occasion de la correspondance, donne lecture d'une lettre qu'il vient de recevoir de M. le directeur de la Maison de Charenton, sur l'état actuel des gâteux dans cet établissement. L'auteur démontre, par des documens précis et par des chiffres, les résultats économiques de cette mesure.

M. Baillarger : Le document que M. Londe vient de communiquer à l'Académie n'est point nouveau, et il était au nombre de ceux qui ont servi de base au rapport. C'est toujours un compte de draps à la place d'observations particulières qui, seules, à mon avis, pourraient servir à faire juger la question d'une manière définitive. Je ne conteste point, d'ailleurs, je l'ai dit, que le nombre des *gâteux* ait beaucoup diminué à l'asile d'Auxerre et de Charenton. Ce que je conteste, c'est qu'on ait obtenu un *résultat complet*. Une phrase de la lettre que vient de lire M. Londe suffirait pour le prouver. On reconnaît, en effet, que les malades paralytiques arrivés à la troisième période, celle dans laquelle ils ne peuvent plus se soutenir, sont encore gâteux. Or, les paralytiques forment presque un tiers de la population des hommes, à Charenton, et beaucoup d'entre eux parcourant lentement cette troisième période. Il n'est donc point douteux qu'il y ait encore des malades gâtant habituellement; seulement on les relègue dans les infirmeries. Je répète qu'il est regrettable que l'honorable M. Londe n'ait pas cru devoir faire mention de ces *infirmeries de gâteux*. Beaucoup de personnes, en effet, pourront comprendre que la *suppression* des quartiers de gâteux équivaut à la disparition complète de ces malades, ce qui n'est rien moins qu'exact. Je ne crois pas, d'ailleurs, devoir insister davantage, la question devant se représenter bientôt à l'Académie avec de nouveaux documens.

Congrès scientifique d'Arras.

M. Bally donne lecture de l'analyse des travaux de la section des sciences médicales au congrès scientifique d'Arras.

Parmi les principaux travaux de cette section, M. Bally signale : un rapport de M. Le Dieu, directeur de l'École secondaire de médecine d'Arras, sur les phases de l'épidémie cholérique dans l'arrondissement d'Arras, un mémoire de M. Lestoquois, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu, sur le mode de propagation du choléra, et des recherches sur le même sujet, de MM. Brémard, Maurice, Serré, Leviez père et Demarquet, tous partisans de l'importation. Il a, lui-même, expliqué comment il concevait la formation de la choladrée séreuse.

Nous ne la comprenons, dit-il, qu'au moyen d'une matière, d'un corpuscule, effluve ou miasme. Ce corps intoxicant émane, le plus souvent, des malades, pénètre dans le sang par la respiration; le désagrège, le dissout; le sépare en deux parts fort distinctes, le cruor ou partie solide, et la lymphe ou sérum, partie liquide. Or, la partie aqueuse se précipite vers le tube digestif, où les utricules, organes préexistans, mais doués de nouvelles fonctions toutes pathologiques, exsudent si abondamment qu'ils forment ce cataclysme qui explique comment les organes sécréteurs, privés qu'ils sont des matériaux qu'ils doivent s'approprier, ne fonctionnent plus. Pendant ce temps ou avant ce temps, les miasmes intoxicans se sont reproduits, multipliés.

M. Bally signale, en outre, une discussion sur la méthode de traitement de la fièvre typhoïde, proposée par M. Leroy de Béthune (saignées générales et locales, boissons froides ou glacées, lavemens d'eau froide et compresses froides sur l'abdomen); méthode que la section a adoptée; l'exposé des recherches de M. Chatin sur la présence de l'iode dans tous les corps de la nature; le résumé des recherches de M. Plouviez, sur le moyen de combattre les accidens produits par le chloroforme; un mémoire de M. Bonnafond, sur l'hygiène publique et sur les mesures capables d'éteindre la source de toutes les épidémies. M. Bally, à cette occasion, fait remarquer que les Marais-Pontins n'exercent pas, comme on le pense assez généralement, leur influence sur la ville de Rome. Enfin M. Bally termine ce compte-rendu en ces termes :

La séance est terminée par un vœu que la section soumet avec confiance au Congrès général, avec prière de le sanctionner.

L'Angleterre vient de donner un grand exemple aux peuples civilisés, et nous regrettons vivement, nous qui avions conçu quelque chose d'analogue, d'avoir été devancés. L'initiative, dont il faut lui faire honneur, caractérise bien une nation toujours prête à marcher dans les grandes voies de la civilisation.

Tout récemment on a posé, près de la ville d'Epson, la première pierre pour la fondation d'un collége de retraite, destiné à assurer un asile à deux cents pensionnaires, malheureux ou infirmes, appartenant tous à la profession médicale, ou à leurs veuves; et à établir dans le même local une école où l'éducation serait donnée à deux cents enfans, tous de médecins. Il est bien entendu que l'Algérie et les colonies participeraient au bénéfice de cette grande création.

L'exécution de ce projet, conçu sur un plan si grandiose, serait chez nous, sans toucher au trésor public, aussi facile que simple. Aussi facile, car les Sociétés de secours mutuels, instituées par le décret du 26 mars 1852, nous ouvrent la voie, nous enseignent les moyens. Aussi simple, car tout se réduirait à un établissement central entretenu par une souscription d'un franc par mois. Cette somme, bien que modique, produirait annuellement un chiffre minimum de 240,000 fr. Et puis, combien de legs, de dons qui viendraient augmenter l'aisance et les richesses de l'établissement!

Peut-être dans son inépuisable générosité, le prince qui règne vous accorderait-il un terrain propre à élever un édifice, tel, par exemple, que l'éminence de Chaillot, le lieu le plus sain du territoire parisien, ayant de plus une vue ravissante. Alors le palais de la science et de la réparation serait en regard du palais de la gloire et de la mutilation. Et l'enthousiasme de la reconnaissance attacherait de plus en plus à l'ordre, à la loi, au prince, à la patrie, cette classe d'hommes éclairés qui consument leurs plus beaux jours à tempérer les souffrances de l'humanité.

Appuyée sur ces hautes et puissantes considérations, la section des sciences médicales émet le vœu suivant, qu'elle soumet au congrès scientifique de France, réuni en assemblée générale :

1° Que sous les auspices du gouvernement, il soit fondé une Société de secours mutuels, composée de tous ceux qui appartiennent légalement à l'art de guérir, à un titre quelconque.

2° Qu'un palais, disposé pour contenir une école ou collége et deux cents appartemens, soit élevé.

3° Que ce palais soit assez vaste pour recevoir deux ou trois cents enfans pensionnaires, tous fils de médecin.

4° Que l'Académie impériale de médecine soit investie du droit de présentation de la liste des candidats à son Excellence le ministre de l'intérieur, qui la soumettrait à Sa Majesté.

Messieurs, l'âme s'élève, s'électrise à cette haute pensée; et d'avance nous bénissons la main puissante qui dotera la France de ce grand œuvre de civilisation.

— M. A. Becquerel présente une note *sur le traitement de la vaginite aiguë et chronique par la cautérisation de la membrane muqueuse du vagin avec le nitrate d'argent solide.* (Voir plus haut.)

RÉCLAMATION.

Paris, le 6 Septembre 1853.

Monsieur le rédacteur,

J'ai pris dans la *Gazette des hôpitaux*, n° du 15 juin 1848, les résultats de l'observation de M. le professeur Trousseau, relatifs à l'histoire de l'évolution dentaire.

Si l'honorable médecin de l'Hôtel-Dieu veut bien jeter les yeux sur la ligne 32 de la page 276 dudit numéro, il reconnaîtra que, si je lui ai prêté quelque chose qu'il n'avait pas dit, c'est que j'ai été moi-même induit en erreur par le texte de la leçon qui a été publiée dans la feuille dont je viens de parler.

Je vous prie instamment, Monsieur le rédacteur, de vouloir bien insérer, dans votre plus prochain numéro, cette réponse à la réclamation de M. le professeur Trousseau.

Agréez etc. E. Hervieux.

COURRIER.

La fièvre jaune a la Nouvelle-Orléans. — On écrit de cette ville : La Nouvelle-Orléans offre un tableau désolant, par suite de la fièvre jaune, qui sévit d'une manière déplorable : la moitié de ses habitans l'ont désertée, et pourtant, dans presque toutes les rues, on voit courir (c'est le mot) les corbillards, ou rencontre des visages accablés. Ainsi que d'ordinaire, la maladie s'attaque aux émigrans, et principalement aux plus pauvres d'entr'eux, à ceux qui ont déjà passé par de longues souffrances.

Au milieu de ce désastre, la Nouvelle-Orléans fait des prodiges de charité. Mais, malgré cette immense générosité, malgré ces Sociétés de bienfaisance, dont les membres cherchent les malades, il est impossible de porter des secours à toutes les souffrances, et bien des misères restent encore ignorées.

Parmi les épisodes désolans qui nous ont été relatés, nous devons écrire celui-ci :

Un médecin était en visite dans une des parties de notre ville qui auront le plus à souffrir, lorsque quelqu'un l'arrêta et le pria d'entrer avec lui dans une misérable maison. Le tableau qu'il vit là était des plus affreux. Une jeune femme venait seule, sans secours, de mettre au jour un enfant, et son amour de mère lui avait donné assez de forces pour lui permettre de prendre le petit être et de le déposer soigneusement sur un coffre, puis elle était retombée.

Mais ce qu'il y a de plus triste à retracer, c'est le tableau plus sinistre encore que le médecin découvrit. Sur le plancher, à quelques pas de la femme, était étendu un cadavre, celui de son mari, mort depuis deux jours de la fièvre jaune. La mère, déjà prise des douleurs de l'enfantement, n'avait pas même pu appeler à l'aide, et demander la sépulture pour le père de l'enfant auquel elle avait donné la vie. Ce cadavre était dans un état de putréfaction, qui, seul, aurait dû suffire à tuer la malheureuse femme.

— Nous lisons dans le journal anglais la *Lancette* : « M. Piorry, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, l'ingénieux inventeur du plessimètre et l'auteur de l'important *Traité de pathologie iatrique* en 9 volumes, ouvrage plein de vues originales, de théories savantes, de vues pratiques remarquables et d'un néologisme indépendant, vient d'arriver à Londres, et visite en ce moment les principaux hôpitaux de la métropole. »

— Par arrêté, en date du 20 août, M. le docteur Quissac, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé conservateur des collections anatomiques de ladite Faculté, en remplacement de M. Benoît, appelé à d'autres fonctions; M. le docteur Piron nommé sous-bibliothécaire de la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Anglada, appelé à d'autres fonctions.

— Par décret impérial, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, M. le docteur Perez, médecin des épidémies et de l'hospice civil de Moissac, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— La séance du comité de rédaction de l'Union Médicale aura lieu demain, vendredi, à l'heure ordinaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Cours de physiologie fait à la Faculté de médecine de Paris, par P. Bérard, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général des Facultés et Ecoles secondaires de médecine de France, membre du Conseil supérieur de l'instruction publique, chirurgien honoraire des hôpitaux, président des jurys médicaux, officier de la Légion-d'Honneur, etc.

Les livraisons 28 et 29, qui complètent le tome III, viennent de paraître. — Prix de chaque livraison : 1 fr.

Paris, Labé, éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23.

Traité élémentaire des maladies de la peau, par Maurice Chausit, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, d'après l'enseignement théorique et les leçons pratiques de M. le docteur A. Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — Un volume in-8 de 450 pages. Prix : 6 fr. 50 c.

A Paris, 1853, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicale, par E. Gintrac, professeur de clinique interne et directeur de l'École de médecine de Bordeaux, etc. — 3 volumes in-8, Paris, 1853, Germer-Baillière, libraire. Prix : 21 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Maltested et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 108. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 10 Septembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12.
A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

LES VOEUX DU CONGRÈS SCIENTIFIQUE D'ARRAS.

La section médicale du Congrès scientifique réuni à Arras, a émis un vœu qui est trop conforme aux idées qui si souvent ont été développées dans ce journal, pour que nous ne l'accompagnions pas de quelques réflexions.

Ça été notre espérance constante, qu'un jour viendra où l'association médicale pourra s'étendre à tous les membres de notre famille qui en comprendront la féconde influence. Nous ne rappellerons pas nos efforts pour hâter l'avénement de cette idée ; nous rappellerons moins encore les obstacles qu'on nous suscita. Mais cette idée était bonne, elle cst reprise par des esprits sérieux et honnêtes, elle reparaît dans des conditions et dans un milieu où elle peut se développer et grandir ; il est dès lors de notre devoir d'oublier ce que cette idée nous a valu d'hostilités et d'injustices, et de l'encourager partout où elle se montre de nouveau.

Nous disons que le vœu du Congrès d'Arras s'est manifesté dans un milieu favorable ; c'est notre pensée, en effet, que les idées d'améliorations professionnelles ont plus de chances d'aboutir et d'être entendues si elles émanent des départemens que de Paris. En cela, comme en bien d'autres choses, la province s'est trop accoutumée à recevoir le mouvement et l'initiative de la capitale. Les conditions n'étant plus les mêmes, les moyens d'action doivent changer. Il faut que la province sache, d'ailleurs, que Paris a largement payé d'exemple. Paris est couvert d'associations médicales de tout genre, pour la science, pour la profession, pour l'assistance confraternelle. Pour la science, vingt Sociétés médicales réunissent périodiquement à leurs séances un très grand nombre de médecins de Paris ; pour la profession, les douze Sociétés médicales des douze arrondisscmens de Paris s'occupent avec zèle et souvent avec succès, des intérêts moraux et professionnels du corps médical ; pour l'assistance, enfin, Paris possède sa grande Association de prévoyance, qui grandit tous les jours et qui tous les jours aussi peut secourir un plus grand nombre d'infortunes.

On le voit donc, si Paris a pris l'initiative des idées d'amélioration, Paris en a fait une large et généreuse application ; si bien, qu'à part quelques tentatives pour harmoniser ces institutions diverses, il reste peu de chose à faire à Paris, où l'association a considérablement et favorablement modifié les mœurs médicales.

Mais quand s'est produite l'idée d'étendre aux départemens les bienfaisantes institutions de la capitale, une grave, une sérieuse objection a été faite, et cette objection n'a malheureusement encore rien perdu de sa force ; cette objection, la voici :

Vous voulez étendre l'association à la province, mais la province en veut-elle ? Qu'a-t-elle fait pour prouver que cette institution a ses sympathies ? Des tentatives avortées, des commencemens d'exécution, qui, tout aussitôt, sont tombées dans l'indifférence générale. Voyez ! quelques rares associations, subsistant avec peine, et n'attirant qu'un petit nombre de médecins, voilà l'état présent et réel des choses. Et, par exemple, si vous voulez étendre à la province tout entière la bienfaisante institution de l'Association de prévoyance de Paris, cette association qui possède déjà un capital considérable, peut-elle en partager le revenu avec la province qui n'a pas participé à le fonder ? D'ailleurs, ce capital, utile quand il ne s'applique qu'aux médecins du département de la Seine, ne serait-il pas un grain de mil s'il fallait en dispenser les revenus à toutes les infortunes médicales de la France ? Si la province veut généraliser l'assistance médicale, qu'elle commence par l'instituer chez elle ; que chaque département forme d'abord sa caisse ; qu'il ait avant tout son capital ; alors seulement il sera possible de fondre les institutions existantes, dont les fondateurs ont dû s'imposer de grands sacrifices, dans une association générale, pouvant venir en aide aux infortunes de tous les membres de la famille médicale française.

Cette objection si raisonnable et si fondée, le Congrès d'Arras l'a implicitement sentie, et a cherché à la résoudre. Oui, c'est par ces sortes de prédications annuelles, faites tantôt au nord, tantôt au midi, que le Congrès scientifique nous semble appelé à réaliser, dans un avenir plus ou moins prochain, la bienfaisante idée de l'association générale. Importer dans la province médicale le goût de l'association ; exciter le zèle de nos confrères ; encourager quelques efforts individuels que l'on rencontre partout, mais qui, partout, abandonnés à leurs propres forces, succombent sous les obstacles et sous l'indifférence générale, poser les premières assises d'associations locales, et mettre successivement en rapport ces associations nouvelles les unes avec les autres ; tel est le beau rôle que nous semblent avoir parfaitement compris les honorables confrères du Congrès d'Arras, et qu'ils ont rempli avec intelligence et dévoûment.

Le Congrès d'Arras n'a pas borné là ses espérances et ses vœux. La grande et noble idée de la fondation d'un hôtel des invalides de la science a été acclamée dans cette réunion, où elle a reçu des développemens nouveaux.

Ici, justice pour tous. L'idée que l'honorable et savant docteur Bally a si éloquemment traduite dans la dernière séance de l'Académie de médecine, a été, pour la première fois, formulée et pratiquement exposée par M. le docteur Dumont (de Monteux), aujourd'hui médecin du Mont-Saint-Michel. Plus tard, M. le docteur Munaret lui donna l'appui de son talent et de son cœur, dans un mémoire qu'il adressa au Président de la République. M. Orfila, enfin, fut surpris par la mort au moment où il s'occupait de la réalisation de cette idée qui vient d'être reprise avec éclat par le Congrès d'Arras. Mais qu'importe la priorité, si ce n'est que sa contestation ou sa recherche sert à prouver que les nobles âmes et les généreuses intentions ne sont pas rares en France ?

Des objections, des obstacles vont se présenter, c'est le sort de toute humaine idée. Il s'agit, avant tout, de jeter les bases d'un projet raisonnable et possible, il s'agit de faire d'abord la statistique des infortunes médicales, de rechercher s'il existe, et dans quelle proportion, des médecins auxquels un établissement, comme celui dont il est question, sera convenable et utile ; il s'agit, enfin, d'étudier les ressources qu'il sera possible d'attendre de la bienfaisance confraternelle, bienfaisance qui doit être constante, car il ne s'agit pas seulement d'édifier et d'établir, il faut entretenir et maintenir.

Pour notre compte, nous nous associons de grand cœur et avec dévoûment à cette généreuse idée, mais nous pensons qu'elle a besoin d'être sérieusement étudiée, et nous croyons que ce qu'il y aurait de mieux à faire dans la circonstance, serait d'en renvoyer l'examen et l'étude à la commission générale et au bureau de l'Association de prévoyance des médecins du département de la Seine, seule institution qui ait hérité des traditions et des projets de M. Orfila qui, huit jours avant sa mort, nous faisait l'honneur de nous dire : « Si l'UNION

Feuilleton.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES EXCENTRICITÉS, LES BIZARRERIES DE CARACTÈRE ET DE GOUT, LES PASSIONS VIOLENTES, DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA FOLIE.

EXAMEN

DES DIFFICULTÉS QUE PEUT PRÉSENTER, EN MÉDECINE LÉGALE, L'APPRÉCIATION DES ACTES ET DES IDÉES DE QUELQUES INDIVIDUS.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 6 et 8 Septembre.)

Sommaire. — Des excentricités de caractère. — De la direction imprimée à l'intelligence par l'exagération du but d'activité. — Manie de l'étude de la musique, des collections, etc. Exemples : Montelli, Choron, Boulard. — Qu'est-ce qui distingue ces situations intellectuelles de l'aliénation ? Aveux de quelques intelligences souffrantes : Rousseau, Obermann. — De la liberté morale comme appréciation dans le diagnostic. — Qu'est-ce qui distingue la passion de la folie ? — Conclusions. — Du point de vue général où le médecin doit se placer pour juger la folie dans ses causes et ses effets.

III.

Si nous voulions généraliser nos investigations en les portant dans le champ historique, nous risquerions d'empiéter sur le domaine des moralistes et des grands peintres de caractères. On peut lire dans les œuvres de La Rochefoulcaud et de La Bruyère, les descriptions de ces hommes qui se sont incarnés dans les vices, les défauts ou les passions regardés, à juste titre, comme le triste héritage de l'homme déchu, ou dans les excentricités qui sont l'apanage des esprits faibles ou vaniteux (1). L'avarice, la passion du jeu, la manie ou la fureur du duel, ont eu leurs représentans dans tous les temps, dans tous les pays, et je dirai presque dans toutes les civilisations. Et pourquoi n'avouerions-nous pas que la concentration perpétuelle de l'esprit sur des recherches scientifiques, que l'excès des meilleures choses peuvent diriger l'esprit humain dans une voie funeste à la libre expansion de nos facultés (1). Montelli, ce prodige de science et d'érudition, sacrifie tout à sa passion exclusive pour l'étude ; il refuse les positions magnifiques où son mérite lui permettait de prétendre, pour aller se réfugier dans une vielle masure qu'on lui abandonna gratuitement au fond d'un jardin. Retiré plus tard à l'Arsenal, où il avait obtenu la concession d'un misérable réduit, converti en cave depuis sa mort, il retrouva, dit Descurret, dans cette espèce de cloaque, toutes les jouissances dont il était avide, c'est-à-dire une solitude absolue, sa cruche d'eau, son pain de munition et par dessus tout, l'heureuse liberté de se livrer sans interruption à l'étude, seul besoin qui le tourmentait.

« Avec une passion si exclusive pour l'étude, il s'en fallait bien que
» Montelli fût insociable : il aimait ses semblables et se communiquait
» à eux avec plaisir, surtout le jour qu'il était forcé de retrancher à ses
» occupations favorites. Habile dialecticien, il se plaisait à soutenir les
» opinions les plus paradoxales ; mais comme c'était un jeu de son
» esprit, il revenait promptement à la vérité, et l'on ne pouvait alors
» s'empêcher d'admirer sa rare sagacité, ainsi que la vérité de ses con-
» naissances. Ses manières avaient de la douceur, de la séduction
» même, et son caractère était d'une égalité si parfaite, que ses amis les
» plus intimes n'y ont jamais remarqué la moindre altération (1).

Nous ne voyons pas dans la situation mentale de Montelli le signe caractéristique de la folie, qui est l'absence complète de la liberté. Nous en dirons autant de Choron et de Boulard, célèbres l'un et l'autre, l'un par sa passion exclusive pour la musique, et l'autre pour sa manie de collationner des livres. Pour parvenir à son but, Choron sacrifia tout, son temps, sa fortune, sa santé et jusqu'au bien-être de sa famille. Ses excès de travaux auraient brisé l'organisation la plus robuste. Il tomba mortellement malade. Eh bien ! dit l'historien de sa vie, au milieu des atroces douleurs d'une entérite et d'une pleurésies aiguës, l'étonnant mélomane regrettait de n'avoir pas assez popularisé le chant en France. Il disait à son médecin, la veille de sa mort : « En raisonnant mon
» affaire, je suis parvenu à mettre ma respiration en harmonie avec ma
» douleur de côté ; j'ai même coordonné le rythme de ma respiration
» avec les quintes de toux. »

(1) J'ai recueilli un assez grand nombre d'observations de ces individus excentriques qui ont eu la réputation d'hommes à la mode, qui ont été les rois de la *fashion* ; l'existence d'un grand nombre s'est terminée par la folie ou le suicide. Le célèbre Brummel, qui eut des biographes en Angleterre, et dont les excentricités retentirent, non seulement dans ce pays, mais dans toute l'Europe, finit misérablement ses jours à l'hospice des aliénés du Bon-Sauveur, à Caen. — Sa vie tout entière, dit le docteur Conolly, a été la personification d'une de ces situations délicates, qui sont comme l'ombre de la folie (shades of insanithy). Les perceptions chez lui se manifestaient avec une intensité maladive ; l'appréciation des choses les plus ordinaires de la vie ne s'exerçait que dans le sens de choses absurdes ou irréalisables, les sentimens et les penchans reflétaient un cachet maladif, et la plus triste des folies et le couronnement nécessaire de cette existence incohérente.

(1) L'ébranlement communiqué au système nerveux par les veilles prolongées, n'a-t-il pas maintes fois, dit le docteur Descurret, produit la cécité, la perte de la mémoire, l'épilepsie, la catalepsie, la folie, ou une mort subite et prématurée ? Sans doute, ajoute le même auteur, l'excès dans les travaux intellectuels, n'amène pas toujours d'aussi funestes terminaisons, mais alors il a lieu, le plus souvent, chez des individus, dont la profession, exerçant à la fois le corps et l'esprit, rétablit l'équilibre que la passion de l'étude tend continuellement à détruire. C'est ainsi, ajoute ce médecin dans une note dont je lui laisse la responsabilité, qu'Hippocrate et Galien vécurent, dit-on, au-delà d'un siècle ; c'est ainsi que Ruysch, prolongea sa carrière jusqu'à sa 93e année ; Winslow, jusqu'à sa 91e et Morgagni, jusqu'à sa 89e ; Sanchez Ribeiro, vécut aussi 84 ans ; Hoffmann 82 ; Frascator, Hygmore, Boerhaave, Vanswieten, Pringle, Albinus, Barthez, dépassèrent 70 ans ; enfin, Malpighi, Meïbominus, Sydenham, Hunter, Bertin et Halter, vécurent au-delà de 60 ans. On sait, au contraire, qu'à la suite des veilles prolongées et de méditations habituelles sur un même sujet, Euler, Leibnitz, Kant, Platner, Linné et beaucoup d'autres, ont fini par tomber dans la démence. (Descurret, *Médecine des passions*, p. 720.)

En faisant mes réserves sur cette note de M. Descurret, je ferai observer que le mot de démence est un mot malheureusement pris dans une acception trop générale, et à l'aide duquel on a désigné en médecine, aussi bien que dans le Code civil, des états intellectuels qui diffèrent essentiellement.

(1) Descurret, ouvrage cité, p. 728. Le 22 décembre 1836, étant allé chercher sa provision d'eau à la rivière, comme il avait l'habitude, le pied lui glissa, il tomba dans l'eau, qui était excessivement haute, et s'y noya. Il avait alors 60 ans. Son corps ne fut retrouvé que trois jours après, sous un bateau.

» Médicale veut me prêter son concours, je me fais fort de » réussir. »

Ce concours dont l'illustre et regretté professeur s'exagérait sans doute l'importance, est acquis d'avance à tout projet généreux et pratique.

Amédée Latour.

TRACHÉOTOMIE.

DES PRINCIPAUX ACCIDENS QUE L'ON OBSERVE APRÈS LA TRACHÉOTOMIE CHEZ LES ENFANS ATTEINTS DE CROUP;

Par le docteur Alexandre Axenfeld, ancien élève de l'École pratique, interne des hôpitaux et hospices civils de Paris, lauréat des hôpitaux (médaille d'or, médaille d'argent), etc.

On ne trouvera dans cette dissertation ni l'histoire du croup, ni celle de la trachéotomie. Mon seul but est de montrer : 1° comment l'opération influe sur la maladie; 2° en quoi celle-ci modifie les résultats de l'opération.

Je suppose donc un enfant atteint du croup, sur le point d'asphyxier; on lui ouvre la trachée; je suppose encore qu'aucune difficulté, aucun accident, tel que, introduction d'air dans les veines, hémorrhagie, convulsions, etc., ne viennent compromettre immédiatement le succès de l'opération : l'enfant se rétablit comme par enchantement; une toux vigoureuse détache les fausses membranes et les chasse à travers la canule; la respiration, qui menaçait de se suspendre, devient large et profonde; la cyanose cesse, la chaleur revient... Il y a là un moment d'illusion, où il est bien difficile de ne pas croire que ce mieux va continuer et que la guérison est à peu près assurée. Rien de plus trompeur cependant que ce soulagement instantané. Que s'est-il passé en effet? Par un moyen mécanique, on a levé un obstacle mécanique, voilà tout; mais la maladie reste avec son cachet spécial, et avec ses conséquences souvent mortelles. A ce danger s'ajoutent tous ceux que la plaie amène pour son propre compte. Il en résulte que si, dans les premiers momens qui suivent l'opération, le médecin, comme l'a dit Fabrice d'Aquapendente, ressemble parfaitement au dieu Esculape, cette ressemblance ne s'évanouit que trop promptement par la suite.

Mon but est d'étudier tous les accidens qui compromettent plus ou moins directement le succès de la trachéotomie. Je commence par ceux qui sont le fait même de l'opération.

I.

La *réaction* qui s'établit peu de temps après la trachéotomie est généralement peu intense; elle l'est d'autant plus, qu'on a différé davantage l'opération; elle peut devenir mortelle chez les enfans très affaiblis, chez ceux qui, préalablement, ont été soumis à un traitement antiphlogistique sévère. C'est elle qui fait périr, quelquefois en vingt-quatre heures, des opérés chez lesquels le peu d'étendue de la lésion et la date récente de la maladie semblaient promettre une guérison facile. On voit alors la face rougir, le corps se couvrir de sueur, les pulsations artérielles se précipiter jusqu'à devenir innombrables, puis la vie s'éteindre après quelques courtes convulsions.

Les soins que réclament les enfans pendant cette réaction consistent :

1° Dans l'emploi de dérivatifs doux, tels que des cataplasmes chauds appliqués aux extrémités inférieures, etc.;

2° Et surtout dans l'usage d'une alimentation substantielle (consommés, œufs frais), qui est beaucoup mieux supportée qu'on ne pourrait le croire.

II.

L'*hémorrhagie consécutive* est rare. En 1852, sur 60 opérés, elle n'a été vue, à l'hôpital des Enfans, qu'une seule fois. Dans ce cas, elle venait probablement de quelque veine thyroïdienne, divisée pendant l'opération, puis oblitérée momentanément, mais dont le caillot avait cédé dans un effort de toux. Des compresses d'eau froide, des morceaux d'agaric, ont été placés autour de la canule, la plaie a été cautérisée avec le crayon de nitrate d'argent, et l'écoulement sanguin s'est promptement arrêté. Mais il est probable que si, dans ce moment-là, quelque lambeau de fausse membrane ou de sang tombé dans la trachée avait embarrassé la respiration à un plus haut degré, ces moyens eussent été insuffisans.

L'hémorrhagie consécutive est donc un danger de plus à ajouter à tous ceux qui ont leur source dans la section des veines thyroïdiennes pendant la trachéotomie, section qui, maleureusement, est quelquefois inévitable.

A cette occasion, je ne puis m'empêcher de signaler l'inconvénient capital de tous les procédés imaginés par les chirurgiens pour ouvrir rapidement la trachée; c'est qu'on obtient la rapidité et l'élégance aux dépens de la sécurité. Pour blesser le moins de veines possible, à moins d'un hasard providentiel qui les ait rangées à une certaine distance du couteau, il faut toujours, comme le dit M. le professeur Trousseau, opérer très lentement, « trop lentement ».

III.

Voici une *hémorrhagie secondaire* d'un autre genre, dont la connaissance rendra ce précepte encore plus important. Il peut arriver que le *tronc brachio-céphalique* qui touche à l'angle inférieur de la plaie, soit atteint par le tranchant, sans que la paroi vasculaire ait été complètement traversée, et que, vingt jours après, l'opéré succombe à une hémorrhagie foudroyante. Cet accident formidable est dû à ce que le tissu artériel, affaibli dans un point par l'inflammation, le ramollissement, cède et éclate tout à coup sous l'effort de l'ondée sanguine.

IV.

Trois ou quatre jours après l'opération, quelquefois bien plus tard, on observe un certain degré de *gonflement* dans les lèvres de la plaie et leur voisinage. Il devient alors nécessaire, si les enfans ne peuvent se passer de la canule, de la fixer plus lâchement, sans quoi les cordons qui servent à la maintenir s'imprimeraient douloureusement dans les tissus engorgés, et finiraient par les ulcérer.

En général (et non pas constamment), il survient au même moment une gêne plus ou moins grande de la déglutition, et les liquides pénètrent facilement dans le larynx. Il est bon d'être prévenu de ce léger accident, mais il est inutile de chercher à le combattre. Il se dissipe toujours promptement et de lui-même, comme la fluxion traumatique dont il semble dépendre.

C'est à la même époque et dans les mêmes circonstances que la canule devient souvent trop courte pour plonger dans la trachée, et que son extrémité s'échappe d'entre les lèvres des cartilages divisés, grâce à l'élasticité de ces organes; de là, menace de suffocation, si le larynx n'est pas encore libre. On peut facilement en reconnaître la cause en observant la respiration de l'enfant, pendant qu'avec les doigts on enfonce un instant la canule, puis on l'abandonne à elle-même. A peine a-t-on cessé de la refouler vers la profondeur de la plaie, que la respiration s'embarrasse et que l'asphyxie commence. Il suffit alors de se procurer une canule plus longue; en attendant, on maintiendra la plaie béante à l'aide d'un dilatateur.

Le gonflement des lèvres de la plaie peut encore produire un autre résultat : lorsque la toux, plus fréquente et plus douloureuse, l'expectoration de quelques crachats sanglans, la douleur, une certaine agitation, viennent annoncer au médecin que la trachée supporte impatiemment la présence du tube métallique, on l'enlève, et l'on voit la respiration rester calme et profonde pendant les premiers momens; tout à coup elle se précipite, devient anxieuse, l'enfant semble suffoqué, la face se cyanose..... Cette imminence d'asphyxie tient à ce que les bords de la plaie, gonflés, mais refoulés par la canule, tendent à se rapprocher aussitôt que ce corps dilatant est enlevé. Dans certains cas on voit manifestement la plaie extérieure se froncer et se réduire à un orifice de plus en plus étroit. Comme après l'extraction de la canule, l'enfant respire quelque temps à la fois par la glotte et par l'ouverture trachéale, l'oblitération complète et brusque de cette dernière le prive tout à coup d'une grande source d'hématose.

C'est là un inconvénient assez sérieux, puisqu'il oblige à laisser la canule à demeure, alors que tout invite à l'enlever. On le prévient sûrement en donnant à l'incision une étendue suffisante, 5 à 6 centimètres. Pour y remédier, on est quelquefois obligé de faire une nouvelle incision, une sorte de débridement à l'angle inférieur de la plaie.

On suivrait la même conduite, si la canule, une fois extraite ou sortie par suite de la rétraction de la plaie, ne pouvait plus être replacée, comme cela est arrivé quelquefois.

V.

De toutes les complications du croup, la plus fréquente est, sans contredit, l'*inflammation du poumon*. Si nous en traitons ici, c'est que, d'après certaines observations, le traumatisme de la trachée et quelques-unes des autres circonstances de l'opération, ne paraîtraient pas étrangères à l'étiologie de cette maladie; mais très souvent elle existe déjà au moment où l'on va opérer, et l'on a dit que, dans ce cas, l'opération était formellement contre-indiquée. Je ne doute pas que, faite dans ces conditions, la trachéotomie ne soit une entreprise bien hasardeuse, et qu'on puisse à peine citer des guérisons obtenues chez des enfans qui ont présenté une semblable complication; je sais encore que c'est souvent s'exposer à compromettre l'art sans grand profit pour le malade. Mais est-il des contre-indications formelles, alors qu'un malade étouffe?

Souvent l'invasion de la pneumonie a lieu après l'opération. Les signes qui annoncent cette invasion sont : l'augmentation de la fièvre après le quatrième jour, l'agitation, l'affaissement de la plaie et la sécheresse de la trachée, la fréquence des mouvemens respiratoires et des efforts de toux. (Trousseau, dans Rilliet et Barthez, *Maladies des enfans.*)

La présence d'une canule dans la trachée ne semble pas indifférente à la production de cette pneumonie.

Les expériences suivantes touchent de trop près à mon sujet pour que je ne croie pas devoir les reproduire ici.

« Je tentai, avec M. Hamard, une série d'expériences sur les chiens, dans le but de connaître l'influence de la trachéotomie et de la présence d'une canule à demeure dans la trachée-artère. Le résultat de ces expériences est que les animaux ont éprouvé divers accidens, un grand accablement et de la fièvre pendant plusieurs jours; quelques-uns, malades, il est vrai, au moment de l'expérience, ont eu des pneumonies mortelles. Il est donc naturel de penser que des enfans fébricitans, et don

---

Parmi les nombreux amateurs et collectionneurs d'objets rares et surtout de livres, s'il en est un dont la manie, selon l'expression de M. C. Nodier, représentait *une maladie aiguë poussée jusqu'au délire*, c'est, incontestablement, le célèbre notaire Boulard qui, après avoir compromis son immense fortune, aurait vu tristement finir son existence si l'on n'avait usé d'un stratagème pour lui permettre des achats simulés de livres.

Nous nous refusons à classer ces singuliers originaux parmi les aliénés, parce que nous ne remarquons pas chez eux l'anéantissement complet de la liberté morale; mais nous devons, néanmoins reconnaître que la satisfaction exclusive de leur passion dominante, les a rendus incapables de remplir une fonction utile dans la hiérarchie des êtres intelligens, et que les étonnantes études de quelques-uns, témoin Montelli, ont été une semence stérile qui n'a pu germer à l'ombre de leur passion égoïste; et, chose bien digne de remarque, si la liberté morale n'a pas disparu complètement sous l'influence de ces pénibles concentrations de l'esprit, de cette fixité de l'idée vers un but passionné et conséquemment douloureux, il faut bien avouer que cette faculté a été singulièrement obscurcie chez quelques-uns. Nous avons déjà vu le plus célèbre hypocondriaque, J.-J. Rousseau, avouer qu'il n'aurait pas trop mal vécu à la Bastille, « n'y étant tenu à rien du tout qu'à rester là. »

Obermann, cette personnification de la souffrance morale du XIXe siècle, en est venu, par suite de l'état douloureux de son esprit, à faire le panégyrisme de l'esclavage. « Pour faire, il faut vouloir, dit-il, et » vouloir, c'est être dépendant. Le grand mal est d'être forcé d'agir » librement. L'esclave a bien plus de facilité pour être véritablement » libre. Il n'a que des devoirs personnels; il est conduit par la loi de » sa nature : c'est la loi naturelle à l'homme, et elle est simple.... » L'esclave est exempt de sollicitudes; elles sont pour l'homme libre; » l'esclave n'est pas obligé de chercher sans cesse à accorder lui-même » avec le cours des choses : concordance toujours incertaine et inquiétante; perpétuelle difficulté de la vie de l'homme qui veut raisonner » sa vie » (Obermann, *Lettre* XLIII.)

Ce doute fatigant, qui assiége continuellement ces intelligences, cette contradiction incessante entre l'acte et la pensée, amènent non seulement la manifestation d'actes excentriques, mais altèrent de plus en plus dans son essence le don le plus précieux que nous ait départi le Créateur, la liberté sans laquelle aucun bien n'est plus possible. J'ai étudié avec soin cet état de souffrance chez plusieurs intelligences d'élite, et les pages où ils ont consigné leur pénible situation, sont des cris de douleur qui indiquent la profondeur du mal qui les dévore, et l'annihilation progressive de leur liberté morale.

« Je me demande ce que je fais? Pourquoi je ne me mets pas à vivre? » Quelle force m'enchaîne quand je suis libre? Quelle faiblesse me » retient quand je sens une énergie, dont l'effort réprimé me consume? » Ce que j'attends, quand je n'espère rien; ce que je cherche ici, » quand je n'y aime rien, ne désire rien; quelle fatalité me force à faire » ce que je ne veux pas, sans que je voie comment elle me le fait » faire?

» Il est facile de s'y soustraire; il en est temps, il le faut; et à peine » ce mot est dit que l'impulsion s'arrête, l'énergie s'éteint, et me voilà » replongé dans le sommeil où s'anéantit ma vie. Le temps coule uniformément : je me lève avec dégoût; je me couche fatigué; je me » réveille sans désirs; je m'enferme et je m'ennuie; je vais dehors et je » gémis. Si le temps est sombre, je le trouve triste; s'il est beau, je le » trouve inutile. La ville m'est insipide, et la campagne m'est odieuse. » La vue des malheureux m'afflige; celle des heureux ne me trompe » point. Je ris amèrement, quand je vois des hommes qui se tourmentent; et si quelques-uns sont plus calmes, je souris en songeant qu'on » les crois contens... Je me précipite ainsi, ne sachant plus de quel » côté me diriger. Je m'agite, parce que je ne me trouve point d'activité; je parle, afin de ne point penser; je m'anime par stupeur. Je » croit même que je plaisante; je ris de douleur, et l'on me trouve » gai. Voilà qui va bien, disent-ils; il prend son parti. Il faut que je le » prenne : je n'en pourrais plus tenir (1). »

(1) Obermann, *Lettre* XLVI.

La passion a pu produire la folie; mais lorsque cette dernière maladie existe, elle se développe selon ses lois naturelles. Les aliénés sont en général des individus exempts de passion à objets définis, mais très susceptibles de mouvemens passionnés (1).

Tant que l'intelligence n'est pas complètement transformée par la passion, l'individu est susceptible de revenir à son état normal par la satisfaction de sa passion. Erasistrate arrache le fils de Séleucus à une mort certaine ou à la folie, en favorisant son amour pour Stratonice. Le remède aurait été inutile si la folie avait été confirmée. Dans ce funeste état, le malade généralise son amour dans les objets qui ne le représentent plus, et son délire est universel. C'est ce qu'a bien compris Cervantès, dans son inimitable épopée de la folie amoureuse. Son héros excite moins le sourire que la pitié, parce que sa douleur est vraie et que la généralité de ses conceptions délirantes se reflète dans ses actes insensés et dans la transformation qu'il fait de tous les objets créés pour les rapporter à sa folie qui, désormais, s'est substituée à sa passion. Je veux, disait un de nos aliénés amené aussi à la démence par suite d'une passion amoureuse, vivre et mourir pour Augustine X..., me soumettre à ses lois et mourir à ses pieds. Le misérable état auquel était réduit cet aliéné, détermina sa famille à le retirer. Il revint chez lui, il revit Augustine X..., mais il ne la reconnaissait plus. Il répétait en sa présence les mêmes paroles. L'intelligence était lésée dans l'universalité de ses fonctions, les sentimens éteints. Il vit mourir sa mère de douleur, sans témoigner la moindre émotion; il s'était mis bientôt lui-même dans la démence la plus complète et le marasme le plus profond.

L'obscurcissement de la liberté morale est le premier pas vers la folie; son évanouissement complet en est la confirmation. Le médecin qui a étudié les influences du physique sur le moral, possède seul les élémens de cette étude qui doivent le guider dans l'appréciation si difficile parfois des limites qui séparent la raison de la folie, la liberté de l'irrésistibilité.

(1) Voir notre 1er vol., p. 361.

les poumons sont déjà engoués, éprouveront plus facilement encore des accidens graves, capables de compromettre leur existence. Aussi ai-je vu plusieurs fois des enfans succomber après la trachéotomie, sans que l'extension des fausses membranes pût rendre compte de la mort et des lésions inflammatoires des poumons. Je dois dire pourtant qu'aucun des chiens vigoureux, sur lesquels j'ai tenté ces expériences, n'a éprouvé de graves accidens, et que les conséquences immédiates de la trachéotomie ont semblé également moins dangereuses chez les enfans, qu'un traitement débilitant n'avait pas jetés dans l'affaissement, et qui n'étaient pas arrivés à la dernière période de la maladie. » (Trousseau, *Dictionnaire en* 30 *volumes*, article GROUP.)

Dans la production de cette pneumonie, on a également fait jouer un grand rôle à l'inspiration d'un air froid, non réchauffé dans les cavités buccales et nasales, plus sec que celui que nous respirons dans les conditions physiologiques, et souvent chargé de poussières plus ou moins irritantes.

Enfin, la gêne que la circulation pulmonaire éprouve sous l'influence d'une demi-asphyxie prolongée, comme celle qui existe dans le croup, est encore une circonstance digne d'être notée ici.

Cependant, malgré l'importance très grande que nous attachons à toutes ces considérations, nous ferons observer que si la gêne de la circulation pulmonaire est une cause immédiate et incontestable de stase sanguine, de congestion passive, capable (nous n'en doutons pas) de déterminer la mort; il nous semble, d'un autre côté, que d'une congestion mécanique à la production d'une pneumonie, il y a un grand pas. Cette théorie ne nous rend d'ailleurs nullement compte de la forme disséminée, lobulaire, que la maladie revêt presque constamment dans ces circonstances. De même, l'inspiration d'un air froid et chargé de poussières irritantes, est presque entièrement empêchée par la précaution qu'on ne néglige jamais de placer au-devant de la canule une cravate de gaz pliée en plusieurs doubles. Cela n'empêche pas que la pneumonie ne soit toujours un accident très fréquent chez les jeunes opérés.

Dira-t-on que la pneumonie doit être attribuée à ce que le croup, s'étant propagé jusqu'aux bronches, les fausses membranes irritent par leur voisinage le tissu pulmonaire, qui finit ainsi par s'enflammer? Mais il suffit de réfléchir que la présence de pseudo-membranes dans les bronches est un fait presque exceptionnel, qu'il est loin d'exister toutes les fois que le tissu pulmonaire est hépatisé dans une étendue plus ou moins grande.

Tout en tenant compte des circonstances précédemment indiquées, on voit qu'aucune d'elles ne rend compte de tous les cas observés; s'il est rationnel de penser que tout ce qui irrite les voies aériennes peut directement ou indirectement devenir l'occasion d'une inflammation du poumon, je ne pense pas qu'on doive pour cela chercher uniquement dans ces causes mécaniques la raison de sa fréquence ni de la forme spéciale qu'elle prend habituellement. Il me semble plus naturel d'assimiler la pneumonie de ces malades à celles qui surviennent si fréquemment dans certaines dispositions fâcheuses de l'économie tout entière: telle est la pneumonie des fièvres graves, éruptives ou autres; la pneumonie des amputés qui succombent avec les signes d'une infection putride, etc.

A l'hôpital des Enfans, la pneumonie catarrhale est presque constamment mortelle; on le sait, et je n'ai pas ici à faire l'énumération de tous les agens qui peuvent lui être opposés avec plus ou moins de chances de succès.

Mais je ne veux pas omettre l'occasion d'insister sur la nécessité qu'il y a, en pareil cas, d'éviter avec soin l'emploi des saignées générales et locales, des dérivatifs énergiques appliqués sur la peau. Saigner des enfans qui sont placés dans des conditions semblables, c'est s'exposer à aggraver d'une manière immédiate l'état de cachexie dans lequel les plongent à la fois et la maladie et la diète. Appliquer des sangsues, c'est de plus créer, pour ainsi dire, de gaîté de cœur, une série de foyers diphthéritiques qu'il sera fort difficile d'éteindre par la suite. Le même danger est attaché à l'usage des vésicatoires. C'est donc, en dernière analyse, aux vomitifs, ipéca, tartre stibié, sulfate de cuivre, etc., qu'il faudra avoir recours lorsqu'une pneumonie viendra compliquer le croup chez les enfans opérés. Cette médication aura l'avantage, tout en combattant la complication, de contribuer, par les efforts de vomissemens, à débarrasser les voies aériennes des concrétions pseudo-membraneuses qui s'y forment. Cependant, il faut l'avouer, elle échoue presque toujours, et, pour ma part, je n'ai jamais vu guérir les enfans qui ont présenté les signes bien évidens de pneumonie lobulaire.

Il arrive souvent qu'à l'autopsie on ne trouve pas alors de lésions assez étendues pour expliquer la gravité des symptômes et la rapidité de la terminaison funeste. Mais presque toujours il existe dans les deux poumons des noyaux volumineux d'hépatisation; dans un cas, j'ai même trouvé une portion notable du poumon *à l'état de sphacèle*. Voici d'ailleurs quel était, dans ce cas, l'état des voies aériennes à l'autopsie:

La plaie de l'opération est, dans toute sa profondeur, tapissée par un enduit blanc grisâtre, adhérent, qui paraît être formé en partie par l'escarrhe, suite des cautérisations au nitrate d'argent. Le pharynx et l'orifice supérieur du larynx ont une couleur rouge livide très marquée. L'intérieur du larynx, la trachée et les bronches, qui ont été suivies aussi loin que possible à l'aide d'incisions sur une sonde cannelée, ne présentent actuellement aucune trace de fausses membranes. A partir de la moitié inférieure de la trachée, et à une certaine distance (1 centimètre) au-dessous de la plaie, commence une injection livide, injection arborisée, par plaques, qui se retrouve dans les plus fines ramifications. Le contenu des bronches est purulent, spumeux. Les poumons, emphysémateux à leur sommet et au bord antérieur, présentent une forte congestion hypostatique en arrière et à la base. En incisant le bord postérieur du poumon droit, on trouve, au niveau d'une petite plaque pseudo-membraneuse qui existe sur la plèvre, une portion de tissu pulmonaire ayant le volume d'une petite noix, mal limitée, jaunâtre, où la structure celluleuse a complètement disparu, friable, s'enfonçant dans l'eau, exhalant bien manifestement l'odeur de la gangrène. A la base du même poumon, le tissu de l'organe offre les caractères de l'hépatisation: rougeur livide, friabilité, aspect lisse sur la coupe, poids spécifique supérieur à l'eau. Les caractères de l'hépatisation se retrouvent également dans plusieurs portions du poumon gauche, qui correspondent immédiatement au diaphragme. La plèvre du poumon droit (face externe, en arrière) est enflammée et couverte d'une pseudo-membrane infiltrée de sérosité, ce qui lui donne l'aspect d'une ampoule de vésicatoire qui renfermerait des flocons de fibrine.

Quelquefois, dans des cas relativement heureux, c'est une pneumonie lobaire franche qui se déclare après l'opération. Les raisons déjà produites plus haut interdisent encore, ici, l'usage des antiphlogistiques et des vésicatoires; mais en revanche, alors, la médication vomitive a une action plus puissante et plus sûre. J'ai vu guérir, et même assez promptement, malgré une complication de ce genre, une petite fille à laquelle j'avais pratiqué la trachéotomie dans l'hiver de 1852.

(*La suite à un prochain numéro.*)

BIBLIOTHÈQUE.

MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS, ou MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LONDRES. Tome XXXV. Un volume in-8° de 492 pages. — Londres, 1852.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 6 Septembre.)

De la diminution des chlorures dans l'urine ou de leur absence de ce liquide dans les cas de pneumonie, et de la composition chimique des crachats dans cette maladie; par Lionel SMITH BEALE. — Simon avait déjà signalé une diminution dans la quantité du chlorure de sodium dans l'urine de diverses maladies inflammatoires, et tous les observateurs s'accordent à reconnaître que dans les inflammations en général, l'urine contient une plus grande proportion de matériaux organiques que dans l'état de santé, tandis que, d'un autre côté, les sels inorganiques éprouvent une remarquable diminution. Mais, cependant, c'est seulement en 1850 que Redtenbacher a publié ses observations sur l'absence du chlorure de sodium dans l'urine de la pneumonie, en insistant sur ce point que la quantité de chlorure diminue graduellement jusqu'à la période d'hépatisation, époque à laquelle on ne trouve plus trace quelconque de ce sel dans l'urine, pour reparaître de nouveau au moment où s'opère la résolution de l'inflammation.

Reprenant les expériences de Redtenbacher sur une grande échelle, M. Smith Beale est arrivé aux conclusions suivantes:

1° Dans la pneumonie, le chlorure de sodium manque complètement dans l'urine à l'époque, ou à peu près, de l'hépatisation pulmonaire.

2° Bientôt après la résolution de l'inflammation, le chlorure reparaît dans l'urine et souvent en quantité considérable.

3° A cette époque, le sérum du sang contient une plus grande proportion de chlorure que dans l'état de santé.

4° La présence du chlorure de sodium dans l'urine peut être considérée comme la preuve de l'existence d'une plus grande quantité de ce sel dans le sang, qu'il n'est nécessaire pour les besoins de l'économie en général, ou du moins d'une proportion suffisante dans ce but; e l'absence de ce sel dans l'urine indique que le fluide circulatoire en contient moins que la quantité normale.

5° Les crachats de la pneumonie contiennent une plus grande quantité de chlorure que le mucus pulmonaire sain, s'il n'y en a pas beaucoup moins que la proportion normale dans le sang, et bien qu'il y ait absence complète de ce sel dans l'urine, dans tous les cas, cependant, on en trouve dans les crachats une quantité plusieurs fois plus grande que celle qui existe dans le sang à la même époque de la maladie. La quantité absolue varie, du reste, dans différentes périodes de la maladie, et dans différens cas.

6° Dans un cas, à mesure que la maladie approchait de la terminaison funeste, la proportion de chlorure a diminué dans les crachats, tandis que celle des matériaux solides et, en particulier, des matières extractives, augmentait très notablement. A la même époque, les crachats devinrent acides, et dans les matières expectorées, dans les dernières heures de la vie, on trouva une grande quantité de sucre de raisin, tandis qu'il n'y en avait pas la veille de la mort.

7° Enfin, il y a lieu de croire que l'absence du chlorure de sodium dans l'urine, à partir de la période d'hépatisation, dépend de la détermination de ce sel vers le poumon enflammé, et que lorsque la résolution s'opère, cette force d'attraction cessant, la portion de chlorure retenue dans le poumon est absorbée et reparaît dans l'urine suivant la forme ordinaire.

Analyse de 100 *cas de maladie cancéreuse de l'utérus*; par M. Robert LEE. — Après avoir fait remarquer que les maladies les plus im-

---

Il sait que l'absence d'un délire systématisé ne suffit pas pour conclure à la négation de la folie. Le délire se révèle aussi dans la manifestation des actes, et c'est la raison pour laquelle nous classons parmi les aliénés des enfans dont l'intelligence n'est pas complètement développée, des êtres au-dessous même des enfans, puisqu'ils n'ont jamais joui de leur raison: je veux parler des imbéciles et des idiots. Les actes délirans des jeunes sujets sont presque toujours en rapport avec les tendances de leur âge. Le vol et l'incendie se manifestent avec plus d'intensité à cette époque de la vie (quoiqu'il y ait des exceptions sans doute), que l'homicide et le suicide, qui sont le résultat de conceptions délirantes plus systématisées.

Il est un autre point de vue qui servira à éclairer la conscience du médecin: c'est celui du milieu social où s'est développé l'individu dont il s'agit de juger les actes. En séparant l'aliéné de ce milieu, on risquerait de ne pas se rendre un compte assez exact des motifs qui ont pu le déterminer. Le médecin qui cherche ses élémens de certitude dans l'examen du cœur humain, fait au triple point de vue de l'histoire, de la médecine et de la philosophie, sera moins sujet à s'égarer, que celui qui se limiterait dans l'observation des faits isolés.

En généralisant son observation, en rattachant le présent au passé, en étudiant la folie à tous les âges, à toutes les époques et dans les civilisations les plus différentes, le médecin se convaincra que la folie est une maladie qui s'est présentée dans tous les temps et dans tous les lieux avec les mêmes symptômes physiologiques, avec les mêmes phénomènes intellectuels. Son tact philosophique le guidera dans l'appréciation des causes qui amènent plutôt telle manifestation insensée que telle autre, l'essence de la maladie restant néanmoins la même.

Il ne lui sera pas difficile de se rendre compte de la prédominance des folies extatiques compliquées de phénomènes convulsifs à une époque où une foi ardente, la tendance vers des objets d'un ordre surnaturel, entraînaient les esprits et les cœurs dans le même courant de sentimens et d'idées.

La facilité avec laquelle le système nerveux se laisse impressionner, sera l'explication la plus naturelle de certaines folies épidémiques. L'idée religieuse dominante qui était universellement admise, aimée et respectée, rayonnait dans toutes les intelligences, remuait les fibres les plus intimes du sens émotif et amenait des phénomènes identiques. Que voyons-nous aujourd'hui? La concentration presque générale des idées vers la réalisation des intérêts matériels. L'homme des sociétés modernes s'expose à des dangers sans nombre, pour aller récolter un peu d'or aux extrémités de la terre. Il éprouve des émotions qui se multiplient en raison de la facilité plus grande avec laquelle il peut les reproduire. La facilité des communications et des rapports est aussi rapide que la pensée, et au milieu de tout cela les positions, comme nous l'avons dit, sont devenues plus difficiles à acquérir; les luttes, pour y arriver, plus nombreuses et plus pénibles. L'horreur de la misère, la crainte de l'avenir, torturent les imaginations sous des formes plus diverses; les efforts de beaucoup d'individus dépassent tout ce que l'activité humaine est capable de supporter... Comment s'étonner si les affections cérébrales augmentent d'intensité, et si les terminaisons par la paralysie générale augmentent de nos jours, dans une proportion vraiment effrayante (1).

En présence de faits pareils, le médecin n'ira pas chercher les élémens de ses convictions dans les prétendues influences funestes des civilisations avancées. La civilisation prise dans son acception philosophique, sera pour lui la réalisation des intérêts intellectuels, moraux et matériels de la société dans les rapports de ces intérêts avec l'amélioration intellectuelle, morale et physique des individus. A ce point de vue, l'esprit qui vivifie la civilisation est basé sur le progrès et non sur la destruction. Les élémens de perfection et de préservation, sont bien plus nombreux dans les civilisations avancées que dans les civilisations en décadence et le bien en définitif, peut lutter avec plus d'avantage contre le mal pour le combattre et le prévenir.

Et s'il en est ainsi, l'observateur aura des élémens plus précieux pour étudier d'une manière féconde l'influence des causes dans la production des maladies. Ses convictions seront plus assurées, et son esprit dégagé des doutes et des incertitudes que fait naître l'examen perpétuel des mêmes faits, s'arrêtera avec plus de quiétude sur les vérités acquises. L'horizon scientifique, s'étendra pour lui et il marchera avec plus de sécurité à la découverte de vérités nouvelles.

(1) Voir le chapitre *de la paralysie générale*, tome II, p. 330.

MOREL,
Médecin en chef de l'asile de Maréville.

M. Marjolin, secrétaire général de la Société de chirurgie, nous prie de publier la note suivante:

La Société de chirurgie de Paris, dans sa séance du 24 août dernier, ayant accepté l'offre de M. le docteur Verrier, de Bar-sur-Aube, d'une somme de 300 francs ou d'une médaille de même valeur, à décerner à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des hémorrhoïdes et des varices, par la coagulation du sang, par le procédé de M. Pravaz, ou tout autre procédé inoffensif, a arrêté ce qui suit:

Les personnes qui voudront concourir pour ce prix, devront envoyer leur mémoire (*franco*), avant le 1er mars 1854, au secrétaire de la Société, rue de l'Abbaye, n° 3.

Les mémoires ne seront pas signés, ils porteront, en tête, une devise qui sera répétée avec le nom de l'auteur dans une enveloppe cachetée.

Les mémoires devront être écrits en français ou en latin; ils devront s'appuyer sur des faits ou des expériences.

Aucun membre de la Société n'est admis à concourir.

— L'état sanitaire à Rome est très affligeant. Une fièvre endémique y fait beaucoup de victimes. Les hôpitaux de San-Giovani, San-Espirito et San-Giacomo ne sont pas assez vastes pour recevoir tous les malades. Il a fallu louer des maisons dans les environs.

— Hier a eu lieu à l'hôpital des Enfans malades la distribution des prix. La séance était présidée par M. Davenne, directeur-général de l'assistance publique, auquel s'étaient joints de hauts fonctionnaires de l'administration, les médecins et chirurgiens de l'hôpital, ainsi que le personnel administratif de l'établissement et un grand nombre de médecins des hôpitaux.

Il s'agissait de décerner des prix de gymnastique, et aussi des prix de sagesse et de travail aux pauvres enfans qui, forcés par la nature de leur maladie à un long séjour dans l'hôpital, y trouvent, outre le traitement médical et hygiénique, le bienfait d'un enseignement primaire.

M. Davenne et M. le docteur Bouvier ont prononcé chacun un discours qui a été chaudement applaudi; ces discours ont été précédés et suivis d'exercices gymnastiques qui ont vivement intéressé l'assistance.

portantes de l'utérus, avec altération de texture, se rapportent aux trois chefs suivants : 1° celles qui sont produites par une inflammation d'un ou de plusieurs tissus qui entrent dans la composition de l'organe ; 2° celles qui dépendent de la formation de tumeurs dans les parois de l'organe ou de l'hypertrophie des glandes situées vers son orifice, sans tendance à dégénérer et à infecter le reste de l'économie ; 3° celles qui résultent d'une action spécifique et maligne, en vertu de laquelle s'opère la désorganisation de ses différens tissus et des organes environnans ; M. Robert Lee passe successivement en revue les 100 cas rassemblés par lui et en tire les conclusions suivantes :

1° Le cancer peut commencer dans un point quelconque des parois muqueuse, musculaire ou péritonéale de l'utérus ; mais plus fréquemment il débute par l'orifice et par le col ;

2° Dans l'immense majorité des cas, les premiers symptômes de la maladie sont des écoulemens d'un liquide sanglant, séreux ou blanchâtre par le vagin, avec sensation de gêne ou de douleur plus ou moins vive autour et dans l'intérieur du bassin ;

3° Le cancer de l'utérus se présente, le plus souvent, sous forme d'induration et d'ulcération de l'orifice et du col de l'utérus, ainsi que du vagin, ou bien d'ulcération sans induration, ou sous forme de tumeurs fongoïdes, appelées habituellement excroissances en choux-fleur, naissant de l'une des lèvres du col; ou bien enfin tout le col de l'utérus est converti en une masse encéphaloïde et colloïde, avec un véritable squirre du reste de l'utérus et des organes voisins ;

4° Dans aucun cas, le cancer de l'utérus ne saurait être rapporté à l'inflammation, et ses progrès ne sauraient être arrêtés par la cautérisation des tissus morbides au moyen du spéculum, ou par toute autre méthode de traitement ;

5° Sur 100 cas de cancer de l'utérus, on en comptait 6 au-dessous de 30 ans, 16 de 31 à 39 ans, 52 de 40 à 50 ans, 25 de 51 à 60 ans, et 1 à 65 ans.

De la déposition de la fibrine à la face interne des veines; par Henri Lee. — L'opinion la plus généralement répandue parmi les médecins et les anatomistes, considère la membrane interne des veines comme une membrane séreuse semblable au péritoine, à la plèvre, au péricarde, et admet par conséquent la possibilité et la facilité d'un épanchement de lymphe plastique à la face interne de celles-ci. Voici que M. le docteur Lee vient contester même la possibilité du fait par des expériences faites sur des animaux. Si l'on interrompt l'arrivée du sang, on a beau irriter l'intérieur des vaisseaux, il ne s'opère aucune sécrétion ; il est donc bien prouvé, ajoute-t-il, que la matière qui tapisse l'intérieur des veines obstruées est fournie exclusivement par le sang ; mais ce qui n'est pas douteux, c'est que ce sang coagulé dans les veines a réellement l'aspect de la lymphe plastique déposée dans les séreuses enflammées.

Mémoire sur la pathologie et le traitement de la leucorrhée, basé sur l'anatomie microscopique de l'orifice et du col de l'utérus ; par le docteur W. Tyler Smith. — Travail intéressant, mais dont il est impossible de rendre compte à cause du trop grand nombre de détails sur lesquels il repose. L'auteur confirme ce que l'on savait de l'origine de la leucorrhée dans la cavité du col de l'utérus enflammé.

Chirurgie. — *Observation de constipation datant de neuf jours, produite par un squirre du rectum et soulagée par l'ouverture de l'S du colon au pli de l'aine gauche*; par J. Adam.

Observation de rétrécissement du colon, traité avec succès par l'opération, avec l'analyse de 44 cas d'anus artificiel ; par le docteur C. Hawkins.

Deux cas d'obstruction intestinale, dans lesquels on a pratiqué un anus artificiel dans le colon ascendant pour l'un, dans le colon descendant pour l'autre ; par W. J. Clement.

Observation d'obstruction intestinale par maladie du rectum, traitée avec succès par l'ouverture de l'S du colon au pli de l'aine gauche; par le docteur A. Baker.

Observations d'obstruction intestinale; par le docteur Luke.

Ces observations, que nous rapprochons dans cette revue, montrent combien on attache d'importance chez nos voisins à cette opération de l'anus artificiel que l'on pratique si rarement en France aujourd'hui, malgré les succès qu'elle a comptés, il y a quelques années, entre les mains de plusieurs chirurgiens, et en particulier de M. Amussat. Le travail de M. Hawkins est le plus intéressant de tous, parce que ce chirurgien a rassemblé 44 cas d'opérations d'anus artificiel, empruntés à un grand nombre d'auteurs, et en a fait connaître les résultats :

Sur ces 44 cas d'opérations d'anus artificiel, il en est 8 dans lesquels la mort a eu lieu dans les premières vingt-quatre heures ; 11 dans lesquels les malades n'ont pas survécu plus de 48 heures ; 13 ont vécu une semaine ; 17 une quinzaine ; 10 trois semaines ; 21 cinq semaines. De sorte que 23 malades seulement, ou 22, si l'on déduit un cas dans lequel l'opération a été faite pour une fistule à l'anus, pouvaient être considérés comme ayant guéri. Sur ces 22 malades, 5 sont morts dans un intervalle de huit mois au plus ; 8 autres ont une histoire incomplète : ils vivaient encore, ou on n'a pas de renseignemens sur eux après un an ; 9 autres ont survécu un an et plus. Ainsi, les malades de Pennel et de Baker vivent encore après deux ans ; ceux de M. Amussat et de Clément vivaient encore après trois ans, et celui de Martland a vécu dix-sept ans. Sur les 42 opérations, 19 ont été faites pour des cancers, ou 41 pour 100, et ce sont là des cas un peu moins favorables, puisque sur les 21 cas dans lesquels l'opération n'a pas réussi, 10 se rapportaient à des sujets cancéreux, sans que, cependant, les malades doivent succomber plus inévitablement que dans toute autre circonstance. Quant aux causes de la mort, dans les 21 opérations qui n'ont pas réussi, on compte seulement un tiers de péritonite, et encore dans 2 cas seulement, son développement a pu être rapporté directement à l'opération. Enfin, en ce qui touche le point dans lequel l'intestin a été ouvert, et le mode suivant lequel l'anus artificiel a été pratiqué, on compte 17 cas d'opération à travers le péritoine, et dans lesquels on a ouvert le cœcum trois fois, le petit intestin deux fois, le colon droit une fois, le colon transverse une fois, le colon gauche neuf fois, le colon gauche et le colon droit une fois ; en tout 10 morts, 7 guérisons. Dans les 27 cas d'opération rétro-péritonéales, 11 morts sur 27 ; 6 de ces opérations ont été faites sur le colon droit, 20 sur le gauche. Il résulte donc de ces faits que la mortalité est de 41 pour 100, quand on ouvre le péritoine ; tandis qu'elle est de 61 pour 100, quand on a respecté cette membrane.

Cas remarquables de corps étrangers dans l'estomac et le duodénum, avec obstruction complète de l'intestin, et déplacement mécanique des organes; par J. Marshall. — L'estomac contenait des épingles en masse (6 onces) ; il y en avait aussi plusieurs masses dans le duodénum, pesant en tout une livre.

Remarques sur les opérations chirurgicales adoptées généralement dans les cas de rétention d'urine, avec un résumé des cas de ponctions vésicales pratiquées par le rectum, dans le but de faire cesser la distension de l'organe, ou de faciliter le traitement de rétrécissemens infranchissables de l'urètre ; par Ed. Cock. — L'auteur se prononce pour la ponction par le rectum, et rapporte un grand nombre de faits à l'appui.

Observation de tumeur pulsatile des os, dans laquelle les urines contenaient des cellules cancéreuses ; par Ch. Moore. — Après la mort, on constata que les reins étaient petits et mous; leur substance tubuleuse était parfaitement saine ; mais la portion corticale était parsemée çà et là de cellules cancéreuses.

Obstétrique. — *Grossesse et accouchement menés à bonne fin chez une femme qui avait subi auparavant l'ovariotomie par large incision* ; obs. par J. Crouch. — Le titre de cette observation en indique suffisamment la nature. L'accouchement eut lieu vingt-six mois après l'opération.

Hémorrhagie par invagination de l'utérus ; opération de la transfusion pratiquée avec succès, avec des remarques sur la transfusion en général ; par le docteur J. Soden. — Nous avons publié en son temps le fait de M. Soden ; nous n'y reviendrons pas.

Observation d'inversion de l'utérus après l'accouchement, suivie de mort en dix-huit mois, avec des recherches statistiques sur les résultats de l'opération dans les cas de ce genre; par J. Gregory Forbes. — Voici les résultats statistiques des opérations : ligatures, 21 cas ; excision, 2 cas ; ligature et excision, 8 cas. Sur les 21 cas de ligature, il y a eu 16 succès et 5 insuccès, dont 3 morts ; les deux derniers ont dû être abandonnés à eux-mêmes, et cependant la guérison a eu lieu. Pour l'excision, un succès et un insuccès. Pour la ligature et l'excision associées, 5 succès, 3 insuccès.

Dr Aran.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances de Juin, Juillet et Août 1853. — Présidence de M. le docteur Ameuille.

Dans sa dernière séance, la Société a admis au nombre de ses membres titulaires, MM. les docteurs Th. Archambault et Mesnet.

Dans ces trois derniers mois, une seule discussion intéressante et pleine d'actualité, s'est engagée au sein de la Société, sur l'action thérapeutique de la vératrine, à l'occasion d'une observation rapportée par M. Bonnassies qui, pour la seconde fois, a employé ce médicament avec un merveilleux succès, dans le rhumatisme articulaire aigu. Ainsi, dernièrement, chez une jeune femme de 28 ans, atteinte d'un rhumatisme articulaire, étendu à toutes les articulations, avec réaction générale énorme, l'administration de la vératrine, suivant la formule de M. Piédagnel, fut suivie d'une amélioration évidente, dès la cinquième pilule. Vingt pilules furent ingérées en tout. La convalescence était pleine et entière dès le septième jour. M. Bonnassies ajoute qu'il a rarement vu un sujet aussi gravement atteint, être aussi rapidement soulagé et guéri d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé.

M. Charrier n'a eu qu'une seule fois l'occasion d'employer la vératrine chez un jeune homme de 21 ans, d'une constitution chétive, et atteint d'un rhumatisme articulaire aigu. La plupart des articulations étaient prises, gonflées et douloureuses. La fièvre était modérée. M. Charrier prescrivit cinq centigrammes de vératrine pour dix pilules. Une pilule fut prise le premier jour sans résultat, ainsi que deux autres le lendemain. Le troisième jour, à la suite de l'ingestion de trois pilules, le malade éprouva un peu d'amélioration dans ses douleurs, mais il se déclara en même temps un peu de diarrhée. Le quatrième jour, quatre pilules déterminèrent, en outre, quelques coliques assez vives. L'usage des pilules, malgré ces quelques accidens, n'en fut pas moins continué, et, quand le malade en eut avalé une vingtaine environ, il se trouva à peu près complètement débarrassé de ses douleurs. Cependant, au bout de cinq ou six jours de cette amélioration évidente, ses douleurs reparurent de nouveau. En présence de cette rechute, et se rappelant, d'autre part, les coliques et la diarrhée précédemment observées, M. Charrier n'osa pas revenir à l'emploi de la vératrine, et crut devoir lui substituer une simple décoction de chiendent fortement nitrée. Somme toute : le malade a guéri, mais son rhumatisme n'en a pas moins duré vingt-cinq jours au moins. Rien encore, d'après cette expérience, n'autorise notre confrère à partager l'enthousiasme de quelques médecins, à l'endroit des propriétés curatives de la vératrine dans le rhumatisme articulaire aigu.

Dans leurs essais particuliers, MM. Trèves et Labarraque n'ont rien encore obtenu de satisfaisant, quant à présent, de l'emploi de la vératrine.

M. Gaide a quelque motif de se défier de l'exagération évidemment apportée dans la relation des faits mis en avant, pour démontrer l'efficacité de cette substance.

M. Bauche a été plus heureux que les précédens confrères. — Une dame, âgée de 60 ans, atteinte de rhumatisme aigu, avec gonflement douloureux des articulations tibio-fémorales, prenait, depuis quelques jours, une tisane fortement nitrée (20 grammes). Cette médication ayant amené chez la malade une dépression considérable des forces, notre confrère la remplaça par l'administration de la vératrine, selon le mode habituel. Dès le troisième jour de l'emploi de ce nouveau moyen, une amélioration considérable survint. En effet, à partir de ce moment, les douleurs avaient disparu, la fièvre était tombée, et cette dame, véritablement convalescente, commença à se lever et à prendre quelques alimens.

M. Aubrun s'est bien trouvé également de l'emploi de la vératrine dans un cas de rhumatisme articulaire aigu chez un garçon boucher. Toutefois, la constitution vigoureuse du sujet, et l'intensité de la réaction fébrile, l'engagèrent à débuter par une large saignée. Cette émission sanguine une fois pratiquée, le malade fut mis immédiatement à l'usage méthodique de la vératrine. Il prit jusqu'à six pilules dans les vingt-quatre heures, sans autre accident qu'un peu de chaleur épigastrique. En cinq jours, les accidens furent enrayés, pour faire place à une convalescence qui ne s'est pas démentie.

M. Aubrun a cherché à étendre les indications de l'emploi de la vératrine dans les maladies. Il s'est demandé, *à priori*, si certains états morbides déterminés sous l'influence du refroidissement, ne pourraient pas, par hasard, être heureusement modifiés par la vératrine, comme cela a lieu dans le rhumatisme. C'est ainsi qu'il a été conduit à prescrire cette substance à un malade atteint d'une amygdalite intense, déterminée par l'action évidente du froid, et contre laquelle, tout d'abord, M. Aubrun avait cherché à opposer des sangsues, que le malade refusa nettement. Dès le troisième jour de cette nouvelle médication, l'amygdalite était guérie. Une autre fois, dans un cas de pleurésie chez une femme âgée de 50 ans, chétive, misérable, étiolée, vivant dans un taudis privé d'air et de lumière, maladie qu'à bon droit notre confrère avait raison de croire de nature rhumatismale, les pilules de vératrine combattirent avec avantage l'élément inflammatoire de la maladie, et la douleur de côté coexistante. Dès la fin du second jour, la douleur pleurétique avait disparu ; le pouls avait également baissé de fréquence, et la respiration était devenue plus facile. L'épanchement seul continua de se faire dans l'intérieur de la plèvre, mais il céda bientôt lui-même à l'application de vésicatoires volans, *loco dolenti*. En résumé, cette maladie, dans laquelle, vu l'étiolement du sujet, les émissions sanguines étaient contre-indiquées, paraît avoir été heureusement influencée par la vératrine. M. Aubrun appelle, toutefois, de nouveaux faits à l'appui de ceux qu'il vient de rapporter, avant de leur accorder définitivement la signification qu'il serait disposé à leur prêter.

M. le docteur Charrier : Les préparations de colchique, et spécialement la vératrine, agissent de toute évidence à la façon des contro-stimulans. Leur effet habituel consiste dans une dépression plus ou moins prompte du dynamisme. Aussi est-il facile de comprendre comment, dans les maladies aiguës essentiellement fébriles, comme le rhumatisme articulaire aigu, la vératrine, en déterminant une sédation dans l'activité de la circulation générale, est susceptible par là même de modérer l'excitation du mouvement fébrile, et consécutivement l'intensité de l'élément inflammatoire lui-même. Le sulfate de quinine, le nitrate de potasse à hautes doses, n'agissent pas autrement. On conçoit ainsi comment, suivant qu'il est arrivé à M. Aubrun, la vératrine, comme tout poison qui déprime les forces radicales de la vie, pourra être de quelque utilité dans les phlegmasies, dans le but de combattre un de leurs élémens principaux, le principe inflammatoire. Mais il faut se défier toujours de l'emploi de pareils médicamens, véritables poisons, qui, accumulés au sein de l'organisme, peuvent parfois, et tout à coup, faire naître des accidens toxiques redoutables. M. Charrier ne doute pas que la vératrine n'ait bientôt à se reprocher quelque événement semblable, comme cela, au reste, est arrivé pour le sulfate de quinine qui, lui aussi, après avoir fait une entrée non moins bruyante dans la thérapeutique du rhumatisme, a perdu rapidement, dans l'esprit des médecins, de l'efficacité exagérée que, tout d'abord, on lui avait accordée.

M. Perrin a eu l'avantage, depuis deux ans, de suivre à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. Piedagnel, les expériences tentées par cet habile médecin, à l'aide de la vératrine, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Sous ce rapport, il croit pouvoir émettre quelques réflexions basées sur un nombre considérable de faits observés par lui. Comme on l'a déjà avancé dans cette discussion, un des effets assurés de l'action de la vératrine dans le rhumatisme articulaire aigu, c'est d'abattre ordinairement, en quelques jours, le mouvement fébrile, et de diminuer plus rapidement encore l'élément *douleur*. De telle sorte qu'un rhumatisme articulaire aigu développé chez un sujet jeune, sanguin, vigoureux, avec élévation considérable du pouls et réaction générale intense (état de suracuité qui semblerait indiquer avant tout l'emploi indispensable des émissions sanguines), est vite ramené, à l'aide de la vératrine, dans les conditions d'un rhumatisme articulaire aigu de moyenne intensité. C'est évidemment là un avantage immense pour les malades dont les souffrances sont ainsi singulièrement atténuées, en même temps que tout danger de mort disparaît pour eux. L'action déprimante de la vératrine sur la circulation est peut-être plus habituelle que celle qui est généralement reconnue, par tout le monde, aux préparations de digitale. Dans quelques cas, M. Perrin a vu tomber le pouls, en quelques jours, de 100 à 40 pulsations par minute. Grâce à cette action déprimante, et peut-être spécifique, de la médication par la vératrine, on ne voit plus dans le service de l'Hôtel-Dieu, ces cas sur-aigus de rhumatisme articulaire, à la suite desquels les malheureux patiens étaient ordinairement jetés, pendant des semaines entières, immobiles, sans sommeil, et avec une fièvre énorme, sur un lit de douleur.

Quant à l'influence de la vératrine sur la durée du rhumatisme, M. Perrin ne la croit pas aussi marquée que quelques faits exceptionnels publiés par l'Union Médicale, tendraient à le faire admettre. Sans doute, il a observé des guérisons d'une rapidité étonnante ; mais, il faut le dire, assez fréquemment aussi, il a vu les accidens (quoique *toujours* sous une forme extrêmement bénigne), continuer ou reparaître.

Pour ce qui est de l'efficacité de la vératrine dans les mono-arthrites, dans les rhumatismes chroniques et apyrétiques, elle a paru moins évidente à M. Perrin. Ce sont toutefois des expériences à revoir complètement.

Enfin, quant au mode d'administration de la vératrine indiqué par M. Piedagnel, il est absolument exempt de tout inconvénient sérieux. Si cependant, arrivé à la dose quotidienne de 6 à 7 pilules, prises de trois heures en trois heures, par exemple, le malade éprouvait quelque sensation d'âcreté dans l'arrière-gorge, de la chaleur à l'épigastre, avec nausées ou vomissemens, ou encore quelques coliques suivies d'un peu de diarrhée, il serait facile de remédier à tous ces accidens, en suspendant momentanément l'usage des pilules, ou simplement en se bornant à en diminuer le nombre.

Le secrétaire, Dr Perrin.

Errata. — Dans le n° du 30 août dernier, en publiant le sujet de prix proposé par la *Société médico-pratique*, on a imprimé : dans la séance générale du mois de mai 1853, etc., *au lieu de* mai 1855.

Nous recevons trop tard, pour pouvoir la publier dans ce numéro, une lettre de M. le docteur Blache, relative à l'évolution dentaire. Nous la publierons mardi prochain.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Maltestet C^e, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 109. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 13 Septembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le **MARDI**, le **JEUDI** et le **SAMEDI**.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

EXAMEN DE L'APHORISME : NATURAM MORBORUM OSTENDUNT CURATIONES ;

Par M. le professeur FORGET, de Strasbourg.

Le premier des philosophes, à mon avis, l'illustre Bacon, a rangé les sources des erreurs humaines en quatre catégories, que, dans son langage énergique et figuré, il désigne sous le nom de *fantômes*, distingués comme il suit :

1° Fantômes de race ou de *tribu* : ce sont les erreurs inhérentes à la nature de l'esprit humain, en général, lequel, dit-il, semblable à un miroir faux, défigure toutes les images qu'il réfléchit ;

2° Fantômes de l'antre ou de la *caverne* : ce sont les erreurs intimes, qui dérivent de l'individu lui-même, modifié par son organisation propre, son genre d'éducation, ses préjugés, ses habitudes ; de sorte que chacun voit les objets sous des couleurs spéciales, à travers son prisme individuel ;

3° Fantômes de la *place publique* : ce sont les erreurs vulgaires, qui dérivent des vices du langage, des termes de convention, obscurs, mal définis, en usage parmi les nations ; erreurs de mots qui soulèvent et fomentent parmi les hommes de stériles et innombrales dissensions ;

4° Fantômes de *théâtre* : ce sont les erreurs dogmatiques, sur lesquelles reposent tant de systèmes et de philosophies diverses, créations prétentieuses qui peuplent le domaine des sciences, à peu près comme les personnages fardés d'un drame imaginaire se partagent la scène théâtrale. Or, cela doit s'entendre aussi de cette foule de principes et d'axiomes prétendus, formulés au hasard, acceptés sans examen, et consacrés par l'habitude, protégés qu'ils sont par la paresse et la légèreté du commun des esprits. (*Nov. organ.*, lib. 1.)

C'est une erreur de ce dernier genre, c'est un *fantôme de théâtre*, pour continuer le langage de Bacon, que je me propose d'analyser et d'apprécier aujourd'hui.

On s'est violemment élevé contre les déceptions que recèlent les principes émanés de la statistique médicale, et cela pour glorifier l'aphorisme produit de la simple induction. Comme si l'aphorisme lui-même pouvait exprimer autre chose que la *pluralité* des faits, avec cette différence, que la statistique sait au juste le nombre des faits qu'elle invoque, et que, moins absolue que l'aphorisme, elle place toujours implicitement l'exception à côté de la règle.

Un travail aussi curieux qu'instructif serait celui qui relèverait les aphorismes absurdes et menteurs disséminés dans les œuvres des législateurs de la science, et qui, aujourd'hui même, régissent la pratique en vrais *fantômes de théâtre*.

L'aphorisme est à la science comme le proverbe est à la vie commune. L'aphorisme est la sagesse des savans comme le proverbe est la sagesse des nations. Et de même qu'il est peu de proverbes qui n'aient leur contre-partie, il est peu d'aphorismes auxquels on ne puisse opposer des aphorismes contraires, chacun invoquant gravement les uns ou les autres, selon les besoins de la cause actuelle et les intérêts du moment. Je n'en veux pour exemple, unique mais solennel, que ces deux aphorismes rivaux qui se partagent aujourd'hui l'empire de la thérapeutique :

« *Contraria contrariis curantur.*
« *Similia similibus curantur.* »

sentences que nous retrouverons dans le cours de ces études.

Cela dit à l'endroit de l'aphorisme en général, voyons ce qu'il en est de notre aphorisme en particulier.

Naturam morborum ostendunt curationes, redit-on chaque jour et partout, sans qu'il vienne à personne l'idée de contester la légitimité de cet axiome sacramentel.

J'avoue d'abord, en toute humilité, ne savoir d'où provient cet aphorisme dont personne ne se met en peine de rechercher et de signaler la source et l'auteur. Toujours est-il que je ne l'ai pas rencontré parmi ceux d'Hippocrate.

Mais, qu'il soit d'Hippocrate ou de Galien, de Fernel ou de Baglivi, de Sydenham ou de Stoll, il n'en a pas moins la consécration de l'habitude et l'assentiment universel ; c'est à ce double titre que j'ose le prendre à partie.

Rien n'est plus commun dans le monde, et même dans le monde des savans, que de se payer des mots et de se piquer de comprendre tout ce qui a nom dans la langue. Chacun sait et répète partout que les mots bien définis sont la base, le pivot de toute philosophie et de toute science bien faite ; chacun aussi confesse et redit avec Descartes, qu'il ne faut accepter pour vraies que les choses évidemment démontrées ; nonobstant, l'esprit humain pousse sa pointe sans trop se soucier d'assurer sa marche, et une erreur acceptée d'abord sur la foi d'un grand nom ou de la voix commune, prend racine à l'abri de l'antiquité, sans qu'aucun se mette en devoir d'en rechercher la valeur absolue, tant la nonchalance humaine s'arrange volontiers des opinions toutes faites.

Pour en revenir à notre objet, rien n'est plus séduisant, plus éclatant de vérité, que cette sentence, à savoir : que la nature de l'effet participe nécessairement de la nature de la cause, et, partant, que la nature de la maladie est indiquée par la nature du remède qui la guérit. C'est là un axiome aussi solide en apparence, qu'un théorème de mathématiques, et le fait est qu'il est irréfragable en tant que principe abstrait ; mais, en application, voyons ce qu'il peut valoir :

— Qu'est-ce qu'une *maladie* ?
— Qu'est-ce que la *nature* d'une maladie ?
Et, en outre :
— Qu'est-ce que la nature d'un remède ?
— Par quel mécanisme guérit le remède ?

Autant de problèmes à peu près insolubles dont personne ne paraît soupçonner la profondeur, et que chacun accepte comme résolus.

Ce qui concourt à perpétuer les illusions scientifiques, c'est que les définitions, qu'on prétend donner des termes obscurs, étant souvent constituées elles-mêmes de termes mal définis, le langage tourne sans cesse dans un cercle vicieux, et réalise l'argument probatoire : *obscurum per obscurius* ; c'est ce qui a lieu pour le mot *maladie*.

Pour les uns, la maladie est une *lésion organique* ou matérielle ; mais cette lésion est souvent impossible à constater. Pour les autres, la maladie est une *fonction anormale* indépendante de l'état des organes ; mais nous ne pouvons pas plus concevoir de lésion de fonctions sans lésion d'organes, que de fonctions sans organes. Pour ceux-ci, la maladie est un *acte* ; pour ceux-là, c'est un *processus*, qu'au moyen d'un gros solécisme on traduit par *évolution* ; acte ou évolution qui sont synonymes de mouvement ; et l'on se croit bien éclairé lorsqu'on a dit que la *maladie est un mouvement* !

Ceux qui prétendent que la maladie est une *combinaison d'états organiques*, ou, comme nous le disons nous-même, une *association d'élémens*, ne sont guère plus avancés quant à la nature de la maladie, car il reste encore à établir ce que sont ces états organiques ou ces élémens ; mais du moins ceux-là

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,
professeur de pathologie et de thérapeutique générales

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Analyse de l'ouvrage de Cælius Aurelianus (suite) ; des maladies chroniques, importance de leur traitement. — De la céphalée, du vertige, de l'*incube*, de l'épilepsie, de la folie et de son traitement ; de la paralysie, des engorgemens de la rate et des fièvres intermittentes ; phthisie pulmonaire. — Hydropisie ; Bright, M. Rayer et les contemporains de Cælius Aurelianus ; où conduit l'esprit de système ! Influence de l'alimentation insuffisante dans la production de l'hydropisie ; Josèphe, Grégoire (de Tours), M. Gaspard. — Comment la science marche ; des modifications du langage par suite du mouvement des idées ; curieux exemples. — De la goutte et du rhumatisme articulaire. — De la *pédérastie*. — Le christianisme et le paganisme. — Conclusion.

XXI.

(Histoire de la secte méthodique.)

Exposition analytique des œuvres de Cælius Aurelianus.

En tête de la partie de son ouvrage consacrée à l'histoire des maladies chroniques, Cælius Aurelianus a écrit une préface curieuse à lire : « Après avoir traité, dit-il, des maladies aiguës, j'ai l'intention d'exposer les règles à suivre dans le *traitement* des maladies de longue durée. » Ainsi, c'est surtout au point de vue du traitement que l'auteur parle des maladies chroniques, fidèle en cela aux habitudes des écrivains de sa secte, qui, dans leurs descriptions, s'arrêtaient avec complaisance sur le traitement des maladies et faisaient tout converger vers ce point capital. Ces maladies de longue durée, dit Cælius Aurelianus, *morbi chronici*, diffèrent beaucoup des maladies aiguës avec lesquelles elles ne conservent quelques traits de ressemblance que par intervalles, dans les momens d'exacerbation. Il engage beaucoup les médecins à s'occuper surtout du traitement des maladies chroniques, disant que tout perfectionnement sur ce point leur attire plus de gloire que la cure d'un grand nombre de maladies aiguës. En effet, ajoute-t-il, dans les maladies aiguës le médecin n'a pas lieu de se vanter beaucoup, puisque, dans le plus grand nombre des cas, il suffit d'entourer le malade de soins hygiéniques convenables, pour voir la maladie se dissiper d'elle-même, *nunc fortuna, nunc natura favente.*

Il y a du vrai et du faux tout à la fois dans cette dernière phrase de Cælius Aurelianus. Il est vrai que dans beaucoup de maladies aiguës, la nature se suffit à elle-même et guérit sans l'intervention du médecin ; mais il y a aussi un grand nombre de cas dans lesquels la nature est impuissante et où le médecin non seulement peut, mais doit intervenir.

Aux yeux de Cælius Aurelianus, la plupart des maladies aiguës sont spontanément curables ; mais il n'en est pas de même des maladies chroniques, dont la cure, suivant lui, fait beaucoup d'honneur au médecin, puisque la nature est impuissante à les guérir. Il fait ensuite l'histoire des médecins qui se sont illustrés en inventant quelque traitement de maladie chronique, et il cite plus particulièrement Thémison, Thessalus et Soranus, c'est-à-dire les principaux chefs de la secte méthodique.

Au nombre des maladies chroniques auxquelles il consacre cinq livres de son ouvrage, Cælius Aurelianus place la *céphalée*, maladie à deux formes, continue ou intermittente, avec les types quotidien, tierce, double tierce, etc.

Une autre maladie chronique longuement décrite par Cælius Aurelianus, c'est le *vertige*, dont les causes, suivant lui, sont : le défaut d'exercice, l'ivrognerie, la cessation brusque des purgatifs, la suppression des hémorrhoïdes. Il en fait un signe avant-coureur de l'épilepsie. Le vertige était même pour lui une petite épilepsie.

Cælius Aurelianus donne de grands détails sur l'*incube*, névrose inconnue de nos jours, mais très commune au temps des Romains de l'empire. Il fait une très longue description de l'*épilepsie, maladie sacrée, puérile*, etc. ; parle avec détails de l'épilepsie intermittente, forme que nous ne voyons plus aujourd'hui, et qu'il rattache à la fièvre intermittente. Il traite, à ce sujet, des accidens convulsifs qui surviennent chez certaines femmes et qui ont leur point de départ dans la matrice. Il les compare aux accidens de l'épilepsie, dont il cherche à les distinguer. Entre autres caractères distinctifs, il dit que, dans l'épilepsie, il sort du nez et de la bouche une écume que l'on n'observe pas dans les convulsions hystériques. Au reste, dit-il, ces derniers accidens ressemblent beaucoup à l'épilepsie : *Præfocatæ mulieres frequenter aliquid simile epileptis pati inveniuntur.* Il s'étend avec complaisance sur le traitement de l'épilepsie, et discute longuement la question de l'utilité de la saignée.

Vient ensuite un curieux chapitre sur la folie et son traitement. A cette époque on cherchait à modifier le moral des fous, à agir sur leur système nerveux d'une foule de manières. On les faisait assister à des scènes de comédies, de tragédies, à des concerts ; les exercices, les distractions, les jeux les plus variés leur étaient prodigués. L'expérience avait conduit les médecins de ce temps à employer ce mode de traitement contre la folie, névrose très commune, d'ailleurs, chez les Romains de l'empire.

Dans l'ouvrage de Cælius Aurelianus, la paralysie est citée parmi les maladies chroniques. L'auteur distingue trois sortes de paralysie : 1° Du mouvement ; 2° du sentiment ; 3° mixte, du mouvement et du sentiment. Il décrit la paralysie *générale*, parle d'une foule de paralysies partielles de la tête, du tronc, des membres. Parmi les paralysies de la tête, il note celle du sourcil, de la face ; il rappelle celle du larynx. Il croit que la plupart des organes sont susceptibles d'être paralysés : l'estomac, le pylore, l'intestin grêle, le gros intestin, le rectum, la vessie, les voies génitales. Il parle avec détails de la paralysie du diaphragme. Il ajoute que toutes ces espèces de paralysie sont évidentes, d'où il conclut, par le raisonnement, à la possibilité de la paralysie de toutes les autres parties du corps, des poumons, du cœur, etc., et, à ce propos, il rappelle qu'Hérophile attribuait beaucoup de morts subites à la paralysie du cœur. Il cite encore une description faite par Erasistrate, d'une espèce particulière de paralysie, à forme intermittente, présentant, par ses caractères, beaucoup d'analogies avec la maladie que nous connaissons de nos jours, sous le nom de paralysie *hystérique*.

se placent-ils à un point de vue plus pratique et moins sujet à illusion; car ils veulent dire par là que la maladie dont ils renoncent volontiers à préciser la nature essentielle, au moins n'est pas un être concret, univoque, immuable; et ce qui frappe surtout en elle, c'est au contraire la complexité, la mobilité, la variabilité de nature ou plutôt de composition élémentaire; et par là même ils sont moins sujets à se laisser décevoir par l'aphorisme en question.

Quant à la nature des élémens eux-mêmes, la raison nous interdit de prétendre à les définir; car cette raison nous dit assez que nous ne pouvons savoir le tout de rien, que nous ne pouvons connaître que des causes secondes, les causes premières étant le secret du Créateur, et qu'arrivé à une certaine profondeur en pathogénie, reste toujours une cause ultime, un *quid ignotum aut divinum* qu'il nous est impossible de saisir, et par conséquent de définir. Exemples : nous savons que l'apoplexie consiste dans un épanchement sanguin du cerveau, mais quelle est la cause de cet épanchement? Vous vous prononcez pour le ramollissement de la pulpe ou pour la friabilité des vaisseaux ; mais quelles sont les causes de ce ramollissement ou de cette friabilité ? — La chlorose est l'effet de la diminution des globules du sang ; mais quelle est la cause formelle de cette diminution des globules? — La fièvre typhoïde est le produit d'une altération du sang : ceci, d'abord, n'est pas évidemment démontré; puis, en quoi consiste cette altération du sang? C'est un miasme, direz-vous; mais qui de nous sait ce que c'est qu'un miasme? Et ainsi de suite.

Voilà les deux termes capitaux de notre aphorisme : *Naturam morborum*, réduits à leur signification réelle, c'est-à-dire à la valeur de deux inconnues, ce qui pourrait nous dispenser d'en poursuivre l'analyse. Mais voyons jusqu'où peuvent aller les inconséquences. Les mots *ostendunt curationes*, dans leur naïve simplicité, renferment pourtant de graves et obscurs problèmes. En effet, la curation qui montre la *nature* des maladies, fait supposer implicitement que sa nature à elle est aussi connue, ou même mieux connue que la nature de la maladie, puisqu'elle sert de preuve à celle-ci. Ce qui pourrait nous induire à l'orgueil de croire que nous connaissons exactement : 1° la nature; 2° le mode d'action intime de nos remèdes.

Or, qu'est-ce que la nature d'un remède? Le chimiste vous répondra que c'est sa composition moléculaire, intrinsèque. Le chimiste a raison, au point de vue de la chimie. Seulement, il n'oserait toujours affirmer qu'il connaît positivement cette nature intrinsèque; car les élémens constituans des corps varient journellement de quantité et même de qualité, selon l'évolution ou ce qu'on appelle les progrès de la science; et il serait bon que les chimistes se missent d'accord non seulement sur la quantité et la qualité, mais encore sur l'existence même de certains élémens actifs des agens thérapeutiques.

Mais l'analyse chimique fût-elle parfaite et invariablement fixée, que le problème thérapeutique resterait à peu près encore tout entier, car un abîme d'obscurités est béant entre le remède et la guérison, entre la nature et le mode d'action des médicamens. Cet abîme, nous cherchons à le combler avec nos effets physiologiques ou primitifs, puis nos effets thérapeutiques ou secondaires; mais nous ne réussissons qu'à le voiler, à nous étourdir et nous abuser sur sa profondeur.

Ubi definit chimicus (1) *incipit medicus* : La nature du remède, dit à son tour le médecin, c'est son effet primitif ou physiologique. De là, une classification rationnelle des remèdes ou stimulans, débilitans, sédatifs, altérans, etc. Mais voilà que surgissent de petites difficultés : c'est que les stimulans agissent parfois comme débilitans. Ainsi, le vin administré dans une phlegmasie amènera la prostration; les débilitans peuvent agir comme stimulans ou toniques; la saignée, par exemple, qui, dans cette même phlegmasie, détruira la faiblesse indirecte, pour parler le langage de Brown; les stimulans et les débilitans peuvent agir comme sédatifs, etc. Nous avons cherché à remédier à cette confusion en distinguant l'action des remèdes en directe ou indirecte; mais la logomachie n'en existe pas moins dans l'esprit de la plupart des médecins.

Vous voyez, dès à présent, à combien d'erreurs ou de malentendus conduit dès l'abord l'aphorisme : *Naturam morborum ostendunt curationes*, puisqu'il peut faire illusion au point de faire considérer la saignée comme un stimulant, et le vin comme un débilitant, et de faire confondre l'un avec l'autre : deux effets diamétralement contraires : l'hypersthénie et l'hyposthénie.

Nul doute que ce malencontreux aphorisme n'ait pas suscité le grand schisme qui divise aujourd'hui même le monde médical, et fait surgir en opposition à la doctrine de l'irritation la doctrine du contra-stimulisme qui produit bravement comme hyposthénisans ou débilitans les moyens considérés comme hypersthénisans ou excitans par l'école rivale. De sorte qu'au point de vue tout différent de ces deux systèmes, l'aphorisme en question recevra une interprétation tout opposée, et l'*ostendunt curationes* signifiera pour l'un maladie de nature hyposthénique, tandis que pour l'autre il signifie maladie de nature hypersthénique.

Nous avons cherché à concilier les deux partis, en faisant observer que l'école de l'irritation se pose au point de vue de l'action directe ou primitive des médicamens, tandis que celle des contro-stimulans se maintient au point de vue de l'action indirecte ou secondaire; mais notre voix est trop faible pour ne pas se perdre, étouffée par le retentissement d'un si grand débat.

Ce n'est pas tout : si l'effet physiologique est si sujet à illusion, à interprétation contradictoire, que sera-ce donc de l'effet thérapeutique ou curatif, bien plus obscur et contestable que l'autre? Quel est le mode d'action des médicamens, par quel mécanisme s'opère la guérison? Car, enfin, c'est là le nœud du problème et l'aphorisme *naturam morborum*, etc., restera un leurre, une véritable mystification, tant que nous prétendrons déduire la nature du mal de l'action du remède, sans savoir positivement en quoi consiste cette action.

Ici les contendans se divisent en deux catégories : les uns prétendent que les maladies guérissent, en conséquence des modifications que les remèdes impriment aux organes et aux fonctions; ils font dériver l'effet thérapeutique de l'effet physiologique.

Les autres pensent que les maladies se dissipent par le fait de l'action directe, immédiate, exercée par le remède sur le principe formel du mal. Ceux-ci distinguent expressément l'effet physiologique de l'effet thérapeutique, et ne tiennent compte que du résultat définitif.

Les premiers s'intitulent rationnalistes, les seconds se proclament empiriques, partisans des spécifiques et des *anti*.

Vous comprenez qu'à des points de vue si différens, l'aphorisme *naturam morborum* recevra une interprétation également différente : les premiers ne verront, dans la maladie, qu'un acte physiologique exagéré, diminué ou perverti ; les seconds voudront y voir un élément nouveau, un principe morbide, un vice, un virus étrangers à l'organisme.

Bref, quel que soit l'aspect sous lequel on envisage ce malheureux aphorisme, on n'y trouve que motif à d'innombrables litiges, à d'éternelles dissensions : dans l'antique mythologie, la discorde était fille de la nuit.

L'empire que cet aphorisme a conservé sur les esprits est d'autant plus surprenant, qu'il reçoit, pour ainsi dire, des démentis en tous lieux et à tout instant. Partout et toujours, en effet, on voit les mêmes maladies guérir par des remèdes différens et souvent de *nature* opposée, selon l'aspect, les degrés, les périodes, les complications et les idiosyncrasies; partout et toujours on voit un même remède guérir une foule de maladies de *nature* très diverse. Serait-ce que la nature, c'est-à-dire l'essence radicale d'une maladie ou d'un remède pourrait ainsi varier à l'infini? Cette absurde interprétation serait la condamnation formelle de l'aphorisme lui-même, chacun étant en droit de déduire la nature du mal des effets résultant de ses remèdes favoris, de ses procédés personnels. Déduction que ne manquent pas de faire les prôneurs de remèdes exclusifs, et nous voyons aujourd'hui même, et sur le même terrain, de graves observateurs soutenir que la fièvre typhoïde, par exemple, est une inflammation, une intoxication miasmatique ou une affection bilieuse, selon la préférence que l'un accorde aux saignées, l'autre au quinquina, un troisième aux purgatifs, etc.

D'où vient donc la fortune de cet aphorisme? Elle tient à plusieurs causes, dont quelques-unes ont été déjà signalées : ainsi cette facilité à se payer de mots vides de sens, et cette inertie intellectuelle qui nous fait accepter certains principes sans que nous veuillons nous donner la peine de les contrôler ou même d'y réfléchir. Puis cet aphorisme est une excellente machine de guerre : jeté dans la discussion, il apparaît comme un argument sans réplique, car d'abord, il est logiquement inattaquable et n'est vulnérable que par une analyse philologique et philosophique où l'on ne songe pas à s'engager, ou par les faits que l'on ne pense pas à lui opposer. Rien pourtant ne serait plus facile, car à ceux qui, par exemple, nieraient la nature inflammatoire du rhumatisme articulaire ou de l'entérite folliculeuse, parce qu'on peut les guérir autrement et mieux que par les saignées, il suffirait de demander s'ils nient la nature inflammatoire de l'ophthalmie, de l'angine, de la pneumonie, de la colite, de l'urétrite, parce qu'on les guérit très bien par le nitrate d'argent, l'alun, le tartre stibié, l'opium et les résineux.

Jusqu'ici nous avons supposé, assez ingénument, que toute guérison est le produit de la médication mise en usage. Mais il faut bien convenir qu'il n'en est pas ainsi, et que la maladie guérit, assez souvent, indépendamment ou en dépit des médicamens employés. Ceci n'est point du scepticisme, c'est l'expression d'une des lois naturelles les plus manifestes, car la Providence n'a pu mettre la conservation de l'espèce et de l'individu à la merci des aberrations de l'esprit humain. Eh bien! lorsqu'un médicastre a contrarié, torturé la nature, lorsque le malade a survécu malgré toutes les agressions dirigées contre sa vie, lorsqu'il vient à réchapper à travers tous les accidens, toutes les péripéties créées par l'inintelligence et les préjugés de l'artiste; celui-ci n'en triomphe pas moins, s'en va proclamant le *Naturam morburum ostendunt curationes*.

(1) Mot impropre, puisqu'il exprime un adjectif, mais que le lecteur comprendra, il eût fallu dire *chimiæ peritus*. Nous avons sacrifié l'exactiude à l'aphorisme.

Vient ensuite un très long chapitre sur les hémorrhagies, résumé très clair et très net des opinions de tous les auteurs de l'antiquité qui ont précédé Cælius Aurelianus, en ce qui concerne ce point de pathologie.

A propos des engorgemens de la rate, Cælius Aurelianus note parmi les symptômes de cette affection : la fétidité de la bouche, le gonflement et le ramollissement des gencives, des ulcères aux jambes, de guérison difficile, etc. En un mot, presque tous les signes qui caractérisent le scorbut. Il est probable que du temps de Cælius Aurelianus on avait observé un certain nombre de fièvres intermittentes suivies d'accidens scorbutiques, et qu'on avait noté ces accidens, ainsi que les engorgemens de la rate, sans voir le lien qui les unissait aux fièvres intermittentes.

La description de la *phthisie pulmonaire*, faite par Cælius Aurelianus, peut être comparée à celle d'Arétée ; toutes deux brillent par des qualités différentes. Celle d'Arétée est plus poétique, plus imagée, plus pittoresque; dans celle d'Aurelianus il y a plus de détails pratiques. Pour lui la phthisie pulmonaire n'existe, à proprement parler, que lorsque les poumons *s'ulcèrent* et se *déchirent*, lorsque la consomption se déclare; or, la consomption n'arrive qu'à l'époque où des cavernes se forment dans le tissu du poumon. Cælius Aurelianus aurait-il donc vu la lésion anatomique de la phthisie pulmonaire?... L'auteur recherche les caractères différentiels propres à faire distinguer la phthisie des simples catarrhes pulmonaires, de l'empyème et d'une maladie qu'il appelle *atrophie générale*.

Après une bonne description d'un accès *d'asthme*, Cælius Aurelianus donne d'assez longs détails sur *l'hydropisie*. Suivant lui, l'épanchement de sérosité qui caractérise cette affection, n'est qu'un effet, qu'une manifestation d'une maladie générale.

De son temps, chose digne d'attention! plusieurs médecins pensaient que certaines hydropisies étaient dues à une maladie des reins, et certaines autres, à une maladie du foie. Suivant eux, dans *l'anasarque*, c'étaient les reins qui souffraient; c'était le foie, dans l'ascite! Je vous le demande, s'écrie M. Andral, quel est le médecin qui parle ainsi? est-ce Bright, est-ce M. Rayer, est-ce un contemporain de Cælius Aurelianus? Mais voyez ou conduit l'esprit de système! Cælius Aurelianus s'élève contre cette opinion professée, de son temps, par quelques médecins; il la repousse, non parce que les faits lui en ont démontré la fausseté, mais parce que, suivant l'esprit de sa secte, la cause des maladies étant générale, due au *strictum* ou au *laxum*, on ne doit pas rapporter telle ou telle affection à la lésion de tel ou tel organe en particulier. Il n'est pas dans les principes de notre secte, dit-il, de localiser ainsi les maladies : *quod juxtà sectæ regulam reprobamus*. Il ne s'embarrasse pas de savoir s'il est démontré, par les faits, que l'ascite dépende d'une lésion du foie, et l'anasarque d'une maladie des reins; il suffit qu'une pareille doctrine soit contraire aux principes de secte; elle est non avenue, elle ne doit pas même être examinée; c'est une erreur. Voilà où mène l'exagération des principes; voilà le triste produit d'une logique inflexible dans les théories et les systèmes.

Cælius Aurelianus recherche ensuite quelles sont les circonstances qui favorisent le développement de l'hydropisie. Il signale en plusieurs endroits la *cachexie*, état morbide général caractérisé par la détérioration de tout l'organisme, par l'étiolement de toute la constitution, et dans lequel aucun organe n'est spécialement affecté; les fièvres intermittentes de longue durée, ce qui est en rapport avec l'observation moderne; l'induration d'un certain nombre d'organes, tels que le foie, la rate, l'estomac, la matrice, ce qui n'est plus en rapport avec la science d'aujourd'hui; mais, chose remarquable, au nombre des circonstances qui favorisent l'hydropisie, Cælius Aurelianus plaçait l'*induration* ou l'*épaississement* du péritoine. Songez à la *péritonite chronique*, l'une des causes productrices de l'ascite, et reconnaissez dans l'ouvrage que nous analysons, un singulier mélange d'idées avancées et de grandes erreurs.

Au nombre des organes dont l'altération peut favoriser la production de l'hydropisie, nous ne voyons pas figurer le cœur. Cependant Cælius Aurelianus parle d'un symptôme qui, suivant lui, existe dans beaucoup de cas d'hydropisie, et *précède* l'extravasation de l'eau dans les tissus; ce symptôme est la gêne de la respiration, la dyspnée. Or, c'est d'une grande gêne dans la respiration que se plaignent d'abord tous ceux qui, ayant une maladie du cœur, seront plus tard atteints d'hydropisie. Tous vous disent : J'ai eu longtemps la respiration difficile, puis mes jambes se sont enflées. Cælius Aurelianus, en mettant la dyspnée parmi les symptômes précurseurs de certaines hydropisies, faisait donc une observation fort juste, mais incomplète et superficielle; il ne voyait pas, derrière le symptôme, l'altération organique qui le produit, et méconnaissait le lien véritable qui rattache la dyspnée à l'hydropisie. Ce ne fut que plus tard, lorsque les lésions organiques du cœur et leur rôle dans la production de l'hydropisie eurent été dévoilés, que la signification de ce symptôme devint claire et évidente. Ainsi marche la science d'un pas lent et régulier; ainsi la vérité se dégage peu à peu des ténèbres qui l'environnent.

Parmi les circonstances qui favorisent la production de l'hydropisie, Cælius Aurelianus note encore la dyssenterie; c'est ce que nous n'observons pas dans nos climats. Mais Cælius Aurelianus exerçait la médecine en Afrique; or, dans les pays où règne la dyssenterie, comme l'ont prouvé les médecins anglais établis dans les Indes orientales, on observe souvent l'hydropisie sur des individus atteints de dyssenterie chronique. L'observation de Cælius Aurelianus est donc contrôlée et vérifiée par l'expérience moderne; mais quelle en est la signification? C'est ce que Cælius Aurelianus ne savait pas, et ce que nous ignorions nous-mêmes jusqu'à ces derniers temps où, grâce aux recherches des médecins exerçant dans les régions tropicales, on a découvert que l'altération du foie est presque toujours liée à l'affection dyssentérique. On voit généralement, dans les pays chauds, l'hépatite aiguë terminée par suppuration, accompagner la dyssenterie aiguë; d'où l'on a été naturellement conduit à admettre que, dans la dyssenterie chronique, se produisent des lésions organiques du foie, causes de l'ascite. Voilà donc encore dévoilé le lien jadis mystérieux qui unit l'hydropisie à la dyssenterie. Entre ces deux phénomènes se place un fait intermédiaire, la lésion du foie, comme entre la dyspnée et l'hydropisie se place la lésion du cœur. Là encore Cælius Aurelianus n'avait pas vu le fait intermédiaire que les progrès ultérieurs de la science devaient un jour découvrir. Plus tard, par-delà la dyssenterie, on trouvera l'altération du foie, comme par-delà la dyspnée, on trouvera la lésion du cœur, pour expliquer l'hydropisie. Encore une fois, voilà comment la science marche, voilà comment la vérité se dégage.

L'abstinence prolongée ou l'alimentation insuffisante, est encore, d'après Cælius Aurelianus, une cause productrice de l'hydropisie. Il dit que, de son temps, on voyait des individus longtemps soumis à un régime alimentaire insuffisant, devenir hydropiques. Dans les grandes disettes qui ont désolé le monde, on n'a eu que trop souvent l'occasion de vérifier l'exactitude du fait observé par Cælius Aurelianus. Pour ne citer que les exemples les plus célèbres, pendant le siége de Jérusalem par Titus, un grand nombre de juifs moururent de faim. Au dire de l'historien Josèphe, avant de succomber, *ils enflèrent par tout le corps*.

L'évêque Grégoire (de Tours), rapportant l'histoire d'une affreuse disette, qui, vers le v° ou vi° siècle de l'ère chrétienne, désola les Gaules, nous dit que des provinces ravagées par la famine, une foule d'individus venaient à lui tout *boursoufflés et remplis d'eau*.

Dans le *Journal de physiologie expérimentale* de M. Magendie, M. le docteur Gaspard rapporte que, pendant les affreuses disettes qui sévirent en 1816 et 1817, dans plusieurs départemens du centre de la France, une foule d'individus devinrent *hydropiques*.

D'après ces faits, il est impossible de révoquer en doute la réalité de l'observation de Cælius Aurelianus; mais ce qui ne se retrouve pas, et qui paraît être le résultat d'idées purement théoriques, c'est le fait avancé par Cælius Aurelianus, d'hydropisies produites par l'ingestion dans l'estomac d'une grande quantité d'eau, et surtout d'eau salée. Les diabétiques boivent d'énormes quantités d'eau, sans jamais devenir hydropiques.

C'est ce que répètent les systématiques de toutes les écoles, car tous les systèmes revendiquent des succès en leur faveur. Or, on conviendra que la vérité ne peut pas être partout, et que nous sommes souvent déçus par les fausses apparences que suscite la nature médicatrice.

Vous voyez combien cet aphorisme est mensonger d'abord, puis dangereux en application, et, enfin, détestable dans ses résultats moraux, car il fausse le jugement et fomente une foule d'erreurs théoriques et pratiques. Il constitue la plus ferme colonne de l'empirisme, et le plus puissant des leviers pour soulever la révolte universelle contre l'autorité du génie et l'empire de la raison ; car il justifie toutes les énormités par la brutalité des résultats : une maladie guérit par ou malgré le remède contre-indiqué par sa nature supposée. Sans analyser le fait actuel, sans lui comparer les faits analogues ayant eu d'autres issues, on s'insurge contre le principe rationnel, car, dit-on, *naturam morborum ostendunt curationes*! et la plèbe d'applaudir à la force invincible de l'argument, d'admirer la hardiesse et la nouveauté des aperçus, et de crier haro ! sur le principe vaincu, surtout si ce principe est incarné dans une personnalité glorieuse et révérée. Car la foule est avide de changement, et, particulièrement flattée des humiliations infligées à ceux dont la supériorité l'humilie, et dont le triomphe l'offusque ; et si quelqu'un des siens paraît avoir une fois raison contre le génie, elle se sent relevée à ses propres yeux, et prodigue à son heureux champion son appui comme ses sympathies. Ma plume abonderait en preuves empruntées au temps actuel, n'était notre éloignement pour les personnalités. Qu'il me suffise de rappeler, en somme, les iniquités et les infimes persécutions qui n'ont fait défaut à aucun de nos grands hommes, anciens et modernes.

A notre aphorisme viennent souvent en aide quelques autres sophismes non moins séduisans et non moins heureux : tel est celui qui consiste à présenter les faits comme des preuves absolues : *C'est un fait*, — *nous le prouvons par les faits*. — Nous avons pour nous *l'observation*, — *l'expérience*, — la *méthode expérimentale*, etc., redit-on de toutes parts! Or, nous venons de voir combien les faits sont vulnérables; pas un homme sensé n'ignore aujourd'hui combien les faits sont souvent controuvés, adultérés, comme ils prennent facilement la couleur des opinions, des préjugés individuels, et combien il est vrai de dire, après Hippocrate et Baglivi : *sic valent oculi sic et homo* : tant vaut l'homme, tant vaut l'observation.

Un autre paradoxe fort accrédité est celui qui prétend que *cent faits négatifs ne peuvent détruire un fait positif*. Et, d'abord, c'est un puéril jeu de mots, une pure logomachie; car une négation est un fait tout aussi positif qu'une affirmation; en outre, le sophisme est flagrant, et surtout tous s'y laissent prendre : comment! un fait se produire cent fois et un autre fait une seule fois, et vous osez prétendre que celui-ci détruit les autres? Ne voyez-vous pas que s'il y a chance d'erreur, ce doit-être du côté de l'unité, laquelle est probablement une exception, une anomalie, c'est-à-dire un fait dont quelque circonstance vous échappe? Ignorez-vous donc combien sont obscurs et complexes les problèmes qui se rattachent à la vie? Et qui peut se flatter de posséder tous les élémens d'un fait médical ! Renversez donc la proposition et vous serez dans le vrai ; car s'il est une preuve en médecine, c'est surtout celle tirée du grand nombre.

Cependant l'aphorisme que nous combattons est fondé en raisonnement, avons-nous dit ; car, lorsqu'un remède guérit, c'est que, nécessairement et d'une manière quelconque, il est en relation de nature avec la maladie. Pourquoi donc les faits ne confirment-ils pas la logique? C'est que, probablement, nous interprétons mal ces faits, et ce vice d'interprétation découle forcément des erreurs contenues dans nos prémisses, c'est-à-dire de l'idée fausse que nous nous faisons, et de la maladie que nous nous obstinons à considérer comme un être concret, invariable, et de l'action des médicamens que nous rapportons invariablement à la loi des contraires : *contraria contrariis curantur*; donc toute affection guérie par les stimulans sera de nature asthénique, *et vice versâ*.

(*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DES VAGINITES AIGUES ET CHRONIQUES PAR LA TEINTURE D'IODE, EMPLOYÉE EN BADIGEONNAGE.

Monsieur le rédacteur,

Notre savant confrère, M. Becquerel, vient de présenter à l'Académie de médecine, et a publié dans le dernier numéro de votre estimable journal, une note *sur le traitement de la vaginite aiguë et chronique par la cautérisation de la membrane muqueuse du vagin avec le nitrate d'argent solide*. Dans cette note, qui aura le mérite de rappeler aux praticiens un bon moyen thérapeutique, trop peu employé, notre confrère dit, par oubli sans aucun doute, que cette cautérisation n'a été conseillée que par un seul auteur, M. Ricord qui ne l'aurait employée que dans des cas exceptionnels. Ce moyen cependant est loin d'être nouveau, et s'il n'est pas employé par le plus grand nombre, il n'en est pas moins connu. MM. Hannay, Bell, Thomson, Sumers, Palethrope et Smith l'ont mis en usage et recommandé d'une manière toute particulière. Les cahiers des mois de mai et juin 1837 du journal *The London medical gazette*, contiennent plusieurs articles *sur le traitement de la gonorrhée chez la femme, à l'aide du nitrate d'argent solide*. Une analyse détaillée de ces articles, qui ont été en partie reproduits, a été publiée dans la *Gazette médicale de Paris*, page 455, en 1837. M. Palethrope, qui recommande ce mode de traitement, prouve qu'il n'appartient pas à M. Hannay, mais à M. le docteur Jewel, qui le décrit dans son ouvrage *sur la gonorrhée de la femme*, imprimé en 1830.

Dans le cours de l'année 1837 à 1838, j'ai mis cette méthode en usage à l'hôpital St-Louis, sur un grand nombre de femmes, dans le service de M. le d[r] Manry, dont j'étais chargé à cette époque. Mais au lieu de nitrate d'argent solide que j'avais employé, suivant les indications de la *Gazette médicale*, et que j'ai abandonné ensuite à cause du temps, des grandes précautions qu'il faut prendre pour toucher, sans en omettre aucune, toutes les parties du vagin, et de la vive douleur qu'il produit, je préférais introduire dans le vagin un tampon de charpie trempée dans une solution concentrée de nitrate d'argent, il me semblait qu'en agissant ainsi, aucune des parties du vagin n'échappait à la cautérisation ; que cette cautérisation était plus uniforme, moins douloureuse, et que les résultats étaient aussi bons, plus sûrs qu'avec le nitrate d'argent solide. Mais ce moyen, à cause de la douleur vive qu'il produit, n'est pas toujours accepté, surtout en ville.

Depuis quelques années, j'ai pensé à le remplacer par un autre qui est à peine douloureux, et qui guérit encore mieux que le nitrate d'argent solide, et est d'une application beaucoup plus prompte et plus facile. Ayant observé depuis longtemps déjà que la teinture d'iode était un puissant modificateur des surfaces enflammées, et des muqueuses en particulier, je me suis empressé, dans le cas de vaginites aiguës et chroniques, de substituer l'iode au nitrate d'argent, et plusieurs fois déjà j'ai communiqué mes observations à plusieurs Sociétés de médecine et à un grand nombre de nos confrères.

Si je ne craignais d'abuser des instans de vos lecteurs, je vous dirais le mode d'action de l'iode dans des maladies bien différentes, et ses effets bien précis et bien remarquables dans des affections souvent rebelles à toutes nos ressources thérapeutiques. Permettez-moi seulement d'entrer dans quelques généralités, qui, d'ailleurs, se rattachent à la question dont j'ai l'honneur de vous entretenir. Ainsi, dans les ulcères, dans les plaies, sur les surfaces muqueuses enflammées, en un mot, sur tous les tissus où on l'applique, enflammés ou à l'état normal, la préparation iodique produit des phénomènes différens, suivant qu'elle est plus ou moins concentrée. Si elle est caustique, — je ne veux parler ici que de ses effets sur les muqueuses — elle forme une espèce de vernis, une pellicule très mince, qui s'enlève sous forme d'écailles. La muqueuse touchée, badigeonnée avec un pinceau trempé dans de la teinture d'iode, devient brune, sèche, raccornie, elle éprouve un resserrement, une astriction qui la font ressembler plus ou moins à un parchemin.

Appliquée ainsi sur la muqueuse enflammée, la teinture iodurée modifie, change la nature de l'inflammation, et par conséquent des sécrétions. Outre les phénomènes que je viens d'indiquer ci-dessus, la matière séreuse, muqueuse ou purulente, sécrétée, se coagule, se dessèche, etc. ; en activant ainsi les propriétés vitales des parties touchées, elle donne à toutes ces parties un autre mode de vitalité, qui les rend propres à se débarrasser des impuretés et des entraves qui s'opposent à leur retour au mode naturel qu'elles affectent dans l'état sain. Les mauvaises qualités du pus ou des sécrétions sont modifiées, changées, les vaisseaux sont dégorgés, et en peu de temps les sécrétions purulentes ou non deviennent louables, par suite du changement dans l'état des surfaces enflammées... C'est alors que les parties acquièrent cette vie, cette fermeté qu'elles ont toujours lorsqu'elles tendent à la guérison.

Convaincu par de nombreuses remarques des bons effets des applications iodées sur les muqueuses enflammées, ulcérées, je les ai appliquées avec succès sur les ulcérations de toute espèce, sur celles de la bouche, de la gorge, etc., comme sur celles du col de la matrice, dans les vaginites aiguës ou chroniques, spécifiques ou non. Dans ces dernières années, il m'est souvent arrivé de badigeonner le col de la matrice et le vagin dans toute son étendue avec de la teinture pure d'iode pour combattre des écoulemens blennorrhagiques intenses, et je les ai guéris en quelques jours, *avec un seul badigeonnage ;* en modifiant ainsi les sécrétions virulentes, le principe contagieux était entièrement détruit et si sûrement, que les femmes pouvaient avoir des rapports sexuels sans inconvénient aucun pour ceux qui les approchaient. Une seule application bien faite, du col de la matrice à l'ouverture de la vulve, suffit ordinairement; par mesure de précaution, je badigeonne les grandes et les petites lèvres et leurs replis, et fais une injection dans la partie antérieure du canal de l'urètre, mais avec un mélange à portions égales de teinture et d'eau, avec la précaution d'empêcher le liquide iodé de pénétrer dans la vessie.

Un fait qui m'a frappé à cause de son existence constante, et que je crois important de signaler à l'attention des praticiens, c'est que toutes les fois que j'ai badigeonné la vagin et le col de la matrice, j'ai provoqué des règles qui ont été quelquefois très abondantes.

Cette remarque a eu son utilité et m'a engagé à badigeonner le col et une partie du vagin, dans certains cas de règles difficiles ou d'aménorrhée complète. Il en ressort aussi cet enseignement, qu'il faudra se dispenser de cette pratique chez les femmes enceintes.

Je n'en finirais pas, Monsieur le rédacteur, si je voulais seulement vous indiquer les applications nombreuses et nouvelles que j'ai faites de l'iode; mais j'espère le faire bientôt dans un ouvrage sur ce sujet. Permettez-moi d'espérer que vous voudrez bien me pardonner cette petite digression, que j'ai cru devoir faire pour montrer que la teinture d'iode employée en badigeonnage dans le vagin, peut remplacer avantageusement le nitrate d'argent solide dans les vaginites aiguës et chroniques; qu'elle est beaucoup moins douloureuse, d'une application plus facile, plus prompte, et procure des résultats plus satisfaisans.

D[r] BOINET.

Paris, 8 Septembre 1853.

On trouve dans l'ouvrage de Cælius Anrelianus une discussion qui ne roule, il est vrai, que sur des mots, mais qui n'en est pas moins intéressante, en ce qu'elle nous montre comment, dans les sciences, le langage change et se modifie avec les temps et les idées. Un écrivain célèbre de la secte méthodique, Héraclide (de Tarente), employait comme synonymes les mots *ascite* et *tympanite*. Il avait égard en cela à une analogie de forme, disant qu'un ventre rempli d'eau ressemble par sa forme à un tambour. Un autre méthodiste, Proculus, disciple de Thémison, introduisit une nuance entre les deux expressions, et les fit servir à exprimer non pas deux maladies différentes, mais deux degrés de la même maladie. Le mot *tympanite* servit à désigner l'état de summum de l'hydropisie abdominale, alors que la peau du ventre est tendue comme celle d'un tambour ; le mot *ascite* fut appliqué à un degré inférieur de la maladie, à cet état de moindre tension, où le ventre ressemble à une outre. Cælius Aurelianus paraît avoir, le premier, modifié l'acception des mots ascite et tympanite, introduite dans la science par le disciple de Thémison ; et ce changement repose sur une modification d'idées. Il dit qu'il y a deux cas dans lesquels le ventre acquiert un grand développement : l'un où, en *frappant le ventre avec la main, concussu palmæ*, on produit un son clair, semblable au son du tambour ; l'autre où, en frappant également le ventre avec la main, *concussu palmæ*, on détermine un son mat, semblable à celui que l'on obtient en percutant un membre ou une outre remplie d'eau. Or, qu'y a-t-il dans un tambour? dit Cælius Aurelianus. De l'air ; donc, quand le ventre résonne comme un tambour, il contient de l'air ; quand il donne un son mat, il contient de l'eau. D'où il résulte que le mot *tympanite* doit être réservé aux cas où le ventre est rempli d'air et tendu comme un tambour ; et le mot *ascite* à ceux dans lesquels le ventre est plein d'eau et tendu comme une outre. Voilà donc un langage vague qui acquiert plus de précision à mesure que la science marche et que les moyens d'exploration se perfectionnent. Héraclide et Proculus ne percutaient pas ; Cælius Aurelianus employait la percussion, et arrivait ainsi à des idées plus nettes et plus précises que celles de ses devanciers.

Voici un autre exemple de cette modification de langage dont il est question : Appollonius (de Memphis) avait donné au mot *hydropisie* une signification particulière. Pour lui, toute maladie dans laquelle il se produisait dans l'économie plus d'eau qu'à l'ordinaire, était une *hydropisie*. Il distinguait deux espèces d'hydropisie : l'une dans laquelle l'eau surabondante reste dans le corps et s'épanche dans certaines cavités naturelles ; c'est notre hydropisie actuelle; l'autre dans laquelle l'eau en excès s'écoule avec l'urine qui devient alors très abondante et claire, *hydropisie avec écoulement* d'Apollonius. Un contemporain de ce dernier, Démétrius (d'Apamée), combat cette manière de voir. Il ne veut pas que l'on confonde, sous le nom d'hydropisie, deux maladies, suivant lui, très différentes. Il fait observer que, dans cette prétendue *hydropisie avec écoulement*, il sort avec les urines autre chose que de l'eau, puisque, dit-il, les malades maigrissent, dépérissent, s'éteignent. D'où il conclut que c'est la substance même du corps qui s'en va par les reins. Pour exprimer et résumer cette nouvelle idée, il crée une une expression nouvelle, le mot *diabètes*, qui, pour lui, signifie passage de la substance du corps à travers les reins. Bien des siècles après, la chimie découvrait dans l'urine des *diabétiques* un des élémens du corps humain, le *glucose!* Ainsi, Démétrius d'Apamée avait devancé les temps et deviné en quelque sorte la belle découverte que notre siècle a vu éclore. Nous poursuivons donc, sans inventer grand' chose, l'œuvre commencée par les anciens. Seulement, à des assertions sans preuves, nous substituons des propositions appuyées sur des faits exacts et précis. Les anciens affirmaient, nous démontrons. Le caractère des siècles modernes est bien moins l'invention que la démonstration d'une foule de choses auparavant vagues et incertaines.

Cælius Aurelianus donne une description très bien faite de la dyssenterie et des lésions anatomiques qui constituent cette maladie. Les ulcérations intestinales sont parfaitement indiquées et distinguées en celles de l'intestin grêle et celles du gros intestin.

Après de longs détails sur les accidens produits par les vers intestinaux, et une discussion étendue touchant l'hérédité des maladies, l'auteur passe aux affections articulaires, qu'il désigne sous le nom générique d'*arthrites*. Il ne distingue pas la goutte de l'arthrite ou du rhumatisme; ces mots de goutte et de rhumatisme n'existent même pas dans son ouvrage. Comment est-il arrivé qu'avant lui et après lui l'arthrite ait pris le nom de rhumatisme ? Le voici. Le mot ῥευμα a été longtemps employé d'une manière générale, pour désigner toutes les maladies produites, croyait-on, par un afflux d'humeur. Les divers catarrhes n'étaient que des variétés du rhumatisme. La dyssenterie était un *rhumatisme intestinal* et l'arthrite un *rhumatisme articulaire*, au même titre que la bronchite était un *rhumatisme bronchique*. On a de plus en plus restreint l'acception du mot rhumatisme, au point qu'il ne s'applique plus, aujourd'hui, qu'à une seule maladie, l'arthrite. Pour Cælius Aurelianus, la goutte, dont il décrit très bien tous les phénomènes, entre autres les *tophus articulaires*, n'est qu'une variété d'arthrite. Il trace un lamentable tableau des altérations graves qui, de son temps, se développaient à la suite des arthrites chroniques.

On trouve enfin, dans l'ouvrage de Cælius Aurelianus, un chapitre curieux à lire au point de vue de la comparaison des mœurs anciennes avec les mœurs modernes. Dans ce chapitre, il s'agit de la pédérastie, que l'auteur considère comme une maladie dont il décrit les symptômes et les funestes effets, en même temps qu'il la flétrit au nom de la morale. Chez les anciens, la pédérastie s'était introduite dans les mœurs publiques, témoins ces vers si connus de Virgile :

> Formosum pastor Corydon ardebat Alexim,
> Delicias domini, etc.

Il ne fallut rien moins que l'immense révolution religieuse et sociale opérée dans le monde par le fondateur du christianisme, pour obliger ce vice infâme à chercher l'ombre et le mystère, au lieu de s'afficher publiquement et de s'étaler sans pudeur en plein jour, sous la protection de la civilisation payenne.

Conclusion. — Voilà l'histoire abrégée de cette importante secte méthodique, qui a laissé, en médecine, des traces profondes et durables. Le grand service que cette école a rendu à la science, ce qui fait son principal mérite, c'est d'avoir détruit une grave erreur, en renversant l'humorisme exclusif accrédité par l'école hippocratique, et d'avoir introduit en pathologie la considération des solides. En résumé, ce qui appartient principalement à l'école méthodique, c'est la découverte ou la proclamation d'une propriété inhérente aux tissus vivans, propriété de resserrement et de relâchement, qui, plus tard, se modifiant et changeant de nom, deviendra l'*excitabilité* moderne de Cullen, de Brown, de Broussais; c'est l'origine du système médical qui rapporte toutes les maladies à l'augmentation ou à la diminution de cette propriété ; c'est encore un certain nombre de vérités nouvelles en thérapeutique, vérités qui, jetées dans le monde par les méthodistes, ont fait plus ou moins fortune; c'est l'établissement de ce principe, que, dans le plus grand nombre des maladies, il y a plus à déprimer les forces qu'à les exciter; c'est enfin un progrès immense dans l'art de décrire les maladies. En un mot, la secte méthodique tient, dans l'histoire de la médecine, une place très importante, et, parmi les idées qu'elles a mises au monde, un grand nombre sont encore debout et nous servent de guides.

En même temps que la secte méthodique se débattait contre les idées pures de l'école hippocratique ou contre les idées hippocratiques modifiées par Hérophile et Érasistrate, une nouvelle école, qui devait briller d'un grand éclat et faire sentir son influence sur les doctrines médicales des siècles futurs, s'élevait et se formait à Rome, sous la direction d'Athénée. C'était l'école *pneumatique*, dont nous allons maintenant tracer l'histoire et faire connaître les doctrines.

(*La suite du cours prochainement.*)

DE L'EMPLOI DES VAPEURS NITRO-VIROSO-RÉSINEUSES DANS LES ACCÈS D'ASTHME;

Par M. A. MORPAIN, D.-M. P.

Dans une des leçons cliniques du mois de mars dernier, M. le professeur Trousseau, parlant des différens traitemens des accès d'asthme, en cite un, duquel, dit-il, il n'a eu qu'à se louer. Ce moyen consiste à placer le malade dans une atmosphère de vapeur de papier imprégné de nitrate de potasse. Il y a trois années déjà que j'ai été à même de juger de l'efficacité de cette préparation; voici dans quelles circonstances :

Le 23 janvier 1850, je fus appelé à la hâte, en l'absence du médecin traitant, auprès de M. Du...., négociant à Paris, âgé de 38 ans, qui venait d'être atteint d'un violent accès d'asthme.

Sujet à cette affection depuis l'âge de 25 ans, il éprouvait des accès si fréquens depuis le mois de novembre qu'il n'avait plus que huit jours d'intervalle entre leur retour. L'accablement et la prostration des forces étaient tels qu'il ne pouvait plus vaquer à son commerce. Toutes les médications employées en pareil cas avaient échoué, et l'homœopathie, dont il suivait les prescriptions avec toute la confiance d'un fervent croyant, n'avait ni diminué la violence, ni la fréquence des accès.

En interrogeant le malade sur celles des médications qui lui avaient le plus souvent réussi, il me dit que, se trouvant, il y a sept à huit ans, à Lyon, on lui avait fait respirer les vapeurs d'un papier qu'il enflammait avant de se coucher dès que les accès se déclaraient. Ces inhalations l'avaient soulagé à un tel point qu'il se croyait guéri. Seize mois après les accès revinrent, et dans un nouveau voyage qu'il fit à Lyon, le pharmacien et l'officine ayant disparu, il fut ainsi privé du remède, et, à partir de cet époque, les accès d'années en années augmentèrent de fréquences. D'après quelques vagues renseignemens qu'il m'indiqua sur la nature de ce papier, je crus reconnaître dans cette préparation, qui, selon lui, passait alors pour remède secret, la même que le docteur Nicolo Freri avait employée sur un malade en 1843, et dont j'avais entendu parler par un de nos confrères, médecin à Wurtsbourg. Je fis dissoudre du nitrate de potasse, j'y plongeais du papier gris, et dès que la feuille fut sèche, je la lui apportai. Le soulagement ne se fit pas attendre, et le surlendemain, il put se lever après avoir fait usage de quatre petites feuilles de papier. Il en fit brûler journellement, les accès s'éloignèrent de plus en plus, et M. Du...., qui, depuis bien des années, était privé de la chasse et des sorties pendant les jours pluvieux, peut aujourd'hui se livrer à ses plaisirs et à ses nombreuses occupations, tout en observant qu'à la moindre dyspnée, prémices d'un accès, il a recours aux inhalations.

Dans le courant de la même année, je vis deux autres asthmatiques, auxquels M. Du...., voulant faire partager les bénéfices de son soulagement, faisait respirer les mêmes vapeurs. Ils n'éprouvèrent que peu de soulagement dans la nature de leurs accès en suivant ce traitement. J'eus alors l'idée de joindre dans ces cas aux vapeurs nitrées les fumigations de plantes et des substances viroso-résineuses, et M. J.-B. Carrié, pharmacien distingué de Paris, réussit à préparer un papier qui remplissait toutes les indications demandées. Il se propose, dans un article spécial, d'en publier la formule et le *modus faciendi*. Je soumis ces deux nouveaux malades à ces nouvelles inhalations; ils en furent tellement soulagés, que l'un d'eux, que je vois encore, n'a éprouvé depuis onze mois que deux accès, alors que le moindre écart de régime ou d'hygiène lui en causait.

Voici le résumé succinct de trois autres observations dans lesquelles les inhalations ont modifié la fréquence et la marche des accès :

Mme La..., âgée de 25 ans, asthmatique depuis l'âge de 16 ans, s'est mariée à 18 ans. Trois grossesses depuis son mariage. Pendant les deux premières, les accès furent si fréquens et si intenses que, malgré tous les soins qu'on lui prodiguait, elle ne put arriver au troisième mois sans avorter. Il y a quinze mois, nouvelle grossesse, nouveaux accès. Je la soumis à ces inhalations, quelques inspirations suffirent pour calmer les accès; elles les continua pendant un certain temps. Tout rentra dans le repos, la grossesse suivit son cours naturel, et il y a deux mois qu'elle accoucha sans avoir éprouvé d'autres accès que ceux qu'elle avait eus au début.

M. F..., sous-chef d'orchestre au Gymnase, asthmatique depuis un grand nombre d'années, soumis à tous les traitemens indiqués contre les accès, les avait successivement parcourus en éprouvant plus ou moins de soulagement. Les vapeurs nitro-viroso-résineuses éloignèrent les accès si rapidement qu'il se crut guéri. Dès qu'il se sent oppressé, il a recours, toujours avec la même chance de succès, aux inhalations.

Mme L..., âgée de 38 ans, malade de M. le dr Lefevbre, ne pouvait plus se coucher depuis quatre ans. Dès qu'elle était au lit, un violent accès la prenait; elle passait ses nuits étendue dans un fauteuil. Nous lui fîmes respirer les vapeurs, et après quelques jours de ce traitement, elle a pu respirer sans que ses accès reparussent. Depuis, tous les soirs, elle en respire, et le sommeil n'est plus interrompu.

Nous avons essayé dans ces différens cas soit de faire fumer, soit de respirer les vapeurs dans un biberon; nous nous sommes constamment mieux trouvé de répandre une atmosphère de vapeurs autour des malades, et de les y laisser plongés pendant un certain temps. (1)

POLYDIPSIE TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR L'IODURE DE POTASSIUM ET LE DEUTO-IODURE DE MERCURE.

Les observations de polydipsie sont au nombre de ce l'on appelle les *cas rares* en médecine. La polydipsie idiopathique, c'est-à-dire existant en dehors de toute condition morbide appréciable et avec un état de santé parfaite, est surtout d'une rareté excessive. Le fait suivant est surtout remarquable par la guérison obtenue si rapidement par l'emploi des iodiques.

Le 22 janvier 1851, M. Keyes fut consulté pour un malade qui se plaignait d'une soif excessive depuis plusieurs années, dix ans environ. Depuis trois mois surtout, la soif était devenue intolérable : le malade était obligé de se lever plusieurs fois dans la nuit pour boire, et un seau d'eau qu'il mettait près de son lit en se couchant était vide le lendemain, sans que cette soif terrible fût calmée; sous tout autre rapport, la santé paraissait parfaite. Plusieurs traitemens médicaux avaient été essayés sans succès. M. Keyes, pensant que la soif dépendait de quelque état morbide de l'estomac, voisin de la gastralgie, lui prescrivit la solution suivante :

R. Deuto-iodure de mercure	0,10
Iodure de potassium	1,25
Eau distillée	32,00

Cinq gouttes, trois fois par jour. Le malade fut mis à l'usage de la rhubarbe en morceaux qu'on lui fit mâcher, avec recommandation d'avaler la salive. En quelques jours, la soif devint moins vive, et avant que la solution eut été épuisée, le malade se trouvait parfaitement bien. Onze mois après, il n'y avait pas eu de rechute, et la guérison pouvait, par conséquent, être regardée comme solide.

(*American Journal* et *Association med. Journal*, 1853.)

(1) *Journal des connaissances médicales.*

PRESSE MÉDICALE.

(JOURNAUX FRANÇAIS.)

Bulletin général de thérapeutique. — 2e Trimestre de 1853.

Recherches sur l'emploi de la vératrine dans le traitement des maladies fébriles, et en particulier de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, du rhumatisme articulaire aigu; par le docteur F.-A. ARAN, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Bien que la première partie seulement de ce mémoire ait paru, celle qui a trait à l'emploi de la vératrine dans la pneumonie, l'intérêt qui s'attache à la fois à l'histoire d'un agent thérapeutique aussi actif que la vératrine, et un traitement qui paraît avoir une influence très remarquable sur la marche d'une maladie grave comme la pneumonie, nous engagent à mettre sous les yeux des médecins les résultats thérapeutiques consignés par notre collaborateur dans cette première partie de son mémoire.

C'est en quelque sorte par hasard que M. Aran a été conduit à employer la vératrine dans la pneumonie. Il avait donné le plus souvent, sans succès dans cette maladie, les divers agens hypostbénisans de l'école italienne, lorsqu'en essayant chez un rhumatisant le traitement de M. Piedagnel, et, à la suite de l'administration immédiate d'une très forte dose, 3 centigrammes de vératrine dans les vingt-quatre heures, il fut frappé de la chute énorme du pouls, qui de 112 pulsations était tombé à 64, c'est-à-dire de 48 pulsations. En même temps, la chaleur animale était beaucoup diminuée, et quoique très fatigué par les vomissemens, les nausées, le hoquet, le malade se trouvait bien soulagé. Rapprochant ce qu'il venait d'observer des faits consignés par Norwood dans un journal américain, relativement à l'emploi du *veratrum viride*, M. Aran n'hésita pas à penser que c'était à la vératrine qu'il fallait rapporter les résultats remarquables obtenus par ce médecin dans le traitement de la pneumonie et de la fièvre typhoïde. On va voir combien ces prévisions étaient fondées.

Les faits de pneumonie consignés par M. Aran dans son mémoire sont au nombre de six, quatre recueillis chez des adultes et deux chez des vieillards. Un seul de ces derniers malades a succombé, femme avancée en âge, chez laquelle, indépendamment d'altérations pulmonaires fort étendues, il existait un ramollissement du cœur. Sur les quatre pneumonies d'adultes, deux étaient doubles, deux compliquées de tuberculisation pulmonaire; tous ont guéri dans un temps très court, c'est-à-dire que tout signe physique de la pneumonie avait disparu en une moyenne de six jours et une fraction; quant aux signes généraux, ils avaient souvent disparu dès le deuxième ou troisième jour du traitement; c'est même sous ce point de vue que l'administration de la vératrine produit les effets les plus remarquables.

M. Aran divise les effets physiologiques produits par la vératrine en immédiats et en secondaires. A partir de la première, mais le plus souvent à partir de la deuxième ou de la troisième pilule de vératrine, dit-il, par conséquent après l'administration de 5, 10 ou 15 milligram. de cet alcaloïde, les malades commencent à éprouver les phénomènes suivans : envies de vomir, nausées, vomissemens, quelquefois du hoquet, rarement des évacuations alvines, plus rarement encore une sensation de chaleur ou de brûlure passagères de long de l'œsophage. Voilà pour les phénomènes immédiats qui peuvent se prolonger tant que l'on continue la vératrine à dose assez élevée, mais pour lesquels la tolérance s'établit quelquefois dans la convalescence. Quant aux effets secondaires, ils portent sur le système circulatoire, sur le système respiratoire et sur le système nerveux.

Pour le système circulatoire, c'est un ralentissement des battemens du cœur, et par suite une diminution du nombre des pulsations artérielles qui est vraiment très remarquable. Dans les six observations précitées, le pouls est tombé dans les premières vingt-quatre heures qui ont suivi l'administration de cet alcaloïde, de 24 à 60 pulsations, en moyenne de 36 pulsations; et si l'on compte du premier jour du traitement à celui où a existé l'abaissement maximum du pouls, on trouve une moyenne de 50 pulsations, maximum 60, minimum 24. C'est-à-dire que des malades dont le pouls battait au commencement du traitement 102 fois par minute, n'avaient plus le lendemain que 66 pulsations, et le surlendemain, ou le troisième jour, que 52 pulsations. En même temps, le pouls perdait de sa régularité, tout en se concentrant et en perdant de sa force.

Même action dépressive sur la respiration. Le nombre des inspirations est tombé de 6 par minute en moyenne, dans les premières vingt-quatre heures, et 13 par minute dans les deux, trois ou quatre premiers jours.

La chaleur animale éprouvait un abaissement aussi sensible; ainsi un malade, qui avait la veille la peau sèche et brûlante, avait souvent le lendemain la peau baignée de transpiration, fraîche et même tout à fait froide.

L'action sur le système nerveux se traduit par un grand affaissement, de l'accablement, de la pâleur de la face, de l'amaigrissement, l'extinction de la voix; mais, néanmoins, les malades conservaient toute leur intelligence, et se trouvaient même très bien, surtout si les nausées, les vomissemens et le hoquet les avaient abandonnés. La réaction se fait assez rapidement, dès qu'on cesse la vératrine et qu'on donne quelques cuillerées de vin et de bouillon. Malgré le trouble apporté dans les fonctions digestives, la langue conserve son humidité, la soif n'augmente pas, le ventre reste indolent, et les malades qui se sentent très faibles réclament avec instance des alimens et du vin.

Quant aux effets de la vératrine sur les phénomènes de la pneumonie proprement dite, constamment la toux est devenue moins fréquente, lorsqu'elle n'a pas entièrement disparu. La difficulté de respirer a cessé complètement. L'expectoration est devenue plus facile, et les crachats ont changé de caractère. Seul le point de côté, qui n'existait que dans deux cas, a nécessité l'emploi des ventouses dans l'un de ces cas. Les signes physiques persistent après cette diminution et cette disparition des signes généraux ou locaux; ainsi, dans un cas, le râle crépitant s'est établi franchement et rapidement, et en cinq jours, tout signe physique avait disparu; mais dans les trois autres, la résolution a traîné quelques jours, et dans deux d'entre eux, des vésicatoires ont été appliqués pour hâter la résolution.

M. Aran ne se prononce pas exclusivement en faveur de ce traitement, la pneumonie comptant aujourd'hui plusieurs traitemens éprouvés; mais il lui semble qu'on pourrait l'employer dans la pneumonie à marche envahissante, ayant résisté à des médications éprouvées; dans les pneumonies survenues dans des conditions fâcheuses qui contre-indiquent l'emploi des émissions sanguines ou du tartre stibié; dans les pneumonies offrant une résistance et une gravité particulières, comme les pneumonies des vieillards, par exemple, etc., etc.

M. Aran insiste, en terminant, sur la nécessité, quand on fait usage de la vératrine dans la pneumonie, de donner ce médicament à assez haute dose pour produire une dépression assez marquée dans les fonctions les plus importantes de l'économie. Mieux vaut, dit-il, dans un cas grave, dépasser un peu le but que rester en deça. Quatre, six pilules de vératrine de 5 milligrammes, données dans les vingt-quatre heures, une toutes les six ou les quatre heures suffisent en général pour arriver à l'effet désiré. Il faut en continuer l'emploi au moins pendant trois, quatre, cinq jours à dose décroissante le plus ordinairement, afin de se mettre à l'abri des rechutes. Dans les cas où les émissions sanguines ou l'emploi des purgatifs ont précédé la vératrine, il faut que les doses de cet agent soient moins fortes; car l'action physiologique est alors bien plus prononcée.

RÉCLAMATION.

UN MOT SUR L'ÉVOLUTION DENTAIRE.

Paris, 9 Septembre 1853.

Mon cher confrère,

Permettez-moi d'ajouter quelques mots à la juste réclamation de mon collègue, M. Trousseau, relativement aux résultats numériques insérés dans les numéros du 30 août et du 3 septembre de l'UNION MÉDICALE, par M. le docteur Hervieux, sous le titre de *Note sur quelques circonstances relatives aux phases de l'évolution dentaire.*

Si, comme on l'a dit avec raison, les conclusions auxquelles on s'arrête en suivant la méthode numérique (évidemment et surtout applicable à ce genre de recherches), ont un caractère de certitude d'autant plus prononcé, qu'elles seront fondées sur des observations plus nombreuses, il en résulte un puissant motif de les multiplier et de les enregistrer avec soin. Or, est-ce avec 63 faits qu'il est possible d'établir les lois nouvelles que M. le docteur Hervieux voudrait substituer à celles qui ont été généralement adoptées dans ces derniers temps? Pendant six ans j'ai fait tenir, à l'hôpital Cochin, un registre exact des diverses phases de l'évolution dentaire chez tous les enfans admis dans mon service de nourrices et d'enfans à la mamelle. J'ai continué les mêmes recherches dans ma pratique particulière, et aussi à l'hôpital des Enfans malades, depuis l'année 1845. Eh bien, le nombre des faits exactement et scrupuleusement comptés, s'élève à 250. Ils confirment pleinement les résultats donnés par M. Trousseau, dans la lettre qu'il vous a adressée le 3 septembre dernier.

Mes calculs établissent, en outre, qu'à part les anomalies nombreuses signalées depuis longtemps et dont il est inutile de parler ici, les premières dents paraissent plus fréquemment de sept à neuf mois; et la première dentition est généralement terminée entre vingt-cinq et trente mois. Tandis que M. Hervieux place l'apparition des dents canines *avant* celle des premières molaires, nous les plaçons, au contraire, après, ainsi que la plupart des observateurs : et, en effet, sur les 250 enfans chez lesquels nous avons suivi les diverses phases de la dentition, les canines ont paru huit fois seulement avant les premières petites molaires.

Ces résultats concordent, d'ailleurs, avec ceux que l'observation a donnés à mon collègue, M. Roger, soit à l'hôpital des Enfans malades, soit aux Enfans-Trouvés.

Veuillez agréer, etc.

BLACHE.

COURRIER.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — Nous avons reçu plusieurs communications relatives à l'état de la santé publique en Angleterre. Il est certain, et nous ne l'avons jamais nié, que plusieurs cas de choléra ont été observés à Londres; mais ce que nous avons dit, et ce que nous trouvons confirmé dans les communications qui nous sont adressées, c'est que l'opinion générale des médecins à Londres est qu'il n'y a rien d'épidémique dans les cas qui ont été observés. Du reste, la mortalité par le choléra a baissé dans la dernière semaine.

Malheureusement il n'en est pas de même dans une autre ville de l'Angleterre, à Newcastle, où le choléra asiatique, épidémique, a éclaté avec une certaine intensité. Newcastle est une ville voisine de Sunderland, où le choléra fit sa première apparition en Angleterre, en 1832. Le nombre des morts s'élevait déjà à 50, le 10 août.

En Suède, le choléra exerce d'assez grands ravages à Stockholm, et envahit les provinces méridionales.

MÉDECINE MILITAIRE EN ESPAGNE. — D'agrès les nouveaux réglemens qui régissent le corps de santé militaire en Espagne, les chirurgiens des régimens d'infanterie auront grade de premiers adjudans; les médecins d'hôpitaux, au nombre de 60, auront grade de commandant et toucheront 3,000 francs; les *vice-consultores* et les *consultores*, inspecteurs, sous-inspecteurs, toucheront 4 et 5 mille francs.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 110. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 15 Septembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 14 SEPTEMBRE 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

LES ACCUSATEURS DE LA VACCINE DEVANT L'ACADÉMIE.

Il est en France deux ou trois médecins dont la conscience s'est émue aux chiffres de M. Carnot et aux conséquences qu'il en a tirées contre la vaccine. On connaît la théorie de cet honorable officier d'artillerie : la mortalité est déplacée; tandis que dans le siècle dernier il mourait plus d'enfans que d'adultes, aujourd'hui il meurt plus d'adultes que d'enfans. Quelle est la cause de ce déplacement? M. Carnot n'a pas hésité à en accuser la vaccine. La vaccine préserve les enfans de la variole et les garantit contre une chance de mort très grande à cet âge, mais c'est pour reporter cette chance à un âge plus avancé, et alors périssent victimes de la fièvre typhoïde ou de la phthisie ceux que la variole n'a pas enlevés dans leur enfance.

On sait que M. Carnot a étayé cette théorie sur un grand appareil de chiffres et un grand luxe de relevés statistiques.

Cependant toute l'arithmétique de M. Carnot n'a fait encore que de rares prosélytes dans le corps médical français;

Il en est jusqu'à trois que l'on pourrait citer,

et c'est l'un de ces trois confrères, qui, cédant plus aux excitations de son zèle qu'aux conseils de la prudence, a voulu soumettre la doctrine nouvelle au jugement de l'Académie.

Mal lui en a pris; rarement l'Académie a entendu un rapport plus éloquemment énergique et plus sévère; et cela n'étonnera pas nos lecteurs quand ils sauront que ce rapport est l'œuvre de M. Roche.

La communication qui a fait l'objet de ce rapport avait été renvoyée, comme une espèce de fin de non recevoir, à la commission permanente des épidémies. Mais cette commission, usant de son droit de faire des rapports partiels quand elle le juge convenable, a cru qu'il était utile et opportun d'opposer, le plus tôt possible, le jugement de l'Académie à la propagation d'une doctrine qu'elle croit éminemment dangereuse, et surtout erronée. Nous, qui avons toute confiance dans les lumières et le bon sens du corps médical, nous ne partageons pas toutes les appréhensions de la commission, et nous n'aurions pas craint que le silence de l'Académie pût servir les intérêts de la doctrine nouvelle. La commission en a jugé autrement et l'Académie a solennellement et unanimement adopté ses conclusions; nous sommes loin de nous en plaindre.

Nous publions le rapport de M. Roche; cela nous dispense, et nous nous en félicitons, de rien ajouter à cette appréciation honnête et vigoureuse. Nous ne pourrions que répéter en l'affaiblissant, une argumentation qui a porté et qui portera la conviction dans tous les esprits non prévenus. Nous nous tairons également, et cela par un sentiment d'affectueux respect pour un grand talent, sur une courte allocution, mais, hélas! trop longue encore, de M. Malgaigne. L'éloquent académicien sait aussi bien et mieux que nous que les chiffres ont leur paradoxe, et que la statistique a ses sophismes. M. Malgaigne a été profondément ému, ce sont ses expressions, du résultat annoncé par M. Carnot, que s'il meurt aujourd'hui moins d'enfans qu'il y a soixante ans, il meurt aussi beaucoup plus d'adultes. Comment un esprit aussi pénétrant n'a-t-il pas vu, et cela avec les seules lumières du sens commun, que ce résultat s'il est réel, et il doit l'être, est la conséquence la plus naturelle possible du fait lui-même de la mortalité moindre des enfans? Quoi! un plus grand nombre d'enfans qu'autrefois arrive à l'âge adulte, et vous vous étonnez qu'il meure plus d'adultes qu'autrefois? Et vous avez besoin du secours de la mathématique pour prouver un fait aussi simple? Et, pour trouver à ce résultat une cause qui est grosse comme une montagne, vous mêleriez imprudemment vos accusations aux accusateurs de la vaccine?... Nous osons affirmer que la doctrine nouvelle n'obtiendra pas l'honneur de compter M. Malgaigne aux nombre de ses adhérens. S'il a, hier, tant soit peu tergiversé dans l'expression de ses idées, ne l'attribuons qu'à cette libérale impulsion qui le pousse, à son inscient, à venir en aide aux opinions qu'il croit innocentes, mais malheureuses et persécutées.

M. Velpeau, après avoir rappelé que M. Ch. Dupin, à l'Académie des sciences, a contesté les résultats numériques de M. Carnot, a fait observer, avec beaucoup de justesse, qu'il n'y a rien de plus complexe que les problèmes relatifs à la population et à la mortalité. Les causes qui influent sur l'augmentation ou sur la diminution de l'une et de l'autre, sont infiniment diverses, et l'état de décadence ou de progrès de l'hygiène publique doit-être tenu en grande considération. Si la mortalité des enfans est moindre aujourd'hui qu'autrefois, si la durée de la vie moyenne s'est très sensiblement allongée depuis soixante ans, ce résultat ne doit pas être attribué seulement à la vaccine, mais encore aux conditions meilleures de l'hygiène publique. La question des subsistances joue ici un rôle immense; l'on sait, en effet, et les savans travaux de M. Villermé ont mis ce fait hors de doute, que la mortalité générale, et surtout la mortalité chez les enfans, est toujours en rapport avec la misère des populations.

Relativement à la question soumise à l'Académie, M. Requin n'a pas besoin de recourir à la statistique et aux chiffres. Il lui suffit que le fait sur lequel s'appuient les accusateurs de la vaccine soit médicalement faux, pour que ses conséquences soient radicalement ruinées. Or, rien de plus faux, selon lui, que l'opinion de l'existence récente de la fièvre typhoïde et de sa plus grande fréquence dans ce siècle que dans les précédens. Il suffit d'avoir lu les auteurs des XV[e], XVI[e] et XVII[e] siècles, pour être certain que les fièvres décrites par ces auteurs, sous des noms divers, sont exactement les mêmes que notre fièvre typhoïde. M. Requin n'a besoin que de ce fait pour juger la doctrine nouvelle, qu'il a très sévèrement qualifiée.

Après un semblant de résistance de M. Malgaigne, l'Académie, impatiente d'en finir avec cette doctrine, a unanimement voté les conclusions de la commission, car la main de M. Malgaigne ne s'est pas levée à la contre-épreuve.

Après ce vote, un honorable et savant correspondant de l'Académie, M. Cap, a lu un travail littéraire et historique sur les savans oubliés. Ce travail, qui n'est pas susceptible d'analyse, a été très favorablement accueilli.

M. Maisonneuve a terminé la séance par la lecture d'un mémoire d'un grand intérêt sur la gangrène foudroyante.

Amédée LATOUR.

PATHOGÉNIE.

RAPPORT FAIT AU NOM DE LA COMMISSION DES ÉPIDÉMIES, A L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE, SUR UN MÉMOIRE DE M. LE DOCTEUR ANGELON, DE DIEUZE, INTITULÉ : *Mémoire sur les transformations des fièvres essentielles dont le cow-pox est la cause.*

Par M. ROCHE, rapporteur.

Vous connaissez les attaques dont la vaccine est devenue tout récemment l'objet. Vous savez qu'il s'est trouvé deux

Feuilleton.

PHYSIOLOGIE PHILOSOPHIQUE.

Dans un précédent feuilleton, nous avons rappelé un fait incontestable, immense : nous avons montré l'homme bouleversant avec un acharnement véritable le globe terrestre; mettant dessus ce que la nature avait placé dessous; étalant, frottant à outrance les métaux, déchaînant les gaz délétères, les vapeurs acides, etc. Après cela, nous avons osé croire que l'homme ne devait pas se flatter d'opérer impunément de pareilles révolutions, et nous avons étayé notre croyance d'une citation; nous avons rapporté ces paroles de J.-J. Virey : « La nature humaine peut s'altérer et se modifier suivant de nouvelles lois et d'après de nouveaux équilibres entre les élémens; les bouleversemens de notre globe, n'étant que de nouveaux équilibres, donnant naissance à d'autres genres d'organisations vivantes, parce qu'il doit y avoir des créatures en rapport avec chaque climat et avec chaque monde. »

A ce sujet, plusieurs personnes nous ont demandé si nous *espérions*, ou si nous *rêvions* l'apparition de quelque nouveau genre d'homme ou d'animal, datant de l'industrie moderne, comme les mammouths, les mastodontes et les paresseux gigantesques caractérisent, d'après G. Cuvier, la troisième époque des générations et des populations successivement émises et détruites sur la surface de la terre? Eh bien! la demande est peut-être plus sérieuse que nos spirituels interlocuteurs n'ont voulu la faire. Nous nous en rapportons à eux-mêmes; qu'ils nous disent si l'homme du XVIII[e] siècle, par exemple, avec le doute, la science et la civilisation, n'est point une création nouvelle par rapport à l'homme du moyen-âge avec la force, le dur travail et la foi?

Qu'ils nous disent si les impressions, les sensations, les idées qui venaient à l'un et à l'autre du dehors et du dedans, du ciel et de la terre, étaient identiques; si, enfin, c'était bien le même homme, au point de vue le plus élevé d'où l'on puisse considérer la créature : intellectuel et moral, au point de vue de l'esprit et de la conscience? Mais au physique seulement, quelle différence dans l'expression de la physionomie? quelles proportions autres de structure! Quels contrastes dans toutes les habitudes du corps!

Un auteur que la moralité de ses sentimens a rendu imposant dans toutes les assertions de son génie, Chardel, a écrit : « La vie, en excitant les ordres de la volonté, réfléchit physiquement l'action des pensées et des sentimens, et l'on peut juger par là de son influence sur le fœtus qu'elle vient animer. Les formes en sont modifiées, et sous le rapport matériel, les résultats sont évidens.... J'ai la pensée que si deux ou trois générations successives étaient appelées en ce monde dans un sentiment de pur amour, les organisations s'amélioreraient, et le moral se rapprocherait de celui des anges. »

Il ne faudrait pas prétendre que nous abusons ici des différences d'éducation et de moralité, pour en conclure à des variétés de genre ou d'espèce physique. Analysant les ouvrages de F. Cuvier, M. Flourens a dit avec raison : « Ainsi donc, et à ne considérer même les choses que sous le point de vue de la distinction positive des espèces, l'étude des qualités intellectuelles n'importe guère moins que l'étude des qualités organiques; et la raison en est simple : C'est par ses qualités intellectuelles que l'animal agit; c'est des actions que dépend le genre de vie; et, par conséquent, la conservation des espèces ne repose pas moins, au fond, sur les qualités *intellectuelles* des animaux que sur leurs qualités *organiques*. »

Cela posé, n'est-il pas positif qu'il y a moins de distance du moyen-âge au XVIII[e] siècle, que du XVIII[e] siècle à nous, contemporains de la vapeur et de l'électricité appliquées à l'art usuel de la vie?

Ce n'est ni dans ce journal, ni dans l'étendue d'un feuilleton que nous pourrions en fournir les preuves innombrables : chacun a là-dessus ses observations et ses réflexions personnelles, qui suppléent heureusement à notre travail. Mais qu'il nous soit permis d'indiquer, d'une façon légère et brève dans la forme, positive pourtant et sérieuse au fond, les modifications apportées à l'existence de l'individu, par les inventions contemporaines. Aujourd'hui on ne chevauche plus, on est voituré, on n'est plus même voituré, on glisse; on ne marche plus, on se promène; on ne respire plus, on fume; quand on veut faire de l'exercice, il faut en arriver à faire de la gymnastique ou les moyens manquent. L'organisation humaine se mettra peu à peu en rapport, en harmonie avec ce genre d'existence. Elle perdra fatalement tout ce qu'elle cessera d'employer ou d'exercer. Du contact de tous les types du monde, rapprochés par la vapeur, sortira un type nouveau. Il y aura, finalement, une immense uniformité avec une immense unité sur la terre... L'ennui pourrait bien en naître; mais nous avons, pour nous rassurer contre cette éventualité lointaine, les belles et consolantes paroles d'un grand physiologiste : « En fouillant dans les trésors cachés de l'âme humaine, on verra s'ouvrir de nouvelles sources de bonheur; on verra s'agrandir journellement le cercle de ses destinées : et la raison n'a pas moins de découvertes utiles à faire dans le monde moral, que n'en font dans le monde physique, les plus heureux scrutateurs. »

—

Cette magnifique pensée des découvertes à faire dans les trésors de l'âme humaine, nous remet en mémoire une observation intéressante. Voici ce qui se passait le 29 août 1853, de deux à cinq heures de relevée, dans la ville de Reims : L'administration de l'enregistrement et des domaines faisait vendre sous cette rubrique : *Vente d'objets mobiliers*, l'attirail sanglant de la guillotine départementale. Et la foule était venue là, comme elle va partout... aux émotions.

On proclama la mise à prix. Quelle peut être la mise à prix d'un échafaud? Cette seule question trouble la tête.

« A 20 francs! a dit une voix. — Un silence de mort a plané sur la foule; cependant, une enchère, venue on ne sait d'où, s'est produite : — 25 francs! a dit le crieur. Déjà on cherchait l'*amateur*, on demandait son nom, lorsque tout à coup un jeune homme s'est avancé, qui a dit : — 50 francs! — Personne ne dit mot? a demandé le crieur. — Non, personne, personne! a répondu la foule.

» On savait déjà que l'adjudicataire était un noble cœur, qui n'achetait l'échafaud que pour le brûler. Quand la nouvelle a été certaine, les applaudissemens ont éclaté dans la foule, et on a demandé que l'exécution eût lieu sur la place publique.

médecins, en France, pour prendre part à cette triste et affligeante croisade contre l'un des plus grands bienfaits de la science médicale. L'un d'eux, M. Ancelon, médecin de l'hôpital de Dieuze, s'étant sans doute imaginé que les rapports annuels de cette commission étant toujours confiés à M. Bousquet, n'expriment que l'opinion personnelle de notre honorable collègue, il a cru pouvoir en appeler au jugement de l'Académie tout entière, et, par une lettre en date du 23 juillet de cette année, il vous a priés de vouloir bien mettre à l'ordre du jour d'une de vos plus prochaines séances, la discussion d'un travail qu'il vous adressait en même temps sous ce titre : *Mémoire sur les transformations des fièvres essentielles, dont le cow-pox est la cause.* Votre bureau n'a pas pensé qu'il y eût lieu d'obtempérer à ce désir. Il vous a proposé seulement, et vous avez ordonné, le renvoi du mémoire à une autre commission que celle de la vaccine, à celle des épidémies, puisqu'il s'agissait de l'influence que la vaccine avait exercée, disait-on, sur le développement de la fièvre typhoïde. Cette commission, dont j'ai l'honneur de faire partie, m'a confié l'examen du travail de M. Ancelon, et dans sa séance de vendredi dernier, elle a entendu mon rapport. Usant du droit que lui confère votre réglement, de vous communiquer des rapports partiels dans le courant de l'année lorsqu'elle le juge nécessaire, elle a voulu que je vinsse vous lire celui-ci, afin de lui procurer la prompte publicité de vos débats, et d'arrêter immédiatement, s'il se peut, la propagation d'une doctrine qu'elle considère comme fausse et dangereuse.

Voici ce rapport.

Une doctrine étrange, une de ces doctrines qui étonnent au premier moment par leur hardiesse et leur singularité, mais contre lesquelles le sens commun ne tarde pas à se révolter, une de ces doctrines, dis-je, essaie depuis quelque temps de s'introduire dans la médecine par une fausse application de la statistique.

Cette doctrine, vous la connaissez déjà, car ce n'est pas la première fois qu'elle paraît devant vous. Elle dit, elle affirme, elle veut prouver :

1° Que la vaccine a transformé la variole en la fièvre typhoïde ;

2° Qu'en faisant disparaître à peu près la petite vérole, elle a donné naissance à une maladie non moins dangereuse;

3° Qu'elle n'a fait que transporter la mortalité, du premier âge sur l'âge adulte ;

4° Qu'en conséquence, l'humanité n'a rien gagné, si même elle n'a perdu, à la pratique des vaccinations ;

5° Qu'il faut dès lors restreindre, on n'ose pas dire encore, interdire, l'emploi d'une opération regardée à tort comme conservatrice;

6° Enfin, que les médecins doivent revenir au plus tôt à l'inoculation.

Ces idées, écloses dans le cerveau d'un mathématicien, édifiées et étayées par lui à grand renfort de calculs, comme pour prouver, une fois de plus, que l'on peut faire dire aux chiffres ce que l'on veut, et qu'il ne s'agit, pour cela, que de savoir les grouper, ces idées ont trouvé un partisan dans l'auteur du mémoire dont vous m'avez chargé de vous rendre compte. M. le docteur Ancelon, regardant ces propositions comme autant de vérités démontrées, probablement parce qu'il a vu que les additions de M. le capitaine Carnot étaient bien faites, entreprend de leur prêter l'appui des faits et des théories de la médecine, c'est-à-dire l'appui d'une science qui, vivant très peu et assez mal avec l'arithmétique, ne peut pas être suspectée de partialité en sa faveur. Peine inutile pourtant, si ces propositions sont incontestables comme les chiffres sur lesquels elles s'appuient! Peine perdue, si elles sont fausses! Peine que notre confrère n'a cependant pas hésité de prendre avec le zèle et l'enthousiasme d'un néophite.

Il ne sera pas nécessaire de discuter, un à un, les argumens des fauteurs d'une pareille doctrine pour en faire justice. Prouvons-leur que la fièvre typhoïde existait et se montrait aussi fréquente, aussi meurtrière pendant le règne de la petite vérole, avant la découverte de la vaccine, avec les mêmes symptômes et sous les mêmes formes qu'elle le fait de nos jours, et tout leur échafaudage de chiffres et de sophismes accusateurs, s'écroulera de lui-même.

On englobe aujourd'hui, sous le nom de fièvre typhoïde, presque toutes les fièvres essentielles des auteurs des siècles précédens. C'est un tort, selon nous, et nous ne sommes pas seul de cet avis. Quoi qu'il en soit, les maladies décrites par nos prédécesseurs sous les noms de *fièvre maligne, fièvre putride, synoque putride,* et toutes *les fièvres muqueuses graves,* étaient, en tout, semblables à la fièvre typhoïde. Mêmes prodrômes, mêmes symptômes, même marche, même durée, même léthalité et mêmes désordres cadavériques quand on s'est donné la peine de les chercher. Tous les médecins qui ont médité les écrits de la science s'accordent à le reconnaître, et déclarent que c'est bien la même maladie sous des dénominations différentes. Ces fièvres n'ont, en effet, pas disparu de l'humanité, elles ont seulement changé de nom, elles s'appellent aujourd'hui *fièvres typhoïdes.* Pour oser soutenir le contraire, il faudrait admettre que la fièvre typhoïde a chassé du sein des populations les fièvres *putride, maligne,* etc., ce qui serait tout simplement absurde.

La fièvre typhoïde n'est donc pas nouvelle en ce monde. Elle est vieille comme l'humanité. Elle existait bien longtemps avant la découverte de Jenner. Elle n'est donc pas le produit de la vaccine. Elle n'en est pas plus l'effet que les *fièvres adynamiques,* la *fièvre entéro-mésentérique,* les *gastro-entérites,* les *dothinentérites,* les *entérites folliculeuses* qui se sont succédé en France depuis le commencement de ce siècle. C'est toujours la même maladie, il faut le redire encore, empruntant des noms différens aux nombreuses théories qui se sont culbutées et remplacées avec une si effrayante rapidité en médecine depuis une cinquantaine d'années, jusqu'au jour où le nouveau nom qu'elle porte aujourd'hui lui fut imposé, sans cause, sans prétexte, sans motif théorique, uniquement sans doute pour léguer un embarras de plus aux Saumaises futurs de l'érudition médicale. En vérité, on rougit d'avoir à rappeler ces choses à des médecins.

Mais si, par impossible cependant, on osait prétendre que la fièvre typhoïde a fait disparaître les fièvres graves dont nous parlions tout à l'heure, il resterait alors à rechercher si l'humanité a perdu ou gagné à cette prétendue transformation, avant de lancer l'anathème contre la vaccine qui aurait, dit-on, amené ce résultat. Voyons donc si la fièvre typhoïde est plus commune et plus meurtrière que ne l'étaient ces fièvres. Si cela était, les dénigrans de la vaccine seraient gens à l'accuser d'être la cause de ce triste état de choses. Il importe, par conséquent, de leur enlever ce dernier refuge.

Les anciens médecins ne faisaient pas beaucoup de statistiques. Ils pensaient, à tort ou à raison, qu'il valait mieux peser les observations que les compter. Cependant, on trouve dans Stoll des relevés complets pour douze années, incomplets pour deux autres, qui semblent avoir été dressés pour la discussion actuelle. Ils nous apprennent, en effet, qu'à l'hôpital de la Sainte-Trinité, à Vienne, le nombre des individus atteints de fièvre maligne, reçus pendant ce long espace de temps, a été au nombre des personnes affectées d'autres maladies internes, comme 1 est à 6, que la mortalité des fièvres malignes a été de 1 sur 7 6/10, et la mortalité générale de 1 sur 14 3/7. En lisant ces résultats numériques, on est frappé de leur concordance avec ceux de nos hôpitaux. C'est à peu près la même proportion de la fièvre typhoïde, par rapport aux autres maladies fébriles, à peu près la même mortalité pour l'une, à peu près la même mortalité générale, Il en résulte donc que la fièvre maligne était aussi commune et aussi meurtrière du temps de Stoll que la fièvre typhoïde l'est de nos jours. Cette concordance vient confirmer, en outre, ce que nous disions, il y a quelques instans, de l'identité des deux maladies. La fièvre typhoïde ne fait donc pas plus de victimes sous son nouveau nom qu'avant d'en avoir changé, pas plus par conséquent depuis la découverte de la vaccine qu'avant cette découverte. La vaccine est donc innocente des maux dont on l'accuse.

Avant la découverte de Jenner, personne n'échappait aux atteintes de la petite vérole. On ne comptait peut-être pas un individu sur dix mille qui n'en fût atteint. Et, comme elle prenait à tout âge, on pouvait toujours dire avec une apparence de raison, que la personne qui en était exempte, mourait avant qu'elle ne se développât en elle. Aussi la disait-on fatale, inévitable, nécessaire même à la dépuration du germe que tous les hommes apportaient en naissant. C'est même encore la nécessité de cette dépuration imaginaire que les nouveaux adversaires de la vaccine invoquent et font miroiter aux yeux des gens du monde, pour se justifier de lui déclarer la guerre.

Si donc la fièvre typhoïde a remplacé la petite vérole, si la vaccine, comme le prétendent ces Messieurs, a seulement eu pour effet, d'abord de retarder l'explosion des virus varioleux, ensuite d'en transporter les manifestations et les ravages de la peau sur la membrane muqueuse des intestins, la fièvre typhoïde, disons-nous, devrait nécessairement attaquer un aussi grand nombre de personnes que le faisait la variole, c'est-à-dire qu'elle devrait sévir sur toute la population, à d'infiniment rares exceptions près; or, cela n'est pas. C'est à peine si un cinquième de la population en est atteint, et j'exagère peut-être. La fièvre typhoïde n'a donc pas remplacé la variole, ou bien celle-ci se serait singulièrement adoucie en se transformant, ce qui, pour le dire en passant, tournerait à la louange de la vaccine, dans le système même de ses adversaires. La vaccine en faisant disparaître la petite vérole n'a donc pas donné naissance à la fièvre typhoïde. Ces deux maladies n'ont entr'elles aucune corrélation, aucun rapport, aucune analogie, ni de causes, ni d'effets, ni de fréquence.

Enfin, la fièvre typhoïde fût-elle nouvellement implantée au sein des populations, sa première apparition après l'époque de l'introduction de la vaccine fût-elle parfaitement démontrée, il resterait encore à prouver qu'il ne s'agit pas ici d'une simple coïncidence, et que l'une est la cause de l'autre ; *post hoc, ergò propter hoc,* est un argument trop décrié, pour avoir cours et crédit aujourd'hui dans les sciences.

Mais c'est trop sur un sujet qui ne fait pas doute dans vos esprits. Vous ne croyez pas que la fièvre typhoïde soit nouvelle en Europe. Vous ne croyez pas, par conséquent, que ce

---

» Pour des considérations de bon ordre qu'il n'est pas besoin de déduire, on n'a pas donné de suite à ce premier mouvement, et la foule s'est retirée, attendant au dehors le moment où s'élèverait la fumée de l'incendie qu'on lui promettait. Ce n'a pas été long. Nous avons vu en un clin d'œil, toutes les pièces de l'échafaud et les accessoires servant aux exécutions, pour parler comme l'affiche, tomber l'un après l'autre, dans un immense foyer qu'entretenaient avec une ardeur sans pareille, toutes les personnes présentes, parmi lesquelles nous pourrions citer un haut fonctionnaire, qui se mêlait de bon cœur, avec nous à cette besogne. Pendant trois heures qu'elle a duré la foule stationnait sur le boulevard Cérès dans un ordre parfait. — Eugène BAICHÈRE. »

Et maintenant cette foule qui réchauffait ainsi son âme, ses bons sentimens à la fumée de la guillotine condamnée au feu, n'est-elle pas la même foule pourtant qui accourait, qui serait encore accourue voir tomber des têtes sur les mêmes planches, les jours d'exécution et de marché? Étrange question que nous ne faisons pas — Dieu nous en garde — par ingratitude ou par désobligeance, mais qui se présentera naturellement à tout esprit porté à réfléchir ; et puis, il doit bien être permis de sonder cet abîme qui s'appelle la foule !

Chez les animaux, la foule, le troupeau représente et reproduit les défauts et les qualités de l'individu, ni plus, ni moins. Une bande de loups n'est ni plus ni moins cruelle, ni plus ni moins lâche qu'un loup; elle est plus dangereuse à cause du grand nombre, mais voilà tout...

Chez les hommes, la foule représente et reproduit énergiquement ou d'une façon sauvage les défauts et les qualités que chacun isolément réprouve ou ne possède qu'à un certain degré.

Chez les animaux sociables, le troupeau, la foule suit un chef. *L'instinct* n'en désigne jamais deux; pas plus que l'instinct ne pousse un castor à construire une cabane ronde, tandis qu'un autre castor construit une cabane ovale : le propre de l'instinct, c'est l'infaillibilité dans l'ordre entier des choses où il s'exerce; c'est l'infaillibilité fatale, sans le libre arbitre.

Chez les hommes, la foule obéit surtout à des impulsions; elle est poussée par un flux et un reflux, comme l'Océan; elle envahit et elle abandonne.

Il se prépare, nous le savons, un livre intitulé : *Physiologie des passions populaires.* C'est l'histoire, non pas du cœur roman, mais du cœur même de la pauvre humanité. — L'auteur a fouillé dans les trésors de l'âme humaine, selon l'expression de Cabanis ; souvent il les a trouvés taris. N'importe, il ne s'agissait pas de flatter, mais de commencer une science difficile, qui importe au moraliste et à l'homme d'État ; et la science est commencée.

Selon nous, humble observateur, toute foule a des nerfs; elle est femelle essentiellement. — Elle donne, en grand, le spectacle de tous les phénomènes qui caractérisent, aux yeux du physiologiste, le tempérament mélancolique : une immense sensibilité se montant sur un sujet imaginaire; une insensibilité incurable appliquée à la situation la plus déchirante; une énergie sauvage, une pusillanimité honteuse.

Si les anciens n'avaient pas déjà inventé l'*atrabile,* ne faudrait-il pas l'imaginer, pour expliquer, autant que faire se peut, l'humeur dominante de la foule : l'*humeur ignée et maligne.*

Le fait de la prédominance du tempérament mélancolique dans toute masse d'individus, est bien prouvé, selon nous, par les affections dont toute foule est particulièrement susceptible, savoir :

L'enthousiasme ;
L'imbécillité ;
La folie ;
La fureur.

Oui, la foule part quelquefois d'un enthousiasme superbe ; elle a des élans d'abnégation, de dévoûment, de religiosité qui, dans leur grandeur, semblent atteindre jusques aux cieux. Mais ne devient-elle pas souvent imbécile devant un obstacle, en présence d'un phénomène naturel? Alors, elle s'écrase elle-même, ou bien elle se laisse écraser plutôt que de prendre et de suivre le moyen de salut qui lui crève les yeux, pour ainsi dire. Quant à la folie, tout le monde sait qu'elle a régné d'une façon quasi-épidémique pendant les XVe, XVIe et XVIIe siècles. Nous ne parlerons pas de la fureur; il nous faudrait toucher à deux sujets dont l'un est brûlant et l'autre interdit. Nous ne voulons pas même prononcer leur nom.

S'élève-t-il au-dessus de la foule en mouvement, des émanations nerveuses ou magnétiques? En attendant que cette question soit résolue, voici le fait que nous avons observé !

C'était après 1848. Tous les jours une foule ou une autre se rendait à l'Hôtel-de-Ville. Un jeune homme, d'une complexion très nerveuse, logé dans les environs de la place, à une trop grande hauteur d'étage pour entendre le bruit des pas, et trop malade, d'ailleurs, pour percevoir le bruit des voix, éprouvait infailliblement une émotion vague, générale et douloureuse, toutes les fois qu'un cortége, une *manifestation* quelconque venait à passer. Il ne désignait rien, ne témoignait aucun sentiment défini ; mais une sueur froide perlait sur son front, et il murmurait : je souffre plus, *mais c'est l'orage.* Lorsque la guérison fut venue, nous interrogeâmes ce jeune homme pour savoir s'il avait voulu parler par allégorie, par image. Il nous affirma que jamais il n'y avait songé, et qu'il avait voulu exprimer simplement ce qu'il souffrait en réalité.

—

Quoi d'étonnant à cela, en définitive? Est-ce qu'un bois, un jardin, une forêt, un parterre, une prairie, est-ce que tout cela n'est pas *sensible,* même pour l'individu qui ne voit ni les arbres, ni la verdure? La masse qui s'arrête ou qui passe a son atmosphère se fixant ou marchant avec elle. Puisque la vie a sa chaleur, comment pourrait-elle ne pas avoir son rayonnement? La vie, diffuse entre le ciel et la terre, ne frappe pas plus nos sens que la pesanteur de l'air égale à celle de 32 pieds d'eau ou de 28 pouces de mercure ne charge habituellement nos épaules; mais la vie combinée dans l'organisation de dix, vingt ou trente mille individus, devient comme *vie* une chose presque matérielle ; on la *ressent,* on l'*éprouve* ; on y *perd,* on y *puise.* Il y a dans l'expression vulgaire : se sentir les coudes, en parlant d'hommes, de soldats destinés à suivre le même chemin, à braver le même péril ; il y

soit la vaccine qui lui a donné naissance. Vous ne croyez pas qu'il faille restreindre la pratique de cette opération salutaire, dont la propagation et la défense vous sont confiées. Mais il y aurait danger, vous le comprenez, à ce que les idées contraires se répandissent, sans contradictions de votre part, et à la faveur, pour ainsi dire, de la complicité de votre silence. Que si j'ai eu tort de chercher à vous prouver aussi longuement, des vérités dont vous étiez convaincus d'avance, prenez-vous-en à ma foi profonde dans ces propriétés préservatrices et la parfaite innocuité de la vaccine, et au désir qui m'animait de la venger complètement, si cela m'était possible, des attaques étourdies dont elle est devenue le point de mire depuis quelques années.

Il est bien permis, sans doute, à un officier d'artillerie de prétendre que la vaccine est un mal. On ne défendrait pas à un médecin, je pense, de soutenir, s'il lui prenait cette fantaisie, que la bombe, après sa sortie du mortier, ne décrit pas une parabole. Chacun a le droit, chacun est libre de choisir les sujets de passe-temps où il lui plaît, en dehors de ses études familières, et même en des matières qu'il ignore. Cela ne tire jamais à conséquence. Mais un médecin ! nier les bienfaits de la vaccine sur la foi de quelques chiffres trompeurs qui n'ont rien à voir en semblable affaire, se faire l'écho, le propagateur d'une erreur aussi dangereuse, interpréter à sa guise et d'une manière inexacte, au profit de sa thèse, l'observation ancienne et l'observation moderne, mettre enfin son talent, sa science, son autorité médicale, au service de préjugés funestes, contre lesquels luttent avec tant de peine les efforts des gouvernemens, et des hommes éclairés de tous les pays, voilà ce que nous ne pouvons comprendre, et ce qui nous afflige profondément.

M. le docteur Ancelon reviendra de son erreur. Un homme de talent comme lui ne saurait persévérer longtemps dans la voie où il s'est laissé entraîner.

Messieurs, après avoir approuvé le contenu de ce rapport, votre commission des épidémies m'a chargé de vous proposer :

D'écrire à M. Ancelon que l'Académie désapprouve et repousse toutes les doctrines exposées dans son mémoire ;

Elle m'a chargé de vous prier, en même temps, d'ordonner le dépôt pur et simple de ce travail dans vos archives.

OPHTHALMOLOGIE.

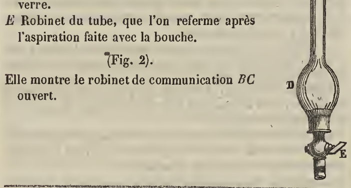
NOTE SUR LA DERNIÈRE FORME DONNÉE A L'AIGUILLE A SUCCION DE M. LE PROFESSEUR LAUGIER, POUR LA CATARACTE.

On pourrait faire plusieurs reproches à l'aiguille à succion, telle qu'elle était jusqu'ici fabriquée ; la tige creuse était trop fine et par conséquent son calibre trop étroit, elle était inutilement trop longue ; j'ai donné plus de volume à la tige, son calibre est plus large, une partie de sa longueur est remplacée par un petit réservoir ovoïde en verre, assez large pour loger une cataracte molle et qui permet de voir pendant l'opération ce qui a été absorbé par la succion ; celle-ci est toujours faite au moyen du vide opéré dans le corps de pompe, formé lui-même par un tube de verre, renflé ; à son extrémité libre, un robinet fait communiquer ce tube avec le réservoir de l'aiguille, mais, cette communication est ouverte ou fermée à volonté au moyen du coulant *A*, de sorte que l'opérateur modère à son gré l'effet de la succion dans le réservoir de l'aiguille.

Le vide est fait dans le tube qui sert de manche avec la bouche, et le robinet *E* sert à rendre le vide permanent; le robinet *BC* restant fermé avant l'opération, l'aiguille, plongée dans l'œil et au milieu de la partie molle ou liquide qu'il s'agit d'aspirer, le coulant *A* ouvre le robinet *BC*, et le vide s'opère. L'air contenu dans la tige et le réservoir de l'aiguille, ainsi que les parties absorbables, sont aspirées.

Le vide pourrait être fait dans le tube avec une petite pompe aspirante, mais il n'en est pas de meilleure que la bouche ; et la pompe aspirante, serait une complication de l'instrument.

Le seul perfectionnement qu'il me soit aujourd'hui possible d'entrevoir dans cette aiguille à cataracte, qui peut d'ailleurs servir à d'autres usages, même sans sortir de l'œil, est relatif au volume de la tige de l'aiguille : plus le calibre de sa cavité sera large, plus il sera facile d'y faire passer les fragmens de la cataracte. Il y a donc avantage à donner à la tige de l'aiguille le plus gros volume possible, afin d'obtenir le plus gros calibre de sa cavité ; mais quel est ce volume compatible avec la facilité de l'introduction de l'instrument et l'innocuité relative de l'opération, et jusqu'où peut-on le porter, impunément ? C'est là ce qui reste à déterminer ; ce n'est que par des essais sur les animaux et sur l'homme que l'on peut répondre à cette question. Toutefois, telle qu'elle est aujourd'hui, l'aiguille à cataracte absorbera avec facilité les cataractes liquides et demi-molles.



EXPLICATION DU DESSIN.

(Fig. 1).

G Ouverture de l'aiguille, un peu évasée, pour faciliter l'absorption.

F Réservoir de l'aiguille, en verre.

BC Robinet qui fait communiquer le réservoir *F* avec le tube qui sert de manche.

A Coulant qui ouvre le robinet et se meut par un petit corps de bielle.

D Tube et renflement du tube, comme lui en verre.

E Robinet du tube, que l'on referme après l'aspiration faite avec la bouche.

(Fig. 2).

Elle montre le robinet de communication *BC* ouvert.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 Septembre. — Présidence de M. RAYER.

Des dangers qui résultent de l'emploi de vases ou de tuyaux de plomb et de l'emploi de sels de plomb pour la clarification des liquides.

M. CHEVALLIER soumet sous ce titre, au jugement de l'Académie, la première partie d'un travail dans lequel il traite : 1° de la nécessité qu'il y a de proscrire les vases en plomb et en alliages de ce métal, pour la conservation des matières alimentaires, l'eau, le vin, les eaux gazeuses, le cidre, etc. ; 2° des dangers que présentent les tuyaux de plomb pour la conservation et la conduite des liquides destinés à servir de boissons.

Dans une deuxième partie, l'auteur se propose de traiter : 1° de l'action du plomb sur la bière, et des dangers qui peuvent résulter de la clarification de certains liquides par les sels de plomb ; 2° des accidens qui résultent de l'emploi des préparations de plomb employées comme cosmétiques.

(Le mémoire de M. Chevallier est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Thénard, Dumas et Pelouze.)

Ablation de quatorze loupes à l'aide de la cautérisation linéaire.

M. A. LEGRAND communique l'observation d'un malade chez lequel il a pu enlever, en neuf jours, quatorze loupes, pratiquant, dans cet intervalle de temps, cinquante-trois cautérisations, qui n'ont jamais fait naître la moindre apparence d'érysipèle, qui n'ont excité, en définitive, qu'une douleur fort modérée, malgré la grande impressionnabilité du malade. La perte de sang a été insignifiante, et elle eût été facilement nulle en se pressant moins. Le malade n'a pas gardé un seul instant la chambre, et il est venu chaque jour se faire cautériser d'abord, panser ensuite. Quoiqu'il ait demeuré cinquante-cinq jours à Paris, il eût pu, à la rigueur, n'en passer que dix. Enfin, le 9 juin dernier, deux mois après le commencement du traitement (du 11 avril au 9 juin), la guérison était définitive. M. Legrand a revu depuis ce malade, et il a pu s'assurer que les cicatrices sont, pour la plupart, linéaires, peu visibles et facilement dissimulées par les cheveux. (Comm. nommés : MM. Velpeau et Lallemand.)

Emploi de l'électricité pour combattre les accidens produits par l'inhalation du chloroforme.

M. ABEILLE adresse une réclamation relativement à une communication récente de M. Jobert de Lamballe, sur l'emploi de l'électricité pour combattre les accidens produits par l'inhalation du chloroforme. (Comm. MM. Roux, Velpeau, Balard.)

Séance du 12 Septembre 1853.

Gangrène foudroyante avec développement et circulation de gaz putrides dans les veines (pneumo-hémie putride).

M. MAISONNEUVE présente, sous ce titre, un travail qui a pour objet d'établir :

1° Que dans une certaine variété de gangrène traumatique à laquelle il donne le nom de gangrène foudroyante, des gaz putrides peuvent se développer dans l'intérieur des veines pendant la vie des malades ;

2° Que ces gaz peuvent circuler avec le sang et déterminer un empoisonnement rapidement mortel :

3° Que malgré son excessive gravité, cet accident n'est point absolument au-dessus des ressources de l'art.

Parmi les accidens consécutifs aux grands délabremens traumatiques, il en est un qui, par son extrême gravité, fait le désespoir des chirurgiens, et dont l'explication avait jusqu'à présent échappé aux recherches des anatomo-pathologistes. Il consiste dans la désorganisation rapide qui s'empare des membres soumis à une violente attrition, et qui, dans l'espace de 24 ou 36 heures à peine, entraînent la mort des malades. Cette gangrène, à laquelle je donnerai le nom de gangrène foudroyante, survient ordinairement à la suite de fractures compliquées de plaies, lors, surtout, que la cause vulnérante a, par la violence de son action, produit une profonde désorganisation des tissus, ou bien quand des épanchemens considérables de sang infiltré dans les parties molles, se trouvent en communication directe avec l'air extérieur.

Alors, en effet, le sang sorti des vaisseaux ou bien même les tissus broyés par la contusion, n'ayant plus en eux-mêmes les conditions organiques suffisantes pour continuer à vivre, se putréfient sous l'influence de la chaleur, de l'air et de l'humidité ; leur prompte décomposition donne lieu alors à la formation de gaz putrides qui s'infiltrent dans les interstices celluleux, et leur contact délétère achève de neutraliser les

---

a là, prétendons-nous, une confirmation générale du fait que nous avançons.

Eh mon Dieu ! nous ne sommes pas matérialistes, car nous pensons, nous aussi, « *qu'il y a quelque chose de divin* (το θειον — *nescio quid divinum*) *dans toutes les opérations, soit ordinaires, soit extraordinaires de la nature.* » Nous ne voudrions pas matérialiser ou *panthéiser*, lorsqu'il s'agit de l'homme ; les lecteurs de bonne foi comprendront la portée de notre comparaison et ne la conduiront pas, malgré notre pensée, au-delà du point où elle s'arrête, et nous dirons : la vie ainsi que l'électricité est diffuse entre le ciel et la terre ; mais concentrée dans un individu, dans une bouteille de Leyde, la vie, l'électricité deviennent une puissance appréciable, mesurable : la foule, c'est la batterie électrique ; et, si cela nous était permis, nous en donnerions mille preuves irrécusables empruntées à notre malheureuse histoire révolutionnaire. Mais les souvenirs de quiconque a un peu lu ou un peu vécu remplaceront, avec avantage, les documens que nous ne fournissons pas.

—

Sur la pente où nous sommes, nous pourrions être bien vite conduits à nous demander : Qu'est-ce que la vie ? Mais titre oblige, et nous n'oublierons pas le notre : *feuilleton !* Défense d'être trop sérieux, trop grave ! Le haut, le corps du journal, s'affaisserait sur nous. Nous rapporterons seulement la définition de la vie, la plus spirituelle, sinon la plus savante que nous ayons jamais trouvée ; nous l'avons trouvée (*horresco referens !*) dans un roman, et la voici :

« La vie est une maladie dont on meurt. »

Il est positif que la crise finale, il est positif qu'au bout de toute vie, plus fatalement qu'à la fin de la maladie la plus terrible, c'est la mort. Dans la mort naturelle, de quoi meurt-on ? — De la vie.

La vie est un état passager qui a ses phases naturelles d'origine, de développement et de fin.

A chaque phase correspond une crise, un effort, une *maladie* : c'est de ce point de vue que les paroles de Sydenham sont vraies : « *morbus nihil aliud est quam naturæ conamen...* »

La nature a donc ses maladies ; *la société*, la civilisation y ajoute les siennes. Il y a donc encore une médecine de nature et une médecine d'institution, pour ainsi dire. L'homme réduit à l'instinct n'aurait besoin que de la médecine de nature ; élevé à l'intelligence, il a besoin de la médecine d'institution. Tout ce qu'on a pu écrire : *de autocratiâ naturæ ; de instinctu naturæ in morbis ; de naturâ morborum medicatrice mechanicâ, de vulnerum naturâ medicatrice*, etc., ne saurait rien changer à la vérité, au fait. Ce n'est pas, d'ailleurs, dans la pratique des villes que le médecin serait bien venu à s'en tenir à la nature. Il a plutôt à lutter contre les tendances raffinées en quelque sorte des malades. Heureux encore lorsqu'il n'a pas à discuter avec eux le principe même des maladies.

Nous parlions naguère d'une certaine éducation médicale à donner au public, afin de rendre l'intervention de l'homme de science plus utile à l'humanité ; eh bien ! parmi les préceptes de cette éducation, nous voudrions mettre le suivant : « *Il convient d'être sans passion et même* SANS ESPRIT *dans la plupart des maladies.... Nous avons vu, en effet, que les facultés mentales étant anéanties, comme dans le sommeil, la synergie des mouvemens médicamenteux s'exerce bien plus complètement.* »

Être malade *sans esprit*, pour la plupart des femmes ! mais c'est le *sans dot* de Molière. Sans esprit....

A parler scientifiquement, la passion, l'esprit du malade est souvent cette puissance *surnaturelle* et *occulte*, ce *quid divinum* d'Hippocrate, sur lequel les commentateurs ont tant disputé ; voilà « cette cause *divine, occulte*, agissant sur toute la substance de nos corps, et compliquant de sa malignité, infectant souvent de son venin inconnu les maladies en apparence les plus bénignes. »

Pierre BERNARD.

COURRIER.

Le 5 septembre, a succombé, à Baden, le docteur Lacauchie, âgé de 46 ans, médecin principal de première classe des armées, chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Roule, ancien professeur aux hôpitaux militaires d'instruction et de perfectionnement de Metz et du Val-de-Grâce, ancien médecin en chef de l'armée d'Italie, professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg, officier de la Légion-d'Honneur et commandeur de l'ordre de Saint-Grégoire le Grand. Il a succombé à un empoisonnement miasmatique contracté à l'amphithéâtre, en faisant une démonstration sur un cadavre arrivé au dernier degré de la putréfaction. Cette mort laisse un grand vide dans la médecine militaire.

— M. Albert Mancel, étudiant en médecine, élève des hôpitaux, vient de succomber à une maladie semblable à celle qui emportait dernièrement le fils de M. le docteur Blache. Atteint dans les premiers jours d'août d'une angine gangréneuse, il est mort avant-hier après plus d'un mois de douleurs. M. Albert Mancel était dans sa vingt-quatrième année ; il donnait les plus belles espérances. Fils de M. le docteur Mancel, il était par sa mère petit-fils de M. Antoine Royer-Collard et neveu de M. Hippolyte Royer-Collard, tous deux morts professeurs à la Faculté de médecine.

Ses obsèques, qui ont eu lieu lundi 12, à onze heures, à l'église Saint-André (cité d'Antin), avaient attiré un grand nombre de médecins et d'élèves.

FIÈVRE JAUNE. — Nous donnions, dans un de nos derniers numéros, des détails lamentables sur les ravages exercés par la fièvre jaune à la Nouvelle-Orléans. Pour donner une idée des effroyables pertes occasionnées par ce fléau, nous publions le chiffre des malades et des morts des hôpitaux pendant trois jours :

570 cas,	218 décès,	217 par la fièvre jaune.
547	318	307 —
594	288	266 —

En une semaine, il y a eu dans cette ville 1,482 enterremens. Cette effroyable maladie s'est montrée également à Cumberland, à Baltimore et à Natchez ; dans cette dernière ville, il est mort 300 personnes sur une population de 5,000 habitans.

forces vitales des parties déjà plongées dans la stupeur par suite de la commotion. Toutes ces causes réunies donnent à la fermentation putride une activité terrible. Aussi ne tarde-t-elle pas à englober, dans son mouvement destructeur, les parties mêmes complètement saines. C'est ainsi que les muscles, le tissu cellulaire, les vaisseaux, sont frappés de mort. Mais là, malheureusement, ne se borne pas le travail de mortification. En effet, dans les veines sphacélées le sang se coagule, puis bientôt, participant à la décomposition générale, le caillot se putréfie et donne lieu à la formation de gaz putrides. Ceux-ci, contenus par les parois vasculaires, ne tardent pas à briser les faibles adhérences des caillots, pénètrent jusqu'au sang liquide, se mélangent avec lui et se trouvant entraînés dans son mouvement circulatoire, vont porter la mort dans les rouages de l'organisme.

C'est en mai 1851, que ce fait important se révéla pour la première fois à mon observation. Un homme de 28 ans, avait eu la jambe broyée, le lendemain la gangrène s'était emparée du membre et le tissu cellulaire était emphysémé. Je pratiquai des scarifications profondes sur différens points, je constatai un phénomène qui me frappa vivement et sur lequel j'attirai immédiatement l'attention des élèves. Ce phénomène consistait dans l'issue de bulles nombreuses de gaz par l'orifice des veines que le bistouri venait de diviser. Toutes les précautions furent prises pour éviter l'illusion. J'allai même jusqu'à saisir avec deux pinces l'orifice d'une des bronches de la veine saphène, et la tenant isolée, je constatai la réalité du phénomène. Le malade mourut dans la nuit.

A l'autopsie pratiquée 28 heures après la mort, je m'assurai que le foyer gangréneux était bien le point de départ de ces gaz et que ceux-ci circulaient librement dans les veines.

Ces faits dont tous les détails avaient été constatés avec une précision rigoureuse et dont l'explication ne pouvait laisser aucun doute, fut pour moi comme une illumination soudaine qui me donna la clé de plusieurs faits analogues, dont je n'avais pu jusqu'à présent me rendre compte, et j'entrevis dès lors la possibilité de lutter contre cet empoisonnement si terrible par sa rapidité, au moyen d'une décision chirurgicale plus rapide encore.

L'occasion ne tarda pas à se présenter, et grâce à des conditions exceptionnellement favorables, j'eus le bonheur de voir mes prévisions couronnées de succès. Ce fut chez un homme de 30 ans, dont l'avant-bras avait été broyé par une roue de voiture le 10 juin 1852. Le 12 au matin je trouvai le membre tout entier jusques et y compris l'épaule, envahi par la gangrène, partout la peau était soulevée par des gaz. En présence de ces accidens terribles qui sous mes yeux même, et pendant que j'examinais le malade, s'aggravaient encore de minute en minute, je n'hésitai pas à reconnaître cette forme redoutable de gangrène que je désigne sous le nom de gangrène foudroyante, et j'annonçai aux élèves que nous trouverions des gaz putrides circulant librement avec le sang veineux.

Convaincu que, dans une circonstance aussi grave, il n'y avait pour le malade d'espoir de salut que dans une amputation aussi prompte que possible, et considérant que chaque minute de retard pouvait compromettre la vie, je tirai mon bistouri et je fis immédiatement la section des parties molles pendant qu'un aide allait chercher la scie, et cela sans donner le temps de rien préparer pour le pansement ni même de transporter le malade sur le lit d'opération. Au moment où le bistouri divisait les grosses veines, je vis, d'une manière évidente, des bulles de gaz s'échapper avec le sang par leur ouverture béante.

L'autopsie du membre confirma complètement notre diagnostic. Après des accidens extrêmement graves le malade a fini par se rétablir et jouit actuellement d'une santé parfaite. (Comm. MM. Velpeau, Andral, Lallemand.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 Septembre 1853. — Présidence de M. Nacquart.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique, transmettant l'ampliation d'un décret rendu le 27 août dernier, sur son rapport, par S. M. l'Empereur, à l'effet d'autoriser l'Académie à accepter le legs qui lui a été fait par M. Orfila, de son portrait, suivant testament olographe en date du 22 février 1852.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture de l'ampliation de ce décret.

2° Trois rapports de M. Germain, médecin-adjoint des épidémies pour l'arrondissement de Poligny (Jura), le premier sur une épidémie de fièvre muqueuse qui a régné dans la commune de Châtel-Neuf; le second sur une épidémie de fièvre muqueuse thyphoïdienne qui a régné dans la commune de Vers-en-Montagne (Jura); le troisième sur une épidémie variolique qui a régné dans la commune de Ney (Jura).

3° Un rapport de M. Pasteur, médecin cantonal, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Montjustin (Haute-Saône).

4° Diverses lettres du ministre du commerce, demandant l'avis de l'Académie sur divers remèdes et échantillons de recettes.

La correspondance manuscrite comprend :

5° Un mémoire de M. le docteur Charles Dubreuilh, de Bordeaux, sur un cas d'anencéphale, dont la description est suivie de réflexions sur les difficultés que présentent le diagnostic de la présentation et la terminaison de l'accouchement. (Comm. MM. Moreau, Cazeaux.)

6° Un mémoire de M. Démétrius Dallas, d'Odessa, sur un nouveau mode de traitement rationnel de la blennorrhagie, consistant dans l'emploi en injections de baume de copahu. (Comm. MM. Lagneau et Ricord.)

7° Une lettre de M. Cazenave, de Bordeaux, qui réclame la priorité au sujet du mode de traitement de la blennorrhagie, proposé par M. Becquerel, dans le mémoire que M. Depaul a lu en son nom dans la dernière séance. La réclamation de M. Cazenave est appuyée de l'envoi d'une brochure publiée en 1841, et ayant pour titre : *Du traitement local des vaginites chroniques à l'aide d'un nouveau procédé de cautérisation.* (Comm. nommés : MM. Depaul et Huguier.)

8° Une lettre de M. Thomas, adressée de Moscou, et dont nous extrayons les passages suivans :

Le choléra à Moscou.

M. Thomas écrit de Moscou, où il est arrivé depuis huit jours pour y étudier la marche du choléra.

Voici le résultat de ses investigations :

Le 22 août, il s'est rendu à l'hôpital de la Ville, accompagné de M. Évenius, médecin en chef. Il a visité environ une trentaine de cholériques, hommes et femmes, dont un assez grand nombre en convalescence et d'autres plus ou moins affectés, parmi lesquels on lui en a montré onze, arrivés six la veille et cinq le jour même, tous malades sérieusement. Deux étaient déjà en partie cyanosés, quelques-uns avaient la langue et le corps froids, avec absence complète ou presque complète du pouls, vomissemens et déjections fréquens, facies cholérique, etc.; mais il n'y avait pas de crampes, accident fort rare cette année, au dire de M. Évenius, en comparaison des épidémies précédentes, circonstance qui a même conduit ce médecin à penser que cette maladie, comme plusieurs autres, en s'acclimatant dans nos contrées, prenait un caractère moins dangereux qu'à sa première apparition en 1831 et les années suivantes. La justesse de cette réflexion, ajoute M. Thomas, semble confirmée par les résultats funestes qui sont bien moins fréquens qu'autrefois.

Le lendemain, 23, M. Thomas a visité, avec M. le docteur Polh, l'hôpital Sainte-Catherine, et le 24, avec M. le docteur Auvert, l'hôpital de la Clinique de la Faculté, où il a vu à peu près le même nombre de cholériques qu'à l'hôpital de la Ville, et présentant des symptômes analogues, c'est-à-dire le refroidissement avec haleine froide chez quelques-uns, la cyanose, mais beaucoup moins étendue que les autres années.

Les médecins de Moscou sont d'avis que, dans cette ville, le point culminant de l'épidémie est à peine passé, et qu'elle n'est pas prête à s'éteindre. Ces messieurs ont remarqué, en outre, qu'elle n'a pas cessé de varier, quant au nombre des individus journellement attaqués depuis son commencement, et que la maladie a suivi cette année une direction différente des autres, étant venue de l'ouest par Varsovie, Saint-Pétersbourg, etc., à Moscou et Nigui-Novogorod; tandis qu'autrefois elle arrivait du sud-est par Astrakan et les points intermédiaires. M. Thomas a appris qu'à Nigui-Novogorod, elle venait de s'éteindre à peu près tout à coup, après s'y être montrée également à l'improviste, en quelque sorte, et en attaquant à la fois une grande quantité de personnes. L'apparition du choléra dans cette ville n'a eu qu'un mois de durée.

D'après un tableau fourni par M. Évenius, sur l'épidémie actuelle, la maladie a commencé depuis septembre 1852, où l'on vit déjà quelques cas sporadiques parmi des personnes arrivant de Saint-Pétersbourg. Ensuite, on en observa quelques autres à des intervalles éloignés dans différens quartiers de Moscou, de sorte qu'au 10 (22) janvier 1853, on ne comptait encore que 69 cas avérés du choléra. En partant de cette date, le mal alla en augmentant, et le 27 mars (8 avril), il y eut un maximum de 108 malades dans la journée. Depuis lors, le nombre des cas diminua successivement jusque vers la fin d'avril, où très peu d'individus tombaient journellement malades.

La marche de l'épidémie varia ensuite, augmenta vers les mois de juin et juillet, et est maintenant réduite à un terme moyen de 50 à 60 malades par jour dans toute la ville.

Depuis janvier jusqu'au 11 (23) août, on a compté en tout, la ville et les hôpitaux, 5,864 malades, dont 3,096 ont guéri, 2,441 sont morts, et 327 restent en traitement.

Tous les médecins de Russie ont dit à M. Thomas que le typhus terminait le choléra dans l'immense majorité des cas. Cette terminaison, d'après quelques-uns, aurait lieu 9 fois sur 10.

— M. Roche lit un rapport au nom de la commission des épidémies, sur un mémoire de M. Ancelon, de Dieuze, intitulé : *Mémoire sur les transformations des fièvres essentielles, dont le cow-pox est la cause.* (Voir plus haut.)

M. Malgaigne demande la parole.

M. Malgaigne : Aux murmures qui s'élèvent autour de moi avant que je n'aie ouvert la bouche, je comprends combien il est dangereux de parler dans un certain sens sur la question qui fait l'objet du rapport que vous venez d'entendre. Il y a longtemps que je désirais prendre la parole pour répondre à certaines attaques dirigées dans cette enceinte contre les chiffres et la statistique. Je suis heureux d'avoir ouï le rapport de M. Roche, qui me fournit l'occasion de faire cette réponse.

Ce rapport renferme plusieurs points parfaitement distincts. Premier point : S'il est vrai que la proportion de la mortalité par la fièvre putride, au XVIIIe siècle, soit la même que celle de la fièvre typhoïde au XIXe, c'est à grand tort que l'on accuse la vaccine d'avoir ajouté, en engendrant la fièvre typhoïde, un élément de plus à la mortalité. Je félicite le savant rapporteur d'avoir mis ce résultat en lumière. Il est une autre question que je ne veux pas examiner, celle de l'assimilation de la fièvre typhoïde avec l'ancienne variole. Mais, pour en venir au point essentiel de mon argumentation, il y a des chiffres dont M. le rapporteur me semble avoir fait trop bon marché. Sans doute, il vaut mieux peser que compter les observations, mais lorsqu'on peut en même temps les peser et les compter, il n'y a pas de mal, et les chiffres alors prouvent beaucoup. Il y a une question de statistique que je voudrais de tout mon cœur voir élucider. Est-il vrai que, dans le siècle dernier, avant la découverte de la vaccine, il y eût un plus grand nombre d'individus qui arrivaient à l'âge adulte? Est-il vrai que depuis l'introduction de la vaccine une plus grande partie de la population meure en bas-âge, en sorte qu'il y a perte pour la société, qui ne retire pas de ses enfans les services que lui faisait espérer leur maturité future? Ce sont de simples demandes que je fais; c'est une question de chiffres qui vaut la peine d'être discutée. Vous dites, en parlant de certains travaux statistiques : ces chiffres ne signifient rien. Je proteste contre une pareille argumentation. Les chiffres sont vrais ou faux. S'ils sont faux, dites-le franchement et surtout prouvez-le. Mais s'ils sont vrais, acceptez leur signification et ne dites pas qu'ils n'en ont aucune. Les nombres appliqués à des faits vrais, c'est l'observation multipliée par elle-même, et, à ce titre, ils méritent toute considération. Quand même, dans cette bataille de chiffres, la vaccine viendrait à avoir le dessous, partisan déclaré de la vaccine, je ne l'abandonnerais pas pour cela, ni pour moi, ni pour les miens. Mais ce qui me préoccupe, ce que je voudrais voir élucider, c'est la question scientifique et sociale, la question de politique médicale, d'économie sociale des nations que cette discussion soulève. Si j'ai pris la parole, c'est que je me suis senti ébranlé par ces chiffres que l'on dédaigne. Je demande donc à M. le rapporteur de vouloir bien exposer les raisons qui le portent à rejeter le travail statistique dont il s'agit, afin que la question soit tirée au clair et complètement jugée.

M. Velpeau : Je ne sais si M. Malgaigne a eu connaissance du travail statistique de M. Charles Dupin, sur la question en litige; en tout cas, je prendrai la liberté de lui rappeler que ce savant a communiqué, l'année dernière, à l'Académie des sciences, plusieurs mémoires dans lesquels il s'efforce de démontrer, par les chiffres, que, depuis la vaccine, il meurt notablement moins d'enfans. La question semble à M. Dupin parfaitement résolue; et il établit qu'à diverses époques de l'enfance, la mortalité est bien moindre qu'avant l'introduction de la vaccine. Pour moi, ajoute M. Velpeau, je ne crois pas que cela réponde à la question dont il s'agit. En effet, depuis la découverte de la vaccine, partout les progrès de la civilisation ont amélioré, sous tous les rapports, les conditions hygiéniques des peuples; de telle sorte qu'en admettant le fait de la diminution de la mortalité, il faut voir si elle tient à la vaccine ou aux améliorations produites par les progrès de l'hygiène.

M. Roche : M. Velpeau m'a prévenu dans la réponse que je pensais faire à M. Malgaigne. Je voulais dire, en effet, que M. Charles Dupin avait complètement réfuté les travaux statistiques de M. Carnot.

M. Moreau : Une considération qui doit rassurer M. Malgaigne, c'est que, d'après des recherches statistiques récentes, il est établi que la durée moyenne de la vie a augmenté.

M. Bally : C'est à tort que certaines personnes ont pensé que la section médicale du Congrès scientifique d'Arras avait été favorable à l'opinion de M. le docteur Ancelon. Il est vrai que ce médecin a été admis à développer ses idées, au sein de la réunion, mais il a été improuvé à l'unanimité par les membres de la section des sciences médicales.

M. Malgaigne : Je regrette que M. le rapporteur n'ait traité qu'un point de la question, et ait cru devoir négliger la partie relative aux chiffres; M. Roche m'a répondu en s'appuyant sur des travaux statistiques. Mais s'il a tant de confiance dans les travaux de M. Ch. Dupin, pourquoi dédaigner les calculs de M. Ancelon? Il serait à désirer qu'une commission, nommée à l'effet de discuter ces chiffres, vînt nous dire médicalement ce qu'il faut en penser. On saurait alors si la vaccine a réellement pour effet d'empêcher un plus grand nombre d'enfans de mourir jeunes. S'il est vrai que depuis l'introduction de la vaccine, la mortalité est moindre, quoique, au dire de M. Velpeau, cela ne juge pas la question en faveur de la vaccine, du moins celle-ci serait innocentée. En définitive, y a-t-il, depuis la découverte jennerienne, une plus grande partie de la population qui meurt avant d'arriver à l'âge adulte? Voilà le point culminant de la question. Je me préocupe peu, du reste, des billevisées d'après lesquelles certaines personnes donnent la fièvre typhoïde comme une conséquence de l'introduction de la vaccine.

M. Requin : Je n'ai demandé la parole que pour appuyer les conclusions du rapport et motiver mon assentiment. Je ne suis pas, comme M. Malgaigne, édifié sur la question des chiffres et sur l'état de la mortalité aux différens âges; mais le point sur lequel je crois devoir insister est le suivant : M. Ancelon et quelques autres médecins, s'appuyant sur les calculs de M. Carnot, veulent faire renoncer à la vaccine, sous prétexte qu'elle a changé la variole en fièvre typhoïde. Mais il suffit de parcourir les auteurs anciens, qui écrivaient avant l'introduction de la vaccine pour être frappés de l'identité qui existe entre la description tracée par eux, de la fièvre putride, maligne, etc., et notre fièvre typhoïde. Je me fais fort d'apporter ici des extraits d'une foule d'auteurs anciens, qui décrivaient, sous des noms divers, la maladie que nous appelons fièvre typhoïde. D'où il résulte que, puisque cette affection existait bien avant la découverte de la vaccine, il est insensé de croire à la métamorphose de la variole en fièvre typhoïde par la vaccine. Je déclare donc que j'appuie vivement les conclusions du rapport, et je demande qu'un blâme soit infligé à M. Ancelon, pour avoir soutenu et cherché à propager une doctrine aussi fausse et aussi dangereuse que celle dont il s'est institué le défenseur.

Les conclusions du rapport de M. Roche sont mises aux voix et adoptées.

Les savans oubliés.

M. Cap, correspondant de l'Académie, lit sous ce titre une notice dont l'objet est de rappeler les titres de quelques savans méconnus de leur temps, et dont les générations actuelles n'ont pas conservé le souvenir. La plus grande partie de ce travail est consacrée au chimiste Schèele. Ce travail, dont la lecture a constamment captivé l'attention de l'Académie, n'est pas susceptible d'analyse.

Gangrène foudroyante.

M. Maisonneuve lit sur ce sujet un mémoire dont on trouvera un extrait au compte-rendu de la séance de l'Académie des sciences.

(Le travail de M. Maisonneuve est renvoyé à une commission composée de MM. Piorry, Velpeau et Larrey.)

Nous avons reçu une lettre de M. le docteur Oudet et une autre de M. le docteur Hervieux, relatives à l'évolution dentaire. L'abondance des matières nous oblige à en différer la publication jusqu'au prochain numéro.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Mémoire sur la présence du sucre dans les urines et sur la liaison de ce phénomène avec la respiration; par Alvaro Reynoso. — In-8, Paris, 1853. Victor Masson, libraire.

Des tissus contractiles et de la contractilité, thèse de concours, par le docteur Fano. In-8, Paris, 1852. Victor Masson, libraire.

Du diabète sucré, thèse inaugurale; par C. J. Pellarin, docteur en médecine, chirurgien de 1re classe de la marine. In-4°, Paris, 1853.

Etudes hygiéniques sur l'élève des sangsues dans le département de la Gironde; par le docteur Ch. Levieux, secrétaire général du Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Gironde, etc. In-8, Bordeaux, 1853.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Maltestre et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 111. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 17 Septembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............	32 Fr.
6 Mois............	17
3 Mois............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12 A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.

On s'abonne aussi :

Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 16 SEPTEMBRE 1853.

A PROPOS DU CHOLÉRA DE L'ANGLETERRE.

— Docteur, aurons-nous le choléra? — Telle est l'invariable question qui est adressée en ce moment aux médecins. Et les médecins de hocher la tête; réponse normande fort commode, qui ne veut dire ni oui, ni non, ou qui exprime l'une ou l'autre de ces choses, selon l'événement. Il est de fait qu'il serait bien osé celui qui affirmerait l'une ou l'autre de ces choses. L'épidémie actuelle déroute toutes les prévisions, parce qu'elle présente une marche insolite. Insolite! qu'en savons-nous, si ce n'est qu'elle n'a pas parcouru, cette année, le même itinéraire que dans les années précédentes; et qui peut se vanter de connaître les lois en vertu desquelles cette capricieuse maladie marche, s'étend et se propage? Toujours est-il que voilà le choléra en Angleterre, à la pointe nord de l'Ile, en face de Hambourg, par où deux fois déjà il a pénétré dans ce pays; circonstance que ne manquent pas de faire ressortir les partisans de l'importation et de la contagion. Nous ne parlons pas, comme on le voit, du choléra de Londres, parce qu'à Londres personne ne croit à l'existence, dans cette ville, du choléra *asiatique*. Ceux qui savent lire les relevés officiels publiés en Angleterre, et qui ne les lisent pas seulement depuis quelques semaines, savent que tous les ans, à pareille époque, ces relevés indiquent un nombre à peu près semblable de décès par le *choléra* tout court. Ils savent aussi que les personnes chargées de faire ces relevés, ajoutent une grande importance à l'épithète dont ils accompagnent le mot choléra. Ils savent qu'il y a à Londres un comité supérieur de la santé publique, bien connu sous le nom de *general board of health*, qui reçoit du gouvernement les pouvoirs les plus étendus dès l'imminence d'une maladie, et que ce comité n'a encore ni sollicité, ni reçu ces pouvoirs, tant il est convaincu de la non-existence du choléra épidémique à Londres. Ils savent, enfin, que le chiffre des décès imputés à la *diarrhée*, n'est pas plus considérable cette année que les années précédentes, et qu'à vrai dire, cette désignation *diarrhée* n'a pas une grande signification pathologique, car il paraît que les rédacteurs des relevés officiels mettent sur le compte de la diarrhée tous les cas de mort dont cet accident est le dernier symptôme, quelle que soit la maladie.

Tout cela soit dit sans intention de blâme pour qui que ce soit, et dans le seul intérêt de la vérité. On s'est trompé, voilà tout. Le choléra asiatique et épidémique éclaterait demain à Londres, comme il a éclaté à Newcastle, que nos observations n'en seraient pas moins fondées. Est-ce à dire que les journaux de médecine aient tort de publier leurs informations sur le choléra? A qui donc reviendrait cette mission, si ce n'est à ceux qui doivent avertir le public médical de l'état de la santé publique? Les populations n'ont-elles pas un intérêt considérable à ce que les médecins soient à temps avertis des constitutions médicales régnantes ou imminentes? Et pour ce qui concerne le choléra, particulièrement, n'est-il pas vrai que sa présence est presque toujours et partout annoncée par un état particulier des voies digestives, sans danger si les accidens sont opportunément soignés, terribles s'ils passent inaperçus ou négligés? Qu'on laisse donc de côté ces accusations inintelligentes contre la presse médicale, qui ne fait qu'accomplir un devoir impérieux en avertissant les médecins de ce qu'ils ont le plus grand intérêt à connaître.

Du reste, rien ne fait, en ce moment, pressentir, à Paris, l'imminence du choléra épidémique. Paris, depuis un an, est sous l'influence de la constitution typhoïque. Cette influence a eu des intermittences, mais elle n'a jamais complètement cessé. La capitale se trouve en ce moment dans une période de recrudescence; le nombre des fièvres typhoïdes est très sensiblement augmenté, mais heureusement ces fièvres sont fort bénignes. La mortalité est peu considérable. Quant aux dispositions dans le cas d'explosion du choléra-morbus, l'administration s'est occupée déjà, et s'occupe incessamment, de toutes les mesures à prendre en prévision de cette triste éventualité. Le grand hôpital du Nord, presque prêt à recevoir 600 malades dans les conditions normales de la santé publique, pourrait facilement en recevoir 1,200, en cas d'épidémie, tant les salles sont vastes et les lits espacés. C'est un des plus beaux monumens que la charité publique ait élevé à la souffrance. Les commissions d'hygiène d'arrondissement, si heureusement instituées l'année dernière, sont appelées à rendre de grands services en signalant à l'administration les habitations malsaines et les causes d'insalubrité qui peuvent exister dans Paris. Un service médical et de secours s'organise sur une grande échelle, et sera prêt à fonctionner au moment même du besoin.

Mêmes soins, mêmes prévisions, même sollicitude pour les départemens. C'est pour les épidémies aussi et surtout qu'il faut dire : *Si vis pacem, para bellum.* Loin de s'effrayer des précautions que l'administration va prendre, les populations doivent y trouver, au contraire, des motifs de sécurité. C'est dans ces circonstances que l'institution des Conseils d'hygiène des départemens et des arrondissemens, fera sentir toute son importance. L'administration y trouvera, prêt à fonctionner, un personnel intelligent et éclairé dont il serait très malheureux de laisser s'allanguir le zèle et le dévoûment. Il faut, au contraire, encourager par tous les moyens possibles cette institution précieuse qui n'a pas donné tous ses fruits, faute d'alimens et de culture. Nous osons recommander à l'administration deux mesures excellentes pour arriver à ce résultat : un peu d'argent pour ces pauvres Conseils d'hygiène, à qui les Conseils des départemens, en immense majorité, ont refusé jusqu'aux dépenses de plumitif et de registres, une indemnité honorable pour le secrétaire de ces Conseils, qui doit en être l'âme et l'intelligence active; enfin, une hiérarchisation de ces Conseils, la centralisation de leurs travaux vers le Comité supérieur de Paris, avec lequel des rapports devraient être établis par l'intermédiaire de l'administration.

Une grande tâche incombe aux Conseils d'hygiène en particulier, à tous les médecins en général, c'est celle de s'opposer, par tous les moyens possibles, à la propagation parmi les populations des idées sur la contagion du choléra. Nous avons toujours profondément regretté que, sur la foi de recherches incomplètes, incohérentes, contradictoires, qu'en l'absence de documens scientifiques relevés sur une grande échelle et sur un plan arrêté et discuté d'avance, les médecins se soient presque divisés d'opinion sur la contagion du choléra. Nous ne faisons crime à personne de ses convictions, parce que nous croyons toutes les convictions sincères. Mais il nous est permis de nous préoccuper de l'influence probable des idées médicales de la contagion sur les masses. Une triste expérience a appris, en maintes localités et dans différentes épidémies, ce qu'il fallait attendre d'une population en proie à la terreur; il nous est permis de rappeler l'abandon des malades, les morts laissés sans sépulture, et l'anéantissement complet de tous les sentimens de la famille et de la pitié publique; et lorsque, en présence, de ces souvenirs, l'homme sérieux, l'homme de science descend dans l'examen des faits, que scrupuleusement il les analyse et les compare, et qu'il n'y trouve que confusion et contradiction; lorsque surtout des faits négatifs innombrables et décisifs se dressent dans son esprit comme des témoins irrécusables d'une contagion absente, il nous est permis encore de rappeler nos confrères à la prudence, à la réserve, tout au moins à un doute sage et philosophique.

Des faits décisifs! Nous n'en citerons que deux, parce qu'ils sont de nature à frapper tout esprit calme et non prévenu. La Suède, dès l'apparition du choléra en Russie et en Danemarck, a fermé ses frontières; des quarantaines d'une rigueur inouïe dans les fastes du système contagioniste, ont été édictées; vains efforts! précautions vaines! le choléra ravage en ce moment Stockholm et s'étend dans les provinces. Par contre, y a-t-il au monde deux villes où les contacts, les relations soient plus fréquens et plus incessans que Paris et Versailles? Eh bien! deux fois, en 1832 et 1849, le choléra ravage Paris, et Versailles reste indemne du fléau asiatique, des malades de Paris vont mourir à Versailles, et la maladie ne s'y propage pas!....

L'histoire du choléra-morbus est remplie de faits semblables.

Médecins, quelles que soient au fond de nos esprits nos convictions et nos idées, chassons d'abord du sein de nos populations la peur, la peur hideuse et démoralisante, la peur qui rend cruel, qui affaiblit et énerve, et qui prépare au fléau une proie plus abondante et plus facile.

Amédée LATOUR.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

EXAMEN DE L'APHORISME : NATURAM MORBORUM OSTENDUNT CURATIONES;

Par M. le professeur FORGET, de Strasbourg.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 13 Septembre.)

Voyons donc si, en interprétant autrement la maladie et l'action des remèdes, nous ne pourrions pas ramener un peu d'accord entre l'observation et le raisonnement et, sinon réhabiliter notre aphorisme, au moins trouver la raison de son insuffisance.

Si, par exemple, au mot *morborum* nous pouvions substituer une expression qui traduisît plus fidèlement l'idée complexe et versatile de maladie, soit le mot *elementorum*, il me semble que le problème commencerait à s'éclaircir. Car, dès l'abord, nous arriverons à comprendre : 1° Comment une même maladie peut guérir par des remèdes différens; 2° comment diverses maladies peuvent guérir par le même remède. En effet : 1° les élémens constitutifs de la maladie pouvant être combinés de diverses manières, il en résulte que divers traitemens peuvent lui être appliqués, et les faits prouvent qu'en attaquant une maladie par l'un ou l'autre de ses élémens, c'est-à-dire par des moyens très différens quelquefois, on arrive souvent à détruire le mal tout entier; 2° un même élément pouvant entrer comme principe constituant dans plusieurs maladies, il en résulte que le même traitement leur est applicable, et les faits prouvent qu'en attaquant plusieurs affections par l'élément qui leur est commun, c'est-à-dire par le même remède, on arrive souvent à conjurer toutes ces maladies. Donnons quelques exemples justificatifs de ces théorèmes.

Le rhumatisme articulaire dont on veut faire une maladie spécifique, invariable, est, néanmoins, constitué manifestement par plusieurs élémens qui sont *l'inflammation*, qui résulte elle-même des élémens *rougeur, tumeur, chaleur* et *douleur*, avec *fièvre, hyperfibrination* du sang, etc. Auxquels même nous ajouterons, si vous le voulez, les élémens étiologiques *suppression de la sueur, vice rhumatismal*, etc., eh bien! et ceci ressort de l'observation journalière, le rhumatisme peut être guéri par une foule de moyens divers qu'il est permis de considérer comme s'adressant à ces divers élémens : la saignée, les délayans, la diète, s'adressent à la fois à l'inflammation, à la fièvre, à l'hyperfibrination du sang; l'opium, l'aconit, la quinine elle-même, paraissent agir spécialement sur l'élément douleur; le nitrate de potasse, les lotions froides, semblent dirigées plus spécialement contre la chaleur. La position déclive, la compression s'adressent évidemment à la congestion ou à la tumeur. Toute la série des révulsifs internes et externes, purgatifs, vésicatoires, etc., agissent indirectement sur l'inflammation, en la déplaçant; les sudorifiques, la poudre de Dower, les ammoniacaux, ont pour but d'obvier à l'élément suppression de la sueur, le colchique passe pour agir sur l'élément spécifique ou le vice rhumatismal, etc. On pourra contester le mode d'action que nous attribuons à ces divers moyens; mais on conviendra que cette interprétation est la seule qui satisfasse l'esprit et qui puisse justifier la multiplicité des médications anti-rhumatismales.

Une semblable analyse pourrait être appliquée à toutes les autres maladies, notamment à la fièvre typhoïde, cette pomme de discorde que la doctrine des élémens peut seule faire disparaître en la partageant entre les doctrines belligérantes.

Voilà pour les maladies du même nom que peuvent guérir des remèdes différens; voyons maintenant ce qui arrive pour les maladies variées qui peuvent guérir par un seul remède.

Il est une foule d'affections où dominent comme élémens communs, la douleur et le spasme; eh bien! il est un médicament merveilleusement adapté à ces deux élémens, surtout au premier, c'est l'opium. Il en résulte que l'opium est en puissance de guérir une foule d'affections nerveuses : céphalalgie, délire, gastralgie, entéralgie, tétanos, chorée, névralgies et névroses de toutes sortes. Voilà son domaine spécial; mais, en outre, nous verrons l'opium faire merveille dans quan-

tités d'affections réputées inflammatoires : ophthalmie, bronchite, péritonite, méningite, etc., et même dans certaines affections réputées spécifiques : dyssenterie, rhumatisme, colique saturnine, etc. Veuillez me dire si de pareils faits peuvent être interprétés autrement que par la doctrine des élémens?

Certes! cela ne veut pas dire qu'une maladie quelconque soit attaquable indifféremment par tous ses élémens, et qu'un même remède doive guérir toutes les maladies où se rencontre l'élément corrélatif. Il restera toujours à déterminer le côté ou l'élément par lequel il sera le plus avantageux d'aborder une maladie donnée, à rechercher l'élément dominateur de ses congénères, et à se conformer à cette belle maxime de Gaubius : « N'opposez pas des remèdes à tous les symptômes, » mais bien aux symptômes urgens dont l'amendement fera » cesser les autres. » C'est là précisément ce qui constitue le tact médical et le praticien habile. Loin de pousser à l'empirisme, notre but, au contraire, est de glorifier la science en interprétant ses procédés.

Le mal que vous avez guéri par tel moyen, aurait peut-être guéri tout aussi bien par tel autre moyen ; de même que l'agent qui vous réussit aujourd'hui, pourra très bien échouer demain, dans des cas semblables en apparence. Or, comment se fait-il que divers moyens puissent réussir dans le même cas? C'est que, probablement, les élémens s'y trouvent dans un rapport tel qu'il soit indifférent de s'attaquer à l'un ou à l'autre. Ceci n'est point une subtilité : il est une foule de cas où le praticien demeure incertain sur le choix des moyens qui, tous, offrent les mêmes chances; et il est démontré que tous, alors, peuvent arriver et arrivent au même but. Comment se fait-il maintenant que telle affection guérit aujourd'hui par un moyen auquel elle s'est précédemment montrée rebelle, et réciproquement? C'est que les élémens ont varié dans leurs rapports, leur nombre, leur combinaison, etc. Cette variation n'est pas toujours appréciable, il est vrai; alors nous invoquons l'idiosyncrasie, la constitution médicale, mots vides de sens précis, et qui sont l'expression de notre ignorance. C'est ce qui fait que notre science est toujours plus ou moins conjecturale, que la pratique se compose trop souvent de tâtonnemens plus ou moins habiles, et qu'enfin l'art de guérir n'est autre chose que l'art de déduire des probabilités.

Le grand problème thérapeutique peut donc être formulé dans cet axiome : « Attaquer la maladie par celui ou ceux de » ses élémens qui présentent le plus de chances de succès. »

Le choix est parfois difficile et hasardeux, car il peut arriver qu'en attaquant certains élémens vous courriez le risque d'en exaspérer quelques autres ou même d'aggraver l'ensemble de la maladie; aussi devons-nous formuler l'axiome suivant en regard du précédent : « Attaquer les élémens morbides par des » moyens qui ne soient pas de nature à exaspérer les élémens » conjoints. » Ce qui revient au précepte : *Primò non nocere.*

Nous venons de voir comment doit être rectifiée l'idée de la maladie dans le but de justifier notre aphorisme : il s'agit de substituer l'idée d'élémens à celle de maladie. Quant à la façon d'interpréter le mode d'action des médicamens, il sera plus difficile de trouver un tempérament, car nous nous rencontrons en face d'une incompatibilité flagrante. On juge de la nature des maladies, avons-nous dit, conformément à l'aphorisme *Contraria contrariis curantur*, et pourtant l'aphorisme rival *Similia similibus curantur* a pris droit de possession dans la pratique, et, partant, dans la science. Hippocrate, Fernel et autres l'avaient intronisé bien longtemps avant Hanemann (1); vainement la doctrine dite physiologique a voulu le renverser, elle-même y sacrifie dans une foule de cas, ne serait-ce qu'en appliquant le principe de la révulsion. Cet aphorisme est la pierre angulaire du contrà-stimulisme et de l'homœopathie, laquelle eût trouvé moins d'opposition si elle n'eût voulu se singulariser en exaltant ses doses infinitésimales.

En fait, l'aphorisme *Naturam morborum ostendunt curationes* n'a plus de signification, du moment où la maladie peut être conjurée par les semblables aussi bien que par les contraires.... à moins qu'on ne parvienne à s'entendre sur les cas où une maladie sortant de la voie commune rentre sous l'empire du principe nouveau. Or, nous sommes loin encore d'avoir atteint ce beau idéal de la paix universelle, et les princes de la science, ainsi qu'on les appelle, contestent encore chaque jour la nature phlegmasique d'une maladie, du moment où l'on peut la conjurer par les stimulans, où même du moment où elle se montre réfractaire à la méthode antiphlogistique. Antiphlogistique! autre mot malheureux d'où surgit la non moins malheureuse idée que toute inflammation doit guérir par cette méthode, et que cette méthode seule peut guérir l'inflammation! Étrange préoccupation qui fascine les yeux de l'esprit, au point de lui faire oublier les faits d'observation les plus vulgaires!

Ne sont-ce pas des faits vulgaires, en effet, que ceux sur lesquels reposent des méthodes acceptées et appliquées par tous les praticiens : telles sont la dérivation, la révulsion, la perturbation, la substitution, lesquelles ne sont autre chose que l'application de l'aphorisme *Simila similibus*, c'est-à-dire de la stimulation opposée à la stimulation, soit qu'on l'exerce plus ou moins loin du mal dans le but de le déplacer, soit qu'on la porte au sein même de la maladie dans le but de la dénaturer.

Eh bien! le nouveau point de vue du traitement par les semblables est moins hostile au rationalisme qu'on ne pourrait le croire et qu'on ne le prétend chaque jour. Ce jeu de *quitte ou double* ainsi qu'on l'appelle, comporte encore certaines règles qui atténuent singulièrement ses dangers, entre les mains des praticiens non dépourvus de prudence et de lumières; et ces règles émanent encore de la doctrine des élémens. La première de ces règles, ou plutôt celle qui les résume toutes, se trouve exactement formulée dans l'aphorisme hippocratique : « *De duobus doloribus simul abortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum.* » Telle est en effet la loi capitale de la substitution : c'est que la stimulation curative l'emporte sur la stimulation morbide, sous peine de tourner au profit de celle-ci. Tel est le principe qui régit l'application des grands vésicatoires dans le traitement de la pleurésie, de l'arthrite, de la sciatique, etc.; des cautères multiples et profonds dans le traitement de la tuberculisation, de la paralysie, de la carie vertébrale, etc. Seulement Hippocrate ne fait allusion qu'à la stimulation dérivative et révulsive, tandis qu'aujourd'hui nous appliquons le même principe à la stimulation appliquée *in eodem loco*, c'est-à-dire à ce que nous appelons la méthode perturbatrice ou substitutive proprement dite. Ici encore, il faut que la stimulation accidentée soit assez puissante pour dominer la stimulation morbide ou spontanée, pour la *troubler*, pour se *substituer* à elle et dénaturer ainsi la lésion primitive.

C'est ce que nous faisons quand nous appliquons un vésicatoire sur un érysipèle ; c'est ce qu'A. Paré fit pour la pauvre femme qui portait une dartre hideuse au visage. C'est peut-être ce que nous faisons lorsque nous administrons le tartre stibié dans la pneumonie, les mercuriaux dans une foule d'affections franches ou réputées spécifiques, etc.

La substitution ne serait-elle pas tout le secret des contrà-stimulans, des hyposthénisans, voire même de l'homœopathie?...

On voit qu'il s'agit encore ici d'une appréciation d'élémens; mais il en est d'autres que le degré de stimulation lui-même à prendre en considération. Tels sont les élémens réaction fébrile, force et tempérament du sujet, période ou acuité de la maladie, choix de l'agent substitutif, etc.

Eh bien! alors qu'une maladie existant avec les conditions que nous avons posées, c'est-à-dire comportant rationnellement l'emploi des substitutifs, aura cédé à l'empire des stimulans, aurez-vous le droit de nier sa nature inflammatoire et d'invoquer le *naturam morborum ostendunt curationes*?

Il ressort de tout cela 1° que le résultat du traitement laisse intact le problème de la pathogénie ou de la nature morbide; 2° que la nature supposée du mal n'implique pas de nécessité tel ou tel traitement; 3° que ces prémisses constituent de simples présomptions, des indices *à priori*, et nullement des preuves absolues.

Ainsi, lorsqu'un auteur a démontré, par exemple, que l'état typhoïde a souvent pour *substratum*, pour support une entérite folliculeuse, cela ne prouve pas que la saignée soit le seul remède ni même le meilleur des remèdes contre l'état typhoïde, ainsi que peuvent le supposer des hommes superficiels, ou ces critiques évaporés qui jugent l'œuvre sur le titre, et qui, du nom de la maladie, déduisent la pratique de l'auteur. Quel est pourtant le praticien un peu rassis, qui, par instinct, ne tienne compte, au moins par exception, de la prédominance que peuvent affecter certains élémens, surtout dans l'affection typhoïde, si variable dans ses manifestations, selon les formes, les degrés, les périodes, les complications, etc.

Que si, laissant de côté l'aphorisme menteur que nous combattons, on voulait bien s'entendre sur la constitution élémentaire ou la complexité des maladies, m'est avis que nous pourrions espérer voir se calmer cette ardeur belligérante qui anime les partis, et de leur faire accepter cette sentence de Leibnitz, à savoir que « toute école renferme une part de vérité. »

Que Broussais, par exemple, ait exagéré le rôle de l'inflammation, cela ne peut lui ravir complètement l'honneur d'avoir fait ressortir la réalité de cet élément dans une foule de cas où elle était méconnue; de ce qu'il a fait abus de la gastrite, il est absurde de conclure que la gastrite n'existe pas; de ce qu'on a démontré que les saignées ne sont pas l'unique ou même le meilleur moyen de résoudre certaines inflammations, cela ne prouve nullement que l'inflammation et l'irritation qui en est le principe soient des élémens imaginaires, et qu'elles doivent être rayées de la pathologie.

Tout hostiles et diamétralement opposés que paraissent être les deux aphorismes *contraria contrariis* et *similia similibus curantur*, il n'en est pas moins vrai qu'ils ne s'excluent nullement, et trouvent tous deux leur application, chacun à son heure.

Je m'abuse peut-être, mais il me semble qu'un tel moyen de conciliation faciliterait singulièrement les relations de la théorie et de la pratique. Cette doctrine des élémens m'apparaît ainsi comme devant réhabiliter notre science à laquelle certains pessimistes refusent même ce nom, désespérant de pouvoir jamais la concilier avec l'expérience; comme certains misanthropes nient la Providence comme incompatible avec les imperfections et les misères de l'humanité.

Quoi qu'il en soit de ces rêves d'avenir qu'à personne de nous, sans doute, il n'est donné de voir se réaliser, il me suffit, pour aujourd'hui, d'avoir démasqué aux yeux de votre esprit un de ces insidieux préjugés qui, sous la forme de principes rigoureux, perpétuent les obscurités et les erreurs de la science. Indépendamment de ce que la vérité est toujours bonne à connaître, nous y aurons gagné des allures plus libres; car, désormais, nous ne serons plus dominés dans la déduction de nos procédés curatifs par la tyrannie des systèmes pathogéniques : nous accueillerons ces derniers lorsque leur légitimité nous sera démontrée, comme des présomptions et des raisons d'agir, mais non plus comme des guides inflexibles. Souvenez-vous bien, et c'est là mon dernier mot, qu'il n'y a que des faits rationnels dans l'ordre de la nature, et qu'il n'y a que les esprits étroits qui mettent en opposition la théorie et la pratique, lesquelles se supposent mutuellement et s'impliquent nécessairement.

(1) « Vomitus vomitu curatur. » (Hippocrate, *Aphor.*)

— « Morbus omnis contrariis profligandus... arbitrantur plerique morbus quosdam remediis depelli *similibus.* » (Fernel, *Thérap.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE.

COUP D'OEIL SUR LE SERVICE DE M. ROUX PENDANT LE PREMIER SEMESTRE DE L'ANNÉE 1853.

Comme tous les grands services de chirurgie, celui de M. Roux a présenté des sujets d'observation bien variés pendant cet espace de temps; mon intention n'est pas de les embrasser tous; mais seulement de grouper sous quelques titres les affections qui, par leur nature même ou par l'importance du traitement chirurgical qu'elles ont réclamé, offrent le plus d'intérêt.

1° HERNIES.

Huit malades, présentant les symptômes par lesquels on caractérise habituellement l'étranglement des hernies, ont été admis dans le service; chez un seul on a été assez heureux pour pouvoir réduire les parties déplacées sans kélotomie, les sept autres ont subi cette opération, qui a été suivie de succès pour cinq malades. Des deux qui ont succombé, l'un avait en même temps qu'une entérocèle inguinale, une cystocèle, qui ne fut reconnue que pendant l'opération; l'autre était entré à l'Hôtel-Dieu au septième jour de l'étranglement d'une hernie crurale entéro-épiploïque; l'opération fit voir l'intestin gangréné et perforé : le malade succomba quatorze heures après.

Les cinq malades qui ont guéri s'étaient présentés à l'hôpital peu de temps après la manifestation de l'étranglement, et M. Roux, persuadé que l'on ne doit apporter aucun retard à l'opération lorsque l'étranglement est confirmé, la leur avait pratiquée peu d'heures après leur entrée; le succès qui couronna cette conduite, justifie le conseil donné par la plupart des chirurgiens, d'opérer aussitôt qu'on a perdu l'espoir de réduire par un taxis d'une durée raisonnable, et auquel on a joint quelques-uns des adjuvans usités.

Presque toutes les opérations ont été accompagnées de circonstances particulières, l'une d'elles même est tellement rare, que la vaste et longue expérience de M. Roux ne lui en avait pas encore fourni d'exemple; il s'agit d'une entéro-cystocèle, dont voici l'histoire abrégée :

Fouquet (Jean), charron, fortement musclé et chargé d'embonpoint, portait, depuis l'âge de 21 ans, un bandage pour une hernie inguinale droite qui avait paru dix ans plus tôt. Le 11 janvier 1853, la hernie sort malgré le bandage et le taxis; des bains, des sangsues ne peuvent la faire rentrer; trois jours après, le malade entra à l'Hôtel-Dieu. La hernie a le volume d'une grosse tête de fœtus à terme, à son côté externe la percussion dénote de la sonorité, mais à son côté interne est une masse mollasse, mate, se laissant déprimer, mais non réduire. Le malade n'a pas uriné depuis que sa hernie est sortie; dans ses efforts il a rendu seulement quelques gouttes d'un liquide rouge par le canal de l'urètre. Depuis sept ou huit ans, il a remarqué qu'en soulevant le scrotum il urine plus facilement, mais il peut très bien uriner sans cela; son urine est toujours limpide; il a tous les symptômes classiques de l'étranglement.

Le lendemain M. Roux pratique la kélotomie, tout se passe comme dans la majorité des cas pour l'incision du sac, le débridement de l'anneau et la réduction d'une anse d'intestin hypérémiée; mais après cette réduction il reste encore au côté interne du sac une masse molle, aplatie d'avant en arrière, irrégulièrement piriforme, non recouverte de péritoine et contenant, à son centre, un noyau dur du volume d'une grosse noix; le testicule situé en dedans et en bas de cette masse en est parfaitement séparé, des adhérences solides unissent la tumeur aux enveloppes du cordon spermatique, dans l'étendue de 3 à 4 centimètres.

M. Roux, après avoir fait de longs et vains efforts pour les vaincre, et reconnu l'opacité de la tumeur, la considère comme de l'épiploon dégénéré, et se détermine à l'exciser, mais il procède prudemment, couche par couche, en dédolant; un liquide jaillit tout à coup sous le bistouri, c'était de l'urine, il s'en écoula un verre environ. La petite ouverture fut fermée par une ligature, et une sonde fut placée à demeure dans l'urètre. Le malade vécut encore 24 heures.

Autopsie. — La vessie herniée est dépourvue de péritoine à sa partie antérieure, ainsi que sur les bords latéraux et sur la plus grande partie de sa face postérieure; la séreuse ne devient

apparente qu'au voisinage de l'anneau inguinal inférieur; là elle revêt circulairement la vessie et descend de 1 centimètre plus bas à la face postérieure qu'à l'antérieure.

Au côté externe de la vessie et un peu en haut, sont les débris du sac qui contenait l'intestin; ce sac isolait complètement l'intestin de la vessie.

La vessie a des parois épaisses, ce qui ne tient pas à l'hypertrophie de la tunique musculaire, mais à une couche de tissu cellulo-adipeux qui enveloppe cette tunique; en plusieurs endroits, la graisse forme des pelotons, l'un d'eux rend raison de la petite tumeur dure qu'on avait remarquée pendant l'opération; la muqueuse vésicale n'est pas altérée. La portion de l'organe qui est restée dans le bassin contiendrait à peine un petit œuf de poule; elle est tapissée par le péritoine sur presque toute sa surface; le col de la vessie répond à la face postérieure du corps du pubis droit, et la prostate est appliquée sur la symphyse des pubis, qu'elle croise obliquement de haut en bas et de droite à gauche.

L'anneau inguinal est extrêmement dilaté. En décollant le péritoine du grand droit de l'abdomen, en voit les vaisseaux épigastriques passer d'abord au côté interne de la vessie herniée, puis à sa partie inférieure; de sorte que ces vaisseaux embrassent dans une anse l'espèce de cylindre que la vessie forme en ce point.

Un second malade, Simon Robinet, 75 ans, atteint d'une hernie inguinale gauche, mal contenue depuis huit ans par un mauvais bandage, fit voir une disposition de l'épiploon, bien connue dans la science, surtout depuis le travail de M. Prescott Hewett, mais qui ne laisse pas que de jeter du trouble dans l'esprit du chirurgien, ou tout au moins d'embarrasser beaucoup la marche de l'opération; voici le fait: après avoir ouvert un sac qui ne contenait pas de sérosité, M. Roux rencontra une masse ronde du volume d'une grosse noix, lisse et sillonnée par des veines presque vides de sang; les symptômes avaient fait croire à l'étranglement de l'intestin; l'opérateur incise cette surface lisse; elle recouvrait une masse graisseuse, qui est attaquée elle-même avec beaucoup de précaution et une sage lenteur. Enfin, au centre de cette masse, paraît une petite anse d'intestin enveloppée de toutes parts par une lame séreuse qui lui est très adhérente, et qu'on a beaucoup de peine à décoller; le débridement fut pratiqué en haut et en dehors, l'intestin était sain et fut réduit. On voit, par ces détails, qu'il y avait là, en réalité, deux sacs et deux hernies, l'entérocèle étant incluse dans l'épiplocèle, on a dû, par conséquent, inciser trois fois le péritoine avant d'arriver sur l'intestin; l'épiploon fut laissé dans la plaie; quelques jours après, une petite portion se mortifia; le reste se couvrit de beaux bourgeons, et contracta de solides adhérences avec la peau.

Dans un troisième cas, les parties de plaies présentaient une forme qui ne leur est pas habituelle, et qu'elles devaient aux rapports qu'elles étaient allées contracter hors de l'abdomen.

Joséphine Jeanpierre, 49 ans, porte immédiatement *au-dessus* de la partie moyenne du pli de l'aine droite, une tumeur dure du volume d'un œuf de poule, et fournissant de la matité; *au-dessous* du pli de l'aine, on sent une autre tumeur qui ne fait pas de saillie apparente; elle est située au-devant de l'artère fémorale, et soulevée par ses battemens; son grand diamètre est vertical, et descend à 3 centimètres au-dessous du pli de l'aine; elle a la forme d'un cône, dont la base paraît se continuer avec la tumeur supérieure. La percussion y dénote une sonorité équivoque. Cette hernie n'avait jamais été contenue.

M. Roux fait une incision verticale, et rencontre bientôt une bride transversale épaisse qui séparait la saillie supérieure de l'inférieure; il la coupe, et arrive sur le sac, dont le pédicule paraît situé à 3 centimètres au-dessous du pli de l'aine; le sac, fendu, contient peu de sérosité; il est très épais; une masse épiploïque, large de trois travers de doigts, et haute de deux, se présente d'abord; en arrière et au-dessous d'elle, est une très petite anse d'intestin qu'elle coiffait incomplètement; débridement en dedans, comprenant le sac et l'orifice qui lui livraient passage; puis, réduction successive de l'intestin et de l'épiploon; l'intestin portait au niveau de la bride la marque d'une constriction énergique, mais sans ulcération.

Cette description permet de croire que la tumeur, sortie de l'abdomen par le canal crural, avait passé à travers le fascia cribriformis, puis était remontée sous la peau de l'abdomen, mais avait rencontré au pli de l'aine une bride qui l'avait étranglée.

La disposition précédente a encore été remarquée, il y a quelques semaines seulement, sur une femme dont voici l'histoire en peu de mots: Agathe Potevin, 58 ans, porte un mauvais bandage herniaire; prise des accidens de l'étranglement, elle entre à l'Hôtel-Dieu le 1er août, avec une tumeur du volume d'un très petit œuf de poule, située au-dessous du pli de l'aine droite, en dedans de l'artère fémorale. Le lendemain, M. Roux essaie de la réduire; il sent son volume diminuer, et les assistans entendent des gargouillemens; néanmoins, la réduction complète est impossible, les accidens persistent; et le surlendemain, M. Roux pratique l'opération. Incision longue de 7 centimètres, perpendiculaire au pli de l'aine; on écarte la veine sous-cutanée abdominale; et, après avoir incisé lentement un tissu graisseux gorgé de sang, et épais de 6 millimètres, on rencontre une tumeur lisse ayant la forme et le volume d'un cœur de lapin; M. Roux en incise une légère couche, et décolle une première enveloppe; puis, dirigeant ses recherches au côté interne de cette tumeur, il en trouve une seconde du volume d'un œuf de pigeon, lisse aussi, et séparée de la première par une bride très forte; passant alors une sonde cannelée, courbée sous cette bride, M. Roux la coupe, et on voit immédiatement au-dessous un étranglement circulaire; point de communication entre les deux tumeurs. Reprenant alors la première portion, on dédole encore, et on arrive sur une seconde surface séreuse; on est bien dans le sac; il en sort une petite quantité d'un liquide cendré, poisseux, à odeur gangréneuse; le sac fendu, un débridement en dedans permet de bien examiner la tumeur; elle est formée par une anse d'intestin brune, sans rénitence, présentant une perforation assez large, et limitée par deux étranglemens extrêmement serrés.

M. Roux fend l'intestin, il ne fournit pas de sang, sa muqueuse est brune, deux fils sont passés dans le mésentère, aux points correspondans à chaque bout de l'intestin, et on enlève l'anse herniée en liant successivement cinq vaisseaux du mésentère. L'examen de ce bout d'intestin fit voir qu'à ses deux extrémités la constriction avait coupé les tuniques muqueuse et musculaire, en respectant seulement la séreuse. La malade mourut trois jours après.

Un autre malade, Annet, 66 ans, atteint de hernie inguinale gauche, et portant depuis vingt ans un bandage qui la contenait mal, a offert trois circonstances notables pendant l'opération; l'incision d'une poche pleine de sérosité citrine, située immédiatement au-dessous du sac, et au fond de laquelle se voyaient distinctement le cordon et le testicule qu'on a pu faire sortir par l'ouverture de cette hydrocèle; puis un *claquement* bien marqué produit par la section du pilier externe de l'anneau inguinal; en troisième lieu, les difficultés de la réduction, la hernie était formée par une anse d'intestin grêle, longue de 25 centimètres et accompagnée de son mésentère; pour examiner les deux bouts d'intestin, M. Roux les tira hors du ventre, il y en eut ainsi 40 cent., mais quand il fallut les réduire, les contractions des muscles abdominaux firent obstacle; il fallut anesthésier de nouveau le malade, et encore la réduction ne put-elle s'opérer qu'après des manœuvres très méthodiques et longtemps continuées.

Enfin, le dernier malade opéré pendant ce semestre est un Allemand nommé Metke, âgé de 60 ans et atteint de hernie depuis trente-trois ans; il n'a jamais porté de bandage; quand il fait rentrer sa hernie il reste toujours une petite tumeur irréductible *attachée au nerf*, dit le malade, c'est-à-dire au ligament de Fallope; sa hernie, étranglée depuis *sept jours* au moins, est située un peu au-dessus de ce ligament, et son grand diamètre est parallèle au pli de l'aine, de telle sorte, qu'au premier abord, elle a été prise pour une hernie inguinale. L'opération a donné la raison de cette erreur, en faisant voir le ligament de Fallope refoulé fortement en haut par une hernie crurale, dont le sac lui est très adhérent, et formant ainsi un arc de cercle à concavité dirigée en bas.

L'intestin fut trouvé gangrené et très fortement adhérent au sac, qui lui-même paraissait solidement uni au pourtour de l'anneau crural. M. Roux établit un anus contre nature; le malade mourut avant vingt-quatre heures, et l'autopsie fit voir que l'intestin était *seulement pincé dans un tiers* de sa circonférence.

Il est probable que le renversement de la hernie sur le ligament de Poupart était dû, dans ce cas, à la position que la profession du malade l'obligeait habituellement de garder: il était tailleur d'habits.

Depuis 1814, que M. Roux a connu en Angleterre les recherches de Gimbernat, il pratique toujours le débridement, dans les hernies crurales, sur le ligament qui porte le nom de ce chirurgien; il rase la branche horizontale du pubis, et jamais encore il n'a eu à déplorer d'accidens dépendant de cette manière d'opérer; une seule fois il a été témoin d'une hémorrhagie dans une opération pratiquée par Boyer pour un cas obscur, et dans lequel il y eut méprise sur le siége de la hernie.

Pour la hernie inguinale, M. Roux débride en haut et en dehors, à moins que la rencontre des élémens du cordon spermatique, dans le premier temps de l'opération, ne vienne lui faire connaître qu'il a affaire à une hernie oblique interne ou directe, auquel cas il débride en dedans.

Il lui paraît très difficile d'établir avec précision les relations de fréquence de l'étranglement par l'anneau ou par le collet du sac, surtout pour les hernies crurales, où l'on agit moins à ciel ouvert: « Souvent, dit-il, je ne pourrais affirmer que la constriction a été due à tel agent plutôt qu'à tel autre; pour éclairer cette question, il faudrait dilater l'anneau sans ouvrir le sac; jamais encore je n'ai osé laisser le sac dans son intégrité dans quelque hernie que ce fût, et je n'aurais pas de paroles assez fortes pour m'élever contre l'emploi de ce procédé, dans le seul but de constater la cause de l'étranglement. »

DUCHAUSSOY,
Interne des hôpitaux.

(*La suite à un prochain n°.*)

THÉRAPEUTIQUE.

TRAITEMENT ANTIGONORRHÉIQUE.

Après avoir essayé sur plus de deux mille malades atteints de cette affection tous les moyens préconisés par les praticiens, M. Bonnafont, médecin principal à l'hôpital du Gros-Caillou, s'est arrêté à la médication suivante, qui depuis plus d'un an ne cesse de lui donner les meilleurs résultats:

1° Calmer l'irritation urétrale par des bains, un régime approprié, et surtout par des boissons délayantes et nitrées prises en quantité (deux litres par jour). Quand l'émission des urines n'est plus douloureuse, faire prendre matin et soir 30 grammes de poivre de cubèbe délayé dans 90 grammes d'un liquide quelconque. L'eau simple est celui que les malades préfèrent. Cette préparation a l'avantage de ne jamais provoquer ou que très rarement, des dérangemens du tube digestif, et jamais d'éruption à la peau, comme le copahu, qu'il a banni de sa pratique à l'hôpital. Comme le cubèbe laisse dans la bouche un goût désagréable, il faut avoir soin de la rincer avec un peu d'eau simple ou légèrement acidulée (1).

En même temps qu'on administre le cubèbe, il faut employer les injections urétrales suivantes:

N° 1.	Eau distillée........	250 grammes.
	Sulfate d'alumine.....	6 grammes.
	Mêlez.	
N° 2.	Sulfate d'alumine......	8 grammes.
N° 3.	Sulfate d'alumine......	12 grammes.
N° 4.	Sulfate d'alumine......	16 grammes.

Dans la même quantité d'eau.

On injecte pendant trois jours la première préparation, puis pendant le même laps de temps la deuxième, puis la troisième, et enfin la quatrième, que l'on continue jusqu'à guérison, en supposant que l'écoulement n'ait pas déjà cédé. Douze jours suffisent le plus ordinairement pour guérir les gonorrhées les plus rebelles.

Une condition essentielle pour l'efficacité de ce traitement, consiste à attendre que l'inflammation urétrale ait disparu ou qu'elle soit dans son déclin.

PILULES ANTISYPHILITIQUES.

R. Deuto-chlorure de mercure..	7 décigrammes.
Iodure de potassium......	21 décigrammes.
Extrait de réglisse.......	9 grammes.
Extrait d'opium........	8 décigrammes.

Mêlez et f. s. a. soixante-quinze pilules égales.

M. Bonnafont emploie depuis plusieurs années ces pilules contre la syphilis à tous les degrés, et les résultats avantageux qu'il en a retirés et qu'il en obtient tous les jours, l'ont engagé à en faire connaître la composition.

Voici comment ce praticien emploie ce traitement:

Le malade, soumis à l'usage d'une tisane sudorifique, prend, matin et soir, une cuillerée de sirop de salsepareille. Pendant les premiers cinq jours, on ajoute tous les matins une pilule dans la cuillerée de sirop. Du sixième au dixième jour, on en prend une matin et soir; du onzième au quinzième, deux le matin et une le soir; du seizième au vingtième, deux matin et soir; du vingt-et-unième au vingt-cinquième, trois le matin et deux le soir. M. Bonnafont ne dépasse jamais le nombre de cinq pilules par jour; seulement et afin de rendre la guérison plus certaine, il donne cinq pilules pendant dix ou quinze jours, pour les accidens primitifs; pendant quinze, vingt et vingt-cinq jours pour les accidens secondaires, et un mois et plus pour les accidens tertiaires.

Quelle que soit la durée de ce traitement, il n'y a jamais ou presque jamais de salivation, ni aucun accident qui oblige à suspendre l'application.

Tous les malades soumis à ce traitement mangent les trois quarts de pain et de viande, et M. Bonnafont ajoute encore à ce régime du vin quand il traite un homme d'une constitution lymphatique ou affaibli par l'influence vénérienne ou tout autre vice.

La moyenne des guérisons des chancres indurés simples, est de vingt-cinq à trente jours.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

Séante à la Faculté de médecine.

Présidence de M. BARTH. — (Extrait des procès-verbaux.)

I. *Écrasement des orteils. — De la méthode de traitement à adopter dans ces cas.*

M. FORGET met sous les yeux de la Société la première phalange du gros orteil, et la deuxième du second orteil, dont il a pratiqué la désarticulation dans les circonstances suivantes:

Un individu eut le bout du pied écrasé par la chute d'une énorme pierre de taille. L'ongle du gros orteil, celui du second et la première phalange de celui-ci, restèrent dans la botte du blessé, au milieu de parties molles broyées et déchirées.

Je trouvai, dit-il, la deuxième phalange du second orteil tout à fait dénudée, et quelque traction que l'on exerçât sur les parties molles, en arrière d'elle, il était impossible de l'en recouvrir: quant au gros orteil, sa première phalange, incomplètement recouverte par des tissus à bords inégaux, déchiquetés et infiltrés de sang, était fracturée dans le sens de sa longueur; en saisissant chacun des côtés de la phalange, et en imprimant des mouvemens en sens opposé, je sentis que la mobilité des fragmens se communiquait jusqu'à la base de la phalange, à l'intérieur, par conséquent, de l'articulation phalangetto-phalangienne.

En présence de cette lésion très complexe, me fondant sur l'existence d'une fracture intra-articulaire d'une part, et de l'autre, sur l'absence de parties molles suffisantes pour recouvrir la phalange du second orteil, je me décidai à pratiquer une double désarticulation. Je la fis pour le premier orteil, en taillant deux lambeaux latéraux, et pour le second, en utilisant autant que possible les parties molles, là ou elles me parurent

(1) On peut élever la dose du poivre cubèbe jusqu'à 45 grammes, matin et soir, comme le fait souvent M. Bonnafont, dans les urétrites chroniques.

offrir des conditions suffisantes de vitalité. Je réunis les lambeaux par plusieurs points de suture.

Sans me dissimuler ce que l'art, aidé de la nature, peut obtenir dans les plaies par écrasement sans l'intervention de l'opération, il me semble que dans l'espèce, celle-ci était de rigueur.

On s'en convaincra, ce me semble, en jetant les yeux sur la pièce pathologique qui montre la base de la première phalange divisée, dans la partie moyenne, par une fracture qui offre cela de particulier, qu'elle affecte la forme longitudinale, ce qui est rare dans les solutions de continuité des os courts, comme les phalanges :

M. Larrey : Le fait particulier que M. Forget vient de nous communiquer, soulève à la fois deux questions générales : La première est relative au principe de l'amputation immédiate, et la seconde, à l'existence de la fracture longitudinale. Examinons sommairement chacune de ces questions :

Et, d'abord, la fréquence de l'écrasement des doigts et des orteils est telle, que tout chirurgien d'hôpital en rencontre plusieurs cas chaque année, sans recourir à l'amputation aussi souvent que semblerait l'indiquer la gravité de quelques-unes de ces lésions. Il est vrai qu'autrefois on s'inquiétait beaucoup des accidens explicables par la complication de plaie, de dénudation, de fracture, d'attrition, d'écrasement, enfin, des orteils ; et, alors, on jugeait nécessaire de pratiquer l'amputation ou la désarticulation primitive. Mais aujourd'hui que la chirurgie conservatrice possède plus de ressources, ne fût-ce que l'emploi assez général des réfrigérans et des appareils contentifs, elle a rarement recours à une opération dont la simplicité apparente n'exclut pas le danger.

Le second point contestable, ajoute M. Larrey, c'est la dénomination de fracture longitudinale de la phalange. Cette fracture, plutôt très oblique dans le cas actuel, offre l'une des variétés des fractures articulaires des os courts, bien plus qu'une similitude avec les fractures longitudinales de la diaphyse des os longs ; et celles-ci sont assez rares pour avoir été méconnues ou niées anciennement.

M. Giraldès parle dans le même sens. Dans les hôpitaux excentriques, dit-il, on voit très souvent des écrasemens des mains et des pieds. Toutes les fois qu'on veut régulariser la plaie, il y a des accidens. Lorsque, au contraire, on abandonne les choses à elles-mêmes, les parties se détachent avec la plus grande facilité, et la guérison se fait spontanément. Les moignons sont, il est vrai, moins réguliers ; mais les succès, s'ils sont moins brillans, sont constans.

M. Forget répond qu'il sait fort bien que dans les plaies par écrasement la guérison a souvent été obtenue sans amputation, dans des circonstances qui semblaient le mieux l'indiquer : s'abstenir, en pareil cas, de tout acte opératoire est le précepte auquel il subordonne en général sa conduite. Quant au fait particulier dont j'ai entretenu la Société, dit-il, je crois qu'à l'inverse des chirurgiens qui voient toujours motif à amputation dans les plaies par écrasement, ce serait tomber dans un excès opposé que de me faire un reproche d'avoir eu recours à l'opération. Je répondrai à M. Giraldès qu'en se renfermant dans des aperçus généraux sur le traitement de ces plaies, il se place à côté de la question, celle de savoir ce qu'il convenait de faire chez le sujet de mon observation : c'est ce fait individuel qu'il faudrait discuter, examiner ; pour ma part, je persiste à penser que recouvrir de lambeaux de parties molles un os fracturé dans toute sa longueur, une articulation au centre de laquelle pénètre la fracture, c'est dépasser la règle de la prudence, c'est outrer le précepte de guérir le plus possible sans opération : il est aisé de prévoir, en effet, les accidens consécutifs que déterminera une semblable fracture et quelle interminable suppuration elle entretiendra avant que la guérison puisse se compléter.

M. Giraldès persiste dans le rejet de toute amputation à la suite de l'écrasement des phalanges.

II. *Tumeur fibro-gélatiniforme de la mamelle.*

M. Larrey entretient la Société d'un fait qu'il a déjà communiqué à la Société de chirurgie, et dont voici le résumé sommaire :

La femme d'un officier, âgée de 45 ans, d'une bonne constitution, bien réglée, mère de deux enfans, s'aperçut, dès l'année 1841, de l'existence d'une tumeur dans le sein droit. Cette tumeur, survenue sans cause appréciable, se développa lentement, presque sans douleur, et parvint, après une dizaine d'années, surtout dans les derniers temps, à un volume assez considérable, pour nécessiter l'extirpation. M. Larrey, consulté par la malade, l'opéra au mois de mai 1852, dans les meilleures conditions. La tumeur, énucléée en grande partie, comprenait la totalité de la glande mammaire, pesant 1,730 grammes, et transformée en une masse de tissu fibro-gélatiniforme sans aucun élément cancéreux, ainsi que le démontra l'examen au microscope, fait par M. Lebert.

La large plaie se cicatrisa bien et sans accident ; mais, quelques mois après, une récidive eut lieu, et, en très peu de temps, la tumeur nouvelle acquit un volume tellement considérable, qu'elle finit par embarrasser les mouvemens du bras et nécessiter une seconde extirpation. L'opération fut pratiquée de nouveau par M. Larrey (au mois de mai 1853), a peu près dans d'aussi bonnes conditions que la première fois, quant à l'état général, mais moins favorablement pour l'état local, en raison d'adhérences profondes et de dénudation partielle de plusieurs côtes. La tumeur, pesant 2,500 grammes, offrait tous les caractères d'une dégénérescence fibro-colloïde, sans dégénérescence des ganglions axillaires, et sans indice de diathèse cancéreuse.

Ce fait, ajoute M. Larrey, s'il pouvait être développé ici, se joindrait à ceux qui tendent à confirmer en partie les idées de notre savant collègue M. Lebert, mais, malgré l'état satisfaisant de la malade, je crains qu'elle ne soit exposée à une nouvelle récidive, et, secondairement, à une cachexie incurable.

M. Depaul demande s'il ne serait pas possible que, lors de l'extirpation de la première tumeur, on en eût laissé quelque petite portion qui aurait été le point de départ de la seconde ?

M. Larrey répond que la première opération a été de la plus grande facilité et aussi complète que possible ; que la seconde tumeur s'est développée sur place, et qu'il n'y a pas eu de traces de cachexie cancéreuse et pas de ganglions engorgés dans les régions environnantes. La première tumeur était gélatiniforme.

M. Giraldès pense que le propre des tumeurs qui se développent au centre de la glande mammaire est de s'énucléer avec une grande facilité. Il dit que les tumeurs cancéreuses acquièrent rarement un volume aussi considérable, tandis que les tumeurs hypertrophiques atteignent souvent un grand développement avec rapidité. Il y en a des exemples dans les musées, et particulièrement dans le musée de Gand. Ces tumeurs sont en outre parsemées d'une multitude de kystes gélatiniformes. Elles peuvent se former dans tous les organes glandulaires, même dans la prostate.

III. *De la surdi-mutité.*

Lorsque, il y a quelques mois, la question de la surdi-mutité était à l'ordre du jour de l'Académie de médecine, toute la presse médicale s'est occupée de l'excellent livre dans lequel M. Hubert-Valleroux, si compétent en pareille matière, est venu dire son opinion. L'envoi de ce livre à la Société d'émulation a été l'occasion d'un rapport, conformément aux conclusions duquel M. Hubert-Valleroux a été nommé membre titulaire. La publicité donnée à l'*Introduction à l'étude médicale et philosophique de la surdi-mutité* ne saurait nous permettre de revenir longuement sur cet ouvrage. Nous noterons seulement quelques-uns des passages qui, à côté de grands éloges, ont déterminé de la part du rapporteur, M. Bonnafont, quelques réflexions critiques.

Après avoir fait le dénombrement des sourds-muets sur différens points du globe ; l'auteur signale comme un fait assez curieux, l'antagonisme qui semble exister entre le nombre des aveugles et celui des sourds : là où l'une de ces infirmités augmente, l'autre diminue et réciproquement. Pour qui n'a jamais bien réfléchi à l'influence des climats sur l'organisme, cet antagonisme pourra paraître surprenant ; mais pour le médecin climatologiste, ce phénomène est facile à expliquer. Ainsi, l'organe principal de la vision, se trouvant sans cesse en contact immédiat avec la lumière, est d'autant plus exposé aux maladies que celle-ci est projetée sur l'œil avec plus d'intensité, soit directement, soit par réflexion des surfaces très échauffées comme les sables de l'Afrique, de l'Égypte, etc., tandis que l'appareil de l'audition, dont les principaux instrumens sont tapissés par une membrane muqueuse, doit subir toutes les influences que la température froide et humide exerce sur le système muqueux ; aussi, la majeure partie des cophoses est-elle la conséquence de phlegmasies chroniques du pharynx, des trompes d'Eustachi, de l'oreille moyenne, etc., etc.

A propos de l'étiologie, M. Hubert admet, comme causes fréquentes de la surdi-mutité, les émotions vives, les frayeurs éprouvées par les femmes grosses ou en couches. C'est là une opinion que, dit M. Bonnafond, on ne peut accepter qu'avec une grande réserve.

Quant au diagnostic et au siége principal de la surdi-mutité, M. Hubert n'admet pas que la paralysie des nerfs auditifs soit aussi fréquente que le prétendait Itard, et il en tire la conséquence que cette infirmité offre plus de chances de curabilité qu'on ne l'admet généralement. Bien que cette opinion puisse avoir une certaine valeur, M. Hubert n'apporte aucun moyen nouveau d'investigation, aussi mis en présence de deux sourds-muets en apparence aussi infirmes l'un que l'autre, ne pourrait reconnaître celui des deux qui aurait conservé assez de sensibilité des nerfs auditifs pour retirer quelque bénéfice d'une médication rationnelle.

M. Bonnafont croit que l'emploi qu'il a fait du diapason pour reconnaître le degré de sensibilité de l'appareil auditif, est le seul moyen d'éclairer ces cas obscurs. Il rappelle les principales conclusions de ses recherches : Tous les sourds qui n'entendent pas le diapason ou qui ne l'entendent qu'appliqué sur le crâne, sont réputés par lui incurables ; ceux qui l'entendent à une certaine distance de l'oreille, sont susceptibles de quelque amélioration seulement. Il n'y a que ceux chez lesquels on peut substituer une montre au diapason, et qui entendent le tic-tac sur toute la surface du crâne, dont la guérison est presque toujours certaine ; la perception du *tic-tac* indiquant que la sensibilité des nerfs acoustiques est intacte, et que la cause de la surdité siége dans l'appareil de l'oreille moyenne ou externe. Tous les sourds-muets qu'on a guéris appartenaient bien certainement à cette dernière catégorie qui, malheureusement, est très restreinte, puisque dans l'établissement des sourds-muets, ainsi que dans l'institution de M. Dubois, M. Bonnafont n'en a pas trouvé un seul.

Le traitement local employé par l'auteur est à peu près le même que celui de tous les médecins qui s'occupent de ces affections ; seulement il a insisté, et avec raison, plus qu'on ne l'avait fait sur les injections gazeuses des gommes résines, des huiles essentielles de lavande, de thym, etc. Tous ces médicamens ont une heureuse influence contre les catarrhes chroniques des trompes d'Eustachi et de l'oreille moyenne. M. Hubert ne parle pas d'un moyen qui réussit souvent et qui amène une guérison plus complète : c'est la dilatation des trompes avec des bougies graduées, et la cautérisation légère avec une pommade composée d'axonge et d'azotate d'argent (1 gramme sur 6). M. Bonnafont, qui fait un grand usage de cette méthode, dit avoir beaucoup à s'en louer.

IV. *Du traitement des scrofules par les eaux de Forges.*

M. Cherest rappelle à la Société que, dans une des dernières séances de l'année 1852, il a eu l'honneur de lui présenter cinq enfans scrofuleux, choisis à l'hôpital des Enfans dans les plus mauvaises conditions ; que ces enfans, après un séjour de quelques mois à Forges, village du canton de Limours (département de Seine-et-Oise), où existent des sources qui passent, dans le pays, pour guérir les scrofules, y ont éprouvé des modifications remarquables ; enfin, que la Société a trouvé ces résultats dignes d'intérêt, et qu'elle a engagé M. Cherest à reprendre ces expériences de façon à arriver à élucider la question de savoir jusqu'à quel point il faut faire aux eaux l'honneur des guérisons, et si elles n'ont pas été produites par les excellentes conditions hygiéniques dans lesquelles ont été placés les malades (1).

M. Cherest informe l'assemblée qu'il est à même de faire de nouveaux essais, et afin de leur donner toute la valeur possible, il la prie de vouloir bien nommer une commission, qui se chargerait de tracer un programme, de choisir les malades et de contrôler les résultats.

(1) Par suite d'une omission très regrettable, le procès-verbal de la séance dans laquelle cette présentation a été faite à la Société n'a pas été publié dans l'Union. En raison de l'intérêt que nous paraît présenter cette question, nous réparerons cette omission en reproduisant ce procès-verbal.

La Société, s'associant à cette pensée, désigne MM. Gillette, médecin de l'hôpital des Enfans, Hillairet, médecin du bureau central, chargé du service de l'hôpital des Enfans, et Forget, membre de la Société de chirurgie.

Lecture.

M. Ludger Lallemand, médecin-major du 5me bataillon de chasseurs à pied, candidat à une place de membre titulaire, lit une observation intitulée : *Tumeur de nature syphilitique développée dans le cerveau.*

Ce travail, intéressant à plusieurs titres, a été renvoyé à une commission, dont le rapport sera publié avec l'observation elle-même dans un des plus prochains numéros.

Le secrétaire général, J. Cherest.

RÉCLAMATION.

UN DERNIER MOT SUR L'ÉVOLUTION DENTAIRE.

Paris, 14 Septembre 1853.

Monsieur le rédacteur,

Faisant partie de la commission nommée par l'Académie pour lui rendre compte du mémoire de M. Hervieux, je n'avais pas jugé convenable de répondre à quelques-unes des assertions où cet honorable confrère me fait intervenir. Aujourd'hui que, par suite de la publicité qu'a reçue le mémoire de M. Hervieux et de la discussion qu'il a soulevée, je me trouve, d'après les réglemens de l'Académie, dégagé de la mission qui m'était confiée ; je m'empresse de vous adresser ces quelques mots :

Je maintiens dans les termes dont je me suis servi, et comme résultat de nombreuses observations, ce que j'ai écrit en 1835, dans le *Dictionnaire de médecine*, sur l'ordre que suit l'éruption des premières dents et sur les époques où elles apparaissent le plus généralement.

Quant aux canines, à la première de même qu'à la seconde dentition, elles viennent ordinairement après les molaires antérieures. La raison anatomique en est simple. Les follicules de ces dents ne se montrent qu'après que les autres ont déjà acquis un certain volume.

Du reste, je pense comme mes honorables confrères, MM. les docteurs Blache et Trousseau, que ces règles sont sujettes à de nombreuses exceptions, et, comme eux, sans doute aussi, je pense qu'on ne devrait s'en autoriser qu'avec une grande prudence, dans un cas de médecine légale.

Agréez, etc. Dr Oudet.

Paris, le 13 Septembre 1853.

Monsieur le rédacteur,

Aux réclamations dont mon travail sur l'évolution dentaire a été et pourrait être encore l'objet, voici quelle sera mon unique réponse :

Je n'ai nullement entendu poser les lois qui régissent l'évolution des dents de la première dentition. *J'ai donné la moyenne de 63 faits recueillis avec le plus grand soin.* Voilà tout.

Les résultats contradictoires qu'a fournis à M. Blache l'analyse de 250 observations, m'imposent l'obligation de me livrer à de nouvelles recherches. Je continuerai mes investigations ; et si de mes relevés naissaient un jour des conclusions conformes à celles des hommes distingués qui ont bien voulu dire et discuter mon travail, il ne m'en coûterait nullement de me rallier à l'opinion d'autorités aussi compétentes et aussi respectables.

Agréez, etc. E. Hervieux.

COURRIER.

Nécrologie — M. le docteur Bransby Cooper, l'un des chirurgiens de l'hôpital de Guy, auteur de leçons estimées sur la chirurgie, vient de mourir subitement à Londres, à l'âge de 61 ans. M. Bransby Cooper a succombé à une hémorrhagie qui s'est faite dans les voies aériennes, par une ulcération cancéreuse de la base de la langue.

Grossesse quadruple. — Une femme d'Antequerra, âgée de 36 ans et ayant eu déjà neuf accouchemens ou fausses couches, était arrivée au septième mois de sa dixième grossesse, lorsqu'elle a été prise des douleurs de l'accouchement et a mis au monde quatre fœtus vivans, un du sexe masculin et trois du sexe féminin, pesant chacun une livre et demie. La femme s'est parfaitement rétablie.

Aliénation mentale en Angleterre. — Les asiles d'aliénés en Angleterre et dans le pays de Galles ont dépensé, pendant l'année 1852, la somme énorme de 294,892 livres ou 7 millions et demi de francs. Dans cette dépense, 270,000 francs seulement sont couverts par les pensions d'aliénés riches ; le reste est fourni par l'État, les paroisses, les comtés, et les cotisations particulières.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. —Typographie Félix Maltestet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 112. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 20 Septembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PATHOLOGIE.

OBSERVATION D'UNE TUMEUR DE NATURE PRÉSUMÉE SYPHILITIQUE DÉVELOPPÉE DANS LE CERVEAU ;

Présentée à la Société médicale d'émulation de Paris,

Par M. Ludger LALLEMAND, médecin-major du 5me bataillon de chasseurs à pied.

J'ai l'honneur d'adresser à la Société médicale d'émulation, l'observation d'une affection qui me paraît intéressante par le caractère insolite des phénomènes qu'elle a présentés, l'incertitude sur la cause réelle de la mort qui l'a terminée, et le genre d'altération, fort rare, constatée à l'autopsie, qui a révélé, dans le cerveau du sujet, la présence d'une tumeur que je crois de nature syphilitique.

Le malade qui est l'objet de cette observation fut apporté, le 8 septembre 1852, à trois heures de l'après-midi, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, et couché au n° 8 de la salle 27, dans le service dont M. le baron Larrey, médecin en chef, avait bien voulu me confier la direction temporaire.

Ce malade, nommé Goutorbe (Denis), est fusilier au 19e régiment d'infanterie de ligne, né le 4 janvier 1826, à Saint-Just-en-Chevalet (Loire), il a été admis au service le 25 octobre 1847; il exerçait auparavant la profession de cultivateur.

Il est de taille moyenne, bien développé, d'une bonne constitution, et ne paraît pas lymphatique.

Depuis son arrivée au corps, il est entré quatre fois à l'hôpital pour des maladies vénériennes dont il n'a pu indiquer la nature, et pour lesquelles il a fait un long usage de préparations mercurielles.

Depuis longtemps ses forces diminuaient progressivement ; la semaine précédente, il ressentit un affaiblissement plus grand et une douleur assez vive dans l'hypochondre droit; il cessa alors son service.

Le médecin du régiment, auquel il se présenta, fit appliquer des ventouses scarifiées sur la région du foie, et remarqua du délire par intervalle qui se manifesta deux jours avant l'entrée à l'hôpital du malade, que j'examinai immédiatement après son entrée dans mon service.

Son état paraît des plus graves; il pousse des cris plaintifs ; l'enveloppe cutanée tout entière est froide; cette sensation est surtout marquée sur les membres; la peau du front et des mains a une teinte bistrée, très foncée, tirant sur l'ardoise. Cette coloration anormale, commencée il y a environ deux ans, a augmenté progressivement, et est restée stationnaire depuis un an; le reste de la peau a une couleur normale, plutôt blanche que brune.

La physionomie est anxieuse, les lèvres et les ongles légèrement cyanosés. Le gland porte des cicatrices d'ulcères ; les deux aines sont couvertes de larges cicatrices de bubons suppurés.

La maigreur est peu prononcée, les muscles sont fermes et résistans. Malgré sa souffrance et sa faiblesse apparentes, le malade peut se mettre sur son séant et sortir de son lit sans aide; aucun membre, aucune partie du corps ne présente de paralysie.

Il ressent dans le ventre et dans les aines, principalement du côté droit, des douleurs qui lui arrachent des cris et rendent le sommeil impossible ; il a un peu de céphalalgie, mais il n'a pas de délire, quoiqu'il puisse difficilement répondre aux questions qu'on lui adresse, à cause de la faiblesse et de la douleur qu'il éprouve.

La langue, un peu chargée, n'est pas froide; le ventre n'est ni déprimé ni résistant, la pression n'y rend pas la douleur plus vive; le volume du foie et de la rate n'est pas augmenté : le malade a des nausées continuelles et vomit un peu de liquide verdâtre; il n'a pas été à la selle depuis six jours; la soif est vive, son appétit nul.

La percussion donne un son clair dans toute la poitrine, l'auscultation fait entendre des râles sibilans dans les bronches, des deux côtés ; il semble que l'air s'arrête dans leurs dernières ramifications et ne pénètre pas dans les cellules pulmonaires, car on distingue à peine le murmure vésiculaire ; la respiration est difficile et pénible, le pouls est insensible dans les artères radiales, et peut être perçu, à peine, à l'artère brachiale au pli du coude où il est filiforme et rare. Le cœur a un volume ordinaire, ses mouvemens sont lents et ses bruits faibles; on constate au premier temps, dans la région auriculo-ventriculaire gauche, un souffle très léger qui ne couvre pas le premier bruit, et un prolongement marqué du second bruit.

La sécrétion des urines est normale et peu abondante.

Prescription : Infusion de fleurs de tilleul et de feuilles d'oranger chaude. Potion avec acétate d'ammoniaque et eau de mélisse. Lavement laxatif. Cataplasme laudanisé sur l'abdomen. Frictions chaudes et excitantes sur les membres inférieurs.

9 septembre. Le malade s'est plaint toute la nuit, et n'a pas dormi; il n'a pas eu de délire; il a eu un ou deux vomissemens peu abondans et deux selles de matières dures. Les douleurs, le refroidissement de la peau et l'état du pouls n'ont pas subi de modification.

Prescription : Diète; infusion de fleurs de tilleul et de feuilles d'oranger; potion avec acétate d'ammoniaque et extrait d'opium ; six ventouses sèches sur l'abdomen ; frictions sur les membres.

Mort le 10, à quatre heures du matin. Jusqu'au moment de la mort, on n'a remarqué ni délire, ni paralysie.

Autopsie, faite 26 heures après la mort :

Appareil respiratoire : Il n'y a pas de sérosité dans la cavité des plèvres qui présentent de légères adhérences anciennes ; poumons affaissés, roses à la face antérieure, légèrement engoués en arrière ; leur tissu est sain, crépitant, spumeux, sans trace d'emphysème ni de tubercules ; les ramifications bronchiques paraissent dilatées ; la muqueuse du larynx et de la trachée est saine ; les ganglions bronchiques ne sont ni engorgés, ni tuberculeux.

Appareil circulatoire : Le péricarde, sain, ne contient que quelques cuillerées de sérosité citrine ; le volume du cœur est normal; la capacité du ventricule gauche, assez petite ; ses parois ne sont pas épaissies ; les deux ventricules contiennent une petite quantité de sang noir ; le tissu du cœur est un peu mou.

La valvule mitrale présente sur son bord libre une série de nodules un peu plus larges et plus épais qu'une lentille dont ils ont la forme, disposés très régulièrement à une petite distance les uns des autres. Ces intumescences sont formées d'une matière cartilagineuse qui tend, dans quelques-unes, à l'ossification ; elles sont recouvertes par la membrane interne qui n'a pas éprouvé de modification dans sa texture.

Ces nodules empêchent l'application exacte des deux lames de la valvule l'une contre l'autre, et déterminent un commencement d'insuffisance. L'oreillette gauche n'a pas augmenté de volume. Les autres valvules, ainsi que les gros vaisseaux, ne présentent pas d'altération.

Appareil digestif et annexes : L'estomac, sain, contient un peu de liquide et de mucosités.

La muqueuse de l'intestin grêle, rosée, est parsemée d'arborisations vasculaires, dont la coloration rouge apparaît à travers la transparence du péritoine. Rien à noter dans les gros intestins.

Les ganglions mésentériques ne sont pas tuberculeux ; le péritoine est sain et ne contient pas de sérosité; le foie ne paraît pas altéré à l'extérieur ; quand on le coupe par tranches, le sang s'en écoule par nappes ; sa texture ne paraît pas modifiée.

Rien à noter dans l'état de la rate ni dans celui de l'appareil génito-urinaire.

Cavité crânienne. — La dure-mère et l'arachnoïde sont à l'état naturel ; les sinus ne contiennent que peu de sang ; la pie-mère est médiocrement injectée; le liquide sous-arachnoïdien, normal et peu abondant.

Le cerveau a une consistance très molle dans toute son étendue, ainsi que le cervelet, sans offrir de ramollissement circonscrit; placé sur une table, il s'affaisse un peu sur lui-même. Cette mollesse paraît être la seule altération de la substance médullaire, qui ne présente ni rougeur, ni trace de congestion ; un peu de sérosité existe dans les ventricules.

On trouve dans l'hémisphère gauche, au centre ovale de Vieussens, plus près de la base que de la face supérieure, à l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs, une tumeur de forme irrégulière, du volume d'une petite noix : c'est la seule que contienne le cerveau ; cette

---

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales

Par M. le docteur TARTIVEL.

XXII.

Histoire de la secte pneumatique.

Il s'est écoulé 300 ans depuis la fondation de l'école Alexandrine jusqu'aux débuts de la secte méthodique, c'est-à-dire jusqu'au moment où la République romaine, dégénérée, va faire place à l'empire. Pendant ces trois siècles bien des faits se produisent, bien des doctrines prennent naissance, bien des systématisateurs sont en lutte. Cependant au milieu de ce conflit d'hommes et d'opinions, aucun médecin ne s'élève assez haut pour absorber à son profit toutes les doctrines et imposer partout les siennes. Dans les temps antérieurs, un seul homme eut cette puissance. Hippocrate résumant et remplaçant toutes les doctrines anciennes, s'imposa au monde à force de génie, et fit tout disparaître devant son éclatante personnalité. A mesure qu'avec le temps, ce grand destructeur des choses humaines, le majestueux édifice élevé par les mains d'Hippocrate se démolit et s'écroule, du milieu de ses débris surgissent des doctrines et des systèmes particuliers, mais pas une doctrine générale, pas un système d'ensemble, pas un homme, enfin, ne se dresse qui, saisissant d'une main puissante les rênes de la science, la domine et la gouverne. C'est Dioclès, Praxagoras, Hérophile, Erasistrate ; c'est Asclépiade, ce sont, enfin, une foule d'hommes illustres, de personnages éminens par leurs talens et leur mérite, mais qui s'élèvent à peu près tous à la même hauteur. Il faudra du temps encore avant qu'apparaisse de nouveau un homme qui, comme Hippocrate, prenne à son tour les rênes de la médecine. Ce grand personnage sera Galien. Jusqu'à lui nous allons voir se succéder encore des doctrines particulières, des systèmes particuliers, des hommes, enfin, qui se placent à un certain point de vue, et de là mesurent de l'œil la science, sans pouvoir la dominer.

A peu près vers l'époque où la secte méthodique commençait à se faire connaître, c'est-à-dire sous le règne des premiers empereurs, la philosophie épicurienne, appliquée à la médecine par Asclépiade, avait banni également de la physiologie et de la pathologie l'idée d'une force qui régit à la fois, dans un but essentiellement conservateur, les phénomènes de la santé et ceux de la maladie. Chose remarquable ! c'est au moment même où les idées d'Asclépiade, point de départ des doctrines de la secte méthodique, florissaient dans toute la vigueur de leur sève et tout l'éclat de leur puissance, qu'éclata le mouvement réactionnaire contre la révolution opérée en médecine par Asclépiade, mouvement d'abord faible, incertain; prenant ensuite de plus en plus de force et d'énergie jusqu'au jour où il finit par triompher. Par l'inspiration d'Asclépiade, écho retentissant des doctrines d'Epicure, on avait relégué au nombre des chimères, cette force intérieure, cet ἐνορμῶν invoqué par Hippocrate pour expliquer le *consensus* admirable de l'économie animale dans l'état physiologique comme dans l'état morbide. Ainsi écrasée, cette force se relèvera, et, une fois relevée, se développera, grandira, à tel point que tout à l'heure, abandonnée et proscrite, elle va bientôt jouer le rôle exclusif. Ainsi, dans l'idée hippocratique, idée que l'on n'a pas toujours bien comprise, la force régulatrice ne s'altère pas; elle joue dans la maladie le même rôle que dans l'état de santé, c'est-à-dire qu'elle règle et dirige les phénomènes pour les faire tous concourir vers un même but, la conservation de l'individu. Jamais Hippocrate ne donne à entendre que cette force puisse devenir, par elle-même, cause et principe de la maladie. Eh bien ! une école va se lever qui, prenant pour base de son système nosologique l'altération de cette force, rapportera à cette altération l'origine de tous les phénomènes morbides. Cette école, nous l'avons déjà nommée, c'est la secte pneumatique, ainsi désignée parce qu'elle faisait dériver toutes les maladies de l'altération d'une substance, d'un principe particulier, le πνευμα.

Pour bien comprendre les idées de la secte pneumatique, il importe de bien déterminer, d'abord, ce qu'aux différentes époques de la science, on a entendu par le mot πνευμα. Car, avoir bien précisé le sens de ce mot, c'est avoir fait, aux trois quarts, l'histoire de l'école qui lui doit son nom.

Des significations très différentes ont été assignées à cette expression :

1° D'abord on a désigné ainsi l'air atmosphérique introduit dans le corps. A cet air plusieurs médecins faisaient jouer un rôle plus ou moins considérable dans la production des maladies. Tels étaient Erasistrate et surtout l'auteur du livre περί φυσῶν, de la collection hippocratique.

2° Quelques philosophes anciens, Thalès, Démocrite, Anaxagore, etc., admettaient l'existence d'une substance plus ténue que l'air, éminemment subtile, pénétrant partout, entrant, comme un cinquième élément, dans la composition de tous les corps de la nature, se mêlant à tout, touchant et entourant chaque molécule de la matière. Ce principe, cette substance, c'était l'éther. Arrêtons-nous ici un instant pour contempler une fois de plus le curieux spectacle que présente, aux esprits philosophiques, la marche de l'intelligence humaine à travers les siècles. Il y eut un temps où la philosophie, par la voix de l'illustre Newton, condamna et proscrivit l'idée de l'existence de l'éther comme une hypothèse chimérique et sans utilité pour la science. Si vous êtes curieux de savoir ce qu'est devenue aujourd'hui l'hypothèse chimérique de la philosophie grecque, écoutez ces remarquables paroles d'un savant physicien contemporain : « Le monde, dit M. Pouillet, est composé de deux élémens ; un élément pondérable, qui est la matière proprement dite, solide, liquide, gazeuse ; et un élément impondérable, qui est *l'éther.* » D'après les physiciens

tumeur, entourée d'une enveloppe lisse, est plongée dans la substance cérébrale qui adhère à son enveloppe, et est un peu plus ramollie dans son voisinage immédiat qu'ailleurs, sans autre modification de sa structure (1).

M. le docteur Lebert a bien voulu examiner ce corps étranger, ainsi que la peau de la face et celle des mains, qui présentaient une coloration anomale, et m'a donné la note suivante sur leur disposition :

« La tumeur est parfaitement délimitée par une enveloppe qui lui » adhère intimement, et montre, par places, quelques stries vasculaires, ainsi qu'une induration crétacée sur une partie de sa base. La » consistance de la tumeur est d'une mollesse élastique ; sa coloration » d'un jaune pâle ; en la coupant par le milieu, on la trouve solide, » compacte, élastique, un peu plus blanche à l'intérieur qu'à la super- » ficie.

» Au microscope, on trouve dans l'enveloppe une trame cellulaire » et vasculaire. L'intérieur est composé d'une masse grenue et opa- » que, que l'alcool bouillant ne modifie point, tandis que l'acide chlo- » rhydrique produit une forte effervescence, et rend le tissu presque » transparent ; il paraît alors composé de granules et de petits globules » déformés. A l'œil nu, on voyait à la base des paillettes brillantes, » comme micacées, que le microscope montre composées de cristaux, » de cholestérine.

» Il est probable qu'il s'est agi, dans ce cas, d'une tumeur gom- » meuse ancienne, en partie calcifiée. — La couleur foncée de la peau se » montre sous forme de réseaux bruns entre le sommet des papilles et » de pigment libre entre les couches profondes de l'épithélium, de gra- » nules et de globulins d'un brun sépiacé dans les cellules épidermi- » ques ; les réseaux, qui ont de 1/20e à 1/16e de millimètre de largeur, » sont plus colorés à leurs bords et semblent avoir une enveloppe pro- » pre ; sont-ce des réseaux indépendans ou non ? Cette question reste » à décider ; je pencherais cependant à leur reconnaître des parois » propres. »

Je n'ai pu me procurer que des renseignemens incomplets sur les antécédens du fusilier Goutorbe. C'est le 19 juin 1848 qu'il entra pour la première fois à l'hôpital, atteint d'une maladie vénérienne, probablement d'ulcères, car les cicatrices des bubons paraissaient déjà anciennes. J'ai su qu'il avait eu des accidens secondaires dont on n'a pu indiquer la nature, ni l'époque.

La dépression des forces commença à se manifester, il y a environ deux ans, en même temps que la coloration anormale de la portion des tégumens exposés à l'air ; elle augmenta progressivement, tout en permettant à ce militaire de faire son service.

Il y a un an environ, le médecin du corps, frappé de sa faiblesse, et croyant à une affection du cœur, l'ausculta avec soin, et ne découvrit aucun signe morbide dans l'organe central de la circulation ; il constata seulement la faiblesse du pouls, qui était rare et très régulier.

La tumeur observée dans le cerveau me paraît être une tumeur gommeuse, dont l'origine est par conséquent due à la syphilis.

En effet, de toutes les tumeurs susceptibles de se développer dans l'encéphale, on ne pourrait la rapporter qu'au tubercule, qui peut également subir une transformation crétacée et contenir de la cholestérine ; mais il est généralement admis que, comme l'a établi M. Louis, après l'âge de quinze ans, on ne trouve jamais de tubercules dans un organe sans en rencontrer dans les poumons. Or, l'autopsie a démontré chez le sujet actuel qu'aucun organe ne renfermait de tubercules ; de plus, cette tumeur diffère de la production tuberculeuse par ses caractères microscopiques ; celle-ci est formée de globules plus volumineux, d'une forme anguleuse, polyédryque, réunie par une substance inter-globulaire hyaline, tandis que la tumeur en question, après l'action de l'acide chlorhydrique, ne présente qu'un tissu transparent, formé de granules et de globules beaucoup plus petits que ceux du tubercule.

Je serais aussi porté à rattacher l'altération de la valvule mitrale à une origine syphilitique. Chez les jeunes sujets, l'inflammation doit jouer, comme on l'admet généralement, un rôle dans la production des indurations valvulaires, et être le point de départ du travail pathologique qui se traduit par l'altération organique définitive ; ici, les antécédens tendent à faire croire que le cœur n'a jamais été atteint de phlegmasie. La localisation très circonscrite de l'altération valvulaire militerait peut-être encore en faveur de l'origine syphilitique.

Je ne rechercherai pas la cause de la coloration si singulière de la portion de la peau qui n'était pas protégée par les vêtemens contre l'action de l'air et de la lumière.

Si l'on veut admettre que la tumeur observée est syphilitique, il est possible de fixer approximativement l'époque de son développement, puisque le sujet a eu pour la première fois, au régiment, une maladie vénérienne en 1848, et qu'il est peu probable qu'il ait contracté cette maladie avant son entrée au service.

Il est remarquable que cette tumeur se soit développée sans amener de perturbation dans les fonctions cérébrales et locomotrices ; peut-être a-t-elle eu de l'influence sur le ramollissement de l'encéphale, puisque les tubercules, et les produits accidentels développés dans le cerveau favorisent le ramollissement de cet organe.

Les altérations constatées à l'autopsie ne rendent pas suffisamment compte de la mort. La faiblesse de la circulation observée sur le malade doit reconnaître pour cause l'état morbide du cerveau plutôt que l'altération limitée de la valvule mitrale.

Les expériences sur les animaux vivans font voir qu'en déterminant une perturbation dans le cerveau par une douleur vive, en irritant, par exemple, une racine postérieure des nerfs rachidiens, on trouble l'action du cœur, dont les mouvemens s'arrêtent pendant quelques instans et reprennent ensuite ; si l'animal soumis à l'expérience est affaibli, les mouvemens du cœur s'arrêtent définitivement et l'animal meurt.

Ici, ne pourrait-on pas voir dans l'état morbide de l'encéphale, une cause capable d'avoir, à un moment donné, produit une perturbation de l'action nerveuse qui a retenti sur le cœur, dont les mouvemens suspendus n'auront pu se réveiller à cause de la faiblesse extrême du malade.

Cette observation me paraît tendre à démontrer que les organes, profondément situés dans l'économie, sont susceptibles de subir l'influence du virus syphilitique qui peut y déterminer une action morbide.

Les annales de la science ne contiennent qu'un petit nombre de faits se rattachant à l'existence de tumeurs d'origine syphilitique dans la substance cérébrale.

Vanswieten est le premier auteur qui admette le développement de ces tumeurs, mais dans les tissus osseux et fibreux et non dans la substance encéphalique. « Possunt oriri, tumores gumnosi et exostoses in cavalriæ osseæ parte internâ, quæ premendo cerebrum, functiones ejus turbant, erosa et corrupta diploe tubum putridissimum stillat, quandoque tabula vitrea. »

Cyrillo affirme que les tumeurs gommeuses ne se développent jamais dans la substance cérébrale.

Bonet. (*Sepul.*, lib. IV, sect. IX) dit avoir vu, chez un individu, ancien vérolé, qui avait eu pendant sa vie quelques accès convulsifs épileptiformes, et ensuite des accidens de paralysie, le cerveau présenter au milieu de sa substance désorganisée trois petites tumeurs verdâtres ayant de tout point l'aspect de tumeurs gommeuses.

M. Ricord présenta le 7 octobre 1834, à l'Académie de médecine, des tubercules syphilitiques développés dans le corps strié du côté droit, avec hémiplégie gauche.

Le 14 octobre 1834, M. Cullerier présenta un cerveau à la base duquel se trouvaient deux tubercules très volumineux, et un troisième plus petit ; quelques temps avant de succomber, l'individu porteur de cette altération, s'était plaint d'une violente céphalée, de tintemens d'oreilles, et il était tombé successivement dans un état de stupeur, de somnolence, de surdité et de coma. Les recherches faites dans d'autres organes ne firent découvrir aucun tubercule, soit dans les poumons, soit dans le mésentère. Comme le sujet avait contracté quatre ans auparavant une maladie vénérienne, et qu'en dernier lieu il portait sur la face et sur quelques autres régions du corps des pustules de même nature, M. Cullerier pensa que les tubercules du cerveau avaient une origine syphilitique.

Le fait suivant est relaté dans les *Annales de thérapeutique*, année 1848, page 147 :

« Une femme entrée à l'Hôtel-Dieu, le 17 novembre 1844, dans le service de M. Beau, éprouvait, depuis six mois, une céphalalgie violente, continue, localisée du côté droit sur la région frontale, avec exacerbations la nuit ; elle portait des traces d'affections syphilitiques anciennes ; le 8 janvier 1845, la douleur augmenta, la fièvre se déclara, des mouvemens convulsifs survinrent ; la mort eut lieu le 20 janvier. On trouva à l'autopsie, dans l'épaisseur de la substance du cerveau, vers la base et du côté gauche, un noyau inflammatoire formé aux dépens de la substance corticale, irrégulièrement ovoïde, épais de 0m,018, beaucoup plus dur que la substance corticale elle-même, d'un rouge brun à peu près uniforme, traversé par de nombreuses ramifications vasculaires, qui tranchent en rouge vif ou en noir sur la teinte générale. La substance blanche qui l'entoure est fortement pointillée et ramollie ; le noyau est formé de petites masses du volume d'un grain de chènevis, groupées au nombre de trois ou quatre, très dures au toucher ; sur leur coupe on distingue une périphérie d'un blanc mat, de consistance fibreuse, sans apparence de fibres, et un centre jaunâtre moins dense et presque liquide. M. Ricord a reconnu, dans ce produit morbide, les caractères du tubercule syphilitique du cerveau. »

L'observation de M. Lallemand a été, à la Société d'émulation, l'objet d'un rapport dont elle a accepté les idées comme parfaitement conformes à sa manière de voir.

Nous empruntons à M. Barth, rapporteur, les réflexions suivantes :

Cette observation, comme le dit l'auteur, est intéressante par le caractère insolite des phénomènes qu'elle a présentés, par l'incertitude des causes réelles de la mort, et par le genre de lésion trouvée dans l'encéphale.

En effet, ces douleurs vives dans le ventre, ces vomissemens bilieux avec refroidissement de la peau, cyanose des extrémi-

(1) Cette tumeur est conservée dans les collections anatomo-pathologiques du musée du Val-de-Grâce.

---

et les chimistes modernes, l'éther existe partout, remplit le vide des espaces célestes, pénètre de toute part la matière, s'interpose entre chaque molécule, et joue un rôle important soit dans le développement des affinités chimiques, soit dans les phénomènes de la lumière et de la chaleur rayonnante. Nous voilà en plein dans les doctrines de l'antiquité. Ne sont-ce pas les mêmes idées ? Que dis-je ? N'est-ce pas le même langage ? Ainsi notre époque, par ses théories déduites de l'observation et de l'expérience, est plus près des théories des anciens philosophes qu'on ne l'était il y a vingt-cinq ou trente ans à peine. Cette fois encore, le dernier résultat de l'expérience et de l'observation modernes, semble être de nous ramener aux vieilles idées spéculatives de la philosophie grecque !

On s'est également servi du mot πνευμα pour désigner cette substance plus ténue que l'air, ce principe éminemment subtil, l'éther, en un mot. Voilà une deuxième acception suivant laquelle cette expression a été employée.

3° Enfin, dégagcant de plus en plus le πνευμα de toute enveloppe matérielle, on en est venu graduellement à attacher à ce mot l'idée de quelque chose d'incorporel, d'un esprit, d'une âme, d'une force enfin qui, dans les principes de la philosophie stoïcienne, émane de Dieu, et qui est l'agent d'impulsion, le moteur général de tous les corps de la nature.

On était si bien arrivé, au commencement de l'ère chrétienne, à attacher au mot πνευμα l'idée d'un principe immatériel, que les pères grecs s'en servaient pour désigner l'esprit saint, cet esprit qui inspirait les apôtres, et qui, suivant les Écritures, a parlé aux hommes par la voix des prophètes : *Locutus est per prophetas.*

Voilà les trois acceptions principales dans lesquelles, à diverses époques, et à différens points de vue, on a pris le mot πνευμα.

Ceci bien expliqué, il ne s'agit plus que de préciser quel sens avait cette expression pour les auteurs de l'école pneumatique. Le principe auquel ils faisaient jouer le premier rôle dans les phénomènes de la santé et de la maladie, était-il l'air, ou l'éther, ou un être immatériel ? Ou bien encore était-il pour eux synonyme de *force*, dans le sens adopté par les physiciens modernes, c'est-à-dire d'une cause de nature inconnue à laquelle on rapporte l'origine d'une certaine collection, d'un certain groupe de faits, d'où l'idée de créer autant de forces différentes qu'il y a de collections, ou de groupes différens de phénomènes ?

Cette question méritait d'être posée ; elle est importante ; car, suivant la solution qu'elle recevra, les doctrines de la secte pneumatique devront être rangées dans telle catégorie ou dans telle autre. Athénée aura eu, par exemple, les mêmes idées que Stahl, ou ne les aura pas eues suivant la manière dont il aura compris le mot pneuma. Or, il n'est pas aisé d'arriver à une solution parfaitement satisfaisante de cette question. La détermination rigoureuse de ce qu'était, pour l'école pneumatique, la nature de leur principe est chose difficile, et voici pourquoi : des nombreux écrits d'Athénée, aucun ne nous est parvenu. Le seul écrivain de la secte pneumatique, dont nous possédions les œuvres, Arétée, n'a pas cru devoir faire une exposition dogmatique des principes de l'école à laquelle il appartenait ; il les suppose connus, et ne s'embarrasse pas de les exposer. Cet auteur ne peut donc nous servir dans la recherche que nous entreprenons. Pour comble de malheur, Galien qui, à défaut d'autres ressources, semblerait devoir être pour nous un puissant auxiliaire, Galien, ce grand encyclopédiste de l'antiquité, qui a consacré tant de pages à la discussion des doctrines de la secte méthodique, Galien touche à peine, et, pour ainsi dire en passant, à l'école pneumatique. Voyons cependant ce que nous pourrons en tirer relativement à la question qui nous occupe.

Dans le livre de l'*Introduction*, le célèbre médecin de Pergame rappelle que, suivant Hippocrate, trois choses sont à considérer dans le corps vivant : 1° les solides ; 2° les liquides ; 3° ce qui donne l'impulsion, le mouvement, la vie à ce composé de solides et de liquides, c'est-à-dire le το ενορμον, l'*impetum faciens*, la force vitale. Après avoir rappelé cette triple division établie par le père de la médecine, il se plaint que les successeurs d'Hippocrate aient osé porter une main sacrilége sur cet édifice qu'il appelle un édifice divin, et le démolir pièce par pièce. Il parle d'abord de quelques médecins qui firent jouer un rôle exclusif, les uns aux solides, les autres aux liquides ; puis il ajoute : Athénée et Archigène furent les chefs d'une secte qui rapportait toutes les maladies à l'altération primitive du πνευμα : Τα νοσηματα παντα τουτου (πνευματος) πρωτου παθοῦντος γίγνονται. Or, dit Galien, d'après Athénée, le πνευμα est un cinquième élément qui s'ajoute aux quatre autres, les domine et les gouverne : *Quintum, ex stoïcorum opinione, elementum introduxit* (Athénée), *id est spiritum cuncta penetrantem, à quo omnia contineantur et gubernentur.* Ainsi, pas de doute, le principe admis par Athénée n'est pas l'air, puisque ce principe constitue un cinquième élément ; est-ce l'éther ? Est-ce une substance tout à fait immatérielle ? C'est ce qu'il est difficile de déterminer.

Quoi qu'il en soit, toujours est-il qu'Athénée fait intervenir dans l'explication des phénomènes physiologiques et morbides, un agent ou une force qui est la cause, le moteur des phénomènes dont la matière organisée est le théâtre ; un principe à l'influence physiologique ou morbide duquel toute l'économie saine ou malade est subordonnée.

L'idée-mère de sa doctrine, la base de son système médical, Athénée semble les avoir empruntées à un système philosophique tout spiritualiste qui s'était dressé en face du matérialisme d'Epicure. Ce système était celui de l'école stoïcienne, dont Zénon (d'Elée) fut le chef et le fondateur.

Suivant les stoïciens, dit Sénèque, tout dans la nature est formé par la réunion de deux principes ou élémens, l'un passif, qui est la matière, l'autre actif, qui est l'esprit : *Dicunt stoïci nostri duas esse in rerum natura, ex quibus omnia fiant, causas, scilicet spiritum et materiam.* L'esprit anime la matière inerte, et suscite en elle le mouvement et la vie.

D'après les idées de la philosophie stoïcienne, suivant les arrangemens divers des molécules de la matière, les différens actes dont cette matière est le siége, sont le produit d'autant d'esprits ou d'agens particuliers distincts les uns des autres. Le règne inorganique et le règne organique ont chacun leur agent, leur esprit, leur moteur spécial.

Ces idées, nous les retrouvons sous la plume d'Aristote. Chez les animaux et les végétaux, dit ce grand philosophe, le πνευμα, ou esprit, est la première puissance d'un corps organisé qui a la vie en lui, c'est-à-dire que c'est la force par laquelle la vie se développe, se manifeste et se maintient dans les corps qui sont aptes à la recevoir et à en jouir. Aristote admettait plusieurs *esprits* ou âmes, expressions qui sont pour lui synonymes de *forces*. Il supposait une âme ou force *nutritive* qui présidait à la nutrition des animaux et des végétaux, une âme ou force *sensitive*, principe des sensations, une âme ou force *motrice*, cause des mouvemens. C'est probablement dans ces vues d'Aristote, que Galien a puisé l'idée de sa création des esprits et de leur division en trois classes, à savoir : les esprits *vitaux*, les esprits *naturels* et les esprits *animaux*.

La doctrine d'Athénée est donc elle aussi le reflet d'un système philosophique ; du reste, suivant le point de vue auquel on se place, soit que l'on considère le πνευμα comme une substance semblable à l'éther, impondérable, inappréciable à nos sens ; soit qu'on le regarde comme représentant un principe immatériel, l'âme ; on découvre dans cette doctrine le point de départ d'autres systèmes qui, sous des noms divers, ont, en leur temps, occupé un certain rang dans la science, et produit une certaine sensation dans le monde. L'*archée* de Van Helmont, l'*animisme* de Stahl, le *vitalisme* de Barthez, offrent, avec le pneuma d'Athénée, des traits frappans de ressemblance, et, pour ainsi dire, un air de famille ; mais, dans l'ensemble de ces systèmes que l'on a l'habitude de confondre et d'englober dans la dénomination générale de vitalisme, il faut prendre garde qu'il y a deux divisions à établir, dont chacune

tés, et insensibilité du pouls radial, forment un ensemble symptomatologique qui ne ressemble à aucune des espèces habituelles de la nosologie humaine.

Difficile à bien apprécier cliniquement, cette affection n'apparaît pas avec un caractère plus tranché, même après la mort, et ne se laisse point classer aisément dans le cadre des maladies connues.

Il n'existe aucun rapport satisfaisant entre l'anatomie pathologique des principaux viscères et les phénomènes les plus frappans observés pendant la vie.

Rien ne rend compte de ces douleurs si vives ressenties dans le ventre, où l'on ne trouve aucune trace d'inflammation péritonéale; et les altérations si minimes notées dans les viscères abdominaux et thoraciques, ne pouvant expliquer les vomissemens, le refroidissement et l'insensibilité du pouls, l'auteur est obligé d'en chercher l'interprétation, au moins en partie, dans un état morbide des centres nerveux. A cette occasion, on doit regretter que la moelle épinière n'ait pas été spécialement examinée, car les altérations notées dans le cerveau nous paraissent tout à fait insuffisantes pour donner la solution du problème. En effet, la mollesse générale de la masse encéphalique ne nous semble que le résultat naturel des vingt-six heures passées entre le moment de la mort et celui de l'autopsie. On ne peut pas plus attribuer des phénomènes généraux, sans altération latérale du mouvement et de la sensibilité, soit à la légère diminution de consistance de la substance nerveuse environnant la tumeur encéphalique, soit à cette production morbide elle-même.

C'est cette tumeur qui forme le point le plus saillant et le plus intéressant de l'observation de M. Lallemand. Quelle est la nature de ce dépôt morbide?

En cherchant à résoudre cette question par l'étude des caractères physiques de la tumeur, l'auteur ne lui reconnaît d'analogie qu'avec les tubercules encéphaliques; mais en s'appuyant sur cette loi, qu'après l'âge de 15 ans, l'on ne trouve point de tubercules dans un organe sans en rencontrer dans les poumons, il rejette l'idée d'une masse tuberculeuse, et conclut à la nature syphilitique du produit morbide, en s'appuyant de l'autorité de M. Lebert, pour le considérer comme une tumeur gommeuse ancienne, en partie calcifiée.

A l'appui de cette manière de voir, M. Lallemand invoque les affections syphilitiques pour lesquelles le malade est entré plusieurs fois à l'hôpital, et les cicatrices encore visibles sur le gland et aux régions inguinales.

On regrette que, pour donner plus de poids à cette induction, l'auteur n'ait point signalé les vestiges de quelques accidens syphilitiques secondaires, et qu'il n'ait pas mentionné s'il existait soit des traces d'affection cutanée, soit des cicatrices d'ulcères de la gorge ou des gonflemens caractéristiques sur le trajet des os.

Pour suppléer à ce qui manque dans son observation, sous ce point de vue, M. Lallemand essaye de justifier sa manière de voir en rappelant l'opinion de divers auteurs sur la possibilité du développement de tumeurs syphilitiques dans l'encéphale, et il relate sommairement quelques exemples de tumeurs considérées comme des produits de la syphilis constitutionnelle, dans la profondeur des viscères.

Mais les assertions de quelques auteurs n'ont qu'une valeur très contestable, et les faits mentionnés par M. Lallemand sont accompagnés de trop peu de détails pour qu'ils soient définitivement admis comme des exemples certains de produits de syphilis tertiaire.

Les gommes, considérées d'une manière générale, consistent plutôt en une infiltration de matière amorphe dans les tissus, qu'en un dépôt de produit morbide circonscrit par un kyste. Il est rare aussi que, dans les gommes, il se dépose subséquemment des molécules de carbonates calcaires; et les tumeurs gommeuses les moins contestables observées jusqu'à ce jour dans les viscères, et spécialement dans le cerveau, ne contenaient pas de molécules solides et n'étaient point enkystées.

En raison des considérations qui précèdent, nous proposerions de n'admettre la nature syphilitique de la tumeur qui fait l'objet du travail de M. Lallemand, qu'avec la réserve du doute méthodique qui ne risque pas de s'égarer en jugeant une question prématurément, et attend, pour trouver dans les observations ultérieures, les données nécessaires à la solution du problème.

Le secrétaire général de la Société d'émulation,
J. Cherest.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

COUP D'OEIL SUR LE SERVICE DE M. ROUX PENDANT LE PREMIER SEMESTRE DE L'ANNÉE 1853.

(Suite et fin.—Voir le numéro du 17 Septembre.)

2° Amputations.

Vingt amputations importantes et une résection du coude ont été pratiquées pendant ce semestre; mais elles diffèrent trop pour être susceptibles d'une appréciation générale; des divisions permettront, seules, d'en faire une statistique de quelque valeur.

Une première division comprend les amputations du sein, au nombre de sept; toutes ont été pratiquées sur des femmes, et ont eu, pour résultat, des plaies d'une grande étendue. Sur ce nombre, trois malades ont succombé, deux à des érysipèles phlegmoneux, la troisième à une pleurésie; toutes trois ont eu ceci de commun, qu'elles ont été frappées lorsque la vaste plaie qu'avait produite l'amputation, était déjà considérablement rétrécie par la cicatrisation. L'érysipèle qui a fait deux victimes s'est manifesté dans des circonstances étiologiques trop tranchées pour ne pas être rappelées ici; les dix-huit premiers jours de mars avaient été chauds, lorsque la température subit brusquement, le 19, un abaissement considérable qui se soutint les 20, 21 et 22, il tomba même de la neige et du verglas; à ce changement brusque de l'atmosphère correspondit exactement l'apparition des deux érysipèles déjà mentionnés dans la salle Saint-Charles, et de cinq autres dans la salle Sainte-Marthe; il est probable que cette époque n'a pas été néfaste seulement pour ces deux salles.

Des quatre malades qui ont guéri, l'une a eu à lutter pendant longtemps contre un érysipèle phlegmoneux qui avait envahi le bras et l'avant-bras; les trois autres, opérées dans une saison plus douce et dont la température a été plus égale, n'ont pas eu d'érysipèle.

Chez deux malades seulement, sur les sept, M. Roux a pu tenter la réunion par première intention, en rapprochant les bords de la plaie à l'aide de bandelettes de diachylon, réunissant les fils à ligature en un ou deux faisceaux suivant leur nombre et leur situation, et recouvrant le tout de gâteaux de charpie, de compresses et d'un bandage de corps. Voici les résultats qu'on a obtenus: la première plaie, traitée par ce procédé le 10 juin, était longue de 12 centimètres, pansée pour la première fois le 14, elle était réunie dans toute son étendue, excepté à son milieu.

C'est par là que sortaient les ligatures, les bords étaient écartés d'un centimètre dans une étendue de trois centimètres; la plaie suppura en ce point, et la cicatrisation ne fut complète que le 11 juillet. La seconde plaie, faite le 24 juin et longue de onze centimètres, présenta, le 29, une réunion linéaire parfaite, sauf à l'angle supérieur par lequel on avait donné issue aux ligatures; ces ligatures ne tombèrent que le 6 juillet, et, peu de jours avant leur chute, elles occasionnèrent un petit foyer purulent qui décolla deux centimètres de la réunion précédente; la cicatrisation, ainsi retardée, se fit attendre jusqu'au 18 juillet.

On voit donc que ces deux tentatives de réunion auraient été couronnées d'un plein succès, sans la présence des ligatures dans la plaie.

Les quatorze autres amputations ont porté sur des membres; une résection du coude et une désarticulation de l'épaule, ont des caractères spéciaux qui les font ranger à part. La première a été pratiquée pour une tumeur blanche suppurée, le malade a succombé à l'infection purulente le sixième jour de l'opération. La seconde a été motivée par un ostéo-sarcôme de l'humérus, dont l'histoire présente quelques particularités intéressantes.

Louis Lirois, 56 ans, terrassier, n'a eu ni vérole, ni dartre, ni scrofule; il a toujours été parfaitement bien portant jusqu'en janvier 1851, époque à laquelle il fit une chute en montant un tuyau de poêle; le bras droit porta sur le bord du poêle, et Lirois ne put plus s'en servir pour des travaux qui demandaient quelque force. Néanmoins, il resta jusqu'au 18 juin sans autres soins que quelques frictions avec l'eau sédative, il entra alors à l'hôpital Beaujon, dans un service de médecine, d'où on le fit passer chez M. Robert; le bras n'était pas tuméfié, mais seulement douloureux quand on lui imprimait des mouvemens. On trouva une solution de continuité de l'humérus, et on appliqua un appareil avec des attelles qui, au bout de dix-huit jours, fut remplacé par un appareil dextriné que le malade garda trente-quatre jours; à cette époque, au dire du malade, le bras parut consolidé, on le plaça cependant dans une gouttière; à peine y fut-il qu'une tuméfaction circulaire apparut au quart inférieur de l'avant-bras, cette tuméfaction s'accrut pendant six mois que le malade passa encore à l'hôpital; il demanda sa sortie en novembre 1852.

Depuis, de violens élancemens se firent souvent sentir dans la tumeur, et descendirent parfois dans l'avant-bras et les doigts; en mars 1853, la douleur devint continue, le membre s'œdématia, un médecin fit recouvrir la tumeur d'un large vésicatoire, mais il ne fit qu'ajouter aux souffrances du malade.

Lirois entre à l'Hôtel-Dieu le 29 avril; les deux tiers inférieurs de son bras droit sont occupés par une tumeur ayant à peu près le volume et la forme d'un gros œuf d'autruche, sans changement de couleur à la peau, excepté dans l'étendue qui a été recouverte par le vésicatoire, sans veines superficielles apparentes, sans solutions de continuité; cette tumeur est dure, lisse à sa partie antérieure et externe, bosselée à son côté interne et à sa face postérieure; on n'y sent aucune fluctuation, les mouvemens produisent une crépitation bien manifeste, et l'humérus paraît avoir une solution de continuité au niveau du bord supérieur de la tumeur; celle-ci est bien

---

répond à l'une des deux significations que nous venons d'attribuer au πνευμα. Parmi ces systèmes, en effet, les uns immatérialisent la force, le principe qui préside aux actes de la santé et de la maladie. Tel est celui de Stahl. D'autres donnent, en quelque sorte, un corps à ce principe. Tel est, ce me semble, celui de Van Helmont, qui le personnifie dans son ingénieuse création de l'*archée*.

On ne sait trop, en vérité, à quel système ancien on doit donner pour point de départ le πνευμα pris dans cette dernière acception; mais dans nos doctrines modernes, nous admettons, ou du moins beaucoup de médecins admettent un élément auquel ils font jouer un grand rôle dans leurs théories physiologiques et pathologiques; cet élément, qui n'est rien autre chose que le fluide nerveux, personne ne l'a vu, ni pesé, et cependant ce n'est pas une substance immatérielle; c'est donc un principe analogue à l'éther des anciens philosophes et des physiciens modernes.

Ainsi, à quelque point de vue que l'on envisage le pneumatisme, on découvre eu lui l'origine d'un certain nombre de systèmes ou doctrines modernes, désignés sous le nom commun de *vitalisme*.

Dans les modifications diverses qu'il a subies jusqu'à nos jours, le le vitalisme, n'est donc en définitive, qu'une émanation des doctrines de l'école pneumatique, comme le solidisme n'est qu'une conséquence des doctrines de la secte méthodique. Nous retrouvons donc dans l'antiquité la plus reculée les fondemens des trois grands systèmes médicaux qui ont divisé et divisent encore aujourd'hui la science, les trois grands points de vue auxquels se sont placés les hommes qui ont voulu systématiser la médecine, à savoir : 1° *L'humorisme*, 2° le *solidisme*, 3° le *vitalisme*. L'humorisme remonte au berceau même de notre art, à Hippocrate; le *solidisme* reconnaît pour pères Asclépiade et Thémison; le vitalisme doit le jour à Athénée, de Cilicie. Avec le temps et les progrès de la science, ces différens systèmes nous apparaissent portant l'empreinte de modifications plus ou moins profondes; mais ils conservent toujours certains caractères fondamentaux, quelques traits frappans qui nous permettent de les reconnaître en nous révélant leur première origine.

Entrons maintenant dans quelques détails relatifs aux principes de la secte pneumatique et à l'application de ces principes aux diverses maladies. Suivant Athénée et ses disciples, toutes les maladies commencent par la souffrance ou l'altération du pneuma. Si l'esprit exerce sans obstacle son activité normale, il entretient la machine, la nourrit, la conserve; si son action cesse tout à coup, la vie est brusquement suspendue: si l'action de l'esprit est changée, augmentée diminuée ou pervertie, il en résulte diverses maladies qui diffèrent autant les unes des autres qu'il y a de causes variées capables de troubler l'activité du pneuma. Lorsque celui-ci est renfermé dans le corps, de manière qu'il ne puisse trouver d'issue, il s'y accumule, et, par les efforts auxquels il se livre pour échapper à la gêne qu'il éprouve, il ébranle toute la machine. *Spiritus intùs coercitus omnia compulit* (Arétée).

L'*ileus* est dû au πνευμα emprisonné dans l'intestin; l'*asthme* à ce que l'esprit est froid et accablé par l'humidité; épais et humide, il donne lieu à l'*induration de la rate*; subtil et sec, il fait éclater la *phrénésie*; congelé, il produit l'*apoplexie*; en se fluidifiant et se transformant en eau, il donne naissance à l'*ascite*; le *vertige* résulte du tournoiement de l'esprit sur lui-même. Etrange accumulation d'hypothèses bizarres, absurdes, ridicules! Est-il concevable que des hommes sérieux aient pu accorder de l'importance à de pareilles futilités?

Cependant, du milieu de ce tissu d'erreurs, il est possible de tirer quelques idées saines et utiles. Ainsi, à propos de l'*angine*, Arétée auteur pneumatique, à l'ouvrage duquel nous empruntons tous ces détails, dit qu'il existe des cas où des individus sont pris tout à coup de difficulté d'avaler et de suffocation, sans que l'inspection de la gorge et l'examen des parties souffrantes révèle une altération organique quelconque. Cela tient, ajoute Arétée, à ce que le pneuma exerce une mauvaise influence sur la gorge et l'oblige à se resserrer. Cette angine décrite par Arétée ressemble beaucoup à la maladie que, dans notre langage moderne, nous appelons *spasme de la glotte*. Au lieu du pneuma, c'est le *fluide* ou *l'influx nerveux* que nous faisons intervenir dans l'explications de ces accidens. Notre fluide nerveux, c'est l'*esprit* des pneumatistes, que nous avons matérialisé et auquel nous avons donné un autre nom.

A propos de cette angine existant sans altération de la gorge, Arétée se livre à quelque réflexions toutes empreintes de l'esprit de sa secte. On ne doit pas s'étonner, dit-il, qu'il en soit ainsi (que les organes sans être altérés dans leur composition, éprouvent des troubles dans leurs fonctions), puisque la simple respiration des exhalaisons qui s'échappent des *fosses charonéennes* (lieux souterrains à émanations délétères), suffit pour tuer un homme, avant que le corps ne soit en aucune façon altéré dans la matière qui le constitue. Cela résulte, suivant l'auteur, de l'altération primitive du pneuma, et il cite à l'appui de son opinion des cas dans lesquels des principes délétères introduits de l'extérieur à l'intérieur, ont amené la mort sans lésion aucune de la substance des organes. Dans ces considérations, dit M. Andral, Arétée a parfaitement raison. Ne voyons-nous pas, en effet, une goutte d'acide prussique, par exemple, déposé sur la conjonctive d'un chien, tuer l'animal à l'instant même? Une foule de poisons font périr sans laisser dans les organes de trace de leur passage. Il semble qu'ils vont attaquer directement et à sa source le principe même de la vie, pour le terrasser.

Mais ce ne sont pas seulement des influences extérieures qui peuvent troubler le pneuma. Il peut arriver, dit l'auteur, que l'esprit éprouve spontanément des désordres qui produisent la maladie, sans altération des solides ou des liquides du corps. Pour nous ce n'est pas le pneuma, mais le système nerveux dont les troubles peuvent donner naissance à diverses maladies, sans lésion appréciable de la matière organique.

Thérapeutique des pneumatistes. — Elle est logiquement déduite de leurs principes théoriques. Agir sur le pneuma, l'exciter, le calmer, faciliter et régulariser sa distribution dans l'économie; telle était la règle générale qui dirigeait les pneumatistes dans le traitement des maladies. Ce principe a été fidèlement observé par les médecins postérieurs dont les doctrines se rattachent plus ou moins à celles de l'école pneumatique. Van-Helmont cherchait, tour à tour, à exciter son archée, à calmer ses frayeurs et sa colère, à rendre son influence plus égale et plus régulière. Suivant quelques médecins contemporains, il faut compter, dans les maladies, avec un élément important, le fluide ou l'influx nerveux que l'on doit tantôt exciter, tantôt affaiblir.

Je n'ai pu, dit M. Andral, rien trouver d'avantage sur les principes généraux de la secte pneumatique. Tout incomplets qu'il sont, ces détails ne manquent pas d'intérêt, en montrant dans ces principes le point de départ de plusieurs systèmes qui, dans la suite des siècles, se sont produits en médecine. Les idées pneumatiques complètent cette trilogie de systèmes médicaux qui ont, tour à tour, dominé la science et régné dans le monde. Elle clot ce cercle éternel dans lequel la médecine n'a cessé de tourner et de s'agiter, dans tous les pays de l'univers, depuis les temps antiques jusqu'à nos jours.

(La suite du cours prochainement.)

MÉDECINE OPÉRATOIRE DANS L'INDE. — Il résulte d'un rapport publié par le Collége de médecine du Bengale, que sur 303 opérations chirurgicales pratiquées par M. O'Shaughnessy, du 1er janvier au 31 décembre dernier, 6 seulement ont été suivies de mort, et encore deux de ces cas étaient des hernies étranglées arrivées à une époque très avancée, et dans l'état le plus défavorable pour l'opération. Sur 2,057 petites opérations chirurgicales, il n'y en a pas eu une seule qui ait été suivie de succès. La médecine n'est pas moins heureuse que la chirurgie dans ce pays; car, sur 13,711 malades admis à l'hôpital, 12,917 ont été renvoyés guéris.

limitée en bas un peu au-dessus du pli du coude, et n'envoie aucun prolongement visible en haut; les mouvemens de l'épaule sont libres et les ganglions axillaires ne sont pas engorgés; les mouvemens, la sensibilité, et la circulation de l'avant-bras sont bien conservés. Les élancemens que le malade ressent sont si violens qu'il n'a pas un instant de sommeil.

M. Roux diagnostique un ostéo-sarcôme de l'humérus, et soupçonnant un prolongement de la tumeur dans le canal médullaire, il rejette l'idée de l'amputation du bras, et en pratique la désarticulation le 4 mai. Le malade perdit beaucoup de sang pendant l'opération et eut une syncope d'assez longue durée. Deux jours après il eut une hémorrhagie qui obligea à lever l'appareil et à appliquer trois nouvelles ligatures, néanmoins la plaie paraissait se bien réunir lorsque le malade fut pris le 9 au soir d'un broncho-pneumonie à laquelle il succomba le 13.

L'examen du bras amputé fit constater ce qui suit : la peau paraît parfaitement saine, et séparée de l'aponévrose par un tissu cellulaire peu épais, résistant, mais sans altération; le biceps, le brachial antérieur, le long supinateur, les deux radiaux externes et le triceps sont soulevés fortement et aplatis par la tumeur, mais ils ne paraissent nullement altérés dans leur texture ni même diminués de volume; les nerfs. disséqués avec soin, sont étalés sur la tumeur ou sur les muscles soulevés comme eux, et d'un beau blanc mat; le nerf radial traverse la tumeur, mais il est enveloppé d'une gaîne de tissu cellulaire, et aussi intact que les autres; l'artère humérale déplacée est considérablement écartée du nerf médian, elle est très saine, ainsi que ses veines collatérales.

La diaphyse de l'humérus est détruite dans toute l'étendue de la tumeur, excepté au bord interne où quelques esquilles isolées tracent la ligne qui reliait primitivement le fragment supérieur à l'inférieur; ce dernier n'a qu'un centimètre de hauteur au-dessus des surfaces articulaires; l'articulation est parfaitement saine. Le fragment supérieur commence à un centimètre seulement au-dessous du bord supérieur de la tumeur; en ce point il est dilaté considérablement et présente beaucoup de pointes dentées elles-mêmes.

La tumeur a tous les caractères physiques de l'encéphaloïde, et l'examen microscopique n'a laissé aucun doute sur sa nature cancéreuse; à son centre elle offre une substance jaune et molle qui paraît occuper la place de la diaphyse détruite.

En sciant l'humérus longitudinalement, on a vu la tumeur se prolonger de quatre centimètres dans la cavité médullaire; en outre, celle-ci était remplie, çà et là, d'une substance dont l'aspect différait peu de celui de l'encéphaloïde; la tête de l'os présentait elle-même une infiltration de cette même substance, la membrane médullaire était rouge, épaissie et abreuvée de sucs.

Un troisième a subi l'amputation partielle du pied, d'après la méthode de Chopart; malgré des foyers purulens survenus entre les lambaux, autour des malléoles, et au quart inférieur de la jambe, malgré de violentes douleurs dans plusieurs articulations, des sueurs et une diarrhée abondantes, une fièvre continue avec redoublement le soir, la plaie était parvenue à cicatrisation complète, lorsque le malade succomba 61 jours après l'opération, épuisé par un nouvel abcès qui s'était fait jour au flanc droit. M. Boullard, qui a pu examiner le pied dans les pavillons de l'école pratique, a trouvé toutes les articulations soudées.

Des onze amputations de membres qui nous restent, une a été pratiquée sur l'avant-bras, cinq sur la cuisse et cinq sur la jambe, ces dernières au lieu d'élection; presque toutes ont été faites pour des tumeurs blanches. De ces onze malades, neuf ont guéri complètement de leur opération, mais l'un d'eux, déjà amputé de la cuisse gauche pour une tumeur blanche du genou, et amputé de nouveau de la jambe droite pour une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne, n'est pas sorti de l'hôpital; après la cicatrisation complète de son moignon, il fut pris des symptômes d'une phthisie à marche rapide à laquelle il succomba.

Deux sujets seulement sont morts peu de temps après avoir subi l'amputation, mais on ne peut guère mettre sur le compte de l'opération la mort d'un vieillard, dont le pied, dégarni de ses parties molles par la gangrène sénile, était suspendu comme un corps inerte à une jambe déjà frappée elle-même, et qui fut coupée au lieu d'élection; le moignon se sphacéla, et le malade mourut trente-six heures après l'opération. Chez une autre, des excoriations au sacrum devinrent le point de départ d'un érysipèle qui envahit rapidement la moitié du tronc et le moignon, détruisit la cicatrice, et fit périr le malade.

Après toutes ces amputations, M. Roux a cherché à obtenir la réunion par première intention; le mode de pansement qu'il a employé à cet effet, n'a rien de particulier, si ce n'est le soin extrême et la perfection de son application, il consiste en une première bande appliquée à demeure sur le moignon, en bandelettes de diachylon maintenant les lèvres de la plaie dans un rapport exact, en compresses, et enfin en une bande qui maintient et comprime doucement cet appareil. Voici les résultats immédiats observés au premier pansement, que M. Roux fait toujours après le quatrième jour accompli, à moins d'indications particulières; chez trois malades, on a pu admirer la réunion en apparence la plus parfaite que l'on puisse désirer, car l'émergence des ligatures laissait seule une solution de continuité entièrement remplie par les fils. Chez six autres, la réunion a été obtenue dans la plus grande étendue de la plaie; on trouvait seulement aux angles, ou bien au milieu de la plaie, si les ligatures sortaient en ce point, les bords écartés dans une étendue qui a varié de 1 à 3 centimètres. Deux malades seulement n'ont offert aucune réunion; l'un d'eux est l'amputé pour gangrène sénile; l'autre avait subi l'opération pour une lésion organique du pied, son membre était très amaigri, et la peau ne s'était nullement rétractée.

Tels ont été les résultats immédiats de ces tentatives de réunion par première intention; les résultats définitifs en diffèrent un peu. Ainsi, chez les trois malades qui avaient présenté une réunion linéaire complète, la présence des ligatures a provoqué de la suppuration, dans une étendue très limitée, il est vrai, mais la cicatrisation complète ne s'en est pas moins fait attendre pendant trois semaines pour l'un, un mois pour l'autre, et 34 jours pour le troisième. Pour les six qui n'avaient que des réunions partielles, la réunion complète a demandé de 35 à 42 jours. Enfin, le malade dont toute la plaie a suppuré, a été guéri en 35 jours.

Cette petite statistique démontre, une fois de plus, que la présence des ligatures dans la plaie d'amputation doit être regardée comme un des obstacles les plus puissans à l'obtention de la réunion immédiate, puisqu'elle paraît avoir suffi pour assimiler, quant à la durée, d'admirables réunions obtenues par le pansement de M. Roux, à d'autres amputations dans lesquelles la réunion n'était que partielle, ou même n'avait pas eu lieu.

Sans doute la durée de la suppuration n'est pas toute dans l'histoire d'une plaie, l'étendue de la surface suppurante a bien aussi son importance, et, au point de vue de la possibilité du développement des complications, il reste toujours entre les malades de la première catégorie et ceux de la seconde une différence considérable, toute à l'avantage des premiers; mais la durée de la suppuration, et partant du séjour dans les hôpitaux, est un point assez capital dans la question des pansemens après les amputations, pour qu'il soit permis d'appeler de tous ses vœux, un procédé de ligature ou tout autre moyen hémostatique aussi sûr qu'elle, et qui n'obligerait pas l'opérateur à laisser des fils dans la plaie.

DUCHAUSSOY,
Interne des hôpitaux.

THÉRAPEUTIQUE.

GUÉRISON DU MAL DES DENTS PAR LES VOMITIFS;

par César FRÉDERICQ, médecin à Gand.

La douleur causée par une dent cariée, nécessite souvent l'avulsion de celle-ci. Mais ce remède n'est pas toujours goûté par le patient et ce n'est généralement que lorsqu'on est poussé à bout par la souffrance qu'on se résigne à subir cette opération. De là le recours à une multitude de palliatifs, tels que les révulsifs, les topiques sur la dent malade. Parmi tous ces antiodontalgiques, la cautérisation avec le créosote, nous paraît jouir d'une certaine supériorité.

Mais outre tous ces remèdes d'un usage journalier, il en est un qu'on néglige trop à notre avis : nous voulons parler des vomitifs. L'ipécacuanha administré à dose vomitive contre l'odontalgie, nous a offert les succès les plus inattendus. Nous l'avons vu réussir là, où tout avait échoué; dans les cas où même l'avulsion de la dent malade n'avait pas eu d'effet, et toutes les personnes que nous avons vu guérir par les vomitifs, ont été après, exemptes du mal de dent durant longtemps.

Les vomitifs constituent aussi une précieuse ressource dans les cas d'odontalgie sans carie.

On a reconnu différentes espèces d'odontalgies. Le mal de dent peut être symptomatique d'autres affections, il peut être produit par une cause éphémère. Et le vulgaire attribue la douleur que l'on éprouve dans la dent cariée à la carie. Mais, s'il en était ainsi pourquoi l'odontalgie ne serait-elle pas permanente comme la carie elle-même? pourquoi les personnes atteintes de dents cariées ne souffriraient-elles pas d'une manière continue; pourquoi le mal de dent ne se ferait-il sentir qu'à des intervalles plus ou moins éloignés; puisqu'il y a quelquefois des mois et même des années qu'on en est exempt?

La carie à elle seule ne comprend donc pas tous les élémens du mal; aussi ne le considère-t-on que comme une prédisposition permanente à l'odontalgie. Pour produire le mal de dent il faut une cause déterminante. Et cette cause peut varier selon une multitude de circonstances: de là, les différentes variétés d'odontalgies admises par les auteurs; et de là aussi, la nécessité de traiter souvent le mal ailleurs que dans la dent malade.

Au reste la variété d'odontalgie, qui serait symptomatique d'un état saburral de l'estomac, paraît d'autant plus commune, que rarement un mal de dent ne coïncide avec les signes d'un embarras gastrique. Et même quel que soit le rapport de cause à effet, qui existe entre les troubles digestifs et l'odontalgie, les sympathies étroites qui lient l'estomac et le cerveau, suffiraient seules, pour faire comprendre qu'une révulsion, qu'une modification puissante, imprimée à l'estomac par l'action vomitive, pourraient produire un retentissement dans les nerfs de la tête.

Il peut donc être utile de ne pas perdre de vue cette sympathie intime et le parti qu'on en pourrait tirer dans le traitement de toutes les variétés d'odontalgie et de névroses céphaliques.

(*L'Observateur des sciences médicales.*)

PRESSE MÉDICALE.

(JOURNAUX FRANÇAIS.)

Bulletin général de thérapeutique. — 2e Trimestre de 1853.

Coup d'œil sur l'action thérapeutique du lupulin, partie active du houblon; par M. le docteur DEBOUT.

On sait que le lupulin, ou matière jaune du houblon, est une substance pulvérulente, composée de petits corps d'un jaune doré, d'apparence résineuse, doués d'une saveur amère et d'une odeur aromatique, qui se trouve principalement sur la surface des écailles foliacées dont sont formées les fleurs femelles de ce végétal, sur la graine que ces écailles enveloppent par leur base, ainsi que sur l'axe qui les supporte, et que l'on obtient en agitant sur un tamis fin les cônes du houblon de l'année précédente. C'est cette substance dont M. Debout vient rappeler l'action élective sur l'éréthisme génital, déjà signalée par un médecin de Philadelphie, M. Page. Le houblon joint à son pouvoir tonique celui d'éteindre en même temps l'orgasme vénérien. Les faits cités par M. Debout ne peuvent laisser de doute à cet égard. Ainsi, un jeune marin, affecté, à la suite d'une blennorrhagie, d'érections morbides très douloureuses, fut guéri par un gramme de lupulin trituré avec un peu de sucre blanc cristallisé, et pris en une seule fois le soir en se couchant. Dans un autre cas, violente contusion du corps caverneux, accompagnée d'hémorrhagie urétrale, l'hémorrhagie avait été arrêtée par le froid et l'introduction d'un fragment de sonde dans l'urètre; il restait des érections douloureuses qui empêchaient le sommeil. Le lupulin eut le même résultat que dans le cas précédent.

Ces faits ont conduit M. Debout à tenter l'emploi de cette substance dans la spermatorrhée, et notre confrère rapporte, à l'appui de ce traitement, deux faits. Le premier a été recueilli sur un confrère, dont la santé s'était fort détériorée à la suite de pertes séminales, et qui était atteint de palpitations qui le réveillaient brusquement au milieu de la nuit. La guérison a été complète en quinze jours, sous l'influence du lupulin, à la dose de 1, 2 et 2.50 grammes, des granules de digitaline et des frictions sur les membres avec un gant de crin. Dans le second fait, recueilli par M. Aran, à la Pitié, chez un homme affecté d'une dyspepsie rebelle, avec analgésie générale, des pertes séminales très fréquentes avaient lieu la nuit au milieu des rêves érotiques; le lupulin fut donné à la dose de 1 gram. 50, 2 gram. 50, 3 et 4 gram. Les érections devinrent moins énergiques, et en cinq jours, elles disparurent complètement; elles reparurent depuis à d'assez longs intervalles. Mais il y avait quatre mois que le malade n'en avait eu une seule, lorsque cette observation a été publiée.

Quant à la dose, 1 ou 2 grammes suffisent ordinairement; mais on peut aller sans inconvénient bien plus haut. MM. Puche et Ricord l'ont administré à des doses croissantes de 6, 8, 10 et 12 grammes. Pour mieux mettre en liberté l'élément anaphrodisiaque, c'est-à-dire l'huile essentielle, il faut triturer le lupulin avec un peu de sucre blanc.

De l'emploi du citrate et du tartrate de soude comme purgatifs; par M. le dr DELIOUX, professeur à l'Ecole de médecine navale de Cherbourg.

Dans ce travail, M. Delioux appelle l'attention sur l'emploi de deux sels de soude, le citrate et le tartrate, qui offrent une saveur moins forte que le tartrate de soude, et qui purgent aussi bien, à une dose un peu supérieure, à la vérité, mais sans que les voies digestives en soient offensées. De 30 à 50 grammes du premier sel produisent, après une ou deux heures, quatre ou cinq selles, sans coliques ou avec des douleurs abdominales très légères. L'acétate de soude est cependant préférable comme goût et plus facilement toléré. A la dose de 40, 50, 60 grammes, il produit des évacuations suffisantes pour constituer une purgation. En résumé, dit M. Delioux, le citrate et l'acétate de soude sont des purgatifs commodes pour leur sapidité peu prononcée et facile à couvrir, très doux, ne déterminant aucune colique ou n'en éveillant que de très légères, surtout lorsqu'on les administre à une dose appropriée à la constitution des sujets.

De l'action du tartrite de potasse dans l'hypochondrie; par M. le docteur E. LAMBERT.

Le tartre tartarisé des anciens, sel végétal, tartre soluble, tartrite de potasse, est un sel aujourd'hui bien peu employé. Tempérant, rafraîchissant, rarement purgatif, il avait été préconisé contre la pléthore abdominale, les congestions hémorrhoïdales, les engorgemens du bas-ventre. M. Lambert vient aujourd'hui le recommander dans des cas d'anomalie morbide de la sensibilité du système nerveux des organes digestifs, qui touchent plutôt à l'hypochondrie qu'à l'aliénation mentale. Des deux observations rapportées par M. Lambert, la première est surtout très remarquable. C'était un ancien militaire, âgé de 29 ans, qui, après avoir mené une vie très dissipée, était revenu de ses erreurs, puis était tombé dans une mélancolie profonde : face très pâle, yeux fixes, un peu égarés, pouls très lent, indifférence complète, selles irrégulières très dures, sommeil très léger et agité; le malade ne retirait pas son bras quand on le saisissait et qu'on le lâchait ensuite; il ne demandait jamais à manger, mais attendait qu'on lui introduisît des alimens dans la bouche pour les avaler. Après avoir essayé sans succès divers traitemens, M. Lambert lui prescrivit tous les jours :

R. Tartrite de potasse. . . . . 16 gram.
Faites dissoudre dans :
Infusion de petite centaurée. . . . . 120 gram.

A prendre par cuillerée dans la journée; des pilules purgatives furent en outre données une fois par semaine. Ce traitement fut continué pendant un mois. A cette époque, les yeux avaient déjà plus de vivacité, la coloration était meilleure, le pouls battait 52 pulsations par minute; il commençait à aller et venir dans sa chambre; un jour même, il avait demandé à manger. Après trois mois de ce traitement, il était revenu à son ancien état de santé.

COURRIER.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — Les nouvelles d'Angleterre n'annoncent pas que le choléra ait fait de nouveaux progrès; il règne cependant encore à Newcastle, et il y aurait eu en tout 183 cas, dont 53 suivis de mort.

A Londres, au contraire, le nombre des cas de décès attribués au choléra n'a été, la semaine dernière, que de 7, dont 5 chez des enfans au-dessous de 15 ans, et 2 chez des adultes, entre 15 et 60 ans. Or, jamais, à aucune époque, le nombre des décès par le choléra n'a été beaucoup moindre, et le relevé des semaines correspondantes des dix années précédentes donne les chiffres suivans : 4, 1, 2, 8, 7, 6, 1,682 (c'est l'année du choléra), 4, 17 et 5. Jamais non plus l'état sanitaire ne fut plus favorable à Londres, et dans la dernière semaine il n'est mort que 1,015 personnes, tandis qu'en 1849, à pareille époque, et lorsque le choléra était sur son déclin, la mortalité était encore de 2,865.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. —Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 113. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 22 Septembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An .... 32 Fr.
6 Mois 17
3 Mois 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 21 SEPTEMBRE 1853.

ENQUÊTE SUR L'EXISTENCE DES PRODROMES DU CHOLÉRA.

Dans un intérêt public d'une grande importance, nous prions nos confrères français ou étrangers qui ont eu la malheureuse occasion d'observer le choléra asiatique épidémique, de vouloir bien nous transmettre les renseignemens qu'ils peuvent posséder sur les questions suivantes :

1° L'invasion du choléra épidémique a-t-elle été précédée de diarrhée, et, autant qu'il a été possible de l'apprécier, dans quelle proportion d'après le nombre des cas de choléra confirmé?

2° Ce prodrôme — la diarrhée — a-t-il été observé sur la généralité des habitans de la localité envahie par le choléra; en d'autres termes, y a-t-il eu sensiblement plus de diarrhées que de cas de choléra? — Quel intervalle de temps s'est-il écoulé entre l'apparition de la diarrhée et celle du choléra?

3° Les individus chez lesquels la diarrhée s'est spontanément arrêtée ou a été enrayée par les secours de l'art sont-ils restés indemnes de l'épidémie?

4° Quel traitement a-t-on employé contre la diarrhée prodromique et quels ont été ses résultats?

Donner, autant que faire se pourra, des résultats numériques.

Quoique nous ne puissions, en ce moment, indiquer ni le but précis de ces questions, ni l'usage qui pourra être fait des réponses qui nous seront transmises, nous osons nous adresser avec confiance à nos lecteurs qui voudront bien admettre que nous ne commettrions pas l'indiscrétion de recourir à leur obligeance et à leurs lumières, et que nous ne voudrions pas faire servir la grande publicité de l'UNION MÉDICALE pour un intérêt privé ou dans un but de vaine et stérile curiosité. Il s'agit, nous le répétons, d'un intérêt public considérable.

Nous ajoutons que ce sera doubler le prix de ces communications de nous les adresser dans le plus bref délai possible.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — Service de M. le professeur MALGAIGNE.

CONSIDÉRATIONS SUR LA SCAPULALGIE.

Quand on voit les nombreux travaux qui de tout temps ont paru sur les maladies des articulations, on est étonné de ne voir nulle part l'histoire complète d'une maladie qui, peut-être, est une des plus fréquentes que je connaisse, je veux parler de cette affection de l'articulation scapulo-humérale, désignée en Allemagne sous le nom bizarre d'omartrocace; et que le premier j'ai appelée *scapulalgie*, nom moins dur, qui établit un rapport assez juste avec ceux de coxalgie et d'arthralgie, déjà existant dans la science.

Je ne me propose pas, aujourd'hui, de combler entièrement la lacune que je viens de signaler; je veux surtout vous entretenir de trois affections, qui, toujours, ont embarrassé les chirurgiens. Je parlerai : des luxations incomplètes de l'humérus d'Astley Cooper ; de la luxation en avant et en haut de M. Laugier; enfin de la luxation du tendon de la longue portion du biceps. Trois affections soit disant traumatiques, passées sous silence dans tous les traités de chirurgie, même les plus modernes, et que je rattache à l'histoire de la scapulalgie, dont elles ne sont que des épiphénomènes.

La scapulalgie, que ceux d'entre vous qui suivent mes visites, auront souvent l'occasion d'observer, est une maladie excessivement commune, plus commune chez l'adulte et chez le vieillard que la coxalgie elle-même; comme les fractures du col de l'humérus, qui sont plus fréquentes que celles du col du fémur, même dans le dernier âge de la vie.

Cette affection, Messieurs, se présente sous deux formes principales : tantôt il y a tous les symptômes de l'arthrite sèche. Si, quelquefois, il y a un peu de liquide dans l'articulation, on ne peut le sentir, la tête ne balotte pas. La douleur scapulaire a son siége de prédilection sur le devant de l'épaule. Il n'y a aucun déplacement, aucun symptôme de semi-luxation. Je ne parlerai pas davantage de cette première forme de la scapulalgie : je la traite par l'immobilisation de l'épaule.

D'autres fois, l'hydarthrose est plus considérable, elle dilate la capsule qui entraîne la tête en dehors : les surfaces articulaires s'écartent, il se forme un vide rempli par le liquide. Ici, Messieurs, les muscles de l'épaule prennent part au déplacement; et comme ceux qui portent le bras en avant sont plus nombreux et plus énergiques que ceux qui le portent en arrière, il en résulte que la tête humérale, déjà portée en dehors par le liquide épanché, se porte aussi un peu en avant. La forme extérieure de l'épaule s'est modifiée; elle est plus arrondie. Le tête de l'humérus fait une saillie en avant contre le bord externe de l'apophyse coracoïde, où le liquide et les muscles la maintiennent. Mettez le doigt en arrière, sous l'apophyse acromion, vous trouverez une dépression plus ou moins profonde. Il y a une luxation incomplète que la moindre pression réduit, et qui se reproduit avec la même facilité.

Voilà, Messieurs, ce qu'avait vu Astley Cooper, lorsqu'il a fait son chapitre sur la luxation incomplète de l'humérus. Il a dit : « La luxation incomplète n'est pas très rare; elle reconnaît les mêmes causes que la luxation en avant. La partie antérieure du ligament est déchirée; ce qui permet à la tête de l'humérus de s'échapper en avant vers l'apophyse coracoïde. Il existe une dépression correspondante à la partie postérieure de l'articulation scapulo-humérale, et la moitié postérieure de la cavité glénoïde peut être sentie avec les doigts; l'axe du bras est dévié en dedans en avant. Les mouvemens d'abaissement du bras peuvent encore s'accomplir, mais son élévation est empêchée par la tête de l'humérus qui heurte contre l'apophyse coracoïde. La réduction est facile à obtenir, mais elle se reproduit facilement. » Cette description, vous le voyez, Messieurs, ressemble beaucoup à celle que je viens de vous donner en quelques mots, à propos de la scapulalgie.

Voilà une description très simple d'une luxation qui se rencontre souvent : comment donc se fait-il qu'elle n'ait pas été comprise? Comment se fait-il que la maladie d'Astley Cooper n'ait pas été vue par les autres chirurgiens? Comment se fait-il que moi-même j'aie été vingt ans avant de savoir ce dont le chirurgien anglais avait voulu parler? Nous nous sommes tous trompés, Messieurs, pour deux raisons : la première, c'est que Astley Cooper donnait sa luxation comme une luxation traumatique; tandis que toujours c'est une luxation pathologique, un phénomène de la scapulalgie, maladie jusqu'alors mal connue. La deuxième, c'est que des trois observations que le chirurgien anglais donne à l'appui de sa description, il y en a deux qui ne s'y rapportent nullement : l'une, celle de Bachelor, est une luxation sous-coracoïdienne, tout au plus incomplète; l'autre, celle qui a été trouvée sur le cadavre, et recueillie par M. Patey, est donnée avec tous les caractères de la

---

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Médecins de la secte pneumatique : Athénée, Agathinus, Hérodote, Magnus, etc.; Archigène : de l'estime que lui ont témoignée plusieurs illustres personnages de l'antiquité, Galien, Alexandre (de Tralles), Juvénal; tendances d'Archigène vers le néologisme; Archigène, Galien et la nomenclature médicale. — Principes généraux de nomenclature; opinion de Galien, opinion de M. Andral. — Divers travaux d'Archigène. — Arétée; histoire de la découverte de son manuscrit; petite discussion chronologique; un soupçon de piraterie.

XXIII.

Histoire de l'école pneumatique (suite). — *Médecins appartenant à la secte pneumatique.*

Athénée (de Cilicie), fondateur et chef de cette école, vint s'établir à Rome vers le commencement du siècle d'Auguste, et y obtint, au dire de Galien, une grande célébrité dans la pratique et l'enseignement. Du reste, il paraît avoir été seul un pneumatiste pur. Les autres médecins de ce nom furent, chose rare! moins exclusifs que leur chef de file, et n'accordèrent pas au pneuma une influence absolue dans la production des maladies. C'est ce qui a porté quelques érudits, entre autres Sprengel, à les ranger parmi les *éclectiques*. D. Leclerc, dans une discussion lumineuse, a démontré que la plupart de ces médecins, par le caractère fondamental de leurs doctrines, se rattachaient essentiellement à l'École pneumatique.

Parmi les disciples et successeurs d'Athénée, le premier en date est Agathinus (de Sparte), dont le pneumatisme n'est pas exempt d'un certain mélange d'idées empiriques. Ce médecin s'était livré à des recherches considérables sur le pouls. Il conseillait aux gens en santé l'habitude des bains quotidiens à l'eau froide, qui semble prendre faveur aujourd'hui parmi nous. Il blâmait vivement l'usage des bains chauds.

Hérodote fut un zélé défenseur des principes pneumatiques. D'après des extraits d'Oribase, recueillis par Haller dans sa *Bibliothèque de médecine pratique*, il paraît qu'Hérodote avait composé un mémoire dans lequel il cherchait à établir que la ciguë est le meilleur remède pour prévenir ou guérir les fièvres intermittentes. Il était en outre l'auteur de divers travaux sur l'emploi des bains d'huile et d'eau de mer, des sudorifiques, des ventouses dans certaines maladies. Il croyait avantageux de placer les hydropiques dans du sable très chaud. Il avait étudié l'influence de l'insolation comme cause et comme moyen de traitement des maladies. Il avait fait des recherches sur l'*époque à laquelle il est convenable de commencer à donner des alimens aux malades*; sur les *temps où il est le plus opportun d'ouvrir la veine*. Il disait qu'il était avantageux, dans certaines fièvres et surtout dans quelques cas de fièvres intermittentes, de plonger les malades dans des bains pendant une journée entière. Il avait publié divers travaux sur l'usage du vin dans les maladies en général, et dans la folie en particulier; sur l'emploi de l'eau froide *intùs* et *extrà* dans les maladies qui s'accompagnent de fièvre intense et de chaleur considérable à la peau. Tout cela est intéressant et donne à réfléchir.

La collection d'Oribase signale également divers travaux d'Hérodote sur l'hygiène, par exemple, sur l'utilité de la natation et de différens autres exercices; il avait écrit sur les maladies de la bouche, sur les vers intestinaux et leurs signes, sur l'hydropisie, etc., etc.

Magnus, souvent cité par Galien, avait fait une exposition complète des doctrines d'Athénée dans un ouvrage intitulé : *Des choses qui ont été découvertes depuis Thémison*.

Théodore et Aristippe furent les disciples directs d'Athénée.

Archigène est l'homme le plus recommandable de la secte pneumatique. Né à Apamée, en Syrie, il vint à Rome écouter les leçons d'Agathinus et devint bientôt, au dire de Suidas, son biographe, l'un des plus célèbres médecins de la capitale. Juvénal le cite dans une de ses satires comme un médecin qui jouissait, à Rome, de la plus grande faveur. Galien, qui parle beaucoup de lui, le fait toujours dans les meilleurs termes; Alexandre (de Tralles), l'appelle le *très divin*, ὁ θειότατος; Archigène mourut à 61 ans. Il ne nous reste rien de lui, quoiqu'il ait beaucoup écrit; mais nous pouvons prendre dans Galien et dans Aëtius une idée de ses doctrines et de sa pratique. Comme plusieurs médecins de sa secte, il nuançait son pneumatisme d'une certaine teinte d'empirisme. Il déclarait même que, dans la pratique de la médecine, il fallait repousser le dogmatisme et ne se laisser conduire que par l'expérience. Il employait des remèdes nombreux et très composés. L'empirisme pratique l'avait conduit à la polypharmacie. Il s'était beaucoup occupé du pouls, qu'il considérait sous huit points de vue, à savoir : la grandeur, la force, la vélocité, la fréquence, la plénitude, la régularité, l'égalité, le rhytme. Il admettait ainsi huit espèces de pouls subdivisées en un nombre infini de variétés, auxquelles il avait donné des noms nouveaux.

A propos du *néologisme* d'Archigène, Galien engage une discussion intéressante avec lui : « Je voudrais, dit-il, pouvoir enseigner et apprendre les choses sans disputer sur les mots par lesquels on les désigne; je voudrais pouvoir corriger bien des sophistes de notre art qui consument leur temps à modifier le langage reçu. Le temps précieux que l'on devrait employer à apprendre les choses, se perd ainsi en vaines disputes de mots. Quels que soient les mots, convenons bien de leur signification, et, sans plus nous en embarrasser, arrivons à l'observation des choses. Nos anciens acceptaient, sans discuter, les noms qu'ils trouvaient établis, se contentant d'en bien préciser le sens. Les médecins qui leur ont succédé ne cessent, au contraire, de tourmenter le langage; ils arrêtent la science en l'embarrassant de mots nouveaux. Les mots, ajoute Galien, n'importent en rien à la connaissance des choses. Il suffit de s'entendre sur le sens qu'on leur attribue, les plus insignifians sont les meilleurs. »

Galien établit un principe de philosophie générale, d'après lequel il veut qu'en médecine comme dans toutes les autres sciences, la nomenclature soit composée, autant que possible, de mots pris au hasard et n'ayant, par eux-mêmes, aucune signification. Il propose de mettre

luxation sous-coracoïdienne complète. Quant à la troisième observation, la seule qui se rapporte à la description d'Astley Cooper, quelque chose avait trompé ce chirurgien. Son malade, âgé de 50 ans, était tombé sur l'épaule ; il s'était fait un épanchement dans l'articulation ; et quand Astley Cooper vint, il trouva la tête projetée en avant en dedans contre l'apophyse coracoïde. Il appelle cela une luxation traumatique.

Pour nous, Messieurs, le traumatisme n'a produit que l'inflammation ; l'épanchement a dilaté la capsule sans la déchirer, et a repoussé la tête en avant. J'ai observé souvent de ces légers déplacemens de la tête humérale, ayant eu pour point de départ un coup, une chute, une contraction musculaire violente, etc. Dans ce moment même, vous en trouverez encore deux dans nos salles : l'un existe chez une jeune fille couchée au nº 78 de la salle Sainte-Marthe, et que nous traitons pour une tumeur blanche du genou ; d'abord il s'est développé de la douleur dans son épaule gauche ; puis il est survenu un épanchement de liquide qui, aujourd'hui, a porté un peu la tête en avant contre l'apophyse coracoïde. L'autre cas nous est présenté par un vieillard à constitution un peu détériorée, et que vous trouverez couché à la salle Saint-Augustin, nº 16 : en faisant un effort brusque pour soulever un poids, il a éprouvé tout à coup une douleur vive dans l'épaule, douleur qui bientôt a été le point de départ d'une scapulalgie, pour laquelle nous l'avons traité une première fois. Il est rentré, il y a quelques jours, pour la même affection ; seulement, cette fois, la tête humérale a subi un léger déplacement en avant. Supposez, Messieurs, que chez ces deux malades il y ait eu antérieurement une chute sur l'épaule, et vous aurez la prétendue luxation traumatique incomplète d'Astley Cooper.

Vous comprendrez parfaitement pourquoi ces sub-luxations sont si faciles à réduire, pourquoi, une fois réduites, elles se reproduisent si facilement. C'est l'histoire de certaines hydarthroses du genou, qui déplacent, luxent la rotule : vous la pressez, elle se remet en place ; vous cessez la pression, le déplacement reparaît. Astley Cooper dit : il faut réduire, maintenir les épaules au moyen d'un bandage à clavicule, sous peine de voir la luxation se reproduire. Pour nous, Messieurs, c'est trop et pas assez. C'est trop, car presque toujours la moindre pression sur la tête, la position seule suffisent pour réduire ; ce n'est pas assez, car, la réduction faite, il faut combattre l'affection primitive, la scapulalgie, l'hydarthrose, pour lesquelles l'immobilité ne suffit pas dans tous les cas.

Lorsqu'une articulation devient malade, souvent les ligamens, les muscles se rétractent. Vous savez, Messieurs, combien sont variés les phénomènes de la rétraction musculaire dans les tumeurs blanches du genou. Il en est de même de l'épaule, seulement ces phénomènes de rétraction sont moins communs. Quand, à la suite d'une arthrite aiguë de l'épaule, le liquide s'est résorbé, il reste l'arthrite interne, la tumeur blanche ; quelquefois, alors, certains muscles s'atrophient, le bras se porte un peu en arrière et reste pendant le long du corps. Personne, que je sache, n'a parlé de cette variété de sub-luxation. D'autres fois, les muscles se rétractent, et alors peuvent se montrer plusieurs variétés.

Il y a des cas dans lesquels la rétraction porte sur les muscles élévateurs sus-épineux, deltoïde, etc., qui tirent la tête en haut et en avant avec d'autant plus de facilité, que la laxité de la capsule n'y met aucun obstacle. Il y a une saillie sous le ligament acromio-coracoïdien, qui est refoulé en haut, et un vide correspondant à la partie postérieure de l'épaule. Les liquides venant à se résorber, il se forme aussi parfois des fausses membranes, des adhérences s'établissent entre les surfaces articulaires, et le travail pathologique restant là, la sub-luxation devient difficile à réduire. Tous ces faits avaient échappé à Astley Cooper ; M. Laugier en a observé un cas, et l'a décrit comme une luxation traumatique de l'humérus. C'était chez un homme, qui, à la suite d'un mouvement de rotation forcée du bras, avait eu de la douleur, puis de l'inflammation dans l'épaule : la scapulalgie avait marché, la tête s'était portée en avant et en haut, le bras s'était raccourci. M. Laugier avait essayé la réduction, mais il n'avait pu l'obtenir. Nous ne voyons pas, ici, de luxation traumatique, pas plus que dans les faits d'Astley Cooper ; c'est toujours la scapulalgie.

Il y a quelques jours, vous avez vu à notre consultation une femme sur laquelle j'ai appelé votre attention. Cette femme avait été traitée par nous, deux ou trois mois avant, pour une fracture de l'omoplate. Elle était tombée sur la partie postérieure de l'épaule, et l'articulation avait un peu souffert du contre-coup. Aussi, lorsque la malade quitta nos salles, parfaitement guérie de sa fracture, elle conservait un peu de douleur dans sa jointure ; et lorsque nous l'avons revue il y a trois jours, elle nous a dit qu'elle avait toujours souffert depuis. L'épaule était un peu tuméfiée ; on reconnaissait à sa partie antérieure la tête humérale qui s'était portée en avant et en haut, sous le ligament acromio-coracoïdien, en laissant un léger vide en arrière. En pressant sur cette tumeur, nous développions une douleur assez intense, sans obtenir pourtant de réduction. La mensuration nous avait donné un peu de raccourcissement. C'était bien là la luxation de M. Laugier ; pour nous, c'est simplement une scapulalgie. Que faire devant un cas de ce genre ? Faudra-t-il faire comme M. Laugier, faudra-t-il réduire ? Non, Messieurs, vous essaierez de rendre la tête mobile, vous ferez exécuter des mouvemens au membre ; et encore devrez-vous avoir soin de ne commencer ces mouvemens que lorsqu'il n'y aura plus d'inflammation dans l'article, autrement, ils deviendraient dangereux et ramèneraient la maladie. Vous saurez qu'il est temps d'agir, lorsque, promenant votre pouce sur l'épaule, surtout en avant, vous ne développerez plus de douleurs à la pression. Je dis surtout en avant, Messieurs, parce que l'expérience m'a appris que c'était toujours là que se réfugiaient les derniers restes de la douleur dans la scapulalgie. Si la pression était encore douloureuse dans quelques points, abstenez-vous, attendez ; immobilisez le membre, prescrivez le repos, des cataplasmes.

Il est aussi une autre affection, Messieurs, qu'on a considérée comme traumatique, affection que vous ne trouverez pas non plus dans vos livres, et qui n'embarrassent pas moins les chirurgiens que celles dont je viens de vous entretenir : c'est ce qu'on a appelé la luxation, la distorsion du tendon de la longue portion du biceps.

Duverney avait dit : A la suite d'un effort brusque d'un mouvement anormal, il arrive quelquefois que les muscles se dérangent de leur position, se luxent, et qu'alors il reste une douleur vive, une gêne dans les mouvemens ; gêne et douleurs qui ne disparaîtront que lorsque, par des mouvemens exécutés dans différens sens, on aura ramené le muscle dans sa position normale.

Depuis Duverney, plusieurs chirurgiens ont cru observer la luxation du tendon de la longue portion du biceps, et ont décrit cette affection comme une affection traumatique, pouvant survenir indépendamment de toute autre lésion. Sans doute, il n'y a rien d'impossible à ce que le tendon sorte de sa gouttière dans certains cas de fractures et de luxations, soit traumatiques, soit spontanées ; mais alors ce n'est plus une affection traumatique simple, ce n'est qu'un épiphénomène de la maladie articulaire. Vous allez voir, Messieurs, les observations en main, qu'on n'a jamais observé la luxation isolée du tendon ; que, toujours, il y a eu une maladie, la scapulalgie, qui en a été le point de départ.

Vers la fin du XVII[e] siècle, William Cooper rapporte, comme un cas extraordinaire, l'observation d'une femme qui, en tordant du linge lavé, avait ressenti tout à coup une douleur vive dans l'épaule. Le chirurgien anatomiste, qui la vit trois jours après, ayant trouvé une dépression sur la face externe du deltoïde, une tension du biceps et une impossibilité d'étendre complètement le membre, crut à une distorsion du tendon du biceps. Il tourne le bras dans différens sens, le tendon rentre en place, dit-il, et presque aussitôt la douleur disparaît, et la malade recouvre l'usage de son membre. Il ajoute plus loin : cette partie présentait un peu d'inflammation et la malade ne s'en était pas servie depuis longtemps. Sans parler du diagnostic, qui est fortement hasardé, il n'y a dans ce fait que l'histoire de la scapulalgie.

Chopart, sur un militaire qui avait fait une chute, observe en avant de l'épaule une saillie qu'il ne sait trop comment décrire. Il presse sur cette saillie, elle disparaît, et les accidens cessent. *Il pense que ce pourrait bien être* une luxation du tendon de la longue portion du biceps. Pour nous, Messieurs, c'est une sub-luxation due à une hydarthrose légère.

En 1844, M. Saden a fait paraître un mémoire sur cette prétendue luxation du biceps. Dans sa première observation, il se trouve en face d'une scapulalgie qu'il méconnaît entièrement et du vivant du malade et à l'autopsie. C'était un homme qui avait fait une chute sur le coude, et qui, à la suite, avait éprouvé une inflammation vive dans l'épaule. Trois semaines après, le gonflement avait disparu, mais la douleur persistait. La tête de l'humérus, remontée sous l'acromion, faisait une saillie considérable en avant. Aplatissement à la partie postérieure et externe de l'épaule. Les mouvemens étaient difficiles, surtout ceux d'abduction ; ils s'accompagnaient d'un frottement rugueux des saillies osseuses. A l'autopsie, M. Saden trouve les traces d'une inflammation étendue de l'articulation : il trouve le tendon de la longue portion du biceps sorti de sa gouttière, et reposant sur la petite tubérosité de l'humérus. Voilà ce que M. Saden donne comme une luxation traumatique du biceps ; c'est une scapulalgie simple. Quant à son autre observation, M. Saden la décrit comme une luxation accompagnée du déplacement du tendon du biceps. Ici, il n'y a pas eu d'autopsie pour vérifier le diagnostic.

En résumé, Messieurs, ces trois affections soit disant traumatiques ne sont que des sub-luxations pathologiques, dues à la scapulalgie. La première, celle d'Astley Cooper, est une scapulalgie avec hydarthrose : saillie de la tête en avant et en dehors, la tumeur est réductible, mais se reproduit immédiatement ; pas d'autre traitement que celui de l'hydarthrose.

La deuxième, fait de M. Laugier, est une scapulalgie adhésive : la tête est portée en avant et en haut, sous le ligament acromio-coracoïdien ; la tumeur est irréductible ; il faut mouvoir le membre, mais attendre qu'il n'y ait plus d'inflammation.

---

dans une urne toutes les lettres de l'alphabet, et de former, avec ces lettres tirées au sort, des combinaisons qui serviront à composer les termes d'une nomenclature. « A mesure que la science marche, dit Galien, la valeur des mots change ; tel mot n'a plus, à une époque, la signification qu'il avait dans un autre temps. Les mots que vous créez aujourd'hui ne seront plus compris par ceux qui viendront demain. » « Vous discutez, Archigène, s'écrie Galien dans un autre passage, sur ce que veut dire le mot *pouls fort* ; vos discussions ne finissent pas ; eh ! appelez ce pouls δίον, θεον, comme vous voudrez, alors toute dispute cessera. Ce qui importe, c'est de savoir quelles sont les causes de ce pouls δίον ou θεον, et de quelle maladie il est l'indice ; le reste est de nulle importance ; la science n'a pas pour but de constituer des mots, mais des choses. Servons-nous des termes usités sans nous embarrasser de leur propriété ou de leur impropriété, et n'employons des mots nouveaux que pour exprimer des choses nouvelles. » Nous voyons donc se dessiner, dès les temps les plus anciens, deux tendances contraires dont l'opposition vivace dure encore de nos jours, au sujet des principes de la nomenclature dans les sciences ; l'une voulant, l'autre rejetant, comme base de nomenclature, la détermination de la nature ou de l'essence des choses.

M. Andral se range à l'opinion de Galien. Le très grave inconvénient des nomenclatures fondées sur la nature des objets, dit le savant professeur, est d'entraver la marche des sciences. En donnant le nom d'oxygène au gaz qui le porte encore aujourd'hui, l'illustre père de la nomenclature chimique a, pour longtemps, retardé la découverte des *hydracides*. Sans doute, il serait à désirer que tous les objets fussent dénommés d'après leur nature ; mais cette nature, cette essence, nous ne la connaissons pas, ou, du moins, nous ne la connaissons que d'une manière très vague, très incomplète. On s'expose donc à tomber dans de très graves erreurs en voulant désigner toutes choses par des noms qui en expriment la nature intime.

J'ai pensé, ajoute M. Andral, qu'il était bon de vous faire connaître l'opinion de l'un des plus grands maîtres de l'antiquité, sur ce point de doctrine encore en litige aujourd'hui. Voilà pourquoi je vous ai cité ce passage de Galien. Mais je serais désolé si quelqu'un, dénaturant mes intentions, voyait là une allusion malveillante à l'adresse de l'un des honorables professeurs de cette école, qui a fait de louables efforts pour corriger ce qui lui a paru défectueux dans notre nomenclature médicale, et, pour les travaux duquel, j'aime à le déclarer ici publiquement, je professe une estime sincère.

Archigène s'était beaucoup occupé d'un autre point de pathologie générale, de la *douleur*. Il distinguait un grand nombre d'espèces de douleurs, à chacune desquelles il affectait un nom particulier. Galien lui en fait le reproche, disant qu'il est fâcheux de trouver souvent, dans les œuvres de ce médecin, plus de mots que de choses.

Archigène prétendait que chaque partie, chaque organe malades, traduisent leur souffrance par une douleur d'un caractère particulier. Malgré la critique de Galien, cette observation a son côté vrai. Aujourd'hui encore on pourrait entreprendre un travail intéressant, qui aurait pour but de rechercher les différences que présente la douleur, suivant le siége de la maladie et les organes affectés.

Archigène avait particulièrement étudié les *sympathies morbides* ; il s'était attaché à distinguer, dans les maladies, les phénomènes *idiopathiques* et les phénomènes *sympathiques*, qu'il appelait poétiquement l'*ombre* des maladies. Galien lui donne, à ce sujet, les plus grands éloges.

On trouve, dans la collection des œuvres de Galien, un livre intitulé : *De locis affectis*, qui est certainement son plus beau titre de gloire et dans lequel il range les maladies dans un ordre purement anatomique. Avant lui, Archigène avait composé, sur le même sujet, un ouvrage ayant pour titre : *De combien de manières un même organe peut être affecté.* Si nous possédions l'ouvrage d'Archigène, celui de Galien perdrait, sans doute, beaucoup de sa valeur. Le médecin de Pergame parle avec éloges de cet ouvrage si semblable au sien, et qui, à l'époque de son apparition, ouvrait à la médecine un horizon nouveau où se réfletaient avec éclat les progrès récens de l'anatomie.

Outre ses études de pathologie générale, Archigène avait fait de nombreuses excursions dans le domaine de la pathologie spéciale. Il avait décrit exactement un certain nombre de fièvres intermittentes pernicieuses, *soporeuses*, *cataleptiques*, *dyssentériques* et même *diabétiques*, espèce que les modernes n'ont pas retrouvée ; une *angine* particulière dont il rapportait le point de départ à une affection des voies digestives, et qu'il guérissait par les vomitifs. Il avait donné aussi une bonne description de la *dyssenterie*, *des abcès du foie*, de la lèpre. Enfin, il était l'auteur d'un travail considérable sur les *eaux minérales* qu'il divisait en *nitreuses*, *alumineuses*, *salines*, *sulfureuses*.

Ajoutons comme un des traits caractéristiques de la pratique d'Archigène, qu'au moment de la plus grande intensité des maladies aiguës, il avait coutume de faire laver les malades avec des éponges imbibées d'eau tiède ou chaude.

Citons encore parmi les médecins pneumatistes :

Léonide, contemporain et rival d'Archigène, à Rome ;

Philippe (de Césarée), disciple d'Archigène, auteur d'un travail sur le marasme, et d'un autre sur la catalepsie ;

Et, enfin, Arétée, le seul médecin de la secte pneumatique dont les écrits nous soient parvenus. Arétée est un écrivain élégant, coloré, pittoresque, en un mot, un véritable artiste. Chose singulière ! cet auteur, dont tous les médecins aujourd'hui connaissent le nom populaire ; qui jouit, parmi nous, d'une réputation éclatante et méritée, était à peu près ignoré des anciens. Galien ne le connaissait pas. Arétée et Cælius Aurelianus ont, entre eux, un singulier trait de ressemblance, qui est de n'avoir été cités par aucun des auteurs de l'antiquité. Chose étrange ! nous trouvons dans Galien les noms d'une foule d'auteurs inconnus dont il ne nous reste rien ; et s'il y a deux auteurs dont nous possédions les œuvres, ce sont précisément ceux dont Galien ne s'occupe pas. Il n'est fait mention d'Arétée que dans les ouvrages de trois écrivains de second ordre : Aëtius, Paul (d'Egine) et Dioscoride. Nous ignorons l'époque précise où vivait Arétée, mais il est probable, ainsi que nous le ferons voir plus loin, que c'était à peu près au temps de Cælius Aurelianus.

Sprengel, auteur très intéressant mais qui n'est pas toujours fidèle, et qui cite souvent à faux, prétend que l'on doit la connaissance et la conservation des œuvres de Cælius Aurelianus à des moines italiens qui,

Quant à la luxation du tendon du biceps, ce n'est qu'un épiphénomène de la scapulalgie dont on ne doit pas s'occuper.

BASTIEN,
Interne du service.

BIBLIOTHÈQUE.

DES EAUX D'ENGHIEN, AU POINT DE VUE CHIMIQUE ET MÉDICAL; par le docteur Ch. DE PUISAYE, inspecteur-adjoint des eaux d'Enghien, etc.; et Ch. LECONTE, agrégé à la Faculté de médecine, préparateur de médecine au Collége de France, etc. — Un vol. in-8° de 396 pages. Paris, 1853, chez Germer-Baillière.

Félicitons-nous de voir s'étendre de jour en jour le goût de l'étude des eaux minérales; félicitons-nous de voir des hommes d'une capacité éprouvée se vouer corps et âme à l'observation patiente et laborieuse des effets physiologiques et thérapeutiques de telle ou telle eau minérale en particulier. De cette manière, nous arriverons certainement à posséder un jour les élémens d'une histoire de la médication par les eaux minérales, médication mixte, sans doute, composée d'élémens, de facteurs variés et nombreux, mais qui, par l'uniformité et la constance de ses effets, mérite d'occuper, en médecine, une place au même titre que les médications-types dont tout le monde admet l'existence et connaît les effets thérapeutiques. — Pour arriver à un résultat si désirable, il faut, avant tout, que les médecins attachés aux divers établissemens d'eaux minérales se prémunissent contre ce sentiment bien naturel de partialité ou de faiblesse envers leur *alma mater*, qu'ils cherchent moins à agrandir démesurément le cercle de l'application de telle ou telle eau minérale, qu'à en bien circonscrire, à en bien préciser l'emploi. C'est certainement parce que les eaux minérales guérissaient *toutes* les maladies, sans aucune exception, que l'on a été conduit à se demander si c'était bien à l'eau minérale qu'il fallait faire honneur de la cure et non pas à l'influence puissante des modificateurs hygiéniques avec qui elle se trouve le plus souvent et fort heureusement combinée; c'est certainement parce que des hommes trop habiles étaient parvenus à se faire illusion à eux et aux autres, pour un certain temps, que l'on a vu tel ou tel établissement, après avoir attiré un très grand nombre de malades, tomber dans un discrédit et dans un oubli complets. C'est donc l'intérêt bien entendu des médecins d'eaux minérales, c'est l'intérêt bien entendu des malades et de la science que l'on détermine par des recherches cliniques suffisantes les circonstances particulières dans lesquelles on peut se promettre des effets avantageux de leur usage; mais il y a quelque chose de plus important encore, c'est de préciser, c'est de faire connaître les affections qui peuvent être aggravées par cette médication et pour lesquelles il y a contre-indication formelle à son emploi.

Le livre de MM. de Puisaye et Leconte, sur les eaux minérales d'Enghien, a été entrepris dans cet esprit d'observation rigoureuse et de sage critique, auquel nous faisions appel, il n'y a qu'un instant. C'est après trois années de recherches et d'études que les auteurs ont pris la plume pour communiquer aux médecins les résultats de leur observation, et il suffit de parcourir leur livre pour se convaincre qu'ils se sont proposé pour but, bien moins d'exalter outre mesure les vertus des eaux d'Enghien, que d'en préciser autant que possible les indications. En cela, ils nous ont rendu, à nous tous, et à leurs confrères de Paris principalement, un véritable service.

Le livre de MM. de Puisaye et Leconte est divisé en deux parties, l'une chimique, que nous croyons devoir rapporter en totalité à M. Leconte, l'autre médicale, qui est en grande partie le fruit du travail de M. de Puisaye. Nous serons bref sur la première, notre incompétence nous en fait un devoir. Nous nous bornerons à dire qu'en présence des dissidences qui existent entre les chimistes relativement au principe sulfureux des eaux d'Enghien, une analyse nouvelle a été faite par M. Leconte, et que de cette analyse, il est résulté la preuve que le principe minéralisateur n'est autre que l'*hydrogène sulfuré libre*, ce qui montre, soit dit en passant, que les quelques tentatives, faites pour substituer aux eaux d'Enghien le sulfure de calcium, ne tendent à rien moins qu'à remplacer un corps dont l'action thérapeutique est parfaitement connue par un autre corps ne présentant avec lui aucune analogie d'action et qui n'a pas été encore convenablement étudié. Le défaut d'espace nous oblige à citer, pour mémoire, le chapitre intéressant dans lequel les deux auteurs ont examiné la valeur des hypothèses émises sur la formation et sur l'origine des eaux d'Enghien, ainsi que celui dans lequel ils ont exposé le nouveau procédé de chauffage qu'ils proposent pour les eaux sulfurées froides, et nous terminerons ce qui a trait à cette première partie en disant que les deux auteurs ont cru devoir donner aux eaux d'Enghien le nom d'*eaux sulfurées*, au lieu d'eau sulfureuses, parce que ces eaux ne renferment ni acide sulfureux, ni sulfites, ce que semblait indiquer l'ancienne dénomination, mais seulement de l'hydrogène sulfuré, qui est un véritable sulfure métallique.

Après quelques considérations sur l'action thérapeutique des eaux minérales en général, considérations dans lesquelles les auteurs se sont efforcés de démontrer que les eaux minérales constituent une médication stimulante, dont l'action se fait sentir sur les fonctions générales et, comme telle, applicable à la curation des affections générales et de certaines affections locales liées à une diathèse quelconque; après l'exposition des divers modes d'administration des eaux d'Enghien et les effets physiologiques produits par l'emploi de ces eaux, effets physiologiques tous de stimulation, vient l'étude des effets thérapeutiques, celle qu'il nous importe surtout de connaître. Or, ces effets thérapeutiques varient beaucoup, comme on le comprend, suivant le mode d'administration : en variant la température, la durée du bain ou de la douche, la quantité d'eau à boire, le médecin peut réaliser des effets très différens, stimulans, perturbateurs, révulsifs, toniques, modificateurs.— De ces différens effets médicamenteux peuvent se déduire naturellement les indications et les contre-indications générales de l'emploi des eaux d'Enghien. *Indications générales* : maladies chroniques et apyrétiques; affections qui portent sur l'ensemble de l'économie, caractérisées par un défaut de stimulus général, sans altération locale proprement dite; diathèses herpétique, rhumatismale, scrofuleuse ou plutôt une multitude de maladies locales dépendant de ces diathèses, soit que celles-ci aient laissé quelques traces de leur présence dans l'organisme, soit qu'ayant complètement disparu, on en soupçonne la secrète influence par suite des symptômes et des renseignemens fournis par les malades. *Contre-indications générales* : maladies fébriles continues; affections dans lesquelles on peut craindre une stimulation trop directe de la circulation, ainsi les maladies du cœur en général, les congestions cérébrales, les myélites et méningites rachidiennes, et par dessus tout, la goutte franche, sans complication rhumatismale.

Déjà nous voyons, par ce coup d'œil général, se restreindre dans des limites raisonnables, quoique assez vastes cependant, les avantages de l'emploi des eaux d'Enghien. En parcourant avec les deux auteurs le cadre nosologique, nous allons voir les indications se préciser d'une manière bien plus nette. Affections diathésiques, affections catarrhales, maladies générales avec prédominance des tempéramens lymphatique, nerveux, maladies de l'utérus, affections diverses : tel est le cadre qui a été parcouru par les deux auteurs.

Les diathèses sont, comme on l'a vu plus haut, un des groupes nosologiques sur lesquels les eaux d'Enghien ont le plus de prise. Seulement, il y a des différences, suivant l'espèce. Ainsi, la diathèse scrofuleuse, la diathèse rhumatismale, occupent le premier rang parmi les affections heureusement modifiées par les eaux d'Enghien. Mais encore, en fait de douleurs rhumatismales chroniques, ce sont surtout celles qui ont leur siége dans les muscles, qui se trouvent le mieux de ces eaux minérales. Nettement indiquées dans la diathèse scrofuleuse, même lorsqu'elle coexiste avec un mouvement fébrile irrégulier ou passager, avec des abcès multiples, ces eaux ne doivent pas cependant être prescrites dans la période initiale et aiguë de la scrofule. Les eaux d'Enghien conviennent encore à la phthisie pulmonaire à la deuxième période, à faible dose, et pendant un mois au plus; mais il faut en suspendre l'usage, s'il se manifeste une accélération dans le pouls ou si l'on peut craindre quelque congestion pulmonaire ; il faut renoncer à leur emploi, s'il survient de la diarrhée et des sueurs abondantes. Les eaux d'Enghien réussissent encore, concurremment avec les agens thérapeutiques spéciaux, contre la diathèse syphilitique, et dans certains états pathologiques dus à l'influence de cette même diathèse. Enfin, dans les maladies de la peau, à marche chronique, telles que l'eczéma sec ou humide, le prurigo, le lichen, le pityriasis, le psoriasis, on peut encore attendre quelque chose de ces eaux minérales; mais, ainsi que l'indiquent avec raison les deux auteurs, il ne faut pas demander à ces eaux plus qu'elles ne peuvent donner. La guérison radicale des maladies de la peau ne s'obtient généralement qu'après plusieurs années de traitement, et peu de maladies exigent de la part du malade et du médecin plus de persévérance dans les moyens employés.

Nous voici arrivé au deuxième groupe, celui des affections catarrhales, c'est-à-dire des affections ou plutôt des phlegmasies chroniques des membranes muqueuses, qui s'accompagnent, suivant le siége, d'une sécrétion soit muqueuse, soit mucoso-purulente. C'est, au dire des deux auteurs, l'un des plus beaux fleurons de la couronne des eaux d'Enghien. « Dans ces maladies, disent-ils, les eaux d'Enghien ont une double action évidente : elles agissent sur l'état général, en provoquant un état fébrile passager, et en relevant l'action des organes affaiblis, sur l'état local, en modifiant, puis en faisant disparaître la sécrétion habituelle. » Les faits les plus intéressans rapportés par les deux auteurs, se rattachent à la laryngite, à la bronchite, à la pharyngite chroniques; nous avons remarqué surtout l'observation 44, dans laquelle une affection catarrhale presque générale, compliquée d'affection herpétique, a fini par céder à l'usage des eaux d'Enghien. En revanche, et les deux deux auteurs le reconnaissent, pour le catarrhe utérin comme pour les autres maladies chroniques de l'utérus, il y a peu à attendre de ces eaux minérales; et c'est seulement en faisant marcher parallèlement le traitement local approprié et le traitement général par les eaux sulfurées, que l'on peut espérer arriver à quelque résultat favorable pour les malades. Employées d'ailleurs selon ce que les auteurs appellent la méthode révulsive, ces eaux n'ont, à notre avis, aucun avantage sur les douches froides ordinaires.

Il ne nous paraît pas non plus, d'après les réserves apportées à leur emploi par les deux auteurs, que dans la chlorose, l'anémie et autres affections générales analogues, les eaux d'Enghien aient une efficacité bien hors ligne, puisque l'association d'autres agens thérapeutiques a toujours été jugée par eux nécessaire; mais peut-être l'emploi de ces eaux sulfurées aide-t-il l'action de certains médicamens, qui, administrés seuls, n'auraient pu être tolérés, ou qui l'ayant été, n'auraient eu sur les malades aucun résultat appréciable. Les eaux d'Enghien auraient une assez grande activité dans les névroses qui portent principalement sur les fonctions de nutrition (névroses gastro-intestinales), et dans les névroses partielles et localisées du sentiment et du mouvement; elles échoueraient complètement, au contraire, contre les névroses d'un caractère protéiforme, qui attaquent simultanément ou successivement divers organes. Pour compléter ce qui a trait aux indications et aux contre-indications, disons que les eaux d'Enghien trouvent encore leur application dans certaines maladies locales où une stimulation est indiquée, dans celles aussi qui, par leur durée, retentissent sur la santé générale, et dont la cause initiale est due à une des diathèses contre lesquelles ces eaux ont de l'efficacité.

En résumé, au premier rang, les affections catarrhales, telles que la bronchite, la laryngite et les diverses espèces de pharyngites chroniques; sur le second plan, les affections diathésiques, et notamment les diathèses scrofuleuse, tuberculeuse, rhumatismale et herpétique; et sur un plan beaucoup plus inférieur, certaines névroses des fonctions de nutrition et quelques-uns des troubles fonctionnels généraux que déterminent la chlorose et l'anémie, certains autres états pathologiques où prédomine l'élément scrofuleux ou lymphatique; telles sont les affections dans lesquelles les médecins peuvent se promettre les meilleurs résultats des eaux minérales d'Enghien. Le cadre semble restreint sur le papier, mais nul doute qu'il ne comprenne un nombre immense d'affections, et surtout d'affections, malheureusement trop souvent rebelles à nos moyens ordinaires.

Nous en avons dit assez pour montrer combien le livre de MM. de Puisaye et Leconte est riche en observations pratiques et en indications précieuses pour les médecins et pour les malades; et nous les félicitons sincèrement de la publication d'un ouvrage destiné à aplanir, pour les

---

au moyen-âge, avaient pris cet auteur pour guide dans leurs études et leur pratique médicales, d'où il résulterait qu'au moyen-âge Cælius Aurelianus aurait été parfaitement connu. Arétée, moins heureux que son contemporain, fut à peu près oublié pendant une longue suite de siècles, et n'étaient quelques rares érudits, personne ne connaissait ni son nom, ni ses œuvres. Il arriva qu'au milieu du XVIe siècle, un médecin de Padoue, Junius Paulus Crassus, fouillant dans une bibliothèque, y découvrit et en exhuma un manuscrit grec, qui n'était autre que l'ouvrage d'Arétée. Ce Junius Paulus Crassus, qui doit à cette découverte d'avoir transmis son nom à la postérité, lut ce manuscrit, en fut frappé, l'étudia, le traduisit du grec en latin et en fit une édition qui fut publiée, pour la première fois, à Venise, en l'année 1552. Dès son apparition, cette traduction latine fit sensation, on la lut avidement, et, deux ans après, en 1554, fut publiée à Paris une édition grecque de l'ouvrage d'Arétée, en sorte que ce médecin ne fut connu, dans sa langue maternelle, que deux ans après la publication de la traduction latine. Du reste, cet écrivain que si peu d'auteurs ont cité, n'en cite lui-même qu'un fort petit nombre, bien différent en cela de Cælius Aurelianus, si prodigue en fait de citations; Arétée se borne le plus souvent à nommer Hippocrate.

Est-il possible de déterminer l'époque à laquelle Arétée a vécu? Pour résoudre cette question, interrogeons, à ce point de vue, les rares auteurs qui ont cité ce médecin. Aëtius vivait au Vme siècle de l'ère chrétienne, Paul (d'Égine) au IVme, Dioscoride vers le milieu du IIme, d'où il résulte qu'Arétée vivait au moins dans la première moitié du IIme siècle de l'ère chrétienne, si toutes fois il n'était antérieur à cette époque. D'un autre côté, Arétée parle d'un médicament fameux, la *thériaque*, inventé par Andromache, médecin de l'empereur Néron. Nous devons conclure de là, qu'Arétée a vécu entre Andromache, qu'il cite, et Dioscoride, par lequel il est cité, c'est-à-dire encore vers le IIme siècle de l'ère chrétienne. Cette détermination précise de l'époque d'Arétée n'est pas sans importance pour l'intelligence de ses tendances médicales. C'est alors, en effet, que florissait la secte pneumatique dont il embrassa les doctrines. Arétée a donc été le contemporain d'Agatinus, d'Hérodote, et d'autres médecins pneumatistes. Du reste, les opinions dont cet écrivain se fait l'interprète et le défenseur, étaient à peu près oubliées à l'époque où parut Galien, c'est-à-dire vers la fin du IIme siècle de l'ère chrétienne, ce qui prouve que le pneumatisme n'a pas eu une bien longue durée.

Autre question. Comment se fait-il que Galien ne mentionne en aucun endroit de ses œuvres le nom d'Arétée, lui qui est si prodigue en citations d'auteurs? La question se résout très simplement, en admettant que Galien n'a pas connu Arétée; en effet, d'une part, ce dernier écrivait très peu de temps avant Galien; d'autre part, il était originaire de Cappadoce, c'est-à-dire d'un pays très éloigné de Rome, et rien ne prouve qu'il soit venu dans cette capitale. Il n'est pas étonnant dès lors que le nom et les écrits d'Arétée ne soient point parvenus à la connaissance du célèbre médecin de Pergame.

Un critique, Wischman, auteur d'un travail remarquable sur Arétée, établit qu'il existe une ressemblance extrême entre plusieurs endroits de l'ouvrage de cet écrivain et les extraits des œuvres d'Archigène, consignés dans le livre d'Aëtius. Un soupçon traverse l'esprit du critique; Il se demande si Arétée n'aurait pas fait sa réputation en copiant tout simplement l'un des nombreux ouvrages d'Archigène, auquel cas Arétée serait à Archigène, ce que Cælius Aurélianus est à Soranus (d'Éphèse), et qu'au célèbre médecin d'Apamée appartiendrait cette gloire de grand peintre et de grand artiste qui rayonne autour du nom immortel d'Arétée. Ici, la chose est moins claire que pour Cælius Aurelianus, qui se déclare lui-même le copiste et le traducteur de Soranus. Arétée, en effet, ne nomme même pas Archigène; aurait-il réellement copié l'ouvrage de celui-ci, et, véritable pirate scientifique, caché la source à laquelle il aurait si largement puisé? C'est là une question dont la solution n'est pas possible, faute de documens suffisans. Ce qui est vrai, c'est qu'on lit dans Aëtius, parmi les extraits tirés des œuvres d'Archigène, des passages entiers que l'on retrouve textuellement dans l'ouvrage d'Arétée.

Passons maintenant à l'examen analytique de cet ouvrage.

(La suite du cours prochainement.)

COURRIER.

On donne des nouvelles inquiétantes de l'état de M. le docteur Lallemand, membre de l'Institut, retenu à Marseille par une grave maladie.

— M. le docteur Alquié, directeur de l'École de médecine militaire au Val-de-Grâce, a reçu la mission de visiter, à Florence, l'École de perfectionnement de médecine, et de voir s'il est possible de faire l'application de ce système à l'École qu'il dirige.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — Les nouvelles de Newcastle sont désastreuses; la mortalité, par le choléra, devient tous les jours plus considérable, et l'épidémie paraît être dans ce moment dans toute sa fureur.

A Dantzick, à la date du 10 septembre, l'épidémie était stationnaire.

A Saint-Pétersbourg, 6 décès par le choléra avaient été encore constatés le 31 août, et 28 cas avaient été déclarés. Depuis le commencement de l'épidémie, il y a eu 13,520 cas et 5,489 décès.

A Stockholm, le 6 septembre, il y avait eu 1,485 malades, et 744 morts.

A Christiania, le 2 septembre, on avait constaté 82 cas et 55 morts, à Laurvig, petit port de la Norvège, sur 108 personnes atteintes, 11 seulement ont échappé.

Le choléra a envahi aussi plusieurs villes de la Hollande.

MALADIES ET MORTALITÉ DANS L'ARMÉE ANGLAISE. — Il résulte du rapport officiel, publié par le docteur Balfour et le lieutenant-colonel Tulloch, que de 1831 à 1841, c'est-à-dire dans un intervalle de dix années, la mortalité annuelle a été, dans la cavalerie, de 136.10 pour 1,000, ou de 17.10 pour 1,000 de plus que parmi la population des villes, au même âge. La mortalité est bien autrement grande dans l'infanterie de ligne, 179.10 sur 1,000 ou 43.10 sur 1,000, de plus que dans la cavalerie. Du reste, la mortalité est encore plus forte parmi les gardes à pied qui résident à Londres journellement; elle dépasse de 25.10 pour 1,000 celle de l'infanterie, ce qu'il faut attribuer aux exigences plus grandes de service, mais aussi à la dissipation à laquelle se livrent habituellement les soldats dans les grandes villes.

— La séance du Comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE aura lieu, demain vendredi, à l'heure ordinaire.

praticiens, les difficultés que présente toujours le choix d'une eau minérale. Espérons, pour l'honneur des médecins attachés aux divers établissemens thermaux de la France, que le bon exemple donné par MM. de Puisayc et Leconte trouvera beaucoup d'imitateurs.

Dr ARAN.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 Septembre. — Présidence de M. RAYER.

Traitement de certains états pathologiques produisant des rétentions d'urine attribuées faussement à la paralysie de la vessie.

M. GUILLON adresse une réclamation de priorité où se trouvent les passages suivans :

« M. Leroy-d'Étiolles a affirmé, dans une note présentée à l'Académie des sciences, que les moyens de traitement usités aujourd'hui : l'*excision* et l'*incision* des cloisons des valvules, des bourrelets et tumeurs, qui produisent réellement les rétentions d'urine attribuées faussement à la paralysie de la vessie, *ont été introduits par lui dans la chirurgie*, et il essaie de le prouver, en s'appuyant de sept mémoires adressés, dit-il, de 1829 à 1853 à votre compagnie. Or, ces moyens, c'est moi qui les ai proposés et appliqués le premier; l'illustre corps trouvera donc très naturel que je vienne en revendiquer la propriété. Les premiers instrumens inventés à cet effet et mis en usage, l'ont été par moi. Presque tous ceux qui ont été fabriqués depuis, ne sont que des copies des miens, avec des modifications insignifiantes et souvent défectueuses. Ainsi, en particulier, le scarificateur prostatique, soumis récemment au jugement de l'Académie par M. Leroy-d'Étiolles, n'est qu'une imitation de mon sarcotôme, décrit, en 1832, dans la *Gazette des hôpitaux* du 14 février ; en 1839, dans la *Revue médicale* ; en 1844, dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. IX, page 751. Ce scarificateur prostatique de M. Leroy ne diffère de mon sarcotôme que par la forme de sa canule un peu aplatie, et par la disposition du tranchant de la lame intérieure qui incise d'arrière en avant, tandis que la lame du mien incise d'avant en arrière.

M. Guillon, après avoir donné des preuves à l'appui de cette réclamation, la termine ainsi :

« Comme il est juste de rendre à chacun ce qui lui appartient, permettez-moi de rapporter ici ces deux passages du *Traité des maladies de la vessie et de l'urètre*, de Sœmmering, desquels il résulte que le célèbre chirurgien allemand a très bien décrit, en 1822, les replis valvulaires, les bourrelets qui ferment quelquefois le canal de l'urètre, et que *plusieurs praticiens* ne connaissant pas cet ouvrage généralement connu, cependant, des hommes de notre profession, *s'imaginent avoir observé les premiers*. On lit, en effet, page 110 de l'édition française : « Howschip a donné, avec une planche coloriée, la description d'un pli contre nature formé par la membrane interne de la vessie, et qui, s'étendant des orifices des uretères, à l'endroit où l'urètre traverse la prostate, faisait fonction de soupape toutes les fois que le malade voulait uriner. » Et page 155 : « Lorsque le lobe moyen de la prostate » s'engorge, il avance comme un mamelon dans la cavité de la vessie, » pousse devant lui la membrane interne de cet organe et lui fait éprou- » ver une distension plus ou moins considérable. A mesure que la » tumeur augmente elle perd sa forme mamelonnée, s'élargit des deux » côtés, et forme un repli transversal en attirant devant elle la mem- » brane qui recouvre les deux lobes latéraux également engorgés. Ce » repli, semblable à une valvule placée à l'entrée de l'urètre, s'oppose » à la sortie de l'urine, surtout quand le malade redouble d'efforts pour » chasser ce liquide : celui-ci ne peut jamais sortir entièrement, et la » rétention finit par devenir complète. » Ces passages, si précis, démontrent clairement que M. Leroy, quoi qu'il en dise, n'a pas plus découvert ces états pathologiques qu'il n'a inventé les modes de traitement nécessaires pour guérir les difficultés d'uriner qui en sont la conséquence.

» Or, comme j'ai connu en 1824 cette description de Sœmmering, qui m'a rappelé deux cas semblables que j'avais vus à l'époque où je faisais des dissections, et sur lesquels l'ouvrage de Morgagni avait fixé mon attention, j'ai cherché tout d'abord à reconnaître sur l'homme ces états maladifs; et après être parvenu à bien distinguer, bien diagnostiquer : 1° les plis valvulaires, 2° les tumeurs, 3° les bourrelets qui se développent dans le col de la vessie et s'opposent plus ou moins à la sortie de l'urine, j'ai inventé les instrumens nécessaires aux traitemens que je revendique aujourd'hui. Les succès que j'ai constamment obtenus jusqu'à ce jour, et sans avoir eu à déplorer la perte d'un seul des malades sur lesquels je les ai employés, m'ont encouragé à préconiser ces moyens nouveaux : c'est ainsi, je crois, que ce progrès chirurgical a été introduit dans la pratique de l'art de guérir. Ce que M. Leroy appelle ses succès variables ne pouvait encourager les chirurgiens à le mettre en usage. »

Circonvolutions du cerveau chez les mammifères.

M. C. DARESTE rappelle qu'il a présenté à l'Académie, en janvier 1852, un mémoire sur les circonvolutions du cerveau chez les mammifères, dans lequel il s'était proposé de démontrer la règle suivante : dans tous les groupes naturels de la classe des mammifères, le développement des circonvolutions est en rapport avec le développement de la taille. Il communique aujourd'hui un nouveau fait qui vient confirmer cette règle, c'est la disposition du cerveau chez les chevrotains.

On sait que ces animaux appartiennent à un groupe de la famille des mammifères dans lequel les circonvolutions cérébrales présentent un développement très notable. Il était intéressant de savoir quel est l'état du cerveau chez les chevrotains, qui se distinguent de tous les autres ruminans par la petitesse de leur taille.

Le cerveau d'un chevrotain de Java (*moscus javanicus*), mort récemment à la Ménagerie, lui en a fourni l'occasion. M. Dareste a reconnu que ce cerveau diffère très notablement du cerveau des autres ruminans, et qu'il est précisément ce qu'il devait être d'après sa théorie. En effet, les circonvolutions y sont à peine indiquées par quelques sillons très peu profonds, et qui ne présentent qu'une ébauche des replis si flexueux que l'on observe à la surface du cerveau des autres ruminans.

En résumé, dans tous les groupes naturels de la classe des mammifères, toutes les grandes espèces ont des circonvolutions très flexueuses et très compliquées; toutes les petites espèces ont un cerveau lisse, ou, quand elles ont des circonvolutions, les circonvolutions y sont très simples. Les espèces de taille moyenne présentent un développement moyen dans leurs circonvolutions.

M. Dareste fait remarquer, en terminant, que le développement des circonvolutions, dans les divers individus d'une même espèce, peut être modifié par des causes plus ou moins appréciables. On connaissait depuis longtemps les variations individuelles que présentent les circonvolutions dans l'espèce humaine. L'auteur s'est assuré que ces variations existent chez les animaux, et qu'elles sont d'autant plus étendues, que le développement des circonvolutions est lui-même plus prononcé. On comprend, dès lors, que l'appréciation du degré de développement des circonvolutions dans une espèce, ne peut se faire avec quelque exactitude que si l'on compare entre eux le cerveau de plusieurs individus appartenant à une même espèce, ou, du moins, que si l'on observe le cerveau d'un mâle adulte et ayant acquis tout son développement.

Ces nouvelles idées sur la constitution du cerveau paraissent à M. Dareste contredire formellement la doctrine qui attribue au développement des circonvolutions, une certaine influence sur le développement de l'intelligence.

Influence des fermens glucosiques du son dans la panification.

M. MOURIÈS adresse, comme supplément à une précédente communication sur le son de froment, une note ayant pour titre : De l'influence des fermens glucosiques du son dans la panification.

L'auteur résume, dans les termes suivans, le contenu de cette note :

1° Par l'action des fermens glucosiques du son, décrits dans un précédent mémoire, la plus grande partie de l'amidon du pain fait avec la farine brute, devient soluble, et perd l'inconvénient de faire une pâte épaisse et résistante;

2° Cette transformation explique pourquoi le pain brut est dense, terne, gras au toucher, d'une dessication lente, et pourquoi les animaux le digèrent et l'assimilent plus facilement que le pain blanc.

(Commissaires précédemment nommés : MM. Chevreul, Pelouze, Balard.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 Septembre 1853. — Présidence de M. NACQUART.

La correspondance comprend :

1° Plusieurs rapports de M. HEULHARD, d'Arcy, médecin des épidémies de l'arrondissement de Clamecy (Nièvre), sur différentes épidémies qui ont régné dans quelques communes de cet arrondissement. (Comm. des épidémies.)

2° Un rapport de M. HASPEL, médecin en chef de l'hôpital militaire de Guano (Corse), sur les maladies au traitement desquelles les eaux minérales de cette localité ont été appliquées en 1852. (Com. des eaux minérales.)

3° Une lettre du ministre du commerce, demandant l'avis de l'Académie sur un ouvrage concernant la vaccine. (Com. de vaccine.)

La correspondance manuscrite comprend :

4° Un mémoire de M. MASCAREL, de Chatellerault, sur deux épidémies de scarlatine qui ont régné dans l'arrondissement de Chatellerault, la première, de novembre 1844 en mars 1845; la deuxième, de septembre 1851 à décembre 1852. (Com. des épidémies.)

5° Un mémoire de M. LECADRE, du Havre, sur la variole épidémique au Havre en 1853. (Com. de vaccine.)

6° Une note de M. DE LIGNEROLLES, contenant la description d'un vice de conformation connu sous le nom d'éventration congénitale. (Com. M. Danyau.)

7° M. A. BECQUEREL adresse la lettre suivante :

Monsieur le Président,

J'ai vu, d'après la lecture du compte-rendu de l'Académie de médecine, que plusieurs honorables confrères revendiquaient d'avoir préconisé, avant moi, l'emploi du nitrate d'argent solide dans la vaginite.

C'est d'abord M. Boinet, qui l'employait pendant son internat à l'hôpital Saint-Louis, et qui, après avoir rappelé quelques publications anglaises, en profite pour recommander les injections de teinture d'iode.

C'est ensuite M. Cazenave, de Bordeaux, qui prétend l'avoir employé depuis longtemps.

Permettez-moi deux lignes seulement de réponse :

Je n'ai nullement prétendu, et je ne prétends en aucune manière avoir fait une découverte.

Je le prétends si peu, que je rapporte textuellement le passage de M. Ricord, passage dans lequel il conseille l'emploi de ce moyen.

Le seul mérite que je puisse avoir, si tant est qu'il y ait mérite, n'est pas de conseiller, le premier, l'emploi du nitrate d'argent solide contre les vaginites aiguës ou chroniques, mais d'avoir généralisé le moyen, de l'avoir préconisé contre tous les cas sans exception, et d'avoir affirmé, enfin, qu'il guérissait plus complètement et plus vite cette maladie que les autres médications.

Agréez, etc.

Dr A. BECQUEREL,
Médecin de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé de la Faculté de médecine.

8° Une lettre de M. CHASSAIGNAC, qui dit avoir déjà signalé, dans plusieurs communications, le fait que M. Maisonneuve a communiqué récemment à l'Académie sous le nom de gangrène foudroyante.

9° Une lettre de M. THOMAS, donnant d'Amsterdam des nouvelles du choléra qu'il a observé à Lubeck et à Hambourg, après son départ de St-Pétersbourg. Cette lettre ne contient aucun détail digne d'intérêt.

10° Une lettre de M. ANCELON, de Dieuze, au sujet du rapport de M. Roche, sur la vaccine, rapport fait *ab irato*, suivant lui. M. Ancelon ne peut s'expliquer ce qui a, dans son mémoire *si conciliant*, soulevé contre lui la *colère* de M. Roche. Il faut, ajoute-t-il, qu'il ait été prévenu par quelque calomniateur en dehors de l'Académie.

11° Une lettre de M. MACLHOUGHLIN, qui informe l'Académie que le choléra vient de paraître à Newcastle, dans le nord de l'Angleterre. Depuis le 7 au 11 septembre, il y a eu 173 cas, dont 73 sont morts. 7 cas mortels de choléra ont été aussi observés à Londres. Il règne à Newcastle et à Londres une épidémie de diarrhée, et tous les cas de choléra ont eu pour prodrômes une diarrhée.

Dans une seconde lettre d'une date plus récente, M. Maclhoughlin ajoute les détails suivans :

Dans les premiers jours du mois de juillet, la diarrhée a pris un caractère d'épidémie, soit à Londres, soit dans la province.

Depuis ce moment, des cas de choléra sont de temps en temps survenus, mais de crainte d'alarmer le public, ils ont été passés sous silence. Cependant, après que la maladie s'est prononcée si violemment à Newcastle, il n'a pas été possible plus longtemps de la laisser ignorer, et de suite l'autorité a pris les mesures les plus énergiques pour les combattre.

Des médecins ont été placés dans tous les quartiers atteints par le fléau, et là, ils sont tenus de visiter, une ou deux fois par jour, la famille du travailleur, et de le voir lui-même à son ouvrage, et de s'assurer de l'état de la santé du chef et de la santé de chaque membre de la famille; de voir aussi qu'ils soient pourvus de bonne nourriture, des vêtemens de corps et de lit convenables, et, dans le cas de maladie, de leur prodiguer toutes les ressources de la science médicale et tout le confortable dont ils auraient besoin.

D'après cette espèce d'enquête, faite de *porte en porte*, il résulte pour le médecin deux faits :

1° Que là où le choléra s'est manifesté, il y a toujours eu une épidémie de diarrhée qui a précédé les cas de choléra;

2° Que, dans tous les cas de choléra qui se sont présentés jusqu'à présent, les individus atteints par la maladie ont eu, pendant plusieurs jours, ou même pendant plusieurs semaines, une diarrhée plus ou moins abondante, et que pas un cas de choléra n'a été constaté où la maladie se soit montrée d'une manière brusque et sans produire de diarrhée.

Dans l'épidémie de 1849, l'attention avait déjà été appelée sur la question de savoir si le choléra était une conséquence de la diarrhée, et ces recherches sont confirmées dans cette présente épidémie. (Comm. du choléra.)

— M. H. GAULTIER DE CLAUBRY lit un rapport sur un mémoire sur la gastro-entérite, par M. Gautherin fils, médecin à Aunay (Yonne).

L'auteur examine, sous ce titre, diverses questions relatives à l'histoire des fièvres, et décrit une épidémie qui paraît être, d'après M. le rapporteur, une fièvre typhoïde, mais sur laquelle il ne donne aucun des renseignemens utiles pour en faire apprécier l'importance, tels que ceux relatifs à la localité, au chiffre de la population, des malades et des morts, etc.

Conclusions : Déposer son mémoire aux archives, et remercîmens à l'auteur.

M. le docteur DE HUBÉ lit un mémoire sur le choléra-morbus algide de 1848 à 1849. (Renvoi à la commission du choléra.)

M. POGGIALE lit une première partie d'un mémoire intitulé : *Des eaux minérales de la Corse*. Cette première partie du travail de M. Poggiale est relative à l'analyse de l'eau minérale acidule ferrugineuse d'Orezza.

Voici les résultats de cette analyse :

1,000 grammes d'eau d'Orezza contiennent :

	litre.
Acide carbonique libre ou provenant du bicarbonate	1,248
Air atmosphérique	0,011
	gr mil.
Carbonate de chaux	0,602
— de magnésie	0,074
— de lithine	traces très sensibles.
— de protoxyde de fer	0,128
— de protoxyde manganèse	traces très sensibles.
— de cobalt	traces.
Sulfate de chaux	0,021
Chlorure de potassium et de sodium	0,014
Albumine	0,006
Acide silicique	0,004
— arsénique	traces.
Fluorure de calcium	traces.
Matières organiques	traces.
	0,849

On voit que l'eau d'Orezza peut être considérée comme une sorte d'eau de Seltz ferrugineuse. Elle est très remarquable par la proportion d'acide carbonique, de carbonate de fer et de manganèse qu'elle contient; parmi les eaux ferrugineuses, aucune ne peut lui être comparée. Les eaux de Forges, de Passy, de Pyrmont, d'Egra, de Cransac, etc., lui sont inférieures; quelques-unes contiennent, il est vrai, plus de fer, mais elles ne renferment qu'une faible proportion d'acide carbonique; aussi leur saveur est amère et styptique, et elles ne possèdent pas les propriétés thérapeutiques des eaux gazeuses. L'eau d'Orezza contient beaucoup plus d'acide carbonique et de carbonate de fer que l'eau de Spa, dont la réputation est européenne. En effet, on ne trouve dans celle-ci, pour 1,000 grammes d'eau, que 86 centilitres d'acide carbonique et 0,077 milligrammes de carbonates de fer. L'eau de Vichy elle-même est inférieure à l'eau d'Orezza par la quantité d'acide carbonique, puisque, d'après l'analyse de MM. Berthiez et Puvis, elle ne renferme que 1,149 litres d'acide carbonique par litre.

Ces eaux ne sont employées qu'en boisson.

La présence d'une proportion considérable d'acide carbonique libre et de bi-carbonate les rend plus assimilables et permet aux malades d'en boire une grande quantité. D'après le témoignage des médecins-inspecteurs et de tous les médecins du pays, ces eaux sont d'une énergie surprenante; elles rendent les digestions plus faciles, augmentent l'appétit et donnent aux organes de la vigueur et de l'agilité. Le pouls devient plus fort, le visage se colore, et il n'est pas rare d'observer des étourdissemens lorsque l'usage de ces eaux a été prolongé. Les eaux d'Orezza sont particulièrement utiles dans la chlorose, les engorgemens des viscères abdominaux, les flueurs blanches, les affections anciennes du tube digestif, et généralement dans toutes les maladies qui proviennent de la faiblesse de nos organes.

Le travail de M. Poggiale est renvoyé à l'examen de la commission des eaux minérales.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à quatre heures et demie.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 114. SEPTIÈME ANNÉE. Samedi 24 Septembre 1853.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12*.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CHIRURGIE PRATIQUE.

EXSTROPHIE DE LA VESSIE; — AUTOPLASTIE POUR MASQUER LA DIFFORMITÉ ET CRÉER UN RÉSERVOIR CAPABLE DE RETENIR L'URINE PENDANT UN CERTAIN TEMPS; — INSUCCÈS; — ÉTABLISSEMENT DÉFINITIF D'UN CANAL CUTANÉ PROPRE A MAINTENIR EN PLACE UN RÉSERVOIR EN CAOUTCHOUC VULCANISÉ.

Par M. le docteur Jules ROUX, chirurgien en chef de la marine à Toulon, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc.

Les cas d'exstrophie de la vessie sont nombreux : Percy, dans sa pratique, en a rencontré vingt; dans un rapport fait à l'Académie de médecine en 1833, M. Velpeau en a indiqué plus de cent, et il ajoute que les mémoires de Bonn, Meckel, Desgranges, de M. Quatrefages prouvent qu'il n'était déjà plus possible de les compter vers la fin du siècle dernier. M. le docteur Jamain, dans sa thèse inaugurale soutenue à Paris en 1845, en a rapporté plusieurs observations qu'on pourrait encore multiplier en réunissant toutes celles qu'a enregistrées la presse médicale. Mais jusqu'à présent, la science s'est bornée à constater les faits anatomiques, physiologiques, les caractères tératologiques de cette difformité et à constater son incurabilité.

En livrant à la presse scientifique le travail qu'on va lire, je n'ai pas l'intention d'ajouter un fait nouveau d'*inversion* de la vessie aux nombreux faits déjà publiés, mais bien de faire connaître la voie nouvelle dans laquelle je suis entré pour remédier à cette infirmité dégoûtante, qui place pour ainsi dire en dehors de la société, l'homme qui en est atteint, par suite de l'insupportable odeur d'urine qu'il exhale sans cesse.

Dans ce mémoire, accompagné de planches intercalées dans le texte, je ferai connaître successivement :

1° L'anatomie physiologique et chirurgicale du cas d'exstrophie de la vessie que j'avais sous les yeux;

2° Les divers plans d'opération que j'avais conçus;

3° L'opération que j'ai pratiquée;

4° Enfin les résultats que j'ai obtenus.

Le condamné Méry, Vincent, âgé de 27 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne constitution et jouissant d'assez d'embonpoint, était arrivé au bagne de Toulon au mois de décembre 1851. Peu de jours après il fut envoyé à l'hôpital, dans le service des blessés, à cause de la difformité congéniale dont il était affecté.

Méry présentait une exstrophie de la vessie, ainsi caractérisée : sur la ligne médiane de l'abdomen et à 2 centimètres environ au dessus du pubis, est une tumeur oblongue, lisse, d'un rouge vif, parfois recouverte en partie de mucosité blanchâtre; de 66 milimètres dans son diamètre transversal et de 33 dans le vertical. Elle est peu sensible au toucher, rénitente, ne disparaissant pas par la pression, saignant au moindre contact, et présente vers son tiers inférieur deux mamelons distans de 28 millimètres, par le sommet desquel l'urine s'échappe au dehors. Cette tumeur plus saillante dans la station verticale que dans l'horizontale est fixée à la peau des parties voisines, par l'intermédiaire d'une sorte de tissu cicatriciel d'une sensibilité obscure, moins souple, plus blanc, plus adhérent que la peau qui l'environne; sur son bord supérieur, il n'y a pas le plus léger rudiment de l'ombilic qu'on cherche vainement aussi sur les autres points de l'abdomen.

Au-dessous de la tumeur et à 2 centimètres environ se trouve la verge, petite, fendue sur sa face dorsale, de sorte que le gland est bilobé, et qu'il ne reste du canal de l'urètre que la paroi inférieure où l'on observe en arrière, un vérumontanum peu saillant, sur les côtés duquel sont divers pertuis, dont deux symétriquement placés, sont les ouvertures des canaux éjaculateurs; les autres, moins distincts et par lesquels le malade n'a pas vu sortir un fluide aussi caractéristique que par les premiers, sont probablement des canaux prostatiques. Sous la face inférieure du gland est une portion de prépuce très ample et un frein assez épais.

Le scrotum a de grandes dimensions. Dans le sens vertical, de la racine de la verge à l'anus, il a 13 centimètres environ; 22 centimètres dans le sens transversal mesuré au-dessous de la verge : la peau qui le recouvre est épaisse, rosée, sans ulcérations, et comme habituée au contact de l'urine. D'ailleurs le scrotum se prolonge vers les aines, en formant dans le pli inguinal de chaque côté une gouttière prononcée, continue à un petit entonnoir médian que l'on remarque entre la tumeur vésicale et la racine de la verge.

Le périnée est effacé; l'anus ouvert immédiatement audessous des bourses est situé plus en avant qu'à l'ordinaire et a subi le déplacement en haut imprimé à tout l'appareil génito-urinaire. Le rectum est très dilaté et tellement relâché, qu'il y a procidence de cet intestin, toutes les fois que le malade vient à la selle.

La rainure interfessière est très profonde. Les os pubis sont écartés l'un de l'autre de 80 millimètres environ; la verge répond au niveau et même un peu au-dessus de cet écartement; les épines iliaques antéro-supérieures sont distantes de 35 centimètres.

La peau qui entoure les organes génito-urinaires est partout molle, élastique, facile à soulever en plis étendus; elle n'est nulle part excoriée; cependant dans l'entonnoir dont j'ai parlé, elle est légèrement rouge et pointillée.

Les urines sortent par les deux mamelons au sommet desquels s'ouvrent les urctères; elles coulent presque continuellement goutte à goutte, mais quelquefois s'échappent en jet prononcé, et sont plus abondantes quand Méry est agité par quelque émotion. Elles se répandent sur des points divers de la peau, selon les attitudes du malade. Est-il sur le dos? elles remplissent l'infundibulum pénio-vésical et fuient par les gouttières que j'ai dit exister sur les aines; elles suivent au contraire l'une ou l'autre gouttière, selon que le décubitus a lieu sur le côté droit ou sur le côté gauche. Dans la station verticale, elles tombent sur les côtés de la verge et baignent le scrotum et les cuisses; aussi le malade n'a-t-il jamais porté que des pantalons largement ouverts et une blouse. Les urines sont limpides, peu ammoniacales, laissent déposer souvent un sédiment blanchâtre, et sont d'autant plus abondantes et moins irritantes que plus de boissons aqueuses ont été absorbées.

Si de l'examen anatomique des parties externes, nous passons à celui des organes internes, nous verrons que le doigt indicateur introduit dans l'anus, dépasse en haut la tumeur vésicale et permet de reconnaître qu'elle ne doit pas sa convexité et sa rénitence à des anses intestinales, qui la distendraient, et de constater que le rectum fortement dilaté a, avec elle, les rapports normaux.

D'un autre côté, le cathétérisme des uretères que j'ai plusieurs fois pratiqué sans inconvénient et même sans douleur aucune, m'a fait reconnaître que ces canaux s'enfonçaient dans le petit bassin et longeaient les faces latérales du rectum, auxquelles ils sont juxtà-posés et formaient une anse à concavité supérieure; d'où il résulte que, chez le sujet de cette observation, les uretères doivent avoir plus d étendue que dans l'état normal, ou bien que les reins sont abaissés.

Les testicules, volumineux, oblongs et rénitens, sont renfermés dans le scrotum. Les tuniques vaginales sont le siége

---

Feuilleton.

CAUSERIES.

Les vacances, et surtout les beaux jours que cette fin de saison nous donne après en avoir été si avare, nous enlèvent la fine fleur de nos confrères parisiens, mais nous amènent par compensation la fine fleur de nos confrères des départemens. C'est un échange quotidien de célébrités médicales entre la capitale et les provinces, sans compter les célébrités étrangères que les chemins de fer nous conduisent tous les jours. Si peu qu'on ait de loisir et quelques louis d'économie, on part qui pour les thermes en renom, qui pour les bords de la mer, qui pour la chasse, et ces derniers ne sont pas les moins nombreux. C'est étonnant le nombre des Nemrod que renferme notre profession. Dans une chasse célèbre qui a eu lieu ces jours-ci dans un magnifique domaine de Seine-et-Marne, appartenant à un prince de l'industrie, domaine princier, en effet, de 700 hectares clos de murs, c'est un de nos confrères parisiens qui a été proclamé roi de la chasse. Quarante-sept pièces, dont deux faisans-coqs, tel a été son contingent. Il en est qui préfèrent le plaisir de la pêche, de la pêche à la ligne, plaisir que les honteux osent à peine avouer, que je déclare bravement le roi des amusemens, et dont j'éprouve le regret de ne pas jouir assez souvent. Mes plus récens exploits en ce genre ont été miraculeux : cinq kilogrammes de perches, de tanches et de gardons, de cinq heures à dix heures du matin! et avec une ligne de rencontre, des hameçons rouillés et des asticots malades. Feu notre vénéré maître Marjolin, qui était le plus grand pêcheur de la Seine, de la Marne, de l'Eure et de leurs affluens, m'eût décerné un hameçon d'honneur. Et vous, aimable et savant professeur et président actuel de notre Académie de médecine, vous qui cumulez les deux adresses, et qui maniez avec la même habileté la ligne et le fusil, donnez un encouragement à ce succès d'eau douce.

Mais qu'ils s'écoulent rapidement, mes chers confrères, ces jours de distraction et de repos! Voici venir octobre et ses brouillards qui nous ramènent à la vie sérieuse, à ses ennuis, à ses embarras, à ses passions, aux affaires, en un mot, et ce mot est si triste! Heureusement qu'il est par-ci par-là quelques diversions promises. Au nombre de celles que j'attends, et que je me procurerai à coup sûr, est la lecture d'un livre dont le premier volume va paraître ces jours-ci, livre qui intrigue beaucoup à cette heure le monde politique et littéraire, livre écrit par un confrère, et dans lequel les médecins, si j'en crois quelques indiscrétions, trouveront des pages qu'ils liront avec plaisir. Ce livre est intitulé : *Mémoires d'un bourgeois de Paris*, et son auteur est M. le docteur Louis Véron. Les médecins ne seront pas les moins empressés à lire cet ouvrage attendu avec un intérêt de vive curiosité. Qui vivra verra, c'est tout ce que je peux dire en ce moment.

La solennité annuelle de l'Académie de médecine prendra son intérêt, cette année, dans l'éloge d'Orfila, que doit prononcer M. Dubois (d'Amiens). Le savant secrétaire perpétuel n'a pas voulu temporiser avec cette illustration qui vient de s'éteindre. Il a bravement accepté tout ce que cette tâche avait de délicat et même de difficile à remplir dans les circonstances actuelles; il a eu foi en son tact, en sa prudence, en son sentiment exquis des convenances académiques, et cette confiance lui portera bonheur. C'est l'opinion, d'ailleurs, d'un excellent juge à qui M. Dubois a lu plusieurs fragmens de son discours, et qui en a été très satisfait.

C'est M. le professeur Bouchardat qui fera les honneurs de la séance de rentrée de la Faculté de médecine; il prononcera deux éloges, celui de Royer-Collard et celui de Richard. Que cette pieuse tâche lui soit heureuse! Puisse aussi la Faculté, en contemplant avec tristesse le vide immense qui s'est fait dans ses rangs, prendre quelques-unes de ces bonnes résolutions qui adoucissent les regrets des pertes qu'elle a faites. De tous les devoirs de la presse, le plus pénible est celui d'avoir à comparer l'état passé à la situation présente. J'éloigne, autant que je le peux, ce calice d'amertume, et je prie le bon Dieu de l'écarter toujours. Je ne peux, d'ailleurs, me défendre d'une confiance extrême dans le savant doyen actuel de la Faculté, qui voudra certainement marquer son passage au pouvoir par quelque grande institution. Il sera bientôt opportun de lui présenter, à cet égard, le *desiderata* de la science et l'enseignement.

Il paraît que l'on a renoncé, au moins pour le moment, aux projets de transformation de l'hôpital des Cliniques en bibliothèque de la Faculté et en logement du doyen.

Absolument rien de plus nouveau en ce moment. Pourquoi le feuilleton n'aurait-il pas aussi ses vacances?

Amédée LATOUR.

ANOMALIE. — Il est né la semaine dernière, à Exeter, un enfant qui porte treize doigts à l'une des mains.

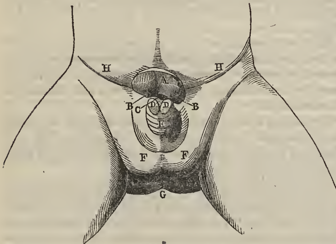
d'une double hydrocèle, et paraissent ne pas contenir de hernie.

Des idées lascives, des attouchemens sur la verge et le gland provoquent l'émission du sperme. L'érection n'est jamais qu'incomplète; Méry n'a jamais vu de femmes; sa voix est douce, sa barbe fine et peu fournie.

J'ai dit déjà que l'excrétion des matières fécales s'accompagne toujours de la chute prononcée du rectum.

La nutrition parfaite est l'indice de l'état normal de toutes les autres fonctions. L'écartement du pubis et, secondairement des cavités cotyloïdes, a dû faire pressentir les modifications apportées à la marche par ce vice de conformation.

La planche Ire est la représentation fidèle du vice congénial observé chez Méry.



A. Tumeur vésicale. — *BB.* Orifices des deux uretères. — *C.* Gouttière urétrale. — *DD.* Gland divisé par la gouttière urétrale. — *E.* Prépuce. — *FF.* Scrotum. — *G.* Anus. — *HH.* Gouttières inguinales.

Que faire contre une telle difformité? Quelques efforts ont été tentés pour y apporter des modifications. Pipelet, Breschet, Jurine, ont essayé de remplacer la vessie par un réservoir artificiel. Dubois et Dupuytren ont eu l'idée de protéger la tumeur avec une plaque concave et de rapprocher les pubis au moyen d'un bandage. M. Gerdy a imaginé « d'aviver, dans » certains cas, les bords de la plaie et de les réunir au moyen » d'une suture enchevillée jusqu'au pubis, et dans d'autres où » la tumeur serait trop considérable, après avoir refoulé celle- » ci du côté de l'abdomen, de l'extérieur à l'intérieur, d'en » disséquer la peau et d'en réunir les bords au moyen de la » suture enchevillée, puis de développer peu à peu la cavité » de la vessie au moyen d'une vessie artificielle, introduite » vide dans le sein de la vessie naturelle, pour dilater, peu à » peu, après la réunion obtenue, la vessie malade au moyen » de la vessie artificielle que l'on insufflerait; d'obtenir, enfin, » la fermeture de l'urètre suspénien en avivant les bords laté- » raux et en les réunissant sur une sonde au moyen de la » suture enchevillée. » (Jamain, thèse pour le doctorat. Paris, 1845, page 31.)

Toutes ces idées théoriques sont restées sans application pratique, à l'exception de la cuvette en argent de Jurine, dont André Bonn aurait obtenu quelques résultats, ou de la boîte métallique dont parle Boyer. M. Gerdy lui-même a renoncé à ses conceptions premières sur l'unique malade qu'il a voulu opérer et sur lequel, après avoir tenté inutilement de refouler en dedans les uretères, il avait l'intention de créer, pour l'urine, une espèce de vessie factice moitié organique et moitié métallique; mais ayant préalablement excisé quelques millimètres de l'extrémité saillante de l'uretère gauche, il a eu le malheur de perdre son malade de péritonite, d'inflammation suppurative du rein et de l'urètre du même côté. (Jamain, thèse citée.)

Tel est, sur ce point, l'état peu avancé de la science, car je ne sache pas qu'on ait entrepris autre chose pour l'exstrophie de la vessie; or, il m'a semblé que la chirurgie pouvait davantage, et l'étude attentive de la difformité de Méry m'a fait penser qu'il serait possible d'atteindre, par une seule opération, les résultats suivans :

Masquer la difformité;

Créer une route régulière à l'urine, la retenir dans un réservoir, et en rendre l'émission volontaire;

Guérir les hydrocèles et remédier à la chute du rectum.

Pour obtenir ces résultats difficiles, et que des chirurgiens continueront peut-être à regarder comme impossibles, j'avais conçu trois plans différens, ou, si on l'aime mieux, trois ordres d'opérations :

1° Ouvrir les uretères dans le rectum, et cacher la tumeur sous un lambeau cutané;

2° Former, à l'aide d'un lambeau de peau suffisant, une vessie extérieure s'ouvrant dans un canal muni d'un constricteur mécanique;

3° Établir un canal cutané propre à maintenir sous la tumeur vésicale un appareil capable de la protéger, de recevoir les urines et de permettre de les émettre à volonté.

1° Pour ouvrir les uretères dans le rectum, dériver les urines, et transformer ainsi cet intestin en cloaque, on pouvait recourir à des opérations diverses, dont voici l'idée générale :

Séparer les uretères de la tumeur vésicale et les suspendre dans le rectum à travers une ouverture pratiquée à cet intestin.

Faire communiquer avec le rectum les portions des uretères en rapport avec lui, en divisant, dans une étendue convenable, les parties contiguës. Cette division pourrait se faire, soit avec un trocart introduit d'un uretère dans le rectum, soit avec un bistouri pénétrant par le rectum dans l'uretère, et reçu là sur une sonde à cannelure profonde, soit avec un emporte-pièce tranchant, construit sur le principe de l'entérotôme de Dupuytren, et dont les branches, introduites l'une dans le rectum et l'autre dans un uretère, se rencontreraient dans le point choisi par l'opérateur, soit à l'aide d'une anse de fil métallique, qui, traversant à la fois les deux uretères et le rectum, serait tordue en avant du pubis sur un chevalet solide, soit enfin avec une pince porte-caustique, ressemblant à l'emporte-pièce dont j'ai parlé plus haut, mais produisant dans les canaux contigus une escarre étendue, dont la chute produirait la communication désirée. Notons bien que l'emploi du caustique pourrait aussi suivre l'usage du bistouri ou du trocart.

Par ces opérations diverses, faites en un ou deux temps sur sur un seul uretère, ou sur les deux à la fois, serait créée une vaste communication entre les uretères et le rectum, ainsi devenu le réservoir de l'urine. On couvrirait ensuite la tumeur vésicale, dont, au besoin, la muqueuse aurait été enlevée, avec des lambeaux de peau pris sur l'abdomen ou le scrotum.

Les rapports anatomiques intimes des uretères et du rectum; quelques cas d'uretères ouverts congénitalement dans cet intestin; les observations assez nombreuses des hommes qui, après les opérations de la taille recto-vésicale de Sanson, ont conservé des fistules urinaires et la faculté de retenir dans une sorte de cloaque, ce liquide qu'ils excrétaient en allant un peu plus souvent à la garde-robe, m'avaient suggéré l'idée de cette opération, dont j'avais certainement calculé les difficultés et mesuré tous les dangers. Mais les rapports encore mal déterminés du péritoine avec le rectum et les débris de la vessie; la situation incertaine, sur ce sujet, des vésicules séminales; la chute habituelle du rectum trahissant la faible énergie du sphincter; et enfin le résultat malheureux de la simple excision de l'uretère faite par M. Gerdy, m'éloignèrent, cette fois, de l'idée de cette opération et me firent diriger ailleurs mes recherches.

2° Dans un second ordre d'idées, je conçus la possibilité de créer, à l'aide d'un lambeau cutané, une vessie extérieure continue à la gouttière urétrale; de transformer cette gouttière en un canal que fermerait et ouvrirait un constricteur élastique, de sorte que le réservoir de nouvelle formation pourrait se remplir et se vider à volonté.

Chez Méry, le scrotum épais et très étendu, la situation de la tumeur vésicale immédiatement audessus du pubis, me décidèrent à rabattre audessus d'elle la peau des bourses convenablement disséquée, à fixer ce lambeau dans une incision demi-circulaire pratiquée aux tégumens de l'abdomen et à faire sortir au bas de cette poche vésicale la verge et la gouttière urétrale par laquelle l'urine s'écoulerait au dehors.

Mais il fallait vaincre trois difficultés relatives au lambeau, à l'urine et à l'inflammation consécutive.

Le *lambeau* taillé en un seul temps ne pouvait être pris aux dépens de la peau du scrotum, qu'en recourant à une méthode nouvelle d'autoplastie, dans laquelle la surface épidermique fermerait l'intérieur de la cavité et la surface saignante l'extérieur; celle-ci devait fermer un tissu cicatriciel, dans la partie de son étendue qui ne servirait pas à adhérer à l'incision abdominale. Ce lambeau, pris sur le scrotum et formé aux dépens de la peau et du dartos, pouvait être assez étendu et assez épais; mais disséqué de bas en haut, il perdait de précieux moyens de nutrition, qui lui venaient des artères qui le sillonnent dans cette direction, et bien qu'il eût une base de 20 centimètres, il pouvait rester quelques appréhensions sur sa vitalité ultérieure. Cette circonstance majeure me conduisit à laisser sur chaque aine, audessous de l'incision abdominale, une languette de tégumens de 3 centimètres d'étendue, communiquant largement avec la base du lambeau, et à renvoyer à un second temps de l'opération l'incision de cette base qui devait permettre de faire saillir la verge au dehors.

D'un autre côté la circonférence de ce vaste lambeau devait être reçue dans une incision demi-circulaire pratiquée sur l'abdomen à 2 centimètres environ audessus de la tumeur vésicale. Cette circonférence seule devait donc s'agglutiner avec les parois abdominales; mais pour que cette réunion capitale répondît aux espérances de l'opérateur, il fallait augmenter les surfaces de contact. Pour cela, la circonférence saignante du lambeau, repliée sur la face épidermique, devait être enchâssée dans la plaie abdominale, dont la lèvre supérieure, disséquée de manière à constituer un lambeau, s'avancerait encore, par glissement, sur la face saignante du lambeau scrotal. Ces deux lambeaux devaient être maintenus dans les rapports indiqués par sept points de suture enchevillée.

Pour empêcher l'*urine* de tomber sur les plaies, de les frapper de mortification, et de s'opposer ainsi à leur agglutination, il fallait en assurer l'écoulement facile loin des surfaces saignantes, et dans une direction déterminée. Or, nous avions remarqué que, lorsque le malade était couché sur le côté droit, les urines suivaient invariablement la gouttière inguinale du même côté, et se rendaient aisément, par cette voie, dans un vase destiné à les recevoir. Ce cours régulier des urines se conciliait avec le plan de l'opération, puisque, pour le moment, nous ne devions pas toucher à la peau de la gouttière inguinale droite, sur laquelle le lambeau scrotal devait être jeté comme un pont.

Mais en supposant la réunion des lambeaux solidement établie, et la poche urinaire définitivement formée, tout n'était pas encore dit à l'égard de ce liquide essentiellement irritant, car on ne manquera pas d'objecter que l'urine, partout en contact avec une poche cutanée, doit inévitablement l'enflammer, l'excorier, l'ulcérer même, et causer d'intolérables douleurs. Mais ces craintes, si fondées en principe, ne s'évanouissent-elles pas, en réfléchissant à la composition de la poche elle-même? Elle est formée, *en arrière*, par la muqueuse de la vessie exstrophiée et la peau cicatricielle qui unit la vessie aux parois abdominales; *en avant*, *en haut*, et sur *les côtés*, par un lambeau cutané qui par le fait de sa vaste dissection, aura perdu toute sensibilité tactile animale; et *en bas* enfin par l'infundibulum pénio-vésical et la muqueuse de la gouttière urétrale, depuis longtemps habituées au contact de l'urine. Enfin, si malgré l'analyse que je viens de faire, il arrivait que la poche formée ne pût contenir l'urine, même une demi-heure ou une heure, elle aurait encore l'incontestable avantage de masquer la tumeur, de la protéger contre les frottemens incessans des vêtemens et de diriger, par la gouttière urétrale, les urines dans un urinal suspendu à la verge.

D'un autre côté, de vastes surfaces mises à découvert devaient être prises aussi en considération à cause *de l'inflammation*, des réactions fébriles et des suppurations abondantes qu'elles pouvaient provoquer. Mais ce n'était pas là un motif suffisant de s'abstenir, car le traumatisme ne devait porter ici que sur des parties extérieures : la pathologie n'a-t-elle pas souvent montré que les testicules dépouillés de leurs enveloppes extérieures, sont le siége d'une prompte et facile cicatrisation? Ne sait-on pas que le traumatisme des surfaces saignantes d'un vaste lambeau maintenu détaché ne réagit pas sur l'organisme, comme celui de surfaces saignantes égales qui auraient conservé tous leurs rapports normaux avec les tissus qui les environnent?

Dans un second temps de l'opération il faudrait démasquer la verge en l'attirant au dehors par une incision transversale faite à la partie inférieure et médiane du lambeau, sous le gland, et en divisant le frein. Alors le prépuce d'inférieur deviendrait supérieur et convertirait en canal la gouttière urétrale; canal par lequel l'urine coulant au dehors par la voie la plus déclive permettrait de fermer les gouttières inguinales, si déjà la gauche n'était oblitérée par suite de la dénudation du derme qu'on aurait pratiquée le jour même de l'opération, à l'aide de l'ammoniaque concentrée.

(La fin à un prochain numéro.)

PATHOLOGIE.

DU CROUP; — NATURE ET DIAGNOSTIC.

Par M. le dr Marchant (de Charenton), médecin-adjoint de l'École impériale vétérinaire d'Alfort.

« Nam viri prænobilis aut tenuis idem sermo » diversum valet. »

(Grotius, imitation d'un passage d'Euripide.)

(Le travail qui suit a été l'objet d'un examen attentif de la part du Comité de rédaction de l'Union Médicale, qui tout en en votant l'impression, a décidé qu'il serait suivi de quelques réflexions. Il a chargé un de ses membres, M. le docteur Hérard, de les présenter aux lecteurs de ce journal, et elles suivront immédiatement la fin du mémoire de M. Marchand.)

En 1807, la famille impériale faisait une perte douloureuse dans la personne d'un frère aîné de S. M. Napoléon III. Cet enfant mourait d'une maladie encore peu connue, et décrite dans la seconde moitié du xviiie siècle sous le nom de *croup*.

Par un ordre, daté du quartier général de Finckenstein (Prusse), le 4 juin 1807, l'empereur Napoléon Ier chargea le ministre de l'intérieur d'ouvrir un concours sur la maladie connue sous le nom de croup; et un prix de 12,000 francs fut promis au médecin auteur du meilleur mémoire sur la nature de cette maladie, sur les moyens de la prévenir ou d'assurer le succès de son traitement.

Ce prix fut partagé, en août 1811, entre MM. Jurine, de Genève, et J. Abraham Albers, de Bremen.

Il était accordé des mentions honorables à MM. Vieusseux, de Genève; Cailleau, de Bordeaux, et Double, de Paris.

M. Royer-Collard, dans un rapport qui est resté un modèle du genre et l'ouvrage le plus remarquable qui ait été écrit sur le croup, résuma les opinions de ces observateurs exacts et consciencieux.

Depuis cette époque, de nombreux travaux ont été publiés sur le croup, sans que la somme des connaissances que nous possédons sur cette maladie se soit notablement augmentée, et personne n'est venu nier les principaux faits avancés par les lauréats du concours de 1807.

La théorie du croup a subi l'influence des diverses doctrines qui ont régné depuis le commencement de ce siècle; ainsi, lors de l'apparition de l'école physiologique, le croup fut considéré comme une inflammation plus ou moins violente, dont

la variété de forme dépendait de circonstances individuelles, locales ou temporaires : « Le croup *catarrhal* est une inflam- » mation croupale peu intense; le *croup nerveux* est la même » inflammation chez un sujet irritable, ou qui, par le fait de » son état de maladie, est affecté de spasmes qui influent sur » l'issue du mal; enfin le *croup inflammatoire* est l'inflamma- » tion laryngo-trachéale à son plus haut degré et donnant lieu » au développement de la fausse membrane (1). »

Le temps a fait justice de ces idées, bien qu'elles aient encore quelques rares partisans, et M. Bretonneau, de Tours, est un des médecins qui ont le plus contribué à faire prévaloir, sur la nature du croup, une opinion plus en rapport avec nos connaissances actuelles. Dans son livre *Des inflammations spéciales du tissu muqueux*, publié en 1826, il a dit que « la spé- » cificité de l'inflammation bien plus que son intensité, bien » plus que la nature du tissu qui en est le siége, influe sur le » trouble que chaque lésion inflammatoire apporte dans les » fonctions (2). »

M. Bretonneau établit définitivement la nature spécifique du croup, contrairement aux idées émises par les partisans de l'école physiologique. Ce fut un progrès pour le temps où il écrivait; et si, fidèle à de si sages doctrines, il avait dit : le croup est une maladie spécifique qui ne doit être confondue avec aucune autre; l'angine qui se propage au larynx n'a, avec le croup aucune espèce de rapport, car c'est une gangrène, une mortification superficielle de la muqueuse, et, dans le croup, on n'observe rien de semblable, il eût fait prévaloir de saines idées, et aujourd'hui on serait à peu près d'accord sur ce que l'on doit entendre par le mot croup, et sur la valeur des principaux symptômes de cette maladie.

Les premiers auteurs qui ont écrit sur le croup, Home, Schwilgué, Pinel, Des Essards, Albers, Vieusseux, etc., se sont tous accordés à dire que le croup était une inflammation catarrhale du larynx, de la trachée et des bronches, avec formation d'une exsudation qui tapisse la muqueuse de ces organes. Cette membrane, de nouvelle formation, est seulement superposée sur la muqueuse qui reste intacte sans la moindre érosion ni perte de substance; c'est le vrai type de la fausse membrane. Invariable à toutes les époques de son existence, aucun des auteurs dont je viens de parler ne mentionne, dans sa coloration, aucune espèce de changement; elle se détache par parties ou en entier, toujours identique, sans avoir subi de décomposition et sans exhaler de mauvaise odeur. Ce point, sur lequel j'appelle l'attention des observateurs, est encore vrai de nos jours; il n'est pas un médecin qui ne puisse s'en assurer par lui-même, toutes les fois qu'il sera à même de donner des soins à un enfant atteint du croup, que l'on appelle aujourd'hui croup des voies aériennes.

M. Bretonneau, en publiant en 1826 son ouvrage sur les inflammations spéciales du tissu muqueux, a entravé les progrès de la science que la doctrine physiologique avait arrêtés par une trop grande généralisation; il a introduit la confusion là où régnaient l'ordre et la netteté; il a cherché à établir que l'angine maligne, la gangrène scorbutique n'étaient que des formes variées d'une même maladie, le croup; pour appuyer sa théorie il a dû nier la nature gangréneuse de l'angine maligne, et faire d'une escarre gangréneuse une pseudo-membrane. Cette transformation, qu'un examen très sévère ne permet pas d'admettre, était nécessaire pour prouver l'identité de l'angine maligne et du croup, puisque, dans ce dernier seulement, il y a des fausses membranes.

Voici sur quelles preuves il fonde son opinion :

Dans la deuxième observation de son ouvrage, il rapporte l'histoire d'un enfant de 8 ans, dont « toutes les parties molles » de l'arrière-bouche sont d'une teinte grise et paraissent *pro-* » *fondément sphacélées*. Une des amygdales pendante et déta- » chée ne semble retenue que par des débris celluleux; » « l'haleine était infecte, et la fétidité se faisait sentir à une » grande distance (1). »

Par un traitement approprié, ce malade guérit, et quinze jours après il mourut des suites d'une autre maladie; à l'autopsie on reconnut que tout était sain dans le pharynx, le larynx et la trachée.

L'enfant qui fait le sujet de la troisième observation, présente les symptômes suivans : « ..... Déglutition difficile, » haleine fétide.... Toute l'arrière-bouche est d'une teinte » grise marbrée. » La maladie se termina par la mort; et, à l'autopsie, on trouva que « les parois du larynx sont, *en appa-* » *rence*, recouvertes d'escarres; » mais, dans la trachée, il y avait un tuyau de substance membraniforme et analogue à ceux du croup.

Dans les réflexions qui sont à la suite de l'observation, M. Bretonneau demande « quelle était donc la nature de ce » mal dangereux? L'intensité du croup pouvait-elle aller jus- » qu'à affecter le pharynx et simuler l'angine maligne, ou le » mal de gorge gangréneux en avait-il imposé par de trom- » peuses apparences, au point de faire illusion sur son carac- » tère le plus frappant, celui-là même qui a déterminé sa » dénomination........ L'angine maligne, la gangrène scor- » butique et le croup, maladies si éminemment aiguës, » n'étaient-ils donc que des formes variées d'une seule et même » espèce de phlegmasie? (1) » *La moins vraisemblable de ces suppositions s'est trouvée la plus vraie*, etc.

(1) Bricheteau. *Précis analytique du croup*, page 279.
(2) Bretonneau. *Des inflammations spéciales du tissu muqueux*. Introduction.
(1) Bretonneau, ouvrage cité.

M. Bretonneau reconnaît que son opinion est peu vraisemblable; cependant sa conviction est à peu près formée, car à la page 33 il dit : « Dans aucun cas, lors même que l'an- » gine maligne avait pris l'aspect le plus repoussant, je n'ai » rien pu découvrir qui ressemblât à aucune lésion gangré- » neuse; des ecchymoses peu étendues, ainsi qu'une légère » érosion des surfaces sur lesquelles la durée du mal s'était » prolongée, ont été les plus graves altérations de tissu que » je sois parvenu à constater. » A la page 109 on peut lire : » l'intérieur du pharynx est gris, marbré de fauve et de noir: » des fragmens de concrétions pendans et détachés, *simulent* » des lambeaux de tissu organique qui commenceraient à se » séquestrer, après avoir atteint le dernier degré du spha- » cèle. »

En lisant l'ouvrage de M. Bretonneau, on a dû remarquer que lorsque l'angine maligne a la forme gangréneuse la moins douteuse, il a soin de dire que c'est une illusion, une apparence trompeuse; dans un seul endroit de son livre, il explique les raisons qui l'engagent à considérer la lésion comme une fausse membrane plutôt que comme une gangrène : ainsi, à l'article sphacèle de la bouche, page 131, il dit : « Dans l'une » et l'autre maladie (sphacèle de la bouche et stomacace diph- » théritique), la fétidité de l'haleine est la même, et peut-être » la stomacace diphthéritique se montre-t-elle sous un aspect » encore plus repoussant que le véritable sphacèle. Malgré » ces traits de ressemblance, il suffit, je le répète, pour dis- » tinguer ces deux affections, d'y apporter un peu d'attention. » Dans le sphacèle, c'est le tissu organique lui-même qui est » altéré; s'il a changé de couleur, il a conservé sa texture; et » la modification étant soudaine, sa force de cohésion n'est » pas d'abord diminuée. A mesure que la lésion morbide » s'étend de son centre de développement, de la profondeur » à la superficie, les tissus modifiés deviennent insensibles aux » tractions et ne donnent pas de sang. Quelles que soient, au » contraire, la consistance et l'épaisseur des concrétions diph- » théritiques, elles sont toujours faciles à déchirer; on peut » au moins les détacher des surfaces enflammées qu'elles re- » couvrent, et qui laissent très facilement transsuder le sang. »

Il faut examiner maintenant si tous les argumens que M. Bretonneau accumule dans son ouvrage, dans le but de démontrer que les lésions observées dans la maladie qu'il décrit, ne sont pas de nature gangréneuse, ont assez de valeur pour entraîner la conviction d'un esprit sévère.

D'après tous les auteurs classiques, la gangrène est la mortification des parties molles, c'est la mort d'une partie du corps.

Les phénomènes principaux de la gangrène sont :

1° La mortification de la partie qu'elle frappe;

2° La putréfaction, en place, de la partie mortifiée, surtout lorsqu'elle est dans un milieu chaud et humide, et en contact avec l'air;

3° L'élimination de la partie mortifiée;

4° La perte de substance résultant de la mortification.

Si on retrouve ces mêmes phénomènes dans la couenne de M. Bretonneau et des auteurs qui, comme lui, l'ont admise, on sera bien forcé d'avouer que la diphthérite et l'angine couenneuse sont une seule maladie de nature gangreneuse; car, dans les vraies fausses membranes que nous connaissons, on ne voit rien de semblable.

L'examen auquel nous allons nous livrer, démontrera, d'une manière irrévocable, que le croup et l'angine maligne sont deux maladies différentes qu'on a confondues à tort.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Ouvrage cité, pages 28-29.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séances du 10 et du 24 Août 1853. — Présidence de M. le professeur REQUIN.

Sommaire. — Rapport de M. Moutard-Martin sur le mémoire de M. le docteur Ch. Bernard, candidat à une place de membre associé. — Nomination de M. Bernard. — Lecture d'une observation d'*affection aiguë des articulations terminée par suppuration*, par M. Caron, interne des hôpitaux. — Effets de la foudre, observation communiquée par M. le docteur Moutard-Martin. — Rapport verbal de M. Thirial, sur le *Bulletin de la Société de médecine de Poitiers*. — Rapport de M. Valleix sur le mémoire de M. Woillez, candidat à une place de membre associé. — Lecture d'un mémoire *sur les flux urinaires*, par M. Becquerel. Discussion : MM. Requin et Guérard.

M. Bricheteau fait hommage à la Société, de la part de l'auteur, du *Précis théorique et pratique des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, par M. le professeur Forget, de Strasbourg.

Des remercîmens seront adressés à M. Forget, et M. Hérard est chargé de faire un rapport sur cet ouvrage.

— M. MOUTARD-MARTIN lit le rapport suivant sur le mémoire présenté par M. Ch. Bernard, à l'appui de sa candidature à une place de membre associé :

M. Bernard vous a lu, dans une de vos dernières séances, un travail intitulé :

Des rapports réciproques qui existent entre les troubles de la menstruation et l'ovarite.

A mon sens, M. Bernard a fait choix d'un sujet bien ingrat et sur lequel il est difficile de jeter beaucoup de lumière. Cette difficulté tient à l'incertitude du diagnostic de l'ovarite, car je crois rendre votre pensée, Messieurs, en disant que si quelquefois on arrive directement à son diagnostic, c'est l'exception, et que le plus souvent c'est par exclusion que l'on se forme une opinion; il en résulte que beaucoup d'observations pourraient être contestées, quant à leur signification.

Mais M. Bernard a parfaitement senti lui-même cette difficulté, aussi a-t-il été forcé de sortir des limites qu'il s'était tracées par son titre, et il s'est trouvé entraîné à faire l'histoire, à peu près complète, de l'ovarite.

L'historique de cette affection présente, suivant M. Bernard, trois époques bien distinctes : la première, où l'on confondait les inflammations de tous les annexes de l'utérus, la seconde, qui date de Kruger (1782) et de W. Hunter (1795), est caractérisée par la distinction de l'ovarite, mais de l'ovarite puerpérale seule. Du travail de Montault, publié en 1827, daterait la troisième époque qui comprend les travaux sur l'ovarite simple, publiés jusqu'à ce jour : les principaux ont été publiés dans ces dernières années et sont dus à MM. Chereau, en France, et Tilt, en Angleterre.

Cette division, prise d'un point de vue général, peut être vraie, en ce sens que depuis Montault seulement, ont été publiés des travaux importans sur l'ovarite simple; mais cependant, depuis longtemps déjà, l'ovarite simple était décrite, admise par les uns, rejetée par les autres, et même, depuis le travail de Montault, nous voyons Boivin et Dugès en 1832, Lisfranc quelques années plus tard, nier encore l'existence de l'ovarite non puerpérale.

Parmi les signes que les auteurs attribuent à l'ovarite, celui qu'ils mettent en première ligne, c'est la production d'une tumeur siégeant vers le bord interne de la fosse iliaque, lisse, arrondie, allongée, mobile, souvent facile à circonscrire. Certainement que si la tumeur réunissait constamment tous ces caractères, elle permettrait plus souvent de diagnostiquer l'ovarite avec quelque certitude. Mais, comme le dit M. Bernard, souvent elle ne consiste plus qu'en une tuméfaction difficile à limiter quand les tissus voisins participent à l'inflammation, et peut-être aurait-il dû ajouter quand l'ovaire est déplacé et adhérent à quelque point du bassin. Alors le diagnostic offre une difficulté très grande et quelquefois même insurmontable.

Quant aux autres symptômes tels que la constipation que les auteurs signalent, les envies fréquentes d'uriner et la difficulté dans l'émission des urines, tout le cortége des symptômes généraux, ils n'offrent rien de particulier à l'ovarite; toutes les inflammations phlegmoneuses du petit bassin produisent les mêmes symptômes.

« Quant aux dérangemens fonctionnels, ils consistent, dit M. Ber- » nard, dans les dérangemens de la fonction dont l'ovaire est l'organe, » autrement dit, dans les troubles de la menstruation. » Ici M. Bernard a commis une erreur physiologique qui existe plutôt dans sa plume que dans sa pensée. L'ovaire n'est pas l'organe de la menstruation, c'est dans l'ovaire que se produit l'ovulation, et sous l'influence du travail de l'ovulation se manifeste une congestion de l'utérus et de ses annexes qui se termine par l'écoulement menstruel. Mais, quoi qu'il en soit, il existe des liens intimes entre l'ovaire et l'utérus, les troubles des fonctions de l'un retentissent sur les fonctions de l'autre, et si l'ovulation n'est pas normale, la menstruation éprouvera quelque modification; si la menstruation est irrégulière, difficile, l'ovaire en éprouve le retentissement et il peut subir quelque lésion. Il y a donc une liaison intime entre le dérangement menstruel et le développement de la phlegmasie ovarienne. Tantôt il agit comme cause, tantôt comme effet.

Les dérangemens menstruels, déterminés par l'ovarite, consistent dans la dysménorrhée, l'aménorrhée et la métrorrhagie.

La dysménorrhée a été étudiée surtout par les auteurs anglais Oldham, Rigby, Coby, Tilt. Elle s'observe plutôt dans l'ovarite sub-aiguë que dans l'ovarite aiguë.

L'aménorrhée n'est pas rare dans l'ovarite.

Quant à la métrorrhagie, elle se montre de préférence, suivant Tilt, chez les femmes nerveuses, irritables, chez lesquelles l'utérus paraît disposé à l'engorgement.

Dans un chapitre consacré au diagnostic, M. Bernard, tout en signalant ces difficultés, tout en insistant même sur ces difficultés, finit, ce nous semble, par en faire trop bon marché, en assignant à la tumeur causée par l'ovarite et à celle que peut déterminer le phlegmon des ligamens larges, des caractères trop éloignés; dans les cas les plus tranchés les principaux traits de sa description sont vrais et très bien exposés, mais souvent les choses ne se présentent pas dans cet état de simplicité, et rien n'est plus difficile que de distinguer un noyau phlegmoneux limité du ligament large, d'une tumeur formée par l'ovaire.

Laissant de côté la plupart des causes que l'on a assignées à l'ovarite, M. Bernard se borne à étudier avec soin ce qui a trait aux troubles de la menstruation, et c'est avec raison qu'il leur accorde la prépondérance parmi les causes de l'ovarite.

Il distingue les troubles de la menstruation en constitutionnels et en accidentels; les premiers sont sous la dépendance d'un vice de la constitution (scrofules) ou d'un état morbide acquis, état nerveux, hystérique, lésions anciennes du péritoine et des annexes de l'utérus; dans ces cas c'est la dysménorrhée qui se manifeste presque constamment, et sous son influence l'ovarite qui survient ne présente pas de caractères d'acuité.

Les troubles accidentels de la menstruation consistent principalement dans l'aménorrhée, et l'ovarite qui survient, dans ce cas, présente toujours une forme plus aiguë, plus franchement inflammatoire. Ce sont surtout les émotions vives, les refroidissemens pendant la période menstruelle, qui paraissent agir rapidement et efficacement pour produire la suppression brusque des règles et consécutivement l'ovarite aiguë.

Quant à la métrorrhagie, M. Bernard croit pouvoir conclure de ses observations, sans l'affirmer cependant, qu'elle survient principalement dans les cas où les règles sont brusquement troublées quelques jours après leur apparition, et l'ovarite qui peut se développer alors, présente les mêmes symptômes d'acuité que dans le cas précédent. Ainsi, d'une part, les troubles subits et accidentels, survenant au début de la ménorrhagie, suppriment les règles; d'une autre part, ces mêmes troubles, survenant quelques jours après l'établissement des règles, causeraient la métrorrhagie. Qu'il soit bien entendu, du reste, que nous laissons à M. Bernard toute la responsabilité de ces propositions, que nos observations propres ne nous permettent ni de contredire, ni de confirmer.

Les différentes propositions contenues dans ce travail, relativement à l'influence des troubles de la menstruation sur l'ovarite, et réciproque-

ment, sont appuyées sur un certain nombre d'observations, dont les unes ont été empruntées à différens auteurs, dont les autres appartiennent à M. Bernard. Peut-être ne trouvons-nous pas toujours assez de précision dans les faits qu'il a tirés des auteurs, et pourrions-nous, dans certains cas, contester le diagnostic; mais nous devons reconnaître que l'auteur s'est montré plus sévère pour les observations qui lui sont propres, et nous le voyons avec plaisir rester quelquefois dans le doute.

Nous regrettons que M. Bernard n'ait pas terminé son travail par quelques conclusions nettement formulées qui, en quelques lignes, en auraient donné toute la substance. Mais, tel qu'il est, ce mémoire est intéressant, et nous devons adresser des éloges à l'auteur pour les nombreuses recherches qu'il a faites. Du reste, M. Bernard nous a déjà, dans plusieurs communications faites à cette Société, donné des preuves de son zèle et de son activité. J'ajouterai que plusieurs d'entre vous, Messieurs, ont été ses maîtres dans les hôpitaux, et ont pu l'apprécier comme élève; d'autres l'ont vu dans la lice, et tous savent que sa place est marquée parmi nous.

Nous vous proposons :

1° De donner à M. Bernard l'une des places de membre associé nouvellement créées;

2° De renvoyer son travail au comité de publication.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

A la séance suivante, le scrutin est ouvert pour la nomination de M. le docteur Ch. Bernard à une place de membre associé. M. Bernard est nommé membre associé à l'unanimité des suffrages exprimés.

— M. Caron, interne des hôpitaux, lit une observation d'*affection aiguë des articulations terminée par suppuration.* (Voir l'Union Médicale du 6 septembre 1853.)

M. Moutard-Martin communique l'observation suivante :

Dans la nuit du dimanche 21 au lundi 22 de ce mois, un de nos confrères était à une heure du matin assis devant sa fenêtre, lisant et contemplant l'orage; il avait sa droite tournée vers sa fenêtre qui regarde au sud, sa gauche dans la direction opposée. L'orage durait depuis quelque temps déjà, et paraissait, à en juger par le court intervalle qui s'écoulait entre la lueur de l'éclair et le bruit du tonnerre, occuper une région très voisine de celle où il se trouvait placé. Tout d'un coup, un éclair illumine la chambre, et il perçoit sur le bras gauche, qui était à découvert, la sensation d'un souffle léger et chaud, une explosion des plus violentes d'un timbre clair éclatant se fit entendre, et il éprouva une secousse électrique dans tout le côté gauche du corps, mais surtout sur le trajet du nerf cubital, et un certain degré de suffocation. La secousse fut si vive, que le membre se trouva complètement engourdi, et il fut obligé de le voir exécuter des mouvemens pour s'ôter l'idée qu'il resterait paralysé. Ces différens phénomènes se sont accomplis avec une telle rapidité, qu'on peut les confondre dans un tout indivisible. En rappelant ses souvenirs, il lui a été impossible de leur assigner d'une manière certaine un ordre de succession. Il croit cependant que la sensation de chaleur qui certainement précéda la secousse électrique, suivit l'éclair et précéda le bruit du tonnerre; quant à la secousse elle-même, il ne sait si elle précéda, suivit ou accompagna la détonation.

La douleur qu'il ressentit fut assez vive pour l'empêcher de dormir pendant plusieurs heures. Avant de se mettre au lit, quelques instans après l'accident, il s'était assuré que tous ses mouvemens étaient libres, et que la sensibilité tactile du côté lésé n'était pas altérée. Le lendemain, la douleur, loin d'avoir diminué, avait pris un peu plus d'intensité; elle s'étendait depuis l'extrémité du petit doigt jusqu'à la partie postérieure interne du coude, était peu intense à la partie interne du bras, mais devenait plus vive à la partie externe de la poitrine, probablement sur le trajet de quelque filet nerveux, car elle occupait un espace linéaire dirigé de haut en bas, et ne s'étendait pas en largeur. Depuis lors, la douleur a toujours été en diminuant; mais aujourd'hui, samedi, sixième jour après l'accident, il éprouve encore une certaine gêne dans l'avant bras gauche.

Notre confrère n'a pas appris, malgré les recherches qu'il a faites, que le tonnerre *fût tombé* dans le quartier qu'il habite; seulement, des domestiques logés dans la maison où il demeure, dans des chambres dont les fenêtres sont au nord, avaient été obligés d'établir, aussi vers une heure du matin, un courant d'air pour chasser une odeur sulfureuse qui les incommodait et qu'ils attribuaient au tonnerre.

— M. Thirial a la parole pour un rapport.

La Société des hôpitaux m'a chargé de lui faire un rapport verbal sur le *Bulletin de la Société de médecine de Poitiers*, du mois de mai 1853. Ce numéro, je dois le dire, ne contient pas de travail original bien important.

Cependant, je dirai un mot d'un petit mémoire *sur la cholérine des enfans*, par M. le docteur Mascarel, de Châtellerault :

L'auteur désigne sous ce nom une affection gastro-intestinale, dont les principaux caractères sont : invasion brusque et presqu'instantanée, refroidissement général avec pâleur, évacuations par le haut et par le bas incessantes, coloration blanchâtre de ces évacuations, abattement et prostration, affaiblissement progressif de la voix et du cri, chaleur vive au creux épigastrique, fréquence et petitesse du pouls.

D'après les symptômes, la marche et la terminaison de la maladie, il est évident que cette cholérine consiste moins dans une affection inflammatoire, que dans une affection caractérisée par un trouble plus ou moins profond dans les fonctions sécrétoires de la muqueuse gastro-intestinale; en un mot dans une diarrhée à la fois catarrhale et spasmodique.

Contre cette affection, l'auteur préconise le sous-nitrate de bismuth.

Le travail repose principalement sur trois observations de cholérine survenue brusquement chez de très jeunes enfans, sans cause connue. Mais comme ces trois faits ont été recueillis dans le mois d'août, il est permis de les rapporter à une influence commune, c'est-à-dire à la constitution médicale propre à cette époque de l'année. En quelques jours le sous-nitrate de bismuth avait fait justice de ces affections, qui s'étaient annoncées avec des symptômes assez alarmans.

A cette occasion, l'auteur, en se félicitant grandement de ses succès, fait la remarque que l'entérite cholériforme est une maladie des plus graves, qui entraîne parmi les enfans du premier âge une très grande mortalité, que cette maladie résiste à la plupart des médications qui lui sont opposées, et dont il fait l'énumération. Il ajoute que depuis deux ans qu'il a changé de manière de faire, et qu'il a substitué à tous les moyens usités le sous-nitrate de bismuth, la mort dans la diarrhée cholériforme des enfans est devenue entre ses mains un fait rare et exceptionnel. Il va sans dire qu'il associe au sous-nitrate de bismuth les moyens hygiéniques et diététiques, et quelques calmans et antispasmodiques suivant les indications.

Pour mon compte, je suis tout disposé à croire avec notre confrère que le sous-nitrate de bismuth peut rendre de notables services dans la cholérine des enfans; l'expérience, du reste, a prouvé depuis longtemps que ce moyen était parfaitement approprié à cette forme particulière de diarrhée, ou plus généralement dans les cas où domine le vice des sécrétions gastro-intestinales; et je suis d'avis qu'il a fait une bonne chose en rappelant et recommandant tout spécialement ce remède, d'ailleurs assez généralement employé dans ces circonstances.

Mais d'autre part, on se ferait illusion, si ces succès conduisaient à faire espérer les mêmes résultats dans la véritable *entéro-colite*, dans la diarrhée franchement inflammatoire, et surtout dans la forme suraiguë, dans celle, en un mot, qui mérite réellement le nom d'*entérite cholériforme*, et qui dépend d'une cause plus profonde qu'une influence météorologique. Ici, quoi qu'en dise notre confrère, le sous-nitrate de bismuth, bien que pouvant être utile, échoue le plus souvent, comme la plupart des autres médicamens. Jusqu'à ce jour, cette cruelle maladie de l'enfance n'a pas encore trouvé son spécifique, et elle continuera, malgré le sous-nitrate de bismuth, de moissonner longtemps encore bien des victimes, surtout parmi les enfans de la classe pauvre, au sein de nos grandes villes.

Parmi les autres communications, il en est une qui m'avait attiré par son titre: il est question, en effet, d'une ascite traitée par les injections iodées.

Mais la lecture de l'observation n'a pas confirmé tout ce que j'en avais espéré. D'abord il est resté une complète obscurité sur le point le plus important, c'est-à-dire sur le diagnostic : et rien ni dans les symptômes ni dans les signes physiques, n'a pu faire reconnaître à l'auteur la nature de cette ascite, et déterminer si elle tenait à une péritonite chronique ou à une altération organique du foie, etc. Quoi qu'il en soit, on est amené à faire plusieurs ponctions qui donnent issue à un liquide séreux et limpide. Après une troisième ponction, on se décide à faire, dans la cavité péritonéale, une injection iodée à assez haute dose. Cette injection n'est suivie d'aucun accident grave; et les choses semblaient prendre un cours assez favorable, lorsque malheureusement le troisième jours après l'opération, survient une attaque d'apoplexie qui emporte le malade en quelques heures. — L'autopsie n'ayant pu être faite, il n'a pas été possible de constater anatomiquement la cause de cette ascite, que déjà les symptômes n'avaient pu révéler.

Ajoutons que l'auteur, déconcerté par cette terminaison imprévue, se montre tout disposé à la rejeter sur l'injection iodée qui, en supprimant brusquement la sécrétion péritonéale, aurait déterminé, sur le cerveau, une métastase rapidement mortelle. Il est bon de noter que ce malade avait déjà eu, autrefois, une première attaque. Tout porte à croire que cette récidive est un simple fait de coïncidence; et, qu'à cet égard, la conscience de notre confrère peut être en parfait repos.

Enfin, nous signalerons, avant de terminer cette petite revue, une observation de démence avec paralysie générale, par M. le docteur Rousselin.

Dans cette observation l'auteur fait ressortir trois points principaux : 1° la marche lente de la maladie pendant les trois années qui précèdent l'entrée à l'asile des aliénés; 2° la régularité avec laquelle apparaissent pendant ces trois années, vers le printemps, les accidens de congestion vers le cerveau; et 3° la forme en quelque sorte sur-aiguë que revêt la paralysie générale dans le dernier mois de l'existence du malade, qui succombe en présentant l'ensemble des symptômes de l'état putride et adynamique. A l'autopsie on constate tous les signes de la méningo-céphalite aiguë, avec ramollissement assez prononcé de la substance corticale et de la substance médullaire, soit du cerveau, soit du cervelet.

Au total, cette observation, bien que ne présentant rien qui la distingue notablement des faits analogues de paralysie générale et progressive avec aliénation, est, toutefois, rédigée avec un soin et une précision qui témoignent en faveur des connaissances toutes spéciales de son auteur. A ce titre, elle mériterait d'être utilisée dans un travail qui traiterait, *ex professo*, de cette forme de paralysie.

(La fin à un prochain numéro.)

VARIÉTÉS.

RECHERCHES STATISTIQUES RELATIVES A L'HISTOIRE DE LA SCARLATINE.

Dans un mémoire intéressant qui vient de paraître, un médecin anglais, M. W. Richardson, a examiné plusieurs questions importantes relatives à la scarlatine. Ainsi :

1° Quelles sont les formes de la scarlatine?

2° Le développement de la scarlatine aux différentes époques de la vie.

3° L'influence des sexes sur ce même développement.

4° L'influence des saisons.

5° La question des récidives de la scarlatine chez les personnes, qui en ont été déjà atteintes.

6° La mortalité produite par cette maladie.

Nous donnerons plus loin les conclusions de ce travail. Nous voulons seulement faire connaître quelques chiffres assez dignes d'intérêt. Relativement à la deuxième question, par exemple, sur 431 cas réunis par l'auteur, 329 ont été recueillis chez 94 enfans au-dessous de 10 ans, et 102 seulement au-delà de cet âge. Il y a plus, c'est que la fréquence de la maladie semble augmenter à mesure qu'on approche de l'âge de 10 ans et décroître à partir de cet âge. C'est aussi ce qui résulte des registres de la mortalité, qui donnent pour la scarlatine, sur 100 décès, 67.63 avant l'âge de 5 ans, 24.43 de 5 à 10 ans, 5.52 de 10 à 20 ans, 1.73 de 20 à 40 ans, et 0.66 à 40 ans et au-delà. C'est à tort aussi que l'on considère cette maladie comme n'atteignant pas les enfans au-dessous de 2 ans. Sur 242 cas appartenant à l'auteur, il y en avait 15 chez des enfans au-dessous de cet âge,

Relativement aux sexes, c'est à tort qu'on suppose que la scarlatine frappe plus de sujets du sexe féminin que du sexe masculin. Les registres de la mortalité, en Angleterre, ne donnent que des différences insignifiantes, et si l'on étudie avec soin ces relevés, on trouve une prédominance des décès chez les garçons avant l'âge de 10 ans, et au-delà, prédominance chez les filles.

L'auteur confirme par des relevés statistiques ce que l'on savait généralement de l'influence des derniers mois de l'année sur le développement de la scarlatine, ainsi qu'il confirme par sa propre expérience ce qui a été dit de la possibilité d'une seconde invasion chez le même individu. Arrivant enfin à la mortalité causée par cette maladie, il la montre deux fois plus forte dans la ville de Londres que dans les campagnes. D'une manière générale, la scarlatine occupe le deuxième rang dans les pyrexies épidémiques, après le typhus, et avant la coqueluche, la rougeole, la variole, l'érysipèle.

Voici maintenant les conclusions de ce travail :

1° La scarlatine, sous quelque forme qu'elle se montre dans un cas particulier, est une maladie toujours une dans ses caractères généraux, et doit toujours porter le même nom.

2° La susceptibilité à contracter la scarlatine diminue, à partir de l'âge de 10 ans, à mesure qu'on avance en âge.

3° La scarlatine ne respecte aucun sexe; seulement, elle attaque plus ou moins de sujets du sexe féminin ou masculin dans un district ou dans un pays, suivant la proportion relative des deux sexes dans ces districts ou dans ces pays.

4° Les saisons exercent une influence sur le développement de la scarlatine; cette maladie règne principalement dans les trois derniers mois de l'année; elle est à son minimum en avril, mai et juin.

5° La scarlatine peut se rencontrer deux fois sur le même individu; mais ce sont là des faits rares; et autant que l'expérience l'a appris, ces secondes attaques ne sont jamais funestes.

6° La mortalité de la scarlatine est à son maximum chez les enfans au-dessous de 10 ans; elle est égale dans les deux sexes, plus grande dans les trois derniers mois de l'année. Règle générale, elle est deux fois plus dangereuse dans les villes que dans les campagnes; elle occupe enfin le deuxième rang après le typhus, parmi les maladies épidémiques.

(Association medical journal, juin.)

COURRIER.

L'état de la santé publique, à Paris, s'est beaucoup amélioré depuis les deux dernières semaines. Les cas de fièvre typhoïde ont beaucoup diminué en ville et dans les hôpitaux. Quant aux phénomènes qui pourraient annoncer l'imminence de l'apparition du choléra, il n'en est observé d'aucune espèce, et malgré l'abondance, sur le marché, de fruits qui, comme le raisin par exemple, n'ont pas atteint une maturité convenable, les diarrhées ne sont pas plus fréquentes cette année que les autres années à pareille époque.

Nous ne trouvons, dans les journaux étrangers, aucune nouvelle localité qui ait été envahie par le choléra.

Nous avons annoncé, dans un de nos derniers numéros, la mort d'un élève distingué des hôpitaux de Paris, fils d'un de nos plus honorables confrères. Nous nous associons à la douleur de ses amis en publiant les adieux prononcés sur sa tombe par un de ses camarades :

Messieurs,

Cette année comptera comme une des plus tristes dans nos souvenirs d'École. Hier nous suivions le cercueil d'Henry Blache. Aujourd'hui celui d'Albert Mancel; tous deux jeunes et pleins d'avenir ! L'un, emporté en trois jours par une maladie foudroyante gagnée au chevet du malade (c'est là notre champ d'honneur); l'autre, ami non moins cher, lentement consumé pendant plus d'un mois par un mal horrible. Vous l'avez tous vu naguère; cette beauté mâle, cette vigueur apparente lui promettaient de longs jours et tout d'un coup il est tombé comme atteint d'un fatal poison ! Rien n'a pu conjurer cet affreux malheur, ni la tendresse si éclairée et si courageuse de ses infortunés parens, ni les lumières de nos plus savans maîtres, ni même, on peut le dire, la résignation et l'énergie merveilleuses avec lesquelles notre pauvre ami a lutté jusqu'au bout; tous les dévoûmens, ceux de la famille, de la science et de l'amitié, ont échoué : il ne devait pas achever sa 24me année.

La vie d'Albert Mancel, Messieurs, quoique courte, a été bien remplie. Elle peut se résumer en trois mots; il a été fils et frère accompli, élève distingué, ami fidèle et dévoué.

Heureusement doué du côté de l'intelligence, il avait fait ses études scolaires brillantes; il avait eu sa part des couronnes de collége. Un esprit orné et ami de la littérature, des talens d'agrément qu'il cultivait avec goût, une physionomie noble et fière, et, pardessus tout, un caractère aimable et facile, le destinaient au succès de la société autant qu'à ceux de son art. Fils d'un praticien distingué, neveu du professeur d'hygiène Hippolyte Royer-Collard, assuré d'amitiés puissantes, il avait devant lui une magnifique carrière toute tracée à l'avance.

Il préludait dignement par son travail à cet avenir. Des examens déjà passés avec éclat, son assiduité dans les hôpitaux, l'attention, la dextérité même, qu'il montrait vis-à-vis des malades, l'avaient fait distinguer et estimer de tous ses maîtres.

Depuis deux ans surtout, il se préparait par un labeur continu (et qui peut-être lui a été funeste) au concours de l'internat. L'étendue et la solidité de ses connaissance, la clarté et la facilité de sa parole en faisaient un concurrent sérieux et redoutable. La mort ne lui a même pas laissé le temps d'atteindre ce but constant de ses efforts; le fruit de plus de dix ans d'études sérieuses s'est perdu en un jour !

Son cœur était plus remarquable encore que son esprit. Jamais (éloge rare et magnifique) il ne causa le moindre chagrin à ses parens; il en fut constamment les délices, l'espérance et l'orgueil. Jugez de leur désespoir; à de pareilles douleurs il n'est pas de consolation !

Il était également le conseil et l'appui d'un frère plus jeune qu'il adorait; leur union inaltérable faisait la joie de toute la famille.

Enfin à toutes ces qualités il joignait celles d'excellent camarade; d'une délicatesse d'âme extrême, il ne se livrait pas au premier venu; mais quand on avait conquis son amitié, on pouvait compter sur lui; il était obligeant, serviable, dévoué à toute épreuve. On n'entendit jamais sur son compte que des paroles bienveillantes ou élogieuses.

Aussi, cher et excellent ami, ton souvenir ne s'effacera jamais de ma pensée. Fallait-il marcher quatre ans côte à côte dans les mêmes sentiers pour en venir à une séparation si cruelle et si inattendue! Adieu une dernière fois, mon pauvre Albert; les regrets éternels de tous ceux qui t'ont connu te suivent dans cette tombe !

Millard, élève à l'Hôtel-Dieu.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 115. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 27 Septembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CHIRURGIE PRATIQUE.

EXSTROPHIE DE LA VESSIE; — AUTOPLASTIE POUR MASQUER LA DIFFORMITÉ ET CRÉER UN RÉSERVOIR CAPABLE DE RETENIR L'URINE PENDANT UN CERTAIN TEMPS ; — INSUCCÈS ; — ÉTABLISSEMENT DÉFINITIF D'UN CANAL CUTANÉ PROPRE A MAINTENIR EN PLACE UN RÉSERVOIR EN CAOUTCHOUC VULCANISÉ.

Par M. le docteur Jules ROUX, chirurgien en chef de la marine à Toulon, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 24 Septembre.)

L'examen que je viens de faire de l'opération que je méditais, celui des difficultés qui lui étaient inhérentes, ne purent m'empêcher de la pratiquer et d'entrevoir comme résultat final :

1° La formation d'une poche pubio-abdominale, plus étendue transversalement et inférieurement que dans le sens vertical; poche masquant la tumeur et susceptible de contenir l'urine pendant un temps plus ou moins long, recouverte en avant d'un tissu cicatriciel, et en dedans, d'un épiderme modifié par le contact de l'urine et plus ou moins transformé, ultérieurement, en membrane muqueuse;

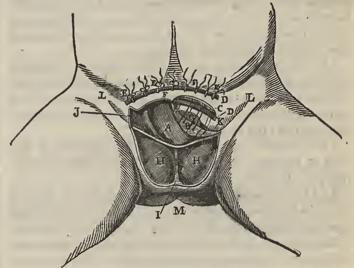
2° L'établissement d'un canal médian à la partie inférieure de ce réservoir, aux dépens de la verge et de la gouttière urétrale, canal par où s'échapperait l'urine et dont l'ouverture pourrait être fermée à l'aide d'un bracelet élastique en caoutchouc;

3° Enfin, la guérison des hydrocèles par l'irritation et la suppuration de leurs enveloppes extérieures, et celle de la chute du rectum par l'incision du sphincter externe.

Le 5 janvier 1852, je procédai à l'opération de la manière suivante :

Le malade, couché sur le dos et le bassin relevé, fut plongé dans l'éthérisme à l'aide du chloroforme versé dans mon *sac à éthérisation.* Une incision demi-circulaire à concavité supérieure, intéressant la peau, le dartos et le sphincter externe, fut pratiquée sur les bourses, de manière à les comprendre en totalité. Cette incision, commencée immédiatement au-dessous de la gouttière inguinale gauche, à deux centimètres environ du pli de la cuisse, fut dirigée directement en bas, puis ramenée à un centimètre au-devant de l'anus, et vint finir, en remontant, au-dessous de la gouttière inguinale droite, au niveau de l'implantation du pénis. Le vaste lambeau qui en résulta fut rapidement disséqué, de bas en haut, jusqu'au-dessous de la verge; il était épais, sensiblement rétracté, mais très extensible : la cloison du dartros fut coupée, son artère liée ainsi que deux honteuses externes. Je fis alors à l'abdomen, à deux centimètres au-dessus de la tumeur vésicale, une incision demi-circulaire à concavité inférieure, commençant au-dessus de la gouttière inguinale gauche, se terminant au-dessus de la droite, et laissant ainsi intacte la peau de ces deux gouttières. Je disséquai en forme de lambeau, dans une étendue assez grande, la lèvre supérieure de cette incision, qui avait compris la peau et les deux tiers du fascia superficialis; il n'y eut pas de vaisseau à lier. Pendant ce temps, l'urine était reçue dans des éponges. Alors le malade fut incliné sur le côté droit, et quand la plaie eut été abstergée et que les urines eurent pris leurs cours dans la gouttière inguinale droite, le lambeau scrotal fut rabattu de bas en haut, la face épidermique contre la verge et la vessie, la face saignante en avant. Sept points de suture enchevillée fixèrent, dans la plaie abdominale, la circonférence saignante de ce lambeau. Cette circonférence saignante, renversée en bourrelet, était donc, partout, en contact avec la plaie, dont la lèvre supérieure, disséquée de manière à former un lambeau abdominal, était en même temps attirée sur le lambeau scrotal lui-même. Enfin, pour préparer par un avivement superficiel l'adhésion de la peau laissée intacte de la gouttière inguinale gauche, avec la portion épidermique correspondante du lambeau scrotal, un pinceau trempé dans l'ammoniaque concentrée fut, à plusieurs reprises, promené sur les parties en regard.

La planche II[me] servira, mieux que la description peut-être, à faire apprécier l'ensemble et les détails de l'opération.



A. Face saignante du lambeau pris sur le scrotum et renversé sur l'abdomen.
B. Face cutanée du lambeau.
C Incision courbe pratiquée sur la peau de l'abdomen.
DD. Deux fragmens de sonde en gomme élastique pour la suture enchevillée.
EEEE. Points de suture enchevillée fixant dans l'incision abdominale la circonférence saignante du lambeau.
F. Lèvre supérieure de l'incision abdominale étendue sur la face saignante du lambeau.
G. Partie de la vessie qui va recouvrir la face *B* du lambeau.
HH. Testicules recouverts de leurs enveloppes profondes distendues par deux hydrocèles.
I. Cloison du dartos.
J. Portion du lambeau passant sur la gouttière inguinale droite et formant le canal temporaire par où l'urine doit s'écouler.
K. Origine de la gouttière inguinale gauche avivée par l'ammoniaque concentrée.
LL. Gouttières inguinales.
M. Anus.

Les vastes surfaces traumatiques restant à découvert et composées des deux tiers environ de la surface saignante du lambeau scrotal, des enveloppes profondes des testicules distendues par de la sérosité, et des autres points attaqués par le bistouri, furent couvertes de linge cératé, de compresses fines placées de manière à ne pas être imbibées par l'urine, dont l'écoulement était régulier. Le malade dut rester la tête et les cuisses fléchies vers l'abdomen.

Cette opération dura à peu près une heure, pendant laquelle

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1[er] semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,
professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

XXIV.

Histoire de l'école pneumatique (suite). — *Analyse de l'ouvrage d'Arétée.*

Par une singularité assez étrange, Arétée a séparé, dans son livre, la partie thérapeutique de la partie purement descriptive des maladies, en sorte que son ouvrage forme, à vrai dire, deux traités distincts : un premier qui comprend les causes et les symptômes des maladies, un second qui a pour objet leur traitement.

Le premier se divise en deux parties : 1° l'histoire des maladies aiguës; 2° l'histoire des maladies chroniques.

L'histoire des maladies aiguës était en deux livres, dont le premier est devenu incomplet par la perte de cinq chapitres. Ceux qui restent sont consacrés à la description de l'épilepsie, du tétanos, de l'angine, des affections de la luette, des ulcérations des amygdales, et de la pleurésie.

Le deuxième comprend la pneumonie, le crachement de sang, la syncope, le causus, le choléra, l'iléus, les affections aiguës du foie, de la veine cave, des reins, de la vessie; l'hystérie et le satyriasis.

L'ordre suivi par Arétée dans le groupement des maladies est un ordre purement anatomique; procédant à *capite ad calcem*, il commence par les affections de la tête, continue par celles de la poitrine, et finit par celles du ventre.

Caractérisons en quelques mots la manière de l'auteur :

Ses descriptions sont très incomplètes, souvent inexactes, mais toujours remarquables par leur clarté et leur précision. Ce sont de véritables tableaux qui brillent par la netteté des traits, la vivacité des couleurs, et qui révèlent dans Arétée un rare talent d'artiste. On peut dire, avec raison, à ce point de vue, que cet auteur est un écrivain original et unique en son genre dans l'antiquité, car ce n'est point ainsi qu'Hippocrate, Galien, Cælius Aurelianus et tant d'autres décrivaient les maladies. Ses descriptions attachent, intéressent; en les lisant, on croit parcourir une galerie de tableaux qui charment les yeux et les occupent agréablement sans les fatiguer; elles plaisent davantage à l'esprit par l'éclat des images, qu'elles ne le frappent par l'élévation et la grandeur des idées; elles surprennent agréablement plus qu'elles ne font penser et réfléchir. Le pinceau d'Arétée est léger, superficiel, mais toujours vif et brillant, et les tons chauds et éclatans de sa palette révèlent bien plus une imagination ardente et richement douée, qu'une haute intelligence et qu'un esprit sagace et profond. Quant à analyser ces descriptions pittoresques, il faut y renoncer; on n'analyse pas une peinture, un tableau. Lisez ces descriptions, contemplez ces tableaux si vous voulez les apprécier et en graver une idée juste et nette dans votre esprit. Nous ne parlerons donc en détail que de ce qui, dans Arétée, est réellement susceptible d'être analysé.

Dans l'histoire des ulcérations des amygdales, nous trouvons la description d'une maladie grave de la gorge et de la bouche qui rappelle, par ses caractères, l'angine couenneuse et gangréneuse.

Le siége de la pleurésie, celui de la pneumonie, sont nettement déterminés et séparés par l'auteur, ainsi que les symptômes de ces deux affections, sauf les crachats rouillés, qu'il rapporte à tort à l'inflammation de la plèvre. Il connaît la terminaison de la pleurésie par suppuration, et affirme qu'elle arrive, en général, vers le vingtième jour de la maladie; il énumère les signes qui annoncent cette terminaison et indique les différentes voies par lesquelles l'épanchement purulent peut se faire jour au dehors : les espaces intercostaux, les bronches, etc.; et les intestins ?

A propos de l'influence des saisons et des âges sur la fréquence et la gravité de la pleurésie, il se livre à des considérations que l'observation moderne n'a pas toutes confirmées. Quant à sa description de la pneumonie, elle est devenue classique et brille surtout par le pittoresque.

Au nombre des maladies aiguës, Arétée range l'hémoptysie; il donne une indication très nette des différentes sources du sang rejeté par la bouche. Le sang peut provenir, dit-il : 1° de la bouche même, 2° des fosses nasales, 3° du commencement de la gorge, 4° des parties plus profondes : trachée, bronches, poumons, 5° de l'estomac. Jusqu'ici, les médecins modernes sont en harmonie parfaite avec Arétée, mais l'accord cesse lorsqu'il prétend que le sang rendu par la bouche peut provenir des deux gros vaisseaux qui aboutissent au cœur : la veine cave et l'aorte. Il est difficile de trouver une explication plausible de cette opinion d'Arétée; cependant, relativement au rejet par la bouche du sang provenant de l'aorte, on pourrait dire que l'auteur avait en vue quelque fait de rupture d'un anévrysme aortique dans l'estomac, l'œsophage ou la trachée, car il déclare que dans ces cas il se produit une hémorrhagie foudroyante, et il rapporte cet accident à la *communication de l'aorte avec les voies de l'air.* Arétée parle des hémoptysies supplémentaires des menstrues.

Immédiatement après les maladies de poitrine, Arétée décrit le *causus* ou fièvre ardente, et attribue aux personnes atteintes de ce mal la faculté singulière de prédire l'avenir.

L'auteur définit ainsi le choléra : la précipitation de la substance de tout le corps dans l'estomac et dans les intestins. En admettant une explication un peu forcée, on peut dire que si c'est l'albumine du sang qui passe avec la sérosité dans l'estomac et dans les intestins des cholériques, la définition d'Arétée est exacte. Il appelle le choléra ὀξύτατον κακὸν mal très aigu, très grave.

le malade resta dans l'éthérisme porté jusqu'à l'insensibilité la plus complète et la résolution musculaire absolue, à l'aide d'interruptions fréquentes et méthodiques dans l'inhalation du chloroforme. Elle fut bien supportée et fit perdre peu de sang. La plaie fut ensuite, pendant une heure, le siége d'une cuisson supportable; le malade dormit. Les urines s'écoulèrent bien par le canal provisoire qui leur avait été tracé; la journée fut bonne et la nuit satisfaisante.

Le lendemain, 6 janvier, faible hémorrhagie veineuse par le lambeau, dont la face saignante est chaude; pas de douleur dans les plaies; les urines coulent facilement; dans le milieu de la journée, fièvre légère, qui dure toute la nuit. (Diète, limonade citrique.)

Le 7, pas de fièvre; les surfaces traumatiques sont recouvertes d'une pseudo-membrane; la suppuration commence à s'établir; fétidité de la plaie, sans odeur de gangrène. Les urines s'écoulent bien. (Bouillon, limonade citrique.)

Le 8, la plaie de l'abdomen est un peu rouge et tuméfiée dans le voisinage des points de suture. Pas de selles depuis le purgatif donné l'avant-veille de l'opération. Un peu de fièvre; nausées sans vomissemens; sommeil la nuit. (Bouillon, limonade citrique, cataplasme sur l'abdomen; injection d'eau tiède pour enlever les mucosités vésicales.)

Le 9, découragement; pas de fièvre; moins de rougeur au voisinage des sutures; les surfaces testiculaires et les deux tiers inférieurs du lambeau sont rouges; le tiers supérieur est noirâtre, gangrené sans commencement d'élimination. Les sutures sont enlevées; pas de selles.

Le 10, sommeil, pas de fièvre; la partie sphacélée du lambeau se prolonge davantage; une selle *sans chute du rectum.* (Soupe, café au lait, limonade citrique.)

Le 11, le sphacèle est limité; il occupe toute la circonférence du lambeau, le sixième gauche excepté, où l'on observe quelques filamens vasculaires. L'état général est satisfaisant.

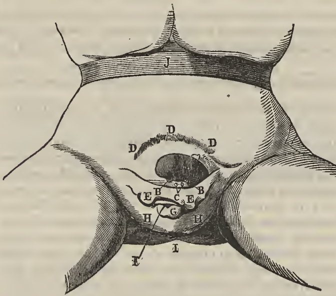
Les jours suivans, la partie du lambeau frappée de gangrène se détache et les plaies se couvrent partout de bourgeons charnus. J'essayai alors une réunion secondaire à l'aide de sutures nouvelles et de bandelettes de collodion; des ponts vasculaires se formèrent sur quelques points, mais ils n'acquirent pas assez de consistance pour résister à l'action retractile du lambeau scrotal, qui n'avait plus conservé que des dimensions à peine suffisantes. Cependant les hydrocèles avaient disparu et la cicatrisation était presque complète au-dessous de la verge, par la production d'un large tissu inodulaire; la chute du rectum n'arrivait plus qu'à de rares intervalles, et la plaie de l'abdomen était en voie de cicatrisation.

3° Le moment était venu de chercher à retirer quelque chose du naufrage de cette opération, en réalisant ce que j'avais depuis longtemps conçu dans un troisième ordre d'idées. *Établir un canal cutané propre à maintenir, sous la tumeur vésicale, un appareil capable de la protéger, de recevoir les urines et de permettre de les émettre à volonté au dehors.*

Dans ce but, je fis à la base du lambeau scrotal une incision transversale, au point où le prépuce s'unit au gland et, divisant le frein et la peau fine qui l'avoisine, j'attirai la verge par cette boutonnière. Le prépuce, d'inférieur qu'il était, devint supérieur, et à l'aide d'une dissection convenable sur les côtés de la verge, il forma la partie supérieure d'un canal dont la gouttière urétrale constituait la partie inférieure. Je laissai alors les restes du lambeau scrotal, ramené sur la gouttière urétrale, se doubler en se recoquillant sur sa face saignante. Cette opération, simple et facile, ne fut accompagnée que d'une faible souffrance, car je m'étais, depuis longtemps, assuré que presque tout ce qui restait du lambeau plein de vie végétative, avait perdu toute sensibilité tactile, et toute faculté de ressentir la douleur.

J'ai ainsi formé un canal permanent à parois épaisses, composé en bas de la gouttière urétrale, en haut du prépuce et du lambeau recoquillé.

La planche IIIme, dessinée dix-huit mois après l'opération, représente le résultat obtenu.

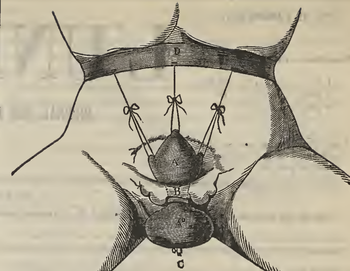


A. Tumeur vésicale.
BB. Orifices des deux uretères.
C. Orifices des canaux éjaculateurs s'ouvrant à l'origine de la gouttière urétrale.
DDD. Cicatrice de l'incision faite à l'abdomen.
EE. Vestiges du lambeau pris sur le scrotum.
F. Incision faite à la base de ce lambeau pour laisser passer la verge.
G. Gland au-dessus duquel est un canal formé par la gouttière urétrale, le prépuce et le lambeau.
HH. Peau du scrotum formée par le tissu inodulaire.
I. Anus.
J. Ceinture propre à soutenir un urinal.

C'est à travers ce canal, qui atteint facilement par la distension 3 à 4 centimètres, que je puis faire passer la partie supérieure d'un urinal en caoutchouc vulcanisé.

Mieux qu'une description, la planche IVme fait voir les avantages du pont jeté sur la gouttière urétrale, pour fixer le collet de cet appareil qui entoure la poche vésicale, de manière à la recouvrir et à la protéger en avant; tandis que son entonnoir, embrassant la tumeur en arrière des uretères, reçoit toute l'urine dans sa cavité. Ce liquide traverse ensuite le collet de l'urinal, où est une soupape qui l'empêche de refluer en haut, et tombe dans le réservoir, où il peut s'accumuler et sortir à volonté par un robinet en ivoire qui est à sa partie inférieure.

Cet urinal, en caoutchouc vulcanisé, a été fait par M. le docteur Gariel, sur un modèle que je lui avais envoyé; il remplit parfaitement sa destination. Il est exactement maintenu par le canal que j'ai créé, et par des liens qui le fixent en haut à une ceinture. Depuis qu'il s'en sert, Méry peut porter des pantalons comme les autres hommes, et il n'exhale plus l'odeur d'urine comme avant l'opération.



A'A''. Urinal en caoutchouc vulcanisé.
A'. Partie de l'urinal découpé en entonnoir pour recevoir l'urine en arrière, et protéger la tumeur vésicale en avant.
A''. Partie de l'urinal qui forme le réservoir.
B. Canal qui embrasse et maintient en place le collet de l'urinal.
C. Robinet en ivoire qui permet de vider à volonté l'urinal.
D. Ceinture soutenant en haut l'urinal déjà retenu en *B* par le canal établi par l'opération.

J'attache une assez grande importance à ce dernier résultat, pour le soumettre à l'appréciation des chirurgiens, et en faire une *méthode opératoire nouvelle* applicable aux deux sexes; car, chez la femme, on pourra toujours tailler, aux dépens des grandes lèvres, un lambeau de peau suffisant pour former un canal propre à retenir un urinal, mieux que ne pourraient jamais le faire toutes les ressources des arts mécaniques.

Il me semble, d'un autre côté, que, malgré mon insuccès, l'idée de créer une vessie cutanée ne devra pas être perdue pour l'art. D'autres chirurgiens, plus heureux, pourront réaliser mes conceptions, d'autant plus que je ne considère pas l'opération comme compromettante pour la vie du malade, et qu'elle aura secondairement les avantages que j'ai obtenus moi-même, à savoir: la création d'un canal propre à fixer un urinal, la guérison des hydrocèles et celle de la chute du rectum, quand ces complications existeront.

Méry est aujourd'hui au bagne de Brest. Dans les derniers temps de son séjour à Toulon, il a perdu, en le lavant à la mer, l'urinal de M. le docteur Garriel; il n'en conserve plus qu'un très défectueux. J'aime à penser que les planches annexées à ce travail pourront servir à lui en procurer un plus convenable.

Ces planches laissent certainement à désirer pour l'exactitude de quelques détails; mais ces imperfections légères n'empêchent pas de saisir l'idée et l'exécution des manœuvres opératoires; je remercie donc MM. Plomb et Guillabert, chirurgiens de troisième classe de la marine, du concours qu'ils ont bien voulu me prêter pour compléter la publication de mon travail.

L'hépatite aiguë a fourni à l'auteur un chapitre intéressant à lire. Cette maladie, que nous connaissons à peine dans nos climats, est très commune dans les pays chauds où, suivant Arétée, elle se termine au bout de quinze à vingt jours, par suppuration. Dans certains cas l'inflammation marche lentement et passe à l'état chronique; le foie alors reste engorgé, induré, et l'on voit bientôt apparaître l'ascite. Ici l'observation des médecins modernes qui ont pratiqué dans les pays chauds, est parfaitement en harmonie avec celle d'Arétée.

Vient ensuite la description peu claire d'une maladie de la veine cave! se produisant tantôt sous forme de fièvre grave, tantôt sous forme de tumeurs, κεδματα (c'est l'expression d'Arétée), dans le bas-ventre. On ne sait ce que l'auteur a voulu dire par sa phlegmasie de la veine cave. — Arétée parle ensuite des calculs rénaux, de la néphrite, de l'hématurie et autres affections des voies urinaires.

C'est surtout dans la description d'un accès d'hystérie que brille du plus vif éclat dans Arétée, le merveilleux talent de peintre révélé à chaque page de son livre. Cette description, vive, colorée, saisissante, justifierait à elle seule la réputation de grand écrivain dont jouit Arétée, et suffirait pour immortaliser son nom. Mais que penser de l'opinion de l'auteur, disant que l'accès d'hystérie se termine souvent par la mort? Arétée s'est-il trompé ou bien l'hystérie a-t-elle complètement changé de caractère aujourd'hui? Nous l'ignorons. Il est possible que l'hystérie eût autrefois une gravité qu'elle a perdue de nos jours. Reportons-nous un instant, par l'imagination, à l'époque d'Arétée; rappelons-nous ces temps trop fameux par les débordemens de la société romaine, avilie et plongée dans tous les excès de la débauche la plus effrénée; cette époque odieuse et flétrie par l'histoire, où Juvenal, parlant de la trop célèbre Messaline, pouvait dire avec vérité de cette femme débauchée:

Et lassata viris, nondùm satiata, recessit.

C'est là, peut-être, dans l'épuisement et l'étiolement physiques, résultant de la dégradation morale que la corruption, la débauche et les vices avaient imprimée au front des Romains de la décadence, que se trouve le secret de cette gravité insolite que prenaient, parmi eux, les maladies et surtout les affections nerveuses. Le même écrivain parle aussi du satyriasis comme d'une maladie très commune, de son temps, et qui souvent se terminait, en quelques jours, par la mort.

2° *Maladies chroniques.* — Arétée en décrit un grand nombre: la céphalalgie, le vertige, l'épilepsie, la mélancolie, la manie, la paralysie, la phthisie pulmonaire, l'empyème, les abcès du poumon, du foie, de la rate; l'ictère, l'hydropisie, le diabète, les affections chroniques des voies urinaires, de l'estomac; l'éléphantiasis, maladie nouvelle au temps d'Arétée, et qui semble n'avoir apparu dans le monde grec et dans le monde romain qu'à mesure que ces peuples conquérans se sont, de plus en plus, avancés dans le cœur de l'Asie.

L'épilepsie, déjà étudiée comme maladie aiguë, revient ici où elle est considérée dans ses suites diverses. Parmi ces suites, Arétée signale particulièrement l'aliénation mentale.

Les deux chapitres dans lesquels Arétée traite de la mélancolie et de la manie, méritent d'attirer l'attention par l'intérêt des détails non moins que par le pittoresque des descriptions. Comme Cælius Aurelianus, Arétée consacre un grand nombre de pages à l'histoire de la folie, pages dans lesquelles trouveraient de précieux renseignemens les historiens ou les moralistes qui voudraient faire une étude approfondie, ou écrire un essai des mœurs de l'empire romain, au temps dont nous parlons. Les médecins aliénistes verraient aussi avec intérêt, dans les livres de ces auteurs, les nombreuses formes, les physionomies variées sous lesquelles se présentait, dans le monde romain, cette triste maladie. La folie était devenue alors fort commune, et cela se comprend. Comment, en effet, la raison de l'homme n'aurait-elle pas chancelé et succombé au contre-coup des ébranlemens politiques et des désordres moraux qui bouleversaient en ces temps la société romaine? Instabilité dans le gouvernement et les institutions, troubles dans les esprits, horrible dépravation dans les mœurs, c'en était bien assez pour éteindre le flambeau vacillant de ces intelligences obscurcies par les ténèbres des passions, affaiblies par les excès de la débauche, et pour livrer à la folie les nombreuses victimes de cette civilisation corrompue.

Arétée distingue deux espèces de paralysie: celle du mouvement et celle du sentiment, qu'il appelle *anesthésie.* Contrairement à l'acception consacrée de nos jours, il emploie le mot *paraplégie* comme synonyme d'*hémiplégie.*

Nous ne passerons pas sous silence un détail curieux que renferme le livre d'Arétée. L'apoplexie, dit ce médecin, peut avoir son siége dans le cerveau ou dans la moelle épinière. Dans ce dernier cas, la paralysie se montre du même côté que la lésion; elle est *directe.* Dans le cas contraire, elle apparaît du côté opposé à la lésion; elle est *croisée.* Ainsi, bien avant Morgagni, le père de l'anatomie pathologique, on avait fait cette distinction capitale qui est aujourd'hui monnaie courante dans la science.

Qui n'a lu la belle description de la phthisie pulmonaire par Arétée? Description pittoresque, brillante peinture où l'auteur nous montre en autant de traits vifs et saisissans, la conformation du corps des phthisiques, la déformation de la poitrine, des épaules, des doigts; le *facies* et tout cet ensemble frappant et caractéristique dont se compose l'habitude extérieure de ces infortunés malades.

Arétée donne le nom de *phthisie* à l'abcès chronique, ou plutôt à la suppuration chronique du poumon; chose remarquable, si l'on songe que l'on ignorait alors la lésion anatomique de la phthisie pulmonaire, le tubercule, et par conséquent le phénomène du ramollissement *accompagné de suppuration!* que subit ce produit hétérogène. Arétée cherche à distinguer de la phthisie ou suppuration chronique du poumon, la collection purulente des cavités pleurales, ou l'empyème, et l'abcès aigu du parenchyme pulmonaire. Suivant lui, ces deux dernières affections diffèrent de la première en ce qu'elles ne conduisent pas à la phthisie, comme l'abcès chronique du poumon. L'empyème et l'abcès aigu peuvent d'ailleurs s'ouvrir une issue au dehors à travers les bronches, et le pus être rejeté par l'expectoration. C'est là un effort de la nature pour la guérison de la maladie, effort qui n'est pas toujours couronné par le succès.

(*La suite à un prochain numéro.*)

PATHOLOGIE.

DU CROUP; — NATURE ET DIAGNOSTIC.

Par M. le d^r^ MARCHANT (de Charenton), médecin-adjoint de l'École impériale vétérinaire d'Alfort.

(Suite. — Voir le numéro du 24 Septembre.)

La gangrène est la mort des tissus qu'elle frappe; elle est variable dans ses manifestations, comme dans les causes qui lui donnent naissance; elle est plus ou moins superficielle, plus ou moins profonde.

L'aspect de la gangrène est différent, selon les tissus qu'elle envahit : ainsi, lorsqu'elle attaque la surface d'une plaie en suppuration, d'un vésicatoire, d'un ulcère atonique, d'une membrane muqueuse, elle apparaît le plus souvent sous la même forme extérieure. L'humidité qui baigne ces divers tissus paraît être la cause principale de cette forme spéciale qu'elle revêt.

Pour éviter les interprétations que pourrait faire naître l'expression d'une opinion qui semblerait personnelle, je citerai les textes des livres écrits par les maîtres de la science. Voici ce que dit M. Bégin sur la gangrène des membranes muqueuses : « Les membranes muqueuses frappées de gangrène, à leur surface libre, présentent quelquefois des escarres noires, molles, tombant en putrilage; dans d'autres circonstances, leur tissu se recouvre d'une couche pulpeuse, grisâtre, qui semble formée par les lames superficielles de la membrane. *Mais, dans le plus grand nombre des cas, les escarres des membranes muqueuses, surtout de celles qui tapissent la bouche et le pharynx, sont d'abord blanches, puis passent au jaune sale, au gris, à la teinte ardoisée ou brune et au noir, à mesure que l'action de l'air se prolonge sur elles* (1). »

Les caractères spécifiques de la diphthérite sont, d'après M. Bretonneau : « Au début de la maladie, on aperçoit une rougeur circonscrite qui se recouvre de mucus coagulé, demi-transparent, ... la concrétion devient opaque, blanche, épaisse, ... la fausse membrane, en se détachant, laisse à découvert la membrane muqueuse. . . se ranime; les points, d'un rouge plus foncé, laissent transsuder du sang; l'enduit concret se renouvelle et devient de plus en plus adhérent sur les points qui ont été les premiers envahis; il acquiert souvent une épaisseur de plusieurs lignes, et passe du *blanc jaunâtre au fauve, au gris et au noir*. En même temps, la transsudation du sang devient plus facile (2).

Les descriptions de la gangrène de M. Bégin et de la couenne de M. Bretonneau, ont une ressemblance si frappante, qu'on ne peut pas douter un instant qu'elles ne s'appliquent à une seule et même lésion pathologique : mais est-ce une mortification, une escarre gangréneuse ou une exsudation? Pour décider cette question, il faut examiner comment se comportent les exsudations des membranes muqueuses que nous connaissons, celles du croup, par exemple, et les escarres gangréneuses des mêmes tissus. L'analyse chimique, invoquée par M. Bretonneau, est impuissante pour résoudre cette question. Mais l'observation clinique nous servira pour établir que jamais, dans le croup le plus prolongé, le plus grave, celui qui est mortel, on ne voit les fausses membranes subir les changemens signalés plus haut dans les escarres gangréneuses. Ce caractère établit positivement une nature différente entre ces deux productions. Ce qui a induit en erreur M. Bretonneau, c'est que, lorsqu'il trouvait l'arrière-bouche gangrénée, sphacélée, comme il le dit lui-même, au larynx et dans la trachée, on ne voyait que la couleur blanche de la gangrène qui commençait, parce que c'était la dernière partie sur laquelle la maladie avait porté son influence. Voilà quelle a été son illusion, illusion qui a été partagée par tous les médecins de notre époque, et que M. Taupin a commencé à détruire, en établissant que la gangrène de la bouche des enfans avait une forme couenneuse comme l'angine maligne, bien que ces deux maladies soient cliniquement différentes.

La putréfaction, ce signe non contesté de la mort générale, l'est aussi de la mort particulière d'une partie quelconque de notre corps : c'est la décomposition putride des tissus que la vie a abandonnés. Cette décomposition est indiquée par les changemens opérés dans la coloration et la consistance des escarres, qui, comme le dit M. Guersant père, en parlant des fausses membranes, « tombent quelquefois dans une sorte de *deliquium*, ou se ramollissent en partie comme de la bouillie (3). » Cette fonte putride des concrétions, de l'aveu même de M. Bretonneau (4), occasionne la fétidité de l'haleine; et, de plus, l'absorption de ces matières putrides donne lieu à l'empoisonnement septique, caractérisé par la prostration des forces, les diarrhées fétides, etc., et la pneumonie lobulaire (septique) que l'on rencontre à l'autopsie des individus morts d'angine gangréneuse. Cette pneumonie donne la mort, alors même que l'angine gangréneuse paraît en voie d'amélioration.

L'élimination des parties mortifiées et la perte de substance qui en résulte, méritent une sérieuse attention : ces phénomènes, observés par les auteurs qui ont écrit sur l'angine, appelée à tort pseudo-membraneuse, ont été mal interprétés; cela ressort évidemment de la lecture de leurs ouvrages. D'abord, M. Gendron cite, d'après M. le docteur Renou, de La Flèche, le fait d'une « jeune personne de 20 ans, qui perdit la luette en entier, par suite d'une angine pseudo-membraneuse, sans qu'il y ait eu cautérisation, et sans que la maladie se soit étendue plus loin que le pharynx (5). » Dans ce cas, la perte de substance ne peut pas être révoquée en doute, puisque la luette est détruite; ce n'est pas une illusion. Desruelles mentionne un fait semblable (1).

M. Bretonneau convient qu'après la chute des fausses membranes il y a, sur les parties subjacentes, de légères *érosions*; mais, d'un autre côté, M. Guersant dit positivement : « On ne trouve aucune trace de cicatrice ou de perte de substance à la surface des membranes muqueuses qui tapissent les fosses gutturales : mais sur les parties où les fausses membranes ont été plus adhérentes, plus épaisses, et ont persisté plus longtemps, on serait porté à croire qu'il y a eu érosion; le bord du voile du palais, la luette, paraissent, dans quelques cas, comme échancrés et avoir perdu une portion de leur tissu. Ce n'est pourtant qu'une illusion qui a souvent donné lieu à plus d'une erreur. Quand on observe, en effet, avec une grande attention, on reconnaît que ces parties ne présentent aucune apparence de cicatrice, mais que leur tissu, plus dense, est rétracté sur lui-même. (2) »

Si c'est à l'autopsie cadavérique que l'on fait cet examen, il est évident qu'on ne trouve pas une cicatrice qui n'a pas eu le temps de s'organiser. « Si la luette a été enveloppée en entier par la fausse membrane, elle est uniformément rapetissée et son volume est quelquefois diminué de trois quarts; lorsque, au contraire, elle n'a été recouverte que d'un seul côté par une plaque membraneuse, elle est alors recourbée en forme de crochet de ce même côté; l'échancrure du voile du palais est due à la même cause. *Lorsque l'amygdale a été recouverte immédiatement en entier par une plaque très épaisse et qui a adhéré longtemps, elle est, après la guérison, tellement resserrée qu'on l'aperçoit à peine entre les piliers du voile du palais.* J'ai été plusieurs fois surpris de voir ainsi la rétraction d'amygdales qui étaient si volumineuses avant la maladie, qu'elles gênaient la prononciation et qu'il avait été question de les extraire. »

Après cette description des ravages de l'angine maligne, on se demande comment on peut expliquer la destruction totale ou partielle de la luette, les échancrures du voile du palais, la diminution du volume des amygdales? La fausse membrane est une exsudation, elle est simplement adhérente sur une muqueuse plus ou moins enflammée; mais l'escarre est le tissu muqueux lui-même mortifié, d'où il résulte que si cette escarre est mince, la perte de substance sera très minime : ce sera la légère érosion dont il est fait à peine mention; et si elle est épaisse, comme dans les cas dont parle M. Guersant, ce sera la diminution du volume des amygdales en rapport direct avec l'épaisseur de l'escarre.

Ces notions paraissent si évidentes, qu'on ne conçoit pas que, depuis trente ans, il ne se soit pas trouvé un observateur assez exact pour ramener les esprits à l'opinion des anciens, qui avaient parfaitement reconnu la nature gangréneuse de l'angine, qu'on appelle aujourd'hui pseudo-membraneuse, opinion qui nous paraît seule être juste et raisonnable.

On nous assure, sans en donner la preuve, que ces désordres matériels ne sont qu'une illusion. Pour que cela fût vrai, il faudrait indiquer ce que sont devenus les tissus disparus; s'il existe, par exemple, par suite de la maladie, une adhésion d'un des côtés de la luette au pilier du voile du palais correspondant, on pourrait, alors, dire que la luette n'a pas été détruite, et on la verrait à sa nouvelle place. Mais c'est une pure hypothèse, qu'aucune observation n'a sanctionnée : ainsi, pour faire admettre une opinion que rien ne justifie, on oblige à récuser le témoignage des sens, lorsque tout nous assure qu'ils ne nous trompent ni ne peuvent nous tromper. La médecine n'est plus, alors, une science d'observation, elle est réduite, comme la cartomancie, à n'avoir d'autres règles que celles que lui assigneraient les caprices d'imaginations plus ou moins déréglées.

Quelques auteurs modernes attribuent à l'atrophie la destruction et la diminution des organes situés dans l'arrière-bouche : mais, avec un peu de réflexion, on comprend que cet état pathologique se présente le plus souvent dans des conditions tout à fait opposées; la marche en est toujours lente, et la vie semble se retirer peu à peu des organes; tandis que dans l'angine maligne il y a, au contraire, un surcroît d'activité évident.

Le raisonnement comme l'observation établit que l'angine pseudo-membraneuse présente tous les caractères des gangrènes; il est donc logique de la placer dans le cadre de ces maladies et de rejeter absolument ce nom qui, dans l'espèce, est faussement appliqué : cela posé, l'angine gangréneuse devient-elle le croup lorsqu'elle envahit les voies respiratoires? Cette opinion est une modification de celle de M. Bretonneau, qui veut qu'il y ait identité entre les deux maladies, mais elle est fausse de tous points. En effet, l'angine qui est gangréneuse lorsqu'elle atteint les amygdales, ne change pas de nature lorsque, de proche en proche, elle s'étend aux voies aériennes. Qu'on remarque bien, qu'en même temps, la maladie se propage aux fosses nasales et au commencement de l'œsophage; le tissu cellulaire du cou participe aussi à cet état pathologique; par suite de ces diverses lésions, la déglutition devient difficile et la suffocation imminente, mais cette suffocation ne suffit pas, à elle seule, pour caractériser le croup, puisqu'on la retrouve toutes les fois que l'air a de la peine à pénétrer dans la poitrine. On l'observe lorsqu'un corps étranger a été introduit dans la trachée, ou qu'il y a un œdème de la glotte : jamais personne n'a songé à appeler croup, ces maladies qui présentent entr'elles des différences bien remarquables; mais ces différences existent tout aussi réelles entre le croup et l'angine gangréneuse, et si on ne les a pas signalées, c'est parce qu'on a admis, sans la contrôler, une opinion sur la foi de son auteur. L'angine gangréneuse, lorsqu'elle atteint des enfans très jeunes, s'étend avec une grande facilité vers les fosses nasales, les empêche de téter et de boire; la mort survient alors par suite d'inanition, d'absorption de produits septiques, et les derniers phénomènes sont rarement dus à la suffocation. Dira-t-on, dans ce cas, que le jeune enfant est mort du croup? Évidemment non; cependant les lésions anatomiques sont celles de l'angine gangréneuse. Ce ne sera pas la seule inconséquence qu'il faudra relever dans les opinions qui prévalent aujourd'hui sur le croup.

D'après ce qui précède, on peut *affirmer que l'angine gangréneuse ne se convertit jamais en un croup*, puisque, dans ce dernier, il n'y a jamais de gangrène.

Si de l'examen des lésions anatomiques, on passe aux phénomènes morbides observés pendant la vie, le doute n'est plus possible, et les différences entre le croup et l'angine gangréneuse deviennent plus tranchées.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, 1833, page 21.
(2) Ouvrage cité, page 49.
(3) *Dictionnaire de médecine*, tome III, page 118, 2e édition.
(4) Ouvrage cité, page 45.

(5) Gendron. *Propositions sur le croup*. (Journal des connaissances médico-chirurgicale, tome III, page 177.)
(1) Desruelles. *Traité du croup*, page 251, 2e édition (1824).
(2) *Dictionnaire de médecine*, tome III, page 121, 2e édition.

THÉRAPEUTIQUE.

ABCÈS PAR CONGESTION ; — FISTULE DATANT DE HUIT MOIS, GUÉRIE EN DEUX MOIS PAR QUATRE INJECTIONS IODÉES ET LES PRÉPARATIONS IODÉES PRISES A L'INTÉRIEUR.

Monsieur le rédacteur,

Au mois de mars 1842, je soignais une jeune fille de 18 ans, Mlle Laure Joucheret, qui, avant de recourir à moi, avait eu un abcès par congestion des vertèbres lombaires, depuis plusieurs mois ouvert à la partie externe de la cuisse droite, où siégeait une fistule intarissable. J'eus aussi alors l'idée de faire, dans un trajet fistuleux, sinueux, long de plus de 30 centimètres, et qui se dirigeait vers la cavité du bassin, des injections avec la teinture d'iode. J'avoue que le succès ne vint pas encourager ma pratique, soit parce que le mal de Pott, datant de plus d'un an, eût causé de trop profonds ravages, soit parce que l'injection que je fis à l'aide d'une sonde très fine, ne put pénétrer jusqu'à la partie cariée des os du bassin, soit enfin parce que je ne favorisai pas l'effet du traitement local par le traitement général.

Depuis ce temps, les injections iodées ont été ingénieusement et hardiment employées avec succès dans les affections chroniques des surfaces muqueuses et séreuses, suivies d'un épanchement qui s'accumule et fait masse, ou qui coule sans cesse par un orifice fistuleux.

Après l'idée première fournie par M. Martin, de Calcutta, et M. le professeur Velpeau; après les travaux de MM. Boinet, Abeille, et ceux dernièrement publiés par M. Aran, si recommandables par la précision qu'ils donnent à la pratique des injections iodées, j'ai eu naguère une belle occasion d'y recourir; j'ai réussi dans un cas des plus graves, dont je vous transmets l'observation que vous insérerez dans votre estimable journal, si vous la croyez utile et digne de la publicité :

Mme X..., âgée de 38 ans, habituellement bien portante, d'un tempérament nervoso-sanguin, régulièrement menstruée, partait de Marseille au mois de novembre 1852, pour Oran, où elle allait, comme artiste dramatique, se livrer à l'exercice du théâtre. Quelques jours après son arrivée, et sans cause connue, elle ressentit une vive douleur vers l'angle interne de l'omoplate gauche, suivie, au bout de quelques semaines, d'une tumeur grosse comme une noix. Cette dame crut n'avoir affaire qu'à une douleur rhumatismale, contre laquelle elle n'employa d'abord que des topiques émolliens, non continuellement appliqués, à cause de son emploi qu'elle devait indispensablement remplir.

Vers la fin de novembre, et pendant le mois de décembre, la tumeur grossit sans cesse, mais la douleur diminua, ce qui tranquillisa la malade un peu, d'autant mieux que les praticiens auxquels elle s'adressa lui donnèrent un pronostic rassurant, et lui conseillèrent l'usage des moyens qu'elle employait déjà. Cependant, le volume de la tumeur devint si considérable, et si gênant pour l'exercice de son art, qu'en janvier 1853, elle eut de nouveau recours à la médecine. Des fomentations, des topiques fondans et calmans, des frictions, furent inutilement employés jusqu'à ce que, vers la fin de janvier, la tumeur, du volume de la tête d'un enfant, s'enflamma à sa partie inférieure, et s'ouvrit dans un effort un peu violent : un abondant écoulement de matière purulente, fluide, mal liée, eut lieu pendant trois mois, contre lequel une médication inefficace fut mise en usage. La malade, pendant ce temps, perdait l'embonpoint notable et la fraîcheur qu'elle avait; elle éprouvait des frissons quotidiens vers le soir; une ou deux fois elle subit une injection iodée faite à l'aide d'une petite seringue en verre, qui pénétra à peine dans la cavité du kyste. Enfin, arrivée au terme de son engagement, amaigrie, pâle, Mme X... revint en France, dont le séjour lui avait été ordonné, et à grande peine arriva à Paris vers la fin de mai 1853.

Au commencement de juillet, elle vint réclamer mes soins, et voici dans quel état je la trouvai : Mme X..., que j'eus de la peine à reconnaître, était émaciée, anémique; elle avait perdu ses forces, pouvait à

peine marcher; les règles étaient supprimées depuis trois mois; une fièvre hectique la dévorait : vers la pointe de l'omoplate gauche, inférieurement, était un orifice étroit et renfoncé, d'où suintait sans cesse un liquide séro-purulent. J'introduisis un stylet de 20 centimètres, qui pénétra sous les tégumens jusque vers l'angle interne du scapulum, et dans le voisinage des vertèbres dorsales, d'où je sentis les rugosités que détermine le frottement des os privés du périoste, et cariés.

Je diagnostiquai facilement une fistule résultant de l'ouverture d'un abcès par congestion, à la suite de la carie des apophyses transverses des vertèbres dorsales.

Le 7 juillet, je fis une injection à l'aide d'une sonde de calibre moyen, introduite jusqu'au fond de la cavité, après avoir préalablement fait coucher la malade de manière à ce que le fond du kyste fût dans une position déclive, et en ayant soin de serrer sur la sonde les bords de l'orifice de la fistule.

Cette injection était composée de :

Iodure de potassium.	2 grammes.
Teinture d'iode.	50 grammes.
Eau distillée.	20 grammes.

Le 10 juillet, je renouvelai l'injection. Ces injections, peu douloureuses, furent suivies d'une inflammation peu intense, avec écoulement du pus strié, puis mieux lié, plus épais, que je combattis à l'aide de quelques cataplasmes émolliens de farine de graine de lin. La malade était soumise en même temps à la médication générale iodée et tonique (pilules d'iodure de fer et de quinine). A la fin du mois, les règles reparurent. Après leur disparition, le 29 juillet, je fis une injection de teinture d'iode pure : la douleur fut vive, et s'irradiait le long des côtes jusque vers la région précordiale; une fièvre assez vive survint; le pus s'écoula abondant et plus louable; puis, avec les topiques émolliens, la douleur cessa.

Le 10 août, la même injection fut de nouveau pratiquée, suivie d'une moindre douleur; des compresses graduées furent appliquées pour obtenir le recollement des parois du kyste qui diminuait d'étendue. Je continuai toujours l'usage des pilules d'iodure de fer, et je fis prendre dans une tasse de tisane de houblon, deux fois par jour, une cuillerée à bouche de la mixture suivante :

Iodure de potassium.	10 grammes.
Eau distillée.	300 grammes.

Je prescrivais depuis le commencement du traitement un régime fortifiant, une alimentation tonique, l'exercice modéré à la campagne; et sous l'influence de cette médication, Mme X... reprenait sa fraîcheur; le trajet fistuleux s'oblitérait; et à la fin d'août, après quatre injections et deux mois de soins, ma malade fut guérie et assez bien portante pour reprendre l'exercice de son art, en suivant toujours les prescriptions de précaution que je lui ai données.

Aujourd'hui, il ne reste plus dans la région inférieure du scapulum que quelques dépressions enfoncées, une cicatrice adhérente des tégumens, et la santé est parfaite, actuellement 15 septembre.

J'ai cru devoir, Monsieur le rédacteur, vous adresser, comme tribut thérapeutique dont vous disposerez à votre gré, cette observation remarquable de guérison de fistule après un abcès par congestion, provenant de la carie des vertèbres, maladie jadis presque toujours mortelle, guérie en deux mois après huit mois de ravages effrayans dans l'économie. N'est-ce pas une preuve convaincante, après celles que possède la science en assez grand nombre, de l'efficacité irrésistible des injections iodées lancées dans les trajets fistuleux les plus difficiles à oblitérer, et par conséquent les plus rebelles à la guérison?

Agréez, etc. J.-S. Foucault, de Nanterre.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séances du 10 et du 24 Août 1853. — Présidence de M. le professeur Requin.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 24 Septembre.)

— M. Valleix donne lecture du rapport suivant sur le mémoire présenté par M. Woillez, à l'appui de sa candidature.

Un mémoire vous a été lu par M. Woillez, à l'appui de sa candidature au titre de membre associé. Vous en avez confié l'examen à MM. Bricheteau, Beau et moi. Chargé par mes collègues de vous présenter notre rapport sur ce travail, je viens aujourd'hui remplir cette tâche, que l'intérêt du sujet et le mérite du mémoire m'ont rendue agréable et facile.

Le sujet de ce mémoire est la *guérison spontanée des perforations pulmonaires d'origine tuberculeuse.* M. Woillez a pu observer, dans le cours de deux années (1851 et 1852), parmi les malades de M. Louis, à l'Hôtel-Dieu, deux cas de perforation bien évidente, dans lesquels on a pu vérifier, après la mort, causée par les progrès de la phthisie, l'oblitération complète de la fistule, et, par conséquent, la guérison de l'accident formidable qui, un instant, avait menacé par sa gravité propre les jours du malade. Ces deux faits ont éveillé son attention; il a fait des recherches qui lui ont permis d'en réunir un certain nombre de semblables, et c'est avec ces élémens qu'il a exécuté le travail soumis à votre appréciation.

Si l'on s'en rapportait uniquement à la thèse, d'ailleurs très intéressante de M. Saussier, on pourrait croire que la perforation du poumon, d'où résulte l'hydrothorax, est un accident constamment mortel. Mais en examinant les faits avec plus d'attention, on voit que dans un certain nombre de cas bien observés, la cicatrisation ou plutôt l'oblitération de la fistule peut se faire de plusieurs manières.

M. Woillez rapporte d'abord une des deux observations qu'il a recueillies, et qui, par la précision de ses détails, ne laisse aucun doute sur ce point. Le malade, dans le cours d'une phthisie déclarée, éprouva brusquement les symptômes qui annoncent une perforation : douleur subite très vive du côté droit; dyspnée extrême; toux très douloureuse. Puis ces symptômes restèrent stationnaires pendant trois mois, jusqu'à l'admission du malade. Alors, on constata du même côté un son tympanique, excepté en bas où il y avait de la matité; la respiration amphorique; un retentissement amphorique de la toux et de la voix, et enfin le bruit de succussion thoracique, que le malade produisait lui-même en se remuant. Il y avait donc évidemment un hydropneumothorax. Au bout de trois mois, ces signes avaient disparu, excepté le bruit de succussion thoracique.

Pendant cinq mois que le malade survécut, ce dernier bruit persista seul. Puis une méningite tuberculeuse causa la mort.

A l'autopsie, on trouva une fistule complètement oblitérée par une fausse membrane épaisse qui adhérait intimement aux deux feuillets de la plèvre.

Nous avons donné quelques détails sur ce fait, pour montrer comment l'observation pendant la vie et les particularités de l'autopsie se sont réunies pour prouver la guérison de la perforation. Les autres étant à peu près semblables, il nous suffira d'en rappeler les particularités importantes.

M. Woillez passe en revue :

1° Une observation de Laennec, dans laquelle un faisceau de lames fermes, et d'un pouce de long, faisait adhérer les deux feuillets des plèvres, et venait, par son extrémité pulmonaire, s'épanouir en bouchant la fistule.

2° Une observation de M. Beau, recueillie à l'hôpital Necker, dans le service de M. Bricheteau, et où, après l'oblitération de la fistule, parfaitement constatée, il ne resta de tous les symptômes qu'une résonnance métallique dans la toux et de la voix, résonnance qui se produisait également pendant le rejet des crachats.

3° Dans une autre observation de M. Chalmers, il paraît que tous les symptômes avaient disparu, mais on avait pratiqué la thoracentèse.

4° Un autre fait, cité par M. Culmann, est remarquable par la persistance du souffle et de la voix amphoriques.

5° Dans celui qu'a rapporté M. Goupil fils, et qui a été également observé par M. Woillez, on n'a observé que le bruit de succussion thoracique; mais l'autopsie a fait reconnaître l'existence d'une fistule oblitérée, et d'après les autres faits mentionnés, nous devons admettre, avec l'auteur, que le malade ne s'est présenté à l'observation qu'après l'oblitération de la fistule qui s'était faite très rapidement.

6° Enfin, dans une dernière observation tirée du *Bulletin de la Société de médecine de Poitiers*, l'autopsie n'a pas été faite, et malgré toutes les raisons qu'on peut avoir de regarder ce fait comme un exemple de perforation tuberculeuse obturée, on peut le négliger dans l'examen des principales questions que nous avons à discuter.

Nous voyons d'abord que, dans tous les cas bien étudiés, le bruit de succussion thoracique a persisté, excepté chez un sujet chez lequel on avait pratiqué la thoracentèse. Il en a été de même dans un cas que le rapporteur a observé du mois de mars au mois de mai dernier à la Pitié, et sur lequel il reviendra plus loin. Ce fait s'explique naturellement par la persistance d'une certaine quantité d'air après l'oblitération, et l'on comprend que la thoracentèse, qui donne issue aux gaz et au liquide, a dû faire cesser ce phénomène.

La persistance du souffle et de la voix amphoriques, qui a eu lieu dans les cas recueillis par MM. Beau et Culmann, paraît d'abord d'une interprétation plus difficile. Mais elle s'explique très bien par la théorie de M. Skoda, qui regarde ces bruits comme n'étant qu'une consonnance de ceux qui se passent dans le poumon ou dans le larynx. C'est l'explication qu'a adoptée M. Culmann. Seulement on se demande, avec M. Woillez, pourquoi, s'il en est ainsi, ces phénomènes ont disparu dans plusieurs autres cas absolument semblables. Il me semble qu'on ne peut rapporter cette différence qu'à une disposition particulière des parties, et l'on comprend très bien que si l'air arrive largement dans les bronches, et surtout dans celles qui aboutissent à des cavernes superficielles; si une certaine quantité d'air distend encore le poumon, la consonnance dont il s'agit aura lieu facilement, tandis qu'elle sera difficile et même impossible dans le cas contraire. Je crois donc que M. Culman a eu tort de généraliser une explication qui ne s'applique qu'à des cas particuliers.

Si maintenant nous passons à l'anatomie pathologique, nous trouvons, avec M. Woillez, que l'oblitération peut se faire de trois manières principales :

1° La perforation se faisant souvent à la partie supérieure du poumon, celle-ci peut être maintenue rapprochée de la plèvre costale par des adhérences anciennes, ce petit espace est bientôt comblé par des adhérences, et la fistule est oblitérée. Plus tard, le retrait du poumon ayant lieu, la fausse membrane peut s'allonger en bride plus ou moins épaisse, comme dans le cas cité par Laennec, et dans celui que j'ai observé moi-même. Voici ce fait en quelques mots :

Un jeune homme, après avoir présenté pendant trois mois les signes de la phthisie, éprouva tout à coup les symptômes de perforation pulmonaire que j'ai indiqués plus haut. Quatre jours après (28 mars 1853), il entra à la Pitié (salle St-Raphaël). Nous constatâmes, du côté gauche de la poitrine, le son tympanique, le souffle amphorique, le tintement métallique. Le bruit de succussion thoracique ne se manifesta que neuf jours après, et alors il survint de la matité à la partie inférieure, qui, auparavant, était sonore comme la partie supérieure. Un mois après, le tintement métallique avait disparu, la voix et la toux conservaient encore le caractère amphorique. Dans le courant du mois suivant, il n'y avait plus aucun bruit amphorique, et la mort survint le 11 juin, le malade ne présentant plus, depuis plus de trois semaines, que le bruit de fluctuation.

A l'autopsie, nous trouvâmes le poumon fortement refoulé vers la colonne vertébrale et en haut. Il était revêtu d'une fausse membrane très épaisse. En arrière, vers la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen, on trouvait trois brides très fortes, longues de 4 centimètres environ, dont l'une, de 2 centimètres d'épaisseur, oblitérait complètement par sa base pulmonaire une ouverture arrondie, et communiquant avec une caverne du volume d'un gros œuf de poule.

Dans ce cas, nous voyons l'oblitération de la fistule faire d'abord disparaître le tintement métallique; tandis que les bruits amphoriques persistent, parce que, sans doute, le poumon n'était pas encore complètement refoulé et privé d'air, ce qui rendait la consonnance possible. Puis le refoulement complet a lieu, et les bruits amphoriques disparaissent.

2° Une autre disposition qui favorise l'oblitération de la fistule, est le refoulement du poumon; car si cette fistule s'est produite en dedans, vers la colonne vertébrale, les deux feuillets de la plèvre se trouvent rapprochés, et la fausse membrane se forme facilement, comme dans un des cas rapportés par M. Woillez.

3° Enfin, le liquide montant jusqu'à la fistule, il peut se faire un dépôt fibrineux qui la bouche, et lorsque le liquide se retire, tantôt il laisse la fausse membrane obturatrice libre et flottante, tantôt celle-ci adhère à la plèvre costale.

Tels sont les faits très importans cités par M. Woillez, et les déductions qui en découlent. Je pourrais encore vous signaler quelques détails intéressans d'anatomie pathologique; mais ce que j'ai déjà dit, suffira pour vous faire apprécier la portée de ce travail. Toutefois, je ne peux pas passer sous silence une déduction thérapeutique que l'auteur du mémoire a tirée de l'étude de ses observations. D'après le mode de cicatrisation des perforations, et surtout d'après le cas de M. Chalmers, il conclut qu'on est autorisé à employer la thoracentèse et les injections iodées. Nous pensons, avec lui, que ces moyens combinés peuvent être tentés; mais une expérience plus répétée nous apprendra seule leur valeur.

Nous vous avons fait connaître, Messieurs, ce que ce mémoire contient d'important, et assurément, quelque opinion qu'on se fasse sur certains points, on ne saurait méconnaître la haute portée d'un pareil travail. Il nous reste maintenant à vous dire que M. Woillez, auteur d'un travail estimé sur la mensuration thoracique, et de plusieurs articles sérieux publiés dans les journaux de médecine, a été pendant de longues années médecin en chef de la maison d'aliénés de Clermont, où il a eu à diriger un vaste service.

Nous vous proposons :

1° D'admettre M. Woillez comme membre associé;

2° De renvoyer son mémoire au comité de publication, pour être inseré dans les *Actes* de la Société.

Ces conclusions sont adoptées.

— M. A. Becquerel lit un travail *sur les flux urinaires*, et en particulier sur la polydypsie et la polyurie. Il résume ainsi sous forme de propositions les faits contenus dans ce mémoire :

1° Il existe trois espèces bien distinctes de flux urinaires : le flux diabétique, le flux aqueux, le flux urinaire proprement dit ou polyurie.

2° Les flux diabétiques sont de deux sortes : le diabète sucré, dans lequel rien ne s'oppose à la manifestation des propriétés saccharines du sucre tenu en dissolution, et le diabète insipide dans lequel ces propriétés saccharines sont masquées par une combinaison spéciale du sucre avec l'urée et les sels.

3° Le flux aqueux consiste dans une simple augmentation de la quantité d'eau des urines, la somme des matières solides variant très peu. Ce flux est toujours symptomatique et la conséquence de l'introduction d'une quantité d'eau anormale dans l'organisme. La polydypsie est la cause la plus fréquente du flux aqueux.

4° Le flux urinaire proprement dit ou la polyurie, consiste dans une augmentation plus ou moins considérable des produits de la sécrétion urinaire, les rapports entre l'eau et les parties solides n'étant pas changés. Ce flux constitue toute la maladie; il finit par amener l'affaiblissement du malade, l'épuisement de l'organisme, le marasme, et quelquefois même la mort. La soif vive qui l'accompagne est un phénomène consécutif, un effet et non pas une cause.

M. Requin admet la distinction que l'on a cru devoir établir entre la polyurie sucrée et la polyurie non sucrée; mais il ne croit pas qu'au point de vue clinique, on puisse faire de la polydipsie une maladie spéciale, attendu que tous les polyuriques sont polydypsiques. Ce sont là deux faits pathologiques qui marchent pour ainsi dire parallèlement; et la question d'origine ou de priorité est toujours très difficile, sinon impossible à établir, au moins pratiquement. Il accorde cependant volontiers que l'on puisse séparer théoriquement la polyurie de la polydypsie

M. Guérard défend la distinction admise par M. Becquerel, et il la croit très exacte. Il se rappelle qu'ayant été affecté, il y a quelques années, d'une maladie aiguë, dont la durée fut très courte, il rendit, pendant quatre jours, des urines abondantes et très animalisées; la soif était modérée, et il buvait fort peu. Dans l'espace de huit jours, il avait subi un amaigrissement notable, et cependant il n'avait eu ni diarrhée, ni sueurs abondantes. Depuis cette époque, il a vu souvent l'amaigrissement provenir uniquement de la déperdition des matières organiques qui s'effectue par les urines. Il ne se passe rien de semblable dans la polydypsie. La soustraction des matières organiques peut encore avoir lieu par la peau. Ainsi, en même temps qu'il rendait des urines fortement animalisées, il s'aperçut que la peau se recouvrait d'un produit de sécrétion qui la salissait, bien qu'il n'eût cessé de faire des ablutions quotidiennes, que depuis quelques jours seulement, de plus, les pieds, qui étaient protégés par des chaussettes de coton, s'étaient couverts d'un enduit noirâtre. Depuis lors, il a observé souvent ce phénomène, et il croit que, dans certaines affections aiguës, l'amaigrissement rapide qui se produit trouve son explication dans les déperditions de matière organique qui ont lieu par la peau et par les urines.

M. Becquerel maintient qu'il est facile, même au point de vue clinique, d'établir une distinction entre la polyurie et la polydypsie, en ayant égard à l'état des urines. Dans la polydypsie, les urines sont claires, transparentes, d'une densité moindre. Dans la polyurie, au contraire, elles conservent leur état normal ou même elles deviennent plus denses; de plus, dans la polyurie, la polydypsie est consécutive; elle manque même dans certains cas, comme le prouve le fait cité par M. Guérard, et d'autres qu'il lui serait facile d'invoquer.

M. Guérard a vu plusieurs fois des malades convalescens d'affections aiguës, et dont les urines étaient très concentrées, tomber dans le marasme et succomber sans être affectés de diarrhée. Chez ces malades, la déperdition des matières organiques s'effectuait certainement par les urines.

Le secrétaire, Ch. Léger.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Eaux minérales des Pyrénées, recherches comprenant l'étude de l'action thérapeutique, la constitution chimique de ces eaux, et la comparaison des ressources que les principaux établissemens des Pyrénées offrent aux médecins; par M. E. Filhol, professeur de chimie à l'École de médecine de Toulouse, etc. — Un vol. in-18, Paris, 1853, Victor Masson, libraire. — Prix : 5 fr.

De la chlorose chez l'homme, par J. Uzac, d.-m. Grand in-8, Paris, 1853, J.-B. Baillière, libraire. — Prix : 3 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 116. SEPTIÈME ANNÉE. **Jeudi 29 Septembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12 A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12*.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 28 SEPTEMBRE 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Un seul rapport a été présenté dans cette séance ; mais la qualité nous a dédommagé du nombre; ce rapport est de M. Requin et il a eu l'honneur de susciter une discussion assez vive.

Un honnête citoyen de Brest, qui paraît n'appartenir au corps médical par aucun titre, a présenté une pétition à l'Empereur, dans laquelle il lui fait connaître qu'il est en possession d'un traitement efficace contre le croup. Cette pétition est revenue à l'Académie, par la voie ministérielle, avec demande d'avis, et c'est à M. Requin qu'a été confié le soin d'examiner ce travail. Inutile de dire que les opinions du brave citoyen de Brest sont tout simplement absurdes. M. le rapporteur ne s'est pas gêné pour le dire, et même pour le prouver, à l'aide de citations accompagnées d'un commentaire comme peut en faire un homme d'esprit.

Cette sorte d'importance donnée à un travail, qui, au fond, n'en mérite aucune, a étonné et même un peu ému certains membres de l'Académie. M. Larrey, avec ce ton d'exquise urbanité qui le caractérise, a trouvé le rapport trop sérieux. M. J. Guérin, avec plus d'accentuation, l'a jugé trop spirituel. Personne assurément n'a combattu les conclusions, mais la forme du rapport a soulevé quelques objections contre lesquelles M. Requin s'est bravement et spirituellement défendu. MM. Dubois (d'Amiens) et Gibert lui sont encore venus en aide, et, comme M. Requin l'a très justement fait observer, l'Académie n'est responsable que des conclusions qu'elle adopte, la forme du rapport restant toujours sous la responsabilité propre du rapporteur.

Ainsi que cela a été dit avec raison, l'Académie ne se place pas toujours, et c'est un tort, au point de vue des autorités qui la consultent. Les ministres et les employés de leurs bureaux ne sont pas médecins; de sorte que lorsqu'arrivent à l'administration des élucubrations médicales semblables à celle d'hier, patronées souvent par les autorités locales, bourrées d'attestations et de certificats, contenant le récit de prétendus faits de guérison quelquefois très nombreux, lorsque dans des circonstances semblables, l'Académie, consultée par l'administration, se borne tout simplement à répondre : C'est absurde, sans autres développemens; l'administration ne comprend pas cette façon de justice sommaire, elle croit ou à un défaut d'examen, ou à quelque mauvais vouloir systématique, et elle ne s'imagine pas que l'illusion, l'erreur et quelquefois la fraude puissent s'abriter sous le manteau le plus respectable. Voilà, par exemple, un pseudo-inventeur d'une thérapeutique du croup; du croup, l'épouvantail des familles, qui croit guérir cette terrible maladie, dont il ne sait pas le premier mot, avec un gargarisme de vinaigre et des fumigations d'acide acétique; ce brave homme s'adresse à l'Empereur, dont le frère aîné mourut de cette maladie, mort qui jeta une si grande émotion dans la famille impériale, et qui inspira l'idée du mémorable concours de 1807; cette homme qui croit avoir fait une grande découverte pour laquelle il demande récompense, cet homme méritait plus qu'une sèche vitupération; et, par égard pour les autorités auxquelles il s'est adressé, il fallait démontrer que ce pauvre homme est plongé dans la plus profonde erreur. M. Requin l'a fait à sa manière, rondement, spirituellement, l'esprit ne gâte rien, mais d'une façon péremptoire et qui éclairera l'administration qui a consulté l'Académie. Nous ne pouvons voir dans tout cela qu'un acte digne d'éloge, et nous nous associons complètement à M. Gibert, qui, dans une courte et incisive allocution, a ramené la discussion sur son véritable terrain.

M. le docteur Michéa a lu un mémoire de médecine pratique, sur l'emploi du valérianate d'atropine dans les maladies convulsives.

On lira avec intérêt, dans notre compte-rendu, l'histoire d'un malade horriblement mutilé par une syphilide ulcéreuse, dont M. Ricord avait arrêté les progrès, et auquel l'habile et heureuse main de M. Jobert (de Lamballe) a refait un nez et une figure présentables, par la méthode autoplastique par ourlets ou renversement. Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE.

DU CROUP; — NATURE ET DIAGNOSTIC.

Par M. le dr MARCHANT (de Charenton), médecin-adjoint de l'École impériale vétérinaire d'Alfort.

(Suite. — Voir les numéros des 24 et 27 Septembre.)

Tous les auteurs qui ont écrit sur le croup sont d'accord pour assigner une limite d'âge pour les individus qui en sont atteints; en deçà ou au-delà de cette limite la maladie est excessivement rare, mais elle n'est pas impossible.

Le croup se développe surtout sur les enfans de deux à cinq ou sept ans; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on le voit chez les adultes ou les enfans plus jeunes. C'est un fait établi par un demi-siècle d'observations, reconnu par la généralité des médecins et aussi par les gens du monde; car il n'est pas de mère tant soit peu soucieuse de la santé de ses enfans, qui n'ait manifesté une crainte exagérée du croup pendant cette période de l'enfance, et qui n'ait plusieurs fois fait appeler son médecin pour un cas de croup, alors qu'il n'y avait qu'une petite indisposition.

L'angine maligne est une maladie qui atteint les individus de tout âge; les enfans à la mamelle, ceux plus âgés, les adultes, les vieillards y sont également sujets; ainsi, la relation de l'épidémie de Chenusson, contenue dans l'ouvrage de M. Bretonneau, renferme 13 observations, du n° 43 à 60 (les nos 54, 56, 57, 58, 59 n'existent pas dans le livre, bien que la pagination en soit exacte); sur ces 13 individus :

2 avaient....	1 an.
1 avait.....	5 ans.
1 avait.....	8 ans.
3 avaient....	10 ans.
1 avait.....	13 ans.
2 avaient....	14 ans.
1 avait.....	15 ans.
1 avait.....	16 ans.
1 avait.....	24 ans.
13	

Qu'on remarque bien que ce n'est pas la liste entière des malades de Chenusson, mais un choix donné par M. Bretonneau lui-même, et cependant il serait difficile de trouver une limite d'âge dans ces observations.

M. le docteur Ribes donna, en août 1818, des soins à une famille anglaise récemment arrivée à Paris, et composée de neuf individus : tous furent atteints successivement de l'angine couenneuse simple dans l'ordre suivant (1) :

Une jeune fille de 22 ans;
Une de ses sœurs, dont l'âge n'est pas indiqué;
Une deuxième sœur, de 20 ans;
Une troisième, de 13 ans;

(1) Bricheteau. *Précis analytique*, page 300.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Appréciation générale de l'ouvrage d'Arétée et jugement sur l'auteur. — Analyse détaillée de l'ouvrage. Description des maladies : du choléra, de l'hystérie, du satyriasis et de la folie; fréquence et gravité de ces affections. — Le monde romain au temps d'Arétée : Messaline. — Description de la phthisie pulmonaire, de l'ictère; Arétée, Cælius Aurelianus et Broussais. Du diabète, des pertes séminales; Arétée et M. Lallemand. — Détails curieux sur les affections de l'estomac. Du rhumatisme articulaire; Arétée et M. Bouillaud. De la cachexie essentielle; l'humorisme d'Arétée comparé à l'humorisme contemporain. — Pratique d'Arétée.

XXIV.

Histoire de l'école pneumatique (suite). — *Analyse de l'ouvrage d'Arétée.*

(Suite. — Voir le numéro du 24 Septembre.)

La description de l'asthme fournit encore à l'auteur l'occasion d'une belle peinture, d'un beau tableau. Ajoutez-y les signes donnés par la percussion et par l'auscultation, et vous aurez une histoire à peu près complète de cette maladie, qui, commençant par des congestions bronchiques répétées et par un trouble nerveux, aboutit à l'emphysème pulmonaire. Arétée achève par ce trait frappant de vérité : Lorsque, dit-il, dans le cours de la maladie, *le cœur vient à se prendre*, la mort est prochaine.

Dans l'histoire de l'hépatite chronique, Arétée en distingue deux sortes : l'une avec suppuration, l'autre sans suppuration. Dans le premier cas, tantôt le pus s'accumule dans le foie, et produit la consomption; tantôt il est évacué au dehors par les seuls efforts de la nature. L'auteur énumère avec exactitude les divers points par lesquels les abcès du foie peuvent se faire jour à l'extérieur. Il conseille d'ouvrir avec le fer rouge ces collections purulentes, lorsqu'elles sont superficielles et saillantes sous la paroi abdominale. Dans l'hépatite chronique sans suppuration, le foie, suivant Arétée, devient souvent dur, *squirrheux*. Le mot squirrhe est pris ici non pas dans le sens du cancer, mais comme synonyme d'induration. L'hydropisie ascite, ajoute l'auteur, est la conséquence de cette induration.

Comparant la rate au foie, sous le double point de vue de la suppuration et de l'induration, Arétée fait observer que la suppuration est moins fréquente, et l'induration plus commune dans la rate que dans le foie. Il déclare avoir observé quelques cas d'abcès de la rate, qui rappelaient, par leurs symptômes, les principaux caractères de la phthisie; M. Andral cite, à ce propos, le fait d'une femme morte, à la Pitié, avec tous les signes rationnels de la tuberculisation, et chez laquelle l'autopsie démontra l'absence complète des tubercules; mais la rate était transformée tout entière en un vaste foyer purulent! Arétée fait observer, avec justesse, que les maladies de la rate ne se rencontrent guère que dans les pays marécageux.

L'*ictère* est, pour Arétée, le résultat de l'oblitération des conduits biliaires, due à une inflammation dont le point de départ est dans l'estomac ou l'intestin. Or, Broussais regardait l'ictère comme le produit d'une duodénite ou d'une gastro-duodénite; il est curieux de trouver, dans l'ouvrage d'un vieux pneumatiste, cette idée émise par le chef illustre de l'école physiologique! Cælius Aurelianus avait donné de l'ictère une théorie dont les allures modernes méritent d'attirer maintenant l'attention. Lorsque l'estomac souffre, disait-il, les alimens mal élaborés, arrivés au foie, ne se divisent pas, comme d'ordinaire, en deux parties destinées : l'une à former le sang, l'autre à former la bile; les *matériaux de la bile ne se séparent plus de ceux du sang, et mêlés et confondus avec ces derniers, ils se répandent dans tout le corps.*

De l'histoire de l'hydropisie, nous n'extrairons que la phrase suivante, qui est l'expression de l'opinion d'Arétée, touchant la gravité du pronostic de la maladie : *Ab hydrope perpauci liberantur, idque felicitate quâdam, ac deorum potiùs quam artis auxilio* (*contingit*).

C'est dans l'ouvrage d'Arétée que l'on peut lire la première description du diabète. A l'exemple de Démétrius (d'Apamée), il considère cette maladie comme le résultat du passage de la *substance du corps* dans l'urine. Il ne manque à cette définition, pour être complètement exacte, que de préciser la nature de cette *substance du corps* qui passe dans les urines. Substituez à cette expression vraie, mais trop vague et trop générale, le mot *glucose*, plus précis et plus déterminé, la définition devient alors irréprochable.

Nous devons à Arétée un tableau remarquable des accidens produits par la *gonorrhée*, ou écoulement de fluide séminal. C'est l'ébauche, ou plutôt la miniature des descriptions tracées par les auteurs modernes, et en particulier par Wichman et M. Lallemand. L'auteur indique d'abord clairement la cause de la maladie, la perte involontaire de la semence, puis il en décrit les symptômes. L'influence de ces pertes sur la santé générale, leur retentissement sur les diverses fonctions de la vie organique et de la vie de relation qui, graduellement, se troublent et s'affaiblissent; L'hypocondrie, la mélancolie, la faiblesse extrême, le marasme, qui en sont la suite; la paraplégie, la dyspepsie, l'exagération de la sensibilité, les douleurs névralgiques qui naissent de toutes parts et augmentent avec la durée de l'écoulement; rien ne manque à cette monographie remarquable; aucun trait principal de la maladie n'échappe au pinceau brillant et fidèle d'Arétée. Du reste, l'observation des pertes séminales remonte à l'antiquité la plus reculée, puisque nous en avons trouvé la description dans la collection des œuvres hippocratiques.

Pour comprendre ce qu'Arétée dit des affections de l'estomac, une petite explication préliminaire est indispensable. De son temps, le mot estomac était synonyme de cardia. L'estomac était l'ouverture supérieure de cette large poche que les Grecs nommaient *gaster*, et les latins *ventricule*. On distinguait les affections du gaster ou ventricule de celles de l'estomac (cardia). On attribuait aux altérations de l'orifice cardiaque un grand nombre de phénomènes morbides; c'est là qu'on plaçait le siége de la douleur dans les *gastralgies*. Ne doit-on voir, dans cette opinion des anciens, qu'une assertion erronée, qu'une hypothèse sans fondemens? Songez au remarquable réseau de filets

Un jeune homme, de 18 ans;
Une femme de chambre, de 27 ans;
Un domestique, de 38 ans;
Le père et la mère, de 45 à 50 ans.

Tous les traités sur l'angine maligne renferment des faits de ce genre, et l'observation de tous les jours confirme que l'angine maligne attaque indistinctement tous les individus, quel que soit leur âge.

Le croup commence, le plus souvent, par le catarrhe trachéal ou bronchique; les enfans toussent, on y fait peu d'attention, et ce n'est que lorsque survient le premier accès de suffocation que l'on appelle le médecin. Jusqu'alors l'enfant paraissait bien portant, il avait continué ses jeux, et, chose importante à noter malgré tout ce qu'on a pu dire, il ne s'était plaint d'aucune gêne dans la déglutition; ce symptôme, auquel les médecins qui ont confondu l'angine gangréneuse avec le croup ont attaché une grande valeur et qui sert, selon eux, à diagnostiquer d'avance l'invasion de cette dernière maladie, n'existe pas. Voici, du reste, comment M. Bricheteau s'exprime à cet égard : « Le croup, à son tour, n'offre point cette gêne de la déglutition, symptôme capital et caractéristique des angines (1). » Il est difficile d'être plus explicite.

Pendant l'accès, on observe les phénomènes de l'asphyxie déterminée par un obstacle qui empêche l'air de pénétrer dans la poitrine, et qui paraît placé à l'ouverture de la glotte.

L'enfant meurt quelquefois pendant un premier accès de suffocation; mais, le plus souvent, les accidens se calment, et le malade peut prendre du repos; quelques-uns même peuvent reprendre leurs jeux, tant la rémission est complète; mais bientôt de nouveaux accès, de plus en plus violens et rapprochés, viennent terminer la vie des malheureux enfans. Ces intermittences, dont je ne parle que pour en constater l'existence, ne sont pas propres au croup, mais à la majeure partie des maladies du larynx. Cependant, il est une autre espèce de rémission qui est propre au croup, c'est celle qui survient après le rejet des fausses membranes tubulées ou non tubulées; car, lorsque le croup se prolonge, il vient un moment où les malades rejettent, comme par une espèce de vomissement, des débris de fausses membranes mêlés à des crachats presque purulens. Ces fausses membranes sont très reconnaissables lorsqu'on lave cette déjection dans l'eau. Dans ce cas sur lequel on élevait des doutes, parce que la maladie datait de dix-huit jours, M. Lassaigue, professeur de chimie à l'École d'Alfort, a bien voulu analyser les matières rejetées par un enfant de 3 ans, et il a trouvé la fibro-albumine des fausses membranes. Cette amélioration est ordinairement de courte durée, et n'empêche pas les enfans de succomber.

L'engorgement des ganglions sous-maxillaires n'existe que très rarement dans le croup. M. A. Vauthier n'a pu le constater qu'une fois sur 37 cas à l'hôpital des Enfans de Paris.

Pendant les premiers accès de suffocation, la face et le cou deviennent turgescens et se colorent d'un rouge bleuâtre. Mais tous ces accidens se dissipent après; il ne reste qu'une légère bouffissure du pourtour des yeux avec injection passagère de la conjonctive. Lorsque la maladie se prolonge, la face s'amaigrit, devient cadavérique, et on voit, à travers le cou et les épaules, les efforts violens des muscles inspirateurs, et les malades meurent, par asphyxie lente, sans présenter l'agitation et la terreur que l'on remarque pendant les premiers accès.

(1) Bricheteau. *Précis analytique du croup*, page 334.

Dans l'angine gangréneuse, ce que l'on observe d'abord, c'est un grand abattement et des phénomènes fébriles en rapport avec la gravité de la maladie. La déglutition devient de plus en plus pénible; la voix est nasonnée, des plaques blanches apparaissent sur les côtés des amygdales et s'étendent ensuite, de proche en proche, sur le voile du palais, les fosses nasales, le pharynx, le long de l'œsophage, le larynx et la trachée; les plaques gangréneuses suivent la marche indiquée plus haut; pendant ce temps, les ganglions sous-maxillaires se sont engorgés, le cou est devenu œdémateux comme les parties qui environnent les inflammations de mauvaise nature; les fosses nasales ne laissent plus passer l'air, les malades respirent la bouche ouverte, ils sont profondément affaissés et affaiblis, la mort survient quelquefois sans que la maladie se soit propagée au larynx. Lorsque la fausse membrane envahit le larynx surviennent ce que M. Bretonneau appelle les phénomènes du croup, les malades n'ont plus longtemps à vivre, ils succombent souvent deux heures après, sans présenter cette lutte que l'on remarque dans les suffocations du croup.

C'est dans de pareilles circonstances qu'on a osé pratiquer la trachéotomie, cette dernière ressource du croup!

La séparation du croup de l'angine gangréneuse est, dans ce moment, de toute évidence; l'angine diphthérique, telle que l'a conçue M. Bretonneau, n'existe pas, c'est une gangrène superficielle et la diphthérite générale est une diathèse gangréneuse. Il le reconnaît lui-même, car, dans plusieurs endroits de son ouvrage, il parle de gangrène; ainsi, à la page 384, épidémie de Chenusson, il dit de deux enfans, « chez l'un et » chez l'autre la plaie d'un vésicatoire s'étant gangrenée.... » Plus loin, à la page 420, « il est indubitable que le tissu mu- » queux est complètement *sphacélé; la gangrène n'est circons-* » *crite nulle part.* » Le doute n'est plus permis, il faut se rendre à l'évidence.

Le croup est connu de tous les médecins, le plus humble praticien de village en a observé quelques cas, tous le craignent comme une maladie des plus redoutables; lorsqu'il est confirmé il est aisé à diagnostiquer, et si on le confond souvent avec la laryngite simple, ce n'est pas un grand inconvénient, puisque le traitement de cette maladie est absolument le même que celui du croup, mais elle est très rarement mortelle; on peut donc, sans danger, se donner la petite satisfaction de croire qu'on a guéri des cas de croup.

La confusion du croup avec l'angine gangréneuse, a empêché toute espèce de progrès depuis trente ans; les statistiques, ce mirage scientifique, sont remplies de contradictions. Le traitement ne repose sur aucune base arrêtée ou flotte entre les vomitifs et les cautérisations; quelques-uns, même, adoptent un *mezzo termine* en associant les purgatifs avec les légers cathétériques, l'alun au calomel par exemple. On ne peut pas établir s'il est épidémique et contagieux; une foule de questions sont encore à éclaircir. En adoptant la distinction que je cherche à faire prévaloir, on pourra s'assurer, par l'observation, que le croup n'est pas aussi commun qu'on le croit, qu'il faut des conditions d'âge pour qu'il se développe, que très rarement il enlève deux enfans dans la même famille, qu'il n'est nullement contagieux, tandis que l'angine gangréneuse l'est au suprême degré, que bien des médecins l'ont contractée en donnant des soins à des malades, et que quelques-uns, même, ont succombé ainsi que cela est arrivé au malheureux fils de M. Blache.

Le caractère épidémique du croup est fort douteux; dans les grandes villes, on voit bien des cas de croup se développer en même temps dans certains quartiers; mais dans la province on ne voit que des cas isolés et de loin en loin. Toutes ces questions demandent de nouvelles études, elles ne peuvent pas être résolues avec les théories qui règnent en ce moment sur le croup et dans les traités généraux de pathologie le plus récemment publiés; il est impossible de se reconnaître dans le dédale des articles concernant le croup, l'angine gangréneuse et les diverses espèces de stomatites.

Le mot croup désigne un état morbide tellement complexe et obscurci par les auteurs qui ont écrit depuis trente ans, soit des traités généraux, soit dans les dictionnaires de médecine, qu'il est bien difficile aux élèves et aux médecins qui n'ont étudié cette maladie que sur leurs livres, de s'en faire une idée exacte. Ceux qui ont écrit des monographies ont cherché à décrire cette maladie avec plus d'exactitude, et ont protesté contre les erreurs introduites dans cette partie de la science, tout en conservant les idées puisées dans leurs lectures habituelles; cela parce que les mots croup, fausses membranes, exsudations couenneuses, n'étaient pas parfaitement définis, et que l'on a confondu les productions morbides du croup avec d'autres lésions de tissus.

En médecine comme dans les sciences d'observation, on doit se servir d'une langue qui n'emploie que des termes précis et non équivoques; sans cette condition il est impossible de s'entendre et de se faire une idée nette des objets que les mots doivent représenter: cela n'est pas toujours facile, mais on doit tenter de nouveaux efforts pour approcher de cette perfection de langage qui, d'après un illustre auteur de philosophie, est un indice de la perfection de la science.

Les *fausses membranes* sont des productions accidentelles qui se forment dans quelques tissus de l'économie animale, et qui s'ajoutent à ceux qui existent normalement. Les modifications que ces formations nouvelles introduisent dans ces derniers, ne vont jamais jusqu'à les détruire; dans quelques cas, même, ils se trouvent intacts sous la nouvelle couche qui les recouvre. Souvent les fausses membranes s'organisent, vivent de la vie commune, et deviennent des brides et des adhérences qui lient divers organes entre eux.

Dans le croup il n'y a pas de fausses membranes proprement dites, c'est une exsudation membraniforme qui est un vrai produit de sécrétion de la membrane muqueuse! En effet, cette membrane est un organe composé d'élémens divers, selon les fonctions qui lui sont dévolues; et, comme l'a fort bien remarqué M. Guersant père, les exsudations du croup ne se détachent que lorsque la membrane muqueuse sécrète au-dessous d'elles un surcroît de mucosités. Ainsi le mot *exsudations membraniformes* me paraît devoir être employé pour désigner les fausses membranes du croup.

La diphthérite entraîne la destruction des tissus qu'elle envahit; cela est vrai pour la diphthérite de l'arrière-bouche et du larynx, comme pour la diphthérite générale, maladie décrite par MM. Bretonneau et Trousseau. Pour la diphthérite de l'arrière-bouche et du larynx, cela a été discuté plus haut; seulement il n'a pas été répondu à une objection qui paraît avoir quelque importance. M. Bretonneau a invoqué l'absence des cicatrices pour nier la nature gangréneuse de la diphthérite. Il est fort difficile, pour ne pas dire impossible, de retrouver la trace des cicatrices sur les membranes muqueuses; car « il se forme promptement, et avec tous les caractères de » l'ancienne membrane, une membrane nouvelle dans les en-

---

nerveux qui se déploie autour du cardia, à ce plexus considérable provenant du nerf pneumo-gastrique qui enlace le contour de cet orifice, et vous serez moins surpris du rôle important que les anciens lui faisaient jouer, comme siége des affections nerveuses de l'estomac, et de l'influence qu'ils lui attribuaient sur le moral de l'homme. « Le cardia, s'écrie Arétée, est le foyer d'où rayonne la joie et d'où émane la tristesse. » Le défaut d'exercice, la vie sédentaire et contemplative, cette vie tout intellectuelle et immatérielle, pour ainsi dire, qui engendre la dyspepsie, paraissent à ce médecin, la principale cause des maladies de l'estomac.

Après une belle description de la dyssenterie et quelques détails sur les maladies de la matrice, Arétée passe à l'histoire du rhumatisme articulaire.

Sous la dénomination générale d'*arthrite*, il englobe les deux affections que l'on a séparées dans la suite, en les désignant par les noms particuliers de rhumatisme et de goutte. Il ne fait aucune distinction entre ces deux maladies. Il montre l'arthrite envahissant les articulations, grandes et petites, celles des membres, celles des vertèbres, et jusqu'aux sutures de la boite crânienne; produisant les tumeurs articulaires, les tophus, etc.; condamnant, enfin, par son passage à l'état chronique, les malheureux malades à une immobilité absolue et indéfinie. Parmi les accidens graves qui peuvent se produire à la suite de l'arthrite, l'auteur signale l'asthme et l'hydropisie. Arrêtons-nous un instant sur cette phrase, car elle vaut la peine d'être méditée. Il y a vingt-cinq ans, dit M. Andral, un professeur exposant du haut de cette chaire l'analyse de l'ouvrage d'Arétée, aurait dit sans doute, en critiquant ce passage: « C'est là une assertion légère, de semblables terminaisons ne se voient plus aujourd'hui dans l'arthrite. » Pour nous, éclairés par de récens travaux, nous disons que cela se voit très souvent à une certaine période du rhumatisme articulaire. Lorsque, dans sa marche envahissante, la maladie s'est attaquée à la membrane interne du cœur, au bout d'un certain temps, il se produit d'abord une variété d'*asthme* symptomatique d'une altération organique du centre circulatoire, et puis l'hydropisie apparaît. Arétée, en signalant l'asthme et l'hydropisie comme terminaisons de l'arthrite, avait donc mieux observé que les médecins d'il y a vingt-cinq ans; seulement, fermant les yeux sur les phénomènes inconnus de son temps, qui se passent du côté du cœur, dans le cours du rhumatisme articulaire, il ne voit que les résultats bruts de ces phénomènes, n'apercevant pas le fait intermédiaire, c'est-à-dire la lésion du cœur, qui se place entre le rhumatisme, dont elle est un effet, et l'asthme et l'hydropisie, dont elle est la cause prochaine. C'est ainsi qu'Arétée avait entrevu, sans pouvoir l'expliquer, le mystère de cette relation intime de l'*asthme* (maladie du cœur) et de l'hydropisie avec le rhumatisme, mystère dévoilé enfin, dans ces derniers temps, par la belle découverte qui doit immortaliser le nom de M. le professeur Bouillaud.

Voilà comment la science moderne donne la main à la science antique, comment le présent de la médecine éclaire son passé, comment, enfin, se comblent peu à peu, par le lent et pénible labeur des siècles, les vides laissés dans le vaste champ de la science.

Arétée avait composé (c'est lui qui nous l'apprend dans sa préface), un traité spécial, malheureusement perdu, sur les fièvres intermittentes; c'est ce qui explique pourquoi il ne parle pas de ces fièvres dans son grand ouvrage de pathologie.

A propos de la *cachexie*, ce médecin a émis des idées qui ont de nombreux points de contact avec l'humorisme moderne. L'état cachectique, suivant lui, est le résultat commun d'un grand nombre de maladies de longue durée. Pénétrant plus avant, Arétée ajoute qu'il existe des cas dans lesquels, sans qu'aucun organe soit altéré dans sa texture et ses fonctions, la cachexie éclate. Il y a des circonstances, dit-il, où, alors que tout est normal dans les solides, certains individus tombent dans un état de dépérissement, de cachexie toute spéciale, sans lésion des solides, en un mot dans une cachexie *essentielle*. Cette cachexie est le produit d'un vice survenu soit dans la composition des sucs ou humeurs, soit dans leur distribution. Le sang est de mauvaise qualité, on peut saisir une altération évidente dans sa couleur; manifestement, il n'est plus dans son état normal. Alors les diverses fonctions se troublent: les digestions sont mauvaises, la respiration imparfaite, les sécrétions vicieuses, la nutrition languissante; ainsi se produit la cachexie essentielle, indépendante de toute altération des solides. Est-ce là de l'*ontologie*, comme eût dit, il y a vingt-cinq ans, un broussaisien? Non, c'est du réalisme, c'est de l'humorisme tout à fait semblable à celui qu'a régénéré la science contemporaine.

Pratique d'Arétée. — Séparé de ses contemporains par les doctrines, Arétée s'en rapprochait par la pratique. Il saignait largement dans des affections très diverses et surtout dans l'épilepsie, le vomissement de sang, le causus, sorte de fièvre typhoïde. Sur ce dernier point, il était combattu par la majorité des médecins, qui rejetaient les émissions sanguines comme dangereuses dans les pyrexies. — Il faisait aussi un grand usage des vomitifs et des purgatifs. Il paraît être un de ceux qui ont introduit, en thérapeutique, le vésicatoire aux cantharides.

Il avait la plus grande confiance dans les narcotiques, et employait journellement l'opium dont il parle sans cesse dans ses livres. Cette dévotion aux narcotiques, partagée par tous les médecins pneumatistes, leur était inspirée par leurs idées sur l'influence du pneuma, agent irritable qu'il fallait très souvent calmer et apaiser. C'est ainsi qu'en usent, de nos jours, les médecins qui font jouer au système nerveux un rôle important dans la production des maladies. Arétée a montré l'exemple aux partisans de l'administration des narcotiques dans les maladies aiguës compliquées de délire, car, dans ces cas, et en particulier dans la pneumonie aiguë avec délire, il n'hésitait pas à recourir à l'opium. Il recommandait cependant aux médecins une grande circonspection à l'endroit de ce médicament; la raison qu'il leur en donnait est curieuse et mérite d'être rapportée. Si vous employez, disait-il, cet agent contre lequel de grands préjugés règnent parmi les gens du monde, et que vous veniez à perdre votre malade, vous courez grand risque que l'on ne vous accuse de l'avoir tué.

Ici se termine l'école pneumatique.

(La suite du cours prochainement.)

On écrit de Berlin, 15 septembre :

« M. le baron Alexandre de Humboldt a célébré hier le 85e anniversaire de sa naissance, au milieu d'un petit cercle d'amis, dans sa propriété à Regel. »

» droits détruits. (1) » J'ai moi-même examiné et fait examiner avec beaucoup d'attention, plusieurs élèves de l'École d'Alfort auxquels j'avais extirpé les amygdales depuis longtemps, et je n'ai pas trouvé de cicatrices : si, d'un autre côté, on observe après la guérison des adhérences normales ou des brides dans les parties qui ont été malades, ce n'est pas sur l'organisation de la fausse membrane comme pour la plèvre, etc., mais après la séparation des escarres comme dans toutes les gangrènes et les brûlures.

Les auteurs qui ont admis la diphthérite comme une maladie particulière et distincte de toutes les autres, ont dit que cette maladie avait un siége d'élection qui était l'arrière-bouche, le pharynx et le larynx ; mais que souvent elle devenait générale et se développait sur les divers points de l'enveloppe cutanée. M. Bretonneau en fait mention dans divers passages de son livre des inflammations spéciales, et M. Trousseau a publié un mémoire sur cette dernière maladie, inséré dans le tome 23 du journal les *Archives générales de médecine*, pages 383 et suivantes, et intitulé : *De la diphthérie cutanée.*

Les faits recueillis dans ce mémoire ont été observés en Sologne, dans un voyage fait dans cette province par MM. Trousseau et Ramon pendant l'été de 1828; ce pays était alors désolé par une épidémie d'angines gangréneuses.

Le travail de M. Trousseau ayant servi de point de départ pour tout ce qui a été écrit depuis sur cette maladie, il faudra examiner si elle est, en effet, une inflammation couenneuse ou une vraie gangrène.

(La fin à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DU SULFATE DE QUININE DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

Brest, 19 Septembre 1853.

Mon cher confrère et ami,

Je vous prie, au nom de la science et de l'humanité, d'accueillir les lignes suivantes et de les consigner dans l'un des prochains numéros de votre précieux journal. A l'occasion du sulfate de quinine, administré dès le début de la fièvre typhoïde dans sa *première période*, l'Académie de médecine n'a encore rien jugé ; M. le docteur Desvouves demeure en instance de répéter ses preuves à l'endroit du sulfate de quinine, qu'il appelle le spécifique de la fièvre typhoïde. Pourquoi faut-il qu'il n'étaye son dire que sur quatre cas de succès!

Depuis douze ans, soit à Cherbourg, soit à Toulon, soit en dernier lieu à Brest, j'emploie le sulfate de quinine dans plusieurs espèces de de fièvres graves et en particulier dans la fièvre typhoïde, si commune parmi notre jeune population maritime. Il résulte de nos observations cliniques, que le sel de quinquina, administré d'une certaine manière, à laquelle nous sommes arrivés par voie de comparaison avec des cas pareils, traités différemment, fonde la base d'un traitement sûr et prompt ; que n'osant, par entente absolue d'un mot, l'appeler spécifique, nous lui conservons celui de traitement spécial de la fièvre typhoïde.

Ce traitement consiste tout d'abord dans l'administration de l'ipéca, suivi de l'injection de douze ou quinze verres d'eau tiède. La perturbation générale autant que les évacuations, paraissent concourir à l'effet prompt de l'alcaloïde.

Cinq ou six heures après, j'administre le sel de quinine à la dose de 75 centig. à 1 gramme, suivant l'état du sujet et l'acuité des symptômes, et je répète la même dose six heures plus tard. Une dose plus élevée convient à des symptômes reconnus extrêmes. Dès le lendemain le le mieux est sensible ; ce traitement, continué pendant quatre ou cinq jours, amène la résolution de tous les fâcheux symptômes, il est infiniment rare que le malade n'entre en convalescence du cinquième au septième jour.

Dans le contenu d'une simple lettre, il m'est impossible d'exposer toute une théorie clinique relative à ce mode de traitement ; nous l'avons adopté, après nous être convaincus, par expérience, qu'il est préférable à tous ceux préconisés jusqu'ici. Je vous ferai parvenir, sous peu de jours, un travail étendu sur ce mode de médication *quasi*-spécifique de la fièvre typhoïde.

Cette lettre n'étant que l'annonce des pièces probantes d'un fait éminent, je prie nos lecteurs et confrères de l'UNION MÉDICALE, de suspendre leur jugement sur cette matière, jusqu'après la lecture de mon travail.

Agréez, etc.

H. LAUVERGNE,
Professeur de clinique et 1er médecin en chef de la marine à Brest.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 Septembre 1853. — Présidence de M. NACQUART.

La correspondance officielle comprend :

1° Un rapport de M. le docteur ANDRIOT, médecin des épidémies pour le canton de Fontaine-Française, sur une épidémie de fièvre muqueuse qui a régné dans la commune de Saint-Maurice-sur-Vingeaune (Côte-d'Or).

2° Un rapport de M. le docteur MAMELET, médecin à Bulgnéville (Vosges), sur une épidémie de fièvre gastro-entérite qui a éclaté dans cette commune.

3° Un rapport de M. le docteur BORET, médecin cantonal, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Ormoy (Haute-Saône).

4° Une lettre du ministre du commerce, qui informe l'Académie que l'enquête à laquelle il a fait procéder sur les documens relatifs au choléra de 1849, n'a pas donné les résultats qu'on en attendait. Il prie l'Académie de vouloir bien se mettre en mesure de lui adresser prochainement son rapport.

La correspondance manuscrite comprend :

5° La lettre suivante de M. MAISONNEUVE, dont M. le Secrétaire donne lecture :

« A l'occasion du mémoire que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie, sur la gangrène foudroyante, avec développement et circulation de gaz putrides dans les veines, M. Chassaignac a cru devoir rappeler ses travaux sur la gangrène traumatique. D'après la forme de cette communication, on pourrait croire que M. Chassaignac a eu l'intention d'élever une réclamation de priorité sur le fait capital qui sert de base à mon travail, je crois donc convenable de rappeler le fait d'une manière précise. Il consiste en ceci, que dans une certaine forme de gangrène bien connue des chirurgiens, et que je désigne sous le nom de gangrène foudroyante, *des gaz putrides se développent spontanément dans les veines et circulent avec le sang pendant la vie des malades!*

» Or, je crois pouvoir affirmer qu'aucun écrit de mon honorable confrère ne contient la moindre indication de ce fait. »

6° Deux lettres de M. THOMAS : l'une, à la date du 20 septembre, est écrite d'Amsterdam ; et la seconde, du 23, de Bruxelles.

La première lettre de M. Thomas est accompagnée d'une lettre de M. Vrolik, secrétaire de l'Académie des sciences de Hollande, qui fait connaître l'ensemble des mesures adoptées en Hollande, d'après l'avis d'une commission dont il fait partie.

Dans la seconde lettre, datée de Bruxelles, M. Thomas donne les renseignemens suivans : Le choléra a commencé à Rotterdam le 23 août, où l'on observa quelques cas, allant en augmentant peu à peu jusque dans les premiers jours de septembre, et qui, à dater du 8, devinrent tellement nombreux (29 dans la journée), qu'on considéra, dès lors, la maladie comme épidémique. L'hôpital de Rotterdam a reçu depuis l'invasion, jusqu'au 21 septembre, 128 individus, dont 77 sont morts ; 19 seulement ont guéri, et 22 restaient en traitement. Dans la ville, il y a eu, depuis le 23 août, 750 sujets atteints en tout jusqu'à la même date (le 21 septembre), dont 462 sont morts, 126 ont guéri, et 162 étaient encore malades.

7° Une note de M. COURTY, sur un cas d'absence complète du vagin, de l'utérus, des trompes et des ovaires, chez une femme dont la vulve et les mamelles étaient bien conformées, dont la relation est suivie de réflexions sur l'absence ou l'arrêt de développement des diverses parties de l'appareil génital chez la femme, et de considérations générales sur les lois de la tératologie.

8° Une note de M. BARRIER, de Celles, sur l'emploi des eaux minérales de cette localité, dans le traitement des scrofules et du cancer.

9° M. MATHIEU présente à l'Académie deux instrumens construits par lui, d'après les idées qui lui ont été apportées de St-Louis-Missouri, par M. le docteur Cooper, qui était chargé, par M. Thomson, de le faire exécuter ; c'est un nouveau perfectionnement apporté à la réunion immédiate des plaies.

1° L'un de ces instrumens, fig. *B*, consiste en un petit cadre d'argent, rectangulaire, offrant à chacun de ses angles un petit prolongement recourbé ; chacune des branches latérales du cadre est creusée de deux rainures où se meuvent deux tiges transversales parallèles, armées chacune de trois dents courbes, et présentant également à leurs bouts deux petits prolongemens recourbés. Ces tiges sont les *porte-griffes*, dont quatre anneaux de caoutchouc vulcanisé relient les extrémités crochues et celles du cadre lui-même.

Grâce à l'élasticité de ces anneaux rétractiles, lorsque les porte-griffes viennent à être *écartés* l'un de l'autre et qu'ensuite on les abandonne à eux-mêmes, ils se rapprochent énergiquement, et les dents qui les garnissent tendent à se toucher.

Pour opérer cet écartement, on se sert du petit appareil qui se compose d'un manche presque vertical, d'un tube auquel fait suite un crochet fixe et qui loge, dans son intérieur, une tige mobile. Celle-ci se termine, d'un côté, par un crochet que nous appelons *mobile*, et dont la concavité est dirigée en sens inverse du précédent ; de l'autre côté, la tige se recourbe pour former une clé en forme de détente *C*.

Veut-on réunir les bords de la plaie ; on commence par écarter les deux porte-griffes en faisant agir l'appareil dont nous venons de donner la description.

Pour cela, on place le crochet fixe au-devant du porte-griffe postérieur, et le crochet mobile derrière le porte-griffe antérieur ; puis on tire à soi la clé *C*, les deux tiges dentées reculent vers les branches du cadre. Il suffit alors de dégager les deux crochets pour que la griffe demeure solidement fixée en place.

S'agit-il de l'enlever, on opère de nouveau et de la même manière l'écartement des deux tiges dentées qui lâchent prise aussitôt.

2° Le second instrument, fig. *A*, modification du précédent, est une *double griffe croisée*. Ici chacune des branches dentées a, pour support, deux petites tiges articulées avec celle du côté opposé, terminées au-delà de leur croisement, par deux extrémités recourbées en demi-anneaux qui reçoivent les ligatures de caoutchouc vulcanisé. D'ailleurs, l'application et l'ablation de ce petit instrument se font de la même manière que pour le précédent.

Il suffit d'avoir manié une fois ces petits appareils pour se convaincre, mieux que par les descriptions les plus détaillées, de l'extrême simplicité de leur mécanisme. Ils paraissent appelés à rendre de véritables services aux praticiens dans tous les cas où il s'agit de réunir les bords d'une solution de continuité avec écartement, perte de substance, etc.; ainsi, après l'opération du bec-de-lièvre, après les amputations de la mamelle, et notamment dans les cas de fistules vésico et recto-vaginales.

Ils offrent sur les serres-fines ce double avantage, de saisir très largement les lèvres de la plaie et d'en affronter les *bords* avec une exactitude parfaite.

La figure *B* est une modification du docteur Cooper.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie qu'elle vient de perdre un de ses membres, M. Cornac.

— M. le professeur J. CLOQUET communique à l'Académie les passages suivans de deux lettres qu'il a reçues de M. le docteur Ernest Cloquet, médecin du shah de Perse, et membre correspondant de l'Académie.

De ces deux lettres, l'une est datée du 24 juin, et l'autre du 3 août 1853 ; mais la difficulté des communications a fait qu'elles ont été reçues en même temps toutes deux.

PREMIÈRE LETTRE. — Le choléra s'est déclaré à Téhéran vers le commencement d'avril ; contre tous les précédens, il nous est arrivé cette fois par le nord. Cette épidémie a pris naissance à Basrah en 1851 ; elle a remonté le Tigre jusqu'à Bagdad ; de là, par le Kurdistan et les provinces d'Ourmiagh et de Khoï, elle a marché sur Tabriz (1852). De Tabriz elle s'est rabattue, d'une part, sur les provinces limitrophes de la mer Caspienne, le Guilau et le Mazeuderan ; de l'autre, sur la ville de Cashin, et de celle-ci sur Téhéran, d'où elle a commencé à rayonner vers le midi (Koum et Kachan), et vers l'est (le Khorassan). La température du printemps a été remarquablement froide et humide, les vents soufflant du sud-ouest au nord-ouest. La maladie a régné à Téhéran pendant les mois d'avril, de mai et la première moitié de juin ; sur une population réduite par l'émigration à 30 ou 40,000 âmes, elle a enlevé, en moyenne, 45 personnes par jour. Elle n'a pas encore totalement cessé, car il meurt encore chaque jour une dizaine de malades environ.

La médecine a joué son rôle ordinaire ; elle a eu, par les traitemens les plus divers, de nombreux succès à enregistrer dans les premiers et les derniers jours de l'épidémie ; mais elle a vu échouer ces mêmes moyens dans la période où l'épidémie avait toute sa force. J'ai eu, pour ma part, à me louer de l'emploi interne de l'huile de naphte, à la dose de 10 à 15 gouttes ; mais je t'écrirai plus longuement à ce sujet.

A Emmamah, malgré l'élévation de ce lieu (7,000 pieds au-dessus de la mer), et le froid qui s'y faisait sentir, puisque la neige y tombait le 20 mai ; la maladie n'a pas cessé de régner pendant tout le temps de l'épidémie ; il est vrai qu'elle offrait peu d'intensité, que les médications avaient prise sur elle, mais enfin elle y régnait.

La pauvre Perse joue de malheur cette année : pendant que le choléra ravage le nord et le centre, un tremblement de terre a renversé complètement la ville de Schiraz ; 10, à 15,000 personnes ont été ensevelis sous les ruines. Des grêlons, d'une grosseur extraordinaire, ont occasionné de grands désastres dans les provinces du Midi.

DEUXIÈME LETTRE (3 août). — L'épidémie a presque totalement cessé à Téhéran, mais elle a continué à ravager le reste de la Perse, en se portant sur les provinces de l'est et du midi ; on dit même qu'elle a dépassé la frontière orientale et qu'elle s'est montrée à Hérat.

On estime que, sur une population de 120,000 âmes, concentrée à Téhéran et dans les environs, elle a enlevé de 15 à 16,000 âmes.

Du reste, l'état sanitaire est loin d'être satisfaisant ici, il y a une grande abondance de diarrhées graves et rebelles, accompagnées de symptômes nerveux qui simulent les symptômes cholériques ; elles ne sont pas mortelles, mais elles amènent une extrême prostration.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Requin pour un rapport.

Traitement du croup.

M. REQUIN, au nom d'une commission composée de MM. Louis, Londe et Requin, rapporteur, lit un rapport officiel sur une note de M. Ledoré, de Brest, concernant le traitement du croup.

Il s'agit d'une note que M. Ledoré a adressée sous forme de pétition à S. M. l'Empereur, pour démontrer la prétendue efficacité d'un nouveau traitement du croup. Ce traitement consiste : 1° à administrer le vinaigre par cuillerée à bouche, en mélange avec une égale quantité d'eau de graine de lin miellée ; 2° à faire des fumigations d'acide acétique, au moyen d'un tuyau de fer blanc ou de quelque autre façon.

M. le rapporteur, analysant cette note avec sa verve spirituelle, fait voir que l'auteur n'a même pas une idée de ce que c'est que le croup. Il propose, en conséquence, au nom de la commission, de répondre :

1° Que la note de M. Ledoré fait paraître une évidente insuffisance d'instruction et d'expérience pour le diagnostic du croup ;

2° Que faute d'un diagnostic authentique et sûr, les deux cas de prétendu croup, dont, sans en décrire aucunement les symptômes, M. Ledoré attribue la guérison à l'emploi de son remède, sont des faits absolument insignifians ;

3° Que, par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à la pétition de M. Ledoré.

La parole est à M. Larrey.

M. LARREY, tout en acceptant d'une manière complète les conclusions du rapport de M. Requin, met en doute l'opportunité et la convenance de ce rapport. Il lui paraît contraire à la dignité de l'Académie de faire un rapport sur une simple note dont le contenu ne mérite, d'ailleurs, aucune attention. Je demande donc, ajoute l'honorable académicien, que la réponse de l'Académie à M. le ministre, qui lui fait l'honneur de la consulter à ce sujet, ne soit pas présentée sous la forme d'un rapport, mais soit formulée plus brièvement et bornée, par exemple, aux conclusions du travail de M. Requin. C'est là, pour l'Académie, dit en terminant M. Larrey, une question de dignité qu'il faut résoudre de manière à ne pas créer de fâcheux précédens, en face de tentatives ultérieures qui pourraient être faites auprès de ce corps savant.

(1) Béclard. *Anatomie générale*, 1852, p. 203.

M. Dubois (d'Amiens) opine pour que le rapport de M. Requin soit adressé à M. le ministre, dans toute son intégralité. On évitera, de la sorte, les reproches que les gens du monde ne manquent pas de faire à l'Académie, en l'accusant de traiter légèrement les travaux, les perfectionnemens ou les découvertes qui, en dehors d'elle, se présentent à sa barre pour y être examinés et jugés.

M. Londe voudrait que la réponse de l'Académie à M. le ministre, sur la note en question, ne prît pas les dimensions et l'importance d'un rapport, mais revêtît la forme brève et concise d'une réponse au sujet d'un remède secret par exemple.

M. Dubois (d'Amiens) ne saurait être de l'avis de M. Londe, et voici pourquoi : Très souvent il lui arrive de recevoir, de plusieurs points à la fois, des réclamations sur la légèreté et le sans façon avec lesquels l'Académie traite des travaux soi-disant importans. Plusieurs fois l'honorable secrétaire perpétuel a été obligé de faire, lui-même, de nouveaux rapports ou d'amplifier les anciens pour satisfaire aux demandes de l'autorité; car, ajoute M. Dubois, il n'en est pas des gens du monde comme de nous, et ce qui, à nos yeux, ne mérite pas l'honneur d'une discussion, est le plus souvent considéré, par eux, comme chose importante et capitale.

M. Larrey : Si je persiste dans mon opinion, ce n'est pas dans une pensée hostile au rapport de M. Requin, dont j'accepte complètement et le fond et la forme; mais c'est par sollicitude pour l'Académie. Si le rapport de M. Requin est intégralement adressé à M. le ministre, il obtiendra, sans doute, de la publicité, et alors, il est à craindre que l'auteur de la pétition ne se livre envers l'Académie à des récriminations désob'igeantes.

M. Jules Guérin : L'honorable préopinant semble craindre, qu'en faisant un rapport sur la note qui lui a été communiquée, l'Academie ait l'air de la prendre au sérieux. Pour moi, je suis mû par des sentimens bien différens, et s'il est un reproche que je crois devoir faire au rapport de M. Requin, c'est celui de n'être pas sérieux. Dans ses relations avec l'autorité, l'Académie ne doit jamais se départir d'une gravité digne. Un travail destiné à servir de réponse à un ministre consultant un corps sérieux comme l'Académie, ne doit pas se présenter avec des allures si légères et un air si dégagé. Dans un travail de ce genre, je voudrais un style moins piquant, et où le trait spirituel et plaisant se fît moins sentir. C'est là une question de sentiment et de goût qui peut être résolue de différentes manières, suivant les goûts et les sentimens de chacun; quant à moi, il me semble convenable à une Académie de se contenir en présence de l'autorité, et de se respecter assez pour ne pas se livrer, dans ses réponses, aux jeux d'esprits et aux traits plaisans.

M. Requin : Je vais tâcher de répondre de mon mieux aux attaques, de différentes natures, qui m'arrivent de divers points de cette enceinte. M. Larrey trouve mauvais que l'on ait fait quelque attention à la pétition de M. Ledoré, et, en effet, je conviens avec lui qu'elle n'en mérite aucune. Mais en en faisant l'objet d'un examen détaillé, j'ai cru remplir un devoir. On m'a chargé d'un rapport officiel, j'ai dû obéir malgré tout le dégoût que m'inspirait une semblable tâche, car elle n'a aucun sens médical, cette note, et il est fort douteux que M. Ledoré soit docteur. Cependant la pétition est communiquée par M. le ministre à l'Académie. Répondre tout simplement qu'elle ne signifie rien, c'est s'exposer aux récriminations. Les gens du monde, les grands, les ministres ne se contentent pas de semblables réponses. Comme ils ne sont pas juges en matière scientifique, ils aiment qu'on leur développe longuement et qu'on leur expose clairement les questions sur lesquelles ils invoquent les lumières des savans. Voilà pourquoi, dirais-je à M. Larrey, j'ai cru devoir faire une réponse détaillée à la demande de M. le ministre. Maintenant il m'arrive d'autres attaques : Votre rapport, me dit-on, manque de gravité, il n'est pas sérieux, il est trop plaisant. Je pourrais répondre à cela que ce n'est pas la forme d'un rapport qu'il faut attaquer, mais bien les conclusions; mais puisqu'on veut engager le combat sur ce terrain, j'accepte. La forme de mon rapport est mauvaise, dites-vous, elle n'est pas convenable parce qu'elle n'est pas sérieuse. Eh ! comment voulez-vous que je garde mon sérieux en présence d'un homme d'une incapacité notoire, d'un homme qui n'est pas médecin (il est impossible que M. Ledoré soit médecin et qui vient discuter gravement sur une des plus importantes questions médicales dont il ne sait pas le premier mot; qui a l'outrecuidance d'appeler sur ses élucubrations l'attention de S. M. l'Empereur ! Est-ce possible ? Oh ! non, et suivant le conseil d'Horace : c'est avec le fouet du ridicule que j'ai voulu flageller des prétentions ridicules. Tout est absurde dans cette note, le fond comme la forme; mais si l'absurdité est évidente pour vous, elle ne l'est pas pour les gens du monde, et j'ai voulu la rendre palpable et manifeste à tous. Depuis longtemps j'avais pris la résolution de ne plus accepter la tâche d'un rapport à faire sur de pareils sujets, et à la manière dont je vois mon travail accueilli par certaines personnes, j'ai tout lieu de me repentir de cette dernière concession.

M. Jules Guérin : Quoique M. le rapporteur ne soit pas un novice, cependant, comme il est nouveau venu à l'Académie, je crois qu'il importe que ses prédécesseurs l'initient à la connaissance des habitudes dont une réunion savante ne doit pas se départir, et de l'esprit qui doit y dominer. L'Académie, un corps scientifique, ne doit pas agir comme un individu en dehors du public; et s'il est permis à un individu de prendre des allures légères, plaisantes, il ne l'est pas à une académie placée en vue du public, et répondant à l'autorité qui la consulte. Par dignité, par convenance, l'Académie doit toujours répondre sérieusement à l'autorité même sur des choses qui ne sont pas sérieuses.

M. Londe demande s'il est d'usage, quand il s'agit de rapports demandés par l'autorité, d'envoyer le rapport entier ou seulement les conclusions.

M. Dubois (d'Amiens) répond qu'ayant depuis longtemps l'habitude de cès envois, lorsqu'il reconnaît, dans un rapport, quelque chose de contraire aux convenances académiques, il a soin de s'entendre avec M. le rapporteur à l'effet d'introduire les modifications nécessaires.

M. Gibert demande à placer une réflexion : On a reproché, dit l'honorable secrétaire annuelle, à M. Requin, la forme vive de son rapport. Comme par caractère et par habitude je me suis mis volontairement sur la conscience un certain nombre de peccadilles semblables, vous voudrez bien me permettre de prendre en main la défense de M. le rapporteur, et de combattre *pro aris et focis*. Sans doute, il ne faut pas exagérer la forme légère et incisive du discours, et donner trop de piquant au sel de la plaisanterie ; mais il ne faut pas non plus vouloir en bannir absolument l'esprit malin et railleur. Une réunion savante ne se déconsidère pas parce qu'elle mêle parfois au ton grave de son langage habituel, quelques notes légères. Revêtir un discours d'une forme spirituelle me paraît sans inconvéniens. Il s'agit d'une pétition absurde, ridicule au suprême degré, et qui prend des airs solennels, qui s'adresse prétentieusement à la majesté souveraine, qui se fait annoncer pompeusement à l'Académie par la voix d'un ministre; pourquoi ne rirait-on pas un peu de ses grands airs fats et prétentieux? Donc, à mon avis, le rapport de M. Requin est on ne peut mieux approprié à la circonstance, et l'Académie ne doit rien perdre de sa considération en faisant à l'autorité, par la bouche de M. le rapporteur, une réponse fine et spirituelle.

M. Requin demande à répondre quelques mots encore à ses contradicteurs. On craint les récriminations de l'auteur envers l'Académie; mais non, ce n'est qu'à M. Requin que s'adresseront les attaques; l'Académie n'est responsable que des conclusions d'un rapport, si elle les adopte. On ne peut faire peser sur elle la responsabilité de la forme de ce rapport. Si je commets des solécismes et des barbarismes, si j'ai l'esprit de travers, si mon style est mauvais, peu convenable, c'est ma faute et nul n'a le droit de faire porter à l'Académie le poids de mes misères. Mais, au reste, en voilà assez sur la forme, elle me préoccupe médiocrement; ce à quoi je tiens avant tout, c'est au fond, c'est à la vérité. Or, nos conclusions sont vraies, je suis prêt à les soutenir envers et contre tous, abandonnant d'ailleurs indifféremment à la louange ou au blâme, la convenance de la forme et les qualités du style.

Après cette courte discussion, les conclusions du rapport de M. Requin sont mises aux voix et adoptées.

Des principes actifs de la valériane et de la belladone dans le traitement de certaines affections convulsives.

M. Michéa lit sous ce titre un mémoire renfermant onze observations d'affections convulsives, dans lesquelles il a employé, avec succès, un composé des deux principes actifs de la valériane et de la belladone, le valérianate d'atropine; sur ces onze observations, six sont relatives à l'épilepsie, les autres à l'hystérie, à la chorée, à l'asthme et à la coqueluche.

Sur les six cas d'épilepsie, le valérianate d'atropine a produit quatre guérisons et deux améliorations. Tous les sujets qui ont guéri se trouvaient dans les conditions suivantes : ils étaient jeunes ou arrivés à peine à l'âge moyen de la vie ; il y avait autant d'adultes que d'enfans. Le début de la maladie remontait à une époque récente ou, du moins, assez peu éloignée ; la maladie était produite par des causes morales; de la frayeur dans trois cas, une vive contrariété dans l'autre. Les attaques n'étaient ni précédées ni suivies d'aucun désordre dans les facultés intellectuelles et morales. Parmi les deux sujets qui ont offert une simple amélioration, l'un était âgé de 50 ans et épileptique depuis sept ans; l'autre avait 67 ans et était épileptique depuis vingt-cinq ans. Chez tous deux, les attaques étaient compliquées de désordre intellectuel (perte de mémoire, incohérence dans les idées, etc., etc.).

Relativement aux cinq autres sujets, les deux femmes hystériques ont guéri; il en est de même de la malade atteinte d'affection choréiforme et de l'enfant atteint de coqueluche. Chez le sujet en proie à l'asthme essentiel, le médicament s'est borné à produire de l'amélioration; au lieu de revenir deux ou trois fois par an, les accès d'asthme ne revenaient qu'une fois.

Le valérianate d'atropine a été administré de deux manières, en globules et en potion. Sous la forme de globules, la dose a varié entre un demi-milligramme et 2 milligrammes par jour. Chez les jeunes sujets, il faut commencer par un demi-milligramme par jour, sans jamais dépasser un milligramme. Chez les adultes, on commence par un milligramme.

Au bout de huit à quinze jours de l'emploi du médicament, on laisse reposer le malade pendant le même nombre de jours, puis on revient à l'usage du valérianate d'atropine, en augmentant la dose d'un milligramme, en tout 2 milligrammes par jour, dose qu'il est prudent de ne jamais franchir; et on continue ainsi le traitement pendant deux, trois, quatre, cinq, six mois et plus.

C'est exclusivement dans le cas de coqueluche que le médicament a été administré en potion. Il a été ingéré à la dose d'un milligramme dans 120 grammes d'infusion de tilleul édulcoré, avec 10 grammes de sirop de Tolu, une cuillerée à café toutes les demi-heures.

Les phénomènes physiologiques produits par le valérianate d'atropine, ne diffèrent en rien de ceux que détermine l'atropine elle-même. Ils consistent dans la dilatation des pupilles, la diplopie, un léger vertige, la sécheresse du gosier. Tous phénomènes qui disparaissent très promptement dès qu'on interrompt l'usage du médicament.

Voici les propositions par lesquelles l'auteur résume son mémoire :

1° Le valérianate d'atropine est un médicament précieux dans plusieurs affections spasmodiques ou convulsives, notamment dans l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, la coqueluche et l'asthme essentiel.

2° Dans l'épilepsie il guérit tous les sujets jeunes, les adultes comme les enfans, dont le début de la maladie est encore récent, et dont les attaques ne sont ni précédées ni suivies de désordre intellectuel. Dans l'épilepsie ancienne et compliquée d'aliénation mentale, il ne guérit pas, mais il améliore toujours l'état des malades; il éloigne les attaques et il en amoindrit la violence.

3° Ce sel est préférable à la valériane et à la belladone; d'une part, parce qu'il n'a pas les inconvéniens de ces plantes dont les extraits alcooliques et les poudres sont très infidèles, et n'exercent quelque action qu'autant qu'ils sont préparés récemment, sans compter l'odeur fétide de la valériane qui la fait rejeter par un grand nombre de malades; et, d'autre part, parce que, comme tous les principes actifs des végétaux, il agit à très faibles doses et toujours de la même manière.

4° La dose de valérianate d'atropine est, au début, chez les adultes, d'un milligramme par jour; au bout d'une semaine, on l'élève à deux milligrammes. Il n'est guère possible de dépasser cette dernière dose sans déterminer une dilatation des pupilles et un trouble de la vision qui gênent ou effraient beaucoup les malades. Chez les enfans, on commence par un demi-milligramme, et il est prudent de ne jamais dépasser un milligramme.

5° Pour obtenir un effet thérapeutique appréciable, il faut prolonger le traitement pendant plusieurs mois, deux, trois, quatre, cinq, en ayant le soin de le suspendre pendant huit jours, de temps à autre. (Comm. MM. Lecanu, Baillarger et Jolly.)

— M. Jobert (de Lamballe) présente à l'Académie un malade auquel il a refait des narines, par sa méthode par ourlets ou renversement.

Le malade dont il s'agit avait été guéri par son savant collègue M. le docteur Ricord, d'une syphilide ulcéreuse qui occupait les joues, le nez les lèvres, et le front.

Lorsque le malade se présenta à l'Hôtel-Dieu, voici dans quel état il se trouvait :

1° Les joues, les lèvres et le front étaient couverts de cicatrices solides et un peu saillantes.

2° Le nez offrait une difformité assez choquante, par suite de la destruction partielle des cartilages du nez. Les narines avaient dû se fermer par l'action contractile incessante du tissu inodulaire pendant la cicatrisation.

En examinant le nez et ses contours, on remarquait une pointe saillante et difforme à la place du lobule du nez; les narines n'existaient plus, et on voyait seulement au centre un pertuis qui faisait communiquer les fosses nasales avec l'extérieur. La cloison de séparation des narines se trouvait donc confondue avec l'aile externe des narines. Lorsque le malade poussait l'air dans les fosses nasales, une légère saillie, résultat du soulèvement des parties molles cicatrisées, indiquait le siége des fosses nasales.

La difformité principale consistait donc, en l'absence du lobule du nez, des narines et de la cloison médiane qui les sépare, puisque ces parties réunies constituaient une difformité dont le malade voulait se débarrasser, et voici comment on s'y prit :

M. Jobert (de Lamballe) enleva avec le bistouri et des pinces à dents tout le tissu cicatriciel qui recouvrait les parties molles des narines jusqu'au sillon naso-labial, et il fit ainsi une plaie qui comprenait les côtés du lobule du nez et les côtés de la cloison des narines. Ce premier temps de l'opération terminé, il plongea le bistouri dans l'épaisseur des parties molles, à gauche et à droite de la cloison des narines. L'air s'échappa par cette ouverture, et à l'aide d'un bistouri boutonné, introduit dans les fosses nasales, il dilata en haut et en bas cette incision verticale qui se termina par deux angles dirigés en dehors. C'est alors que les parties molles représentèrent un véritable lambeau qui put être renversé en dehors, et maintenu à l'aide de la suture entrecoupée et de deux aiguilles enfoncées dans l'épaisseur des parties molles et au niveau des deux angles.

Ce procédé opératoire, qui n'est qu'une application de la méthode par renversement, permettait donc, à la membrane muqueuse, de devenir extérieure, et à la surface saignante qui correspondait à la peau, d'être en contact avec elle-même par suite de sa plicature.

Les surfaces saignantes en contact adhérèrent et les fils purent être enlevés, ainsi que les aiguilles, lorsque l'on pensa que l'adhésion était aussi complète que possible. Il n'est survenu, chez ce malade, aucun accident.

Le malade présenté à l'Académie donne l'idée du résultat, et permet de constater le rétablissement des narines, l'existence de la cloison qui les sépare, et l'absence de cette pointe qui existait à la place du lobule au moment de l'opération.

Des dessins exécutés avant et après l'opération, donnent une idée exacte des changemens qui se sont opérés chez le malade.

Pendant le sommeil, le malade respire facilement par les fosses nasales, et pendant la veille, il n'est pas forcé de tenir la bouche ouverte comme avant l'opération.

COURRIER.

Le *Siècle*, à l'occasion du compte-rendu officiel du recrutement, présente d'excellentes réflexions sur la nécessité de ne pas consacrer tous les encouragemens du gouvernement à l'amélioration de quelques races d'animaux, et d'en réserver une part à cette pauvre espèce humaine que les tableaux du recrutement n'offrent pas sous un aspect très avantageux. Le nombre des jeunes gens appelés au tirage de la classe de 1850, était de 305,712. Sur ce nombre les porteurs des 164,405 premiers numéros ont été examinés par les conseils de révision. Eh bien, il en a fallu réformer 10,256 pour défaut de taille, et 48,433 pour cause d'infirmité. Comme le sort est aveugle, rien n'empêche de croire que les malades, les infirmes et les nains ne se trouvent pas exclusivement, suivant l'expression vulgaire, parmi les mauvais numéros. Par conséquent, si toute la classe eût été examinée, la proportion des jeunes gens à réformer se serait maintenue comme 58,089 est à 164,405, c'est-à-dire sur le pied d'un très fort tiers.

« Ces chiffres, dit le *Siècle*, sont loin de faire l'éloge de la race humaine en France et de la santé publique. On s'occupe chez nous, beaucoup trop du turf et du comice, et pas assez de l'homme. Les Sociétés de gymnastique de l'Allemagne devraient pourtant nous mettre sur la voie de ce qu'il y a à faire. Elles ont compris qu'il ne fallait pas négliger l'éducation du corps. Il est telle principauté germanique où vous ne rencontreriez pas un bourg qui ne soit pourvu d'un gymnase public. » — Léon Plée.

Ces réflexions viennent en aide à l'opinion que nous avons souvent développée dans ce journal, à savoir : que les améliorations en fait d'hygiène publique ne doivent pas être laissées à l'initiative ou à la spontanéité des individus; l'ignorance, les préjugés et l'indifférence étouffent toutes les bonnes semences de l'enseignement oral ou écrit. Nous répétons donc encore une fois : l'hygiène ne s'enseigne pas, elle s'impose. — Amédée Latour.

Nouvelles du choléra. — Le choléra ne paraît pas avoir fait de nouveaux progrès en Angleterre; mais, pour être resté dans les localités primitivement envahies, ses ravages sont loin de s'être bornés. Le 23 septembre, il y avait eu encore 63 nouveaux décès à Newcastle ; le 24, 72 autres décès, et le 25, 46. A Gateshead, 16 décès le 23, et 14 le 24. En somme, depuis le début de l'épidémie jusqu'au 25 septembre, il est mort déjà à Newcastle 1,187 personnes du choléra, et 252 à Gateshead.

Deux nouveaux cas de choléra ont été constatés à Manchester ; et les journaux anglais parlent de quelques cas observés dans plusieurs grandes villes de l'Écosse. A Londres, l'état sanitaire ne s'est pas sensiblement aggravé.

Concours. — Le concours pour la nomination aux places d'élèves internes des hôpitaux et hospices civils de Paris, et pour les prix à décerner aux élèves externes, en médecine et en chirurgie, s'ouvrira le mercredi 26 octobre prochain. — Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 8 octobre inclusivement.

Le concours pour la nomination aux places d'élèves externes, s'ouvrira le vendredi 4 novembre prochain. — Les inscriptions seront reçues jusqu'au mercredi 19 octobre.

Le concours pour les prix à décerner aux élèves internes, ouvrira le lundi 7 novembre prochain. — Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 22 octobre.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 117. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 1er Octobre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12
A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOTEL-DIEU. — Service de M. JOBERT DE LAMBALLE.

Sommaire. — Du traitement des hémorrhoïdes. — Application du caustique de Vienne rendue plus facile par l'usage de la *capsule hémorrhoïdaire* de M. Jobert de Lamballe.

Des différentes méthodes de traitement employées contre les hémorrhoïdes, deux seulement paraissent devoir rester définitivement acquises à la pratique (1). Depuis longtemps il n'est plus question de la compression, et c'est à peine si la ligature, soit en masse, soit par fraction d'une tumeur hémorrhoïdale, est encore pratiquée quelquefois par de rares chirurgiens, car tous savent les douleurs atroces que ce traitement procure aux malades. Il ne reste donc plus que la cautérisation et l'excision ; encore, de ces deux méthodes générales, certains procédés doivent-ils, dans la plus grande généralité des cas, être préférés à tous les autres. Ainsi, on ne pratique plus l'extirpation complète d'un bourrelet hémorrhoïdal ; l'incision simple est réservée pour les cas où les hémorrhoïdes sont en petit nombre, volumineuses et fluctuantes; et même alors la crainte des hémorrhagies ou de la propagation de l'inflammation jusque dans les veines mésaraïques, ou peut-être jusque dans la veine porte, doit-elle rendre très circonspect le chirurgien qui veut recourir à ce procédé.

L'excision, jointe à la ligature des vaisseaux divisés, et pratiquée comme M. Jobert de Lamballe l'a conseillée (V. *Gazette médicale*, t. VII, p. 385, 1839), n'a pas les mêmes inconvéniens que l'extirpation en masse du bourrelet hémorrhoïdaire, ou que l'incision d'une seule hémorrhoïde fluctuante ; car le chirurgien n'incise qu'en dédolant sur le tissu essentiellement vasculaire qui constitue l'hémorrhoïde, et il a soin de lier immédiatement chacun des vaisseaux qui donnent du sang, artères ou veines. Cette précaution met à l'abri de toute hémorrhagie consécutive ; mais il reste encore l'inflammation, qui, par elle-même, peut, dans certains cas, devenir suffisamment inquiétante. Aussi, M. Jobert n'a-t-il recours à l'excision que dans des cas exceptionnels, dans lesquels la cautérisation ne peut être pratiquée, surtout quand les hémorrhoïdes remontent assez haut dans l'intérieur du rectum. On sait, en effet, qu'en portant le caustique aussi profondément dans l'intérieur de l'intestin, on s'expose à avoir plus tard des rétrécissemens qui nécessitent une nouvelle intervention du chirurgien, sans parler des accidens plus immédiats que le caustique peut déterminer, car il ne sait, comme le bistouri dirigé par une main habile, s'arrêter à temps juste au point sur lequel l'opérateur a voulu le conduire.

Voilà pourquoi, tout en préférant la cautérisation pour le plus grand nombre des cas, M. Jobert a quelquefois recours à l'excision. Alors, après avoir engagé le malade à faire des efforts de défécation pour provoquer la sortie du bourrelet, il l'attire encore davantage hors de l'anus, en saisissant les hémorrhoïdes aussi haut que possible dans l'intérieur du rectum, soit avec des pinces à crochet, soit avec des érignes, et il agit ensuite avec le bistouri, comme nous venons de le dire, sur des parties amenées à la portée de la vue.

Dans toutes les autres circonstances, la cautérisation lui paraît préférable. Cette méthode, en effet, a, sur toutes les autres, l'avantage immense d'oblitérer les vaisseaux, en même temps qu'elle détruit la tumeur dont l'ablation a été jugée nécessaire. Aussi radicalement utile que l'extirpation, elle n'est pas, comme cette dernière, suivie d'hémorrhagie ou de phlébite. Mais cette méthode compte comme les autres différens procédés. Doit-on employer le cautère actuel ou les caustiques? Et, dans ce dernier cas, à quelle substance doit-on donner la préférence?

Le cautère actuel, justement parce qu'il agit plus énergiquement, doit être réservé pour certaines hémorrhoïdes fongueuses, végétantes, d'une date ancienne, et qui sont la source d'hémorrhagies passives, capables de compromettre la vie du malade.

Dans ces circonstances, l'application du fer rouge procure immédiatement un effet avantageux, en supprimant l'écoulement sanguin et modifiant dans un sens favorable la vitalité non seulement des tissus malades, mais encore de toute la région. Il y a peu de temps, M. Jobert de Lamballe, ayant à traiter un homme atteint d'hémorrhoïdes, qui, par suite de leur étranglement, s'étaient gangrénées, cautérisa avec le fer rougi à blanc, et le malade guérit rapidement.

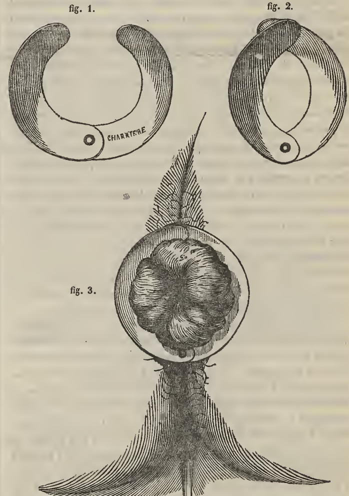
Nous l'avons vu également employer le cautère actuel simultanément avec le caustique de Vienne, chez une dame dont le bourrelet hémorrhoïdal avait cet aspect végétant dont je parlais plus haut. Mais c'est au caustique de Vienne qu'il a ordinairement recours. Ce caustique a l'avantage d'être facile à préparer, il peut se mouler sur les surfaces avec lesquelles on le met en contact; l'escarre qu'il forme, tout en étant assez épaisse pour désorganiser une certaine couche de tissus, ne s'étend cependant pas assez profondément pour qu'il y ait à redouter de la voir dépasser certaines limites; enfin, il ne fuse pas comme la potasse pure. Le chirurgien peut donc surveiller son action mieux que celle de tout autre caustique. Mais cependant son application nécessite quelques précautions qu'il est urgent de ne pas négliger. Ainsi, la partie sur laquelle le caustique va être appliqué doit être maintenue au-dehors, et tellement isolée des parties voisines, que ces dernières ne puissent être cautérisées elles-mêmes.

Bien que le caustique ne fuse pas au loin, le sang qui s'écoule pendant son application peut en entraîner sur le périnée ou sur les fesses, et il est nécessaire d'abriter ces parties. On avait donc besoin d'aller saisir le bourrelet hémorrhoïdal aussi haut que possible, et on l'attirait au dehors comme pour l'excision avec des pinces et des érignes confiées ensuite à des aides, puis on entourait la marge de l'anus de charpie et de morceaux de diachylon découpés. Ce n'est qu'après tous ces préparatifs qu'on appliquait la pâte de Vienne. On avait même inventé des gouttières à l'aide desquelles on ne la mettait en contact qu'avec le pourtour du bourrelet.

Avec un instrument qu'il vient d'inventer, et auquel il a donné le nom de *capsule hémorrhoïdaire*, M. Jobert peut se passer d'aides, d'érignes, de diachylon, de charpie, etc. Qu'on se figure deux lames de métal (argent ou maillechort), concaves et articulées, l'une avec l'autre (fig. 1), de telle sorte que leurs bords concaves puissent se rapprocher en interceptant une ellipse plus ou moins allongée (fig. 2), et l'on aura une idée exacte de ce petit instrument, aussi simple qu'ingénieux et facile à manœvrer. Dire qu'il a été exécuté par M. Charrière, sur les indications de M. Jobert, suffit, du reste, pour assurer qu'il remplit parfaitement toutes les conditions exigées.

Quand l'instrument est fermé, comme les deux bords externes qui forment sa grande circonférence sont un peu relevés, il représente assez exactement une de ces capsules dont on se sert dans les laboratoires de chimie; et la ressemblance est encore plus frappante si, au lieu d'examiner l'instrument isolé, on le considère quand il étreint une tumeur hémorrhoïdale (fig. 3).

Comme il est facile d'en avoir de toutes les dimensions, et qu'on peut à volonté augmenter ou diminuer la courbure des deux lames constituant l'instrument, on conçoit qu'il est possible d'opérer sur des tumeurs de toute grosseur. A-t-on à opérer sur une ou plusieurs hémorrhoïdes, bien nettement isolées les unes des autres, une petite capsule, moins ellipsoïde et presque circulaire, les étreint successivement l'une après l'autre à leur base ; on applique le caustique; les lames de la capsule protégent toutes les parties voisines, et toutes les tumeurs peuvent ainsi être cautérisées isolément, soit dans la



même séance, soit à plusieurs jours d'intervalle. A-t-on un bourrelet hémorrhoïdal ou des tumeurs qui, isolées dans le principe, sont agglutinées l'une à l'autre, et forment une seule masse dont les lobes ne sont pas assez séparés pour pouvoir être attaqués isolément, on embrasse le tout dans une capsule plus grande, plus allongée, et on agit sur toute la surface du bourrelet. Mais à quoi bon tous ces détails? Il n'est pas un seul praticien dont l'intelligence n'ait déjà compris toutes ces variétés de manuel opératoire. Et le court résumé d'une opération pratiquée récemment à l'Hôtel-Dieu, par M. Jobert lui-même, en dira plus à ce sujet que tous les préceptes possibles.

OBSERVATION. — Keller (Jean), âgé de 58 ans, cuisinier, entre le 9 septembre 1853 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Jobert de Lamballe, salle Saint-Côme, n° 33. Cet homme a un tempérament bilioso-sanguin; il est depuis 3 ans environ affecté d'hémorrhoïdes, non fluentes, mais formant un bourrelet qui, à des époques indéterminées, devient assez saillant pour provoquer de la gêne et de la douleur. Quelques semaines avant d'entrer à l'hôpital, il fit une chute sur le siége, en aidant à descendre une pièce de vin dans une cave ; son bourrelet hémorrhoïdal, qui ne l'incommodait pas à ce moment, devint, dès le lendemain, très volumineux ; la défécation fut plus douloureuse et plus difficile que d'habitude, et cet état, persistant plus longtemps qu'aux attaques précédentes, le malade se décida à entrer à l'hôpital. On constata qu'en effet il existait, au pourtour de l'anus, un bourrelet d'un rouge vif, saillant, ayant au moins deux centimètres et demi d'élévation au-delà de la marge de l'anus (fig. 3). Ce bourrelet était formé par trois tumeurs alors adhérentes l'une à l'autre, mais qui, dans le principe, avaient dû être très nettement séparées. Il ne laissait pas suinter de sang, mais un mucus blanchâtre. Le 15 septembre le bourrelet entier étant serré, à sa base, entre les deux lames d'une capsule hémorrhoïdaire (fig 3) ; une couche de pâte de Vienne fut appliquée dans toute sa surface, et maintenue en place 4 minutes 1/2. Après avoir enlevé le caustique, puis bien lavé avec de l'eau fraîche tous les points sur lesquels il avait été appliqué, le chirurgien saisit, avec les mors d'une pince à pansement, chacune des lames de la capsule, afin de les écarter, l'une de l'autre, comme dans la fig. 1. Pour retirer l'instrument, des lotions froides furent faites les jours suivans.

Le bourrelet hémorrhoïdal avait pris une teinte noirâtre ; dès le 16 il était flétri et diminué de volume, le 18 on put en enlever une portion avec des pinces, cette portion, agitée dans l'eau et soigneusement examinée, ne présentait pas traces d'organisation. C'était une petite masse informe, se dissociant par le lavage en petites houppes analogues à celles que forme la matière cérébrale ramollie, quant on la soumet à l'action d'un filet d'eau.

Le 19, une nouvelle cautérisation fut pratiquée de la même manière.

Le 23. L'escarre était complètement détachée; une saillie rosée, de quelques millimètres seulement d'élévation, existait encore au pourtour de l'anus; une cautérisation avec le nitrate d'argent fut pratiquée ce

(1) En écrivant ces lignes, nous ne nous dissimulons pas que, d'un instant à l'autre, une nouvelle méthode peut surgir comme conséquence de la découverte de M. Pravaz. On a déjà injecté, et, dit-on, avec avantage, le perchlorure de fer dans des veines variqueuses. Il se pourrait que l'on songeât à l'injecter également dans des tumeurs hémorrhoïdales, mais tout nous fait supposer que ce serait avec bien peu de chances de succès, car dans l'immense majorité des cas, le sang contenu dans l'hémorrhoïde est coagulé, et d'ailleurs, comme l'a fait remarquer M. Jobert de Lamballe, des injections faites dans des veines qui n'ont pas de valvules, comme les veines mésaraïques et celles qui forment la veine porte, pourraient être suivies d'accidens sur lesquels nous n'avons pas à insister en ce moment.

jour-là, puis renouvelée le 26, et le malade, actuellement guéri, aurait depuis plusieurs jours quitté l'hôpital, s'il n'attendait un bandage destiné à contenir une hernie inguinale, dont il est depuis longtemps porteur. La saillie laissée au pourtour de son anus, par les restes du bourrelet hémorrhoïdal, ne dépasse pas 4 millimètres.

Pendant tout le cours du traitement, son état général a été très satisfaisant.

T. Gallard, interne.

PHYSIOLOGIE.

EXPÉRIENCES PHYSIOLOGIQUES SUR L'ABSORPTION PAR LE TÉGUMENT EXTERNE CHEZ L'HOMME DANS LE BAIN;

Par le docteur Homolle.

La peau absorbe-t-elle? Je me posais cette question après avoir lu, dans l'Union Médicale, les *Lettres sur le choléra*, écrites avec tant de verve et de talent par M. le docteur Roche. Ce savant confrère combat, en effet, l'opinion généralement admise sur la propriété absorbante de la peau; mais en lisant l'argumentation laborieuse par laquelle il réfute les expériences citées à l'appui de l'absorption, je regrettais que l'habile collaborateur de l'Union Médicale n'eût pas eu recours, pour appuyer sa thèse, à l'argument par excellence, l'expérimentation; qu'il n'eût pas combattu avec les mêmes armes que ses adversaires et détruit la valeur d'expériences qu'il jugeait insuffisantes ou entachées d'inexactitude, par d'autres expériences entourées des garanties que réclame aujourd'hui l'état de la science. D'un autre côté, je ne trouvais pas, dans les expériences rappelées par M. le professeur Bérard, *Cours de physiologie*, t. ii, p. 617 et suivantes, les élémens d'une conviction complète relativement à l'action absorbante de la peau; j'y voyais plutôt, selon l'expression de l'éminent professeur, un sujet de controverse sur lequel le mémoire de M. le professeur Westrumb (voir le *Journal des progrès*, vol. xi, p. 13) ne me paraissait pas, malgré les expériences de l'auteur, jeter un jour suffisant; ces expériences étant loin de présenter les garanties d'exactitude nécessaires pour commandr la confiance.

C'est par des bains de jambes ou de bras que cet expérimentateur cherchait à déterminer l'absorption cutanée. Les expériences faites sur les substances odorantes (le musc) paraîtront bien peu probantes, si l'on réfléchit à la subtilité de ce principe odorant, à la ténacité avec laquelle il adhère au corps, et enfin au peu de précision du *criterium* adopté par l'auteur, consistant à chercher dans l'haleine du sujet de l'expérimentation, la preuve de l'absorption par la peau, et des objections aussi fortes s'élèvent contre les expériences tendant à prouver l'absorption de la matière colorante de la rhubarbe.

Restent les expériences instituées avec le prussiate de potasse. Toutes celles faites sur l'homme l'ont été au moyen de manuluves et de pédiluves. La quantité de cyanure n'est indiquée que dans deux cas; elle était de 4 grammes dans l'un, pour un bain d'avant-bras, de 15 grammes dans une autre expérience pour un pédiluve, et l'on ne peut se défendre d'une impression d'incrédulité quand on voit la présence du prussiate de potasse dans l'urine notée sept heures après l'expérience.

Deux seules expériences porteraient avec elles un caractère plus concluant, mais il faut ajouter qu'elles ont été faites sur des chiens tondus ras, dont l'un fut préalablement frictionné avec la teinture de cantharides, et que, même dans ces conditions, les réactions signalées dans le sang et les divers liquides animaux, ne présentent pas des résultats qui commandent la conviction.

L'anatomie pouvait-elle au moins éclairer la question, en montrant, dans les tissus dont se compose la peau, les organes de la fonction que nous étudions?

L'étude de ses divers élémens anatomiques ne permet plus de considérer le réseau lymphatique superficiel comme agent direct et immédiat de l'absorption. L'on sait, en effet, que les lymphatiques s'anastomosent entre eux, en formant des anses plus ou moins nombreuses, mais sans jamais présenter d'orifice qui vienne s'ouvrir, en traversant l'épiderme, à la surface du tégument externe (1).

Resteraient, comme agens d'absorption, les glandes sudoripares avec leurs conduits excréteurs sinueux, et les orifices par lesquels ceux-ci viennent s'ouvrir à la surface de l'épiderme; orifices dans lesquels ce dernier se réfléchit, en se modifiant dans sa texture pour constituer leur membrane interne.

Ces petits corps glanduleux rempliraient donc la double fonction d'exhalation et d'absorption dévolue au tégument externe.

Quant aux glandes sébacées dont les conduits excréteurs sont munis, comme ceux des sudoripares, d'une gaîne intérieure épidermique, leur situation superficielle et le peu de profondeur du sac glanduleux, éloignent l'idée qu'elles puissent concourir à l'absorption.

(1) Bérard. *Physiologie*, t. ii, p. 617 : « L'enveloppe épidermique, cette espèce » de surtout, en apparence inorganique, peu pénétrable de dedans en dehors, pré» sente un obstacle considérable à la pénétration de dehors en dedans. » Et Sappey, *Traité d'anatomie*, t. ii, 2e partie, *passim* : « L'épiderme, bien qu'hygrométrique, » se laisse très difficilement traverser par les liquides, soit que ces liquides se por» tent du dehors au dedans, soit qu'ils se portent du dedans au dehors, comme à la » suite des brûlures, après l'application de vésicatoires, dans l'érysipèle, etc., etc.— » L'humeur onctueuse des glandes sébacées oppose une barrière à l'imbibition de » l'épiderme par l'eau, comme à sa dessication par l'air. Les régions palmaire et » plantaire sont seules privées de ces glandes sébacées, mais présentent, en compen» sation, une plus grande quantité de glandes sudoripares : aussi l'épiderme de ces » régions est-il susceptible d'imbibition, comme le prouve l'immersion prolongée des » pieds et des mains dans l'eau. »

La peau présente donc des conditions anatomiques qui permettent d'admettre, *à priori*, son aptitude à remplir la fonction d'absorption; mais l'observation directe ne me paraissait pas confirmer, d'une manière assez concluante, cette donnée anatomique; et c'est cette lacune que j'ai essayé de combler par quelques expériences.

J'ai circonscrit la question, en limitant le champ de l'expérimentation à l'étude de l'absorption par le tégument externe dans le bain d'eau pure, ou tenant en solution diverses substances; l'absorption, opérée par la peau au moyen de frictions avec les corps gras chargés de substances médicamenteuses, pouvant être considérée comme compliquée d'une action mécanique, d'une sorte de *compelle intrare*. L'absorption par la méthode endermique reste évidemment en dehors de la question que j'ai voulu étudier.

Quant au mode de constatation de l'absorption opérée par la peau, j'ai repoussé le pesage avant et après le bain, en raison des causes d'inexactitude dont ce moyen est inévitablement entaché, et me suis décidé à le chercher dans l'examen de l'urine. L'urine, en effet, est le plus abondant des liquides excrétés, celui qu'on peut obtenir le plus facilement exempt de tout mélange, celui enfin dont les moindres variations peuvent être exactement appréciées.

Pour procéder avec méthode, j'ai dû m'assurer préalablement que l'urine augmentait ou diminuait de densité en raison de la quantité de liquide aqueux ingéré dans l'estomac.

Je constatai, à plusieurs reprises, que cette densité variait chez moi dans les proportions suivantes :

Le soir, au moment du coucher, quatre heures et demie après le repas, l'urine présente en général une densité de 1015 à 1020. Le matin, au réveil, cette densité s'élève à 1025 et plus; l'ingestion de 200 grammes d'eau la fait descendre une demi-heure après à 1015. Enfin, une demi-heure après le déjeûner, l'urine ne pèse plus que 1010, 1008 et même moins, selon la quantité de boisson ingérée.

D'autre part, de nombreux essais m'ont constamment montré l'urine franchement acide dans ces diverses conditions.

Une première série d'expériences, pour étudier l'influence du bain d'eau simple sur la densité et l'acidité de l'urine, m'a fourni les résultats suivans :

Le bain, pris le matin à jeun, peu de temps ou même immédiatement après le lever, était au moins d'une heure de durée. La température de l'eau variait de 34 à 35° centigrades.

Je m'abstenais complètement de boisson pendant la durée du bain.

L'urine, recueillie à l'entrée et à la sortie du bain, a constamment présenté une différence de densité qui allait jusqu'à 2/100e, c'est-à-dire qu'elle est descendue de 1025 à 1005, diminution qui semble correspondre à l'absorption de 400 gr. d'eau.

Elle présentait, de plus, une teinte beaucoup plus claire, une limpidité parfaite et une réaction faiblement acide ou neutre.

Une température du bain assez élevée pour provoquer la transpiration, a constamment eu pour résultat de modifier le phénomène, l'urine pouvant, dans ce cas, conserver pendant toute la durée du bain sa densité et sa réaction acide.

Ces préliminaires posés et l'absorption de l'eau par le tégument externe ainsi constatée, il fallait démontrer l'absorption des substances solubles et spécialement des sels contenus dans le bain.

L'élimination si rapide d'un grand nombre d'entre eux par l'urine, et la facilité avec laquelle leur présence dans ce liquide peut être démontrée, offraient un moyen de vérification qui ne me paraissait pas soulever d'objection sérieuse.

Maintes fois déjà j'avais constaté, au moyen du papier de tournesol, préalablement rougi par un acide, l'alcalinité de l'urine à la sortie d'un bain alcalin, et j'en avais conclu l'absorption des sels alcalins par la peau; mais ces expériences ne présentaient pas un degré de précision suffisant, et j'entrepris celles dont je vais donner l'exposé.

Première Expérience. — Le 17 octobre 1852, je pris un bain additionné de 250 grammes de carbonate de potasse (1). La température du bain étant trop élevée, je dus renouveler l'eau et diminuer ainsi la proportion de la potasse; le bain resta, malgré cette précaution, assez chaud pour déterminer, pendant toute sa durée, la transpiration du front et de la face.

Quoi qu'il en soit, voici les caractères présentés par les deux échantillons d'urine, recueillis immédiatement avant et après le bain :

Urine avant le bain :	*Urine après le bain :*
Couleur citrine foncée;	Citrine claire;
Se trouble par le refroidissement;	Limpidité parfaite;
Réaction fortement acide;	Réaction alcaline;
Densité de 1024.	Densité de 1019.

La diminution de densité de l'urine et la modification chimique manifestée par le papier tournesol étaient évidentes, et, cependant, le bain assez chaud pour déterminer la transpiration des parties situées hors de l'eau, avait dû augmenter la perspiration des surfaces immergées et diminuer ou compenser l'absorption tégumentaire.

(1) Il est utile de prévenir les personnes qui voudraient renouveler ces expérimentations, que les épiciers vendent généralement des sels de soude pour potasse blanche.

Cette expérience, renouvelée deux fois avec 250 grammes de sous-carbonate de potasse, et une fois avec la solution hydro-alcoolique de 250 grammes de savon, en ayant le soin de ne pas prendre le bain à une température assez élevée pour provoquer la sueur (35° centig.), a donné constamment des résultats analogues mais plus tranchés; la densité de l'urine a diminué de 12 à 15 millièmes, et l'alcalinité était plus manifeste.

Je voulus m'assurer de l'influence du travail digestif sur le phénomène qui nous occupe. Ayant pris un bain alcalin, je recueillis l'urine sécrétée après une heure d'immersion; la densité était descendue à 1006 et l'alcalinité était évidente. Je déjeûnai dans le bain et, demi-heure après, l'urine recueillie avait augmenté de densité = 1012 en même temps qu'elle était redevenue acide.

Un bain alcalin, pris dans la journée à une époque peu éloignée du repas précédent, ne modifiait que très faiblement la densité et le caractère acide de l'urine.

L'absorption tégumentaire paraissait ressortir évidemment des expérimentations que je viens de rappeler; désirant, toutefois, résoudre la question d'une manière plus complète et qui ne laissât aucune place au doute, je résolus de les recommencer en choisissant un réactif qui, n'existant jamais dans l'urine normale, tranchât nettement, par sa présence dans ce liquide, la question de l'absorption cutanée, et je m'arrêtai au prussiate de potasse. (*Cyanure double de potassium et de fer.*)

Ce sel, en effet, est de ceux qui, ingérés dans l'estomac, traversent, sans décomposition, tout l'appareil circulatoire, et sont rapidement éliminés par les organes excréteurs, et notamment par les reins.

Deuxième expérience. — Je pris donc, chez moi, le 19 octobre à 6 heures 1/2 du matin, un bain d'eau, tenant en solution 100 grammes de cyanure ferroso-potassique.

La moindre capacité des baignoires portées à domicile, en diminuant la masse du liquide, permettait d'obtenir une moindre dilution de la solution saline. La température du bain atteignait à peine 34° centig., et je pris la précaution de recouvrir la baignoire pour empêcher l'absorption pulmonaire d'un air saturé de vapeur d'eau. Dois-je ajouter que je m'abstins de boire pendant toute la durée du bain. (1 heure 10 minutes.)

Voici les caractères des urines recueillies à l'entrée et à la sortie du bain, et ramenées à la même température :

Urine avant le bain :	*Uurine après le bain :*
Couleur orange foncée;	Couleur citrine claire;
Nuage opalin;	Limpidité parfaite;
Densité de 1030;	Densité de 1018;
Réaction très acide.	Réaction très alcaline.

Je voulus constater, dans l'urine recueillie après le bain, la présence du prussiate de potasse que je croyais assurée par les raisons présentées plus haut.

Cependant le perchlorure de fer, même en acidulant fortement la liqueur, n'y produisit aucun changement de couleurs.

L'urine évaporée, puis additionnée d'acide azotique en excès, pour détruire la matière organique, ne manifeste pas davantage la présence du cyanure, et l'on connaît la sensibilité de ce réactif.

Enfin, les cendres provenant de la calcination complète de l'urine, ne contenaient pas un atome de prussiate.

A quel sel attribuer, dans ce cas, l'alcalinité de l'urine? (Le cyanure double a une réaction alcaline.)

L'urine normale ne contient qu'une proportion minime de potasse; or, la solution d'acide tartrique, en excès, produisit, dans l'urine que nous examinons, un dépôt cristallin immédiat, abondant. Le sulfate simple d'alumine y détermina, après une heure de repos, la formation de cristaux d'alun; un dégagement très sensible de bulles gazeuses inodores acccompagnait ces phénomènes.

Ces réactions rendaient probable la présence d'une proportion de potasse carbonatée plus forte que celle de l'urine normale.

Très étonné d'un résultat aussi inattendu, qui, en montrant combien sont complexes les phénomènes produits par l'organisme vivant, témoignait une fois de plus de la difficulté que présente la solution des moindres questions de physiologie, je procédai à une autre expérience, en choisissant cette fois l'iodure de potassium, sel à réaction également alcaline, éliminé avec une grande rapidité par les voies urinaires, et dont la présence est facilement indiquée, par des réactions sensibles pour les plus faibles proportions d'iode.

(*La suite à un prochain numéro.*)

PATHOLOGIE.

DU CROUP; — NATURE ET DIAGNOSTIC.

Par M. le dr Marchant (de Charenton), médecin-adjoint de l'École impériale vétérinaire d'Alfort.

(Suite. — Voir les numéros des 24 et 27 Septembre.)

Pour apprécier convenablement la valeur d'une lésion pathologique, il faut la suivre dans les phases diverses de son évolution, depuis son invasion jusqu'à sa disparition complète; alors, seulement, on peut s'en faire une idée exacte et lui donner la place qui lui convient dans les classifications nosologiques. Malheureusement cela n'a pas été fait dans le mémoire qui nous occupe; les faits n'y sont présentés que d'une manière incomplète et, pour ainsi dire, en passant: cependant il y en a quelques-uns sur lesquels il y a assez de détails pour qu'on puisse se prononcer.

La fille Pressair, âgée de 8 ans, est atteinte de diphthérite pharyngienne; au cinquième jour de sa maladie on applique un vésicatoire à la nuque, la surface excoriée se recouvre de fausses membranes ainsi qu'une ulcération que cette enfant portait depuis longtemps au pied.

M. Trousseau décrit ainsi l'état dans lequel il a trouvé le dos de cette jeune fille, le 13 septembre 1848, neuvième jour de sa maladie :

« Le vésicatoire qui n'avait, dans le principe, que trois

» pouces de largeur, en a maintenant plus de six; il est horriblement douloureux et fournit une suppuration excessive; » il s'étend sur le dos en faisant des jetées irrégulières semblables à des fiches de trictrac, et il est entouré d'une large » auréole érysipélateuse beaucoup plus prononcée en bas » qu'en haut et sur les côtés. La partie actuellement dénudée » d'épiderme paraît déprimée et l'est réellement, eu égard à » la tuméfaction environnante. Elle est recouverte de couches » fibrineuses superposées, d'un blanc jaunâtre qui, plus épaisses au centre, vont en s'amincissant à la circonférence. Au » milieu, leur épaisseur est de deux, trois, jusqu'à quatre » lignes, et elles ressemblent exactement aux concrétions pleurétiques sèches, que l'on trouve dans la cavité de la poitrine » lorsque la résolution a déjà commencé et que la partie séreuse qui s'était épanchée s'est presque entièrement résorbée.

» Nous soulevâmes quelques-unes des concrétions avec une » feuille de métal très mince, et nous vîmes qu'elles adhéraient » assez fortement au tissu de la peau et qu'elles ne s'enlevaient » qu'avec une certaine difficulté.

» L'érysipèle environnant avait un aspect singulier. La rougeur était d'autant plus vive, que l'on était plus près des » parties excoriées. L'épiderme, dans une multitude de points, » était soulevé par de petites masses de sérosité lactescente; » de sorte que la peau était couverte de vésicules, confluentes » au voisinage de la plaie, et de moins en moins nombreuses » à mesure que l'on se rapprochait des tégumens encore sains.

» Parmi les vésicules, il y en avait qui semblaient avoir été » formées de la réunion de plusieurs; d'autres, qui simples ou » réunies, s'étaient crevées; et à leur place, se voyait le derme » recouvert d'une couenne blanche : ces ulcérations se réunissaient à d'autres petites, puis venaient aboutir à la principale, et c'est ainsi que le mal gagnait de proche en proche.

» Ajoutons, comme particularité notable, que, du côté de » la tête et des épaules, l'érysipèle s'étendait à peine; et que, » dans ces points, on ne voyait aussi que fort peu de vésicules.

» Le pansement de ce vésicatoire avait toujours été fait avec » du beurre. »

Beaucoup de points essentiels manquent dans cette observation. M. Trousseau ne dit pas comment elle se termina, et il ne décrit pas les phénomènes qui se succédèrent dans cette plaie de vésicatoire jusqu'à la mort ou jusqu'à la guérison, ce qui eût été fort essentiel; cependant, telle qu'elle est, on peut encore remarquer que la plus grande partie des accidens dont il est question se retrouvent dans les gangrènes externes qui sont décrites par les auteurs: ainsi la douleur horrible, la suppuration excessive dont il n'indique pas la nature, la rougeur érysipélateuse, d'autant plus vive, qu'on est près des parties excoriées, sont des symptômes que l'on trouve dans la plupart des gangrènes. La dépression de la partie dénudée d'épiderme, eu égard à celle qui est tuméfiée autour, indique que la première est privée de vie et qu'elle ne participe plus à ses manifestations, car si cette fausse membrane était sur-ajoutée, elle aurait dépassé le niveau des parties environnantes, les vésicules confluentes autour de la plaie, se réunissant pour former des phlyctènes, et d'autant plus discrètes, qu'elles s'en éloignent, sont, à n'en pas douter, des phénomènes précurseurs de la gangrène, résultant de l'influence de certains poisons. Voici comment Samuel Cooper s'exprime à cet égard : « Sur » une surface dénudée, elle (la gangrène) commence par la » formation d'une ou de plusieurs petites vésicules au bord » de la dénudation, etc. »

De tout cela, il résulte que les accidens dont il vient d'être question ne sont peut-être pas suffisans pour former une conviction intime sur l'existence de la gangrène, mais dans les observations suivantes, le doute ne sera plus permis.

Les observations de Huré, la femme du Grand-Pied-Blain, de Bouzy, sont trop incomplètes pour qu'on puisse se faire une idée de la maladie dont M. Trousseau veut parler :

« A Saint-Loup (Loir-et-Cher). . . . . . . Déjà le mari allait » mieux, grâce à la médication topique; et sa femme, dont » le larynx avait été envahi par la fausse membrane, commençait à inspirer de moindres inquiétudes; mais on lui » avait mis un vésicatoire au bras gauche, et le bras était » maintenant dans un état affreux. La surface du vésicatoire » s'était singulièrement élargie; elle paraissait profondément » enfoncée, et était recouverte d'une concrétion pelliculaire » d'un gris noirâtre; il en ruisselait une sérosité limpide et » très fétide; le bras tout entier, l'avant-bras et la main, » étaient gonflés et d'un rose luisant. Il était impossible de » ne pas croire que la surface du vésicatoire était frappée » de mortification; cependant, en piquant avec une épingle, » nous nous aperçûmes qu'au-dessous de la fausse membrane, » la sensibilité était très vive.

» Nous saupoudrâmes la plaie avec du calomel préparé à » la vapeur, et dès le lendemain, les douleurs et la tuméfaction étaient presque entièrement dissipées; on insista » sur la même médication, et trois jours après le début du » traitement, la plaie était entièrement détergée; il y avait » une suppuration louable; les fausses membranes avaient » entièrement disparu; il ne restait plus qu'une petite escarre » gangréneuse qui se détacha au bout de douze ou quinze » jours. »

Cette observation ne laisse aucun doute sur la nature de la maladie : l'élargissement de la surface du vésicatoire et sa dépression profonde, la concrétion gris noirâtre, la sérosité limpide et très fétide, le gonflement de l'avant-bras et de la main, sont des signes auxquels un chirurgien praticien, comme le dit le vénérable Boyer, reconnaîtra toujours une gangrène, et rien de plus. Et ce n'est pas une mortification, parce que « en piquant avec une épingle, nous nous aperçûmes » *qu'au-dessous de la fausse membrane, la sensibilité était très » vive?* » Cela ne pouvait pas être autrement; car, dans ce fait, il n'y a rien qui prouve la non-existence de la gangrène, la pointe de l'épingle traversait un tissu mort, et au-dessous de lui la vie était entière et se manifestait par la sensibilité, sous l'influence de la piqûre. Si, au contraire, l'escarre eût été sensible, cela eût été différent. La sensibilité n'est détruite que sur les tissus morts; et, dans ce cas, il a fallu piquer les tissus vivans pour la réveiller. Il est bien entendu que ce raisonnement ne s'applique qu'au cas présent.

L'heureux changement qui se produisit dans la plaie, après une application de calomel, ne prouve autre chose que le bon effet qu'il produisit, et rien de plus; la nature de la maladie ne changea pas, puisqu'il resta « une petite escarre gangréneuse qui se détacha au bout de douze ou quinze jours. » Il ne doit plus exister le moindre doute : la diphthérite générale est une gangrène qui se développe sous l'influence d'un état général, épidémique et contagieux, sur les parties de la surface cutanée qui présentent des excoriations plus ou moins larges. Les affections de la peau et du tissu muqueux sont, M. Trousseau en convient, « d'une nature identique à celles » qui ont leur siége sur la membrane muqueuse du larynx et » de l'arrière-bouche. . . . . On arrive donc à ce résultat » d'expérience que lorsque l'angine maligne existe chez un » individu, l'application des vésicatoires est souvent suivie » des résultats les plus funestes; *que la peau s'enflamme*, se » recouvre de concrétions pelliculaires, *se gangrène.* » Lesquelles concrétions sont la période initiale de la gangrène, c'est-à-dire des escarres au premier degré de développement. M. Trousseau reconnaît la gangrène dans les vésicatoires; il reconnaît aussi la nature identique de cette lésion avec celle de l'angine, la conclusion est formelle : l'angine maligne et ce qu'on appelle diphthérite, sont des gangrènes.

RÉFLEXIONS A L'OCCASION DU MÉMOIRE DE M. MARCHANT.

Le mémoire que l'on vient de lire heurte si violemment les idées les plus généralement reçues, touchant la nature du croup et ses rapports avec l'angine pseudo-membraneuse, que son auteur nous pardonnera les courtes réflexions qui suivent. Si M. le docteur Marchant avait voulu prouver qu'il y a une maladie à laquelle il convient, dans l'état actuel de la science, de réserver le nom *d'angine gangréneuse*, et que cette maladie, tout en étant excessivement rare, ne saurait être contestée comme elle l'a été par quelques auteurs, nous aurions été de son avis, et nous ne doutons pas que, conçu dans ces termes, le travail de notre honorable confrère n'eût rencontré un assentiment presque unanime; mais d'un trait de plume rayer l'angine pseudo-membraneuse des cadres nosologiques; prétendre que ce qui est universellement considéré comme une fausse membrane, n'est rien autre chose qu'une mortification de la muqueuse, une escarre; soutenir que lorsque l'angine pseudo-membraneuse se propage au larynx, comme nous le voyons malheureusement si souvent, il n'en résulte pas le croup, mais une affection essentiellement différente, la gangrène du larynx; nier la diphthérite cutanée; douter que le croup puisse être épidémique, etc., etc., c'est se mettre, sur une multitude de questions d'une haute importance pratique, en opposition directe et formelle avec tous les médecins de notre époque, qui ont eu l'occasion, mille fois répétée, de vérifier l'exactitude des faits observés par MM. Bretonneau et Trousseau.

Or, jusqu'à ce que M. Marchant nous ait apporté, non plus des lambeaux de citations empruntées aux différens auteurs, mais les observations nombreuses, bien détaillées, sur lesquelles il appuie ses étranges doctrines, il nous permettra de croire que les médecins recommandables dont il attaque si vivement les opinions ont convenablement observé, et qu'ils ne se sont pas livrés « *aux caprices d'imaginations plus ou moins déréglées.* » Non, ni MM. Bretonneau, Trousseau, Guersant, ni les observateurs distingués qui se sont succédé à l'hôpital des Enfans, ne récusent le témoignage des sens; ils l'invoquent, au contraire, à chaque instant dans leurs recherches; ils ne se contentent pas d'une simple et rapide inspection des parties profondes de la gorge, si difficile à explorer chez les enfans, pour prononcer, dans les cas obscurs, la nature d'une angine; ils veulent examiner les choses de plus près, parce qu'ils savent, quoi qu'en dise M. Marchant, qu'il peut y avoir des illusions trompeuses; et si une dissection attentive et minutieuse des tissus, *en apparence* sphacélés, leur indique que sous cette prétendue escarre, on retrouve la muqueuse intacte, sans traces d'ulcérations, sans destruction d'organes (nous ne parlons pas des circonstances exceptionnelles dans lesquelles il y a complication de gangrène), alors ils se croient en droit de prétendre qu'ils ont eu affaire à une angine pseudo-membraneuse, et non pas à la gangrène de la bouche ou du pharynx. D'ailleurs, s'il peut y avoir incertitude pour quelques angines graves dans lesquelles les fausses membranes ramollies et colorées en noir par le sang exhalé, revêtent, jusqu'à un certain point, les caractères extérieurs de la gangrène, comment comprendre que M. Marchant ne fasse pas lui-même une exception à sa théorie générale pour ces cas, beaucoup plus nombreux du reste, dans lesquels on observe des plaques blanches qui disparaissent sans laisser de traces, en un ou deux jours, en quelques heures même, soit spontanément, soit sous l'influence d'une cautérisation légère?

M. Marchant se livre encore à une discussion en règle, pour prouver que le croup et l'angine pseudo-membraneuse (pour lui, gangréneuse) ne donnant pas lieu aux mêmes symptômes, sont deux maladies différentes. En vérité, c'était peine inutile. Quoi d'étonnant, en effet, que les symptômes varient, puisque les organes sur lesquels se déposent les fausses membranes ne remplissent pas les mêmes fonctions? Mais la nature de la maladie, en tant que maladie générale diathésique (diphthérite) en sera-t-elle pour cela changée, parce que l'exsudation couenneuse aura pour siége le larynx ou les amygdales? Nullement. La laryngite est une phlegmasie au même titre que l'angine; ce sont deux maladies semblables, quant à leur nature inflammatoire; et, cependant, quel est le praticien qui oserait soutenir que les symptômes produits par ces deux affections sont identiques?

Nous ne voulons pas pousser plus loin ces réflexions : nous en avons dit, je crois, assez pour montrer que le raisonnement aussi bien que la rigoureuse observation ne permettent pas d'adopter une opinion qui, loin de constituer un progrès pour l'histoire du croup, comme le pense M. Marchant, nous replongerait dans l'obscurité et la confusion qu'ont si heureusement dissipées les remarquables travaux de M. Bretonneau sur la diphthérite.

HÉRARD,
Médecin des hôpitaux.

Adopté par le Comité de rédaction.

Le Président,
Signé : SANDRAS.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 Septembre.— Présidence de M. RAYER.

D'un nouvel agent hémostatique et hémoplastique (perchlorure de fer et de manganèse).

M. PÉTREQUIN adresse, sous ce titre, un mémoire dont voici une analyse étendue :

Dans la première partie de ce mémoire, l'auteur rend compte des expériences qu'il a faites pour constater le mode d'action du nouvel agent sur le sang, son action sur la tunique interne des vaisseaux sanguins, la nature du caillot, etc. Toutes les conditions auxquelles devait satisfaire un tel agent thérapeutique, avaient été d'ailleurs formulées, il y a plusieurs années, par M. Pétrequin, dans une publication sur le traitement de certaines tumeurs sanguines, et elles l'avaient guidé depuis dans des travaux qu'il avait commencés en commun avec M. Pravaz.

La deuxième partie du mémoire est purement relative aux applications cliniques. Nous en extrayons les passages suivans :

1° *Action hémostatique.* — J'ai maintes fois reconnu, expérimentalement, que le perchlorure ferro-manganique jouit de propriétés hémostatiques beaucoup plus puissantes que l'eau de Pagliari ou l'ergotine Bonjean et autres topiques qu'on emploie à cet usage.

Dans les plaies qui donnent lieu à une hémorrhagie en nappe, il suffit, pour arrêter l'écoulement du sang, d'appliquer sur la surface saignante (après l'avoir préalablement lavée à l'eau froide) une compresse imbibée avec un mélange d'une cuillerée de perchlorure dans un verre d'eau. Si l'écoulement n'est pas arrêté, on réussira, en ajoutant au mélange une seconde cuillerée de perchlorure.

La plaie est-elle inégale et irrégulière, on placera d'abord, avant la compresse, un tampon de charpie trempé dans le même liquide. Ce procédé peut encore suffire quand l'hémorrhagie provient d'une petite artère : on pourrait remplacer la charpie par un tampon d'amadou, d'éponge ou de linge, qui servira en outre à comprimer le vaisseau lésé.

J'ai souvent réussi en procédant de la sorte dans quelques opérations chirurgicales, telles que les incisions, les amputations de doigts ou d'orteils, les ablations de glandes ou de squirrhes mammaires, etc.

Dans les piqûres de sangsues, qui, chez les enfans et certains sujets débiles, donnent lieu à des hémorrhagies inquiétantes, l'application d'un tampon de charpie ou d'amadou imbibé de perchlorure pur et maintenu avec le doigt, suffit pour arrêter le sang à l'instant.

Ce moyen m'a réussi dans des cas d'épistaxis où le tamponnement et les autres hémostatiques avaient échoué.

L'auteur cite plusieurs cas d'épistaxis qui n'avaient pas cédé à l'emploi des hémostatiques. On obtient le même succès, ajoute M. Pétrequin, pour les hémorrhagies nasales qui suivent certaines opérations, comme celles des polypes muqueux; et il existe deux exemples remarquables que le défaut d'espace nous empêche de reproduire ici.

Action hémoplastique. — Depuis qu'en 1845, j'ai réussi dit l'auteur, avec la galvano-puncture à déterminer la coagulation du sang dans les anévrysmes, les succès que j'ai publiés ont donné l'impulsion à ce genre de recherches. La méthode nouvelle que je formulais est devenue, pour l'hémoplastique, le point de départ d'une foule d'expériences et et d'applications. C'est spécialement en vue des anévrysmes que M. Pravaz a proposé le perchlorure de fer, et que nos premières études expérimentales avaient eu lieu comme je l'ai exposé dans la première partie de ce mémoire.

J'écrivais, en 1846, à propos de la galvano-puncture : « Cette innovation chirurgicale ne se bornera point à la curation des anévrysmes; un vaste champ lui est ouvert. J'ai fait pressentir qu'elle recevrait des applications nombreuses. Ainsi, pour ne pas sortir du cadre des

maladies qui ont le plus de rapport avec les anévrysmes, je ferai remarquer qu'on peut l'appliquer à la cure des tumeurs variqueuses. » (*Gaz. Méd.*; 1845.)

Un second groupe de maladies non moins importantes, auxquelles la nouvelle méthode pourra s'adresser avec succès, c'est celui des tumeurs vasculaires, comme les *nævi materni*, les tumeurs érectiles des diverses régions, etc.

Il est encore un autre ordre de lésions telles que les tumeurs sanguines, les hémorrhoïdes, les fongus vasculaires, où la galvano-puncture pourra être appelé à rendre de grands services.

Les mêmes considérations s'appliquent parfaitement au perchlorure de fer et de manganèse. Je n'ai pas encore eu occasion de l'employer pour des anévrysmes, mais j'ai été logiquement conduit à l'utiliser pour la guérison des tumeurs variqueuses. L'Hôtel-Dieu de Lyon peut revendiquer la gloire d'en avoir, le premier, fait l'application. — M. Valette a opéré le 18 juillet, M. Pétrequin le 19, et M. Desgranges le 20. La fréquence des varices, les incommodités et les maladies qu'elles entraînent, comme œdème, phlébite, ulcères et même impotence du membre, viennent doubler la valeur de la méthode qui les comprend dans sa sphère d'action.

Applications diverses. — J'ai employé avec succès, sur des ulcères atoniques, des compresses d'une solution étendue de perchlorure; un changement rapide s'opère dans leur vitalité et le travail de leur réparation. Cette même solution est un bon modificateur des ulcères sordides; elle modifie heureusement leur surface.

C'est un excellent antiputride pour les plaies gangréneuses et les suppurations fétides; elle leur enlève rapidement leur mauvaise odeur; propriété importante pour l'hygiène des hôpitaux. Elle est d'un précieux secours pour les plaies de mauvaise nature; elle modifie la surface suppurante et décompose les liquides putrides.

Depuis que, dans mes amputations, je fais usage de cette solution pour nettoyer les moignons dont la suppuration devient fétide, je n'ai pas vu se développer l'infection purulente; et si ce n'est pas la cause exclusive, il lui en revient une part. Enfin, on administre le perchlorure à l'intérieur dans certaines hémorrhagies internes et dans quelques affections asthéniques. (Commissaires précédemment nommés pour les communications relatives au perchlorure de fer.)

Application du galvanisme à la guérison du fongus hémathoïde.

M. Crusell adresse, de Saint-Pétersbourg, une note dans laquelle, rappelant différentes communications qu'il a faites précédemment à l'Académie, et entre autres une note sur la guérison d'un fongus hémathoïde au moyen d'un fil de platine chauffé par le galvanisme, il revendique la priorité d'invention de ce procédé, récemment appliqué par M. Alph. Amussat dans un cas analogue.

Causes et traitement de l'albuminurie et de l'éclampsie des femmes enceintes.

M. Edouard Robin soumet au jugement de l'Académie une note ayant pour titre : *Considérations nouvelles sur les causes et le traitement de l'albuminurie et de l'éclampsie des femmes enceintes : nouvelle interprétation des accès et des suites de l'éclampsie; mode d'action des agents qu'on emploie dans le traitement des maladies nerveuses.*

Ce travail est une nouvelle application des résultats généraux auxquels est arrivé l'auteur, en considérant, aux points de vue physiologique et pathologique, les modifications de l'hématose et le rôle que jouent, dans l'organisme vivant, les agens modérateurs de la combustion lente. Les nouveaux faits qu'il présente offrent, à ses yeux, la confirmation de ce qu'il avait précédemment annoncé, que les composés qui produisent l'état anesthésique du sang jouissent de cette propriété parce qu'ils exercent, sur l'organisme vivant, une action semblable à celle qu'ils ont sur les matières mortes d'origine animale ou végétale qu'ils préservent de la putréfaction, c'est-à-dire qu'ils protégent contre la combustion lente. (Le mémoire de M. Robin est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Andral, et Velpeau.)

De l'endurcissement du corps par l'action du froid comme moyen d'étude de l'anatomie topographique.

M. Flourens met sous les yeux de l'Académie plusieurs livraisons d'un ouvrage publié à Saint-Pétersbourg, par M. le professeur Pirogoff, et qui a pour titre : *Anatome topographica sectionibus per corpus humanum congelatum triplici directione ductis illustrata.*

Mon but, dit M. Pirogoff, dans une note jointe à cet envoi, étant de montrer les organes internes dans leurs véritables rapports de position, j'ai trouvé dans l'endurcissement des parties par l'action du froid, un moyen efficace de prévenir toute espèce de dérangement. Les cadavres qui doivent servir pour les planches de l'atlas anatomique restent intacts jusqu'à ce que, par une exposition prolongée, à une température de 15 degrés au moins au-dessous de zéro, ils soient devenus complétement rigides; c'est alors seulement qu'on pratique les sections jugées nécessaires pour bien faire apprécier les positions relatives.

Ces coupes sont exécutées au moyen d'une scie mécanique semblable à celles dont on se sert pour le débit des bois de placages, de sorte qu'à aucun moment de la préparation il n'existe de causes de dérangement.

On conçoit bien, qu'un pareil procédé n'est pas applicable dans tous les pays; à Saint-Pétersbourg même, M. Pirogoff n'a eu que rarement, dans les quatre derniers hivers, un froid assez intense et assez continu pour avancer, comme il l'aurait souhaité, la marche de cet ouvrage. Cependant il a déjà donné huit livraisons formant une série de cinquante-six planches représentant la poitrine et une parti du bas-ventre en coupes faites dans trois directions différentes, c'est-à-dire horizontale, verticale, antéro-postérieure et verticale transverse.

Nouvelle opération d'ostéoplastie.

M. Schultz adresse une autre note qui se rapporte également aux travaux de M. Pirogoff; elle est destinée à faire connaître une nouvelle opération d'ostéoplastie imaginée par cet anatomiste, et qu'il a plusieurs fois appliquée avec succès. Le résultat a été de rendre plus longue, d'un ou deux pouces une jambe trop courte en soudant à l'extrémité inférieure du tibia une portion du calcaneum détachée du reste par une section verticale.

L'auteur de la note, qui a suivi à Saint-Pétersbourg la pratique de M. Pirogoff, anonce que des personnes qui ont été ainsi opérées aucune n'a succombé à l'opération, et que toutes marchent sans boiter.

RÉCLAMATION.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Tours, le 26 Septembre 1853.

Monsieur et très honoré confrère,

Le 7 mai 1853, vous avez publié à l'article *réclamation*, de votre estimable journal, une lettre de *l'un de vos abonnés*, dont je n'ai eu connaissance que tout dernièrement, et de laquelle il résulte que longtemps avant le docteur Bretonneau M. Claude Bernard aurait soumis la sensitive aux effets anesthésiques de l'éther.

Le docteur Bretonneau n'a jamais éthérisé de sensitive, et je viens vous prier de vouloir bien reproduire la lettre qu'il a adressée à cette occasion au *Journal du Loiret* en mai dernier.

Cette lettre a, du reste, été reproduite par le *Moniteur*, les *Débats*, le *Constitutionnel*, la *Presse*, etc., etc., et par tous les journaux qui avaient donné place à l'article du *Journal du Loiret*.

J'ajouterai que l'École de médecine de Tours a été ouverte en 1841, et que depuis cette époque, chaque année, lorsqu'il s'est agi de physiologie végétale, j'ai, en présence des élèves, qui sont *prêts à l'affirmer*, *endormi*, *narcotisé* des sensitives en les arrosant de laudanum. Je dirai, en outre, que j'ai soumis la sensitive aux effets anesthésiques de l'éther aussitôt que la merveilleuse découverte du praticien de Boston fut connue en France.

Veuillez agréer, etc.

Frédéric Leclerc,
Médecin en chef de l'Hôpital général, professeur d'histoire naturelle médicale et de thérapeutique à l'École de médecine, etc.

Voici maintenant la lettre de M. Bretonneau, qu'on nous prie de reproduire :

« Monsieur,

» Par de fréquens rapports avec le docteur Frédéric Leclerc, j'ai su, dans leurs particularités, les résultats de ses belles recherches sur le système nerveux des végétaux.

» J'ai également eu connaissance des curieuses expériences qui confirment la rectitude de ses observations anatomo-physiologiques; et, bien qu'entraîné par les exigences de ma profession, je n'aie pu, de mes propres yeux, constater les remarquables effets anesthésiques du chloroforme sur la sensitive, les expériences du docteur Leclerc, ont été si souvent répétées devant de savans médecins, physiciens, chimistes, naturalistes, que les faits que je viens d'indiquer sont maintenant très positivement acquis à la science. Leur ensemble est autrement imposant que ne l'indique l'étrange article inséré dans le *Journal du Loiret* du 23 avril.

» C'est à tort que l'auteur de cette notice m'attribue des expériences auxquelles je n'ai pris aucune part; ce qu'il dit de l'action du chloroforme sur la corolle d'une mimeuse, le montre aussi étranger aux notions de la botanique qu'à celles de la physiologie végétale la plus abécédaire. »

Pierre Bretonneau,
Médecin honoraire de l'Hôpital général de Tours, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine et de l'Académie des sciences.

COURRIER.

L'Académie de médecine marche, hélas! rapidement vers le chiffre fatal que les dernières ordonnances constitutives lui ont imposé comme limite de nombre. On sait qu'il faut qu'elle soit réduite au chiffre de cent membres, et, pour arriver à ce résultat, l'Académie ne fait une élection nouvelle que par trois extinctions. On assure qu'il ne faut plus que trois nouvelles extinctions pour qu'elle ait atteint le chiffre déterminé. Une perte nouvelle a été annoncée, mardi dernier, celle de M. Cornac, neveu du célèbre médecin Portal. Nous ne connaissons pas les travaux scientifiques de M. Cornac, et nous ignorons s'il en existe. On ne connaît guère de lui que la table analytique de *l'Anatomie médicale* de Portal, table faite avec un très grand soin, et très utile à ceux qui font des recherches. Il serait ridicule de faire un titre de gloire de ce travail à la mémoire de M. Cornac; cependant, ne dédaignons pas les labeurs de ce genre, labeurs ingrats, pénibles, difficiles, et qu'apprécient bien les hommes qui ne se contentent pas d'une érudition d'emprunt, et qui veulent recourir aux sources et aux textes. Rien de plus rare qu'une table bien faite, surtout pour les livres qu'on imprime aujourd'hui. Au nombre de ces raretés, et puisque l'occasion s'en présente, citons la table analytique que M. Richelot a ajoutée à sa belle édition et traduction des *Œuvres de J. Hunter*, travail énorme, auquel notre savant et laborieux confrère consacra exclusivement six mois de temps.

Pour en revenir à M. Cornac, depuis vingt ans que nous fréquentons l'Académie de médecine, nous n'avons souvenance que d'un seul rapport fait par lui, et ce rapport avait pour objet le *Traité de matière médicale* de Giacomini, traduction de M. Rognetta. Mais on se souvient d'un acte de courage de cet honorable académicien. C'était le premier mardi qui suivit la Révolution de 1830. M. Cornac entre dans la salle des séances et s'aperçoit que le buste de Louis XVIII, de ce roi fondateur de l'Académie, a disparu de son socle. Après la lecture du procès-verbal, M. Cornac demande immédiatement la parole, et, en termes émus, mais énergiques, il s'étonne que l'enceinte paisible de la science reproduise comme un retentissement de l'agitation du dehors. Si c'est par prudence, dit-il, que l'on a caché l'image du roi fondateur de l'Académie, on a calomnié le peuple, qui comprend les sentimens de gratitude. Si c'est sous la pression des événemens, on calomnie le nouveau gouvernement, qui ne peut s'émouvoir de ce qu'un corps savant garde le culte du souvenir. Je demande donc que le buste du roi Louis XVIII soit réintégré dans la salle des séances.

Le bon Pariset, tant soit peu effrayé du bruit de la canonnade, qui retentissait encore à ses oreilles, fit d'abord la sourde oreille; mais M. Cornac insista, et le buste du roi fondateur reparut bientôt sur son socle, qu'il n'a plus quitté depuis.

M. Cornac était un rigide observateur du règlement, dont il avait profondément étudié toutes les dispositions, et sur lequel il prenait assez souvent la parole pour ramener la compagnie à son observance. Dans la carrière de la médecine militaire, M. Cornac avait conquis une position élevée. Il occupait, à la Révolution de 1848, le poste de médecin en chef de l'hôtel des Invalides, quand il fut mis à la retraite. Cette mesure l'affecta profondément. Il sollicita et obtint l'inspection des eaux minérales de Balaruc; mais le résultat ne répondit pas à ses espérances, et il se démit de ses fonctions l'année suivante, après avoir, dit-il, dépensé 1,500 fr. et n'en avoir pas touché 400. Toutes les eaux minérales, comme on le voit, ne sont pas des sources du Pactole.

M. Cornac était, au demeurant, un bon et serviable confrère, très dévoué à ses amis, qu'il servait chaudement. Ce médecin avait été un des plus beaux hommes de son époque, et dans les réunions de l'Académies, on avait plaisir à contempler sa taille majestueuse, et sa tête vénérable blanchie par l'âge.

C'est sur un renseignement inexact qu'un journal politique annonce, aujourd'hui, que M. Mélier a reçu la mission du gouvernement d'aller étudier, à Newcastle, le *traitement* du choléra-morbus. La médecine anglaise n'a, malheureusement, rien à apprendre à la médecine française à cet égard. Ce que M. Mélier a été étudier en Angleterre, c'est le mode de fonctionnement de secours préventif à domicile, que nos voisins paraissent appliquer sur une grande échelle, et, disent-ils, avec de très heureux résultats. Ce sujet est déjà à Paris l'objet d'importantes études, auxquelles M. Mélier apportera des élémens nouveaux.

On est heureux d'avoir à reproduire la lettre suivante, adressée au rédacteur du *Journal de Constantinople* :

« Monsieur,

» Je viens vous prier d'ouvrir les colonnes de votre estimable journal à la rectification suivante d'un bruit odieux :

» Un de nos plus honorables docteurs, M. Pelletan, vient d'être l'objet, ces jours derniers, d'une calomnie.

» Au dire de personnes mal informées, M. Pelletan, en ce moment médecin en chef de Choumla, aurait été gagné par l'or de la Russie pour empoisonner Omer-Pacha. Le général n'aurait été sauvé du danger qui le menaçait que sur l'avis qui lui serait parvenu à temps de l'attentat qu'on voulait commettre sur sa personne, et il n'est bruit aujourd'hui que du moyen dont Omer-Pacha aurait fait usage pour se débarrasser du traître, moyen qui aurait consisté à obliger le docteur à boire le poison que celui-ci destinait au maréchal.

» Nous devons rassurer les nombreux amis de M. le docteur Pelletan, et leur affirmer que tout cela n'est qu'une fable inventée par la malveillance, et que, Dieu merci! Omer-Pacha ainsi que M. Pelletan, au milieu des fatigues de tout genre, qu'ils sont heureux de pouvoir supporter, n'ont eu besoin d'aucune potion; c'est-à-dire que l'un et l'autre n'ont jamais cessé de se porter à merveille.

» Agréez, etc.

Chateau-Reynaud. »

Nouvelles du choléra. — Le choléra continue à s'étendre dans les localités qui entourent les deux villes dans lesquelles il a fait d'abord son apparition, Newcastle et Gateshead; mais sa marche est lente et ne rappelle encore, en rien, les progrès rapides des épidémies de 1832 et de 1849. A Newcastle, le 28 septembre, il y a eu seulement 35 nouveaux décès, ce qui portait, ce jour là, le nombre des morts à 1,280. A Gateshead, il y avait eu 20 décès; 327, en tout, depuis le début de l'épidémie. Des cas isolés ont été constatés à Shields, à Durham, à Sheffield.

A Londres, dans la dernière semaine, le nombre des décès, par le choléra, a été de 29; 15 hommes et 14 femmes, ce qui constitue une augmentation de 13 décès sur le chiffre de la semaine précédente; mais parmi ces 29 décès, 16 seulement ont été déclarés comme causés par le choléra asiatique.

En Prusse, à Berlin, le choléra, sans avoir jamais disparu entièrement, ne règne pas non plus d'une manière épidémique; car la mortalité est en moyenne de 40 décès par jour, et par toutes causes, sur une population de 430,000 âmes. Il paraîtrait cependant qu'il aurait présenté dans cette ville une gravité plus grande qu'à aucune époque; car il résulte des chiffres donnés par l'*Allgemeine med. cont. zeitung*, que sur 690 cas constatés dans cette ville, il y a eu 425 décès. Ce même journal fait remarquer que les quelques cas isolés que l'on observe maintenant, ne se montrent que dans des localités basses et malsaines, au voisinage des canaux et de la rivière.

En Danemarck, les choses sont également assez rassurantes; car, depuis plusieurs jours, on ne compte pas de décès, bien qu'il y ait eu quelques nouveaux cas. Dans le Zutland, l'épidémie, après avoir fait beaucoup de ravages, aurait disparu tout d'un coup. Somme toute, depuis son apparition, le fléau a enlevé 4,077 personnes sur 7,517 qui ont été frappées.

En Suède et en Norwège, le choléra semble avoir perdu de son intensité, mais ses progrès ne sont pas encore arrêtés. A Stockholm, depuis le début jusqu'au 20 septembre, le nombre des cas a été de 3,378, et celui des décès de 1,995. A Caljerona, 1,859 cas, 1,006 décès; à Noorkoping, 1,494 cas, 480 décès.

A Christiania, il n'y avait pas eu de nouveaux cas depuis le 10 septembre; mais le nombre des cas depuis le début s'élevait à 2,005, et celui des décès à 1,269. Un petit village aux environs de Christiania, Laurvig, avait perdu 139 personnes sur 235 qui avaient été frappées par l'épidémie.

— L'honorable M. Arago, dont la santé s'affaiblit de jour en jour, n'assistait pas lundi dernier à la séance hebdomadaire de l'Académie des sciences.

— Sur la proposition du comte d'Aberdeen, la reine d'Angleterre vient d'accorder à la veuve du docteur Moir, chirurgien à Musselburgh, connu par quelques publications littéraires, une pension de 100 livres sterlings (2,500 fr.).

— M. Durand vient, par son testament, de donner 2,000 livres (50,000 fr.) à l'hôpital royal orthopédique de Londres. Cette institution philanthropique n'est soutenue que par des legs volontaires, et sera à même, grâce à ce don, d'étendre son influence charitable.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 118. SEPTIÈME ANNÉE. **Mardi 4 Octobre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

OBSTÉTRIQUE.

PARTURITION; — MÉTRITE; — PÉRITONITE; — RUPTURE DE LA MATRICE ET DE L'ESTOMAC.

A Monsieur le docteur RICHELOT, *gérant de* L'UNION MÉDICALE.

Très honoré confrère,

Je voulais, depuis longtemps, vous remercier des réflexions dont vous avez fait suivre mon observation d'éclampsie, et vous envoyer quelque cas intéressant de toxicologie; mais mon bagage pratique étant très léger à cet endroit, pour ne plus être en retard avec vous, je puise dans celui du voisin, et j'appelle toute votre attention sur une relation que j'emprunte à la chronique des hôpitaux de Madrid :

Parturition, — métrite, — péritonite;
Rupture de la matrice et de l'estomac.

Mon but est de traduire fidèlement l'article du docteur José Benavidès, et de le faire suivre, comme appel à vos lumières, de quelques points d'interrogation.

N. N..., âgée de 21 ans, née à Zamarramala (Ségovie), servante, de tempérament sanguin, lymphatique et de bonne constitution, entre le 21 mars 1853 dans la salle Saint-Rémond de l'hôpital général de Madrid.

Elle avait toujours joui d'une excellente santé; la menstruation s'était établie à 14 ans, et avait suivi un cours régulier jusqu'au mois de juin 1852, époque de sa première grossesse. Interrogée sur son état actuel, elle affirme que le 19 elle a ressenti, de temps à autre, des douleurs, qui, de la région hypogastrique s'étendaient à la lombaire, augmentant en fréquence et en intensité.

Elle n'a pas d'appétit; visage rouge et vultueux. Calorification générale augmentée. Agitation. Lèvres et langue sèches. Douleur profonde, obtuse, gravative, s'exaspérant à la pression. Constipation. Utérus abaissé, mouvemens du fœtus perçus par la mère. Orifice du col assez dilaté pour sentir la tête de l'enfant engagée dans la cavité pelvienne en première position. Pouls dur, élevé, fréquent.

Prescription : Diète; régime tempérant, saignée du pied de 250 grammes.

Le 22, persistance des mêmes symptômes. Diète absolue. Deuxième saignée.

Le soir, la physionomie se fait triste; les yeux, enfoncés dans leur orbite, s'entourent d'un cercle livide; le visage prend une coloration pâle, légèrement terreuse; les bords et l'extrémité de la langue sont rouges et secs. Soif plus intense. Nausées, vomissemens de matières bilieuses. Ventre plus volumineux, très sensible à la pression. Tympanite. Pouls petit, mais plus fréquent. Les contractions utérines se succèdent au point de faire croire à une prompte délivrance.

Prescription : Décoction légère et édulcorée d'herbe-aux-puces (*plantago psillium*), alternant avec de l'eau d'orange pour boisson. Potion anti-spasmodique par cuillerées de 2 en 2 heures. Fomentations émollientes. Linges chauds. Bain général à 28°.

Le 23, la soif a diminué et les vomissemens ont disparu : la nuit elle avait ressenti une douleur plus aiguë à la région épigastrique. L'abattement général est plus notable. Le pouls, de plus en plus petit, contracté, irrégulier.

Il s'échappe de la vulve un liquide séreux, brun et fétide. La mère ne perçoit plus les mouvemens du fœtus dont la tête est engagée au détroit inférieur.

En présence de ces symptômes, après lui avoir fait administrer le secours spirituels, je termine à midi le part au moyen du forceps, qui amène très facilement un fœtus mort, puis je retire avec la main le placenta déjà détaché des parois de la matrice.

La malade reste paisible pendant quelques instans, mais des lipotimies entrent en scène; le ventre, au lieu de diminuer, se fait plus dur, résistant, tympanique.

Le pouls est filiforme et intermittent. Les extrémités froides. Sueur copieuse répandue sur tout le corps. Mort à minuit.

Nécroscopie. — Le fœtus ne présente rien de particulier; il paraît sain, sans lésion appréciable dans aucun de ses organes.

Quant à la mère, il me semblait d'abord inutile de rechercher les causes de la mort dans les cavités thoraciques et encéphaliques; toutefois, pour connaître tout ce qui, directement ou indirectement, avait amené une fin si désastreuse, j'en pratique l'ouverture. Rien d'anormal.

En ouvrant la cavité abdominale, j'aperçois un épanchement de liquide hétérogène qui participe des caractères de la sérosité du sang, mélangé à des substances médicinales, et dont l'odeur a beaucoup d'analogie avec celle du gaz hydrogène sulfureux.

Je ne tardai pas à en découvrir la source : à la face supérieure et antérieure de l'estomac, près de son extrémité pylorique, je constate une large ouverture de 2 pouces 1/2 à 3 pouces d'étendue, formant un lambeau inférieur sur lequel existaient quelques-unes des substances déjà décrites, qui, de l'estomac, se sont répandues dans la cavité péritonéale.

Le péritoine présente sur ses deux faces (viscérale et pariétale), des arborisations rouges et des plaques de même couleur et de diverse largeur.

L'utérus, dont les dimensions s'éloignent beaucoup de l'état normal, est rouge, flasque, ramolli; à sa face postérieure et à la partie inférieure du corps, se montre une rupture transversale de 1 ou 2 pouces d'étendue, avec bords amincis et livides.

Voici le résumé des réflexions dont le docteur Bénavidès fait suivre l'observation ci-dessus.

Le travail de l'accouchement était manifeste. Douleurs lombaires. Abaissement du corps de l'utérus. Dilatation du col; assez grande pour reconnaître la tête de l'enfant engagée au détroit supérieur, en première position.

La métrite était caractérisée par la coloration du visage; l'agitation générale et la calorification, la nature de la douleur (obtuse, profonde, gravative, s'exaspérant à la pression), les qualités du pouls (dur, élevé, fréquent).

La tristesse de la physionomie, la pâleur du visage, l'enfoncement des yeux dans leur orbite, la sécheresse de la langue, les nausées, les vomissements, la tympanite, la fréquence et la petitesse du pouls, indiquaient manifestement une lésion profonde du péritoine.

Nous avions donc : Parturition, — Métrite, — Péritonite.

L'autopsie nous ayant démontré la rupture de la matrice et de l'estomac, nous devons nous demander :

Quelles sont les causes de la métrite? Celles de la péritonite?

La rupture de la matrice est-elle cause ou effet de l'inflammation?

Comment est advenue la rupture de l'estomac?

On se rend compte de la métrite en songeant que, pendant la grossesse, l'utérus est le centre d'une fluxion et d'une surexcitation habituelle, et qu'en raison de son augmentation de volume, il est exposé à l'action mécanique des agens extérieurs. — Coups, violences, pression, etc.

Pendant que l'inflammation de l'utérus s'étendait, par continuité et par contiguïté, aux tissus environnans et à ceux contenus dans la cavité péritonéale, sa substance même devait subir un ramollissement notable, au point de ne pouvoir résister aux effort des contractions utérines.

La rupture ne pouvait être occasionnée par le forceps; son application ayant été facile, et les lésions, dans ce cas, se limitant au col de l'organe.

La rupture de l'estomac était plus difficile à concevoir, vu l'état antérieur de parfaite santé.

Toutefois, nous observerons que l'inflammation, en irradiant de l'utérus au péritoine et à l'estomac, devait l'altérer dans sa structure intime; de plus, elle devait donner naissance à une plus grande quantité de gaz qui, de la masse intestinale se

Feuilleton.

PARIS MALADE.

Vous êtes à même de rencontrer à votre première sortie beaucoup d'individus plus ou moins pâles, mais offrant tous, et de la façon la plus incontestable, la physionomie triste et l'air abattu. D'où souffrent-ils ces individus-là? Ils ont la *nostalgie* de leur ancien quartier supprimé, de leur vieille maison démolie. En général, ils n'aimaient pas leur propriétaire, et ils estimaient médiocrement leurs voisins, mais ils tenaient à la mansarde, au grenier, au petit logement qui était censé les avoir vu naître, bien qu'en définitive il n'y ait rien d'aveugle, d'indifférent comme une mansarde, un grenier, un petit logement. Après tout, la *nostalgie* en question présente son côté honorable : la fidélité, le souvenir ne font pas tant de malades, que nous soyons dispensés d'accueillir favorablement ceux qui se trouvent dans ce cas. Une femme de génie, — ce qui prouverait peu, — mais une baronne, — ce qui prouve beaucoup plus, — préférait à tous les sites du monde son ruisseau de la rue du Bac; pourquoi des milliers de pauvres gens ne regretteraient-ils point leur ancienne rue fangeuse, leur antique petite allée sombre que longeait un ruisseau d'eaux ménagères?

Un des malades dont il s'agit se plaignait à nous dernièrement, et nous demandait notre avis sur la prétendue inopportunité de tant d'expropriations, coup sur coup. Nous lui répondîmes la vérité, ce qui est une des manières les plus brutales, mais les plus sûres, de ne jamais guérir les gens; et la vérité, la voici : au point de vue de l'hygiène, ce n'est pas ce qu'on démolit qui nous étonne, c'est ce qu'on ne démolit pas encore. Nous savons bien qu'il faut avoir de la patience, et nous en avons en tout et pour tout; mais enfin, des hommes raisonnables, après n'avoir point osé espérer la millième partie des tentatives réalisées aujourd'hui, rêvent davantage, dans l'intérêt même du bien-être et de la santé publique. Ils ne laissent rien ou presque rien subsister du vieux Paris, par la pensée : ils rêvent un Paris neuf, c'est-à-dire renouvelé comme le Pont-Neuf, qui a mérité son titre à force de savoir attendre; un Paris sans traditions, un Paris d'hier, à propos duquel le dernier provincial, venu le soir par le dernier chemin de fer inauguré le matin même, pourra dire : *J'en suis*, à la barbe du Parisien *né natif*.

Ainsi donc, tout en reconnaissant ce qu'il y a de pénible et d'inexorable dans la situation de quelques-uns des braves gens atteints de la nostalgie régnante, nous les félicitons, médicalement parlant, de l'origine de leur maladie; la guérison viendra ensuite. Nous sommes loin, d'ailleurs, de partager la crainte de celui qui nous répondait : Vous avez beau me consoler, il faut maintenant tant de rues et tant de places qu'il n'y aura bientôt plus de maisons.

Dieu nous garde de calomnier personne : ce que nous allons ajouter ne nous est inspiré ni par les faits, ni par nos honorables confrères.

Nous empruntons nos idées à la philosophie générale et à l'observation de tous les temps; elles étaient vraies au temps de l'enceinte de Paris sous Philippe-Auguste; de la nouvelle enceinte sous Charles VI; de la nouvelle enceinte sous François Ier; de la nouvelle enceinte sous Henri IV; de la nouvelle enceinte sous Louis XIV; de la nouvelle enceinte sous Louis XVI; de la nouvelle enceinte sous Louis XVIII, et des fortifications sous le roi Louis-Philippe.

Il est toujours grave de faire pénétrer la lumière, le soleil, là où régnait l'obscurité. Les humains sont lents à reconnaître un pareil bienfait; disons tout : un pareil bienfait les offusque, les aveugle et leur est longtemps insupportable. L'homme, voyez-vous, l'homme considéré en dehors de sa fin religieuse et spirituelle, l'homme est un pur animal. Quelques philosophes ont prétendu qu'il parcourait l'échelle entière de l'organisation et de l'animalité avant d'atteindre le complément d'organisation qui l'élève au-dessus des autres espèces et le fait homme.

Il serait plus facile, selon nous, d'établir et de montrer qu'il tend par son propre poids (physique, bien entendu,) et par le cours de ses instincts (matériels, cela va sans dire,) à rentrer dans toutes et dans chacune des catégories, même les plus infimes, de l'animalité. Pour vous en convaincre, examinez bien l'effet de l'habitude, cette seconde nature! Ici l'homme vit de l'humidité de sa cabane et de sa paille : on le rencontre fécondant et pullulant là-dedans, là-dessus, comme certains animaux sous l'humidité des pierres; plus loin, il engraisse par l'obscurité, et nous pourrions presque dire par la fange. Mais nous respectons nos lecteurs, gens de science et d'observation : aussi la passion de la littérature ne nous entraîne pas à tracer, pour eux, tous les tableaux, à faire toutes les comparaisons qui se présentent à notre esprit, comme au leur, et sous notre plume. Nous poserons simplement le fait, dégagé encore une fois de toute allusion actuelle, et emprunté à l'observation la plus générale et la plus ancienne : l'homme s'habitue aux conditions de la brute; il finit même par s'en accommoder et par en vivre. — C'est même là le seul argument, peut-être, que puissent invoquer en faveur de leurs théories, les partisans — s'il y en a — de l'ignorance et de la misère.

Dans notre franchise, nous répondions encore au pauvre Parisien malade qui nous interrogeait plus haut, qu'il y aurait à faire incessamment, pour les villages, ce que l'on a déjà entrepris pour les villes. Cela pourra sembler paradoxal, et cela, pourtant, est vrai, exact : il y a très peu de villages bien aérés; presque partout, l'homme a neutralisé, par quelque maladresse, le bénéfice même de la situation, du site et de la nature.

Il s'élève d'un grand nombre de bourgs comme un bise fade de malpropreté et de misère, qui porte physiquement et moralement au malaise.

Quelles jouissances sont donc attachées à la malpropreté extrême? Il est évident que certaines populations — chaque jour plus rares, il est vrai — s'y complaisent; elles ne la supportent pas cette malpropreté, elles l'aiment. Mais pourquoi chercher d'autres torts à ceux qui ont déjà le malheur d'être pauvres? La grande ignorance et l'excessive pauvreté désintéressent de tout, même de la santé. Qu'était-ce qu'un village beaucoup trop souvent? Quelques masures rapprochées sans se toucher, comme si elles étaient suspectes l'une à l'autre, laissant entre elles des ruelles fangeuses. La rue était tracée par des flaques d'eau. Au pied de chaque masure pourrissait un peu de fumier. Ah! si les maisons poussaient comme les plantes, elles auraient vite monté, grâce à l'engrais!

répandant dans l'estomac, en augmentaient de beaucoup le volume.

Dans ces conditions particulières, les contractions des muscles abdominaux, du diaphragme dans les efforts du vomissement et de la parturition, devaient amener la rupture de l'estomac. Son siége à la région pylorique pouvait faire croire à l'usage de quelque substance irritante, mais la malade a affirmé ne pas en avoir fait usage, et l'on n'a pas observé les premiers jours de symptômes d'irritation gastrique.

Tout cela indique :

Que la rupture de l'utérus a été consécutive à l'inflammation de cet organe ;

Que de l'utérus l'inflammation s'est étendue au péritoine ;

Que la péritonite a été la cause de la rupture de l'estomac. (Les membranes devenues fragiles par la propagation de l'inflammation, trop dilatées par l'expansion des gaz, n'ont pu résister aux contractions des muscles abdominaux et du diaphragme.)

Ne vous semble-t-il pas, très honoré confrère, que cette observation est très intéressante, eu égard à la nature des lésions, à leur multiplicité?

Pensez-vous qu'il y ait, dans la science, des cas de rupture simultanée de l'estomac et de l'utérus?

On assigne aux premières des causes mécaniques, toxiques et internes. M. Bouillaud a cité, dans les *Archives*, une lésion produite par des efforts de défécation.

Les poisons amènent une altération des tissus, une corrosion qui se transforment en ulcération, en solution de continuité!

M. Voillemier a réuni plusieurs cas de perforation spontanée ou par cause interne.

Mais Morgagni avait déjà admis, en principe, que la plus grande partie des perforations de cet organe appartiennent à des ulcérations ; de là, la nécessité de chercher, avant la cause occasionnelle, la préexistence d'une altération du tissu même des membranes.

On s'explique difficilement les ruptures de l'utérus dans le moment de la parturition, sans arrêter sa pensée sur une cause mécanique.

Ne pourrait-on pas désirer de plus amples détails relativement à la description des ouvertures stomacale et utérine, à la nature de ces solutions de continuité, à l'aspect de leurs bords, à leurs rapports avec les parties environnantes?

L'analyse des substances recueillies dans l'estomac et dans la cavité péritonéale n'aurait-elle pas apporté un jour nouveau dans la question? En pareilles occurrences, l'affirmation d'une femme est insuffisante : qui nous assure qu'elle n'avait pas recouru à des moyens illicites pour favoriser le part.

Est-il besoin d'admettre une corrélation entre les deux lésions?

Répugnerait-il de croire d'un côté :

1° Que par l'ingestion d'une substance irritante dans l'estomac, l'organe s'était enflammé, d'où le ramollissement de ses membranes, et par suite des efforts de vomissemens et des contractions musculaires, sa rupture, l'extravasation du liquide dans le péritoine, la propagation de la phlegmasie à ses parois.

2° D'autre part, que l'inflammation de l'utérus, soit qu'elle fût produite par la diffusion de l'inflammation du péritoine, soit qu'elle fût antérieure à celle-ci, provenant de manœuvres ou de violences extérieures, devait amener une altération de substance dans les parois, flasques et ramollies. Ne devenait-il pas très facile de les percer soit par le forceps, soit par la main introduite pour dégager le délivre.

En d'autres termes, trouve-t-on, dans tout ce qui vient d'être dit, des raisons assez convaincantes pour penser :

1° Que la rupture de l'estomac a été le résultat de l'inflammation de l'organe, par suite de l'ingestion d'une substance irritante, sa dilatation par les gaz, les contractions n'étant que des causes occasionnelles ;

2° Que la rupture de l'utérus a été produite par une manœuvre, forceps ou main, sur un organe altéré par l'inflammation?

Dr Prosper DE PIÉTRA-SANTA.

Paris, ce 23 septembre 1853.

PHYSIOLOGIE.

EXPÉRIENCES PHYSIOLOGIQUES SUR L'ABSORPTION PAR LE TÉGUMENT EXTERNE CHEZ L'HOMME DANS LE BAIN;

Par le docteur HOMOLLE.

(Suite. — Voir le numéro du 1er Octobre.)

TROISIÈME EXPÉRIENCE. — Le lundi 25 octobre, à 6 heures 1/2 du matin, je pris un bain tenant en solution 100 grammes d'iodure de potassium, en m'entourant des mêmes précautions que pour le précédent.

L'urine, rendue la veille à 10 heures du soir, pesait 1019. Celle du matin, au moment d'entrer dans le bain, pèse 1025, est fortement colorée, à réaction très acide, et laisse déposer, par le refroidissement, des cristaux lamellaires d'acide urique.

A l'issue du bain, prolongé 1 heure 1/2, l'urine rendue est de couleur citrine claire, très limpide, à réaction alcaline, et n'a plus que 1005 de densité.

Dix grammes de cette urine, mêlés d'un peu d'empois, et additionnés d'un excès d'acide azotique, ne présentèrent aucune coloration ; tandis que l'eau du bain, examinée de la même façon, trahissait, par une coloration bleue foncée, la présence de l'iode mis à nu.

L'urine, évaporée aux deux tiers, laisse dégager de nombreuses bulles de gaz inodore par l'addition d'acide tartrique en excès, en même temps que se dépose un précipité cristallin, qui, lavé et recueilli sur un filtre, présente les caractères du bitartrate de potasse. Le précipité salin, séché et brûlé dans une capsule de platine, avec addition d'acide azotique pour détruire toute la matière organique, présente, en brûlant, le phénomène de fuser, mais non d'une manière explosive, comme le fait du bitartrate obtenu, comme contrôle par précipitation d'une urine additionnée de sous-carbonate de potasse.

Le résidu de la combustion est fusible dans les deux cas; mais complètement déliquescent pour le bitartrate de potasse, il offre, pour le premier sel, les caractères d'un mélange de soude et de potasse, avec prédominance de la première, combinée en partie à l'état de phosphate.

Il devenait évident que la peau n'avait laissé passer aucun atome d'iode, et cependant l'urine était alcaline ; sa densité avait diminué dans des proportions considérables, et c'était à la potasse carbonatée, contrairement aux conditions physiologiques, qu'elle paraissait devoir, au moins en partie, cette forte alcalisation.

Ainsi, la question, de simple que je l'avais crue au premier abord, se compliquait en s'agrandissant, et me conduisait à de nouvelles expériences.

QUATRIÈME EXPÉRIENCE. — Pour contrôler la dernière, je pris le mercredi 27 octobre, à 6 heures 1/2 du matin, la solution d'un gramme d'iodure de potassium, et, immédiatement après, une tasse de 200 grammes de décoction de gruau sucrée. L'urine recueillie à ce moment était acide et pesait 1025. J'eus le soin de rincer immédiatement la bouche avec de l'eau amilacée, jusqu'à ce que les réactifs n'y décélassent plus la présence de l'iode.

Cinq minutes après, une gorgée d'eau de gruau, agitée une minute dans la bouche, puis reçue dans un verre à expériences, manifestait la présence de l'iode, en se colorant en bleu par l'addition de quelques gouttes d'acide azotique.

Les premières portions d'urine, recueillies à 7 heures, décélèrent également la présence d'une notable proportion d'iodure ; elle ne pesait plus que 1012 et était alcaline. Ainsi, l'iodure de potassium ingéré dans l'estomac était absorbé et rapidement éliminé, sans décomposition, par les glandes salivaires et par les reins.

L'urine recueillie à cinq heures du soir, contenait encore une quantité notable d'iodure ; à 10 heures, les réactifs indiquaient encore la présence de l'iode ; le lendemain matin, je ne pus en constater de traces.

Ce résultat me conduisait à expérimenter comparativement la propriété absorbante ou endosmotique de la peau et de la membrane muqueuse intestinale.

CINQUIÈME EXPÉRIENCE. — Le 28 octobre, ayant détaché sur le cadavre d'une jeune femme un lambeau de peau de la partie supérieure et interne du bras, je l'isolai avec soin de la couche sous-jacente de tissu cellulaire graisseux, j'en recouvris une éprouvette contenant de l'urine d'une densité de 1016 à réaction acide.

Cette éprouvette fut ensuite renversée dans une solution au 1/10000e d'iodure de potassium, la face épidermique de la peau répondant à la solution iodique.

Il n'y eut aucun changement de niveau dans la hauteur de la colonne liquide constituée par l'urine ; rien de physiquement appréciable ne fut observé, et quatre heures après, l'urine présentait exactement la même densité et ne contenait pas trace d'iode, mais la réaction au papier de tournesol n'était plus aussi franchement acide.

SIXIÈME EXPÉRIENCE. — Une expérience semblable fut faite avec une solution de sel marin, additionnée de quelques gouttes de perchlorure de fer, versée dans un tube dont l'extrémité ouverte fut fermée avec un lambeau de peau préparée comme je l'ai dit. Ce tube fut ensuite renversé dans une solution de cyanure ferroso-potassique, mais sans donner, après six heures, traces d'endosmose.

La peau enlevée du tube bleuissait du côté épidermique par le contact du sel de fer, tandis que la face profonde bleuissait quand on la touchait avec le prussiate.

La peau s'était donc opposée au mélange des deux solutions qu'elle avait complètement isolées.

SEPTIÈME EXPÉRIENCE. — Deux expériences comparatives furent faites avec les tuniques de l'intestin grêle.

Dans l'une, la surface muqueuse de l'intestin correspondait à la solution ferrugineuse, et, dans l'autre, au prussiate de potasse. L'absorption eut lieu dans le tube dont la membrane correspondait, par sa face muqueuse, au cyanure ; la solution de persel de fer contenue dans le tube prit rapidement, à la partie inférieure, une coloration bleue, que l'agitation étendit à tout le liquide.

Dans la deuxième expérience, la face péritonéale de la membrane, en rapport avec le soluté de prussiate, prit un aspect blanc nacré, laissant apercevoir au-dessous d'elle une couche arborisée, colorée en bleu, répondant à la tunique cellulo-vasculaire, tandis que la surface muqueuse, répondant au sel de fer, prenait un aspect tomenteux et une coloration jaunâtre sans trace de bleu ; ni l'un ni l'autre des liquides ne se colora.

HUITIÈME EXPÉRIENCE. — Une expérience fut faite en faisant plonger, dans une solution de bicarbonate potassique, un tube contenant une solution d'acide tartrique, fermé d'un lambeau de peau dont le côté épidermique répondait à la solution alcaline.

Au bout de 12 heures, il n'y avait pas de réaction apparente, et la peau, détachée du tube, présentait l'épiderme soulevé en ampoule, comme cela a lieu par l'application d'un vésicant.

Le derme était infiltré de la solution acide qui remplissait l'ampoule, tandis que la face externe de l'épiderme présentait une réaction alcaline au papier de tournesol. Ainsi, l'absorption avait été nulle, et l'exhalation de la solution acide n'avait été empêchée que par l'épiderme.

Nous consolions notre Parisien en lui montrant les bourgs, les villages eux-mêmes changeant d'aspect. Cette œuvre forcée de notre civilisation matérielle n'excitait, chez lui, qu'un sourire maladif d'incrédulité; l'évidence lui crevait les yeux, la nécessité accablait son esprit, et son cœur se débattait encore. Eh! mon Dieu! finit-il par s'écrier, quand vous aurez badigeonné, râclé, recrépi, rebâti la décoration de fond en comble, aurez-vous rendu la pièce meilleure, c'est-à-dire la vie, et les acteurs plus heureux.

A l'indiscrétion d'une pareille demande, nous reconnûmes que la nostalgie de notre interlocuteur prenait un caractère grave, trop grave pour notre petite science, et nous l'avons abandonné à lui-même.

Pour revenir à la généralité de notre sujet, *Paris malade*, nous dirons que la clientèle de certains docteurs a singulièrement voyagé depuis dix-huit mois, et que la *topographie médicale* de la grande ville est complètement à refaire. Que sont devenus ces groupes d'industrics et d'industriels, de débiteurs et de chalands qui formaient tel et tel quartier dans un quartier même, où certaines affections avaient droit de bourgeoisie, où toutes les affections, en général, prenaient comme un caractère de famille?

Que va-t-il résulter, médicalement parlant, de la dissolution de ces groupes? Tendent-ils à se reformer? Le peuvent-ils? La statistique viendra sans doute agiter, éclairer ces questions intéressantes. En attendant, l'administration municipale a donné un heureux coup de pied dans une fourmilière : chaque petit et noble insecte se sauve, court dans toutes les directions, emportant un brin des observations connues, des expériences toutes faites, de la science banale, et il y a observation, expérience, science à recommencer : nous ne disons pas à refaire.

Avant cinq ans, il y aura un volume à publier, un livre intitulé : *De l'influence du Paris moderne sur les mœurs et la mortalité dans la capitale.*

Le baron Richerand faisait paraître, vers l'année 1837, une œuvre que l'on aurait appelée rétrograde jadis, et qu'on ne saurait trop relire et méditer aujourd'hui ; nous y trouvons ce passage :

« L'administration travaillant sans relâche à faire disparaître toutes les causes d'insalubrité, la durée moyenne de la vie s'accroît chaque année pour les habitans de Paris; l'élargissement de ses rues et de ses quais, l'encaissement de la Seine, le dallage des boulevards, etc., font de la capitale de la France une des villes les plus belles et en même temps les plus salubres de l'Europe. Bientôt, *dit-on*, de nouvelles voies de communications, de larges rues, des places spacieuses, seront établies sur tous les points où l'entassement est le plus considérable; alors disparaîtront ces foyers d'insalubrité et de *sédition* existans dans les quartiers les plus populeux, et les magistrats de la cité auront atteint le triple but de l'embellir, de l'assainir et de la rendre en même temps plus facile à contenir. »

Le livre de M. le baron Richerand a pour titre : *De la population dans ses rapports avec la nature des gouvernemens.* C'est une œuvre de médecine politique, comme on n'en fait plus. La citation que nous venons d'y puiser atteste et prouve de quelle sollicitude la bonne ville a toujours été l'objet. Si ses habitans ne deviennent pas immortels, c'est uniquement par la faute de la nature, qui ne le veut pas. Consolons-nous donc de la *nostalgie* régnante ; elle passera : deux ou trois petits théâtres de plus, et la gaîté renaîtra bien vite chez les malades les plus atteints du mal d'arrondissement et de quartier. Ce mal est moins grave et menace moins l'humanité que celui des pommes de terre et de la vigne. — Que dites-vous, Monsieur, de ces deux épidémies? On peut ne pas s'intéresser à la pomme de terre, c'est une racine peu comme il faut; mais la vigne, c'est le vin, et le vin, c'est le sang de la terre. La terre a une maladie du sang!

Si nous étions vraiment le peuple spirituel, gai, généreux, dont on parle tant.... pour ne rien dire, la maladie de la vigne, il y aurait un deuil public, un deuil en vers et en prose, en chansons, en toast, etc., à l'occasion d'une pareille épidémie. Mais non, chacun laisse les autorités compétentes proposer des prix pour la découverte d'un remède ; puis, dans cette ville où se consomment tant de barriques, chacun s'en va répétant : la vigne est souffrante, avec l'indifférence d'un écolier qui répète, d'après Bossuet : Madame se meurt, madame est morte!

Ingrate cité, tu ne chantes pas la maladie de la vigne; il n'y a pas de chanson populaire là-dessus! Nous avions bien raison de dire en commençant :

Paris changé! Paris malade!

Pierre BERNARD.

RÉGIME ALIMENTAIRE DES LYCÉES. — Une commission, composée de MM. les docteurs Bérard, inspecteur général des études médicales, Benjamin Levraud, Gillette et Alibert, médecins des lycées, avait été nommée par M. le ministre de l'instruction publique pour examiner ce sujet important.

A la suite du rapport fait par cette commission, M. le ministre vient de prendre un arrêté qui règle ainsi qu'il suit le poids de la viande cuite, désossée et parée, délivrée à chaque élève :

Pour les *grands*, 70 grammes par tête et par repas;

Pour les *moyens*, 60 grammes;

Pour les *petits*, 50 grammes.

Lorsque le repas se composera de deux plats de viande, les deux parts réunies devront peser un tiers en sus du poids ci-dessus fixé.

Le vin, suivant sa force, entre pour un quart ou pour un tiers dans la composition de la boisson donnée aux élèves.

Au commencement de chaque semaine, le menu des repas présenté par l'économe, approuvé par le médecin, est arrêté par le proviseur, qui se conformera aux règles suivantes :

Le repas du matin se composera, non pas seulement pour les plus jeunes enfans, mais pour tous les élèves indistinctement, en hiver, d'une soupe ou d'un potage, et en été d'une tasse de lait ou de quelques fruits avec une ration de pain convenable.

Le bœuf bouilli ne figurera dans le menu du dîner que trois fois par semaine au plus, et ces jours-là les élèves auront un second plat de viande.

Lorsque le menu du dîner ne se composera que d'un plat de viande, cette viande sera rôtie ou grillée.

Les jours gras, un plat de viande sera toujours servi au souper.

Les jours maigres, aux légumes aqueux, aux confitures, aux fruits secs, etc., on substituera comme second plat des mets plus substantiels, consistant en poissons, œufs, farineux, etc.

La durée du dîner est d'une demi-heure; celle du souper de 20 minutes au moins.

NEUVIÈME EXPÉRIENCE. — Cette expérience fut renouvelée en remplaçant la peau par un lambeau de membrane intestinale dont la face muqueuse répondait à la solution alcaline, tandis que la face péritonéale était en contact avec la solution d'acide tartrique.

Des bulles de gaz, assez nombreuses, se formèrent à la surface muqueuse de la membrane, et se dégagèrent de la solution potassique sans que la solution acide, contenue dans le tube, en laissât voir (1).

Pour arriver à des résultats encore plus précis, je voulus renouveler, en m'entourant de précautions plus minutieuses, les expériences d'endosmose faites avec la peau humaine, et procédai ainsi :

DIXIÈME EXPÉRIENCE. — Le 7 mai 1853, un lambeau de peau pris sur le cadavre d'une femme de 60 ans, à la partie interne et supérieure du bras et séparée avec soin du tissu cellulaire graisseux, est mis à macérer dans l'eau distillée, renouvelée trois fois en 12 heures (la dernière eau ne se troublait pas par l'azotate d'argent); je recouvre, avec cette peau, l'une des extrémités de deux tubes, de deux centimètres de diamètre et de vingt centimètres de longueur, ouverts à leurs deux bouts et munis d'un rebord qui permet d'y fixer exactement la membrane tégumentaire, tendue par une ligature en fil ciré, de manière à présenter extérieurement le côté épidermique.

Après avoir introduit dans chacun des deux tubes, ainsi fermés d'un côté, 100 millilitres d'eau distillée, exactement mesurés dans un tube gradué, je fais plonger l'un dans une éprouvette contenant de l'eau distillée, l'autre dans une solution de chlorure de sodium à 105° de densité. Huit heures après, l'eau contenue dans les tubes, mesurée avec soin, n'a augmenté ni diminué sensiblement; elle ne présente pas de réaction au papier de tournesol; elle ne se trouble pas par l'azotate d'argent, mais se colore en brun après quelques minutes, aussi bien l'eau du tube plongé dans l'eau distillée, que celle du tube plongeant dans la solution saline.

Dix-huit heures après, les résultats observés sont les mêmes; seulement, l'action de l'azotate d'argent est plus rapide et plus prononcée : 20 grammes de cette eau, évaporés dans une capsule de porcelaine, présentent, pendant l'opération, une odeur animalisée très marquée; le liquide se colore et réduit au volume d'une cuillerée à café, il fait virer légèrement au bleu le papier rougi de tournesol, et précipite par l'azotate d'argent. Enfin, une goutte versée sur une lame de verre, et abandonnée à l'évaporation spontanée, présente au microscope des cristaux en feuilles de fougère (chlorhydrate d'ammoniaque) et un ou deux très petits cubes de chlorure de sodium (2).

Les résultats ont été sensiblement les mêmes avec l'eau du tube plongeant dans l'eau distillée simple.

Je crois devoir en conclure que la trace de chlorures dans l'eau des tubes, tenait à la matière organique dissoute par l'eau après une aussi longue macération.

L'absorption avait donc été à peu près nulle; mais il est important de tenir compte de l'étendue si faible de la surface cutanée, comparée à celle que présente le développement du tégument externe plongé dans le bain.

En présence de l'incertitude que laissaient nécessairement les expériences précédentes, je résolus de continuer d'étudier l'influence du bain dont je cherchai d'ailleurs à varier les conditions.

Le doute où m'avait laissé l'expérience (3me), relativement à l'absorption de l'élément alcalin contenu dans l'eau du bain, me détermina à essayer le chlorhydrate d'ammoniaque (chlorure d'ammonium), dont les élémens constitutifs offraient une grande facilité d'appréciation pour leur recherche dans l'urine.

ONZIÈME EXPÉRIENCE. — Le 6 août 1853, à 6 heures 10 minutes du matin, bain à + 34° centigrades, contenant en solution 500 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque.

Le pouls, avant le bain, battait 68 fois par minute (la nuit précédente avait été mauvaise). L'urine, rendue au moment même d'y entrer, était très acide, jaune foncée, avec énéorème, et pesait 1029.

A 7 heures 1/2, 90 grammes d'urine limpide, de couleur citrine pâle, fortement alcaline, pesant 1017.

Le pouls est descendu à 60. Déjeûner dans le bain.

A 8 heures, le pouls est remonté à 64. L'urine excrétée pèse 1018; elle est sensiblement moins alcaline. Sortie du bain. L'urine rendue une demi-heure après est acide; elle ne pèse plus que 1014.

Examen de l'urine alcaline rendue après 1 heure 20 minutes d'immersion dans l'eau chargée de chlorhydrate d'ammoniaque.— Une goutte abandonnée à l'évaporation spontanée sur une lame de verre présente, au microscope, trois très petits cristaux cubiques de chlorure de sodium, sans aucune apparence de cristallisation en feuilles de fougère (chlorhydrate ammoniacal). Un gramme de cette même urine versé dans un tube, laisse dégager par l'addition d'acide sulfurique dilué, quantité de bulles gazeuses inodores et ne formant pas de nuage apparent au contact de l'ammoniaque gazeuse.

Il y a effervescence lorsque l'expérience est faite avec l'urine chauffée et concentrée par évaporation.

La potasse caustique n'en dégage, même à chaud, aucune odeur ammoniacale, tandis que cet effet est produit de la manière la plus manifeste avec l'eau du bain.

L'acide tartrique en excès détermine immédiatement, et avec effervescence, la formation d'un dépôt cristallin offrant le même aspect que dans l'expérience troisième, ce dépôt cristallin recueilli et séché est carbonisé dans un creuset de platine, puis traité par l'acide azotique et chauffé au rouge; il brûle en fusant, *partiellement*, à la façon de l'azotate de potasse, puis fond en un liquide incolore qui se solidifie par refroidissement en une croûte blanchâtre, non déliquescente, bien que légèrement hygrométrique.

L'acide chlorhydrique transforme ce sel (carbonaté par absorption atmosphérique) en chlorure de sodium, dont les cristaux cubiques sont facilement appréciables au microscope.

(1) Une expérience faite avec la membrane de l'œuf démontrait également l'endosmose de la solution du prussiate double vers celle du persel de fer.

(2) L'expérience renouvelée avec un tube de 5 centimètres de diamètre plongeant dans la même solution saline, en quantité suffisante pour que la hauteur du liquide extérieur dépassât celle de l'eau du tube et exerçât une pression sur la peau qui fermait celui-ci, a conduit à des effets identiques.

Ces essais me paraissent établir suffisamment que le chlorhydrate d'ammoniaque n'a pas été absorbé en nature et que l'urine ne contenait pas une proportion plus forte de chlorure ou de sels ammoniacaux que l'urine normale; enfin qu'elle était alcalisée surtout par la soude à l'état de carbonate.

Quant aux effets physiologiques du bain, ils n'ont pas été appréciables, seulement ce bain prolongé avait plutôt augmenté que diminué les forces musculaires.

DOUZIÈME EXPÉRIENCE. — Le mercredi 3 novembre 1853, à 6 heures 1/4 du matin, je prends un bain additionné de 1 kilogramme de chlorure de sodium (sel marin).

L'eau du bain bleuit légèrement le papier de tournesol rougi par un acide; sa densité = 1003 à + 15° centig. L'urine, recueillie au moment d'entrer dans le bain, offre une réaction très acide et pèse 1029. La température du bain = 36° centig. et détermine une légère transpiration de la tête. A 7 heures, 100 grammes d'urine sont excrétés; elle est alcaline, moins colorée, et pèse 1024.

Le bain est rafraîchi et prolongé jusqu'à 8 heures.

A la sortie, excrétion de 200 grammes d'urine limpide à peine colorée, à réaction fortement alcaline ne pesant plus que 1015° qui se recouvre par le refroidissement d'une pellicule irisée. Celle-ci recueillie présente au microscope des cristaux en aiguilles ou en tablettes prismatiques sans qu'on en rencontre un seul cubique ou octaédrique.

Evaporée aux deux tiers, l'urine est toujours fortement alcaline. Additionnée d'acide sulfurique dilué en léger excès, elle fait effervescence sans dégager d'odeur chlorhydrique même en chauffant le mélange et sans former de vapeurs appréciables par l'approche d'un flacon d'ammoniaque.

Un dépôt cristallin se forme dans l'urine, et séparé par filtration présente les caractères du sulfate sodique.

L'urine filtrée, abandonnée à l'évaporation spontanée, n'a présenté aucune cristallisation de chlorure; elle a formé avec l'acide azotique une abondante cristallisation d'azotate d'urée.

Cette expérience renouvelée une deuxième fois présente les mêmes phénomènes.

Ainsi, pas d'augmentation des chlorures dans l'urine, alcalisation de celle-ci par la soude carbonatée.

Je voulus aller plus loin et remplacer les composés binaires haloïdes par de véritables combinaisons salines.

Je pris donc successivement :

(La fin à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

Séante à la Faculté de médecine.

Présidence de M. BARTH. — (Extrait des procès-verbaux.)

RAPPORTS ET DISCUSSIONS AU SUJET D'ENVOIS FAITS A LA SOCIÉTÉ.

I.

Parmi les ouvrages adressés à la Société, plusieurs ont été l'objet de rapports étendus. Dans une des dernières séances, M. CAFFE a analysé, avec tout le soin qu'il mérite, le *Compte-rendu des travaux de la Société médicale du 7me arrondissement.* La publicité donnée à ces travaux ne nous permet pas de suivre M. Caffe dans son analyse, qui lui a cependant fourni l'occasion de digressions que nous sommes fâché de ne pouvoir reproduire, mais qui, détachées du corps du rapport, perdraient de leur intérêt. Après le vote des conclusions (remercîmens et dépôt aux archives) plusieurs points soulevés dans le rapport ont été mis en discussion :

M. DEPAUL critique une explication donnée à propos de la naissance d'un enfant qui n'avait pas la variole, sa mère étant atteinte de cette maladie, explication tirée de ce que l'enfant, dans l'utérus, est soustrait à l'action de la lumière. Cette explication tombe nécessairement devant les faits; nombre d'enfans sont venus au monde portant des traces évidentes de variole.

A ce propos, plusieurs membres citent les observations qu'ils ont personnellement faites sur l'action préservatrice du développement des pustules varioliques par l'application des emplâtres de sparadrap, de Vigo, du collodion; MM. Barth, Giraldès, Depaul, Fournet, Ludger Lallemand, Larrey, Cherest, citent tous des faits à l'appui des avantages inhérens à cette pratique; mais on fait observer qu'il n'y a aucune parité à établir entre ces faits et le non développement de pustules varioliques pendant la vie intra-utérine; il faut tenir compte, dans ces expériences, de l'action médicamenteuse des substances employées.

M. CHEREST appelle l'attention de la Société sur un point du rapport relatif à l'opération césarienne. Il résulterait, du passage en question, que le médecin appelé auprès d'une femme enceinte, qui vient d'expirer, ne devrait faire l'opération que d'après la volonté de sa famille. M. Cherest demande à la Société si telle est sa manière de voir. Il pense, lui, que le médecin, en de si graves circonstances, porte seul tout le poids de la responsabilité morale, et qu'il doit agir dans les cas urgens sous l'inspiration de cette responsabilité.

M. BONNAFONT rappelle que, tout récemment, il s'est trouvé avec M. Despaulx-Ader, près d'une femme enceinte qui venait d'expirer, et qu'ils ont fait l'opération césarienne sous leur propre responsabilité; il se souvient qu'un prêtre présent exprima aussi l'opinion qu'en pareille circonstance il n'y avait pas à hésiter. Selon notre confrère, le médecin a toujours le droit et le devoir de pratiquer l'opération. Il y a là quelque chose au-dessus de la volonté des parens.

La Société n'admet pas que le médecin puisse jamais agir contre le gré de ceux-ci. Mais seulement elle croit qu'il doit insister de toutes ses forces, et présenter, s'il trouve de la résistance, toutes les considérations qui militent en faveur de l'opération.

II. *Du chloroforme.*

M. Ludger LALLEMAND a rendu compte à la Société d'un ouvrage récemment publié par un de ses correspondans, M. Yvonneau (de Blois), sous le titre : *De l'emploi du chloroforme et de ses différentes applications.*

Nous résumerons en même temps les points principaux du livre et les observations saillantes du rapport :

L'auteur s'est proposé de passer en revue les divers modes d'administration du chloroforme, et les différentes applications qui en ont été déjà faites à l'art de guérir.

Regardant cet agent, non seulement comme un puissant auxiliaire de la médecine opératoire, mais encore comme capable de rendre d'immenses services à la thérapeutique, il a cherché au début de son travail à amnistier le chloroforme des accidens mortels qui ont été la conséquence de son application. Pour M. Yvonneau comme pour M. Sédillot, « le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais. » Selon lui, l'on s'est peut-être trop hâté d'attribuer à cet agent la mort imprévue dont les sujets soumis à son influence ont été victimes; car l'esprit se refuse à admettre qu'il puisse se rencontrer certains états de l'organisme, que rien, d'ailleurs, ne pourrait faire prévoir ni distinguer, dans lesquels le chloroforme foudroierait presque instantanément; la mort, survenant pendant l'inhalation chloroformique, est due, le plus souvent, à l'asphyxie, soit qu'une quantité insuffisante d'air arrive au poumon par suite du mode opératoire employé, soit à cause de l'occlusion des voies aériennes, par la contraction spasmodique des muscles du larynx, l'abaissement de l'épiglotte sur son orifice et la rétraction de la langue. Il suffit, pour conjurer les accidens qui déterminent l'asphyxie, de rétablir la liberté des voies aériennes et de pratiquer l'insufflation, de bouche à bouche, préconisée par M. Ricord.

Le rapporteur critique cette doctrine; M. Yvonneau lui paraît trop exclusif quand il donne, sur l'innocuité du chloroforme, une affirmation que des accidens déplorables tendent malheureusement à détruire.

Il est bien vrai que l'asphyxie peut se produire pendant l'inhalation chloroformique et qu'elle peut être conjurée, mais elle ne peut expliquer le mécanisme de la mort qui, dans beaucoup de cas, paraît dépendre d'une action spéciale et rapide sur le système nerveux, d'une sorte de sidération dont l'arrêt de l'hématose et des mouvemens du cœur ne serait que la conséquence, et qui résisterait à tous les moyens de ranimer l'action respiratoire et circulatoire.

M. Yvonneau réclame l'inhalation chloroformique comme le préliminaire obligé de toute opération chirurgicale un peu grave. Il ne la rejette pas absolument pour les opérations sanglantes qui se pratiquent dans la bouche et l'arrière-bouche, si l'on a la précaution de ne pas pousser l'anesthésie trop loin; de sorte que le malade, conservant son intelligence et placé dans une position convenable, puisse rejeter le sang au dehors.

M. Lallemand est d'avis qu'il vaut mieux s'abstenir alors de l'action anesthésique, dont on n'est pas toujours certain de mesurer le degré d'intensité, suivant les organismes et les susceptibilités individuelles, en sorte que l'action reflexe, nécessaire à l'expulsion du sang, pourrait se trouver abolie, chez certains sujets, en même temps que la sensibilité générale, ce qui mettrait le malade en danger d'être asphyxié, comme M. Velpeau en a vu un exemple.

Après avoir rappelé les services rendus par l'anesthésie dans le traitement des hernies, dans celui des luxations, il passe en revue les avantages de son application au diagnostic des maladies simulées, claudication, rétractions musculaires, bégaiement, épilepsie, etc. On peut l'utiliser pour l'examen du globe oculaire malade, et pour les opérations pratiquées sur cet organe; d'autant plus que, sous l'influence du chloroforme, les muscles moteurs de l'œil restent au milieu de la résolution musculaire générale, dans un état de contraction tonique qui maintient l'immobilité de l'œil.

M. Yvonneau explique cette particularité en rappelant que le chloroforme agit sur le système nerveux cérébro-spinal, et non sur le système nerveux ganglionnaire, et qu'un rameau partant de l'angle inférieur et postérieur du ganglion ophthalmique va se réunir au nerf de la troisième paire, et se distribuer avec lui aux muscles de l'œil. C'est ce rameau qui conserverait son action malgré la stupéfaction du nerf oculo-moteur commun. M. Lallemand fait observer que ce rameau ne va pas du ganglion ophthalmique au nerf oculo-moteur commun; il y est envoyé, au contraire, par celui-ci, et forme la racine courte du ganglion ophthalmique; c'est cette racine courte des anatomistes, la racine motrice du ganglion, qui donne aux nerfs ciliaires la faculté d'excitation motrice. Les derniers muscles de l'œil restant en contraction sont l'orbiculaire des paupières et surtout le grand oblique, si bien appelés par M. Buisson les organes actifs du sommeil. L'anesthésie chloroformique a beaucoup de rapport physiologique avec le sommeil; il n'est pas étonnant que, dans un cas comme dans l'autre, ces muscles conservent, les derniers, leur puissance d'agir.

M. Yvonneau préconise l'anesthésie dans la chirurgie des enfans, il en fait même un devoir dans la plupart des cas; il l'exalte également avec beaucoup de chaleur dans la pratique des accouchemens, où, dit-il, elle n'a jamais produit d'accidens. Selon lui, elle est indiquée dans les cas où un travail laborieux amène des douleurs qui, par leur prolongement, épuisent les forces; et quand on doit procéder à la version, appliquer le forceps, ou faire d'autres opérations plus graves. Il formule ainsi l'administration du médicament : Si l'on a seulement en vue d'annihiler la douleur, le chloroforme sera donné à très petites doses répétées au moment des contractions utérines pour affaiblir la sensibilité sans amener la perte de connaissance : si une opération doit être pratiquée, l'anesthésie sera poussée jusqu'à l'abolition de la sensibilité et des mouvemens musculaires. L'auteur pose en fait que jamais le chloroforme ne détermine de convulsions chez les femmes en couches, comme cela a été avancé; loin de là, dans les cas d'éclampsie, il n'augmente ni le nombre, ni l'intensité des accès. On peut même l'employer dans les cas d'inertie de l'utérus, surtout si l'on administre en même temps le seigle ergoté, suivant l'indication du docteur Beatty, de Dublin.

M. Yvonneau admet et préconise les règles posées par M. Sédillot, pour l'administration du chloroforme. Il ne reconnaît pas d'état de l'organisme qui soit une contre-indication absolue de son usage; seulement, chez des malades atteints de certaines affections, il doit être employé avec prudence et ménagement. Tels sont des accès fréquens d'hémoptysie, un anévrysme dont on aurait à craindre la rupture, une attaque antérieure d'apoplexie, une laryngite avec gêne respiratoire, un état de faiblesse générale, et les convulsions accompagnées de symptômes graves. Il rappelle, à ce sujet, que, lors de l'expédition de Rome

l'excitation générale était telle chez les soldats blessés à l'affaire de la villa Pamphili, qu'il fut impossible d'employer chez eux les anesthésiques. Il pense qu'on doit pousser l'anesthésie jusqu'à la résolution musculaire, lorsqu'on a à pratiquer une opération, et qu'on peut la prolonger pendant un temps assez long, en répétant l'administration du chloroforme chaque fois que la sensibilité commence à reparaître. Il indique enfin les moyens proposés par les différens auteurs pour combattre l'imminence des accidens attribués au chloroforme.

Examinant dans un second chapitre l'application des inhalations anesthésiques à la thérapeutique, il dit qu'il est rationnel de prévoir qu'elles peuvent être employées avantageusement au traitement des névralgies et des névroses, et de certaines lésions fonctionnelles des organes thoraciques. Il passe rapidement en revue les faits consignés dans les recueils scientifiques et les journaux de médecine, et qui ont trait aux maladies dans lesquelles on a employé avec plus ou moins de succès les inhalations anesthésiques : Pneumonie : sur 193 cas, les docteurs Vachern, Baumgarhen, Helbing et Schmidt, n'ont compté que 9 décès. Le docteur Vareng Trappi, de Francfort, n'a perdu qu'un malade sur 23, traités exclusivement par cette méthode. Toux nerveuse chez une jeune fille, et un cas d'angine de poitrine, par M. Carrière, de Strasbourg. Asthme nerveux, quatre cas (docteurs Laloy, de Belleville, en France; Greenhalgh et Chandler, en Angleterre). — Un fait de hoquet nerveux, dont la persistance menaçait de suffoquer le malade, qui fut guéri instantanément, rapporté par M. Amédée Latour. — Plusieurs exemples de tétanos spontané. — Deux cas d'éclampsie (M. Barrier, de Lyon, M. Gros). — Deux cas d'hystérie (docteur Desterne, docteur Devergie). — La chorée aurait été amendée une fois, et guérie radicalement une autre, après avoir été traitée sans succès par d'autres moyens (M. Harres, *The Lancet*, 1848). Les convulsions chez les enfans, et le *delirium tremens*, dans lequel l'inhalation chloroformique agit encore avec plus de succès que les préparations opiacées. Le docteur Clutterhurg, en Angleterre, et d'autres médecins, préconisent ce moyen dans le choléra asiatique; d'après eux, il calme les symptômes les plus inquiétans, surtout les crampes. La dysménorrhée à forme nerveuse, les contractions spasmodiques volontaires ou involontaires de la vessie et du rectum. Les fièvres intermittentes (MM. Spengler et Bonnafont). Le *Medical Times* de 1848 rapporte une observation de guérison de typhus fever, avec prédominance de symptômes nerveux du côté du cerveau, obtenue par le même agent. — Enfin, il peut être considéré comme l'antidote de la strychnine : Observation d'une femme empoisonnée par la strychnine, et guérie par l'inhalation anesthésique. (Docteur Mulson, *Medical Gazette*, 1850.)

M. Yvonneau étudie, dans un chapitre spécial, divers agens anesthésiques qu'on peut considérer comme succédanés du chloroforme. Après avoir parlé des essais des anciens et des Chinois, il cite, pour l'époque actuelle, le chlorure d'hydro-carbone, le nitrate d'Ethyle, l'aldéhyde, la benzine et le bisulfure de carbone, expérimentés par M. Simpson. Il dit, avec M. Ed. Robin, qu'on peut désigner d'avance, comme anesthésiques, les substances insolubles, et protégeant les matières organiques contre la combustion lente, malgré la présence de l'oxygène humide, qui ne se combinent pas avec les tissus, n'ont pas de saveur âcre, ni caustique, et entrent en ébullition à un degré inférieur. Ainsi, l'éther bromhydrique et l'éther chlorhydrique sont des anesthésiques très avantageux; ils produisent l'anesthésie sans excitation préalable; c'est un état léthargique succédant à un doux sommeil, et le réveil, facile, n'est suivi d'aucun malaise apparent.

Le quatrième chapitre est consacré à l'anesthésie locale. Les propriétés anesthésiques locales, dit l'auteur, avec M. Aran, appartiennent à tous les agens qui ont des propriétés anesthésiques générales. Un grand nombre d'anesthésiques ont des propriétés irritantes pour la peau. Le chloroforme surtout peut occasionner une brûlure au premier ou au second degré. Les propriétés anesthésiques locales ne sont pas en rapport avec les propriétés anesthésiques générales, mais avec le degré de fixité de la substance.

L'agent le plus sûr et le moins irritant est l'éther hydrochlorique chloré, qui, déposé sur la peau à la dose de 15 à 30 gouttes, amène l'anesthésie locale en quelques minutes, et la cessation de la douleur après un intervalle de trois à dix minutes. L'anesthésie ne se borne pas à la surface; on calme les douleurs plus profondes, celles des nerfs, des articulations et des organes profondément placés. L'auteur rapporte des faits de névralgies faciale, cervicale, intercostale, sciatique, de rhumatisme musculaire, guéris par ce moyen, ainsi que des rhumatismes articulaires aigus. Pour cette affection, on avait employé, au préalable, les émissions sanguines. « Dans le rhumatisme articulaire subaigu et chronique, les applications anesthésiques locales, dit M. Aran, à elles seules débarrassent en quelques minutes les malades de leurs douleurs. » On calme aussi les douleurs viscérales de la colique saturnine, les coliques nerveuse, utérine, néphrétique, les douleurs de la péritonite puerpérale, de la pleurésie, de la péricardite. La chorée, survenue à la suite d'une frayeur vive, a été guérie trois fois par des frictions faites le long du rachis avec de l'huile chloroformée (d[r] Gassier). Les affections papuleuses de la peau, lichen et prurigo, sont combattues avec une pommade où entre le chloroforme (M. Devergie). M. Yvonneau rapporte l'observation d'un goutteux chez lequel il employa le chloroforme en topique sur les articulations douloureuses et tuméfiées. Le soir même, le malade marchait; il n'éprouvait plus que de la raideur dans les articulations malades. M. Jules Roux (de Toulon) a employé les applications locales de chloroforme à la surface des plaies, et il propose d'allier ce moyen à l'inhalation dans les cas de tétanos traumatique, dans le but de stupéfier les extrémités des nerfs divisés, en sorte que les impressions douloureuses et les excitations de celles-ci ne pourraient plus être transmises à la moelle et réfléchies sur les nerfs moteurs, ce qui pourrait enrayer les convulsions tétaniques. L'orchite a été traitée par les applications topiques de chloroforme (M. Buisson), et la blennorrhagie par les injections du même liquide (M. Venot, de Bordeaux). Cette méthode la ferait avorter sûrement au début.

Passant à l'administration interne du chloroforme, M. Yvonneau en préconise les avantages et l'innocuité. Il rapporte, à l'appui de cette opinion, deux faits qui ont eu lieu, l'un en Angleterre, en 1851, et l'autre en France, en 1852. Dans le premier, un jeune homme, pour se donner la mort, avala d'un trait 128 grammes de chloroforme, il resta dans un état comateux, avec insensibilité complète, pendant dix heures. Le lendemain, il était à peu près rétabli. Dans le second, un malade du service de M. Aran, à la Pitié, avala par mégarde 30 à 40 grammes de chloroforme, et n'éprouva d'autres accidens qu'un sommeil profond de plusieurs heures. M. Yvonneau attribue cette innocuité à la rapidité avec laquelle l'organisme élimine le chloroforme, surtout par l'exhalation pulmonaire. M. Lallemand croit cette opinion erronée : quelle que soit la voie par laquelle un agent pénètre dans l'économie, son action sur l'organisme est toujours la même; il n'agit qu'autant qu'il est absorbé. Une quantité aussi considérable de chloroforme ne pourrait traverser le torrent circulatoire, sans anéantir les puissances vitales; et si ces doses énormes ont été ingérées sans causer la mort, c'est qu'une très petite quantité a été absorbée par la muqueuse gastro-intestinale, et que le reste n'a pas pénétré au-delà des premières voies.

Le chloroforme a été administré avec succès à l'intérieur dans les gastralgies, les entéralgies, les coliques saturnines. M. Vernois rapporte qu'il a réussi, à l'hôpital Saint-Antoine, dans les diarrhées et les accidens prodromiques du choléra. M. Yvonneau, pour faciliter cet emploi du chloroforme, a eu l'idée de le renfermer dans des capsules en sucre, qu'il a présentées à l'Académie de médecine et à la Société d'émulation, en 1851. C'est sous cette forme qu'il le donne aux enfans dans la coqueluche, dont il arrête presque toujours le développement.

Après avoir suivi l'auteur dans tous les développemens des chapitres dont nous venons de présenter seulement l'analyse, M. Lallemand apprécie l'ouvrage dans un coup-d'œil d'ensemble. Ce livre a le mérite de rassembler tous les faits qui ont trait au chloroforme, et de montrer la généralité de ses applications possibles. Mais, de ces faits, il serait prématuré de conclure, avec M. Yvonneau, que « cet agent a rendu plus de services à la thérapeutique que quelque substance que ce soit. » En médecine, comme dans les autres sciences, un fait n'est probant qu'autant qu'il peut être soumis à l'appréciation exacte d'une critique scientifique. Les faits dont M. Yvonneau s'est souvent contenté d'être simplement le narrateur, sont encore trop peu nombreux; ils ont été observés dans des circonstances trop diverses, quelquefois consignés d'une manière trop succincte, pour qu'ils puissent servir immédiatement à formuler des déductions inattaquables.

L'inhalation chloroformique, appliquée au traitement des maladies internes, paraît devoir être employée avec réserve, surtout s'il est impossible d'affirmer d'avance l'innocuité absolue de l'inhalation sur un sujet donné, et si la maladie peut être combattue par d'autres moyens dont l'efficacité est depuis longtemps reconnue. Ainsi, le traitement de la pneumonie et de quelques affections thoraciques, par le chloroforme, ne serait-il pas exempt de dangers?

Dans ces circonstances, l'expérimentation thérapeutique doit être non seulement logique et raisonnée jusque dans ses tâtonnemens, mais encore d'autant plus réservée, que nous sommes entraînés à accueillir avec enthousiasme tout agent thérapeutique nouveau, séduction brillante, mais trompeuse, à laquelle les meilleurs esprits échappent difficilement, et qui a peut-être fait, sinon exagérer, au moins prématurément proclamer, à M. le docteur Yvonneau, l'étendue des services que le chloroforme peut rendre à l'art de guérir.

Après la lecture du rapport de M. Lallemand, plusieurs membres prennent la parole :

M. LARREY, considérant spécialement l'application du chloroforme à la chirurgie comme moyen de supprimer la douleur dans les opérations, montre les bienfaits et les avantages de son emploi, sur lequel ne doivent pas influer les craintes qu'ont fait naître les accidens mortels survenus dans ces derniers temps à la suite de son administration.

Il pense que si le chloroforme est pur, administré avec prudence et habileté, en ne s'écartant d'aucune des règles qui ont été posées par des maîtres habiles et expérimentés, que si on a égard aux contre-indications qui ont été formulées et généralement acceptées, les accidens seront nuls ou tellement rares, qu'on devra les regarder comme tout à fait exceptionnels.

Il rappelle que l'excitation très grande qu'on remarque quelquefois chez les blessés, surtout après un combat, ne permet pas d'employer le chloroforme qui ne peut provoquer l'anesthésie, comme on l'a observé chez nos blessés, dans l'expédition de Rome.

M. ADORNE dit qu'on doit toujours s'assurer, préalablement, de la pureté du chloroforme, qui s'altère avec une extrême rapidité et dans des circonstances diverses, dont plusieurs ne sont pas bien connues, en sorte que l'étude chimique et pharmaceutique de cet agent n'est pas complète. Ainsi, au sujet de Rome, le chloroforme employé n'était pas pur; un officier du 32[me] régiment a pu en avaler un verre sans éprouver d'accidens (1).

M. Adorne rejette une explication donnée par M. Lallemand dans son rapport, au sujet d'un jeune homme qui avait avalé 128 grammes de chloroforme sans éprouver de graves accidens. M. Lallemand avait pensé que le chloroforme n'avait pas été absorbé par la muqueuse gastro-intestinale, dont la faculté d'absorption est très faible et même nulle pour certaines substances. M. Adorne dit que les muqueuses absorbent très facilement, et que la puissance d'absorption de la muqueuse gastrique est prouvée par la rapidité avec laquelle les boissons arrivent dans la vessie, et l'odeur spéciale qu'acquiert promptement l'urine quand on a ingéré certaines substances.

M. Ludger LALLEMAND répond que des expériences récentes et positives ont prouvé que la muqueuse gastrique n'absorbait pas certaines substances, que son épithélium opposait une barrière à l'absorption, qui était nulle, ou très faible pour certains agens. Ainsi le suc gastrique des serpens venimeux est normalement empoisonné par le venin qu'ils avalent et qui n'agit pas sur eux. Du curare introduit par une ouverture fistuleuse dans l'estomac d'un chien, n'agit pas sur lui : qu'on ne dise pas que le suc gastrique ou la digestion ont anéanti les propriétés toxiques du venin; car, si on insinue sous la peau d'un animal quelques gouttes de ce suc gastrique imprégné de curare, il meurt en quelques minutes. Or, il est reconnu, d'autre part, que le suc gastrique n'a pas d'action toxique. La muqueuse pulmonaire, au contraire, absorbe facilement, car si on injecte du curare dans la trachée d'un animal, il meurt très rapidement.

De plus, le chloroforme a, sur les muqueuses, une action irritante qui doit encore ralentir l'absorption.

Le chloroforme n'agit sur l'économie qu'autant qu'il est absorbé et transporté dans la circulation, par l'intermédiaire de laquelle il agit, et si chez le malade qui a avalé 128 grammes de cette substance, cette quantité avait passé dans la circulation, bien avant que le poumon ait pu en éliminer de l'économie une certaine portion ainsi que les autres émonctoires, l'action toxique se serait manifestée et aurait frappé mortellement les centres nerveux.

La faculté d'absorption par les muqueuses diffère, on le sait, suivant les animaux. M. Ludger Lallemand parle, à ce sujet, d'un éléphant dont on voulait se rendre maître pour lui scier les défenses. On lui fit avaler 125 gram. de laudanum sans résultat aucun. M. Lallemand lui fit avaler 125 gram. de chloroforme; en moins de cinq minutes, l'ivresse, la stupeur, la titubation et l'affaiblissement musculaire se manifestèrent au point que deux hommes purent l'abattre. Une certaine portion de la substance avait été absorbée, mais une portion seulement, car en moins d'un quart d'heure, l'animal eut cinq ou six selles très liquides, avec lesquelles, sans doute, s'échappa la majeure partie du chloroforme qui les avait provoquées.

M. ADORNE fait observer que le chloroforme peut être décomposé dans le tube digestif et agir comme purgatif.

M. CAFFE demande si l'auteur du mémoire, M. Yvonneau, a eu le soin de signaler, au nombre des contre-indications du chloroforme, l'emploi de cet anesthésique dans l'opération de la lithotomie, l'opérateur ayant avantage à être prévenu des sensations exactes de l'opéré.

M. Ludger LALLEMAND reconnaît que cet oubli existe dans l'excellent travail dont il a lu l'analyse.

M. BONNAFONT demande si on a renoncé définitivement à l'éther comme anesthésique; il trouve qu'on devrait peut-être y revenir; il rappelle qu'il a employé l'éther et le chloroforme en inhalations dans le traitement des fièvres intermittentes, et qu'il a, malgré toutes les précautions prises, vu survenir, avec le chloroforme, des accidens qui ne se sont jamais présentés avec l'éther.

M. LARREY répond que l'abandon de l'éther n'est ni général, ni définitif. A Lyon, plusieurs chirurgiens l'emploient presque exclusivement, entr'autres MM. Bonnet, Barrier, Vallette. M. Buisson prescrit de l'employer dans certains cas.

III.

M. DESTREM, chargé d'analyser un volume contenant les *travaux de la Société libre d'émulation de Rouen*, dont une section seulement s'occupe de sciences médicales, a signalé à l'attention de la Société, parmi de nombreuses productions littéraires ou scientifiques hors de notre compétence, des recherches sur l'influence du climat d'Afrique. Un certain nombre d'enfans trouvés ayant été transportés en Afrique, on a constaté que les scrofuleux et les tuberculeux s'en sont trouvés très bien. Le climat a éprouvé beaucoup, au contraire, les enfans bien portant. Grand nombre d'enfans partis robustes sont morts de dyssenteries et de fièvres intermittentes.

IV.

M. Ludger LALLEMAND a lu un rapport sur une nouvelle Société départementale, celle *de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne*, constituée en 1852. L'intérêt inspiré par les efforts de quelques-uns de nos confrères, pour faire jouir tous les membres de la famille médicale de leur département des bienfaits de l'association, la valeur de leurs premières publications, ont entraîné M. Lallemand dans un travail plus étendu et beaucoup plus important que ne le sont les rapports de ce genre. Mue par les mêmes motifs, la Société a décidé que le rapport de M. Lallemand serait inséré presque entier dans ses *Bulletins*. Nous sommes, en conséquence, obligé d'en renvoyer l'insertion à un prochain article.

Des remercimens et le dépôt aux archives ont été votés à la suite des différens rapports dont nous venons de faire l'analyse.

Le secrétaire général, J. CHEREST.

(1) M. Adorne a eu depuis occasion de contrôler ce fait. Le chloroforme fut bu dans *un verre à liqueur*, mêlé à partie égale d'eau-de-vie, ce qui réduit à 6 ou 8 grammes la dose de chloroforme ingéré.

COURRIER.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — Les dernières nouvelles de Newcastle semblent indiquer que l'épidémie est entrée dans une période décroissante; en effet, le 29 septembre, il n'y a eu que 29 décès, et 27 le 28 septembre; tandis que le 23, il y en avait eu 63, et le 24, 72. A Gateshead, 7 décès le 29, et 12 le 28 septembre; en tout, 1,342 décès à Newcastle, et 367 décès à Gateshead. Malheureusement, parmi les victimes du choléra à Newcastle, nous avons à enregistrer les noms de deux médecins, MM. Ivons et Malcombe, qui ont succombé aux énormes fatigues causées par les soins de tous les instans qu'ils ont prodigués aux malades. A Hexham, dans le voisinage de Newcastle, le nombre des cas de choléra a été très considérable, et celui des diarrhées encore plus, puisqu'un dixième de la population (500 sur 5,000 âmes) en a été atteint; mais le nombre des décès a été peu considérable (11 seulement).

En Suède, le choléra, ainsi que nous l'avons dit dans notre dernier bulletin, a disparu complètement : en tout, 7,572 attaques de choléra et 2,102 décès à Stockholm. A Christiania, en Norwège, le choléra est aussi sur son déclin, mais il y a encore 50 cas nouveaux par jour. L'épidémie paraît avoir été terrible dans cette ville, défiant les secours de la médecine, se montrant souvent sans symptômes précurseurs, et frappant les individus bien portant et solides, comme les gens débiles et valétudinaires. Le *Journal de Saint-Petersbourg* annonce qu'à Helsingfors, depuis le 31 août jusqu'au 14 septembre, il y a eu 1,325 cas de choléra et 606 décès. Dans le gouvernement de Nyland, jusqu'au 29 août, 787 cas, 298 décès. A Aba, jusqu'au 27 août, 1,027 cas, 362 décès; l'épidémie diminuait lentement. A Bouga, jusqu'au 28 août, 214 cas, 91 décès. A Tavastalus, jusqu'au 20 août, 454 cas, 233 décès.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 119. SEPTIÈME ANNÉE. **Jeudi 6 Octobre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12

A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.

On s'abonne aussi :

Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56* ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 5 OCTOBRE 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Deux rapports et deux lectures, tel a été le contingent de la séance de l'Académie de médecine.

M. Caventou a fait un rapport sur une huile de protoiodure de fer, nouvelle préparation exécutée par M. Gille, pharmacien à Paris, et à laquelle le savant rapporteur a trouvé des avantages qui ont motivé des conclusions favorables.

M. Gibert, chargé de faire un rapport sur un travail de M. Pégot, médecin aux eaux de Luchon, et relatif à l'influence de l'usage de ces eaux dans le traitement des syphilis anciennes, s'est acquitté de sa tâche d'une manière très satisfaisante pour l'auteur, nous voudrions pouvoir ajouter, et pour la science. Mais nous manquerions à la vérité si nous disions que ce beau et intéressant sujet de thérapeutique a été traité avec les développemens et l'importance qu'il mérite. Les médecins du midi de la France, à qui cette question est familière, seront surpris de voir que ce sujet inspire si peu d'intérêt à Paris, que le rapport n'a pas même été discuté. La conversation qui s'est engagée, en effet, n'a roulé que sur des points incidens, l'influence des diverses préparations mercurielles sur la production de la salivation, et l'éternelle question des syphilis dites larvées, qui ne sont telles que pour les yeux qui ne savent pas les voir. Les opinions émises sur ces deux points, sont de celles dont il faut laisser toute la responsabilité à leurs auteurs.

M. le docteur Thomas, qui vient de faire dans le nord de l'Europe une sorte de voyage à la recherche, ou plutôt à la poursuite du choléra, et qui a eu le malheur de le rencontrer partout, a lu une note dont le but principal était d'indiquer les divers traitemens mis en usage par nos confrères de Russie, de Pologne, de Hollande, etc., traitemens quelquefois bizarres, mais toujours, hélas! inefficaces, malgré les assertions contraires.

M. le docteur Debeney a clos la séance par la lecture d'un mémoire sur le traitement de la vaginite. Notre honorable confrère s'est montré fort sévère envers le travail sur le même sujet, présenté aussi à l'Académie de médecine par M. Becquerel. Au traitement rappelé et proposé par ce médecin, M. Debeney oppose une solution caustique qu'il administre par un moyen fort ingénieux.

L'immense perte que la science vient de faire par la mort de M. Arago, a eu son retentissement à l'Académie de médecine, dont l'illustre astronome était membre associé régnicole. Une députation de la compagnie a été désignée pour assister à ses obsèques.

Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE.

DU SULFATE DE QUININE DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

Mon bien cher confrère,

A propos d'un travail sur Lepecq de la Clôture, médecin épidémiographe de la Normandie, que l'Académie de Rouen a bien voulu honorer de son suffrage et que je me propose de publier dans quelques mois, j'ai dû étudier avec attention les les épidémies de fièvre typhoïde observées dans le XVIIIe siècle. Cette étude rétrospective, en déplaçant le champ de l'observation, ne m'a pas empêché d'y poursuivre, dans la mesure de mes forces, la solution des questions dont se préoccupent le plus les médecins de ce temps-ci. Il m'a semblé même, vous le dirai-je, qu'en étudiant les faits d'un autre temps et sur lesquels n'ont pas déteint les idées contemporaines non suffisamment démontrées, il y avait chance pour que quelques vérités m'apparussent, qui pouvaient échapper à des esprits, que les decouvertes modernes éclairent, mais aussi aveuglent parfois sur des faits qui ne concordent point parfaitement avec elles. C'est ainsi, comme j'ai eu l'honneur de vous le dire il n'y a que quelques jours, que ces recherches m'ont péremptoirement démontré l'absurdité de la nouvelle doctrine qui vient mettre à la charge de la vaccine la prétendue multiplication des fièvres typhoïdes sporadiques ou épidémiques, qui s'observerait de nos jours; c'est ainsi, encore, que ces études m'ont fait rencontrer, sur ma route, la grave question de l'antagonisme des fièvres continues et des fièvres paludéennes.

Cette dernière question est peut-être au fond de l'intéressante communication que vient de faire, à votre excellent journal, un honorable confrère; c'est, au moins, l'occasion de la lettre que j'ai l'honneur de vous adresser. M. Lauvergne, dans cette communication, regrette que l'Académie de médecine n'ait pas encore résolu la question que lui pose un mémoire de M. le docteur Desvouves, et qui a pour but d'établir la presque infaillibilité du sulfate de quinine dans le traitement des fièvres continues graves. Il m'appartient, moins qu'à personne, de tracer à l'Académie la ligne qu'elle doit suivre dans cette circonstance; je ferai seulement observer, à cet égard, que déjà cette compagnie savante a été mise en demeure de résoudre cette question, et qu'elle n'y a pas vu aussi clair que les honorables praticiens qui la lui avaient soumise.

Cependant M. Lauvergne est très explicite dans son affirmation, et il nous promet, d'ici à peu de temps, des documens propres à nous édifier sur ce point. Ce sera certainement là une bonne fortune pour tous les lecteurs attentifs de l'UNION MÉDICALE : et, alors même que l'auteur n'atteindrait pas tout à fait le but qu'il se propose, ce dont je suis convaincu à l'avance, il en résultera toujours pour nous, j'en suis sûr, une communication intéressante, et dont l'honorabilité et l'intelligence de l'auteur nous garantissent l'exactitude et la gravité. S'il en est temps encore, je voudrais avertir à l'avance le médecin en chef de la marine de Brest, qu'une objection grave lui sera infailliblement faite; c'est à savoir que ses fièvres typhoïdes sont tout simplement les fièvres rémittentes de Sarcône, d'Hildebrand, etc., auxquelles ces grands praticiens opposaient, avec succès, les préparations de quinquina, mais qu'ils distinguaient, avec soin, des fièvres continues, des fièvres typhodes proprement dites.

Je ne puis supposer que cette remarque puisse être prise en mauvaise part par un homme aussi sérieux que M. Lauvergne: je suis persuadé qu'il n'y verra que l'expression de l'intérêt qu'inspirent ses travaux. Il faudra donc que dans le travail qu'il nous promet, et dont je me propose bien de faire profit dans l'ouvrage dont je parlais au commencement de cette lettre, il faudra, dis-je, qu'un diagnostic précis établisse nettement, que la maladie, dans laquelle a tant de crédit l'alcaloïde du quinquina est bien une fièvre typhoïde, et non une fièvre rémittente. En effet, c'est à *Cherbourg* aussi bien qu'à *Brest* et à *Toulon*, que M. le docteur Lauvergne a vu le sulfate de quinine conduire à de si remarquables résultats dans le traitement de la fièvre typhoïde qu'il jugule du 5me au 7me jour; or, au moment même où ce médecin distingué annonçait cette bonne nouvelle au public médical, voici qu'un de ses honorables collègues, M. le docteur Delioux, affirme qu'à *Rochefort*, la doctrine de M. Boudin peut être tous les jours vérifiée, et que l'antagonisme des fièvres continues graves et des fièvres paludéennes y est un fait pathologique incontestable. Permettez-moi, mon cher confrère, de rappeler par une courte citation l'opinion du professeur de l'École navale de Cherbourg sur ce point important de pathogénie qui tend à conclure à une thérapeutique si grave : voici comment il s'exprime dans le dernier numéro du *Bulletin de thérapeutique*. « Je touche ici encore l'une des questions les plus débattues : mais puisque immédiatement j'ai été amené à en parler à l'appui de la thèse que je soutiens, je puis affirmer qu'à Rochefort l'antagonisme existe entre la fièvre typhoïde et la fièvre intermittente; la première n'y apparaissait guère et n'y apparaît encore que très rarement, mais presque toujours avec une grande gravité. Elle semble devenir plus commune à mesure que les desséchemens diminuent la fréquence et la gravité des fièvres intermittentes, comme si l'introduction de la première dans la pathologie locale ne devait s'effectuer que sur le terrain abandonné par la seconde. »

Où est la vérité dans ce conflit d'opinions? Dans les fièvres typhoïdes qu'on affirme guérir en cinq ou sept jours avec le sulfate de quinine, n'y a-t-il rien de plus que des fièvres intermittentes auxquelles l'atmosphère marine imprimerait un cachet particulier? Telle est certainement la question qui se pose naturellement en face des contradictions qui se trouvent peut-être au fond de ces divers travaux. Plus la solution qui sera donnée à cette question grave est importante, et plus les élémens qui doivent y conduire doivent être précis, étudiés. Nul plus que l'honorable M. Lauvergne n'est à même d'apporter la précision exigée dans de semblables recherches; c'est parce que telle est ma conviction, que j'ai voulu consigner ici les remarques qui précèdent. Je ne prétends pas à diriger une discussion, je n'aspire qu'à m'éclairer : dans la solitude hermétique où je vis, on ne saurait avoir d'autre prétention, vous le savez bien, mon cher Monsieur Latour, et vous savez aussi tous les sentimens que je vous ai voués.

Max SIMON.

Aumale, le 1er Octobre 1853.

PHYSIOLOGIE.

EXPÉRIENCES PHYSIOLOGIQUES SUR L'ABSORPTION PAR LE TÉGUMENT EXTERNE CHEZ L'HOMME DANS LE BAIN;

Par le docteur HOMOLLE.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 1er et 4 Octobre.)

TREIZIÈME EXPÉRIENCE. — Un bain avec 1 kilogramme d'azotate de potasse.

L'urine de la veille au soir pesait 1021 (acide). Celle du matin, au moment d'entrer au bain, pèse 1029 (très acide).

Bain d'une heure et demie de durée,

Quelques grammes d'urine excrétés après la première demi-heure, ne sont pas conservés. L'urine de la dernière heure (240 grammes) est limpide, à peine colorée, très alcaline et pèse 1009. C'est à la présence des carbonates sodique et potassique qu'elle doit cette alcalinité, nous n'y avons pas trouvé d'azotate.

Déjeûner à la sortie du bain : l'urine, excrétée une demi-heure après, est encore alcaline, et pèse 1016.

Nul effet physiologique n'a été observé pendant ou après le bain; pas d'action diurétique marquée; le pouls a oscillé entre 64 à l'entrée, et 60 vers la fin.

QUATORZIÈME EXPÉRIENCE. — Un bain avec 500 grammes de sulfate de potasse; urine alcaline.

Les réactifs n'indiquent pas une proportion plus forte de sulfates que dans l'urine recueillie avant le bain.

QUINZIÈME EXPÉRIENCE. — Un bain avec addition de 500 grammes de sulfate de magnésie.

Urine alcaline dans laquelle je constate la prédominance de la soude carbonatée; pas de sels magnésiens, pas de sulfate; nul effet purgatif n'avait eu lieu.

SEIZIÈME EXPÉRIENCE. — Bain avec 300 grammes de sulfate simple d'alumine, sel fortement acide (l'eau du bain rougit sensiblement le papier bleu de tournesol).

Urine alcaline; pas de sulfate.

DIX-SEPTIÈME EXPÉRIENCE. — Enfin, un bain additionné d'acide nitrique du commerce, 200 grammes, rendit encore l'urine alcaline.

En présence d'un phénomène qui se présentait avec cette constante uniformité, quel que fût le sel contenu dans le bain, et même alors que le bain était minéralisé par un acide non combiné, je dus chercher une interprétation qui pût embrasser la généralité des faits observés. Or, un premier point que le physiologiste ne doit pas perdre de vue, c'est que les fonctions de la peau sont complexes, et que, parallèlement à l'absorption exercée par elle *dans certaines conditions données*, il s'opère une fonction corrélative d'exhalation ou de sécrétion, comme cela a été observé, d'ailleurs, pour les phénomènes d'endosmose qui sont toujours accompagnés d'exosmose correspondante.

Cette exhalation étant toujours acide (la sueur) si des circonstances particulières viennent à augmenter dans une notable proportion cette excrétion, on comprendra facilement que les autres liquides excrémentitiels voient prédominer l'élément alcalin. Il est à remarquer, d'ailleurs, que cette alcalinité de l'urine est tout à fait passagère, et que cette sécrétion reprend son caractère d'acidité aussitôt que l'on est sorti du bain.

Je n'avais expérimenté, jusque là, que des substances anorganiques, qui, lorsqu'elles sont ingérées dans l'estomac, traversent l'économie sans être assimilées et sont éliminées sans décomposition par les organes excréteurs; je voulus rechercher comment se comporterait la peau, en tant qu'organe d'absorption, au contact d'une substance organique douée d'une action physiologique distincte et facile à apprécier lorsque cette substance est ingérée, même à faible dose, dans l'estomac.

Je fis choix de la belladone, dont l'influence sur la pupille présente un phénomène constant, et sur l'appréciation duquel l'erreur n'est pas possible.

DIX-HUITIÈME EXPÉRIENCE. — Le 26 mars 1853, à 6 heures 1/4 du matin, je prends un bain dans les conditions précédemment indiquées, marquant 35° au thermomètre centig., auquel on ajoute l'infusion

préparée la veille au soir, de 500 grammes de belladone sèche, dans les meilleures conditions de conservation.

Au moment d'entrer dans le bain, l'urine est acide et pèse 1024. J'y reste 1 heure et 25 minutes sans éprouver la moindre influence physiologique et sans dilatation de la pupille qui, à la sortie du bain, jouit de toute sa contractilité et ne présente pas un diamètre plus étendu qu'avant.

L'urine excrétée est *alcaline* et ne pèse que 1008. Je déjeûne immédiatement et une demi-heure après l'urine est redevenue acide et pèse 1017.

Nous nous rapprochons ici des conditions dans lesquelles pourrait avoir lieu l'absorption d'élémens morbigènes, et cette absorption a été nulle, et, cependant, l'immersion complète du corps dans le bain, le contact d'une surface absorbante aussi étendue avec l'eau chargée du principe toxique, ne paraissaient-ils pas résumer les circonstances les plus favorables, à moins d'arguer de la proportion trop faible du principe médicamenteux ?

Aussi je résolus de recommencer l'expérience en employant une dose qui fît tomber cette objection.

Dix-neuvième expérience. — Le 11 mai 1853, 6 heures 1/2 du matin, bain à 35° centig. additionné de l'infusion de 1 kilogramme de feuilles de belladone séchée avec soin, choisie et grossièrement pulvérisée.

On constate, avant d'entrer dans le bain, le diamètre et le degré de contractilité des pupilles ; le pouls bat 64 fois par minute ; l'urine, rendue à ce même moment, est d'un jaune orangé foncé, très acide, et pèse 1020 à + 12° centig. ; elle présente un léger énéorème. Calme complet pendant toute la durée du bain, on n'éprouve aucun trouble de la vision, nulle perversion sensoriale, les pupilles conservent toute leur contractilité ; le pouls descend à 56. A 7 heures 1/2 urine limpide à peine colorée, pesant 1010 et neutre au papier de tournesol.

A 8 heures, nouvelle émission d'urine, légèrement alcaline et présentant, d'ailleurs, même densité que la précédente ; on déjeûne dans le bain et l'on en sort à 8 heures 1/2.

L'urine recueillie à ce moment est à peine colorée, limpide = 1010, mais n'est plus alcaline et fait virer légèrement, au rouge, le papier bleu de tournesol, elle présente déjà l'odeur communiquée par les asperges mangées au déjeûner (1).

Frappé de ces résultats négatifs, je voulus essayer un autre agent médicamenteux dont l'action physiologique fut également facile à constater, et choisis la digitale dont l'action modificatrice, sur l'organe central de la circulation, est physiquement et mathématiquement appréciable. Pour rendre l'expérience plus concluante, je donnai la préférence à la digitaline sur la plante même, en raison de son action plus assurée et plus énergique.

Vingtième expérience. — Le 16 avril 1853, 6 heures 1/4 du matin, bain à + 34° centig.

L'urine, au moment d'entrer dans le bain, est fortement acide, jaune foncé, et pèse 1028.

Le pouls, compté à plusieurs reprises étant encore couché et après l'entrée dans le bain, donnait 62 pulsations.

On ajoute au bain la solution concentrée de digitaline non purifiée, pouvant représenter 2 kilogrammes au moins de digitale pourprée, sèche et pulvérisée.

L'eau du bain présente une amertume sensible, ce qui indique une proportion de 1 centigramme de digitaline par litre d'eau, à peu près.

La solution provoque, sur les parties de la peau sur lesquelles elle tombe, une sensation de chaleur qui augmente progressivement jusqu'à la cuisson, pour se dissiper ensuite au fur et à mesure de la dilution de cette solution dans l'eau du bain. A 7 heures 1/4 urine très abondante (300 grammes), limpide, à peine colorée, pesant 1006 et offrant une réaction alcaline.

Le pouls bat 54 fois par minute.

A 7 heures 1/2 nouvelle émission d'urine alcaline, ne pesant que 1002 ; le pouls est encore à 54.

Déjeûner dans le bain ; à 8 heures sortie du bain :

L'urine rendue à ce moment pèse 1008 et présente une neutralité complète au papier de tournesol ; le pouls est remonté à 62 ; à 8 heures 1/2 il est à 66. L'urine est acide et pèse 1008.

L'augmentation de la sécrétion urinaire, la diminution de fréquence du pouls, devaient-elles, dans ces circonstances, être attribuées à l'absorption de la digitaline (2).

Je crus devoir, avant de conclure, faire une expérience comparative en prenant un bain d'eau simple dans les mêmes conditions.

Vingt-et-unième expérience. — 20 avril 1853, 6 heures 1/2 du matin, bain à + 34° centig. :

Le pouls, compté à plusieurs reprises avant le bain = 62, l'urine pèse 1026 et présente une réaction franchement acide. A 7 heures 1/2, 100 grammes d'urine légèrement alcaline, limpide et peu colorée, pesant 1008 ; le pouls est à 56.

Déjeûner dans le bain. A 8 heures le pouls est monté à 62. Sortie du bain ; l'urine rendue à ce moment, en petite quantité, présente la même densité, mais n'est déjà plus alcaline ; celle excrétée 10 minutes après rougit le papier de tournesol.

Ainsi, sous l'influence d'un bain d'eau pure, le pouls a pu tomber de 62 à 56 et l'urine perdre complètement son caractère d'acidité ; ajoutons, toutefois, que la sécrétion urinaire n'a pas offert l'augmentation de quantité constatée dans l'expérience précédente, quoique les deux bains aient été pris dans les conditions le plus semblables possible.

Vingt-deuxième expérience — 30 avril 1853, 5 heures après midi, bain simple à + 35° centig. (un très léger repas avait été pris à 1 heure).

L'urine rendue au moment d'entrer dans le bain est très acide, citrine foncée et pèse 1027 (ramenée à + 15° centig.).

Le pouls = 64, calme complet pendant toute la durée du bain. A 6 heures : le pouls ne bat que 56, l'urine est limpide, à peine colorée, et pèse 1012 à + 15° centig. ; elle rougit très faiblement le papier de tournesol.

Dîner à la sortie du bain.

La première urine excrétée une demi-heure après pèse 1020, est plus colorée et franchement acide.

Il reste donc douteux qu'on puisse attribuer à l'absorption de la digitaline la diminution de fréquence du pouls ; une diminution presqu'égale ayant eu lieu par la seule influence sédative du bain d'eau simple. Il est remarquable, toutefois, que la sécrétion urinaire a été plus abondante que dans aucune autre expérience et que la densité de ce liquide excrémentitiel est descendue au chiffre le plus faible observé pendant toute la durée de ces expérimentations (1002).

(1) L'idée d'expérimenter un bain avec la décoction d'asperges me vint trop tard pour la mettre à exécution cette année.

(2) Des expériences antérieures, faites sur moi, au moyen de la digitaline appliquée sur le derme dénudé, m'avaient démontré l'absorption endermique.

Résumant la série d'expériences que je viens de rapporter, quels résultats me reste-t-il à signaler ?

1° L'urine augmente de densité, au fur et à mesure qu'on s'éloigne du moment du repas ou qu'on est plus longtemps sans prendre de boisson.

2° Les boissons font diminuer cette densité, par l'absorption de leurs principes aqueux, dans la proportion de 1/100 à peu près pour 200 grammes de liquide aqueux ingéré.

3° Le bain diminuant également la densité de l'urine, cette diminution ne peut être due qu'à l'absorption de l'eau.

4° L'urine étant constamment acide dans les conditions normales, on est conduit à attribuer l'alcalinité qu'elle présente après un bain alcalin à l'absorption de la substance alcaline dissoute dans l'eau du bain.

Toutefois le bain d'eau simple pris à jeun le matin à une température qui ne dépasse pas + 35° centig. et prolongé une heure au moins, modifie la composition de l'urine jusqu'à faire disparaître complètement la réaction acide, force est bien de recourir dans ce cas à une autre explication, peut-être l'augmentation des excrétions acides par le tégument externe ?

Dans tous les cas l'ingestion des alimens pendant le bain modifie cette action et restitue à l'urine son acidité normale qui reparaît d'ailleurs aussitôt après la sortie du bain, en dehors de toute ingestion d'alimens.

5° L'urine est plus alcalisée dans un bain contenant un composé haloïde de potasse ou de soude (chlorure de sodium, iodure de potassium, ferro-cyanure de potassium) que dans un bain additionné d'un carbonate alcalin.

6° Lorsque le bain est à base de potasse, les réactifs indiquent dans l'urine une plus forte proportion de cet alcali que dans l'urine normale.

7° L'alcali en excès est à l'état de carbonate.

8° Après un bain minéralisé par l'iodure de potassium, l'urine ne présente pas trace d'iode.

9° On ne peut également y constater aucun atome de cyanogène après un bain minéralisé par le ferro-cyanure potassique.

10° La proportion de chlorure ne paraît pas augmentée après un bain chargé de sel marin ou de chlorhydrate ammoniacal.

11° L'urine est alcalisée dans un bain contenant en solution un sel même acide. Les bases autres que la soude et la potasse ne s'y retrouvent pas en proportion appréciable, non plus que l'élément électro-négatif.

12° L'endosmose facile à observer avec la membranne de l'œuf, n'a été obtenue dans aucune des expériences tentées avec la peau, tandis que celles faites avec la tunique de l'intestin grêle, ont permis, dans tous les cas, de constater une absorption évidente par la surface muqueuse.

13° Les substances organiques, douées d'une action modificatrice sur les actes physiologiques, ne produisent, en solution dans un bain, aucun phénomène qui démontre, d'une manière irréfragable, l'absorption de l'agent modificateur par la surface tégumentaire, même après une immersion de deux heures. (L'urine est, dans tous les cas, alcalisée.)

A quelles conclusions peuvent légitimement conduire les expériences relatées ci-dessus ?

1° L'eau est évidemment absorbée par le tégument externe chez l'homme dans le bain.

2° Dans l'action des bains chargés de substances minérales ou organiques, les faits d'absorption ont lieu comme si la peau était douée d'une propriété non constatée jusqu'à ce jour, d'une sorte de force catalytique, en vertu de laquelle elle opérerait un départ entre les molécules constituantes de certains composés chimiques pour exercer une absorption élective sur l'un des composans à l'exclusion de l'autre ; ou, dans une autre hypothèse, les modifications observées dans la composition de l'urine, tiendraient à une action électro-chimique exercée par la peau au contact de l'eau chargée de principes salins ou de substances organiques solubles.

On ne doit pas, toutefois, négliger pour expliquer l'alcalisation de l'urine, l'influence que doit exercer sur sa composition l'élimination par excrétion cutanée des principes acides de nos humeurs.

Quant aux conclusions thérapeutiques à déduire des résultats physiologiques observés, dans le cas où des expérimentations ultérieures leur donneraient une consécration définitive, on ne peut en nier l'importance.

Le praticien ne serait-il pas, en effet, conduit à ne plus compter autant sur l'action des médicamens confiés à l'absorption tégumentaire, au moins sous forme de bains locaux ou généraux.

D'autre part, la doctrine des eaux minérales administrées en bains, serait profondément modifiée, puisque les expériences relatées dans ce travail ne tendraient à rien moins qu'à prouver l'identité d'action des eaux minérales *salines* quels qu'en soient les principes minéralisateurs (1), les bases alcalines seules paraissant aptes à être absorbées.

Resterait, il est vrai, l'action topique excitante ou révulsive exercée sur la face tégumentaire, et variant d'intensité, en raison de la proportion plus ou moins forte des principes minéralisateurs et de la température de l'eau.

Je ne me dissimule pas l'insuffisance des essais chimiques tentés pour constater les changemens survenus dans la composition de l'urine sous l'influence des bains tenant en solution des sels anorganiques ou même des substances organiques solubles. Une analyse quantitative rigoureuse pourra seule résoudre le problème posé.

L'à-peu près auquel je me suis borné, suffit au moins pour légitimer les conclusions négatives auxquelles j'ai été conduit, et pour appeler l'attention sur une question que je n'hésite pas à considérer comme d'une haute importance physiologique et thérapeutique.

(1) Les eaux sulfureuses restent naturellement en dehors de cette appréciation.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

Académie des sciences.

Séance du 26 Septembre. — Présidence de M. Rayer.

Structure de la rétine humaine.

MM. A. Kolliker et H. Muller, de Wurzbourg, transmettent un mémoire à l'Académie sur ce sujet. L'objet de ce travail est de démontrer que la rétine se compose de différentes couches, savoir : 1° des bâtonnets et des cônes ; 2° de la couche des corps nucléiformes ; 3° de la couche de la substance grise ; 4° de l'épanchement du nerf optique ; et 5° de la membrane limitante.

Voici les faits principaux que ces auteurs ont été à même de constater. Ils établissent, en premier lieu, que ce ne sont pas les fibres nerveuses de la rétine qui perçoivent la lumière objective, parce que, d'une part, l'endroit de la rétine, qui est le plus sensible à la lumière, et qui offre la perception visuelle la plus exquise, c'est-à-dire la *macula lutea*, ne montre pas la moindre trace de la couche des fibres nerveuses, et que, d'un autre côté, les fibres nerveuses existent en grand nombre dans le point où la rétine manque de toute sensation, savoir à l'entrée du nerf optique. Ceci posé, il ne reste que les cellules nerveuses de la rétine, les corps nucléiformes et les cônes et bâtonnets que l'on pourrait considérer comme organe de la sensation. Les cellules nerveuses ne sont pas ces organes, puisque ces cellules forment dans tous les endroits de la rétine, qui ont la perception développée, plusieurs (jusqu'à dix et douze) couches superposées l'une à l'autre, et qu'il est impossible d'admettre que nous puissions avoir des impressions visuelles exactes et nettes, comme nous les avons, si chaque rayon de lumière irritait à la fois dix à douze cellules nerveuses. La même raison leur fait penser que ce ne sont pas non plus les corps nucléiformes qui perçoivent la lumière, de manière qu'il ne reste plus que les cônes et les bâtonnets.

MM. Kolliker et Müller sont portés à émettre l'opinion que ce sont, en réalité, ces organes curieux et dont la physiologie n'a su que faire jusqu'à présent, qui sont les parties destinées à recevoir les impressions de la lumière, et ils croient, en même temps, que leur disposition, l'un à côté de l'autre, à la manière d'une mosaïque, et leur peu de diamètre, sont tout favorables pour rendre les sensations visuelles aussi exactes que possible. Ils ont vu que : 1° Toutes les cellules nerveuses possèdent un ou deux prolongemens qui, en partant de leur partie extérieure, vont se perdre dans la couche interne des corps nucléiformes, et 2° que les corps de cette couche nucléiforme ont, outre leurs deux prolongemens qui se continuent avec les fibres radiaires mentionnées plus haut, généralement un ou deux autres prolongements. Il se pourrait bien, et ils le supposent même, que ces dernières fibres fussent en rapport direct avec les prolongemens extérieurs des cellules nerveuses, de manière que les sensations, en prenant leur origine dans les bâtonnets et cônes, seraient transmises par les fibres radiaires aux cellules nerveuses, et de là aux fibres de l'expansion du nerf optique, qui ne serait autre chose qu'un intermédiaire entre les organes qui perçoivent la lumière, c'est-à-dire les cônes, bâtonnets et cellules nerveuses et le cerveau.

En tous cas, quand même cette hypothèse de la fonction des bâtonnets et cônes serait démontrée fausse par des faits ultérieurs, il resterait toujours vrai, ajoutent les auteurs, que ce ne sont pas les fibres nerveuses de l'optique qui sont irritées directement par la lumière, et que c'est dans les cellules nerveuses de la rétine même qu'il faut chercher l'organe de la sensation directe de la lumière, soit que ces cellules soient affectées directement par les rayons lumineux, soit par l'intermédiaire des cônes et bâtonnets et des fibres scidiaires. La couche des cellules nerveuses de rétine serait un vrai ganglion, ou, si l'on aime mieux, un vrai centre nerveux. Les auteurs lui donnent la fonction de percevoir la lumière, et ils pensent que le nerf optique sert uniquement à transmettre les sensations de ce centre à l'organe de l'intelligence et de la conscience. (Comm. MM. Serres, Flourens, Milne-Edward.)

Séance du 3 Octobre. — Présidence de M. Roux.

M. Flourens, secrétaire perpétuel, annonce à l'Académie la perte irréparable qu'elle vient de faire dans la personne de son illustre secrétaire perpétuel, M. Arago.

Sur la proposition de M. Flourens, pour rendre hommage à la mémoire de M. Arago, M. le Président lève immédiatement la séance.

Académie de médecine.

Séance du 4 Octobre 1853. — Présidence de M. Nacquart.

La correspondance officielle comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Brouillet, médecin des épidémies

de l'arrondissement de Beaupréau, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Gesté. (Comm. des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur E. DE FROMENTEL, médecin des épidémies de l'arrondissement de Gray, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Charantenay (Haute-Saône) depuis le 15 mars de cette année, jusqu'aux premiers jours de juillet dernier. (Idem.)

3° La traduction d'une instruction populaire rédigée par M. le docteur DE GRAND-BOULOGNE, médecin français résidant à la Havane, pour indiquer aux habitans de l'île de Cuba les moyens à employer contre le choléra. (Comm. du choléra.)

La correspondance manuscrite comprend :

4° Un mémoire de M. le professeur HEYFELDER, d'Erlangen, sur un nouveau cas d'ablation totale de la mâchoire inférieure, pratiquée chez un sujet atteint de nécrose de cet os. (Comm. MM. Huguier et Larrey.)

5° Une note de M. HEULHARD, d'Arcy, additionnelle à divers rapports que ce médecin a envoyés sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Clamecy (Nièvre) en 1853. (Comm. des épidémies.)

6° Une notice de M. LEBROU, pharmacien, relative à une formule d'un sirop de castoreum. (Comm. des remèdes.)

7° Une troisième note de M. DELARUE, sur l'emploi des feuilles de frêne dans le rhumatisme. (Comm. MM. Grisolle et Requin.)

8° Une lettre de M. CHASSAIGNAC, qui proteste contre l'interprétation que M. Maisonneuve a donnée à sa dernière lettre au sujet de la gangrène traumatique.

Instrumens nouveaux pour la transfusion du sang.

Frappé de l'insuffisance de la plupart des procédés imaginés jusqu'à ce jour pour exécuter cette grave opération, frappé aussi des inconvéniens réels de quelques-uns d'entr'eux, M. MATHIEU a construit, pour cet usage un appareil spécial qui semble réunir toute les conditions désirables de succès.

Figure 1. — C'est une sphère creuse en caoutchouc vulcanisé, on y fait le vide en la pressant dans la main, puis l'abandonnant à elle-même, elle s'épanouit en vertu de son élasticité et exerce alors une véritable succion sur les deux tubes de verre qui lui font suite de chaque côté.

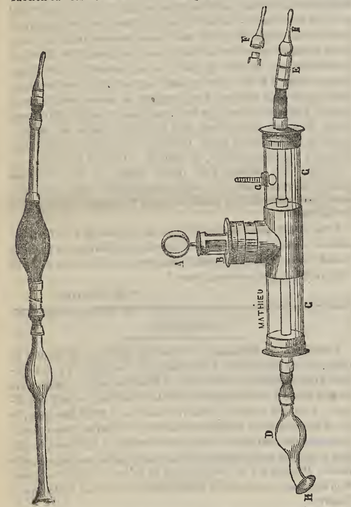


Fig. 1. Fig. 2.

Ces tubes se terminent, à savoir : le premier, par une sorte de ventouse appliquée exactement autour de la plaie veineuse sur le bras de la personne qui fournit le sang, le second, par une canule en ivoire introduite dans la veine de celui qui reçoit le sang. Dans les petits cylindres d'ivoire, sont renfermées deux petites boules de liége, qui font office de soupapes; elles empêchent, soit le reflux du sang vers la veine où on le puise, au moment où la sphère est aplatie par la main de l'opérateur ; soit le reflux du liquide de la canule et de la veine où elle plonge vers la sphère creuse au moment où celle-ci s'épanouit. Ajoutons, pour ne rien omettre, que la ventouse ainsi que la canule sont rattachées aux tubes de verre par des bouts de tube en caoutchouc, ce qui permet d'incliner, en divers sens, ces deux extrémités sans déranger le reste de l'appareil et sans changer la position des deux personnes.

Les principales difficultés matérielles de l'opération se trouvent ainsi éludées : Le passage du sang de l'un à l'autre individu est, pour ainsi dire, instantané; le vide est aussi complet que possible, et aucune bulle d'air ne peut se mêler à ce fluide au moment où il est injecté. Reste à éviter les effets du refroidissement et de la coagulation qu'il favorise : On peut y arriver en plongeant l'instrument que nous venons de décrire dans un bain d'eau chaude; mais on y parvient plus aisément et d'une manière plus complète, à l'aide de l'appareil suivant :

Figure 2. — L'aspiration et l'injection, au lieu d'être produite par une boule en caoutchouc, est opérée par un petit corps de pompe *B* et un cylindre dont l'anneau se voit en *A*. L'appareil en verre et en caoutchouc qui vient d'être décrit, terminé d'un côté par la ventouse *H* avec son réservoir *D*; de l'autre par la canule *F*, est placé dans un tube de verre épais, fermé à ses deux extrémités, que l'on remplit d'eau chaude versée par le trou *C*. Au point de jonction du tube de verre, soit avec le corps de pompe, soit avec ses annexes *E* et *D*, se trouvent des soupapes qui permettent de faire, dans l'intérieur de l'appareil, un vide parfait.

La quantité de sang fourni se mesure d'une manière exacte en comptant le nombre de coups de piston donné; il en de même pour l'appareil fig. 1re ; il suffit de compter chaque fois qu'on aplatit la sphère entre les doigts. Dans le petit cylindre *E* se trouve une soupape qui empêche la sortie du sang du tube lorsqu'il est amorcé; cette dernière modification que j'ai faite à mon appareil, est très importante, car si une partie du sang contenu dans le tube *E* venait à s'échapper, la place qu'il occupait serait remplacée par une quantité d'air égale à son volume, et cet air serait introduit dans la veine; ainsi il est inutile d'ajouter qu'on ne doit procéder à l'injection qu'après avoir amorcé cet instrument et s'être assuré, préalablement, qu'il soit exactement vide d'air.

— M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la mort de M. Arago, membre associé libre. Une députation assistera, au nom de la compagnie, aux obsèques de l'illustre secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

La parole est à M. Caventou pour un rapport.

Huile de proto-iodure de fer.

M. CAVENTOU, au nom d'une commission composée de MM. Grisolle, Guibourt et Caventou rapporteur, lit un rapport sur une communication de M. Gille, pharmacien à Paris, relative à une huile de proto-iodure de fer pour l'usage thérapeutique externe. Le but que s'est proposé M. Gille en imaginant cette nouvelle préparation, a été de remplir une lacune signalée dans l'art pharmaceutique, et de trouver un moyen d'administrer le proto-iodure de fer extérieurement, sous une forme commode et qui offrît toute sécurité au praticien sur sa parfaite conservation. La commission est d'avis que M. Gille a atteint le but qu'il s'était proposé, et elle est d'avis, par conséquent, qu'il soit écrit une lettre pour remercier M. Gille de sa communication, et pour l'inviter à poursuivre des travaux qui peuvent ajouter des ressources à la thérapeutique. (Adopté.)

Traitement, par les eaux sulfureuses, des accidens consécutifs de la syphilis.

M. GIBERT lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Pégot, médecin aux eaux thermales de Bagnères-de-Luchon, et relatif au traitement des accidens consécutifs de la syphilis par les eaux sulfureuses.

M. Gibert, après avoir rappelé l'influence connue depuis assez longtemps déjà des eaux thermales, considérées sous le double point de vue du diagnostic et de la thérapeutique dans le traitement *de la syphilis consécutive*, résume ainsi les recherches cliniques de l'auteur :

Deux faits (dit-il), ont particulièrement fixé l'attention de M. le docteur Pégot que son expérience spéciale, datant aujourd'hui de dix années et s'appuyant sur le relevé de 87 observations, mettait à même d'apprécier l'influence des eaux thermales sulfureuses, sur les individus atteints de syphilis.

Le premier, c'est l'action révélatrice qu'exercent les eaux thermales sur l'économie des sujets jadis affectés de syphilis; le second, c'est l'influence curative dont jouissent les mêmes eaux administrées méthodiquement aux personnes atteintes de syphilis consécutive.

Cette influence, signalée par Bordeu dans ses recherches sur les maladies chroniques (1775), rappelée par M. Gibert dans son *Traité des maladies de la peau* et dans son *Manuel des maladies vénériennes* (1837), généralement admise par les praticiens de notre époque, après avoir été souvent mise à profit par Cullerier, Biet et Alibert, a été soigneusement constatée et appuyée sur des observations précises et multipliées dans le mémoire de M. le docteur Pégot.

L'auteur déclare, tout d'abord, qu'il ne faut pas regarder les eaux sulfureuses comme antisyphilitiques par elles-mêmes, mais seulement comme un puissant adjuvant qui, combattant la *cachexie*, ravivant les symptômes, concourant également à mettre en lumière une syphilis larvée et à favoriser l'action des remèdes spécifiques ou à en préparer le succès (quand on a été forcé de les suspendre), offre les plus précieuses ressources pour le diagnostic et la thérapeutique de la syphilis constitutionnelle.

C'est surtout chez les individus tombés dans un état cachectique et chez lesquels les mercuriaux seraient impuissans ou nuisibles que cette indication devient réellement héroïque.

Entre autres observations remarquables rapportées par l'auteur, M. Gibert cite l'exemple presque merveilleux d'un anglais réduit à un état d'épuisement tel, que son estomac ne pouvait plus supporter de médicamens et que les gens de service craignaient de le voir expirer dans le bain, qui dut aux eaux thermales sulfureuses de Luchon un rétablissement tel qu'on put ensuite joindre avec succès à ces eaux les remèdes spécifique de la syphilis. Ce malade avait des exostoses, des ulcères de la gorge et des membres qui ne devinrent curables, par l'iodure de mercure et par l'iodure de potassium, qu'après un certain temps consacré à la cure thermale sulfureuse employée seule.

L'eau sulfureuse en bain, en boisson, en lotions, en injections, d'abord pour seul traitement tant que l'état cachectique est très prononcé, puis concurremment avec les spécifiques quand les accidens consécutifs de la syphilis sont devenus attaquables directement par les mercuriaux ou par l'iodure de potassium, voila le plan de conduite de l'auteur dans la généralité des cas.

Bien que M. Gibert donne de justes éloges au travail de M. le docteur Pégot, il ne partage cependant pas les opinions, selon lui, un peu hasardées de l'auteur, sur l'espèce d'antidote que constituerait le soufre contre les accidens d'intoxication mercurielle, et notamment contre la salivation. M. Gibert ne croit pas, par exemple, que les faits cités dans le mémoire puissent servir à confirmer la prétendue vertu préservative et curative de la salivation attribuée aux eaux sulfureuses; il regarde aussi comme trop absolue cette assertion de M. Pégot, qui pense, avec quelques autres médecins, qu'un individu traité de syphilis, et chez lequel une cure sulfureuse thermale ne réveille aucun des accidens de la maladie, peut être désormais regardé comme à jamais préservé du retour de ces accidens. Enfin, M. Gibert n'adopte pas la préférence, qu'à l'imitation de Biet, beaucoup de praticiens de nos jours donnent au proto-iodure de mercure sur toutes les autres préparations mercurielles. Ce médicament, qui ne peut être administré que sous la forme pilulaire, tantôt n'agit pas, parce que les pilules passent sans être absorbées, tantôt détermine des accidens d'irritation buccale et intestinale, qui forcent à le suspendre ou rendent ses effets pénibles à supporter. On sait que le sirop de deuto-ioduré est, pour M. Gibert, le spécifique par excellence.

Voici d'ailleurs, en résumé, les conclusions pratiques du rapport :

On peut envoyer aux eaux thermales sulfureuses les sujets atteints de syphilis, dans le but :

1° De combattre la *cachexie* causée tant par la maladie, que par le traitement, chez les sujets atteints de syphilis consécutive ;

2° De compléter la cure des syphilides qui dégénèrent facilement, chez certains sujets, en irritation dartreuse;

3° De préparer, par l'action fortifiante et élémentaire des eaux, une cure plus assurée et moins sujette à accidens par les agens spécifiques, lorsque le mal a résisté à l'emploi plus ou moins méthodique de ces agens;

4° De provoquer l'apparition de syphilides caractéristiques chez les personnes soupçonnées de syphilis latente ou *larvée;*

5° Enfin, d'acquérir plus de certitude pour l'avenir en faveur des sujets supposés guéris d'une syphilis dont aucun accident ne se reproduit sous l'influence de la médication thermale.

Sur la proposition du rapporteur, l'Académie décide qu'une lettre de remercîmens sera adressée à M. le docteur Pégot, et que son mémoire sera déposé honorablement dans les archives de la compagnie.

La parole est à M. Velpeau.

M. VELPEAU : Tout en rendant justice à l'excellent rapport dont M. Gibert vient de donner lecture, je ne puis m'empêcher de relever une phrase qui me semblerait de nature à accréditer une erreur. M. Gibert a dit qu'il n'avait jamais vu la salivation naître de l'emploi du deuto-chlorure de mercure. Cette assertion, je l'avoue, m'a étonné de la part d'un praticien, qui, par la spécialité de sa clientèle, est à même d'observer tous les jours les effets des diverses préparations mercurielles. Je ne sais par quel hasard vraiment singulier, l'honorable rapporteur a pu si souvent administrer le bichlorure de mercure sans jamais être témoin de l'accident de la salivation. Pour mon compte, quoique je n'aie, pas sur ce point, une expérience aussi étendue que celle de M. Gibert, j'ai vu un assez grand nombre de fois les malades soumis au traitement par le bichlorure de mercure, être pris de salivation. C'est pourquoi j'ai cru qu'il était de mon devoir de relever cette phrase du rapport de M. Gibert, dans la crainte qu'une pareille assertion sortant de la bouche d'un spécialiste éminent, ne servît à accréditer une erreur dans l'esprit des médecins.

M. MOREAU : Je demande à présenter une observation à propos du rapport très bien fait, d'ailleurs, que l'Académie vient d'entendre. M. Gibert y trouve une question encore ajourd'hui fort controversée, et dont l'importance me fait regretter l'absence de M. Ricord. Certainement, il eût été désirable que ce collègue fût ici présent pour nous donner son opinion sur ce sujet et pour éclairer cette question de ses lumières spéciales. Cette question est celle de la syphilis larvée, latente, existant sans se traduire au dehors par aucune manifestation symptomatique. M. Ricord a insisté fortement il y a quelque temps, dans cette enceinte, sur ce point de syphilographie, qu'il a jugé d'une manière différente de celle de M. Pégot et de M. Gibert.

M. LAGNEAU : Deux questions importantes ont été soulevées par le rapport de M. Gibert : L'une est relative à la syphilis larvée, l'autre à l'action du deuto-chlorure de mercure. Relativement à la syphilis larvée une observation attentive et une longue expérience, ont tout à fait fixé mon opinion. J'ai vu, maintes fois, des personnes qui n'avaient aucun symptôme de syphilis, tout à coup, à l'occasion d'une affection fébrile, être instantanément couvertes de syphilides qui n'ont cédé qu'à un traitement antisyphilitique. Ceci est pour moi chose certaine et indubitable, appuyée sur de nombreux exemples. Il y a plus; dans les grandes crises de la vie, lorsque s'opèrent certaines révolutions organiques, à l'époque de la ménopause, par exemple, ou à l'occasion d'une grossesse, on voit se produire de véritables explosions de manifestations syphilitiques que rien ne pouvait faire prévoir. C'est là, je le répète, une conviction bien arrêtée, dans mon esprit, fondée sur des observations multipliées, et qui me semble à l'abri de toute controverse.

Relativement à l'influence du deuto-chlorure de mercure sur les glandes salivaires, je crois qu'elle est nulle dans l'immense majorité des cas; qu'elle est tellement exceptionnelle, que je suis encore à en chercher un cas bien authentique. Dans deux circonstances j'ai été conduit à me demander si l'accident dont j'étais témoin ne résultait pas de l'usage du deuto-chlorure, et chaque fois je me suis assuré que, concurremment à l'emploi du sublimé, les malades faisaient des applications d'onguent napolitain sur les parties génitales ulcérées, ou bien prenaient secrètement, pour en finir plus vîte, des pilules de proto-iodure de mercure. Le sublimé ne m'a donc jamais paru occasionner de salivation, et cela se comprend. En effet, dans ce sel, le métal entre dans des proportions si minimes, qu'il est difficile de croire qu'il soit susceptible de produire l'intoxication, dont la salivation est un indice, à moins, toutefois, d'une idiosyncrasie extraordinaire. Le deuto-chlorure de mercure s'administre à la dose de 2 centigrammes à 2 centigrammes 1/2 tout au plus; si sur cette quantité on prélève le métalloïde, il ne reste plus qu'une proportion infiniment petite du métal. En admettant que le sublimé, ainsi administré, puisse produire la salivation, il en résulterait que l'intoxication mercurielle serait causée par une dose véritablement atomistique ou homœopathique de mercure. Donc, au point de vue de l'influence du deuto-chlorure de mercure, comme à celui de la syphilis larvée, je me range complètement à l'avis de M. Gibert. Quant aux faits observés par M. Velpeau, je crains que cet honorable collègue soit tombé sur des cas dans lesquels d'autres préparations mercurielles ont été employées concurremment avec le sublimé, soit le proto-iodure de mercure, soit l'onguent napolitain en onctions sur des bubons ou des ulcères.

M. VELPEAU : Je ne croyais pas être le seul à avoir observé la salivation comme résultat de l'emploi du deuto-chlorure de mercure. Il me semblait que des hommes spéciaux, ayant une longue expérience sur le sujet en question, allaient corroborer, par de nouveaux faits, l'opinion que j'ai émise en commençant. Or, je suis assez malheureux pour que M. Lagneau, un homme spécial, habitué à observer les maladies vénériennes et à manier le mercure sous toutes ses formes, vienne me con-

tredire et apporter à M. Gibert, autre spécialiste, l'appoint de son autorité et de sa vaste et longue expérience. M. Lagneau indique certaines circonstances qui pourraient, suivant lui, infirmer les conséquences que j'ai cru pouvoir tirer de mes observations. A ce raisonnement, il ne manque qu'une chose, c'est de n'être point applicable aux cas que j'ai observés, car les circonstances supposées par M. Lagneau faisaient, dans ce cas, complètement défaut. En ce moment encore, je donne des soins à un homme affecté d'ulcère chancreux à la gorge. Cette personne n'a pris que de la liqueur de Van Swieten, à la dose ordinaire, c'est-à-dire d'une cuillerée par jour; il n'y a pas encore deux semaines qu'il a commencé à en faire usage; il n'a, d'ailleurs, employé ni proto-iodure de mercure, ni onguent napolitain, et voilà que depuis trois jours s'est déclarée une magnifique salivation mercurielle.

Ces faits m'ont paru assez fréquens, je ne les ai pas comptés; je n'ai pas songé non plus à comparer à ce point de vue le deuto-chlorure de mercure et les autres préparations hydrargyriques, mais les observations de ce genre ont été assez nombreuses pour avoir frappé mon attention et pour que je sois étonné d'entendre des hommes comme MM. Gibert et Lagneau exprimer une opinion contraire. Le deuto-chlorure de mercure, dit M. Lagneau, tel qu'il est employé, ne peut produire l'intoxication. Mais, avant d'émettre une semblable opinion, il faudrait d'abord constater le fait. La proportion de mercure est trop petite?..... L'argument me paraît bien faible, car l'on donne peu de mercure avec le proto-iodure, et cependant la salivation est un accident très ordinaire de l'emploi de ce médicament. D'ailleurs, il y a des personnes à qui il faut si peu de mercure pour être prises de salivation! Cet accident, je l'ai vu se déclarer chez un homme dont on avait touché un ulcère qu'il portait à la cuisse, avec une goutte de nitrate acide de mercure; je l'ai vu éclater aussi après la cautérisation du col de l'utérus à l'aide de quantités extrêmement faibles du même caustique. Cela se concilie parfaitement avec les opinions émises par M. Mialhe sur l'absorption des composés mercuriels; car, d'après ce chimiste, il faut que les préparations mercurielles soient employées en fort petites proportions pour rencontrer dans le corps les conditions qui rendent le mercure absorbable. En résumé, ce que je veux établir par mon argumentation, c'est qu'il y a des salivations produites par la liqueur de Van Swieten, par le deuto-chlorure de mercure.

M. Collineau a vu des cas de salivation occasionnée par l'usage du bichlorure de mercure. Quant à la question de la syphilis larvée, la réalité ne lui en paraît pas contestable. Il ne doute pas que la syphilis constitutionnelle ne puisse rester pendant vingt et trente ans cachée, sans manifestation extérieure d'aucune sorte, pour faire ensuite une explosion soudaine en un moment donné. L'honorable académicien a vu une femme, fille publique dans sa jeunesse, qui, après s'être exposée à l'infection vénérienne, demeura pendant vingt ans sans aucun symptôme syphilitique, forcément soustraite à toute occasion de contracter la vérole, et chez laquelle, au bout de ces vingts ans, éclatèrent des syphilides cutanées. M. Collineau a observé quelque chose d'analogue, quoique moins bien caractérisé, chez une autre femme.

M. Lagneau : J'ai vu des cas dans lesquels la syphilis, latente pendant trente-cinq et quarante ans, est venue faire explosion, tout à coup, et dérouler à mes yeux toute la série des manifestations les plus caractéristiques de la maladie vénérienne, manifestations dont le traitement par les antisyphilitiques ordinaires a fini par triompher d'une manière complète. Quant à l'influence du deuto-chlorure de mercure dans le fait de la salivation, j'admets qu'il y a des cas d'idiosyncrasie extraordinaire, où cet accident peut être le résultat de l'usage de ce médicament. Mais c'est excessivement rare. Depuis cinquante ans que je m'occupe du traitement des maladies vénériennes, que j'administre le mercure sous toutes ses formes, je n'ai été témoin qu'une seule fois, et encore le cas était-il douteux, de salivation que l'on aurait pu rapporter à l'emploi du sublimé. Aussi j'ai pour habitude, lorsque je vois survenir de la salivation chez quelques malades soumis à l'usage d'une préparation mercurielle autre que le deuto-chlorure de mercure, de substituer ce dernier à la forme précédemment employée. Cette substitution suffit pour arrêter la salivation commençante. C'est là, si je ne me trompe, une considération d'une haute signification dans le débat qui s'agite devant l'Académie.

M. Requin : Si je demande la parole dans cette question mercurielle des salivations sous l'influence du deuto-chlorure de mercure, mise en doute par deux spécialistes éminens dont je considère l'un comme mon maître en syphilographie, ce n'est pas que j'aie la prétention d'opposer à leur vaste expérience, ma petite expérience personnelle; mais je crois remplir mon devoir d'humble et modeste praticien en exposant les résultats de mes observations sur ce point, observations qui me portent à me ranger à l'opinion émise par M. Velpeau. Depuis longues années, dans le cercle restreint de ma pratique, je fais des expériences sur les préparations mercurielles, comme en font tous ceux qui veulent savoir à quoi s'en tenir sur l'efficacité de tel ou tel médicament dont ils ont à faire usage. Or, l'expérience confirmant en cela les préceptes que j'avais puisés dans l'ouvrage de M. Lagneau et dans l'enseignement de Dupuytren, mon maître, m'a conduit à m'arrêter au bichlorure de mercure, comme la meilleure forme d'administration de l'agent antisyphilitique. Tous mes vérolés, soit de l'hôpital, soit de la ville, je les traite par les pilules dites de Dupuytren dont j'ai donné, dans mon ouvrage, une formule nouvelle appropriée au système métrique. Je ne viens donc point parler contre le bichlorure de mercure; mais je ne puis cacher, toutefois, que j'ai observé quelques cas de salivation produite par cet agent, cas dans lesquels d'autres préparations hydrargyriques n'avaient nullement été employées, ni antérieurement, ni concurremment avec le sublimé. Irais-je conclure de là qu'il faut supprimer le bichlorure de mercure, non, mais je dirai avec l'illustre Boerhaave que ce médicament doit être manié *prudenter à prudente medico*. Sans doute la salivation est rare, mais elle existe quelquefois. Si elle existe, comme cela est certain, je m'étonne qu'un praticien aussi répandu que M. Lagneau ne l'ait jamais rencontrée. Il serait possible que cela tînt à la grande réputation que M. Lagneau s'est acquise dans cette spécialité. En effet, les gens qui le consultent et chez lesquels la salivation se déclare, ne croient pas devoir s'adresser de nouveau à lui pour leur salivation, et vont frapper à la porte d'un médecin moins en renom. Voilà comment, à la rigueur, je pourrai expliquer cette contradiction entre l'observation de M. Lagneau, praticien très répandu, et mon observation personnelle, plus restreinte. Quoi qu'il en soit les faits sont des faits, et les témoignages de MM. Velpeau, Collineau et Requin qui tous affirment avoir observé des cas de salivation produite par le deuto-chlorure de mercure, ne peuvent être révoqués en doute. En résumé, de toutes les préparations mercurielles, c'est le deuto-chlorure que je préfère, mais je l'emploie avec prudence parce qu'il peut avoir des inconvéniens et produire l'intoxication hydrargyrique.

M. Ferrus affirme que dans le cours de ses campagnes militaires, où il a eu à traiter un grand nombre de soldats syphilitiques, il n'a jamais vu le bichlorure de mercure amener la salivation.

M. Gibert : Je ne prétends pas rentrer dans la discussion épuisée par les précédens orateurs, je dirai seulement qu'en déclarant que je n'avais jamais observé de salivation à la suite du bichlorure de mercure, je ne voulais nullement nier les faits observés par d'autres. J'ai exposé simplement les résultats de mon observation personnelle, voilà tout. Je relèverai seulement ce que je crois être un vice dans l'argumentation de M. Velpeau. Notre honorable collègue semble vouloir juger de l'action du bichlorure de mercure par celle de quelques autres préparations mercurielles, telles que le nitrate acide, etc. On ne peut s'appuyer sur une pareille analogie. Les préparations mercurielles varient singulièrement dans leurs effets. Ainsi le nitrate acide de mercure est de tous les mercuriaux, celui qui produit le plus rapidement et le plus énergiquement la salivation. Donc, de ce qu'une goutte de ce caustique peut déterminer cet accident il ne suit pas que le bichlorure de mercure doive le produire. En somme, il résulte de ce débat que le sublimé est de toutes les préparations hydrargyriques la plus innocente et la moins susceptible de déterminer l'intoxication. Je n'insiste pas davantage sur ce point, car je tiens surtout à répondre à l'observation de M. Moreau. M. Moreau qui a eu la bonté d'applaudir à mes idées et de me faire compliment sur mon rapport, ce dont je le remercie, a dit : Je regrette que M. Ricord ne soit pas ici, lui qui a protesté antérieurement contre les idées émises dans le rapport actuel. Je trouve vraiment extraordinaire que l'on ait donné un tel retentissement aux paroles de M. Ricord. Plus que personne je respecte et j'honore le talent éminent de notre collègue, mais je ne puis m'empêcher de trouver extraordinaire tout ce grand fracas que l'on fait autour de ses paroles. Je ne sais pas, en vérité, contre quoi a protesté M. Ricord. Je ne crois pas que notre collègue nie la syphilis latente, car des malades traités à Paris par M. Ricord ont été adressés par lui à M. le docteur Pégot, dans le simple but de s'assurer si ces personnes, qui n'avaient plus, à cette époque, un seul symptôme de la maladie vénérienne, étaient bien réellement guéries. Comment concilier cette démarche avec l'idée de la non-existence de la syphilis larvée?

M. Moreau : C'est là précisément le fait qui porte à regretter l'absence de M. Ricord. M. Ricord a soutenu devant moi qu'il ne pouvait exister de syphilis sans manifestation symptomatique. Or, pour mon compte, je crois avoir observé le contraire. J'ai des exemples de femmes chez lesquelles il n'existait depuis longtemps aucune manifestation syphilitique, et qui sont accouchées d'enfans morts syphilitiques dans le sein maternel.

Après cette discussion, les conclusions du rapport de M. Gibert sont mises aux voix et adoptées.

Choléra.

M. Thomas lit un travail dans lequel il expose le résultat des observations qu'il a recueillies sur l'épidémie cholérique dans les diverses contrées qu'il vient de parcourir. Ce travail est le résumé des faits que l'auteur a déjà fait connaître dans ses lettres datées de St-Pétersbourg, de Moscou, d'Amsterdam et de Bruxelles.

Sur la cautérisation du vagin par la voie sèche dans la vaginite blennorrhagique.

M. Deneney lit un travail dont l'objet est d'établir que le procédé de cautérisation du vagin, présenté comme nouveau à l'Académie de médecine, par M. Becquerel, est ancien, défectueux et condamné par l'expérience, qui a démontré l'excellence du procédé de cautérisation par la voie liquide. L'auteur fonde sa critique sur ce que la cautérisation est toujours inexacte, et partant, incomplète dans son action; sur ce qu'elle exige enfin l'application du spéculum, complication très douloureuse dans la vaginite aiguë.

L'auteur termine son mémoire en exposant les avantages de la cautérisation par la voie humide, qu'il a préconisée dans des précédentes publications, et en décrivant les deux modes ou procédés d'exécution auxquels il donne la préférence, l'injection et le badigeonnage. (Comm. MM. Depaul et Huguier.)

ARAGO.

La mort frappe à coups redoublés à la porte de l'Académie des sciences, et chaque jour le linceul recouvre quelque personnalité plus ou moins illustre, plus ou moins éclatante. Depuis l'extinction de cette grande lumière de la physique et de la chimie contemporaines, de cette gloire sans tache qui rayonnait autour du nom de Gay-Lussac, que de pertes la science n'a-t-elle pas eu à déplorer. Pour ne parler que des plus récentes, à M. Richard, que la Faculté de médecine de Paris comptait parmi ses meilleurs professeurs, à M. Richard, l'ami de l'illustre toxicologiste qui devait si tôt le suivre dans la tombe, succédait naguère M. Adrien de Jussieu en qui s'éteint cette auguste race de savans, cette belle dynastie scientifique qui, pendant plus d'un siècle, a porté avec tant d'éclat le sceptre des sciences naturelles.

Aujourd'hui, c'est parmi les plus nobles et les plus illustres que la mort a choisi sa victime. Arago n'est plus... Quand on voit disparaître de la scène quelqu'une de ces grandes intelligences suscitées de Dieu pour être la lumière des autres, il semble que le monde se rapetisse autour de vous; on regarde à l'horizon, et l'on dirait qu'il pâlit en perdant le reflet du faisceau lumineux, qui, de ce brillant foyer, rayonnait sur le monde. On se prend quelquefois à rêver, pour ces intelligences d'élite, la perpétuité de la vie; on désirerait que la nature dérogeât, en leur faveur, à ses lois immuables et éternelles; on voudrait que ces astres n'eussent pas de couchant, afin de pouvoir toujours s'éclairer aux rayons de leur pure clarté. Mais un jour on est réveillé de ce rêve par le retentissement de cette nouvelle éclatante comme un coup de foudre : Il est mort... il n'est plus... il est éteint ce flambeau... *Pallida mors æquo pulsat pede*... L'aveugle mort ne respecte pas plus les rois de la science que les chefs des empires, elle les pousse du même pied dédaigneux dans les abîmes de l'éternité.

Arago est l'une des plus éclatantes et des plus pures gloires de la science contemporaine. Du haut du majestueux édifice élevé à l'astronomie par le grand roi, il a pu, continuant la glorieuse tradition des frères Cassini, des Saland, des Laplace, etc., faire de brillantes découvertes dans la science des Newton, des Galilée et des Copernic. La physique l'a vu, tantôt compagnon, tantôt émule de gloire des Gay-Lussac, des Biot, etc., l'interroger en maître et lui dérober des secrets. Et, cependant, quelque grande que fût sa science, quelque haute que fût son intelligence, Arago se faisait humble avec les petits. Qui n'a entendu, dans l'amphithéâtre de l'observatoire, cette parole douce, calme, lumineuse, dévoilant avec une lucidité merveilleuse les mystères les plus obscurs de la science astronomique, et abaissant, pour ainsi dire, au niveau des intelligences les plus vulgaires, la majesté des cieux? Ne pouvant élever ses auditeurs jusqu'à lui, il descendait jusqu'à eux, avec la noble simplicité d'une grande intelligence qui ne craint pas de se laisser toucher et manier.

Mais la vie d'Arago ne s'est pas consumée uniquement et paisiblement à l'Observatoire, entre un amphithéâtre et un cabinet de physique, entre le télescope et le baromètre ou le thermomètre. Non, si sa tête était livrée aux sublimes et froids calculs de l'astronomie, son cœur partageait les émotions populaires, et s'enflammait aux noms de progrès social et de liberté; la fibre du citoyen palpitait sous l'enveloppe paisible du savant.

Et maintenant de cette gloire, de cette réputation, de cette science, il ne reste plus que l'abstraction. Cette lumière a éteint dans les ombres de la mort ses rayons visibles. A cette nouvelle, la grande cité s'émeut; voyez cette foule innombrable qui se presse dans les rues et accourt de toutes parts vers le temple où se prépare la cérémonie funèbre. Vient-elle pour satisfaire un simple désir de curiosité; vient-elle à cette pompe lugubre comme à une pompe mondaine, comme à un spectacle? Oh! non, à la voir recueillie, attendrie, muette, immobile sous des torrens de pluie, on comprend qu'une idée grave plane sur toutes ces têtes, qu'un sentiment généreux fait battre tous ces cœurs. Elle vient voir passer la science, la gloire, le génie, la magnanimité, le patriotisme, la vertu réunis à la fois dans le même cercueil. Elle vient accompagner à sa dernière demeure non seulement le savant, mais le grand citoyen. Toutes les vertus, tous les talens, tous les mérites d'Arago ont trouvé de dignes appréciateurs dans les divers orateurs qui ont prononcé des discours sur sa tombe. On a tour à tour donné un juste tribut d'éloges à l'astronome illustre, au magistrat, à l'homme vertueux.

L'espace nous manque pour rendre compte de cette cérémonie funèbre, qui réunit toutes les illustrations politiques, scientifiques, littéraires, artistiques dans un même sentiment de tristesse, de regrets et d'admiration.

Le cercueil du grand astronome repose au cimetière du Père-Lachaise, dans un caveau provisoire, en face du monument élevé par la France à Casimir Périer. Lui aussi il attend le monument que doit, à sa gloire et à ses vertus, la patrie reconnaissante!

Dr A. Tartivel.

COURRIER.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — L'épidémie cholérique est toujours en décroissance à Newcastle et à Gateshead. Le 3 octobre, il y a eu seulement 11 décès dans la première ville, et dans la seconde, le nombre des décès a été de 6 le 30 septembre, de 5 le 1er octobre, et de 8 le 2 octobre. Total des décès aux dernières nouvelles, 1,392 à Newcastle, et 385 à Gateshead. Le nombre des diarrhées est toujours très considérable dans ces deux villes et dans leurs environs. A Liverpool, le choléra a éprouvé une recrudescence marquée parmi les émigrans allemands : 10 décès ont été constatés dans un intervalle de quelques jours. Rien n'annonce encore que le choléra règne sous forme épidémique à Londres.

Dans le nord de l'Europe, le choléra est décidément en voie de disparition. En Suède, en Norwège, en Danemarck, il perd tous les jours de son intensité. A Berlin, il persiste toujours, et, d'après les nouvelles les plus récentes, il y aurait 40 ou 50 cas par jour, dont la moitié, au moins, suivis de mort.

On lit dans un journal anglais, le *Daily News* : M. le docteur Mélier, membre du comité d'hygiène et de l'Académie de médecine, a visité, ces jours derniers, en compagnie de M. Susherland, l'un des inspecteurs généraux du Conseil de santé, les quartiers infectés de Newcastle; il a examiné avec soin le mode de fonctionnement des visites, de maison à maison, pratiquées dans ces quartiers; mais le médecin français a été surtout frappé des conditions hygiéniques fâcheuses de ces quartiers et de la malpropreté des habitans. Jamais, dans aucune ville de France, il n'avait assisté, disait-il, à un pareil spectacle.

— La séance du Comité de rédaction de l'Union Médicale aura lieu, demain vendredi, à l'heure ordinaire.

— M. Bonnafont, médecin principal à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, passe, en la même qualité, à celui du Roule, en remplacement de M. Lacauchie décédé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

DU TRAITEMENT DES SOURDS-MUETS, par le docteur E. Deleau. Prix : 1 fr. 50 c. — Guérison du jeune Peinget, de Strasbourg, admis à l'institution de la rue St-Jacques, frère cadet d'un sourd-muet, pour servir de réfutation à la lettre du docteur Ménière, insérée dans le *Moniteur* du 5 mai 1853.

Germer-Baillière, éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 120. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 8 Octobre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12

A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.

On s'abonne aussi :

Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 7 OCTOBRE 1853.

DE LA VACCINATION PRÉVENTIVE DANS LES HOPITAUX.

La question de l'influence nosocomiale, considérée dans ses rapports avec le jeune âge, est une des questions les plus graves et les plus ardues qui puissent préoccuper les hommes livrés à l'étude des maladies de l'enfance. C'est en vain qu'on a tenté, depuis un certain nombre d'années, d'introduire dans les hôpitaux destinés aux enfans toutes les modifications susceptibles de diminuer la mortalité qui décime la population de ces établissemens; c'est en vain qu'on a cherché, dans l'application des préceptes hygiéniques réputés les plus sages, une sauvegarde contre les désastreux effets de ce qu'on a appelé la morbidité collective; c'est en vain qu'on a demandé aux systèmes de ventilation les mieux combinés, à la propreté la plus irréprochable, à la qualité et à l'abondance des alimens, voire même à la gymnastique, un refuge pour ainsi dire contre les fléaux divers, qui, dans les hôpitaux, planent sur le berceau de chaque petit malade ; cette même imminence générale morbide semble défier tous les efforts; et si peu grave que soit l'affection pour laquelle un enfant est admis dans les salles, nul ne saurait affirmer que là où il entrait pour un érythème, un impétigo, un coryza, il ne prendra pas quelque fièvre grave.

J'ai cherché, après beaucoup d'autres, à dégager quelques-unes des inconnues de ce problème, et je viens soumettre, à mes confrères, une idée qui a dû se présenter à l'esprit d'un grand nombre d'entre eux, mais qui, n'ayant point reçu jusqu'à présent son application d'une manière suivie, mérite, dans tous les cas, d'être signalée, et, s'il est possible, d'être prise en considération sérieuse. Voici, en quelques mots, le fait qui me l'a inspirée :

Un jeune enfant de 12 ans, atteint d'un phlegmon diffus de la jambe, est admis dans un des grands hôpitaux de Paris; son état est tellement désespéré que le chirurgien, jugeant la terminaison fatale inévitable, hésite un instant à mettre en usage la ressource suprême de l'amputation. Une circonstance diagnostique, dont nous n'avons pas à nous occuper ici, fait renaître tout à coup quelque espoir ; l'opération est décidée et exécutée sur le champ. Au bout de deux mois, le moignon du jeune enfant était complètement cicatrisé ; les forces s'étaient relevées, l'appétit, la gaieté, l'embonpoint avaient reparu. Quelques jours encore, et l'enfant sortait, complètement guéri, de l'hôpital, lorsqu'une variole confluente se déclare et emporte notre jeune malade... Il n'avait pas été vacciné !

Mais, dira-t-on, c'est là une observation vulgaire, et il n'est pas d'hôpital qui n'enregistre, chaque année, nombre de faits semblables. Rien n'est plus vrai. Or, c'est précisément le nombre de ces faits qui émeut, c'est l'espérance d'atténuer un mal que je ne crois pas irrémédiable, qui m'incite à proposer un moyen que je viens soumettre à l'appréciation des hommes éclairés.

Le petit malade dont je viens de parler, arraché par les secours de l'art chirurgical à une mort certaine, a succombé d'une façon tout à fait imprévue à une influence nosocomiale, mais ce n'est là qu'un exemple entre mille. Combien de jeunes sujets admis dans les salles de médecine ou de chirurgie, et mis en état de quitter l'hôpital, guéris de leur maladie première, ont péri cependant victimes de cette redoutable influence, qui par la variole, qui par la scarlatine, qui par la fièvre typhoïde, qui par l'angine couenneuse, etc., etc.

Serait-il donc possible de conjurer les dangers auxquels exposent les maladies qui élisent si facilement domicile dans les nosocomes, mais qui ne s'installent nulle part aussi opiniâtrement que dans les nosocomes infantiles? Aurions-nous donc la prétention d'opposer aux principes miasmatiques, qui règnent dans l'air, quelque barrière infranchissable? Aurions-nous découvert quelque agent susceptible de neutraliser les effets des poisons morbides qui s'engendrent et circulent dans l'intérieur des salles d'hôpital? Non, en vérité; car je sais trop bien que toute agglomération d'individus malades devient, par cela seul qu'elle est une agglomération, devient un foyer incessant d'effluves miasmatiques, où chaque individu, nouvellement introduit, peût puiser le germe de maladie qui est le plus en rapport avec ses aptitudes et ses prédispositions morbides.

Je me souviens, et ce fait a dû se présenter souvent dans les divers hôpitaux, qu'en 1845, époque de mon internat aux Enfans-Trouvés, une terrible épidémie de rougeole sévit non seulement dans les salles de l'infirmerie, mais encore à la crèche et dans les constructions nouvelles destinées aux orphelins. L'épidémie régnait depuis six mois, très meurtrière, et n'épargnait presque aucun des jeunes enfans qu'elle atteignait. Les sœurs, les médecins, le directeur, tout le personnel de l'hôpital, en un mot, s'en émurent, et l'on résolut d'évacuer l'infirmerie, d'en améliorer les conditions sanitaires par un système de ventilation énergique, par le changement des rideaux, le rebattage des matelas, etc.; puis, au bout de quinze jours, quand on crut avoir, par ces soins, suffisamment combattu le fléau dans la localité où il s'était concentré, on rendit les salles à leur destination première. Vains efforts, l'épidémie n'en continua pas moins sa marche dévastatrice; et ce ne fut que trois mois après qu'elle s'éteignit, sans que la rougeole eût cessé pour cela d'exister à l'état endémique. Cette circonstance fut pour moi un grand enseignement, et elle est encore à l'heure qu'il est trop vivement empreinte dans ma mémoire, pour que je songe à la possibilité d'expulser, par des moyens analogues, les maladies soit endémiques, soit épidémiques, qui sévissent habituellement dans les nosocomes infantiles.

Notre impuissance, à cet égard, étant donc bien et dûment constatée, il semble qu'il ne reste plus qu'à demeurer spectateurs passifs des redoutables effets de l'influence nosocomiale. Un tel rôle ne saurait être accepté par la génération intelligente et éminemment distinguée des médecins qui sont aujourd'hui à la tête de nos hôpitaux. S'ils ne doivent pas chercher à lutter contre l'impossible, au moins doivent-ils vouloir et exécuter tout ce qui est humainement possible. Or, parmi les maladies aux atteintes desquelles est exposée la population des nosocomes infantiles, il en est une que nous pouvons combattre, non pas directement et dans son foyer, mais par des voies indirectes. Il en est une à laquelle nous pouvons interdire le seuil de nos hôpitaux, comme on lui a défendu la porte des crèches, des salles d'asile, des écoles communales, des lycées, des écoles normale, polytechnique, etc. ; cette maladie est précisément celle qui a frappé si cruellement le jeune malade dont j'ai rappelé succinctement l'histoire, j'ai nommé la variole. N'est-ce pas, en effet, la seule dont on puisse affirmer, sans crainte d'erreur, que nous en avons l'antidote, le spécifique, ou, pour parler plus exactement, le préservatif? N'est-ce pas, par conséquent, dans l'application préventive de l'inoculation vaccinale, qu'il faut

Feuilleton.

ARAGO ET LA MÉDECINE.

Au milieu de tant de voix éloquentes et de plumes inspirées qui ont pleuré la mort de l'illustre Arago, le *feuilleton* saura se taire ; il ne réclamera pas pour prendre sa part de ce grand deuil public, car il connaît son humble nature et ce qui lui convient. D'ailleurs, l'UNION MÉDICALE, qui a pour habitude de payer son tribut de regrets à toutes les gloires scientifiques que la mort nous enlève, a été bien servie, dans cette douloureuse circonstance, par notre jeune collaborateur et ami, M. le docteur Tartivel. Il ne reste donc rien à faire au feuilleton qu'à s'unir à la douleur générale, et peut-être à rappeler quelques traits de cette grande individualité tout à fait afférens à la spécialité de ce journal.

C'est une occasion que je saisis, toutes les fois que je le peux, de m'enquérir des idées et des opinions qu'ont fait connaître sur notre science les hommes éminens étrangers à notre science. C'est ce que j'ai cherché à faire pour Arago, mais je dois déclarer que n'ayant pas eu l'honneur d'avoir aucune relation avec cet illustre savant, ce que je sais de lui sur ce sujet ne m'est arrivé que par voie plus ou moins mais toujours indirecte.

A l'inverse d'un grand contempteur de notre science, qui acceptait la médecine sans le médecin, Arago aimait beaucoup le médecin et très médiocrement la médecine. Il croyait à l'inspiration du praticien ; il n'ajoutait aucune foi aux théories ou aux conséquences de la science. Il a eu pour amis plusieurs médecins celèbres, mais il les aimait plus pour eux-mêmes, pour leur caractère, leur esprit, que pour leur science médicale, qu'il s'amusait souvent à mettre en défaut. Grand météorologiste, Arago estimait surtout les travaux de médecine basés sur la météorologie. Il se plaignait souvent, et en termes vifs, de l'espèce d'abandon dans lequel les médecins de notre époque ont laissé ce genre d'études ; il rappelait avec enthousiasme les constitutions médicales de Sydenham, et ce qu'il fit valoir surtout lors de la candidature de Double à l'Académie des sciences, candidature au succès de laquelle il employa son immense et chaleureuse influence, au détriment de celle de Broussais, ce furent les constitutions médicales publiées par ce médecin, et que la génération médicale actuelle avait complètement oubliées.

Cependant Arago, beaucoup moins que plusieurs de ses savans collègues de l'Institut, plus directement mêlés à notre science, ajoutait de l'importance à l'introduction des sciences physiques et chimiques dans la médecine. Il trouvait un abîme entre un fait vital et une réaction chimique, entre un phénomène pathologique et un fait physique. Il disait souvent : Toutes les plus savantes théories physiologiques se prendront comme des mouches dans la faible toile que sécrète et que tisse l'araignée. Un jeune médecin, dont je dois taire le nom, avait présenté à l'Académie des sciences un mémoire qu'il avait bravement intitulé : *Physique de la vie*. Il alla rendre visite à Arago, qui devait analyser la correspondance le lundi suivant. Au seul titre du travail, l'illustre secrétaire perpétuel bondit sur son fauteuil : Physique de la vie ! Qu'est-ce que cela ? s'écia-t-il. Vous la connaissez donc la vie ? Vous savez donc si c'est un acte, une fonction, une force, un résultat ? Physique de la vie ! A grand'peine et par des milliers d'expériences, nous arrivons à connaître à peu près les lois physiques de la lumière, du son, de l'électricité, des corps solides, liquides ou gazeux, toutes choses que nous voyons, palpons et mesurons ; mais la vie !... Qu'est-ce que la vie ?... En connaissez-vous une bonne définition ?

Notre pauvre confrère, abasourdi et interdit, ne put même lui donner la définition rappelée naguère dans ce journal par notre spirituel et charmant collaborateur, Pierre Bernard : La vie est une maladie dont on meurt.

Arago, disais-je, croyait à l'inspiration médicale ; aussi lui, si sévère sur l'admission et l'interprétation des faits de l'ordre physique, se montrait de très bonne composition sur les résultats thérapeutiques. Les médecins sont capables de tout, même de guérir, disait-il un jour à Double. Il se moquait de l'homœopathie comme doctrine, mais il ne répugnait pas à admettre ses succès. Il écoutait sans sourciller les récits des prouesses des magnétiseurs, mais il ne voulut jamais assister à leurs expériences, du moins d'une manière officielle. En un mot, il ne rejetait systématiquement aucun résultat thérapeutique, et il professait sur ce point l'empirisme le plus prononcé. Et cela était permis au secrétaire perpétuel pour les sciences mathématiques, qui, depuis un quart de siècle, voyait passer comme des ombres, et se précipiter les uns sur les autres, les faits les plus contradictoires de physiologie, de pathologie et de thérapeutique, sans apercevoir le moindre effort de systématisation à la possibilité de laquelle, d'ailleurs, il ne croyait pas.

Il est certain, et puisque l'occasion se présente de le faire remarquer, il faut la saisir, que la section de médecine et de chirurgie, à l'Académie des sciences, fait si peu de bruit et de besogne, qu'Arago a dû souvent se dire : Puisque mes collègues ne rapportent presque jamais les innombrables travaux de médecine adressés à l'Académie, c'est que ces travaux ne doivent présenter qu'une médiocre importance. Et il est évident qu'en fait de rapports, jamais section n'a pris de plus doux loisirs. Voyez dans nos comptes-rendus cette série de communications sur la médecine ; toutes sont invariablement renvoyées à une commission composée de MM. tels et tels ; mais de rapports, en lisez-vous jamais ? Et cependant, ne croyez pas que la section reste inactive, il n'y en a pas, au contraire, de plus occupée à l'Académie. A quoi ? demandez-vous. A faire le choix, pendant toute l'année, des heureux confrères qui doivent annuellement participer aux largesses de la riche dotation Montyon. C'est là, je vous assure, une immense et lourde tâche.

En effet, les travailleurs de notre science peuvent se diviser en plusieurs catégories :

Les travailleurs sérieux, mais naïfs, qui voient, dans les Académies, des corps institués pour apprécier les progrès de la science et pour les diriger au besoin ; ceux-là envoient ou lisent leurs communications tout bonnement, sont heureux et fiers du nom de leurs commissaires et attendent le rapport avec une exemplaire simplicité ;

Les travailleurs aussi sérieux, mais moins naïfs, qui nourris dans le sérail, en connaissent les détours, et qui savent bien qu'on désespère

chercher le remède à l'invasion possible de l'affection varioleuse chez les jeunes sujets qui viennent réclamer les secours de l'art dans nos hôpitaux pour une maladie quelconque? Nous n'aspirons point ici à provoquer une mesure semblable au bill rendu par la Chambre des Lords, qui décrète la vaccine mesure d'utilité publique, et la rend obligatoire dans les familles pour tous les enfans (1).

La réforme que nous sollicitons est beaucoup plus restreinte, c'est, pour ainsi dire, une affaire d'intérêt local, qui n'exige l'intervention d'aucune puissance administrative, et dont toutes les chances de succès reposent uniquement sur le bon vouloir de ceux de nos confrères qui sont chargés d'un service dans les hôpitaux. Or, le dévoûment bien connu de ces confrères pour les malades me fait entrevoir l'accomplissement possible du vœu que je vais émettre.

Considérant que la variole est éminemment contagieuse de sa nature; qu'indépendamment du péril dans lequel elle met la vie des malades, elle entraîne des difformités qui sont un juste objet de répulsion; que la vaccine est le moyen le plus efficace qu'on puisse opposer à l'endémicité de cette affection; qu'on ne peut raisonnablement espérer de lutter avec avantage contre la propagation de la variole dans les nosocomes qu'en soumettant préalablement les individus qu'on y reçoit à l'inoculation vaccinale; nous proposerions de pratiquer la vaccination chez tous les sujets qui seraient admis dans les hôpitaux pour des affections diverses, en tant, toutefois, que cette opération ne serait pas contre-indiquée par des circonstances dont l'appréciation appartiendrait de droit aux médecins et chirurgiens de ces hôpitaux. De graves raisons nous paraissent militer en faveur de l'adoption de cette mesure.

Tout individu qui prétend aux bienfaits de l'assistance publique dans les hôpitaux, doit accepter, en échange du service qu'il reçoit, les conditions diverses qui ont pour but de sauvegarder la santé des autres malades. Il est évident que si un sujet, faute d'avoir consenti à subir l'inoculation vaccinale, introduit la variole dans un hôpital, il compromet d'autres existences que la sienne. On ne doit donc pas laisser aux parens qui amènent à l'hôpital un enfant non vacciné, le soin de décider de l'opportunité de l'opération. D'ailleurs, en même temps qu'on doit protéger toute la population de l'hôpital contre les influences pathogéniques qui pourraient être importées par le malade nouvellement admis, on doit également protection à celui-ci contre les influences nosocomiales résultant de la présence des autres malades.

Examinée à un point de vue plus général, cette mesure nous semble devoir être, si on l'applique avec persévérance, suivie des plus salutaires effets. Il est presque inévitable qu'au bout d'un certain temps, à l'aide de cette simple précaution, la variole soit endémique, soit épidémique, ne disparaisse presque entièrement du théâtre de nos hôpitaux. Sans doute, on ne pourrait s'opposer à ce que, de temps à autre, quelque sujet chez lequel l'inoculation vaccinale aurait perdu une partie de sa puissance préservatrice, ne contractât l'une des formes légères de la maladie varioloïde, varicelle, mais qu'il y a loin des effets de ces éruptions discrètes aux ravages terribles et aux conséquences, trop souvent fatales, de la variole confluente!

Je veux bien croire, avec quelques auteurs anglais, que la propriété contagieuse appartient aussi bien aux formes discrètes qu'à la forme confluente de l'exanthème; mais il saute aux yeux que les principes morbifiques qui se dégagent de la surface tégumentaire d'un varioleux, couvert de pustules en voie de suppuration et de dessiccation, doivent être beaucoup plus abondans, s'ils ne sont beaucoup plus actifs, que ceux qui s'exhalent du corps d'un sujet atteint de varicelle ou de varioloïde, et doivent, par conséquent, augmenter, dans l'hôpital, les chances de développement de la maladie chez les individus prédisposés à la contracter. Mais, admettons que ces chances ne s'en trouvent ni augmentées ni diminuées, n'est-il pas clair que si toutes les formes de la variole ne se trouvaient pas, par le fait de l'application sérieuse de cette mesure, bannies à jamais de l'enceinte des hôpitaux, l'une d'entre elles, au moins, la forme confluente, c'est-à-dire la plus redoutable et la plus meurtrière, y deviendrait exceptionnelle?

La raison d'humanité doit donc, dans l'adoption de cette mesure toute de prévoyance, être la considération dominante; cependant j'en ferai valoir une autre qui, au point de vue moral et professionnel, n'a guère moins d'importance.

Je dis aux médecins : « Vous, les propagateurs nés de la vaccine, vous qui, depuis l'académicien le plus illustre, jusqu'au plus obscur praticien, travaillez sans relâche à étendre à toutes les classes de la société le bienfait de la découverte de Jenner, vous qui, par vos écrits, par vos recherches, et, avant tout, par vos actes, prêchez sans cesse la nécessité de l'inoculation vaccinale, vous êtes moralement engagés à la pratiquer, d'une façon précautionnelle, dans les établissemens confiés à vos soins. » Quelle est, d'ailleurs, la première condition qu'on exige pour l'entrée à demeure dans tous les établissemens consacrés à l'enfance? C'est la preuve que l'enfant a été vacciné. Que dans les hôpitaux on n'exige pas cette preuve, cela se conçoit, parce que la question d'urgence est là, et que, pour une foule d'individus, il n'est pas loisible d'entrer à l'hôpital ou de n'y pas entrer. Mais, que le malade étant admis, on ne lui impose pas, en dehors des contre-indications que peut présenter actuellement son état morbide, l'obligation de subir l'inoculation vaccinale dans un but de préservation commune, voilà ce qui a droit de nous surprendre. N'y aurait-il pas, je le demande, une certaine opposition entre nos paroles et nos actes, si, pendant que nous vantons les bienfaits de la vaccine, nous en négligions l'application dans les lieux où nous avons toutes facilités pour l'appliquer?

J'avais rêvé de voir cette mesure bienfaisante étendue à tous les hôpitaux sans exception; toutefois, pour ne demander que ce qui est, je ne dirai pas possible, mais le plus urgent, je considérerais mon vœu comme accompli si je voyais la vaccination pratiquée sur tous les enfans qu'on admet dans les nosocomes qui leur sont spécialement affectés. Je ne doute pas que bientôt les avantages d'une telle précaution étant unanimement appréciés, elle ne se généralisât dans tous les hospices et hôpitaux d'adultes, et que, l'exemple aidant, elle ne fût adoptée pour tous les établissemens de bienfaisance, non seulement à Paris, mais dans les provinces.

La mise en pratique de la mesure que je propose ne présente aucune difficulté sérieuse. Les huit premiers jours seulement il y aurait, il est vrai, quelques démarches à faire pour se procurer du vaccin; mais à dater de ce moment, les vaccinations ayant lieu journellement, chaque service serait pourvu d'un certain nombre de sujets qui présenteraient des pustules vaccinales à toutes les périodes de leur développement. Voyez les immenses avantages qui en résulteraient déjà pour la propagation de la vaccine.

Il n'existe à Paris, pour la vaccine, qu'un seul lieu de dépôt, l'Académie de médecine. Il y en aurait désormais autant que d'hôpitaux. Que de démarches épargnées aux praticiens par ce seul fait! Ce n'est pas tout. — Les provinces éloignées de Paris ne sont alimentées de vaccin qu'avec beaucoup de peine. C'est un fait dont témoigneraient, j'en suis sûr, tous les praticiens des campagnes. Eh bien! que la précaution dont nous parlons soit adoptée dans les hôpitaux des provinces, et on lèvera une des nombreuses difficultés qui s'opposent à la propagation de la vaccine.

Il me serait facile de présenter le tableau des tribulations et des mécomptes auxquels donne lieu, dans les provinces, l'application de la découverte jennérienne. Je préfère laisser ce tableau dans l'ombre, bien sûr d'être compris des hommes qui ont passé par ces petites misères de la profession. Il me suffira de dire que si les hôpitaux des villes éloignées de Paris étaient continuellement pourvus de vaccin, les médecins des pays circonvoisins iraient s'y alimenter, heureux de n'avoir plus à souffrir d'une disette qui est pour eux la source d'une foule de contrariétés et de démarches pénibles.

Ainsi, l'organisation de la vaccine dans les hôpitaux aurait un double but : amoindrir la mortalité de ces établissemens, et faciliter la propagation de l'inoculation vaccinale.

E. Hervieux.

(1) Conformément à cette loi, tous les enfans nés à partir du 1er août 1853, devront être vaccinés dans les trois ou quatre premiers mois qui suivront la naissance. Obligation pour le médecin-vaccinateur de certifier le bon résultat de l'opération. En cas de non-réussite, la vaccination devra être répétée jusqu'à succès complet. Le bill n'accorde pas d'honoraires aux médecins et chirurgiens chargés de l'opération, mais les parens et tuteurs qui ne se soumettront pas à la loi seront passibles d'une amende de 1 à 5 livres sterling (25 à 125 francs). — (Union Médicale, 5 juillet 1853.)

THÉRAPEUTIQUE.

LA SALIVATION PRODUITE PAR L'EMPLOI DU DEUTO-CHLORURE DE MERCURE.

Paris, le 4 Octobre 1853.

Monsieur et très honoré confrère,

La discussion à laquelle je viens d'assister à l'Académie de médecine, et aussi peut-être un peu, l'intéressant travail de M. le docteur Homolle, que vous publiez en ce moment, m'engagent à vous adresser la substance de deux observations que je trouve dans des notes prises, lorsque j'exerçais la médecine à Alençon, et pour lesquelles je réclame une petite place dans les colonnes de votre estimable journal, si vous les en jugez dignes.

J'ai été tellement étonné d'entendre deux spécialistes, deux praticiens aussi répandus que MM. Lagneau et Gibert, dire à l'Académie *qu'ils n'avaient jamais vu le deuto-chlorure de mercure produire de salivation* que, si je n'avais enregistré les protestations de MM. Velpeau et Requin, j'en serais réduit à douter aujourd'hui de ce dont je croyais être sûr hier encore. Mais les deux faits que je vais rapporter sommairement parleront plus haut, j'espère, que toutes les réflexions que je pourrais faire.

Mme A..., âgée de 38 ans, demeurant rue de Sarthe, à Alençon, souffrait depuis trois mois, d'une affection du foie caractérisée par une augmentation manifeste de cet organe, qui débordait les fausses côtes droites de deux travers de doigt; par une sensibilité très grande de toute la région hypochondriaque de ce côté; par la rénitence de cette région dans la portion correspondante à la vésicule biliaire. Mme A..., était

---

alors qu'on espère toujours; ceux-là adressent ou lisent leurs communications, se laissent complaisamment nommer des commissaires, profitent adroitement de l'immense publicité donnée aux séances de l'Académie, la provoquent au besoin, et font ensuite un demi-tour habile, en demandant le renvoi à la commission du prix Montyon;

Les travailleurs moins sérieux, et pas du tout naïfs, qui, rondement et sans périphrases, s'adressent à la caisse du généreux fondateur des prix.

Or, il est incroyable le nombre de manuscrits et d'imprimés qui aspirent, tous les ans, à recevoir quelques gouttes de cette pluie d'or. Eh bien! c'est à lire, à juger, à classer, à déclasser, à éliminer, à réintégrer, à discuter tous ces travaux, que la section de médecine et de chirurgie de l'Institut est incessamment occupée. C'est une immense affaire, croyez-le. Chacun des juges arrive avec ses doctrines, ses sympathies et ses répugnances; ce sont des discussions sans fin, des résolutions prises et puis annihilées; la présence de l'un, l'absence de l'autre font varier le résultat comme la pression atmosphérique la hauteur du mercure. Je connais un des plus savans travaux de notre époque, qui trois fois a été classé pour une récompense, trois fois déclassé, et qui, en fin de compte et après trois ou quatre séances de lutte, de triomphe et de revers, a obtenu la maigre faveur d'une mention honorable.

Je ne blâme pas, je raconte.

Et encore, si dans cette distribution de prix et de récompenses, Arago avait aperçu, de la part de la section médicale, un plan, une idée, je ne dis pas un système ou une doctrine, mais au moins une vue d'ensemble et une sorte de but à atteindre, peut-être cette grande intelligence aurait-elle émoussé les angles de son scepticisme à l'endroit de notre philosophie médicale. Mais en vérité, l'incohérence et les contradictions mêmes des décisions prises ne pouvaient pas amener ce résultat. Cet esprit si pénétrant et si sagace ne pouvait pas admettre que la méthode expérimentale si en honneur à l'Institut, pût conduire à des résultats si divergens, que l'on dût accorder les mêmes honneurs et les mêmes récompenses à des travaux dont les uns mènent directement au vitalisme, les autres à la négation de tout principe vital; ceux-ci au spiritualisme, ceux-là au matérialisme, tous, dans leur ensemble, à la confusion doctrinale la plus complète.

Je ne critique pas, j'expose.

Arago, disais-je, ne répugnait pas aux faits excentriques, par cela seul qu'ils étaient excentriques. Les austères et les puritains lui ont beaucoup reproché d'avoir introduit à l'Académie des sciences le fait de la jeune fille électrique, qui fit tant de bruit il y a quelques années. Les esprits moins collet-monté lui surent gré, au contraire, d'avoir voulu voir par lui-même ce prétendu phénomène et d'avoir ainsi permis de le rapporter à une cause toute naturelle; cette pauvre enfant était, en effet, en proie — ce fut mon explication — à une forme particulière de chorée.

Quoique les occasions d'analyser les travaux de médecine se présentassent moins souvent pour Arago que pour son collègue M. Flourens, qui de nous n'a été frappé de cette lucidité d'exposition, de ce bonheur de sagacité avec lequel il tombait juste sur le point culminant d'un travail qu'il appréciait d'un trait, d'un mot, quelquefois d'un geste. C'était une incomparable aptitude, une merveilleuse intuition des secrets de la science. L'immense vide que M. Arago laisse dans l'Académie, sera mieux senti de jour en jour.

Amédée Latour.

Notre savant et spirituel confrère, M. Desbarreaux-Bernard, a rappelé, dans le *Journal de médecine de Toulouse*, la lettre suivante de Voltaire, qui est charmante :

Requête de l'hermite de Ferney à Monseigneur le duc de Choiseul, présentée au mois d'août, par M. Costes, médecin.

Rien n'est plus à sa place que la supplication d'un vieux malade pour un jeune médecin; rien n'est plus juste qu'une augmentation de petits appointemens, quand le travail augmente. Monseigneur sçait parfaitement que nous n'avions autrefois que des écrouelles dans les déserts de Gex, et que depuis qu'il y a des troupes, nous avons quelque chose de plus fort. Le vieil hermite, qui à la vérité n'a reçu aucun de ces bienfaits de la Providence, mais qui s'intéresse sincèrement à tous ceux qui en sont honorés, prend la liberté de représenter douloureusement et respectueusement que le sieur Costes, notre médecin très aimable, qui compte nous empêcher de mourir, n'a pas de quoi vivre et qu'il est en ce point tout le contraire des grands médecins de Paris. Il supplie Monseigneur de vouloir bien avoir pitié d'un petit pays dont il fait l'unique espérance.

Signé : Voltaire.

(M. Costes obtint 1,200 liv, de pension et 600 pour les frais de son voyage.)

Nous empruntons le fait suivant à la *Gazette médicale de Lyon* :

Musée de Lyon. — Le buste de M. le docteur Prunelle a pris place au palais Saint-Pierre, dans la galerie des Lyonnais dignes de mémoire. Cette œuvre du professeur de sculpture à notre école des Beaux-Arts se distingue des précédentes par un caractère de vigueur bien accentué. On a eu longtemps la manie de mettre ce que l'on appelle du style dans les bustes. On traitait les figures contemporaines et populaires d'après certains modèles anciens, de manière à leur ôter tout cachet d'originalité. Ce parti pris est franchement évité dans le buste de M. Prunelle, où l'on retrouve ces lignes heurtées, ces traits inégaux, mais pleins de vie et d'animation, cette chevelure abondante, désordonnée et abrupte, ce front large et ridé, dont l'aspect est resté gravé dans toutes les mémoires. L'esprit vif et souvent impétueux de notre ancien maire a été interprété et traduit avec succès par le ciseau du statuaire qui ne s'est pas égaré à chercher des finesses déplacées. En somme, c'est une des meilleures sculptures de le galerie.

Concours. — L'Académie médico-chirurgicale de Ferrare, qui avait mis au concours pour 1851, la question de *la scrofule*, a décidé qu'elle ne donnerait pas de premier prix. Une mention honorable a été décernée à M. le docteur G. Schoulau, de Stettin.

considérablement amaigrie, avait la peau d'une teinte subictérique, mais non de cette couleur jaune paille caractéristique des affections cancéreuses; elle avait de la fièvre. (96 pulsations par minute.)

Cette malade était en traitement depuis environ deux mois lorsque je fus mandé auprès d'elle, le 16 septembre 1844; toutes les médications avaient été employées : les antiphlogistiques généraux et locaux, les vésicatoires volans; elle avait trois cautères qui avaient été appliqués *loco dolenti* et qui suppuraient abondamment; les purgatifs; les alcalins *intùs et extrà*. Aucune préparation mercurielle n'avait été donnée ni en frictions, ni comme purgatif, ni comme spécifique. Nulle friction non plus avec les iodures plombique ou potassique n'avait été faite ; l'honorable confrère qui soignait, avant moi, cette malade ayant préféré probablement employer d'emblée les révulsifs énergiques contre une affection qui marchait à grands pas et qui emporta la malade un mois à peine après le moment où je l'avais vue pour la première fois.

Le mari me confessa que, il y avait dix ans environ, il avait communiqué à sa femme un écoulement qui avait exigé pour leur guérison un traitement très long. Jugeant d'ailleurs de la gravité d'une maladie qui avait résisté au traitement si énergique et si rationnel de mon confrère, je résolus de m'arrêter au traitement suivant :

1° Continuer pour boisson l'eau naturelle de Vichy.

2° Prendre tous les matins une des pilules ainsi composées :

Deuto-chlorure de mercure. 1 gramme.
Rhubarbe pulvérisée . . . . 8 grammes.
Savon médicinal . . . . . 16 grammes.
Réglisse pulvérisée . . } aa. q. s.
Sirop de f. d'oranger. }

Pour 100 pilules égales.

Quel ne fut pas mon étonnement, lorsque le troisième jour de cette médication, je fus placé en face d'une salivation très intense, que je ne pouvais m'expliquer en raison du médicament employé, en raison surtout de la petite dose et du peu de temps qu'il avait fallu pour la produire! Cette salivation dura huit jours, malgré tous mes efforts pour l'arrêter; elle contribua, j'en ai la conviction, à augmenter l'épuisement des forces de Mme A....

Le second fait dont je vais vous entretenir, Monsieur et honoré confrère, mérite de fixer d'autant plus l'attention que, s'il semble en désaccord avec l'observation des deux savans académiciens contre l'opinion desquels je m'élève, il ne serait pas en harmonie, non plus peut-être, avec les conclusions qui termineront, si j'ai bien compris ce qui a paru du travail de M. Homolle, le mémoire de ce savant expérimentateur, qui, après de nombreux essais sur lui-même, niera l'absorption cutanée de certains médicamens dissous dans l'eau d'un bain.

Mme X..., demeurant aussi à Alençon, portait sur tout le corps des taches ayant succédé à des chancres qui avaient siégé, une année auparavant, aux parties génitales. Ces taches avaient d'ailleurs un aspect évidemment syphilitique. Cette dame était travaillée, ce qui n'est pas ordinaire, de démangeaisons insupportables qui la tourmentaient pendant la nuit.

Cette malade n'avait pris aucun médicament depuis les accidens primitifs de syphilis. Je suis sûr, autant qu'on peut l'être en pareille circonstance, qu'elle ne fit que ce que je lui conseillai, et mon traitement fut celui-ci :

Prendre, tous les deux jours, un grand bain d'une heure de durée, et ainsi composé :

R. Sublimé. . . . . . . 10 grammes.
Alcool. . . . . . . 100 grammes.

Faites dissoudre. — Pour mettre dans l'eau d'un grand bain. — Se servir d'une baignoire de bois.

Comme je connaissais, par ce que j'avais lu dans l'ouvrage de M. le professeur Trousseau, par ce que j'avais vu dans son service à l'hôpital Necker, et aussi par quelques cas de ma pratique particulière, l'action efficace du sublimé, dissous dans l'eau d'un bain, contre les maladies syphilitiques cutanées, accompagées de démangeaisons, je me décidai à employer exclusivement les bains de bichlorure de mercure.

Mon attente ne fut pas trompée : les taches de la roséole syphilitique ne tardèrent pas à se ternir. Dès le deuxième ou le troisième bain, les démangeaisons, si incommodes auparavant, cessèrent complètement; et Mme X... allait vers une guérison assurée, lorsqu'après le huitième bain, je fus obligé de suspendre, car la salivation apparut. Les jours précédens j'observais cependant les gencives; me souvenant que M. Trousseau, dans son excellant *Traité de matière médicale et de thérapeutique*, le recommande très expressément. D'un jour à l'autre les gencives se prirent, et Mme X... était en pleine salivation le seizième jour du traitement.

Après une suspension d'un mois environ, la malade put reprendre ses bains; mais, cette fois, un par semaine seulement; et, au bout du quatrième, elle arriva à une guérison qui ne s'est pas démentie depuis 1846.

M. Homolle et de plus habiles que moi, expliqueront si la peau saine n'absorbe pas et si la peau malade absorbe au contraire; si l'épiderme existait sur les taches de la peau de Mme X..., ce dont j'avoue ne m'être point assuré autrement que par la simple inspection; si le bichlorure de mercure fait exception; ou s'il doit être rangé dans la catégorie des médicamens qui sont absorbés dissous dans l'eau d'un bain.

Pardonnez-moi, Monsieur et très honoré confrère, d'avoir été plus long que je ne l'aurais voulu et d'avoir, contre mes habitudes, rompu le silence qui me sied à tant d'égards; mais je n'ai pu résister à l'entraînement de ce que crois être une vérité.

Agréez, etc. A. Rotureau, d.-m. p.

EMPLOI DE LA CRÉOSOTE DANS LES AFFECTIONS DES MUQUEUSES ET LES HÉMORRHAGIES.

La créosote, fréquemment employée en Russie, a surtout trouvé un très chaud partisan dans un praticien de ce pays, le docteur Arendt. Il assure que cet agent est spécialement utile dans plusieurs affections des membranes muqueuses et les hémorrhagies. Dans l'ophthalmie variqueuse chronique, dans la conjonctivite qui s'accompagne d'ulcérations de la cornée, ainsi que dans les taies de celle-ci, le docteur Arendt instille plusieurs fois par jour, quelques gouttes d'une solution de 1 à 3 gouttes de créosote dans 1 once d'eau distillée. Dans les douleurs cardialgiques, il administre 2 gouttes de créosote dans l'eau sucrée ; dans la lienterie, il met fin au flux du ventre et rétablit les fonctions intestinales en injectant 25 gouttes de créosote dans 2 livres d'eau. Contre la leucorrhée, ce médicament n'est pas moins efficace : des injections, répétées trois et quatre fois par jour, d'une solution de créosote (2 gouttes sur 30 gram. d'eau) amènent la guérison en trois à quatre jours. La blennorrhagie secondaire n'est pas moins rapidement guérie par des injections de 1/2 goutte à 3 gouttes de créosote sur 30 gram. d'eau. Ces injections sont également fort utiles dans le catarrhe vésical. Le docteur Arendt assure avoir arrêté une métrorrhagie extrêmement abondante, survenue après l'accouchement, en injectant, toutes les deux heures, 2 gouttes de créosote sur 5 onces d'eau, et il rapporte avoir eu recours, avec succès, au même moyen dans les deux cas d'implantation du placenta sur le col de la matrice. Du reste, le même traitement est également applicable au traitement des hémorrhagies indépendantes de l'état puerpéral ; mais il y a ici à remarquer que le résultat peut ne pas en être toujours également heureux, à cause de la position vicieuse de l'utérus, de l'existence de polypes, de la source éloignée de l'écoulement sanguin, etc. Enfin, le docteur Arendt emploie aussi l'eau créosotée comme hémostatique dans les hémorrhagies externes (10-20 gouttes sur 30 gram. d'eau), et il pense qu'elle est préférable à tous les autres moyens. (*Annales méd. de la Flandre occid.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Extrait des comptes-rendus. — Présidence de M. Denonvilliers.

Élections.

1° Sur un rapport de M. Demarquay, M. Soulé, chirurgien de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, est nommé membre correspondant;

2° Sur un rapport de M. Michon, M. Guérin, chirurgien du Bureau central, est nommé membre titulaire.

Présentation de malades. — Tumeur intra-orbitaire d'un diagnostic difficile. — M. Guersant, dans la séance du 21 septembre, a soumis à l'examen de la Société un enfant âgé de 11 ans, atteint d'exophthalmie de l'œil gauche, à un degré considérable. Le mal n'est pas ancien, il y a deux mois à peine qu'il a débuté. L'œil a été très rapidement poussé hors de l'orbite; la vision, troublée d'abord, est aujourd'hui complètement abolie de ce côté. La cavité orbitaire est le siége de très vives douleurs : C'est de dedans en dehors que le globe oculaire s'est déplacé. La tumeur, dont la présence a produit cette déviation, semble donc s'être développée au côté interne de l'orbite; il est même vraisemblable, ainsi que le font observer MM. Robert et Larrey, qu'elle a perforé la portion orbitaire de l'os ethmoïde et qu'elle a envoyé un prolongement dans la narine correspondante. Celle-ci, en effet, paraît remplie par un tissu mou, rougeâtre, qui ne peut être qu'une émanation de la tumeur orbitaire.

Quelle est la nature de celle-ci? La solution de cette question est d'un grand intérêt pour le diagnostic et le traitement qui doit en dériver. S'agit-il d'une tumeur phlegmoneuse suppurée? M. Guersant s'est d'abord arrêté à cette idée. Un examen plus attentif l'a amené à croire à l'existence d'une tumeur fongueuse.

Pour M. Robert, c'est un tissu fibro-plastique ou un ostéosarcôme, n'occupant pas seulement l'orbite, mais encore les fosses nasales, et peut-être même allant encore plus loin. Avec la plupart des membres qui ont examiné le malade, il est d'avis que l'on pratique dans cette tumeur une ponction exploratrice, et si celle-ci n'éclaire pas le chirurgien sur la nature et la délimitation de la maladie, il conseille de s'abstenir de toute autre opération.

Dans la séance qui a suivi cette discussion, M. Guersant est venu annoncer qu'il avait opéré le jeune garçon qui en avait été l'objet, et il a mis sous les yeux de la Société la pièce anatomique : elle se compose du globe oculaire qui a été enlevé, et de la tumeur intra-orbitaire avec laquelle il avait contracté des adhérences; celle-ci, pour pouvoir être extirpée en totalité, exigea la résection de la masse latérale correspondante de l'ethmoïde; on put ainsi extraire le prolongement nasal de cette tumeur, qui semble avoir eu pour point de départ originel le périoste. Le tissu qui la compose est analogue d'aspect et de consistance à celui qui a été décrit, dans ces derniers temps, sous le nom de tissu fibro-plastique.

Polype rétro-pharyngien opéré il y a trois ans. — Récidive depuis dix-huit mois.

M. Robert (séance du 26 septembre), présente un jeune homme qui a été l'objet, il y a trois ans, d'une communication faite à la Société de chirurgie. A cette époque je l'avais opéré, dit l'honorable membre, d'un polype rétro-pharyngien d'un volume considérable. Pour atteindre ce produit morbide je fus dans la nécessité de pratiquer, préalablement, l'ablation de l'os maxillaire supérieur. Ce polype, était de ceux qui ont une structure très vasculaire, disposition qui semble favoriser la récidive. Ce malade, après plusieurs cautérisations, tant à l'aide du fer rouge qu'au moyen du caustique de Vienne, paraissait bien guéri. Il quitta l'hôpital pour retourner en Auvergne. Il nous assure que pendant plus d'un an il continua de bien aller, et ce ne serait que depuis dix-huit mois que le mal aurait repris du développement.

Aujourd'hui, en faisant ouvrir la bouche au malade, on la trouve presque entièrement remplie par une tumeur considérable qui, de la base du crâne où elle a son point d'origne, s'étend jusqu'à la base de la langue. Le tissu morbide a une consistance assez molle sur plusieurs points; il a une couleur rosée, d'un blanc grisâtre. Il a été la source d'hémorrhagies répétées et abondantes, qui avaient jeté le malade dans un état d'anémie inquiétant.

M. Robert ajoute qu'avant de procéder à une nouvelle opération, il s'est appliqué à relever les forces, à refaire la constitution de cet individu. Ayant atteint ce résultat, grâce aux préparations de fer et de quinquina administrées à l'intérieur, il se propose d'attaquer le mal de nouveau. Cette seconde opération n'offrira pas de sérieuses difficultés, la première ayant frayé la voie et rendu très accessible le pédicule de la tumeur que l'on contourne sans peine avec le doigt. Il suffira, pour l'atteindre, d'inciser la joue et d'écarter les lambeaux résultant de cette incision.

En terminant cet exposé, M. Robert fixe l'attention de la Société sur l'état de la sensibilité et de la myotilité de la face. A la suite de la première opération, la division des rameaux du nerf facial avait déterminé une paraplégie qui persista pendant quelques mois. On constate aujourd'hui qu'elle n'existe plus et qu'il n'en reste aucune trace.

— Nous suivrons le malade de M. Robert; nous tiendrons nos lecteurs au courant de l'issue définitive de cette intéressante observation, qui, complétée et logiquement interprétée, pourra servir à élucider un point de pathogénie fort controversé dans ces derniers temps, et qui a trait à l'origine et à la nature de ces produits morbides.

Aujourd'hui, nous nous bornerons à en rapprocher un fait analogue, dont M. Guersant a déjà, à plusieurs reprises, entretenu la Société de chirurgie. Nous ne reviendrons pas sur les détails qui ont été exposés dans les numéros des 13 et 27 août dernier de l'Union Médicale; nous rappellerons seulement que la tumeur se reproduit avec une très grande ténacité; que M. Guersant a déjà cautérisé à plusieurs reprises le point d'implantation du tissu morbide à la base du crâne, tant avec le fer rouge qu'avec le caustique de Vienne, et que la récidive persiste.

Entropion opéré par excision de la peau, et rapprochement des bords de la division au moyen d'une serre-fine.

M. Marjolin présente un jeune homme sur lequel il a fait une heureuse application des serres-fines de M. Vidal. Ce jeune homme avait un entropion compliqué d'une ulcération de la cornée, produite et entretenue par les cils de la paupière inférieure renversée. Après avoir, par le procédé ordinaire, excisé un lambeau elliptique de la peau de la paupière, il réunit les bords de la division au moyen d'une serre-fine qu'il laissa appliquée pendant quinze jours. Le tissu cicatriciel, qui se forma autour de l'instrument laissé ainsi à demeure, forme aujourd'hui une sorte de petite bride qui maintient invinciblement redressé le bord libre de la paupière, et rétablit en même temps la direction normale des cils.

LECTURE DE TRAVAUX ORIGINAUX.

Du traitement des fistules à l'anus par les injections iodées.

M. le docteur Piogey donne lecture d'un travail auquel nous empruntons deux observations, qui, suivant l'auteur, viendraient confirmer l'efficacité de la méthode des injections iodées appliquées au traitement des fistules à l'anus.

La première observation a trait à un homme âgé de 50 ans, sujet de tout temps aux congestions hémorrhoïdaires. Dans le courant de décembre 1851, une hémorrhoïde s'enflamma, et il en résulta un abcès à l'anus. Le 4 janvier 1852, M. le docteur Piogey constata l'existence d'une fistule complète. Un stylet, introduit par l'orifice cutané, remonte à la hauteur de 3 centimètres dans l'intestin. Il n'existe ni nodosité, ni induration du tissu cellulaire ambiant. Le traitement prescrit fut une injection iodée faite tous les deux jours avec 6 grammes de la solution suivante :

R. Teinture d'iode. . . . . 2 grammes.
Iodure de potassium. . . . 1 gramme.
Eau distillée. . . . . 60 grammes.

Les premières injections furent à peine douloureuses; le liquide iodé revenait par l'anus. A la sixième injection, il ne pénétra plus dans l'intestin. La guérison fut alors prompte et radicale, car, depuis dix-huit mois, aucun écoulement purulent ne s'est reproduit.

La seconde observation est relative à un jeune homme de 22 ans, qui eut un abcès volumineux à la région ano-périnéale, au mois d'octobre 1852. Au mois de mai de l'année suivante, je constatai, dit l'auteur, dans cette même région, à 5 centimètres de l'anus et à droite du raphé, deux petits orifices laissant suinter du pus. Un tissu dur, cylindrique, du volume du petit doigt, se dirige obliquement des orifices indiqués vers la fosse ischio-rectale. Une injection étant faite par ces mêmes orifices cutanés, le liquide ressort par l'anus et vient frapper le doigt introduit dans le rectum, à une hauteur de 6 à 7 centimètres.

Le 10 mai, à l'aide d'une seringue en ivoire introduite de façon que la partie évasée de la canule s'adapte sur le pourtour de l'orifice externe, l'auteur injecte 8 grammes de la solution iodurée. La douleur, assez vive au moment de l'injection, ne persista pas au-delà d'une minute. L'injection fut renouvelée quatre fois en quinze jours. Après chaque injection, le malade allait à son travail comme d'habitude, et parcourait, pour cela, un espace de plus d'un kilomètre. A partir du 25 mai, les injections ne pénétrèrent plus. Revu au mois d'août suivant, cet individu est parfaitement guéri. Aucune récidive n'a eu lieu; l'induration cylindrique du tissu cellulaire, dont il a été fait mention, persiste seule.

Le travail de M. Piogey est renvoyé à une commission précédemment nommée et qui doit faire un rapport sur le même sujet.

Luxation en arrière, sans fracture de la cinquième vertèbre dorsale sur la sixième.

M. Robert, dans une note qu'il lit sur ce sujet, fait remarquer que si les observations dues, l'une à Dupuytren, l'autre à Paletta, ne permet-

tent plus de révoquer en doute la possibilité de la luxation sans fracture des vertèbres cervicales, il n'en est pas de même pour les vertèbres dorsales. La configuration des apophyses articulaires de ces dernières, dont la disposition respective est bien connue, exige, pour qu'un tel déplacement puisse avoir lieu, un concours de circonstances dont, jusqu'à ce jour, aucune observation n'avait encore fait mention et que l'on trouvera réunies dans le fait suivant :

Observation. — Le nommé Gachet (Louis), âgé de 25 ans, charpentier, est apporté à l'hôpital Beaujon le 31 juillet 1853.

Quelques heures auparavant, cet homme était occupé aux travaux de la fête du 15 août. Il aidait à dresser un mât de charpente du poids de plus de 400 kilogrammes, enfoncé jusqu'au voisinage des aisselles dans un trou creusé pour recevoir la base de cette pièce de bois, lorsqu'elle s'abattit lentement sur lui. La face antérieure du thorax s'appuyant sur le bord de la fosse, la partie la plus élevée de la région dorsale supporta la pression et le poids de ce mât, et la partie supérieure du tronc fut fortement fléchie en avant.

Lorsqu'on le retira, il était paraplégique.

A son entrée à l'hôpital, on constata la perte absolue du sentiment et du mouvement dans toute la moitié inférieure du tronc, la rétention des urines et des matières fécales, une dyspnée énorme avec menace d'asphyxie. L'état fort grave dans lequel se trouvait ce malade ne permettait pas, ni alors, ni les jours suivans, un examen bien attentif de la colonne vertébrale; seulement on constata, au niveau de la partie moyenne de la région dorsale, une saillie osseuse, peu proéminente, sur laquelle la pression déterminait de la douleur. Il fut couché sur le dos, et le traitement se borna à une saignée et quelques moyens palliatifs. Chaque jour on le sondait soir et matin, et un purgatif fut administré dans le but de remédier à la rétention complète des matières fécales.

La paralysie ne diminua pas. Bientôt les urines devinrent fétides, puis sanguinolentes, et la mort arriva le 11 août, à six heures du soir, au milieu d'accidens cérébraux.

Autopsie, le 12, à huit heures et demie du matin. — Le rachis est ouvert avec précaution par une coupe pratiquée au moyen de la scie, depuis l'atlas jusqu'au sacrum, de chaque côté des apophyses épineuses, en dedans des apophyses articulaires.

Les apophyses épineuses et les lames vertébrales ne présentent aucune apparence de fracture.

Après avoir enlevé la moelle et la dure-mère, on reconnaît que la tige vertébrale est interrompue complètement entre la cinquième et la sixième vertèbre dorsale, sans qu'il existe de fracture ou d'écrasement du corps des vertèbres, ni des masses apophysaires. La solution de continuité se trouve au niveau du cinquième fibro-cartilage intervertébral dorsal, qui a été entièrement arraché, comme je le dirai plus loin. En un mot, nous avons affaire à une luxation, et non à une fracture.

Le corps de la cinquième vertèbre dorsale se trouve situé sur un plan postérieur à celui de la sixième, et ce dernier proémine en avant dans le médiastin, dans lequel du sang s'est épanché. A ce niveau, de chaque côté, la plèvre est déchirée, et du sang s'est épanché dans sa cavité.

Une fois la luxation constatée et la pièce isolée du reste du sujet, on procède à l'examen de ses détails.

La cinquième et la sixième vertèbres dorsales jouissent d'une grande mobilité l'une sur l'autre. Tous les liens ligamenteux qui les unissent normalement sont déchirés, et elles ne sont plus maintenues en rapport que par quelques faisceaux musculaires de la couche des gouttières vertébrales.

Le grand ligament vertébral commun antérieur et le ligament commun postérieur du corps des vertèbres sont entièrement divisés au niveau de la luxation.

Le fibro-cartilage interposé au corps des cinquième et sixième vertèbres dorsales a été, non pas déchiré, mais complètement arraché. Dans cet arrachement, le disque fibreux n'a pas suivi en entier l'une des vertèbres : une petite portion, équivalant à peine à 1/6e du diamètre total du fibro-cartilage, est restée adhérente au corps de la cinquième vertèbre; une autre, plus grande, égale à peu près aux 5/6mes de son diamètre, est restée adhérente au corps de la sixième. Or, il n'y a pas seulement arrachement du tissu fibreux, mais aussi de la lame cartilagineuse qui le recouvre et le sépare de la face articulaire du corps vertébral. On voit en effet l'un et l'autre des fragmens recouverts sur leur face libre d'une lame mince de cartilage, et le tissu osseux absolument à nu dans les points qui correspondent à l'arrachement.

Les apophyses articulaires sont séparées les unes des autres, de manière que les inférieures (apophyses articulaires supérieures de la sixième vertèbre) se trouvent situées à près d'un centimètre au-devant des supérieures (apophyses articulaires inférieures de la cinquième vertèbre). Les fibres ligamenteuses qui les unissent sont entièrement déchirées. Un très petit fragment osseux appartenant au bord de l'une de ces apophyses se trouve appendu à des fibres ligamenteuses qui s'insèrent sur le bord de l'apophyse correspondante. La perte de cette esquille n'altère en rien la configuration normale de la facette articulaire ou de l'apophyse qui la supporte.

Les ligamens jaunes ne sont pas rompus. L'état du ligament sus-épineux n'a pas été examiné.

La sixième articulation costo-vertébrale n'a pas été lésée. En effet, les rapports normaux entre la tête des sixièmes côtes droite et gauche et les demi-facettes articulaires de la cinquième vertèbre ont été détruits; les ligamens costo-vertébraux antérieurs ont été déchirés, et la sixième côte a suivi la sixième vertèbre.

Enfin, sans que la dure-mère soit altérée, la moelle est réduite en bouillie au niveau de la luxation, dans un espace de près de 5 centimètres; elle est même complètement interrompue. Les parties situées au-dessus et au-dessous de cette lésion restent parfaitement intactes.

Les deuxième, troisième, quatrième et cinquième côtes gauches sont fracturées un peu en dehors des articulations costo-transversales.

M. Gosselin se demande si le genre de déplacement intervertébral, dont M. Robert vient d'entretenir la Société, a réellement les caractères d'une luxation. Pour lui, l'existence de celle-ci lui semble contestable. La disposition anatomique des apophyses articulaires des vertèbres dorsales facilite l'écartement des surfaces par lesquelles elles se correspondent; aussi, pense-t-il qu'il serait rationnel de considérer comme un diastasis et non comme une luxation proprement dite, la lésion signalée par M. Robert. J'y vois, ajoute M. Gosselin, une rupture de tous les moyens d'union avec écartement des apophyses articulaires. Dans ce cas, il n'existe aucun obstacle à la réduction, et il en eût été tout autrement, si les apophyses articulaires de la vertèbre supérieure s'étaient placées en avant de celles de la vertèbre inférieure. Dans ce cas, la luxation eût eu réellement lieu, et les obstacles à la réduction eussent été considérables.

M. Robert : Je ne conteste pas d'une manière absolue ce que peut avoir de fondé, en principe, la distinction que M. Gosselin établit entre le diastasis et la luxation. Mais je ferai remarquer, pour justifier la dénomination sous laquelle j'ai décrit la lésion dont mon malade a été atteint, que dans ces derniers temps on a appliqué le mot de luxation à tous les changemens de rapport des surfaces articulaires. Ainsi, dans les luxations incomplètes des ginglymes, il n'y a pas plus d'obstacle à la réduction que dans le cas que j'ai rapporté. Pour le véritable diastasis dont je prends le type dans l'articulation tibio-péronière ou dans l'articulation radio-cubitale inférieure, la plus légère pression suffit pour ramener les surfaces articulaires au contact l'une de l'autre. Or, on ne peut admettre qu'il n'existe, sous ce rapport, une différence radicale entre le déplacement vertébral dont j'ai entretenu la Société et ce type de diastasis.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 10me ARRONDISSEMENT.

Notice biographique sur M. Serrurier,

Lue dans la séance du 1er octobre 1853, par M. le docteur Goujon.

Messieurs,

En venant remplir devant vous un devoir de respect, de reconnaissance et d'amitié envers l'homme de bien et le médecin distingué, qui naguère encore était au milieu de nous, plein de verdeur et d'espérance, et dont il ne nous reste plus aujourd'hui que le pieux souvenir, j'éprouve un sentiment profond de ma faiblesse, et j'ai besoin de toute votre indulgence pour suppléer à l'insuffisance de mes paroles. Loin de moi la prétention de faire un discours académique, ou la pensée de vous dire un de ces éloges pompeux, où le talent de l'orateur prête un éclat brillant aux actes les plus minimes de son héros! Celui qui, toute sa vie, a fui les grandeurs, ne saurait être loué plus dignement que par le récit simple et vrai des exemples qu'il laisse à ceux qui viennent après lui dans la carrière.

Jean-Baptiste-Toussaint Serrurier, naquit à Orléans le 1er novembre 1776. Devenu orphelin dès son bas âge, il fut amené à Paris, chez une tante, qui prit soin de son éducation. Son premier maître fut l'abbé Hurel, qui, charmé des bonnes dispositions qu'il remarquait à la fois dans son esprit et dans son cœur, lui voua une amitié particulière et ne négligea rien pour développer des germes si précieux. La vivacité de son caractère, jointe à une forte constitution, lui faisait un besoin impérieux du mouvement, et plus d'une fois le maître se vit obligé, pour calmer cette bouillante effervescence, de le laisser prendre sa récréation avant de se mettre au travail. Heureusement son ardeur n'était pas moins grande ensuite pour l'étude, qu'elle n'avait été pour le jeu. Aussitôt qu'il eut acquis les connaissances élémentaires suffisantes, l'abbé Hurel le conduisit aux classes du collége Mazarin, et à la fin de chaque année scolaire, il put, dans les triomphes de son élève, goûter le fruit des peines qu'il s'était données pour les préparer. Dès les premières années du collége, l'on vit éclore les élans de ce noble cœur, qui se faisait presque craindre en même temps qu'aimer de tous ses camarades, car, dans les luttes enfantines, son bras était toujours au service du faible qui l'appelait à son secours. Il étudia la réthorique sous le célèbre Geoffroy, qui l'estima comme un de ses meilleurs élèves. Au sortir du collége, il se livra à l'étude de la médecine, et suivit les cours de Desault, de Pelletan, de Corvisart, d'Antoine Dubois, qui l'honora toujours de son amitié. Appelé sous les drapeaux, vers 1796, par la loi de la réquisition, il servit quelque temps en qualité de chirurgien militaire, et revint bientôt à Paris pour y terminer ses études médicales. Il commença en même temps, sous les auspices du bon et vertueux Chappon, à pratiquer quelques opérations de petite chirurgie, et obtint aussi quelques succès dans la pratique des accouchemens. Les exigences de cette partie s'accordant peu avec la vivacité de son caractère, il ne les considéra bientôt plus que comme une partie de son art, et résolut de s'attacher à l'exercice de la médecine.

Doué d'une physionomie agréable, d'un sourire gracieux, d'une stature un peu au-dessus de la moyenne, d'une taille élégante, de manières nobles et aisées, d'un esprit vif, enjoué, orné de connaissances variées, d'une élocution facile, il possédait presque tous les avantages naturels ou acquis par lesquels on réussit dans le monde. Aussi ne tarda-t-il pas à être appelé à donner ses soins dans les familles les plus distinguées de son quartier, qui voulurent au moins l'avoir pour ami, quand la reconnaissance ne les attachait pas à lui comme à un père.

Nommé chirurgien aide-major de son bataillon, au moment de l'organisation de la garde nationale (en 1813), il en remplit les fonctions jusqu'au licenciement survenu en 1827. Dans cet intervalle, il se distingua par sa belle conduite dans les combats qui eurent lieu sous les murs de Paris, au mois de mars 1814. Le zèle avec lequel il prodigua ses soins aux blessés étrangers aussi bien qu'aux Français, attira sur lui l'attention de l'empereur de Russie, qui lui adressa une lettre de félicitation, en l'accompagnant, à titre de souvenir, d'une bague richement ornée de diamans. Quelques années plus tard (en 1821), le roi le nomma chevalier de la Légion-d'Honneur, et vers la même époque, le Saint-Père le décora de l'ordre de l'Eperon-d'Or.

Les événemens de 1830 ayant amené la réorganisation de la garde nationale, il fut de nouveau appelé aux fonctions de chirurgien aide-major de son bataillon, et les remplit jusqu'en 1846, époque à laquelle le grade de chirurgien major de la légion étant devenu vacant, il y fut promu, et en remplit les fonctions jusqu'en 1848. De nouvelles élections ayant été ordonnées à la suite des événemens de Février, il pensa que son âge déjà avancé ne lui permettait plus de s'offrir aux suffrages de ses concitoyens, auxquels il avait répondu avec zèle et avec un sentiment de bonheur jusque dans sa soixante-onzième année.

Toujours adonné à l'étude dans les momens de loisir que lui laissait sa clientèle, il a laissé de nombreux écrits; mais la surabondance de pensées qui venaient se presser dans son esprit, et empiéter en quelque sorte d'un objet sur l'autre, ne lui permit de terminer aucune de ses compositions. Il en a parfois extrait quelques mémoires, qu'il a adressés à diverses Sociétés savantes; c'est ainsi qu'il s'est vu nommer successivement membre de la Société de médecine pratique, dont il fut le secrétaire général pendant plus de vingt ans, membre de la Société d'histoire de France, de la Société des sciences naturelles de France, de la Société de statistique universelle de Paris, correspondant des Sociétés de médecine de Bordeaux, de Lyon, de Genève, de Madrid, de la Société des sciences, lettres et arts de Caen. Vous vous rappelez sans doute, Messieurs, avec quelle sympathie il accueillit l'idée de la formation d'une Société médicale pour le 10e arrondissement, et combien sa modestie s'estima honorée quand vos suffrages l'appelèrent à présider vos séances.

Il fut l'un des collaborateurs du *Dictionnaire des sciences médicales en 60 volumes*, et l'article pouls, que je citerai entre plusieurs autres, prouve jusqu'à quel point était vaste son érudition, et avec quelle facilité il lisait encore les auteurs grecs et latins.

Une vie si occupée eût été, pour tout autre que Serrurier, suffisamment remplie, cependant il trouvait encore des loisirs, et son bonheur était d'en partager les instans entre ses amis, qu'il aimait à réunir souvent, mais n'en invitant qu'un petit nombre à la fois, afin de pouvoir converser plus intimement avec chacun. Il était surtout heureux de pouvoir éclairer de ses conseils quelqu'élève studieux ou quelque jeune confrère, et moi-même qui écris ces lignes, je saisis avec bonheur cette occasion de rendre à sa mémoire un témoignage public de ma reconnaissance pour la bonne amitié avec laquelle il a non seulement facilité mes études médicales, et en me donnant pleine liberté d'user comme lui-même des trésors de sa bibliothèque, mais encore aidé mes premiers pas dans la carrière, en les initiant aux difficultés de la pratique.

Une seule chose avait le privilége de le faire sortir de cette vie si calme et si exempte d'ambition, c'était le plaisir de rendre service à quiconque venait solliciter son intercession. Alors aucune démarche ne lui coûtait. Que de nombreux obligés voudraient pouvoir proclamer bien haut les bienfaits dont ils lui conservent une muette reconnaissance!

Un cœur comme le sien avait besoin de fixer son affection. Il sut choisir une compagne digne de lui. Un fils naquit de cette heureuse union. Il était l'âme de toutes leurs pensées. Mais par quel décret providentiel faut-il, hélas! que l'objet sur lequel seul reposent toutes nos idées de bonheur ici-bas, se change parfois en une source intarissable de douleur et de deuil! A peine ce fils a-t-il atteint sa dix-huitième année, qu'une mort aussi subite que cruelle vient l'enlever à leur amour, en octobre 1849; et dans un seul instant s'évanouissent tous les beaux rêves d'avenir fondés sur sa brillante jeunesse. Une pareille secousse était bien capable d'ébranler un père aussi aimant qu'était Serrurier; il rassembla toutes ses forces et s'arma de courage pour soutenir la tendre mère, qu'il aimait à l'égal de son enfant.

Il n'avait pas discontinué d'exercer la médecine jusqu'en novembre 1851, lorsqu'une congestion cérébrale vint mettre sa vie dans un danger imminent, et, après des craintes longtemps prolongées, le laissa dans un état de faiblesse qui affectait spécialement la moitié gauche de son corps, et depuis quelques mois ne lui permettait plus de sortir autrement qu'en voiture. Par suite de cette faiblesse, il fit une chute dans son appartement, le 20 juillet dernier, et se fractura le col du fémur. Le décubitus horizontal nécessité par cet accident favorisa de nouvelles congestions vers la tête, et après trente jours de pénibles angoisses, dont les intervalles étaient toujours remplis par quelques mots affectueux pour tous ceux qui lui donnaient quelques soins ou quelques marques d'amitié, il s'est éteint avec le calme de l'homme vertueux qui va recevoir la récompense du bien qu'il a fait pendant sa vie.

COURRIER.

Nouvelles du choléra.—Sans affecter encore la forme épidémique, le choléra paraît avoir cependant éprouvé, à Londres, une légère recrudescence. Le relevé des décès de la semaine dernière constate 47 cas de mort par le choléra, 16 chez les femmes et 31 chez des hommes, dont un grand nombre ont eu lieu en un temps très court, 10, 12, 14 et 18 heures, avec tous les symptômes du choléra asiatique. Dans les deux semaines précédentes, la mortalité n'avait été que de 16 et de 29; c'est donc une augmentation de plus du tiers.

A Newcastle et à Gateshead, au contraire, le choléra se maintient dans des proportions assez modestes. Dans la première de ces villes, 19 décès le 3 octobre, et 6 seulement dans la seconde. Aussi, le Conseil général de santé a-t-il cru devoir cesser la publication de ses rapports journaliers sur la marche de l'épidémie. A Henham, à Stockton, à Glasgow, quelques cas de choléra, suivis de mort, ont été constatés dans ces derniers jours.

— On nous écrit de Rome :

« L'endémo-épidémie qui s'est montrée si grave depuis les premières chaleurs, continue encore maintenant ses ravages sur nos troupes et sur la population indigène. Sur environ 10,000 hommes de garnison, nous avons à l'heure actuelle de 1,100 à 1,200 malades. M. le docteur Alquié, directeur de l'École de médecine et de pharmacie militaires, et inspecteur du service de santé des armées, après avoir étudié les conditions de développement des maladies qui sévissent ainsi sur l'armée, a fait prendre des mesures importantes dans l'intérêt de la santé de nos troupes. Un nouvel hôpital a été ouvert sur les hauteurs et dans le quartier le plus salubre; des dépôts de convalescens ont été établis à Frascati sur les montagnes qui environnent la campagne romaine, en dehors de la zone des émanations et des influences de la plaine. La nature des affections régnantes a été l'objet d'une investigation minutieuse; leur étiologie a été mieux précisée que par le passé, et tout nous porte à croire que nous n'aurons pas cette année, par suite des mesures importantes qui n'ont pas été prises à temps, une mortalité aussi considérable qu'à la première année de l'occupation. »

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 121. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 11 Octobre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56* ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 10 OCTOBRE 1853.

ORGANISATION, CONSÉQUENCES ET RÉSULTATS DES VISITES MÉDICALES PRÉVENTIVES CONTRE LE CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE, EN ANGLETERRE.

Un grand fait se passe actuellement en Angleterre; une grande expérience, commencée dans l'épidémie de choléra-morbus de 1848-49, se continue avec persévérance et avec des résultats qui frappent l'attention. Il n'est pas possible que la presse médicale passe sous silence ce qu'elle sait sur ce sujet. Nous voulons parler des visites médicales préventives faites à domicile, et dont nos confrères de l'Angleterre célèbrent l'heureuse influence. Nous croyons donc que nos lecteurs liront avec intérêt les renseignemens qui suivent, et que nous avons recueillis dans nos conversations avec M. le docteur Mélier. On sait que notre savant et zélé confrère vient de faire un voyage en Angleterre, dans le but unique de s'enquérir de l'organisation, du mode de fonctionnement et des résultats des visites préventives pratiquées en Angleterre.

Les visites préventives ont été instituées en Angleterre sur l'observation de deux faits, à l'existence desquels les médecins anglais ne comprendraient pas qu'on pût faire la moindre objection :

1° Sur l'existence de diarrhées prodromiques du choléra, ou prémonitoires, ainsi qu'on les appelle en Angleterre;

2° Sur la localisation de l'épidémie dans certains groupes, dans certains quartiers, toujours les mêmes, sortes de foyers où le choléra peut concentrer ses fureurs, et d'où il n'envoie au loin que des rayons plus ou moins affaiblis, si l'on a recours à un système préventif bien organisé.

Le fait de l'existence des diarrhées prémonitoires est d'observation française. Nous n'avons pas besoin de rappeler ici les travaux sur ce sujet, et les efforts de notre savant confrère en journalisme, M. Jules Guérin, pour faire pénétrer cette croyance dans le monde médical, croyance sur laquelle, il faut le reconnaître, M. Guérin faisait reposer aussi tout un système de mesures préventives. Mais, pendant qu'en France on acceptait plus ou moins le principe, en Angleterre on passait à son application. Après une enquête dont le résultat mit hors de doute, pour nos voisins, la réalité d'existence de la diarrhée prémonitoire, la mesure des visites préventives à domicile fut arrêtée et mise immédiatement à exécution. On le voit donc, cette mesure repose principalement, en Angleterre, sur l'opinion générale et incontestée, que le choléra est presque constamment précédé d'une diarrhée prémonitoire, et qu'en arrêtant cette diarrhée par un traitement convenable, on prévient l'explosion du choléra. M. Mélier a été frappé de l'énergie de conviction qui règne à cet égard parmi nos confrères de la Grande-Bretagne.

Le second fait d'observation relatif à la concentration de l'épidémie par groupes, par foyers — et à cette dernière expression, on n'attache en Angleterre aucune idée sur la nature contagieuse ou infectieuse de la maladie, c'est un fait géographique, et voilà tout — ce second fait, disons-nous, est non moins unanimement accepté que le premier. On a fait dresser, en Angleterre, et M. Mélier a pu examiner, des cartes très bien exécutées de la distribution géographique des précédentes épidémies, et dans lesquelles on voit avec évidence cette singulière et fatale prédilection du choléra pour certaines localités plus ou moins circonscrites. On croit si bien en Angleterre à cette fatalité géographique, que M. le docteur Simon, le savant secrétaire du Conseil de santé de la Cité de Londres, en plaçant sous les yeux de M. Mélier la carte du choléra des précédentes épidémies dans la capitale, lui a indiqué le point précis, le quartier, la rue où le choléra épidémique éclatera de nouveau à Londres, selon lui, s'il doit y éclater. C'est là aussi qu'on a la prétention de concentrer le fléau et de l'y étouffer.

Telle est donc la double base sur laquelle repose, en Angleterre, l'institution des visites préventives. Ce n'est pas le moment d'en discuter la solidité. Au point de vue purement scientifique et pathologique, la démonstration des deux faits si généralement acceptés en Angleterre, l'existence constante surtout de la diarrhée prodromique, pourrait peut être devenir plus difficile que ne le pensent certaines personnes. Mais comme dans l'histoire du choléra tout est enveloppé d'une obscurité profonde ; comme il n'est pas un élément de la question étiologique qui ne donne lieu et plus encore que ceux-là aux plus sérieuses réserves de la science, les Anglais, qui sont avant tout un peuple de pratique et d'action, se sont hardiment lancés dans la voie des mesures préventives et y persévèrent avec une conviction croissante.

Une connaissance inexacte des faits donnait lieu à une objection grave pour l'introduction, en France, des visites préventives. On croyait que ces visites étaient générales en Angleterre ; on s'effrayait d'une telle complication et on doutait, à bon droit, de pouvoir rien exécuter de semblable en France. Le voyage de M. Mélier a rectifié les idées sur ce point. Les visites préventives ne sont pas générales en Angleterre, elles sont limitées aux maisons des ouvriers et des pauvres. Les classes riches sont supposées assez éclairées et assez soigneuses de leur santé pour n'avoir pas besoin d'aucune excitation officielle.

C'est donc dans les seules maisons habitées par les ouvriers et par les pauvres que se font les visites préventives.

Voici comment M. Mélier a trouvé le service organisé dans la ville de Newcastle, où, pour bien voir les choses et recueillir des renseignemens exacts, notre honoré confrère s'est constitué lui-même visiteur des pauvres.

Dès la constatation du choléra sous forme épidémique à Newcastle, le *General board of health*, qui est le conseil supérieur d'hygiène de la Grande-Bretagne, conseil qui possède des pouvoirs très étendus, en temps d'épidémie, a envoyé à Newcastle deux médecins inspecteurs ayant mission d'organiser au plus tôt, et de faire fonctionner le système des visites préventives. Ces deux inspecteurs, à la disposition desquels a été mis un nombre suffisant de jeunes médecins et d'élèves, ont distribué leurs collaborateurs par quartiers ou districts, de manière à ce que chacun d'eux eût de quatre cents à cinq cents maisons à visiter par jour. Il importe de faire remarquer ici que quatre à cinq cents maisons ne représentent, en définitive, que quatre à cinq cents familles, parce qu'en Angleterre, généralement parlant, chaque maison n'est habitée que par une famille. Il faut savoir aussi que, chez nos voisins, les familles d'ouvriers et de pauvres sont plus groupées, plus réunies dans certains quartiers qu'en France, et surtout qu'à Paris, où nos maisons sont très souvent une sorte de spécimen de toutes les conditions sociales.

On se ferait difficilement une idée, nous a dit M. Mélier, du degré de misère et de malpropreté des maisons qu'il a visitées. Président de la commission des logemens insalubres, et en position, par conséquent, de connaître tout ce que Paris présente encore de triste et de pénible à cet égard, M. Mélier n'hésite pas à reconnaître que les plus déplorables conditions

Feuilleton.

DE L'HOMME ET DES RACES HUMAINES ;

Par Henry Hollard,

Docteur en médecine et docteur ès-sciences, professeur honoraire d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de l'Académie de Neuchâtel (Suisse), chargé deux fois du cours de zoologie à la Faculté des sciences de Paris (1849 et 1850), etc.

C'est en vain que les sciences d'observation rejettent loin d'elles les problèmes de l'ordre moral et philosophique. Ces problèmes se dressent devant elles, et, malgré leur prétendue indépendance, elles sont forcées de les subir, de les débattre et de les résoudre dans un sens ou dans un autre. Dans les sciences mathématiques s'agitent les questions de temps, d'espace, de matière, de vide, de plein, de mouvement, de vitesse, de pesanteur, d'attraction, d'atomes, d'impondérables, de divisibilité infinitésimale, de fini, d'infini, de force, de force même universelle, s'exerçant, selon la théorie moderne, par les *diverses vibrations de l'éther*, etc., etc. Dans les sciences naturelles se débattent les questions de genre, d'espèce, de race, de variété, de vie, de sensibilité, d'instinct, d'intelligence, d'habitude, de langage, de génération, d'hérédité, de géogénie, d'apparition successive ou simultanée des êtres vivans, d'unité ou de multiplicité d'origines dans la famille humaine, etc.

Singulière prétention de l'esprit scientifique dans la première moitié du XIXe siècle ! Il a voulu, lui aussi, se révolter comme tous les esprits que pénètre le souffle de l'orgueil éternel; il a voulu se montrer libre des enseignemens, des traditions, et il s'est écrié : Je suis le cercle dans lequel se meuvent les faits et non les idées ; les faits sont ma grandeur et ma force ; en dehors des faits, je ne vois qu'agitation d'esprit, incertitude et folie ; dans les faits seuls je vois la vérité, la sagesse.

Dans ce délire de l'orgueil, l'esprit scientifique est dupe de lui-même. Il croit s'élever, et il s'abaisse ; il croit dominer, et il se fait esclave. Esclave des faits ! Mais je me trompe ; il veut affecter, à l'égard des idées, une suprême indifférence, un suprême détachement, et il n'y a en lui ni indifférence, ni détachement. Il ne fait souvent résonner si haut la puissance des faits, que lorsqu'il veut substituer une négation qui le charme à une affirmation qui l'irrite, une doctrine qui dit *non* à une doctrine qui dit *oui*. Les faits qu'il prétend observer en spectateur impartial, il les évoque, les recherche, les fait jaillir du creuset de l'expérience, ou surgir des obscurités dans lesquelles ils se meuvent ; car il a une idée, une conception, une hypothèse qui le subjugue, et qu'il veut vérifier, démontrer. Il rentre ainsi par l'action, par la recherche, dans le domaine de l'idéal, que, dans son fier empirisme, il avait méprisé ; seulement, il y rentre pour lutter contre d'autres idées, à l'aide de faits différens recueillis pour les besoins de la lutte. Ainsi, à travers les actions et les réactions de la théorie, la science marche et soulève en marchant le voile qui couvre les phénomènes.

Dire que la science est la souveraine décision des faits, c'est orgueil vain, inintelligent. Elle est autant l'hypothèse qui se vérifie, que l'induction qui se légitime.

Reste à savoir si les hypothèses que la croyance des peuples a déposées dans l'esprit des générations, sont susceptibles de vérification par la science, et si les faits bien observés légitiment des inductions générales conformes à la tradition et à la croyance des peuples.

Répondre à cette question, c'est faire l'histoire philosophique de la science. En conséquence, je m'arrête pour parler du livre de M. Hollard, pour parler de l'*Homme et des races humaines*.

Ce livre, petit de format, grand de pensée, traite, de la manière la plus concise et la plus claire d'un des plus graves sujets de la science. Dans l'*Introduction*, on voit les êtres, les phénomènes et les forces de la nature se hyérarchiser jusqu'à l'homme, et préparer sa venue ; on voit l'homme, tout en restant lié à ce qui l'a précédé par les conditions de son organisme, s'élancer, le premier de la création, dans une sphère différente et nouvelle, par les conceptions de l'esprit qui est en lui, par l'intelligence qui le rapproche de Dieu. Dans la première partie, intitulée : *Caractérisque de l'homme*, sont mis en évidence, de manière à frapper les plus rebelles esprits, les caractères psychologiques et corporels qu'impriment à l'homme une nature et une destinée jusqu'à lui inconnues sur la terre. Dans la deuxième partie, qui occupe le plus grand nombre de pages et qui est intitulée : *De la diversité du règne humain*, l'homme apparaît à la fois un par sa nature, par son origine, par ses caractères spécifiques, et multiple par ses variétés, par ses types, par les modifications que le temps et les lieux ont amenées après sa dispersion sur le globe.

Il s'agit, comme on le voit, du grand débat qui domine l'anthropologie, et qui intéresse à la fois la religion, la morale, la philologie et l'histoire.

L'humanité a-t-elle plusieurs origines, autant d'origines qu'on y observe de types différens, ou bien a-t-elle une origine unique à laquelle ces types se rattachent par leurs analogies plus qu'ils ne s'en éloignent par leurs différences ? Tel est le problème.

Parmi les anthropologistes qui proclament la multiplicité originaire des types humains, nous nommerons Virey, qui admet deux races d'hommes, Bory de St-Vincent, qui en compte quinze, Dumoulins qui en nomme seize, M. le professeur Bérard, qui dans ses cours de physiologie, se montre fidèle et fervent disciple de la doctrine de la multiplicité des espèces. A la doctrine de l'unité originaire des types humains appartiennent les plus grands noms de la science : Buffon, Blumenbach, Georges et Frédéric Cuvier, M. Alexandre et le philologue Guillaume de Humboldt, de Blainville, Geoffroy St-Hilaire, MM. Prichard, Serres, Flourens, Isidore Geoffroy St-Hilaire, etc. M. Prichard est celui qui l'a exposée de la manière la plus complète dans son remarquable ouvrage sur l'histoire naturelle de l'homme, traduit de l'anglais par M. Roulin. C'est cette même doctrine que M. Hollard, le premier en France, a résolu de mettre en lumière dans un ouvrage spécial, en l'appuyant d'une argumentation rigoureuse et logique, en ayant surtout égard aux principes qui dirigent les naturalistes dans leurs systèmes de classification.

Je ne mentionne pas une troisième opinion, qui, ne tenant aucun compte des notions de sens commun, n'attachant aucune valeur aux idées de règne, de genre et d'espèce, de variété qui dominent toute cette question d'origine une ou multiple, fait dériver les races humaines des races animales, en vertu de la plus monstrueuse des genèses. Il fal-

de quelques logemens de Paris, sont de beaucoup dépassées par ce qu'il a vu à Newcastle.

Les médecins visiteurs vont de porte en porte. Ils se présentent le matin avant le départ des ouvriers pour le travail, ou le soir après leur retour. Dans ces conditions, ils trouvent presque toujours la famille réunie. Ils interrogent, ils s'informent. Quelqu'un a-t-il la diarrhée? Ils prescrivent le traitement. S'il y a urgence, ils délivrent eux-mêmes les médicamens qu'ils portent toujours dans leur poche. Dans le cas contraire, ils s'adressent au dispensaire, qui délivre gratuitement les médicamens prescrits. Toujours ils prennent immédiatement note de tous les cas observés; et, à cet effet, ils sont munis de bulletins et de feuilles dont ils remplissent les colonnes, suivant les indications qui y sont portées.

Là ne se borne pas la tâche des médecins visiteurs. Leurs visites terminées, ils se rendent, tous les soirs, de leurs districts respectifs, à une réunion centrale, présidée par les deux médecins inspecteurs, auxquels ils font le rapport de ce qu'ils ont vu et observé dans la journée. Chaque médecin visiteur est appelé à son tour et rend compte de son travail du jour. M. Mélier, qui a assisté à ces réunions du soir, leur accorde une grande importance. Par elles, les médecins dirigeans sont mis au courant de toutes les phases de l'épidémie; ils connaissent les besoins de tel ou tel quartier; ils peuvent déverser d'un quartier sur l'autre les médecins visiteurs; ils peuvent stimuler le zèle des uns, réprimander les autres, en révoquer quelques-uns au besoin, car dans tout ce fonctionnement règne une subordination parfaite. A la suite de ces réunions, les médecins inspecteurs rédigent leur rapport quotidien, qui est immédiatement transmis au *Board of health* par la voie électrique.

Chaque visiteur, disons-nous, est muni de bulletins sur lesquels il doit inscrire l'état ou le degré de maladie des individus qu'il a visités. Cet état de la maladie est divisé en trois degrés : la diarrhée prémonitoire ; la diarrhée approchant le choléra; le choléra confirmé. La conviction de nos confrères d'outre-manche sur l'efficacité du traitement préventif est si bien arrêtée, que lorsqu'un médecin visiteur déclare qu'un malade a passé du premier au deuxième degré, l'inspecteur le soumet à un long interrogatoire sur les causes de cette transformation et que, souvent, il le blâme de ne l'avoir pas prévenue. Soit dans le traitement prescrit, soit dans son inobservance, soit dans quelque condition anti-hygiénique spéciale, il faut trouver la cause de l'aggravation des symptômes. On comprend qu'une pareille rigueur d'enquête, alors même qu'elle partirait d'un principe contestable, ne peut produire que des résultats directement ou indirectement utiles.

Ces résultats, en effet, M. Mélier n'hésite pas à les déclarer excellens. Par ces visites on parvient à découvrir un nombre considérable de diarrhées dont on ne soupçonnait pas l'existence, à constater les conversions et les aggravations de symptômes, circonstances rares, disent nos confrères de l'Angleterre, à en rechercher les causes, et surtout à recueillir et à réunir, tous les jours, tous les élémens de l'histoire de l'épidémie qui serviront plus tard pour l'écrire.

M. Mélier a recueilli des renseignemens curieux sur les moyens thérapeutiques employés, par nos confrères de l'Angleterre, contre les divers degrés de la maladie que nous avons indiqués. Quoiqu'il n'y ait pas de formules officielles et que chaque médecin visiteur soit abandonné à ses propres inspirations, on retrouve, néanmoins, une très grande conformité dans l'emploi des moyens prescrits. C'est l'opium, l'acétate de plomb, l'ammoniaque, la gomme ammoniac, la créosote qui forment la base de leurs moyens thérapeutiques. Tous les médecins, d'ailleurs, attachent une grande importance à la distinction entre le traitement *préventif* et le traitement *curatif*. Dans un autre article nous ferons connaître quelques-unes des formules rapportées de Newcastle par M. Mélier.

L'administration anglaise exige beaucoup des hommes auxquels elle confie un service public ; mais aussi elle sait les rémunérer largement. Le médecin visiteur remplit une mission certainement pénible et délicate, mais il est honorablement rétribué ; il reçoit, en effet, une guinée par jour (25 fr.). Le médecin inspecteur touche trois guinées par jour de rétribution, et une guinée pour ses frais, en tout 100 fr. par jour. Les médecins visiteurs sont payés par les paroisses : cette dépense est considérée comme locale; les médecins inspecteurs reçoivent leur traitement du *Board of health*; cette dépense étant considérée comme générale.

M. Mélier a été beaucoup frappé de l'activité, du zèle et du dévoûment de tout le personnel employé aux visites préventives. Ces heureuses conditions sont dues à la conviction profonde de tous qu'ils remplissent une mission d'une grande utilité. Cette conviction donne à tous les médecins une confiance et une animation singulières. Aussi, le fonctionnement se fait-il avec une régularité et un ensemble parfaits. On voit là, nous disait M. Mélier, les fécondes conséquences de la loi de la division du travail appliquées à l'épidémie.

Nos confrères anglais sont corroborés dans leurs convictions par une observation qui a son importance, et que nous signalons nous-même à l'administration de l'assistance publique à Paris. Ils ont remarqué une différence considérable dans le chiffre de la mortalité des malades, selon qu'ils sont traités à domicile et à l'hôpital. Tandis que, pour les malades traités à domicile, la mortalité ne s'élève qu'à 33 p. 100; sur les malades traités à l'hôpital, elle s'élève à 53 p. 100, différence énorme, comme on le voit, et qui va du tiers à plus de la moitié. Nos confrères de l'Angleterre n'hésitent pas à attribuer cette différence à la promptitude avec laquelle les soins peuvent être donnés dans le premier cas. La rapidité dans les secours est, en effet, pour eux une circonstance capitale, et l'on a remarqué que la mortalité est plus considérable dans les hôpitaux excentriques, que dans les hôpitaux situés dans l'intérieur de la ville. Le temps perdu au transport des malades suffit, disent-ils, pour expliquer cette différence dans la mortalité d'un hôpital à l'autre.

Dans le peu de temps que M. Mélier vient de passer en Angleterre, il n'a pu que s'enquérir des opinions, sans pouvoir en apprécier et en constater la légitimité. Mais il a été frappé de l'unanimité vraiment remarquable qui règne sur l'existence à peu près constante de la diarrhée prémonitoire. Admis aux délibérations du *Board of health*, notre très honoré confrère a pu entendre que l'opinion formelle de ce Conseil si autorisé est qu'on observe à peine quelques cas exceptionnels d'absence de diarrhée prodromique.

Nous avons cherché à recueillir les matériaux propres à éclairer l'opinion et la science sur ce point important. Dans notre numéro du 22 septembre dernier, nous avons ouvert une enquête sur l'existence des diarrhées prodromiques et nous avons fait appel à l'observation de nos confrères, qui doivent apercevoir aujourd'hui le but que nous avions en vue. Jusqu'ici, un très petit nombre de communications nous a été adressé. Le temps et les circonstances sont encore favorables. Rien n'annonce, pour la France, l'imminence du fléau asiatique. Nos confrères seront sans doute frappés du rôle immense que l'observation médicale est appelée à remplir, et nous faisons des vœux pour que tout le monde le comprenne.

Amédée LATOUR.

P. S. L'article qui précède était écrit et livré aux compositeurs du journal, quand nous avons eu connaissance d'un article sur ce sujet, publié par M. J. Guérin, dans le dernier numéro de la *Gazette médicale;* la critique que fait notre savant confrère de notre projet d'enquête et le blâme assez vif qu'il nous adresse, ne nous feront pas changer un seul mot à l'opinion que nous avons exprimée sur ses travaux.

PHYSIOLOGIE.

Leçons faites au Collége de France pendant le semestre d'été (1853), SUR L'ABSORPTION DES GAZ ET DES LIQUIDES;

Par M. Claude BERNARD, suppléant de M. MAGENDIE,

Recueillies et analysées par M. FAUCONNEAU-DUFRESNE.

—

Première partie (1). — De l'absorption gazeuse.

Tous les êtres animés sont en rapport avec les gaz de l'atmosphère. Celle-ci en contient deux principaux : l'oxygène, qui y entre pour 79 pour 100, et l'azote pour 21 pour 100; il y a aussi des traces d'acide carbonique.

§ I. *Importance de l'oxygène; conditions dans lesquelles il se trouve.*

Dans l'absorption gazeuse, l'*oxygène* joue le rôle le plus grand et le plus indispensable; c'est lui qui entretient les phénomènes de la combustion. Son *importance* a été reconnue dès sa découverte, ce qui l'a fait appeler *air vital*. Tous les animaux l'absorbent; il en est de même des parties vertes de la végétation ; la germination en a besoin, et l'œuf lui-même ne saurait se développer sans lui. Si l'on mettait des œufs de grenouille ou d'oiseau au contact d'un autre gaz que celui de l'oxygène, leur évolution s'arrêterait. Voici la preuve de l'absorption de l'oxygène : qu'on mette un œuf dans une cloche remplie d'oxygène; que cette cloche soit en rapport avec un manomètre contenant de l'eau ou du mercure; si l'on examine ensuite ce qui se passe, on reconnaîtra l'absorption de l'oxygène par l'élévation du liquide du manomètre; sous cette influence, l'œuf se développera. Mais si, au lieu d'oxygène, on introduit un autre gaz, le développement s'arrêtera. Cette loi est applicable à tous les êtres. Pour la respiration, l'oxygène ne saurait être remplacé, tandis que l'azote peut l'être. On peut faire des mélanges artificiels respirables, pourvu qu'il y ait de l'oxygène.

Une fois absorbé, l'*oxygène est-il dissous dans le sang?* Introduit dans ce liquide, il peut y circuler sous forme de bulles, mais il finit par s'y dissoudre. C'est ce qui arrive lorsqu'on injecte de l'oxygène dans une artère au moyen d'un tube fin; le sang l'entraîne, et, au bout d'un certain temps, il paraît dissous. On a pensé qu'il pouvait pénétrer dans le sang en très grande division, sans être dissous. Spallanzani dit avoir vu des bulles avec son microscope, Burdach de même, mais sans reconnaître, ni l'un ni l'autre, que ce soit l'état normal chez les individus des classes élevées de l'échelle animale. Si, chez ceux-ci, l'injection de l'oxygène était trop abondante, il en résulterait des accidens graves, et même la mort. Les gaz, en effet, selon M. Magendie, ne passent que difficilement par les capillaires du poumon : introduits brusquement dans la veine jugulaire, ils vont dans l'oreillette et le ventricule droits du cœur, puis dans l'artère pulmonaire, où ils forment une mousse qui est poussée avec le sang. Dans les parties du poumon où cette mousse arrive, il en résulte une obstruction, et, si celle-ci est générale, la mort

(1) Voir l'*Introduction*, numéro du 3 Septembre.

---

lait tout le malin plaisir qu'on éprouvait, au commencement de ce siècle, à faire de l'opposition superbe au dogme de la création divine, pour que la science moderne accueillît et honorât cette opinion panthéiste en la personne de l'illustre Lamark.

Pour ceux de mes lecteurs qui ne sont pas familiarisés avec ce grand problème de l'unité ou de la multiplicité originaire des types humains, il sera bon que j'indique les élémens du débat et les faits sur lesquels il repose. Je le ferai rapidement, en suivant d'aussi près que possible l'argumentation de M. Hollard.

L'homme n'est pas le même en tout lieu, en tout temps. Au-dessous des caractères suprêmes d'unité et de conformité qu'il présente partout et toujours, il existe des caractères différentiels bien moins importans, bien secondaires, et qui, néanmoins, autorisent un système de classification et la recherche de quelques types distincts. Les classifications de la famille humaine ont, en effet, beaucoup occupé les modernes anthropologistes. Des types humains, des groupes de peuples, ont été distingués sous le nom de races, qui a prévalu, bien qu'il soit loin d'avoir, en anthropologie, la signification rigoureusement déterminée qu'il a en zoologie.

Blumenbach en compte cinq : la *caucasique*, la *mongole*, l'*éthiopienne*, la *malaise*, l'*américaine*. Prochaska proclame le même nombre, mais il réunit les deux premières sous le nom de *race blanche*, en admettant une race *indoue* distincte. Lacépède ajoute le groupe *hyperboréen* aux cinq groupes de Blumenbach. Cuvier réduit à trois la liste des races types, et n'admet qu'à titre de dérivées les variétés *malaise* et *américaine*. Ce sont la race *blanche* ou *caucasique*, la race *jaune* ou *mongolique*, la race *nègre* ou *éthiopienne*.

Ces diverses classifications se ressemblent en ce que l'élément différentiel est puisé dans les seuls caractères physiques plus ou moins distincts. Il y a un autre élément qui ne devait pas être négligé, et qui consiste dans l'appréciation comparée des traditions, des langues et des mœurs, dans l'histoire des migrations qui ont joué un grand rôle dans la distribution géographique actuelle de la grande famille humaine. Cet élément nouveau a fixé surtout l'attention de M. Prichard, qui a débuté par l'histoire des trois familles *ariane*, *sémite* et *égyptienne*, pour passer ensuite aux peuples qui rayonnent en divers sens des régions habitées par ces familles. M. Hollard, tout en tenant compte de chacun de ces deux élémens, s'est plus particulièrement attaché à celui qui repose sur les différences physiques, parce que ce dernier élément mieux connu, mieux étudié, plus accessible à l'observation, laisse beaucoup moins d'incertitude que l'autre dans l'état actuel des sciences philologiques et ethnographiques.

M. Hollard admet d'abord trois types généraux :

I. LE TYPE CAUCASIQUE, comprenant : 1° la famille syro-arabe ou sémite, composée des Arabes et des Juifs, et qui occupe l'Arabie, la Syrie et quelques parties de l'Afrique ; 2° la famille ariane, indo-européenne ou Japétique, répandue des Indes orientales aux limites occidentales de l'Europe, qui couvre le plateau de l'Isan, le Turkestan, l'Arménie, l'Asie-Mineure, toute l'Europe, quelques points de l'Afrique septentrionale et qui comprend les Indiens, les Isaniens, les Kurdes, les Arméniens, les Grecs, les Italiens, les Celtes, les Germains, les Slaves, les peuples du Caucase ; 3° la famille égyptienne, comprenant la population jadis la plus nombreuse des rives du Nil ; 4° les Ibères, qui, comme les Basques, diffèrent des peuples voisins, plus par leurs langues que par leurs caractères physiques, ou comme les Lybiens, qui occupent les deux versans de l'Atlas, et qui comprennent les anciens Numides de Jugurtha, les Berbères et les Kabiles de nos jours.

II. LE TYPE MONGOLIQUE, s'étendant à l'est du Gange, au nord de l'Hymalaya et de l'Iran, et comprenant trois groupes qui correspondent à trois positions géographiques assez bien circonscrites : 1° le groupe essentiellement continental qui habite le grand plateau limité par l'Hymalaya et l'Altaï; 2° le groupe des terres boréales; 3° le groupe des régions qui descendent du plateau vers l'est et vers le sud, et qui se terminent par les péninsules et les îles baignées par les mers des Indes et de la Chine. Ce sont les Mongols, les Tongouses, les Turcs, les Ouraliens, les Samoïèdes, les Esquimaux, les Chinois, les Indo-Chinois et les Japonais.

III. LE TYPE ÉTHIOPIEN, qui comprend les anciens Coptes, les Nubiens, les habitans du pays arrosé par le Nil-Blanc, les races du Soudan, de la Sénégambie, les races Guinéennes, les Nègres du Congo, les Hottentots, les Gallas et les Somoulis, les Mozambiques et les Cafres.

M. Hollard admet ensuite deux catégories de types, rattachés par Cuvier aux trois grands types précédens, et dont il ne croit pas pouvoir déterminer exactement les rapports avec chacun d'eux, ce sont : I. LES TYPES OCÉANIENS, comprenant les Malais, les Polynésiens, les Nègres de l'Océanie, les Alfourous et les Australiens, « qui tous *semblent se rattacher*, dit notre auteur, par quelques-uns de leurs caractères physiques à l'un des trois types généraux. » — II. LES TYPES AMÉRICAINS, qui, ayant entr'eux un air de famille, comprennent les tribus nord-américaines qui s'étendent du Canada à la Louisiane et des Alleghangs aux montagnes rocheuses, les Californiens, les Mexicains, les Brasilio-Guaraniens, les Pampéens, les Ando-Péruviens et les Araucaniens.

Chacun de ces types divers embrasse un grand nombre de peuples, de nations, de tribus, ayant à leur tour des caractères différentiels incontestables, bien que fort difficiles quelquefois à démêler et à circonscrire. Doit-on regarder ces types comme des espèces diverses ou comme de simples variétés d'une espèce unique qui se seraient produites dans la suite des temps sous l'empire des situations géographiques, des traditions et des mœurs? En d'autres termes, existe-t-il entre les divers types humains les différences d'espèce qui existent entre le lion et le tigre, l'âne et le cheval, l'éléphant des Indes et l'éléphant d'Afrique, ou seulement la différence de race qui existe entre le cheval barbe et le cheval arabe, entre l'âne de l'Algérie et celui de notre pays. Toute la question est là. Pour la résoudre, il faut répondre à celle-ci : Qu'est-ce que l'espèce? à quels caractères la reconnaît-on?

Pour Blumenbach, toutes les fois que deux êtres ne diffèrent que par des traits susceptibles d'être rapportés à l'action d'une cause modificatrice, ils sont de la même espèce; et réciproquement, les êtres que séparent des différences si essentielles qu'elles ne sauraient s'expliquer par les causes que nous voyons agir, sont d'espèces différentes.

Pour Buffon, Cuvier, M. Prichard, M. Flourens, l'espèce se caractérise par la fécondité indéfinie des alliances entre les individus qui la

survient rapidement. C'est ainsi qu'arrive la mort par l'introduction des gaz dans le sang.

On connaît le coefficient de la *solubilité de l'oxygène*. Un litre d'eau en dissout 46 centimètres cubes, sous une pression et une température semblables. Mais le sang absorbe plus d'oxygène que l'eau. Magnus a fait des expériences à ce sujet : 1000 volumes de sang, agités à l'air, ont absorbé 130 volumes d'oxygène, tandis que 1000 volumes d'eau n'en ont absorbé que 9 1/4 ; différence immense. La pénétration de l'oxygène, quand l'air est mis en contact avec les poumons à travers leur membrane mince, se fait rapidement et abondamment. Cette différence avec l'eau tient aux propriétés différentes du sang, dont la composition est complexe. Ce sont les globules qui absorbent le plus. Liebig avait même pensé qu'eux seuls absorbaient l'oxygène; mais le sérum l'absorbe aussi, puisque ce gaz est pris par des animaux dont le sang est sans globules. On a voulu faire jouer aussi, à cet égard, un rôle au fer des globules.

Mais l'*oxygène* n'est-il que dissous dans le sang ? *n'y serait-il pas retenu par une combinaison?* Lorsqu'on ajoute certaines substances salines à des liquides, on augmente la facilité de ceux-ci pour l'absorption gazeuse : quelques sels de fer font absorber à l'eau plus facilement certains gaz. Liebig pense que les parties salines du sang, de même que le phosphate de soude, ont une action pour retenir l'oxygène. Toutefois, si le mélange de l'oxygène avec le sang n'avait lieu que par une sorte de dissolution, celle-ci devrait augmenter sous l'influence de la pression, comme cela a lieu pour l'acide carbonique, dont on fait pénétrer, par ce moyen, une très grande quantité dans l'eau; on sait même que cette pression, portée à une ou deux atmosphères, augmente l'absorption de deux, de quatre, etc., en doublant. Mais l'augmentation d'absorption n'a pas lieu pour le sang comme pour l'eau. Pendant la vie, cette absorption ne varie pas sensiblement; on peut se soumettre à une forte pression atmosphérique, sans qu'il en résulte de modification bien sensible dans les phénomènes de la vie. Cela même a constitué un moyen de traitement, et l'on a vu des malades la supporter assez longtemps sans en être incommodés. Ajoutons, d'un autre côté, que si l'oxygène était dans une combinaison chimique avec le sang, on ne pourrait l'en détacher aussi facilement que s'il n'y était que mêlé. On le voit : cette question de dissolution ou de combinaison de l'oxygène dans le sang peut être encore débattue et est loin d'être jugée.

L'oxygène atmosphérique peut-il éprouver des modifications, soit en dehors, soit en dedans de l'économie ? En certains momens, en certaines combinaisons, il paraît pouvoir acquérir une plus grande énergie. Des recherches ont été faites à cet égard. On a fait grand bruit de l'*ozone*, qui est de l'oxygène ayant subi le contact de l'électricité. M. Schonbein, qui a découvert cet oxygène électrisé et ses propriétés, lui a fait jouer un rôle important. Dans un premier mémoire, il avait annoncé que, sous l'influence de l'électricité, l'oxygène acquérait une odeur spéciale, et qu'il bleuissait le papier amidoné. *L'air osonisé* par l'électricité, comme celui en contact avec le phosphore, devenait très irritant; les animaux qui le respiraient étaient pris de bronchites intenses et prolongées; ces affections, si l'osone existait dans l'atmosphère, pouvaient même devenir épidémiques. Dans un second mémoire, M. Schonbein a considéré l'osone autrement : Ce corps irritant, énergique, produirait un effet particulier sur les miasmes. Sous l'influence de la foudre, il se formerait de l'osone, qui purifierait l'air, en détruisant ces miasmes. L'auteur de cette découverte ayant placé, dans de l'air osonisé, un morceau de viande en putréfaction, en fit disparaître l'odeur, et vit la putréfaction s'arrêter; cette viande, reportée ensuite au dehors, continua de se putréfier. Il serait donc possible que ces propriétés de l'oxygène, acquises en dehors de l'économie, pussent venir agir sur elle. M. Dumas, de son côté, sans toutefois en fournir de preuves directes, a développé l'opinion que l'oxygène, introduit dans les poumons, y acquérait certaines propriétés spéciales.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 14 Septembre 1853. — Présidence de M. le professeur REQUIN.

Sommaire. — Nomination de M. Woillez. — Lecture d'un mémoire sur les convulsions des enfans produites par l'albuminurie, par M. le docteur Cahen. — Rapport de M. Barthez (Ernest), sur un mémoire de M. le docteur Rilliet, médecin en chef de l'hôpital de Genève.

Le scrutin est ouvert pour la nomination de M. le docteur Woillez à une place de membre associé. M. Woillez est nommé à l'unanimité des suffrages exprimés.

— M. le docteur Cahen, candidat au titre de membre associé, lit un mémoire *sur les convulsions des enfans produites par l'albuminurie.*

Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Baron, Roger (Henri) et Legendre.

— M. BARTHEZ (Ernest), lit le rapport suivant sur le mémoire présenté à la Société par M. le docteur Rilliet, médecin en chef de l'hôpital de Genève, pour obtenir le titre de membre correspondant.

Ce mémoire est intitulé : *De la guérison de la méningite tuberculeuse.*

Messieurs, vous nous avez chargés, MM. Baron, Roger et moi, de vous présenter un rapport sur un mémoire offert à la Société, par M. le docteur Rilliet, médecin en chef de l'hôpital de Genève. Mes collègues m'ont confié cette tâche et je m'en acquitte avec un double plaisir; car il s'agit d'agréger à notre Société un homme qui a conquis une position médicale importante, et auquel je suis attaché par les liens d'une longue amitié.

Le mémoire de M. Rilliet est intitulé : *De la guérison de la méningite tuberculeuse.* Ce titre appelle, tout d'abord, l'incrédulité. Nous sommes si habitués à voir toujours succomber les personnes atteintes de cette cruelle maladie, que nous ne croyons plus à sa curabilité : et si l'on nous rapporte des exemples de guérison, plutôt que d'y ajouter foi, nous supposons une erreur de diagnostic.

Aussi, depuis que la nature tuberculeuse de cette affection a été bien établie, depuis que son diagnostic a été nettement formulé, les observations de guérison sont devenues de plus en plus rares, jusqu'à ce point qu'il n'y a peut être pas, dans la science, un fait de guérison bien avéré et admis par la plupart des pathologistes.

En présence de cette disposition des esprits, toute discussion sur la curabilité de la maladie serait oiseuse et mal venue. M. Rilliet l'a parfaitement senti et son mémoire n'est pas intitulé *de la curabilité*, mais bien de la *guérison* de la méningite tuberculeuse : C'est-à-dire que notre confrère croit pouvoir établir l'existence du fait en lui-même, et en dehors de tout raisonnement, de toute théorie.

Les preuves apportées par M. Rilliet sont des observations qu'il faut ranger en deux catégories. Les unes appartiennent aux auteurs qui ont écrit sur l'hydrocéphale aiguë, les autres ont été recueillies par notre confrère.

La plupart des premières, datant de l'époque où la méningite tuberculeuse n'était pas encore bien définie, ont été englobées, sans examen, dans la proscription générale qui a été la conséquence des travaux modernes. Cette manière d'agir, expéditive et commode, est, sans doute, la plus sûre; c'est un moyen certain d'éviter l'erreur dans les questions difficiles. Cependant il est fâcheux de rejeter ainsi en bloc les matériaux accumulés par nos devanciers, et de nous priver, sans nécessité absolue, des richesses, un peu confuses, que contiennent nos bibliothèques.

C'est au moins ce qu'a pensé M. Rilliet, qui, après avoir étudié les faits dont je parle, ajoute : « Si le travail auquel nous nous sommes livré était répété pour d'autres maladies, il aurait l'avantage de débarrasser la science de ces faits faux, incomplets ou mal interprétés, qui, semblables aux plantes parasites, compromettent et retardent les progrès de la médecine. En effet, les bonnes observations sont étouffées sous une accumulation de faits indigestes qui, reproduits sans commentaires et sans critique par les nombreux auteurs dont l'habitude est de citer sans lire, perpétuent une foule d'erreurs qu'il serait nécessaire de faire disparaître du domaine de la science. »

M. Rilliet a donc lu et analysé les observations de guérison rapportées dans la plupart des ouvrages connus; il a rejeté toutes celles qui ne contiennent pas de détails suffisans; il a classé les autres suivant le maladies auxquelles elles paraissent appartenir; et, enfin, il a donné l'extrait de huit d'entre elles dues à Cheyne, à Gœlis, à Abercrombie, aux docteurs Jahn, Rœser et Hahn ; ces huit observations lui paraissent être des exemples évidens de méningite tuberculeuse guérie. Pour admettre ou rejeter le diagnostic, il s'est fondé sur la nature des symptômes, sur leur enchaînement, sur les causes de la maladie.

Pour vous mettre à même de juger la valeur de ces faits, je vous lirai l'extrait de l'une des observations de Cheyne.

Elle concerne un enfant de huit ans, qui avait perdu un frère hydrocéphale, et qui lui-même fut atteint de céphalalgie, de constipation, de vomissemens, de ralentissement et d'irrégularité du pouls. Le dixième jour, il se plaignit davantage de la tête; son regard avait un mauvais aspect, il soupirait constamment; il avait de petits tressaillemens convulsifs du visage; il se réveillait subitement de son sommeil et se plaignait d'une douleur de tête lancinante. Sous l'influence d'un traitement mercuriel (toutes les quatre heures 10 centigrammes de calomel) et d'une application de sangsues, la malade recouvra la santé vers le quinzième jour. Mais cette guérison ne fut que momentanée; les vomissemens, la douleur de tête et l'irrégularité du pouls annoncèrent le retour des accidens, qui furent encore plus sérieux qu'au commencement. Cheyne employa les mêmes remèdes; le calomel amena une salivation intense : la guérison fut définitive un mois environ après le début des premiers symptômes.

Des faits pareils sont loin d'être complets et de présenter un tableau exact de la méningite tuberculeuse. Il faut avoir vu bien souvent cette maladie pour reconnaître à ses symptômes caractéristiques. Insuffisantes pour prouver à elles seules la guérison de la méningite, ces observations pourront en devenir des exemples importans dès que nous aurons pu en constater d'autres.

Aussi, tout en reconnaissant la valeur de cette revue rétrospective, je n'y insiste pas davantage et je passe aux observations qui appartiennent, en propre, à M. Rilliet. Elles sont au nombre de trois, sur plus de soixante-dix cas observés à Genève par notre confrère. Cette proportion minime est cependant considérable, eu égard à la mortalité constante généralement admise.

La première observation a trait à une jeune fille de 10 ans, née d'un père scrofuleux, ayant perdu une sœur de méningite tuberculeuse et portant elle-même les caractères de la scrofule. — Pendant trois semaines elle présente des prodrômes (pâleur, amaigrissement, irritabilité, tendance à la constipation, céphalalgie fréquente). La maladie débute par des vomissemens, de la céphalalgie, bientôt accompagnés de ralentissement et d'inégalité du pouls, de rétraction des parois du ventre, de somnolence alternant avec de l'irritabilité, des cris et des plaintes. — Le calomel, administré à la dose de 30 à 60 centig. par jour, détermine une abondante salivation, en même temps que les symptômes s'amendent entre le sixième et le huitième jour, et la guérison est complète en quatorze ou quinze jours. — Quelques mois après, il survint une tumeur blanche au coude; quatre ans plus tard se montre une apparence de récidive de la méningite ; la guérison est complète.

Dans cette observation la maladie n'a pas dépassé la première période, il en a été de même dans la suivante, mais les symptômes ont été plus lents à disparaître.

Un garçon de 9 ans, ayant un frère scrofuleux, étant lui-même d'une constitution délicate, et ayant été soumis à l'influence de mauvaises conditions hygiéniques, est pris des prodrômes d'une méningite tuberculeuse, caractérisés par de l'amaigrissement, de la tristesse, quelques accès irréguliers de céphalalgie, des nausées et des douleurs d'estomac. Deux mois plus tard, la période aiguë s'annonce par une vive céphalalgie, de la crainte du bruit et de la lumière, de l'accélération du pouls, un vomissement. Puis surviennent de la somnolence, de la constipation, le pouls est ralenti et irrégulier. Quand on fait asseoir le malade, il fronce les sourcils, et son visage a une expression d'ennui et de tristesse : Quand on l'interroge, il répond juste, mais dès qu'on l'abandonne

---

composent. Ce caractère, qui le contestera dans la famille humaine ? Personne. Aussi, les adversaires de la doctrine de l'unité originaire de l'humanité, s'efforcent-ils d'amoindrir la valeur de la caractéristique de l'espèce puisée dans la fécondité indéfinie des alliances. C'est ce qu'a fait M. Bérard, en *proposant* (c'est le mot) l'hypothèse, nulle part vérifiée, de la fécondité indéfinie des alliances entre des métis bien déterminés. Toutefois, en raisonnant avec rigueur, on peut ne pas conclure, de ce que l'union de deux individus dissemblables est féconde et fait race, que ces individus sont de la même espèce, et ont une communauté d'origine. Ce serait peut-être décider d'avance ce qui est en question, et faire ce qu'on appelle une pétition de principes. En ce cas, le caractère de la fécondité indéfinie des alliances, qui, à mes yeux, est le caractère par excellence, ne suffirait donc point seul pour rigoureusement déterminer l'espèce. Il faudrait revenir au point de vue où Blumenbach s'est placé, en établissant que les espèces diffèrent par des caractères dont une cause modificatrice ne saurait expliquer l'existence, et qu'elles comprennent des groupes d'individus variables seulement au gré et dans les limites des influences extérieures. Blumenbach a puisé sa démonstration dans les analogies que pouvait lui fournir le règne animal, et M. Prichard s'est appliqué à prouver que les variétés de l'espèce humaine ne dépassent pas les limites des variations de nos espèces domestiques, où le phénomène de la transformation s'opère en quelque sorte sous nos yeux.

M. Hollard, qui est convaincu de tout cela, s'occupe d'amener la même conviction dans l'esprit des lecteurs les moins disposés à la partager, en adoptant les vues de ses prédécesseurs et en agrandissant le terrain de leur démonstration. Appeler notre attention sur la classe des mammifères, à laquelle notre organisation nous rattache; indiquer les traits qui y distinguent entr'elles les espèces d'un même genre ; montrer sur quoi portent, et dans quelles limites se renferment les modifications qu'une espèce est susceptible d'éprouver, telle est la méthode rigoureuse qu'il adopte, tels sont les moyens rigoureux d'appréciation qu'il réunit pour mesurer la portée des différences qui distinguent les grands types de la diversité humaine. La conséquence de cette recherche est que, « indépendamment de la taille, des proportions et de tout ce qui constitue des différences relatives, il y a, pour chaque espèce, au moins un caractère extérieur dont on ne peut pas dire qu'il ne soit qu'un degré de plus ou de moins de ses analogues, et dont on ne peut trouver la cause dans les circonstances modificatives où se trouve l'espèce. » Le caractère spécifique procède des sources mêmes de la vie de l'espèce. Nulle puissance extérieure ne saurait le produire, nulle force ne pourrait l'anéantir. Or, il arrive précisément que la présence de ce caractère coïncide avec la fécondité indéfinie de l'union entre les individus qui le portent. » C'est ainsi que l'appréciation des caractères permanens, réunie à celle des caractères variables, en servant à distinguer les espèces chez les mammifères, fournit le contrôle des déterminations zoologiques à la doctrine limitant aux individus d'une même espèce cette fécondité indéfinie qui prolonge et propage les races. Le moyen d'en douter, quand on voit les espèces les plus voisines, l'hémione et l'âne, par exemple, qui sont des mêmes régions, qui ne diffèrent, semble-t-il, que par une raie noire traversant constamment les épaules de l'un et manquant toujours à l'autre, ne peuvent faire lignée et ne produisent que des métis stériles ?

Les espèces sont donc constantes et modifiables. Si la permanence d'un caractère constitue l'espèce, la modification qu'elle subit constitue les variétés. De quelles modifications sont susceptibles les espèces ? Elles sont très nombreuses, très considérables, témoins celles que présentent nos races de chiens domestiques, lesquels, quand ils ont été rendus à une vie indépendante, ont repris, quels qu'ils fussent auparavant, des formes très analogues à celles du loup et du chacal. Quelles différences pourtant ne présentent pas le volume de leur cerveau, l'ampleur de leur crâne, la longueur de leur museau, la direction de leurs oreilles, les proportions et la forme de leur corps, leur pelage, leur teinte, leur stature, etc. Il en est de même des chevaux, qui comptent tant de variétés depuis le petit cheval corse jusqu'au cheval du Cotentin et du Mecklembourg; depuis le cheval arabe jusqu'aux chevaux du Boulonnais. Quelles différences dans la tête, dans les oreilles, dans les détails du tronc et des membres, du poil, des couleurs, etc.! Il en est de même des moutons, qui varient plus que les chevaux et peut-être autant que les chiens. Ces variations portent jusque sur la forme et le nombre des cornes, jusque sur la transformation de la queue en une énorme masse graisseuse. Il en est de même de nos races de cochons, de chats, d'ânes, etc. Ce qui prouve, ici, la variété des individus dans l'unité de l'espèce, c'est que les caractères s'acquièrent et se perdent sous nos yeux, quand ces races sont placées dans des circonstances nouvelles, c'est aussi qu'elles produisent entr'elles des races mixtes et fécondes. C'est la nature prise sur le fait.

(*La suite à un prochain n°.*) L. CERISE.

— Nous empruntons à la *Gazette médicale de Lyon* les deux faits qui suivent :

PRIX. — M. le docteur Diday, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille, secrétaire générale de la Société de médecine de Lyon et de l'Association médicale de prévoyance du Rhône, vient d'obtenir le prix (médaille d'or) au concours ouvert par la Société de médecine de Bordeaux, sur la question *de la syphilis des nouveau-nés.* Nous espérons que la publication prochaine de ce travail nous permettra de joindre bientôt nos suffrages à ceux de la compagnie savante qui en a eu les prémices et d'y retrouver les qualités qui ont créé à notre compatriote une place si éminente dans la presse médicale française et parmi les syphilographes.

CONSEIL GÉNÉRAL DU RHONE — Le conseil général, considérant que la ville de Lyon, par l'importance de ses vastes hôpitaux consacrés aux maladies générales et aux spécialités, renferme une des conditions les plus essentielles pour l'étude de la science médicale ;

Qu'une Faculté de médecine serait le véritable complément des Facultés des sciences et des lettres ;

Que la prospérité de l'École préparatoire actuelle ne permet aucun doute sur l'avenir brillant qui est réservé à une Faculté ;

Vu la délibération du Conseil général du Rhône du 25 août 1838,

Émet le vœu :

« Qu'une Faculté de médecine soit promptement établie dans la ville de Lyon. »

à lui-même, il ferme les yeux et se rendort, etc. A partir du quatorzième jour, les symptômes alarmans diminuent et s'éloignent, cependant le pouls reste irrégulier pendant bon nombre de jours. Le mercure administré d'abord, a été remplacé le dixième jour par le sulfure de potasse; sous l'influence de ce médicament, la sécrétion urinaire a beaucoup augmenté d'abondance, et, à partir de ce moment, l'amélioration a paru. Le dix-septième jour l'enfant a commencé à se lever; le vingt-et-unième jour il put être considéré comme guéri. — Depuis lors, la guérison s'est soutenue.

Ces deux observations, dont on ne peut guère contester l'importance, sont rapportées dans leurs plus grands détails, de manière à ne laisser aucun doute sur le soin et l'attention avec lesquels elles ont été recueillies. Les malades ont été vus et suivis non seulement par M. Rilliet, mais aussi par les docteurs Herpin et Maunoir, qui ont porté le même diagnostic. Enfin, M. Rilliet a fait suivre l'histoire de la maladie de réflexions dans lesquelles il discute et justifie le nom qu'il lui a donné. Plusieurs d'entre nous auront vu des faits analogues sans oser préciser leur diagnostic. Deux fois, en cas pareil, je suis resté indécis. Ainsi, je fus appelé en consultation, il y a quelques années, auprès d'un enfant que je dis être atteint d'une tuberculisation cérébrale avec méningite commençante; un traitement mercuriel vigoureux fut institué, et je prédis la mort pour un temps assez peu éloigné; j'appris cependant, plus tard, que la guérison avait eu lieu, et je crus m'être trompé dans mon diagnostic. Cependant, un an après, je fus rappelé pour une récidive de la même maladie, dont les symptômes ne purent pas laisser de doute, et qui se termina par la mort. Cette circonstance me parut, jusqu'à un certain point, justifier mon opinion sur la première remaladie.

Le second fait a trait à un jeune homme de 16 à 17 ans, qui entra, l'année dernière, dans mon service d'hôpital, pour une maladie encore mal définie, et que je crus être une tuberculisation commençante. Bientôt, des symptômes identiques à ceux de la méningite tuberculeuse se montrèrent, c'est-à-dire de la céphalalgie et de la constipation, puis du ralentissement et de l'irrégularité du pouls, de la rétraction des parois du ventre, de la somnolence, de l'assoupissement, de la lenteur dans les réponses. Je crus à une méningite tuberculeuse, et j'annonçai la série des symptômes qui devaient se dérouler. En même temps, j'administrai le calomel, je fis raser la tête et faire des frictions iodées sur le cuir chevelu. Cependant, au bout de quelques jours, une amélioration survint; les symptômes cérébraux s'amendèrent peu à peu; le pouls se régularisa et prit sa fréquence habituelle; au bout d'une quinzaine de jours environ, ce jeune homme put être considéré comme guéri de la maladie cérébrale, et il sortit à quelque temps de là dans un état qui n'excluait pas l'idée d'une phthisie commençante. Je ne l'ai pas revu depuis, et je suis resté indécis sur le diagnostic de cette affection. Mais cette indécision était, à mes yeux, fondée sur le fait de la guérison d'une maladie réputée incurable, plutôt que sur les symptômes dont la nature et l'enchaînement m'avaient paru, pendant plus de huit jours, très significatifs.

M. Rilliet est plus affirmatif et il n'hésite pas à admettre une méningite tuberculeuse. Mais ici il faut poser une question que notre confrère n'a fait qu'effleurer et dont la solution est indispensable avant qu'on puisse se ranger à son opinion.

Lorsque nous voyons une méningite tuberculeuse, nous avons l'habitude de confirmer le diagnostic par l'autopsie, qui nous révèle des lésions tout aussi caractéristiques que les symptômes; ou bien si nous négligeons ce dernier contrôle, nous avons suivi la maladie dans toutes ses périodes, et leur évolution complète ne peut guère laisser de doute dans notre esprit. Mais est-il nécessaire d'attendre jusque-là pour poser un diagnostic certain : ou bien peut-on, sans crainte de se tromper, affirmer la présence de la méningite tuberculeuse dans les huit ou douze premiers jours de son existence? La réponse par l'affirmative serait certainement trop absolue, si on la donnait sans restrictions. Et l'on doit reconnaître que le diagnostic de cette maladie n'est pas toujours si bien établi dans ses premières périodes qu'aucune erreur ne soit possible. On sera plus vrai si l'on dit qu'il est des cas tellement simples, tellement francs, que l'erreur est impossible pour peu qu'on ait vu et étudié un certain nombre de méningites tuberculeuses. Tandis qu'il en est d'autres qui sont assez obscurs pour tromper le praticien le plus expérimenté. Je ne crains pas d'affirmer qu'aucune des maladies qu'on peut observer dans la période de l'enfance pendant laquelle se développe d'ordinaire la méningite tuberculeuse, ne peut simuler pendant huit ou douze jours cette maladie, marchant d'une manière simple et franche, avec tous ses symptômes régulièrement enchaînés. Ce n'est certes pas la fièvre typhoïde, ni aucune maladie gastro-intestinale ou vermineuse, ni la méningite franche, ni une encéphalite, ni une hémorrhagie arachnoïdienne, etc.

Or, les deux observations de M. Rilliet sont si complètes, les phénomènes ont suivi une marche si régulière et si franche, qu'il me paraît convenable de se ranger à son opinion, à moins d'admettre, comme il le dit, que les symptômes n'ont aucune valeur en pathologie.

Mais si le critérium fourni par la troisième période et par l'autopsie a manqué dans les faits que j'ai cités jusqu'à présent, il n'en est plus de même pour la troisième observation de M. Rilliet. Cette observation exceptionnelle a un intérêt tout particulier. Voici son titre : *Méningite tuberculeuse rachidienne et cérébrale. Guérison. — Quatre mois plus tard, chute sur la tête; accidens cérébraux graves, conséquence probable d'une fracture du crâne. Guérison. — Récidive de la méningite après cinq ans et demi de santé parfaite. — Mort. — Autopsie : lésions anciennes, — lésions récentes.*

En voici le résumé :

Enfant de 5 ans, quatre périodes distinctes de la maladie. — La première période est caractérisée par la prédominance des symptômes spinaux sur les symptômes céphaliques. La maladie débute par des vomissemens, de la constipation et de la céphalalgie. Dès le second jour, il survient de la raideur du cou, puis de la raideur et une rétraction douloureuse des cuisses. La deuxième période commence le 20me jour : elle s'annonce par l'irrégularité et le ralentissement du pouls. La constipation, la céphalalgie frontale continue, et sous forme d'accès, l'irrégularité de la respiration, les soupirs et les grincemens de dents, les changemens de coloration du visage, etc., sont les principaux symptômes qui la caractérisent. — La troisième période s'étend du 41me au 48me jour : elle est marquée par l'aggravation de tous les symptômes, par la rapidité du pouls et par son extrême petitesse, par l'état du facies, les convulsions générales, les alternatives de coma et d'agitation extrême, les évacuations involontaires, etc. — La quatrième période est celle du retour à la santé, qui survient progressivement. Le rétablissement était complet le 87me jour de la maladie. — Quelques mois plus tard, chute sur la tête; apparition de symptômes cérébraux, pouvant faire craindre une encéphalite, suite de fracture du crâne. Guérison définitive. — Six ans plus tard, récidive de la méningite; mort. — Autopsie : 1° caractères anatomiques de la méningite chronique à la base et autour d'un d'un tubercule induré de la partie moyenne de l'hémisphère gauche; lésions correspondant à la première maladie; 2° Lésions de la méningite tuberculeuse aiguë, correspondant à la maladie terminale; 3° lésions des os du crâne, résultat probable d'une ancienne fracture.

Ce résumé ne donne qu'une idée incomplète de la maladie, et il faut lire l'observation entière pour pouvoir en discuter la valeur. M. Rilliet s'est attaché à démontrer qu'il s'agissait bien d'une méningite tuberculeuse : la seule irrégularité qu'elle ait présenté dans sa marche, a été la longueur de la première période caractérisée par des symptômes rachidiens, et que notre confrère attribue à une méningite rachidienne à laquelle a succédé la méningite cérébrale. D'ailleurs, cette objection, qu'on pouvait élever d'après la marche insolite du mal dans la première période, se trouve détruite par les résultats ultérieurs de l'autopsie.

Tel est, Messieurs, le mémoire que vous a offert M. Rilliet, et je ne puis mieux en terminer l'analyse qu'en vous lisant les conclusions qu'il a insérées à la fin de son travail.

Il résulte des différentes observations rapportées dans ce mémoire et surtout de la dernière :

1° Que la méningite suit la loi de toutes les affections tuberculeuses, c'est-à-dire qu'elle est le plus souvent mortelle. L'expérience avait déjà jugé la question : la connaissance de la véritable nature et du siége de la maladie en a donné l'explication. En effet, par sa nature, la méningite est constitutionnelle et diathésique; par son siége, elle occupe celui de tous les organes de l'économie, qui est le plus essentiel à la vie et le plus gravement impressionné par les maladies aiguës;

2° Que le danger de la maladie, généralement reconnu, doit faire regarder comme apocryphes la plupart des exemples de guérison publiés par les auteurs. En effet, une analyse sévère démontre que bon nombre de ces faits sont relatifs à des maladies très différentes de la méningite, et qui n'ont avec elle qu'une grossière analogie symptomatique;

3° Qu'il existe cependant, dans la science, des exemples incontestables de la disparition complète des symptômes de la méningite;

4° Qu'alors la guérison a lieu pendant la première période ou dans la moitié de la seconde période, après sept à quinze jours de maladie, et rarement plus tard, après plusieurs alternatives d'amélioration et d'aggravation;

5° Que, dans des cas excessivement rares, le retour à la santé peut être obtenu, même dans le cours de la troisième période, après bien des semaines de maladie;

6° Qu'il est impossible d'indiquer les signes qui peuvent faire prévoir, dès le début, l'issue heureuse de la maladie;

7° Qu'à une période plus avancée, la rémission de tous les symptômes n'a pas même une grande valeur pronostique, parce qu'on observe souvent une amélioration aussi prononcée, mais trompeuse dans la méningite mortelle;

8° Que la guérison peut durer pendant plusieurs années;

9° Qu'elle peut être en apparence complète, c'est-à-dire que les enfans conservent toutes leurs facultés intellectuelles, sensitives et motrices;

10° Que la disparition des symptômes n'implique point la disparition de *toutes* les lésions;

11° Que les enfans momentanément guéris d'une méningite sont toujours, plus ou moins, exposés à une récidive, parce que la lésion chronique persiste *in loco*, et parce que la diathèse n'est pas éteinte;

12° Que l'observation directe prouve, en effet, que c'est à une récidive que succombent plusieurs des enfans qui ont échappé à une première attaque;

13° Que cette récidive n'a pas, en général, lieu à une époque très rapprochée de la première maladie, et que, d'après les faits connus, cet intervalle peut varier d'un an à cinq ans et demi;

14° Que cet éloignement des attaques semble indiquer une sorte d'épuisement momentané de la manifestation diathésique tout à fait semblable à ce que l'on observe dans la phthisie pulmonaire proprement dite, où des éruptions tuberculeuses successives sont séparées par des périodes d'un rétablissement apparent;

15° Que la cause mystérieuse qui rallume un incendie qui paraissait éteint reste tout à fait inconnue, mais l'on peut affirmer que les causes occasionnelles extérieures n'exercent qu'une minime influence.

Vous avez pu voir, Messieurs, que malgré le doute inspiré par le titre de ce mémoire, j'ai trouvé peu d'objections à y faire; c'est qu'en effet je crois que la méningite tuberculeuse est curable et que les faits cités par M. Rilliet sont des exemples de guérison. Je comprends cependant qu'il puisse rester des doutes dans l'esprit de beaucoup d'entre nous. Pour aider à les détruire, je vous demanderai la permission d'abuser encore, pendant quelques momens, de votre attention pour vous dire comment je conçois la nature de la méningite tuberculeuse et ce qu'il faut entendre par les mots de curabilité et de guérison de cette maladie.

Lorsque l'on a eu constaté la présence de la matière tuberculeuse dans les méninges des enfans qui succombaient à l'hydrocéphalie aiguë, on a imposé à cette maladie le nom de méningite tuberculeuse et l'on a admis sans discussion que le tubercule est la cause locale, déterminante de la phlegmasie méningée. C'est-à-dire que la méningite a pris le nom de tuberculeuse à cause de la présence du produit accidentel dans les méninges enflammées. Or, c'est là une manière incomplète et fausse de comprendre la maladie.

Le mot tuberculeux doit être rapporté, non à la lésion locale, mais au principe morbide, à la diathèse qui est la cause de cette lésion. Ainsi, dans les mots méningite rhumatismale, l'adjectif est là pour désigner la nature de la maladie, c'est-à-dire la cause générale qui a déterminé la phlegmasie et non pas une lésion locale particulière accompagnant cette phlegmasie.

De même, les mots méningite tuberculeuse doivent être considérés comme l'expression abrégée de cette idée, méningite développée sous l'influence de la diathèse tuberculeuse. Je ne veux pas dire par là que la présence du tubercule méningé est tout à fait indifférente à la production de la phlegmasie. C'est une épine, c'est un stimulus qui a une grande influence pour déterminer la localisation de la phlehmasie, comme une chute sur le genou détermine une tumeur blanche chez un scrofuleux. Mais ce n'est pas le tubercule (lésion locale) qui spécialise la méningite. C'est-à-dire il ne donne pas à la phlegmasie son aspect spécial, ses symptômes propres, ses lésions particulières, qui la différencient de toutes les autres espèces de méningites, inflammatoire, rhumatismale, épidémique ou autre.

Cela est si vrai que cette méningite si spéciale, peut se développer et conserve tous les caractères qui lui sont propres, même lorsqu'il n'existe pas de tubercules cérébraux ou méningés. Il suffit, pour cela, que l'enfant soit sous l'influence de la diathèse tuberculeuse.

Je n'ai pas besoin d'insister sur les preuves de cette assertion qui sont longuement détaillées dans notre *Traité des maladies des enfans.* Mais le fait, une fois admis, peut servir à faire comprendre la curabilité de la maladie et la possibilité de sa guérison temporaire et beaucoup plus rarement définitive.

Théoriquement parlant, il ne répugne nullement de croire que la méningite tuberculeuse soit curable. La plupart des phlegmasies tuberculeuses des autres organes peuvent arriver à guérison, en tant que phlegmasies, le produit accidentel devant suivre, d'ailleurs, sa marche habituelle. Il n'est pas étonnant qu'il puisse en être de même pour la méningite. Si, par une cause quelconque, la phlegmasie méningée est enrayée avant d'avoir produit des désordres considérables et surtout l'épanchement ventriculaire, la guérison peut avoir lieu. Alors, si, comme cela est habituel, il existe des tubercules méningés, la récidive doit avoir lieu et emporte le malade, mais si la phlegmasie est purement diathésique; si le dépôt tuberculeux est peu abondant dans les autres organes et s'y fait lentement, ou même s'il s'y termine par guérison, on conçoit que le retour à la santé puisse être définitif, mais on comprend tout aussi bien la rareté de faits pareils, car, pour qu'ils arrivent, il faut : 1° La guérison de la méningite, fait très exceptionnel; 2° la guérison des tubercules, autre fait exceptionnel; 3° l'arrêt de la diathèse tuberculeuse, troisième fait tout aussi exceptionnel que les précédens.

Ces remarques réduisent singulièrement la valeur des exemples de guérison, quelque bien constatés qu'ils soient, et engagent peu à tenir compte des remèdes au moyen desquels on a obtenu ce résultat favorable. Cependant je dois dire que, chez la plupart des malades dont l'observation est contenue dans le mémoire de M. Rilliet, le traitement a consisté principalement dans l'emploi du calomel à dose croissante, depuis 30 jusqu'à 60 centigrammes par jour; que l'amélioration a paru coïncider quelquefois avec le développement de la stomatite mercurielle. Chez un malade on a fait succéder au calomel le sulfure de potasse, à la dose de 20 à 50 centig. par jour. Ce médicament produisit une diurèse considérable avec laquelle coïncida l'amendement des symptômes.

Messieurs, arrivé à la fin de ma tâche, il me reste à ajouter que M. Rilliet, médecin en chef de l'hôpital de Genève, est un de ces hommes actifs et travailleurs qui, malgré les embarras d'une grande clientèle, cultive incessamment le champ de la science et répand abondamment les produits de son travail. Il réunit toutes les conditions que nous pouvons désirer dans les médecins que nous associons.

C'est donc avec confiance que je vous propose :

1° D'admettre M. le docteur Rilliet au nombre de nos membres correspondans;

2° De renvoyer son mémoire au comité de publication.

Ces conclusions, qui concernent exclusivement M. le docteur Rilliet, sont mises aux voix et adoptées.

La discussion, sur le rapport de M. Barthez, est ajournée à la prochaine séance.

Le secrétaire, Ch. Léger.

COURRIER.

M. le docteur Bezard de Wouves nous adresse une lettre dans laquelle il croit devoir déclarer que, si depuis douze ans le sulfate de quinine a été employé dans le traitement de la fièvre typhoïde, il n'avait aucune connaissance de ce fait. Il rappelle aussi qu'il a déposé à l'Académie de médecine, le 22 août dernier, un pli cacheté sur la nature, la marche et les formes de la fièvre dite typhoïde, que, d'ailleurs, le travail qu'il a lu le 16 août dernier à l'Académie, n'est que le prélude d'un travail qu'il publiera plus tard, et qu'enfin il attend l'épreuve clinique qu'il a demandée en se tenant toujours à la disposition de la commission nommée pour vérifier le fait qu'il a établi : Spécificité du sulfate de quinine.

Nouvelles du choléra. — Les dernières nouvelles de Newcastle et de Gateshead continuent à être favorables; le 5 et le 6 octobre, il y a eu, en tout, 20 décès à Newcastle; et, dans ces deux jours, 5 décès à Gateshead; total des décès, 1,449 à Newcastle, et 392 à Gateshead. Malheureusement, si le fléau diminue et disparaît dans ces deux villes, il n'est que trop vrai qu'il étend ses progrès d'une manière lente, mais non moins fâcheuse, sur divers points de la Grande-Bretagne. Ainsi, à Walker, on signale 6 nouveaux décès par le choléra, 2 à Newburn, 3 à Hougton-le-Spring, 2 à Liverpool; deux navires chargés d'engrais ont perdu l'un 24, l'autre 50 personnes du choléra. En Écosse, son apparition a eu lieu aussi dans diverses villes, à Édimbourg, à Leith, à Glasgow, à Coldingham, mais toujours par cas isolés. L'influence épidémique n'existe donc pas encore, mais il faudrait bien peu de chose pour faire de ces brandons isolés un feu actif et dévorant. En tous cas, l'épidémie actuelle déjoue à ce point, par sa marche, toutes les prévisions que nous n'oserions pas affirmer, qu'elle ne s'en tiendra pas à ces quelques cas isolés et disséminés. L'avenir nous forcera peut-être, avant peu, à renoncer à cette espérance; mais nous croyons, pour le moment, toute crainte prématurée de ce côté du détroit. La santé publique ne fut même jamais plus satisfaisante, à Paris, que depuis quelques jours, et le nombre des lits vacans, dans les hôpitaux, dépasse, en ce moment, le chiffre des plus belles journées du printemps et de l'été.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 122. SEPTIÈME ANNÉE. **Jeudi 13 Octobre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12 A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12*.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 12 OCTOBRE 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Toutes les questions qui touchent à la syphilis, ont le privilége d'animer, de passionner même les débats académiques. Nous avons eu hier une séance fort agitée, car il ne s'y est agi que de la syphilis. On se souvient que, dans la dernière séance, M. Gibert ayant lu un rapport sur l'influence des eaux sulfureuses dans le traitement des maladies vénériennes, une courte discussion s'ensuivit, dans laquelle on effleura la question des syphilis larvées. M. Ricord n'assistait pas à cette séance; mais hier, à l'occasion du procès-verbal, il a demandé la parole pour donner des explications sur ce point de doctrine, et, incidemment, pour répondre à quelques objections qui lui avaient été adressées.

Il est de règle que toutes les fois que M. Ricord prend la parole, une demi-douzaine d'orateurs, et des plus considérables, se lèvent pour lui répondre : c'est ce qui est arrivé hier. De sorte qu'une simple réclamation a suffi pour servir de thème à une discussion qui a duré deux heures, et que toute la séance a été consacrée à un incident de procès-verbal.

Pour l'édification de nos lecteurs, nous reproduisons cette discussion avec autant de fidélité que cela nous a été possible. Nous n'en élaguons même pas une épigramme très spirituelle de M. Gibert à notre adresse, et par laquelle ce malicieux académicien voudrait nous faire dire ce qu'il sait bien que nous n'avons pas pensé, ou nous donner des prétentions que nous serions bien en peine de justifier. Mais nous n'aurons pas le mauvais goût de suivre M. Gibert sur ce terrain imprudent de la personnalité. Si peu qu'il eût voulu s'en enquérir, M. Gibert aurait appris que l'UNION MÉDICALE n'est le journal de personne ni d'aucun intérêt, et que nous n'avons ici ni un homme à défendre, ni le plus petit sirop à propager.

Mais la vérité, la pure et sainte vérité, à laquelle nous savons, au besoin, sacrifier nos plus chères affections, pour laquelle nous savons imposer silence à nos plus vifs ressentimens, la vérité nous oblige à dire que ce n'est pas par des taquineries mesquines, par des contradictions de sophiste, par des argumens de rhéteur, par des finasseries de langage, par une opposition railleuse et des tactiques de tribune qu'on effleure seulement l'épiderme d'une doctrine aussi feutrée, aussi bien nourrie d'observations et d'expériences que celle à laquelle nous tenons à honneur de prêter le faible appui de notre plume. Nous oserons même dire à M. Ricord que ces jeux de passe-passe académique ne sont plus dignes de sa renommée. A cette escrime dangereuse et perfide de la parole il peut trouver plus habile que lui, et alors quelle joie dans le camp de ses antagonistes, s'il recevait un échec oratoire. Mais un coup d'épée ne prouve rien, un succès de tribune pas davantage. Si nous ne félicitons pas M. Ricord de son succès, nous ne le plaindrions pas non plus d'un revers possible. M. Velpeau l'a dit avec beaucoup de justesse, la science ne se fait pas ainsi. Attaquer, se défendre à la tribune académique, ce n'est là qu'un amusement puéril et stérile. Ah! que le temps serait mieux employé, si M. Ricord le consacrait à écrire seulement quelques pages tous les jours sur les divers points de doctrine et de pratique que l'Académie se plaît à soulever sans pouvoir les résoudre.

Et, par exemple, il s'est agi hier de questions très importantes et très graves; eh bien! de bonne foi, lecteur, quand vous aurez lu notre compte-rendu, trouverez-vous dans tout cela quelque chose de net, de satisfaisant, de pratique? Non, car la science ne se fait pas ainsi, M. Velpeau a cent fois raison. Assertion d'un côté, affirmation de l'autre, voilà tout. Ne vaudrait-il pas mieux que M. Ricord nous donnât une bonne dissertation sur ce que c'est que la syphilis larvée, sur ce qu'on doit entendre par récidive syphilitique, sur la salivation mercurielle, sur tous les points enfin qui ont fait les frais de la discussion d'hier.

Nous avons écrit ceci dans notre numéro de jeudi dernier : « Syphilis prétendues larvées, qui ne sont telles que pour ceux qui ne savent pas les voir. » En changeant le temps d'un verbe, en disant : Pour ceux qui *n'ont* pas su les voir, nous n'aurons rien à modifier à cette pensée que nous estimons parfaitement vraie et que nous reproduisons sans crainte de blesser personne. Toute la différence qui existe sur ce point entre la doctrine de M. Ricord et celle de ses opposans, n'est, en définitive, qu'une différence de mots, ainsi que nos lecteurs pourront le voir par notre compte-rendu. M. Ricord admet, comme tout le monde, les longues et très longues incubations de la syphilis constitutionnelle; il en a vu qui ont duré quarante ans!... Seulement, au lieu d'admettre, comme M. Gibert, sur le dire du malade, que ces accidens constitutionnels qui éclatent aujourd'hui, ont leur point de départ, sans intermédiaire, dans une simple blennorrhagie contractée quarante ans auparavant; ou bien, quand on ne trouve absolument aucune porte d'entrée à la vérole, au lieu d'admettre des syphilis d'*emblée*; M. Ricord professe que c'est une loi générale à laquelle il n'a trouvé jusqu'ici aucune exception, qu'un accident primitif infectant, non spécifiquement traité, donne lieu aux symptômes secondaires, ou consécutifs de la syphilis dans une période de temps qui varie entre cinq semaines et six mois. De sorte que lorsqu'un malade se présente dans les conditions que nous indiquions tout à l'heure, il dit : il y a là un chaînon de la chaîne syphilitique qui a passé inaperçu; il y a eu un intermédiaire entre ces accidens tertiaires que l'on voit aujourd'hui et l'accident primitif; et l'interrogatoire, la recherche parviennent presque toujours à trouver cet intermédiaire; et quand on ne le trouve pas, en remontant jusqu'aux parens, on voit que le malade d'aujourd'hui a été procréé par des parens syphilitiques, et qu'il a hérité d'eux ce présent funeste. C'est dans ce sens qu'il n'existe pas, pour M. Ricord, de syphilis *larvées* proprement dites, et c'est dans ce sens que nous dirons, nous-même, qu'il n'en existe que pour ceux qui n'ont pas su les voir.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur cette discussion, qui, comme toutes les discussions possibles, n'a ramené personne de ses opinions aux opinions de son contradicteur. Les combattans croient tous avoir remporté une éclatante victoire. Ne troublons la joie de personne.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

OBSERVATION DE SUTURE INTESTINALE PAR ACCOLLEMENT DES SÉREUSES (MÉTHODE DE M. JOBERT DE LAMBALLE), PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS;

Par le docteur Lucas CORONEL Y DIAZ, du corps de santé militaire.

OBSERVATION. — Au mois de septembre 1838 et pendant que j'étais en garnison avec le 7me léger dans la ville de Teruel, je fus appelé, le 25 de ce même mois, à trois heures et demie de l'après-midi, pour donner des soins à un soldat de ce bataillon qui venait d'être blessé. Je me transportai au quartier du Carmen, et là, dans une salle basse, je trouvai le nommé Ramon (Alvares), soldat de 23 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, étendu sur un matelas par terre, le corps en demi-flexion et assez fortement relevé, avec décoloration générale et un peu de prostration.

En procédant à l'examen du malade, je reconnus, à la hauteur de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles du côté gauche et dans l'espace compris entre ce point et la région ombilicale, une plaie dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, suivant une ligne oblique, faite avec un instrument coupant et piquant, et qui intéressant toute l'épaisseur des parois abdominales, donnait issue à une anse intestinale recouverte en partie par une certaine quantité d'épiploon; le tout était baigné de sang et recouvert de quelques caillots.

Autant pour arrêter l'hémorrhagie que pour absterger la plaie et apprécier le véritable état des choses, et surtout l'état dans lequel se trouvait l'intestin, je fomentai doucement la plaie avec un peu d'oxycrat, et sous l'influence de ce moyen, je vis d'abord diminuer et cesser presque entièrement l'hémorrhagie, et je reconnus que la portion de l'anse intestinale qui correspondait à l'angle antérieur et inférieur de la plaie était divisée dans toute son épaisseur et dans une direction longitudinale et un peu oblique à l'axe de l'intestin, dans une longueur de six lignes.

Convaincu qu'il était impossible au malade de recevoir des soins convenables dans une caserne, je fis une ligature provisoire sur la portion d'épiploon qui accompagnait l'intestin et l'assujettissant avec un peu d'emplâtre agglutinatif, afin d'empêcher le retrait dans le ventre, et des compresses trempées dans l'oxycrat ayant été en même temps appliquées sur l'abdomen, je le fis transporter sur une civière à l'hôpital, où j'avais alors un service de chirurgie. Puis le malade fut couché dans son lit dans une position relevée, les extrémités inférieures en demi-flexion ainsi que le tronc; enfin je lui fis administrer une potion antispasmodique pour relever un peu ses forces.

Deux indications se présentaient évidemment : pratiquer la suture intestinale et guérir la plaie existant à l'intérieur. Je dis *la suture intestinale*, parce qu'il n'entrait nullement dans mon plan d'établir un anus anormal ou contre-nature, comme Littre, Lapeyronie et Scarpa en ont donné le conseil, c'est-à-dire de condamner le malade à une infirmité dégoûtante, qui devait le conduire tôt ou tard à une seconde maladie. En conséquence, je procédai à l'opération de la manière suivante :

M'étant placé sur le bord et du côté gauche du lit du malade, je lavai toute la plaie et principalement l'intestin avec une décoction émolliente et laudanisée, légèrement dégourdie; puis ayant confié à un aide la ligature provisoire, j'exerçai une légère traction sur l'anse intestinale pour l'amener au dehors et pour mettre plus en vue et dans une situation plus commode pour l'opération la plaie intestinale. Cela fait, je refoulai avec le manche d'un scalpel l'épiploon, et ayant mis à découvert les bords de la division intestinale, je pratiquai la suture comme suit :

Saisissant avec le pouce, l'index et le médius de la main droite une aiguille ordinaire enfilée, et plaçant le pouce et l'index de la main gauche sur la tunique séreuse de l'intestin, l'un d'un côté et l'autre de l'autre de la plaie, je fis exécuter à mes doigts un mouvement de révolution comme pour les rapprocher, et grâce à ce mouvement, grâce à l'action de la pointe de l'aiguille placée entre les bords de la plaie, je réussis à retourner ces deux bords en dedans, vers la cavité intestinale, de manière à mettre en contact les lésions de ces deux bords. Je procédai alors au second temps de l'opération, en traversant avec une aiguille les lèvres de la plaie vers son angle supérieur, et en faisant quatre autres points de suture, sans couper le fil; de cette manière, j'obtins cinq anses suffisamment étendues au-dessus de la réunion des bords de la plaie. Je préférai ce procédé à employer une aiguille et un fil différens pour chaque point de suture, afin d'abréger l'opération; puis, ayant coupé chaque anse au milieu, j'obtins de chaque côté cinq chefs de fil, que je nouai successivement, en serrant assez pour mettre en contact immédiat les séreuses, et pour empêcher la sortie des matières entre chaque point de section.

Cela fait, je coupai successivement les fils ras des nœuds, afin qu'à la réunion de la plaie intestinale, ces fils tombassent dans la cavité intestinale et dans le péritoine, auquel cas leur présence eût pu déterminer une péritonite mortelle, et détruire ainsi les bons résultats de l'opération.

Après ce temps de l'opération, je pratiquai lentement le taxis, et réduisis l'intestin opéré dans la cavité du ventre. Il me restait à pratiquer la seconde opération, la réunion des bords de la plaie abdominale, ce que je fis avec quatre points de suture entrecoupée, et trois bandelettes agglutinatives intercalées, et par dessus le tout, j'appliquai des gâteaux de charpie cératés, des compresses et un bandage de corps. Le malade fut transporté alors dans un autre lit, et couché dans une position relevée, avec légère inclinaison à gauche. (Diète végétale, mauve gommée pour tisane, lavemens émolliens.)

26 septembre. Le malade a eu de la réaction. Pouls dur, fréquent et assez plein. Symptômes d'irritation gastro-intestinale; chaleur et un peu de tuméfaction de l'abdomen; langue sèche et chargée sur ses bords; douleur dans le ventre, circonscrite au voisinage de la plaie, avec céphalalgie. (Saignée générale de 6 onces, et application de 18 sangsues sur l'S iliaque du colon, limonade nitrée.)

27 septembre (3me jour de l'opération). Même état réactionnaire; mais les symptômes éprouvaient déjà un peu de rémission. Toujours de la constipation. (Même traitement.)

28 septembre. Le malade se plaignait de douleur et d'une sensation pénible dans le ventre, comme si, disait-il, on lui eût arraché les boyaux. En l'interrogeant pour savoir s'il avait senti le besoin d'aller à la garderobe, ou bien seulement quelque mouvement ou quelque bruit intérieur dans le ventre, il nous dit que la nuit précédente, pour la première fois, il y avait entendu beaucoup de bruit, et qu'il avait rendu quelques gaz par l'anus, bien qu'avec difficulté. (Même traitement; plus une potion avec une once d'huile d'amandes douces, un verre de décoction de mauve et un demi-grain de morphine, à prendre par cuillerées toutes les trois heures.)

29 septembre (5me jour de l'opération). Le malade se trouve un peu soulagé, et dans la matinée, il avait rendu quelques matières puriformes, non sans grande douleur et sans beaucoup de cuisson vers le sphincter de l'anus. (Lotions émollientes sur l'anus et lavemens amylacés.)

Dans la soirée de ce même jour, le malade se trouva notablement soulagé; la fièvre avait diminué ainsi que la douleur du ventre, et il y avait eu une déjection semblable à celle du matin, mais sans cuisson à l'anus.

En présence de cet état favorable, et les symptômes d'irritation gastro-intestinale parvenant à se calmer, j'eus l'idée flatteuse que la suture intestinale avait été suivie de succès; mais toujours inquiet sur le résultat, je continuai le régime végétal, les boissons nitrées et la potion huileuse, sauf l'opium que je supprimai dans la crainte de produire de la constipation et j'ordonnai, en outre, des lavemens émolliens pour le lendemain.

Le 30, le malade était assez bien; je le trouvai assis dans son lit, ayant bon visage, très peu de fièvre, presque sans douleur dans le ventre qui était aplati, ou seulement au niveau de la plaie extérieure, et ayant eu deux garderobes faciles et quatre heures de sommeil.

En présence de ce bon état, je jugeai convenable de faire le premier pansement de la plaie extérieure et je trouvai celle-ci offrant le meilleur aspect, couverte d'une suppuration louable et la réunion opérée dans toute l'étendue de la plaie, à l'exception de l'angle inférieur antérieur vers lequel la plaie avait tendance à se séparer. Pour remédier à cet état de choses, j'enlevai les anciennes bandelettes agglutinatives et j'en plaçai quatre nouvelles dont une vers l'angle inférieur de la peau, et, sur ces bandelettes, j'en plaçai d'autres transversales pour assurer le contact des bords de la plaie.

Le 1er, le 2, le 3 octobre, il ne survint rien de particulier au malade; le traitement fut continué; le 4, la plaie extérieure était en meilleur état, le dernier point de suture était tombé et l'angle inférieur de la plaie commençait à se remplir de bourgeons charnus, dont quelques-uns fongueux, ce qui m'engagea à les toucher avec le nitrate d'argent. Voyant les choses en bon chemin, je me départis un peu de ma sévérité, je réduisis le traitement à une boisson tempérante et à un lavement émollient, et je permis au malade un peu de bouillon de poulet, avec une soupe légère matin et soir.

Le 7 octobre, 13me jour de l'opération, j'augmentai les alimens (un peu de chocolat le matin, avec des biscuits; à midi et le soir, une soupe avec un quart de poulet répartis entre ces deux repas.) Je m'en tins à ce régime jusqu'au 12.

Ce jour-là, je soumis la plaie extérieure à mon examen et je la trouvai dans un état très voisin de la cicatrisation, au point que je supprimai les bandelettes et la pansai avec de la charpie sèche.

Le 13 octobre, je fus étonné de le trouver plus malade : un peu plus de fièvre, langue rouge et couverte d'un enduit saburral, soif, un peu de coloration du visage, un peu de chaleur à la peau, douleur dans le ventre et pesanteur à l'estomac. Cet état m'alarma, mais m'étant informé de sa cause, j'appris que le malade avait mangé, la veille, un gros morceau de tourte du pays que ses amis lui avaient apporté. Persuadé que c'était une indigestion, je lui donnai demi-litre de tisane laxative, quatre litres de boisson tempérante tartarisée, la diète et trois lavemens d'huile d'amandes douces, un toutes les quatre heures.

Le lendemain, 14 octobre, le malade se trouvait bien soulagé; dans la soirée, il avait eu quatre selles mucoso-bilieuses. Je continuai la diète, les boissons tempérantes et les lavemens le 15 et le 16.

Le 17, le malade était très bien; tous les symptômes fâcheux avaient disparu; je suspendis les lavemens.

Le 18 et le 19, j'augmentai graduellement l'alimentation; la plaie du ventre était entièrement cicatrisée. Enfin, le 22 octobre, 28me jour de l'opération, le malade commença à se lever et à faire quelques pas dans la salle; je le gardai encore jusqu'au 31 octobre, 38me jour de l'opération, qu'il quitta l'hôpital pour aller faire sa convalescence au quartier. Le 15 novembre, il avait repris son service.

Remarques. — Cette observation parle assez d'elle-même pour n'avoir pas besoin de longues remarques. Je m'en tiendrai à quelques réflexions sur les circonstances particulières de ce fait, et sur le procédé opératoire que j'ai mis en usage avec succès.

Une plaie pénétrante de l'abdomen, avec lésion de quelqu'un des organes contenus dans cette cavité, et à plus forte raison de l'intestin, doit toujours être considérée comme une maladie d'une haute gravité, à cause des accidens funestes qui peuvent survenir tant au moment de la blessure, que quelques jours après. En effet, le sujet peut se trouver, au moment de la blessure, en pleine digestion, et cette circonstance pourra donner lieu à un épanchement de matières fécales dans la cavité du péritoine, et à l'inflammation consécutive de celuici, rendant par là toute opération impossible, et compromettant l'existence du malade. En outre de ces accidens, peut avoir lieu la sortie au dehors de l'anse intestinale, ce qui constitue la hernie ventrale. Enfin, la lésion même de l'intestin, le contact de l'air atmosphérique, les contacts nécessaires pour reconnaître la plaie, et ceux que nécessitent la suture et le taxis; voilà une réunion de circonstances susceptibles, isolément, et par leur réunion, de provoquer une violente entérite, qui aurait annulé les résultats favorables de l'opération.

Les choses se sont passées bien autrement chez notre malade; c'est qu'Alvarès avait déjeûné à neuf heures du matin, et n'avait pris depuis qu'un peu d'eau-de-vie et d'eau; les fonctions digestives étaient donc terminées, lorsqu'il reçut la blessure. D'un autre côté, la bonne santé dont ce soldat jouissait au moment de la blessure, l'absence de toute maladie vers le tube digestif, étaient encore des circonstances favorables. Enfin, il eut l'avantage d'être secouru très peu de temps après la blessure.

Quant au procédé opératoire que j'ai mis en usage, je crois que c'est le plus prompt et le plus sûr à employer en pareil cas; c'est, du reste, comme chacun sait, celui qui a été proposé et employé par le célèbre chirurgien français, M. Jobert, de Lamballe. J'aurais peut-être pu en employer d'autres, lier, par exemple, les lèvres de la plaie, en la saisissant préalablement avec une pince, comme l'a fait Cooper, ou bien employer la suture à anse de Ledran, les méthodes de Palfin et de Reybard; mais si je me suis décidé pour cette suture, c'est qu'elle répond aux deux indications principales : poser et maintenir en contact les séreuses des deux bords de la plaie intestinale, et éviter la chute des fils dans la cavité du péritoine. L'événement est venu, comme on voit, donner raison à nos prévisions (1).

(1) Traduit de la *Gaceta medica de Madrid*, n° 25, septembre 1853.

PHYSIOLOGIE.

Leçons faites au Collége de France pendant le semestre d'été (1853),

SUR L'ABSORPTION DES GAZ ET DES LIQUIDES;

Par M. Claude Bernard, suppléant de M. Magendie,

Recueillies et analysées par M. Fauconneau-Dufresne.

Première partie (1). — De l'absorption gazeuse.

§ II. *Circonstances qui ont de l'influence sur l'absorption de l'oxygène.*

Dès que l'oxygène est en contact avec le sang, il passe dans ce liquide, en vertu d'une sorte d'imbibition, et disparaît. Cette absorption incessante emporte dans l'économie l'oxygène nécessaire au jeu de tous les organes. La *quantité d'oxygène* qui est *absorbée* est considérable. D'après Lavoisier et Seguin, qui en ont fait le calcul pour chaque inspiration, 1000 grammes peuvent pénétrer en vingt-quatre heures. Mais cette quantité est sujette à de grandes variations, ainsi qu'on va le voir par les recherches qui suivent.

On avait observé que, *pendant l'abstinence*, il y avait une *absorption relative plus considérable d'oxygène* que pendant la digestion. M. Bernard explique cette différence par la nature variable du sang dans cette dernière circonstance et pendant l'abstinence. Pendant la digestion, la veine porte amène le sang intestinal alimentaire et la sécrétion sucrée du foie est très active. Le sang des veines sus-hépatiques, en se mêlant alors avec le sang de la veine cave, donne à celui-ci la qualité sucrée, de sorte que du sang très sucré parvient dans les poumons et s'y met en contact avec l'oxygène. C'est dans cette circonstance qu'une moins grande quantité d'oxygène est absorbée, tandis qu'une proportion plus grande de ce gaz disparaît, lorsque, durant l'abstinence, le sang qui parvient aux poumons est moins sucré ou a cessé de l'être.

Dans *quelques maladies*, le sang doit être moins propre à absorber l'oxygène; cela, selon toute apparence, a lieu dans le diabète. On sait que M. Rayer a observé que, dans le choléra, le sang devenait moins rutilant au contact de l'air.

On a vu que de l'oxygène est absorbé même pendant l'incubation de l'œuf. Cependant, chez les mammifères, le fœtus n'étant pas en contact avec l'air, il paraîtrait y avoir une exception. Le poumon, qui ne fonctionne pas encore, est remplacé par le placenta qui est le moyen de communication entre le fœtus et la mère. Chez le fœtus, le sang artériel et le sang veineux ont la même couleur, mais une couleur intermédiaire entre ces deux sangs. Fourcroy avait remarqué que, pendant la vie intrà-utérine, le *sang du fœtus* n'était *pas toujours également susceptible de devenir rutilant au contact de l'oxygène*, conséquemment pas toujours également propre à absorber ce gaz. On peut mettre, en parallèle de ces faits, les recherches d'après lesquels M. Bernard a vu que le sang du fœtus qui contient du sucre jusqu'à la naissance, cesse tout à coup d'en contenir, lorsqu'il a besoin d'absorber l'oxygène.

M. Bernard a vérifié, par des *expériences*, que le sucre dans le sang diminue l'absorption de l'oxygène. Il montre deux tubes à divisions, remplis, chacun, d'une même quantité de sang qu'il a retiré de la veine jugulaire d'un chien, avec la précaution d'attirer ce sang avec une seringue et de l'introduire sous le mercure, voulant ainsi éviter le contact de l'air. Dans l'un de ces tubes, il a mis un petit fragment non dissous de sucre de raisin; il a agité alors pour mêler le sang avec l'oxygène, afin de voir s'il y aurait une différence dans l'absorption. Dans le tube non sucré, il y a eu, à l'instant même de l'agitation, 14 divisions d'oxygène absorbées; dans le tube sucré, l'absorption a été moindre; 12 divisions seulement avaient été absorbées. Lorsque le sucre a été fondu, on a agité de nouveau, et alors 11 divisions ont été absorbées dans le tube non sucré, tandis qu'il n'y en a eu que 8 dans le tube sucré. M. Bernard, pour varier son expérience, a pris du sang de la veine porte qui n'est pas sucré et du sang des veines sus-hépatiques qui l'est toujours. Le résultat a été le même : le sang des veines sus-hépatiques absorbait moins d'oxygène. Ces expériences, bien que faites en dehors de l'organisme, viennent confirmer les autres observations.

MM. Regnault et Rézé ont fait des expériences à un autre point de vue. M. Bernard les examine en ce qui concerne la question dont il s'occupe. Dans le travail que ces savans ont publié, ils ont trouvé que des lapins, nourris avec leurs alimens ordinaires qui sont très sucrés, offraient, sur 100 parties d'oxygènes absorbées, 91,9 d'acide carbonique expulsées, et que 8,1 restaient dans ces animaux; ces 8,1 parties, qui sont gardées, ne constituent qu'une proportion bien faible. Si, au contraire les lapins étaient à jeun, sur 100 parties d'oxygène absorbées, 69,0 reparaissaient dans l'acide carbonique, tandis que 31 restaient dans ces animaux. La cause de cette différence tient uniquement à ce que, dans le premier cas, le sang était chargé de sucre.

Les mêmes expérimentateurs ont continué leurs recherches chez des animaux soumis à une *alimentation ne contenant pas de sucre*, ce qui constitue une sorte de contre-épreuve. Des chiens ont été mis à l'usage unique de la viande, et, pendant leur digestion, on les a placés dans un appareil approprié. Sur 100 parties d'oxygène absorbées, 75,2 ont reparu en acide carbonique, et 24,8 ont été gardées par l'animal. Si le chien était nourri avec du pain, il n'en était plus de même : 91,2 reparaissaient en acide carbonique; 8,7 restaient dans le corps. Si le chien était à jeun, on retrouvait le même rapport que chez les lapins également à jeun.

Mais voici un autre cas, c'est celui *dans lequel une alimentation diminuerait la production du sucre*. Dans les leçons de l'an dernier, M. Bernard a montré que l'alimentation par la *graisse* empêchait cette production. Un chien, ayant été nourri de graisse, et placé dans l'appareil, n'a rendu, sur 100 parties d'oxygène absorbées, que 69,4 en acide carbonique; 30,6 sont restées dans son corps. Cet animal se trouvait donc dans le cas des lapins soumis à l'abstinence.

Ainsi, plus il y a de sucre dans le sang, moins il y a d'oxygène absorbé, et plus d'oxygène reparaît sous forme d'acide carbonique. Il reste, toutefois, à savoir *pourquoi il faut relativement plus d'oxygène pendant l'abstinence*, et moins pendant la digestion. Durant celle-ci, il se forme une sorte d'emmagasinement qui rend peut-être l'oxygène moins nécessaire. On observe, du reste aussi, beaucoup de variétés dans les phénomènes sécrétoires : par exemple, chez certains animaux qui peuvent prendre beaucoup d'alimens, les urines, pendant la digestion, sont troubles, alcalines, et contiennent des carbonates abondans; tandis que, pendant l'abstinence, elles sont claires, et l'urée y est en plus grande quantité.

(1) Voir l'*Introduction*, numéro du 3 Septembre.

Il est une autre substance qui agit dans un sens inverse au sucre et qui augmente l'absorption de l'oxygène; elle se trouve normalement dans le sang; c'est le *chlorure de sodium*. Pour le démontrer, M. Bernard a fait l'*expérience* suivante : il a pris du sang dans la veine jugulaire au moyen d'une seringue et l'a mis dans deux éprouvettes. Dans l'une, il y avait de l'oxygène pur introduit sous le mercure; dans l'autre, de l'oxygène avec une dissolution faible de chlorure de sodium. En agitant les deux mélanges, le premier a absorbé 32 p. 100 d'oxygène, et le second n'a pu en absorber que 20.

Mais, chez les animaux soumis à une *alimentation salée*, si l'on doit supposer que, dans leur respiration, il y a une plus grande proportion d'oxygène absorbée, peut-on le confirmer par des expériences, comme on l'a vu pour le sucre? Des recherches ont bien été faites par M. Boussingault sur la nourriture salée; d'autres sont dues à M. Barral; plus récemment, MM. Magendie et Rayer, dans une commission instituée par le ministre de la guerre, ont administré aux chevaux de fortes proportions de sel; mais ces études n'ont pas été entreprises au point de vue de la plus ou moins grande absorption de l'oxygène dans la respiration. On se trouve donc réduit à invoquer l'*analogie et le raisonnement*. Lorsqu'on fait prendre une notable quantité de chlorure de sodium, l'appétit est augmenté, et les animaux se trouvent probablement, sous le rapport de l'absorption de l'oxygène, dans les conditions de ceux qui sont à jeun; cet état ne doit être que passager, le sel ne faisant que traverser le sang et s'évacuant rapidement par les urines. On a vu, d'une autre part, que l'urée, pendant l'abstinence, se montre en plus grande proportion dans l'urine, et l'on sait qu'elle est un résultat de la nutrition; comme, en donnant du sel à un animal, on augmente la production de l'urée, on peut encore en induire que, se trouvant dans des conditions analogues à celles de l'abstinence, il absorbe une plus grande quantité d'oxygène.

M. Boussingault a examiné la question sous le rapport de l'*engraissement*. Il a cru qu'en augmentant l'appétit par le sel, on devait engraisser les animaux. Mais les bons fourrages augmentent suffisamment l'appétit; le sel n'est nécessaire que pour faire manger ceux qui sont avariés. L'appétit vient quand le sang a la propriété d'absorber plus d'oxygène. Si une ration déterminée est salée, l'animal consommera plus d'oxygène, il respirera plus fortement, son assimilation sera plus active et plus complète; mais le besoin nutritif sera augmenté, et alors il maigrira, parce que, détruisant ses alimens avec trop d'action, il finira par user sa propre substance. C'est ainsi qu'un herbivore à jeun, en usant son sang, devient, en quelque sorte, carnivore.

Pourquoi l'oxygène est-il absorbé en plus grande quantité par du sang salé que par du sang sucré? Les globules sanguins jouent-ils un rôle à cet égard? Ce qu'on peut dire seulement, c'est que, sous l'influence du sel, ces globules deviennent plus petits et plus plats.

On vient de voir, au sujet du sucre et du sel, des phénomènes qui pourraient conduire à une *théorie de l'engraissement et de l'amaigrissement*. En effet, le sucre, en ralentissant l'assimilation, devrait être favorable à l'engraissement; et il est positif que les substances féculentes engraissent. Le chlorure de sodium produit un résultat inverse; si l'on en prend beaucoup, on maigrit, trop d'oxygène entrant dans le sang. Chose singulière! en faisant manger de la graisse aux animaux, non seulement ils n'engraissent pas, mais ils maigrissent, ainsi que l'avait déjà dit M. Magendie; ce qui prouve que, pour produire l'engraissement, il ne suffit pas d'introduire dans l'économie des substances identiques à celles qu'on veut y accumuler; il faut que ces substances puissent agir d'une certaine façon.

Il existe sans doute dans le sang d'*autres substances* moins importantes que le sucre et le sel, et qui, pourtant, ne doivent pas être sans remplir un certain rôle dans l'absorption. Les substances médicamenteuses, dont se sert l'art médical, ne sont probablement pas non plus sans avoir quelque influence sur l'absorption de l'oxygène par le sang. La continuation de semblables études ne peut manquer d'avoir son application en médecine; car si, à l'état normal, il faut au sang certaines qualités pour absorber l'oxygène et entretenir la vie, lorsque ces conditions cessent d'exister dans le sang, cette absorption est troublée, et la vie peut en être compromise.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 Septembre. — Présidence de M. Rayer.

Découverte d'une substance qui donne lieu aux mêmes réactions chimiques que la cellulose végétale dans le corps humain.

M. Virchow, de Wurzbourg, adresse sous ce titre la note suivante :

M. Curlinge a décrit, dans le cerveau de l'homme, des corpuscules particuliers, formés de couches concentriques, et d'une structure analogue aux grains d'amidon. On a trouvé depuis ces corpuscules amylacés dans plusieurs endroits, spécialement dans les couches superficielles des parois des ventricules cérébraux et dans la moelle épinière. Quelques observateurs ont présumé que c'était la même substance qui constituait l'*acervulus cerebri*.

En examinant les propriétés microchimiques de ces corpuscules, dont l'origine et l'évolution sont tout à fait inconnues, j'étais très étonné de voir apparaître, après l'addition d'une solution aqueuse d'iode, une teinte légèrement bleuâtre, qui contrastait fortement avec la coloration jaune des parties voisines.

Lorsque j'ajoutais ensuite à l'objet microscopique de l'acide sulfurique hydraté, il se manifestait aussitôt cette couleur violacée, vive, qui caractérise la cellulose végétale, et qui lui appartient comme propriété spécifique.

Des investigations réitérées ont montré la constance de la réaction décrite qui se produit, d'autant plus brillamment, que l'action de l'acide sulfurique est plus lente. Mais il n'y a de corpuscules, de cellulose (cor-

puscules amylacés vrais), que dans les environs des ventricules cérébraux, particulièrement dans les couches profondes de l'épendyme, dans les nerfs des sens (ou sensoriaux) et dans la moelle épinière. Au milieu de cette dernière, il sont très fréquens dans la substance centrale grise, décrite par M. Kolliker, substance qui, d'après mes observations, s'étend de l'épendyme du quatrième ventricule, jusqu'au fil terminal de la moelle, et qui correspond à l'épendyme du canal central oblitéré de la moelle épinière.

Tous les autres corpuscules concentriques ont une composition différente. Ni les concrétions de la glande pinéale et des plexus choroïdes, ni les granules des excroissances de Pacchioni, ni les plaques extraites de l'arachnoïde spinale ne montrent de réaction végétale. Les corpuscules de cellulose sont tout à fait propres à l'épendyme, qui n'est pas le prolongement de l'arachnoïde ou de la pie-mère, mais plutôt la couche superficielle et libre du tissu connectif des élémens nerveux. C'est pourquoi on trouve les mêmes corpuscules dans la substance grise du nerf olfactif.

La découverte d'une substance végétale dans les mêmes régions, par la lésion desquelles M. Claude Bernard a produit la glucosurie, touche à la question des fonctions glucogéniques. Mais je dois ajouter que j'ai cherché, en vain, la cellulose chez le lapin. (Com. MM. Serres, Flourens, Pelouze.)

Procédé simple et assuré pour guérir les hygromes.

M. Missoux, de Fournols (Puy-de-Dôme), adresse sous ce titre une note destinée à faire connaître un moyen de guérir les hygromes.

Le moyen employé par l'auteur, consiste dans l'application, sur la tumeur, d'une sorte de cataplasme formé par une tranche de pain de seigle sortant du four. Cette tranche doit être munie de sa croûte, que l'on tourne du côté extérieur, le tout est assujetti convenablement au moyen d'une serviette ou d'un linge assez épais pour contribuer à conserver aussi longtemps que possible la chaleur.

Si c'est le genou qui est le siége de la tumeur, ce qui est le cas le plus fréquent, cette partie étant très exposée aux froissemens et aux refroidissemens, le malade est placé au lit et y est tenu vingt-quatre heures.

Quelquefois, quand la tumeur est récente, une seule application suffit; cependant, le plus ordinairement, il faut répéter trois ou quatre fois ce moyen, s'il est possible, d'une manière continue.

L'auteur annonce avoir obtenu ainsi de nombreux cas de guérison.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 Octobre 1853. — Présidence de M. Nacquart.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre du commerce, qui transmet à l'Académie des documens parvenus à son administration, à la suite de l'enquête qui avait été prescrite dans les départemens sur l'épidémie du choléra de 1849, d'après un programme donné par le comité d'hygiène publique. (Comm. du choléra.)

2° Une lettre du même ministre, qui transmet les rapports des médecins des épidémies du département du Nord, sur les épidémies qui ont été observées dans ce département pendant l'année 1852. (Comm. des épidémies.)

La correspondance manuscrite comprend :

3° Un rapport de M. Thouvenin, sur les vaccinations opérées, dans le département du Nord, pendant l'année 1852. (Comm. de vaccine.)

4° Une lettre de M. Plouviez, de Lille, qui adresse l'énumération de ses travaux scientifiques à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant. (Comm. des correspondans.)

5° Un travail de M. Duroy, intitulé : *Expériences et considérations nouvelles, pour servir à l'histoire thérapeutique de l'iode.* (Comm. MM. Chatin et Gibert.)

6° Une communication de M. Pingrenon, médecin principal à l'hôpital militaire de Dunkerque, relative à un cas de corps osseux mobile pédiculé à la région antérieure externe de l'articulation du genou gauche. (Comm. MM. Larrey, Huguier et Robert.)

7° Un mémoire du même, relatif à la marche du choléra dans la subdivision de Mostaganem (Algérie), depuis son invasion jusqu'à sa terminaison en l'année 1851. (Comm. du choléra.)

8° Une lettre de M. Falconi, chimiste, conçue en ces termes :

« Monsieur le Président,

» En adoptant les conclusions du rapport rédigé par MM. Blandin, Caventou, Londe, Orfila et Poiseuille, l'Académie réalisa, en 1847, un progrès considérable pour la pratique des embaumemens.

» Mais quelle que soit l'importance de l'application des substances conservatrices à l'embaumement des corps, cette importance est bien autrement grande, lorsqu'il s'agit de conserver les substances animales pour aider aux recherches de l'anatomie, pour en faciliter les démonstrations, pour conserver les pièces pathologiques à l'étude permanente des observateurs, sans qu'elles soient exposées à s'altérer, sans que leur fétidité puisse repousser l'anatomiste, et sans que les instrumens puissent être détériorés. C'est là le but essentiel que doivent se proposer ceux qui font une étude spéciale de cette importante branche de la chimie.

» Or, à ce point de vue, le rapport de 1847, qui, même dans la question des embaumemens, ne pouvait, tant s'en faut, être considérée comme l'apogée de la science, laissait énormément à désirer.

» En effet, les systèmes de conservation indiqués ou examinés dans ce rapport, ou ne furent pas sérieux dans leur application aux dissections, ou, s'ils le furent, ne produisirent que des résultats bien peu avantageux pour l'étude de l'anatomie : car, jusqu'ici, les cadavres destinés aux dissections, soit à l'École pratique, soit à l'École anatomique des hôpitaux, ne peuvent se conserver que de quinze à vingt jours; et les préparations qu'on voudrait conserver subissent toutes les altérations auxquelles elles ont toujours été sujettes; d'où l'on peut conclure, avec grande apparence de raison, que les embaumemens pratiqués par les mêmes systèmes, n'empêchent pas les corps de se décomposer dans un délai plus ou moins long, selon les circonstances, mais toujours dans un délai relativement trop court pour satisfaire aux sentimens pieux des personnes qui les font pratiquer.

» Lorsque les questions traitées dans le rapport de 1847 se discutaient en France, je m'étais déjà livré, en Italie, à des expériences qui m'avaient conduit aux plus beaux résultats, comme le prouvent les attestations et le rapport du professeur Tomati et des membres du Collége des médecins Minaglia, Ageno, De Negnezz, et des professeurs Dagna, Platner, Scavenzio, de Cattanei di Momo et Panizza; mais qui, toutefois, ne me parurent point suffisamment nombreuses pour être communiquées à l'Académie de France.

» Depuis cette époque, j'ai répété et considérablement multiplié mes expériences; j'ai conservé beaucoup de pièces anatomiques, j'ai fait beaucoup d'embaumemens en Italie et même en France, et il m'est aujourd'hui démontré que la supériorité de mon procédé constitue un progrès signalé sur tout ce qui se pratique aujourd'hui.

» C'est cette conviction, Monsieur le Président, que je désire vivement faire partager à l'Académie.

» J'ai donc l'honneur de vous demander de vouloir bien nommer une commission pour faire toutes les recherches propres à résoudre les diverses questions de conservation des corps, pour reprendre, en un mot, ces questions au point où les a laissées le rapport de 1847; je m'estimerai heureux de me mettre à sa disposition, et de lui fournir tous les élémens qui lui permettront d'apprécier la valeur de mon procédé et de rendre un jugement motivé. »

L'auteur joint à sa lettre un flacon du liquide qu'il emploie par les deux méthodes généralement usitées de l'injection et de l'immersion.

(La lettre et le flacon sont renvoyés à l'examen d'une commission composée de MM. Chevallier, Caventou, Londe et Poiseuille.)

M. Ricord demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

M. Ricord : Messieurs, je ne voudrais pas que l'Académie pensât que je veux prendre l'habitude, à chaque rapport de M. Gibert, de venir faire des réclamations. Voilà la deuxième fois que je suis appelé à la tribune dans des circonstances semblables. Une première fois, après un rapport très bien fait de M. le secrétaire annuel, j'avais cru devoir faire quelques réserves à propos de ce travail. Je n'entrai dans aucune explication, car je ne pouvais pas recommencer une discussion épuisée; seulement, comme il y avait dans le mémoire qui était l'objet du rapport et dans ce rapport lui-même quelques points de doctrine jugés d'une manière différente de la mienne, je crus devoir faire des réserves pour en développer plus tard les motifs, si l'occasion s'en présentait. Quant au dernier et excellent rapport lu à l'Académie par M. Gibert sur un mémoire de M. le docteur Pégot, relatif au traitement de la syphilis par les eaux minérales sulfureuses, je n'aurais pas demandé la parole à cette occasion, si on n'avait pas fait intervenir mon nom et mes opinions, et si surtout on ne m'avait pas prêté des opinions contraires à celles que je professe. Je ne puis donc me taire, car ce serait accepter cette fausse interprétation de mes doctrines.

Il s'agit de la question de la syphilis larvée, à propos de laquelle mon très honoré maître, M. Moreau, me prête une opinion qui n'est et n'a jamais été la mienne. Cela tient, sans doute, à ce que je me suis mal exprimé, mal fait comprendre. On me fait dire, si du moins j'ai bien saisi le sens du compte-rendu de la dernière séance, que je niais l'existence de la syphilis larvée, que je ne croyais pas qu'un individu syphilitique put rester plus ou moins longtemps avec les apparences de la santé, sans manifestation aucune de la maladie. A cela je dois répondre non, mille fois non, jamais je n'ai dit, professé ou imprimé rien de semblable. Il faudrait que je n'eusse pas fréquenté seulement pendant un mois un hôpital de vénériens pour qu'une pareille idée, si elle avait traversé jamais mon cerveau, n'en eût pas immédiatement été effacée. C'est là un fait des plus vulgaires, connu de tout le monde. Si je soutenais une opinion semblable à celle que l'on me prête, je soulèverais justement contre moi, non seulement tous les syphilographes, mais encore tous les médecins, car aujourd'hui personne n'ignore que la syphilis peut rester pendant un temps plus ou moins long sans se manifester au dehors par des phénomènes caractéristiques. J'admets la syphilis larvée, la diathèse syphilitique, car ces mots sont synonymes; j'admets la disposition, le *tempérament* syphilitique, expression mauvaise, pour le dire en passant, et que je regrette qu'on ait conservée. Non seulement j'admets la syphilis larvée, mais je vais encore plus loin. Je soutiens une assertion dont on s'est servi plus d'une fois contre moi, avec des intentions dont je ne chercherai pas à soulever le voile; j'ai affirmé et je répète non seulement que la syphilis peut persister, chez certains sujets, avec l'apparence de la santé la plus parfaite, mais encore que je ne sais pas jusqu'à quel point, quoi qu'on fasse, malgré les traitemens les plus rationnels et les mieux suivis, on n'est jamais débarrassé de l'influence syphilitique.

Il y en a qui croient à la guérison radicale de la maladie vénérienne, qui ont foi dans l'extinction complète de l'action virulente; pour moi, mon opinion est qu'une fois la diathèse acquise, produite, il reste toujours, quoi qu'on fasse, quelque chose, quelque levain susceptible, chez certains malades, de fermenter et de se développer après un temps plus ou moins long. C'est ce qui m'a fait poser cette règle générale (je dirais cette loi, si le mot ne paraissait pas trop prétentieux à certains esprits), que l'on ne peut généralement avoir qu'une fois la vérole. Tant que l'influence de la diathèse persiste, on ne peut parcourir de nouveau la série des accidens syphilitiques; or, cette impossibilité ne paraît pas cesser; je n'ai pas encore de faits qui le prouvent. On peut, au bout d'un certain temps, inoculer à un homme déjà vacciné, le virus de la vaccine, et le succès de l'inoculation prouve que l'influence préservatrice du virus a cessé; il n'en est pas de même du virus syphilitique. Son influence paraît plus persistante; mais dans les guérisons qu'on peut regarder comme radicales, cette influence doit alors être quelque chose d'analogue à celle de la variole, à celle du vaccin, et compatible avec la santé.

On ne peut, sur le même individu, reproduire le chancre induré, phénomène initial et nécessaire de l'infection vénérienne. Vingt ans d'expériences à l'hôpital du Midi m'ont rendu inébranlable dans cette opinion, partagée également par M. Puche, qui pendant longtemps a cherché avec le plus grand zèle, mais inutilement, à produire le phénomène. Une des lois générales inscrites au code de la syphilis est donc que l'on ne peut parcourir deux fois le champ de la vérole; or, c'est sur la persistance prolongée de la diathèse que cette loi est basée. La diathèse peut donc persister, quoi qu'on fasse; ce que l'on a pris souvent pour une conséquence de nouvelle contagion, de nouvelle infection, n'était que la continuation de la première; mais pour les gens qui prétendent qu'avec 110 pilules de Dupuytren, ni plus ni moins, on guérit la vérole, un nouvel accident, une manifestation nouvelle, ne peuvent provenir que d'une nouvelle contagion, soit par un accident primitif, soit d'emblée par des accidens secondaires ou tertiaires. Lorsqu'on a étudié, que l'on connait les lois d'évolution de la syphilis, on peut reconnaître, par la nature des phénomènes que l'on a sous les yeux, si c'est d'un deuxième ou d'un troisième chaînon de la maladie qu'il s'agit. Pour ceux qui savent qu'une exostose n'est pas la première manifestation de la diathèse syphilitique, un phénomène de ce genre survenant après le huitième, le dixième ou le quinzième jour d'une blennorrhagie, ne sera pas rapporté à cette dernière, comme origine et point de départ.

En suivant pas à pas l'évolution des accidens syphilitiques, par leurs caractères, leur aspect, par les tissus qu'ils affectent, on peut remonter à leur source. La diathèse peut persister longtemps, mais avec des intervalles plus ou moins considérables, où elle ne manifeste pas sa présence; elle marche par bonds, pour ainsi dire; s'arrête, puis reprend sa course, s'arrête de nouveau, reprend encore. J'admets qu'une fois l'infection produite, la diathèse peut persister chez l'individu, avec toutes les apparences de la santé, après des manifestations plus ou moins fréquentes, plus ou moins nombreuses. Je me rappelle un individu à qui des chirurgiens voulaient extirper une tumeur prétendue cancéreuse de la joue. C'était une tumeur gommeuse, qui disparut par un traitement antisyphilitique; ce malade était dans mon service, en 1848 ou 1849, et il n'avait eu d'autre antécédent vénérien qu'un chancre datant de 1804. C'était donc quarante ans après les accidens primitifs que de nouvelles manifestations s'étaient produites. Il résulte de là, que l'on peut, vingt, trente et quarante ans après une guérison apparente de la syphilis, voir paraître de nouveaux accidens. Un individu meurt vingt ans, je suppose, après la manifestation d'accidens primitifs, direz-vous qu'il est mort guéri de la syphilis? Non, car s'il avait succombé dix, vingt ou trente ans plus tard, la diathèse aurait pu faire explosion. Vous le voyez, Messieurs, je ne nie pas la syphilis larvée. Et ce qui peut avoir induit M. Moreau en erreur, c'est un point de doctrine que j'ai souvent exprimé et pour lequel l'énergie de mes convictions ne fait que croître avec le temps. Ce point, le voici :

Un accident primitif infectant étant donné, si rien n'intervient pour troubler sa marche, s'il reste vierge de tout traitement, je soutiens qu'à Paris, sous les conditions climatériques dans lesquelles j'ai étudié l'évolution de la syphilis, on ne passe pas six mois sans voir apparaître les accidens secondaires. Je dis à Paris, et à dessein, car lorsqu'il s'agit de préciser les phénomènes de l'évolution syphilitique, il ne faut pas tenir seulement compte de l'infection, de l'empoisonnement, mais encore des causes adjuvantes qui peuvent en modifier les allures. Ainsi, dans le climat de Paris, il n'y a pas un accident infectant qui passe la période de six mois, sans manifestation constitutionnelle. C'est là un fait irrécusable, dont je me porte le garant en mon âme et conscience, envers et contre tous.

Quand j'ai établi cette règle générale, dans un accès de générosité, j'ai agrandi cette espèce de cercle de Popilius dans lequel j'avais enfermé l'accident primitif infectant, et j'ai reculé à un an cette limite de six mois. J'ai encouru, par là, le blâme de mon savant confrère et ami, M. Puche, qui m'en a voulu de cette générosité, suivant lui, mal fondée. Ainsi, à quiconque voudra se donner la peine de suivre l'évolution syphilitique, de faire de la science par soi-même; il est facile d'acquérir en peu de temps, sur ce point, une conviction entière. Je convie les incrédules et les appelle sur le champ de bataille, à la clinique de l'hôpital du Midi; qu'ils viennent, et ils verront que, pour tout accident primitif bien déterminé, bien diagnostiqué, et, de plus, vierge de tout traitement, six mois ne se passent pas sans manifestation constitutionnelle. Prenez le chancre infectant, à coup sûr, 99 fois sur 100, on peut déterminer, d'une manière précise, l'époque de l'apparition des manifestations secondaires. De cette proposition j'accepte et assume, sur ma tête, toute la responsabilité. Il faut, pour cela, que nul traitement ne soit intervenu; dans le cas contraire, l'explosion des accidens secondaires peut être plus ou moins longtemps retardée. Le traitement peut rompre un anneau de la chaîne et le supprimer. C'est ainsi qu'après un chancre induré, traité par les moyens appropriés, on ne voit quelquefois aucun accident secondaire apparaître qu'au bout de huit, dix, quinze et vingt ans; ou bien un accident tertiaire, une exostose, par exemple, se manifeste.

M. Roux : Mais c'est là une doctrine décourageante, désespérante!

M. Ricord : Encore un instant, très cher et très honoré maître, et je vais vous rendre le courage et l'espérance! Je disais donc qu'un traitement intervenant peut retarder plus ou moins longtemps un accident, rompre un chaînon de la syphilis, supprimer, par exemple, les phénomènes secondaires. On rencontre tous les jours des individus, qui, atteints de syphilis, n'ont suivi qu'un traitement incomplet, avec négligence, et qui, après dix, quinze, vingt, quarante ans, présentent des manifestations secondaires, témoin l'homme à la tumeur gommeuse de la joue. Ainsi on peut, par un traitement plus ou moins bien fait, plus ou moins bien approprié au malade (car autant de malades, autant de nécessités thérapeutiques), on peut, dis-je, retarder chez certains individus l'explosion syphilitique pendant dix, vingt, trente et quarante ans. Voilà ce que l'observation démontre, enseigne : accidens primitifs non traités, manifestations constitutionnelles fixes, déterminées; accidens primitifs traités, pas de détermination possible, pas de fixité, désordres dans les manifestations constitutionnelles, ou guérison possible.

S'il est désespérant, décourageant de songer que l'on n'est jamais certain d'être guéri d'une syphilis une fois déclarée, voici qui est, au contraire, plein de sécurité et d'espérance. Lorsqu'après un espace de six mois passés avec un accident primitif, il ne s'est montré aucune manifestation secondaire, on peut être certain que l'on n'aura pas la syphilis. Voilà, certes, une doctrine qui doit inspirer de la sécurité et de l'assurance, bien plus que celle dont mes adversaires se constituent les défenseurs. Car, avec cette autre manière de voir, avec cette étonnante facilité de contagion admise par eux, quelle personne au monde peut se

croire à l'abri de la vérole? Vous qui caressez avec tant d'amour cette malheureuse création de la vérole d'emblée, c'est-à-dire de la vérole éclatant sans accidens primitifs, comment pouvez-vous ne pas trembler à chaque instant de porter en vous ce violent poison, de réchauffer dans votre sein ce dangereux ennemi? Vous avez sous les yeux un accident de nature infectante; on vous donne la certitude que vous pouvez en constater, en un temps donné, le danger ou l'innocuité, et vous ne voulez pas voir! L'étude de tous les virus vous conduit à des faits de même nature, vous les acceptez sans peine; or, il n'y a que ceux qui touchent au virus syphilitique qui vous trouvent incrédules!

Toute syphilis a son temps d'incubation et ses périodes régulières de manifestations successives, une évolution, enfin, qui se déroule une fois, en diverses époques, pour ne plus se reproduire. Sans doute, il y a de nombreux exemples de syphilis tardives, chez des individus qui vous accusent seulement une blennorrhagie il y a vingt ans. Mais, est-ce que l'on peut conclure du dire de tous les malades dont le plus grand nombre ne s'observent point, dont plusieurs ont intérêt à vous cacher l'existence d'un accident primitif infectant. Quelle rigueur d'observation! Quoi? parce qu'un individu vous dira qu'il a eu, à une certaine époque, une blennorrhagie, vous irez rapporter à cette blennorrhagie les accidens syphilitiques que vous avez sous les yeux? Acceptez-vous ces observations, faites par les malades, comme des faits définitifs, incontestables? Ah! si ces faits étaient bien multipliés, s'ils égalaient en nombre ceux que nous ne cessons de présenter à votre observation, que l'on peut suivre pas à pas, dont on peut étudier, jour par jour, l'évolution successive, semblables à ce rosier dont parle Jean-Jacques, que l'on a planté, que l'on voit naître et dont l'œil peut suivre, chaque jour, les diverses phases de sa floraison brillante; si les faits, dis-je, avaient ce caractère de fréquence et de rigueur, au lieu d'être comme ils sont, rares, vagues et exceptionnels, je comprendrais que l'on en fît grand cas et que l'on y attachât de l'importance. A propos de ces faits de syphilis tardive que vous croyez pouvoir rapporter à des accidens tels que la blennorrhagie ou à des phénomènes de contagion nouvelle, je vais vous montrer que l'on peut aller beaucoup plus loin en chercher la véritable source et la trouver. Je veux parler de la syphilis héréditaire. Eh bien! la syphilis larvée peut tout aussi bien être imposée par l'hérédité que par l'empoisonnement individuel, que par la contagion acquise par l'individu.

J'ai en ce moment, à mon hôpital, un individu qui a vu, dix-sept ans après sa naissance, éclore chez lui une syphilis dont ses parens l'avaient gratifié à sa venue au monde. Nous avons vu des véroles héréditaires apparaître seulement après quarante ans. Si ces gens-là avaient eu, dans l'intervalle, une blennorrhagie ou un accident primitif, on n'aurait pas manqué d'attribuer à ces accidens les manifestations secondaires si tardivement venues. On aurait dit qu'une blennorrhagie peut produire, après dix-sept, vingt ans, quarante ans, une tumeur gommeuse de la joue, une carie de la voûte palatine!

Si l'on veut se faire une idée exacte de l'évolution de la syphilis, il faut prendre des individus ayant des accidens primitifs bien caractérisés, bien diagnostiqués, sur la valeur et la nature desquels tout le monde soit d'accord, et puis les suivre pas à pas dans leur marche, leurs progrès, leurs terminaisons.

Ainsi donc, pour me résumer, j'admets la syphilis larvée. La diathèse syphilitique peut, à mon avis, sommeiller pendant de longues années sans jeter à l'extérieur aucune manifestation; mais je n'admets pas qu'un individu ayant des accidens primitifs infectans non traités puisse rester dix, quinze, vingt ans sans aucun symptôme de la maladie. Six mois à un an, voilà l'espace que, dans ces conditions, j'accorde à l'accident primitif pour se prononcer.

Je passe à un autre point, à la question des eaux sulfureuses. Notre savant secrétaire annuel me fait dire, à ce propos, ce que je n'ai jamais dit ni écrit, que j'envoie des malades aux eaux sulfureuses pour savoir s'ils sont ou non guéris de la syphilis. Je proteste contre une pareille assertion. Je ne doute nullement que les eaux sulfureuses ne puissent rallumer une disposition éteinte, faire fermenter un vieux levain de vérole, comme le font beaucoup d'autres stimulans; mais ce n'est pas dans un tel but que j'envoie mes malades aux eaux. C'est pour satisfaire à certaines conditions de traitement, quelquefois pour débarrasser le malade de certaines influences de la médication antisyphilitique; enfin pour des raisons diverses qu'il serait trop long de développer ici. J'emploie les eaux sulfureuses, comme tout le monde, jamais dans l'intention que l'on m'a supposée.

Et maintenant, un dernier mot, si l'Académie veut bien me le permettre, sur un point de pratique, d'expérience. A propos de l'action du sublimé corrosif, j'ai vu avec étonnement M. Lagneau professer l'opinion que ce médicament ne produit jamais la salivation. Cette assertion est si contraire à ce que j'ai toujours observé dans ma pratique, que j'ai dû me recueillir un instant devant une pareille affirmation émanée d'un homme éminent comme M. Lagneau. Je me range ici à l'opinion de M. Velpeau et de M. Requin. Chose singulière! les deux plus beaux cas, ou, pour mieux dire, les deux plus affreux cas de salivation que j'ai vus dans ma vie, étaient le fait du bichlorure de mercure dont on nie l'influence sur les glandes salivaires. Dans un cas, le malade a perdu la moitié de la langue, dans un autre la nécrose du maxillaire inférieur a été le résultat de la stomatite mercurielle. Le sublimé corrosif fait donc saliver.

Sans doute, si l'on donne des quantités infiniment petites de ce médicament on ne produira pas de salivation. Cette condition est commune à tous les agens mercuriels. A 1 centig. de proto-iodure de mercure par jour, il faudrait que le malade y mît de la bonne volonté s'il avait de la salivation. Sans doute, si, comme le dit notre savant collègue M. Gibert, l'on établit une échelle hydrargyrique, on verra que certaines préparations mercurielles ont une action plus vive, plus rapide que d'autres. Les frictions avec l'onguent napolitain, le nitrate acide de mercure portent vite à la salivation. Le proto-iodure de mercure est aussi très actif, mais on peut n'avoir pas plus de salivation avec l'un qu'avec l'autre de ces agens. C'est une question de quantité, mais il serait extraordinaire que l'agent qui manifeste le plus puissamment son influence sur les accidens syphilitiques, fût celui qui eût le moins d'action sur l'économie.

M. Gibert : Je demande la parole pour un fait personnel. Dans la dernière séance, je disais, en répondant à une observation de M. Moreau, que j'étais étonné du retentissement que l'on avait donné, hors de cette enceinte, à la protestation de M. Ricord contre mon premier rapport, et je m'en étonne encore. Je le répète, je ne sais pas du tout contre quoi M. Ricord a protesté. Il n'était nullement question, dans ce premier travail, ni de sa personne, ni de ses opinions; il n'était pas cité, pas plus que dans le dernier rapport que j'ai lu à l'Académie. J'ai dû seulement mentionner des observations, que j'ai trouvées dans le mémoire de M. Pégot, de malades envoyés aux eaux minérales sulfureuses par M. Ricord, dans le but, dit-on, de vérifier leur guérison définitive. Pour mon compte, je n'ai eu nullement en vue ni dans l'un, ni dans l'autre de mes deux rapports, la personne et les opinions de notre collègue. Voilà tout ce que j'avais à dire relativement au fait personnel. J'ajouterai seulement, en terminant, que j'engage M. Ricord à surveiller et à tempérer le zèle de certains journaux qui se font les prôneurs et les défenseurs officiels ou officieux de ses doctrines, toujours prêts à décorer des épithètes d'encroûtés, de rétrogrades, aux hommes qui osent penser ou parler d'une manière différente. J'ai dit.

M. Ricord : Je ne voudrais pas que notre honorable collègue, M. Gibert, restât sous le coup d'une mauvaise interprétation de mes paroles. Je retire de ma protestation tout ce qui n'aurait pas trait à quelques réserves que j'ai cru devoir faire déjà en faveur des opinions que je professe. Quant au dernier travail de M. Gibert, à propos du mémoire de M. Pégot, je n'ai aucune objection à lui faire, je le trouve excellent de tous points. J'ai voulu seulement protester contre une assertion émise dans le mémoire de M. Pégot, et dire que jamais il ne m'est arrivé d'envoyer aux eaux des malades traités par moi, dans le but de m'assurer de leur guérison. J'ai voulu également repousser une opinion que l'on m'a prêtée sur la syphilis latente, dans la discussion qui a suivi la lecture du rapport de M. Gibert; voilà pourquoi je suis monté à la tribune, et nullement pour attaquer l'excellent travail de notre savant secrétaire annuel.

M. Ferrus demande la parole pour la position de la question, relative à l'action du bichlorure de mercure. Il n'a pas prétendu que ce médicament ne fît jamais saliver; il a voulu dire seulement que ces accidens étaient excessivement rares.

M. Moreau se félicite d'avoir amené M. Ricord à la tribune, et de l'avoir conduit à exposer son opinion relative à la syphilis larvée. Il avait été induit en erreur en pensant que M. Ricord ne croyait pas à cette forme de la syphilis; or, cela était contraire à des faits assez nombreux de sa pratique. M. Moreau a pu, en soumettant à un traitement mercuriel des hommes qui avaient, à plusieurs reprises, procréé des enfans syphilitiques, arrêter ces déplorables résultats et leur permettre de donner le jour à des enfans bien portans. J'étais étonné, ajoute M. Moreau, qu'un syphilographe éminent, comme M. Ricord, mît en doute de semblables faits, et je suis d'autant plus heureux d'avoir entendu sa profession de foi à cet égard, que j'avais été tourné en ridicule par certains journaux, pour avoir fait subir un traitement mercuriel à des individus exempts de toute manifestation syphilitique, dans le but de les empêcher de procréer des enfans infectés.

M. Roux : Je demande à dire quelques mots sur divers points débattus dans cette enceinte. Relativement à la question des effets du bichlorure de mercure, je déclare avec MM. Velpeau, Requin et Ricord que j'ai vu plusieurs cas de salivation produite par l'administration de cette substance. Un autre point sur lequel je ne puis être de l'opinion de M. Ricord, est celui relatif à l'influence des eaux minérales sulfureuses sur la diathèse syphilitique. Bordeu, Hallé avaient l'habitude d'envoyer aux eaux minérales les individus traités de la syphilis, pour s'assurer si leur guérison était bien définitive. Pour mon compte, à l'exemple de ces maîtres, j'ai fait la même chose, et il m'a semblé voir que c'était là une excellente pierre de touche pour vérifier l'existence ou la disparition de la vérole. Cela m'a permis de constater ce fait important, à savoir que tant que la vérole est latente, les remèdes ont beaucoup moins de prise sur elle que lorsqu'elle a jeté au dehors ses manifestations. Je compare volontiers les phénomènes de la syphilis larvée à des voleurs imprenables ou difficiles à prendre tant qu'ils sont retirés, cachés dans leurs cavernes, et sur lesquels la justice met plus facilement la main lorsqu'ils viennent à sortir de leurs repaires.

Avant de terminer, je crois devoir protester contre la doctrine que M. Ricord vient de développer à la tribune. C'est, à mon avis, une doctrine décourageante, désespérante, et je ne voudrais pas qu'elle sortît de cette enceinte avant d'avoir été discutée, méditée, passée au creuset d'une réflexion sérieuse. Eh quoi! nul ne pourrait jamais avoir la certitude d'être complètement guéri de la vérole! Mais c'est là, je le répète, une assertion désespérante, bien propre à porter le trouble et la désolation au sein des familles. Quoi? si quelqu'un de nous, ce qu'à Dieu ne plaise, avait, dans une erreur de jeunesse, contracté cette maladie, il devrait, malgré l'emploi des meilleurs traitemens, malgré la disparition complète de toutes les manifestations, trembler encore après dix, vingt, trente, quarante ans, pour lui-même, pour sa femme, pour ses enfans! N'est-ce pas là une situation affreuse qui nous est faite par notre collègue M. Ricord? On dit qu'il n'y a pas de prescription contre la vérole, mais il ne faut pas entendre cela à la lettre. Je n'admets pas, pour mon compte, cet axiome dans son sens rigoureux et absolu. Je ne puis croire qu'à l'âge de 60 ans, 80 ans, un homme qui se sera exposé à la contagion dans sa jeunesse doive encore en redouter les effets et puisse faire dire de lui, à sa mort, que s'il n'a pas eu la vérole, c'est faute de l'avoir assez longtemps attendue. Je voudrais qu'une pareille assertion ne sortît de cette enceinte qu'après avoir été épurée par la méditation et une discussion sérieuse.

M. Velpeau : La réclamation de M. Ricord nous a conduits fort loin, et le résultat que nous avons sous les yeux nous prouve la vérité de cette parole de M. Bégin, à savoir : qu'à propos de procès-verbal, on peut parler de tout, même de la lune. Je constate, avec plaisir, que je ne suis pas le seul à avoir observé la salivation à la suite de l'emploi du sublimé corrosif, puisqu'à l'opinion présentée dans la dernière séance, par M. Requin, viennent se joindre, aujourd'hui, celles de M. Roux et de M. Ricord. Je n'insisterai donc pas sur ce point, afin de passer tout de suite à une question que nous avons discutée un petit brin, il y a quelque temps, avec M. Ricord. Je ne viens point parler de la syphilis larvée; mais je veux protester contre une assertion étrange, selon moi, émise par M. Ricord, à savoir : que, dans la syphilis, l'accident primitif infectant, est toujours suivi de manifestations secondaires dans l'espace de six mois. Ce n'est que par excès de générosité que notre collègue veut bien accorder un an.

Je proteste de toutes mes forces contre cette proposition qui me semble une erreur, d'autant plus dangereuse, qu'elle en renferme plusieurs. Et d'abord, un chancre infectant peut ne pas être suivi d'accidens secondaires, même quand on ne le traite pas. Un chancre induré vierge de tout traitement peut très bien ne donner lieu à aucune manifestation de syphilis constitutionnelle. M. Ricord nous défie de le prouver, mais je dirai à notre collègue, que cette manière d'argumenter, n'est pas moins étrange que ses doctrines, ce n'est pas avec des défis superbes que l'on fait de la science.

Quoique je ne puisse donner à M. Ricord la preuve matérielle de ce que j'avance, voici les raisons sur lesquelles j'appuie mon opinion et qui ont déterminé en moi une conviction entière. J'ai vu des individus ayant eu des symptômes vénériens, gonorrhée, chancres, restés sans traitement, arriver au bout de dix, quinze, vingt ans, avec des accidens constitutionnels; et notez que c'étaient des personnes qui s'observaient de la manière la plus scrupuleuse, la plus attentive, qui avaient peur de la vérole, qui venaient me signaler, avec effroi, les moindres rougeurs qu'ils observaient sur leur personne. On avait beau chercher dans leurs antécédens, on ne pouvait trouver que cette gonorrhée ou le chancre dont la date remontait à dix, vingt, trente ans.

M. Ricord n'accepte pas ces faits, il se rit de cette manière d'observer, il n'admet pas les renseignemens donnés par les malades; erreurs, mensonges intéressés, dit-il, il trouve singuliers les argumens fondés sur de pareils motifs, et puis, chose remarquable! lorsqu'il veut prouver que les manifestations de la syphilis héréditaire peuvent rester cachées pendant dix, quinze, vingt ans et plus, il nous cite des exemples d'individus présentant des symptômes constitutionnels, sans jamais avoir eu ni chancre, ni blennorrhagie, mais dont les parens avaient eu autrefois la vérole. Vous croyez donc à la véracité de ces personnes qui nient avoir jamais eu de chancre ou de blennorrhagie, qui affirment que leurs parens ont eu la vérole? Pourquoi allez-vous chercher dans l'hérédité l'explication des phénomènes présentés par eux? Ces individus n'ont-ils jamais pu contracter de blennorrhagie ou de chancre sans s'en apercevoir? Mais les mêmes argumens, vous les repoussez avec dédain ou vous les admettez avec complaisance, suivant les besoins de la doctrine. Il faut vraiment y mettre de la bonne volonté pour aller chercher, dans l'hérédité, la cause d'accidens syphilitiques apparaissant au bout de quinze, vingt ou trente ans.

M. Ricord nous dit qu'il faut suivre les malades depuis le début jusqu'à la terminaison de la maladie, si l'on veut se faire une idée exacte de sa marche et de son évolution. Et, à ce propos, il nous a présenté la charmante allégorie du rosier que l'on plante, que l'on voit naître, sur lequel on peut suivre l'épanouissement des bourgeons, des boutons et des fleurs. Nous l'avons planté, nous l'avons vu naître, nous l'avons suivi comme vous, ce rosier. Avec l'expérience que donne l'âge, nous avons vu des accidens vénériens, des gonorrhées, des chancres chez des individus qui n'ont pas voulu ou n'ont pas pu se traiter, chez lesquels des accidens secondaires ne se sont manifestés que fort longtemps après, n'ont fait explosion qu'après une incubation de dix, vingt et trente ans. Ces faits se multiplient tous les jours. On voit une infinité de malades ayant des accidens secondaires dont il n'est possible de trouver la cause que dans une blennorrhagie ou un chancre remontant à une date fort éloignée.

Quand vous dites que tout individu ayant un chancre infectant non traité, devra présenter, dans l'espace de six mois au plus, les accidens de la syphilis constitutionnelle; sur quoi vous appuyez-vous? Comment pouvez-vous le savoir? Vous ne pouvez pas suivre indéfiniment vos malades. Ils restent un mois, deux mois dans votre hôpital, et puis vous ne les revoyez plus. Comment suivez-vous, chez eux, l'évolution de la vérole; car, pour formuler une loi si générale, si absolue, il faudrait suivre tous les malades sans exception. Une pareille recherche est tout simplement impossible, et le conseil que vous donnez illusoire. Ce qui est moins illusoire c'est le consentement unanime de tous les praticiens, c'est la croyance générale à cette opinion que vous condamnez. Il y a bien des choses qui ne sont pas susceptibles de démonstration, mais qui trouvent leur preuve dans la conviction, dans l'assentiment général des hommes qui les reconnaissent et les proclament comme vraies. D'où je conclus que votre proposition, relative à la syphilis primitive donnant nécessairemen lieu, dans l'espace de six mois, aux manifestations secondaires, est erronée, contraire à l'observation, à l'expérience, au consentement général des praticiens.

(La fin au prochain numéro.)

COURRIER.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — Les nouvelles de Newcastle et de Gateshead continuent à être satisfaisantes : le 7 octobre, il n'y a eu à Newcastle que 8 décès produits par le choléra, ce qui porte maintenant le nombre des morts à 1,460; mais, en revanche, le nombre des diarrhées paraît avoir été considérable, car le nombre des personnes que les médecins visiteurs ont traitées n'est pas moindre de 3,500. Il y a eu quelques cas suivis de mort à Walquer et à South-Shields, mais en somme la maladie, tout en s'étendant peu à peu, reste dans des limites telles, qu'elle ne peut recevoir encore le nom d'épidémique.

A Berlin, depuis le retour de l'automne et l'approche de l'hiver, le choléra est entré dans une voie de décroissance très marquée. Jamais, du reste, il n'y a eu dans cette ville plus de 46 cas de choléra par jour sur une population de 430,000 âmes; toutefois, c'est beaucoup plus encore que lors des premières invasions. En somme, depuis la première semaine du mois d'août, où il a fait son apparition à Berlin, le nombre des cas de choléra a été 1,151, dont 740 suivis de mort.

Sur le bord de la mer Baltique, le choléra a éprouvé également un ralentissement très marqué. A Hambourg même, il peut être considéré comme ayant complètement disparu. Le nombre des attaques dans cette ville a été de 531, dont 277 suivis de mort. Les 5/6es des cas se sont montrés dans les quartiers bas et marécageux de la ville.

A Copenhague, l'épidémie paraît également arriver à sa fin. Le nombre des attaques a été considérable. 7,325 et 4,082 décès.

A Stockholm, où il a fait plus tard son apparition, le choléra est en voie de décroissance. Le nombre des cas a été de 4,078, et celui des décès de 2,424.

Enfin, à St-Pétersbourg, le choléra est aussi en voie de diminution.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 123. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 15 Octobre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — Service de M. le professeur MALGAIGNE.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU FÉMUR.

Au n° 8 de la Salle Saint-Augustin, est couché un homme d'une excellente constitution, atteint d'une fracture de la cuisse droite, un peu au-dessus de sa partie moyenne. Cette fracture reconnaît pour cause une chute du haut d'un échafaudage, la cuisse ayant porté sur une pièce de bois couchée sur le sol. Comme vous avez pu le voir, je ne fais ni extension ni contre-extension, et telle est la conduite que je suis, d'une manière générale, pour les fractures du fémur. Je place sous le membre le plan incliné qui me sert pour les fractures du membre inférieur. Cet appareil se compose de deux planchettes unies à angle très obtus, avec une semelle fixée au bout de la planchette jambière. Chaque côté des deux planchettes est muni, dans toute sa longueur, de deux rebords formés par de minces languettes de bois, pour empêcher les coussins de glisser. Des attelles latérales et des courroies qui fixent le tout, complètent l'appareil ; ce qui permet d'avoir constamment le membre sous les yeux.

Pourquoi, lorsque les anciens et les modernes recommandent si expressément l'extension et la contre-extension, me voyez-vous négliger cette partie du traitement, regardée par presque tous comme si essentielle?

Les motifs qui me font agir ainsi, sont tirés d'une observation exacte et rigoureuse des faits cliniques ; et ce sont ces faits que je me propose de vous faire connaître aujourd'hui.

Quand arrive dans mes salles un malade atteint d'une fracture du fémur, je fais exercer immédiatement la plus forte extension possible, pour savoir si je puis remettre l'os dans sa position normale et l'y maintenir.

Cela peut arriver chez les enfans, car on rencontre assez souvent chez eux des fractures dentelées. On conçoit, dès lors, qu'une fois les fragmens engrenés bout à bout, il suffira d'un simple appareil contentif pour empêcher tout déplacement ultérieur ; et qu'on n'aura nul besoin de recourir à une extension permanente. Quelquefois, mais rarement, on en rencontre de semblables chez les adultes. Si les fragmens ne sont pas abandonnés, rien de plus simple, la contention suffit ; s'ils se sont abandonnés, et qu'en tirant suffisamment vous puissiez, *par hasard*, les engrener, vous retombez dans le premier cas.

Voici donc une première série de faits dans lesquels l'extension et la contre-extension permanentes sont pour le moins inutiles.

Mais on ne peut pas toujours engrener ainsi les fragmens, et ces cas heureux ne sont que de *rares* exceptions. Chez l'adulte, en effet, les fractures du fémur reconnaissent très souvent pour cause des chutes sur les pieds. La fracture, dans ces cas, est toujours oblique. On peut bien quelquefois, soit par l'extension seule, soit en l'aidant de l'action du chloroforme, remettre les fragmens dans une bonne position ; mais, par la direction même et la forme des fragmens, sitôt que l'on cesse l'extension, les extrémités fracturées glissent l'une sur l'autre, et le déplacement se reproduit fatalement.

Peut-on alors, comme le prétendent la plupart des chirurgiens, empêcher la reproduction du chevauchement? Il semble que rien ne soit plus facile, et que, puisque l'extension a pu remettre l'os dans une bonne situation, il suffira de la continuer et de la rendre permanente pour maintenir la réduction. Nous verrons, tout à l'heure, qu'il n'en est pas ainsi, et que lors même que les fragmens sont engrenés bout à bout et par conséquent sans chevauchement, le raccourcissement est non seulement possible, mais fréquent.

Dans la fracture directe, il existe presque toujours plusieurs fragmens ; eh bien ! là encore l'extension permanente reste sans effet, les muscles de la cuisse résistent trop fortement pour que l'on puisse obtenir quelque chose.

Mais n'allez pas croire, Messieurs, que ceci soit de la théorie ; nulle part, je le maintiens, vous ne trouverez une fracture du fémur avec chevauchement préalable, guérie sans raccourcissement, quel qu'ait été le traitement employé. J'en excepte, toutefois, celles que l'on rencontre chez l'enfant, et les fractures dentelées chez l'adulte.

Il vous suffit, en effet, pour vous en convaincre, d'examiner dans les musées les fractures du fémur. Vous pourrez en rencontrer de guéries sans raccourcissement, mais toujours alors vous aurez à faire à une fracture dentelée ; et il est évident, d'après ce que je vous ai dit tout à l'heure, que l'extension n'entre pour rien dans ce résultat avantageux.

Voyez, au contraire, les fractures obliques et les fractures avec chevauchement ; vous n'en trouverez pas une où le traitement ait pu rendre au membre sa longueur primitive ; et il faut croire, pourtant, que l'extension n'a pas été ménagée, du moins pour quelques-unes.

Examinons maintenant quelles ont été, sur ce point, les opinions qui se sont succédé dans la science :

Hippocrate laisse entendre qu'on peut toujours corriger le raccourcissement ; mais déjà Celse déclarait qu'une cuisse cassée demeurait toujours plus courte que l'autre.

Le moyen-âge vit surgir de toutes parts quantité d'appareils, destinés à empêcher ou à combattre le raccourcissement. Chaque chirurgien eut le sien, qu'il prétendit naturellement meilleur que tous les autres ; et il sembla dès lors on ne peut plus facile de guérir, sans raccourcissement, une fracture du fémur.

Pour moi, j'ai été élevé dans la conviction qu'on guérissait radicalement ces sortes de fractures. Boyer, Desault, Dupuytren les guérissaient sans raccourcissement. J'ai même entendu Lisfranc prétendre que l'extension devait être exercée avec ménagement, et qu'il fallait prendre garde surtout de trop allonger le membre.

Aussi, lorsque pour la première fois je me trouvai en face d'une fracture du fémur, je m'appliquai à faire une extension continue la plus parfaite possible. Le lendemain, je mesure le membre, et quelle est ma déception : je trouve du raccourcissement, j'augmente l'extension, je mesure, toujours du raccourcissement. Je me demandai alors si je ne pouvais pas modifier l'extension ; et je crus avoir fait une admirable découverte en inventant un autre procédé.

Je me proposai de fléchir la jambe sur la cuisse ; de cette manière, me disais-je, je mettrai dans le relâchement la plupart des muscles de la cuisse, et mon extension aura grande chance de réussir en fixant le lien extenseur au-dessus des condyles du fémur. L'occasion se présenta bientôt d'essayer mon système.

J'applique mon appareil avec le plus grand soin, je mesure, raccourcissement : j'augmente la traction, raccourcissement et toujours raccourcissement ; enfin, un beau jour, le malade me dit qu'il n'en pouvait plus supporter davantage, et refusa

Feuilleton.

LES MÉMOIRES D'UN BOURGEOIS DE PARIS ;

Par le docteur L. VÉRON.

Le premier volume de ces mémoires a paru hier. Nous l'avons rapidement parcouru et nous avons noté, chemin courant, quelques passages relatifs aux choses de notre monde et de nos affaires, aux objets de nos préoccupations constantes et qui sont, par conséquent, à leur place dans ces colonnes. Nous userons cependant avec discrétion du permis de citation qui nous a été donné. Que nos lecteurs se donnent la bonne fortune de lire *in extenso* ce volume attrayant, et ils trouveront, comme nous, qu'au seul point de vue où il nous soit permis de nous placer, cette œuvre honore notre science et notre profession. Nous sommes tout entier aujourd'hui au plaisir de lire et de citer, plus tard le devoir d'apprécier et de juger.

M. Véron raconte ainsi sa vie d'étudiant en médecine :

« Nommé au concours, en 1821, premier interne des hôpitaux, je fus reçu docteur-médecin en 1823, à la Faculté de Paris ; je consacrai à l'étude de la médecine de longues années.

» Quelle vie pleine d'émotions et d'intérêt que celle d'un étudiant en médecine ! Ces confraternités, ces associations improvisées autour d'une table de dissection ; ces voyages par bandes pour l'étude de la botanique ; ces rencontres de nombreux condisciples, dans les hôpitaux, autour du lit des malades et aux cours variés de la journée ; l'étude presque involontaire du caractère, de l'esprit, du savoir, du talent des professeurs : esprit, savoir, talent de qualité et de portée bien diverses ; l'étude presque involontaire des aptitudes, des ambitions et de l'avenir des nombreux camarades d'amphithéâtre et de concours ; les révélations toujours nouvelles de l'observation et de la science : tout cela remplit la longueur des jours et sert de garde-fou à cette fièvre chaude qu'on appelle la jeunesse.

» Je me rendais, en hiver, de la rue du Bac à la Pitié, dès cinq heures du matin. La grande affaire, pour moi était, afin de choisir, d'arriver avant la voiture qui prenait dans tous les hôpitaux de Paris les cadavres non réclamés par les familles. Mon scalpel préparait pour mes associés la leçon du jour, et nous ne quittions l'amphithéâtre qu'après midi.

. . . .

» Plus tard, mes matinées se passaient dans les hôpitaux. J'ai longtemps fait le service d'externe et d'interne à la Charité, dans les salles de chirurgie, sous M. Boyer, que nous appelions le père Boyer, et sous M. Roux ; dans les salles de médecine de Fouquier et de M. Chomel ; à l'hôpital Saint-Louis, dans les salles de Richerand et dans les salles de Biet, que je fus heureux de retrouver quinze ans plus tard à la table de M. Molé, ministre des affaires étrangères, dont il était le médecin. Je fis le service à l'hôpital des Enfans malades, sous M. Guersant. J'ai suivi encore la clinique savante, animée, et les opérations audacieuses du baron Dupuytren.

» Enfin, j'ai tenu avec Baron, qui fut, sous la Restauration, médecin des enfans de France, mort comme tant d'autres de notre temps, le service des Enfans-Trouvés. Tous les matins, le thermomètre en main, je mettais une quinzaine de nouveau-nés affectés d'*endurcissement du tissu cellulaire*, dans un bain de vapeur, que, par conscience et par humanité, je subissais comme eux. Ces pauvres enfans et moi, nous sortions de ces étuves rouges comme des homards cuits. Ces souffrantes ébauches des formes humaines poussaient des cris que n'ont pu me faire oublier les *points d'orgue* de Mme Damoreau, la voix si intelligente de Nourrit et le chant si expressif de Duprez. »

M. Véron, reçu docteur, a peu exercé la médecine. Il raconte de la manière suivante une épisode de sa vie de praticien, survenue après un tamponnement heureux des fosses nasales, pratiqué sur une pauvre concierge, qu'une épistaxis grave et rebelle conduisait au tombeau :

« Une célébrité de médecin qui prend naissance dans une loge de portier, monte souvent jusqu'au premier étage, et rayonne même dans plus d'un arrondissement ; la pauvre concierge, en deux ou trois jours, recouvra une santé parfaite, et cette cure merveilleuse devint la nouvelle de tout le quartier. J'avais sauvé une portière : ma fortune était faite.

» Très peu de temps après, j'avais trois cliens..... de jour ; parmi ces cliens, était une cliente, femme riche, d'un certain âge, mais malheureusement très obèse, et il fallait la saigner. « On ne parle, Monsieur, » me dit-elle, que de votre habileté, que de votre savoir, et je quitte » mon médecin pour recevoir les soins d'un homme déjà si célèbre. » Toute ma société fera certainement comme moi, et vous aurez en » peu de temps la plus belle clientèle de Paris. » J'ai souvent entendu dire à mon ancien professeur et vieil ami, M. Roux, le plus adroit chirurgien du monde, qu'une saignée à faire lui donnait toujours des inquiétudes, et ces inquiétudes-là commençaient fort à me prendre ; enfin, il fallait en venir au fait et s'emparer du bras de la malade ; elle ne tarissait pas d'éloges, et il s'agissait de s'en montrer digne. Je plonge la lancette, et la veine n'est pas atteinte ; je replonge la lancette, et le sang ne coule pas. Oh ! alors la scène change : « Vous n'êtes qu'un maladroit ; » le plus petit chirurgien saigne mieux que vous. Que je plains les ma» lades qui se mettent entre vos mains ! Pansez-moi au plus vite, et » allez-vous-en ; me voilà peut-être estropiée. » On se doute de l'état de mon âme dans une pareille crise ! Le jour de ma grandeur avait été la veille de ma décadence, et une saignée manquée avait fait crouler tous les châteaux de cartes de ma prompte et populaire célébrité ; l'humiliation se mêlait à mon désespoir, et en rentrant chez moi, d'une voix décidée, je dis à ce pauvre Justin, mon portier, que je fis depuis garçon de caisse de l'Opéra : « Justin, je ne veux plus faire de médecine, pas même de saignée, et si on vient vous demander un médecin, vous répondrez qu'il n'y en a plus dans la maison. »

L'abandon que M. Véron a fait de l'exercice de notre art, ne l'a rendu ni sceptique, ni indifférent, ni railleur envers notre profession. Connaissez-vous une appréciation plus juste et plus élevée de la médecine et du médecin que le morceau suivant :

« En France, mais en France seulement, un avocat est propre à tout, tandis qu'un médecin n'est jugé propre à rien, qu'à hanter les hôpitaux

de continuer. Je défis, à regret, mon appareil, et je m'aperçus que les bandes avaient entamé la peau.

Plus tard, espérant être plus heureux sur un autre malade, je recommençai; mais, si je tirais assez pour obtenir quelque chose, le patient se plaignait; si je tirais moins, je ne remédiais à rien.

Alors m'arriva ce souci, comment, me disais-je, Boyer, Dupuytren guérissent radicalement les fractures du fémur, et moi je ne puis le faire! Serais-je moins habile ou, par hasard, ces succès prétendus ne seraient-ils que des insuccès qu'une observation incomplète ou une mauvaise mensuration changeraient en guérisons complètes?

Je recherchai l'histoire des fractures; mais les faiseurs d'instrumens prétendaient tous les avoir guéris admirablement par leurs procédés. J'allai voir Dupuytren, Boyer, Lisfranc, j'examinai leurs malades, et je fus, je vous l'avoue, fort surpris de trouvez, chez tous, un raccourcissement plus ou moins considérable.

Aussi, je vous le répète, je n'ai jamais vu de fracture oblique du fémur, guérie sans raccourcissement chez l'adulte, quand il y avait eu un chevauchement préalable; et vous pouvez être assuré que, toutes les fois que vous ne pouvez mettre bout à bout les fragmens et les engrener, vous aurez nécessairement un raccourcissement.

N'oubliez pas ceci, Messieurs, car ces considérations sont de la plus haute importance au point de vue du pronostic. Vous pouvez, en effet, dans tous les cas semblables, promettre une consolidation, mais jamais une guérison absolue.

Cette connaissance, d'ailleurs, vous consolera de vos insuccès forcés, surtout si l'ignorance voulait vous représenter comme incapables, alors que votre insuccès tiendrait simplement à l'insuffisance de nos moyens thérapeutiques.

Depuis que j'ai émis ces idées, j'ai vu arriver, dans mon service, un grand nombre d'appareils, et, pour éviter les récriminations qui ne manquent jamais en cas d'insuccès, je les ai toujours fait appliquer par les inventeurs. Quels qu'aient été leurs systèmes, toujours, lorsque l'extension était modérée, je leur faisais voir qu'elle laissait le fémur raccourci. On augmentait alors la traction, mais bientôt le malade, dont les souffrances devenaient intolérables, exigeait impérieusement l'enlèvement de l'appareil.

Dans ces derniers temps, un orthopédiste que j'estime beaucoup, M. Martin, en a inventé un nouveau, par lequel il guérit, ou plutôt prétend guérir sans raccourcissement, jusqu'aux fractures du col du fémur. Mais avec cet appareil, qui ne manque pas d'un certain mérite d'invention, bien que l'extension soit faite sur le mollet et sur le pied, la jambe étant fléchie sur la cuisse; si l'on exerce une traction un peu forte, bien qu'insuffisante, le malade ne peut la supporter; plus faible, elle devient complètement inutile.

Aussi, il n'est pas besoin de vous dire qu'aucun résultat satisfaisant n'a pu être obtenu chez aucun des deux malades de mon service, auxquels l'inventeur lui-même est venu appliquer son appareil. Le premier portait une fracture du col du fémur; la seconde une fracture de cet os dans la partie moyenne.

Mais n'oubliez pas, Messieurs, que le seul moyen de constater les modifications de longueur des membres, exige, pour l'inférieur surtout, un mode exact et rigoureux de mensuration; et c'est là ce qui explique, sur ce sujet, la diversité d'opinions d'auteurs dont on ne voudrait point suspecter la bonne foi.

Il ne sera pas, je crois, inutile de vous rappeler en peu de mots à quoi tiennent ces différences dans la mensuration. Vous savez que les mouvemens de flexion ou d'extension du bassin, que les mouvemens d'ascension ou d'abaissement d'un de ses côtés, et enfin, que son mouvement de torsion modifient profondément le résultat de la mensuration. Vous connaissez également les modifications apportées par la position des membres inférieurs placés soit dans l'abduction, soit dans l'adduction, la flexion ou l'extension. Voici le moyen que j'emploie pour me mettre autant que possible à l'abri de toute erreur: je place le malade dans une position rigoureusement horizontale, les jambes étendues. Cette position, bien observée, me garantit contre l'erreur qui résulterait de la torsion ou de la flexion du bassin. Ensuite, je dispose en travers du bassin un ruban qui passe immédiatement au-dessous des épines iliaques antéro-supérieures. Du milieu de ce ruban, j'en mène un autre à angle droit, et ce dernier suit exactement l'axe du corps et du bassin. Cela fait, je rapproche les deux pieds, de manière à les joindre au niveau du ruban; et, par ce moyen, si simple et si commode, je me mets dans les conditions de la mensuration la plus exacte possible.

J'ai parlé, tout à l'heure, des fractures du col du fémur. Si l'on veut réfléchir sur la disposition des fragmens dans ces fractures, on verra qu'une guérison sans raccourcissement est le plus souvent impossible. En effet, ou bien la fracture est intra-capsulaire, et malgré quelques exceptions rares, on ne peut sérieusement espérer la consolidation; ou elle est extra-capsulaire; et j'ai expérimenté sur le cadavre d'un vieillard qui portait une fracture récente de cette espèce, que l'extension qu'il faudrait d'ailleurs rendre permanente, n'aurait d'autre effet que d'écarter davantage des fragmens, déjà en partie isolés. La disposition des muscles de la cuisse, l'angle que forme le col du fémur avec le corps de l'os explique ces particularités, comme vous le verrez tout à l'heure. Si l'on tire le fémur en droite ligne, on ne fera que l'écarter du fragment interne. J'ai vu, à Bicêtre, beaucoup de sujets traités mais non guéris de semblables fractures.

Ceci me rappelle l'histoire d'un malade que j'ai eu l'occasion de voir lorsque j'étais chirurgien de cet hôpital, et qui, bien que traité avec tout le soin possible par Boyer lui-même, ne jouissait pas moins d'un superbe raccourcissement. Cet homme était cocher d'un de nos professeurs les plus aimés: en conduisant son maître à l'hôpital de la Charité, il eut la maladresse de renverser la voiture, tomba de son siége et se brisa le col du fémur. Transporté immédiatement à l'hôpital, il fut placé dans le service de Boyer, qui se mit à le soigner de son mieux. En conséquence, il lui appliqua lui-même son appareil et tourna la vis avec tout le soin possible.

Notre homme se plaignit; on lui répondit qu'il ne savait pas souffrir; il cria, on le traita d'indocile, d'homme sans courage; enfin, il cria tant et si bien, qu'il lui survint une hernie au-dessus de l'ombilic. Pourquoi aussi criait-il si fort! et l'on resserra la vis. Bientôt il divagua, et enfin, avant la fin du traitement, il était aliéné. Au 48me jour, on enleva l'appareil et on l'envoya à Bicêtre, dans le service de M. Ferrus, qui le guérit de son aliénation. Mais qu'avait-on aperçu en enlevant l'appareil? une large escarre sur le pied, et une autre à l'aine.

Notre homme guérit, mais il boîta malgré ce traitement énergique.

Pendant que j'étais chirurgien à Bicêtre, il vint à l'infirmerie, et y mourut d'une affection intercurrente. Je fis l'autopsie: c'était une fracture extra-capsulaire, le col du fémur reposait sur la diaphyse. J'en ai donné le dessin dans mon atlas. L'extension n'avait rien produit, car, pendant qu'elle tirait d'un côté, les muscles tiraient de l'autre. L'extension peut cependant être utile lorsque le chevauchement est très considérable; on peut alors espérer de le diminuer, mais l'effacer, jamais.

Ainsi donc, Messieurs, il est bien démontré, pour nous, que l'extension permanente, telle qu'on l'a pratiquée jusqu'à nos jours, c'est-à-dire au moyen de machines, de courroies, d'attelles, etc., n'a jamais pu remédier au raccourcissement; et que ni l'attelle de Desault, ni l'attelle mécanique de Boyer, ni l'appareil de M. Martin, etc., ne sont capables, quoi qu'en aient dit leurs auteurs, de triompher du chevauchement. Je suis donc en droit de rejeter l'extension permanente comme moyen général de traitement dans les fractures du fémur avec chevauchement. Que faire alors contre ce déplacement si redoutable?

Placer le membre dans une bonne position, l'immobiliser par rapport au bassin: telle est la meilleure manière de s'opposer à ce que le déplacement ne s'exagère. Si, pourtant, le chevauchement était considérable, cherchez à le diminuer par une extension modérée, j'y consens; mais, gardez-vous bien de lutter contre les muscles, vous n'y gagneriez rien; je dirai plus, vous pourriez perdre beaucoup, ainsi que nous le verrons bientôt.

Voilà donc, dites-vous, le malade condamné fatalement à la claudication; le chirurgien devra-t-il rester spectateur inactif? Non, et voici comment.

Il est un déplacement qui a échappé à tous les inventeurs d'appareils, à tous les faiseurs de théories, déplacement qu'il m'a été donné d'observer le premier, et que j'ai rencontré dans presque toutes les fractures où les fragmens s'étaient abandonnés; déplacement, enfin, qui expose à un raccourcissement beaucoup plus considérable que le chevauchement lui-même, et auquel je m'attaque énergiquement lorsqu'il existe. C'est l'angle que forment les deux fragmens en s'inclinant en dehors.

Ici, Messieurs, l'art peut quelque chose, le chirurgien est obligé d'intervenir.

(*La suite au prochain numéro.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

NÉVRALGIE DATANT DE DEUX ANS, FIXÉE SUR LE NERF DENTAIRE INFÉRIEUR; — RÉSECTION DU NERF DENTAIRE INFÉRIEUR; — GUÉRISON COMPLÈTE; — par le procédé de M. le docteur BEAU, chirurgien de 1re classe de la marine.

Les névralgies du nerf trifacial causent parfois des douleurs tellement violentes et se montrent si réfractaires aux divers modes de traitement, qu'on a vu des malades y succomber après avoir perdu l'appétit et le sommeil et avoir épuisé toutes les ressources de l'art.

M. Sédillot a cité, à sa clinique, plusieurs exemples de ce genre, dont l'un avait été observé sur une des clientes de M. le docteur Hirtz, professeur agrégé de la Faculté. Cette malade, atteinte d'une névralgie dentaire intolérable, s'était décidée au sacrifice de toutes les dents de la moitié affectée du maxillaire inférieur, puis à l'excision du nerf au-delà du trou mentonnier

---

et les malades; ce sont-là des appréciations peu justes. Il faut, selon moi, placer sur la même ligne tous les hommes qui ont appliqué leur intelligence à de sérieuses études et qui ont appris à apprendre.

» L'étude de la médecine rapporte surtout de précieux profits à l'intelligence; l'étude de l'homme animal conduit vite à une observation pratique de l'homme moral, et le médecin est le seul à bien lire tout ce qui est écrit sur le visage humain. L'étude de la médecine, dont le cadre est si vaste, et qui comprend tant de sciences diverses, exerce puissamment la mémoire, et accoutume l'esprit à des classifications logiques et à des méthodes claires et raisonnées. L'étude de la médecine, en nous apprenant à scruter et à définir toutes les conditions de la vie, en nous rendant témoins de toutes les douleurs de l'homme, de tous les hasards de ses maladies, de toutes les chances de désorganisation de ses tissus, de la formation pathologique et capricieuse de tissus nouveaux, en nous faisant souvent assister, désarmés et impuissans, à ces accidens imprévus qui tuent lentement ou qui tuent comme la foudre; l'étude de la médecine élève l'âme, donne de la force et de la virilité à l'esprit et au caractère, et inspire cette haute et courageuse philosophie, qui ne saurait exclure ni les dogmes de la religion, ni les élans de la foi. »

M. Véron a eu des relations avec la plupart des grands médecins de notre époque, et de plusieurs d'entre eux il trace des portraits piquans et animés. Citons-en quelques traits:

« J'ai été le condisciple d'Hippolyte Royer-Collard; c'était, dès ses premières études, un caractère et une intelligence d'une puissante originalité; il se fit écrivain de la meilleure école, à force d'étudier tous les maîtres du XVIIe siècle; pour le style comme pour la science, il puisait aux sources. D'une mémoire infatigable, il était, dans ses écrits comme dans ses improvisations, d'une prodigieuse fécondité d'idées, de vues, d'argumens qui s'enchaînaient et se liaient entre eux; c'était un esprit prompt et un bon talent; il jeta un grand éclat dans son concours pour la chaire d'hygiène.....

» Membre de l'Académie de médecine, Royer-Collard y soutint plus d'une importante discussion; il éclaira, il charma souvent l'assemblée par des lectures pleines de faits, de nouveauté et d'une haute dialectique.

» C'était un caractère qui avait sa veine à lui; c'était le plus curieux chercheur de toutes les folies humaines; il allait sans cesse à la découverte: il se plaisait à prendre, sur le fait, les bizarreries, les vertiges et tous les vices de jour ou de nuit de l'humanité.

» Hyppolyte Royer-Collard avait un fonds inépuisable d'obligeance; il avait l'âme fière autant que l'esprit élevé; son désintéressement était sans bornes; indulgent pour tous, il ne comprenait que de chaudes et fidèles amitiés. »

Voici une esquisse de Portal prise sur nature:

« Portal, le gascon, connaissait son monde; jeune encore, il s'était composé une tournure et une physionomie de vieillard: perruque, canne à pomme d'or et l'habit à grandes basques; en hiver, la douillette en marceline; il portait ce costume avant la révolution de 89, sous le Directoire, sous le Consulat, sous l'Empire et sous la Restauration. Louis XVIII et les émigrés le retrouvèrent tel qu'ils l'avaient quitté. Il n'avait qu'un filet de voix, et cette voix, si faible, s'éteignait quand on le pressait de questions embarrassantes. »

Je passe, et à regret, d'excellentes pages sur Dubois, Boyer, Larrey, Desgenettes, Récamier, mais je m'arrête sur les lignes suivantes vraiment belles.

« Un homme de ce siècle a su se créer dans la science la plus haute situation, donner à son nom, en France et en Europe, un retentissement durable et historique, en montant chaque jour, pendant plus de trente années, à six heureux du matin, les degrés de l'Hôtel-Dieu; en montant les mêmes degrés à six heures du soir; en portant au lit de chaque malade les trésors de son savoir, de son expérience; en accomplissant, le fer ou le feu à la main, des prodiges d'habileté, d'audace, de présence d'esprit, de fermeté d'âme; en remplaçant, par des organes artificiels, des organes réduits à l'inaction; en poursuivant dans les cavités les plus inaccessibles du corps humain, les dernières racines d'un mal envahissant et destructeur; enfin, en traçant ensuite à grands traits, avec une saisissante vérité de ton, avec de vives lumières, devant une foule immense d'élèves religieusement attentifs à la parole du maître, l'histoire concise de chaque malade, de chaque maladie, et en décrivant avec précision les plus minutieux détails de ses procédés opératoires, soit longuement médités, soit improvisés avec génie devant des dangers inattendus. Cet homme, c'était Dupuytren.

» Il y a toujours de la grandeur dans ceux qui dévouent leur vie entière et toutes les forces de leur esprit à d'incessans devoirs, à des études sans relâche, à des recherches sans fin. Ceux qui s'élèvent ainsi au-dessus de leurs rivaux par le caractère, par la passion du travail et du succès, ceux-là ont bien droit de prétendre pendant leur vie aux premières places dans les Académies, dans les Écoles, et après leur mort, à tout ce qu'on appelle la gloire, à ces monumens, à ces statues de bronze et de marbre, enfin à tous ces honneurs publics qui éternisent le souvenir d'une vie utile et illustrée. Parmi ces hommes éminens, les uns lèvent la tête avec dignité, avec fierté même; d'autres ajoutent à tous leurs mérites celui de la modestie; mais tous les hommes supérieurs ont un vif sentiment secret ou avoué de leur personnalité. Il faut honorer les grandes et nobles ambitions. En pensant ainsi, je dégage tout d'abord la vie et la mémoire de Dupuytren de bien des insinuations calomnieuses de l'envie. »

Nous n'irons pas plus loin dans ces citations; elles seront suffisantes pour indiquer au lecteur le ton digne et grave avec lequel M. le docteur Véron parle de la médecine et des médecins. C'est là seulement ce que nous voulions faire ressortir aujourd'hui. Nous reviendrons sur les opinions de notre confrère qui méritent, sous tous les rapports, un examen attentif.

Amédée LATOUR.

FIÈVRE JAUNE. — Aux dernières nouvelles reçues de New-York, la fièvre jaune était en décroissance dans les États du Sud; et les habitans commençaient à rentrer à la Nouvelle-Orléans, à Mobile, à Cleveland et à Hatchez, qui avaient été abandonnées par la plus grande partie de la population.

et enfin à la résection d'une portion de l'os pour atteindre le cordon nerveux à l'entrée du canal dentaire. Rien n'avait pu conjurer les douleurs, et la malade avait succombé. La section simple du nerf est, en général, insuffisante ; l'excision est plus efficace, et M. J. Roux (de Toulon) a proposé d'y joindre la cautérisation pour obtenir des effets plus certains. Cet habile chirurgien a fréquemment réussi ; mais si le nerf affecté est placé dans un canal osseux, il paraît impossible d'en atteindre, par ce procédé, une grande longueur, et c'est alors qu'il est indiqué de recourir à l'ingénieuse opération qu'a dernièrement proposée M. le docteur Beau (1), et que nous allons faire connaître en en rapportant une heureuse et remarquable application.

Metzger (Anne-Marie), de Mollkirch, âgée de 43 ans, entra le 20 juin 1853, à la clinique de M. Sédillot (pour y subir une opération qui mît un terme à son déplorable état. Cette femme, d'une constitution primitive assez forte, est émaciée, a le teint plombé, le regard éteint et paraît avoir plus de 60 ans. Elle souffre depuis plus de deux ans d'une névralgie, dont le point de départ semble avoir eu pour siége le nerf dentaire inférieur ; mais les douleurs se sont étendues successivement à tout le côté gauche de la joue, de la tempe et du front, et sont devenues d'une si grande fréquence, qu'elles se répètent par accès, dont les intervalles laissent à peine quelques minutes de repos. A chaque accès, les muscles du côté gauche de la face se contractent, la figure se grippe ; la tête est penchée en avant, immobile, soutenue par les deux mains ; des larmes coulent, et l'on croirait voir la statue de la douleur.

Cette malheureuse femme s'est fait arracher toutes les dents de la moitié gauche du maxillaire, sans aucun avantage ; elle a renoncé à tout travail et à toute occupation, et évite les courans d'air, le bruit, la lumière, qui augmentent sa susceptibilité et ses souffrances.

M. le professeur Forget a épuisé l'arsenal des calmans et des narcotiques. Le stramonium, l'atropine, le valérianate de zinc, la belladone, la morphine, l'aconitine ont été essayés sans succès.

Le 12 juin, la malade, qui était enceinte de quatre mois, fait une fausse-couche, pour laquelle on l'envoie dans les salles d'accouchement.

Huit jours plus tard, elle en sort et entre à la clinique chirurgicale : découragement, prostration, mutisme volontaire, refus de prendre des boissons et des alimens ; insomnie presque constante, qui n'a pu être combattue que par l'anesthésie chloroformique.

Le 23 juin, la malade, décidée à l'opération que lui a proposée M. Sédillot, est conduite à l'amphithéâtre, où elle est chloroformée, comme on le fait toujours, jusqu'à la résolution musculaire la plus complète. M. Sédillot, en présence de MM. Schutzenberger, Antoine, Bolu, Fourquet, et de MM. les élèves de la clinique, pratique une incision à légère convexité inférieure le long du bord cervical du maxillaire depuis la dent canine jusqu'au bord antérieur du masséter. Toutes les parties molles sont divisées jusqu'à l'os et relevées sous forme de lambeau, au-dessus du trou mentonnier, dont on voit émerger les filets très nombreux et très volumineux du nerf dentaire. Une couronne de trépan à main est immédiatement appliquée à 3 centimètres environ, plus en arrière. La virole osseuse enlevée a au moins 6 millimètres d'épaisseur ; on découvre, en rompant quelques lamelles osseuses, le nerf dentaire, dont M. Sédillot opère la section à l'angle postérieur de la plaie osseuse. Le faisceau nerveux mentonnier est séparé du tissu cellulaire environnant, et coupé à 2 centimètres du point d'émergence. L'opérateur saisit alors avec des pinces les deux extrémités du nerf (l'une dans l'ouverture faite par le trépan, l'autre en avant du trou mentonnier), les ébranle pour les détacher et les rendre mobiles, et abandonnant le bout postérieur, retire par traction, de la portion antérieure du canal dentaire, une longueur de 4 centimètres du nerf, qui forme un cordon arrondi, résistant, d'un blanc un peu opalin, sans injection sanguine et d'un volume assez fort. On place une petite mèche de charpie dans la plaie, sur laquelle on laisse retomber spontanément le lambeau.

Pendant les deux premiers jours qui suivirent l'opération, la malade n'accusa pas un grand soulagement, ce qui ne fut pas jugé de mauvais augure par M. Sédillot, qui avait prévu et annoncé ce résultat, en se fondant sur l'exaspération momentanée des douleurs produites par l'excision elle-même. Dès le troisième jour, les crises étaient moins fréquentes et les douleurs plus sourdes.

Les 27 et 28 juin, amélioration progressive.

Le 29, le sommeil reparaît calme et réparateur.

Le 1er juillet, la malade, qui avait gardé un silence obstiné, et refusé de répondre autrement que par monosyllabes, annonce avec satisfaction qu'elle ne souffre plus ; elle accuse de l'appétit, et remue librement les mâchoires. L'expression est calme, le teint moins plombé, l'irritabilité beaucoup moins grande.

Les jours suivans, Metzger se lève, se promène, s'expose à l'air extérieur et ne souffre plus ; la crainte qu'elle avait d'une réapparition de ses douleurs, commence à se dissiper, et elle s'abandonne à l'espoir d'une guérison définitive. La plaie s'est fermée le 8 juillet, sans exfoliation. La malade s'occupe à de petits travaux dans la salle, et elle sort deux jours plus tard dans un état méconnaissable. Cette femme a repris un peu d'embonpoint, de l'activité, une expression de vie et de contentement, et la petite cicatrice, cachée sous le rebord osseux du maxillaire, est à peine visible.

Cette première épreuve du procédé de M. Beau, a été des plus remarquables par la rapidité de la guérison. D'autres faits viendront probablement confirmer ce résultat, parce que les conditions du succès semblent heureusement réunies. On peut appliquer deux couronnes de trépan au lieu d'une, de manière à exciser une portion considérable du nerf dentaire inférieur dans la moitié postérieure du canal osseux, ou en exciser l'extrémité antérieure, comme l'a fait M. Sédillot. Dans les deux cas, il est impossible que la continuité se rétablisse ; et si le nerf a été le point de départ de la névralgie, on voit cesser les accidens sympathiquement développés sur les autres branches du trifacial.

Le refoulement des deux bouts divisés du nerf, ni la cautérisation consécutive à une excision peu étendue, ne sauraient être comparés à la sûreté et à la simplicité du procédé de M. Beau, qui peut maintenant invoquer la sanction de l'expérience (1).

(1) Voir l'UNION MÉDICALE, avril 1853.

(1) *Gazette médicale de Strasbourg.*

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 Octobre 1853. — Présidence de M. NACQUART.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

M. GIBERT : Je ne veux pas prolonger la discussion qui est loin d'être épuisée, mais je demanderai à placer une observation. Après l'excellent discours de M. Velpeau, M. Ricord est à même de voir aujourd'hui combien il est dangereux de se servir de certains argumens, et comment certaines armes se retournent aisément contre ceux qui aiment à les manier. Que de ridicules n'a-t-on pas déversés sur nous qui croyions qu'une syphilis peut rester dix, vingt, trente ans sans manifestations ! Aujourd'hui, M. Ricord, pour expliquer des accidens de syphilis manifestés après 17 ans, se croit obligé d'en aller chercher la source dans l'hérédité, chez les parens. Est-il rien qui choque plus la raison et la logique ? Un malade atteint de syphilis vous dit : Je n'ai eu qu'une blennorrhagie, vous le croyez. Il se trompe et il vous trompe, s'écrie M. Ricord. — Mais on n'a vu nulle part de chancre. — Il y avait un chancre larvé. Comment le savez-vous, dirais-je à mon tour à M. Ricord ? Vous vous appuyez sur une pièce pathologique présentée il y a longtemps à l'Académie, pièce qui n'est pas probante, tant s'en faut, qui m'a paru à moi, ainsi qu'à bien d'autres, une altération comme on en trouve ordinairement à la suite des rétrécissemens de l'urètre.

Pour M. Ricord, la blennorrhagie infectante n'est que le symptôme du chancre larvé. Mais, dans ce cas, le chancre devrait produire toujours la blennorrhagie, or, il n'est pas rare de voir des chancres affecter le point habituel où siége la blennorrhagie sans déterminer la blennorrhagie, lorsque, par exemple, le chancre occupe le méat urinaire. M. Ricord ne croit pas que la gonorrhée puisse produire des accidens secondaires. J'ai connu, dans le temps, un médecin profondément imbu des doctrines de M. Ricord, et qui laissait pousser sur son visage une belle syphilide tuberculeuse, dans la persuasion où il était que, n'ayant eu qu'une blennorrhagie, il ne pouvait jamais avoir de chancre. Cependant, le mal faisant toujours des progrès, ce confrère, malgré sa foi en M. Ricord, consentit à faire un traitement anti-syphilitique qui le guérit de sa syphilide tuberculeuse. Je n'oserai affirmer qu'il guérit aussi de son opinion théorique, attendu que ces maladies-là sont de guérison beaucoup plus difficile.

M. LAGNEAU, malgré l'opinion émise par M. Ricord, au sujet de l'action du bichlorure de mercure, persiste dans l'opinion qu'il a précédemment exprimée, tout en admettant que la salivation puisse résulter de l'emploi de ce médicament ; il regarde ce fait comme extrêmement rare.

M. RICORD : Ayant beaucoup de choses à dire pour répondre à tous mes honorables contradicteurs, je procéderai avec ordre. Je m'adresse d'abord à mon excellent maître, M. Roux, qui m'a fait une objection des plus graves. Vous ne croyez pas, m'a-t-il dit, à la guérison radicale de la syphilis ; selon vous, personne n'est assuré, après les traitemens les mieux institués, de ne plus avoir à craindre aucune manifestation : mais c'est là une doctrine désespérante, propre à porter le découragement dans l'âme et la désolation dans les familles. Voici ma réponse : Je traite la syphilis comme tout le monde, par les mêmes remèdes, et je crois, comme tout le monde, les voir guérir ; mais quelle garantie puis-je avoir que cette guérison est toujours réelle, complète, définitive ? quelle assurance contre l'avenir ? Je dois le dire ici, j'ai vu des récidives de syphilis que je croyais parfaitement guéries, et cela après des temps plus ou moins longs ; cela est arrivé à tout le monde comme à moi, à mes prédécesseurs comme à mes contemporains. Quelle que soit la méthode, les moyens employés, rien ne met d'une manière absolue à l'abri de ces déplorables récidives. Sans doute, il est plus satisfaisant de proclamer l'assertion contraire. Je le désirerais beaucoup, pour ma part, mais je dois à la vérité de dire que j'ai observé des récidives à toutes les périodes, après trente et quarante ans écoulés depuis le point de départ d'une syphilis traitée et guérie en apparence. A ceux qui croient constamment guérir radicalement, irrévocablement la diathèse syphilitique, je dirai : avez-vous les élémens de cette conviction ? en avez-vous d'autres que les miens ? possédez-vous de meilleurs remèdes ? Y aurait-il, parmi vous, un seul praticien assez audacieux pour soutenir qu'avec 110 pilules de Dupuytren c'en est fait de la vérole ? Je veux bien croire que nous guérissons, en effet, la syphilis ; il est des cas où cette conviction nous semble permise, témoins ceux dans lesquels M. Moreau et nous tous avons vu des hommes, qui, ayant procréé des enfans syphilitiques, ont pu en engendrer de bien portans, après s'être soumis à un traitement rationnel. Mais encore une fois, quelle garantie, quelle certitude nous est donnée d'avoir atteint ce résultat ? C'est décourageant, dites-vous ; mais la vérité avant tout. Au lieu de dire à mes malades : allez ; vous n'avez plus rien à craindre, j'aime mieux leur dire : vous avez eu la vérole, il peut vous en rester quelque chose, ne vous négligez pas. Je ne veux pas les effrayer, suspendre l'épée de Damoclès sur leur tête ; mais je ne veux pas non plus les livrer à une incurie qui pourrait avoir des suites funestes.

Je passe maintenant aux objections de M. Velpeau : notre honorable collègue cherche à battre en brèche et à renverser ma doctrine en donnant des faits sur lesquels je l'appuie, une explication différente. C'est là une simple question d'interprétation. Il explique les faits à sa manière, et moi à la mienne. Comment prouvez-vous, me dit-il, ce que vous avancez ? Par des observations, par une certaine manière de recueillir, d'analyser et d'interpréter les faits, manière qui, selon moi, est la meilleure. Quand je vois des accidens syphilitiques, je cherche à remonter à leur véritable source. La règle générale, la loi de l'évolution syphilitique, contre laquelle M. Velpeau proteste de toutes ses forces, est fondée sur une multitude d'expériences, de faits observés avec le plus grand soin ; il n'est pas impossible, comme semble le croire notre collègue, de suivre cette marche, cette évolution. C'est une étude de six mois, et je convie à cette étude tous ceux qui voudront bien vérifier l'exactitude de ce point de doctrine. Vous croyez, vous, que la blennorrhagie peut amener des accidens constitutionnels, à des époques indéterminées, et vous la traitez par le cubèbe et le copahu ; n'est-ce pas que la vérité est plus forte que les principes, et n'est-ce pas un hommage involontaire rendu aux doctrines que je défends ? Comment concilier, en effet, tant d'indifférence pratique avec tant d'inquiétudes théoriques ? Oui, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, la blennorrhagie est simple, et ne peut amener des accidens constitutionnels ; lorsqu'elle infecte, c'est qu'elle est symptomatique d'un chancre larvé, plus ou moins profondément caché dans le canal de l'urètre. Dans ce cas, six mois ne se passeront pas sans manifestations secondaires.

M. BÉGIN : J'aimerais mieux qu'au lieu de se livrer à des discussions interminables sur des questions théoriques, on s'occupât un peu, par exemple, de la question pratique suivante : Comment reconnaître, à première vue, d'après le tempérament d'un individu, s'il aura ou non des accidens secondaires ? Cette question m'a préoccupé beaucoup dans ma carrière militaire, où j'ai eu à soigner une foule d'individus syphilitiques. Et j'étais parvenu, rien qu'à l'inspection d'une personne, à deviner si elle aurait ou non des manifestations secondaires.

M. RICORD : Avant de répondre à l'interruption de l'honorable M. Bégin, j'aurai quelques mots à dire à M. Gibert. Notre savant secrétaire annuel dit qu'il n'a pas vu le chancre urétral. Mais pour le voir, il faut le chercher. Moi qui l'ai souvent cherché, je l'ai vu souvent, et celui que je présentai à l'Académie, et qui fut jugé tel par les hommes compétens chargés de l'examiner, celui-là n'est pas le seul. Il y a vingt ans de cela, et depuis, un grand nombre de faits semblables sont venus se joindre à ce premier. C'est le chancre urétral qui fait la blennorrhagie virulente, et je me charge de prononcer, quand on voudra, entre deux blennorrhagies, laquelle sera virulente, et laquelle ne le sera pas.

M. CAZEAUX : Est-ce par l'inoculation ?

M. RICORD : Sans doute, et aussi par la symptomatologie rationnelle. Un médecin distingué, M. Martins, a écrit, sur la syphilis, un mémoire dans lequel il rapportait un grand nombre d'accidens à la blennorrhagie simple. Depuis, il a reconnu son erreur, et m'a autorisé à dire qu'il désavouait tout ce que contenait son mémoire. Je reviens à M. Gibert. Puisque, dit notre collègue, le chancre urétral siége le plus ordinairement là où siége aussi la blennorrhagie, comment se fait-il que le chancre ne donne pas toujours lieu à la blennorrhagie ? A cela, je répondrai que la gonorrhée n'est pas une conséquence nécessaire du chancre. Les blennorrhagies virulentes sont même celles qui offrent un écoulement à peine sensible. Cullerier avait bien observé ce fait sans pouvoir s'en rendre compte, quand il disait : Méfiez-vous des blennorrhagies qui n'ont l'air de rien, ce sont les plus insignifiantes qui produisent l'infection... Il avait, sans le savoir, donné les principaux caractères du chancre larvé.

Reste maintenant la question de la syphilis larvée héréditaire, qui semble étonner énormément. Je dirai à M. Gibert et à ceux de mes collègues qui croient aux manifestations tardives de la syphilis : Il y a des individus qui présentent des accidens syphilitiques au bout de dix, vingt, trente ans. Ce point une fois établi, quelle différence faites-vous entre la syphilis acquise et la syphilis héréditaire ? Si un individu peut, après dix, vingt, trente ans d'une syphilis acquise, présenter des accidens syphilitiques, pourquoi un individu, affecté de syphilis héréditaire, ne pourrait-il présenter les mêmes phénomènes ? Pourquoi n'aurait-il pas, de par l'hérédité, ce qu'un autre a de par le chancre ? Comment suis-je arrivé à rapporter, dans le cas auquel j'ai fait allusion, les accidens à l'hérédité ? Par l'examen attentif de tous les élémens dont je pouvais disposer, par le calcul des plus grandes probabilités.

Je dirai en terminant, à M. Bégin, que j'admets avec lui qu'il existe des aptitudes diverses à être influencé par le virus syphilitique, des dispositions, des tempéramens différens. Mais quant à pouvoir se prononcer, à l'inspection d'un individu, s'il est ou non destiné à avoir des accidens secondaires, je ne sais où existe ce *criterium*, et je ne crois pas qu'il soit au pouvoir d'aucun médecin de se prononcer sur ce point. On ne peut prévoir la syphilis constitutionnelle que d'après la nature et la forme de l'accident primitif.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

(*ancienne Société médicale du Temple*).

Séances du 2me trimestre de 1853. — Présidence de M. SÉGALAS.

Sommaire. — Implantation du placenta sur le col utérin. — Ramollissement du cerveau. — Développement spontané de gaz dans les veines. — Des crèches sous le rapport sanitaire.

M. BONNASSIES, à propos du procès-verbal de la dernière séance, revient sur le travail que nous a communiqué M. Depaul relativement aux hémorrhagies utérines qui sont dues à l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. Il dit que, nonobstant les conclusions de ce travail, son opinion personnelle est que, dans certains cas d'implantation du placenta sur le col utérin, il convient de traverser le placenta de part en part pour aller chercher l'enfant, faire la version et l'amener par les pieds, et, à l'appui de cette manière de voir, il nous raconte le fait suivant :

Le 6 novembre 1847, à dix heures du matin, je fus appelé, faubourg Saint-Antoine, auprès de Mme Es... qui avait une perte utérine depuis la veille. Une sage-femme lui donnait des soins. La malade avait eu cinq enfans tous venus à terme et bien portans, et en outre une fausse-couche à quatre mois de grossesse. Agée d'environ 35 ans, elle est habituellement bien portante. Elle se croit enceinte de plus de huit mois. Elle a eu, pendant cette grossesse, à quatre mois, une petite hémorrhagie qui se renouvela dans le sixième mois ; ces deux pertes s'arrêtèrent spontanément. Je constatai par le toucher une légère dilatation du col utérin, j'y sentais un corps mollasse que je reconnus être le placenta. Le sang coulait d'une manière continue et il n'y avait aucune douleur expulsive. Je prescrivis à cette dame de garder le lit, de se garnir de compresses mouillées dans de l'oxycrat et de prendre des boissons froides acidulées. La perte continua dans la journée, en augmentant progressivement. A dix heures du soir, la malade était extrêmement faible, la dilatation du col n'avait fait aucun progrès et

les contractions utérines manquaient absolument. — L'auscultation permettait d'entendre encore les battemens du cœur de l'enfant. Je demandai l'avis d'un confrère qui vint aussitôt et nous décidâmes qu'il fallait agir immédiatement. L'accouchée fut mise sur une commode garnie d'un matelas, j'introduisis les doigts les uns après les autres et obtins facilement ainsi la dilatation complète du col qui ne m'offrit pas de résistance. Je crois qu'en pareil cas le col se dilate facilement, du moins, cela m'était déjà arrivé une autre fois dans une circonstance semblable. — La main ayant franchi le col, je traversai le placenta à sa partie centrale; les membranes rompues, le liquide amniotique s'écoula mêlé de sang; je saisis les pieds, les amenai à la vulve et terminai l'accouchement. L'enfant quoique très faible et ne paraissant pas à terme, était vivant; c'était une fille, qui, âgée de 5 ans, aujourd'hui, se porte bien. Le délivre extrait, présentait à son milieu une ouverture par laquelle avait dû passer l'enfant. Le cordon était dans l'état normal. — L'accouchée se rétablit facilement et assez promptement.

M. Géry. Je ne pense pas qu'il soit toujours facile de perforer le placenta comme semblerait le faire croire l'observation que vient de nous citer M. Bonnassies. Je rejette, même d'une manière absolue, cette perforation dans les cas d'insertions sur le col utérin. Voici sur quels motifs j'appuye mon opinion. Quand une insertion du placenta existe sur le col, alors même qu'il y a une hémorrhagie assez forte, il arrive presque toujours qu'il est greffé beaucoup plus d'un côté que de l'autre ; cela étant constaté par le toucher, on décolle tout-à-fait le côté dont le bord est le plus près de l'orifice utérin. On a soin pendant les premières douleurs qui suivront de refouler vers le centre la partie décollée, on ouvre, pour ainsi dire, un passage dans lequel s'engageront bientôt les membranes ou la tête, celles-ci sont rompues. Ces parties, une fois engagées, sont là comme un coin qui empêche la masse spongieuse du placenta de revenir et exerce sur elle une compression qui souvent arrête ou modère l'hémorrhagie.

En admettant même que le placenta soit inséré en plein sur le col, la méthode de décollement par un des bords me paraît encore préférable à la perforation centrale. Voici, en effet, les inconvéniens de cette perforation : Il faut nécessairement alors opérer la version, car la tête ne viendra pas tout juste s'engager dans la déchirure que vous venez de faire. Vous vous privez donc d'une terminaison naturelle pour y substituer une terminaison manuelle compromettante pour l'enfant. Quant à la mère, le décollement est encore préférable, car on n'a pas toujours affaire à un placenta aussi friable que l'était celui rencontré par M. Bonnassies. Enfin, je n'hésite pas à admettre que, même dans le cas où la version serait indiquée, elle serait au moins aussi prompte et plus facile à exécuter par le décollement que par la perforation.

M. Depaul dit que l'observation communiquée par M. Bonnassies ne change en rien l'opinion qu'il a émise dans une séance précédente (voir l'Union Médicale du 21 mai 1853), sur la manière dont il faut procéder lorsque le placenta est implanté sur le col utérin. — Il faut d'abord faire le tamponnement et ensuite, si l'hémorrhagie continue, la perforation des membranes. — Il persiste à proscrire, comme dangereuse, la perforation du placenta de part en part. On l'a conseillée, sans doute, mais M. Bonnassies semble se méprendre sur le but qu'alors on désirait atteindre, qui était d'ouvrir les membranes. Ainsi, Levret recommande de la pratiquer avec une sonde de femme. Évidemment il ne pouvait avoir en vue d'aller chercher l'enfant par cette étroite ouverture. En traversant le placenta si le col utérin n'est pas largement ouvert, on est assuré de faire mourir l'enfant. — M. Bonnassies nous dit qu'il obtint facilement la dilatation du col; et, il a ajouté, qu'ordinairement, dans les implantations vicieuses du placenta, cette dilatation est rendue facile soit par le fait même de l'implantation, soit par une conséquence naturelle de la présence du sang pendant cette hémorrhagie prolongée. Mais il faut noter que l'accouchée dont il nous a fait l'histoire avait eu cinq enfans et une fausse-couche; si elle eût été primipare, il est bien probable que le col n'aurait pas cédé si facilement. Quant à l'écoulement du sang, lorsqu'il est d'une abondance assez grande pour produire des syncopes alarmantes, l'affaiblissement général s'étend à la fibre utérine comme à toutes les fibres musculaires; de là, seulement, pourra venir un peu plus de facilité à dilater le col. — L'implantation centrale du placenta sur le col est rare, et ce serait un cas où le tamponnement pourrait donner le temps au travail de se développer. Mais, le plus ordinairement, cette implantation est latérale, et, malgré le tamponnement, l'hémorrhagie continue. La perforation des membranes devient nécessaire. Elle n'est pas toujours facile. On y parvient cependant en décollant un coin du placenta avec le doigt ou même avec une sonde.

M. Bonnassies : Lorsque je me suis décidé à traverser le placenta, il y avait, à mon avis, urgence de délivrer la malade qui était extrêmement affaiblie. Je suis persuadé que le tamponnement m'aurait, sans espoir de succès, fait perdre un temps précieux. L'enfant, je le répète, fut promptement extrait vivant par les pieds. La mère se rétablit parfaitement.

M. Thibault lit un rapport contenant l'énumération rapide des travaux de M. Grange, docteur en médecine et docteur ès-sciences. Les conclusions, entièrement favorables, étant adoptées, M. le docteur Grange est nommé membre titulaire de la Société médico-chirurgicale de Paris.

M. Depaul, rapporteur d'une autre commission chargée d'examiner les ouvrages que M. Durand-Fardel a envoyés à la Société, les analyse successivement. Parmi eux se trouve un *Traité sur le ramollissement du cerveau*. Nous y avons remarqué une assertion consolante au point de vue du pronostic habituellement si grave de cette maladie. M. Durand-Fardel regarde comme prouvé que le ramollissement guérit souvent par des procédés de réparation ou de cicatrisation dont la nature fait tous les frais, qui sont semblables à ceux déjà observés à la suite de l'hémorrhagie cérébrale et peuvent permettre le retour complet ou incomplet des fonctions lésées.

Nous noterons encore une brochure *sur un développement de gaz dans le sang considéré comme cause de mort subite*. Dans un cas de mort subite, M. Durand-Fardel dit avoir vu, au moment même de la mort, le sang extrait de la veine du bras, sortir à l'état spumeux. A l'autopsie, une quantité considérable de gaz se présentait dans le sang contenu dans la cavité droite du cœur, dans les veines caves et dans les veines abdominales. La constatation de la présence des gaz dans les veines du bras au moment de la mort, et, pour ainsi dire, pendant la vie (fait unique dans la science), et plus tard dans les veines abdominales et dans le cœur droit, ne permettraient pas de douter, selon l'auteur, que ce gaz ne se soit développé pendant la vie et spontanément dans les divers points du système veineux. Il n'y avait, du reste, ni emphysème, ni aucune autre cause appréciable d'introduction de l'air atmosphérique dans le système circulatoire.

Après ce rapport et conformément à ses conclusions, M. le docteur Durand-Fardel est nommé membre titulaire de la Société médico-chirurgicale de Paris.

M. Vée rend compte à la Société, qui l'en a chargé, d'une brochure envoyée par M. le docteur Siry, *sur la crèche*. M. Siry repousse vivement les attaques dont les crèches ont été l'objet sous le rapport sanitaire. M. Vée est précisément d'opinion inverse. Il a maintes fois visité les crèches, et, à son avis, les éloges mérités par quelques-unes, ont été trop libéralement accordées à l'institution prise en général. Il ne voudrait pas, même indirectement, être cause de l'abandon de ce mode de charité privée; mais il croit l'utilité des crèches moins complète qu'on ne le prétend. C'est surtout pour le premier âge que la crèche a des inconvéniens. Un des plus graves, est le trop petit nombre des femmes de service; une seule d'entr'elles ne peut pas approprier, promener, changer de position, mener à l'air, tenir dans les bras cinq à six enfans à la fois. La crèche a le désavantage de toute agglomération un peu nombreuse, c'est que les maladies contagieuses s'y propagent et s'y aggravent très facilement. La mortalité y est, en effet, relativement, plus grande que chez les enfans du même âge laissés chez leurs parens ou dans les maisons de sevrage, et dans les petits établissemens nommés des garderies.

En terminant, M. Vée dit qu'il émettra non des conclusions, mais un vœu. C'est celui de voir les crèches se perfectionner comme simples institutions de charité privée, en évitant de rassembler sur un même point un trop grand nombre d'enfans, et de s'attacher surtout à réunir ceux qui, déjà sevrés, et commençant à marcher seuls, n'ont pas un besoin aussi urgent de la présence continuelle de leur mère ou de leur nourrice.

Dans une discussion qui s'élève à ce sujet, loin de faire d'objections à la manière de voir de M. Vée, les faits cités par MM. Depaul, Forget, Géry et Bréon, tendent à en confirmer la justesse.

M. Ségalas nous communique le rapport qu'il a fait sur les crèches au conseil de surveillance de l'assistance publique. Ce travail ayant déjà été publié dans l'Union Médicale, nous nous contenterons ici d'en citer deux passages qui viennent grandement à l'appui de l'argumentation de M. Vée...... « Sur les déclarations mêmes faites dans les crèches, 222 » décès ont été notés parmi les 512 enfans qui fréquentent 14 crè- » ches. C'est donc une mortalité de plus des deux cinquièmes; tandis » que sur l'ensemble de la population, pour les enfans du même âge, » elle aurait été à peu près du quart, c'est-à-dire de 128 au lieu de » 222. » —.... « La commission propose d'émettre l'avis qu'il n'y a pas » lieu, quant à présent, de reconnaître la Société des crèches comme » établissement d'utilité publique. »

Le secrétaire général : Dr Collomb.

PRESSE MÉDICALE.

(JOURNAUX ITALIENS.)

Giornale psichiatrico de Pisani. — Avril, Mai et Juin 1853.

Développement de vers dans l'oreille d'une maniaque, accompagné d'une tristesse profonde et d'une violente otite; par le docteur A. Belleti.

Cette observation est relative à une femme de 32 ans, d'un tempérament hépatico-nerveux, qui, envoyée pour on ne sait quelle maladie dans les salles chirurgicales de Palerme, fut prise, tout d'un coup, après quelques jours, d'une manie avec violens accès de fureur. Transportée à l'hôpital d'aliénés, il fallut, faute de cellules, la faire transporter à la prison des femmes où elle commença à donner des signes non équivoques de monomanie orgueilleuse. Cinq mois après, lorsqu'elle fut reçue à la maison royale des aliénés, elle présentait ces mêmes phénomènes, auxquels ne tardèrent pas à s'ajouter de violens accès de délire et d'agitation, durant lesquels elle bavardait, dansait, chantait et courait çà et là avec précipitation. Dans les momens de calme, elle rendait des services dans la maison.

Plusieurs années s'écoulèrent; elle était tombée dans cette espèce de tranquillité qui est voisine de la démence, ce qui ne l'empêchait pas de conserver une certaine gaîté et de travailler, lorsque vers le mois d'octobre 1844, elle se refusa au travail, devint taciturne, solitaire et triste. De jour en jour la mélancolie augmenta, il lui arrivait, même, de refuser ses alimens. Enfin, après quelque temps, elle fut prise, dans la nuit, de douleurs très vives dans l'oreille gauche qui lui arrachaient des cris, et, le lendemain, M. Belleti reconnut une inflammation de l'oreille externe de ce côté : l'orifice était rouge gonflé, douloureux et presque fermé, au point de ne pouvoir permettre l'introduction d'une petite sonde. Face fortement animée, yeux brillans et scintillans, langue couverte d'un enduit blanc-jaunâtre, pouls dur et fréquent. Malgré ce traitement antiphlogistique, les douleurs persistaient avec la même intensité, s'accompagnaient même de délire. Enfin, en continuant ces moyens et les purgatifs, les douleurs et le délire se calmèrent et la malade se trouva mieux; mais, à ce moment, l'attention fut attirée vers un autre phénomène : Vers l'orifice de l'oreille, on apercevait au dehors un corps étranger d'un blanc de perle, lisse, convexe et adhérant aux parties voisines. Toutes les tentatives d'extraction ayant échoué, on se décida à la fendre verticalement, et l'on ne fut pas peu surpris de voir s'échapper, pendant un quart d'heure, un grand nombre de vers d'un beau jaune, longs de trois lignes et grouillant au milieu d'un liquide dense, transparent et visqueux. Afin d'en faciliter la sortie, la fausse membrane fut détruite entièrement, des injections furent pratiquées dans le conduit auditif, et la malade fut couchée, dans son lit, sur le côté correspondant à l'oreille malade.

Au bout de trois jours, pendant lesquels les vers avaient continué à sortir, mais en petite quantité, et, quoiqu'il ne parût plus en rester, M. Belleti explora le conduit avec une sonde et il parvint, ainsi, à toucher quelques corps étrangers durs et élastiques. Se servant de la sonde comme d'un levier, il entraîna au dehors un ver qui avait six fois le volume de ceux qui étaient sortis jusque-là, mais qui, du reste, offrait la plus grande ressemblance avec les précédens. Ces vers furent caractérisés, de la manière suivante, par M. Calcara, professeur d'histoire naturelle à l'Université de Palerme : Larve d'insecte coléoptère, munie de pieds symétriques, d'un beau jaune, laquelle, si elle avait continué à habiter le canal auditif, aurait fini par se transformer en un coléoptère parfait, de la tribu des claricornes et probablement du genre *Nicrophorus dermestes*, qui habitent ordinairement la peau des cadavres des animaux en proie à la fermentation putride.

La malade guérie entièrement de la maladie de l'oreille, reprit ses occupations ; mais quelques mois après, le 6 mars 1845, elle mourait d'apoplexie, et à l'ouverture du cadavre, on trouvait les sinus de la dure-mère et les vaisseaux méningiens et cérébraux gorgés de sang, le cerveau ramolli et pénétré de sang; du côté gauche, la membrane du tympan n'existait plus, non plus que le marteau.

On connait en médecine, dès la plus haute antiquité, des faits de développement de larves d'insecte dans le canal auditif, ayant donné lieu à des symptômes ordinairement très graves. Galien, Aëtius, Lanzoni, Behrend, Valsalva, Morgagni, etc., en ont rapporté; mais il en est peu dans lesquels le nombre de ces animaux ait été assez considérable pour remplir à ce point la caisse du tympan et l'oreille externe. La malade n'avait eu, d'ailleurs, aucune maladie de l'oreille, à laquelle on pût rapporter les accidens, et l'expulsion des vers opérée, elle rentrait dans son état normal. Très probablement, cette espèce de membrane qui fermait le conduit auditif, n'était autre chose que l'humeur visqueuse et demi-transparente où nageaient ces vers, desséchée au contact de l'air. Très probablement aussi, le développement incomplet de ces vers tenait à ce qu'ils avaient été pressés les uns contre les autres; car une fois abandonnés à eux-mêmes, on en vit parvenir, en trois jours, à un volume sextuple des premiers. La mélancolie dans laquelle cette femme était tombée tenait sans doute à la présence des corps étrangers dans le canal auditif, et nul doute que si la chirurgie ne fût intervenue, il ne se fût produit des phénomènes morbides plus alarmans, témoin le fait rapporté par Fabrice de Hilden. Quant à savoir comment s'était opéré le développement de ces vers dans l'oreille, tout porte à croire que cette femme s'était introduit dans le canal auditif quelque portion de matière organique en putréfaction, dans laquelle un de ces insectes avait déposé ses œufs.

COURRIER.

Nouvelles du choléra. — Le dernier relevé hebdomadaire du Conseil général de santé, à Londres, constate une légère augmentation dans le nombre des décès produits dans cette ville par le choléra. Le chiffre de ces décès s'y est élevé, dans la dernière semaine, à 66, et ce qui montre bien évidemment la tendance à la progression, ce sont les chiffres des semaines précédentes, 16, 29, 47. Sur ces 66 décès, 37 ont été constatés chez des femmes et 29 chez des hommes, presque tous à l'âge moyen de la vie. Dans le reste de l'Angleterre, le choléra continue sourdement ses progrès; ainsi à Liverpool, du 8 au 10 octobre, il y a eu encore 26 nouveaux cas, mais la plupart, il est vrai, parmi les émigrans. En revanche, à Newcastle et à Gateshead, l'épidémie paraît réduite à des proportions presque insignifiantes : très peu de cas de choléra traitable, beaucoup de diarrhées, et un assez grand nombre de diarrhées cholériformes ou de cholérines. C'est ce dont on peut se convaincre en jetant un coup d'œil sur le tableau suivant, qui montre en moyenne, par jour, le nombre des cas de choléra, de diarrhée et de cholérine dans la dernière quinzaine, subdivisée en trois périodes de cinq jours chacune :

Moyenne par jour.	Diarrhées.	Cholérines.	Choléra.
1re période, du 21 au 25 septembre,	504.6	73.2	67.8
2me — du 26 au 30 septembre,	520.0	54.6	28.4
3me — du 1er au 8 octobre. . .	297.5	19.9	6.75

Quant aux décès, dans le même temps, ils se sont répartis, dans les trois périodes, de la manière suivante :

Moyenne des décès par jour.	Choléra.	Diarrhées.
1re période.	64.0	2.4
2me période.	32.8	3.0
3me période.	9.0	1.6

La mortalité paraît avoir porté surtout, et pour la moitié des décès, sur les sujets au-dessous de 15 ans, pour un quart sur les sujets au-dessus de 60 ans. Age moyen des sujets décédés, 33 ans 1/2.

— Le préfet de police, dont on a pu apprécier plusieurs fois toute la sollicitude pour la santé publique, vient d'adresser aux commissaires de police et aux maires de la banlieue une circulaire relative à la vente des fruits verts. En voici les principaux passages :

« Monsieur,

« . . . . C'est surtout sur la vente du raisin que j'appelle votre attention. Il s'en vend, à cette époque, dans un état de verdeur tel, qu'il accuse l'absence de toute maturité, et qu'il peut en résulter, sinon un grand danger immédiat, au moins de graves inconvéniens pour la santé. Je vous invite donc à faire saisir et détruire les raisins que vous jugerez impropres à la consommation, si les marchands qui en sont détenteurs reconnaissent eux-mêmes, d'après vos observations, qu'il doit en être ainsi. Dans le cas contraire, la marchandise saisie sera envoyée au commissariat de la section des marchés, où elle sera examinée par des inspecteurs compétens, pour être détruite, s'il y a lieu, ou restituée aux propriétaires.

« Je ne me dissimule pas que la mesure dont je confie l'exécution à votre sollicitude, frappera particulièrement les marchands ambulans ou étalagistes, qui vendent plus spécialement des fruits non encore mûrs; mais votre surveillance ne devra pas cependant se borner exclusivement aux produits vendus par eux. Elle s'exercera également, avec toute la réserve nécessaire, sur les marchands en boutique, et aux uns comme aux autres vous devrez donner, avant toute constatation de mise en vente des denrées alimentaires insalubres (prévue et punie par la loi du 27 mars 1851), des avis salutaires pour leur faire comprendre les conséquences possibles de ventes de cette nature. . . . .

» *Le Préfet de police,* Piétri. »

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 124. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 18 Octobre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12

A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le **MARDI**, le **JEUDI** et le **SAMEDI**.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56* ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DE LA CAUTÉRISATION PAR LE NITRATE D'ARGENT SOLIDE CONTRE LA VAGINITE ;

Par M. le docteur GIGON, médecin en chef des prisons, et médecin de l'Hôtel-Dieu d'Angoulême.

L'UNION MÉDICALE a publié, dans un de ses précédens numéros, le mémoire de l'honorable M. Becquerel sur le traitement des écoulemens blennorrhagiques et autres, par la cautérisation à l'aide du nitrate d'argent solide (1); d'un autre côté, M. Debeney vient d'adresser un autre mémoire à l'Académie de médecine, où il préconise, lui aussi, la cautérisation pour guérir la même maladie à l'aide d'une solution caustique en injection dont l'UNION n'indique pas la composition. Comme il s'est agi de nitrate d'argent dans le mémoire de M. Becquerel, j'ai supposé que M. Debeney avait voulu désigner une solution de nitrate d'argent.

La question pratique va être bientôt présentée à l'Académie par les rapporteurs que cette savante compagnie a choisis dans son sein; il y a donc peut-être quelque témérité à précéder son jugement et à prendre part, à l'avance, pour l'un ou l'autre des combattans. Cependant l'expérience me paraît bonne à recueillir partout; or, comme depuis longtemps j'ai guéri des blennorrhagies vaginales, des leucorrhées à l'aide des cautérisations solides ou liquides, et spécialement avec le nitrate d'argent, je vous prie de me permettre de vous dire mon opinion en quelques mots.

Je déclare, tout d'abord, qu'en fait de nitrate d'argent, mon opinion est toute en faveur de la cautérisation solide; depuis longtemps, soit à mon infirmerie des prisons, soit dans ma salle d'hôpital, j'ai eu recours à l'une et à l'autre et c'est l'observation consciencieuse, faite en dehors de toute préoccupation de parti ou de publication, qui m'a fait embrasser l'opinion que je professe; voici, en outre, les raisons qui militent en faveur de cette opinion.

Le nitrate d'argent solide, effilé suivant le besoin, placé au bout d'une longue plume ou d'un long porte-crayon, est la substance la plus facile à manier, qui répond le mieux au désir du praticien; celui-ci, en effet, cautérise par ce moyen là où il veut, là seulement et non ailleurs; il peut ménager certaines parties, toucher plus profondément certaines autres; aussitôt une trace blanchâtre lui indique la force et l'étendue de la cautérisation.

Tous les praticiens habitués à manier le spéculum, à observer la pathologie vaginale, savent que constamment, soit dans la leucorrhée, soit dans la vaginite, chroniques, maladies qui ont tant de rapports, il s'écoule par l'orifice externe du museau de tanche, une matière muqueuse filante, blanchâtre ou verdâtre, suivant l'état d'acuité ou de chronicité de l'inflammation, de l'irritation, de la perversion sécrétoire; l'expérience nous a appris que si la modification imprimée par le sel d'argent, si la cautérisation n'est pas portée dans la cavité du col, organe pourvu d'une énorme quantité de follicules mucipares, toutes les injections sont inutiles. Eh bien! aucun agent modificateur ne me paraît plus propre à atteindre le but que l'on se propose, d'une manière plus efficace et plus inoffensive que le crayon de nitrate d'argent convenablement taillé, et ce n'est certes pas là un médiocre avantage.

La cautérisation par le nitrate d'argent a bien aussi quelques inconvéniens qu'il faut énumérer ici : Ainsi les cautérisations sont douloureuses, plus certainement que celles faites avec le nitrate acide de mercure et l'acide hydrochlorique; elles sont souvent suivies d'hémorrhagie ou plutôt de pertes légères de sang, circonstance assez bizarre dont je ne puis exactement me rendre compte, mais qui a son importance, car je considère qu'elle contre-indique l'usage du nitrate d'argent quand le sujet a des dispositions à l'hémorrhagie ; de plus, dans les ulcères graves du col de l'utérus, le nitrate d'argent est insuffisant et ne cautérise pas assez énergiquement; le nitrate acide de mercure, le fer rouge, dans ces circonstances, sont préférables; ainsi, le nitrate d'argent aussi a ses impuissances, ses contre-indications, mais dans la vaginite sub-aiguë ou chronique, dans la leucorrhée, il y a longtemps que j'agis dans le même sens que mon très estimé confrère et ancien condisciple M. Becquerel, et cela avec avantage pour les malades.

M. Debeney dit, il est vrai, que par les injections, il guérit la vaginite sans application du spéculum, ce qui, suivant lui, est fort avantageux, attendu que dans la vaginite aiguë le spéculum est douloureux.

Sans doute, dans quelques cas très rares, dans la vaginite sur-aiguë, le spéculum peut avoir des inconvéniens, mais alors il ne me paraîtra jamais prudent de débuter d'emblée par la cautérisation; les antiphlogistiques devront précéder. Je sais bien qu'aujourd'hui une certaine école cherche à rayer le mot inflammation du cadre nosologique. Du temps de Broussais, tout était phlogistique et antiphlogistique, aujourd'hui la réaction a tellement dépassé le but, que l'on voit courir après d'inutiles chimères; l'empirisme voit des spécifiques partout : on cautérise dans l'amygdalite sur-aiguë ; on cautérise avec le chloroforme dans l'urétrite aiguë ; on cautérise par la voie humide et la voie solide dans la vaginite aiguë ; on emploie le tartre stibié dès le début des pneumonies aiguës ; l'école italienne même guérit la pleuro-pneumonie par la teinture de cantharides (à ce qu'elle dit, *credat judeus apella*), triste expédient, *experimentum fallax*, qu'on appelle *progrès* en certain lieu, que j'appelle rétrogression. Allez, messieurs, vous aurez beau nier l'expérience acquise, tourmenter la nature, la nature ne changera pas, et que vous sert d'effacer le mot quand la chose reste ?

Je demande pardon à mon lecteur de cette boutade. Je reprends donc et je dis, qu'à moins d'avoir affaire à une vaginite très aiguë (et dans ce cas la cautérisation n'est applicable sous aucune forme), l'emploi du spéculum me paraît très praticable.

J'ai eu l'occasion de l'appliquer dans un cas de vaginite aiguë bien curieux et bien rare, autant que j'en ai pu juger : dans un cas de *vaginite diphthéritique*, que je vais rapporter sommairement et qui prouve, à l'encontre de l'opinion de M. Marchant, de Charenton, que la diphthérite n'est pas la gangrène, et n'affecte pas uniquement le larynx (1).

(1) Voir l'UNION MÉDICALE, 13 septembre 1853.

(1) Je dirai franchement, à cette occasion, que je ne saurais en rien partager l'opinion de M. Marchant, à savoir, que : « l'angine maligne, et *ce qu'on appelle diphthérite, sont des gangrènes.* »

Il nous est permis peut-être plus qu'à quelques autres d'avoir une opinion sur ce sujet, attendu qu'il nous a été donné, pendant l'automne de 1851, d'observer une épidémie grave de croup qui a frappé notre ville; pour notre part, nous en avons observé quinze cas, sur lesquels deux cas ont présenté la diphthérite pharyngienne très prononcée; c'est-à-dire des plaques pseudo-membraneuses plus ou moins étendues, tapissant tout un côté du pharynx; ces pseudo-membranes se sont étendues, de proche en proche, jusqu'au larynx et ont donné lieu à la toux croupale caractéristique : inspiration sifflante, suffocation, asphyxie imminente au moindre mouvement : adénite sous-cervicale, jetage nasal, tous les symptômes, en un mot, qui sont le croup; or, il n'y a pas eu la moindre gangrène, et d'abord il n'y avait aucune

Feuilleton.

DE L'HOMME ET DES RACES HUMAINES ;

Par Henry HOLLARD,

Docteur en médecine et docteur ès-sciences, professeur honoraire d'histoire naturelle à la Faculté des sciences & de l'Académie de Neuchâtel (Suisse), chargé deux fois du cours de zoologie à la Faculté des sciences de Paris (1849 et 1850), etc.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 11 Octobre.)

Le caractère de l'espèce est absolu. Le caractère des variétés est relatif. Au milieu des modifications qu'elles peuvent subir, deux espèces, quelque voisines qu'elles soient, n'échangent pas leurs caractères; ceux-ci s'effacent plutôt que de se transformer. Il ne faut pas s'étonner que le signe spécifique ait quelquefois moins d'apparence que les modifications acquises, puisque celles-ci atteignent tout ce qui, dans l'organisation, peut être modifié dans les limites d'un type déterminé. Ainsi, des animaux de la même espèce, sans perdre jamais leur caractère spécifique, diffèrent : 1° quant à leur taille ; 2° quant aux proportions des diverses parties du corps; 3° quant aux formes qui résultent du développement de quelque organe, comme le cerveau et le crâne, relativement à la face, ou *vice versâ*; 4° quant au poil, qui passe de la soie la plus douce à la laine la plus grossière ; 5° quant aux couleurs, qui varient du blanc le plus pur au noir le plus foncé.

Or, que voit-on de plus dans les différens types humains ? Prenons les trois grands types généraux, le Nègre, le Caucasique et le Mongol. Nulle différence semblable à celles qui séparent les espèces zoologiques; nulle différence qui ne rentre dans la catégorie et les limites que nous rencontrons chez les animaux comme différences acquises. Dans les types les plus divergens comme les moins éloignés de l'humanité que M. Hollard a passés en revue, on voit tous les caractères différentiels porter sur les *formes de la tête*, sur les *traits du visage*, sur les *proportions des membres*, à peine sur la *stature*, sur les propriétés du *système pileux* et sur la *coloration de la peau* ; sur le *génie des peuples*, sur leur *état social* et leurs *mœurs*. Or, aucune de ces variations, soumise à un examen sévère et exempt de prévention, ne présente un caractère réel de spécificité, aucune ne justifie l'origine distincte attribuée aux divers types humains par quelques anthropologistes.

En effet :

Les *formes de la tête* ne sont point aussi dissemblables qu'on l'a supposé. D'une part, la mesure de l'angle facial de Comper, qu'on a fait si souvent intervenir pour prouver l'inégalité de nature entre les races, si l'on écarte les effets du prognotisme ou du prolongement de la mâchoire supérieure, ne donne point la différence qu'on a signalée. L'angle facial mesurerait 70 degrés pour le Nègre et 80 pour l'Européen, tandis que chez le chimpanzé, dont on prétend rapprocher le Nègre, il mesurerait, d'après Owen, 35 degrés. D'autre part, ainsi que l'a démontré Tiedemann, la place faite au cerveau dans un crâne nègre ne diffère pas de celle qui est réservée à cet organe dans une tête caucasique. Il y a inégalité de développement entre les diverses parties, mais le volume général reste le même. D'ailleurs, pour les formes de la tête, les différences qui se montrent parfois entre les individus d'un même peuple, souvent d'une même famille, ne sont-elles pas aussi considérables que les différences plus généralisées qui existent entre les diverses races ; il y a des Nègres de l'Afrique qui présentent des analogies de forme avec celle des têtes caucasiques, comme il y a des blancs d'Europe qui ont des têtes de Nègre.

Les *traits du visage* dépendent en grande partie des différences qu'offre la tête osseuse. Les lèvres, l'oreille, les joues peuvent changer de forme et de volume et rester de simples modifications analogues à celles qui se produisent parmi nous, et qui varient, selon les contrées, avec les divers tempéramens, ou avec les conformations individuelles.

Les *proportions relatives des diverses parties du corps*, la *stature*, ne présentent rien qui ne s'aperçoive au milieu de nous, où nous voyons des nains à côté des géans, des individus avec des membres plus ou moins longs, plus ou moins trapus. Il n'y a, d'ailleurs, aucune race qui mérite la qualification absolue de nains ni de géans comme on l'a prétendu.

Le *système pileux* offre partout la même distribution sur le corps, sinon la même abondance et la même finesse. Examinés au microscope, les cheveux du Nègre ne diffèrent point des cheveux de l'Européen, comme diffèrent, chez les mammifères, les poils laineux des poils ordinaires. Leur couleur tient à la matière colorante qu'ils contiennent. D'ailleurs, des cheveux semblables à ceux du Nègre se rencontrent quelquefois au sein de nos populations. Je pourrais en montrer des exemples.

La *couleur* de la *peau et de l'iris* sert à caractériser des types, mais elle n'a point la valeur d'un caractère spécifique ; puisque la différence qu'on remarque sous ce rapport d'une race à une autre, tient à la quantité de matière colorante, qui, chez les Noirs, est semée en granulations innombrables, indépendamment des cellules qui en contiennent une partie.

Les *caractères psychologiques* varient sans doute, mais ces variations n'empêchent pas de reconnaître chez toutes les races le même système de facultés se révélant dans le langage. D'ailleurs, ces variations ne se remarquent-elles pas dans nos contrées les plus civilisées entre les individus placés dans des conditions sociales différentes !

Et la preuve que la diversité des types humains n'est pas absolue, c'est qu'il est à peu près impossible, quand on parcourt l'ensemble des peuples qui s'y rallient, de dire ni où ils commencent, ni où ils finissent, tant la gradation est nuancée ; c'est que les anthropologistes ne parviennent pas à s'entendre sur la liste de ces types humains, tandis que les zoologistes s'entendent très bien et distinguent presque toujours avec certitude les espèces d'un même genre de mammifères.

Une objection se présente toutefois, et elle est assez grave pour que je m'y arrête un instant. C'est l'objection tirée de la persistance des types. « Tandis que chez les animaux, dit M. Hollard, les races se créent en quelque sorte sous nos yeux ou reviennent assez facilement à un type commun lorsqu'on les rend à leur indépendance et à l'action de la nature, les variétés de l'espèce humaine sont douées d'une résistance qui brave, non pas absolument, mais à un haut degré, les influences qui semblent devoir les modifier. Le porc redevient sanglier dans les bois;

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, grosse, charnue, pâle, blafarde, molle, d'une conduite plus qu'équivoque, que je trouvai dans la salle des femmes fiévreuses lorsque je pris la direction du service au mois d'avril 1850, à l'hôpital d'Angoulême.

Cette fille, d'une bonne santé d'ailleurs, portait un écoulement vaginal mucoso-purulent, qui datait de deux mois, et n'avait pas de douleur, même en urinant; l'ayant examinée avec le spéculum, je constatai une rougeur assez intense de toute la partie supérieure du vagin et du col de l'utérus; un mucus abondant était sécrété de toute cette surface, ainsi que de la cavité du col. Le toucher et l'application du spéculum occasionnaient de la sensibilité, sans douleur bien vive; du reste, il n'y a ni chancres, ni syphilides.

Je plaçai huit sangsues au col de la matrice et je prescrivis pendant quelques jours des injections émollientes.

Trois jours après, j'examinai de nouveau la malade, et je constatai la même rougeur de la muqueuse, de plus, la partie postérieure du col et supérieure du vagin, présentaient des plaques grises, que je pris d'abord pour du mucus purulent, et que j'essuyai, sans pouvoir l'enlever; je reconnus des plaques pseudo-membraneuses, à bords frangés et irréguliers: la vagin était devenu un peu plus douloureux, mais sans aucune odeur spéciale.

Le lendemain, l'examen que j'en fis en présence de quelques confrères nous fit constater une exsudation diphthéritique générale, toute la muqueuse du vagin était tapissée d'une fausse membrane d'un gris un peu jaune jusqu'à son orifice externe, mais qui ne s'étendait pas à la vulve; en grattant un peu on détache cette membrane qui, pourtant, est assez résistante et laisse voir au-dessous une surface rouge et facilement saignante. Aujourd'hui l'introduction du spéculum a été assez douloureuse, mais elle a pu être faite sans trop de difficulté. Nous trouvons dans les aines, et surtout à droite, plusieurs ganglions inguinaux très prononcés et un peu sensibles.

En présence de cette inflammation d'une nature spécifique, et me rappelant les succès nombreux que j'ai obtenus dans les cas de diphthérite pharyngienne, j'institue un traitement spécifique, je promène sur toute la surface vaginale couverte de fausses membranes, un crayon de nitrate d'argent que je passe à plusieurs reprises; toute la pseudo-membrane devient blanche, je pousse une injection aqueuse tiède, la malade exprime une assez vive douleur.

Deux jours après cette large cautérisation, j'examine le mal et je constate que, sur plusieurs points, la fausse membrane tombe en *deliquium*, et qu'elle a même déjà laissé un peu la muqueuse à nu. Je réitère la cautérisation; j'ordonne des injections avec la décoction de bistorte légèrement aiguisée d'alun.

Au bout de quelques jours et après deux autres cautérisations, la fausse-membrane disparaît totalement, mais la muqueuse resta encore rouge, sans plaie et sécrétante; il fallut continuer un traitement astringent, *intùs et extrà*, pour obtenir la guérison.

Je regrette aujourd'hui, vivement, de n'avoir pas rédigé cette observation avec tous les détails qui l'auraient rendue complète, je la donne telle que je la retrouve dans mes notes; ce que je tenais surtout alors à constater, c'est la nouveauté, pour moi, c'est-à-dire l'existence de la diphthérite vaginale; aussi je donne ceci non pour une observation complète, mais seulement pour la constatation d'un fait rare et intéressant.

Je viens de m'expliquer sur le nitrate d'argent solide, je vais dire ce que j'ai observé par la cautérisation liquide. J'ai fréquemment employé les solutions de nitrate d'argent en injection, et je dois dire, tout d'abord, que j'ai dû y renoncer; d'abord cette médication, cette cautérisation m'a toujours paru aveugle. En effet, si l'on injecte, surtout sans avoir appliqué le spéculum, on agit sur toute la membrane lorsque la maladie peut n'être que partielle; par exemple, ne sait-on pas que la leucorrhée est souvent entretenue par de légères excoriations du museau de tanche, par des granulations: pourquoi, dans ce cas, cautériser toute la membrane, lorsqu'une cautérisation restreinte suffit, et puis, dans certains cas déjà signalés plus haut, lorsque l'écoulement a son siége dans la cavité du col utérin, l'injection n'y saurait parvenir, puisque toujours son orifice externe est bouché par des mèches d'un mucus concret, qu'on a même beaucoup de peine à détacher avec les tampons ajoutés au bout de bâtonnets disposés exprès.

J'irai même plus loin; dans un grand nombre de cas, les injections de solution de nitrate d'argent sont à peu près complètement inefficaces et ne produisent aucun effet dans le vagin. J'ai souvent donné aux malades non des injections, mais bien des bains locaux avec la solution de nitrate d'argent (10 grammes de sel argenté fort pour 120 grammes d'eau distillée), c'est-à-dire qu'après avoir appliqué le spéculum, j'ai versé la solution, que j'ai laissée en contact et pendant cinq ou six minutes et plus, et lorsque j'ai eu évacué la solution, la membrane, le plus souvent, n'a pas changé de coloration, tandis que le moindre contact du bâton de nitrate d'argent solide laisse une trace caractéristique; aussi, et en principe général, je pense que la cautérisation directe doit être préférée à la cautérisation par tamponnement et par injection, et, dans tous les cas, le nitrate d'argent solide à la solution du même sel (1).

odeur caractéristique; de plus, la cautérisation énergique avec l'azotate d'argent fondu faisait *rapidement* détacher la pseudo-membrane et laissait voir la muqueuse sous-jacente, rouge *mais entière*; quelques plaques, après être tombées, se reformaient pour tomber de nouveau sous l'influence de l'azotate d'argent. Est-ce ainsi que se comporte une escarre gangréneuse? Je ne le pense pas.

Et puisque le hasard m'a conduit sur ce sujet, qu'il me soit permis de dire un mot du traitement qui m'a le mieux réussi: les sangsues dans les cas de réaction vive, les cautérisations locales et surtout l'émétique à dose rasorienne.

Avant d'avoir recours à ce dernier moyen, j'avais vainement employé l'émétique, l'ipéca à dose vomitive, le sulfate de cuivre, les insufflations de calomel et d'alun, les onctions hydrargiriques, le vésicatoire, etc., rien n'avait réussi; enfin, dans un cas où justement il y avait une diphthérite pharyngienne, en même temps que j'employais les cautérisations énergiques au nitrate d'argent, j'administrai l'émétique d'après la formule suivante:

Eau sucrée	100	grammes.
Émétique	20	centigrammes.
Sirop diacod.	12	grammes.

Chez une petite fille de 9 ans, j'ai porté la dose jusqu'à 30 et 40 centigrammes; l'émétique, après son effet habituel, était toléré, et sur les six derniers cas que j'ai soignés par ce traitement, j'ai obtenu quatre succès chez les petites filles suivantes:

Sicaud, âgée de 2 ans 1/2 (croup ou diphthérite laryngo-pharyngienne).
Meunier, âgée de 4 ans (croup laryngien très grave).
Nicolas, âgée de 9 ans (*idem*).
Louise Laurent, âgée de 4 ans (croup ou diphthérite laryngo-pharyngienne).

Aussi pensé-je que c'est à l'émétique à haute dose qu'il faut demander la cure réelle du croup. A dose vomitive, on ne combat qu'un accident, l'obturation du larynx par les fausses membranes; l'émétique à haute dose, au contraire, ce fluidifiant par excellence, combat la diathèse morbide sous l'influence de laquelle l'albumine de l'économie se concrète et passe à l'état de membrane; l'une s'adresse à un épiphénomène de la maladie, l'autre à son essence, à sa spécificité même; l'une est palliative, l'autre curative.

Je dirai même plus, je suis convaincu que les croups qu'on a prétendu avoir guéris par les vomitifs donnés coup sur coup, l'étaient bien moins par l'action vomitive que par l'émétique absorbé par les petits malades.

(1) Malgré l'efficacité de la cautérisation par le nitrate d'argent, je ne pense pas que l'on puisse complètement se dispenser de tout autre traitement; aussi, concurremment, j'emploie surtout le poivre cubèbe à l'intérieur, et j'en fais des décoctions que j'emploie en injection. Par ce traitement seul j'ai réussi bien souvent à guérir des flueurs blanches abondantes, sans avoir recours à la cautérisation, avantage bien précieux, surtout quand on a affaire aux dames du monde, pour lesquelles des scrupules de pudeur rendent si pénible l'application du spéculum.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — Service de M. le professeur MALGAIGNE.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU FÉMUR.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Avant de vous dire les moyens que j'emploie pour combattre cet angle, je crois nécessaire de vous apprendre comment je le comprends, comment je l'ai trouvé, et comment il a une si grande influence sur le raccourcissement du membre.

Les faits nombreux de fracture du fémur avec raccourcissement, que j'ai pu recueillir, soit dans ma pratique, soit dans celle des autres, l'étude que j'ai faite des pièces de nos musées, mes expériences dans les amphithéâtres m'ont appris qu'il est excessivement rare que le fémur fracturé garde sa position normale, qu'il y ait simple chevauchement. Le fragment supérieur se porte presque toujours dans une abduction plus ou moins prononcée; par suite de cette abduction, le grand trochanter remonte au-dessus du niveau de la tête, se porte en dedans, tandis que, par un mouvement contraire, cette dernière s'incline en bas et en dehors, en roulant dans sa cavité. Le fragment inférieur a remonté à son tour. Alors il y a un angle saillant en dehors, angle qui ne saurait se produire sans entraîner un raccourcissement du membre.

Cet angle, Messieurs, et le raccourcissement qui en est la suite, ont été complètement oubliés par les chirurgiens, et je le considère comme le fait capital des fractures du fémur. Je n'ai rencontré, dans l'histoire de l'art, qu'une seule observation où il ait été pris en considération.

Le fait est de Fabrice de Hilden; il s'agit d'une jeune fille qui s'était fracturé le fémur au-dessous du trochanter. Le chirurgien s'étant aperçu que le membre se déjetait fortement en dehors, chercha à le repousser en dedans à l'aide d'une gouttière métallique. Mais le fait resta isolé, même pour le chirurgien qui l'avait traité; et il resta comme non avenu pour les autres.

Boyer, Astley Cooper avaient dit: Il y a déplacement des fragmens en avant, et par suite angle antérieur; mais, outre que cet angle antérieur, dans les cas excessivement rares où il peut se rencontrer, n'a jamais l'étendue que lui ont assignée ses auteurs; outre qu'il est toujours combiné avec le déplacement en dehors, il n'a pas certainement la même importance que l'angle externe, au point de vue du raccourcissement.

Cet angle externe manque rarement; et c'est à peine si j'ai vu quelques cas de fracture du fémur, sans que, soit primitivement, soit consécutivement, les fragmens se soient portés en dehors. Je vous apprendrai tout à l'heure le rôle que l'action musculaire, et le coude que fait naturellement le fémur, jouent dans la production fatale dans ce déplacement. Ainsi,

---

le Nègre ne devient pas blanc sous les latitudes de l'Amérique septentrionale. » On retrouverait ainsi dans les types, dans certains types humains, ce caractère de permanence et de constance que nous avons signalé dans les espèces animales. Cela n'est pas seulement vrai dans les types généraux, mais il l'est encore dans les types secondaires de race, de nation, de famille. Ainsi le Juif portugais et le Juif allemand ont conservé une grande conformité de traits; ainsi Edwards distinguait encore les descendans des Celtes gaëls des Celtes kimris; ainsi les gentlemen d'outre-Manche présentent un type aisé à reconnaître et différent du type populaire anglo-saxon; ainsi se maintiennent avec les mêmes caractères de physionomie plusieurs maisons nobles, princières et souveraines.

Devons-nous en conclure que ces types soient des types créés, que chaque type de peuple, de tribu, de famille ait apparu, dès le commencement, ce qu'il est aujourd'hui, et que le Français d'origine franque ou normande soit d'une autre espèce que le Français d'origine phocéenne, ligurienne ou romane. La loi de persistance des types est un fait de génération et d'hérédité qui transmet et conserve, aux descendans, les qualités acquises aussi bien que les qualités naturelles, qui atteint et enveloppe tous les types modifiés par une influence grande ou petite, générale ou partielle. L'histoire, avec le petit nombre de siècles qu'elle nous raconte, peut nous dire à peu près ce qu'il faut de temps aux types secondaires pour se former et s'altérer, combien de temps ils peuvent persister en dehors des influences qui les ont amenés; mais elle n'a pu encore nous révéler ce secret pour les types généraux, pour le type nègre surtout, auquel s'applique particulièrement l'objection de la persistance des types.

Qui peut nous dire, par exemple, depuis quand les Nègres océaniens et les Polynésiens, si différens de formes et de couleurs, habitent les uns à côté des autres, les mêmes parages maritimes, et sont placés dans des conditions climatériques identiques? Personne, sans doute. « Depuis trois ou quatre mille ans *peut-être*, » répond toutefois M. Bérard. Ce *peut-être* représente très bien le silence de l'histoire dont je parlais tout-à-l'heure, mais il ne saurait répondre pour elle, surtout quand il s'agit de contrées qui, il y a à peine un siècle, nous étaient inconnues. Ces trois ou quatre mille ans se réduisent *peut-être* à trois cents ans, période bien courte qui nous sépare de la colonisation de l'Amérique par les Européens et de la transportation des Nègres africains sur ce continent. Notons, en passant, que les colonies se sont recrutées sans cesse de nouveaux colons et de nouveaux esclaves qui, tous les jours, ont fortifié leurs races respectives.

Loin d'être permanens, certains caractères typiques se modifient à ce point sous l'influence des conditions extérieures, que des différences se trouvent, dans une même contrée, dans un même peuple, entre ceux qui habitent la crête des montagnes et ceux qui habitent les vallées, entre l'habitant des plateaux et celui de la plaine. En Suisse, dans les Alpes, dans les Pyrénées françaises et espagnoles, dans le Tyrol, on voit les villages élevés peuplés de gens à cheveux blonds, au teint blanc, et les villages plus bas peuplés de gens à cheveux noirs, au teint brun. Les syro-arabes deviennent noirs en Abyssinie, blancs et blonds sur les montagnes de l'Hyémen. La peau et les cheveux du Berbère sur l'Aurès, de l'Indou sur l'Hymalaya, ont une teinte claire qui contraste avec la teinte brune et même noire du Berbère et de l'Indou des bas-pays. Les Hottentots, qui représentent la race nègre, prennent une teinte pâle sur le plateau élevé de l'Afrique australe.

Bien plus, les grands types eux-mêmes, considérés dans leur ensemble, procèdent par nuances, soit en se rapprochant, soit en s'éloignant les uns des autres. « Tandis que, dit M. Hollard, les deux grands types nègre et mongol vont se développant de plus en plus sur les vastes régions de l'Asie et de l'Afrique, le type caucasique, placé entre les deux précédens, semble leur donner la main à droite et à gauche, de l'Inde à l'Egypte, en se dégradant insensiblement, progressivement, sous l'empire excessif de la nature, celle-ci ayant découragé l'intelligence ou l'ayant endormie; les sens, les appétits et le développement organique qui leur correspond ayant prévalu peu à peu sur les facultés supérieures et sur leur organe, et par lui sur l'ensemble des formes, » M. Serre a dit que chaque race humaine renferme en elle-même le germe des types des autres races. Cette parole, en apparence étrange, est au fond vraie; non seulement l'œuvre combinée des siècles et des lieux l'a démontrée dans la transformation des types, mais encore l'observation nous la démontre chaque jour quand nous voyons au sein de nos populations appartenant au type supérieur, des ébauches assez reconnaissables de type nègre, mongol et d'autres moins excentriques.

L'homme est donc un par la nature qui lui a été donnée, divers par les modifications qu'il a subies. En vain objecte-t-on la persistance des types, la difficulté des lointaines migrations, les impossibilités d'acclimatement, rien ne s'oppose, tout concourt au contraire à la démonstration de l'unité d'espèce c'est-à-dire à l'unité d'origine et de berceau. La philologie, quand elle est invoquée, donne en faveur de la filiation des peuples que séparent d'immenses espaces des preuves vraiment merveilleuses. L'histoire, quand elle parle, nous montre la puissance extraordinaire de cet instinct de déplacement qui a amené du fond de l'Asie sur l'Europe des flots successifs de barbares et qui semble plus que jamais appelé à mêler les races humaines, aujourd'hui que les landes, les mers et les montagnes ne sont plus des obstacles. La zoologie quand on l'interroge, nous apprend que tous les mammifères, se ressemblant par un caractère commun, persistant, quel qu'il soit, et qui, alliés entre eux, formant à l'infini race et lignée, constituent une seule et même espèce. L'anthropologie, mettant à profit ces données de la philologie, de l'histoire et de la zoologie, n'a plus qu'à s'incliner devant la doctrine de la Genèse et de l'Evangile; elle n'a plus qu'à décrire les variétés de l'espèce humaine, à en apprécier les transformations diverses et à en proclamer l'unité. A l'argument de la persistance des types, si on persiste à l'opposer, qu'elle réplique en montrant les variétés énergiques et belles que créent les alliances entre les blancs et les noirs, entre les Mongols et les Caucasiens, et qui semblent, défiant toutes les opiniâtretés de race, annoncer à l'humanité son retour lent, mais assuré, à un type unique. Ce retour, c'est le mélange des races qui l'effectuera, avec le secours et par la domination universelle de la civilisation chrétienne. Ainsi sera réalisé dans les faits le principe de la fraternité humaine affirmé par la Religion, confirmé par la science et préparé par l'industrie.

dans les cas où les fragmens ne se sont pas abandonnés, dans ceux même où ils sont engrenés, cet angle se produit souvent; mais que la fracture soit oblique, qu'elle soit sous-trochantérienne, qu'elle occupe la diaphyse, il ne manquera presque jamais.

Ce déplacement angulaire n'a pas seulement pour inconvénient la difformité qu'il détermine, il en a un bien plus redoutable, c'est le raccourcissement. Lors de mes premières observations, alors que je venais de le découvrir, je ne soupçonnais pas toute son importance. Je voyais bien que, sous son influence, le membre était raccourci (comme un bâton que l'on plie perd de sa longueur par le rapprochement de ses extrémités); mais je ne tenais pas compte de l'angle que le col du fémur forme avec le corps de l'os, ni de la hauteur à laquelle peut siéger l'angle de fracture; point très important, comme vous allez le voir.

Un jour il me tomba entre les mains une pièce pathologique venant du musée du Val-de-Grâce, et que j'ai fait dessiner dans mon atlas. C'était une fracture double du fémur sans chevauchement, qui présentait un déplacement angulaire très prononcé. Je voulus savoir ce que cet angle avait diminué de la longueur de la cuisse. En conséquence, je pris un fémur de même taille, je mesurai mes deux os et je fus effrayé du raccourcissement. Alors je fracturai des fémurs à diverses hauteurs; je les mesurai sous divers angles et j'arrivai à ces conclusions: 1° Lorsque le fémur se coude il y a nécessairement raccourcissement; 2° le raccourcissement augmente avec la flexion; ces deux propositions sont évidentes; 3° le raccourcissement augmente pour un même angle de fracture, à mesure que celui-ci s'éloigne du centre de l'os; 4° le fémur étant un levier coudé, l'angle que fait le col avec le corps de l'os, ou, en d'autres termes, l'obliquité du col influence le raccourcissement et doit être tenu en grande considération. Ainsi, les individus qui auront un angle trochantérien plus ouvert, auront, pour le même angle de fracture, moins de raccourcissement que ceux qui auront un angle trochantérien plus petit. Une expérience très simple vous montrera l'importance du déplacement angulaire. Découpez un fémur sur une feuille de papier en le laissant encore adhérent par son extrémité inférieure, courbez-le successivement en différens points de sa longueur, de manière à simuler le déplacement angulaire; variez les angles de flexion et alors la vérité des proportions que je viens de formuler devant vous, deviendra évidente pour tous.

Le chevauchement seul peut-il donner des résultats analogues? Non Messieurs. Ici, en effet, le raccourcissement ne dépend que d'une seule chose, l'étendue du chevauchement. Le raccourcissement et le chevauchement sont toujours dans un rapport direct, l'angle trochantérien n'y est pour rien. Là, au contraire, la grandeur de l'angle de fracture, son siége, l'angle trochantérien, tout influence le raccourcissement d'une manière très remarquable. J'avais donc raison de vous dire que le déplacement angulaire était le point capital de l'histoire des fractures du fémur; d'où cette indication pratique très importante que le chirurgien ne devra pas perdre de vue dans le traitement: prévenir l'angle, le combattre lorsqu'il est arrivé. Ceci, Messieurs, n'est pas toujours facile.

Le meilleur moyen pour le combattre avantageusement, est d'en connaître les causes et le mode de formation.

Dans les premiers temps, il me semblait que les malades avaient éprouvé du prurit, de l'irritation à la partie interne de la cuisse, et qu'en y portant la main, ils avaient eux-mêmes repoussé les fragmens en dehors. Puis, en ayant rencontré plusieurs chez lesquels une pareille cause n'était point admissible, j'avais accusé le paillasson et l'attelle interne des appareils ordinaires, qui, en écartant les cuisses à leur partie supérieure, tendaient par là même à rejeter en dehors les deux fragmens. La pression du lacs contre-extenseur dans l'aîne produit aussi le même résultat lorsqu'on emploie l'extension permanente. Plus tard encore, ayant vu le même angle se reformer, j'observai que le bassin, en déprimant le matelas, entraînait avec lui la tête fémorale, tandis que l'autre extrémité du fragment supérieur restait en dehors.

Sans aucun doute, ces causes ont leur influence, et il est important de les signaler, afin que le chirurgien se tienne en garde contre elles. Mais elles ne rendent compte ni de la constance du déplacement, ni de l'étendue qu'il acquiert quelquefois.

Je pense aujourd'hui qu'il faut surtout accuser l'action musculaire. Les muscles adducteurs de la cuisse représentent la corde d'un arc figuré par le col et le corps du fémur. Quand cet arc est rompu, ces muscles si puissans agissent pour en rapprocher les extrémités. Ils ne rencontrent aucune résistance; loin de là, les muscles qui s'insèrent au grand trochanter ne peuvent que favoriser le mouvement d'abduction qui porte le fragment supérieur en dehors. Les causes mentionnées plus haut ajoutent encore à l'effet général.

Maintenant, Messieurs, que je vous ai signalé les écueils, et vous voyez qu'ils sont nombreux, je vous dirai les moyens que j'emploie pour les éviter.

Je vous ai dit que je ne connaissais pas de moyen efficace de remédier au chevauchement, je vais vous en indiquer un pour combattre l'angle. Lorsque vous avez un bâton plié, et que vous voulez le redresser, deux moyens se présentent à vous, ou tirer sur les extrémités, ou presser directement sur l'angle.

La traction sur les deux bouts du bâton n'est pas assurément sans valeur; mais l'instinct seul nous apprend à lui préférer la pression directe.

C'est donc aussi à la pression directe que nous avons recours; et vous m'avez vu l'employer sur le malade qui fait le sujet de cette conférence. L'angle s'était produit dès les premiers jours du traitement; et avec l'appareil que je vais vous décrire dans un instant, nous avons pu très rapidement en demeurer maître, et l'effacer presque complètement.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, car il est quelquefois impossible de réaliser les conditions nécessaires à son emploi, c'est-à-dire la fixité des extrémités du levier coudé. Cette fixité, qu'il est facile d'obtenir dans les fractures de la diaphyse, manque complètement dans les fractures sous-trochantériennes. Aussi, est-ce en ce point surtout que le déplacement angulaire est redoutable, et je ne sais même si mes efforts pour le combattre ont jamais été couronnés d'un succès complet.

Voici, Messieurs, en peu de mots, la méthode qui m'a le mieux réussi. Je fais exercer une traction modérée sur le bassin d'une part, sur le pied de l'autre. Avec les deux pouces epr esse graduellement sur l'angle saillant, jusqu'à ce qu'il soit effacé.

Pour maintenir la réduction, ce qui est le plus difficile, je fais coucher le malade la tête modérément élevée, les deux membres inférieurs étendus à côté l'un de l'autre. Une cravate tient liés et rapprochés les deux pieds, une autre les deux genoux.

Je place alors en dehors de la cuisse fracturée une large attelle qui doit dépasser en haut la crête iliaque, et en bas atteindre le mollet. Un coussin, beaucoup moins long, est interposé entre l'attelle et la cuisse, seulement sur le sommet de l'angle. Lorsqu'il s'est produit, l'extrémité supérieure de l'attelle est alors attirée contre la crête iliaque à l'aide d'une cravate, d'une bande de diachylon, ou mieux encore d'une ceinture bouclée, qui fait le tour du bassin; l'extrémité inférieure est rapprochée de même par deux liens du même genre, l'un au-dessus, l'autre au-dessous du genou. Mais il ne faut pas s'imaginer qu'on a tout fait en appliquant l'appareil. D'abord il peut se relâcher, et il faut s'assurer chaque jour s'il a gardé la striction nécessaire, il faut en outre se prémunir contre les causes secondaires que nous avons signalées; en un mot, exercer une surveillance de tous les instans: le succès est déjà bien difficile à ce prix.

Bastien et L. Lefort.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

Séante à la Faculté de médecine.

Présidence de M. Barth. — (Extrait des procès-verbaux.)

Rapport sur le Bulletin *de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne*, par M. Ludger Lallemand.

Persuadés de la puissance des efforts collectifs pour l'avancement des intérêts professionnels et scientifiques, et pénétrés des avantages qui doivent résulter des réunions périodiques dans lesquelles les faits, observés et recueillis par chacun, seraient soumis à l'appréciation et à la discussion éclairée de tous, les médecins et les pharmaciens de Limoges avaient organisé, en 1840, une Société de médecine et de pharmacie, à la fondation de laquelle prirent part leurs confrères du département de la Haute-Vienne. Malheureusement il arriva, pour cette Société, ce qui arrive souvent pour les plus belles résolutions humaines. Au zèle et à l'activité des premiers jours succédèrent le relâchement et la tiédeur; et la Société, abandonnée peu à peu par ses membres, finit par se dissoudre.

Le personnel médical de Limoges, s'étant augmenté dans ces dernières années, de jeunes médecins dont l'ardeur rendit un nouvel essor aux idées d'association scientifique, la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne s'est reconstituée, et elle vient de publier sous le titre de *Bulletin* le résultat de ses travaux pendant l'année 1852.

Ce *Bulletin* comprend deux parties: le compte-rendu des séances rapporté sous forme de procès-verbaux, et les mémoires présentés à la Société, qui sont imprimés textuellement.

Dans les premières séances, plusieurs membres, se plaignant de l'abandon dans lequel se trouvent les intérêts et la dignité des professions médicale et pharmaceutique, ont demandé s'il ne serait pas possible de remédier à ce fâcheux état de choses. Cette question, si importante et si délicate, est bien difficile à résoudre.

La médecine, considérée comme profession tout individuelle dans son action et dans son exercice, me paraît, par le fait même de cette individualité, peu susceptible d'organisation.

Ensuite, il faut bien le dire, quoi qu'ils fassent, il sera difficile aux médecins de lutter, non seulement contre le charlatanisme, mais encore contre la faiblesse, l'ignorance et les préjugés qu'on ne rencontre que trop souvent dans toutes les classes, à des degrés divers, et sous des formes différentes, triste aspect de notre nature, qui, malheureusement, durera autant que le genre humain.

On a rappelé des faits curieux qui donnent une idée, peu avantageuse, de la reconnaissance des cliens en général, et de ceux du département de la Haute-Vienne en particulier; entre autres, celui d'un médecin

---

Il est un ordre de faits que l'anthropologiste ne doit pas négliger: je veux parler des révolutions partielles survenues dans notre planète, des montagnes qui se sont élevées, des terres qui se sont affaissées, des continens qui ont été recouverts par les eaux, des mers et des îles qui sont devenues des continens, de tous ces mouvemens géologiques qui ont pu mettre des océans, des déserts et des glaces entre des peuples jouissant jadis de voies de communication aujourd'hui introuvables, et ayant perdu jusqu'au souvenir de leur origine, que prouvent seules quelques traces de leur ancienne langue et de leur ancien type.

Tel est le système d'argumentation sur lequel repose la doctrine de l'unité spécifique de l'humanité, que M. Hollard a admirablement développé, auquel je n'ai presque rien ajouté, duquel j'ai dû beaucoup retrancher, et qu'il faut suivre dans son livre si aisé à lire, si bon à méditer, si élégant et si substantiel.

Les choses étant ainsi, une question nouvelle est posée: L'espèce humaine fait-elle partie du règne animal, division des vertébrés, classe des mammifères, ordre des bimanes, genre homme, ainsi que cela se dit en histoire naturelle, ainsi que cela a été écrit par G. Cuvier?

L'espèce humaine n'est point une espèce animale; elle ne forme ni ne concourt à former un ordre, un genre, une espèce zoologiques; elle constitue à elle seule un règne, le règne humain. Dire avec Aristote, avec Cicéron, que l'homme est un animal doué de raison, *animal rationis particeps*, c'est comme si l'on disait que l'animal est un végétal doué de digestion et de locomotion, que le végétal est un minéral doué de nutrition. Le règne humain est séparé du règne animal par des différences radicales, des barrières infranchissables; telles sont les idées et les notions, dont la possession constitue le libre arbitre, le langage parlé ou figuré qui propage ces idées et ces notions, la tradition, la religion, la morale, la politique et l'histoire, la science, l'industrie et les arts, l'exploitation progressive du globe et le perfectionnement indéfini des moyens d'action sur la matière, le progrès, enfin, que les générations humaines accomplissent en toutes ces choses inconnues, impossibles, inimaginables, dans les générations animales. Ces différences équivalent certainement à celles qui séparent les deux autres règnes organiques, et qui, en définitive, consistent en un système d'alimentation substitué ou ajouté à un autre. Ces différences autorisent la proclamation du règne humain.

C'est à la démonstration de cette haute situation de l'homme dans la création, que concourt, comme je l'ai dit en commençant, l'introduction et la première partie du livre de M. Hollard; nulle part n'ont été mis en plus vive lumière les caractères psychologiques et physiologiques propres à l'homme; nulle part n'ont été plus simplement exposés les rapports de l'humanité avec la nature qui a été préparée pour son avénement, et qui se plie, chaque jour davantage, à sa royale volonté.

L. Cerise.

COURRIER.

Nouvelles du choléra. — Nous n'avons à signaler ni extension bien rapide, ni recrudescence bien marquée dans la marche du choléra en Angleterre. A Newcastle et à Gateshead, le nombre des décès reste toujours très peu considérable, 6 le 12 et 3 le 13 octobre; mais le nombre des diarrhées est encore assez grand, surtout dans cette dernière ville. A Liverpool il n'y a pas eu de nouveaux cas: mais il est mort 6 personnes parmi celles qui avaient été frappées antérieurement, et il reste encore 37 cholériques à l'hôpital. L'influence pathogénique reste donc toujours en permanence en Angleterre, et si elle ne s'est pas traduite jusqu'ici par de grands ravages, l'extension qu'elle acquiert sourdement dans les endroits les plus éloignés les uns des autres, ne permet pas d'espérer qu'elle soit déjà arrivée à son terme. C'est ce qu'a très bien compris le Conseil général de santé et partout où la santé publique est menacée, inspecteurs, médecins et élèves, sont prêts à mettre en pratique le système de préservation dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs, et dont les résultats paraissent, au moins, d'une manière générale, avoir été satisfaisans.

—Le conseil général de la Seine-Inférieure a émis le vœu qu'une loi rendît la vaccine obligatoire.

— Rien n'annonce la prochaine exécution du projet dont il a été question sur la translation de la bibliothèque de la Faculté de médecine à l'hôpital des Cliniques. On dit, d'ailleurs, que ce projet a rencontré de grandes difficultés d'exécution.

— M. de Gisors, architecte, est chargé de faire élever le tombeau d'Orfila sur le plan qu'il a tracé. Ce plan, exécuté en relief, est obligeamment montré par M. de Gisors aux personnes qui désirent le voir.

— M. David (d'Angers) s'occupe, en ce moment, du modèle de la statue de Bichat, que le Congrès médical de 1845 a voulu ériger au grand physiologiste, dans la cour de la Faculté de médecine.

— Le nouveau projet d'organisation du service médical des bureaux de bienfaisance de la ville de Paris a été approuvé par M. le ministre de l'intérieur. Ce projet doit être mis à exécution dès le premier janvier. D'après une disposition de ce projet, les médecins des bureaux de bienfaisance, qui font aujourd'hui gratuitement ce service pénible, recevront désormais une indemnité pécuniaire.

— On lit dans la correspondance de Berlin: « Le docteur Lélut, médecin français distingué, est arrivé ici pour examiner les principales maisons d'aliénés, etc. Le ministre des cultes a donné l'ordre de le traiter avec la plus grande prévenance. »

— MM. Cazeneuve, directeur de l'École préparatoire de Lille, Evrard, médecin du lycée de St-Omer, et Musard, médecin du bureau de bienfaisance de la même ville, viennent d'être nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur.

— M. le docteur Conneau, premier médecin de l'Empereur, a passé par Marseille, se rendant en Corse.

— La première édition des *Lettres sur la syphilis*, de M. Ricord, étant entièrement épuisée, une seconde édition, complètement refondue et considérablement augmentée, va être mise sous presse. Elle formera un joli volume in-18, format anglais.

qui, soignant une femme d'une fracture de l'avant-bras, à la suite de laquelle s'était déclarée une gangrène du membre, se vit obligé d'amputer le bras. La malade, une fois guérie, répondit par un procès à la demande de son médecin, qui réclamait ses honoraires, sous prétexte que, n'étant qu'officier de santé, il n'avait pas le droit de pratiquer une amputation sans être assisté d'un docteur. Le tribunal donna raison à la cliente, et le pauvre officier de santé fut condamné. Si la reconnaissance est quelquefois bien lourde à porter, elle paraît spécialement pénible au malade dès qu'il n'a plus besoin de son médecin.

Ce n'est pas d'aujourd'bui qu'il en est ainsi, comme le prouvent ces beaux vers d'Henricus ab Heers, que je vous demande la permission de vous citer :

Tres medico vultus : Nam primum quando vocatur,
  Jamjam adjuturus, creditur esse *Deus*.
Inde, ubi se paulûm morbi violentia fregit,
E supero *Genius* creditur axe dotus :
Sed, cum, curato poscit sua præmia morbo,
Non Deus aut Genius, sed Cacodæmon adest.

La Société, frappée des difficultés de la question, n'a pas voulu se prononcer sur ce qu'il y avait à faire. Elle a ajourné sa décision, appelant, de ses vœux, des améliorations qui protégent, à un égal degré, les intérêts et la dignité professionnels.

Anévrysme faux consécutif de l'artère humérale, guéri par l'électro-puncture.

M. le docteur Ricard a présenté l'observation d'un anévrysme faux consécutif de l'artère humérale, survenu à la suite d'une saignée, et guéri par l'électro-puncture.

La tumeur, développée au pli du bras, avait le volume d'une noix et était le siége de battemens distincts. M. Ricard fabriqua une pile à colonnes au moyen de quarante plaques de cuivre et de zinc, de dix centimètres carrés, en interposant, entre chaque couple, un morceau de drap imbibé d'eau aiguisée d'acide chlorhydrique. Cette pile improvisée fonctionna avec assez de puissance. Il traversa la tumeur avec quatre épingles disposées en croix ; les fils conducteurs furent mis successivement en communication avec les deux épingles opposées. L'action de la pile fut continuée, sans interruption, pendant une demi-heure. Le malade ressentit des douleurs très vives. Deux mois après l'opération, la tumeur commençait à devenir dure, et présentait une diminution considérable, tant dans son volume que dans les battemens dont elle était le siége. Six mois après elle n'avait que le volume d'une noisette, et au bout d'un an elle avait disparu.

Gangrène consécutive à une application vicieuse de bandage.

Le même membre a rapporté l'observation d'une gangrène de la jambe, survenue chez un jeune homme de 16 ans, et qui nécessita l'amputation de la cuisse. Ce malade s'était fracturé le fémur à la partie moyenne. Le médecin qui fut appelé réduisit la fracture et appliqua un appareil de Scultet qui s'étendait de la hanche au genou.

Quinze jours se passèrent sans accident. Mais après ce terme on s'aperçut que la jambe, du côté malade, était noire et frappée de gangrène ; en même temps on remarqua, au-dessus du molet, une corde que le malade portait habituellement comme jarretière à demeure, et qu'on n'avait pas enlevée en posant l'appareil. Cette corde limitait très nettement, en haut, la gangrène qui s'étendait à toute la longueur de la jambe et du pied, et paraissait atteindre à une grande profondeur. Le malade n'éprouvait aucune douleur ; c'est en arrangeant son lit, et par hasard, que ses parens s'aperçurent de la couleur noire de la jambe.

M. Ricard, appelé seulement à cette époque auprès du malade, fut obligé de lui amputer la cuisse.

M. Ricard attribue la gangrène de la jambe à la constriction opérée par la jarretière et à l'arrêt de la circulation qui en fut la suite. Mais cette constriction, si elle a existé, n'était que secondaire. La jambe s'est tuméfiée auparavant et est venue, en quelque sorte, s'étrangler contre l'anneau inextensible formé par la jarretière. Cette tuméfaction me paraît devoir être attribuée à l'application vicieuse du bandage qui ne s'étendait que de la hanche au genou ; il est clair que cet appareil même, modérément serré, devait gêner la circulation dans le membre inférieur et amener la stase du sang, puis la tuméfaction, et peut-être, sans autre cause adjuvante, le sphacèle.

Il est de règle, quand on doit opérer une constriction assez forte et assez étendue pendant un temps prolongé, de l'étendre à tout le membre, en commençant par l'extrémité périphérique.

Si le médecin qui a appliqué le bandage avait agi ainsi, il aurait vu nécessairement cette malheureuse jarretière, et le malade aurait été sans doute préservé des terribles accidens qui ont amené sa mutilation.

A l'occasion de ce fait, plusieurs autres analogues furent rapportés, concernant des gangrènes plus ou moins étendues, survenues à la suite d'application de bandages. Ces accidens tiennent peut-être à ce que les appareils ont été placés trop peu de temps après la fracture.

Il est aussi de règle générale, de ne pas appliquer un bandage à demeure trop tôt : on doit au moins le faire d'une manière assez lâche, pour éviter l'étranglement par la tuméfaction qui suit l'établissement de la période inflammatoire ; il faut, enfin, relever souvent l'appareil, afin d'examiner l'état du membre et prévenir les accidens.

La Société s'est posé cette question : Quand un membre est frappé de mort, doit-on toujours recourir à l'amputation ?

Ou faut-il abandonner à la nature l'élimination des parties gangrenées ?

Ces deux opinions ont été soutenues dans le sein de la Société. « La dernière, dit un de ses membres, semble prendre faveur depuis quelques années. Les chirurgiens qui adoptent cette pratique, soutiennent qu'elle sauve la vie à un plus grand nombre de malades, et que les inconvéniens, qu'on lui reproche, sont pour la plupart faciles à combattre. Ainsi, l'emploi de poudres absorbantes et désinfectantes, la séparation, à l'aide du bistouri, des parties frappées de mort, puis la section des os quand il sont ainsi mis à nu, ramènent bien vite la plaie aux conditions d'une plaie ordinaire. » Le *Bulletin*, donne, à l'appui de cette manière de voir, une observation de gangrène de la jambe survenue à la suite d'une plaie artérielle, et une observation de gangrène de l'avant-bras consécutive à une fracture : L'amputation ne fut pas pratiquée ; on détacha les chairs frappées de mort, et l'os mis à nu fut scié. Les deux malades guérirent.

J'ignore si des chirurgiens ont formulé l'abstention de l'amputation dans les cas de gangrène intéressant tout un membre, et s'ils ont conseillé d'en abandonner en grande partie l'ablation aux efforts de la nature. Cette pratique ne me paraîtrait pas rationnelle. Par quels avantages seraient compensés les dangers inséparables de l'exhalation putride et de la suppuration prolongée sur une plaie vaste et irrégulière ? Je préfère dans ces cas, ne pas m'écarter des règles posées par les maîtres, qui ont, depuis longtemps, recommandé l'amputation dès que la gangrène est limitée.

Statistique de l'opération césarienne.

La Société a ensuite décidé, sur la proposition d'un de ses membres, de dresser l'inventaire exact des résultats de l'opération césarienne à Limoges et dans le département de la Haute-Vienne, pour aider à déterminer, au moyen d'une statistique vraie, la proportion des succès que donne cette opération en province. Il serait désirable que cet exemple fût suivi par la plupart des associations existantes.

Nouveau moyen de constater la pureté du chloroforme.

Le *Bulletin* contient dans la partie pharmaceutique, un fait de chimie intéressant : Il est possible de reconnaître, au moyen du chloroforme, la présence d'une quantité infiniment petite d'iode, dont la solution devient alors violette.

Si le chloroforme est altéré par un mélange d'éther, la solution ne devient pas violette, mais jaune caramel ou vineux. La réaction de l'iode sur le chloroforme est donc un bon moyen de reconnaître le degré de pureté de cette dernière substance.

Traitement de la rétroversion de l'utérus.

M. Bleynie a donné au *Bulletin* un mémoire sur les rétroversions de l'utérus, dont il a observé 4 cas, pendant la grossesse, et 1, 48 heures après l'accouchement. Dans ces cinq cas l'auteur a obtenu un succès complet en introduisant la main tout entière dans le vagin, pour aller saisir directement l'utérus, et le ramener dans une bonne direction, comme l'avaient fait avant lui, sans qu'il le sût, au moment de sa première opération, Lbomeyer et Nœgele.

La femme qui fait le sujet de la première observation, était au quatrième mois de sa grossesse. En mettant sur le feu une marmite pleine d'eau, elle avait senti que quelque chose s'était dérangé dans son bas-ventre ; depuis ce moment, elle n'avait pu ni uriner, ni aller à la selle, malgré les besoins pressans qu'elle en éprouvait, et les efforts qu'elle avait faits pour accomplir ces fonctions. La vessie arrivait presque à l'ombilic. L'utérus était couché dans l'excavation du bassin, son fond pesant sur le rectum, et son col appliqué contre la partie supérieure de la symphyse pubienne.

Après avoir vidé la vessie et cherché inutilement à redresser l'utérus, en refoulant le fond en haut avec deux doigts introduits dans le vagin, et en accrochant le col pour l'attirer au centre de l'excavation, M. Bleynie fit mettre la malade sur les genoux et les coudes, introduisit la main dans le vagin, la face dorsale tournée vers la concavité du sacrum, et, avec les trois doigts, indicateur, médius, annulaire, il refoula jusqu'au promontoire le fond de l'utérus qu'il poussa en avant vers le pubis.

Après la réduction, il fit coucher la femme sur le ventre, fit donner un lavement, et pratiqua le cathétérisme de la vessie deux fois par jour, afin que les exonérations fécales et urinaires se fissent sans efforts. La malade quitta le lit au bout de trois semaines, et porta à terme un enfant vivant.

Le même mode opératoire fut employé dans les quatre autres cas, dont M. Bleynie rapporte l'observation. Il compare son procédé avec les divers modes opératoires, proposés par les auteurs pour le redressement de l'utérus rétroversé pendant la gestation :

L'introduction dans le vagin, de deux doigts avec lesquels on refoule en haut le corps de l'utérus, pendant qu'on accroche le col avec l'indicateur de l'autre main pour le ramener en bas ;

Le procédé de M. Amussat, qui consiste à introduire un ou deux doigts dans le rectum, pour repousser le globe utérin ;

L'introduction de la main entière dans le rectum, proposée par Dussaussoie ;

Le moyen proposé par M. Évrat, qui consiste à introduire dans le rectum une baguette garnie à son extrémité d'un tampon, avec laquelle on refoule le fond de l'utérus de bas en haut, pendant qu'on accroche le col avec deux doigts portés dans le vagin, pour le ramener en bas et en arrière.

Celui de M. Halpin, qui, après avoir cherché inutilement à réduire l'utérus rétroversé, introduisit une vessie vide entre le fond de cet organe et le rectum, l'insuffla avec précaution et obtint un succès complet.

L'auteur pense que ces procédés sont loin, dans les cas difficiles, de répondre à toutes les indications. Tandis que l'introduction de la main entière dans le vagin permet de saisir l'utérus, d'en reporter le fond aussi haut qu'il est nécessaire de le faire, et de l'incliner en avant. En outre, la position donnée à la femme fait cesser la pression des viscères abdominaux sur l'utérus, et favorise la réduction de cet organe.

De la digitaline.

M. Lemaistre a présenté un travail concernant des expériences faites en 1850, sur l'emploi de la digitaline, par M. Andral, à l'hôpital de la Charité de Paris.

Les observations portent sur dix-neuf cas : dix affections du cœur, une albuminurie, une chloro-anémie, deux phthisies, trois hydro-thorax et deux rhumatismes aigus.

On a administré le médicament sous la forme pilulaire de MM. Homolle et Quévenne, dite granule, chaque granule contenant un milligramme de digitaline. La dose ordinaire à laquelle on arrivait progressivement était de quatre granules par jour. Des accidens toxiques ont été produits sur des sujets par six ou sept granules ; un autre a supporté impunément douze granules par jour.

On a noté l'action de la digitaline sur les différentes fonctions.

1° *Sur la circulation :* Elle diminue le nombre des pulsations du cœur et régularise les mouvemens de cet organe.

L'abaissement du chiffre des pulsations n'a pas été aussi considérable que l'ont dit des observateurs qui ont prétendu l'avoir vu diminuer de moitié, même des deux tiers. Dans le plus grand abaissement constaté par M. Lemaistre, le pouls est tombé de 104 à 64.

Cette différence dans les résultats obtenus par divers observateurs, dit avec raison M. Lemaistre, tient à ce qu'on n'a pas convenablement examiné le pouls avant l'expérience ; et qu'on a pris pour le pouls normal et habituel des malades l'état exagéré de la circulation, au moment où ils entraient à l'hôpital, sous l'empire d'une émotion qui accélérait ces mouvemens circulatoires.

Pour constater le chiffre exact des pulsations, M. Lemaistre a, au contraire, attendu que les malades fussent habitués à l'hôpital, apprivoisés, en quelque sorte avec leur médecin, et à l'abri de toute émotion.

2° *Sur l'appareil digestif :* Dans les premiers jours, elle est nulle ; mais au bout de quelque temps, on a remarqué des vomissemens assez persistans, et une irritation intestinale allant jusqu'à la diarrhée.

3° *Sur la respiration* : Elle n'a pas paru sensible. La diminution de la dyspnée tient surtout à l'action de la digitaline sur la circulation.

4° *Sur la sécrétion urinaire :* L'action a été considérable. La quantité des urines a été doublée, triplée, quadruplée dans les vingt-quatre heures ; elle fut jusqu'à trois fois plus considérable que celle des boissons ingérées. En même temps la densité des urines est descendue de 1016 à 1003.

La diurèse a donc lieu aux dépens des liquides de l'économie ; en outre, comme elle ne s'est produite qu'en proportion du ralentissement de la circulation et après ce ralentissement, M. Lemaistre conclut que la digitaline n'agit pas sur les reins et qu'elle n'augmente la sécrétion urinaire qu'en ralentissant la circulation.

M. Lemaistre a trouvé que la diurèse a été surtout abondante dans les cas d'œdème du tissu cellulaire, lequel a pu disparaître en quelques jours, tandis que l'action de la digitaline a été peu sensible sur les hydropisies des cavités séreuses. Il admet que la digitaline est surtout efficace dans les cas ou l'infiltration commence par le tissu cellulaire, et envahit secondairement les cavités séreuses. Son efficacité est, au contraire, douteuse, si l'hydropisie commence par les séreuses pour atteindre ensuite le tissu cellulaire.

5° *Sur l'innervation :* L'action ne se manifeste qu'au bout de quelques jours. Elle consiste dans la céphalalgie, le trouble et la diminution du sommeil, des révasseries, le trouble de la vue, les vertiges, les éblouissemens.

Conclusions : La dose habituelle de la digitaline est de deux ou trois granules. Elle agit surtout dans les maladies du cœur, où elle ramène la circulation à son chiffre normal et à la régularité. Elle agit contre les infiltrations du tissu cellulaire dans les maladies du cœur et l'albuminurie.

Ces conclusions sont entièrement conformes à celles auxquelles sont arrivés MM. Homolle et Quévenne.

Observation de bronchite pseudo-membraneuse.

M. Roche a présenté l'observation d'une bronchite pseudo-membraneuse, compliquée de phthisie pulmonaire.

Il s'agit d'une femme âgée de 30 ans, de tempérament lymphatique, de constitution faible, toussant babituellement ; qui, après s'être exposée à une pluie glaciale, éprouva des frissons, de la fièvre et une toux fatigante. Les accès de fièvre étant réguliers, le sulfate de quinine fut administré, ils disparurent avec la toux.

Deux mois après, le 5 octobre 1851, les accidens reparurent : fièvre, respiration difficile, matité sous la clavicule droite, râle sibilant et muqueux au-dessous de l'épaule gauche. En même temps, la malade rendait tous les jours, à des époques régulières, trois heures, sept heures du matin et cinq heures du soir, après des efforts de toux répétés et des menaces de suffocation, des fausses membranes d'un blanc mat, longues de 8 centimètres, et du volume d'une plume d'oie. Toutes ces pseudo-membranes sont semblables. Elles paraissent exactement moulées sur les mêmes rameaux bronchiques, qui, d'après leur volume, sont du second ordre. Elles sont de nature fibrineuse, de couleur blanche, percées d'un canal central, formées d'une branche principale qui se divise en rameaux et ramuscules ; elles se raccornissent dans l'alcool ; plongées ensuite dans l'eau, elles reviennent à leur volume primitif.

Cette expectoration dura pendant un mois avec les mêmes caractères. On pouvait quelquefois percevoir, à l'auscultation, comme un bruit de drapeau, produit peut-être par une fausse membrane incomplètement détachée.

Les accès fébriles revenant chaque jour, on continua le sulfate de quinine. Les signes de la phthisie se manifestèrent, et la malade succomba le 3 novembre.

L'autopsie ne fut pas pratiquée.

Cette observation intéressante est suivie d'un travail très bien fait, dans lequel sont rappelés tous les cas que la science possède sur les productions pseudo-membraneuses des bronches.

Les anciens auteurs en ont parlé sous le nom de croup chronique, polype bronchial, polype pulmonaire, catarrhe suffocant chronique, hydatides des voies aériennes, etc.

Fulpius prenait ces pseudo-membranes bronchiques pour des rameaux de l'artère pulmonaire. Lemery qui avait vu expectorer des *fibres blanches creuses* et ramifiées, les prenait pour des polypes formés dans les artères ou les veines des poumons. Marcorelle, Butler, pour la muqueuse des bronches elle-même. Laennec parle de ce qu'on appelait, avant lui, polypes des bronches. Le seul qu'il ait vu lui paraît être dû à la décomposition d'un caillot sanguin provenant d'une hémoptysie, lequel se serait arrêté dans une bronche. Joseph Franc a observé et bien décrit ces tubes pseudo-membraneux, creux et ramifiés, provenant de la trachée et des bronches.

M. Guersant père cite l'observation d'un jeune garçon de 13 ans, qui présentait tout les symptômes d'une pneumonie avec oppression, anxiété, et suffocation. Après une quinte de toux accompagnée de vomissemens il expectora plusieurs morceaux de tubes membraniformes ramifiés, de la longueur d'environ deux pouces, et guérit rapidement.

M. Cazeaux a publié en 1836, dans le *Bulletin* de la Société anatomique, une observation d'un fait analogue, recueillie avec le plus grand soin, et qui ne peut laisser aucun doute sur la nature du produit excrété. Il s'agissait d'une affection aiguë avec symptômes de pneumonie. La membrane expectorée avait la forme de rubans aplatis ou de tubes creux, formés par un tronc commun, se séparant, d'abord, en deux divisions principales successives, jusqu'à former sept divisions.

M. Valleix dit que d'après les descriptions que nous ont laissées les auteurs, ces fausses membranes, que M. Starr compare à du macaronni bouilli, présentent évidemment et constamment les mêmes caractères.

Je ne me permettrai qu'une remarque au sujet de l'observation intéressante de M. Roche. Je crois que la fièvre intermittente qui a ouvert la scène morbide n'était pas une fièvre vraie, mais une manifestation symptomatique et qu'elle aurait pu faire soupçonner au médecin le travail de la tuberculisation qui commençait dans les poumons.

On sait, en effet, que la phthisie, surtout la phthisie aiguë, s'annonce souvent par des accès fébriles, quelquefois très réguliers, affectant le type quotidien, rarement tierce, qui ont lieu avant que les signes plessimétriques et stéthoscopiques puissent déceler la présence des tubercules.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 125. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 20 Octobre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12 A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 19 OCTOBRE 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La séance d'hier échappe à l'analyse et à l'appréciation. Son mérite est tout entier dans le compte-rendu. Bornons-nous donc à indiquer les travaux qui s'y sont produits.

Un honorable et savant correspondant, M. Lepelletier (du Mans), en déposant sur le bureau deux ouvrages de sa composition, a voulu en donner une idée à l'assemblée, et en a présenté une analyse succincte. L'un est relatif à la question si controversée du système pénitentiaire, question que nous ne pouvons placer sur le terrain où M. Lepelletier l'a placée lui-même, et à l'occasion de laquelle nous n'oserions pas reproduire les opinions très nettes et très franches qu'il a exposées. L'autre ouvrage, plus de notre compétence, est consacré à l'exposition d'une doctrine médicale, fondée, dit l'auteur, sur la biologie, c'est-à-dire sur la science de la vie. De la vie, disons-nous, mais non pas, comme dans une école célèbre, considérée dans ses propriétés abstraites, mais envisagée comme un fait et dans les conditions de son existence. Ces conditions, M. Lepelletier les résume ainsi : conditions physiques, conditions chimiques, conditions *vitales*, conditions psychologiques. Nous soulignons le mot vitales, car il nous semble que M. Lepelletier sera retombé, sans le vouloir, dans la doctrine de ces fameuses propriétés abstraites qu'il a, dit-il, éloignées avec soin du sujet de ses préoccupations. Nous avouons avec humilité ne pas trop comprendre les conditions *vitales* de la *vie*. Mais ne préjugeons rien et attendons la publication de cette œuvre. Il nous est plus doux de dire que M. Lepelletier nous a rappelé, par son exposition élégante et facile, les jours où cet honorable confrère se livrait aux luttes des concours publics à notre Faculté de médecine, luttes dont il était un des plus redoutables et des plus sérieux athlètes.

Après cette exposition, M. Jolly a occupé la tribune et a lu la première partie d'un mémoire sur l'étiologie du choléra. Ce travail devant être publié dans l'UNION MÉDICALE, nous devons en réserver l'appréciation à nos lecteurs.

Une série de communications sur, pour, ou contre l'emploi de l'ergot de seigle dans la pratique des accouchemens, a donné lieu à M. Danyau de faire une série de rapports, dans lesquels on a retrouvé l'appréciation judicieuse, la critique éclairée et bienveillante, et le jugement sagace que ce modeste et savant académicien apporte dans tous ses travaux.

M. Robert-Latour a clos la séance par la lecture d'une observation, pleine d'intérêt, de péritonite suraiguë traitée avec succès par l'emploi des enduits imperméables. Cette observation sera publiée dans le prochain numéro.

Amédée LATOUR.

MÉDECINE PRATIQUE.

DE L'INFLAMMATION DU TISSU CELLULAIRE PÉRI-UTÉRIN, ET EN PARTICULIER DU PHLEGMON RÉTRO-UTÉRIN;

Par M. le docteur VALLEIX, médecin de la Pitié, etc.

On peut dire, d'une manière générale, que les données que nous possédons sur l'inflammation des tissus péri-utérins sont très vagues. On trouve, sans doute, dans les divers recueils de médecine, des cas évidens de cette inflammation, mais ces cas sont presque toujours des exemples de terminaison par suppuration, de véritables abcès du petit bassin, de telle sorte qu'on serait tenté, d'après ces faits, de croire que dans ces maladies la tendance à la suppuration est extrême, tandis que, comme on va le voir, elle n'a lieu que dans une faible minorité des cas. Ce fait seul suffirait pour prouver que la maladie elle-même n'a pas été convenablement étudiée, puisqu'en définitive, on n'en connaît bien qu'un mode de terminaison, qui n'est pas à beaucoup près habituel.

Ce qui prouve encore ce que j'avance, c'est que nulle part la maladie n'est décrite séparément. On en fait seulement mention en parlant des phlegmons de la fosse iliaque, des tumeurs du bassin, de l'inflammation des ligamens larges, d'où il résulte que les symptômes qui lui sont propres sont complètement négligés. Si donc, nous trouvons qu'elle a des symptômes et des signes qui lui sont propres, une marche particulière, deux modes principaux de terminaison; et si, d'un autre côté, nous pouvons la diagnostiquer avec précision, il ne sera plus permis de douter qu'elle n'ait bien souvent passé inaperçue. Aussi voyons-nous M. Satis (1) et M. Bennet (2), qui nous ont donné de bons travaux sur l'inflammation de l'utérus et de ses annexes, ne faire aucune mention spéciale de la maladie qui nous occupe.

J'ajoute cependant que, dans ces derniers temps, plusieurs auteurs anglais ont décrit, sous le nom de *pelvicellulitis*, l'inflammation du tissu cellulaire du petit bassin ; mais leurs descriptions laissent encore beaucoup à désirer, et ne s'appliquent pas avec rigueur à l'affection dont je vais donner l'histoire.

J'ai pu, dans l'espace d'un an et demi, observer : 1° 19 cas bien évidens de phlegmon rétro-utérin; mais 11 seulement ont été recueillis avec tous les détails nécessaires; 2° 3 cas d'inflammation anté-utérine; 3° 1 cas dans lequel l'inflammation avait son siége sur un des côtés du col; 4° 2 cas dans lesquels il existait à la fois une inflammation en avant et en arrière : en tout 25 cas. Sur ce nombre, 17 seulement peuvent servir, d'une manière complète, à l'histoire de cette affection.

Définition. — Je donne le nom *d'inflammation péri-utérine* à celle qui occupe le pourtour du point de réunion du col et du corps de l'utérus, et qui ne s'étend qu'accidentellement aux ligamens larges. On sait qu'entre le cul-de-sac antérieur du vagin et le cul-de-sac péritonéal correspondant, il existe un espace rempli par du tissu cellulaire très fin, signalé par les anatomistes et par les chirurgiens, parmi lesquels il faut citer principalement M. Jobert de Lamballe, qui a fait ressortir l'importance de cette disposition pour l'opération de la fistule vésico-vaginale; c'est dans ce point et dans un point correspondant à la partie postérieure, que se produisent les deux principales espèces d'inflammation péri-utérines (le phlegmon rétro-utérin, et le phlegmon anté-utérin). Dans un seul cas, j'ai trouvé une tumeur inflammatoire sur un des côtés de l'utérus, sans que la partie antérieure ou la partie postérieure fût atteinte.

Le nombre de faits que j'ai cités plus haut prouve que cette affection est assez fréquente, ce dont on se convaincra, quand, avec une connaissance exacte de ses symptômes, on pratiquera l'exploration des organes génitaux de la manière qui sera exposée plus loin.

Causes. — Il n'est pas encore possible d'indiquer avec précision toutes les causes de l'inflammation péri-utérine. A mesure que les faits se présenteront à l'observation, les la-

(1) *Des inflammations des annexes de l'utérus et des ligamens larges.* — Thèse, Paris, 1847.

(2) *Traité de l'inflammation de l'utérus*, traduit par M. Aran.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales

Par M. le docteur TARTIVEL.

XXV.

Histoire de l'école empirique.

Pendant la longue période que nous venons de parcourir, période de 600 ans environ, qui commence à Hippocrate et finit à Galien; nous avons vu la médecine naître, grandir et prendre, de jour en jour, plus de force et d'accroissement. De son berceau, protégé par le génie d'Hippocrate, nous l'avons suivie dans son développement progressif, et, à mesure que, tenant en main le fil de son histoire, nous avons marché avec elle, nous avons vu les faits s'accumuler devant nous, naître en foule sous nos pas ; l'horizon médical reculer et s'agrandir, si bien qu'aux approches et, pour ainsi dire, à l'aurore du grand jour où Galien va faire son apparition dans le monde ; nous trouvons la médecine infiniment plus riche, incomparablement plus avancée qu'aux temps hippocratiques. Comparez, en effet, ces temps à ceux de Cælius Aurelianus et d'Arétée, quelle différence immense sous le rapport du nombre des faits connus au point de vue de la perfection des doctrines !

Mais à mesure que les faits naissent et s'accumulent, les hypothèses surgissent et pullulent aussi pour les expliquer et en rendre compte. Dans toute cette grande période de la médecine antique, beaucoup de faits sont mis en lumière, sans doute, mais les hypothèses dominent, hypothèses souvent belles et admirables, il est vrai; presque toujours ingénieuses, brillantes émanations du génie, germes précieux des grandes découverte que les siècles futurs verront éclore. Oui, nous ne saurions trop le redire, parce que l'on ne doit pas se lasser de rappeler ce qui est vrai, la plupart des idées qui constituent la science moderne ont été déposées en germe au sein des doctrines nées dans cette première période de la médecine, qui s'étend d'Hippocrate à Galien, et le travail des siècles ultérieurs n'a guère été que de féconder ce germe, de le développer; de reprendre et de remanier ces idées, et surtout d'en trouver la preuve et d'en donner la démonstration. Les anciens, trop affirmatifs, n'étaient pas assez touchés de ce principe de philosophie qui défend l'entrée de la science à toute hypothèse qui n'aura pas été, préalablement, soumise au contrôle de l'observation et de l'expérience. Cette grande période de la médecine a fait une part trop large à l'hypothèse en la considérant comme principe même de connaissances, au lieu de la prendre seulement pour point de départ de travaux et de recherches.

C'est parce qu'ils témoignaient plus de souci de l'hypothèse que de l'observation et de l'expérience, que les divers médecins dont nous avons tracé l'histoire en commençant par Hippocrate, ont été désignés, avec raison, par le nom général de *dogmatiques*. C'est le dogmatisme médical ancien, que nous venons de passer en revue, c'est-à-dire que c'est la médecine procédant par voie de théories déduites, non pas d'un fait général résultant d'un ensemble de faits particuliers, mais puisées, simplement et uniquement, aux sources de l'hypothèse. Dans cette antiquité au sein de laquelle nous avons pénétré pour la connaître, le dogmatisme s'est présenté à nous sous deux formes : Nous avons vu : 1° le dogmatisme hippocratique, grand et fort, parce qu'il est simple et un ; 2° le dogmatisme alexandrin, petit et faible, parce qu'il est multiple et qu'il se divise en un nombre infini de sectes diverses dont les systèmes opposés se heurtent, se choquent, se combattent les uns les autres, triomphent et tombent tour à tour.

Cet esprit hypothétique ne meurt pas sous les coups de Galien, il reparaît après ce grand homme pour ne disparaître, définitivement, que vers le milieu du XVIe siècle. Galien lui-même, quoique à un point de vue différent de celui des médecins qui l'ont précédé, est un auteur éminemment dogmatique ; comme nous le verrons plus tard, lorsque le cours naturel de cette histoire viendra présenter à notre étude et à notre admiration cette grande et imposante figure de l'antiquité médicale.

Dans ce long espace de temps, par intervalles, quelques hommes élèvent la voix pour protester contre la direction dogmatique imprimée à la médecine, contre ces hypothèses admises partout, s'accumulant à l'envi les unes des autres et se détruisant mutuellement. Sans doute, ces hommes avaient raison dans la guerre qu'ils avaient déclarée aux hypothèses, mais ils ne surent pas se garer de l'écueil qu'ils avaient à craindre. Tombant dans l'excès contraire à celui qu'ils cherchaient à détruire, ils proclamèrent hautement le principe de l'observation exclusive, et, de même que leurs adversaires avaient à peu près abandonné l'observation et l'expérience, eux, à leur tour, ne laissèrent plus de place à l'hypothèse et au raisonnement. Ils ne comprirent pas le rôle important que l'hypothèse joue dans les sciences où elle devient, entre les mains des hommes de génie, l'occasion, l'origine et le point de départ des plus brillantes découvertes.

C'est à un disciple direct du célèbre anatomiste Hérophile qu'était réservée la gloire de s'emparer de ces tendances et de les formuler en un système destiné à devenir le fondement de la grande école empirique. Philinus (de Cos), élève d'Hérophile, avait été singulièrement frappé de ce principe établi par son maître, à savoir, qu'en thérapeutique, il fallait avoir égard seulement aux effets des remèdes connus par l'expérience, sans chercher à raisonner sur leur mode d'action, et sans s'inquiéter, dans leur administration, ni de la nature, ni de la cause prochaine des maladies. Il résolut de généraliser ce principe et de l'appliquer aux doctrines comme à la pratique médicales. Il déclara donc qu'il était impossible d'arriver à la vérité par l'hypothèse, et proclama l'expérience comme la seule base de la pathologie et de la thérapeutique. D'ailleurs, il excluait, d'une manière absolue, le raisonnement en médecine; il fallait toujours observer, sans jamais raisonner. Philinus devint ainsi le

cunes seront comblées. Voici ce que nous apprennent les faits que j'ai observés.

L'*âge* des malades a varié de dix-sept à quarante-deux ans. Aucune n'avait encore passé la grande période menstruelle, et cet fait mérite d'être remarqué, parce qu'il prouve que c'est à l'époque où l'utérus jouit de toute sa vitalité que se produisent ces inflammations qui ont pour siége le pourtour de cet organe.

Je n'ai rien vu dans la *constitution* ni dans le *tempérament* qui mérite d'être mentionné.

Sur les 17 cas, qui ont été recueillis avec soin, 11 étaient relatifs à des femmes qui avaient de la *dysménorrhée*, et cette dysménorrhée était due à une *congestion sanguine*.

Dans 3 cas sur 25, les malades avaient une *déviation utérine* qui avait été traitée par le *redresseur utérin*. Je ne place pas cette cause parmi les causes occasionnelles, parce que ce n'est pas immédiatement à la suite de l'application du redresseur que l'inflammation s'était produite; mais plusieurs jours après et lors de l'apparition des règles, les malades n'ayant rien éprouvé dans l'intervalle. Or, voici comment on peut expliquer la production de l'inflammation. D'une part, nous savons que la première apparition des règles après l'emploi du redresseur est marquée par une plus grande abondance du flux menstruel; le raptus sanguin est donc plus considérable. D'autre part, nous allons voir que c'est particulièrement pendant l'époque menstruelle que se produit l'inflammation dont il s'agit, parce que, sans aucun doute, les tissus qui environnent l'utérus sont alors le siége d'une hypérémie qui, lorsqu'elle est trop violente, peut dégénérer en inflammation. Ce rapprochement suffit pour nous faire comprendre comment le redressement de l'utérus, en favorisant ce raptus, favorise également la production de l'inflammation. Il ne faudrait donc pas croire que c'est en exerçant une violence directe sur l'utérus et le tissu qui l'entoure que l'instrument a donné lieu à cet accident. Il pourra en être ainsi dans quelques cas, si l'on agit sans précaution, surtout chez des malades dont les organes génitaux sont déjà enflammés; mais ce n'est pas de cette manière que les choses se sont passées dans les cas que je cite.

Enfin, j'ai vu deux cas dans lesquels les tissus péri-utérins étant douloureux et gonflés, présentant en un mot des signes d'*inflammation subaiguë*, les malades ont eu à plusieurs reprises, à l'époque menstruelle, une inflammation aiguë du tissu rétro-utérin, à laquelle les prédisposait évidemment l'inflammation préexistante. L'observation suivante en est un exemple remarquable :

OBSERVATION Ire. — *Phlegmon rétro-utérin. — Guérison prompte par résolution* (1).

En 1852, est entrée à l'hôpital de la Pitié, salle Ste-Geneviève, n° 25, une malade âgée de 22 ans, couturière.

Réglée à 13 ans, toujours bien, elle est devenue enceinte à 15 ans 1/2; la grossesse s'est bien passée, l'accouchement a eu lieu à terme, naturellement et sans accident. L'année suivante, elle a fait une fausse-couche à deux mois, sans savoir à quelle cause attribuer cet avortement. Cependant, sauf quelques légers malaises, elle avait toujours eu une bonne santé jusqu'à sa dernière grossesse, qui a été pénible et pendant la durée de laquelle elle éprouvait souvent une fatigue excessive, des douleurs dans l'abdomen et dans les lombes et avait des vomissemens fréquens. Il y a trois mois et demi, l'accouchement a eu lieu naturellement et à terme; la malade s'est levée le sixième jour.

(1) Recueillie par M. Gallard, interne des hôpitaux.

Depuis, la marche a toujours été pénible et difficile, douloureuse même; la malade éprouvait, outre une grande fatigue dans tous les membres, une sensation de pesanteur sur le rectum, avec douleurs expulsives. Les vomissemens ont continué. La miction et la défécation étaient douloureuses. Le coït surtout était extrêmement douloureux.

Cinq semaines environ avant de venir dans nos salles, cette malade fut traitée dans un service voisin, où elle ne resta qu'une huitaine de jours. Le traitement consista en applications de vésicatoires sur l'épigastre; aucune émission sanguine ne fut pratiquée. Elle sortit un peu soulagée, car elle n'avait plus ses vomissemens qui la fatiguaient beaucoup, mais les autres symptômes s'étaient peu amendés; ils reparurent même avec plus d'intensité quinze ou vingt jours après.

A cette époque, les règles survinrent, mais au lieu de cesser comme d'habitude, au bout de quatre ou cinq jours, elles se prolongèrent et l'hémorrhagie persista pendant dix ou douze jours: l'écoulement de sang alternant avec une leucorrhée abondante. Les douleurs expulsives reparurent; il y eut des élancemens dans l'abdomen, malgré le repos au lit. L'émission des urines et la défécation s'accompagnèrent de douleurs vives. L'appétit disparut.

Cet état persistait quand la malade est entrée dans notre service, il y a vingt jours. Sa physionomie, bien qu'exprimant la souffrance, n'était nullement anxieuse ni grippée.

Le *toucher vaginal*, pratiqué le jour même, nous permit de constater que le col utérin, légèrement entr'ouvert, au point d'admettre l'extrémité du doigt dans son orifice, avait conservé sa consistance normale, mais était en masse porté en avant. Il était incliné vers la paroi antérieure de l'abdomen; néanmoins, en suivant sa face antérieure, on ne pouvait arriver à atteindre le corps même de l'utérus. La main, appliquée sur la paroi abdominale, ne sentait pas le corps de l'utérus, même quand on le soulevait avec le doigt introduit dans le vagin.

Lorsque ce doigt se portait dans le cul-de-sac postérieur, il rencontrait une tumeur globuleuse, avec quelques irrégularités, donnant sous le doigt une sensation pâteuse, cédant un peu sous la pression, mais immobile; très douloureuse au toucher. Cette tumeur se portait jusque vers le sacrum, dont elle remplissait la concavité et se prolongeait sur les côtés du col, comme si elle l'eût embrassé dans une courbe à concavité antérieure.

Par le toucher rectal, on retrouvait cette même tumeur en avant du rectum, qu'elle comprimait dans le sens antéro-postérieur.

Du reste, le ventre était souple, bien conformé, indolent à la pression. Et, aussi fortement que l'on déprimât la paroi abdominale au niveau des fosses iliaques, on ne développait aucune douleur, on ne rencontrait aucune résistance anormale.

Le pouls, quoique faible et un peu accéléré, était régulier. Le premier bruit du cœur était accompagné d'un souffle très léger.

Je ne voulus pas pratiquer immédiatement le cathétérisme, de crainte d'occasionner de trop vives douleurs, et je prescrivis : 10 ventouses scarifiées sur l'abdomen; cataplasmes; injections émollientes opiacées; 1 pilule op. 0,03; lavement laxatif. Repos au lit. Diète.

Deux jours après, l'appétit était revenu : la malade mangeait deux portions. Les douleurs, sans avoir complètement disparu, avaient tellement diminué, que je pus introduire la sonde utérine. Elle pénétra *directement*, jusqu'à 8 centimètres, sans rencontrer le plus léger obstacle, et tandis qu'elle était dans la cavité utérine, on retrouvait en arrière du col la tumeur précédemment mentionnée. (Bains, repos, laxatifs.)

Sous l'influence de ce traitement, la tumeur diminue journellement d'une manière graduelle. En même temps qu'elle disparurent les autres symptômes.

Au dixième jour, il n'existait plus de douleurs spontanées, mais le toucher était encore douloureux.

Le quinzième jour, la tumeur, à peine douloureuse à la pression du doigt, était réduite à moins du quart de son volume primitif.

Au vingtième jour, son existence peut à peine être constatée; les forces sont revenues, l'état général est parfait, et la malade demande elle-même à quitter l'hôpital, ce que nous lui avons accordé.

RÉFLEXIONS. — Quelle était la maladie que cette femme avait eue avant son entrée à l'hôpital? N'était-ce pas une affection semblable à celle qui l'y a fait entrer de nouveau? Tout porte à croire qu'il en a été réellement ainsi, car les symptômes ont été les mêmes. D'un autre côté, il n'est pas rare de voir des cas de récidive à des intervalles plus ou moins éloignés, en sorte que ce fait, ainsi envisagé, n'aurait rien d'exceptionnel.

On a remarqué, sans doute, l'apparition de la maladie à l'époque menstruelle, et la ménorrhagie qui a été assez considérable. Il n'y a encore rien là d'extraordinaire, car, d'une part, nous savons que, dans la grande majorité des cas, c'est dans la période menstruelle que se produit l'affection; et, d'autre part, il y avait une inflammation sub-aiguë de la matrice, comme l'a démontré l'exploration directe; or, d'après les recherches récentes de M. Hérard, la métrorrhagie est un symptôme ordinaire de la métrite.

Je n'insiste pas sur la terminaison par résolution et sur le traitement simple à l'aide duquel nous l'avons obtenue, car il suffit de la lecture de l'observation pour les apprécier.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 Octobre. — Présidence de M. RAYER.

Paléontologie humaine.

M. SERRES lit sur ce sujet un travail très étendu dont nous résumons les principaux résultats.

M. Serres, dans des fouilles précédentes qu'il a faites dans le département de l'Yonne, afin de déterminer la fusion du type Burgonde avec le type indigène, a rencontré à Londinières le type Franc, le type Scandinave, les femmes Gauloises et les enfans issus de ces alliances. Les crânes qu'il a recueillis dans cet ancien cimetière, joints à ceux, beaucoup plus nombreux, trouvés aux environs de Dieppe, lui ont permis de rallier le type de la Normandie avec ceux du Perche, de la Beauce et de la Picardie.

A Precy-sur-Oise, en 1846, les travaux du chemin de fer mirent à nu de vastes sépultures anciennes, parmi lesquelles il a rencontré le type Gallo-Romain, le type Teuton, une variété du type Mongol se rapprochant du type Kalmouk, un type Goth et peut-être le type Slave.... Tout portait à croire, dit M. Serres, que ces sépultures remontaient à l'époque de la translation des habitans des bords du Danube dans cette contrée. Cette conjecture, cependant, n'est pas entièrement justifiée par la physionomie actuelle des habitans, de sorte que si elle est exacte, il faut que les influences du sol ou les croisemens aient puissamment agi pour convertir ces types. Afin de déterminer la marche de cette action, il est nécessaire de fouiller des sépultures intermédiaires à cette époque ancienne, pour les comparer à celles de nos jours.

Une nouvelle occasion s'est offerte ces jours derniers. Auprès de la ville de Clermont (Oise) se trouve le village d'Agnès, et dans ce village existe une église ancienne. En faisant des fouilles autour de cette église, on mit à découvert des ossemens humains, et on retrouva des types qui rappellent ceux que M. Serres avait rencontrés à Précy-sur-Oise.

Dix à douze siècles séparent les sépultures de Précy-sur-Oise de celles du village d'Agnès, qui, en remontant cette rivière, en est distant de 12 à 14 kilomètres. Or, la comparaison des types permet d'apprécier les modifications qui se sont opérées dans le cours de cette période. Il ne reste du type Kalmouk, que des empreintes profondes qui se décèlent par l'avancement des arcades alvéolaires, par la forme quadrilataire de l'ouverture nasale, par l'aplatissement des os propres du nez, par l'abaissement du pédicule nasal du coronal, par l'élargissement de l'unguis et la largeur de l'ouverture du canal nasal.

Quant au type dont la région maxillaire est comprimée, et qui est si fréquent dans la fouille de Précy-sur-Oise, M. Serres l'a également

---

chef d'une secte particulière, à laquelle il donna le nom d'*empirique*. Cette expression, qui devait plus tard servir dans le langage vulgaire à désigner les ignorans, les charlatans, les médecins qui trafiquent de leur art et l'exploitent; cette expression, dis-je, n'eut, dans le principe qu'une signification noble et élevée. Pour Philinus et son école, l'*empirique* est celui qui, dans l'étude des sciences en général, et de la médecine en particulier, ne veut d'autre guide que l'observation et l'expérience. Telle était la prétention de l'école empirique, prétention soutenable, sans doute, dans un livre, mais irréalisable en pratique, puisqu'il est dans la nature de l'esprit humain de se laisser toujours et fatalement conduire par la théorie et l'hypothèse.

Du reste, Philinus, semblable en cela à tous les chefs de secte, ne fit que mettre en relief un principe admis par tous, dès l'origine même de la médecine. Est-ce qu'Hippocrate n'avait pas maintes fois proclamé dans ses écrits la nécessité de l'observation? Hérophile, Erasistrate, Asclépiade et tant d'autres, dédaignaient-ils l'expérience? Non, Philinus n'avait donc pas le mérite de l'invention, mais ce qui était nouveau dans son système, c'était la préconisation et la mise en lumière du principe de l'observation et de l'expérience à l'exclusion absolue de toutes les autres sources de connaissances.

Nous ne rendrions cependant pas justice à Philinus, et nous aurions une fausse idée de cet homme réellement éminent, si nous pensions qu'il ne se distingua des autres médecins qu'en exagérant un principe admis par tous. Ce qui fait le mérite de Philinus et son principal titre de gloire, n'est pas d'avoir accordé une importance exclusive à l'observation en médecine; mais c'est d'avoir donné à cette observation des règles et des lois, c'est, en un mot, d'en avoir fait une *méthode*.

Si Philinus s'était borné à proclamer ce principe absurde, que, dans l'étude des sciences en général, et de la médecine en particulier, il faut toujours observer, sans jamais raisonner, son nom obscur n'aurait pas franchi la barrière des temps et des lieux où il a vécu, pour arriver jusqu'à nous. Mais Philinus a fait quelque chose de plus sérieux; il a bien mérité de la science en posant les principes d'une bonne observation. Du reste, il ne se donnait pas comme l'inventeur ou le créateur de l'empirisme; il aimait à dire que l'empirisme avait été trouvé avant lui, et, chose singulière, il en attribuait la paternité à Hippocrate! à Hippocrate, le chef avoué, déclaré, proclamé de tous les dogmatiques! Le père de la médecine a obtenu le rare honneur d'exciter, à son sujet, les rivalités des anciennes écoles médicales; toutes les sectes, à l'exception de la secte méthodique, se sont montrées jalouses de le posséder; toutes ont voulu l'avoir pour père, pour maître, pour premier fondateur, tant était grande l'influence de ce grand homme sur les médecins de l'antiquité.

L'empirisme est donc un nouveau point de vue auquel nous devons nous placer maintenant pour étudier sous toutes ses faces, la médecine ancienne. Comme les autres systèmes, il a creusé dans la science un long sillon continué par les médecins des siècles suivans, et dont nous pouvons retrouver encore la trace affaiblie dans les doctrines médicales de nos jours. Nous l'avons déjà dit bien des fois, la médecine, comme toutes les autres branches des connaissances humaines, tourne toujours dans le même cercle; la médecine moderne n'est que l'amplification de la médecine antique; aussi, dans la suite de cette histoire, quand nous suivrons la marche de la médecine à travers les siècles, nous retrouverons partout nos traces; nous n'aurons, pour ainsi dire, qu'à reprendre le chemin déjà parcouru, ayant, devant nos yeux, un horizon plus large, qui, sans cesse, ira reculant et s'agrandissant; possesseurs d'observations plus multipliées, plus étendues, plus sérieuses; riches enfin de toutes les belles conquêtes dont le génie des grands hommes qui se seront succédé nous aura légué le brillant héritage.

Avant d'en venir à l'exposition des principes de l'école empirique, faisons ressortir une fois de plus un fait important que déjà nous avons souvent eu l'occasion de mettre en lumière. Les diverses sectes médicales, dont nous avons esquissé l'histoire, ont trouvé, nous l'avons vu, au moment de leur apparition, la raison de leur existence dans les idées qui circulaient alors partout dans le monde. Leurs principes étaient tous formulés en dehors d'elles, elles les puisaient au sein de quelque grande école philosophique de leur temps; il en fut de même de l'école empirique.

340 ans avant J.-C., un homme se rencontra, d'une étendue d'esprit incroyable; philosophe profond, naturaliste savant, créateur de l'anatomie comparée; physiologiste, logicien puissant et hardi, économiste éclairé, orateur éloquent et habile politique : tel fut Aristote, génie extraordinaire qui toucha à tout, qui rassembla toutes les connaissances humaines dans sa tête encyclopédique. Il les divisa en deux grandes catégories: 1° connaissancee *immédiates*; 2° connaissances *médiates*. Les premières, dit Aristote, nous viennent directement de l'observation et de l'expérience; tels sont les *phénomènes sensibles* que nous offre spontanément la nature, ou que fait naître l'art de l'expérimentation : les connaissances *médiates* se tirent, sont déduites des premières par le raisonnement; telle est l'idée de la *matière*, que, par une pure hypothèse, une supposition de notre esprit, nous donnons pour support, pour *substratum* aux phénomènes sensibles. Aristote admettait donc, dans la nature, comme choses réelles et parfaitement démontrées, des *phénomènes* et des *substances*, les uns formant les connaissances *immédiates*, produit de l'observation; les autres constituant les connaissances *médiates*, résultat du raisonnement.

Peu de temps après Aristote, un philosophe parut, qui enseigna qu'il fallait croire seulement aux connaissances *immédiates*, aux *phénomènes*, et rejeter le reste comme hypothétique. Il ne niait pas l'existence de la *matière*, de la *substance*, mais il ne l'affirmait pas non plus, il doutait; il n'admettait comme démontrées que les notions obtenues par l'observation directe. Il ne niait point, par exemple, que le miel ne fût doux, l'absinthe amère, etc.; mais il ne voulait pas que l'on s'occupât de l'essence de ces qualités, de ces phénomènes, et il raillait les écoles de son temps qui se fatiguaient vainement, disait-il, à la poursuite de cette chimère. Ces écoles se retournant contre lui, l'accusèrent de douter de tout; c'était une injustice; Pyrrhon ne doutait pas de l'existence de ce qu'il voyait, mais il doutait de la réalité de ce qu'il ne voyait pas on ne pouvait pas voir; il se défiait des raisonnemens et des hypothèses; or, comme les hypothèses étaient tout ou presque tout pour ses adversaires, ceux-ci, pour le ridiculiser et le perdre aux yeux du public, appelaient sa philosophie le *doute universel*

retrouvé dans celle du village d'Agnès, mais avec un changement remarquable dans l'obliquité des alvéoles et des dents.

M. Serres examinant quelle peut être la cause de cette modification, si c'est à l'action du climat de la France ou bien à un effet de croisement de race qu'il faut l'attribuer, considère cette dernière hypothèse comme la plus vraisemblable.

En résumé, ces études sur la paléontologie humaine, ont fait sentir de plus en plus la nécessité de posséder des squelettes gaulois contemporains de la période romaine. Dans l'espoir d'atteindre ce but, M. Serres s'est rendu dans la commune de Villiers-St-Sépulcre, canton de Noailles, pour visiter un dolmen désigné, dans le pays, sous le nom de Pierre-aux-Fées. Sous les pierres de ce dolmen, on a rencontré environ 50 squelettes de la race gauloise, placés côte à côte et au-dessus les uns des autres, renfermés dans un monument celtique. M. Serres se propose de continuer ces fouilles, grâces auxquelles la science pourra espérer de trouver, dans cette localité, les squelettes dont elle éprouve un si grand besoin pour l'étude passée et présente de notre race.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 Octobre 1853.— Présidence de M. NACQUART.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique, qui transmet une lettre de M. RÉMY, de Châtillon-sur-Marne, relative à la vaccine et à la fièvre typhoïde. (Comm. de la vaccine.)

2° Une lettre du même ministre, transmettant un travail de M. le docteur GIRARD, de Monteriender (Haute-Marne), sur l'influence de la vaccine sur la population. (Même commission.)

3° Une lettre du ministre du commerce, qui transmet un rapport de M. le docteur DEGEN, médecin cantonal à Rorbach (Moselle), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Nousse-willer, en juin et juillet derniers. (Comm. des épidémies.)

4° Une lettre du même ministre, transmettant un rapport de M. le docteur LEBLANC-BELLEVAUX, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Nevers, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Billy-Chevannes (Nièvre), de mars en juin derniers. (Même commission.)

5° Une lettre du même ministre, transmettant un rapport de M. le docteur JAUBERT, sur l'établissement thermal de Gréoulx. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance manuscrite comprend :

6° Une lettre de M. le docteur ZWANCK, de Hambourg, contenant la description d'un nouvel instrument qu'il a imaginé pour remédier à la chute de la matrice et des parois du vagin, et qu'il désigne sous le nom d'hystérophore. (Com. MM. Hervez de Chégoin et Jobert.)

7° Un mémoire de M. le docteur LARUE, de Bergerac, relatif à la variole et à la vaccine. (Com. de vaccine.)

8° Un mémoire de M le docteur COURTY, de Montpellier, sur la cautérisation avec le fer rouge du col utérin pendant la grossesse. (Voir à l'*Académie des sciences*.) — (Com. MM. Hervez de Chégoin et Jobert.)

9° Un mémoire de M. FERRAND, pharmacien à Lyon, relatif à des préparations pharmaceutiques d'aconit napel, et à une formule de sirop d'aconit, qu'il soumet à l'examen de l'Académie. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

Amputation de la langue, jusqu'à huit centimètres de profondeur ; — guérison complète, avec conservation de la parole.

10° M. le docteur MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital Cochin, communique l'observation suivante :

M. le docteur J..., membre de l'Académie de médecine et président du Comité de vaccine, s'occupe, depuis plusieurs années, d'envoyer, dans les départemens, du vaccin liquide conservé dans de petits tubes.

Ce travail, qu'il faisait lui-même, exigeait qu'il tînt, dans sa bouche, un certain nombre de petits tubes en verre. Plusieurs fois leur pointe acérée détermina, sur la langue, des piqûres qui produisaient souvent de petits boutons ; ceux-ci disparaissaient ordinairement au bout de quelques jours, mais, à la longue, il survint une induration qui persista et fut l'origine d'une maladie plus grave.

En effet, tourmenté de la persistance de cette induration, M. J... voulut la faire disparaître en la cautérisant.

Il employa d'abord le nitrate d'argent, puis le nitrate acide de mercure, mais cette médication, loin d'arrêter les progrès du mal, ne fit que l'aggraver, des plaques épidermiques se développèrent sur toute la surface de la langue, et plus tard une ulcération profonde envahit la partie centrale de cet organe.

D'après les conseils de quelques amis, il se soumit à une cautérisation plus énergique avec le fer rouge ; mais celle-ci donna encore à la maladie une activité nouvelle : toute la partie antérieure de la langue, jusque vers les papilles caliciformes, devint, dans une longueur de huit centimètres, le siége d'une induration considérable, en même temps que l'ulcère central faisait des progrès rapides. A ces symptômes se joignirent bientôt des douleurs lancinantes qui ne laissaient au malade aucun repos. Il consulta M. le docteur Ricord, qui le soumit à l'iodure de potassium ; malgré ce traitement, le mal s'aggravait de jour en jour, la langue, énormément tuméfiée, finit par obstruer la cavité buccale, la salive s'écoulait d'une manière continue. La parole était devenue impossible, et le malade se trouvait réduit à prendre, pour toute nourriture, des alimens liquides.

C'est dans ces conditions que, sur l'avis de M. le docteur Ricord, M. J... vint me consulter. En présence d'une affection aussi grave, contre laquelle avaient échoué les médications les plus rationnelles, je crus devoir proposer l'amputation comme unique ressource.

Elle eut lieu le 24 août, à la maison de santé de M. Pinel, en présence de MM. les docteurs Larrey, Ricord, Richard, Dumolet, Langlebert, Pinel et Alexis Favrot.

Le malade étant préalablement soumis au chloroforme, j'incisai d'abord sur la ligne médiane, la lèvre inférieure et les parties molles du menton ; je fis ensuite, au moyen d'une scie à chaîne, la section de la mâchoire inférieure, dont les deux branches écartées permirent de saisir la langue et de l'attirer au dehors. Par une dissection rapide l'organe malade fut ensuite séparé des parties saines, jusqu'au-delà de sa moitié antérieure, et dans une étendue de 8 centimètres. La glande sublinguale dut aussi être sacrifiée : des ligatures furent appliquées sur chacun des vaisseaux importans, de sorte qu'il ne survint aucune hémorrhagie.

Après cette opération, les branches de la mâchoire furent rapprochées et maintenues en contact au moyen d'un fil enroulé autour des dents incisives et canines. Les ligatures placées sur les vaisseaux furent dirigées en dessous du menton, dans l'angle inférieur de la plaie, et les bords de la division furent réunis à l'aide de la suture entortillée.

Malgré l'extrême gravité de cette opération, aucun accident ne s'est manifesté. La cicatrice des parties extérieures s'est opérée par première intention, l'énorme perte de substance s'est comblée rapidement, les os se sont consolidés, et, chose remarquable, aujourd'hui, quarante jours après l'opération, le malade a pu recouvrer la parole en même temps que la faculté de saisir et de broyer les alimens.

L'examen anatomique a démontré que l'affection appartenait à la classe des cancroïdes épithéliaux ; tout fait donc espérer qu'il n'y aura pas de récidive. — (comm. M. Roux.)

Traitement de la névralgie du col de la vessie par l'incision de l'orifice urétral interne.

11° M. LEROY-D'ETIOLLES adresse sur ce sujet une lettre dans laquelle il dit que la première pensée de ce moyen de guérison lui a été suggérée par des opérations de tailles pratiquées par divers chirurgiens sur des malades qui n'avaient pas de pierre, mais qui avaient des névralgies de la vessie, dont ils ont été guéris. A ce sujet, M. le professeur Roux avait émis cette opinion, dans ses leçons, que si la taille n'était pas si dangereuse, il inclinerait à la conseiller comme moyen de traitement de la névralgie de la vessie. Cette réflexion avait éveillé l'attention de M. Leroy-d'Etiolles, et lorsque des incisions et des excisions répétées de bourrelet, de valvules, de portions du col de la vessie pratiquées dans le but de faire cesser des rétentions d'urine lui eurent donné l'assurance de l'innocuité habituelle de ces opérations, il se décida à tenter l'incision superficielle du col de la vessie pour guérir des névralgies assez douloureuses et assez fatigantes pour en faire courir le risque. La scarification du col a été pratiquée dans ces conditions : sur quatre malades, deux n'ont plus ressenti de douleurs ; il y a eu seulement amélioration sur un troisième ; le quatrième n'a éprouvé aucun changement. L'instrument dont se sert M. Leroy-d'Etiolles est son scarificateur ou inciseur du col de la vessie, en forme de brise-pierre.

12° Une lettre de M. le docteur James YEARSLEY, de Londres, qui soumet à l'examen de l'Académie un instrument de son invention, dont il se sert pour constater le degré d'amélioration de l'ouïe obtenu par l'application du coton hydraté dans le cas de surdité accompagnée de la perte de la membrane du tympan. (Comm. de la surdi-mutité.)

13° Une lettre de M. BOINET, au sujet de la communication récente de M. Duroy, sur les propriétés antiseptiques et fluidifiantes de l'iode. M. Boinet réclame pour lui la priorité d'observation des faits sur lesquels s'appuie M. Duroy.

Sécateur trilame de l'urètre.

14° M. le docteur Alexis FAVROT soumet, à l'appréciation de l'Académie, un instrument qui paraît se recommander par sa simplicité et sa précision. Il se compose d'une tige mousse graduée, terminée en olive, véritable sonde droite assez fine; près de l'extrémité olivaire *C* se voient trois ouvertures très petites; du manche *D* part un ressort *B* soulevé et fort doux.

Dès qu'on presse sur le ressort *B* apparaissent, par les ouvertures de l'extrémité olivaire, trois petites lames en serpette, à pointe vers l'olive, et à tranchant vers le manche.

Plus on presse sur le ressort, plus leur saillie est considérable; elles peuvent arriver à circonscrire, dans leur plus grand développement, un cercle de 14 millimètres de diamètre.

Pour lui donner une précision tout à fait mathématique, M. Favrot se propose de faire placer près du ressort *B* une petite tige graduée perpendiculaire à l'instrument. Elle sera destinée à rendre compte, au dehors, de la saillie des incisions, non seulement en longueur, mais aussi en profondeur.

(Comm. MM. Ségalas et Ricord.)

C A A B B D MATHIEU

— M. le docteur LEPELLETIER fait une communication orale relative à la question du régime pénitentiaire.

— M. JOLLY commence la lecture d'un mémoire sur l'étiologie du choléra. (La lecture en sera continuée dans la séance prochaine.)

Seigle ergoté.

M. DANYAU lit un premier rapport sur un travail de M. le docteur Chrestien, intitulé : *Observations en faveur du seigle ergoté.*

Ce n'est pas, à proprement parler, un mémoire que M. le docteur Chrestien adresse à l'Académie, mais un recueil d'observations. C'est par des faits et non par des raisonnemens qu'il vient justifier sa con-

---

Suivant Pyrrhon, toute science, toute philosophie doit être purement expérimentale. Sur tout ce que l'observation directe ne peut démontrer, il s'abstenait d'avoir une opinion. Il ne voyait, dans les théories de son temps, que des sujets de doute et d'incertitude, et il aimait à répéter ces paroles empreintes d'une mélancolique poésie : « Comme naissent et tombent les feuilles des arbres, ainsi les opinions des mortels. »

En définitive donc, la philosophie pyrrhonienne ou *sceptique*, vue dans son véritable jour, n'était qu'une protestation vigoureuse contre les hypothèses acceptées comme principes de connaissances par tous les sages du temps. Il fallait à Pyrrhon une trempe d'esprit peu commune pour oser ainsi réagir énergiquement contre les tendances générales de son siècle et remonter le courant qui entraînait tous les esprits vers l'hypothèse. Pour les contemporains de Pyrrhon, l'hypothèse était tout, et l'observation rien ou presque rien; pour ce philosophe, au contraire, l'hypothèse n'est rien, l'observation est tout. A ce point de vue, Pyrrhon appartient à des temps de beaucoup postérieurs à ceux où il a vécu ; par ses principes de philosophie expérimentale, il est du siècle des Newton et des Galilée.

Cette philosophie, dit M. Andral, appliquée à l'étude des phénomènes naturels, mérite d'être acceptée, mais elle ne doit plus l'être dans un autre ordre d'idées. Elle est insuffisante et fausse, si, au lieu de la circonscrire à l'étude des phénomènes sensibles, on l'étend aux faits de psychologie, de morale, d'esthétique. Dans cet ordre de connaissances, ce n'est point par l'observation, par le témoignage des sens, que l'homme, illuminé par sa conscience comme par une lumière intérieure, a cru, dans tous les lieux et dans tous les temps, à la vertu, à la justice, à la beauté, idées intuitives, sentimens instinctifs qui se révèlent avec la même énergie de spontanéité au sein des hordes les plus sauvages, comme au milieu des peuples parvenus à l'apogée de la civilisation.

Les principes de la philosophie pyrrhonienne furent évidemment ceux qui inspirèrent le fondateur de l'école empirique. Observer sans raisonner, ne s'occuper que des phénomènes, négliger, dans les sciences, la recherche de l'essence des choses, et, en médecine, l'étude de la cause prochaine et de la nature intime des maladies, tels étaient les préceptes que Philinus (de Cos) donnait à ses disciples. Puisque, disait-il, le raisonnement ne peut mener qu'à l'incertitude, à quoi bon raisonner ? Si les théories sont trompeuses, à quoi bon les théories ? Les raisonnemens et les théories sont pour lui des jeux d'esprit, des jeux d'enfans, une forme de passe-temps sans aucune importance.

La philosophie moderne n'a pas adopté complètement les principes de la philosophie *sceptique* ou *empirique*, appliqués par Philinus à la médecine. Nos physiciens et nos chimistes, par exemple, ne se bornent pas à l'observation des phénomènes naturels, mais ils en recherchent les causes et la nature, ils étudient les forces ; ils vont donc au-delà de ce qui paraît, car ces *forces*, on ne les voit pas, on ne les sent pas, elles ne nous sont pas révélées par le témoignage de nos sens ; c'est sur les ailes seules du raisonnement que l'homme s'élève à cet ordre de connaissances placées par-delà la sphère des choses visibles. C'est dans ce sens que Platon a donné, de la science, une définition qui paraît singulière au premier abord, mais sous laquelle se cache un sens profond : « La science, dit-il, est la notion de l'invisible. » Sans doute la science des *forces* est la notion de l'invisible, mais c'est par l'observation des choses visibles, par l'étude des phénomènes, que l'esprit humain y arrive.

Conséquens avec leurs principes philosophiques, les disciples de Philinus définissaient les maladies par les symptômes : la fièvre, par exemple, était une affection constituée par une accélération du pouls, et une augmentation de la chaleur générale. — La santé ne consistait pas, pour eux, dans le juste tempérament, l'équilibre des qualités élémentaires et le parfait mélange des humeurs ; mais c'était l'état d'un homme qui jouit de l'exercice régulier et complet de toutes ses fonctions. — Ils évitaient donc soigneusement d'introduire dans leurs définitions les considérations tirées de la nature intime des choses, de la cause prochaine des maladies, et ils avaient raison, car, en dehors de ces principes, on n'a que des définitions qui changent sans cesse, suivant les opinions, les hypothèses et les systèmes.

(La suite du cours prochainement.)

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — Le choléra se maintient toujours, en Angleterre, dans le même état stationnaire. Dans les villes où il a fait primitivement son apparition, Newcastle et Gateshead, il est réduit aujourd'hui à des proportions tout à fait insignifiantes, 2 décès par jour en moyenne. Dans les villes environnantes, on signale à peine quelques cas de choléra disséminés. Il en est de même en Écosse; de sorte, qu'à proprement parler, si la Grande-Bretagne est placée en ce moment sous une influence pathogénique réelle, au point de vue du choléra, on ne saurait vraiment prononcer encore le nom d'influence épidémique.

A Hambourg, ainsi que nous l'avons annoncé, l'épidémie peut être considérée comme terminée. Depuis le 26 septembre, il n'y a eu que 15 cas et pas un seul depuis le 6 octobre. Au 2 octobre le nombre des cas, depuis le début, était de 537 dont 279 suivis de mort. A Hambourg, où les marins anglais avaient perdu beaucoup de monde lors de la dernière épidémie, le Conseil général de santé d'Angleterre a fait mettre en pratique son système de visites préservatrices. Un médecin distingué, M. le docteur Helbert, s'est chargé de visiter les navires anglais, et il en a visité plus de 400. Que cela tienne à ces précautions ou à une simple coïncidence, toujours est-il que les marins anglais n'ont eu qu'un très petit nombre de malades, 40 ou 50, et n'ont perdu que trois hommes.

A Stockolm, au contraire, l'épidémie ne paraît pas arrivée à son terme, bien que, aux dernières nouvelles, le 4 octobre, elle fût déjà à son 52me jour. Déjà on comptait, en tout, 4,263 cas de choléra et 2,552 morts. Le nombre des diarrhées paraît avoir été fort considérable, près de 6,000 ; ce qui tendrait à affaiblir la valeur de ce symptôme, en tant que signe précurseur du choléra, c'est que, sur ce nombre, il n'y en a eu que 440 qui ont abouti au choléra, et l'on s'explique difficilement un si petit nombre de terminaisons par le choléra, dans l'hypothèse où cette diarrhée serait, comme le disent nos voisins, un symptôme prémonitoire.

—

— Le Comité de rédaction de L'UNION MÉDICALE se réunira demain vendredi et les vendredis suivans, à l'heure ordinaire.

fiance dans un médicament qui n'a pas, suivant lui, d'influence fâcheuse sur la vie des enfans, ni sur la santé des mères, quand il est administré après une dilatation suffisante du col utérin.

Ses observations sont au nombre de vingt. L'insuffisance du médicament a obligé de recourir au forceps quatre fois; des seize autres cas, quatorze ont eu l'issue la plus heureuse : les enfans sont nés en bon état; deux fois seulement l'enfant n'a pas vécu.

J'aurais voulu, dit M. le rapporteur, extraire de ces observations quelques résultats statistiques. Je n'en ai malheureusement pas trouvé les élémens dans les faits rapportés par M. Chrestien, faute de détails complets et suffisamment précis. Prenons d'abord la catégorie des cas où le seigle ergoté a produit et plus ou moins accéléré l'expulsion de l'enfant. Dans une question de ce genre, n'est-il pas intéressant de tenir compte de la primiparité et de la multiparité? Sur les seize cas, il n'y en a pas moins de six où ce renseignement fait défaut. M. Chrestien dit que l'administration du seigle ergoté est exempte de danger quand il y a dilatation suffisante du col utérin. C'est là un terme un peu vague, et cette énonciation peu précise se retrouve malheureusement trop souvent dans la relation des faits particuliers, quand, ce qui n'arrive pas moins de cinq ou six fois, ce point important n'est pas tout à fait passé sous silence. M. Chrestien a cependant pris soin d'indiquer, dans six cas, que la dilatation était complète ou à peu près complète, et l'on peut en inférer que, bien qu'elle ne le fût pas dans les autres, le seigle ergoté n'en était pas, suivant lui, moins indiqué. C'était assez qu'elle fût *suffisante*.

On trouve bien dans un certain nombre de cas l'indication du temps écoulé entre l'administration de l'ergot et la terminaison de l'accouchement; mais six ou sept fois, à la place d'une mesure exacte de temps, il n'y a qu'un terme général et vague. On voit, dans ces observations qui démontrent sans réplique la puissance du seigle ergoté, que les contractions se sont rapprochées et accrues sous l'influence du médicament. Il est regrettable de ne pas y trouver mentionné avec soin le caractère de ces contractions. Sont-elles ou non toujours en cette forme permanente et comme tétanique qui les distingue des contractions normales? Tout le danger du seigle réside dans cette fâcheuse modification. A quel degré, dans quelle proportion de nombre existait-elle? M. Chrestien répondrait sans doute à l'expression d'un pareil regret, que cette indication importe peu, que c'est le résultat qu'il faut considérer, sans s'arrêter aux circonstances accessoires. Nous ne serions pas de son avis. Puisqu'il y a des praticiens timorés, et que M. le docteur Chrestien se donne la peine de produire les résultats de sa pratique pour les convaincre, il ne devrait rien négliger pour dissiper les doutes. On pourrait toujours impunément administrer le seigle, si les contractions devenaient seulement plus fortes et plus fréquentes, si dans les intervalles qui les séparent le relâchement franc, complet de l'utérus permettait à la circulation utéro-placentaire de se rétablir. On ne serait pas moins confiant dans le résultat, si l'on était sûr que les contractions provoquées, fussent-elles permanentes, dussent produire une très prompte expulsion. Mais à tort ou à raison, ce spasme, cet état tétanique de l'utérus est fort redouté de quelques praticiens, et il n'eût pas été hors de propos de prouver que ces craintes sont chimériques, que le spasme n'existe pas, ou n'existe que rarement, et que, dans les cas mêmes où on le constate, il n'a pas les conséquences qu'on lui attribue. C'est ce qui serait peut-être ressorti de l'ensemble des faits, si pour chacun d'eux en particulier bien des détails oubliés eussent été exactement indiqués. En ceci M. le docteur Chrestien a agi comme un homme convaincu, peu disposé dès lors à supporter des doutes chez les autres, et qui ne songe pas assez qu'il y a des esprits difficiles à convaincre.

Ce n'est pas tant, au reste, la puissance du seigle ergoté que son innocuité que M. Chrestien s'est proposé de mettre en évidence. Sur ce point notre opinion est moins arrêtée, notre conviction moins absolue que la sienne; pour rester dans le doute nous n'avons pas besoin d'invoquer d'autres faits que ceux qu'il a lui-même communiqués à l'Académie. Il compte, à la vérité, dans ses seize premières observations, quatorze succès complets. Mais il y a aussi deux cas d'enfants nés morts, et ce sont ces deux cas qu'il s'agit maintenant d'examiner.

Ici M. le rapporteur fait remarquer toutes les lacunes que présente un fait aussi brièvement rapporté, et signale notamment celle relative à l'état de l'enfant antérieurement à l'administration du seigle, par M. Chrestien lui-même. S'il avait déjà cessé de vivre, la mort ne saurait être imputée au seigle, au moins à la seconde administration du médicament. S'il était vivant (et l'auteur a l'air de le croire sans dire pourtant qu'il s'en soit positivement assuré), comment ne pas admettre que le seigle a tout au moins contribué à sa mort, si même il n'en a pas été la cause directe. Enfin, si l'enfant était vivant, mais déjà éprouvé soit par la première dose de la poudre ergotée, soit par la longueur du travail, était-il prudent de recourir à un moyen qui ne pouvait qu'aggraver un état déjà fort compromettant? Si, en l'absence des renseignemens précis qu'on ne paraît pas avoir demandés à l'auscultation, nous admettons, sur quelques indications vagues de l'auteur, que l'enfant était vivant, il nous paraît logique et en quelque sorte forcé d'admettre aussi que le seigle ergoté n'a pas eu, dans ce cas, son innocuité habituelle. En vain, M. Chrestien assure-t-il que ce n'est pas au médicament qu'il faut attribuer la mort, mais à une administration trop tardive. Cette assertion n'est pas une preuve.

Dans la seconde observation, l'enfant, robuste d'ailleurs, ne naquit pas mort, mais ne voulut pas téter et succomba bientôt. M. Chrestien, un peu moins affirmatif cette fois, pense que ce résultat fâcheux eût peut-être été prévenu par l'administration du seigle à une époque moins avancée du travail. Or, s'il nous est impossible de dire, à la lecture de cette observation, plus incomplète encore que la première, à quel moment précis (du travail) le seigle a été donné, nous pouvons encore moins savoir si réellement le choix d'une époque moins avancée eût été plus heureux. A cet égard, il nous est d'autant plus difficile d'accepter l'assertion de M. Chrestien, que le cas nous a semblé du nombre de ceux qui ne réclament pas, qui excluent même l'emploi de l'ergot..... Nous voyons, en effet, qu'à l'arrivée de notre confrère, la dilatation n'était pas aussi avancée que les cris et l'agitation de la femme l'avaient fait présumer, que les bords de l'orifice étaient épais, que les douleurs étaient intenses quoique peu rapprochées, que la patiente était d'une extrême indocilité, agitée de corps et d'esprit, en proie aux craintes les plus exagérées, dans cet état, enfin, qui fait supposer avec quelque fondement une grande irritabilité de la fibre utérine, une disposition marquée aux contractions spasmodiques, irrégulières, si non même l'existence de ces contractions anormales, circonstances tout au moins favorables à l'administration de l'ergot. Encore, si M. Chrestien nous avait dit quel était l'état de la circulation fœtale où il a fait prendre la première dose. Mais, dans ce cas, comme dans le précédent, il garde le silence le plus absolu sur ce point.

Maintenant, si telle devait toujours être la proportion, si une fois sur huit la poudre d'ergot devait être fatale à l'enfant, au lieu de conclure comme M. Chrestien, ne devrait-on pas se montrer excessivement réservé?

D'autres statistiques donnent des résultats plus avantageux, et en les réunissant toutes, on arriverait à une proportion beaucoup plus faible que celle qui ressort des faits qui viennent d'être analysés dans ce rapport. Aussi n'est-ce pas avec les seize observations de M. Chrestien qu'on pourrait faire le procès au seigle. Mais ce n'est pas non plus avec seize cas, dont deux ont eu une issue funeste, qu'on peut être autorisé à proclamer l'innocuité absolue de ce médicament.

Il y a dans le recueil adressé à l'Académie une seconde série de faits. Elle se compose de quatre cas, dans lesquels la poudre d'ergot a été administrée sans succès et qui ont exigé l'application du forceps. Deux fois l'enfant a été extrait mort; ainsi, dans un cas, l'extraction avait été fort difficile, et cette difficulté suffit pour expliquer le résultat. Dans le second, le seigle avait déterminé des contractions qui, bien qu'impuissantes, avaient, au dire de l'auteur, été *terribles*. Quand il se décida à appliquer le forceps, les battemens cardiaques étaient sensibles, et cependant l'enfant fut extrait dans un état de mort apparente. Par des soins bien entendus on le rappela à la vie, mais il succomba le quatrième jour.

Nous voudrions bien pouvoir démêler ici la part du seigle, mais ce serait une tâche bien difficile avec de si vagues indications. Suffit-il que les battemens du cœur soient sensibles pour prononcer que la vie du fœtus n'a subi aucune atteinte. Ils peuvent être sensibles, mais faibles, excessivement accélérés, très ralentis, irréguliers, réduits à une pulsation unique, toutes circonstances qui résultent d'un trouble plus ou moins prolongé dans la circulation utéro-placentaire, et qui dénotent un certain état de souffrance chez l'enfant.

Nous ne voudrions pas en être réduits à de simples conjectures. Comment ne pas présumer cependant que, l'opération ayant été facile mais précédée de contractions *terribles*, l'ergot qui les avait excitées n'est pas la principale cause de la mort de l'enfant. S'il en était ainsi, ce ne serait pas deux enfans sur seize, mais trois sur vingt auxquels le seigle ergoté aurait été funeste.

Nous avons soumis le recueil de M. Chrestien à un examen sévère. La position de l'auteur, agrégé de la Faculté de Montpellier, l'importance du sujet, encore en litige parmi les accoucheurs, l'intérêt de la science qui ne peut, en cette question, progresser que par des observations complètes et précises, nous en fesaient un devoir. Il serait cependant injuste de méconnaître l'utile emploi auquel cette collection de faits peut être appliquée. Réduite à sa juste valeur, elle trouvera sa place dans quelque statistique future, et contribuera, pour sa part, à l'élucidation d'une question qui n'est pas encore résolue et que M. Chrestien s'est un peu trop hâté de trancher.

Nous avons l'honneur, Messieurs, de vous proposer :

1° D'adresser une lettre de remercîmens à l'auteur;

2° De déposer son travail dans les archives de l'Académie. (Adopté.)

(Nous publierons, dans le prochain numéro, la suite du rapport.)

— M. ROBERT-LATOUR lit une observation d'une péritonite suraiguë liée à la rupture d'un abcès ovarique dans la cavité péritonéale, traitée avec succès par l'enduit imperméable. (Cette observation sera publiée dans le prochain numéro.)

VARIÉTÉS.

ASSISTANCE PUBLIQUE.

Paris, 12 Octobre 1853.

Monsieur le rédacteur,

J'ai appris, par l'intéressant article que vous avez fait paraître dans le numéro de l'UNION MÉDICALE du 10 de ce mois, que l'honorable M. Mélier est allé en Angleterre, afin de connaître par lui-même l'organisation des visites médicales préventives contre le choléra épidémique, que le Conseil supérieur de la Grande-Bretagne a eu la mission d'appliquer à Newcastle, dès l'apparition de la maladie dans cette ville.

Afin de s'éclairer, notre savant confrère s'est constitué lui-même le visiteur des pauvres à domicile et il a assisté aux réunions quotidiennes où chaque médecin visiteur vient rendre compte aux médecins inspecteurs de ce qu'il a observé pendant la journée. Après un examen sérieux, M. Mélier, dont l'opinion a une si haute valeur, est revenu satisfait de ce qu'il a vu et entendu. Il n'hésite pas à déclarer que les *résultats* de cette organisation sont *excellens*. On voit là, dit-il, les *fécondes conséquences* de la *division du travail appliquées* à l'*épidémie*.

Eh bien! Monsieur le rédacteur, dès l'année 1850, j'ai publié, à la suite d'un travail sur l'assistance publique, un projet d'organisation médicale pour les indigens de la ville de Paris, qui a précisément pour base, la *division du travail*. Ce projet, je n'hésite pas à le dire, me paraît supérieur à l'organisation appliquée actuellement en Angleterre; d'abord, parce qu'il n'est point fait seulement en vue d'une éventualité, mais bien pour toutes les éventualités possibles, et qu'en dehors de ses résultats matériels avantageux, il aurait encore d'heureuses conséquences morales; ensuite, parce que les visites à domicile ne seraient pas faites par de jeunes médecins ou même par des élèves, mais, toujours, par des médecins expérimentés; et, enfin, parce que la division du travail y est portée à un tel degré, que chaque médecin visiteur pourrait remplir ses devoirs sans être accablé de fatigue, ce qui doit nécessairement avoir lieu en Angleterre, où chaque médecin est appelé à visiter, chaque jour, de 4 à 500 familles, c'est-à-dire de 1,000 à 1,200 individus. Malgré la guinée rémunératoire, je doute que ce service puisse être bien fait.

Permettez-moi, Monsieur le rédacteur, de citer, ici, quelques passages de mon travail ainsi que le projet de réglement qui y est annexé et qui est, à bien dire, le résumé de mon système:

« A l'aide de ces deux élémens, (le nombre des indigens et celui des » médecins dans chaque arrondissement) il s'agit d'organiser un service » médical complet et gratuit dans des conditions telles que le problème » suivant se trouve résolu : *Secours médicaux gratuits de toute » espèce assurés partout et toujours aux indigens malades ou » infirmes, sans que, en temps ordinaires, il en résulte une charge » trop lourde pour les personnes destinées à donner ces secours.*

» La solution du problème me paraît facile; elle se trouve naturelle- » ment dans la division du travail. »

Ici je trouve l'exposition du projet, puis je continue ainsi :

« En résumé, projet basé sur la formation de circonscriptions médi- » cales faites, avec intelligence, dans chacun *des quartiers* des arron- » dissemens; sur la participation au service médical gratuit de toutes » les personnes pratiquant l'art de guérir; en un mot, sur la division » du travail appliquée à une des œuvres sociales les plus utiles et » donnant pour conséquences :

» Secours médicaux gratuits assurés aux indigens, partout et tou- » jours;

» Economie de temps et absence de fatigue exagérée pour les » personnes destinées à donner ces secours;

» Médicamens bons et bien préparés;

» Unité d'action dans tous les arrondissemens;

» Dépenses égales et *probablement inférieures* à celles faites » actuellement par les bureaux de bienfaisance.

»........ Des personnes fort éclairées prétendent que pour obtenir » de bons services, il faut que ces services soient rétribués; cela est » juste dans une certaine mesure. Mais, d'une part, pour que la rétri- » bution ait un plein effet, il faut qu'elle soit en rapport avec le service » rendu, et, relativement au sujet en question, l'administration ne » pourrait pas faire les dépenses nécessaires. — Et, d'autre part, la » rétribution ne ferait pas disparaître ce vice capital, que le nombre » des médecins attachés aux bureaux de bienfaisance est trop peu con- » sidérable, eu égard au nombre des indigens.

» Il serait convenable que tous les médecins des quartiers fussent » invités à faire parvenir au Conseil central d'arrondissement toutes » les observations médicales et, surtout, hygiéniques, ayant trait aux » indigens; il en résulterait nécessairement des travaux remarquables » d'hygiène intéressans pour la cité. Du reste, il ne faut pas s'y » tromper, dans cette large et philantropique organisation que je pro- » pose, il y a autre chose qu'une assistance matérielle; il y a aussi une » haute question de morale, etc., etc. »

PROJET DE RÉGLEMENT.

1° Dans chaque arrondissement il sera formé un conseil, dit Conseil médical des indigens; il sera composé d'administrateurs et de médecins, en nombre égal.

Ce Conseil siégera à la mairie, où il se réunira tous les mois, une fois ou plus, selon les besoins.

Ce Conseil sera chargé de faire les circonscriptions médicales dans chaque quartier, de désigner les personnes du corps médical devant appartenir à telle ou telle circonscription, de surveiller le service en général, de recevoir les observations des médecins des indigens, surtout celles relatives à l'hygiène publique, afin, s'il y avait lieu, d'en faire un rapport à l'administration supérieure.

2° Tous les indigens admis aux secours de l'assistance publique auront droit aux soins médicaux de toute espèce. Ils seront porteurs d'une carte indiquant le nom du médecin, pharmacien, et auxquels ils seront tenus de présenter cette carte pour demander des secours.

3° Tous les médecins, à l'exception des professeurs à la Faculté, des médecins des hôpitaux et des hospices, et des médecins âgés de 65 ans, seront tenus de donner, *dans leur circonscription*, leurs soins gratuits, à domicile seulement, aux indigens porteurs d'une carte de l'Assistance publique.

4° Des consultations gratuites pour les indigens munis d'une carte de l'Assistance publique auront lieu à la mairie ou au bureau de bienfaisance tous les jours, fêtes et dimanches exceptés. Elles seront faites par deux médecins. Elles dureront de 10 heures à 4 heures de l'après-midi.

Je propose deux médecins pour faciliter le service. Chaque médecin aurait à faire trois heures de consultation tous les deux mois.

5° Les médicamens simples et composés de toute espèce seront fournis exclusivement par les pharmaciens. — Les prix des médicamens seront fixés par une commission spéciale.

Les pharmaciens seront tenus de délivrer les médicamens aux indigens porteurs d'une carte de l'Assistance publique.

6° Les sage-femmes seront tenues, dans leurs circonscriptions, de donner leurs soins gratuits aux femmes indigentes en couche munies d'une carte de l'Assistance publique.

7° Toutes les pièces de comptabilité relatives aux médicamens, aux cartes, aux imprimés, etc., seront vues et vérifiées par le Conseil des indigens, qui les soumettra à la commission supérieure chargée de régler les comptes.

Si l'exposé succinct que je viens de faire de mon système qui, à l'occasion, peut être considéré comme une organisation de visites médicales préventives de telle ou telle épidémie, puisque les médecins des circonscriptions afférentes à chaque quartier pourraient être appelés instantanément par l'administration à faire ces visites, bien entendu, dans la mesure de nos mœurs et de nos habitudes, qui diffèrent sensiblement de celles de nos voisins d'outre-Manche, si, dis-je, l'exposé que je viens de faire mérite quelqu'attention, je vous prie, Monsieur le rédacteur, de lui donner place dans les colonnes de votre estimable journal.

On poura dire : mais en Angleterre, le service est rétribué, tandis que dans votre projet, il est gratuit. Sans doute il y a là une grande différence, mais je ne m'oppose pas à ce qu'on le rétribue à Paris, seulement je crois la chose difficile. Dans tous les cas, mon but est de démontrer, ici, que l'organisation d'un service médical basée sur la division du travail, telle qu'elle est appliquée aujourd'hui en Angleterre, et à laquelle un médecin français haut placé dans la science et dans l'opinion, donne des louanges méritées, a pris naissance en France à une époque où on n'y songeait peut-être pas en Angleterre.

Veuillez agréer, etc. NEBOUX, D.-M. P.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 126. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 22 Octobre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56* ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12*.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

MÉDECINE PRATIQUE.

DE L'INFLAMMATION DU TISSU CELLULAIRE PÉRI-UTÉRIN, ET EN PARTICULIER DU PHLEGMON RÉTRO-UTÉRIN ;

Par M. le docteur VALLEIX, médecin de la Pitié, etc.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

Dans un seul cas, sur les 17 complètement observés, l'affection est survenue peu de temps après l'*accouchement*. Peut-être trouvera-t-on plus tard cette cause un peu plus fréquente. Il n'en est pas moins remarquable que l'inflammation qui après l'accouchement occupe si fréquemment les ligamens larges, se soit montrée si rarement, dans les mêmes circonstances, chez les malades que j'ai observées. Il ne faut pas confondre avec ces cas ceux où l'inflammation ayant existé primitivement dans la fosse iliaque a ensuite gagné le tissu cellulaire qui entoure le col, parce que, dans ces derniers, il n'y a qu'une simple extension de l'inflammation primitive.

L'*inflammation de l'utérus et du vagin* peut néanmoins *s'étendre* au tissu péri-utérin et produire l'affection dont nous nous occupons. C'est ce que j'ai vu en particulier chez une jeune fille de 17 ans 1/2 qui avait contracté une vaginite. L'inflammation gagna l'utérus, puis le tissu péri-utérin, extension qui fut signalée par les douleurs les plus vives, et il se produisit une tumeur qui suppura.

Dans un cas, ce fut après des *excès de coït* que se produisit l'inflammation péri-utérine.

Enfin, chez tous les autres malades, il n'y eut *aucune cause occasionnelle* appréciable. Pendant l'époque menstruelle, des douleurs beaucoup plus vives qu'à l'ordinaire se manifestant, la fièvre s'alluma, et la maladie se déclara.

Symptômes. — Les symptômes de cette affection sont très caractéristiques, et permettent de porter rigoureusement le diagnostic. Ils diffèrent en quelques points suivant le siége de la maladie, et par conséquent nous devons, pour la description, la diviser en *trois espèces principales*. La première est le *phlegmon rétro-utérin* : la seconde le *phlegmon anté-utérin*, et la troisième, *la réunion de ces deux espèces*. En décrivant la première espèce, je ferai connaître les symptômes qui sont communs à toutes les trois ; il me suffira ensuite d'indiquer ce qui appartient en propre aux deux autres.

1° PHLEGMON RÉTRO-UTÉRIN. — *Début.* — Avant d'éprouver les symptômes caractéristiques de la maladie, tous les sujets avaient pendant quelques heures, et rarement un ou deux jours, du malaise, une sensation de pesanteur et de chaleur vers le rectum. Six sur onze ont eu un frisson marqué ; les autres n'ont eu que des frissonnemens passagers. Chez toutes il y avait de l'inappétence et de la constipation.

Symptômes de la maladie confirmée. — Le symptôme qui frappe au premier abord est la *douleur*. Ce symptôme est constant. La *douleur spontanée* est toujours considérable, quelquefois excessive. Elle se manifeste par exacerbations violentes, qui sont souvent telles, que les malades ne peuvent garder aucune position, qu'elles se roulent sur leur lit, font des contorsions, pleurent et poussent des cris. Cette douleur est diversement caractérisée par elles. Les unes se plaignent d'une sensation de brûlure, les autres de battemens douloureux, la plupart d'élancemens violens, etc. La *douleur provoquée* n'est pas moins constante : elle est produite par la pression sur l'hypogastre, par la percussion, par le toucher vaginal, et surtout par le passage des matières fécales dans l'intestin. En allant à la garderobe, les malades éprouvent une douleur des plus vives vers le sacrum et l'anus, et la défécation est ordinairement le signal d'une de ces exacerbations violentes précédemment décrites.

Il faut mentionner tout particulièrement un symptôme qui est constant et très remarquable. Ce sont des *douleurs expulsives* qui ont lieu dans le rectum. Les malades éprouvent dans l'intestin la sensation d'un corps étranger qui provoque des contractions souvent sans résultat, et qui est due à deux causes différentes : 1° à la pression de la tumeur inflammatoire sur la paroi antérieure du rectum ; 2° à la propagation de l'inflammation aux tuniques de l'intestin, rendue évidente par l'expulsion d'une plus ou moins grande quantité de mucus dont je parlerai plus loin. Ces douleurs expulsives, déjà signalées dans l'*hématocèle rétro-utérine*, sont plus marquées dans l'affection qui nous occupe, et ont quelque chose de caractéristique.

Le *toucher vaginal* fait reconnaître, derrière le col de l'utérus, une tumeur qui en est séparée ordinairement par un sillon profond. Lorsque cette tumeur est très considérable, elle peut effacer presque complètement le cul-de-sac vaginal postérieur, comme j'en vois un exemple dans un cas que j'exposerai plus loin, et qui s'est terminé par suppuration.

Le volume de cette tumeur ne dépasse pas ordinairement celui de la moitié la plus évidée d'un œuf de poule qui serait un peu aplati d'avant en arrière. En pareil cas, l'angle situé entre elle et le col a presque toute la profondeur du cul-de-sac vaginal postérieur. On sent, à sa surface, les plis transversaux du vagin. Sa consistance est un peu molle, sans fluctuation. Elle est immobile. Le contact du doigt, dans ce point, est extrêmement douloureux. Nous verrons, à l'article du *diagnostic*, que cette disposition simule si bien la rétroflexion, qu'on s'y est mépris plusieurs fois, faute d'une exploration suffisante.

Le *toucher rectal* est très douloureux. On peut se dispenser de le pratiquer dans la plupart des cas. Il fait sentir une tumeur aplatie d'avant en arrière, et dont on ne peut pas atteindre la partie supérieure.

Quant la tumeur est plus volumineuse, sa surface est plus lisse, sans cependant le devenir autant que dans l'hématocèle rétro-utérine. En combinant le toucher vaginal et le toucher rectal, on saisit, entre les deux doigts, sa partie inférieure, et on peut juger de l'épaississement de la cloison recto-vaginale dans laquelle elle s'est développée. Parfois, à une certaine époque de la maladie, on y sent une fluctuation manifeste.

En même temps, le toucher fait reconnaître dans quelques cas la chaleur, la douleur, des battemens artériels du col de l'utérus, en un mot des signes d'inflammation de cette partie. Si on le combine avec le *palper hypogastrique*, on s'assure que le reste du tissu péri-utérin, les ligamens larges, sont souples et exempts d'inflammation.

L'*examen au spéculum* est extrêmement douloureux et le plus souvent inutile. Il peut faire reconnaître les signes visibles de l'inflammation du vagin et du col, que d'autres symptômes ont déjà suffisamment révélée.

Le plus souvent les symptômes du côté des voies digestives se bornent à de l'*inappétence*, du *dégoût* pour les alimens, parfois quelques nausées, une *soif* médiocre, et la *constipation* opiniâtre, avec ces *douleurs expulsives* dont j'ai déjà parlé ; ou, au contraire, lorsque l'inflammation qui a gagné le rectum est considérable, un *dévoiement* assez fort, avec des *épreintes* et des *excrétions* muqueuses semblables à celles de la dyssenterie.

Dans deux cas, des *vomissemens bilieux*, des *nausées continuelles*, un peu de *salivation*, se sont joints aux symptômes

Feuilleton.

APERÇU D'UNE ORGANISATION MÉDICO-RURALE EN FRANCE ;

Par le docteur L. MAUGENEST,

Médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Amand (Cher).

Brochure in-8°, Paris, Germer-Baillière.

Il est un point de la question de l'organisation médicale, point très digne d'attention et d'intérêt, qui préoccupe surtout, et à juste titre, nos confrères ruraux, et sur lequel quelques-uns d'entre eux ont publié depuis quelque temps le résultat de leurs observations : nous voulons parler de la dispensation des secours médicaux dans les campagnes. Il n'y a pas à s'étonner que nos honorables confrères ruraux s'occupent de ce sujet plus que les médecins qui pratiquent dans les grands centres de population. Ils sont placés dans les conditions nécessaires pour étudier, observer et subir les tristes conséquences de l'exercice de la médecine rurale, et en dépeignant ses souffrances, chacun d'eux peut dire avec raison, *ipse misserrima vidi*. Cependant, c'est un témoignage qu'on est heureux et fier d'avoir à rendre, il n'est pas un seul de ces écrits récens, dont quelques-uns fort remarquables, qui ait pris pour base ou pour but le seul intérêt professionnel. Tous ces travaux portent la généreuse empreinte d'une préoccupation plus générale, d'une intention véritablement charitable, et leurs auteurs se sont toujours et tous placés au point de vue le plus élevé et le plus humain. Il en est même quelques-uns dont on aurait à modérer l'ardeur sous ce rapport, et qui nous semblent faire trop bon marché des besoins, des exigences, des droits professionnels qu'ils sacrifient volontiers aux intérêts des masses. C'est éminemment vertueux, mais ici, comme en toutes choses, *in medio virtus*. Nous croyons qu'en organisation médicale, de même que sur toute autre partie de l'organisation sociale, la bonne, la vraie, la possible, sera celle qui saura balancer, pondérer, et concilier les intérêts généraux avec les intérêts professionnels. La grande philosophie sociale, celle qui s'inspire du sentiment chrétien, plus encore que des principes des diverses écoles économiques, ne rejette aucun intérêt légitime, et cherche par tous les moyens praticables à obtenir ce résultat, qu'aucun individu ne soit sacrifié à d'autres individus. Eloignons de nous ce prétendu progrès, qui n'est, à vrai dire, qu'une transformation mal déguisée de la barbarie de nos ancêtres. Immoler quelques victimes humaines pour fléchir en faveur de tous la colère d'une Divinité implacable, ou condamner, au profit du plus grand nombre, une classe d'hommes à des travaux sans rémunération, c'est tout un, c'est le même principe qui conduit aux mêmes conséquences.

En rendant compte de quelques-uns de ces projets sur l'organisation de la médecine rurale, nous avons exprimé notre opinion sur les inconvéniens et le danger de fragmenter ainsi la grande et belle question de l'organisation générale de la médecine. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet, qui nous paraît épuisé, à moins qu'une voix plus jeune, moins fatiguée, et disons-le, moins découragée que la nôtre, ne le reprenne et sache le revêtir d'une forme nouvelle. Il nous appartient moins qu'à tout autre de rappeler que l'idée du Congrès médical de 1845 reposait sur une base plus générale et plus large. Mais il nous est permis de dire que l'on n'a pas encore, que nous sachions, démontré la fausseté du point de vue qui envisage l'organisation médicale comme une question complexe, sans doute, mais solidaire dans toutes ses parties, comme une chaîne immense, dont il est impossible d'enlever un chaînon sans rompre toute l'harmonie, toute la logique du système. Tous les législateurs l'ont compris ainsi. Les lois qui régissaient l'organisation de la médecine, avant 1789, n'avaient pas séparé ce qui, de fait, est inséparable. Les législateurs de l'an XI avaient été frappés de cette solidarité. La loi présentée par la Restauration ne l'avait pas détruite. M. de Salvandy s'était bien gardé de la plus petite rupture dans la loi qu'il présenta à la Chambre des Pairs. Ce n'est guère que depuis la Révolution de 1848 que ces malheureux systèmes fragmentés et partiels se sont donné carrière ; malheureux, disons-nous, car ils ont distrait l'attention des pouvoirs publics d'un système général, car ils ont divisé une idée indivisible, ils ont fait plus, ils ont divisé les intérêts de professions très connexes et les ont rendus à peu près hostiles.

On nous fait l'honneur de nous demander quelquefois pourquoi nous ne prenons pas couleur dans telle ou telle incitation adressée au corps médical, pour qu'il obtienne, enfin, la satisfaction que depuis longtemps il demande à ses besoins et à ses vœux ; on nous fait même l'honneur de se plaindre de notre abstention. Notre abstention repose sur des motifs sérieux et graves, et il en est que nous ne voulons ni ne pouvons dire. Mais il en est un que nous pouvons déclarer très nettement :

Nous ne prêterons notre faible concours qu'à un projet d'organisation médicale qui aura pour base :

1° L'enseignement et toutes les questions qui lui sont afférentes (corps enseignans, corps savans) ;

2° Les conditions d'exercice et tout ce qui s'y rattache, comme, par exemple, la question grave et *sine quâ non* de médecins d'un seul ou de deux ordres ; la répression des abus, des illégalités, du charlatanisme, etc., la constitution du corps médical, etc. ;

3° L'organisation de l'hygiène publique ;

4° L'organisation de l'assistance publique médicale ;

Et comme questions subsidiaires, mais étroitement liées aux précédentes ;

5° L'organisation (enseignement et exercice) de la Pharmacie ;

6° L'organisation (enseignement et exercice) de la Vétérinaire.

Ces six élémens sont, pour nous, indispensables à considérer et à harmoniser pour édifier un projet raisonnable et pratique de l'organisation de la médecine. N'envisager qu'un seul de ces élémens, ou deux, ou trois, à l'exclusion des autres, c'est se vouer inévitablement à une œuvre stérile, ou pis encore si l'on réussit, c'est entraîner le pouvoir et l'opinion publique dans une voie fausse et pleine de périls. Périls pour la société, périls pour la profession.

Tout cela, nous l'avons dit et développé cent fois dans ce journal ; nous le développerons plus amplement encore dans un ouvrage que nous préparons sur ce sujet, et qui sera le dernier témoignage de nos humbles efforts pour l'amélioration d'une profession que nous voudrions

précédens. L'inflammation s'était alors évidemment propagée au péritoine environnant, ce qui était encore démontré par des *douleurs beaucoup plus vives qu'à l'ordinaire* siégeant à l'hypogastre et s'irradiant dans les flancs.

Du côté des *voies urinaires* on n'observe rien de remarquable, tant que l'inflammation ne s'est pas propagée au tissu cellulaire anté-utérin.

Le *pouls* est modérément accéléré dans la plupart des cas; dans les deux cas où l'inflammation avait gagné le péritoine voisin, il a monté à 108 et 114, et est devenu faible et petit; dans les autres il n'a pas dépassé 90 et a conservé son volume ordinaire.

La *face* est toujours anxieuse, elle exprime la souffrance à un très haut degré au moment des exacerbations. Dans les cas où le péritoine voisin a été envahi elle était pâle, amaigrie, avec une expression des plus douloureuses.

Le *décubitus* est en général dorsal, la tête assez élevée pour que le tronc soit un peu porté en avant. Dans les exacerbations, les malades se tiennent en général le corps penché en avant, et souvent elles changent de position dans l'espoir de se soulager, ou même se livrent à des contorsions.

Je n'ai jamais observé de symptômes cérébraux.

Tels sont les symptômes de cette affection. Dans les cas où la *suppuration* s'établit, ils changent de nature, puis s'amendent rapidement et disparaissent même en quelques instans si l'abcès s'ouvre et trouve une voie facile au dehors. Mais je reviendrai sur ce point en parlant de la terminaison de la maladie.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

OBSERVATION D'UNE PÉRITONITE SURAIGUE LIÉE A LA RUPTURE D'UN ABCÈS OVARIQUE, DANS LA CAVITÉ PÉRITONÉALE, TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR L'ENDUIT IMPERMÉABLE;

Par le docteur ROBERT-LATOUR.

(Lecture faite à l'Académie de médecine, séance du 18 octobre 1853.)

Mme M..., sujet de cette observation, est une femme âgée de 38 ans, et douée d'une constitution robuste. C'était à huit heures du matin qu'elle avait senti les premières atteintes de la péritonite; et à onze heures du soir, réunis en consultation, le professeur Andral, le docteur Delthil et moi, nous la trouvions immobile, sur le dos, pâle et défigurée, la voix éteinte, la peau froide, le pouls imperceptible, et comme parvenue enfin à son instant suprême.

Le début de la maladie s'était annoncé, après une garderobe obtenue sans effort, par une douleur subite, dans les régions sus-pubienne et iliaque droite, douleur supportable d'abord, mais qui, prenant promptement de plus grandes proportions, n'avait pas tardé à se propager, vive, aiguë, atroce, à toute l'étendue de l'abdomen. A peine ce premier symptôme avait-il sévi un quart d'heure, que déjà le ventre était tendu, luisant, énormément tuméfié; que les syncopes se succédaient effrayantes de fréquence et de durée; qu'une pénible oppression et une indicible anxiété fixaient, dans l'esprit de la malade, le pressentiment de la mort; et si une parole alors s'échappait de ses lèvres, c'était pour en exprimer la sinistre pensée. Ajoutez à cela, que ce refroidissement de la peau, cette décomposition des traits du visage, cet état misérable du pouls, tristes symptômes qui nous frappent et nous effraient, ce n'est pas à cette heure seulement que le fâcheux ensemble s'en est produit, mais bien le matin même, dès le début, comme pour donner immédiatement la mesure du danger qui menace et qui presse. Ma présence, auprès de la malade, ne s'était pas fait attendre; et, embrassant alors les limites dans lesquelles une position aussi grave resserrait la thérapeutique; repassant, dans mon esprit, les diverses médications recommandées par la science, j'avais constaté avec amertume qu'elles m'étaient, la plupart au moins, interdites. Ainsi, point de saignée; une défaillance mortelle en eût été la prompte condamnation. Pas davantage de bain, car, au moindre mouvement, c'étaient un surcroît de douleur et de longues syncopes. Quant au calomel ou autres médicamens internes, les vomissemens qui s'étaient prononcés, au début, et qui depuis se succédaient, pénibles, fatigans, incoercibles, les proscrivaient, ou du moins les devaient rendre inutiles. Ces vomissemens avaient pris de l'intensité, surtout vers le milieu de la journée, alors que des contractions utérines, rapprochées et fort douloureuses, avaient témoigné avec évidence, de l'extension de la phlegmasie à la matrice.

Quelques cuillerées d'eau glacée, ou simplement quelques morceaux de glace, c'était là tout ce que la malade, persécutée par une soif inextinguible, avait accepté, pour se rafraîchir le palais, mais sans en retenir la moindre partie. D'un autre côté, le cours des matières fécales et des gaz intestinaux était interrompu; et deux petits lavemens, l'un d'huile d'olive, l'autre d'une décoction concentrée de graine de lin, avaient été rendus, dans les alèzes, sans résultat. Restait enfin, dans la thérapeutique habituelle, l'onguent mercuriel en frictions : certes, l'arme était bien faible contre un ennemi aussi puissant; et, en faire usage ici, c'eût été simplement couvrir, d'une pratique banale, la responsabilité du médecin; ce n'était point tenter le salut et la guérison de la malade.

Dans cette situation critique, je ne voyais réellement qu'une seule médication capable, je ne dirai pas, de nourrir, en moi, de flatteuses espérances, mais seulement d'arrêter, dans une sorte d'hésitation, mon funeste pronostic, de jeter enfin comme une ombre de doute, sur la réalisation du malheur dont l'imminence était si frappante. Cette médication, c'était l'emploi de l'enduit imperméable. La subordination des phénomènes de l'inflammation à l'exagération locale de la chaleur animale, qui en est l'élément essentiel, le fait initial; la nécessité de l'action immédiate de l'air sur la peau, pour la production de cette chaleur même, et par conséquent l'abolition de la faculté calorisatrice, une fois le contact atmosphérique supprimé; la consécration de ces principes par les faits les plus nombreux, les plus variés et les plus concluans; en un mot, dogme et application, tout élève cette médication au-dessus des antiphlogistiques les plus accrédités; et si, aux prises avec de telles difficultés, ma thérapeutique alors essuyait un revers, au moins me devait-il rester la consolante pensée d'avoir déployé tout ce que l'art pouvait, ici, conserver de puissance. Une forte couche de collodion préparé selon ma formule, avait donc été posée sur toute la surface abdominale, avec recommandation instante de la réparer soigneusement chaque fois qu'il s'en détacherait quelque partie. Ne saisissant pas bien l'importance d'une telle prescription, les personnes, auxquelles en était remise l'exécution, avaient négligé d'y obéir; et, déchiré, sous la tuméfaction croissante du ventre, l'enduit imperméable avait cessé, partout, d'adhérer à la peau. Tels étaient les faits accomplis dans le courant de la journée; telle était, à l'heure de notre convocation, la position de la malade; c'était une véritable agonie.

Le diagnostic, ici, ne pouvait être douteux : nous nous trouvions en présence d'une péritonite suraiguë, foudroyante; et cette péritonite, l'invasion subite, l'ascension rapide des symptômes, tout en reliait le développement à une cause violente, à un accident matériel brusquement éclaté dans la capacité abdominale. Quatre modes étiologiques s'offraient, à cet égard, à la discussion; mais de ces quatre modes, un seul, d'après les antécédens et les conditions présentes, un seul était admissible.

Ainsi, le gonflement tympanique du ventre et le défaut de défécation pouvaient, à la rigueur, autoriser le soupçon d'une invagination intestinale; mais le mal s'était montré tout à coup sous un aspect trop formidable; il s'était déchaîné avec une trop furieuse précipitation, pour donner de la consistance à une telle opinion. Une perforation de l'intestin est bien la cause la plus ordinaire de ces effroyables péritonites, dont le rapide cours jette la démoralisation dans l'âme des malades, et qui, montrant dans toute sa nudité la détresse de l'art, frappent le praticien de consternation. Mais ici les organes digestifs n'avaient fourni que des témoignages d'intégrité : appétit soutenu et bien développé, action facile de l'estomac, garderobes régulières, nutrition puissante, tout contribuait à innocenter ces organes. Joignez à cela que ce genre de perforation est, d'ordinaire, le dénoûment du travail ulcératif qui, après avoir accompagné la fièvre typhoïde et en avoir constitué le caractère anatomique, survit parfois encore à cette pyrexie; et rien, dans les antécédens, ni rapprochés, ni éloignés, ne permettait de supposer chez Mme M... l'existence d'une telle lésion. La pensée pouvait se reporter encore sur une grossesse tubaire, qui aurait eu pour résultat la chute du germe dans la cavité péritonéale, avec une hémorrhagie plus ou moins copieuse. C'étaient bien ce refroidissement général, cette petitesse du pouls, ces syncopes à chaque instant renouvelées, qui trahissent l'explosion d'un tel accident; mais aucun retard ne s'était révélé dans la menstruation; la dernière époque était même passée depuis trois jours à peine, et enfin aucun phénomène nerveux, aucun trouble fonctionnel ne s'était montré pour justifier l'hypothèse d'un état de gestation.

Mais une étiologie plus réelle se dénonçait, à nos yeux, avec évidence, surtout dans les faits qui avaient précédé, comme préparé ce grand éclat morbide; c'était la rupture d'un abcès ovarique dans la cavité péritonéale. Ainsi, nous ne pouvions négliger de tenir compte de cette circonstance, qu'à la date d'un an, Mme M... était accouchée à terme, d'un enfant hydrocéphale mort-né; que cinq mois auparavant, c'est-à-dire à quatre mois de grossesse, cette dame avait fait une chute violente, depuis laquelle s'était fixée, dans la région abdominale inférieure droite, une douleur assez forte, douleur accrue par certains mouvemens, comme par la pression, et qui, ayant persisté, le reste de la gestation avait encore duré jusqu'à ce jour, sans autre modification, après la parturition, que de sévir plus vive, plus aiguë, plus incommode pendant les époques mensuelles. Ajoutons à cela qu'une fois l'accouchement accompli et l'utérus rentré dans ses limites ordinaires, on avait vu se dessiner, dans le siége de la douleur, une tumeur qu'on ne pouvait rapporter qu'à un gonflement de l'ovaire; que cette tumeur avait insensiblement augmenté de volume, et qu'enfin, vers les derniers jours, la douleur y avait acquis un degré que jamais encore elle n'avait atteint? Ainsi, chute violente, ébranlement ou même contusion de l'appareil générateur; puis, d'un côté, lésion grave du fœtus qui en devient hydrocéphale; de l'autre, inflammation profonde de l'ovaire, formation d'un vaste abcès dans cet organe même; enfin, rupture de cet abcès, épanchement de pus dans la membrane séreuse abdominale, et phlegmasie suraiguë de cette membrane, phlegmasie promptement partagée par la matrice, tel nous parut l'enchaînement des faits, et la suite ne fit que confirmer la précision de notre diagnostic.

Mais il ne suffisait pas de fixer ainsi nos idées sur le caractère et la gravité de la maladie, et le but de notre réunion était de faire appel à toutes les puissances de l'art, pour conjurer le danger, si toutefois l'affection ne se trouvait pas au-dessus des ressources humaines. Or, les embarras, les difficultés de traitement qui déjà, le matin, avaient sinon paralysé, au moins limité mon action, se retrouvaient les mêmes à cette heure : vomissemens, syncopes, petitesse du pouls, impossibilité de mouvemens, tous ces phénomènes contribuaient, chacun à sa manière, à rétrécir le cercle thérapeutique; et, réduits ainsi aux médications externes, nous avions encore à opter entre les frictions mercurielles et l'enduit imperméable. A la vérité, ce dernier agent avait déjà été mis en usage sans résultat apparent; néanmoins la malade vivait encore, et, pour moi qui avais assisté à la progression des accidens, au début, j'inclinais à faire honneur de ce reste d'existence à ma médication. D'ailleurs, je l'ai dit, le collodion n'avait pas été convenablement employé : à peine était-il resté adhérent une ou deux heures; et arguant de l'insuffisance d'une telle épreuve, j'obtins, de mes deux confrères, qu'on la renouvellerait. Je l'obtins d'autant plus aisément, que leur conviction était mieux arrêtée sur l'issue fatale de la maladie, quelque traitement qu'on y opposât.

Trente-cinq années de ma vie se sont écoulées au milieu des malades; bien des faits se sont déroulés sous mes yeux; j'ai vu d'habiles praticiens triompher avec éclat, de graves difficultés; que ne le dirais-je,

---

voir entourée de l'estime, du respect et du bien-être dont elle est si digne.

Nous demandons bien pardon à notre honorable confrère, M. le docteur L. Maugenest, du long détour que nous avons pris pour arriver à sa brochure. Elle n'est pas exempte du reproche général que nous avons adressé à tous les projets antérieurs au sien, à savoir, de n'envisager l'organisation de la médecine que sous un de ses points de vue partiels. C'est, ainsi que son titre l'indique, un aperçu d'une organisation médicorurale en France, que l'auteur a publié. Mais elle mérite aussi d'être signalée à l'égal des autres comme inspirée par les plus nobles et les plus purs sentimens de l'amour du bien. Une des épigraphes de cette brochure, et qui n'est qu'une des pensées de l'auteur, est tristement saisissante de variété : « Les prisons, dit-il, les bagnes ont leurs médecins, et, » chose étrange! les hameaux, les villages, peuplés d'honnêtes et mal- » heureux paysans, n'ont point encore le leur! ! ! » Que faire pour remédier à cet état de choses? Rien de plus simple pour M. Maugenest, et dix petits articles d'un réglement *ad hoc* lui suffisent pour cela.

« Art. 1er. Chaque département sera divisé en *circonscriptions médicales*. Il en sera formé autant qu'il y aura de médecins dans le département qui auront accepté les honorables fonctions de *médecin rural*.»

Je ne veux pas *pointiller* l'auteur, selon son expression, mais s'il se trouvait qu'aucun médecin ne voulût accepter ces honorables fonctions, que deviendrait son système? Et cette appréhension n'est-elle pas légitime en présence de l'art. 2 et de son commentaire?

« Art. 2. Tout médecin, docteur ou officier de santé, a droit à une circonscription médicale. Il recevra, *ad hoc*, une indemnité annuelle, payable par trimestre chez le receveur particulier. Le montant de cette indemnité, en rapport avec l'étendue de sa circonscription, sera déterminé par le conseil général. Il sera en outre affranchi de sa patente.

» *Commentaire*. Cette indemnité devrait être, selon moi, de 25 cent. par kilomètre parcouru. Ainsi, sa circonscription a-t-elle un pourtour de 30 kilomètres, le médecin recevrait 7 fr. 50 cent., soit 375 fr. par an. En supposant que le nombre des médecins ruraux soit de 10,000, la dépense générale serait donc de 3,600,000 fr. »

Franchement, cette maigre indemnité serait-elle suffisante pour décider un grand nombre de confrères à solliciter les honorables fonctions de médecin rural? Mais, je l'accorde, j'admets même qu'il y aura plus de médecins que de circonscriptions. Qui choisira, qui nommera? Tout médecin, dites-vous, *a droit* à une circonscription médicale. A droit! mais c'est exorbitant. Personne plus que moi n'honore et n'estime le corps médical, mais enfin, nous le reconnaissons tous avec douleur, il y a des médecins indignes, il y a des médecins ignorans, et de quel *droit* voulez-vous imposer des médecins de cette espèce à vos laborieux et honnêtes paysans?

« Art. 3. Là où il y aura plusieurs médecins habitant la même localité, le sort (pourquoi le sort?) attribuera à chacun d'eux la circonscription qui sera confiée à ses soins. Dans ce cas, les médecins changeront de circonscription chaque année (ce changement ne me paraît pas heureux, il est peu médical); celles-ci seront revisées et modifiées au besoin. Il sera permis aux médecins ruraux de changer entre eux de circonscription. Pour être médecin rural, il faudra avoir habité pendant un an et un jour la localité (pourquoi cette condition? (Quelle localité?). Cependant un médecin rural pourra, après avoir prévenu qui de droit, céder sa circonscription à un confrère, celui-ci n'eût-il résidé que pendant trois mois dans la localité. Un médecin rural pourra, au besoin, avoir la surveillance de deux circonscriptions. »

Il serait mieux de laisser tous ces détails réglementaires à l'administration locale.

« Art. 4. Le médecin rural est tenu à visiter sa circonscription médicale une fois au moins par semaine. Le jour en sera indiqué et restera invariable pour toute l'année. Mais si quelqu'épidémie, ou si la constitution médicale l'exigeait, il pourrait être requis, par qui de droit, à faire deux, et même trois tournées par semaine, sans augmentation d'indemnité. »

Pour l'exécution de cet article, tous les ans il sera sans doute publié un arrêté de M. le préfet, qui enjoindra à tous les habitans de la circonscription de n'avoir à être malades que tel jour de la semaine, de telle heure à telle autre.

Mais l'auteur a cherché à répondre à cette objection grave, qui lui a été présentée sous une autre forme, et la justice m'oblige à reproduire sa réponse :

« De ce que le médecin rural ne visitera pas tous les jours sa *circonscription*, ce qui serait mieux, sans contredit, si la chose était praticable (et utile, dois-je ajouter), est-ce donc à dire pour cela que les pauvres malades de la campagne ne doivent pas être visités du tout, pas même une fois, et au besoin deux et trois fois par semaine, comme je l'indique?... Je ne sais qui approuvera cette conclusion, mais, pour sûr, ce ne seront pas les malades.

» Parce qu'il surgit quelquefois, mais bien rarement (j'en appelle à tous les médecins), des cas de maladies subites qui demandent des secours tellement prompts, que le médecin, demeurât-il porte à porte du malade, serait encore trop éloigné de lui et trop lent à venir, faut-il conclure que la présence d'un médecin un jour par semaine dans un village, où ces accidens peuvent naître (peut-être ce jour-là même) soit chose inutile? Personne, que je sache, ne serait de cet avis.... Et j'ajoute: en supposant que le médecin rural fît *tous les jours* sa tournée médicale, votre objection aurait toujours la même valeur, par la raison que les événemens fortuits que vous mettez en avant pourraient encore se déclarer après que celui-ci aurait fini sa tournée journalière, etc.»

Il faut l'avouer à l'auteur, je ne suis pas très satisfait de cette réponse. Je n'admets pas que les accidens pathologiques subits soient *rares*, je crois, au contraire, que c'est parce qu'ils sont fréquens et que nos pauvres paysans n'ont pas sous la main un véritable médecin pour leur porter instantanément remède et secours, je crois, dis-je, que c'est à cette cause qu'il faut attribuer, autant qu'à la crédulité, la présence des mèges, des rebouteurs et des sorciers dans les campagnes. L'auteur dit quelque part, dans sa brochure, que le médecin rural considérera sa circonscription *comme un hôpital;* de cette idée, qui est profondément vraie, juste et féconde, il n'a pas tiré toutes les conséquences qu'elle renferme. Il y a, dans ces mots, tout un avenir d'organisation médicale;

enfin, parfois aussi ma main, dans ce long exercice, a eu quelque bonheur; mais jamais, non jamais, je ne vis rien de semblable, rien seulement de comparable! Cette femme qui respire à peine, dont les yeux refoulés au fond de leurs orbites ne saisissent, à travers le voile qui les couvre, qu'une lumière incertaine; dont la peau, froide et humide, accuse, sous la main qui l'explore, cet état douteux, qui, sans être encore la mort, n'est déjà plus la vie; attendez quelques heures seulement, et vous allez voir ce visage reprendre de l'expression, ce regard s'animer, ce corps se réchauffer, le pouls renaître et se relever; vous allez, en un mot, assister à une sorte de résurrection; et ce prodige, c'est une couche de collodion, soigneusement maintenue sur tout le ventre, qui va le réaliser!

On pense bien que je m'empressai d'avertir le professeur Andral et le docteur Delthil que notre arrêt de mort n'avait point encore reçu sa fatale sanction; et le lendemain de notre première réunion nous nous retrouvions tous trois auprès de la malade, à quatre heures de relevée. Là, nous constatons, dans l'abdomen, une réduction de volume, de tension et de douleur; nous apprenons en même temps que, moins longues et moins complètes, les syncopes s'éloignent et se raréfient; qu'enfin, suspendue vingt-quatre heures, la sécrétion urinaire a repris son cours. Toutefois, l'intestin, frappé d'inertie, n'a point encore retrouvé son mouvement ondulatoire: les matières fécales sont toujours interceptées et les vomissemens persistent. Ces derniers symptômes, ce n'est que le troisième jour qu'ils se dissipent; et alors, le pouls réduit à cent pulsations par minute et bien développé, la peau dont la température est à peu près normale, le ventre dont la douleur est à peine sensible, même à la pression; tout annonce que la phlegmasie est asservie, qu'elle a considérablement décru et qu'elle est bien près de s'éteindre.

Cependant un autre danger nous préoccupe et nous alarme: le pus, dont l'épanchement, dans la capacité abdominale, a soulevé tout cet orage, quelle issue maintenant va lui être ouverte? Et à quel prix franchira-t-il l'enceinte viscérale dans laquelle il se trouve enfermé? Jusqu'ici le péritoine, sous l'empire de la phlegmasie, s'est refusé à l'absorption, comme tous les tissus phlogosés; mais voici venir le moment où, dégagée du travail phlogistique, cette membrane séreuse va reprendre sa perméabilité normale, et ce n'est pas sans effroi que nous envisageons ce nouvel écueil. Nous n'aurons donc échappé à l'immense péril d'une affreuse inflammation, que pour nous heurter à la résorption purulente, implacable fléau! qui trop souvent déchira, dans la main du praticien, les bulletins de victoire, et qui jette ainsi, chaque jour, d'amères déceptions à l'art déconcerté. Toutefois, une espérance encore nous reste et nous sourit, c'est que, préservé, à l'abri de l'air, de toute fermentation, le fluide, dont nous redoutons la présence dans le sang, n'y portera pas une septicité trop active. C'était le commencement du troisième jour; et à peine avions-nous agité cette grave question, à peine nous étions-nous communiqué nos craintes, que déjà la malade était saisie d'un frisson intense, suivi, après une heure, d'une ardente chaleur. C'est un violent accès de fièvre, auquel font cortége le délire, une intarissable loquacité, une exaltation morale excessive et une agitation extrême. Et cet accès de fièvre, ce qui en dessine bien le caractère, ce qui le dénonce comme signal de la résorption purulente, c'est qu'au milieu de tout ce désordre fonctionnel, le ventre reste impassible; c'est que, de ce côté, loin d'avoir rien perdu des avantages acquis, nous y constatons encore une diminution de douleur. La céphalalgie, la rougeur du visage, la fréquence et la plénitude du pouls, en un mot, tous les phénomènes d'une vive réaction, qui apparaissent alors, semblent indiquer l'opportunité d'une émission sanguine, et je fais appliquer douze sangsues au pourtour de l'anus. Le jour suivant, dans la matinée, à l'heure de notre réunion, une sueur abondante couvre le corps, et le calme est revenu; mais nous devons nous attendre à un nouvel accès, et, dans le but d'en atténuer la violence, nous administrons, en lavement, 20 centigrammes de tannate de quinine.

Qu'on me dispense maintenant d'enregistrer, heure par heure, l'état de la malade, de mentionner ces fluctuations quotidiennes communes à tout mouvement morbide: à de telles longueurs ne s'attacherait aucun enseignement; et, ici, de minutieux détails ne doivent point disputer la place au fait principal. Il me suffira de dire que, pendant la quinzaine suivante, la fièvre éclata, chaque jour encore, mais avec une intensité progressivement moindre, et sans que les préparations quiniques, tour à tour employées et abandonnées, parussent entamer ni le caractère, ni le degré des accès. J'ajouterai que, pendant cette période, la liberté du ventre fut soigneusement entretenue par des lavemens émolliens ou laxatifs, selon le besoin, et même par l'ingestion, dans l'estomac, de l'huile de ricin; que des bains mucilagineux furent mis en usage à peu près tous les deux jours; que, remplacé chaque fois qu'il y eut nécessité, l'enduit imperméable fut exactement maintenu sur toute l'étendue de l'abdomen, pour nous défendre contre le retour de l'inflammation, retour possible, tant que du pus serait versé dans la cavité péritonéale; qu'enfin la malade fût alimentée par des bouillons et de légers potages. Mais le fait qui s'accomplit alors, sur lequel je dois appeler l'attention, ce fut une émission copieuse d'urine; avec formation très prompte d'un sédiment abondant. Ce sédiment n'était point du pus en nature, car il n'en offrait point les globules; mais il en avait l'aspect, il donnait à l'urine le caractère purulent, et il fut, à nos yeux, tout à fait vraisemblable qu'il était bien constitué par du pus, mais du pus altéré à son passage dans les reins. Telle fut aussi l'opinion du docteur Bouchardat, à qui fut confiée l'analyse du liquide excrété, opinion exprimée dans la lettre suivante, que m'adressait le savant chimiste, avec son résultat analytique:

« Mon cher confrère,

» Sous ce pli, vous parviendra l'analyse des urines que vous m'avez » fait remettre: si matériellement elles ne contiennent pas de pus, *la » composition en est très certainement modifiée comme le serait » celle d'urines purulentes*. Ce fait emprunte, à mes yeux, un haut » degré de probabilité à l'odeur des urines, à la présence, dans une urine » nouvellement rendue, de carbonate d'ammoniaque et au dépôt, avec » le temps, de quelques traces d'albumine. Je crois à une absorption » énergique, et je pense que l'économie pourra se débarrasser de beau» coup de principes nuisibles, par la sécrétion urinaire.

» Agréez, etc. BOUCHARDAT. »

Voici maintenant l'analyse qui accompagnait cette lettre:

« Les urines qui m'ont été remises, de la part de M. le docteur Ro» bert-Latour, présentent les caractères suivans:

» La couleur en est jaune foncé, l'odeur forte, la réaction, au papier » de tournesol, très faiblement acide; et la densité, plus considérable » que celles d'urines normales, s'en élève à 1,028.

» Ces urines, uniformément opaques, présentent un dépôt qui, au » microscope, m'a paru composé de globules muqueux, de cristaux de » phosphate ammoniaco-magnésien: mais je n'y ai reconnu l'existence » d'aucun globule purulent.

» Ces urines, filtrées et additionnées d'acide azotique, sont restées » légèrement troubles après l'effervescence, et ont présenté avec le » temps un dépôt de quelques traces d'albumine. »

Le professeur Moreau, dont le savant concours fut aussi réclamé pendant la durée de cette maladie, ne douta pas plus que nous de la nature du sédiment que déposait ainsi l'urine; et il fut difficile de formuler, à cet égard, une autre opinion, quand on vit ce sédiment se réduire de plus en plus, à mesure que diminuait la tumeur ovarique, et disparaître enfin alors que, de son côté, cette tumeur était elle-même définitivement effacée. Quoi qu'il en soit, Mme M..., qui avait commencé de se lever, le vingtième jour; libre, après six semaines, de toute souffrance, dégagée de tout vestige de maladie, partait pour la Bretagne, dans un état irréprochable de santé, avant le deuxième mois accompli.

Telle fut cette péritonite: l'explosion en fut terrible, le danger pressant, la soumission très prompte. Déjà la mort avait touché sa victime, lorsque, relevant le défi, l'art, en quelques instans, eut raison de cette brutale agression. Que si la guérison ne fut pas immédiate, si plus d'un mois encore fut nécessaire à l'entier rétablissement de la malade, ce fut pour un fait différent de l'inflammation à laquelle ressortissait d'abord tout le péril. Un abcès était là, qui versait constamment du pus dans la cavité péritonéale; et tarir cet abcès ne pouvait être que l'œuvre du temps. Mais la péritonite elle-même, bien avant que ce travail ne fût accompli, avant qu'il ne fût commencé, la péritonite elle-même était vaincue.

Ce succès, l'empirisme n'en saurait revendiquer aucune part: c'est au dogme qu'en revient exclusivement l'honneur; c'est au dogme, car ici tout fut calculé, déduit, prévu; et en s'élevant ainsi à sa plus haute puissance, en inscrivant, dans ses annales, un de ses plus beaux triomphes, l'art ne fut, en réalité, que l'écho et la glorification de la science.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 Octobre 1853. — Présidence de M. NACQUART.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

Seigle ergoté.

M. DANYAU, rapporteur, lit un deuxième rapport sur une note de M. le docteur Spitzer, de Marseille, ex-médecin en chef de l'hôpital militaire de Vienne (Autriche), sur le mécanisme de l'accouchement envisagé d'une manière plus conforme aux connaissances anatomo-pathologiques.

M. Spitzer regarde, avec l'école italienne, le seigle ergoté comme hyposthénisant. Toute son action, suivant lui, consiste dans la vertu qu'il a de réduire le calibre des vaisseaux sanguins, surtout des petits vaisseaux, particulièrement de ceux qui sont atteints de dilatation pathologique. Cette opinion, dit M. le rapporteur, le conduit aux plus étranges assertions. Les opinions de l'auteur sont, d'ailleurs, entièrement dénuées de preuves.

M. le rapporteur propose d'adresser simplement une lettre de remercîmens à l'auteur. (Adopté.)

— Le même rapporteur lit un troisième rapport sur le travail de M. le docteur Mérier, médecin de l'asile des aliénés de St-Dizier (Haute-Marne), intitulé: *Quelques observations sur l'emploi du seigle ergoté dans les accouchemens.*

M. le docteur Mérier croit le seigle ergoté d'un abandon immérité, et lui vient en aide avec de nouvelles observations. Les faits sont au nombre de quatre.

Après quelques considérations sur l'inertie, dans lesquelles il cherche à s'affranchir de certaines distinctions dans les mots, sans rejeter heureusement celles beaucoup plus importantes qu'il faut conserver dans les choses, il établit les cas dans lesquels on peut recourir au seigle: 1° pendant le travail, à certaines conditions maintenant bien reconnues, parmi lesquelles nous avons été surpris de trouver, sans doute par erreur de rédaction, celle-ci: *que la tête ne soit pas arrivée au détroit inférieur du bassin*; 2° après l'accouchement, dans le cas de perte; 3° dans les hémorrhagies qui succèdent aux fausses-couches; 4° pour la provocation d'un avortement reconnu nécessaire ou d'un accouchement prématuré.

Voici les observations de M. Mérier:

C'est d'abord celle d'une femme, qu'après être accouchée deux fois d'enfans morts, se remit entre ses mains dans sa troisième grossesse, et arriva à terme dans d'excellentes conditions. Après trois jours de douleurs peu significatives, qui n'avaient rien produit sur l'orifice utérin, un vrai travail se déclare enfin. Toute une journée de passée encore sans grands résultats.

L'enfant, dont la vie n'avait pu souffrir de contractions si peu énergiques, avec intégrité des membranes, continuait d'être en bon état. Bien qu'à minuit les douleurs fussent devenues plus intenses, la dilatation s'opérait avec une extrême lenteur, ce fut seulement le lendemain à midi qu'elle fut assez considérable pour qu'on se décidât, dans l'espérance d'activer la marche du travail, à rompre les membranes. Les douleurs restent toujours aussi faibles, M. le docteur Mérier n'hésite plus. Trois doses de seigle de 0,50 chaque furent données de quart d'heure en quart d'heure. Immédiatement après la troisième dose les contractions deviennent intenses et presque permanentes, et vingt minutes après fut expulsé un enfant vivant, et qui se mit à crier à l'instant même.

Le docteur Mérier croit avoir sauvé la vie de cet enfant, et attribue le meilleur résultat de cet accouchement à l'administration du seigle. Nous accorderons volontiers, dit M. le rapporteur, que le médicament

---

que M. Maugenest y réfléchisse encore, et il verra tout ce qu'il est possible de faire porter de fruits à cette idée qui est encore, il me semble, à l'état de germe dans son esprit.

Les art. 5 et 6 sont relatifs au point de stationnement du médecin rural et aux honoraires qu'il aura à réclamer des malades, car il ne considère, et avec raison, l'indemnité plus haut indiquée que comme un encouragement, et non pas comme le prix de son temps, de sa peine et de ses services. Seuls les indigens, munis d'un certificat spécial, recevront gratuitement les consultations et tous les soins à domicile.

Dans l'art. 7, l'auteur impose au médecin rural la lourde tâche de recueillir les matériaux de la statistique et de la géographie médicales. A cet effet il inscrira sur des tableaux dont l'autorité lui remettra les modèles, la demeure, le nom, l'âge, la profession du malade, le nom de la maladie, sa terminaison, etc. Tous les trois mois ces tableaux seront régulièrement déposés à la préfecture, où le dépouillement en sera fait et les résultats publiés tous les six mois.

M. Maugenest expose de très bonnes considérations pour montrer que le projet d'instituer une géographie médicale de la France, en se basant seulement sur la *cause* des décès, ne peut conduire qu'à des résultats décevans. Une maladie peut avoir été très fréquente dans une localité sans y déterminer un seul cas de mort, elle peut avoir été relativement rare dans une autre et y avoir fait plusieurs victimes; en conclurez-vous que la maladie n'a existé que là où il y a eu des cas de mort? Le chiffre des décès seul et isolé de la recherche des causes morbifiques, ne signifie rien relativement à la géographie médicale. Cela est très juste. Mais ce qui ne l'est pas moins, c'est que l'organisation médico-rurale proposée par M. Maugenest ne donnerait pas des résultats plus concluans, à moins qu'il ne trouve un moyen pour ne pas laisser en dehors de la statistique tous les cas observés par les médecins étrangers à son institution.

Telles sont les principales bases du projet de M. le docteur Maugenest. On voit que cet honorable et zélé confrère a surtout pour but d'éviter aux populations rurales, plus ou moins éloignées d'un centre médical, les frais de voyage du médecin, frais considérables pour ces populations, et qui élèvent le prix d'une visite à 10, à 12, à 15 francs, selon la distance que le médecin a à parcourir. Si l'on ajoute à ces frais, ceux des médicamens et la perte qui résulte du défaut de travail, on comprend comment la maladie, fâcheuse pour tous, est une calamité terrible pour l'habitant des campagnes. On comprend aussi la généreuse pitié qui fait élever la voix de nos généreux confrères des campagnes en faveur de leurs malheureux protégés. On comprend enfin comment cette ressemblance dans le mal doit influer sur la ressemblance des remèdes à proposer. Je ne *pointillerai* donc pas M. Maugenest sur l'air de famille de son projet avec plusieurs autres que j'ai eu à examiner. A vrai dire, tous ces projets ne diffèrent que sur un seul point, celui de savoir qui paiera les frais de l'organisation médico-rurale. Les uns veulent que ce soit l'Etat, M. Maugenest est de ce nombre; les autres veulent que ce soit le département; d'autres enfin veulent que ce soit la commune: d'où les trois systèmes: 1° de la circonscription médicale, 2° des médecins cantonnaux, 3° des médecins communaux.

On voit tout de suite et par cet exemple, combien il est difficile de scinder cette question de la grande question de l'assistance médicale, et combien, à son tour, il est impossible d'édifier un système solide d'assistance médicale sans avoir préalablement constitué le corps médical. Je supplie mes honorables confrères ruraux de réfléchir sur cette idée et de me prêter leur précieuse et bienveillante assistance.

Amédée LATOUR.

COURRIER.

Les médecins des Pyrénées-Orientales viennent de fonder une Association qui a pour but d'entretenir les sentimens de confraternité médicale, de veiller à l'exécution des lois et des réglemens qui règlent l'exercice de la médecine, et au maintien de la dignité professionnelle, d'étudier en commun les questions médicales, et principalement celles qui se rattachent aux épidémies, aux endémies et à l'hygiène locale, enfin, d'établir une caisse pour les membres de l'Association qui viendraient à tomber dans l'infortune.

L'Association a déjà publié ses statuts qui nous ont paru rédigés dans un excellent esprit; elle s'est constituée à Perpignan, et a nommé membres du bureau:

Président honoraire, M. le docteur Bonafos, père, membre du jury médical;

Président, M. le docteur Paul Massot, chirurgien-adjoint de l'hospice civil de Perpignan;

Vice-président, M. Mouchous, pharmacien, membre du jury médical;

Secrétaire, M. le docteur Bocamy:

Secrétaire-adjoint, M. E. Vilasèque, officier de santé.

Il a nommé en outre, deux commissions, une de médecine et une de pharmacie, composées, la première de MM. les docteurs Jacq. Massot, Passama et Talayrac, et la seconde de MM. Bouis Ferer et Farines, pharmaciens.

— La distribution des prix et des diplômes aux élèves de l'École vétérinaire d'Alfort a eu lieu le 11 octobre.

— Le ministre du commerce, de l'agriculture et des travaux publics, vient d'adresser une circulaire à tous les préfets pour les inviter à interdire l'usage des tuyaux de plomb, de cuivre ou de zinc dans les brasseries et dans les maisons de détail, la bière pouvant acquérir des propriétés toxiques par suite de son contact avec le plomb.

eu ici tout son effet, incontestablement le grand avantage d'abréger beaucoup un travail qui menaçait de se prolonger longtemps encore. Il n'a pu, d'ailleurs, être la source d'aucun danger pour l'enfant, les contractions n'étant devenues véritablement énergiques et presque permanentes qu'après la troisième dose, et le travail ne s'étant pas prolongé ensuite au-delà de vingt minutes; mais on s'est décidé à administrer la première dose, on venait de rompre les membranes; il n'y avait point encore eu de contractions expulsives, le fœtus n'avait été soumis à aucune pression dangereuse, et l'auscultation avait démontré qu'il était dans un état parfait. Le parti de l'expectation n'avait encore aucun inconvénient.

La mort des deux premiers enfans, tel est l'antécédent fâcheux qui a poussé notre confrère à une administration un peu active du seigle ergoté. Mais les circonstances de ces deux premiers accouchemens ne paraissent lui être qu'imparfaitement connues, ou, du moins, ne sont que très incomplètement relatées, et, en l'absence de certains détails indispensables, il est fort permis de penser que le premier enfant au moins, et peut-être aussi le second, avaient cessé de vivre avant le début du travail.

La seconde observation de M. le docteur Mérier est relative à un cas d'hémorrhagie après l'accouchement, arrêtée par le seigle ergoté. Tout le monde est d'accord sur ce point. Les bons effets et l'innocuité de l'ergot en pareil cas ne sont pas contestés.

Le troisième fait est relatif à une femme chez laquelle l'inertie utérine se manifeste à une époque du travail, et dans des conditions favorables à l'administration du seigle. Trois doses de 0,50 sont administrées. A la troisième dose la contractilité utérine se réveille, les douleurs deviennent intenses et permanentes; en vingt minutes l'enfant est expulsé en très bon état. L'indication avait été bien saisie; le succès a été complet. Mais le fœtus n'avait été soumis qu'un temps très court à l'action tétanique de l'utérus, et qui peut répondre qu'il en sera toujours ainsi, ou plutôt qui ne sait pas que, même dans de bonnes conditions, la délivrance n'est pas toujours aussi rapide après l'administration de l'ergot.

Enfin, M. Mérier cite un cas d'hémorrhagie considérable et opiniâtre chez une femme de 27 ans, non réglée depuis quatre mois, que le seigle ergoté arrêta assez promptement. Cette hémorrhagie était-elle liée à un avortement récent spontané, ou provoqué? M. Mérier n'en doute guère, malgré les dénégations de la femme; mais son opinion n'est appuyée sur aucun examen, le cas reste nécessairement douteux...

Tel est le plaidoyer de M. le docteur Mérier en faveur du seigle ergoté. On voit que ses moyens de défense ne sont ni bien nombreux, ni bien importans. En ne faisant point entrer en compte les deux observations relatives à des hémorrhagies, qui constituent des indications universellement acceptées, il reste deux cas, deux seulement, dans lesquels le seigle a été employé avec succès, et avec ce résultat, incontestablement avantageux, d'une terminaison beaucoup plus prompte que celle qu'on pouvait attendre des seuls efforts de la nature.

Il faudrait, sans doute, un bien autre nombre de faits pour convaincre ceux qui conservent des doutes sur l'innocuité de l'ergot du seigle en ces cas. L'Académie ne doit pas moins lui savoir gré d'avoir apporté, dans la solution d'une question aussi intéressante, son contingent, quelque faible qu'il fût.

Conclusions :

1° Remercier M. le docteur Mérier de sa communication;

2° Déposer son mémoire dans les archives de la compagnie. (Adopté.)

— Le même rapporteur lit un quatrième rapport sur les observations d'accouchemens pratiqués de 1848 à 1853, suivies de quelques considérations sur l'emploi du seigle ergoté, l'usage du forceps et la nécessité de la version, par M. le docteur Torel, de Brie-Comte-Robert.

Ses observations, au nombre de 17, sont partagées en quatre séries. Dans la première se rangent cinq cas relatifs, les quatre premiers à quatre applications de forceps heureuses pour les mères et les enfans, l'autre à un accouchement de jumeaux, dont le premier, qui présentait le siége, fut extrait mort par les pieds, et le second, qui venait par l'épaule, fut amené vivant par la version pelvienne. Dans tous ces cas, l'inertie évidente de l'utérus exigeait l'intervention de l'art; le seigle ergoté ne fut point mis en usage. L'emploi du forceps et de la main furent préférés.

Les faits de la seconde série sont relatifs à des femmes qui, malgré certaines circonstances défavorables, n'ont pas eu besoin du seigle ou dont l'état eût contre-indiqué l'emploi de ce moyen dans le cas même d'inertie de l'utérus. Qu'il y ait des contre-indications à l'administration de l'ergot, personne n'en doute assurément, pas même ses plus chauds partisans. Mais les observations de M. Torel sont assez peu concluantes sur ce point.

La troisième série ne contient que des faits relatifs à des hémorrhagies survenues, l'une après un accouchement à terme opéré par la version et l'application du forceps, l'autre à la suite d'un avortement à quatre mois. La première observation rentre dans la catégorie de ces faits, maintenant si nombreux, qui ont mis hors de doute la puissance et l'innocuité du seigle dans les hémorrhagies postérieures à l'accouchement, et celui-ci n'ajoute absolument rien à ce que nous savions déjà. La deuxième observation n'eût pas été sans valeur si, ce qu'elle ne fait pas, faute de détails suffisans, elle eût donné une nouvelle preuve de l'action moins constamment efficace de l'ergot dans le cas d'hémorrhagie succédant à une fausse-couche.

Enfin, la quatrième série, qui renferme cinq observations, est consacrée aux cas dans lesquels l'administration du seigle a été suivie d'accidens. Ces observations n'ont point répondu à notre attente; la première est relative à une présentation du siége; trente-six heures après le début du travail, 1 gram. 50 de seigle n'ayant produit aucun résultat, le docteur Torel est appelé. Il va, non sans difficulté, chercher les pieds et extrait un enfant volumineux qui avait cessé de vivre. Est-ce sous l'influence du seigle, est-ce pendant l'extraction qu'il a succombé? L'auscultation eût tranché la question; elle n'a point été pratiquée.

Dans le second cas, où après l'administration du seigle, resté sans résultat, l'enfant fut extrait, non sans de grandes difficultés, et quoiqu'il fût descendu dans le petit bassin et déjà en position occipito-antérieure, quelle fut la cause de la mort? Ce n'est probablement pas le seigle, puisqu'avant de le donner, M. Torel avait vainement cherché les battemens du cœur.

Quant au troisième cas, il n'est pas non plus possible de déterminer l'époque, ni la cause de la mort.

De ces faits, M. le docteur Torel est-il autorisé à conclure que :

1° Le seigle est un médicament trop dangereux pour l'enfant et pour la mère, pour qu'il soit administré, parce que le travail ne va pas assez vite, ou se ralentit, comme on le sait trop souvent. En elle-même, cette proposition est trop absolue; les fâcheux résultats de l'abus ne sauraient être niés, mais les bons résultats d'un usage modéré ne peuvent être méconnus. Modifiée, la proposition pourra demeurer vraie, mais non comme conclusion des observations de M. le docteur Torel, qui ne prouvent pas du tout ce qu'il s'est proposé de démontrer.

2° Lorsque le travail se prolonge au-delà de ses limites ordinaires, soit par faiblesse, soit par insuffisance de contractions utérines, une application du forceps ou la version, suivant les circonstances, sont préférables à l'emploi du seigle.

Si dans quelques circonstances l'application du forceps peut être substituée, et préférée même quelquefois à l'administration du seigle ergoté, dans les cas de faiblesse ou d'insuffisance des contractions utérines, on ne peut en dire autant de la version, opération beaucoup plus compromettante pour l'enfant. La version proprement dite, non pas la simple extraction d'un enfant qui se présente par les fesses, ne serait indiquée, les conditions étant d'ailleurs favorables, que dans le cas d'urgence absolue, quand il n'est pas encore permis de songer à l'application du forceps.

Parmi ces conditions favorables, il en est une, la bonne conformation du bassin, dont M. le docteur Torel ne nous paraît pas avoir tenu compte, et dont l'absence, dans l'un des cas qu'il nous communique, a été pour lui la source des plus grandes difficultés. Ce n'est point incidemment qu'une question aussi grave que celle de la version dans le cas de rétrécissement modéré du bassin peut être examinée.

3° Dans les cas où le seigle aura été donné à doses suffisantes et n'aura pas déterminé l'expulsion du fœtus au bout d'une heure ou d'une heure et demie au plus, il faut se hâter de déterminer l'accouchement par le forceps où par la main, suivant la présentation.

Cette proposition est, comme la première, trop absolue. Il est des cas où l'on pourra attendre encore, comme il en est d'autres où il sera nécessaire d'intervenir beaucoup plus tôt. Le seigle peut n'avoir produit qu'un faible retour des contractions; son action peut même avoir été nulle. Forte, mais insuffisante, elle n'aura pas toujours troublé la circulation utéro-placentaire, et les bruits du cœur du fœtus n'auront subi aucune modification fâcheuse. On pourrait alors attendre encore sans danger. En un mot, ce n'est pas le temps écoulé, mais l'état de la circulation fœtale qui doivent être des motifs déterminant d'action ou de temporisation nouvelles.

4° L'*utilité de l'ergot de seigle n'est clairement démontrée que dans les indications qui naissent de certaines hémorrhagies qu'on voit surgir à l'occasion de quelques fausses-couches.*

Proposition parfaitement vraie, mais trop exclusive.

Tel est le mémoire de M. Torel, telles sont les conclusions qui le terminent. Nous avons fait voir que les cas cités par ce médecin ne sont pas tous, à beaucoup près, heureusement choisis, et que ses conclusions, beaucoup trop absolues et trop exclusives, ne sont point appuyées de preuves suffisantes.

Néanmoins, louant le zèle dont l'auteur a fait preuve, M. le rapporteur propose de lui adresser une lettre de remercîmens. (Adopté.)

RÉCLAMATION.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Paris, 20 Octobre 1853.

Cher rédacteur,

Je vois, dans votre numéro de ce jour, que MM. Duroy et Boinet se disputent la *priorité au sujet des propriétés antiseptiques de l'iode.* Voulez-vous avoir la bonté de rappeler à ces honorables confrères le passage suivant des leçons de M. Magendie au Collège de France (semestre d'hiver 1851-52), leçons que j'ai publiées dans l'UNION MÉDICALE :

« L'iode paraît avoir la propriété de conserver les substances animales; M. Magendie ayant mis de la fibrine dans une solution concentrée d'iode, cette solution, qui auparavant était d'un rouge presque opaque, se trouvait décolorée au bout de très peu de jours et n'avait plus l'odeur de l'iode. Mais *aucune odeur de putréfaction ne s'y faisait sentir*, tandis que la même quantité de fibrine, conservée pendant le même temps dans l'eau ou dans une solution peu concentrée d'iode, offrait manifestement tous les signes d'une putréfaction avancée. On a conservé encore dans l'eau iodée un morceau de rate, ce qui montre que *cette préparation pourrait être employée à conserver les pièces anatomiques;* pour savoir jusqu'à quel point *il serait possible de se servir de l'iode pour les embaumemens*, M. Magendie a injecté dans le système vasculaire d'un lapin qui venait de mourir, un gramme d'iode et un gramme d'iodure en dissolution dans un quart de litre d'eau, *au bout de trois jours il n'y avait aucune trace de décomposition*; les yeux mêmes étaient à peine ternes. La température extérieure était douce, et, sans la *propriété conservatrice de l'iode*, il y aurait certainement eu une putréfaction avancée. » (UNION MÉDICALE, numéro du 2 octobre 1852, page 475, deuxième colonne.)

Agréez, cher rédacteur, l'expression de tous mes sentimens dévoués.

FAUCONNEAU-DUFRESNE.

M. le docteur Sperino, de Turin, nous fait sommation, par ministère d'huissier, d'insérer la lettre suivante. Nous obéissons à la loi :

LA SYPHILISATION A TURIN.

Monsieur le rédacteur du journal L'UNION MÉDICALE,

« Dans le numéro 100 de votre journal on trouve un passage d'une lettre adressée de Turin à un de nos confrères de Paris, à laquelle vous devez désirer une réponse, puisque, j'en suis sûr, vous n'aimez pas que vos nombreux lecteurs soient induits en erreur.

» Le correspondant de votre confrère a dit; *la question de la syphilisation est tout à fait jugée.* — Pas du tout, car la discussion académique n'aura lieu qu'après que le rapport de la commission sera imprimé, et c'est alors seulement que je ferai connaître les nombreuses et graves erreurs de fait qu'il contient.

» Il ajoute : *et bientôt chez nous on n'en parlera plus* :

» Votre correspondant se trompe; je présenterai dans quelques temps à l'Académie l'état de la question. Je publierai des observations toutes récentes de syphilis constitutionnelle guérie par la syphilisation seule, recueillies en présence de bon nombre de confrères et d'élèves en médecine. Je donnerai l'état sanitaire actuel des syphilisées et j'analyserai les faits dont parle votre correspondant. A cet égard, si vous voulez vous édifier sur la délicatesse et la moralité de quelques adversaires de la syphilisation à Turin, vous pouvez consulter la note que j'ai publiée le 30 juin dans les *Giornalé della Re Accadémia, Gazetta medica italiana* et *Gazetta dell'Associazione medica.*

» Les faits, rétablis dans leur intégrité, prouveront que la syphilisation est digne d'être étudiée, et les résultats obtenus par des confrères aussi distingués qu'un *Boeck* et un *Sigmund* et qui bientôt seront publiés, confirmeront ma conclusion et vous convaincront, j'espère, qu'il est temps, désormais, qu'une si grave question soit aussi pratiquement étudiée par nos éminens syphilographes.

» Votre correspondant, peut-être par une loi d'habitude, a aussi altéré les paroles que j'ai publiées dans la *Gazetta médica italiana*, et il m'oblige ainsi de vous en donner la traduction :

» Syphilisation. Invitation aux confrères à l'analyse du rapport de la Commission académique, sur la syphilisation, que je publierai en son temps, je joindrai une exposition exacte sur l'état actuel de la syphilisation. Les confrères qui ont eu occasion d'examiner les filles syphilisées, sont priés instamment de vouloir bien me communiquer les résultats de leurs observations, afin que je puisse les reproduire fidèlement comme des élémens nécessaires au jugement qui devra se prononcer sur la valeur de la syphilisation comme moyen prophylactique et comme méthode curative de la syphilis.

» Les expériences de syphilisation, par les bons effets qu'elles promettaient, devaient être tentées chez l'homme. C'est ce que j'ai fait. Les résultats obtenus par mes essais me conseillèrent à donner une plus grande extension à l'étude d'un phénomène si singulier. Ainsi j'ai répété les expériences sous les yeux de la Commission académique et je les ai continuées publiquement et en présence des étudians de notre Université. Arrivé à ce point, je crois avoir rempli mon devoir vis-à-vis de la science et de l'humanité, *et pour le moment* (per ora) je m'arrête en bornant mes études aux faits déjà accomplis et à l'examen des expériences qui se font ailleurs. De cette manière j'attends que les graves problèmes relatifs à la valeur proohylactique et thérapeutique de la syphilisation soient définitivement résolus. J'espère que les confrères qui aiment les progrès de la science et le bien de l'humanité répondront à mon invitation. Turin, le 26 juillet 1853.

» Comme vous voyez, Monsieur, la syphilisation n'est jugée à Turin que par quelques-uns des correspondans de notre confrère de Paris, qui, j'espère, connaîtra bientôt que son correspondant n'est pas trop digne de sa confiance.

» Mais revenons au passage de la lettre que vous avez publiée. Il finit avec cette phrase : *c'est battre en retraite le plus honorablement que l'on peut.* — Non, Monsieur, non, je ne bats pas en retraite, j'ai besoin de tranquillité; ma santé, mes études et ma clientèle ne me permettent plus de soutenir la guerre, que les adversaires de la syphilisation à Turin ont le temps d'entretenir sans que leur santé, leurs études et leur clientèle en souffrent. Voilà, Monsieur, le motif qui m'a dicté l'article inséré dans la *Gazetta medica italiana.*

» Je ne doute pas, Monsieur, que vous aurez la complaisance d'insérer cette lettre dans le premier numéro de votre journal. Vous connaissez les devoirs du journaliste et vous vous êtes toujours empressé de les remplir.

» Turin, le 1er septembre 1853. C. SPERINO. »

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — Toujours même état stationnaire dans la marche de la maladie en Angleterre. On pourrait même croire qu'elle est entrée dans une voie de décroissance; car les chiffres qui nous parviennent annoncent une diminution très sensible partout; à Londres, même, où il n'y a eu, la semaine dernière, que 45 décès, 21 chez les hommes et 24 chez les femmes. Nous ne parlons pas de Newcastle et de Gateshead, où le nombre des décès est si peu considérable que l'on peut considérer l'épidémie comme terminée sur ce point. Malgré cela, nous croyons qu'il serait prématuré de concevoir des espérances trop flatteuses à cet égard. Le choléra nous a habitués à des recrudescences inattendues et à des espèces de sommeil d'où il ne sort que plus dangereux et plus terrible.

La marche des épidémies antérieures est de nature, d'ailleurs, à nous éclairer à cet égard. Ainsi, nous trouvons dans les journaux anglais des détails et des rapprochemens intéressans entre l'épidémie de 1832 et de 1848 et celle, si on peut lui donner ce nom, qui règne en ce moment en Angleterre. Dans l'épidémie de 1832, il y a eu que 14,144 attaques de choléra et 6,729 décès, la population de Londres était alors de 1,681,641 habitans. En 1848-49, le nombre des attaques a été de 30,000 et les décès de 14,601, sur une population de 2,206,076 habitans, ce qui donne, pour l'épidémie de 1832, 1 décès sur 250 habitans, et pour celle de 1848-49 1 décès sur 151 habitans ou 4 % décès dans la première, et 8.66 % dans la seconde. La mortalité a donc été, dans la première épidémie, de 2/5es moindre que dans celle de 1848-49; autrement dit il est mort dans celle-ci 5,800 personnes de plus qu'en 1832.

L'épidémie de 1832 commença, à Londres, le 16 février et se termina le 7 septembre 1833, elle dura donc 19 mois. Celle de 1848-49 commença en septembre et se termina en décembre 49, c'est-à-dire qu'elle dura 14 mois, Dans les 6 premiers mois elle suivit une marche ascendante jusqu'à produire 998 décès dans une semaines; puis en avril et en mai, il y eut un temps d'arrêt, les décès étant tombés à 1 par semaine et ne dépassant pas 5; mais dans la deuxième semaine de juin, les décès s'élevèrent de 9 à 124 et graduellement l'épidémie s'éleva jusqu'à donner, dans la première semaine de septembre, 2,298 décès. A partir de ce moment, la maladie déclina et finit par disparaître en décembre.

Une chose assez remarquable qui résulte du rapprochement de la marche de l'épidémie de 1848-49 avec celle qui règne actuellement en Angleterre, c'est que dans celle-là, les progrès ont même été plus lents que dans celle-ci; et même que le nombre des morts est plus considérable dans celle de 1853, ainsi qu'on peut le voir, du reste, par le tableau suivant :

Morts par le choléra dans une période de onze semaines, en 1853.			Morts par le choléra dans une période de onze semaines, en 1848.	
Semaine finissant le	6 août,	4	Semaine correspondante,	19
	13	19	—	17
	20	10	—	7
	27	18	—	7
—	3 septembre,	16	—	7
	10	7	—	6
	17	16	—	7
	24	29	—	4
—	1er octobre,	48	—	13
	8	66	—	30
	15	45	—	45

A Dantzick, l'épidémie paraît bien près d'être terminée; cependant elle a fait un asssez grand nombre de victimes; car sur 900 personnes qui en ont été atteintes, 555 ont succombé.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 127. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 25 Octobre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges, n° 12.* A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56* ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 24 OCTOBRE 1853.

UN MOT SUR LA VACCINATION PRÉVENTIVE.

Monsieur le rédacteur,

J'ai vivement applaudi à la proposition faite dans l'UNION MÉDICALE par notre confrère, M. le docteur Hervieux, de vacciner les entrans dans les hôpitaux. Frappé des malheurs qui résultent de l'omission d'une semblable mesure, et qui n'atteignent pas seulement les individus traités dans les établissemens hospitaliers, j'avais entrepris depuis quelque temps un travail dont une des conclusions était à peu près la même que celle de l'article publié en tête de votre numéro du 8 octobre courant, sous ce titre : *La vaccination préventive dans les hôpitaux.* « Tant qu'on admettra, y disais-je, et que l'on conservera des varioleux dans les salles communes des hôpitaux, il importe que tous les entrans soient soumis à la vaccination. »

Heureux de me rencontrer avec votre collaborateur, à l'appui de sa proposition, devenue aussi la vôtre par le fait de la publicité que vous lui avez donnée, je vous transmets, Monsieur le rédacteur, le résumé des observations consignées dans mon mémoire.

Depuis trois ans que j'exerce la médecine dans une localité de la banlieue de Paris, à Montrouge, une chose a particulièrement fixé mon attention : c'est le grand nombre de cas de variole, dont le principe a été puisé directement ou indirectement dans les hôpitaux de la capitale ; et il n'y a guère de praticiens, placés dans les mêmes conditions que moi, qui n'aient eu, je pense, l'occasion de faire des remarques analogues aux miennes.

Vers la fin du printemps et pendant l'été de 1851, une véritable épidémie de variole sévit dans le Petit-Montrouge. Le premier cas, autant qu'il m'a été possible de m'en assurer par mes investigations, fut celui d'un marchand de vin, le sieur Perrier (François), âgé de 34 ans, demeurant route d'Orléans, n° 12 ancien (10 nouveau). Cet homme avait, selon toute vraisemblance, pris le germe du mal en allant visiter sa fille malade à l'hôpital des Enfans, dans une salle où se trouvaient alors (c'était dans la première quinzaine de mai) des enfans atteints de variole. Perrier était retourné à l'hôpital le 17 mai pour le convoi de sa petite, qui y était décédée. Il commença, le 18 ou le 19, à ressentir les symptômes précurseurs de la petite vérole. L'éruption, suivant ce qui me fut dit, car je ne vis pas ce malade, fut des plus confluentes, et il succomba le 31 mai.

Autour de ce premier varioleux, dont le corps resta, suivant l'usage, exposé quelque temps sur la porte de sa demeure, il se développa un véritable foyer épidémique dans la partie correspondante de la route d'Orléans et de la rue de la Pépinière.

Du 1er au 8 juin, trois enfans furent atteints dans la maison même qu'habitait le marchand de vin, décédé le 31 mai. Appelé chez une des locataires, qui tenait des enfans en garde, dès que j'eus appris qu'une mort, causée par la petite-vérole, avait eu lieu dans la maison, je m'empressai de vérifier si tous les enfans étaient vaccinés. L'un d'eux, âgé d'un an, ne l'était pas. Je le vaccinai le jour même. Mais il était déjà trop tard : le 6 juin une éruption variolique apparaissait chez lui. Il guérit, ainsi que les deux autres enfans mentionnés plus haut, dont l'un, petit garçon de 3 ans, était en garde chez la concierge, et l'autre, petite fille du même âge, demeurait chez ses parens.

Le 13 juin, j'étais appelé, même route d'Orléans, n° 22, chez un marchand fruitier, M. P..., dont le fils, âgé de 7 ans, se trouvait alité depuis deux jours. Le lendemain il se déclarait une variole, qui fut des plus confluentes et qui donna lieu, pendant la convalescence, à de volumineux abcès sous-maxillaires.

Le 15, Mme M..., demeurant au n° 12, âgée de 28 ans et non vaccinée, ainsi que le précédent malade, était attaquée de l'affection dans sa forme grave. Elle a guéri, mais elle reste grêlée. En même temps, une autre femme de la maison, Mme G..., l'éprouvait dans sa forme discrète et bénigne, grâce, sans doute, au vaccin dont elle portait les marques bien visibles.

Enfin, un ouvrier, père de famille, logé dans la même maison, était frappé de la petite-vérole et allait mourir à l'hôpital Cochin. Un jeune homme de 15 ans, employé par le jardinier de l'hospice de La Rochefoucault, qui est situé route d'Orléans n° 15, en face, à peu près, des maisons précédentes, se trouvait dangereusement mais non mortellement atteint.

Dans les maisons qui se rapprochent de la barrière, après le n° 10, demeure du premier varioleux, aux nos 8 et 6 par exemple, et dans la partie adjacente de la rue de la Pépinière qui débouche sur la route d'Orléans, entre les nos 8 et 6, il se déclara des cas de variole qui se succédèrent, pour ainsi dire, sans interruption pendant tout l'été.

Sans doute, il ne serait pas possible de prouver rigoureusement que tous les cas, ainsi énumérés, sont la conséquence du premier. La chose me paraît cependant extrêmement probable. Je suis de ceux qui pensent, avec l'honorable membre de l'Académie de médecine le plus compétent en cette matière, que, si la variole peut naître encore spontanément dans sa patrie originelle, partout ailleurs, du moins, elle est le produit de la contagion. Bousquet, *Traité de la vaccine et des éruptions varioleuses*. C'était aussi l'opinion de Boerhaave, de Mead, de Paulet, etc.

Des faits soumis à mon observation en 1852, je ne citerai que le suivant. La femme Valentin, demeurant à Montrouge, rue Boulard n° 11, entre à l'hôpital Cochin le 17 mars, avec sa petite fille âgée de sept à huit mois, qu'elle nourrissait. Elle est placée dans la salle Sainte-Marie où il se trouvait alors trois sujets varioleux, deux enfans et une mère. Cette femme sort de l'hôpital au bout de huit jours, le 24 mars. Six jours après, sa petite, qui n'était pas vaccinée, présentait une éruption variolique.

C'est en 1853 surtout que j'ai eu lieu d'observer uue proportion considérable de cas de variole dont l'origine hospitalière ne pouvait être méconnue.

Désirée Connétable, femme Bertholot, demeurant à Montrouge, rue de la Pépinière 30, est admise, pour un tremblement nerveux, à l'hôpital Cochin, le 25 janvier, époque où il y avait, comme presque toujours, des varioles dans le service. Elle sort de l'hôpital le 3 février. Du 6 au 7, symptômes précurseurs; le 8, éruption d'une variole qui fut discrète, étant modifiée par la vaccine.

Gilbert (Jean), âgé de 26 ans, non vacciné, cordonnier, logé en garni rue du Pot-au-Lait, 63, est reçu à Cochin pour un mal de gorge le 16 février. Sorti, au bout de trois jours, le 19, il commence à ressentir, le 28, de la céphalalgie, des douleurs de reins, et le 3 mars, l'éruption variolique est manifeste. — Guérison.

Feuilleton.

PARIS MALADE.

II.

De tristes personnages dans un beau cadre n'y font que plus triste figure : une laide population dans une belle ville, des nains auprès des monumens n'y offrent qu'un plus désolant contraste. Tout ce qui se refait de Paris se refait beau, monumental ; voyons-nous venir, pour le peupler, une génération à l'avenant? Des légions de Limousins ne sauraient renouveler la face du monde, comme ils modifient de fond en comble la façade des bâtimens ; aussi les maisons s'élèvent majestueuses, imposantes, tandis que beaucoup des enfans qui y naissent se nouent malingres et souffreteux. Savez-vous pourquoi ? C'est que les conditions morales du mariage, et partant, de la reproduction manquent presque partout : or, les conditions morales de la reproduction importent essentiellement aux qualités physiques du produit. Ni l'éducation, ni les mœurs n'apprennent aux individus que l'acte le plus sérieux est celui de donner la vie. Ils donnent la vie, comme ils donnent la mort sur les champs de bataille, parce que cela se fait, et encore le soldat s'anime-t-il plus souvent de la volonté, de la passion de tuer son ennemi, que l'homme ne s'élève communément à la volonté, à la passion de reproduire un autre homme. Toutes les hypocrisies, toutes les moralités frauduleuses auront beau se récrier plus fort les unes que les autres : les villes sont peuplées d'enfans involontaires, c'est là un fait physiologique d'une réalité déplorable. Nos lecteurs, hommes de conscience, habitués à observer le mal pour le guérir et non pour l'étendre, ne généraliseront pas ce fait jusqu'au degré où il avilirait, où il dégraderait l'espèce humaine. En disant que les conditions morales du mariage, et partant, de la reproduction physique étaient inobservées, surtout dans les villes comme Paris, nous sommes sûr d'avoir été entendu comme nous voulions l'être. Au surplus, nous allons nous expliquer en détail, et *Honny soit qui mal y pense.*

Nous prétendons, avec l'autorité savante la plus respectable à tous les titres, et nous établissons ceci : « La vie réfléchit l'action des pensées et des sentimens, et l'on peut juger par là de son influence sur le fœtus qu'elle vient animer. Les formes en sont modifiées, et sous le rapport matériel, les résultats sont évidens..... » Oui, bien évidens, car jamais la population, dans son ensemble, n'a été mieux nourrie, mieux logée, mieux vêtue ; or, pourquoi sa race ne se ressent-elle pas, à un degré remarquable de ce remarquable progrès matériel? — C'est, encore une fois, parce que « *les pensées et les sentimens* sont ou distraits ou indignes au moment décisif *de l'être* et que l'*être* porte pendant tout le reste de son existence la tache, sinon la peine de cet autre péché originel. » Et ici, à cette occasion, beaucoup de lecteurs ne manqueront pas de remarquer, une fois de plus, les liens qui unissent partout et toujours les religions à la médecine. Certes, la vie est un mystère, mais ce que l'on en sait permet au physiologiste attentif de discerner les enfans de l'innocence et du cœur, de la pensée et des sentimens, parmi les enfans du hasard, de l'accident, de l'habitude. Après avoir été longtemps aux abus, l'heure n'est peut-être plus, à la liberté philosophique, assez grande pour traiter un pareil sujet avec les développemens et les preuves nécessaires. Ce ne sont pas les plaisanteries bonnes ou mauvaises qui pourraient nous effrayer. Et d'ailleurs, on ne plaisante plus guère, à Paris, en France. Il ne s'y trouve peut-être plus un seul homme qui soit d'humeur à faire, pour nous répondre, une plaisanterie, un trait, un jeu de mots, qui vaille cette moralité charmante de l'an 1782, sur les mariages dont il s'agit et par lesquels on s'unit :

Sans rendre au plaisir ce qu'on ôte aux mœurs.

Nous formulerons simplement une question : combien d'enfans, à Paris, en dehors et en dedans des fortifications, proviennent-ils d'une prolifique ivresse? Que de malheureux fœtus, si la fin correspondait nécessairement à l'origine, devraient retourner à l'esprit de vin? Retour plus désirable, après tout, que la continuation de l'existence. Demandez-vous, en effet, où ils vont, ce qu'ils deviennent, ces deshérités du principe même de la vie humaine? Ce qu'ils deviennent ! vous avez entendu parler « *de ces figures que l'on n'aperçoit jamais à Paris qu'aux mauvais jours, quand il y a des crimes à commettre pour une cause ou pour une autre, et qui rentrent le lendemain, on ne sait dans quelles ténèbres.* » Eh ! ces figures, elles n'appartiennent, Dieu merci, ni à la pauvreté, ni à la misère. — Elles appartiennent à ces tristes créatures nées de l'ivresse, vouées à l'ivresse, et chez lesquelles on mesurerait, au pèse-liqueur, non pas la force du sang, mais le degré de l'alcool.

Il y aurait donc une statistique morale singulièrement curieuse à faire. Elle n'a qu'un tort, *à priori*, c'est d'être impossible. Mais à défaut de statistique morale, voici une statistique politique. Ouvrez le compte-rendu officiel du recrutement pour l'année 1850.

Le nombre des jeunes gens appelés au tirage était de 305,712. Sur ce nombre, les porteurs des 164,405 numéros ont été examinés par le conseil de révision. Il a fallu en réformer 10,256 *pour défaut de taille* et 48,433 pour cause d'infirmité.

Causes constitutionnelles de réformes :	*Réformés.*
Crétinisme, idiotisme, imbécillité	569
Epilepsie, convulsions, danse de Saint-Guy	264
Déviation de la colonne vertébrale, gibbosité, (autrement bossus)	4,246
Pieds-bots et autres incurvations des membres (boiteux)	2,943
Infirmités des organes génito-urinaires, sous diverses spécifications, ensemble	3,546
Membres incomplets, amaigris, mutilés, variqueux, etc.	5,541
Scrofules	1,644
Goîtres	1,118
Hernies	2,869
Maladies de la peau	1,204
Appareil de la vue, atteint sous diverses spécifications, strabisme, myopie, perte d'un œil, etc.	2,643
Organes de la poitrine	804

Est-ce clair? Est-ce qu'il n'y a pas là de quoi faire réfléchir saint Vincent-de-Paul, qui n'était pas malthusien et qui avait les entrailles et le cœur manquant aux anti-malthusiens de son époque? On aurait beau multiplier les gymnases, rendre tous les citoyens aussi agiles que des chasseurs de Vincennes, la race n'y gagnerait rien, si quelque chose de

Victor Pradel, âgé de 29 ans, était entré à l'hôpital Necker, salle Saint-Jean, le 10 mars, pour une angine. Huit jours après sa sortie de cet hôpital, le 31 mars, étant logé chez un de ses frères, Bernard Pradel, cocher, à Montrouge, rue des Plantes, 22, il éprouve les symptômes précurseurs d'une variole qui apparaît les jours suivans. Le 8 avril, on le transporte à Cochin, où il succombe le 18.

La sœur du précédent, Antoinette Pradel, fille muette, âgée de 30 ans, demeurant avec sa mère, rue Constantine, 83, à Plaisance, commune de Vaugirard, a visité son frère à Cochin, et s'est rendue au convoi de ce dernier le 20 avril. Elle tombe malade le 26. Je la vois seulement le 6 mai; elle était alors mourante d'une variole des plus hideuses qui se puissent rencontrer. Les tégumens, soulevés par des flots de pus, se détachaient en lambeaux. Elle expira le lendemain, 7 mai.

Au convoi d'Antoinette Pradel, le 8 mai, assistait le nommé Julienne (Auguste), âgé de 26 ans, ouvrier dans une fabrique de carton, rue des Plantes, 16, à Montrouge. Le 20, cet homme, qui n'est pas vacciné, tombe malade; le 23, la variole se déclare, variole très confluente, et qui mit sa vie en grand péril.

La veuve Pradel, mère d'Antoinette, après le décès de sa fille, alla passer huit jours chez son fils Bernard, rue des Plantes, 22, à Montrouge. La fille de celui-ci, Marie Pradel, enfant de 3 ans, ressent les atteintes du mal le 23 mai, et le 25 au soir les pustules caractéristiques se montrent. — Quelle origine assigner à ce dernier cas? Peut-on le rattacher à la présence de l'oncle, Victor Pradel, qui était resté dans la maison du 31 mars au 8 avril, pendant les premiers jours de la variole dont il mourut? Non, car du commencement d'avril à la fin de mai, il y a beaucoup plus que le temps ordinaire de l'incubation variolique. Ce qui paraît plus vraisemblable, c'est que le principe infectieux fut apporté par la grand'mère, qui venait de passer quinze jours, renfermée, pour ainsi dire, avec sa fille en proie à une variole affreuse.

Dans la même maison, rue des Plantes 22, demeurent les époux Bailly, qui ont trois enfans. La femme Bailly, enceinte alors de six mois, qui a visité la petite Marie Pradel pendant sa maladie, est atteinte le 5 juin, quoiqu'elle ait été vaccinée, avec succès, à l'âge de 12 ans. Appelé auprès de cette femme le 12 seulement, à une époque où les boutons étaient à leur point de maturité, je m'enquiers si les trois enfans sont vaccinés. On me répond affirmativement pour les deux aînés. Dès le lendemain, je vaccine le dernier enfant, âgé de 2 ans, qui couchait ordinairement avec sa mère, même depuis la maladie de celle-ci. Je craignais bien que le préservatif n'arrivât trop tard. Ma crainte fut heureusement dissipée. La vaccine se développa, et le petit Auguste Bailly échappa au danger. Mais il n'en fut pas de même de son frère aîné, Pierre Bailly, âgé de 6 ans, qu'on m'assurait avoir été vacciné en nourrice. Celui-ci tombe malade le 26 juin. Je suis appelé le 28, et, reconnaissant les symptômes qui dénotent l'imminence d'une éruption variolique, je cherche sur les bras, mais je cherche vainement les traces du vaccin. Vingt-quatre heures plus tard, les pustules surgissaient très multipliées et formant bientôt une couche continue sur le visage. Le 8 juillet, l'enfant succombait (1).

Le résumé de ces derniers faits, c'est que l'entrée de Victor Pradel dans une salle d'hôpital où se trouvaient des varioleux, a coûté la vie à trois personnes : à lui d'abord, à sa sœur et à l'enfant Bailly; qu'elle a mis en danger l'existence de trois autres individus, dont l'un reste marqué et couturé d'une façon très désagréable. J'omets un autre cas de variole, ce qui fait le septième par conséquent, survenu, vers la même époque, chez le fils d'un marchand de vin, dont l'habitation n'est séparée que par une largeur de rue de la maison dans laquelle ont eu lieu les derniers cas mentionnés.

Je citerai encore, pour finir, un cas terminé, comme le précédent, par la mort, et dont la provenance d'un hôpital me paraît au moins très probable. Marie Bottard, femme Planson, demeurant au n° 137 de la Chaussée-du-Maine, va visiter, le 12 mai, un parent malade, dans la salle Saint-Ferdinand, à l'hôpital Necker. Le 24, elle ressent du malaise, des douleurs de tête et de reins. Le 27, l'éruption variolique apparaît. Les jours suivans, la pustulation se développe avec une abondance extrême, et le 14 juin, dans la période de suppuration, la malade rend le dernier soupir.

Le mari, âgé de 28 ans, et cordonnier de son état, n'avait pas été vacciné. Je me hâtai d'y pourvoir. L'éruption vaccinale se fit, et quoiqu'il n'eût pas quitté sa femme un instant pendant sa maladie, il n'éprouva aucune atteinte du virus variolique.

Les faits relatifs à Auguste Julienne et à la femme Planson qui, d'après les explications précises qu'ils m'ont données, n'ont été l'un et l'autre exposés à la contagion qu'une seule fois; le premier, au convoi d'Antoinette Pradel; la seconde, dans une visite à l'hôpital Necker; ces deux faits, dis-je, tendraient à établir que la période d'incubation de la petite-vérole est de douze jours.

Les conclusions auxquelles me conduisait cet exposé diffèrent un peu de celles de M. Hervieux. L'une, que j'ai citée en commençant, a pour objet la vaccination des entrans dans les hôpitaux. Les autres sont ainsi conçues :

1° Les varioleux doivent être séparés des autres malades dans les hôpitaux et traités dans un service spécial.

2° L'accès de ce service ne doit être permis, aux personnes du dehors, qu'après qu'on se sera assuré qu'elles ont été vaccinées ou qu'elles ont eu la petite vérole.

J'aurais plus d'une considération à présenter en faveur de ces conclusions et en réponse aux objections que j'ai entendu y faire. Mais je sens que j'ai déjà été trop long. Je m'arrête, et je ferai, si vous m'y autorisez, des considérations dont il s'agit, l'objet d'une seconde communication.

Veuillez agréer, etc. Ch. Pellarin, d.-m. p.

(1) Que ceci soit pour moi l'occasion de confesser une faute. Le médecin doit toujours faire comme saint Thomas. Si, au lieu de m'en rapporter au dire des parens, j'avais pris soin de m'assurer, par mes yeux, que tous les enfans Bailly étaient réellement vaccinés, le plus grand eût été sans doute préservé, comme le plus petit, grâce à l'invention de Jenner : admirable invention, qu'on ne saurait trop défendre contre des attaques inconsidérées, puisque, malgré ses éclatans bienfaits, elle n'a pu triompher encore de tous les préjugés du peuple. Croirait-on que dans la maison même où la variole exerçait ainsi ses ravages, il y avait des pères et mères qu'on n'a pu décider à laisser vacciner leurs enfans?

MÉDECINE PRATIQUE.

DE L'INFLAMMATION DU TISSU CELLULAIRE PÉRI-UTÉRIN, ET EN PARTICULIER DU PHLEGMON RÉTRO-UTÉRIN;

Par M. le docteur Valleix, médecin de la Pitié, etc.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

2° Phlegmon anté-utérin. — Je n'ai observé, comme je l'ai dit plus haut, cette inflammation isolée que dans 3 cas. Les symptômes particuliers à cette espèce ont été les suivans : les malades éprouvaient une *douleur* hypogastrique vive, avec exacerbations. Le toucher vaginal faisait reconnaître le cul-de-sac postérieur parfaitement libre et souple. Dans le cul-de-sac antérieur, au contraire, on sentait, non pas une tumeur circonscrite et arrondie comme dans l'espèce précédente, mais une *tension* marquée, une résistance insolite résultant de l'inflammation. La disposition serrée du tissu, qui unit la paroi vaginale à la vessie, et une portion de celle-ci au col, explique cette différence. On ne sent pas latéralement d'une manière distincte les limites de cette résistance. La *pression* exercée avec l'extrémité du doigt sur la partie résistante, occasionne la plus vive douleur; il en est de même lorsqu'en voulant pousser le col de l'utérus en arrière, on exerce des *tiraillemens* sur ce point.

Un autre symptôme constant et remarquable est la *douleur causée par les contractions vésicales* pendant la miction. Les malades s'en plaignent vivement. En même temps il survient des *envies fréquentes d'uriner* qui les fatiguent beaucoup, auxquelles elles cherchent à résister, mais que l'irritation de la vessie les force bientôt à satisfaire.

Tous les symptômes décrits dans la précédente espèce, sauf ceux qui ont leur siége dans le rectum, appartiennent également à celle-ci. Seulement, j'ai remarqué que les symptômes péritonéaux se manifestent plus facilement, sans doute, parce que le développement de l'inflammation est plus facile vers la partie supérieure où le tissu est plus lâche.

3° Inflammations anté et rétro-utérine réunies. — Cette espèce ne demande pas une description particulière, puisqu'en réunissant les symptômes propres à chacune des deux précédentes aux symptômes qui leur sont communs, on a le tableau de la maladie. Il suffit donc de la mentionner. Comme je l'ai dit plus haut, je l'ai observé dans deux cas, et dans ces deux cas, c'est à la partie postérieure du col que s'est manifestée l'inflammation qui ne s'est développée à la partie antérieure que deux ou trois jours après. Il a donc été facile de suivre la succession des symptômes propres aux deux premières espèces.

Quant au cas où l'*inflammation siégeait sur le côté de l'utérus*, comme la tumeur se portait un peu en arrière vers le rectum, ce sont les symptômes de la première espèce qui prédominent.

Marche, durée, terminaison de la maladie. — La *marche* de la maladie doit être étudiée avec le plus grand soin, car elle fournit matière aux considérations les plus importantes. Elle présente comme je l'ai déjà dit plusieurs fois, des exacerbations presque toujours d'une très grande violence. Cela a lieu alors même que l'inflammation reste fixée à la partie postérieure de l'utérus et ne peut s'expliquer en pareil cas que par l'envahissement successif de plusieurs points très rapprochés du tissu péri-utérin. Lorsque l'inflammation envahit des points plus éloignés, comme les parties latérales et la partie antérieure, ces envahissemens ont lieu également à des intervalles plus ou moins éloignés et expliquent les exacerbations.

Toujours est-il que ces intervalles de douleur violente et de calme relatif donnent à l'affection une physionomie particulière, et que le médecin doit bien connaître pour ne pas être induit en erreur. Les premiers symptômes ont une grande violence, on les voit sous l'influence du traitement, s'amender rapidement, disparaître même tout à fait, et l'on peut croire que, comme les inflammations ordinaires, la maladie va cesser

---

supérieur, de religieux, de quasi-divin ne pénétrait pas l'homme de cette pensée, de ce sentiment :

« Donner la vie,

» Donner la mort, sont deux actes opposés, mais d'une gravité égale, chacun dans sa sphère. Nous parlons selon la loi; nous parlons de la condamnation à mort et non de l'assassinat. Personne n'a pu s'y méprendre. — Donner la vie, si ce n'est pas un acte de pure animalité, c'est une immense audace qui veut être bénie. »

Revenons à Paris et à ses destinées prochaines, immédiates. Grâce à la multiplicité, à la rapidité des communications, Paris va être, Paris est *l'hôtellerie* obligée de l'univers. Les maladies, pas plus que les vices du monde entier, ne feront quarantaine à ses portes : les germes de toutes les affections lui arriveront, comme les remèdes d'ailleurs, des quatre points cardinaux. Que de dispositions endémiques viendront perdre leur nationalité à Babylone! Le résultat de cette promiscuité immense, sur un point relativement étroit, ne peut être que le bouleversement de toutes les constitutions médicales existantes. Pour notre compte, nous qui ne croyons plus, et pour des raisons majeures, au progrès matériel sans compensation douloureuse, sans expiation enfin, nous sommes persuadés que la résultante de tous les embellissemens, de tous les voyages, de toutes les résidences à Paris, la résultante médicale sera *le spleen*. — Le progrès matériel est assez grand, assez fort désormais pour s'entendre dire la vérité.

Mais pourquoi le *spleen?* Nous sommes le feuilleton et nous avons le droit de prendre nos comparaisons partout. Vous nous demandez pourquoi le *spleen?* Nous vous demanderons pourquoi les enfans s'ennuient lorsqu'ils sont trop bien habillés, pourquoi l'on bâille sous les lambris dorés, pourquoi les gens qui passent, dans de superbes voitures, ont presque tous l'air d'être malheureux par rapport à eux-mêmes et de n'être heureux que relativement à vous, piéton crotté, humilié, rangé? Pourquoi le *spleen*, parce que la population ne sera jamais assez riche, assez morale, assez raisonnable pour soutenir tout ce luxe, toute cette clarté, toute cette sujétion. Nous dirons plus, le soleil de Paris est trop inégal, trop court pour dorer, même à la Ruolz, ces avenues, ces chaussées, ces monumens. A Paris le soleil règne quelquefois, mais c'est l'humidité qui gouverne en définitive. Oui, seigneur progrès, vous aurez vos débines comme les plus grands seigneurs de la terre, et l'on dira probablement du *Paris confortable : Paris de spleen*. Le Paris de Louis VI comprenait « *outre la cité, vingt ou trente ruelles fétides, fangeuses, obscures, auxquelles on venait de donner pour la première fois une enceinte.* Mais *que de passions, que de rires dans ces maisons de bois basses, sombres, humides! Que de joyeux rendez-vous et de douces causeries à la place Baudet, sous l'ormeciau Saint-Gervais,* au puits d'amour *de la rue de la Truanderie! Que de sagesse dans l'humble manoir voisin de l'église Saint-Merry, d'où l'abbé Suger gouvernait le royaume! Que de poésie et d'ivresse dans la chétive maison de la rue du Chantre, où Héloïse et Abeilard, sous prétexte de l'étude, vaquaient sans cesse à l'amour!* » Le mais que nous avons souligné n'est point d'un rétrograde. Il est de M. Théophile Lavallée, un des historiens les meilleurs et les plus libéraux de France. Il nous a paru confirmer historiquement notre point de vue physiologique sur Paris, atteint du *spleen*.

Lorsque ces choses arriveront, — si elles arrivent par les anomalies qui courent — les individus dont il est parlé plus haut dans les articles officiels du recrutement seront mariés, ceux de la cinquième catégorie surtout, et ils auront de petits enfans. A quoi joueront ces enfans? La question n'est pas puérile : vous allez voir qu'elle rentre en plein dans notre sujet : *Paris malade*. Or, avez-vous remarqué quel est le jeu qui est devenu de beaucoup le plus populaire depuis quelques années, aux jours et aux lieux d'esbattement public? C'est le tir au pistolet. Si la police des jours et des lieux dont il s'agit était moins bien faite, il serait impossible d'y paraître, sans revenir éborgné, pour le moins. L'engouement pour ces sortes de jeux, par sa généralité, tient de l'épidémie, et nous a paru digne de compter parmi les titres de *Paris malade*. Considérant qu'il n'y a ni sottes ni petites observations, qu'il y a seulement de sots et de petits observateurs, nous faisions tout récemment, au milieu d'une réjouissance publique, notre remarque sur cette *furia francese* qui consiste à abattre des bons hommes, des pipes, etc. Nous nous étonnions en même temps de l'absence de phénomènes. — Nous sommes à présent *trop débêtés*, nous répondit un digne garçon; on ne nous montre plus de phénomènes, parce que nous savons comment on les fait; et il se remit à viser dans l'œil d'un bonhomme; — un œil dont une chandelle allumée formait la chambre obscure et la rétine. — Et nous nous éloignâmes en fredonnant ces mots du cantique :

Foi de nos Pères!

Ces simples paroles ramènent notre esprit aux pensées les plus sérieuses. Comment se fait-il qu'à propos du *Paris malade* nous n'ayons pas encore dit un seul mot des hôpitaux? Il en est temps encore, mais hâtons-nous.

Le Paris moderne, le Paris tout flambant neuf, qui s'élève sous nos yeux, appelle un complément : Une transformation successive des hôpitaux paraîtra bientôt nécessaire, non seulement à ceux qui ont de l'humanité, mais à ceux qui ont du goût. Quand on se mettra — un beau jour — à y réfléchir, on trouvera que des salles d'hôpitaux contenant trente ou quarante lits de mortels, atteints de maladies différentes, qui agonisant, qui râlant, qui gémissant, qui espérant encore, on trouvera, disons-nous, que cela est impossible; comme un beau jour on trouva que quatre, cinq et six malades dans le même lit étaient impossibles. Nous ne comparons pas les deux abus. Dieu nous garde de la déclamation qui a perdu toutes les causes; nous comparons seulement les deux époques, celle où l'on était quatre dans un lit, celle où l'on est quarante dans une salle; nous comparons les ressources, les aspirations vers le mieux, les exigences de l'esprit public, et nous concevons cet espoir : tandis que l'on défait d'une main le système cellulaire absolu pour les prisonniers, on fera de l'autre l'isolement pour les malades. L'hôpital se transformera, peu à peu, en maison de santé. Il ne paraîtrait pas trois articles raisonnés, approfondis sur ce sujet, dans l'Union Médicale, que le quatrième se poserait dans toutes les consciences, dans tous les cœurs. L'hôpital-monument doit céder sa place à l'hôpital cellulaire, si ce dernier mot n'est pas devenu un épouvantail; ainsi le veut Paris nouveau — en faveur du Paris malade. Pierre Bernard.

graduellement : il n'en est rien. Au bout de huit, dix et même vingt-quatre heures, les symptômes se reproduisent avec la plus grande violence, et ainsi de suite pendant quatre, six, huit jours et quelquefois plus. C'est comme on le voit une *intermittence irrégulière* bien prononcée. Dans quelques cas j'ai vu même cette intermittence se rapprocher assez de la périodicité pour qu'on crût avoir à faire à une maladie franchement intermittente et qu'on administrât le sulfate de quinine.

La *durée* de l'affection, *quand elle se termine par résolution*, est de huit à dix jours ordinairement. Cependant, il reste, après ce temps, un point d'induration encore douloureux à l'endroit où siégeait l'inflammation, et les femmes ont besoin de grand ménagemens. *Quand la maladie se termine par suppuration*, les symptômes douloureux ont une durée plus longue, parce qu'il se passe quelques jours de plus avant que la collection purulente soit formée ; puis l'ouverture de la tumeur naturelle ou artificielle met promptement un terme aux souffrances de la malade.

La *terminaison* de la maladie est variable, et la manière dont elle a lieu est assez importante pour nous arrêter un moment. Dans le plus grand nombre des cas elle se fait *par résolution ;* je n'ai vu, en effet, sur 25 cas, la suppuration s'établir, que deux fois dans le phlegmon rétro-utérin, une fois dans le phlegmon anté-utérin, et une fois dans l'inflammation occupant à la fois le tissu cellulaire postérieur et le tissu cellulaire antérieur. En tout, 4 fois sur 25. C'est là, je le répète, un point très important, car il prouve que la maladie a été bien souvent méconnue, puisqu'elle n'a été étudiée que dans les cas où il se produit un abcès. Et cependant, comme nous l'avons vu, elle n'est pas moins bien caractérisée, quand elle doit se terminer par résolution.

Lorsque cette terminaison par résolution a lieu, on voit d'abord les symptômes généraux s'amender, puis cesser complètement. La tumeur dans le phlegmon rétro-utérin, et les tissus résistans dans le phlegmon anté-utérin, deviennent beaucoup moins douloureux. Puis toute douleur disparaît, la tumeur diminue peu à peu, il faut la chercher dans un point plus élevé, et enfin elle finit par disparaître sans laisser de trace, ou bien, il reste pendant un certain temps un petit noyau induré qui disparaît plus tard. Les tissus reprennent leur souplesse et l'on peut imprimer à l'utérus des mouvemens comme à l'état normal.

Quand la suppuration s'établit, il y a quelques signes, comme de légers frissonnemens, du malaise, qui l'annoncent dans certains cas, mais non dans tous. Puis les tissus présentent plus de mollesse, on trouve une fluctuation qui n'est bien évidente que dans le phlegmon rétro-utérin, et seulement, lorsqu'il a fait une saillie assez considérable entre la paroi vaginale et la paroi rectale ; puis la tumeur se rompt et le pus s'écoule au dehors. Dans les cas que j'ai observés, le pus s'est fait jour constamment dans le vagin, lorsqu'il s'agissait du phlegmon rétro-utérin. Cependant on conçoit que l'abcès puisse s'ouvrir dans le rectum. Dans ce dernier cas, on observe des phénomènes bien connus qui ont lieu, lorsque le pus des phlegmons de la fosse iliaque prend cette voie. Dans le premier, la malade sent seulement ses parties génitales mouillées tout à coup ; son linge est taché par le pus plus ou moins lié qui s'écoule, on trouve le vagin et le col baignés par ce liquide, et ordinairement sans pouvoir découvrir l'orifice par lequel il s'échappe, caché qu'il est dans les replis du vagin.

Dans certains cas, on a donné *issue au pus avec le bistouri.* C'est ce que j'ai dû faire dans un cas dont je vais donner l'histoire.

Observation II. — *Phlegmon rétro-utérin. — Terminaison par suppuration* (1).

La nommée Gautrou (Marie), sans profession, entrée à l'hôpital de la Pitié, le 3 mai 1853, est couchée au n° 26 de la salle Ste-Geneviève.

Cette femme, âgée de 30 ans, est accouchée pour la première fois le 21 février 1853, d'un enfant mâle, à terme ; le travail a été naturel et n'a duré que six heures ; trois jours après, elle fut prise d'une agitation extrême, d'une fièvre violente ; on lui fit une saignée ; elle se leva au bout de neuf jours.

Quinze jours après l'accouchement, sans avoir éprouvé ni frissons, ni fièvre, elle ressentit une douleur dans l'hypogastre, douleur vive surtout à droite, des crampes dans les jambes ; en même temps il y eut un écoulement d'un peu de sang par le vagin. Elle se contenta d'appliquer des cataplasmes sur le ventre.

Depuis quinze jours elle s'est sentie plus malade. Elle a éprouvé, pendant ses règles, qui étaient difficiles, des douleurs dans la fosse iliaque gauche ; les selles sont devenues difficiles, douloureuses ; il y a eu des coliques et des douleurs expulsives dans le rectum.

Examen de la malade le 4 mai. — Décubitus varié. Face légèrement anxieuse, un peu pâle.

En percutant l'hypogastre, on trouve de la matité remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis, circonscrite par une ligne à convexité supérieure, s'étendant davantage du côté droit ; il y a de la résistance à la pression dans les mêmes points. Le palper hypogastrique fait reconnaître le fond de l'utérus volumineux et globuleux.

Par le *toucher vaginal*, on constate que l'utérus n'est pas dévié, mais seulement le corps est légèrement porté en avant. A la partie postérieure du col, qui est entr'ouvert, et également porté en avant, on sent une tumeur fluctuante qui semble faire corps avec l'utérus. Le cul-de-sac vaginal postérieur est effacé. La tumeur est un peu résistante, lisse à sa surface, et très douloureuse au toucher. Elle descend jusqu'à la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen de la paroi postérieure du vagin. En introduisant le médius dans le rectum et l'index dans le vagin, on sent entre les deux la tumeur médiocrement résistante.

Il existe des épreintes et de la pesanteur dans le rectum, dans lequel la tumeur fait saillie. Pouls normal ; pas d'augmentation de chaleur de la peau.

Traitement : 15 sangsues à l'hypogastre ; deux demi-lavemens émolliens opiacés ; injections émollientes ; cataplasmes. Bouillons, potages.

Le 8. La tumeur est plus saillante dans le vagin : elle est fluctuante ; la pesanteur, les épreintes du rectum persistent, la malade ne rend qu'une petite quantité de matière liquide en allant à la garderobe. Il y a toujours de la résistance et de la douleur à la pression, vers l'hypogastre, s'étendant un peu dans la fosse iliaque gauche.

Injections émollientes ; cataplasmes émolliens ; 1 pilule opium 0,05 gram. ; 12 sangsues à l'hypogastre.

Le 10. La saillie, dans le vagin, est moindre ; la fluctuation est marquée ; la douleur a diminué. Le cul-de-sac postérieur du vagin, d'abord effacé, commence à se reformer. Il n'y a eu ni frissons marqués, ni horripilations ; mais le pouls s'est un peu accéléré ; et la chaleur de la peau a un peu augmenté.

Lavement purgatif ; une portion.

Le 13. La malade souffre bien moins depuis l'application des sangsues, la tumeur devient plus molle ; il existe encore de la pesanteur au périnée. Il y a peu de fièvre.

La paroi vaginale de la tumeur s'amincit, et en pressant sur l'hypogastre, on la fait saillir davantage dans le vagin. Mais les selles sont toujours difficiles et douloureuses.

Les *jours suivans*, la tumeur devient très fluctuante, et dans la nuit du 19 au 20 elle s'ouvre spontanément, mais il ne s'écoule qu'une petite quantité de pus.

Le lendemain, l'ouverture a été agrandie avec le bistouri. Une nouvelle quantité de pus s'écoule, mais elle est peu considérable.

Quatre jours après, la tumeur a à peu près disparu et les douleurs sont beaucoup diminuées.

Le 3 juin, la malade n'a plus que quelques coliques rares ; les selles sont plus faciles ; on sent parfaitement le cul-de-sac postérieur du vagin. Il ne reste plus qu'un peu d'épaississement et d'induration de la paroi recto-vaginale. Ces accidens diminuent progressivement, et le 25, la malade demande sa sortie, qui lui est accordée.

Elle se trouve parfaitement bien ; mais l'épaississement et l'induration de la paroi recto-vaginale n'ont pas complètement disparu.

Réflexions. — Nous trouvons dans ce cas tous les symptômes du phlegmon rétro-utérin, sans complication d'inflammation péritonéale. La malade était accouchée depuis deux mois et demi lorsqu'elle a été soumise à notre observation, et quinze jours après son accouchement, elle a éprouvé de vives douleurs dans l'hypogastre, avec crampes dans les jambes. Est-ce à cette époque que nous devons faire remonter l'apparition de l'inflammation rétro-utérine actuelle ? Je ne le pense pas. Il est possible qu'une inflammation de ce genre ait existé à cette époque ; mais elle s'était dissipée spontanément, puisque la malade a cessé de souffrir pendant un temps assez long, jusqu'à l'apparition des symptômes caractéristiques, qui a eu lieu quinze jours avant son entrée à l'hôpital. Peut-être aussi n'existait-il alors qu'une simple inflammation de l'utérus : supposition qui paraîtra très admissible, quand on remarquera que la malade ne présentait pas alors ces symptômes du côté du rectum, qui donnent à la maladie une physionomie particulière, et qui ont été si marqués quand elle a été soumise à notre observation.

Ce cas est un exemple de terminaison par suppuration ; mais la suppuration a été peu abondante, et relativement à l'étendue de la tumeur la collection purulente était peu considérable. Dans d'autres cas, au contraire, toute la partie enflammée suppure promptement, et c'est ce qui a eu lieu dans ceux qu'on a désignés sous le nom de tumeurs fluctuantes du petit bassin.

Chez cette malade nous n'avons pas pu suivre la maladie dans les premiers jours, aussi la marche qui lui est particulière et que j'ai signalée plus haut, ne paraît-elle pas très marquée dans cette observation ; mais toutes les fois que nous avons pu la suivre à une époque rapprochée du début, cette marche a été évidente.

Lorsque l'iflammation siége à la partie antérieure de l'utérus, le pus peut également se frayer une voie par le vagin ; c'est ce que j'ai vu, mais dans un des cas où le tissu post-utérin était également enflammé. *Je ne connais pas d'exemple d'ouverture d'un semblable abcès par le bistouri*, ce qui s'explique par le peu de saillie de la tumeur et par la difficulté d'y découvrir la fluctuation.

Dans un cas, j'ai vu l'*abcès s'ouvrir dans la vessie.* Cette ouverture fut annoncée par des envies fréquentes d'uriner, une douleur assez vive à la fin de la miction, et la présence d'une quantité considérable de pus grisâtre et diffluent au fond du vase qui contenait l'urine. En outre, ce pus avait une odeur fétide des plus prononcées.

Enfin, on voit quelquefois l'*inflammation se propager aux ligamens larges*, et alors l'affection prend des caractères un peu différens, que tout le monde connaît.

Lésions anatomiques. — L'inflammation péri-utérine ne causant pas la mort par elle-même, on n'aurait pas pu décrire d'une manière exacte les lésions anatomiques, si parfois l'extension de l'inflammation ou une rupture de l'abcès n'avait pas donné lieu à une péritonite mortelle ou à une autre lésion grave. En pareil cas on a trouvé, dans le dédoublement de la paroi vaginale et du rectum, ou dans le tissu cellulaire qui unit l'utérus à la vessie, des foyers purulens contenant un pus phlegmoneux ou sanieux, et les diverses ouvertures dans les cavités voisines que j'ai signalées plus haut. Il serait inutile de s'étendre plus longuement sur ce point.

Diagnostic. — Le diagnostic présentait de grandes difficultés avant que nous eussions les moyens d'exploration que nous possédons aujourd'hui. C'est ce qui explique comment les cas seuls où il se produisait des abcès étaient reconnus, et encore faut-il ajouter qu'ils n'étaient reconnus que par un petit nombre de médecins. C'est ce qui explique aussi les erreurs de diagnostic bien pardonnables dont j'ai été témoin.

Phlegmon rétro-utérin. — L'affection avec laquelle il est le plus facile de confondre cette espèce est la *rétroflexion.* Le toucher vaginal donne, en effet, des signes presque identiques. De part et d'autre, on trouve le col en avant, une tumeur qui fait saillie à la partie postérieure et supérieure du vagin, et entre les deux un angle rentrant plus ou moins profond. La consistance de la tumeur dans la rétroversion est plus grande, il est vrai ; elle est aussi moins douloureuse ; mais ce sont là des nuances insuffisantes. Tous les doutes sont promptement levés par l'emploi de la sonde utérine. Elle pénètre, en effet, le bec et la concavité en avant jusqu'à plus de 6 centimètres, et la tumeur reste immobile dans les cas de phlegmon rétro-utérin. Quelquefois le phlegmon est tellement volumineux que l'utérus est dévié à droite ou à gauche. Si donc on éprouve un peu de difficulté à faire pénétrer la sonde directement, il ne faut pas employer la force, mais porter doucement son bec d'un côté ou d'un autre en poussant légèrement : on la voit bientôt s'avancer vers l'une ou l'autre fosse iliaque.

J'ai été apelé trois fois pour de prétendues rétroflexions qui n'étaient autre chose que des phlegmons de ce genre, et dans deux cas même, on avait exercé sur la tumeur des pressions excessives et douloureuses pour réduire la déviation. Le moyen d'exploration que j'indique a fait promptement reconnaître l'erreur, et l'inflammation a cédé au traitement que j'indiquerai plus loin.

Le même moyen de diagnostic suffit pour faire distinguer le phlegmon rétro-utérin d'une *tumeur dans la paroi postérieure de l'utérus*, d'une *tumeur de l'ovaire*, etc.

L'inflammation du *tissu cellulaire situé entre le col et la vessie* pourrait être prise pour une *cystite.* La résistance des tissus dans la partie la plus profonde du cul-de-sac vaginal antérieur, la douleur circonscrite dans ce point, les symptômes gastriques et péritonéaux suffisent pour faire reconnaître l'existence de la première de ces deux affections.

Je ne pousse pas plus loin l'étude de ce diagnostic que les détails exposés plus haut ont rendu facile.

Pronostic. — Malgré la violence des symptômes, le pronostic n'est pas grave. Il ne pourrait le devenir que si l'affection se propageait à d'autres parties ; mais alors on aurait une maladie différente. L'ouverture de l'abcès la plus heureuse est celle qui se fait dans le vagin.

Traitement. — Le traitement de ces affections peut être exposé en peu de mots.

Les *émissions sanguines générales et locales* doivent d'abord être employées avec assez d'énergie. J'ai mis principalement en usage les *sangsues* et les *ventouses scarifiées*, et presque toujours j'ai été obligé de revenir plusieurs fois (trois ou quatre) à leur application dans les momens d'exacerbation que j'ai signalés plus haut. Toujours elles ont procuré du calme aux malades.

Le second moyen consiste dans l'application de *très petits vésicatoires volans* pansés avec 0,02 à 0,04 grammes d'un sel de morphine. Je les faisais renouveler dès qu'ils étaient secs. En calmant les douleurs, ils rendaient la marche de la maladie plus uniforme. Les bons effets en ont été évidens dans tous les cas.

Viennent ensuite les *cataplasmes*, les *demi-bains*, les *injections émollientes et narcotiques*, les *narcotiques à l'intérieur*, la *glace*, l'*eau de Seltz*, la *potion de Rivière* dans les cas de vomissement.

Il faut toujours donner un *laxatif* (magnésie, citrate de magnésie, sulfate de soude, etc.) dans les cas fréquens de constipation.

Enfin, la *diète* et le *repos* le plus absolu possible complètent ce traitement bien simple, à l'aide duquel la maladie se termine presque toujours par résolution.

Dans certains cas d'abcès, on a donné issue au pus à l'aide du bistouri. Pour qu'on puisse agir ainsi, il faut que la tumeur fasse une assez grande saillie dans le vagin, et qu'on y sente bien la fluctuation.

Quelquefois, l'ouverture s'est produite spontanément ; mais *l'ouverture trop étroite ne permet qu'imparfaitement la sortie du pus ;* j'ai observé un cas de ce genre, et il m'a suffi d'agrandir l'ouverture à l'aide d'un bistouri ordinaire. Le spéculum bivalve, dont les deux parties s'écartaient latéralement, me permettait de voir la tumeur. Il vaudrait mieux se servir du bistouri boutonné, si l'on apercevait l'ouverture spontanée, ou bien ne faire qu'une simple ponction qu'on agrandirait ensuite avec ce bistouri.

Quand le pus coule dans le vagin, il faut multiplier les injections. S'il *s'échappe par le rectum*, on donne chaque jour plusieurs *lavemens émolliens ;* enfin, dans le cas *où le pus coulait*

(1) Recueillie par M. Henry, interne des hôpitaux.

dans la vessie, des *injections émollientes dans cet organe* ont été fort utiles.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 Octobre. — Présidence de M. RAYER.

Recherches physiologiques et anatomiques sur l'appareil nerveux des végétaux.

M. LECLERC, professeur à l'École de médecine de Tours, lit un mémoire sur ce sujet.

L'auteur donne, comme applicable, à l'ensemble des végétaux, les résultats auxquels il est arrivé; les recherches exposées dans ce mémoire ne portent principalement que sur la sensitive (*mimosa pudica*).

Voici les faits que M. Leclerc a constatés en étudiant l'action des anesthésiques sur les plantes dont il s'agit :

1° J'exposai une feuille de sensitive à la vapeur de l'éther pendant quelques minutes. Le résultat fut à peu près nul.

2° Je compris bientôt que l'expérience avait été mal faite. Une sensitive fut placée sous une cloche. J'entourai la cloche de sable, et, sous la cloche, je plaçai avec la plante plusieurs vases remplis d'éther. En dehors de la cloche, une couche de sable fin, assez épaisse, interceptait complètement l'introduction de l'air. L'expérience avait lieu au soleil. Dix à quinze minutes après, je levai la cloche, toutes les folioles de la sensitive étaient largement étendues; elle était tout à fait immobile : le choc le plus violent, les acides, le feu, les mutilations les plus grandes ne produisaient plus, chez elle, le moindre mouvement.

3° Une des feuilles fut amputée sans produire aucun mouvement dans le reste de la plante. Je la mis dans ma main; cinq minutes après, un léger choc imprimé à cette feuille commença à en faire remuer les folioles qui parurent sortir d'une espèce d'engourdissement; et qui, dans l'espace de quelques secondes, se fermèrent toutes les unes après les autres.

La chaleur de la main parut hâter le retour de la sensibilité de cette feuille amputée.

4° Une autre feuille fut amputée, on la soumit à l'action d'un courant voltaïque; elle recouvra plus vite sa mobilité que la première.

5° J'éthérisai une sensitive par un ciel sombre. La plante devint insensible; seulement elle dut rester au moins une heure exposée à la vapeur de l'éther. Cependant, il est des précautions à prendre dans cette opération; ayant laissé pendant près de quatre heures une sensitive exposée à l'action du même agent, elle ne recouvra jamais sa motilité : la plante était morte.

6° La sensitive éthérisée la nuit, durant plusieurs heures, est toujours retirée morte de l'appareil. Elle conserve alors la position dans laquelle l'éther l'a surprise, c'est-à-dire que ses folioles sont fermées.

L'inspiration n'a donc pas seulement lieu le jour, au soleil et par les temps sombres; elle se fait encore la nuit pendant le sommeil de la plante.

7° Je voulus savoir ce que devenait l'éther; à mon grand étonnement, je constatai qu'il avait été, en grande partie, porté jusque dans la terre à l'extrémité des spongioles. Ce fait ne suffit-il pas à démontrer qu'il y a, chez la plante, une circulation et la fonction d'excrétion?

8° La sensitive qu'on sort morte de l'appareil, c'est-à-dire qui a été éthérisée pendant plus de quatre heures, présente le curieux phénomène de la rigidité cadavérique. Ses pétioles ont alors une raideur inaccoutumée.

9° Toutes les fois qu'une sensitive est éthérisée assez longtemps pour éprouver les effets anesthésiques, elle offre, à sa sortie de la cloche une température plus basse que la plante qui n'a pas été éthérisée. Le froid persiste jusqu'à ce qu'elle ait exhalé l'éther qui l'oppresse.

10° L'action du chloroforme sur la sensitive est plus rapide et plus profonde encore que celle de l'éther.

11° L'éthérisation fournit de nouveau la preuve que, semblable au polype, la plante est un composé de plusieurs individus. En effet, j'ai souvent éthérisé une seule feuille et même une seule foliole de sensitive, sans que le reste de la plante participât en rien aux effets anesthésiques présenté par cette feuille ou par cette foliole; et cependant la communication directe avec le reste de la plante n'avait pas été interrompue.

L'auteur a constaté, en outre, par les mêmes moyens, que d'autres végétaux qui n'ont pas de mouvemens appréciables aux yeux, possèdent comme la sensitive un appareil nerveux. (comm. MM. Magendie, Flourens, Brongniard, Decaisne.)

Cautérisation, avec le fer rouge, du col utérin pendant la grossesse.

M. COURTY, de Montpellier, adresse sous ce titre, un mémoire qu'il résume dans les conclusions suivantes :

1° On peut cautériser avec le fer rouge le col de l'utérus chez les femmes enceintes, lorsque cet organe est malade;

2° On peut pratiquer cette opération à diverses époques de la grossesse, depuis la fin du premier mois jusque vers la fin du sixième;

3° Elle n'est accompagnée d'aucune douleur et ne détermine aucun accident pendant la grossesse comme hors l'état de gestation;

4° On n'a pas à craindre de provoquer l'avortement par la cautérisation actuelle, dont un des résultats les plus avantageux est, au contraire, d'augmenter les chances qui peuvent faire éviter cet accident;

5° Pendant la grossesse, comme hors de l'état de gestation, le fer rouge, lorsqu'il est indiqué, est préférable aux autres caustiques;

6° Il vaut mieux revenir à l'application du fer rouge à plusieurs reprises, si c'est nécessaire, car il y a plus de danger d'avortement dans la persistance des ulcérations que dans la réitération de la cautérisation. (Comm. MM. Roux, Velpeau, Coste.)

Emploi thérapeutique de l'insufflation pulmonaire dans certains cas où le jeu de la respiration est suspendu.

M. PLOUVIEZ, à l'occasion d'une communication récente de M. Ripault, sur ce sujet, adresse la note suivante :

Dans une note soumise, en janvier 1848, à l'Académie, j'indiquais déjà les insufflations pulmonaires comme un moyen de combattre l'asphyxie qui résulte quelquefois de l'inhalation de l'éther ou du chloroforme; et plus tard, dans mon travail sur l'*Éthérisation*, je faisais pressentir tout le parti que l'on pourrait tirer de ce moyen, dans des circonstances où la suffocation reconnaît une tout autre cause; par exemple, dans certains cas d'asthme, et surtout dans des cas de croup, où la trachéotomie est indiquée. Ne pourrait-on pas, disais-je, au moyen des insufflations, gagner du temps, et parfois éviter cette opération?

Depuis quelques années, j'ai eu l'occasion d'employer quelquefois, avec succès, les insufflations dans des cas de croup.

Plusieurs fois, l'asphyxie a été complète, et c'est avec ces manœuvres que j'y ai remédié. Ces observations devant être publiées, dans un travail spécial, je me contenterai, pour le moment, de dire comment on doit les pratiquer :

En cas d'asphyxie complète, on place le tuyau d'un soufflet ordinaire entre les arcades dentaires ou dans une narine, et l'on exécute rapidement les insufflations jusqu'à la première inspiration, puis on les ralentit pour les cesser quand le danger est passé.

On recommence autant de fois que cela est nécessaire. Au contraire, si la respiration n'est que très difficile, il suffit d'augmenter le volume de l'air inspiré; et pour cela faire, on pratique les insufflations avec douceur et seulement pendant les inspirations. Le bien-être que les malades éprouvent, quelquefois passager, il est vrai, est si extraordinaire, qu'il faut en avoir été témoin pour croire qu'un moyen si simple ait une influence heureuse, presque toujours instantanée.

Théorie du mode d'action des anesthésiques.

M. JEANNEL, à l'occasion d'une communication récente de M. Robin appelle l'attention de l'Académie sur un travail qu'il a rendu public en mars 1847, et dans lequel il a exposé, relativement au mode d'action des anesthésiques, une théorie qui lui paraît ne point différer de celle que soutient M. Robin. (Comm. nommée.)

RÉCLAMATION.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Paris, le 18 Octobre 1853.

Très honoré confrère,

Votre numéro de ce jour contient un travail de M. le docteur Gigon, d'Angoulême, *sur l'emploi de la cautérisation par le nitrate d'argent solide, contre la vaginite.*

Dans cet article, l'auteur vient à parler, incidemment, du *croup*, et dans une note sur le traitement qu'il a, dans ces derniers temps, appliqué à cette redoutable maladie, il préconise l'*émétique à dose rasorienne,* joint à la cautérisation et aux sangsues dans certains cas.

Or, j'ai publié moi-même, dans la *Presse médicale*, n° du 8 janvier dernier, une observation de croup pseudo-membraneux guéri par les mercuriaux et le tartre stibié, à l'exclusion des émissions sanguines.

A propos de ce fait, et dans les réflexions dont je le fais suivre pour expliquer le mode d'action des moyens que j'ai en usage, je disais :

« Pourtant je me demande si, dans ce cas particulier, une troisième » influence ne se serait pas surajoutée aux précédentes, et *si le tartre* » *stibié à haute dose* — relativement à l'âge de l'enfant — qui a été » toléré, contrairement à mes prévisions, *n'aurait pas exercé son* » *action contro-stimulante?* C'est une question que je pose sans la » résoudre et *qui pourrait peut-être servir de jalon pour des tentatives ultérieures.* »

Si je n'ai pas été plus affirmatif, c'est que je voulais recueillir auparavant un nombre assez respectable d'observations à l'appui de l'horizon nouveau que j'entrevoyais dans la thérapeutique du croup.

Mon honorable confrère, M. Gigon, apporte un contingent de six cas (dont quatre suivis de guérison), en faveur du traitement par le tartre stibié à dose contro-stimulante. J'enregistre avec bonheur un résultat qu'on n'avait encore obtenu par aucune autre méthode, et j'espère, qu'expérimenté sur une plus vaste échelle, cette médication ne démentira pas mes prévisions. Que les praticiens se mettent à l'œuvre : le sujet en vaut certes bien la peine.

Pour mon compte je m'occupe, à l'heure qu'il est, d'un travail sur cette question. C'est pourquoi je tiens à établir mes droits à la priorité, tout en me félicitant de voir mes vues pleinement confirmées par un médecin aussi judicieux que M. Gigon. Vous m'obligerez, très honoré confrère, en donnant place à ma lettre dans votre plus prochain numéro.

Je vous serre la main bien cordialement.

Dr Alex. MAYER.

VARIÉTÉS.

UNE NOUVELLE OPÉRATION DE REBOUTAGE. — La *Revue thérapeutique du Midi* publie un fait malheureux qui lui a été communiqué par le docteur Cabaret de Saint-Malo, et que nous voudrions voir porté par tous les organes de la presse à la connaissance des habitans des villes et des campagnes, afin de leur désiller les yeux sur les dangers qu'ils courent en se mettant entre les mains des rebouteurs. Nous abrégerons un peu les détails.

Un rebouteur célèbre des alentours de Napoléon-Vendée, mais rendu plus célèbre encore par une condamnation en cinq francs d'amende qui l'a posé en martyr et a quintuplé sa clientèle, fut consulté le 4 juin dernier par un cultivateur de la commune de Saint-Denis, le nommé Lachevasse, se plaignant, à la suite d'une forte chute, de ressentir de vives douleurs dans la région cervicale. Le rebouteur se trouvait en course lorsqu'il rencontra son malade. Il lui promet une prompte guérison et l'invite à entrer dans un cabaret du voisinage, où il se charge de lui remettre promptement le cou. On entre au cabaret, on boit une bouteille; puis le renoueur procède, séance tenante, à l'opération. Il saisit des deux mains la tête du patient, et, par un mouvement rapide de gauche à droite et de droite à gauche, il lui fait trois fois tourner la tête sur ses épaules. A la troisième fois, un craquement se fait entendre, et le renoueur de se féliciter en s'écriant : « C'est fait! Le cou est remis. » Mais, à l'instant même, l'opéré est paralysé des bras et des jambes; il ne peut plus parler qu'avec une extrême difficulté, se plaint des atroces douleurs qu'il éprouve, et succombe le lendemain, avec l'intime conviction de l'habileté de l'opérateur; car, jusqu'à son dernier soupir, il assure que son cou est parfaitement remis.

L'autopsie cadavérique a démontré qu'au niveau des deuxième et troisième vertèbres cervicales, il existait un épanchement de sang, et que les ligamens étaient distendus, déchirés; qu'un autre épanchement sanguin s'était formé entre le cervelet et la base du crâne, lequel résultait manifestement de la lésion de la moelle épinière et de ses membranes. Enfin, le médecin chargé de cette opération concluait, avec justesse, que la mort était la conséquence de ces désordres, lesquels eux-mêmes avaient succédé aux mouvemens brusques rapidement imprimés par le renoueur. Les accidens de la paralysie, en effet, avaient été immédiats, tandis qu'aucun symptôme de ce genre n'avait été constaté après la chute.

Prévenu d'homicide par imprudence, Richard s'efforce d'atténuer sa position en cherchant à prouver son talent comme opérateur, et il produit plusieurs témoins qui s'empressent de déclarer qu'il n'ont qu'à remercier le prévenu des soins qu'il leur a donnés. Tous sont émerveillés de la modicité de ses honoraires, de sa haute capacité, et peuvent difficilement comprendre qu'on ose poursuivre un homme qui possède le secret de guérir les torticolis, les entorses, les luxations, les fractures et les foulures.

Le plus enthousiaste des témoins, Bosis, se traîne en boitant devant le tribunal pour témoigner en faveur de Richard.

M. LE PRÉSIDENT : Est-ce Richard qui vous a remis la jambe?

LE TÉMOIN : Oui M. le président.

M. LE PRÉSIDENT : Mais vous n'avez pas à vous féliciter de cette opération, car vous êtes resté infirme?

LE TÉMOIN : Il est vrai que j'ai une jambe plus courte que l'autre de quatre pouces; mais je pouvais être bien plus estropié.

La foi robuste du témoin provoque une hilarité générale.

Malgré les nombreuses guérisons opérées par Richard et les certificats délivrés par ses cliens, le tribunal le condamne à quatre mois de prison et 60 fr. d'amende.

COURRIER.

NOUVELLES DU CHOLÉRA.—Les nouvelles d'Angleterre sont toujours très rassurantes; l'épidémie ne s'étend pas sensiblement, et dans les points où elle avait primitivement éclaté, elle s'éteint peu à peu. Nous croyons donc inutile de publier, trois fois par semaine, un bulletin relatif à la marche du choléra; nous nous bornerons désormais à donner, tous les samedis, un bulletin embrassant tout ce qui se sera passé de plus intéressant dans le courant de la semaine.

INSTRUCTION DONNÉE PAR LE COLLÉGE ROYAL DES MÉDECINS DE LONDRES (15 octobre 1853), A L'OCCASION DU CHOLÉRA.

Le Comité du choléra du Collége royal des médecins a reçu, de différens quartiers, la demande d'une instruction très claire qui sera mise au service du public pendant la durée de l'épidémie du choléra, lorsque l'avis d'un médecin ne sera pas immédiatement sous la main, et avant qu'un tel avis puisse être obtenu.

Pour cette raison, le Comité croit nécessaire d'offrir au public quelques instructions qui, en raison d'une *déclaration* (notification), étendue faite par le *Général Board of health*, le 20 septembre 1853, doivent être courtes; ces instructions ne doivent, dans aucun cas, ni faire surseoir à la nécessité d'avoir recours, aussi promptement que possible, à l'assistance d'un médecin, ni imposer une autorité restrictive aux médecins.

Pendant la durée de l'épidémie :

1° Aucun dérangement d'entrailles, si léger qu'il soit, ne doit-être négligé, même une heure. L'avis d'un médecin sera demandé dès que le dérangement commence. En attendant l'arrivée du médecin, quelques-uns des médicamens pris en temps ordinaire, pour arrêter la diarrhée, devront être donnés; par exemple le *mélange de craie, la poudre composée de canelle* ou la *poudre composée de craie et d'opium*, aux doses de 20 et 40 grains pour un adulte.

2° Nul apéritif salé ou purgatif drastique qui opère promptement et vigoureusement, ne sera pris sans l'avis d'un médecin.

3° L'intempérance dans les alimens ou dans la boisson est excessivement dangereuse. L'usage modéré de la viande et des légumes est recommandé. En général, on doit suivre le régime qui convient le mieux à chaque individu. Un changement considérable dans le régime auquel on est habitué est rarement conseillé pendant la durée d'une épidémie.

4° La faiblesse, l'épuisement, l'exposition à l'humidité rendent les pauvres spécialement sujets à la maladie. Le Comité rappelle aux riches la nécessité de donner aux pauvres de la nourriture, du chauffage et des vêtemens.

5° On ne saurait trop insister sur l'importance extrême d'ôter ou de détruire toutes les impuretés soit dans l'air, soit dans l'eau ou sur le sol, par la ventilation, la propreté et le fréquent usage du chlorure de chaux ou de zinc.

Enfin, depuis que les rapports faits au Collége des physicians prouvent que des personnes qui ont soigné les malades dans la dernière épidémie, le nombre de celles qui ont été prises par la maladie était en proportion excessivement petit, la *crainte de la contagion doit être pratiquement écartée.*

Le Comité évite d'insister sur l'importance extrême d'avoir dans les dispensaires un approvisionnement convenable de médicamens pour le traitement de la diarrhée chez les pauvres; sur la nécessité *d'organiser dans chaque district affecté du choléra* ce qui est appelé le système de *visite de maison à maison*; et sur l'établissement d'hôpitaux temporaires pour recevoir les malades qui ne peuvent pas être convenablement traités à domicile; ces mesures ayant été très fortement *et très justement* rendues obligatoires dans la *notification* publiée par le *Général Board of health.*

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 128. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 27 Octobre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 26 OCTOBRE 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Un petit incident assez animé a fait le début de la séance. On sait qu'un zélé philanthrope de Tonneins, M. Nadaud, a fondé un prix de 3,000 francs pour être décerné à l'auteur le plus méritant d'un cours d'hygiène à l'usage du peuple. Nous avons eu souvent l'envie de dire notre opinion sur l'institution de ce prix. Nous nous sommes abstenu et nous nous abstenons encore, par respect pour des intentions excellentes, assurément, et pour ne décourager aucun de ces nombreux compétiteurs que l'institution du prix Nadaud a fait surgir. Nous aurons plus de liberté quand l'Académie aura prononcé son jugement, et nous attendrons jusque là.

L'Académie avait décidé que le concours pour le prix Nadaud serait clos le 15 octobre dernier. Un travail est arrivé à l'Académie après cette époque. Le conseil demandait que ce travail fût renvoyé à la commission, qui examinerait s'il y avait lieu ou non à modifier la décision de l'Académie, en d'autres termes, s'il y avait lieu à proroger le concours. La commission, par l'organe de M. Londe, a décliné l'honneur que l'on voulait lui faire. Elle a très justement fait observer que c'était l'Académie qui avait prononcé la clôture du concours, et que c'était à l'Académie seule qu'il appartenait ou de maintenir, ou de casser sa décision. Grands débats sur ce point, qui aboutissent enfin à un vote, et l'Académie décide qu'elle casse son précédent arrêt, et que le concours pour le prix Nadaud reste indéfiniment ouvert. On a donné de fort bonnes raisons pour maintenir la décision précédente de l'Académie; on n'en a pas donné du tout pour la casser, et cependant une grande majorité a voté pour la prorogation. Il y a quelque chose là dessous qui n'a été ni dit, ni même insinué, et que ne connaissent bien que ceux qui fréquentent les coulisses de l'Académie. Nous ne sommes pas de ce nombre, et nous avouons nous émouvoir très peu de voir l'Académie se déjuger quand nous avons vu d'autres *déjugemens* bien autrement graves que celui-là.

Cet incident vidé, la parole est restée à la science. M. Piorry a lu un rapport sur quelques observations de cas intéressans et rares de médecine pratique, présentés à l'Académie par M. le docteur De Bouis.

Ce rapport n'ayant soulevé aucune discussion, M. Bouchut a été appelé à lire un mémoire étendu sur les fistules pulmonaires cutanées, et M. le docteur de Pietra Santa a terminé la séance par la lecture d'un mémoire relatif à l'influence de l'emprisonnement cellulaire sur la santé des détenus. Le compte-rendu donne une indication suffisante de ces divers travaux.

Amédée LATOUR.

CHIRURGIE PRATIQUE.

OBSERVATIONS D'HÉMORRHOÏDES INTERNES ; — CAUSTIQUE DE VIENNE ;

Par M. le docteur Jules ROUX, chirurgien en chef de la marine, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc.

Le caustique de Vienne est-il un moyen certain de détruire les hémorrhoïdes internes, sans exposer les opérés à l'infection purulente?

Cette importante question a été résolue affirmativement par M. Amussat, par moi et récemment par M. Jobert de Lamballe.

M. Amussat, en 1846 et 1849 (*Gazette Médicale*), a considéré la cautérisation circulaire du pédicule des hémorrhoïdes internes par le caustique de Vienne, à l'aide de ses pinces *porte-caustique*, comme un moyen de guérir ces tumeurs vasculaires, sans crainte de provoquer la phlébite, et il a publié des faits à l'appui de son opinion.

Dans un travail inséré dans l'UNION MÉDICALE (1851, page 222), j'ai adopté le procédé de M. Amussat et fait connaître trois succès qui, depuis cette publication, se sont élevés à onze, tant dans ma pratique civile que dans celle des hôpitaux.

M. Jobert de Lamballe a, dans l'UNION MÉDICALE du 1er octobre de cette année, proposé d'embrasser les hémorrhoïdes internes à l'aide de deux croissans métalliques concaves, formant, par leur réunion, une sorte de *capsule hémorrhoïdale*, de les détruire ensuite au moyen d'une ou de plusieurs applications de caustique de Vienne étendu sur toute la partie libre de la tumeur.

Je ne sache pas qu'on ait encore publié un seul cas de mort à la suite de l'emploi du caustique de Vienne dans le traitement qui nous occupe, mais deux faits malheureux sont venus annihiler la sécurité que m'inspirait cette méthode opératoire. Les faire connaître est, pour moi, un devoir d'autant plus impérieux qu'ils complètent, sur ce point, les résultats de ma pratique ; qu'ils s'élèvent, pour ainsi dire, d'eux-mêmes, contre le procédé dont M. Jobert de Lamballe vient de poser les fondemens dans sa clinique de l'Hôtel-Dieu, et qu'ils portent une certaine atteinte à cette précieuse action locale de la pâte calcio-potassique signalée par M. Bonnet (de Lyon).

Les faits qu'on va lire parlent assez haut contre le procédé de M. Amussat. Ils suscitent de fâcheuses préventions contre celui de M. Jobert de Lamballe, à moins que ce grand chirurgien ne prouve, par son expérience, que les résultats diffèrent essentiellement, selon que le caustique de Vienne est appliqué sur le *sommet* ou sur le *pédicule* des tumeurs hémorrhoïdales.

Enfin, ces mêmes faits ne provoqueront-ils pas le doute sur l'action toute locale du caustique de Vienne, jusqu'au jour où M. Bonnet (de Lyon) aura démontré que cette action reste toujours limitée aux parties où on l'applique, lorsque ces parties ne sont pas, comme au-dessus de l'anus, exposées à des irritations constantes et à des changemens d'état inévitablement produits par le passage des matières fécales et la mobilité des tissus?

Placé à la tête d'un service où les hémorrhoïdes internes abondent, j'ai dû voir, avec peine, après les succès que j'avais obtenus, se dissiper la confiance que m'avait inspirée la méthode de traitement par le caustique de Vienne. Heureusement que l'art ne reste pas entièrement désarmé contre cette douloureuse affection, puisque le cautère actuel encore préconisé par M. de Bauvais, les fils de platine rougis par le galvanisme, et les injections de perchlorure de fer et de manganèse proposées par MM. A. Amussat et Pétrequin, semblent promettre des résultats plus complets.

OBSERVATION 1re — *Hémorrhoïdes internes depuis vingt ans; — cautérisation circulaire des pédicules; — mort par résorption purulente.*

Au lit 80 de la salle des blessés de l'hôpital du Bagne, était couché le condamné Pécret, âgé de 47 ans, d'un tempérament lymphatique et d'une assez forte constitution. Il était depuis vingt ans atteint d'hémorrhoïdes internes volumineuses qui gênaient la défécation et causaient de très vives douleurs. Dans les grands efforts celles-ci franchissaient l'ouverture anale, s'étranglaient en quelque sorte et s'offraient alors sous forme de quatre tumeurs pédiculées, deux fessières droites, deux fessières gauches, du volume d'une grosse noisette chacune, d'un rouge foncé.

Feuilleton.

DES FUNÉRAILLES CHEZ LES DIFFÉRENS PEUPLES, CONSIDÉRÉES AU POINT DE VUE DE LA MORT INCERTAINE.

Par M. le docteur JOSAT.

« L'individu, dit Bichat, vit encore quelquefois plusieurs jours au » dedans, tandis qu'il cesse tout à coup d'exister au dehors. L'interrup- » tion des phénomènes externes de la vie, étant un signe presque cons- » tamment infidèle de la réalité de la mort, on ne peut se prononcer sur » l'existence de celle-ci qu'après la cessation des phénomènes de la vie » intérieure. »

Les limites de la vie sont donc loin d'être toujours manifestement déterminées. Cette vérité que Bichat a rendue évidente, se trouve dans les pratiques funéraires des peuples de tous les temps et de toutes les parties du globe. On voit, en effet, dès les temps les plus reculés, les hommes multiplier les précautions pour conserver la vie dans toute sa durée possible; et l'histoire des funérailles chez les différens peuples, n'est, à vrai dire, que l'exposé des pratiques qu'ils mirent ou mettent encore en usage, pour empêcher la mort incertaine d'être confondue avec la mort véritable.

Envisagée sous ce point de vue, l'histoire des *funérailles* chez les différens peuples, est un préliminaire presque obligé du travail que nous publions (1).

Nos recherches porteront d'abord sur les peuples anciens.

Il ne faut pas une sagacité bien pénétrante pour trouver jusque dans les mythologies des anciens peuples, des exemples d'individus réputés morts et déjà séquestrés des vivans, ramenés des sombres bords, pour parler la langue des poètes, par l'art, le dévoûment affectueux, ou des soins persévérans.

Qui de nous n'a point gardé en mémoire le spectacle de ce jeune Horus se noyant sous les yeux de sa mère Isis, le désespoir de celle-ci à la vue du corps inanimé de son fils et sa joie après l'avoir rappelé à la vie.

Les cas de léthargie simulant la mort sont de tous les temps. Euridice en est la preuve; et Orphée la rappelant à la vie par les sons harmonieux de sa lyre, confirme ce que personne n'ignore, savoir, qu'il est certains états de mort apparente susceptibles de cesser sous l'influence des moyens les plus simples.

Tandis qu'Hercule luttant contre les monstres pour ramener Alceste du fond des enfers, nous enseigne que ce n'est qu'après des difficultés multipliées et des efforts persévérans qu'on réussit à faire cesser l'état de mort apparente.

Sérapis, Hermès, Esculape, passaient pour avoir rappelé à la vie nombre de gens qui paraissaient morts.

Mais hâtons-nous de sortir des fictions pour aborder l'histoire.

Le peuple le plus anciennement policé que nous connaissions est le peuple égyptien. Son histoire rayonne, pour ainsi dire, sur celle de tous les autres. C'est par lui que nous commencerons (1).

Les Égyptiens

Aucun peuple ne porta aussi loin que le peuple égyptien, le respect pour la vie humaine et le culte pour les morts. Avant que la pratique des embaumemens fût devenue universelle, l'inhumation était à peu près générale. Les apprêts funéraires qui la précédaient sont restés les mêmes plus tard, et en y joignant l'embaumement, on aura un exposé à peu près exact des pratiques usitées en Égypte pour se prémunir contre la mort incertaine.

C'est dans Hérodote et Diodore de Sicile qu'il faut chercher tout ce qui se rapporte aux funérailles chez les Égyptiens. Quand la mort venait frapper quelqu'un parmi eux, la douleur des parens se traduisait par de bruyans éclats. Après quelques heures données à l'affliction, on s'occupait des apprêts funèbres. Le corps était d'abord lavé, nettoyé et parfumé; puis on le revêtait de ses meilleurs habits, on l'environnait de fleurs, et il restait exposé en cet état pendant un temps plus ou moins long. Enfin, quand la mort se montrait à peu près certaine, comme pour lui faire encore subir une dernière épreuve, le corps était livré aux embaumeurs.

C'est ici le lieu, ou jamais, de faire connaître rapidement les principaux détails de cette opération.

Elle débutait par une large incision dans le flanc gauche du cadavre, pour en extraire les intestins. Ils étaient remplacés par les parfums. La pulpe cérébrale était retirée du crâne par une ouverture pratiquée à sa base, à travers les fosses nasales. Une liqueur bitumineuse, qui se congelait en se refroidissant, était injectée dans la boîte crânienne pour occuper la place du cerveau. Les yeux étaient remplacés à leur tour par d'autres en émail, et la chevelure elle-même recevait un apprêt qui servait à la conserver intacte.

Tout étant ainsi disposé, le corps était plongé pendant soixante-dix jours dans le natron. Il en était retiré dans un état d'émaciation telle, que la peau était littéralement collée sur les os.

On procédait enfin à l'ensevelissement proprement dit. Il était d'abord partiel, chaque partie du corps était enveloppée isolément. Il devenait ensuite général, et les formes se trouvaient enfin si parfaitement conservées, que la *momie semblait vivre encore*, dit Pariset, après une sépulture de plusieurs siècles.

Il n'entre pas dans notre sujet de nous étendre davantage sur tout ce qui se rattache aux funérailles chez les Égyptiens. Nous nous sommes appliqué à ne prendre dans les auteurs que nous avons compulsés que ce qui rapporte strictement à notre plan de travail. Cette observation s'applique non seulement aux Égyptiens, mais encore à tous les peuples dont nous aurons à parler.

Les Hébreux.

Nous retrouverons chez les Hébreux quelques-unes des pratiques

(1) Le travail que va publier M. le docteur Josat a été couronné par l'Académie des sciences, et a pour titre : *De la mort et de ses caractères*. Ce mémoire est destiné à lui servir d'introduction.

(1) MM. Pluche, Champollion, Figeac, Latapie nous ont fourni la plus grande partie des détails que nous donnons ici.

Le 4 juin 1852, leur pédicule fut saisi et serré à l'aide de deux pinces *porte-caustique* de M. Amussat. L'application du caustique de Vienne dura six minutes pendant lesquelles un jet d'eau fut dirigé sur les parties pour entraîner et dissoudre les parcelles de pâte échappées de la cannelure des pinces. Une injection froide fut poussée dans le rectum et le malade placé immédiatement dans un bain de siége.

Cette opération pratiquée sans le secours de l'éthérisation ne fut pas très douloureuse et le malade la supporta bien.

Le lendemain, les tumeurs étaient sensiblement noirâtres ; il y avait de la douleur dans l'anus et dans le canal de l'urètre au moment de l'émission des urines.

Les jours suivans, les souffrances continuèrent à un moindre degré ; les tumeurs se flétrirent d'avantage et se détachèrent complètement le 10. Pendant tout ce temps le malade fut mis à la demi-ration et à l'usage des bains de siége et des lavemens émolliens.

Du 11 au 18, le mieux fut plus grand encore, le sdouleurs cessèrent, la défécation facile ne provoqua qu'une seule fois l'écoulement de quelques gouttes de sang, et il ne restait plus qu'un gonflement modéré au bourrelet marginal de l'anus. Le malade n'avait jamais eu la fièvre un seul instant, et la guérison semblait désormais assurée, lorsque le 18 au matin, l'opéré fut pris subitement d'un violent frisson, prélude d'un accès qui dura vingt-quatre heures. Jusqu'au 29, ces redoutables accès de fièvre se renouvelèrent presque tous les jours malgré l'emploi immédiat et continu du sulfate de quinine à la dose d'un gramme.

Le malade succomba le 30 juin, vingt-six jours après l'opération.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort.

Amaigrissement peu marqué ; appareil musculaire développé. Teinte ictérique légère de la face, ecchymoses hypostatiques au côté extérieur du tronc et des extrémités.

Tout le membre supérieur gauche, à partir de l'épaule iuclusivement, est le siége d'un gonflement considérable.

La membrane muqueuse du rectum offre, immédiatement au-dessus du point où elle se continue avec la peau, deux cicatrices d'une teinte noirâtre, remontant dans l'intestin à une hauteur de cinq centimètres et occupant un tiers de sa circonférence.

La cicatrisation est complète partout, excepté en bas sur une surface de la largenr d'une pièce de cinquante centimes environ. Là, existe une ulcération superficielle, à fond réticulé et noirâtre, qu'on distingue assez difficilement du tissu cicatriciel environnant.

La muqueuse rectale, dans tout le reste de son étendue, a conservé sa couleur pâle et sa consistance ordinaire.

Etat normal des autres tuniques de cette partie du gros intestin et du tissu graisseux qui environne son extrémité inférieure.

Rien d'anormal dans les artères. Le cœur gauche contient un sang noir à peine coagulé.

La surface interne des veines offre partout une coloration uniforme d'un rouge foncé qui se remarque également dans le système de la veine-porte et dans les cavités droites du cœur. La veine cave inférieure présente surtout cette teinte à un degré très prononcé. Tout le système veineux est gorgé d'un sang très noir, poisseux, incomplètement coagulé. Aucune trace de pus dans l'intérieur de ces vaisseaux, ni au centre des caillots mous et diffluens qu'ils contiennent.

Ramollissement de la muqueuse de l'estomac, sans coloration morbide : des matières bilieuses abondantes distendent ce viscère ; on observe quelques arborisations vasculaires dans les dernières portions de l'intestin grêle.

Le lobe droit du foie est envahi par de vastes collections purulentes communiquant largement entre elles, et recouvertes, en certains points, par l'enveloppe fibreuse seule. Le pus est crêmeux et jaunâtre ; sa quantité peut être évaluée à 200 grammes.

Rate engorgée et friable.

Rares tubercules disséminés vers le sommet et le bord postérieur des poumons. Pas de traces d'abcès métastatiques dans ces organes.

Rien de particulier dans le système nerveux et l'appareil urinaire.

Les psoas semblent convertis en deux poches purulentes, et réduits à leur aponévrose d'enveloppe.

Trois abcès existent aux membres inférieurs : l'un au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche, les deux autres à la partie antérieure et inférieure de chaque jambe, au-devant des articulations tibio-tarsiennes. L'abcès de la jambe gauche forme une tumeur assez étendue et saillante ; le pus a dénudé le quart inférieur de la face antérieure du tibia, et fusant dans la gaîne du jambier antérieur, est arrivé jusqu'au dos du pied.

Vaste abcès contenant un pus grisâtre et très fétide, entre la face profonde du deltoïde et la capsule fibreuse de l'articulation scapulo-humérale gauche. Une autre collection purulente, ne communiquant en aucune façon avec la précédente et formée d'un liquide crêmeux et jaunâtre, suit le trajet des nerfs du plexus brachial, depuis la clavicule jusqu'à la partie moyenne du bras.

Remarquons que ces divers abcès qui, tous, avoisinent plus ou moins des articulations, n'y pénètrent pas et siégent exclusivement dans le tissu cellulaire, sur le trajet des gros vaisseaux. Toutes les articulations sont saines.

OBSERVATION II. — *Hémorrhoïdes internes volumineuses ; — cautérisation circulaire des pédicules ; — mort par résorption purulente.*

Depuis plusieurs années, le condamné Tomba, âgé de 44 ans, était atteint d'hémorrhoïdes internes qui gênaient la marche, rendaient la défécation difficile, et qui s'échappant au dehors, formaient une tumeur d'un rouge livide, saignante et très douloureuse. Plusieurs fois ce malade était entré à l'hôpital pour cette affection qui lui rendait la vie insupportable.

Le 24 novembre 1852, Tomba fut opéré sans éthérisation préalable ; les hémorrhoïdes, saillantes à l'extérieur, furent saisies à leur pédicule à l'aide de deux pinces porte-caustique qui restèrent appliquées pendant sept minutes. Le jet continu de l'eau froide calma la douleur qui cessa dans un bain de siége.

Tout se passa bien jusqu'au 1er décembre ; les tumeurs hémorrhoïdales s'étaient détachées ; la défécation et l'excrétion urinaire se faisaient sans souffrance ; il n'y avait jamais eu de fièvre, et le malade, qui n'avait cessé d'être dans un état général des plus satisfaisans, était toujours resté à la demi-ration.

Le 2 à quatre heures du matin, un frisson violent apparut tout à coup et fut suivi d'une chaleur intense et d'une sueur abondante, le malade se plaignit de coliques, (Bouillon, vin sucré, sulfate de quinine 1 gr. 50 centig.)

Les jours suivans, la fièvre continua avec des exacerbations irrégulières que le sulfate de quinine ne modifia que faiblement, la soif resta vive, le langue sèche, le pouls petit, l'oppression continua ainsi que la chaleur de la peau ; il y eut quelques vomissemens, quelques crachats rouillés, enfin la prostration alla en augmentant et le malade succomba le 10 au matin, six jours après avoir été opéré.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort.

L'extrémité anale du rectum présente deux ulcérations à fond noirâtre, taillées à pic, l'une de 3 centimètres 1/2, l'autre de 4 dans leur plus grand diamètre qui est vertical ; la muqueuse environnante est partout saine.

Le tissu cellulaire qui existe entre le rectum, d'une part, le bas-fond de la vessie et la prostate, de l'autre, est légèrement injecté.

Les veines cave inférieure et hypogastrique renferment, dans toute leur longueur, des caillots d'un sang noir, tenaces, élastiques ; la membrane interne de ces vaisseaux est colorée en rouge. Les cavités droites du cœur contiennent un sang noir diffluent, les cavités gauches un caillot fibrineux jaunâtre d'un petit volume. Partout, ailleurs, le système veineux est sain. Les artères présentent çà et là quelques caillots noirâtres et résistans.

Le foie est rempli d'abcès métastatiques, du volume d'une grosse noix à celui d'une petite noisette.

Les poumons sont gorgés de sang dans leur lobe inférieur et restent crépitans. On n'y observe aucune trace d'abcès.

La rate offre un ramollissement notable.

Rien d'anormal dans les reins, la vessie et le système nerveux.

BIBLIOTHÈQUE.

DE LA MÉDICATION THERMALE SULFUREUSE APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES MALADIES CHRONIQUES.

Tel est le titre sous lequel un jeune médecin des eaux, le docteur Gustave Astrié, a présenté un traité d'hydrothérapie spéciale, embrassant le groupe si naturel et si important des sources sulfureuses ; c'est le premier essai de systématisation théorique et pratique de cette branche si étendue de la thérapeutique hydro-minérale, naguère encore si négligée, et qui paraît aujourd'hui fixer, comme elle le mérite, l'attention des médecins et du gouvernement.

Initié de bonne heure à l'application des eaux minérales dans une des stations sulfureuses les plus riches et les plus fréquentées de la chaîne pyrénéenne ; riche de l'expérience hydro-thermale de quarante années de pratique de son grand'père et de son père, et frappé, dans ses voyages et ses recherches, de la concordance générale des résultats observés, l'auteur a cherché à résumer et à formuler l'étude médicale de ces eaux dans une large synthèse comparée. Ne voyant dans ces eaux qu'une solution médicamenteuse admirablement formulée, à la fois stable dans sa composition, et variée dans la série thermale, et des influences auxiliaires importantes, thermiques, balnéaires et hygiéniques, il les étudie comme un agent thérapeutique complexe.

Le plan général de ses recherches se divise en trois parties :

La *première* embrasse l'exposition de ce que l'auteur appelle la matière médicale et pharmaceutique des eaux ; à savoir : leurs caractères généraux, l'étude de tous les phénomènes qui se rattachent à leur formation, à leur constitution physique et chimique, et le signalement complet : 1° des sources minérales ; 2° du mode balnéaire et des établissemens ; 3° des influences hygiéniques ; 4° de l'emploi thérapeutique spécial dans toutes les stations sulfureuses connues.

Comme spécimen de cette partie, l'auteur donne dans son mémoire :

A. Un grand tableau de la distribution géographique des sources hépatiques sur toute la surface du globe, avec leur signalement général. Il fait connaître plus de 200 stations et plus de 500 sources.

B. Un tableau comparatif de la température, du volume et de la composition chimique des principales sources connues ; ce tableau permet d'embrasser d'un coup d'œil tous les détails de la constitution de ces eaux, et de comprendre la nécessité et la légitimité d'une classification en harmonie avec leurs caractères spéciaux et constitutifs.

Il les divise en trois groupes principaux :

1° Sulfuré-sodiques ;

2° Sulfureuses dégénérées ;

3° Salino-sulfureuses : Sulfuré-calciques et magnésiennes ;
Hydro-sulfuriquées simples ;
Sulfuré-adventives.

C. Les thermographies d'Ax-les-Bains, de Bagnères-de-Luchon comme type des stations sulfuré-sodiques ; d'Enghien et d'Uriage comme type des stations salino-sulfureuses calciques ; d'Aix en Savoie et de Brousse en Bithynie parmi les salino-hydro-sulfuriques ; de Loueche en Suisse, parmi les sulfuré-adventives.

Dans la *deuxième partie* de ses recherches, dont les déductions seules sont présentées dans tout le cours du mémoire, l'auteur établit d'abord par voie d'analyse la part relative de tous les élémens d'action, minéraux, thermiques, balnéaires, hygiéniques qui constituent le fond de la médication thermale sulfureuse, et ensuite l'action d'ensemble et synthétique de ces influences associées.

Il a hardiment abordé le problème si complexe de l'action des eaux, en cherchant la solution non seulement dans l'observation clinique, mais encore dans les déductions de l'observation expérimentale et physiologique, en un mot dans l'observation médicale dans toutes ses formes.

Sans ces notions précises, la recherche des indications restera toujours dans ce vague et cet empirisme changeant, au gré de tous les systèmes, qui font aujourd'hui le fond de la science thermale.

---

funéraires usitées chez les Égyptiens. On doit s'y attendre. Leur séjour en Égypte, plus tard leur voisinage des Égyptiens, ont dû nécessairement initier les Hébreux aux usages mortuaires de leurs anciens maîtres.

Immédiatement après le décès, le cadavre était transporté dans une chambre, dite chambre haute. Là, il était lavé, parfumé, paré, et enfin placé dans un *cercueil ouvert*, appelé *mittah*. Le corps restait exposé pendant un temps fort long, si on en juge par les cérémonies qui s'accomplissaient entre l'ensevelissement et la sépulture. Ainsi, il était visité par les parens et les amis que l'on appelait souvent de fort loin. Les étrangers même à qui il plaisait d'entrer dans la *chambre mortuaire*, pouvaient visiter le défunt. Enfin, le moment de la sépulture étant arrivé, le *mittah*, placé sur un brancard, était porté par plusieurs hommes dans la *maison de l'éternité* (1).

La chambre mortuaire avait retenti, pendant tout le temps de l'exposition, des cris douloureux des pleureuses (*mulieres sapientes*), du *væ* lamentable de toute la famille. Mais c'était bien autre chose pendant la marche funèbre : les flûtes, les chants, les lamentations, les cris même se continuaient sans interruption et avec une exagération difficile à imaginer.

Les Hébreux enterraient leurs morts ; chez eux on ne brûlait que le corps des suppliciés. Les lieux de sépulture se trouvaient hors des villes, et la loi en prescrivait même l'éloignement de 50 coudées au moins. Mais il est vrai de dire que les *polyandres*, ou cimetières publics, n'étaient destinés qu'à la classe la plus pauvre. Chaque famille avait dans sa propriété un tombeau commun destiné à tous ses membres. On faisait remonter l'origine de cet usage jusqu'à Abraham. Les tombeaux des rois se trouvaient même dans l'intérieur de Jérusalem, et Pausanias en cite quelques-uns qui pouvaient rivaliser en magnificence avec ce que l'antiquité nous offre de plus admirable en ce genre.

Nous verrons plus tard combien les cérémonies funéraires des Juifs modernes diffèrent de celles de leurs ancêtres.

Quoi qu'il en soit, il y a lieu d'être frappé de cet ensemble de pratiques funèbres, que l'on peut considérer, à juste titre, comme autant de précautions, en vue de s'assurer de la mort incertaine et de prévenir les enterremens avant décès. Ainsi, l'exposition dans une chambre mortuaire, le *lavement* du corps, les cris des pleureuses, leur présence obligée, la bière ouverte jusqu'au moment de l'inhumation, le bruit des instrumens et les éclats de la douleur des assistans pendant la marche funèbre, sont, en vérité, plus que l'ébauche des législations mortuaires les mieux réglées de nos jours.

Le lecteur, sans doute, aura été surpris de trouver aussi peu de points de contact entre la législation funéraire des Hébreux et celle des Egyptiens. C'est que ces derniers, au sujet des funérailles, se livraient pour ainsi dire à des excès, qu'il fallait réprimer, si on voulait prévenir les impiétés qui s'étaient glissées dans le culte que les Egyptiens rendaient avec exagération à leurs morts. Moïse n'eut donc, en quelque sorte, qu'une législation funéraire prohibitive à donner au peuple de Dieu. Aussi le voit-on proscrire rigoureusement la pratique des embaumemens qui restèrent à peine, et bien tard, le privilége de quelques rois. Eloigner même les prêtres des cérémonies funéraires, et déclarer *immondes*, jusqu'à ce qu'ils se fussent purifiés, les laïques qui y avaient assisté : et cependant, rendre la sépulture tellement obligatoire, que la privation en était regardée comme le plus grand des malheurs et souillait le mort d'une infamie qui rejaillissait sur toute sa famille.

Thiery prétend qu'en agissant aisi, Moïse a voulu détourner les Hébreux des dépenses et du temps inutilement employés à embaumer une multitude d'hommes et même d'animaux, à l'instar des Egyptiens, leurs anciens maîtres, restés leurs voisins. Il ajoute, avec plus de raison selon nous, que les Egyptiens croyant favoriser la résurrection future des morts par les embaumemens et les demeures éternelles qu'ils leur préparaient, il fallait inexorablement répudier de la législation des Hébreux tont ce qui pouvait les conduire à ce genre d'impiété.

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins établi que l'exposition du corps dans la chambre haute de la maison mortuaire, pendant un temps moyen de deux jours au moins, les ablutions, les onctions, la *conclamation*, le cercueil ouvert jusqu'au lieu de la sépulture, font de la législation mortuaire des Hébreux, la moins défectueuse des législations anciennes, comme moyen de constater la mort incertaine. Le lecteur nous pardonnera donc de lui avoir consacré plus de temps qu'à toute autre.

Les Grecs.

Le peuple de l'antiquité qui, en toutes choses, a le plus emprunté aux Egyptiens, est certainement le peuple grec. Les usages funéraires, comme on va le voir, sont une confirmation nouvelle de cette vérité.

A peine le mort avait-il les yeux fermés et reçu le *baiser mortuaire*, que l'on procédait aux apprêts de l'ensevelissement. Le corps était lavé, parfumé et revêtu d'une robe. On mettait sur la tête un voile et une couronne de fleurs. Tout étant ainsi disposé, on plaçait le défunt sur une espèce de lit, nommé πρόθεσις, et il restait exposé sous le vestibule pendant un temps moyen de quarante-huit heures. La *collocation* et l'*exposition*, disent certains auteurs, avaient le double but d'attendre que *la mort devînt manifeste, et, en outre, de montrer qu'elle était le résultat d'une cause naturelle* (1).

Lorsque l'*exposition* était à son terme, on faisait connaître l'heure du convoi. Notons ici que, dans les temps les plus reculés, l'inhumation était exclusivement pratiquée chez les Grecs. Plus tard, elle devint facultative, c'est-à-dire que l'on inhumait, ou brûlait les corps, à volonté. Enfin, dans les derniers temps, l'incinération paraît avoir été généralement adoptée.

En tout cas, le moment arrivé, on plaçait le cercueil sur un chariot et le cortége funèbre se mettait en marche. Pendant le trajet, la musique exécutait des airs appropriés, les pleureuses faisaient entendre leurs cris. Enfin, avant l'inhumation ou la combustion, le mort était appelé à haute voix, la musique redoublait, le cortége renouvelait ses cris, et après cette dernière formalité, qu'on appelait *conclamation*, on livrait le corps au bûcher ou à la terre, selon la volonté des héritiers.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Le mot hébreux a cette signification.

(1) Pollux, lib. VIII, 65.

La Société impériale de médecine de Toulouse vient de décerner, à cette partie, le grand prix de cette année, et l'analyse succincte qu'en a donnée M. Filhol nous permet de proclamer, avec lui, que ces études sont un des plus beaux travaux qui aient été écrits depuis bien longtemps sur les eaux sulfureuses (page 59 du rapport). L'auteur nous fait espérer leur publication prochaine.

Ce n'est donc qu'après avoir bien déterminé le rôle :

A. *De l'agrégat minéral*, étudié dans tous ses élémens, au point de vue chimico-physiologique, dynamique, thérapeutique, et poursuivi ce mode d'étude :

1° Pour les principes sulfureux, sous toutes les formes qu'il revêt dans la série thermale (soufre, sulfure sodique, sulfure calcique, acide hydrosulfurique, hyposulfites, sulfites);

2° Pour le principe alcalin, représenté par les sels de soude (carbonates et silicates);

3° Pour les chlorures;

4° Pour les sels calcaires et magnésiens;

5° Pour la silice;

6° Pour la matière organique ou barégine;

7° Pour le principe gazeux (azote et acide carbonique);

8° Pour les élémens additionnels propres à certaines eaux (fer et manganèse, iode, cuivre, matière résineuse ou bitumineuse).

Et indiqué la quantité de ces élémens, très variable dans la série thermale, pour un litre d'eau et un bain de 250 litres; ainsi que l'influence de la prédominance et de la qualité de tel ou tel élément dans l'assortiment minéral.

B. *De la thermalité* à tous les degrés de caloricité en moins, indifférente, ou en excès.

C. *Du mode* balnéaire propre aux divers établissemens (bains, douches, étuves, chambres sulfuraires, vaporariums, etc.).

D. *Des influences* hygiéniques des stations thermales.

Ce n'est encore qu'après avoir rassemblé et coordonné toutes ces influences disséminées, pour apprécier les effets de l'ensemble et en déduire les indications et les contre-indications, en comparant les effets de chacun des groupes qu'il a établis sur tous les appareils, en poursuivant les modifications imprimées aux liquides, aux tissus et aux principes minéraux eux-mêmes, pendant leur pénétration dans l'économie, que l'auteur en déduit les *modes d'action thérapeutique* qui ressortent de toutes ces influences isolées ou associées de diverses manières. C'est là le véritable point de départ des applications médicales qui font l'objet spécial du mémoire.

Il était bon de montrer par quel enchaînement d'études et de déductions rationnelles l'auteur était parvenu à établir que l'on peut, avec l'ensemble des ressources offertes par les établissemens sulfureux, réaliser les modes curateurs suivans :

Le mode excitant général et spécial;
Le mode hypercrinique dépurateur;
Le mode irritant et révulsif;
Le mode perturbateur;
Le mode stimulant et tonique;
Le mode sédatif, hyposthénisant spécial;
Le mode altérant spécifique.

Ainsi fixé, l'auteur nous montre les eaux à l'œuvre dans la pratique thermale; il établit, pour chaque groupe pathologique ou pour chaque maladie, leur importance thérapeutique, leurs indications, leurs contre-indications. Il expose rapidement les données pathologiques importantes à connaître pour les applications rationnelles, et l'intelligence des effets médicateurs des eaux; étudie selon quel mode s'opère la guérison ou l'amélioration des divers états morbides, et détermine les règles du traitement et le degré de valeur ou de prévalence des sources principales dans chaque spécialité morbide.

Un premier chapitre fait ressortir, dans des considérations préliminaires, les avantages de cette méthode rationnelle, qui cherche, en tenant compte de tous les élémens acquis à la science, à arriver, par la voie de l'observation, de l'expérimentation et de l'induction, à l'interprétation vraie des faits pour pouvoir les reproduire ensuite.

Il résume, en ces quelques lignes, sa profession de foi médicale :

« Fidèle à la tradition des vieux maîtres, et tout en tirant honneur » et profit des progrès imprimés à la notion anatomo-pathologique des » maladies par l'organicisme qui domine l'esprit médical actuel de l'en- » seignement de Paris, nous faisons, en thérapeutique, une large part » aux doctrines humorales et au vitalisme bien défini, etc.

» Les aptitudes héréditaires et diathésiques donnent raison des ma- » ladies chroniques, et les associations morbides de leurs formes à tort » multipliées. »

C'est en comparant les mêmes affections chroniques traitées aux eaux et dans les hôpitaux de Paris, dont il a été un des laborieux internes, que l'auteur, convaincu de la supériorité du traitement hydro-thermal dans beaucoup de cas, fait sentir l'utilité d'une organisation du service de santé civil, auprès des principales stations; il insiste sur la spécialité d'action de certaines sources, sur leur appropriation plus parfaite au traitement de certaines affections, et donne un aperçu général des affections qui réclament ou repoussent la médication hydro-sulfureuse; fondant ses données surtout sur un relevé de plus de 17,000 malades traités aux bains d'Ax, et sur les résultats tirés de la pratique de plusieurs médecins des eaux et des grandes villes du midi et de Paris.

Un deuxième chapitre traite des indications et des contre-indications générales et spéciales de la médication thermale sulfureuse dans les maladies.

Les indications se déduisent, dit l'auteur, et du médicament et du malade. Le premier est connu; il reste à étudier le malade et les rapports entre les états morbides et les médications à réaliser. La puissance curative des eaux est subordonnée à la justesse de leur application. Tel est l'objet qu'il poursuit sous le titre d'*Indications générales*, en étudiant le fond et les formes générales des maladies chroniques, et montrant l'insuffisance de la théorie de l'excitation si fort en vogue aujourd'hui.

« S'il y a en effet souvent du côté de la maladie, indication d'exciter, il y a indication bien plus puissante encore d'introduire un agent spécial, et de l'approprier plutôt à la nature de la cause morbide et de la diathèse qu'au désordre local qui en est dérivé; c'est là ce qui fait la valeur des eaux minérales et de chacune d'elles. C'est qu'elles ne sont pas de simples agens d'excitation, mais bien des modifications directes du sang, des nerfs et des organes, et chacune à sa manière, suivant ses qualités physiques et chimiques.

» Il ne suffit pas de dire : cette eau guérit le rhumatisme ou les dartres. Il faut encore considérer à quelle phase, à quel degré, à quelles formes de ces maladies elles conviennent. Ce sont ces considérations qui font varier très souvent l'action de telle eau réputée très efficace; ce sont elles qui doivent surtout décider, dans le groupe des eaux sulfureuses, du choix des sources; car chacune a un degré de thermalité et de minéralisation qui s'adapte mieux que tout autre, à telle forme, à tel degré de la maladie, et cela n'a rien d'étonnant quand on réfléchit aux différences de dose, d'association, de forme que l'on doit tous les jours, dans la pratique, faire subir à un médicament, quelque simple qu'il soit, suivant les seules conditions individuelles. »

Les indications tirées des tempéramens, des âges, des constitutions, des localisations morbides, etc., y sont largement exposées.

La franchise et la précision avec laquelle l'auteur expose les contre-indications, les inconvéniens, les insuccès des eaux sulfureuses, les questions de la saturation minérale, les précautions à prendre dans leur administration, les contre-indications spéciales à quelques eaux, et les nombreuses observations confirmatives, annoncent un esprit décidé et maître de son sujet.

Enfin, dans un troisième chapitre, l'auteur nous montre la médication sulfureuse aux prises avec les diverses espèces morbides, et passe successivement en revue :

1° Les *maladies dartreuses* et les *dermatoses, psoriques, faveuses, lépreuses*;

2° Les *maladies scrofuleuses*;

3° Les *maladies rhumatismales*;

4° Les *maladies catarrhales*;

5° Les *anémies, chloro-anémies* et *états cachectiques*, parmi lesquels il étudie principalement l'anémie, la chlorose, l'hypocondrie, la syphilis, l'intoxication mercurielle, l'intoxication saturnine, la goutte, la tuberculisation pulmonaire, la cachexie paludéenne;

6° Les *phlegmasies* et les *hypérémies chroniques*;

7° Les *névropathies*;

8° Les *affections traumatiques* et *chirurgicales*.

Exposer succinctement les traits saillans de ces états morbides, déterminer les indications qu'ils présentent à remplir, et approprier à ces indications les divers modes médicateurs que mettent à la disposition du médecin les ressources si variées des stations sulfureuses; indiquer les sources et les groupes hépatiques qui s'adaptent mieux à tels ou tels accidens, ainsi que les formes balnéaires qui leur conviennent le mieux; et terminer par une série d'observations confirmatives, prises dans toutes les stations; telle est la marche générale suivie dans cette série d'articles.

Un troisième tableau comparé des maladies traitées à diverses stations sulfureuses, et à quelques stations alcalines et salines, avec les résultats du traitement, porte un relevé de plus de 30,000 malades, et permet de juger d'un coup d'œil ce qui est le propre des différentes sources.

Des conclusions rappellent brièvement les traits saillans de ces recherches.

Nous avons cherché à donner une idée fidèle du plan général de l'ouvrage; quelques citations montreront la manière de faire de l'auteur.

Prenons, par exemple, l'application des eaux sulfureuses au traitement des accidens mercuriels.

Après s'être assuré, par des expériences réitérées sur les animaux, que les sulfures ingérés étaient très rapidement absorbés, et qu'arrivés au foie, après avoir laissé dégager un peu d'acide sulfhydrique, ils passaient dans la circulation cardiaco-pulmonaire à l'état d'hyposulfite, de sulfite, et même de sulfate de soude, formes sous lesquelles ils étaient éliminés par les sécrétions; et après avoir rappelé la présence de ces derniers composés dans les eaux sulfureuses dégénérées, et dans quelques eaux où ils ont été signalés par M. Filhol, l'auteur cherche à déterminer qu'elle pouvait être l'action chimique des sulfures et de leurs dérivés contre les accidens mercuriels.

« L'on sait que Hœcker a vanté l'usage du soufre dans ces cas, et » que M. Ricord combat avec succès ces accidens par le soufre, sous » forme d'opiat.... Les sulfureux peuvent faire mieux; ils peuvent les » prévenir, et c'est chose remarquable que de ne pas les voir se pro- » duire pendant l'usage des eaux sulfureuses. — Comment agissent-ils » ainsi?

» Voici les résultats de quelques expériences :

» Si l'on verse dans l'albumine une solution de sublimé jusqu'à for- » mation d'un précipité épais, et que l'on y ajoute quelques gouttes de » sulfite ou d'hyposulfite de soude, le précipité est redissous, la liqueur » devient transparente. Même effet avec les sulfures eux-mêmes de » sodium ou de calcium, mais la liqueur brunit.

» Si dans du sang défibriné on verse quelques gouttes de sublimé » jusqu'à formation d'un précipité abondant, et qu'on y ajoute ensuite » de l'hyposulfite de soude, celui-ci rend au sang sa transparence et le » colore en rouge un peu rosé; de même pour le sulfite. — Si l'on » emploie le sulfure, la liqueur prend une teinte noire et le précipité » finit par se redissoudre. — On arrive toujours à une solution nette » et rapide du précipité albumino-mercurique par l'un de ces trois » corps séparés, et mieux associés. L'addition de carbonate de soude » rend possible la dissolution par les sulfures seuls.

» Ajoutons à ces données les faits bien constatés de l'élimination » lente et incomplète des sels mercuriels par les excrétions; l'accumu- » lation de dose et d'action toxique qui en résulte fort souvent, la pré- » sence du mercure retrouvé dans les organes après un traitement » mercuriel prolongé, et l'efficacité du traitement mercuriel associé aux » bains sulfureux, et même aux sulfites pris à l'intérieur sans accident » de salivation ou autre, et nous pourrons tirer de cet ensemble les » conclusions suivantes :

» 1° C'est une erreur de croire que les préparations sulfureuses » agissent en neutralisant, par formation d'un sulfure insoluble, l'excès » des sels mercuriaux;

» 2° Les eaux sulfurées par les sulfures, et surtout par les sulfites et » les hyposulfites qu'elles introduisent dans le sang et les trames orga- » niques, rendent solubles les composés albumino-hydrargyriques qui » fixent les sels de mercure dans les tissus, et facilitent leur élimination » sous forme de composés solubles, que la suractivité imprimée aux » excrétions cutanées et muqueuses ne laisse plus séjourner longtemps » dans l'économie;

» 3° L'expulsion graduelle et dans des conditions très favorables des » composés mercuriels dont la présence prolongée dans l'économie » troublait les fonctions générales, rend compte de l'efficacité des eaux » sulfureuses et des sulfites pour prévenir les accidens d'accumulation » toxique et guérir la cachexie mercurielle.

» Les eaux sulfureuses sodiques devront toujours être employées de » préférence dans ces cas-là; on ne doit pas craindre de donner des » bains chauds, des bains de vapeur, et de prescrire de hautes doses » de boisson;.... les sources les plus actives seront préférables, etc. — » Des faits analogues ont lieu pour l'intoxication plombique, pour l'in- » toxication alcoolique.... »

L'auteur montre partout que les études des sciences accessoires lui sont aussi familières que celles de la médecine proprement dite; et son œuvre s'inspire des travaux les plus récens de la physiologie expérimentale, de la chimie, de l'hydrothérapie et de l'hydrologie; le but qu'il s'est proposé, à savoir : de déterminer d'une manière scientifique et rigoureuse la valeur d'un agent très puissant, de rattacher son action aux lois de la thérapeutique générale, et de préciser avec soin les règles de son application; il l'a en bonne partie atteint. Nous pensons aussi avec lui, qu'on n'arrivera à la notion vraie et relative des propriétés des eaux que par des études comparatives, comprenant des groupes minéraux naturels et analogues. — C'est en délimitant ainsi le cercle des attributions médicinales des diverses sources que se fera la science des eaux minérales, et qu'elle pourra constituer une sorte de codex naturel, formulé par Dieu dès les premières époques du monde.

Amédée LATOUR.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 Octobre. — Présidence de M. COMBES.

Sécrétion du lait par les mamelles des enfans nouveau-nés.

M. Natalis GUILLOT adresse un mémoire sur la sécrétion du lait par les mamelles des enfans nouveau-nés. L'examen d'un grand nombre d'enfans nouveau-nés l'a conduit à reconnaître :

1° Que les mamelles des enfans sains des deux sexes sécrètent du lait peu de temps après la naissance.

2° Cette fonction succède ordinairement à la chute du cordon ombilical; c'est du septième au douzième jour qu'on la voit commencer, pour se terminer après une durée de plusieurs jours. Elle est normale et n'appartient qu'à l'enfant sain.

3° Pendant la sécrétion, les glandes mammaires sont tuméfiées d'une manière très sensible.

4° Ce liquide peut être exprimé des mamelles par la pression; il peut alors sortir par gouttes, quelquefois par jet.

Il est blanc; neutre ou alcalin, il s'acidifie par le contact de l'air.

Il se sépare, comme le lait de femme, en deux portions, l'une séreuse, l'autre crémeuse. Il possède la même composition. Sous le microscope, on distingue, qu'en outre du sérum, il est constitué par des globules sphéroïdaux, de diamètre inégal, transparens, insolubles dans l'éther, en tout, semblables aux globules du lait de la femme.

On peut obtenir une quantité suffisante de ce liquide, soit en une seule fois, soit en plusieurs traites, pour y découvrir le caséum, la graisse et le sucre.

C'est donc un lait parfait que sécrètent les enfans mâles et les filles, peu de temps après la naissance; et, bien que cette sécrétion ne représente que de très loin ce que l'on observe plus tard chez la femme adulte, on ne saurait la négliger.

L'auteur joint à ce résumé le tableau des jours d'âge auxquels il a observé le phénomène de la sécrétion lactée chez 39 enfans mâles, et chez 34 filles.

Hydrophobie survenue chez un crétin, à la suite de la morsure d'un chien enragé; — développement remarquable de l'intelligence durant les accès.

M. NIEPCE, médecin inspecteur des eaux d'Allevard, transmet, sous ce titre, la relation suivante :

Le 2 août dernier, est mort d'hydrophobie le nommé Chauvet (Antoine), âgé de 17 ans 1/2, atteint de crétinisme congénial. Ce crétin habitait Pontichara, village situé dans la vallée du Graisivaudan.

Il était d'une taille de 1 mètre 32; son père, mort des suites d'une blessure à la jambe, était goîtreux et scrofuleux; sa mère qui vit encore, est de petite taille et porte un petit goître; son frère, âgée de 15 ans, est crétin et goîtreux.

Chauvet (Antoine), était crétin de naissance; son allaitement fut difficile, et ce ne fut qu'à l'âge de 11 mois qu'il commença à soutenir sa tête; il n'a pu marcher qu'à l'âge de quatre ans, et sa démarche a toujours été lente et difficile. Il traînait ses pieds en marchant; sa tête, volumineuse, présentait tous les caractères du crétinisme : la face était large, les pommettes saillantes, le front court; les cheveux, rudes, descendaient très bas, près des sourcils; le nez était large, écrasé; les lèvres épaisses; les dents, irrégulières, n'étaient qu'au nombre de neuf au maxillaire supérieur, et de sept seulement à l'inférieur.

A la seconde dentition, il ne lui était venu que quatre dents. Son goître était bilobé, assez volumineux. Il n'articulait que quelques mots, et encore ne le faisait-il qu'imparfaitement.

Son intelligence, peu développée, ne lui avait permis d'apprendre ni à lire, ni à écrire.

Il avait toujours été dans l'impossibilité de comprendre le catéchisme; aussi n'avait-il pas pu faire sa première communion.

Ses qualités affectives étaient peu développées; cependant il témoignait quelquefois un peu d'amitié à sa mère, mais il n'aimait pas son frère. Il n'avait jamais eu les maladies de l'enfance, telles que la rougeole, la scarlatine, etc. Il était lent, paresseux et mangeait avec avidité toute espèce d'alimens.

Telle a été l'existence de ce crétin jusqu'au 10 mai dernier, jour où il fut mordu par un chien enragé. Une heure après cet accident, sa mère ayant été avertie par une voisine que son enfant avait été mordu par un chien atteint de la rage et qui avait également mordu plusieurs chiens, le conduisit chez un pharmacien, qui se contenta de cautériser légèrement les morsures avec quelques gouttes d'ammoniaque.

Depuis ce moment jusqu'au 27 juillet suivant, on n'observa rien de particulier dans l'état d'Antoine Chauvet; mais ce jour là, à onze heures

du matin, il refusa de manger et de boire, il alla se coucher au soleil, et au bout de deux heures tous les symptômes de la rage se déclarèrent.

Dès les premiers symptômes de l'hydrophobie, Chauvet, au grand étonnement de sa mère et des personnes qui l'entouraient, au nombre desquelles étaient le médecin et le pharmacien, parla avec une bien plus grande facilité qu'il ne l'avait jamais fait. Ce crétin, qui ne répondait ordinairement qu'avec difficulté, en n'articulant difficilement que quelques mots, adressait alors fréquemment la parole à tous ceux qui l'entouraient et racontait les souffrances qu'il éprouvait.

Dans les intervalles des crises, il appelait sa mère et son frère, leur témoignait, par de vives caresses, combien il les aimait, et les priait de ne pas le laisser seul.

Le 28, à six heures du matin, après avoir passé une nuit très agitée, pendant laquelle il fut de toute impossibilité de lui faire avaler la moindre quantité de liquide, Chauvet demanda à diverses reprises qu'on allât chercher le curé de sa paroisse. Le prêtre arriva vers les huit heures du matin. Aussitôt qu'il eut été introduit près du malade, celui-ci se plaignit amèrement et en pleurant de ce qu'il n'avait pu apprendre le catéchisme. Vers les huit heures du soir, la violence des crises parut se calmer; pendant tout le temps que dura ce calme, ou mieux cette dépression des forces, l'intelligence ne fut plus aussi développée.

Le 29, vers minuit, les crises revinrent, et avec elles l'intelligence redevint plus lucide. Il adressait de fréquentes questions aux hommes chargés de le veiller, les priant d'éteindre la lumière, qui lui faisait éprouver de violentes douleurs dans la tête, leur déclarant qu'ils ne devaient rien craindre, qu'il ne les mordrait pas. En effet, depuis les premiers symptômes de sa maladie, jusqu'à sa mort, il ne manifesta jamais l'intention de mordre.

Les journées des 30 et 31 juillet se passèrent de même, ses crises revenant par intervalles, accompagnées de vives douleurs, telles que les éprouvent les hydrophobes, et son intelligence toujours lucide.

Le 1er août, vers les sept heures du matin, il survint un délire aigu, pendant lequel le malade parla fréquemment et avec volubilité, citant parfois, mais sans suite, des faits passés depuis plusieurs années, et auxquels il n'avait jamais paru prendre la moindre part. Ce délire dura jusqu'au soir et fit place à un coma profond, qui dura jusqu'à cinq heures du matin du 2 août, jour où il mourut.

M. Maisonneuve communique la relation d'une amputation de la langue, avec conservation de la parole. (Com. MM. Roux, Velpeau.)

M. Favrot soumet au jugement de l'Académie un instrument destiné au traitement de certains rétrécissemens de l'urètre. (Com. MM. Velpeau, Civiale.) (Voir, pour ces deux dernières communications, le numéro du 20 octobre.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 Octobre 1853. — Présidence de M. Nacquart.

La correspondance officielle comprend :

1° Un rapport des médecins de l'hôpital des cholériques, à Amsterdam, contenant un mode de traitement suivi, en 1848 et 1849, dans cet établissement. (Com. du choléra.)

2° Un rapport de M. le docteur Bolut, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Dôle, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Saint-Aubin, depuis le mois d'octobre 1852 jusqu'en janvier 1853. (Com. des remèdes.)

3° Une lettre du ministre du commerce demandant à l'Académie une analyse et un rapport sur les eaux de St-Vallier (Vosges). (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance manuscrite comprend :

4° Une lettre de M. Szokalski, actuellement à Varsovie, qui donne quelques renseignemens à l'Académie sur un mode de traitement uniformément adopté dans les hôpitaux de cette ville contre les ophthalmies externes, en général. Ce mode de traitement consiste dans l'application d'une solution saturée de nitrate d'argent sur les paupières fermées.

Tous les individus affectés de blépharites, de conjonctivites, de kératites superficielles, n'importe de quel genre et à quel degré, sont soumis au même traitement. On les couche sur le dos sans autre formalité; on leur applique, sur les paupières, de petites compresses ployées en deux et imbibées d'une solution de 5 grammes de nitrate d'argent sur 30 grammes d'eau distillée. On recouvre ensuite ces compresses d'une couche de coton et on attache le tout avec des bandes. Au bout d'une heure, on le débarrasse de l'appareil, on lave les yeux avec de l'eau froide, et, la plupart du temps, le traitement est terminé. (Com. MM. Roux, Velpeau.)

5° Une lettre de M. Mercier, au sujet de la communication récente de M. Leroy d'Étiolles sur les névralgies du col de la vessie et leur traitement.

M. Mercier rappelle que dès 1841, il a écrit que les valvules vésico-urétrales rendent compte de la plupart des affections connues sous le nom de *névralgies du col de la vessie*; qu'en 1844, dans ses recherches sur les valvules, il a cherché à démontrer que les névralgies sont des valvules commençantes avec grande irritabilité de l'urètre, et qu'il a rapporté au long les mêmes faits que M. Leroy d'Étiolles a cités dans sa dernière lettre; enfin, que de ces idées et de ces faits découlait l'indication de diviser le col de la vessie dans ces sortes de cas, ce qu'il a exécuté depuis avec succès.

6° Une réclamation de M. Caudemont sur le même sujet. M. Caudemont dit avoir pratiqué, dès l'année 1847, l'opération que M. Leroy-d'Étiolles a fait connaître.

7° Une lettre de M. Pitancier, de Monsigni, contenant quelques propositions faisant suite à la note envoyée précédemment sur la fièvre typhoïde et son traitement par le charbon. (Com. nommée.)

8° Un mémoire de M. Desparquets, sur les prodromes, le mode de transmission et le traitement du choléra asiatique, d'après 40 observations recueillies pendant l'épidémie de 1849, dans le canton de Villaines-la-Juhel (Mayenne). (Com. du choléra.)

9° Une note de M. Cattenat, sur la division complète du tendon d'Achille gauche par une bêche. (Com. M. Bégin.)

10° Une lettre de M. Malgaigne, qui prie l'Académie de vouloir bien lui réserver un tour de faveur pour lire un travail sur l'emploi du perchlorure de fer dans les anévrismes.

« Une grave question touchant l'emploi du perchlorure de fer dans les anévrismes, dit M. Malgaigne, a été agitée dans d'autres Sociétés savantes et dans la presse, et n'a pas été jugée, à mon sens, comme il convient. J'ai tenté cette méthode; d'autres de nos collègues l'ont aussi essayée; et je crois qu'elle doit être absolument rejetée; l'arrêt partant de l'Académie n'aura que plus de poids, et ne pourra qu'ajouter à l'autorité de la Compagnie. »

L'Académie décide que M. Malgaigne aura la parole dans sa séance du 2 novembre.

M. le docteur Haime, membre correspondant à Tours, est présent à la séance.

— M. le Secrétaire perpétuel informe l'Académie qu'il vient de recevoir, pour le concours du prix Nadaud, un volumineux mémoire, qui paraît être un travail important. Quoique l'Académie ait décidé, récemment, que le concours serait clos le 15 octobre, le Conseil d'administration a pensé qu'en raison du terme un peu trop rapproché et de la date toute récente de cette décision, qui a pu n'être pas connue encore de l'auteur de ce mémoire à l'époque où il en avait fait l'envoi, la commission du prix Nadaud devrait être invitée à examiner s'il y a lieu de proroger le terme du concours, ou d'admettre exceptionnellement ce mémoire, malgré le léger délai écoulé.

Après un vive discussion, l'Académie, consultée, décide que le délai du concours sera prorogé.

— M. le Président annonce à l'Académie que la séance prochaine aura lieu mercredi, à cause de la fête de la Toussaint.

La parole est à M. Piorry pour un rapport.

Quelques observations de médecine et de chirurgie.

M. Piorry lit un rapport sur des observations communiquées à l'Académie par M. le docteur De Bouis, médecin en chef de l'hôpital d'Aurillac.

La première observation est relative à une jeune demoiselle, qui, voyant un homme tomber d'une fenêtre, fut profondément émue, éprouva un tremblement nerveux qui dura plusieurs jours, cessa et reparut lors de l'éruption des règles. Des accès de fièvre intermittente se renouvelèrent aussi pendant onze mois successivement, à chaque retour des règles, malgré l'emploi du quinquina et de l'arsenic et l'application d'un cautère rougi à blanc. Ces accidens ne cessèrent complètement qu'à l'occasion d'une impression morale vive.

La deuxième observation se rapporte à une opération de cancer volumineux, développé dans la lèvre supérieure, et qui, depuis dix ans, ne s'est pas reproduit.

La troisième observation a trait à une pustule maligne qui siégeait à la face chez une fille de 7 ans; pendant deux jours le mal fut négligé, fit des progrès très rapides, perfora en vingt-quatre heures, l'épaisseur de la joue, envahit l'os malaire du même côté, fut promptement suivi d'un état général dont le symptôme principal consista dans l'apparition de phlyctènes et qui dissipèrent promptement en ne laissant aucune autre lésion à leur suite. Toutes les parties nécrosées furent enlevées avec le bistouri; on fit des lotions avec le chlorure de soude; on toucha les parties malades avec l'huile animale de Dippel, et on eut recours au cautère largement et profondément appliqué. L'os frappé de mort fut enlevé avec la scie, et le mal fut arrêté. L'eau de Luce, le sirop antiscorbutique, les toniques furent les moyens internes administrés. La guérison fut complète.

La quatrième et dernière observation se rapporte à des accidens épileptiques développés, dès l'âge de 15 ans, chez un officier, et que l'on considéra d'abord comme des crises hystériques. Ce militaire ayant été obligé de quitter le service, ses attaques devinrent plus fréquentes. Au moment où il faisait usage d'un remède secret, il fit une chute sur un brasier; le visage fut profondément brûlé. Depuis lors, il n'y eut plus d'attaque d'épilepsie.

L'auteur attribue, dans la première et la quatrième observations, à l'émotion morale la guérison, chez l'un de la fièvre, chez l'autre de l'épilepsie, opinion que ne partage pas et que discute M. le rapporteur; ce nonobstant, M. le rapporteur propose pour conclusion :

1° D'adresser une lettre de remercîmens à l'auteur;

2° De renvoyer son mémoire au Comité de publication. (Adopté.)

— M. Bouchut lit un travail *sur les fistules pulmonaires cutanées*. Voici le résumé de ce travail :

1° Il faut admettre l'existence des fistules pulmonaires cutanées.

2° Les unes sont complètement ouvertes à la surface de la peau en rapport avec le poumon adhérant aux côtes.

3° Quelquefois la fistule ouverte à l'extérieur communique d'abord avec la cavité pleurale remplie d'air et de pus, et consécutivement avec le poumon perforé, plus ou moins écarté des parois thoraciques.

4° D'autres fistules pulmonaires extérieures sont incomplètes, ouvertes sous la peau et forment des tumeurs, molles, élastiques, fluctuantes. Ce sont les fistules pulmonaires sous-cutanées.

5° Toutes ces fistules sont le résultat d'abcès déterminés par des corps venus de l'extérieur, ou d'empyème, de gangrène pulmonaire, d'abcès, d'hydatides et de tubercules du poumon.

6° Les fistules pulmonaires cutanées sont caractérisées par l'ouverture fistuleuse de la peau, à travers laquelle de l'air s'échappe sans cesse, au moment de l'expiration et de la toux.

7° Les fistules pulmonaires sont cutanées, sont caractérisées par une tumeur molle, élastique et fluctuante, plus ou moins réductible, avec gargouillement sous les doigts et à l'oreille. Cette tumeur, quelquefois dilatée dans l'inspiration, est surtout expansive dans l'expiration et dans les efforts de la toux.

8° Ces fistules sous-cutanées, formant tumeur, peuvent être facilement confondues avec les abcès intra-thoraciques et la hernie du poumon.

9° Les fistules pulmonaires cutanées peuvent donner lieu à l'emphysème général du tissu cellulaire.

10° Ces fistules forment, assez ordinairement, une complication fâcheuse des maladies de poitrine, mais quelquefois elles sont le moyen de salut institué par la nature pour la guérison des maladies.

Influence de l'emprisonnement cellulaire de Mazas sur la santé des détenus.

Sous ce titre, M. le docteur Prosper de Pietra Santa, secrétaire du service de santé de sa Majesté l'Empereur, médecin des prisons, a lu un mémoire qui avait pour but d'étudier les résultats de la première application faite en France, sur une assez vaste échelle, du système pénitentiaire adopté par le gouvernement, en 1843. La prison de Mazas a été construite, à grands frais, sur les plans les mieux coordonnés, et les circonstances les plus heureuses ont présidé aux premiers essais du nouveau mode d'emprisonnement d'après le système français, c'est-à-dire isolement absolu de jour et de nuit : travail, lecture, promenade, visites.

Cependant, la lecture n'est une ressource que pour un petit nombre limité de prisonniers.

La promenade de trois quarts d'heure, qui ne peut être augmentée par la disposition matérielle des lieux, est insuffisante au point de vue hygiénique.

Le travail n'est une ressource que pour 300 détenus sur 1,000; et le travail *utile* est la conséquence forcée du système de l'isolement; les autres se trouvent, pendant les longues heures de la captivité, toujours en face d'eux-mêmes, et ils n'ont pas toujours la force de réagir contre l'émotion première, l'ébranlement intellectuel qui en est la suite.

Les visites ont une efficacité minime; leur effet moralisateur se traduit dans les meilleures conditions par la possibilité, pour les directeurs, aumôniers et médecins de converser, 47 minutes par mois, avec chaque détenu.

L'exercice réel, influent du culte, c'est-à-dire la religion agissant sur l'âme par l'intermédiaire des sens, est impossible à Mazas.

Le système d'aération, si simple en théorie, laisse beaucoup à désirer dans l'application; on ne l'a pas encore rendu indépendant des vicissitudes atmosphériques. Il résulte de là, que dans certaines cellules de l'infirmerie on trouve, en entrant, une odeur insupportable, et que dans d'autres, situées aux extrémités des rayons, l'on est incommodé par les émanations qui remontent des tuyaux d'aisances.

La santé générale à Mazas a été plus satisfaisante qu'à la vieille Force (maison en commun).

A la Force, de 1840 à 1849 : 37,397 détenus, 9,013 malades, 254 morts; soit : 2,81 p. 100.

A Mazas, de 1850 à 1852 : 14,145 détenus, 1,568 malades, 23 morts; soit : 1,47 p. 100.

Il faut tenir compte de l'amélioration générale du système hygiénique des prisons, et des transfèremens que l'on opère, dans des cas très graves, de Mazas aux Madelonnettes. Si les rapports entre les diverses affections ont été sensiblement les mêmes, on a observé à Mazas un plus grand nombre d'engorgemens glandulaires.

Les aliénations mentales ont été :

A la Force, sur 37,397, de 172 aliénés, soit 17,2 par an, ou 0,47 p. 100 (en 10 ans).

A Mazas, sur 14,145, de 135 aliénés, soit 67,5 par an, ou 0,31 p. 100 (en 2 ans).

Ce chiffre serait plus considérable, si, à la première apparition de dérangement intellectuel, les médecins n'avaient pas soin de placer les prisonniers dans une cellule double, en compagnie d'un autre détenu.

La proportion des suicides a été effrayante.

Pendant qu'à la Force il n'y a eu, sur 37,397 détenus, que 3 suicides et 4 tentatives.

Soit : 1 suicide sur 12,465.
1 tentative sur 900.

A Mazas, avec une population identique, pour les délits et les délinquans, sur 12,542 détenus, 12 suicides et 13 tentatives.

Soit : 1 suicide sur 1,045.
1 tentative sur 900.

Cette proportion s'est maintenue la troisième année : donc il y a eu à déplorer, à Mazas, douze fois plus de suicides qu'à la Force.

M. de Pietra Santa a attaqué la manière de voir de M. Lélut, qui a regardé, dans un rapport officiel, cette mortalité comme normale, et il a signalé plusieurs erreurs statistiques du savant académicien. Il a démontré que les suicides, loin d'être plus fréquens chez les hommes pervers, endurcis dans le crime, s'étaient présentés, à Mazas, sur des prisonniers prévenus de vol, de vagabondage, de détournement de fonds ou sur des condamnés à quelques mois d'emprisonnement pour de simples délits (abus de confiance, vol, rébellion, rupture de ban).

L'auteur a terminé son travail par les conclusions suivantes :

Le système de l'emprisonnement appliqué aux détenus de Mazas, dans les meilleures conditions possibles d'installation matérielle, de surveillance et de direction administratives, a offert, depuis son installation en 1850, les résultats suivans :

1° Diminution dans le nombre des maladies et des décès, comparativement à la prison de la vieille Force;

2° Fréquence plus grande des aliénations mentales;

3° Augmentation très considérable des suicides.

— M. Velpeau présente deux pièces anatomo-pathologiques. La première est relative à un calcul enkysté dans l'urètre et proéminent dans la vessie. Le malade est entré mourant à l'hôpital, et a succombé le lendemain. Le calcul avait le volume d'une noisette, et l'aspect et toutes les apparences d'un calcul d'oxalate de chaux. C'est là, ajoute M. Velpeau, un fait très rare.

La seconde pièce est une tumeur énorme du sein que portait une femme qui vient de succomber au marasme dans son service. Cette tumeur, qui a beaucoup diminué de poids et de volume, par suite d'une véritable putréfaction qui s'en était emparée dans les derniers temps, pesait, environ, de 30 à 40 livres lorsque la malade est entrée à l'hôpital; elle avait environ un volume équivalent à cinq fois le volume d'une tête d'adulte. M. Velpeau avait diagnostiqué, pendant la vie une tumeur adénoïde bénigne. L'examen de la pièce a confirmé son diagnostic.

Nous avons reçu une lettre de M. le docteur Fontès que l'abondance des matières nous force à renvoyer au prochain numéro.

AVIS. — Les personnes qui désirent faire un cours à l'École pratique, pendant le semestre d'hiver, sont prévenues que la réunion, pour le choix des heures et des amphithéâtres, aura lieu samedi prochain, 29 octobre, à midi, à l'École de médecine.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 129. SEPTIÈME ANNÉE. **Samedi 29 Octobre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12 À PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56* ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 28 OCTOBRE 1853.

UN MOT A PROPOS DE LA VACCINATION PRÉVENTIVE.

Monsieur et très honoré confrère,

Trouverez-vous mauvais que, m'emparant d'un prétexte qui m'est fourni par une assertion légèrement inexacte que renferme un article de M. Hervieux, ayant pour titre : *De la vaccination préventive dans les hôpitaux*, et inséré dans un des derniers numéros de votre estimable journal, je vienne vous demander, sous forme de rectification, la publication d'un avis qui peut être utile à nos confrères parisiens? Ces quelques lignes, qui ne sont au fond qu'une réclame, mais une réclame honnête et désintéressée, vous allez en juger, seront, je l'espère, accueillies par vous comme un moyen de mettre un certain nombre de vos abonnés à l'abri de ces tribulations que connaît tout médecin ayant eu des vaccinations à pratiquer durant la saison froide, et que n'a pas omis de signaler l'honorable auteur de l'excellent article dont il s'agit.

M. Hervieux assure que ce n'est qu'à l'Académie de médecine que l'on peut se procurer du vaccin en hiver. C'est ce simple détail que je vous demande la permission de rectifier.

Les médecins du Bureau de bienfaisance du 4[me] arrondissement, ayant compris l'avantage d'avoir toujours du vaccin à leur disposition, ont, depuis fort longtemps déjà, obtenu de l'administration locale les moyens de continuer le service des vaccinations pendant l'hiver. Ils sont très heureux, toutes les fois que des médecins ou des sage-femmes viennent recourir à leur obligeance soit pour vacciner sur place, soit pour récolter du vaccin ; et ils se sont imposé l'obligation de ne rien négliger pour n'être jamais au dépourvu. En échange de ce léger service et comme moyen de prévenir toute interruption dans la série des inoculations vaccinales, ils demandent à leurs confrères de Paris de vouloir bien songer à leur envoyer, durant la saison froide, les indigens qui, à leur connaissance, désireraient recourir à la vaccination. De quelque point de Paris que ces derniers arrivent, la prime ordinaire de *trois francs* leur est accordée.

L'année dernière, à pareille époque, vous avez eu l'extrême obligeance de publier un avis dans ce sens, et un certain nombre de médecins ayant répondu à cet appel, il a été possible de satisfaire, en tout temps, à de nombreuses demandes de vaccin.

Le 4[me] arrondissement n'est pas le seul, d'ailleurs, à marcher dans cette voie. Les rapports qui se sont trouvés tout récemment établis entre les médecins de bienfaisance des douze arrondissemens par la création de la *Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris*, et les communications qui ont, ainsi, pu être échangées entre ces médecins, sur la manière dont le service est organisé dans les divers bureaux, nous ont appris que les médecins des 1[er] et 11[me] arrondissemens continuaient, comme nous, leurs vaccinations pendant toute l'année.

Voilà donc trois mairies auxquelles les vaccinateurs pourront puiser en hiver :

Mairie du 1[er] arrondissement, rue d'Anjou-St-Honoré, 11, le mardi, à 2 heures;

Mairie du 4[me] arrondissement, place du Chevalier-du-Guet (près la nouvelle rue de Rivoli), le mercredi, à 1 heure ;

Mairie du 11[me] arrondissement, place St-Sulpice, le samedi, à midi.

N'ayant pas l'honneur d'être connu de vous, Monsieur et honoré confrère, je ne dois pas négliger de déclarer, avant de finir, que je suis autorisé à signer ma lettre au nom des médecins de bienfaisance du 4[me] arrondissement, qui seront très reconnaissans, si vous voulez bien porter son contenu à la connaissance de vos lecteurs.

Je vous prie d'agréer, au nom de ces confrères et au mien, etc., etc. Dr FONTÈS,
Rue du Bouloi, n° 17.

Paris, le 19 Octobre 1853.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

KYSTE STÉATOMATEUX PILIFÈRE DE L'OVAIRE GAUCHE ; — CAUTÉRISATIONS DIVERSES ET MULTIPLES COMBINÉES AVEC L'EXCISION ; — GUÉRISON.

La singularité de l'affection que j'ai l'honneur de communiquer, son étude clinique dans ses diverses phases d'évolution, l'examen des altérations pathologiques depuis le début jusqu'à la clôture du traitement, l'emploi de caustiques très énergiques sur une vaste échelle, l'absence d'accidens sérieux, une solution heureuse, sont autant de circonstance qui impriment à cette observation un cachet de nouveauté au point de vue de la nosographie chirurgicale.

Aménaïde Crosse, grande, forte, d'une santé parfaite, 34 ans, eut ses règles à 11 ans. A 21, en août 1838, elles se supprimèrent à la suite de l'immersion des pieds dans l'eau de rivière. Le ventre, néanmoins, conservait son volume normal. Ce ne fut qu'au mois de mars 1843 qu'il prit de l'accroissement. En juillet, il était tel, qu'il simulait une grossesse de cinq mois révolus. Une hématémèse, qui tenait lieu de menstrues presque périodiquement, chaque mois, depuis 1838, cessa vers le milieu d'août. La cessation de cette déviation hémorrhagique se rattachait à un commencement de grossesse. L'accouchement se fit à terme à l'aide du forceps, en mai 1844. Il n'y eut point de lochies. Il fut suivi d'une métro-péritonite. Un engorgement éléphantiasique de la jambe droite, remontant à quatorze mois environ, disparut le douzième jour des couches. Dans le courant du mois d'août de la même année, les règles vinrent pour la première fois depuis 1838. En juillet 1845, elles étaient encore suspendues et remplacées par l'hématémèse lorsqu'elle perdit abondamment par les parties sexuelles une eau verdâtre, fétide, avec rots utérins, efforts d'expulsion comparables à ceux de l'accouchement. En 1846, elle éprouvait de la tension dans le flanc gauche, un sentiment de malaise en marchant. En 1847, ces symptômes s'accrurent. En 1848, le développement du ventre était beaucoup plus marqué. Dans la zone ombilicale inférieure, à gauche, on distinguait une grosseur variable, pour la forme et le volume, d'une résonnance claire. La malade ressentait de la pesanteur au fondement. La fosse illiaque gauche était le siége d'une vive sensibilité par une pression forte, un certain degré de matité s'y faisait sentir. L'orifice utéro-vaginal était dirigé à droite. L'écoulement verdâtre par la vulve, signalé en 1845, se reproduisit trois ou quatre fois pendant l'année. En 1849, la constipation était opiniâtre. Il y avait dysurie ; quelquefois incontinence d'urine. Le flanc bombait visiblement. La matité s'y dessinait dans un rayon plus large. En 1850, elle accusait des douleurs profondes dans toute la ceinture abdominale, des fourmillemens dans les cuisses. L'orifice utéro-vaginal était dévié à gauche. L'intumescence sous-ombilicale proéminait en pointe. Elle était comme enchâssée dans l'ombilic et avait toute l'apparence d'une tumeur gazeuse. En 1851, le simple attouchement réveillait dans le ventre des douleurs atroces. Il était excessivement tendu, égalait en volume une grossesse gémellaire au septième mois. Au niveau du nombril, la mensuration donnait 111 centimètres. Il présentait 5 centimètres de différence en plus dans la moitié gauche de sa circonférence. Dans la presque totalité du flanc correspondant, on percevait une matité égale, uniforme, invariable, malgré les changemens de position. Il y avait absence complète de fluctuation par le toucher vaginal, par la percussion. Tout le flanc droit offrait une résonnance tympanique. Dès les premiers mois de l'année.

Feuilleton.

CAUSERIES.

LE DOCTEUR GRAPHORRHEUS.

L'actualité faisant défaut au feuilleton, je demande au lecteur la permission de lui servir un petit morceau écrit il y a plusieurs années, et que je retrouve sous ma main en cherchant autre chose. Le docteur Graphorrheus dont il est ici question, est mort; j'espère, pour le bon sens de mes contemporains vivans, qu'il n'aura pas laissé de successeurs.

Le docteur Graphorrheus paraît tourmenté par une idée ; je le préviens charitablement que cette idée est fort bête, et qu'elle donne beaucoup à penser sur la solidité de son esprit. Écrire sur tout, à propos de tout et tous les jours, ce n'est pas là de la fécondité, c'est, qu'on me pardonne cette expression par trop médicinale, c'est de la diarrhée intellectuelle. C'est très malsain. S'imaginer remplir par là le monde de son nom, c'est se tromper grossièrement : on le fatigue et voilà tout. Je dis que son idée est bête, car il faut être bête de croire les médecins assez bêtes pour admettre qu'un homme puisse faire une découverte médicale tous les deux ou trois jours. A ce métier-là on s'use vite; on perd bientôt tout crédit, toute autorité, toute créance. Comme il est impossible de produire des travaux raisonnables à si courte échéance, on se contente, le plus souvent, d'abord de l'apparence et du vraisemblable, puis arrive le paradoxe, bientôt suivi du sophisme, qui entraîne irrésistiblement dans les abîmes de l'excentricité. Si jamais, ce qui est improbable, on collige les œuvres complètes du docteur Graphorrheus, l'étonnement sera grand en présence des contradictions choquantes, des oppositions étranges, des idées biscornues, des pratiques téméraires, des affirmations hardies et des assertions audacieuses de cet écrivain polygraphe. Autre inconvénient de ce travers : en se jetant ainsi dans tous les chemins de la médecine, sans guide doctrinal, sans idée philosophique, et sans autre but que celui de faire du bruit, on mécontente et on irrite les travailleurs sérieux qui voient avec dépit déflorer stérilement tous les sujets de leurs chères études. Autre inconvénient encore : comme en parcourant ainsi étourdiment toutes les voies de la science, on touche à tout, on parle de tout, aussitôt qu'un laborieux et honnête observateur a produit une œuvre de valeur sur un sujet spécial, on se croit obligé à réclamer pour soi une priorité dont les droits ne reposent quelquefois que sur un mot, mot écrit sans intention, sans préoccupation, sans intuition spéciale et directe ; et de là des réclamations outrecuidantes, des polémiques fatigantes et des discussions sans l'ombre d'un intérêt quelconque.

Le docteur Graphorrheus ne se borne pas à assommer les journaux du poids de sa prose lourde et flasque ; par système, il s'est fait recevoir membre d'une infinité de Société médicales, et, là, encore, il inonde de ses excrétions pseudo-scientifiques les bénévoles assistans de leurs séances. Mais ses communications figurent au procès-verbal, et c'est là seulement ce qu'il ambitionne; et c'est là tout ce qu'il obtient, car personne ne prenant plus au sérieux le docteur Graphorrheus, personne aussi ne le discute, et ses élucubrations passent sans soulever ni opposition, ni critique.

Fuyez, fuyez, jeunes médecins, l'exemple du docteur Graphorrheus; n'écrivez pas seulement pour écrire, mais pour produire une idée bien réfléchie, basée sur une bonne et rigoureuse observation. Soyez sobre de ces articles de journaux qui ne présentent aucune signification, aucun enseignement ni scientifique, ni pratique. Gardez-vous de croire, ce qui est trop facilement admis, que la presse est comme la lance d'Achille, qui guérit les blessures qu'elle a faites. Cela n'est vrai que dans un certain ordre d'idées. Un mauvais article de journal ne s'oublie pas; c'est une tache indélébile ; vous aurez beau en publier d'excellens, et en nombre, pour un mauvais que vous aurez commis, la faute en sera pérenne et sans expiation possible. Croyez-en un vieux journaliste qui vous parle sans intérêt, sans préoccupation aucune, si ce n'est celle de vous indiquer les écueils sur lesquels viennent s'échouer quelquefois les prétentions les plus légitimes. La presse est un moyen, un bon moyen quand on sait l'employer à propos et avec intelligence; mais ne la considérez jamais comme un but. Que d'ennemis je me suis faits, qui seraient mes plus chauds partisans, s'ils se doutaient que je leur ai évité un ridicule, une faute peut-être, en refusant un article qu'ils croyaient excellent, comme de raison. Oui, certes, un bon article de journal a son importance et sa valeur, mais un bon article ne s'improvise pas plus que ne s'improvise l'observation. Il faut être aussi réservé de sa plume que de ses démonstrations d'amitié. J'en ai vu s'éparpiller, s'évaporer, se dissoudre par centaines de ces intelligences, qui, avec plus de patience et de sobriété, seraient arrivées à une honnête consistance. C'est le calcul le plus faux que l'on puisse faire d'écrire beaucoup et sur des sujets divers. Ce qui en résulte, le voici : on vous inflige l'épithète de *médecin de cabinet*, accusation la plus terrible, la plus inexorable qui puisse frapper celui qui vise à la pratique. Ce grand mot lâché, vous êtes un homme mort. Il faut voir comme se dressent autour de vous une foule de nullités arrogantes, qui n'ayant jamais écrit, et pour cause, déclinent dédaigneusement votre compétence pratique et vous renvoient à vos livres ou à vos journaux. Écrire juste ce qu'il faut, comme il faut et quand il faut, telle est la sagesse suprême. Des médecins sont arrivés aux positions les plus hautes avec un seul petit mémoire venu à point. Tels autres n'ont jamais su s'élever au-dessus des premiers échelons de la hiérarchie médicale, malgré leurs innombrables écrits.

Usez donc avec modération de la presse périodique; c'est une arme excellente, mais il faut savoir s'en servir. Si vous la chargez outre mesure, elle crève entre vos mains et vous fait de cruelles blessures. C'est ce qui arrivera tôt ou tard, et plus tôt qu'il ne le pense, au docteur Graphorrheus, dont j'ai compté plus de quarante communications aux journaux dans l'espace de moins d'une année. N'est-ce pas le fait d'une véritable infirmité intellectuelle? Où donc trouve-t-il le temps de voir, d'observer, de penser et d'écrire tout ce qu'il écrit?

Si le docteur Graphorrheus était mon ami et qu'il fût susceptible d'entendre un bon conseil, je lui dirais :

elle avait une oppression extrême, des vomissemens fréquens de matière bilieuse, des alternatives de frissons et de sueurs. Elle ne quittait plus la chambre. L'écoulement verdâtre qui, depuis 1849, paraissait à des intervalles indéterminés, ne se reproduisit plus dès septembre. En novembre elle ne pouvait s'asssseoir qu'avec la plus grande difficulté, gardait constamment le lit, couchée sur le dos. Elle éprouvait des tiraillemens dans les aines, dans les lombes. La cuisse gauche était engourdie. Les deux membres pelviens étaient complètement infiltrés. Du reste, ni le facies ni l'habitude du corps ne dénotaient une infection cancéreuse.

Emménagogues, dépuratifs, fondans à l'intérieur et à l'extérieur, exutoires de toute espèce dans la circonscription du bassin, dérivations fréquentes sur le tube intestinal, saignées, sangsues, injections intra-vaginales, bains de siége, tout avait échoué depuis 1845.

Dans l'imminence d'un danger prochain, appel en consultation de M. le docteur Bolloré le 11 novembre. Concordance d'avis pour le diagnostic d'une affection de l'ovaire, dont l'origine, d'après la filiation des symptômes morbides, semble se rapporter à la suppression des règles, en 1838, à marche lente, insidieuse, chronique jusqu'en 1848. Unité d'avis également pour le plan chirurgical suivant :

1° Ne point recourir à l'instrument tranchant au début du traitement ;

2° Dans un point restreint du flanc gauche, produire une inflammation adhésive entre le péritoine pariétal et la portion tangente de la production morbide ;

3° En établir le caractère différentiel et s'en servir comme point de départ pour le choix des procédés opératoires à suivre ultérieurement.

12 novembre. Au milieu du flanc, couche épaisse de pâte de Vienne, du diamètre d'une pièce de 5 francs. Du 20 novembre à la fin de mai 1852, je fis vingt-huit applications de pâte Canquoin n° 1, sous forme d'un disque d'un centimètre d'épaisseur, d'une largeur égale à celle de la plaie faite par le caustique de Vienne. Pour toutes, vingt-quatre heures d'action. La moyenne de l'épaisseur des escarres fut d'un fort centimètre. Au-dessous de la troisième, surface membraneuse, luisante. Ponction exploratrice avec un trocart capillaire. Issue d'un peu de sérosité limpide. Sensation d'un corps solide, résistant. Introduction de l'instrument à plus de 6 centimètres de profondeur. Quelques gouttelettes de sang seulement. Au-dessous de la quatrième, existence d'une masse rougeâtre, convexe, sarcomateuse, immobile, non fluctuante, non sillonnée de vaisseaux. Au-dessous de la cinquième et de la sixième, même aspect charnu. En cassant la septième, nous crûmes apercevoir des filamens chevelus, intimement serrés, au point de former un véritable feutrage grisâtre. Dans l'intérieur de la huitième et de la neuvième, à n'en plus douter, multitude de cheveux, distincts, sans disposition régulière. Quelques-uns étaient mous, flexibles, d'une longueur de 6 centimètres au moins. Le lendemain de la chute de la neuvième, dans plusieurs points de la surface de la plaie, implantation sur des éminences pointillées d'un rouge foncé, d'une certaine quantité d'autres, plus rudes que les précédens, unicolores, d'un beau noir semblable à la chevelure, couchés ou droits, la plupart dépassant les tissus de quelques lignes au plus, tous fermes, au point de résister à une traction exercée par des pinces.

Cette fille, avant notre arrivée, le jour de la dernière découverte, en avait enlevé dix ou douze remarquables par la supériorité de leur taille, libres des deux extrémités, couchés à plat sur la plaie. Dans les dix-neuf dernières croûtes, plus de traces de cheveux. Dans l'intervalle de la septième à la huitième cautérisation, les règles reparurent après une interruption de six ans. Après trois mois de ce mode opératoire, la malade se levait, marchait, descendait même de sa mansarde, située à un deuxième étage. Depuis la septième jusqu'à la dernière, toutes les couches offrirent la couleur et la consistance du suif.

Le 2 juin, encadrement des limites de la matité dans un cercle d'un centimètre de largeur, dont la pénihérie extérieure était de 45 centimètres, l'intérieure de 40. Puis dans l'espace compris entre la circonférence intérieure et le front de la masse hétérogène, application d'un collier de pâte de Vienne de la largeur de 7 millimètres 1/2. Le 3 juin, la malade étant chloroformisée, sur l'escarre, couronne de pâte Canquoin n° 1, d'un centimètre d'épaisseur sur 7 millimètres 1/2 de largeur.

Du 3 juin au 20 août, treize nouvelles cautérisations circulaires, profondes, dont quatre avec le n° 1, prolongées de vingt-quatre heures, neuf autres avec le n° 2, d'une durée de six heures seulement. L'épaisseur de presque toutes les escarres était de 10 millimètres. Toutes les couches avaient une teinte jaunâtre, un aspect graisseux, une consistance moins ferme que celles du centre. Au-dessous de la cinquième escarre, surface rougeâtre, inégale, comme empreinte de digitations musculaires. Elle tranchait par sa couleur et par sa texture avec la nature franchement charnue des parois abdominales nettement découpées comme avec un emporte-pièce. Dans la nuit même qui suivit la chute de la dernière croûte, remarquable par une couleur bleuâtre, écoulement abondant d'un pus épais, verdâtre, infect, par une ouverture taillée en bec de flûte en haut et en avant de la plaie.

Du 25 août à la fin de novembre, toujours sous l'influence du chloroforme, dans la gouttière creusée par le caustique Canquoin, seize cautérisations circulaires, à l'aide d'un crayon Filhos de fort calibre, avec la précaution de converger de plus en plus vers le sommet de la tumeur. A chaque séance, cautérisations superficielles d'une partie ou de la totalité de sa circonférence extérieure, avec un cylindre Filhos d'une très petite dimension. L'estimation de l'épaisseur des croûtes est de 5 millimètres. Pendant toute la durée des cautérisations, les croûtes et les tissus qu'elles marquaient furent d'une teinte vert-de-gris, ramollies, mais sans excavations, sans foyers purulens. Dans l'intervalle de la première à la neuvième, cinq ou six fois, écoulement verdâtre par la plaie, avec plus de force même que la première fois, surtout par le décubitus dorsal sur le côté affecté. Depuis la création spontanée de cet émonctoire, le ventre est moins saillant, moins tendu, et surtout moins sensible. Par la palpation, limitation de la tumeur visiblement amoindrie. Lors de la dernière cautérisation, le sommet du kyste, épargné à dessein par le caustique, afin de donner plus de prise à l'instrument tranchant, représentait un îlot cutané, charnu, sous forme d'une pyramide, mesurant 20 centimètres en circonférence et 3 en hauteur.

Dès les premiers jours de décembre, ablation de la portion exubérante de la pyrrmide. En deux autres séances faites à quatre jours de distance, abrasion des points les plus saillans du kyste, tant au sommet qu'à la base. Puis tous les deux ou trois jours, même mode de cautérisation que précédemment, avec deux cylindres Filhos d'inégal diamètre. Reproduction d'un monticule charnu, exhaussement des bords du kyste. Coupes faciles, répétées dix fois jusqu'au 23 janvier 1853.

Pour ces treize opérations, la fille Crosse fut chloroformisée. La moyenne de l'épaisseur des tissus retranchés à chacune d'elles, peut être portée à 5 millimètres. Lors des six premières coupes, tissus jaunâtres, graisseux. Dès la septième, les couches étaient d'un blanc mat, d'une texture ferme, homogène, d'une consistance analogue à celle des fibro-cartilages intervertébraux. Lors de la huitième, fonctions de l'estomac libres, respiration facile, possibilité de se mettre à genoux, de plier le corps. Peu d'heures après la douzième, promenade d'un quart de lieue à pied. La veille de la treizième, changement de linge de corps deux fois. Suppression subite des règles dont nous n'eûmes pas connaissance. Treizième, suivie d'une péritonite promptement enrayée.

1er mars. Dépression du flanc, persistance, augmentation même parfois de l'intumescence sous-ombilicale, rétrécissement remarquable de la plaie. Établissement d'un large cautère à pois. Dans le milieu du même mois, flot abondant par la vulve, mais sans douleur, d'une eau limpide, inodore. A quelques jours d'intervalle, évacuation copieuse par le même canal, d'une sérosité sanguinolente, d'une odeur forte, avec éructations vaginales. Vers la fin du mois, en raison de la pousse des bourgeons charnus, de la tendance incessante de la plaie à se clore, cautérisations superficielles avec le crayon Filhos.

Le 2 avril, sous l'influence de spasmes d'intestins, ventre subitement plat, d'une circonférence de 89 centimètres seulement. Découverte d'un écartement de la ligne blanche et des muscles droits, assez spacieux pour y loger à l'aise la totalité du poing fermé. Limitation de l'utérus derrière la symphyse pubienne. Du 3 au 9 avril. Par la plaie, suppuration abondante, épaisse, gluante, verdâtre. Le 22 avril il s'en écoulait une eau noirâtre, d'une odeur repoussante. Le 28 avril. Par le taxis, réduction prompte, facile de la hernie.

Conclusions.

Juin. Le flanc gauche présente un vide remarquable, on en saisit les tégumens à pleine main. La perte de substance éprouvée par les parois de l'abdomen figurait, en novembre 1852, un ovale qui avait en circuit 49 centimètres, 17 dans le sens antéro-postérieur, 13 suivant le diamètre transversal.

De cette vaste plaie il ne reste plus qu'une surface lisse, froncée, rayonnée, légèrement excavée et suppurante, dont le diamètre, longitudinal, est de 15 centimètres, le transversal de 5. Par la palpation on ne sent, pour ainsi dire, plus que le squelette de l'énorme dégénérescence de l'ovaire, adhérente avec la trompe correspondante, d'après l'homogénéité, la similitude de l'écoulement verdâtre de la plaie et celui des parties sexuelles, multiloculaire dans la portion sous-jacente au stéatome pilifère, à en juger d'après la diversité des produits de sécrétion qui se sont fait jour par les deux mêmes voies, d'une épaisseur de 33 centimètres au sommet et de 22 à la base, en raison de l'estimation approximative des couches détruites par les caustiques et le bistouri. Il y a aisance dans la marche. Aucuns troubles fonctionnels. La menstruation suit librement son cours. La hernie est maintenue par un bandage. La circonférence du ventre ne dépasse plus 90 centimètres.

Tel est le résultat que nous avons obtenu après quatorze mois de traitemens chirurgicaux, et trois de soins consécutifs à la dernière opération par l'instrument tranchant.

Comme complément, pour dernière indication thérapeutique, il nous paraît urgent d'entretenir l'exutoire du flanc, d'en activer même, de temps en temps, la suppuration à l'aide de la cautérisation Filhos, qui nous réussit à merveille, et dont cette fille retire toujours un soulagement notable.

C. Nouton, d.-m. p. R. Bolloré, d.-m. p.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

RAPPORT SUR LA LADRERIE DANS LA RACE PORCINE,

Fait au Congrès agricole du centre de l'Ouest, séant à Angoulême (année 1852),

Par M. le docteur A. Chapelle.

Messieurs,

Chargé par votre deuxième commission de vous présenter le rapport sur ma proposition ayant pour objet l'extinction de la ladrerie dans la race porcine, je viens aujourd'hui m'acquitter de la mission qui m'a été confiée.

Le sujet dont j'ai à vous entretenir touche aux intérêts élevés de l'hygiène, de l'agriculture et du commerce. Il est digne, par son importance et sa nouveauté, de fixer votre attention. Permettez-moi de lui consacrer quelques développemens.

La ladrerie, Messieurs, est caractérisée par la production, dans le tissu musculaire, de vésicules nombreuses qui ne sont autre chose que des hydatides ou vers vésiculaire du genre désigné par Rudolphi sous le nom de *cysticercus*, et de l'espèce que les helminthologues appellent *cysticercus finnus*. Ces êtres, placés dans les derniers échelons de l'animalité, ont une forme ovoïde, un aspect blanchâtre, une consistance ferme, ils croquent sous la dent qui les presse. Leur volume ordinaire est celui d'un grain de chènevis. Chacun de ces animaux est renfermé dans une vésicule ou poche membraneuse remplie de liquide limpide, transparent, ayant les propriétés de l'eau albumineuse. Ces kystes, d'un volume variable, acquièrent quelquefois la grosseur d'une noix.

Les quelques auteurs qui ont écrit, sur cette matière ne nous ont

« Cher confrère,

» L'activité de votre esprit a besoin d'être modérée; elle vous donne des accès de fièvre intellectuelle; comme sulfate de quinine, prenez la résolution de n'écrire qu'après avoir recueilli une série d'observations qui servent de base à une idée doctrinale dont vous aurez ainsi jugé la valeur. Vous gaspillez en pure perte votre aptitude, qui est réelle. Avant de la produire, laissez cristalliser une idée ; au lieu de la lancer sous son état amorphe, laissez-lui prendre, par le repos, les formes qui doivent la caractériser. Que vos publications deviennent plus rares dans les journaux; le public se lasse d'y voir votre nom, comme il se lassait autrefois d'Aristide-le-Juste. N'est-il pas impossible que vous produisiez si souvent des idées vraies, justes et nouvelles? Cela serait, qu'on ne le croirait pas. On ne croirait pas, surtout, que le seul amour de l'art et de la science vous fît prendre si souvent la plume. On ne manquerait pas de voir dans cette exhibition continue le désir d'attirer sur vous l'attention du public, et d'arriver ainsi à des résultats plus positifs que ceux que procure la gloire. Et remarquez, que si vous étiez capable d'un tel calcul, vous n'y trouveriez au bout que déception amère. Le public comprend peu les polygraphes; les monographes, voilà son fait. Aussi ceux-là sont-ils les habiles du genre. Faites-vous une bonne spécialité, et ne sortez pas de là. Ecrivez alors, mais toujours sur les sujets de la pratique que vous aurez choisie. Alors l'excès, l'abus sont moins à craindre. Mais embrasser le champ entier de la médecine, en vérité c'est être trop ambitieux, et vous n'êtes pas de force à le cultiver. D'autres que vous et de plus robustes ont échoué dans cette tentative, qui userait rapidement votre vigueur et toutes vos plumes. »

Mais je sais le sort qui attendrait un pareil langage. Le docteur Graphorrheus le prendrait pour une attaque inspirée par la malveillance ou par l'envie. Aussi m'abstiendrai-je de tout conseil, qui, sans aucun doute, serait mal accueilli.

Amédée Latour.

COURRIER.

Nouvelles du choléra. — Nous avons eu raison de ne pas trop nous presser de conclure de cette diminution momentanée, survenue dans le chiffre des décès cholériques dans la ville de Londres, à une disparition prochaine du fléau. La marche déjà suivie par le choléra en 1832 et en 1848 offre, en effet, des variations non moins remarquables que celles que nous avons à consigner dans l'histoire de l'épidémie actuelle. Le fait est que, dans la dernière semaine, le chiffre des décès, qui était descendu dans la semaine précédente à 45 pour la ville de Londres, a presque doublé, car il a été de 83, dont 40 parmi les sujets du sexe masculin, et 43 parmi ceux du sexe féminin. Comme dans les précédentes épidémies et dans les semaines précédentes, les faubourgs sud de Londres sont le plus fortement frappés, puisque ces faubourgs comptent, à eux seuls, 49 décès sur 83.

En somme, l'épidémie actuelle menace, comme nous l'avons déjà dit, de faire au moins autant, sinon plus, de victimes que celle de 1848, laquelle avait déjà fait plus de victimes que celle de 1832. En effet, du 6 août au 22 octobre, on compte déjà 361 décès; tandis que dans le même intervalle, en 1848, il n'y a eu que 196 décès, et dans le mois d'octobre seulement, la différence est bien autrement marquée, comme on peut le voir par le tableau suivant :

Décès cholériques en 1853.			Décès cholériques en 1848.	
Semaine finissant le 1er octobre,		48	Semaine correspondante,	13
le 8	—	66	—	30
le 15	—	45	—	45
le 22	—	83	—	34
		242		122

Du reste, l'épidémie ne paraît pas s'être étendue beaucoup au-delà de Londres, On signale seulement quelques cas isolés à Dundee, Cockermouth, Hemel Hampstead, Luton, South Shields. A Liverpool, du 18 au 24 obtobre, 10 nouveaux cas et 9 décès, dont 8 parmi des émigrans allemands.

A Stockholm, l'épidémie paraît parvenue à son terme. Le 11 octobre, 62me jour de l'épidémie, il n'y avait eu que 7 nouveaux cas; mais il restait encore 152 cas en traitement et les décès étaient au nombre de 8. Depuis le début, le nombre des cas de choléra a été, dans cette ville, de 4,123, dont 2,654 suivis de mort.

Les diarrhées paraissent avoir été très communes à Stockholm pendant toute la durée de l'épidémie. On en a compté 5,819 cas, dont 458 seulement se sont terminées par le choléra. Du reste, sans vouloir affaiblir la conviction générale où se trouvent les médecins anglais, que la maladie commence toujours par une diarrhée prémonitoire, le Conseil général de santé d'Angleterre reconnaît, dens sa dernière note, qu'un certain nombre de cas de choléra ne sont pas précédés de diarrhée, et fait un appel pressant aux médecins pour qu'ils lui adressent leurs observations sur la fréquence et l'absence comparatives de ce symptôme.

— Notre collaborateur, M. le docteur de Méric, vient d'être nommé professeur de chirurgie dans une des Écoles de médecine de Londres (Royal Free hospital medical College), et chirurgien de l'hôpital allemand de la même ville.

— M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfans commencera son *cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfans* le jeudi 3 novembre, à 8 heures du matin, et continuera :

1° Les visites tous les jours à 8 heures;

2° Les leçons et les opérations tous les jeudis de 8 à 10 heures ;

3° Les consultations tous les jours à 9 heures, excepté le jeudi et le dimanche.

Eczéma, ouate. — Le docteur Mend d'Einbeck, a traité depuis quatre ans, 21 cas d'eczéma, siégeant à différentes parties du corps, avec les seules applications d'ouate, sans aucun autre remède. Le succès qu'il en a obtenu est si évident, qu'il n'hésite point à préférer l'emploi de la ouate à tous les autres modes de traitement.

(*Hann. Corr.* Bd II, 13.)

laissé qu'une description incomplète ou vicieuse de ces produits accidentels. Les uns les considèrent comme des tubercules; d'autres les regardent comme des exubérances charnues à formes pulpeuses. Ils établissent leur siége, soit dans le tissu graisseux, soit dans le tissu cellulaire proprement dit. Or, l'observation montre que ces produits se développent à peu près exclusivement dans la substance musculaire de l'animal où ils se trouvent greffés. Ainsi, les cysticerques ladriques abondent dans cette masse charnue du cou qui enveloppe les vertèbres à leurs faces postérieure et latérales, dans l'appareil musculaire des épaules, dans les muscles fessiers dont l'ensemble constitue la partie essentielle du jambon, dans ces nombreux et épais faisceaux musculaires placés le long de la colonne vertébrale en avant et en arrière. La partie de l'animal connue dans la boucherie sous le nom de filet mignon, et constituée anatomiquement par les muscles psoas et iliaque, est celle où les fibres musculaires sont les plus distinctes, les plus dépourvues de tissus tendineux et aponévrotiques. Or, cette partie de l'animal partage avec la langue le triste privilége d'être un lieu d'élection pour ces kystes hydatiques.

De tous les viscère de l'économie, le cœur seul devient le siége de ces productions anomales. Sa structure musculaire devait en effet le placer dans la catégorie des organes propres à recevoir cette implantation hétérogène. — Les poumons, le foie, les reins, la rate, le pancréas, le tube intestinal en sont exempts. De même le cerveau et le cervelet n'en ont jamais présenté de trace. Seulement, on découvre parfois ces hydatides dans les enveloppes de l'organe encéphalique, dans ce que les anatomistes appellent les méninges.

La graisse que le péritoine contient dans ses mailles, le lard proprement dit, tout ce qui, en un mot, est tissu graisseux, reste étranger à ces productions vicieuses. Si on découvre de ces kystes dans le lard, ce n'est jamais dans la partie purement adipeuse, mais dans le maigre qui s'y trouve çà et là disséminé.

Jusqu'ici, Messieurs, je ne vous ai montré la ladrerie que cachée dans la profondeur des organes. Mais elle siége également sur des parties que l'œil peut facilement découvrir. C'est ainsi que les kystes ladriques apparaissent assez souvent à la partie interne et libre des paupières. Toutefois, c'est la langue qui est le suppôt le plus remarquable de ces sortes de productions. On les y trouve près de la base, et jamais sur le dos de cet organe dont la partie postérieure est plus souvent affectée que la partie antérieure. Mais c'est surtout sur les faces latérales que ces vers vésiculaires se montrent avec fréquence : Là, ils proéminent sous la muqueuse linguale avec l'apparence de tubercules d'un blanc grisâtre. Quelquefois leur nombre est si grand et leur développement si considérable, que la déglutition devient difficile et la respiration gênée.

Voilà en quoi consiste la ladrerie considérée dans sa nature, dans son siége, dans son développement anatomique. Vous le savez, cette affection est l'apanage presque exclusif du genre porc. Mais tous les animaux qui en font partie n'en sont point atteints. C'est ainsi qu'on ne rencontre jamais la ladrerie dans la race indo-chinoise, désignée sous le nom de race tonkine, pas plus que dans les races anglaises dites de Hamsphire, d'Essex, de Berkshire. Par contre, elle se montre fréquemment en France dans la race dite Craonnaise et dans les races abâtardies qui en sont issues ou qui s'en rapprochent, comme celles qui proviennent du Périgord, du Limousin, du Poitou, etc... Toutefois, ces animaux croisés avec ceux des races originairement privées de ce vice, telles que les races anglaises ou indo-chinoises, donnent aux produits hybrides qui en résultent cette altération particulière. Comme vous le voyez, Messieurs, la ladrerie se transmet par voie héréditaire.

Cette production anomale ne constitue pas, à proprement parler, une maladie grave. Les animaux qui en présentent les caractères conservent d'ordinaire l'intégrité de leurs fonctions. La ladrerie n'étant, en réalité, qu'une génération d'hydatides ou une implantation de nouveaux êtres d'un ordre inférieur dans la chair d'un autre être d'un ordre supérieur appelé porc, sa présence ne détermine aucune perturbation notable dans l'organisme, tant que le nombre de ces hydatides n'est pas trop considérable, tant qu'elles ne deviennent pas elles-mêmes le siége d'un travail pathologique, tant qu'elles ne gênent pas, par leur développement exagéré, la déglutition et la respiration. Vivant, en effet, de leur vie propre, les cysticerques ladriques peuvent rester sains ou devenir le théâtre de maladies. Quelquefois ils meurent dans le corps du porc et y tombent en détritus. D'autrefois ils s'enflamment, deviennent purulens et communiquent leurs altérations particulières aux tissus ambians de l'animal sur lequel ils sont implantés. Quoique intactes, ces hydatides peuvent encore troubler, par leur foisonnement, la régularité des fonctions. C'est ainsi qu'on voit des porcs infectés de ce vice, dont l'appétit se perd, dont les mouvemens deviennent d'une lenteur extrême, qui tombent dans une sorte d'abasourdissement et meurent dans le marasme.

D'autre part, la viande imprégnée de kystes ladriques a perdu, par cela même, une partie de ses propriétés alimentaires, de ses qualités alibiles. En effet, ces kystes ayant pris la place de la chair musculaire, se développant à ses dépens, l'ont rendue molle et fade; et la diminution de la masse de fibres rouges de la viande a enlevé à celle-ci de sa saveur et de ses propriétés nutritives.

D'un autre côté, la chair qui se trouve souillée par la présence de ce développement d'hydatides prend un aspect désagréable, repoussant. Au lieu d'avoir cette coloration rougeâtre et uniforme qui appelle l'appétit, elle offre au contraire une teinte pâle, irisée, due à la présence des vésicules ladriques mêlées à la chair musculaire. Un liquide aqueux né des vésicules incisées baigne la surface de cette viande, et contribue par là à la ramollir, à augmenter sa tendance à la putréfaction, à la rendre de moins en moins appétissante. Aussi, les parties de l'animal infectées de ladrerie, tout en ne déterminant pas chez l'homme de maladies spéciales et dangereuses, lorsque leur usage n'est pas longtemps prolongé, se trouvent ainsi moins propres à l'alimentation. Mais lorsque les vésicules ladriques sont devenues purulentes, alors la chair du porc acquiert nécessairement les conditions d'une insalubrité véritable.

Une longue observation a montré que le lard provenant d'un porc ladre se conserve moins longtemps, surtout en mer, que celui d'un animal exempt de ces productions vicieuses. La graisse est ordinairement aussi d'une moins bonne conservation, ne se fige que difficilement, et toujours d'une manière incomplète. C'est que la ladrerie communique toujours à la chair des animaux une tendance marquée au ramollissement.

Ainsi, cette viande est non seulement moins nutritive que celle des animaux sains, mais encore elle devient parfois tout à fait insalubre. Elle est impropre aux voyages de long cours par sa grande disposition à la putréfaction; elle nuit au commerce et à l'industrie comme aux intérêts hygiéniques.

Ne nous étonnons donc pas, Messieurs, si de tout temps une sorte de réprobation est venue frapper cette chair ainsi souillée. Vous trouverez des réglemens de police datant de plusieurs siècles qui défendent la vente des cochons ladres. Sous Louis XIV on avait même créé des charges sous le nom de conseillers du roi, jurés languéyeurs de porcs, dont les fonctions étaient de rechercher si les cochons amenés au marché étaient affectés de ladrerie. Vous savez qu'aujourd'hui la police n'a pas dévié de ses rigueurs premières. A Bordeaux, c'est-à-dire sur un des marchés les plus considérables de France, les inspecteurs de la viande de boucherie font impitoyablement transporter aux ateliers d'équarrissage de la ville les porcs qui sont atteints de ce vice. Vous comprenez par là toute la perturbation que ce genre d'altération jette chaque jour dans le commerce de la boucherie.

Par quels signes reconnaît-on la ladrerie pendant la vie du porc?

De tous les phénomènes apparens, ceux fournis par la langue sont les plus importans. Chez les animaux qui sont affectés de ce vice, on découvre les kystes à la base de la langue, à sa partie antérieure et postérieure. Opérer cet examen est ce qu'on appelle *languéyer*. D'autre part, l'abondance des hydatides dans la masse musculaire du cou, des épaules, des hanches donne à ces animaux une apparence particulière qu'il est ordinairement facile de reconnaître. C'est ainsi que le cou, à sa partie supérieure surtout, devient très gros; les épaules, les hanches deviennent plus saillantes, prennent une forme arrondie, tandis que la poitrine et les flancs paraissent comme aplatis. L'inspection des paupières peut encore offrir quelques caractères utiles : comme je l'ai dit plus haut, on rencontre quelquefois les kystes ladriques à la partie interne du rebord palpébral.

Par quels moyens peut-on arriver à faire disparaître la ladrerie?

Je vous ai montré, Messieurs, que la ladrerie était spéciale à certaines races de cochons indigènes, et que les races anglaises et indo-chinoises avaient été trouvées jusqu'ici exemptes de ce vice; que les races propres à en être affectées, croisées avec celles qui, originairement, étaient réfractaires à ces formations anormales, donnaient des produits hybrides quelquefois ladres. Or, c'est dans ces faits d'hérédité qu'il faut chercher le remède au mal. Les circonstances d'alimentation et d'habitation ne paraissent jouer ici qu'un rôle à peu près nul; car la ladrerie se montre surtout chez les animaux chargés de graisse, par conséquent chez des êtres soumis à un régime substantiel et vivant dans un milieu suffisamment salubre.

Aussi, pour arriver à cette disparition morbide que tous les intérêts sollicitent, avons-nous pensé qu'il serait nécessaire de faire visiter les animaux qu'on destine à la reproduction, et d'interdire ceux qu'on aurait reconnus affectés du vice ladrique. Cette inspection ne présente aucun inconvénient sérieux, aucune difficulté réelle. Il est évident que si chaque porc destiné à la reproduction était soumis, plusieurs fois par an, à une visite minutieuse, cette visite deviendrait gênante. Mais il suffit seulement que l'animal soit adulte ou voisin de cette période de la vie au moment de l'exploration, pour qu'il ne soit plus nécessaire de réitérer cet examen; car la ladrerie se développe de bonne heure, on la constate souvent chez des porcs âgés seulement de trois à quatre mois. Quant à l'inspection en elle-même, elle ne présente aucune difficulté d'exécution : le plus simple cultivateur peut, à cet égard, être aussi habile que le plus savant pathologiste. Aussi, à défaut de vétérinaire, les maires des communes où il existerait de ces animaux reproducteurs pourraient-ils charger un expert particulier de cette mission.

D'autre part, comme le croisement des races indigènes avec les races indo-chinoises ou anglaises donne des produits bien supérieurs à ceux qui proviennent directement des races du pays, tant au point de vue de l'engraissement que du développement des facultés digestives et de l'immunité des maladies, votre commission a été d'avis qu'il fallait encourager ce croisement et accorder des primes aux éleveurs qui opéreraient d'une manière large et suivie, ce mode d'amélioration. Par là, et en même temps, on arriverait à faire disparaître, peu à peu, le vice hideux de la ladrerie, à ne produire que des viandes saines, et à donner une satifaction légitime aux intérêts commerciaux et agricoles.

La majorité de votre commission a pensé que la ladrerie, arrivée à un grand développement, portait, au commerce de la boucherie, un préjudice trop considérable pour ne pas chercher à indemniser l'acheteur des pertes qu'il en éprouvait. Dans plusieurs contrées les vendeurs s'obstinent encore à ne pas permettre aux bouchers de languéyer les porcs pour s'assurer de leur état. Ce préjugé funeste doit être aboli; et nous avons pensé que le plus sûr moyen d'introduire plus d'équité dans ce genre de transactions commerciales, était de classer la ladrerie parmi les vices rédhibitoires. De la sorte, la perte causée par cette affection n'incombera plus tout entière à l'acheteur; elle sera reversible sur le vendeur obstiné.

En résumé, Messieurs, votre commission vous propose d'émettre les vœux suivans :

1° Dans les localités où l'on n'élève que des porcs de races indigènes, inviter l'administration à faire inspecter les truies et les verrats, afin de n'employer que des animaux reproducteurs exempts de ladrerie;

2° Établir des primes d'encouragement pour l'élève des races anglaises et indo-chinoises, et le croisement de ces races avec les porcs du pays;

3° Considérer la ladrerie comme un vice rédhibitoire.

BIBLIOTHÈQUE.

DES TUMEURS DE L'ORBITE;

Par M. DEMARQUAY, docteur en médecine, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut, etc. — In-8° de 210 pages, Paris, 1853.

Notre savant confrère commence son livre par une citation empruntée aux *Leçons cliniques* du professeur Velpeau : « Dans un espace aussi restreint que l'orbite, on peut rencontrer toutes les maladies qui attaquent le corps humain. » Cette simple phrase donne une idée exacte de l'intérêt qui s'attache à un ouvrage où un pareil sujet est traité. Nous devons le dire tout d'abord, M. Demarquay est parvenu à écrire une monographie d'une grande utilité pour les praticiens, en réunissant de bonnes descriptions, et en y ajoutant de temps en temps des faits qui viennent jeter une vive lumière sur ces descriptions.

Après avoir donné quelques considérations sur l'anatomie de la région orbitaire, afin de bien limiter son sujet, l'auteur aborde l'histoire des tumeurs de l'orbite, qu'il divise en deux grandes classes, la première comprenant les tumeurs *extra-orbitaires*, qui viennent faire saillie dans l'orbite, la seconde où se rangent les tumeurs *orbitaires* proprement dites. La seconde classe nous offre : 1° les tumeurs des parois orbitaires; 2° les tumeurs de la cavité elle-même. Sous ce dernier titre, M. Demarquay trace rapidement l'histoire des phlegmons, des abcès, de l'hypertrophie du tissu cellulaire, des tumeurs sanguines, des kystes, des lipômes, des cancers, des tumeurs gazeuses, des névrômes, des tumeurs gommeuses de l'orbite, et enfin celle des tumeurs formées par la glande lacrymale.

Le volume est terminé par des considérations générales, très bien résumées, sur les causes, les symptômes, le diagnostic, la marche, le pronostic et le traitement de toutes ces tumeurs.

Tel est le plan que l'auteur s'était tracé; tel est le cadre qu'il a su remplir avec talent.

Un des chapitres les plus intéressans du livre de M. Demarquay est celui qui est consacré à l'hypertrophie du tissu cellulaire de l'orbite, maladie encore peu connue. Nous allons en donner un extrait, qui certainement sera lu avec plaisir, et qui permettra d'apprécier la valeur de tout l'ouvrage.

« Sous cette double dénomination, *hypertrophie, infiltration du tissu cellulaire de l'orbite*, dit M. Demarquay, les auteurs décrivent une maladie peu connue dans sa nature. . . . .

» Si nous voulions rapporter toutes les idées qui ont été émises sur la maladie que nous décrivons, il nous serait difficile de dire les causes diverses auxquelles les observateurs l'ont rattachée. Sur dix cas dans lesquels on fait mention de la cause, nous trouvons trois fois une maladie organique du cœur, deux fois une congestion cérébrale, une fois une scarlatine, une fois la chlorose, une fois la syphilis, une fois un abcès du cerveau, une fois la scrofule. De ce dénombrement il résulte que les circonstances les plus favorables sont celles qui produisent d'ordinaire les infiltrations séreuses générales ou locales. Le cas où la syphilis a été la cause de l'exophthalmos est le seul qui s'éloigne de cette règle, ce qui nous fait croire qu'il s'est agi, cette fois, d'une hypertrophie du tissu cellulaire intrà-orbitaire sous l'influence d'une constitution syphilitique, tandis que dans les neuf autres il y a eu infiltration séreuse.

» L'infiltration du tissu cellulaire de l'orbite se manifeste par des symptômes qui lui sont propres. Le plus important de tous est le phénomène de l'exophthalmos. Celui-ci n'est pas apparent tout d'abord, et il n'est pas au commencement ce qu'il doit être plusieurs mois après. Dès le principe, il est à peine sensible, il passe même inaperçu pour le malade et pour ceux qui l'entourent; c'est lorsqu'il a progressé au point de changer la physionomie ou de troubler le sens de la vue, qu'il attire enfin l'attention. Arrivé au summum d'acroissement, il varie suivant les individus. Le plus souvent l'œil repousse les paupières en avant et proémine au point que la paupière supérieure ne suffit plus à le recouvrir, et laisse à découvert la partie supérieure de la cornée. Cette circonstance donne à la figure une expression particulière; on dirait qu'elle exprime la colère. Quelquefois l'œil bombe manifestement, mais il est encore voilé en entier par les paupières. Très rarement il avance au point que toute la cornée et une partie de la sclérotique soient à découvert. Nous possédons cependant deux observations dans lesquelles il est dit que l'œil se trouvait hors de l'orbite. Quoique l'exophthalmos direct soit un des bons signes de la maladie, il n'est pas essentiel, pathognomonique, comme on l'avait dit, puisque sur treize cas, trois fois l'exophthalmos a été oblique. La théorie indique qu'il doit être généralement direct. Elle semblerait dire aussi qu'il doit être double le plus souvent, puisque l'infiltration se produit, dans la plupart des cas, sous l'influence d'une cause générale, et qu'il n'y a pas de raison pour qu'elle se fasse dans un orbite à l'exclusion de l'autre. Les faits donnent tort au raisonnement. Deux fois seulement, sur douze, le déplacement de l'œil s'est produit des deux côtés. Dans tous les cas, à l'exclusion de celui de Mackenzie (traduction de Richelot et Laugier, p. 239, obs. 167), l'exophthalmos s'est fait peu à peu, devenant de plus en plus prononcé, arrivant à son plus haut degré après trois mois, six mois, une année.

» Pendant qu'il se déplace ainsi, l'œil n'éprouve aucun changement dans son volume, dans sa forme, dans ses autres caractères anatomiques. C'est là un signe d'une grande valeur, puisqu'il ne manque presque jamais.

» Il n'en est pas de même de ses fonctions : l'état de la pupille est généralement la dilatation. Sur six cas, dans lesquels cette circonstance a été notée, deux fois seulement la pupille avait ses dimensions normales et jouissait de sa mobilité, une fois elle était mobile et dilatée à la fois. Pour ce qui est de la vue, nous trouvons sur dix cas que quatre fois elle est restée nette, trois fois elle était tout à fait abolie (avant le traitement), trois fois elle a été confuse. Nous remarquons avec surprise que l'altération de la vue n'est pas toujours en rapport avec le déplacement de l'organe.

» Les mouvemens de l'œil sont gênés par le fait même de l'exophthalmos. . . . .

Six fois seulement l'état de la conjonctive oculaire a fixé l'attention. Une seule fois la conjonctive est restée normale (le cas était peu grave); cinq fois elle a été infiltrée, dont deux fois il y a eu un vrai chémosis. Cela nous porterait à croire qu'on pourrait tirer un bon signe de l'état de la muqueuse oculaire, celle-ci étant infiltrée le plus souvent.

» Les paupières ne sont pas aussi souvent le siége d'une infiltration, puisque nous en trouvons deux exemples sur dix observations. Le phénomène le plus ordinaire qu'elles subissent est le déplissement, dont il est facile de se rendre compte. Quand l'exophthalmos n'est pas très marqué, elles arrivent encore au contact par leur bord ciliaire; dans le

cas contraire, elles sont écartées l'une de l'autre, et repoussées vers le rebord de l'orbite; c'est alors que la circulation s'y faisant avec peine, elles se tuméfient et deviennent livides. . . . .

» La douleur, que nous avons vue si constante quand l'exophthalmos était le résultat du phlegmon, ne se montre pas ici aussi fréquemment. Elle manque dans la moitié des cas; dans l'autre moitié, elle a été très irrégulière pour son intensité et pour le lieu où elle s'est fait sentir. Aussi ne lui accordons-nous qu'une valeur médiocre.

» A tous ces signes on a ajouté celui-ci : si avec l'extrémité du doigt on presse l'œil d'avant en arrière au début de la maladie, on fait saillir les paupières d'une manière sensible; le doigt donne la sensation d'une masse molle, uniforme, qui fuit par la compression que lui fait subir le globe de l'œil repoussé.

» La plupart des symptômes que nous avons donnés pourraient appartenir à une tumeur quelconque développée au fond de la cavité orbitaire. Cela explique pourquoi il convient de garder une grande réserve à l'endroit du diagnostic. Pour l'établir d'une manière aussi exacte que possible, il faudra se rappeler les causes particulières de la maladie que nous décrivons, sa marche lente et progressive, l'absence d'une altération voisine; il conviendra de rechercher les signes propres aux maladies avec lesquelles la confusion est possible. . . . .

» Sur onze observations, dans lesquelles on a noté la terminaison de la maladie, nous lisons que sept fois la guérison a été complète, avec conservation de la vue, alors même que celle-ci avait été perdue ou troublée; une fois il y a eu guérison, mais la cécité a persévéré; deux fois, l'œil s'est atrophié; une fois il s'est vidé à la suite d'une inflammation de la cornée que les paupières ne protégeaient plus. On voit donc que la maladie est grave et mérite tous les soins du malade et du médecin.

» La première chose à laquelle il faut s'appliquer, c'est à combattre par un traitement approprié la cause générale qui a amené l'affection de l'orbite. Pour celle-ci en particulier, on a employé avec succès les applications de sangsues et les vésicatoires à la tempe, ou derrière les oreilles; les frictions mercurielles et iodurées au pourtour de l'orbite, les révulsifs sur le tube intestinal. M. Richet a employé la compression sur le globe de l'œil avec tant de succès, et ce moyen thérapeutique est si simple et si rationnel, que nous le conseillons dans tous les cas. Il a le double avantage de favoriser la résorption de la sérosité épanchée dans les mailles du tissu cellulaire, et de mettre la cornée à l'abri du contact de l'air. » G. Richelot.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 12 Octobre 1853. — Présidence de M. Denonvilliers.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Ulcère variqueux et varice de la jambe traités, avec succès, par l'injection du perchlorure de fer dans la veine saphène interne.

M. Follin présente un homme âgé d'environ 52 ans, sur lequel il a fait l'application de la nouvelle méthode de M. Pravaz, pour guérir un ulcère variqueux de la jambe droite. Cet ulcère, très rebelle, existait depuis nombre d'années, et s'accompagnait d'une dilatation très notable de la veine saphène dans la plus grande partie de son étendue.

En vue d'oblitérer ce vaisseau, M. Follin injecta le perchlorure de fer. Il choisit, pour faire cette injection, deux points où la veine offrait une dilatation sacciforme, l'un au-dessous du genou, et l'autre à la partie moyenne de la cuisse. Après avoir intercepté le cours du sang par une pression exercée au-dessous du point dilaté, il ponctionna le vaisseau et poussa dans sa cavité, avec la seringue de M. Pravaz, huit gouttes de perchlorure de fer. La coagulation du sang, dans chaque renflement variqueux, fut la conséquence immédiate de cette double opération. Elle eut, en outre, pour résultat médiat, de produire l'oblitération de la veine saphène, jusqu'au point le plus élevé de son trajet, et la cicatrisation de l'ulcère qui s'effectua en huit jours.

Actuellement la guérison de celui-ci est solide; l'opération a été pratiquée le 12 août dernier, et, depuis cette époque, la coagulation du sang, dans la veine saphène, persiste. Au niveau des renflemens variqueux qui ont reçu le perchlorure de fer, il existe une tumeur dure, non rénitente, ne cédant pas sous le doigt; la même dureté se retrouve dans tout le trajet de la veine qui est transformée en un cylindre plein, facile à isoler du tissu cellulaire qui l'environne, très mobile, par conséquent, sous le doigt.

— En reproduisant le fait qui précède, nous n'entendons constater que le résultat immédiat de l'injection de perchlorure de fer, résultat déjà des plus avantageux et bien digne de fixer l'attention des chirurgiens, sans préjuger en rien du résultat définitif. La guérison ne sera-t-elle que temporaire? Les veines afférentes au tronc principal offriront-elles plus tard une dilatation variqueuse, et comme conséquence de celle-ci la maladie se reproduira-t-elle? C'est à l'observation plus prolongée du malade qu'il appartient de résoudre ces questions et de faire connaître si l'injection de perchlorure de fer, plus efficace que les autres moyens chirurgicaux usités jusqu'ici pour obtenir l'oblitération des veines, est de nature à produire la cure radicale des varices.

L'observation de M. Follin n'est, d'ailleurs, pas la seule qui ait été publiée sur le même sujet. Le *Bulletin général de thérapeutique* (15 septembre 1853) fait mention de cinq faits analogues, recueillis aux cliniques de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Deux appartiennent à M. Pétrequin, et trois à M. Desgranges. Quatre fois l'injection du perchlorure de fer, pratiquée dans les mêmes conditions, a donné un résultat analogue à celui que nous avons fait connaître. Dans un cinquième, elle a déterminé une vive inflammation du membre (phlébite et angioleucite), qui a amené la mort.

Dans les quatre autres cas, une fois seulement, il se manifesta quelques symptômes d'une légère réaction locale, promptement dissipés par l'application de cataplasmes émolliens.

Tous ces faits, comme le premier que nous avons reproduit, sont récens, ils ne dataient que de quelques jours lorsqu'ils furent publiés; le temps seul permettra d'en apprécier la valeur définitive.

CORRESPONDANCE.

Tumeur anévrysmale d'origine traumatique, traitée par l'injection de perchlorure de fer, sans succès.

Dans une lettre, où il rappelle qu'il a déjà communiqué à la Société l'observation d'un cas d'anévrysme de l'artère fémorale, traité sans succès par l'injection de perchlorure de fer, M. Soulé, chirurgien de l'hôpital St-André de Bordeaux, rapporte un nouveau cas dans lequel ce traitement n'a pas été plus efficace. Voici le fait :

Observation. — Un homme, âgé de 50 ans, se blessa, le 1[er] juillet 1853, avec l'extrémité d'une faulx derrière la malléole interne; il en résulta une abondante hémorrhagie, qui fut arrêtée à grand peine au moyen de la compression. Jusqu'au 19 août suivant l'hémorrhagie se renouvela à plusieurs reprises, à tel point que le malade en était très affaibli. A cette époque, on remarque derrière la malléole, sur le trajet de l'artère tibiale postérieure, une tumeur grosse comme une cerise, offrant des battemens très sensibles. Au sommet de cette tumeur existe une petite plaie oblitérée par un caillot.

Le 19 août, à l'aide d'un stylet, je détruis, dit M. Soulé, en partie les caillots et pénètre jusque dans le sac; un jet de sang artériel s'échappe aussitôt de la tumeur. J'instille cinq gouttes de perchlorure de fer et introduis, même, un hourdonnet de charpie imbibée de ce liquide; un bandage compressif est établi. La douleur fut très vive, la tumeur se durcit un peu, les battemens y devinrent plus obscurs. — Trois jours après ils avaient reparu avec une intensité marquée; le chirurgien, alors, incisa la tumeur, vida le sac du caillot qu'il contenait, le remplit de bourdonnets de charpie imbibés d'eau de Pagliari, et établit ensuite une forte compression. On laissa ce tamponnement appliqué jusqu'à ce que la suppuration eût détaché les bourdonnets les plus profonds. La plaie fut complètement cicatrisée au bout d'un mois. On ne sent aucun battement sur le trajet de la cicatrice.

LECTURE DE TRAVAUX ORIGINAUX.

Traitement d'un anévrysme poplité par l'injection plusieurs fois renouvelée de perchlorure de fer. — Insuccès.

M. Lenoir donne lecture d'une observation qui met de nouveau en évidence l'inefficacité de la méthode de M. Pravaz dans le traitement des anévrysmes.

Un homme âgé de 55 ans, ancien militaire, d'une constitution altérée, exerçant actuellement la profession de palefrenier, éprouvant de temps à autre des accès d'oppression, entra le 15 février 1853 à l'hôpital Necker. Il porte dans la région poplitée droite une tumeur arrondie, pulsatile rénitente, circonscrite, offrant des battemens isochrones à ceux du pouls que suspend la compression exercée au-dessus de la tumeur; l'auscultation fait reconnaître dans celle-ci un bruit de soufle très marqué au mouvement de diastole du cœur. L'artère fémorale, dans toute son étendue, est dure, roule sous le doigt et donne la sensation d'un vaisseau ossifié. Le membre n'est ni plus volumineux, ni œdématié. L'exploration de l'artère radiale fait reconnaître qu'elle est également ossifiée.

L'origine de l'anévrysme poplité, au dire du malade, remonterait à un mois; une marche forcée l'aurait produit.

M. Lenoir jugeant que l'état anatomique de l'artère ne supportait aucun procédé de ligature, essaya de la compression pour guérir cette tumeur anévrysmale. Elle échoua complètement. Il tenta aussi d'obtenir le même résultat par la flexion de la jambe sur la cuisse; situation qui fut maintenue pendant un mois sans plus de succès. Durant ces diverses tentatives, les artères péri-articulaires acquirent un notable développement.

Le 19 mai, M. Lenoir ponctionna la tumeur à sa partie moyenne, et injecta avec une seringue munie d'un piston à vis sept gouttes de perchlorure de fer. Le cours du sang avait été préalablement intercepté dans le sac anévrysmal. Au moment de la ponction, il y eut un léger écoulement de sang : six minutes après la canule fut retirée. Les battemens de la tumeur n'ont pas cessé.

Le 31 mai, deux nouvelles ponctions sont pratiquées : l'une à la partie moyenne, l'autre à la partie supérieure de l'anévrysme. Huit gouttes de perchlorure furent injectées dans chaque ouverture. Le résultat fut le même que la première fois.

18 juin. Une nouvelle ponction fut pratiquée le plus près possible du point où l'artère semblait s'aboucher dans le sac anévrysmal. M. Lenoir se servit, cette fois, du perchlorure de fer envoyé de Lyon par M. Burin Dubuisson, chimiste, qui le prépara pour les expériences de M. Pravaz; pour ne laisser aucun doute sur la pénétration du liquide, il fit usage d'une canule en verre, la compression fut maintenue pendant dix minutes sur l'artère; six gouttes de perchlorure furent injectées. Même résultat, c'est-à-dire négatif.

Bien que le malade dise qu'il lui semble que les battemens sont moins forts dans sa tumeur, le 22 juin M. Lenoir n'y trouve aucun changement. Le 23, de la douleur s'y fit sentir. Les battemens devinrent moins marqués, il s'y développa une chaleur assez vive, en même temps frisson général, fièvre marquée; les veines sont très développées. Saignée générale.

Le 24. Le pouls est à 124 pulsations; mêmes symptômes locaux et généraux. 20 sangsues sur la tumeur.

Les 25 et 26. Pas d'amélioration, nausées, vomissemens. Le 27. Le pouls est d'une faiblesse extrême; le malade succomba le 28, dix jours après la dernière injection de perchlorure de fer.

Autopsie. — La veine fémorale fut trouvée appliquée sur la tumeur anévrysmale, à la surface de laquelle elle était comme aplatie. A l'intérieur de cette veine et au-dessus de la tumeur il existe un liquide sanieux, qui remonte à une assez grande hauteur, sans pénétrer, toutefois, jusque dans les veines du bassin. Autour du sac anévrysmatique, dans le tissu cellulaire, il y a beaucoup de sang épanché; on en trouve dans les interstices musculaires jusque dans les muscles du mollet. Le sac contient des caillots diffluens, une sorte de magma sanguin; il est tapissé de plaques d'ossification. Des plaques analogues existent dans toute l'étendue de l'aorte.

En terminant cette lecture, M. Lenoir insiste sur la nécessité où il s'est trouvé de mettre en usage la méthode thérapeutique de M. Pravaz; je n'avais pas le choix, dit-il, l'état anatomique des artères excluait l'emploi d'une ligature fine qui eût divisé l'artère prématurément. Peut-être eût-on évité ce danger en ayant recours au procédé Scarpa, mais il a de tels inconvéniens, notamment celui de produire l'inflammation du tissu cellulaire et la dénudation de l'artère, que presque tous les chirurgiens l'ont abandonné depuis longtemps. Je n'avais donc pas le choix; aussi n'hésitai-je pas à recourir à une méthode qui semble avoir été imaginée tout exprès pour le cas dont il s'agit.

Je suis peu partisan, ajoute M. Lenoir, de ces inventions vantées outre mesure par les auteurs, qui ont la prétention de mieux faire, lorsqu'ils ne font qu'autrement et souvent, même, lorsqu'ils font moins bien; mais, dans la circonstance actuelle, la méthode nouvelle que j'ai mise en usage avait en sa faveur, le raisonnement et les faits. Quant à la cause des accidens qui ont suivi la troisième opération, il est probable qu'il faut la chercher dans la piqûre de la veine poplitée, que l'instrument aura rencontrée. La situation de cette veine à la surface du sac, le liquide sanieux qu'elle renfermait, les symptômes généraux que le malade a présentés, tout concourt à établir qu'il a succombé à une phlébite.

M. Roux ne trouve pas un accord parfait entre la profession de foi de M. Lenoir en matière d'innovations à introduire en chirurgie, et son empressement à accepter et à pratiquer la nouvelle méthode de traitement des anévrysmes.

Il ne trouve pas non plus que les reproches adressés au procédé de Scarpa soient fondés; c'est celui qu'il a constamment pratiqué, c'est par lui qu'il a traité trente-trois anévrysmes de la région poplitée; et, sans se rappeler d'une manière précise le chiffre des guérisons, il est constant, pour lui, qu'il n'offre point au degré qu'on l'a dit, les inconvéniens qu'on lui a imputés.

Je ne crois pas, ajoute M. Roux, que l'ossification de l'artère soit une contre-indication absolue de ne pas employer le procédé dont il s'agit; l'expérience m'a appris qu'il peut encore réussir dans ce cas, lorsque l'altération morbide des parois du vaisseau est peu développée. M. Lenoir est-il bien certain qu'il n'eût pas obtenu un meilleur résultat s'il avait mis en usage le procédé en question?

Quant aux faits qui, au dire de notre collègue, viennent aujourd'hui à l'appui de la méthode de M. Pravaz, ils sont encore bien rares, et je crois qu'elle a causé, jusqu'à présent, beaucoup plus de malheurs qu'elle n'a obtenu de succès.

Dans l'espèce, continue M. Roux, j'aurais eu bien garde d'appliquer cette méthode; car je considère l'anévrysme poplité comme étant celui peut-être qui s'y refuse le plus, et cela pour deux raisons : la première, c'est la présence de la veine poplitée, que sa position constante à la surface de la tumeur rend très difficile à éviter; or, on a vu dans l'observation qui précède, que sa blessure a déterminé une phlébite mortelle. La seconde raison, c'est l'incertitude où l'on est toujours du rapport réel du sac et de l'artère elle-même.

Ainsi, il semblerait que la tumeur anévrysmale dût être constamment en arrière du vaisseau; l'expérience a appris, cependant, qu'il n'en est rien, et que bien souvent, elle est projetée soit en dedans, soit en dehors de l'artère; quelquefois, même, celle-ci se trouve beaucoup plus bas que la tumeur, jusque sous le muscle soléaire; c'est cette disposition qui, quelquefois, a rendu la ligature, par la méthode ancienne, impossible, et a nécessité l'amputation du membre. Cette incertitude où l'on est, dis-je, du rapport existant entre la tumeur et le point où l'artère vient s'y aboucher, doit toujours faire craindre de ne pas porter le perchlorure jusque dans la colonne de sang liquide.

M. Lenoir maintient l'opinion qu'il a émise sur les inconvéniens de la méthode préconisée par M. Roux. Dans une série d'expériences faites par M. Manec, il a constaté sur des chiens, chez lesquels on sait cependant combien les lésions vasculaires ont peu de gravité, des inflammations fort étendues dans la gaîne des artères liées par le procédé de Scarpa, et plusieurs fois même cette ligature a déterminé la gangrène des parois artérielles dans une notable étendue.

Nullement convaincu par les argumens de M. Roux, il persiste à considérer l'anévrysme qu'il a eu à traiter comme un de ceux auxquels la méthode Pravaz semble le plus avantageusement s'appliquer; si cette méthode n'existait pas, dit-il, c'est pour un semblable anévrysme qu'il faudrait l'inventer.

RÉCLAMATION.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Paris, le 22 Octobre 1853.

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi un mot de réponse à notre très honoré et très excellent confrère, M. Fauconneau-Dufresne, qui, dans le dernier numéro de votre estimable journal, réclame pour M. Magendie, *la priorité au sujet des propriétés antiseptiques de l'iode.*

Je dirai d'abord, que la lettre que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie de médecine, à l'occasion du mémoire de M. Duroy, sur les propriétés antiseptiques, antivirulentes et fluidifiantes, etc., de l'iode, je n'ai réclamé aucune priorité, comme l'ont mentionné quelques journaux de médecine, j'ai voulu seulement faire remarquer que si M. Duroy donnait comme nouveaux les faits qu'il annonçait dans son travail, il y avait erreur de sa part, parce que les résultats qu'il avait observés étaient connus depuis plusieurs années déjà, des médecins et des chirurgiens; que, pour mon compte, je les avais signalés depuis longtemps, mais que si M. Duroy, en adressant ces faits à l'Académie, n'avait d'autre but que de confirmer des observations antérieures aux siennes, je n'avais aucune réflexion à faire, et priais l'Académie de regarder ma lettre comme non avenue.

Pour ce qui est de la réclamation faite en faveur de M. Magendie, qui a fait des leçons sur cet important sujet de 1851 à 1852, je répondrai que je n'ai point fait les expériences de notre savant maître pour arriver à la connaissance des propriétés antiseptiques de l'iode, mais que je suis arrivé au même résultat par l'observation de faits pratiques : en faisant des injections iodées dans des cavités renfermant du pus fétide, ou devenues le siége de sécrétions virulentes, etc.; j'avais remarqué que toutes les matières sécrétées, quelle que fût leur nature, étaient promptement et avantageusement transformées, modifiées, changées, etc., et j'en avais conclu que l'iode était un antiseptique par excellence. J'ai consigné ce fait dans plusieurs travaux sur les injections iodées, qui ont été publiés, en 1846, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, pages 49 et suivantes, en 1849, page 617; en 1850, page 795, dans la *Gazette médicale*; en 1850, dans les *Mémoires* de la Société de chirurgie, page 454, et dans plusieurs autres journaux de médecine, et même dans votre excellent journal, à propos du traitement de la vaginite aiguë chronique et virulente par le badigeonnage avec la teinture d'iode, etc.

Quant à l'action fluidifiante de l'iode, je me contenterai de rappeler qu'elle a été signalée par de nombreux expérimentateurs, par MM. Bonnet et Rey (de Lyon), Pereira (*Elemens of materia medica*, Londres, 1842), Dorvault, *Iodognosie*, etc.

Agréez, etc. D[r] Boinet.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 130. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 1er Novembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12 À PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.

On s'abonne aussi :

Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. THÉRAPEUTIQUE : De l'emploi de l'alun dans le traitement des maladies des organes génitaux de la femme. — II. PHYSIOLOGIE : Leçons faites au Collége de France, par M. Cl. Bernard, sur l'absorption des gaz et des liquides. — III. BIBLIOTHÈQUE : Traité thérapeutique du quinquina et de ses préparations. — IV. PRESSE MÉDICALE (journaux anglais) : De la valeur du changement de climats, et en particulier du séjour à Madère, dans le traitement de la phthisie pulmonaire. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Des funérailles chez les différens peuples, considérées au point de vue de la mort incertaine.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DE L'ALUN DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME;

Par le docteur GAUTIER.

Je me propose, dans ce travail, de résumer en peu de mots ce que l'expérience d'une année passée à l'hôpital Lourcine, m'a fait voir sur l'action thérapeutique d'un remède déjà connu, mais dont on ne varie pas assez le mode d'application. Peut-être montrerai-je aussi que l'alun offre des ressources qui, sans être nouvelles, sont cependant généralement ignorées.

L'alun peut être appliqué sur les muqueuses utérine et vaginale de plusieurs manières différentes; en voici l'énumération.

On peut d'abord simplement saupoudrer le vagin avec l'alun pulvérisé, cela doit se faire à l'aide du spéculum qu'on retire à mesure que la poudre revêt les portions les plus profondes de la cavité; pour atteindre l'utérus soit au dehors du col, soit au dedans, il vaut mieux avoir recours à l'insufflation.

Une seconde méthode consiste à former un tampon de coton cardé de la grosseur d'une noix, contenant dans son centre la valeur d'une petite cuillère à café de poudre d'alun, retenue au moyen d'un fil long d'un demi-pied environ; on introduit le tampon à l'aide du spéculum afin d'être sûr qu'il pénètre bien jusqu'au fond du vagin; il peut séjourner là un temps assez long sans bouger, lors même que la malade se lève et marche, j'en ai vu être laissés huit jours en place; l'humidité du vagin se communiquant vite au coton, l'alun fond peu à peu et arrive ainsi sur la muqueuse. Le tampon est retiré au moyen du fil qu'on a eu soin de laisser pendre hors de la vulve.

Troisièmement, on peut faire des mèches de charpie de grosseur variable enduites de pommade alumineuse; la mèche est introduite sans l'aide du spéculum et laissée douze ou vingt-quatre heures. En faisant des mèches fines et en se servant du spéculum et d'un très long porte-mèche, on peut les introduire dans la cavité du col de l'utérus ou de la matrice même, un fil doit y être attaché afin de pouvoir les retirer facilement. La pommade employée le plus souvent se composait de mi-partie alun et axonge.

Enfin, l'alun peut être administré en solution et à doses variables : on sait que les injections diffèrent aussi suivant la force de projection du liquide et suivant sa durée : l'irrigateur Eguisier, qu'on emploie dans les hôpitaux, permet de faire durer longtemps l'injection et pousse l'eau avec énergie, ce qui est surtout nécessaire au commencement de l'opération afin de bien nettoyer le vagin.

Quels sont maintenant les phénomènes physiologiques produits par l'alun sur les muqueuses et sur celles des organes génitaux de la femme en particulier. De même que tous les astringens, ce remède diminue l'afflux du sang dans les capillaires de ces membranes et par conséquent les décolore; en outre il resserre la muqueuse sur elle-même, diminue la sécrétion, enfin coagule les mucosités qui la recouvrent, et la dépouille de son épiderme, le mucus coagulé réuni à l'épithélium forme des lambeaux blancs, secs, se détachant par plaques d'épaisseur variable qui s'échappent aux dehors.

Il va sans dire que ces effets se produisent à différens degrés suivant le mode d'administration et la dose d'alun employée : avec des injections alumineuses faibles, c'est à peine si l'on voit une mince fausse membrane se détacher de la surface de la muqueuse, la constriction du vagin et la diminution de sécrétion ont lieu également, mais à un faible degré.

Avec la mèche enduite de pommade, l'effet immédiat est plus marqué, mais bientôt l'axonge se fond et entraîne la poudre qui y est incorporée, en sorte que le lendemain de l'application de la mèche, on n'aperçoit presque pas d'effet produit.

La poudre projetée sur la muqueuse agit avec plus d'intensité et de durée, parce que, déterminant elle-même la sécheresse de l'organe, elle s'échappe assez difficilement hors de la vulve.

C'est avec le tampon sec qu'on exerce l'astriction au plus haut degré : le resserrement de la cavité vaginale est alors tel, qu'il faut renoncer à y introduire le plus petit spéculum et que même le toucher est très difficile et assez douloureux; les lambeaux blancs dont j'ai parlé sont épais de plusieurs lignes et ressemblent à des morceaux de carton mâché, ils se détachent facilement après quelques injections d'eau froide, et la muqueuse reste au-dessous d'une coloration rose, granulée et passerait au rouge si on ne continue pas à employer l'alun.

Chacun de ces phénomènes disparaît assez promptement, une fois que l'agent qui le produisait a été enlevé, en sorte que, pour obtenir des effets durables, il ne faut pas laisser de longs intervalles entre les nouvelles applications du remède.

Je dois ajouter enfin, que lorsque le tampon sec d'alun a séjourné dans le vagin trop longtemps, il s'imprègne de tous les liquides sécrétés par les parois de ce conduit et par l'utérus et s'oppose à leur écoulement naturel, en sorte que, surtout chez les sujets atteints d'écoulement abondant, il exhale une odeur fétide lorsqu'on le retire, et peut même incommoder la malade étant encore en place; il faut avoir vu de ces tampons restés huit jours dans le vagin pour se faire une idée de l'infection qu'ils répandent.

Passons maintenant aux applications thérapeutiques de l'agent dont nous nous occupons, on verra qu'elles sont nombreuses sur les maladies des organes sexuels de la femme.

Et d'abord, l'usage de l'alun en poudre ou en lotions contre les écoulemens chroniques de la vulve chez les petites filles est très connu et apprécié; je ne m'étendrai pas sur ce sujet, d'autant plus que le nitrate d'argent doit entrer en première ligne dans la thérapeutique de cette affection, comme guérissant plus promptement et comme étant plus douloureux, ce qui a l'avantage d'effrayer les enfans et de les empêcher de se livrer à la masturbation. L'hôpital Lourcine renferme une salle d'enfans dont la majeure partie sont atteints de cette vulvite chronique entretenue par une masturbation qu'aucun moyen correctif ne peut quelquefois empêcher; le nitrate d'argent réussit souvent à guérir la maladie et le vice.

En fait de maladie de la vulve, ce sont les végétations peu volumineuses pour lesquelles l'alun est employé avec le plus de succès : il faut l'appliquer en poudre et renouveler souvent cette application; comme les végétations siégent uniquement dans l'épiderme, l'alun déterminant le soulèvement et l'élimination de cette partie de la peau, il s'en suit que les condylomes se détachent en même temps; lorsque ceux-ci sont trop volumineux cependant, l'instrument tranchant est le seul remède. M. Noël Guéneau de Mussy a fait sous mes yeux de nombreux essais avec différens caustiques, et même avec le cautère actuel, qui ne laissent pas de doute à cet égard.

Feuilleton.

DES FUNÉRAILLES CHEZ LES DIFFÉRENS PEUPLES, CONSIDÉRÉES AU POINT DE VUE DE LA MORT INCERTAINE.

Par M. le docteur JOSAT.

(Suite. — Voir le numéro du 27 Octobre.)

Les Romains.

Si les Grecs empruntèrent aux Égyptiens la plupart de leurs cérémonies funèbres, les Romains, à leur tour, prirent aux Grecs à peu près tous leurs usages funéraires. On pourra s'en convaincre par ce qui va suivre.

A peine le mourant avait-il rendu le dernier soupir, que la famille s'approchait de son lit. Le plus proche parent, se penchant doucement sur le moribond, appliquait sa bouche sur la sienne et retirait son haleine comme pour aspirer le dernier souffle du trépassé. Les uns ont dit que cette pratique se rattachait au dogme de l'immortalité de l'âme, d'autres qu'elle était établie sur celui de la transmigration des âmes; d'autres, enfin, sur cette croyance respectable qu'un corps animé doit être la seule tombe digne de l'âme.

Quoi qu'il en soit, on appelait ensuite le mort à haute voix, pour s'assurer de son décès (1), on lui adressait le premier des derniers adieux : *ave, vale, extremum vale*. Tout cela constituait ce que les Romains appelaient la *Conclamation*.

Après la conclamation, on fermait les yeux du défunt. On lavait le corps avec de l'eau chaude, on l'oignait de parfums : *Tarquinii corpus bona femina lavit et unxit* (2). On le revêtait de ses plus beaux habits; on lui colorait le visage, puis on le portait à l'entrée de la maison les pieds tournés vers la rue, et entouré de cyprès. Le visage du défunt restait découvert; un homme le gardait, et un petit garçon chassait les mouches. Cette exposition, qu'on appelait *Collocation*, durait sept ou huit jours. Inutile de dire que, pour les pauvres, l'appareil était plus simple. On les étendait, sans cérémonie, sur des *Sandapiles*, ou espèces de brancards, et, le soir, les *Vespillons* les emportaient sans bruit, et allaient les jeter dans une fosse commune.

A l'expiration du temps de la collocation, un héraut annonçait les funérailles en proclamant à travers la ville : — *exsequias quibus est commodum ire, jam tempus est; corpus ex ædibus effertur*.

Le corps placé sur une litière, la face toujours découverte, était enfin enlevé par les Vespillons, et le cortége se mettait en marche au milieu des torches, des cris, des pleureuses et du bruit des trompettes. Nous ne passerons pas sous silence une anecdote, racontée par Plutarque (1), propre à nous donner une idée du bruit de ces instrumens et de l'effet qu'ils étaient propres à produire.

« En la ville de Rome, au-devant du temple qu'on appelle Grecostasis, un barbier qui tenait sa boutique vis-à-vis, nourrissait une pie » qui faisait merveille de chanter et de parler, contrefaisant la parole » des hommes, la voix des bêtes et le son des instrumens, sans que » personne la contraignît à le faire; ainsi, s'y étant accoutumée d'elle-» même, et faisant gloire de ne rien laisser à dire, ni à contrefaire. » Or, advint-il que l'on fit les funérailles de l'un des plus gros et des » plus riches personnages de la ville, emportant le corps par là devant, » avec forces trompettes et clairons, qui marchaient devant : advint que » le convoi fit une pause en cet endroit là et s'y arrêtèrent, les trompettes faisant grand devoir de sonner et longuement. Depuis cela, » tout le lendemain la pie demeura muette, sans siffler, ni parler, ni » jeter seulement sa voix naturelle, ni son ramage accoutumé en ses » ordinaires et nécessaires passions, tellement que ceux qui auparavant » s'ébahissaient de sa voix et de son parler, s'émerveillaient encore plus » de son silence, trouvant étrange de passer par là devant, sans lui » ouïr rien dire; de sorte que l'on eut quelques soupçons à l'encontre » des autres maîtres de métier, que l'on ne l'eût empoisonnée. Toutefois, la plupart des personnes estimaient que ce fût la violence du son » des trompettes qui lui eût étourdi l'ouïe, et, qu'avec l'ouïe, la voix » ne fut quant et quant demeurée éteinte. »

On arrivait ainsi à l'Ustrinum (1), ou au lieu de l'inhumation, selon que le défunt avait exprimé la volonté d'être brûlé ou enterré. Dans le premier cas, le corps placé sur le bûcher, on lui donnait la fameuse potion *myrrhine* (2), puis on lui ouvrait les yeux (3), fermés au moment de sa mort, on mettait le feu au bois; et le corps brûlé, une pleureuse disait à haute voix, — *ilicet*, — il vous est permis de vous en aller.

Dans le second cas, on procédait à l'inhumation en la faisant précéder des mêmes cérémonies.

Terminons en faisant remarquer qu'une loi expresse défendait d'enterrer personne dans l'enceinte de la ville. Servius raconte que cet usage dangereux s'était pratiqué dans les premiers temps de la République, mais il ajoute qu'on en reconnut l'abus et qu'on l'abolit. Les empereurs, les vestales, et quelques rares personnages, firent seuls exception à cette règle générale.

Les Perses.

Voici un peuple qui a porté, aussi loin qu'aucun de ceux que nous avons passés en revue, son respect de la vie humaine et le culte des morts, mais qui les a traduits d'une façon qui contraste singulièrement avec tout ce que nous avons vu.

Chez les Perses, une loi, que leurs rois eux-mêmes devaient respecter, défendait d'inhumer, de brûler et de submerger les cadavres humains; on les enduisait de graisse de cochon ou de cire, et on les livrait en-

(1) Lalaple.
(2) Ennius.

(1) Plutarque, chap. LVII.

(1) Nom que les archéologues modernes ont donné au lieu où l'on brûlait les cadavres.
(2) Breuvage inconnu.
(3) « Des motifs religieux ont pu introduire cette coutume, dit Thiéry, mais ne pouvait-elle pas avoir son fondement dans la physique? C'était comme une dernière observation, la flaccidité des yeux au bout d'une semaine, ne laissant aucun doute de la réalité de la mort. On peut faire la même remarque touchant la coutume qu'ils avaient de couper un des doigts, qu'on portait ensuite à la sépulture. L'expérience a pu leur apprendre que ce moyen avait son utilité pour constater la vie ou la mort. »

J'ai peu à m'étendre sur l'emploi de l'alun dans la vaginite, et en particulier dans l'espèce la plus fréquente de vaginite, la blennorrhagie. Ce médicament doit être employé ici de préférence à tous les autres et dans toutes les périodes du mal, mais seulement aussi comme adjuvant de la solution concentrée de nitrate d'argent, dont l'effet est plus prompt, plus sûr et fort peu douloureux dans la plupart des cas. On a renoncé généralement maintenant aux émolliens dans presque toutes les inflammations aiguës ou chroniques des membranes muqueuses accessibles aux remèdes locaux, et c'est là un véritable progrès de la science; mais il faut user des astringens et des caustiques dans une mesure sage, n'élevant pas trop les doses et n'en répétant pas trop souvent l'application; aussi donnerons-nous la préférence aux injections d'alun à dose faible et progressivement décroissante dans toutes les inflammations du vagin. Dans l'intervalle des cautérisations, la muqueuse prend alors une couleur plus pâle, un aspect lisse, devient sèche et une mince pellicule demi-transparente s'exfolie à sa surface; en continant le remède longtemps après que tout symptôme a disparu, on obtient une guérison complète. L'alun appliqué sur le vagin en substance, ou renfermé dans le tampon sec a été employé fort souvent contre la vaginite (c'est je crois M. Desprès qui a patroné cette méthode à Lourcine) on obtenait par son moyen des modifications remarquables dans l'état de la membrane; mais le traitement n'en devait pas moins durer six à huit semaines et dès que le remède était supprimé, la muqueuse reprenait quelquefois son aspect granuleux et rouge; on a donc fini par renoncer à peu près à ce moyen qui avait cependant amené des guérisons.

Les végétations du vagin s'enlèvent avec l'alun aussi facilement que celles de la vulve, et comme leur extirpation serait fort difficile, l'utilité de notre remède est ici incontestable; il faut employer dans ce cas les injections à forte dose ou la poudre.

Si on se rappelle les effets physiologiques produits par l'application de l'alun; on peut prévoir que plusieurs des maladies de l'utérus peuvent donner lieu à son emploi d'une manière fort utile.

Pour ce qui regarde les inflammations granuleuses ou ulcéreuses de la surface externe du col, on sait de reste que le remède dont je m'occupe ne peut venir qu'en seconde ligne et après les caustiques, mais employé en injections, il coagule les mucosités qui revêtent le museau de tanche et modifie avantageusement les surfaces malades, c'est encore là la meilleure injection à employer dans l'intervalle des cautérisations.

C'est spécialement pour les cas de catarrhe utérin que M. Guéneau de Mussy avait imaginé l'introduction de la petite mèche enduite de pommade alumineuse et introduite dans la cavité du col; quelques observations et autopsies lui avaient fait voir que cette affection, dont le symptôme principal est un écoulement très visqueux, jaune-grisâtre, abondant, s'échappant continuellement en glaires épaisses de l'orifice utérin, que cette affection, dis-je, a son siége spécial dans la cavité du col de la matrice et non dans le corps de cet organe. La mèche avait donc le double but d'isoler les surfaces malades et, tout en appliquant sur elles un modificateur énergique, de diminuer la sécrétion et de coaguler le liquide irritant qui s'écoule sans cesse à leur surface. Le seul résultat que nous ayons pu constater a été une diminution de la sécrétion morbide. Mais encore ici peut-on employer les caustiques outre les remèdes généraux qui entrent en première ligne et qui varient suivant la cause du mal, et je crois que la mèche alumineuse ne pourra être d'une utilité évidente, que dans les cas où les caustiques seront contre-indiqués.

Nous terminerons ce court travail en indiquant encore deux applications spéciales du tampon sec d'alun, au sujet desquelles nous n'avons pu acquérir une suffisante expérience. Ce sont certains cas d'hémorrhagie utérine et de prolapsus de la matrice.

Lorsque les moyens mécaniques sont jugés nécessaires pour arrêter l'écoulement sanguin par l'utérus, celui de ces moyens auquel on a recours le plus souvent est la compresion, compression sur l'abdomen d'un côté, et de l'autre sur l'orifice de l'organe à l'aide du tamponnement vaginal. Ce tamponnement est long à pratiquer et fort pénible pour la malade, il exige en effet une fort grande quantité de charpie et constitue ainsi un corps étranger volumineux dans la cavité pelvienne, qui comprimant tous les organes qui s'y trouvent occasionne de la douleur, de la constipation et souvent la rétention de l'urine, Cet amas de charpie doit quelquefois séjourner un temps assez long dans le vagin, si une récidive de l'hémorrhagie est à craindre; lorsqu'il est retiré, il sort imprégné d'un liquide noirâtre répandant une odeur fétide, et le vagin abandonné à lui-même, reste dans un état de distension peu propre à prévenir le retour de l'accident.

Tous ces inconvéniens ne se retrouvent plus, ou à un degré bien moindre lorsqu'on emploie le tampon sec d'alun, qui, à l'avantage d'être d'une introduction très facile, réunit ceux de contenir un remède styptique utile pour arrêter l'écoulement sanguin, et de laisser après lui le vagin dans un état de resserrement tel, que les parois de ce canal constituent par elles-mêmes déjà un tampon solide.

Ne pouvant apporter de faits d'observation à ce sujet, je me contente de l'indiquer et de le recommander à l'expérimentation des chirurgiens qui pourraient trouver ce moyen applicable.

Dans le prolapsus de la matrice, nos essais ont été faits sur des cas incomplets de cette maladie, c'est-à-dire sur les femmes chez lesquelles l'utérus ne se montrait pas au dehors de la vulve.

On a toujours presque exclusivement attribué aux ligamens larges la fonction de soutenir l'utérus à une hauteur convenable dans la cavité pelvienne. De là, dans les chutes de matrice, l'emploi universel des pessaires destinés à faire remonter l'organe et, en le soutenant pendant un espace de temps souvent fort long, de permettre aux ligamens larges de revenir sur eux-mêmes en acquérant aussi une plus grande résistance.

Outre ces ligamens qui, sans doute, maintiennent la matrice, je crois que le vagin, qui, dans son état normal, forme une colonne membraneuse épaisse, contribue aussi pour une grande part à soutenir l'utérus dont le poids est peu considérable à l'état de vacuité. Le vagin ne peut remplir cette fonction dans les prolapsus, car il est toujours fortement dilaté, et ce qui le prouve, ce sont les deux replis antérieur et postérieur (cysto et rectocèle vaginal) qui se voient toujours lorsque simplement on écarte les grandes lèvres de toutes les femmes atteintes de descentes de matrice. En observant bien ces replis on peut voir que le vagin tend même à attirer la matrice en bas lorsqu'il est ainsi dilaté. On comprend donc combien les pessaires sont un instrument irrationnel (celui de M. Gariel plus que tous les autres, puisqu'il peut acquérir un volume énorme), car ils tendent toujours à augmenter l'extension du canal, et les ligamens larges sont beaucoup trop faibles pour suppléer seuls à l'inconvénient qui en résulte. Le seul pessaire convenable sera donc celui qui, tout en soutenant la matrice et en faisant remonter en haut les plis du vagin, aura en même temps la propriété de contracter ce conduit et de le laisser dans un état de rigidité et de resserrement qui persiste même quelque temps après l'enlèvement de ce moyen curatif; le tampon sec d'alun répond parfaitement à ces deux indications, il faut se souvenir seulement que, pour qu'il produise des effets durables, on doit l'employer pendant un temps assez long, variable du reste suivant chaque malade, et à sa suite on devra recourir aux injections alumineuses à doses décroissantes (1).

(1) Extrait du *Recueil des travaux de la Société médicale de Genève.*

PHYSIOLOGIE.

Leçons faites au Collége de France pendant le semestre d'été (1855),

SUR L'ABSORPTION DES GAZ ET DES LIQUIDES;

Par M. Claude BERNARD, suppléant de M. MAGENDIE,

Recueillies et analysées par M. FAUCONNEAU-DUFRESNE.

—

Première partie (1). — De l'absorption gazeuse.

§ III. *De l'exhalation de l'acide carbonique dans les poumons et les différentes parties du corps; organisation de la membrane pulmonaire.*

Jusqu'à présent, il n'a été question que de l'absorption de l'oxygène. Il est temps de parler de la *sortie de l'acide carbonique.* Le sang veineux rapporte ce gaz, qui s'exhale en même temps que l'oxygène est absorbé. L'acide carbonique n'est pas, comme on l'avait dit, le résultat du contact immédiat de l'oxygène avec le sang dans l'acte de la respiration; l'oxygène, en s'introduisant dans le sang, déplace seulement l'acide carbonique. La preuve que ce dernier ne se forme pas au contact de l'oxygène, c'est que si l'on met des grenouilles dans une cloche contenant de l'hydrogène, on y trouve, malgré cela, de l'acide carbonique.

Diverses théories ont été imaginées sur le mode d'exhalation de l'acide carbonique; en voici une toute *physique*: L'acide carbonique, ainsi que l'oxygène, circulant avec le sang et étant soumis à une pression qu'on peut mesurer avec un manomètre, on a dit que, quand la pression était moindre, l'acide carbonique se dégageait, comme d'une bouteille d'eau de seltz. Mais si cela était, on devrait, dans une saignée, voir l'acide carbonique s'exhaler comme dans le poumon. Le fait n'a pas lieu, et il devrait inévitablement arriver, puisque le sang se trouve alors soustrait à sa pression normale.

D'après quelques physiologistes, ce déplacement de l'acide carbonique se produirait sous l'*influence d'un acide.* MM. Mitscherlich, Tiedemann et Gmelin ont cru que c'était au moyen de l'acide acétique. On sait aussi que MM. Verdeil et Robin ont découvert dans le poumon un acide particulier qu'ils ont appelé *acide pneumique,* et auquel ils ont attribué la vertu de décomposer l'acide carbonique; cet acide serait sécrété par les vésicules pulmonaires.

M. Bernard, de son côté, a constaté, dès 1847, que le *poumon* jouissait de *propriétés analogues à celles des acides.* Ayant pris du cyanure de mercure et l'ayant injecté dans le sang de l'artère d'un membre, il a vu qu'il traversait les capillaires et revenait par les veines sans qu'aucune odeur s'exhalât; mais si le même sel pénétrait par l'artère pulmonaire, l'animal était pris d'accidens d'empoisonnement, et sa respiration faisait sentir une odeur d'acide hydrocyanique. Bien que l'existence d'un acide pulmonaire soit peu compatible avec l'alcalinité du sang, cette expérience prouve évidemment qu'une décomposition s'opère dans le poumon. M. Bernard a constaté également qu'en mettant des morceaux de poumon dans du cyanure de mercure, il en résulte

(1) Voir les numéros des 3 Septembre, 11 et 13 Octobre.

---

suite au milieu des campagnes à la voracité des oiseaux de proie et des animaux carnassiers.

Lorsque le cadavre, exposé dans la solitude, était dévoré promptement, la joie de la famille était au comble, et le défunt était réputé bienheureux.

Mais si les animaux féroces avaient respecté le corps qui leur était livré, le mort laissait une mémoire infâme, et la famille participait à sa honte.

La sagacité des savans s'est exercée et s'exerce encore sur l'explication à donner à cette bizarre coutume. On s'arrête généralement aujourd'hui à celle qui fait remonter jusqu'à la religion elle-même une pratique qui heurte si profondément tous les sentimens que la Providence a gravés au fond des âmes.

« Adorateurs du feu, les Perses eussent cru violer un des principes » de Zoroastre et souiller leur divinité en l'employant à la combustion » des cadavres; comme aussi c'eût été, suivant eux, une affreuse im» piété que de laisser pourrir les corps au fond d'un sépulcre et de les » laisser manger aux vers (1). »

Une circonstance qui doit tôt ou tard faire prévaloir, selon nous, cette opinion, c'est la prescription rigoureuse que laissaient les mages en mourant, qu'on livrât après leur mort leurs restes aux chiens et aux oiseaux de proie.

Mais est-ce à dire pour cela que les Perses n'aient point rendu aux morts d'honneurs funèbres?.... Le lecteur qui sait que les Perses ont été une des nations les plus civilisées et en même temps des plus puissantes de l'antiquité, qu'ils ont été fameux par leurs lumières, et la gloire de leurs armes, ne s'attend sûrement pas à les trouver ici au-dessous des hordes les plus sauvages. Il a raison.

En effet, malgré l'étrange façon dont ils en usaient envers les cadavres, les Perses, dès que la mort avait frappé quelqu'un parmi eux, donnaient des preuves d'une grande douleur. Le corps restait étendu sur le lit funéraire pendant un temps considérable. On ne lui faisait subir aucune préparation, comme lavage, parfums, embaumement, etc... Il était seulement recouvert de graisse ou de cire, puis placé sur un char qui se dirigeait lentement vers le lieu destiné au corps, au milieu d'un cortége toujours très nombreux, lequel manifestait sa douleur par des éclats qui en rendaient la sincérité suspecte.

Notons, en passant, qu'il n'était pas permis, en Perse, d'accompagner le mort avec des torches; c'eût été profaner l'emblème de leur divinité.

Nous ne quitterons pas les Perses sans faire remarquer que beaucoup d'auteurs, et des plus considérables, soutiennent que le mode de sépulture, ou plutôt l'absence de sépulture chez ce peuple fameux, ne remontait pas à une bien haute antiquité. Ils rapportent, ce qui est plus que probable, que primitivement les Perses enterraient leurs morts sans pompe et sans éclat en un lieu approprié; que quelques-uns, parmi eux, les enterraient jusque dans leurs propres maisons; que d'autres, enfin, suspendaient les cadavres pendant un temps, les embaumaient ensuite, les bandaient, les ensevelissaient enfin à l'égyptienne.

Ces diverses opinions nous semblent fondées, et il y a tout lieu de croire que les transformations successives dans les usages funéraires des Perses, ont suivi celles de leur religion.

Les Carthaginois.

Le mal que nous nous sommes donné pour recueillir quelques documens un peu précis sur les funérailles chez les Carthaginois, n'a abouti qu'à quelques détails historiques, tout au plus suffisans pour nous autoriser à affirmer que ce peuple brûlait ses morts, avant que Darius, fils d'Histaspe, après l'avoir conquis, lui eût imposé l'inhumation. Il paraît, toutefois, que lorsqu'ils eurent secoué la domination des Perses, les Carthaginois n'eurent rien de plus pressé que de revenir à leur première coutume. Qu'on ne nous demande pas comment il a pu se faire que les Perses, qui ne pratiquaient pas l'inhumation des cadavres pour leur propre compte, l'aient imposée aux peuples conquis par leurs armes. C'est une difficulté que nous nous sommes faite avant que le lecteur nous l'adressât, et que nous réussirons mieux à tourner qu'à résoudre, en disant que s'il est vrai que les Perses repoussaient l'inhumation comme inconvenante, ils tenaient l'incinération pour sacrilége.

Ce qui paraît à peu près prouvé, c'est que les Carthaginois lavaient les cadavres avec de l'eau chaude tenant en dissolution des essences aromatiques, qu'ils les oignaient d'onguens précieux, les enveloppaient d'un linceul, dressaient ensuite dans la chambre mortuaire une espèce d'autel, sur lequel brûlaient pendant sept jours les parfums et les essences aromatiques. Les corps restaient exposés pendant tout ce temps-là à Carthage, et sous un climat pareil, il n'est pas admissible qu'une pratique de cette sorte pût avoir lieu sans le secours de l'embaumement au moins temporaire.

Nous laisserons à d'autres plus heureux que nous le soin de dissiper les obscurités qui enveloppent la question des funérailles chez un peuple dont l'histoire est, d'ailleurs, en général, une de celle que les antiquaires sont parvenus à mieux coordonner.

Les Gaulois.

Les funérailles des Gaulois étaient magnifiques et somptueuses, au dire de César (1). Il n'entre pas dans notre plan de les envisager à ce point de vue. Mais comme garantie contre l'incertitude de la mort, il est peu de peuples de l'antiquité offrant des pratiques funéraires plus propres que celles des Gaulois à faire distinguer la mort réelle de la mort apparente. On en jugera.

En groupant méthodiquement tous les matériaux que nous fournissent quelques historiens anciens, et grand nombre de savans modernes, qui, dans ces derniers temps surtout, se sont livrés à des recherches aussi laborieuses que fructueuses, nous sommes arrivé à établir une sorte de filiation dans les usages funéraires des Gaulois, que nous verrons suivre la marche de leur civilisation elle-même.

Nous les voyons à l'époque dite Celtique, déposer simplement le cadavre dans une excavation pratiquée dans le sol, puis le recouvrant de terre et par-dessus disposant quelques pierres pour indiquer que ce

(1) Latapie.

(1) *Commentarii,* lib. VI.

une semblable décomposition, ce qui indique qu'il ne s'agit pas là d'une propriété vitale, mais d'une propriété de tissu.

Ces *théories*, toutefois, ne sont *pas nécessaires pour expliquer le phénomène* en question, car il faut en chercher la cause dans les *propriétés du sang*. Le sang contient tous les gaz de l'atmosphère; il peut les absorber en quantité considérable, mais il ne les dégage que dans des conditions données : qu'on prenne du sang et qu'on le mette dans le vide sous une machine pneumatique, on n'obtiendra aucun dégagement. L'oxygène ne se dégage pas ainsi. Ce résultat, au contraire, sera obtenu au milieu de l'air. Dans les poumons, l'acide carbonique se dégage par un simple mécanisme de déplacement : un gaz s'échappe, un autre entre. Si dans le sang, qui contient de l'oxygène, de l'azote et de l'acide carbonique, on fait passer un courant d'hydrogène, cette humeur exhalera les autres gaz. C'est ainsi que Magnus a retiré les gaz du sang. La même chose a lieu dans l'économie : partout il y a échange et déplacement des gaz les uns par les autres.

Cette explication va être complètement démontrée par les *expériences* suivantes, sans qu'il soit besoin de faire intervenir ni le défaut de pression, ni un acide : Du gaz oxygène est introduit sous la peau d'un lapin; au bout d'un certain temps, il a diminué de quantité et s'est mêlé à d'autres gaz; on trouve alors une composition analogue à celle de l'air expiré par les poumons. De l'air atmosphérique ayant été introduit, on a trouvé, après vingt-quatre heures, qu'il contenait 5, 4 pour cent d'acide carbonique, et l'air expiré par les poumons en renfermait 3, 5 pour cent. Au bout du même temps, de l'hydrogène pur, mis également sous la peau d'un lapin, offrait 4 pour cent d'acide carbonique; l'hydrogène était absorbé en partie.

Ces dernières expériences montrent que dans le tissu cellulaire, au contact du sang, il se passe des *phénomènes analogues à ceux de la respiration*. Les mêmes phénomènes se produisent dans les plèvres, le péritoine. Cependant toutes les parties du corps ne sont pas également aptes à l'absorption et à l'exhalation des gaz; cela dépend des qualités du sang, lesquelles varient dans les différens organes, en raison des matériaux qu'ils retirent de ce liquide pour l'exercice de leurs fonctions.

Chez les *oiseaux*, il existe des *sacs aériens*, qui s'étendent dans les os, dans les membranes séreuses de la poitrine et du ventre. On y constate également une absorption d'oxygène et une exhalation d'acide carbonique. En même temps que ces dispositions favorisent la légèreté et le vol, elles sont des adjuvans de la respiration.

L'acide carbonique s'exhale aussi par la peau. Quoique la quantité d'oxygène qui est absorbée par cette même surface soit, en général, bien moins considérable, cependant elle est très notable chez quelques reptiles, et chez la grenouille surtout, où il existe, à cet effet, une organisation spéciale : chez elle, l'artère pulmonaire offre deux grandes divisions; l'une de celles-ci se dirige vers la tête et se retourne pour se répandre dans la partie de la peau qui est le siége de cette absorption.

Des recherches assez nombreuses ont été faites sur l'exhalation de l'acide carbonique par la peau : Abernethy plaça son bras dans une cloche remplie d'air atmosphérique. Au bout de cinq heures, 1/6e de l'oxygène avait disparu et il y avait une plus grande quantité d'acide carbonique. Ayant ensuite plongé ce bras dans de l'eau de chaux, il y constata des bulles d'acide carbonique; l'eau de chaux se troublait.

Mais des *expériences plus complètes* ont été entreprises par Gerlach, de Berlin, sur l'homme, des chevaux et des chiens. Il maintenait une certaine quantité d'air en contact avec la peau, au moyen d'une ventouse qu'il y collait avec un mastic; en haut était un robinet pour faire sortir l'air et l'analyser. Chez un homme, l'expérience a donné les résultats suivans : En vingt-quatre heures, 1,99 centimètres cubes d'acide carbonique ont été exhalés par la peau, et 0,86 d'oxygène ont été absorbés. La quantité d'oxygène disparue se trouve petite relativement à l'exhalation de l'acide carbonique, ce qui est l'inverse dans le poumon.

Ces données peuvent servir à évaluer la *quantité d'acide carbonique exhalée par la peau*. On comprend qu'elle doive être immense, en raison de l'étendue de la surface. D'après les calculs du même physiologiste, en vingt-quatre heures :

Un *homme* aurait exhalé, dans une 1re expérience.	4,288	centim. cub. d'ac. carb.
Dans une 2me expérience. . .	4,773	—
Un *cheval* au repos.	9,288	—
Après avoir couru.	42,192	—

On a vu que, pendant l'abstinence, les animaux absorbaient, relativement, une plus grande quantité d'oxygène. Il est probable qu'alors ce gaz se met, en quelque sorte, en réserve, pour ressortir, pendant les fonctions, sous forme d'acide carbonique. On remarque, en effet, qu'une plus grande quantité de ce dernier gaz se dégage, lorsque les muscles sont en action.

On a voulu expliquer, d'après ces résultats, *comment il se fait qu'on amène la mort des animaux chez lesquels on anéantit l'exhalation de la peau*. Lorsqu'on produit cet effet en les enduisant d'un vernis, tel que l'huile, la gélatine ou le caoutchouc, ainsi que l'ont pratiqué les premiers MM. Fourcault et Magendie, sur des lapins et des chiens, ces animaux succombent en se refroidissant, d'abord, de deux ou trois degrés, et ensuite davantage. C'est en se fondant sur ces expériences qu'un médecin distingué, M. Robert-Latour, a eu l'idée d'employer des enduits imperméables, et en particulier le collodion pour abaisser la température d'une partie atteinte d'inflammation.

Gerlach prétend que, dans le cas où le corps est complètement enduit, *la mort a lieu par asphyxie*, parce que la peau ne respire plus. Mais il faut s'entendre sur la signification du mot asphyxie. Dans ce genre de mort, le sang veineux ne devient plus artériel; tandis, que chez les lapins soumis par M. Bernard à ces expériences, le sang des artères restait rutilant et celui des veines le devenait aussi; c'est-à-dire que le sang artériel ne changeait pas de nature en traversant le système capillaire général. C'est donc le contraire de ce qui se passe dans l'asphyxie des poumons.

Cette particularité du *sang restant rouge dans les veines*, arrive, du reste, dans d'autres cas. Si l'on coupe la cuisse d'un animal et qu'on laisse seulement l'artère et la veine, on voit, au bout d'un temps suffisant pour que le membre ait perdu sa vitalité, que le sang artériel ne devient plus veineux. Le sang s'altère par suite du défaut d'action du système capillaire, et ce qui prouve que cela tient à l'influence nerveuse, c'est que, si l'on galvanise le nerf coupé, le sang revient noir par la veine. Quelques toxiques produisent un effet analogue, l'acide prussique par exemple; après la mort, le sang est partout rutilant.

Les *excrétions* sont encore une voie de sortie pour l'acide carbonique; l'*urine*, surtout, qui contient une assez grande quantité de carbonates, particulièrement chez les lapins. On peut facilement le démontrer en y versant un acide qui fait effervescence et déplace l'acide carbonique.

C'est à tort qu'on a cru longtemps qu'il y avait un rapport rigoureux entre l'oxygène absorbé et l'acide carbonique expulsé. Dulong et Després, d'après quelques expériences, pensaient qu'il en était ainsi; mais de nouvelles recherches, celles de MM. Regnault et Reiset entre autres, prouvent qu'il y a de fréquentes oscillations dans les proportions de ces gaz. Les détails dans lesquels on vient d'entrer étaient nécessaires pour établir où l'on doit chercher tous les élémens de ce rapport.

Comme le sang absorbe l'oxygène et exhale l'acide carbonique, on a dit que c'était lui qui respirait; que toutes les parties du corps, la peau, même les muscles contribuaient à la respiration; que les poumons n'étaient que l'instrument. Mais cet *instrument* est une *condition capitale*, car, malgré toutes ces respirations, on détermine immédiatement la mort dès qu'on bouche la trachée.

A ce propos, le professeur jette un coup d'œil sur la disposition et l'organisation de la *membrane pulmonaire*, où se passent les *véritables phénomènes respiratoires*. Cette membrane, tout en limitant le sang et en l'empêchant de s'échapper, est disposée aussi favorablement que possible, en raison du nombre de cellules qu'elle forme, pour multiplier le contact de l'air avec le sang. Ce contact a lieu à travers des vaisseaux extrêmement fins, qui permettent aux gaz d'entrer et de sortir facilement. Dans l'état normal du sang, ces vaisseaux, quoique très délicats, suffisent pour retenir ce liquide; mais si la composition du sang vient à s'altérer, la sérosité s'en échappe, et, l'air ne pouvant plus y parvenir, il en résulte une sorte d'asphyxie.

Il rappelle que les *propriétés d'absorption* sont *différentes dans les bronches et dans les vésicules pulmonaires*. On sait que M. Magendie avait soutenu, autrefois, que la membrane muqueuse, se terminant brusquement, s'arrêtait à ces vésicules, dans lesquelles n'existait plus que le tissu aérolaire du poumon. Toutefois, si l'étude microscopique a permis de voir qu'une muqueuse y pénétrait, elle a fait voir aussi qu'on y trouvait un épithélium avec des formes et des propriétés qui diffèrent des formes et des propriétés de l'épithélium des bronches.

Cet *épithélium* est *curieux à observer* chez l'homme et chez les animaux : Dans les cellules pulmonaires, il est simple et extrêmement ténu; mais dans les bronches, jusqu'au larynx, il est vibratile; ses cils sont implantés de manière à se mettre en mouvement toujours en un sens propre à expulser les corps susceptibles de s'introduire, comme les poussières qui pourraient pénétrer avec l'air, les mucosités qui tendraient à tomber au fond des vésicules et gêneraient l'hématose. Cette disposition est facile à reconnaître chez beaucoup d'animaux. La grenouille offre même cet épithélium dans l'œsophage et dans l'estomac. Les mouvemens ciliaires sont très rapides, et si vivaces, chez l'homme, qu'on peut les observer sur des suppliciés pendant plusieurs jours après la mort. Ils s'arrêtent sous l'influence du chloroforme, de l'éther, et recommencent lorsque l'effet de ces vapeurs est passé.

Une *autre propriété des vésicules bronchiques* est d'absorber certains *toxiques* qui ne le sont pas par les bronches elles-mêmes, tels que le curare, le venin de la vipère, le virus putride. Si l'on met également ces poisons dans la vessie, dans la bouche, dans les yeux, ces muqueuses sont réfractaires; mais il n'en est pas de même de la membrane qui tapisse les vésicules pulmonaires; elle absorbe ces substances vénéneuses et se comporte, dans ce cas, comme le tissu cellulaire auquel M. Magendie l'avait comparée sous ce point de vue. Si elle laisse passer l'oxygène qui est utile à la vie, elle laisse en même temps une porte toujours ouverte à quelques matières nuisibles.

(La suite à un prochain numéro.)

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ THÉRAPEUTIQUE DU QUINQUINA ET DE SES PRÉPARATIONS; par P. Briquet, médecin de l'hôpital de la Charité, agrégé honoraire de la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société de médecine de Paris, etc. — Un vol. in-8° de VIII-578 pages. Paris, 1853, Victor Masson, libraire.

« Le quinquina ne guérit pas la fièvre intermittente, et nous l'avons » abandonné. *Jacet ignotus sine nomine pulvis.* » Tel était le jugement que portait, en 1662, sur l'écorce péruvienne, un des plus sagaces esprits du XVIIe siècle, Guy-Patin. L'histoire de la médecine, en ce qui concerne la thérapeutique surtout, n'est, à vrai dire, que l'histoire des disputes des novateurs contre les partisans du *statu quo*. Cette histoire est le grand cheval de bataille sur lequel montent aujourd'hui les introducteurs des plus excentriques idées pour lutter contre le bon sens général qui les rejette. L'opposition qu'ont rencontrée en médecine le quinquina, l'antimoine, la vaccine; en physique, les sublimes découvertes de Galilée, en littérature Racine, en gourmandise le café, est le grand argument des excentricités de toutes sortes. En ce qui concerne le quinquina, j'engage les illuminés à lire l'introduction on ne peut plus remarquable dont M. Briquet a fait précéder l'ouvrage dont je voudrais rendre compte. Ils y verront que lorsqu'une découverte porte en elle-même sa virtualité, tous les Chiflet et les Pempius — les deux célèbres adversaires du quinquina — sont impuissans pour prévaloir contre les faits et les résultats de l'observation.

Malgré tout l'intérêt que présente cette *introduction*, je ne peux que l'indiquer, afin d'arriver plus vite à l'ouvrage lui-même, que je n'hésite pas à ranger parmi les plus beaux travaux de la médecine contemporaine.

L'ouvrage de M. Briquet est divisé en quatre parties :

---

lieu recélait une dépouille mortelle. On prétend même (1) que le corps, déposé à nu sur le sol, était seulement recouvert d'un amas de terre dont l'éminence faisait le seul indice d'une sépulture humaine. Mais bientôt on les voit entourer ces excavations, ou ces éminences *tumulaires*, de larges pierres plates placées de champ; un peu plus tard on éleva, tout autour du lieu de sépulture, des espèces de murailles sèches qui, s'arrondissant progressivement en voûte, formaient une sorte de caveau. Plus tard encore, on perfectionna ce mode d'inhumation et on construisit de véritables tombeaux de famille, où chaque membre avait sa place marquée d'avance.

Mais c'était là, comme on le pense bien, des sépultures de luxe destinées à la classe élevée. Le peuple déposait ses morts dans un lieu commun placé, d'après Dulaure, dans les terrains incultes qui circonscrivaient les villes, les bourgades ou les simples tribus. Voici maintenant l'usage des Gaulois de cette époque reculée pour l'ensevelissement des morts. Après avoir gardé le mort pendant quelques heures, tout au plus, on lui ployait les jambes sur les cuisses, celles-ci sur le ventre, et en cet état, sans sarcophage, ni linceuil, ni cercueil, on confiait le corps entier à la terre.

Cependant la civilisation romaine s'était répandue dans les Gaules, même avant que Rome les eût conquises. Déjà la plupart de ces usages primitifs étaient tombés en désuétude, lorsque la domination romaine les abolit tout à fait. Ils commencèrent dès lors à substituer généralement l'incinération à l'inhumation; et même cette substitution était déjà faite avant César, puisqu'il dit expressément que les *Gaulois brûlaient* leurs morts. Mais après la conquête on les voit suivre, pour l'ensevelissement des morts, les erremens adoptés par leurs dominateurs. Ainsi, dès que parmi eux quelqu'un avait cessé d'exister, on lavait son corps, on l'oignait de parfums et d'aromates, et enfin on le déposait sur le lit funéraire, enveloppé d'un linceul blanc. Lorsqu'arrivait le jour fixé pour les funérailles, le cadavre, recouvert d'un grand drap, était placé sur un char. Les parens et les amis se rangeaient autour, et le cortége silencieux et recueilli se rendait au lieu de la sépulture ou du bucher, selon que le corps était destiné à être inhumé ou brûlé.

Telles étaient chez les Gaulois, entre toutes leurs pratiques funéraires, celles qui pouvaient servir à reconnaître la mort incertaine et à prévenir les inhumations anticipées.

Nous ferons remarquer, ici, que nos recherches nous autorisent à affirmer que tout ce que nous venons de décrire comme propre aux anciens Gaulois, en réalité leur étaient commun avec presque tous les peuples du Nord; et nous terminerons cette première partie, en priant le lecteur de vouloir bien revenir rapidement avec nous sur les points principaux qui s'y trouvent exposés. Cette revue rétrospective donnera lieu à des rapprochemens aussi curieux qu'instructifs.

Et d'abord, qu'on nous permette de signaler, ici, comme vérité désormais acquise, l'antériorité de l'inhumation sur l'incinération. L'histoire à cet égard ne fait que confirmer ce que l'observation permettait d'établir en quelque sorte *à priori*. En effet, la première pensée qui a dû naître à la vue d'un cadavre humain, a été de le soustraire à la voracité des animaux sauvages; et de s'éviter à soi-même un spectacle aussi hideux qu'insalubre.

L'incinération, même simple, n'a dû se présenter que plus tard à l'esprit; à plus forte raison l'incinération précédée ou accompagnée de tous les raffinemens inventés ou perfectionnés par la piété, l'orgueil, le mensonge, l'industrie et même la science, car tous les travers, comme tous les bons sentimens humains, semblent s'être donné rendez-vous dans cette vaste question des funérailles.

On remarquera ensuite que le fait de l'incertitude de la mort, sans être spécialement mentionné nulle part, se trouve partout évidemment dans les mesures préventives dirigées contre elle, quoique confondues avec les pratiques religieuses et les prescriptions d'hygiène publique ou privée. Nous signalerons même, comme profondément significatif, ce fait, que non seulement les moyens de distinguer la mort apparente de la mort réelle, se retrouvent partout chez les anciens; mais qu'ils offrent à peu près partout des garanties suffisantes pour établir cette distinction des deux morts. Ainsi, le peuple que nous avions appréhendé de trouver en défaut à cet égard, les Perses, sont peut-être celui qui, au fond, présentait la plus grande sécurité à ce sujet. Pour s'en convaincre, on n'a qu'à revenir par la pensée, sur le chapitre que nous leur avons consacré.

En résumé, presque tous les peuples anciens ont pratiqué la *Conclamation*. Tous ont pratiqué la *Collocation*; et la *Collocation* à elle seule est suffisante pour faire distinguer la mort réelle de la mort qui ne serait qu'apparente. Toutefois, la *Collocation* était évidemment insuffisante chez les Egyptiens, mais la pratique des embaumemens suppléait à ce qui lui manquait.

N'oublions pas que la *Collocation* avait aussi pour objet de permettre d'établir la *cause* du décès.

En ajoutant à tout cela, la prescription d'éloigner les cadavres des lieux habités; celle de les anéantir le plus tôt possible, de retarder, ou de neutraliser leur décomposition : on sera autorisé à dire qu'il y a dans l'histoire des funérailles chez les anciens, tous les élémens d'une bonne législation mortuaire à l'usage des peuples modernes.

(La suite à un prochain numéro.)

(2) *Academ. celti.*, tome VI, p. 54.

Les deux premières sont consacrées à l'exposition de la physiologie, en quelque sorte, de l'histoire médicale du quinquina. L'auteur y fait connaître, en effet, 1° ses recherches sur l'action des diverses préparations de quinquina sur les principaux appareils et sur les principaux fluides de l'économie; 2° tout ce qui a rapport à l'absorption de ces substances et à leur élimination de l'économie; l'examen des différentes circonstances qui peuvent imprimer des modifications à cette double opération; l'étude des diverses influences qui sont susceptibles d'introduire des changemens dans l'action sur nos organes, de la portion absorbée de ces substances.

La troisième partie, la partie thérapeutique de l'ouvrage, traite de l'emploi du quinquina dans chacune des maladies où ce médicament peut s'administrer, et là sont étudiées la question de sa propriété antipériodique et celle de l'action du quinquina dans les fièvres graves, dans les affections de l'encéphale, dans les rhumatismes, dans les névroses, dans les maladies avec tendance à la suppuration et dans les phlegmasies.

Dans la quatrième partie, enfin, ou partie pharmaceutique, est exposé tout ce qui est relatif: 1° à la valeur médicamenteuse de chacune des diverses préparations de quinquina; 2° aux doses auxquelles on peut les administrer; 3° aux formes sous lesquelles on peut les faire pénétrer; 4° enfin aux surfaces par lesquelles il est possible de les faire absorber.

Tel est le plan général de cette monographie précieuse. On comprend que, dans cette diversité de sujets, tous du plus haut intérêt, l'analyste soit obligé de faire un choix, s'il veut se renfermer dans les limites qui lui sont imposées. Mais ici son embarras est grand. S'il néglige la partie physiologique pour la partie thérapeutique, celle-ci n'étant pour ainsi dire que la conséquence de la première, semblera manquer de base et de motifs. S'il s'en tient à la première, en négligeant la thérapeutique, il peut craindre de ne pas suffisamment attirer l'attention du lecteur sur ce qu'il a le plus d'intérêt à connaître. Le mieux, ce me semble, est d'indiquer un peu partout les points saillans, quitte à rester un peu plus longtemps sur ceux qu'il croira les plus importans.

L'auteur étudie d'abord l'influence du sulfate de quinine sur la circulation. Quant à la fréquence du pouls, de ses observations nombreuses, recueillies sur des malades atteints de rhumatisme aigu et chronique, de fièvres typhoïdes, etc., l'auteur conclut que le sulfate de quinine à dose élevée exerce sur la circulation une influence qui la ralentit; que cette influence a une persistance assez grande, qui dure souvent plusieurs jours après la cessation de l'emploi de ce sel; qu'elle est en raison directe de la quantité de sel administré à la fois: un gramme paraissant être la limite au-dessous de laquelle il n'y a plus d'effet sensible; qu'elle n'est point absolue, puisque l'apparition d'une phlegmasie peut l'annihiler; qu'elle est immédiate, directe et point secondaire à d'autres influences.

Quant aux modifications dans la force des battemens du pouls, pour étudier l'influence des sels de quinquina à ce point de vue, M. Briquet a eu recours à l'expérimentation sur les animaux. Injectant dans la veine jugulaire d'animaux sains une solution, variable quant aux doses, de sulfate de quinine, il a pu constater, à l'aide de l'instrument de M. Poiseuille ajusté à l'une des carotides, que la pression moyenne diminuait et cessait même complètement, selon la dose de sulfate de quinine injectée.

Quelle est l'influence de l'action du sulfate de quinine sur le sang lui-même? Il est admis, depuis les expériences de M. Mélier, que le quinquina liquéfie le sang. Les expériences nouvelles de M. Briquet sont en opposition avec ce résultat. Toujours M. Briquet a retrouvé le sang très coagulable, les caillots très consistans, et quel qu'ait été le mode expérimental employé.

En résumé, de toute cette partie de physiologie expérimentale, il résulte, pour M. Briquet, que le quinquina et ses sels diminuent la fréquence et la force des battemens du cœur sans altérer en quoi que ce soit la plasticité normale du sang.

M. Briquet a dû se demander quelles conséquences pratiques pouvaient être tirées de ces faits, de ceux surtout qui sont relatifs à la diminution de fréquence et de force des battemens du cœur. Il est admis par tous les médecins que, dans toute maladie, la durée et la persistance de la fièvre pouvaient amener, outre l'état de souffrance provoqué par la fièvre elle-même, des perturbations organiques les plus graves. Combien donc il serait désirable d'avoir sous la main un moyen de combattre, d'affaiblir et de réduire cet état fébrile! Le quinquina est-il ce moyen? Voici la réponse prudente et sage de M. Briquet:

« L'observation suivie sur près de trois cents malades qui ont été traités par le sulfate de quinine, à dose d'un gramme et au-dessus, a constaté, à mes yeux, que la puissance débilitante de la circulation dont jouissent les sels de quinine, n'est point absolue, mais qu'au contraire elle ne s'exerce qu'avec certaines conditions et dans des limites déterminées.

» Ainsi, il est bien prouvé pour moi:

» 1° Que le maximum de diminution dans la fréquence du pouls va rarement au-delà de 20 à 25 pulsations à la minute pour vingt-quatre heures. Mon collègue Blache, qui a beaucoup employé le sulfate de quinine dans les fièvres typhoïdes, a rarement remarqué une diminution de fréquence plus considérable.

» 2° Que la diminution de fréquence du pouls est toujours en raison directe de l'accélération que le pouls avait prise.

» 3° Que, dans aucun cas, le pouls ne s'est abaissé au-dessous de 40 pulsations à la minute.

» 4° Que la coexistence d'une très forte proportion de fibrine dans le sang, ou celle d'une phlegmasie assez intense des membranes et surtout des parenchymes, exercent sur le cœur une influence que la propriété sédative de la quinine donnée aux doses voulues par la prudence, ne peut point neutraliser.

» 5° Que l'administration des sels de quinine prescrite à des doses suffisantes pour déterminer, dans la circulation, des effets sédatifs, produit, dans l'économie, une perturbation assez sérieuse pour qu'on ne doive en courir les chances que lorsque la maladie à combattre offre une certaine importance sous le rapport de sa durée, de sa gravité, des accidens qu'elle peut causer et des dangers auxquels elle peut exposer. »

Les expériences et les observations de M. Briquet sur la dépression que le quinquina et ses préparations exercent sur la circulation, paraissent contredites par les opinions de quelques médecins. D'après M. Trousseau, M. Bretonneau admet une *fièvre de quinquina*; M. Chevalier a indiqué une fièvre particulière à laquelle seraient sujets les ouvriers qui fabriquent le sulfate de quinine. M. Briquet élève des doutes sur la réalité de la fièvre signalée par M. Bretonneau. Sans contester les résultats annoncés par M. Chevallier, M. Briquet leur trouve une explication qui exonère le sulfate de quinine de tout phénomène pathologique. Il dit qu'aux Indes, les ouvriers qui travaillent dans les magasins de quinquina, au lieu d'y contracter la fièvre, guérissent au contraire, de celle qu'ils ont pu contracter ailleurs.

Il nous est impossible de suivre l'auteur dans ses recherches sur l'action qu'exerce le quinquina sur l'encéphale et ses fonctions, sur les fonctions digestives, sur le foie, sur la rate. Quant à ce dernier organe, on connaît les opinions de M. Piorry et les objections qui leur ont été faites. Voici, en quelques mots, les résultats des observations de M. Briquet:

« Depuis plus de six ans, je n'ai négligé aucune occasion de constater, par moi-même, la valeur de ces assertions opposées. Mais pour obtenir des résultats non douteux, et dont la réalité ne pût point être contestée, ni interprétée, je me suis restreint aux cas dans lesquels la rate, débordant les fausses côtes gauches, pouvait être facilement mesurée par le toucher; cas dans lesquels il ne pouvait plus y avoir d'équivoque. J'ai donc traité tous les les fiévreux qui portaient ces sortes de rates, en leur faisant prendre en une fois, à l'heure de la visite, une solution d'un gramme de quinine dans une suffisante quantité d'alcool. Or, dans aucun cas, quelque persistance que j'y ai mise, je n'ai été assez heureux pour contester la plus légère modification dans le volume de la rate, soigneusement examinée pendant huit à dix minutes après l'ingestion de l'alcoolat de quinine; néanmoins, chez la plupart de ces sujets, l'hypertrophie n'était pas irrésoluble, car le volume de la rate fut plus tard graduellement réduit sous l'influence de l'emploi prolongé et continu du sulfate de quinine. »

L'auteur étudie ensuite l'action du quinquina sur l'appareil urinaire, sur les organes génitaux, sur la peau et sur le tissu cellulaire sous-cutané, et dans chacun de ces chapitres on trouve une ample moisson de recherches, d'observations et de conséquences pratiques dignes d'être retenues.

Toute cette première partie constitue la partie vraiment neuve et originale de cet ouvrage. Les procédés scientifiques les plus rigoureux y ont été mis en usage, et les recherches expérimentales comme les résultats de l'observation clinique y abondent. Je suis tellement frappé, pour mon compte, de ce luxe de précautions prises par M. Briquet pour se garantir contre toute chance d'erreur, que je n'ose lui indiquer quelques doutes surgis dans mon esprit en lisant ces pages si bien remplies; car lorsque le critique n'a à opposer à des faits expérimentaux et à des résultats d'observation, que de simples idées intuitives, mieux vaut qu'il se taise jusqu'à vérification de ses idées.

La deuxième partie est consacrée à l'étude du mode d'absorption et d'élimination du quinquina et de ses préparations. Quant au mode d'absorption, le moyen le plus sûr de le connaître serait d'agir sur le sang, mais les difficultés et les lenteurs de cette analyse empêchent de recourir à ce moyen. On supplée à cette difficulté par un moyen moins direct, mais tout aussi décisif, par l'emploi de l'iodure de potassium mis en contact avec l'urine. M. Briquet s'est constamment servi d'un iodure fait dans les proportions suivantes:

Iode.	2 grammes.	
Iodure de potassium. . .	8	—
Eau.	250	—

Cette solution est, dit-il, assez sensible pour produire un précipité très évident dans un liquide contenant 2 milligrammes de sulfate de quinine pour 100 grammes d'eau, ou 2 centigrammes par litre. Elle ne trouble jamais les urines qui ne contiennent pas d'alcaloïdes. Voici les résultats généraux auxquels M. Briquet est arrivé:

On a des signes évidens de l'absorption des sels de quinine chez la moitié seulement des malades qui en prennent de 15 à 25 centigrammes, et chez la totalité de ceux qui en prennent au-dessus de 25 centigrammes;

La quantité de ce sel qui pénètre par la voie de l'absorption, est constamment en raison directe de la quantité ingérée;

La pénétration de ces sels dans l'économie peut se faire très promptement, et la rapidité est d'autant plus grande, que la dose a été plus forte; le minimum est d'une demi-heure, et le maximum huit heures.

M. Briquet, cherchant toujours à rapprocher les conséquences pratiques des données scientifiques, fait remarquer que, pour avoir la certitude de l'absorption du sulfate de quinine, il faut le donner au-dessus de 15 centigrammes par jour en solution; qu'il ne faut point compter sur une absorption suffisante pour produire un effet thérapeutique qu'après une heure d'ingestion au moins; qu'enfin, plus on donne de ces sels, plus il en est absorbé, et plus ils agissent rapidement.

De ces faits, on peut conclure au mode d'élimination; elle se fait par les urines. La quantité de sel éliminé est toujours proportionnelle à celle qui a été ingérée, et la durée de cette élimination varie, selon la quantité ingérée, de dix à quarante heures.

Me voilà arrivé aux limites d'espace que je peux consacrer à cet ouvrage, et je n'ai rien dit encore des deux dernières parties qui paraîtront les plus importantes à la masse des praticiens. Je ne peux donc que les leur signaler comme la lecture la plus instructive qui leur soit donné de faire. En indiquant sommairement les sujets traités par M. Briquet, ils en comprendront toute l'importance.

Après avoir déterminé le mode général d'action du quinquina, M. Briquet l'étudie dans les maladies intermittentes en général, puis dans la série des fièvres, dans quelques phlegmasies spéciales, dans le rhumatisme, la goutte, les névroses, les névralgies, etc. Il recherche ensuite la valeur relative des préparations diverses de quinquina, les doses et le moment où l'on doit les administrer, et il termine par un aperçu pharmacologique de toutes ces préparations.

Il serait bien désirable que notre matière médicale si contestée, si confuse et si controversée vît souvent se produire des monographies aussi complète que celle que M. Briquet vient de publier sur le quinquina. C'est là un de ces ouvrages que j'appelle *respectables*, plein de faits, d'expériences, d'observation, tout cela mûri par la réflexion, et passé au creuset d'un sens pratique très exercé. C'est un de ces ouvrages que les praticiens lisent et relisent, et depuis le célèbre ouvrage de Torti, rien assurément de plus utile et de plus véritablement médical n'avait été publié sur le quinquina.

Amédée LATOUR.

PRESSE MÉDICALE.

(JOURNAUX ANGLAIS.)

Association medical journal. — Septembre 1853.

De la valeur du changement de climats, et en particulier du séjour à Madère, dans le traitement de la phthisie pulmonaire; par le docteur G. LUND.

On sait combien il y a encore de doutes et d'incertitudes parmi les médecins, relativement à l'influence des climats chauds sur la marche de la phthisie pulmonaire. En général, les médecins sont favorables à ces déplacemens; mais, néanmoins, une assez grande quantité de praticiens n'ajoutent pas grand'foi à tous les faits de guérison qui ont été rapportés, et dans ces derniers temps, en Angleterre surtout, la question a été reprise de nouveau et résolue par quelques médecins en sens inverse à l'opinion généralement reçue. C'est pour répondre à ces assertions un peu hasardées, que M. Lund, médecin à Funchal, dans l'île de Madère, a pris la plume, et sa réponse repose sur deux statistiques très détaillées, dont l'une est d'autant plus importante à connaître, qu'elle est plus récente.

Sur 100 phthisiques arrivés dans cette île à des degrés divers de la maladie, celle-ci a été arrêtée chez 37 au premier degré, chez 5 au deuxième degré, et chez 5 au troisième.

Sur le même nombre de phthisiques, il en est 11 au premier degré chez lesquels la maladie a continué à marcher, 19 au deuxième degré, et 23 au troisième degré, chez lesquels les progrès de l'affection n'ont pu être arrêtés. Néanmoins, il ne faut pas croire que tous les individus ont succombé; car la statistique de M. Lund nous fournit le résultat suivant:

Vivans:	au 1er degré.	43	66
	au 2me degré.	13	
	au 3me degré.	10	
Morts:	au 1er degré.	5	34
	au 2me degré.	11	
	au 3me degré.	18	
			100

Mais entrons dans quelques détails relativement à cette statistique: quelle a été d'abord la durée de la suspension des accidens?

Au premier degré, la maladie a été arrêtée de 4 à 10 ans chez 13; 3 ans chez 2; de 8 à 20 mois chez 11; de 7 à 12 mois chez 11; et il y a eu des rechutes dans 2 cas.

Au deuxième degré, chez un sujet, la maladie a été arrêtée pendant 10 ans; puis il y a eu une rechute et la maladie a été arrêtée de nouveau; chez un deuxième sujet, la maladie a été arrêtée pendant 5 ans; chez trois autres pendant 15 mois; puis, chez un d'eux, il y a eu rechute, nouvel arrêt pendant 3 mois, et retour de nouveau à un assez bon état de santé.

Au troisième degré, la maladie a été arrêtée chez un pendant 12 ans, chez deux pendant 8 ans, et les deux autres ont quitté l'île après 3 ans.

Maintenant parmi ceux chez qui la maladie a progressé, il en est 6 au premier degré qui sont encore vivans après 14 et 16 mois, 2 ans et 5 ans de séjour, 3 au deuxième degré et 3 au troisième degré.

Sur les 19 du deuxième degré, chez qui la maladie a marché, il en est 8 encore vivans, dont 2 en assez bon état, 4 au deuxième degré et 2 au troisième degré.

Enfin, sur les 23 du troisième degré, chez lesquels la maladie a marché également, il en est 5 encore vivans, 2 après 14 et 15 mois, et les autres après un hiver.

Quant aux décès, des malades qui sont venus à Madère au premier degré, il en est qui sont revenus passer jusqu'à huit hivers de suite, tandis qu'au deuxième degré la durée de la maladie a été au plus de 14 mois en général, et dans un seul cas de 4 ans, et au troisième degré de quelques mois en général, mais rarement de quelques années, quoiqu'il y ait eu des cas où l'affection s'est prolongée un très grand nombre d'années.

C'est donc avec raison que M. Lund a conclu que l'opinion exprimée et soutenue depuis si longtemps par les membres les plus expérimentés de notre profession relativement aux bons effets des climats chauds dans les maladies de poitrine est exacte, et que les objections qui ont été soulevées contre cette opinion ne sont pas soutenues par les faits, au moins en ce qui concerne Madère, et, ajoute avec grande raison M. Lund, il doit en être très probablement de même pour Pau, Pise ou l'Égypte, à la condition, bien entendu, qu'on ne choisisse pas pour y envoyer des individus mourans. Ce qu'il y a de certain, c'est que dans les pays chauds, et à Madère, en particulier, une personne qui est au premier degré de la phthisie pulmonaire, a infiniment plus de chance de voir sa maladie s'arrêter qu'en Angleterre, en France ou dans tout autre pays froid, et que dans les dernières périodes de la maladie, ses progrès sont rendus bien plus lents; enfin, que dans un petit nombre de cas, la prolongation de la vie a été considérable. Beaucoup de malades vivent à Madère plus longtemps, trois ou quatre ans environ, que la durée ordinaire des trois périodes de la maladie, en Angleterre, qui est seulement de 18 à 24 mois. J'ai vu des cas, ajoute-t-il, où le temps d'arrêt s'est prolongé 10, 12 et même 20 ans, et plusieurs ont vécu dans notre île en parfaite santé, dont les frères et les sœurs avaient tous succombé, ou bien sont arrivés sous le soupçon d'une phthisie pulmonaire, qui n'ont jamais éprouvé les atteintes de cette maladie.

COURRIER.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — Quoique ni la presse ni l'administration locales n'aient rien publié à cet égard, il paraît certain que le choléra existe à Anvers, mais sur de petites proportions. Le nombre des décès serait de 4 à 5 par jour dans ce moment, mais il a été plus élevé dans les semaines précédentes, car on a noté jusqu'à dix et douze décès cholériques par jour.

Depuis le 15 octobre, on a observé neuf décès cholériques au Havre, section de Graville. Les dernières nouvelles sont très rassurantes. Aucun cas nouveau ne s'est manifesté depuis le 27 octobre.

On a eu aussi quelques inquiétudes dans le département de la Manche. Nos derniers renseignemens nous permettent d'annoncer que l'état sanitaire dans ce département est très satisfaisant.

Aujourd'hui, 31 octobre, aucun cas de choléra n'a été observé dans les hôpitaux de Paris, et la santé générale de la population parisienne n'indique rien d'imminent.

— La séance de l'Académie de médecine est renvoyée à mercredi, à cause de la fête de la TOUSSAINT.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 131. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 3 Novembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12 A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DU SULFATE DE QUININE DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

C'est un sujet qui revient à l'ordre du jour. Nous disons qui *revient*, car il ne faut qu'une érudition médicale très vulgaire, pour savoir que Morton, Brown et Pinel — pour ne citer que les plus remarquables — traitaient à peu près exclusivement par le quinquina les fièvres graves, englobées aujourd'hui sous le nom de fièvres typhoïdes. Des exagérations avaient été commises en ce sens, Broussais en fit justice, mais en tombant lui-même dans une exagération nouvelle. Il n'était plus guère question de la médication quinique, lorsqu'un médecin du midi de la France, M. le docteur Broqua, rappela, en 1840, l'attention du monde médical sur ce sujet. Ce médecin adressa, à l'Académie de médecine, un mémoire dans lequel il exposait les bons résultats obtenus par lui de l'emploi du sulfate de quinine dans les fièvres typhoïdes qui régnaient épidémiquement dans ces contrées. Ce mémoire devint l'objet d'un remarquable rapport de M. Louis, qui ne trouvant pas suffisamment évidens les succès que l'auteur du mémoire disait avoir obtenus de cette médication, en appelait à une expérimentation nouvelle.

Depuis le rapport de M. Louis (avril 1841), plusieurs médecins ont soumis à l'expérience la médication proposée; des publications intéressantes ont été faites sur ce sujet, par MM. Rilliet et Barthez, Saint-Laurent, Pereyra, Champeaux et Boucher. Tout récemment, un jeune médecin, dont la conviction paraît très énergique, M. le docteur Bezard de Wouves, a porté à nouveau la question devant l'Académie de médecine, et l'un des plus savans correspondans de l'UNION MÉDICALE, M. le docteur Lauvergne, médecin en chef de la marine, a promis aux lecteurs de ce journal la communication prochaine des heureux résultats qu'il aurait obtenus de l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Dans ces circonstances, et pour éclairer l'opinion autant qu'il est en nous sur ce sujet important, il nous a paru utile de faire connaître l'analyse des faits recueillis par deux observateurs aussi consciencieux qu'éclairés, par MM. Blache et Briquet, telle qu'elle vient d'être exposée par ce dernier dans l'ouvrage remarquable sur le quinquina, dont l'UNION MÉDICALE a dernièrement cherché a faire apprécier le mérite. (Voir le numéro du 1er novembre 1853.)

MM. Blache et Briquet ont traité par le sulfate de quinine un grand nombre de fièvres typhoïdes qui entrèrent à l'hôpital Cochin en 1842; ces fièvres ainsi traitées furent au nombre de quarante-et-une.

Trois catégories ont été établies, cas légers, cas de gravité moyenne, cas fort graves.

1° Dans quatre cas de fièvre typhoïde légère, mais dans lesquels il y avait néanmoins de la stupeur, de la prostration, de la titubation et de la céphalalgie, on donna le sulfate de quinine à la dose de 2 grammes par jour durant tout le temps de la fièvre. Chez ces quatre malades, l'abdomen offrait, soit du météorisme, soit de la sensibilité à la pression, soit de la diarrhée; chez un seul, il y avait des taches lenticulaires, le pouls était de 76 à 80.

Ils étaient malades depuis deux ou trois jours.

Chez tous les quatre on remarqua, dès le lendemain de la première administration du sulfate de quinine, une diminution notable des phénomènes cérébraux; chez deux malades le pouls se ralentit jusqu'à 60 pulsations et il y eut suspension de la diarrhée.

Le traitement a duré, en moyenne, de trois à quatre jours, et les malades sont sortis de l'hôpital du cinquième au dixième jour de la maladie, en bon état.

M. Briquet a grand soin de faire observer qu'on ne peut, rigoureusement, tirer de ces quatre faits autre chose que la constatation d'une amélioration observée du jour au lendemain dans l'état des malades, à partir du moment où le sulfate de quinine a été administré; mais qu'on n'est pas autorisé à en conclure que la courte durée de la maladie ait été l'effet du traitement. Avec beaucoup de justesse, M. Briquet fait remarquer aussi que dans les cas où la fièvre typhoïde s'annonce comme devant être très légère, on peut s'abstenir de toute médication très active, et spécialement de celle par le sulfate de quinine. Cependant, dit-il, on pourrait y recourir, si quelque phénomène tenant soit à la circulation, soit à l'état de l'encéphale, devenait proéminent. Alors on n'emploierait que des doses de 15 décigrammes à 2 grammes de sulfate de quinine en solution, et on ne les prescrirait que pendant un petit nombre de jours.

2° Les cas de gravité moyenne furent au nombre de 21, comprenant 19 hommes et 2 femmes, âgés presque tous de 16 à 24 ans, et qui avaient de deux à huit jours de maladie avant leur entrée à l'hôpital. La fièvre typhoïde avait, chez eux, une assez grande intensité pour permettre de considérer la maladie comme grave.

Tous avaient présenté des troubles cérébraux, tels que la stupeur, la prostration, la titubation et la céphalalgie; 4 eurent du délire; le plus grand nombre avaient eu des taches lenticulaires; la diarrhée plus ou moins abondante et le gargouillement n'avaient manqué que chez 3. Le pouls avait donné de 85 à 120 pulsations, et il avait été en moyenne à 96.

Pendant un temps qui a varié de deux à cinq jours, on a fait, chez 17 malades, préalablement à l'emploi du sulfate de quinine, usage de la médication antiphlogistique; saignées, application de sangsues, diète, boissons et lavemens émolliens. Les 4 autres sujets avaient été mis simplement à l'usage des boissons délayantes.

Tous ces malades, pendant tout le temps qu'ils furent soumis à ce traitement, n'avaient éprouvé aucune amélioration soutenue, et chez tous la maladie allait en croissant.

Ce fut alors qu'on administra le sulfate de quinine seul, à des doses qui ont varié entre 3 et 5 grammes par jour, soit en solution dans une potion ordinaire, soit, ce qui fut bien plus rare, en pilules; ce traitement fut continué pendant une durée de cinq à huit jours.

Sous l'influence de ce traitement, le pouls, qui était en moyenne à 96 pulsations, tomba, après deux jours, à une moyenne de 76, et cinq jours après à une moyenne de 70. Le degré de ralentissement a généralement été en proportion de sa fréquence antérieure. Ainsi, ce fut sur des pouls de 110 et 120 pulsations qu'il y eut des abaissemens de 25 à 30 pulsations par minute. En même temps que le pouls se ralentissait, il devenait moins vif, moins ondoyant; le type dicrote disparaissait, et l'artère semblait se rapetisser.

La chaleur de la peau s'abaissait, et l'enveloppe cutanée avait perdu, au bout de deux jours, cette âcreté si désagréable au toucher, qui est un des caractères de la fièvre typhoïde.

La diminution des troubles cérébraux s'est produite moins rapidement que les modifications précédentes. Chez seize malades le délire, la prostration, la stupeur et la céphalalgie, ont très notablement diminué, ou même ont cessé du second

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Coup d'œil sur les médecins de l'école empirique. — Philinus (de Cos). — Comment il a existé dans l'antiquité deux écoles empiriques; Achron (d'Agrigente). — Appréciation remarquable de l'école empirique par Cabanis. — Sérapion, ses mœurs, son caractère; un singulier remède pour guérir l'épilepsie. — Héraclide (de Tarente), son éloge. — Le médecin Zopyre et le roi Mithridate. — Sextus Empiricus. — Huxham et Cassius Iatrosophe.

XXVI.

Coup d'œil sur les médecins de l'école empirique.

Moins heureuse que les écoles méthodique et pneumatique qui possèdent, l'une dans Cælius Aurelianus, l'autre dans Arétée, des écrivains dont les ouvrages, parvenus jusqu'à nous, ont transmis intactes à la postérité leurs doctrines et leur pratique, l'école empirique n'a pas d'historien. Elle n'a rien sauvé du naufrage qui a englouti les travaux innombrables sortis de son sein, car une foule d'hommes éminens avaient écrit sur les principes de la secte empirique, soit pour les exposer, soit pour les défendre. Voyons donc seulement quels sont les médecins que, d'après le témoignage des anciens auteurs, l'on considère comme ayant appartenu à cette école célèbre.

A leur tête brille Philinus (de Cos), disciple direct d'Hérophile, et qui florissait par conséquent vers les premiers temps de l'école d'Alexandrie. Il ne nous reste rien de lui; mais il paraît, qu'obéissant à une tendance en quelque sorte irrésistible qui portait les médecins de sa secte à s'occuper de matière médicale, il avait, entre autres écrits, composé un ouvrage sur les plantes médicinales.

C'est à Philinus, avons-nous dit, que revient l'honneur d'avoir posé les principes de l'empirisme en médecine. Cependant, longtemps avant lui, il y avait eu des médecins qui avaient arboré hautement le drapeau de l'observation pure. Avant Hippocrate même, du temps d'Empédocle, philosophe et médecin sicilien, une école se leva, qui eut la prétention de s'appeler empirique, et de ne se laisser guider que par l'expérience. Le chef de cette ancienne école fut Achron (d'Agrigente), compatriote et contemporain d'Empédocle, et qui, en face du dogmatisme absolu de ce dernier, jeta les fondemens d'un empirisme exclusif. C'est ce qui résulte du témoignage de plusieurs écrivains, tant anciens que modernes, parmi lesquels il faut citer plus particulièrement Pline, Bordeu et Cabanis. Voici comment, dans son ouvrage intitulé : *Révolutions et réforme de la médecine*, Cabanis apprécie et juge les doctrines de l'école empirique :

« De tous les philosophes livrés alors à l'étude de la médecine, celui qui sut le mieux se garantir de l'esprit d'hypothèse fut Achron, originaire d'Agrigente, en Sicile. Ce génie, original et hardi, que les empiriques des siècles postérieurs ont regardé comme leur chef, voulut ramener l'art de guérir à la seule expérience. Il y réduisit tous les raisonnemens à l'appréciation des symptômes, qu'il permettait de comparer, et à l'examen des analogies, desquelles il reconnaissait qu'on peut souvent tirer des indications. Mais, quoique, de son vivant, il jouît déjà de beaucoup de gloire, ses opinions ne purent alors balancer l'ascendant des théories plus affirmatives et plus dogmatiques : ce fut longtemps après qu'elles devinrent le point de ralliement d'une secte de médecins respectables.

Quoique ces opinions fussent moins dangereuses dans la pratique de l'art, que celles de leurs adversaires, il est trop certain que l'esprit de rivalité poussa presque également les unes et les autres au-delà du cercle de la raison : la raison les eût, au reste, facilement rapprochées; car la dispute, comme je l'ai fait voir ailleurs, ne roulait, à proprement parler, que sur des mots. Les premiers philosophes firent donc du bien et du mal à la médecine. Ils l'arrachèrent à l'ignorance sans méthode, mais ils la précipitèrent dans plusieurs hypothèses hasardées; ils la firent passer de l'empirisme aveugle au dogmatisme imprudent. Son sort fut, en tout, le même que celui de la morale. La médecine n'était, d'abord, entre les mains des poètes, qu'un recueil d'images, ou de sensations fines; entre les mains des prêtres elle adopta le langage vague et l'accent mystérieux de la superstition; entre les mains de ces premiers philosophes dont les efforts méritent, d'ailleurs, beaucoup de reconnaissance, ces matériaux épars, confus, incohérens, se réunirent pour former des ensembles plus ou moins réguliers, plus ou moins complets. Mais elle adopta les principes de plusieurs autres sciences qui n'étaient pas encore faites elles-mêmes; elle partagea leurs erreurs qui la défiguraient d'autant plus que ces sciences n'avaient, pour la plupart, rien de commun avec elle. On peut dire, même qu'elle parcourut le cercle entier des faux systèmes qui régnaient dans toutes les parties des connaissances humaines et qui se remplaçaient tour à tour. » (Cabanis. — *Révolutions et réforme de la médecine*, in-8°, Paris, 1804, p. 71.)

Il a donc existé, dans l'antiquité médicale, deux écoles empiriques, l'une antérieure à Hippocrate et dont ce médecin doit, à certains égards, être considéré comme le disciple; celle-là n'a pas formulé ses principes; l'autre, dont Philinus (de Cos) fut le chef et qui a réuni ses doctrines en un véritable système. L'empirisme antique naquit donc des exagérations du dogmatisme; lorsque la philosophie, mettant la main sur la médecine, voulut la faire plier et la façonner au gré de ses vues spéculatives, l'empirisme surgit, qui essaya de redresser la médecine, mais en lui imprimant un mouvement exagéré, qui la fit pencher en sens contraire et lui donna une attitude également forcée et non moins vicieuse.

En parlant de la secte méthodique, nous avons dit que Thémison, son chef, formula assez vaguement les principes qu'il avait trouvés, de telle sorte qu'ils restèrent dans l'obscurité jusqu'à ce que Thessalus fût venu les en tirer et les mettre en lumière. Eh bien ! Sérapion est à Philinus (de Cos) ce que Thessalus est à Thémison. C'est lui qui propagea les idées empiriques et les répandit dans le monde. Aussi plusieurs auteurs parlent-ils de Sérapion comme du premier fondateur de la secte empirique. « Sérapion, dit Celse, dans *sa préface*, fut le premier qui enseigna que le raisonnement ne servait de rien en médecine, et qui la rédui-

au quatrième jour de l'emploi du sulfate de quinine; et chez les 5 autres, ces accidens ont cessé du sixième au huitième jour.

L'action sur le tube digestif a été beaucoup moins prononcée; la diarrhée n'a cessé, avant le cinquième jour de l'emploi du sulfate de quinine, que chez six malades; elle persista du cinquième au dixième jour chez quatre, et du sixième au dixième chez cinq; chez les autres, elle se maintint plus longtemps. L'appétit s'est fait sentir un peu plus tôt; presque constamment il devança d'un à deux jours la cessation de la diarrhée.

Enfin, la convalescence a eu lieu du douzième au quinzième jour, à partir du moment où les malades se sont alités, chez deux; du quinzième au vingtième, chez cinq; du vingtième au vingt-cinquième, chez trois; du vingt-cinquième au trentième, chez six; et du trentième au trente-cinquième, chez cinq.

Quoique le sulfate de quinine ait été donné chez ces malades à des doses plus élevées que chez ceux de la première catégorie, et que l'administration en ait été prolongée plus longtemps, puisqu'il en est qui ont pris jusqu'à 30 et 34 grammes de sulfate de quinine, on n'a point observé, chez la plupart de ces sujets, des accidens notables d'irritation du tube digestif.

3° Les cas fort graves ont été au nombre de dix, neuf hommes et une femme, dont l'âge a varié de douze à vingt-cinq ans, plusieurs d'entre eux ayant une constitution détériorée. Ils étaient alités depuis un temps qui a varié de quatre à huit jours avant leur entrée à l'hôpital.

Leur état était fort grave; et, lors de leur entrée, le pronostic fut douteux, relativement à l'issue de la maladie.

Deux d'entre eux offraient une complication de méningo-encéphalite, avec délire et mouvemens convulsifs. Un troisième avait une méningite spinale avec raideur du cou. Un quatrième avait une pneumonie qui fut suivie de varicelle; enfin, une femme était atteinte de chlorose. Tous avaient une diarrhée intense et des taches lenticulaires.

Ils furent traités par le sulfate de quinine à la dose de 3 à 4 grammes par jour; les adoucissans n'ayant été employés que comme moyen accessoire, le sel de quinquina fut administré dès le premier jour, et la durée du traitement fut de six à huit jours.

Au bout de deux jours de traitement, le pouls avait baissé de 23 pulsations par minute; la température de la peau suivit, dans son décroissement, le ralentissement du pouls.

Les troubles cérébraux ont diminué, dès le second jour du traitement, chez deux malades; dès le troisième jour, chez trois; et du cinquième au sixième jour, chez les trois autres. Chez un seul, ils n'ont cessé que le septième jour. Le délire, la raideur du cou et les mouvemens convulsifs ont cédé du second au troisième jour du traitement.

La diarrhée a cessé le troisième, le quatrième, le cinquième et le sixième jour, chez 5 malades; chez les 6 autres, elle a duré du neuvième au quinzième jour.

L'appétit s'est fait sentir à peu près au même moment que celui où la diarrhée a cessé.

La convalescence a eu lieu les huitième, quatorzième, dix-huitième, vingt-deuxième, vingt-quatrième, vingt-sixième et vingt-huitième jour de la maladie, ce qui donne, pour la durée moyenne de la maladie dans ces cas graves, vingt jours deux tiers de durée.

Quel a été le chiffre de la mortalité sous l'influence de ce traitement? Il ne ressort pas bien clairement de l'analyse donnée par M. Briquet. En effet, il a donné la mortalité en bloc de tous les malades, au nombre de 61, qui ont été traités par lui et par M. Blache dans le courant de l'été de 1842, et dont 43 seulement ont été traités par le sulfate de quinine. Sur le nombre total, il y a eu 8 morts, ce qui donne une proportion approximative d'une mortalité d'un huitième. Tous les malades qui ont succombé avaient pris le sulfate de quinine, et chez l'un d'eux, à l'autopsie, on trouva une gangrène de l'S iliaque du colon.

Tels sont les faits exposés par M. Briquet. Nous ne les donnons, ici, qu'à titre de renseignemens. Nous ne croyons pas que, même en réunissant tous les cas connus de l'emploi du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde, il soit possible de formuler une conclusion générale.

HYDROLOGIE.

CONSIDÉRATIONS SUR LES EAUX MINÉRALES AZOTICO-SALINES DEL HIGADO (ARAGON).

Par M. le dr B. de Larroque père, ancien médecin de l'hôpital Necker.

De toutes les contrées de l'Europe, il n'en est aucune qui soit aussi riche en eaux minérales que l'Espagne. Elle compte, d'après le savant M. Herrera y Ruiz, au moins un millier de sources, et toutes très bienfaisantes quand on sait les appliquer à propos et qu'on tient bon compte des circonstances qui les contr'indiquent. Dans les seules montagnes des Pyrénées, on en trouve plus de 200, différemment minéralisées. Les autres sont répandues dans les diverses provinces de la Péninsule, où les Romains et les Arabes surent jadis les exploiter, ainsi que le témoignent les restes d'établissemens thermaux qu'ils firent construire dans les localités où elles naissent. C'est surtout dans le royaume de Valence et dans l'Andalousie qu'on rencontre ces débris monumentaux, qui démontrent l'importance que ces deux peuples attachaient à la conservation des précieuses fontaines médicinales dont la nature avait doté le pays. Outre qu'ils jouissaient eux-mêmes des bienfaits que leurs eaux procuraient, ils y attiraient les habitans des provinces éloignées, par le grandiose des constructions où les malades trouvaient des habitations convenables, et probablement toutes les commodités qui en rendaient le séjour fort agréable. Il est vraisemblable que les baigneurs y restaient longtemps et que, de cette manière, ils enrichissaient les contrées qu'ils habitaient passagèrement.

Mais les Romains et les Arabes ayant été chassés de l'Espagne, il paraît que les établissemens thermaux occupèrent peu l'attention du gouvernement castillan, et que, peu à peu, ils tombèrent dans une déplorable dégradation. S'ils n'ont pas encore repris leur ancienne splendeur, il est du moins certain que, par l'influence de plusieurs écrivains célèbres de l'Espagne, par le patronage que le gouvernement se détermina à leur accorder, en nommant des inspecteurs généraux des eaux minérales, ils ont repris, non pas la vogue des eaux de France, d'Allemagne et d'Angleterre, mais celle qu'ils sont en droit d'exiger du pays, à cause du bien que leurs sources procurent dans les dérangemens de l'économie animale. Les étrangers n'y accourent pas encore beaucoup, parce que l'Espagne néglige infiniment trop de faire connaître au dehors ses admirables fontaines médicinales, et de songer à l'immense utilité qu'elle pourrait en retirer. Ce n'est que depuis quelques années qu'elle s'occupe sérieusement de mettre ses établissemens thermaux au niveau de ceux du reste de l'Europe, à laquelle elle n'a rien à envier, puisqu'elle possède, en profusion, tous les genres d'eaux minérales. Bien plus, il faut aller aux Etats-Unis (1) pour trouver la ressemblance d'une source admirable qui se trouve à *Panticosa*, dans les montagnes aragonaises, très voisines de *Cauterets*. Je veux parler de la fontaine *del Higado*, à laquelle on donna anciennement le nom de *Divine*, par la raison, sans doute, qu'alors comme aujourd'hui, elle produisait des effets merveilleux dans les maladies des membranes muqueuses, dans celles qui attaquent le parenchyme du foie et qui tiennent à une irritation aiguë ou sub-aiguë. Cette fontaine contient, en énorme abondance, un élément chimique qu'on ne rencontre point, ni dans les eaux minérales de France, ni dans celles d'Allemagne, de Prusse, d'Angleterre, etc. Ce n'est qu'à Saratoga, comme je viens de le dire, qu'il a été découvert, et, à ce qu'il paraît, en bien moindre quantité qu'à *Panticosa*. Il s'agit du *gaz azote* qui forme les 3/5mes des autres élémens chimiques. Aussi se dégage-t-il en grande quantité, à la manière de l'acide carbonique contenu dans l'eau de seltz, et va-t-il former des bulles à la surface du liquide, qui se décibrent avec plus ou moins de rapidité. C'est en très grande partie à ce principe gazeux, que les savans espagnols, qui se sont occupés des eaux minérales de la vallée de *Tena* et, par conséquent, de sa source *del Higado*, qui est la principale des quatre qui existent à *Panticosa*, attribuent les nombreuses et remarquables guérisons qu'elle opère. Voyons ce que pense, à cet égard, l'érudit et laborieux docteur *Herrera y Ruiz*, ancien inspecteur des eaux de *Panticosa*, lequel s'est acquitté de ses fonctions avec un dévouement très méritoire, avec une sagacité peu commune, avec une philanthropie qui lui fait bonneur et doit lui attirer l'estime et la considération de son gouvernement. Sa brochure (1), quand elle sera connue des savans étrangers, lui vaudra, très sûrement, de nombreux éloges et la plus haute considération parmi tous ses confrères.

Je n'exposerai pas ici tout ce qu'il dit sur les diverses sources de *Panticosa*, je traduirai seulement un passage de son travail, relatif à l'eau *azootico-saline del Higado*, afin d'engager les médecins français à faire jouir leurs malades de l'action bienfaisante de cette source, au lieu de les envoyer à des établissemens thermaux beaucoup moins efficaces:

« Cette admirable et bienfaisante source, dit M. Herrera, qui seulement connaît actuellement dans le globe une compagne presque aussi abondante qu'elle en gaz azote, est le *joyau* précieux de l'établissement et la cause du plus grand concours de monde. Sa renommée et sa réputation sont déjà très étendues dans diverses provinces, et cette opinion, nullement exagérée, s'étendra chaque année davantage. L'observation journalière prouve que les justes éloges qu'on lui accorde, et les brillans résultats qui tous les ans s'observent par l'usage de ses eaux, arriveront à lui ériger un trône de gloire et de triomphe, et la placeront en première ligne pour le traitement des souffrances dépendantes d'une augmentation des actions vitales, de l'irritation chronique des différens organes, et particulièrement de ceux qui servent *à la respiration*. Analyse de leurs principes, témoin de leurs bontés, observateur de leurs salutaires effets, je puis annoncer leur future gloire et l'espérer avec quelque fondement.

» L'eau de cette précieuse source, qui abonde si fort en gaz azote, élément essentiel et nécessaire à notre organisation, caractère distinctif naturel des matières animales, est un excellent médicament pour certaines maladies très graves, rebelles et réputées incurables. Le gaz nitrogène qui minéralise l'eau, conduit par le torrent circulatoire, dans la masse générale des humeurs, proportionne les principes des réparations et introduit dans nos tissus et nos organes des changemens élémentaires de composition, *mediante la indivisibilidad atomica de las actiones vitales*, moyennant l'indivisibilité atomique des actions vitales, et mêlé avec les autres corps qui composent notre économie, modifie, change et régularise son état anormal, produisant, de cette manière, des effets curatifs très perceptibles, principalement dans tous ces maux qui sont caractérisés par *une irritation notable ou par l'excessive activité de la respiration et de la circulation* (2).

(La fin au prochain numéro.)

(1) A Saragota, endroit de l'Amérique septentrionale, vers la rivière d'Hudson.

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ DE CHIMIE PATHOLOGIQUE APPLIQUÉE A LA MÉDECINE PRATIQUE;

Par M. Alfred Becquerel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de Lourcine, etc., et par M. A. Rodier, docteur en médecine, etc. — Un vol. in-8° de x-608 pages. Paris, 1854, Germer-Baillière, libraire.

Je ne veux pas chicaner sur le titre de cet ouvrage; je dirai seulé-

(1) *Memoria acerea de las aguas y banos minerales de Panticosa.*
(2) C'est là une pure hypothèse.

---

sit tout entière à la pratique et à l'expérience : *Serapion, primus omnium, nihil hanc rationalem disciplinam ad medicinam pertinere professus, in usu et experimentis eam posuit.* »

Sérapion était d'Alexandrie, et vivait très peu de temps après Philinus, son maître. Il ne nous reste rien des écrits dont il fut l'auteur, et dont le nombre, au dire de Galien, était fort considérable. Du reste, si l'on en croit le médecin de Pergame, Sérapion, pour achever sa ressemblance avec Thessalus et faire le digne pendant du médecin méthodiste, était, comme ce dernier, un homme vain, orgueilleux, insolent, sans mœurs ni probité; il affectait un souverain mépris pour les médecins qui l'avaient précédé, et en particulier pour Hippocrate; dans le délire de son fol orgueil, il soutenait hautement que la science commençait à lui, Sérapion, que lui seul possédait les principes de la vraie médecine, et que les travaux des autres médecins n'avaient servi qu'à propager l'erreur et le mensonge. Souple, d'ailleurs, et servile avec les grands, la bassesse de ses flatteries et ses lâches complaisances à leur égard n'avaient d'égal que sa morgue et son insolence envers les autres. Il ne serait peut-être pas impossible de trouver, près de nous, quelque moderne Sérapion.

Cet auteur nous montre un exemple frappant des inconvéniens de cette philosophie, ou plutôt de cette non-philosophie, qui consiste à se livrer uniquement à l'observation des faits, sans chercher à faire intervenir le jugement et la raison pour en apprécier la valeur et la signification. Nous avons dit qu'Hérophile avait une grande confiance dans les médicamens, mais ce n'était rien auprès de celle qui animait Sérapion. Ce médecin, ce chef célèbre d'une grande école médicale, puissante par les principes d'éternelle vérité qu'elle a trouvés et proclamés; Sérapion, enfin, ne craignait pas de conseiller et de prescrire contre une maladie terrible, l'épilepsie, des remèdes tels que le suivant, dont Cælius Aurelianus nous a conservé la formule :

Cervelle de chameau;
Excrémens de crocodile;
Cœur d'hyène;
Sang de tortue;
Testicule de sanglier.

Comme on peut le voir, par cet exemple, Sérapion avait largement appliqué à la pratique médicale les principes théoriques de l'empirisme. Aucun remède, quelque absurde, ridicule ou dégoûtant qu'il fût, ne trouvait de répugnance auprès de ce médecin, qui avait l'habitude d'employer contre l'hystérie... les *amulettes!*

Si Sérapion fut le Thessalus de l'école empirique, qu'il déshonora par la bassesse de son caractère, Héraclide (de Tarente) en fut le Soranus, et la releva par l'éclat de sa gloire et de sa dignité personnelles. Nous ne pouvons donner une meilleure idée de ce médecin, l'homme le plus considérable de la secte empirique, qu'en citant le passage suivant de Galien, phrase très courte, il est vrai, mais qui, émanée d'une telle plume, vaut, à elle seule, tout un éloge : « Héraclide *ne parla jamais contre la vérité pour défendre les intérêts de sa secte*; il possédait, au plus haut degré, la science et l'art de la médecine. »

Cælius Aurelianus l'appelle : *le plus éminent, le plus noble et le plus illustre des empiriques.* Héraclide avait beaucoup écrit. Entre autres ouvrages, il en avait composé un considérable sur *les maladies* où étaient exposées les doctrines et la pratique de l'école célèbre à laquelle il appartenait. Suivant les tendances de sa secte, Héraclide s'était particulièrement occupé des médicamens. Il est un des premiers qui aient employé l'opium dans le traitement des maladies, et il paraît que, dans sa pratique, il en faisait un fréquent usage. L'introduction de l'opium, en thérapeutique, était, à cette époque, une innovation hardie et qui ne pouvait être que le fait des empiriques, médecins audacieux, s'il en fut. La prévention que l'on avait contre l'opium, la terreur qu'inspirait au public, même médical, cet agent mystérieux, venu des contrées lointaines, étaient si grandes que beaucoup de médecins n'osaient l'employer, si ce n'est à l'extérieur, sous forme de frictions, ou en le faisant simplement respirer aux malades.

Héraclide (de Tarente) passait, dans l'antiquité, pour un des plus habiles commentateurs d'Hippocrate. Il est vraisemblable que, fidèle à l'esprit de sa secte, il dut chercher à mettre en relief le côté pratique des œuvres du père de la médecine.

Zeuxis, et trois médecins du nom d'Apollonius, à savoir : Apollonius Empiricus, Apollonius Biblas et Apollonius (de Citium), de beaucoup postérieur aux deux autres, tous empiriques, furent également des commentateurs d'Hippocrate. Le hasard a voulu que, du dernier Apollonius, il nous restât quelque chose, une partie de son *Commentaire* sur le *Traité des articulations : Habent sua fata libelli.*

A la suite des deux premiers Apollonius, se place Zopyre, médecin empirique qui vivait à Alexandrie, à la cour des Ptolémée. La détermination précise de l'époque à laquelle ce médecin a vécu, résulte de ce fait qu'il entretenait une correspondance active avec le grand roi Mithridate. Leurs lettres roulent sur un sujet qui avait, pendant toute sa vie, occupé l'illustre adversaire des Romains, c'est-à-dire sur les *poisons* et les *antidotes*. Zopyre avait fait sur ce sujet des études spéciales; il avait composé un traité des *plantes vénéneuses*, et prétendait avoir trouvé un antidote général qu'il appelait *ambrosiaque*. Il engage souvent, dans ses lettres, le roi Mithridate à faire des expériences sur son antidote universel.

Si l'on en croit Oribase, Zopyre aurait également écrit un traité de matière médicale, dans lequel les médicamens étaient classés, d'après leur mode d'action réelle ou présumée, en *diurétiques, sudorifiques, astringens, suppuratifs, expectorans, galactagogues*, c'est-à-dire propres à favoriser la sécrétion du lait.

C'est après Zopyre qu'il faut placer Apollonius (de Citium), Posidonius, Theudas ou Théodas cité par Galien, comme l'un des meilleurs écrivains de la secte empirique; Ménodote, qui enrichit la méthode empirique d'un nouveau moyen, l'*épilogisme*, que nous étudierons plus tard en parlant de cette méthode; Lycus, Eschion, Calliches, médecins antérieurs à Galien, et dont le dernier touche presque à l'époque galénique.

A l'apparition de Galien, la secte empirique devint ce que devinrent toutes les autres écoles médicales, elle disparut absorbée dans l'immense éclectisme de ce génie puissant et dominateur.

ment qu'on en pouvait trouver un plus vrai et qui exprimât plus exactement les intentions des auteurs et le but qu'ils ont cherché à atteindre. Ces intentions et ce but sont clairement indiqués dans cette phrase de leur préface, qui vaut mieux que leur titre : « Nous ne saurions trop » répéter ici que nous n'avons voulu en aucune manière faire un ou- » vrage de chimie, mais bien plutôt une application des connaissances » chimiques à la médecine proprement dite, et en particulier à l'ana- » tomie pathologique. » C'est bien là ce qu'ont voulu faire les auteurs et ce qu'ils ont réalisé souvent avec bonheur.

L'ouvrage se compose de six chapitres.

Le premier est consacré aux liquides qui contribuent à former le sang, *lymphe* et *chyle*. C'est le plus court de tous, il n'a pas cinq pages d'étendue, et c'est moins la faute des auteurs que celle de la science, qui est fort pauvre sur ce point. On ne connaît que trois analyses de la lymphe, l'une faite par Gmelin, l'autre par Marchand et Colberg, la troisième par M. L'héritier, et ces trois analyses présentent des différences si considérables, qu'il faut douter que la composition chimique de ce liquide soit encore bien connue. Quant au chyle, on n'en connaît qu'une analyse, chez l'homme, celle de Rees; l'étude pathologique de ce liquide est encore à faire.

Le second chapitre est consacré au *sang*. C'est le plus étendu de l'ouvrage, il en forme le tiers; c'est aussi le plus intéressant.

Après un historique que les auteurs auraient peut-être rendu plus complet encore, en réalisant la savante bibliographie hématologique de M. Babington (œuvres de J. Hunter, traduct. de M. Richelot), MM. Becquerel et Rodier exposent la composition générale du sang et les procédés suivis dans son analyse. C'est dans l'ouvrage même qu'il faut lire ces détails qu'il faudrait reproduire en entier pour qu'ils fussent compris.

Ils passent ensuite à l'étude des variations de chacun des principes constituans du sang.

Eau. — La quantité d'eau contenue en moyenne dans le sang peut être estimée de 780 à 800 pour 1000 du sang considéré en masse. Cette quantité est susceptible de variations assez considérables, de 880 à 740; c'est-à-dire que les proportions d'eau peuvent diminuer et augmenter. Le cas de diminution est le plus rare. Les auteurs n'ont trouvé cette diminution que dans certains cas de pléthore (lesquels?), dans quelques cas d'ictère simple, enfin, et surtout chez un certain nombre de sujets atteints de choléra épidémique. En dehors de ces faits, disent-ils, la diminution de l'eau est tout accidentelle, toute fortuite et ne saurait être rattachée à rien de positif.

Les cas d'augmentation de la quantité de l'eau sont les plus communs; on l'a constaté dans une foule d'états morbides, dans la diète prolongée, la privation absolue d'alimens, les pertes sanguines un peu notables, les flux considérables, les suppurations abondantes, les hydropisies intenses, les diarrhées prolongées, les sialorrhées considérables, certaines intoxications (paludéenne, saturnine), certaines diathèses (cancéreuses et tuberculeuses).

Globules. — Les auteurs exposent leurs caractères microscopiques, ils déterminent leur quantité moyenne ou physiologique (145 et 125 pour 1000 grammes de sang), et étudient leur augmentation et leur diminution. Ils n'ont rencontré l'augmentation que dans trois circonstances particulières : 1° dans certains cas de pléthore (?) ; 2° dans quelques cas d'ictère simple essentiel; 3° dans un certain nombre de cas de choléra épidémique. En dehors de ces trois circonstances, ils regardent l'augmentation des globules comme un fait exceptionnel, et qui ne saurait être rattaché à aucun principe général.

La diminution des globules est un fait excessivement fréquent, au contraire. Les auteurs la divisent en trois degrés; diminution *légère* (globules entre 100 et 120), se traduisant par un certain degré de débilité et de pâleur de la face, quelquefois par un bruit de souffle au premier temps du cœur, et un bruit de souffle intermittent dans les carotides; diminution *médiocre* (chiffres compris entre 80 et 100), se traduisant par une débilité et une décoloration des tégumens plus notables, quelques palpitations, un peu de dyspnée, bruit de souffle à la base du cœur et dans l'aorte, ainsi que dans les carotides, mais intermittentes dans ces derniers vaisseaux; diminution *considérable* (chiffres compris entre 40 et 80), celle-ci beaucoup plus rare que la précédente, et se traduisant par une pâleur et quelquefois par une couleur verdâtre de la peau, diminution des forces, dyspnée, palpitations, bruit de souffle au cœur, intermittent dans les grosses artères, continu dans les veines, etc.

Albumine. — Après avoir indiqué la quantité normale d'albumine contenue dans le sang (80 grammes pour 1000 grammes de sérum), les auteurs étudient son augmentation et sa diminution, la première, fait rare et très exceptionnel, qu'on ne peut rattacher à aucun principe général, et qui ne se traduit par aucune expression pathologique particulière; la diminution, qu'ils divisent aussi en trois degrés, *légère* (60 et 70), *notable* (50 et 60), *considérable* (40 et 50), conditions qui se traduisent par un état pathologique à peu près identique, et qui correspondent à son degré d'âcreté ou de chronicité.

Fibrine. — Les auteurs estiment en moyenne la quantité de fibrine normalement contenue dans le sang à 2,5. Les limites physiologiques doivent être placées à 2 et à 3. En deçà et au-delà, les proportions de fibrine doivent être considérées comme l'expression d'un état pathologique. Relativement à l'augmentation et à la diminution de la quantité de fibrine, les auteurs n'ont eu qu'à reproduire les beaux résultats indiqués par MM. Andral et Gavarret, et qui sont si généralament connus aujourd'hui, qu'il est inutile de nous y arrêter.

Matières grasses. — Les auteurs indiquent avec soin l'état de la science sur ce sujet, et passent en revue la *séroline*, la *cholestérine*, le *savon* contenu dans le sang, la *matière grasse phosphorée*.

Vient ensuite l'étude des *sels inorganiques* contenus dans le sang, le *chlorure de sodium* qui s'y trouve en quantité considérable (3, 5 p. 1000), le *carbonate de soude* (2,5), le *phosphate de chaux* (0,350), sels dont les proportions diminuent ou augmentent dans les états pathologiques indiqués par les auteurs; le *fer* dont la quantité normale moyenne est de 0,550, qui ne se trouve que dans les globules et dont les proportions varient avec les variations des proportions de ces derniers; les matières ou substances qui peuvent se trouver accidentellement dans le sang, comme l'*urée*, le *sucre*, le *pus*, etc., à chacune desquelles les auteurs ont consacré un article étendu, et qui indique suffisamment l'état de la science.

Les auteurs exposent ensuite les différences du sang dans l'organisme, différences entre le sang artériel, le sang veineux et le sang menstruel, selon les sexes, l'âge, la constitution, le tempérament, l'alimentation. Ils étudient les modifications imprimées au sang par l'imminence morbide, pléthore, anémie légère, grossesse, et, dans une section très étendue, ils étudient les altérations du sang dans les maladies considérées en particulier.

MM. Becquerel et Rodier terminent cette longue exposition de l'histoire chimique du sang par les réflexions suivantes :

« Nous terminerons ici l'histoire chimique et pathologique du sang. Dans cet exposé, déjà bien long, nous avons eu surtout pour but d'établir l'état de la science et de montrer les lacunes qui restent encore à remplir pour construire, d'une manière complète, l'hématologie de l'homme.

» Ces lacunes sont nombreuses. D'abord, sous le point de vue chimique, la nature des matières extractives du sérum, matières qui jouent sans doute un rôle très important dans l'état physiologique et dans l'état pathologique, est à peu près complètement inconnue. C'est là cependant que l'on trouvera probablement la clef de beaucoup de phénomènes dont l'explication nous échappe, surtout en ce qui concerne les métamorphoses des élémens absorbés par le sang.

» L'histoire des sels organiques et inorganiques du sang est actuellement à peine ébauchée.

» On ne connaît pas encore les moyens d'obtenir directement et avec une grande exactitude le poids des globules du sang.

» L'histoire des matières grasses n'a encore été qu'indiquée.

» La présence dans le sang des principes immédiats qui vont constituer les principaux élémens de ce liquide est à peine tracée, et leur existence est même mise en doute.

» Enfin, les conversions qui s'opèrent dans le sang pendant la respiration et sous l'influence du mouvement de composition et de décomposition des tissus, sont encore fort obscures.

» D'un autre côté, même en ne considérant que les procédés d'analyse connus, dans combien d'états morbides n'ont-ils pas encore été appliqués? Combien y a-t-il de maladies aiguës et chroniques dans lesquelles la connaissance des altérations du sang est encore un mystère ? »

Il y a une lacune dans ces réflexions et c'est là le reproche qu'on pourra faire à cet ouvrage, d'ailleurs, très estimable et utile, c'est l'absence d'appréciation des découvertes déjà faites et de leur influence sur la pratique de l'art. J'ai lu avec attention tout ce que les auteurs disent à cet égard, et je n'ai vu nulle part qu'ils aient osé exprimer une opinion nette et formelle. Il y a plus, les conséquences pratiques qu'ils tirent des travaux hématologiques manquent quelquefois tellement d'accent et de précision que le lecteur n'y trouvera certainement aucune règle de conduite. Je citerai, par exemple, ce qu'ils disent de l'état du sang dans la grossesse :

« La pléthore et la disposition aux congestions, si communes dans la » grossesse, réclament impérieusement l'emploi de la saignée ; et, d'un » autre côté, les émissions sanguines ne peuvent qu'augmenter la dimi- » nution des globules et celle de la fibrine. C'est au praticien à exami- » ner, d'une part, l'intensité de la pléthore, et de l'autre, la nature » probable des altérations du sang, afin de prendre une détermination » utile à la malade. » (Page 103.) De pareils préceptes sont, on en conviendra, peu compromettans pour l'hématologie. Et plus loin (page 127), relativement à la fièvre typhoïde : « Les résultats de l'analyse du » sang, dans la fièvre typhoïde, peuvent-ils conduire à des connais- » sances thérapeutiques? *Nous croyons être en mesure de pouvoir* » *résoudre en partie cette question.*

» La connaissance de la composition du sang doit tendre à faire » rejeter l'emploi des émissions sanguines dans la plupart des cas, » sauf toutefois lorsqu'il y a des complications phlegmasiques. Com- » ment en serait-il autrement? Nous avons démontré plus haut que » les émissions sanguines appauvrissent progressivement le sang ; et » dans la fièvre typhoïde ce liquide tend déjà bien assez lui-même » à s'appauvrir ; on ne doit donc pas favoriser cet appauvrissement » qui ne manquerait pas de se produire seul, surtout à l'égard de la » fibrine.

» De plus, on doit se rappeler que la fièvre typhoïde est une maladie » longue, très grave et pour laquelle il faut conserver au malade le » plus de forces possible, afin qu'il puisse supporter non seulement la » maladie avec tout son cortège d'accidens, mais encore sa convales- » cence. Les émissions sanguines trop considérables empêcheraient ce » résultat. »

Franchement, ce langage s'il est plus légitime aujourd'hui, n'est pas nouveau, et d'ailleurs sa légitimité est contestée par les partisans des émissions sanguines qui, comme on le sait bien, tirent de tout autres conséquences de l'hématologie moderne.

Je ne veux pas insister sur ces simples réflexions, car je ne suis un adversaire d'aucun des progrès récens et ni d'aucune des applications des sciences physiques et chimiques à la médecine. Seulement avec le médecin de notre époque qui a le plus contribué à répandre le goût de la chimie pathologique, avec M. Andral, je pense que la chimie a introduit de précieux élémens d'investigation dans la pathologie, mais que leurs conséquences thérapeutiques sont encore plus en puissance que réelles et palpables.

Je voudrais pouvoir suivre les auteurs dans les détails des chapitres suivans consacrés à l'étude des liquides sécrétés par les glandes, par les membranes, aux altérations pathologiques des tissus, aux produits pathologiques de nouvelle formation, etc., chapitres traités avec le même soin et dans lequel l'état de la science sur ces points divers se trouve exposé. En éloignant de leur ouvrage toute préoccupation doctrinale, MM. Becquerel et Rodier se sont peut-être privés d'un élément d'attrait pour le lecteur. Mais ils n'ont voulu faire et ils n'ont fait qu'un inventaire exact des connaissances actuelles sur la chimie patho-

---

Toutefois, peu après Galien, dans la première partie du IIIe siècle de l'ère chrétienne, parut un homme important, Sextus Empiricus, que ses doctrines rattachent à l'école empirique. Il ne nous reste rien de lui, et c'est grand dommage, car c'était un homme éminent, non seulement comme médecin, mais encore comme philosophe. Sa plume féconde enfanta un grand nombre d'ouvrages, dont les plus estimés étaient un livre intulé : *Mémoire empirique*, et deux œuvres philosophiques de premier ordre, ayant pour titre, l'une : *Contre les mathématiques*, l'autre : *Hypotypose pyrrhonienne.* Dans ce dernier ouvrage, Sextus Empiricus passait en revue toutes les branches des connaissances humaines pour faire, dans chacune, la part du certain et de l'incerain. Il montrait que la part de celui-ci était beaucoup plus considérable que celle de l'autre. Il y traçait également l'histoire des diverses sectes philosophiques de l'antiquité : stoïcienne ou spiritualiste, épicurienne ou matérialiste, pyrrhonienne ou sceptique, etc., etc.

M. Dézeimeris a proposé à tort, selon nous, de ranger parmi les empiriques, un médecin du nom de Cassius Iatrosophe, qui vivait peu de temps après Asclépiade. Ce personnage remarquable appartenait plutôt à l'éclectisme qu'à l'empirisme. Il nous reste de lui un ouvrage miraculeusement échappé au naufrage général et qui a pour titre : *Problèmes naturels* et *médicaux.* C'est une série de 84 propositions plus ou moins complexes, où l'on voit que l'auteur s'était fait une doctrine du mélange de toutes les idées possibles émises en philosophie et en médecine ; où, tour à tour, hérophiléen, érasistratéen, dogmatique, pneumatique, méthodique, empirique, il réfléchit tous les divers points de vue auxquels se sont placés les systématisateurs de la médecine. Il pose des questions, et suivant les caprices de son esprit, il les résout dans le sens de telle ou telle école. Examinons quelques-unes de ces propositions qui ne manquent pas d'un piquant intérêt :

Cassius avait vu ou lu que dans les cas où la cause organique de la paralysie existe dans le cerveau, la paralysie est *croisée* ; il en cherche le pourquoi : *parce que*, dit-il, *dans le cerveau les nerfs s'entrecroisent !* Cette réponse mérite d'être soulignée.

Dans un autre endroit, l'auteur, traitant de la fièvre qu'il rapporte à une augmentation de la chaleur innée, demande pourquoi cet accroissement de chaleur. Au XVIIIme siècle, Huxham, cherchant à résoudre cette même question, établit, suivant les idées Iatro-mécaniciennes, que l'augmentation de la chaleur est due au frottement exagéré que les globules du sang, exercent contre les parois des vaisseaux dans lesquels ils roulent animés d'un mouvement plus rapide que de coutume. Voilà ce que disait Huxham, et voici ce que disait, dix-huit cents ans avant lui, Cassius Iatrosophe. Le frottement exagéré des *atomes* qui se meuvent dans les *pores* (conduits) avec plus de rapidité, est la cause de l'augmentation de la chaleur dans la fièvre. Substituez les vaisseaux aux *pores*, et les globules aux atomes, où est la différence entre l'idée d'Huxham et celle de Cassius ?

Tour à tour, observateur et théoricien, à la manière tantôt d'Asclépiade, tantôt d'Érasistrate, etc., Cassius Iatrosophe prend un peu à tous les systèmes. C'est ainsi que, devenant érasistratéen ou pneumatiste à la façon d'Érasistrate, il fait jouer, au pneuma (air), un certain rôle dans quelques phénomènes morbides. L'asphyxie, par exemple, est due à l'épuisement du pneuma contenu dans les artères. — Si le pouls est fréquent, c'est que le pneuma est agité par la chaleur, etc., etc.

Après ce coup d'œil, jeté sur l'ensemble des médecins de la secte empirique, exposons brièvement la méthode d'observation, trouvée par elle, la méthode philosophique dont elle se servait comme d'un guide sûr et fidèle pour aller à la découverte de la vérité.

(La suite du cours prochainement.)

COURRIER.

Dans la dernière séance de la Faculté de médecine, a été lu le rapport d'une commission nommée pour étudier l'opportunité de la conversion d'une chaire de chimie en une chaire de pharmacologie et de toxicologie. La commission s'est montrée favorable à cette transformation, et la Faculté partage le sentiment de la commission.

— Il y a en ce moment trois fauteuils vacans à l'Académie des sciences ; dans la section d'astronomie, un fauteuil, celui de M. Arago, qui avait succédé en 1809 à Lalande, et en 1830, comme secrétaire perpétuel, à Fourier. Dans la section de botanique, deux fauteuils : ceux de M. Auguste Saint-Hilaire, qui avait succédé en 1830 à Lamarck, élu en 1795; de M. Adrien de Jussieu, élu en 1831 à la place de Dupetit-Thouars. Ce fauteuil avait été occupé en 1806 par Palissot de Beauvois, en 1795 par Adanson.

— On écrit de Munich, le 23, que le directeur de l'Institut égyptien venait de recevoir du pacha d'Egypte l'ordre de faire rentrer tous les jeunes élèves qui étudient la médecine et la chirurgie dans leur pays, pour être employés dans l'armée turque.

— Le journal *El Porvenir Medico*, signale un fait qui, s'il se reproduisait souvent, ne serait rien moins que la négation de tout droit médical. Un individu complètement étranger à l'art de guérir, et ne possédant aucune espèce de grade, a été autorisé, par ordonnance royale, à exercer la médecine à Barcelonne. Cet acte de bon plaisir a soulevé les justes réclamations de la presse médicale espagnole. Le *Porvenir* et le *Boletin de medecina* invitent le corps médical à protester et à demander le retrait de l'ordonnance.

---

logique, et, à ce point de vue, cet ouvrage mérite l'attention et les suffrages du public.

Amédée LATOUR.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

Séante à la Faculté de médecine.

Présidence de M. BARTH. — (Extrait des procès-verbaux.)

Rapport sur le BULLETIN *de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne*, par M. Ludger LALLEMAND.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 18 Octobre.)

Observations diverses de médecine et de chirurgie.

Le *Bulletin* contient trois observations de croup.

Dans la première, la malade, âgée de 4 ans 1/2, subit la trachéotomie au moment des phénomènes asphyxiques, et mourut six jours après l'opération. A l'autopsie, on trouva que les fausses membranes avaient envahi les bronches jusqu'aux dernières ramifications, où elles présentaient des cylindres pleins, moulés exactement sur le calibre des canaux aériens. Il n'existait pas de fausses membranes depuis le larynx jusqu'à la bifurcation de la trachée, ce qui s'explique par les instillations d'eau aiguisée d'azotate argentique, et les écouvillonnemens répétés pratiqués pour débarrasser ce conduit.

Dans la seconde observation, dont le sujet est un petit garçon âgé de 4 ans, le trachéotomie fut pratiquée et le malade sauvé.

Le sujet de la troisième mourut au bout de trois jours de maladie ; la trachéotomie ne fut pas pratiquée.

M. Bardinet rapporte un cas d'angine laryngée œdémateuse, observée chez un jeune soldat qui avait accusé une douleur à la gorge la veille seulement, et qui mourut au moment de son entrée à l'hôpital.

L'istbme supérieur du larynx était le siége d'inflammation et de gonflement œdémateux, surtout sur le repli aryténo-épiglottique droit. Cependant, le conduit aérien n'était pas obturé complètement par l'œdème sous-muqueux.

M. Bardinet explique parfaitement le mécanisme de la mort, en disant qu'au moment de l'inspiration, les deux replis aryténo-épiglottiques, siége de l'œdème, attirés l'un contre l'autre, par le vide fait dans la poitrine, ont obturé complètement l'ouverture supérieure du larynx et amené l'asphyxie. Il rappelle l'expérience concluante faite à ce sujet, par M. Barnier, qui introduisit une sonde dans la trachée d'un enfant mort d'œdème de la glotte, et qui faisant le vide dans la poitrine par aspiration, a vu les deux replis aryténoïdiens se rapprocher au point d'obturer l'orifice laryngien.

M. Bardinet présente l'observation d'une luxation sous-pubienne du fémur droit, chez un homme de forte constitution. Le signe suivant lui paraît être caractéristique de cette luxation. Le genou du côté droit est de quatre travers de doigt plus saillant, plus allongé que celui du côté sain. Mais si on mesure la distance qui sépare l'épine iliaque antérieure et supérieure du bord inférieur de la rotule, le membre sain étant allongé et le membre malade dans sa position anormale, la distance du côté sain est aussi de quatre travers de doigt plus grande que du côté malade. En effet, le genou du côté malade descend plus bas que l'autre, parce que la tête du fémur, logée dans le trou sous-pubien, est plus basse que celle du fémur opposé, qui reste dans la cavité cotyloïde.

D'une autre part, la rotule du côté malade est plus rapprochée de l'épine iliaque antérieure et supérieure, parce que le fémur, au lieu de se porter directement en bas, s'est incliné en dehors et en haut.

Pour la réduction, le malade fut couché sur une table, le bassin sur le bord de ce meuble, les cuisses relevées par des aides. Le chirurgien, à genoux devant le malade, placa sur son épaule le creux du jarret du membre luxé, et pendant qu'un aide faisait l'extension sur le pied, il se redressa en appuyant les mains sur la table, et imprima au fémur un puissant effort de traction, qu'il diriga de manière à porter la tête de cet os vers la cavité de réception.

Ce procédé, dit M. Bardinet, consiste à substituer l'action puissante de l'épaule à celle de l'avant-bras et de la main; cette substitution permet d'ajouter à la flexion proprement dite une traction extrêmement puissante du fémur.

M. Bardinet présente ensuite l'observation très intéressante, à cause de sa rareté, d'une luxation de l'humérus en arrière, réduite par la méthode de Witte.

Le sujet de l'observation avait fait une chute sur le coude porté en avant: la saillie, formée par le moignon de l'épaule, n'existe plus; le bord de l'acromion fait relief; au-dessous de lui on sent un vide; on ne trouve la tête de l'humérus ni en avant, ni dans l'aisselle; en arrière de la cavité glénoïde, au-dessous de l'épine du scapulum, au niveau du point où naît l'acromion, existe une tumeur arrondie, saillante, que la maigreur du malade permet de reconnaître pour la tête de l'humérus; le bras est dirigé de haut en bas et d'arrière en avant, de manière à croiser l'axe du corps, comme l'a vu M. Sédillot; contrairement à l'observation d'Astley Cooper, l'avant-bras, placé en pronation, ne peut être ramené en supination.

Le chirurgien fit asseoir le malade par terre, saisit son poignet et ramena le bras en dehors, puis en haut dans une direction verticale et le confia à un aide. Pendant qu'il pressait sur l'acromyon, de haut en bas et sur la tête de l'humérus de bas en haut, il fit abaisser rapidement le bras en lui faisant décrire un arc de cercle en dehors. La luxation fut réduite sans bruit.

Le même chirurgien présente l'observation d'un homme qui se fractura le fémur dans un effort musculaire. Ce malade avait eu des affections syphilitiques mal soignées. La consolidation n'eut lieu qu'après une médication spécifique malgré laquelle il resta un gonflement considérable de l'os.

Il est probable que le fémur avait, avant l'accident, subi une altération dans sa texture.

Dans un cas analogue, un jeune soldat se fractura l'humérus dans un effort musculaire. Il était de bonne constitution et n'avait pas eu de maladies vénériennes ; mais depuis dix mois il éprouvait, à la partie moyenne du bras, siége de la fracture, une douleur fixe et circonscrite. M. Bardinet pense, conformément à l'opinion de M. Malgaigne, que cette douleur était le signe d'une inflammation locale du *tissu osseux* qui, en altérant la résistance de l'os, a facilité la fracture, sous l'action d'un effort musculaire même peu considérable.

M. Raymondaud lit un mémoire sur une tumeur inguinale de nature douteuse. Il s'agit d'un jeune homme portant dans l'aine droite, au-dessus de l'arcade crurale, une tumeur volumineuse. Le malade appartenant à une Société de secours mutuels, dont les membres ont le privilége de se faire soigner aux frais de la Société, excepté pour les maladies causées par la débauche, il venait prier le médecin de constater que sa maladie n'était pas vénérienne. L'absence de tout accident primitif, le siége de la tumeur, la fréquence maintenant connue d'adénites inguinales sans causes infectantes, permirent au médecin de conclure que cette affection était due à une cause traumatique. Le malade s'était heurté la région inguinale contre un meuble quelques jours auparavant.

Il paraît que la Société de secours mutuels est très scrupuleuse dans l'emploi de ses fonds; elle ne se contenta pas de cette assertion, et, pensant que deux avis valent mieux qu'un, elle soumit le malade à l'examen d'un autre médecin, qui affirma aussitôt l'existence d'un bubon vénérien.

M. Raymondaud a cherché à faire prévaloir son opinion devant la Société médicale, par une analyse sage, complète et judicieuse des différentes tumeurs de l'aine et surtout du diagnostic différentiel entre les adénites idiopatbiques et les adénites syphilitiques.

Mais il aurait pu être plus explicite sur la cause immédiate de cette adénite, qui, sans doute, dans ce cas, comme il arrive généralement, était le résultat d'une irritation sur un point plus ou moins éloigné du trajet des lymphatiques qui aboutissaient au ganglion tuméfié.

M. Bardinet rapporte un cas d'oblitération congéniale du rectum, chez un enfant nouveau-né. L'orifice anal était bien conformé et terminé, à un centimètre de profondeur, par un col adhérent à un cordon fibreux plein, long de 15 millimètres, se continuant par l'autre extrémité avec le rectum, lequel se terminait également en ce point, par un cul-de-sac régulièrement arrondi.

Ce vice de conformation, dit M. Bardinet, est nommé, par M. Cruveilhier, oblitération du rectum par interruption. Il est probable que cette oblitération est le résultat d'une maladie locale de l'intestin, qui aura déterminé l'adhésion des deux parois opposées et transformé cette portion du rectum en un cordon fibreux. Il serait possible que les oblitérations du rectum par interruption complète dont parle M. Cruveilhier, et auxquelles M. Bardinet rattache le cas actuel, fussent dues à la même cause et à la résorption interstitielle consécutive du cordon fibreux, qui unit les deux portions de l'intestin.

Le *Bulletin* contient une notice sur Dupuytren, rédigée par M. Bardinet, sécrétaire général de la Société.

L'auteur n'a pas voulu faire, après MM. Pariset, Donné, Cruveilhier, l'éloge du grand chirurgien dont la France s'honore; mais élève de Dupuytren et gardant le pieux souvenir du maître, il a obéi à la prière de ses confrères qui ont désiré se faire raconter à Limoges, dans le sein de la Société médicale de la Haute-Vienne, la vie de leur illustre compatriote.

J'ai lu avec un grand intérêt cette notice, qui retrace, en termes vifs et chaleureux, la carrière de Dupuytren. Je ne chercherai pas à rappeler devant vous, messieurs, des faits qui sont dans la mémoire de tous. Il est des hommes dont l'existence fut si brillante, que leur nom seul rappelle leur gloire. On citera toujours le nom de Dupuytren comme on cite ceux d'Ambroise Paré, de Boyer, de Larrey, et ces noms seront, dans tous les temps, les plus nobles et les plus belles illustrations de la chirurgie française.

Le *Bulletin* se termine par la reproduction d'un document bistorique curieux. Ce sont les Statuts de la corporation des médecins de la ville de Limoges, promulgués par une ordonnance royale de 1646.

Si je ne craignais, Messieurs, de fatiguer votre attention et d'étendre les bornes de ce rapport déjà trop long, je vous rapporterais plusieurs des articles contenus dans les Statuts. Je vous demande la permission d'en citer quatre.

Article 2 : « Il est fait défense à tout empirique, charlatan abuseur » et ignorant, d'exercer la médecine sous peine de 150 livres d'amende » pour la première fois ; pour la seconde, d'être chassé ignominieuse- » sement de la ville ; et pour la troisième, de punition corporelle. »

On voit que la législation était alors bien plus généreuse pour notre profession que la législation de nos jours.

L'article 8 porte que « tout nouveau médecin arrivant à Limoges, » pour y exercer son art devra se présenter devant le Collége des » médecins de la ville. Si le nouvel arrivant est docteur des Universités » de Paris ou de Montpellier, le Collége pour l'honneur et révérence » desdites Universités, n'exigera que l'explication d'un apborisme d'Hip- » pocrate pris au hasard. Si le nouveau médecin n'appartient pas au » précédentes Universités il ne pourra être agrégé au Collège qu'après » un examen sérieux et complet sur toute les branches de l'art de » guérir. »

Article 23 : « Les médecins vivront ensemble en bienveillance, ne » détracteront ni ne médiront les uns des autres, et n'entreprendront sur » leurs collègues en ce qui concerne l'exercice de leur état, comme » étant chose mal séante à gens de lettres, et qui apporte scandale et » mépris des médecins et de leur profession, même envers le peuple. » Ils s'honoreront et respecteront mutuellement, notamment leur doyen » et ancien. Et étant appelés en commune visite et cure des maladies, » se montreront modestes, civils et discrets, parlant chacun à son rang, » et déférant au plus ancien le rapport au malade du résultat de leur » avis. »

L'article 30, le dernier que je veuille citer, est conçu dans une pensée touchante au point de vue de l'humanité et de la religion. « Pour em- » pêcher que les malades n'entrent en étonnement quant au progrès de » la maladie, ou leur fera savoir de pourvoir à leur âme et à leurs » affaires, comme il est convenable à tous chrétiens, et les médecins les » en avertiront eux ou leurs parens dès la première, seconde ou troi- » sième visite. »

J'ai essayé, Messieurs, de vous donner une idée des travaux de la Société de médecine et de pharmacie du département de la Haute-Vienne, pendant l'année 1852. Ces travaux ont fourni des faits intéressans, quelquefois nouveaux, étudiés avec beaucoup de soin et présentés souvent avec des idées neuves et originales, qui pourront avoir des applications importantes.

En félicitant nos confrères d'avoir mis en commun leurs efforts et leurs travaux dans une association scientifique, nous ne pouvons que les engager à persévérer dans cette voie féconde, persuadés qu'ils apporteront annuellement à la science, un contingent de travaux aussi utiles que ceux dont le *Bulletin* de l'année 1852 nous a donné l'intéressant résumé.

J'ai l'honneur, Messieurs, de vous proposer :

1° D'adresser à la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne une lettre de remercîmens ;

2° De déposer honorablement son *Bulletin* dans la bibliothèque de notre Société.

Après la lecture de ce rapport, plusieurs membres demandent, en raison du soin avec lequel l'auteur a analysé les principaux travaux de la Société de la Haute-Vienne, qu'il soit publié *in extenso*.

Cette proposition est adoptée, ainsi que les conclusions.

Quelques-uns des nombreux points soulevés dans le rapport sont ensuite l'objet d'observations :

M. FORGET fait allusion à un cas de gangrène du membre inférieur, survenue à la suite de l'application d'un bandage de Scultet, à l'occasion duquel on s'est demandé, au sein de la Société de la Haute-Vienne, si l'amputation était de rigueur lorsqu'un membre est spbacélé, ou s'il ne vaudrait pas mieux abandonner aux seuls efforts de la nature l'élimination de celui-ci.

La question ainsi posée, dit M. Forget, ne saurait être l'objet d'un doute. Je ne sache pas qu'un seul chirurgien ait conseillé d'opter pour le dernier parti. Si on s'est divisé d'opinion sur le point de pratique cbirurgicale dont il s'agit, c'est dans le cas de plaies contuses, avec attrition des parties molles et fracture des os, occupant un espace limité, comme au pied, à la main, et plus spécialement encore lorsque les appendices digitaux sont seuls intéressés. Dans ces cas, on peut soutenir que la puissance médicatrice de la nature suffira à faire les frais de la guérison, et que le blessé aura moins de dangers à courir que si l'instrument tranchant avait été mis en jeu pour enlever les tissus frappés de mort, et régulariser les parties lésées. Cette opinion, sans doute, est soutenable, je le reconnais, bien que, pour ma part, je ne l'accepte en pratique qu'avec beaucoup de réserve ; mais vouloir l'étendre à tout un membre frappé de gangrène, c'est à coup sûr tomber dans une exagération que l'observation clinique ne justifierait qu'exceptionnellement. Le précepte, en pareil cas, est, lorsqu'aucune contre-indication ne s'y oppose, de retrancher le membre sphacélé. L'abandonner aux efforts éliminateurs de la nature, serait livrer le malade à tous les dangers d'une suppuration longue et excessive, à ceux d'une résorption presque infaillible de gaz et de liquides putrides, émanation directe des tissus mortifiés ; ce serait enfin le vouer à une mort presque certaine. Aussi, aurais-je désiré que M. le rapporteur se prononçât plus énergiquement contre la doctrine dont il s'agit, qui aurait une influence des plus désastreuses sur la pratique, si jamais elle tendait à se généraliser.

Un seul point peut être douteux, c'est celui du moment auquel il convient de faire l'opération. On le sait, les chirurgiens ne professent pas tous la même manière de voir sur la question de savoir si l'on doit toujours attendre, pour amputer, que la gangrène soit limitée. Sans vouloir entrer dans une discussion qui conduirait trop loin, je me bornerai à dire qu'il convient d'établir une distinction foudée sur la nature et l'origine de la gangrène elle-même. Si elle est spontanée ou symptomatique, on est forcé d'attendre qu'elle soit bornée, avant de songer à aucun acte chirurgical ; traumatique ou de cause externe, elle a pu, dans plusieurs cas, être avantageusement combattue par l'amputation avant d'être limitée.

M. LARREY fait sur ce sujet les réflexions suivantes : C'est un principe généralement admis que la gangrène traumatique doit être limitée, pour autoriser l'amputation. Mon père a soutenu une doctrine contraire et démontré par sa grande expérience que les progrès incessans de la gangrène pouvaient avoir de funestes conséquences par la temporisation, tandis que l'amputation offrait bien plus de chances de succès ; et ses vues pratiques, à cet égard, out été partagées par quelques chirurgiens.

Qu'il me soit cependant permis de dire qu'il n'a peut-être pas suffisamment indiqué les circonstances dans lesquelles cette pratique est admissible. C'est ce que j'ai essayé d'établir à l'aide d'une donnée générale qui me semble concilier les deux opinions contraires, et que je résumerai dans les termes suivans :

1° Attendre que la gangrène soit bornée, si elle intéresse seulement l'extrémité d'un membre la plus éloignée du tronc ;

2° Amputer sans délai, si la gangrène progressive se rapprocbe de la racine du membre.

Cette double proposition, que j'ai présentée ailleurs, et surtout dans mes cours du Val-de-Grâce, aurait besoin de développement, eu égard à chacun des membres envahi par la gangrène traumatique, si elle n'était indiquée ainsi d'une manière incidente.

Quant à la question de savoir si un membre atteint de sphacèle dans sa totalité, peut être abandonné à lui-même, ou aux seuls efforts d'une élimination naturelle, c'est une question difficile à résoudre. Elle nous permettrait cependant de faire quelques réserves favorables à certains faits de la chirurgie d'armée, tels, par exemple, que la séparation spontanée d'un membre, sans l'intervention de l'art. Mais on ne saurait encore tirer de là une induction générale.

M. BONNAFONT rappelle un passage de l'observation de bronchite pseudo-membraneuse extraite du *Bulletin* de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne, duquel il résulte que des accès fébriles intermittens coexistant avec le début de la formation des tubercules, chez la malade objet de cette observation, le sulfate de quinine lui fut administré.

M. Bonnafont préconise d'une manière générale l'emploi du sulfate de quinine dans les accès intermittens occasionnés par la tuberculisation du poumon. Selon lui, toutes les fois que des accès sont bien caractérisés, quel que soit le motif qui les produit, on doit administrer l'antipériodique. Cette médication n'eût-elle pour résultat que de soulager, on ne saurait la négliger.

M. Ludger LALLEMAND s'inscrit contre cette doctrine. Les anciens, dit-il, avaient déjà reconnu que le quinquina est le plus souvent nuisible dans ces accès de fièvre, et l'expérience moderne a complètement confirmé cette donnée. Le soulagement que l'on prétend obtenir par son emploi n'est pas sérieux, puisque la cause productive des accès persistant, ceux-ci ne tardent pas à se reproduire, si l'on est parvenu à les suspendre un moment. Réussît-on d'ailleurs à arrêter la fièvre pour un temps assez long, il resterait encore à faire à cette médication le reprocbe grave qu'elle contribuerait à entretenir dans une sécurité fâcheuse, et à laisser marcher les accidens faute de les combattre par un traitement approprié.

M. BARTH pense qu'il y a lieu à prendre un moyen terme entre ces deux opinions opposées. Il faut distinguer, dit-il, les accès véritables caractérisés par un stade de froid bien dessiné faisant place, après une durée variable (un quart d'beure, une demi-heure, une heure), à un stade de chaleur suivi ou non de sueur, et les simples redoublemens consistant seulement dans un accroissement de la température du corps, ou bien dans des alternatives de frissons et de chaleur, se succédant pendant un temps plus ou moins long. Le quinquina échouera, le plus souvent, contre ces dernières manifestations intermittentes, et il aura beaucoup plus de chances de réussite contre les véritables accès symptomatiques, quel que soit, du reste, le moment de leur apparition, lequel a moins d'importance que la succession régulière des périodes de froid et de chaleur. Il est d'observation aussi que cbez des individus qui ont eu autrefois, à des époques même très éloignées, des fièvres intermittentes paludéennes, on voit quelquefois, dans le cours de diverses pyrexies ou inflammations aiguës, survenir des intermittences plus ou moins tranchées, qui sont moins des manifestations symptomatiques de la maladie actuelle, qu'une espèce d'écbo des fièvres passées ; et c'est dans ces cas encore que le sulfate de quinine peut rendre de grands services, en faisant cesser l'élément intermittent qui venait compliquer la maladie principale.

M. Barth entre ensuite dans quelques détails sur la bronchite pseudo-membraneuse, mais comme il promet de communiquer une observation à la prochaine séance de la Société, nous publierons ces réflexions en même temps que l'observation.

Le secrétaire général, J. CHEREST.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12

A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.

On s'abonne aussi :

Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

ÉTIOLOGIE DU CHOLÉRA.

DE LA PROPRIÉTÉ ÉPIDÉMIQUE DU CHOLÉRA;

MÉMOIRE LU A L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

Par M. le d^r JOLLY, membre de l'Académie.

Messieurs,

En venant à cette tribune, le 22 mai 1849, combattre l'opinion si malheureusement inspirée à quelques confrères d'une prétendue propriété contagieuse du choléra, je m'étais proposé, ainsi que l'Académie voudra bien se le rappeler, de poursuivre l'étude des diverses questions relatives à l'étiologie et à la prophylaxie de cette maladie. Mais l'Académie m'ayant appelé, dans cette séance même, à l'honneur de faire partie de la commission du choléra, j'ai dû, par esprit de convenance, m'abstenir de toute autre lecture sur le même sujet, en dehors de la commission à laquelle j'avais l'honneur d'appartenir. Faut-il dire que plus de quatre ans se sont écoulés depuis cette époque, sans que la commission ait pu encore faire son rapport; sans qu'il lui ait été possible de répondre aux désirs de l'Académie, à la juste impatience du public.

Quelle que soit donc la valeur des raisons apportées à la justification d'un aussi regrettable délai, l'Académie pensera, sans doute, qu'au milieu des préoccupations sanitaires du moment, il puisse être permis à l'un de ses membres, de venir invoquer, dans cette enceinte, les hautes lumières de la science et de la pratique sur les plus graves questions de santé publique qui puissent s'offrir à la sollicitude des gouvernemens et des Académies. Elle comprendra, dis-je, qu'à la nouvelle imminence d'un fléau dont le seul souvenir glace d'épouvante les populations, dont la seule appréhension est déjà une véritable calamité pour le pays, il y ait devoir pour chacun de nous d'apporter ici le tribut personnel de ses recherches et de son expérience, en vue de le conjurer ou de se prémunir contre ses attaques.

Telle est, Messieurs, la pensée qui devait dominer en moi des scrupules de position, et m'amener encore aujourd'hui à cette tribune, pour continuer devant vous la grave et périlleuse tâche que je me suis imposée.

Après avoir, dans une première lecture, protesté, de toute l'énergie de mes convictions, contre la propriété contagieuse du choléra; après lui avoir opposé le double témoignage de l'expérience et de la logique, je me propose de poursuivre la question d'étiologie de cette maladie dans l'étude de sa propriété épidémique, et comme introduction nécessaire à l'étude de sa prophylaxie et de son traitement.

Et d'abord, quelles que soient les dissidences d'opinions et les incessantes controverses dont elle a été l'objet jusqu'à ce jour, l'étiologie du choléra implique nécessairement, et comme condition inséparable de sa puissance d'action, une cause essentielle, spécifique, inhérente à la constitution actuelle de l'air ambiant, une cause dont l'origine et la nature échappent à toute espèce d'investigation, mais dont la présence se révèle assez manifestement par ses effets dans les milieux ou centres de population où ils apparaissent.

C'est l'exercice de cette puissance étiologique que nous nous proposons d'étudier sous le titre de : *Propriété épidémique du choléra.*

Comme il est facile de le concevoir, la question de propriété épidémique du choléra n'est et ne peut être qu'une question de fait appliquée aux lois d'invasion, de migration et de propagation de la maladie. Nous n'avons donc pas la prétention de soulever le mystérieux voile qui nous cache la cause intime ou directe du choléra, pas plus celle du choléra que celle de toute autre épidémie; et nous l'avouerons tout d'abord, pour nous, le secret étiologique de l'épidémie actuelle est aussi le secret de toutes les épidémies observées jusqu'à ce jour. C'est aussi le mystère des causes universelles qu'il faut peut-être savoir abandonner aux lumières du temps ou à l'impatience des spéculateurs avides de théories et d'hypothèses.

Mais il est, pour l'épidémie cholérique comme pour toutes les épidémies connues, des faits d'observation, des témoignages d'expérience, et, pour ainsi dire, de notoriété vulgaire, qui se prêtent plus ou moins à des inductions théoriques et pratiques. Les rechercher avec soin dans le trop vaste et trop fertile champ d'observation qu'il nous est permis d'explorer, les rapprocher dans autant d'ordres que peuvent leur assigner leurs caractères communs d'apparition, de succession et de développement; les signaler aux méditations de la science, en dehors de toute préoccupation d'opinion et de doctrine, en déterminer autant que possible la valeur étiologique pour en déduire, s'il se peut des règles prophylactiques ou des indications thérapeutiques; tel est le but que nous nous sommes proposé, tel est l'objet du travail que nous avons l'honneur de soumettre aujourd'hui à la bienveillante attention de l'Académie.

Un premier fait d'observation générale, qui domine, pour ainsi dire, la propriété épidémique du choléra, et qui lui est commun, d'ailleurs, avec toutes les épidémies connues jusqu'à ce jour, c'est que le choléra ne pénètre pas indistinctement partout; c'est qu'il ne sévit pas également dans tous les lieux et n'atteint pas également tous les individus ; en un mot, c'est qu'il semble souvent frappé d'impuissance, s'il ne rencontre des conditions locales accessibles à sa progression et des aptitudes individuelles au moins compatibles avec ses sévices. De là, par conséquent, deux ordres de faits étiologiques nécessairement liés à l'exercice de la propriété épidémique du choléra, et qui intéressent également, à ce titre, l'hygiène publique et l'administration sanitaire, savoir : des causes ou conditions locales, des causes ou aptitudes individuelles.

1° *Causes locales.* — On sait avec quel zèle et avec quelle confiance de laborieux esprits se sont mis à l'œuvre pour arriver à la détermination des causes du choléra. Mais on sait aussi combien ont été vaines et stériles, jusqu'à ce jour, toutes les investigations de la science sur ce point.

Vainement, en effet, l'on a cherché la cause du choléra dans les diverses sources d'infection locale, dans l'action toxique de miasmes spécifiques, putrides ou marécageux, se produisant dans les localités affectées, ou émanant directement des foyers primitifs de la maladie. Vainement aussi l'on a cru pouvoir surprendre la cause de l'épidémie dans des altérations de composition physique et chimique de l'air ambiant, dans la présence d'un acide ou d'un alcali *sui generis*, dans l'action toxique de particules telluriques, cuivreuses, arsénicales ou autres, s'exhalant des entrailles de la terre ou des bouches des volcans, pour se répandre dans l'air et lui imprimer des qualités toxiques. Vainement, dis-je, l'on a cru pouvoir attribuer le choléra à l'existence de corpuscules, de *semina* ou d'animalcules venimeux répandus dans l'atmosphère, par suite de décompositions organiques ou de dégénérations spontanées; et, comme variante de cette dernière théorie, quelques-uns ont aussi pensé que la véritable, la seule cause du choléra était la présence et la fluctuation, dans l'atmosphère, de courans, de nuages, de tourbillons cholériques, sorte de mondes animés, mais invisibles, procédant des foyers primitifs de l'épi-

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire. — Que fera-t-on de l'hôpital des Cliniques? — Projet d'agrandissement de la Faculté. — Réinstitution de la chaire de pharmacologie. — M. Soubeiran. — Chaires nouvelles. — Démolition et reconstruction de l'Hôtel-Dieu. — Le prix Nadaud. — Embarras et difficultés. — Moyens d'en sortir. — La rentrée de la Faculté. — Conséquences de l'exonération du baccalauréat ès-lettres.

Nous avons dit, quelque part dans ce journal, que le projet de transformer l'hôpital des Cliniques en établissement auxiliaire de la Faculté de médecine, était à peu près abandonné. Étions-nous dans l'erreur? Un de nos plus respectables journaux, si nous nous en tenions à une de ses pages, nous ferait dire oui, s'il ne nous donnait en même temps, et à la page suivante, d'excellentes raisons pour dire non.

Il raconte, en effet, et en très bons termes, le procès fait à l'hôpital des Cliniques, et la condamnation qui s'en est suivie; cet hôpital est incommode et malsain, il ne remplit aucune des conditions nécessaires à un établissement nosocomial; il doit être abandonné, c'est convenu. Le service des cliniques chirurgicale et d'accouchemens doit être transféré à l'Hôtel-Dieu; approuvé. Mais que fera-t-on de ce bâtiment ainsi veuf de toute destination hospitalière? Le respectable journal dont nous parlons n'hésite pas à répondre ;

« Le bâtiment des Cliniques sera donc, comme nous l'avons dit il y » a quelques mois, disponible dans un avenir qu'on ne peut pas regar- » der comme bien lointain, et pourra satisfaire aux exigences d'agran- » dissement de la Faculté. »

Eh bien ! c'est de cette dernière partie de la prédiction que je me permets de douter un peu. Et pourquoi? C'est que notre honorable confrère s'empresse d'ajouter :

« Mais un projet plus hardi et plus heureux *a remplacé* celui qui » nous semblait déjà un progrès digne du meilleur accueil. » Je pourrais à la rigueur m'en tenir là. Nous avions dit que le projet primitif avait été indéfiniment *ajourné*; notre confrère assure que ce projet a été *remplacé* par un autre; il ne nous donne donc que trop raison, et c'est à lui de concilier ce qu'il vient de dire là avec ce qu'il disait un peu plus haut : « Ce bâtiment pourra satisfaire aux exigences d'agrandissement de la Faculté. »

Non, ce bâtiment n'aura pas cette destination, c'est mon espoir; et c'est vous, honorable confrère, qui le faites naître. « Il s'agirait, dites- » vous, en effet, d'agrandir l'École elle-même, en étendant son périmè- » tre jusqu'aux rues voisines, dont la séparent quelques maisons de » peu d'importance; les musées, la bibliothèque, les collections de tout » genre, les amphithéâtres pour l'enseignement officiel et pour l'ensei- » gnement libre, se trouveraient réunis dans la même enceinte. En » même temps que la Faculté y gagnerait un local digne d'elle et de » l'enseignement, le quartier en retirerait d'incomparables avantages : » des ruelles étroites deviendraient de larges rues; l'air, la lumière, » circuleraient partout. Ainsi se trouverait complétée la pensée qui a » présidé au percement de la rue des Écoles. »

J'applaudis et je crie : Bravo! Une toute petite restriction, néanmoins. Je ne voudrais pas loger l'enseignement libre sous le même toit que l'enseignement officiel. Cette cohabitation me paraîtrait dangereuse ou pour l'un ou pour l'autre. Voyez-vous, par exemple, l'enseignement officieux suivi, couru, encombré, tandis qu'à la porte à côté, l'officiel, triste, abandonné, désert, attendrait vainement d'ingrats et d'inconstans disciples? Il y a manière d'arranger les choses. Laissons la Faculté chez elle, dans toute sa dignité et sans voisinage périlleux ou incommode. Ce bâtiment des cliniques, dont nous ne savons plus que faire, grâce à votre projet, donnons-le à l'enseignement officieux. — J'aime mieux l'appeler ainsi qu'enseignement *libre*. Je suis un partisan très modéré de la liberté d'enseignement en fait de médecine, et quand il s'agit d'une chose aussi grave que de la santé et de la vie des hommes, jadmets volontiers une certaine surveillance et une sorte de tutelle. — A la place de ces cages étroites et incommodes où l'enseignement officieux est obligé de s'abriter aujourd'hui, accordons-lui les amphithéâtres plus décens où M. P. Dubois et M. Nélaton dispensent leur savante clinique, et le reste du bâtiment, accordons-le généreusement aux prosecteurs et aux aides d'anatomie de la Faculté, ouvrons-le aux expériences de physiologie, aux manipulations chimiques, et faisons-en aussi les honneurs à quelques Sociétés médicales, qui reçoivent depuis longtemps l'hospitalité de la Faculté de médecine.

Les choses ainsi arrangées à l'extérieur, pénétrons dans l'intérieur de la Faculté. Elle est en train de se donner un professeur nouveau. Ce ne sera pas un professeur de chimie : on a trouvé qu'une seule chaire pour cette science, c'était bien suffisant, et M. le professeur Wurtz portera le double fardeau des successions de M. Dumas et d'Orfila. On revient donc à l'ancien ordre de choses, et l'on réinstitue la chaire de pharmacologie, dont le titulaire sera chargé d'enseigner aussi la toxicologie. Il paraît que ce petit arrangement accomode tout le monde, ce dont je suis, ma foi, fort aise. Le candidat qui, en ce moment, paraît avoir le plus de chances pour être présenté par la Faculté, est M. Soubeiran, qui, à tout événement, est allé conquérir le bonnet doctoral à la Faculté de médecine de Strasbourg. La Faculté de Paris ferait en M. Soubeiran une acquisition précieuse. Le savant directeur de la pharmacie centrale n'est pas seulement un habile pharmacologiste, il sait de plus enseigner, et le souvenir que j'ai conservé de son enseignement officieux, qu'il dispensait avec un grand succès, il y a bien des années, hélas! dans l'amphithéâtre de Vauquelin, me fait prédire que la Faculté posséderait en lui un de ses professeurs les plus distingués.

Que la Faculté ne s'arrête pas en si beau chemin; si elle est privée du droit d'initiative, elle peut toujours faire entendre des vœux et en pourrait-elle former de plus utiles que ceux qui auraient pour but de compléter son enseignement par la création de quelques chaires nouvelles? Mais c'est un sujet que je ne veux pas traiter incidemment, et sur lequel j'aurai très prochainement à revenir.

Si l'hôpital des Cliniques est supprimé, si le service chirurgical et d'accouchemens qui s'y fait maintenant est transporté à l'Hôtel-Dieu, l'Hôtel-Dieu actuel devra subir de grandes modifications. Si grandes, en effet, que ce vaste et vieil asile disparaîtrait. L'idée, que nous croyons appartenir à M. Davenne, et que M. Berger, l'ex-préfet de la Seine, avait constamment combattue, cette idée paraît avoir décidément pré-

démie et s'élevant dans les plus hautes régions de l'atmosphère, pour y subir tous les mouvemens, toutes les oscillations que les vents peuvent leur imprimer vers telles régions ou telles localités qu'ils atteignent.

D'autres enfin, et c'est peut-être le plus grand nombre, parce qu'ici la théorie se trouvait facile et toute faite pour la commodité de tous; d'autres, dis-je, se sont bornés à accuser avec plus ou moins de confiance, les vicissitudes atmosphériques, les variations de température, les degrés d'intensité de chaleur ou de froid, de sécheresse ou d'humidité, etc.

De toutes ces causes, il faut bien le dire, aucune n'a pu, jusqu'à ce jour, supporter l'épreuve d'un examen sérieux, pas plus celle de l'expérimentation que celle du raisonnement. Ainsi, ni la physique, ni la chimie, ni l'eudiométrie, ni la microscopie, quel que soit le degré de perfection de leurs instrumens, quelle que soit l'active persévérance des expérimentateurs, ne nous ont encore rien appris sur la composition accidentelle de l'air épidémique; et il est difficile d'espérer du temps d'autres résultats plus satisfaisans, que ceux purement négatifs auxquels sont arrivés MM. Thénard, Gay-Lussac, Luskowski et autres savans français et étrangers, qui se sont livrés à ce genre de recherches.

L'électrométrie, malgré toutes les prétentions de MM. Montferrier et Andraud, n'a pas été plus heureuse; car si elle a pu nous donner la mesure d'un état atmosphérique plus ou moins favorable à l'exercice de la propriété épidémique du choléra dans certains lieux et sur certaines personnes; si elle a pu nous montrer quelque connexité de cause et d'effet entre la diminution du fluide électrique répandu dans l'air et le degré d'intensité de l'épidémie; si elle a pu aussi nous signaler la coïncidence d'activité du fléau avec l'état électrique des corps vivans, avec l'impuissance des aimans et la déviation des aiguilles aimantées, avec les orages et les aurores boréales, elle ne pouvait nous prouver ainsi que la cause essentielle, intime ou directe du choléra, est nécessairement liée à la condition accidentelle de l'électricité atmosphérique.

Toutes les variations barométriques, hygrométriques, thermométriques de l'air, ne pouvaient pas plus nous rendre raison de l'étiologie d'une maladie, qui s'est montrée à peu près dans tous les climats, dans toutes les saisons et sous toutes les températures; qui, à part les régions polaires, a presque atteint toutes les latitudes et jusqu'aux deux extrémités des longitudes orientale et occidentale du globe. Et s'il est vrai qu'on ait vu fréquemment le choléra subir l'effet d'une pression barométrique, ralentir sa marche, suspendre même ses ravages aux approches de l'hiver et pendant les temps froids; s'il est vrai que son invasion ait été bien souvent marquée par des météores aqueux, par des brouillards de diverses couleurs, il n'était guère permis pour cela de rapporter à de pareilles influences la véritable étiologie du choléra.

La seule induction à tirer de ces derniers faits, c'est que l'état actuel ou accidentel de l'atmosphère peut bien exercer sa part d'action sur le degré d'intensité du choléra, comme il en exerce nécessairement sur toutes les épidémies, comme il en exerce sur tous les corps vivans dans les états physiologique et pathologique; mais il ne constitue certainement pas à lui seul toute la puissance étiologique, toute la propriété épidémique du choléra.

Toutes les révélations que la microscopie nous avait annoncées sur la cause de l'épidémie, toutes les promesses qu'elle avait faites à l'hygiène et à la thérapeutique, à l'occasion d'une prétendue découverte d'animalcules septiques aperçus dans l'air épidémique, ainsi que dans les produits de sécrétion morbide, ne devaient pas être mieux fondées ni plus durables; car on sait déjà qu'il a suffi du plus simple contrôle de l'observation pour désillusionner les esprits les plus crédules, pour faire rentrer dans le néant ce nouveau monde corpusculaire ou atomistique; et si quelque chose devait nous surprendre à ce sujet, c'est de voir la plume habile d'un savant collègue, d'un vieil ami, édifier cette théorie avec l'art et le talent de style qui le distingue, pour faire revivre les animalcules cholérifères de MM. Brittan et Swaignes; pour venir nous proposer, de la meilleure foi du monde, de les attaquer directement par le poison, comme le seul moyen de nous sauver nous-mêmes de leur puissance septique, et de nous arracher à leur action meurtrière.

Quel que soit aussi le degré d'influence des effluves marécageuses sur le développement et la gravité de l'épidémie, nous n'avons plus besoin de faire remarquer qu'elles n'ont pu constituer la cause essentielle ou spécifique du choléra. Nulle part, en effet, les marais des campagnes, non plus que les égouts des villes, ne datent d'hier; et nulle part, ils n'ont pu prendre plus d'activité délétère depuis le développement universel des progrès de la civilisation et de l'hygiène. Or, tout le monde sait que le choléra n'a pas toujours excepté les régions les plus saines, qu'il s'y est plus d'une fois installé tout aussi librement que dans les régions marécageuses et infectes.

On ne peut donc attribuer aux influences paludéennes qu'une action bien secondaire, sinon incontestable, dans l'exercice de la propriété épidémique du choléra.

Le miasme du Gange lui-même, et ici, j'en demande bien pardon à ses nombreux et à ses plus fervens adeptes; le miasme du Gange, dont on a personnifié l'existence sous ce titre métaphorique de *fléau indien*, n'est peut-être pas non plus à l'abri de toute objection, et la première, il faut le dire, c'est qu'il n'a pas toujours justifié son origine; car, plus d'une fois, on l'a vu éclater comme la foudre à d'immenses distances du Bengale, comme pour répudier sa naissance, et s'il n'est pas indispensable de le voir, de le toucher, pour admettre sa présence là où s'exercent ses ravages, il était au moins nécessaire de suivre la trace de ses premiers pas, l'ordre de filiation de ses actes étiologiques, pour constater son identité individuelle.

N'est-il pas permis aussi de demander à ceux qui ne veulent reconnaître au choléra d'autre cause que le miasme indien, pourquoi ce miasme s'est confiné exclusivement dans l'Inde pendant des siècles, sans en sortir. Pourquoi, après des siècles d'attente, il lui a fallu encore un si grand nombre d'années pour nous arriver, comme on le dit, sur les ailes du vent ou dans des hardes ou colis de voyageurs, quand il pouvait si facilement, par les mêmes voies, franchir le monde en quelques semaines ou même en quelques heures, car il y avait aussi des vents et des voyageurs, des hardes et des colis, avant 1849, avant 1832, même avant 1816, pour transporter le fléau en Europe, si tels devaient être ses seuls véhicules ou instrumens de transmission. Mais ce qui ne se conçoit guère plus facilement dans ce mode de propagation du miasme indien, c'est de voir, ainsi que d'autres l'ont si justement fait remarquer, sa diffusion infinie dans les hautes régions atmosphériques, accroître son activité meurtrière, résister par conséquent aux mille causes d'atténuation, de neutralisation et de destruction qu'il doit nécessairement rencontrer dans tous les milieux qu'il traverse; c'est de le voir s'y multiplier, s'y reproduire partout jusque dans l'acte de combustion pulmonaire, d'où il sort impunément avec ses innombrables générations, ou produits animés, vivans, invulnérables, incombustibles et toujours prêts à foudroyer de leur plus simple contact, les populations qu'ils atteignent. Disons-le franchement, le miasme indien ne nous paraît encore qu'une abstraction de l'esprit ou qu'une bonne hypothèse sur laquelle l'imagination a pu édifier d'ingénieuses fictions, des théories plus ou moins spécieuses, mais nullement propres à éclairer la véritable origine ou la cause intime du choléra.

Faut-il encore rappeler ici toutes ces préventions aveugles qui ont si souvent et si gratuitement accusé certaines quantités occultes des alimens et des boissons; qui nous avaient interdit un si grand nombre de préparations culinaires, qui proscrivaient sans pitié toutes les diverses sortes de légumes, et qui n'auraient pas fait grâce, même à la plus douce saveur d'un fruit. Et oserais-je dire, si le fait n'eût été porté à cette tribune, qu'il n'est pas jusqu'aux émanations odorantes des fleurs, jusqu'à l'odeur d'une rose ou d'un œillet, qui n'ait été mis en suspicion de cause du choléra là où le fléau était venu s'asseoir inopinément au milieu de leurs parfums.

(La suite à un prochain numéro.)

HYDROLOGIE.

CONSIDÉRATIONS SUR LES EAUX MINÉRALES AZOTICO-SALINES DEL HIGADO (ARAGON).

Par M. le d^r B. de Larroque père, ancien médecin de l'hôpital Necker.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

» L'eau désignée sous le nom del Higado (1), a, comme l'azote dont elle est saturée, la propriété médicale *de déprimer la vitalité, de diminuer l'irritation morbide des organes*, propriété à laquelle, sans doute, contribue aussi la température dont elle jouit. Ses effets physiologiques ne sont pas sensibles. Uniquement dans les premiers jours où l'on en fait usage, ou quand on la boit en grande quantité, les malades *éprouvent une pesanteur* et de la *tension* dans l'estomac.

» Les effets thérapeutiques sont très notables. L'eau augmente considérablement l'action sécrétoire des reins, sans les exciter d'une manière appréciable. Quelquefois, elle provoque la sueur, et en général elle détermine la constipation: *Après quelques jours, les malades se sentent languissans et peu disposés à l'exercice. Ils éprouvent un genre de débilité agréable. Après cet état qui, en général, est de courte durée, les phénomènes ressentis se modèrent, les fonctions se régularisent, la toux diminue et s'adoucit, l'expectoration devient facile, les crachats acquièrent des caractères meilleurs, l'appétit se développe et on observe une remarquable restauration des forces.*

» Employée avec opportunité, l'eau produit *la cure de la phthisie commençante, si les tubercules sont peu nombreux; au moins elle suspend et fait rétrograder la marche d'une si cruelle maladie; et, dans un très grand nombre de circonstances, la dégénérescence tuberculeuse est évitée, en obtenant la guérison de diverses affections chroniques des organes pectoraux qui la font naître.*

» Administrée convenablement, elle cause de merveilleux résultats dans les irritations hémorrhagiques des membranes muqueuses, telles que les *hémoptysies*, les *hématémèses*, les *métrorrhagies*, les *disménorrhées* (appelées vulgairement: sang de la bouche ou flux de sang des poumons, vomissement de sang, flux de sang de la matrice, menstruation

(1) J'ignore si les faits cités à la fin du mémoire de M. Herrera démontrent ces assertions. Nous verrons.

---

valu; si je suis bien renseigné, une volonté souveraine se serait énergiquement prononcée, et déjà l'architecte, M. Gilbert, serait à l'œuvre pour dresser ses plans, grosse et énorme besogne, qui exigerait, dit-on, une dépense de huit millions.

Tout en quittant sa place actuelle, l'Hôtel-Dieu ne quitterait pas le voisinage de Notre-Dame; seulement, au lieu de se trouver au sud, il irait se placer à l'est et au nord de la vieille cathédrale. Il s'élèverait dans ce magnifique espace que termine au nord et à l'est, la Seine; au midi, Notre-Dame; à l'ouest, la rue d'Arcole.

Outre que ce projet ne rompt aucune tradition, qu'il laisse l'Hôtel-Dieu au centre pour ainsi dire de ce vieux Paris habité par la population qui a le plus souvent recours aux secours nosocomiaux, qu'il replace *sous l'aile de Notre-Dame* — expression du chef de l'État — cet asile des souffrances, fondé par un saint évêque, les développemens qui pourront lui être donnés permettront, assure-t-on, d'y annexer un service nosocomial des femmes en couches, qui fera cesser cet état d'infériorité où Paris est placé à cet égard, relativement à d'autres pays. La démolition de l'Hôtel-Dieu actuel ne peut laisser d'ailleurs aucun regret. Comme monument, il est affreux; comme établissement nosocomial, il pèche par des conditions essentielles: il n'a ni cours, ni promenoirs; enfin, raison suprême, une grande partie de ses bâtimens tombe en ruines.

L'administration si éclairée de l'assistance publique, qui a donné les programmes de cette vaste entreprise, l'habile architecte qui est chargé de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu, ont certainement prévu un inconvénient de l'emplacement choisi, et ils sauront s'y soustraire, c'est celui qui résulte de l'ombre immense que l'immense monument de Notre-Dame pourra projeter sur une partie des bâtimens nouveaux. Il y a là des études d'orientation à faire, des distributions intérieures à ménager convenablement, mais tout cela est en très bonnes mains, et ce n'est pas mon affaire.

Ce qui me regarde d'avantage c'est de m'étonner des difficultés et des embarras dans lesquels l'Académie de médecine s'empêtre de plus en plus à l'occasion du prix Nadaud. A chaque séance surgit quelque incident nouveau qui lui prépare toute sorte de tribulations. Un concurrent pour ce prix, confrère très honorable et compétiteur sérieux, m'a fait l'honneur de me demander conseil sur ce qu'il avait à faire en présence des tergiversations et des déjugemens de l'Académie. Il voulait se retirer du concours en motivant cet acte qu'il considérait comme un devoir de dignité personnelle. J'ai été assez heureux pour le dissuader de prendre ce parti. Il est certain que l'Académie n'a pas très bien compris la portée de son dernier vote par lequel elle a prorogé la durée du concours. Il y a là des irrégularités en si grand nombre qu'il paraît difficile de donner satisfaction à toutes les réclamations qui pourront surgir. Il n'y aurait peut-être qu'une manière de sortir de là, et encore elle n'obvierait pas à tous les inconvéniens: Ce serait de permettre aux compétiteurs qui voudraient user de cette liberté, de reprendre leur travail pour le modifier ou y ajouter comme ils l'entendraient. On rétablirait ainsi, jusqu'à un certain point, l'égalité des conditions entre ceux qui se sont soumis aux prescriptions de l'Académie, quant au délai, et ceux dont les mémoires ont été admis après le délai fixé.

Pour engager l'Académie dans la voie de la prorogation du concours, M. le secrétaire perpétuel a fait une assimilation qui, je lui en demande pardon, ne me paraît pas très juste. Pour le prix Itard, a-t-il dit, le concours est toujours ouvert. Oui, sans doute, mais à l'obtention du prix Itard est attachée une condition essentielle, c'est que l'ouvrage couronné aura été publié depuis un temps déterminé. Il y a mieux, c'est que l'Académie aurait très bien le droit de ne couronner aucun des ouvrages présentés, et de décerner le prix à un ouvrage qui n'aurait pas été présenté au concours. Il n'y a donc rien de semblable dans les deux situations, et je m'étonne que cette dissemblance n'ait pas frappé l'esprit ordinairement si perspicace de M. Dubois (d'Amiens).

Mais voici venir les solennités scolaires et académiques; c'est lundi prochain, à une heure, que la Faculté de médecine fera sa rentrée solennelle. J'ai déjà annoncé que le discours d'ouverture sera prononcé par M. Bouchardat, qui fera l'éloge de M. Hippolyte Royer-Collard et de M. Richard.

On dit que l'exonération du baccalauréat ès-lettres porte déjà ses fruits, et que le nombre des élèves en médecine sera beaucoup plus considérable cette année que les années précédentes. C'est un résultat dont on ne peut, en vérité, se réjouir.

Amédée Latour.

COURRIER.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — Le choléra continue à faire des progrès en Angleterre et à Londres principalement. Dans la dernière semaine, le chiffre des décès cholériques s'est élevé, dans cette ville, à 96. Nous voici bien loin, comme on voit, du premier chiffre de la mortalité cholérique au commencement de septembre, qui n'était que de 16; et malheureusement, cette progression graduelle et incessante ne laisse que bien peu d'espérances de voir la maladie s'arrêter dans sa marche et disparaître d'ici à peu de temps, d'autant plus que les cas isolés se multiplient sur différens points de l'Angleterre et de l'Écosse. La mortalité paraît toujours plus forte dans les districts méridionaux de Londres, 52 décès sur 96.

A Newcastle la maladie est à peu près éteinte, et l'on peut mesurer aujourd'hui les ravages exercés par la maladie, quand on saura que, dans une seule semaine, le chiffre des malades s'est élevé à 4,288, et celui des décès à 429. Du reste, l'épidémie de Newcastle nous fournit, comme les épidémies antérieures, la preuve de la gravité excessive de la maladie au commencement de l'épidémie, et de sa bénignité comparative à mesure que l'épidémie touche à sa fin. Dans la première semaine, la mortalité a été de 1 sur 10; dans la deuxième, de 1 sur 19.5; dans la troisième et la quatrième, de 1 sur 30 ou 32 et dans la cinquième, de 1 sur 52.7. C'est là sans doute la clef du succès de tant de médications à la fin des épidémies cholériques.

COURS PUBLIC DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE. — M. le d^r Aran, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine, ouvrira ce cours le *mercredi* 9 *novembre*, à 7 heures du soir, dans l'amphithâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les *lundi*, *mercredi* et *vendredi* de chaque semaine, à la même heure,

difficile) (1) ; dans les *phthisies tuberculeuses* et *laryngées*, qui toujours se joignent à elles au commencement et avant qu'on ait constaté la destruction des tissus; dans les irritations chroniques de toutes les membranes muqueuses, *catarrhes pulmonaires*, *pneumonies* ou *pulmonies*, *gastrites* ou *irritations de l'estomac*, *colites* ou *diarrhées chroniques*; *cystites* ou *catarrhes de la vessie urinaire*. Dans les névroses des mêmes membranes, asthmes essentiels, *pirosis* ou fer chaud de l'estomac, *cardialgies* ou douleurs nerveuses; dans les *gastrodinies*, coliques de l'estomac et coliques nerveuses; dans les obstructions des viscères abdominaux, ou affection chronique du foie, de la rate et des reins (hepatitis, splenitis, nefritis chronicas), dans différentes maladies symptomatiques dépendantes d'elles, comme l'ictère, l'hépatalgie, l'hypochondrie et dans l'hystérisme et quelques autres névroses des organes génitaux de la femme, en faveur de laquelle on préconise les eaux contre la stérilité. Il conste, de plus, des observations faites par MM. Campo, Belio, Sierra et autres, qu'avec ces eaux on a obtenu la dissolution et l'expulsion de quelques calculs et la guérison radicale d'une phthisie tuberculeuse et d'une autre mésentérique.

Mode d'administration.— « Jusqu'à présent on avait usé seulement de l'eau *del Higado* en boissons. J'ai été le premier à conseiller à beaucoup d'individus malades de la poitrine, de respirer pendant longtemps les effluves gazeux qui s'échappent continuellement et abondamment du lieu de leur naissance. Les cellules aériennes des poumons étant un lieu où l'absorption se fait avec beaucoup de rapidité, et convaincu, d'ailleurs, que le grand trajet que doivent faire les médicamens introduits dans l'estomac les convertit presque toujours en secours inutiles (2), j'ai cru qu'il était d'une grande utilité, et l'expérience me l'a confirmé, de faire l'application directe du gaz azote aux organes affectés. Les malades placés dans le bâtiment qui couvre la source *del Higado*, privés en partie d'une certaine portion d'oxygène qui produit de graves dommages dans les irritations des organes respiratoires, et introduisent dans l'acte de la respiration, et avec l'eau qu'on boit, une grande quantité de ce gaz, ils observent, après quelque temps, une notable diminution de l'activité avec laquelle s'exécutaient les fonctions de la cavité pectorale, de l'irritabilité des organes, de la fréquence du pouls et enfin de la chaleur vitale. Dans le traitement des *hémoptysies*, de la *phtisie pulmonaire* et *laryngienne*, des *asthmes* ou des *catarrhes chroniques*, j'ai usé avec le plus grand succès de cette eau *azotico-saline* en boissons, et en faisant respirer pendant longtemps leurs émanations gazeuses tout près de la source même.

» J'ai ordonné quelquefois, quoique avec une grande circonspection, les demi-bains dans l'eau de *los Herpes* (des dartres) ou *del Estomago* (de l'estomac) plus ou moins chaudes, selon l'état de susceptibilité des malades, dans le but de diminuer l'oppression de poitrine et la toux qui accompagnent ces maladies. Et afin de produire une révulsion à la peau, j'ai prescrit les bains généraux à une température convenable, dans la même eau de *los Herpes* et mieux encore dans celle *del Estomago*, dans quelques catarrhes chroniques, procédant de la suppression instantanée de la sueur ou de la transpiration cutanée, quand je pouvais espérer de l'état des forces des patiens une réaction favorable.

» Dans toutes les autres maladies dont j'ai parlé, on usa de l'eau *del Higado* en boisson. Dans beaucoup d'entre elles, des bains dans l'eau appelée de *los Herpes* sont, en même temps, précieux, à une température plus ou moins élevée, selon les cas et les circonstances dans lesquels les personnes se trouvent, ce à quoi il est toujours indispensable de faire soigneusement attention.

» Ces bains diminuent les mouvemens circulatoires et ceux de la respiration, favorisent l'uniforme répartition du sang, régularisent l'action des différens organes et dissipent le spasme de la peau, en favorisant, de cette manière, la transpiration et l'absorption cutanées.

» Sans suspendre l'usage de l'eau *del Higado* qui est la seule généralement utile, dans les maladies mentionnées ci-dessus, je suis parvenu à produire une révulsion salutaire dans l'estomac, avec quelques doses de l'eau de ce nom (*hydrosulfurée-saline*), prises à des heures fixes et déterminées, quand l'appareil digestif était entièrement libre d'irritation morbide. Mais je dois répéter que toutes ces combinaisons dans la méthode exigent la plus grande attention et beaucoup de circonspection à l'égard de l'état des facultés des malades. Il ne faut pas perdre de vue, d'ailleurs, les effets qui sont produits.

» Il est impossible de signaler, *à priori*, la dose de cette eau, pas plus que celle de tous les autres médicamens: elle devra être plus forte ou moindre, selon la délicatesse des sujets, leur tempérament, les organes souffrans et l'habitude qu'ils ont ou non d'en faire usage.

» Cependant l'expérience m'a enseigné qu'en général on doit commencer à en boire cinq à six onces trois ou quatre fois le jour. Ces quantités doivent être augmentées graduellement et successivement. De cette manière on peut parvenir à boire, sans malaise, autant que le permet l'estomac. L'heure la plus convenable pour boire cette eau est le matin à jeun, un peu avant de manger, et plusieurs fois quand est totalement terminé le travail de la digestion de midi. En pareille circonstance les malades doivent la boire à la fontaine même. Il importe d'avertir que l'usage de l'eau de torrent comme boisson ordinaire aux repas, cause des douleurs de ventre à ceux qui boivent *del Higado* aux heures déterminées. C'est pour cela que cette eau doit être bue à la place de la commune, au moment du repas, pour éviter de cette façon ledit inconvénient.

» Il est peu utile, ou presque pas, de boire *del Higado* dans les hémoptysies qui dépendent d'une lésion organique du cœur ou des poumons, dans les dispnées, toux et oppression de poitrine, conséquence de l'hypertrophie du cœur, des dilatations du même organe ou de l'aorte, ou bien d'adhérences des plèvres. Elle est tout à fait inutile, et même préjudiciable dans les irritations de l'estomac et de l'utérus qui sont arrivés à la dégénérescence cancéreuse ou à l'ulcération. Dans la phthisie, quand l'auscultation a fait constater des cavernes pulmonaires et qu'elles sont accompagnées de fièvre hectique.

» Il est vrai que quelques-uns de ceux qui éprouvent cette dernière infirmité, ressentent, dans les premiers jours qu'ils usent du médicament minéral, une amélioration qui les réjouit; mais ce bien est momentané, illusoire et fugace. Semblable à la courte lumière d'un éclair, qui, dans une nuit ténébreuse et orageuse, éclaire avec parcimonie et par intervalle le voyageur, seulement pour lui rendre plus sensibles et plus épouvantables les précipices qui l'entourent, les ténèbres qui l'offusquent et l'intimident. Triste désabusement de la constante ou peu interrompue espérance avec laquelle, en général, ces malheureux souffrent leurs douleurs, dont la terminaison fatale les surprend au milieu des projets flatteurs et d'une douce confiance.

» Quand les maladies chroniques ont parcouru déjà une grande partie de leur cours. Quand pour les combattre on a employé beaucoup de médicamens, quel que soit un autre différent de celui dont il use de nouveau, l'état du malade s'améliore un peu; mais le nouveau moyen thérapeutique devient à son tour, aussi inefficace que tous ceux employés avant lui, et alors, avec sa consolation momentanée, disparaît la gaîté produite. C'est pour cela, d'ailleurs, que de tels malades ne doivent, d'aucune manière, se livrer à la lassitude et à la fatigue du chemin qui, nécessairement, aggravent leur maladie.

L'eau *del Higado* est contre-indiquée dans toutes les maladies qu'accompagnent la débilité et le relâchement des tissus. Elle est nuisible dans l'hydrothorax, dans l'aménorrhée et la leucorrhée produites par défaut d'action des organes génitaux; dans la chlorose, dans l'ascite, dans les scrofules et d'autres affections de même nature. Dans de tels cas, celle *del Estomago* est indiquée. »

Tel est le langage qu'a tenu M. Herrera dans son mémoire sur les eaux de *Pantiocsa*, là où il traite, en particulier, des eaux de la fontaine *del Higado*.

Il cite, à la fin de son intéressant travail, 28 observations particulières confirmatives de ses assertions générales, observations dont je ferai plus tard une analyse succincte, que j'insérerai, si c'est possible dans le même journal. On y verra que c'est surtout dans les inflammations bronchiques, dans celles du canal intestinal, dans les hémorrhagies actives du poumon, que les eaux de la source *del Higado* produisent des effets qu'on peut qualifier *d'admirables*.

(1) Pour l'intelligence de ceux qui ne sont pas médecins, l'auteur a cru nécessaire d'indiquer les dénominations vulgaires à la suite des scientifiques.

(2) J'en demande pardon à M. Herrera, mais c'est là avancer un fait dont il faudrait donner la preuve par des observations particulières. On n'a pas toujours du gaz à faire respirer, et cependant les eaux minérales en boisson sont souvent utiles. Que la respiration plus ou moins prolongée du gaz azote soit éminemment avantageuse, je le crois, mais qu'elle le soit seule, c'est un fait très contestable, puisque dès la plus haute antiquité on avait donné le titre de *divine* à l'eau de la fontaine *del Hidago*, bien qu'on ne fît pas respirer ce gaz azote.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 Octobre 1853. — Présidence de M. COMBES.

De la réunion des tendons anciennement divisés.

M. SÉDILLOT lit un mémoire sur la réunion des tendons anciennement divisés et isolément cicatrisés, comme moyen de rétablissement des mouvemens.

Si l'on jette un coup d'œil, dit l'auteur, sur les ressources de la chirurgie, relativement aux plaies des tendons, on remarque une différence tranchée dans la conduite des hommes de l'art, selon que la blessure est récente ou date d'une époque déjà éloignée.

Dans le premier cas, personne n'hésite à réunir les extrémités des tendons divisés, et l'on obtient, par la position, les bandages et les sutures, de très beaux succès.

La chirurgie a montré moins de confiance et de hardiesse lorsque les plaies étaient anciennes et que la perte des mouvemens dépendait de la cicatrisation isolée et de l'interruption de continuité des deux bouts des tendons. On considère habituellement ces sortes de lésions comme étant au-dessus des ressources de l'art, et l'on semble en méconnaître ou en négliger les moyens de guérison.

On pourrait cependant dans beacoup de cas, rétablir les mouvemens. C'est ce que tend à démontrer avec les faits signalées par MM. Missa, Dutertre et Syme, une nouvelle observation de ténoraphie tardive ou secondaire, qui a servi à M. Sédillot à poser quelques règles générales propres à assurer le succès de ces curieuses observations et à en propager les applications.

Le nommé M..., militaire, âgé de 25 ans, fortement constitué, est entré dans le service de M. Sédillot le 11 janvier, il avait reçu, le 13 décembre 1852, un coup de sabre au tiers inférieur de la face dorsale de l'avant-bras droit, pendant que la main était placée en demi-pronation.

Au moment de sa blessure, M... n'éprouva du côté des doigts aucune sensation particulière, et il put même serrer la main d'un de ses camarades; mais on constata bientôt que le pouce, l'indicateur et, en partie, le médius, avaient seuls conservé leur mobilité, tandis que deux autres doigts restaient fléchis et ne pouvaient être spontanément redressés.

La plaie, traitée à l'infirmerie régimentaire par la réunion immédiate, l'immobilité et les réfrigérans, fut cicatrisée le septième jour sans avoir offert de complications; mais la paralysie des doigts devint un obstacle à toute reprise de service, et le malade fut dirigé, quelques semaines plus tard, sur l'hôpital militaire de Strasbourg.

A la visite du 12 janvier 1853, on constata la perte complète des mouvemens d'extension des doigts auriculaires et annulaire, et incomplète du médius. Les deux derniers doigts soulevés retombent dans la flexion, et le malade est incapable de s'en servir.

On aperçoit au tiers postérieur et inférieur de l'avant-bras droit, une cicatrice de 13 millimètres de longueur sur 4 millimètres de largeur, de forme allongée légèrement déprimée, adhérente aux parties subjacentes, et située à 25 millimètres de l'apophyse styloïde du cubitus.

Il était évident que les tendons extenseurs avaient été divisés et qu'ils s'étaient cicatrisés isolément.

Les mettre à découvert et les réunir était la seule chance de guérison, et le malade était disposé à tout tenter pour recouvrer les usages de sa main et éviter d'être réformé.

Le 19 janvier, le malade ayant été chloroformé, M. Sédillot pratiqua, à huit millimètres en dedans de la cicatrice, une incision longitudinale de 6 centimètres d'étendue. La peau coupée et repoussée en dehors, il mit à nu un tissu cicatriciel adhérent et continu à l'aponévrose, et par la dissection, il arriva à découvrir les extrémités d'un tendon volumineux, séparées par un intervalle de trois centimètres.

Par suite d'une anomalie, l'extenseur propre n'existait pas, et on n'aperçut qu'un seul tendon, dont la section avait suffi à paralyser les doigts.

L'opérateur isola alors le bout supérieur du tendon, enveloppé à cette hauteur de quelques fibres musculaires, et enleva le tissu fibreux intermédiaire qui eût fait obstacle à l'affrontement du tendon, dont chaque bout fut rafraîchi avec des ciseaux.

Le renversement de la main en arrière suffisant à ramener au contact les deux extrémités tendineuses, on les aussujettit par un seul point de suture traversant le milieu du tendon.

Un double nœud, fortement serré, fixa le fil dont un des bouts fut coupé près du nœud, tandis que l'autre fut maintenu au dehors de la plaie, pour être retiré en temps opportun.

Les tégumens furent réunis immédiatement par trois points de suture entrecoupée.

Les doigts, la main et le poignet furent étendus sur des coussins élevés, et l'extension obtenue par la position et quelques simples jets de bande.

La réunion eut lieu en quelques jours, et la main reprit sa force et ses usages.

Si l'on réfléchit, ajoute M. Sédillot, aux particularités de cette opération, et qu'on en recherche les principales conditions de succès, on peut les signaler dans l'ordre suivant :

1° Les extrémités tendineuses doivent être dégagées de toute adhérence fibreuse de nature à compromettre le rétablissement des mouvemens;

2° Le tissu cellulaire, qui sert d'enveloppe et de gaîne au tendon, serait ménagé avec soin, pour circonscrire les dangers et le siége de l'inflammation, et assurer la vitalité et l'intégrité du tendon;

3° Les extrémités tendineuses précédemment divisées et isolément cicatrisées, seront rafraîchies et maintenues dans un contact permanent et immédiat, au moyen d'un ou de plusieurs points de suture, formés de fils très fins et assez serrés pour déterminer une prompte section des tissus intermédiaires;

4° La position et les bandages sont d'un grand secours, mais seraient insuffisans pour maintenir les tendons parfaitement affrontés. L'application permanente en est gênante, douloureuse, quelquefois insupportable, tandis que la suture n'a aucun de ces inconvéniens, et donne des résultats beaucoup plus certains;

5° L'incision pratiquée pour découvrir et isoler les extrémités tendineuses, sera placée à quelque distance de la direction normale du tendon, afin que ce dernier soit ensuite complètement recouvert par la peau, et échappe plus sûrement à l'inflammation, aux adhérences et à l'exfoliation;

6° Le retour de la mobilité est quelquefois très prompt, comme le prouve notre observation; mais dans le cas où des adhérences auraient lieu et feraient obstable aux mouvemens, on pourrait encore espérer la guérison, pourvu que la continnité tendineuse fût rétablie.

Les exercices répétés, les douches, les massages, et surtout des incisions sous-cutanées propres à isoler le tendon, seraient des moyens auxiliaires d'une incontestable utilité;

7° La plaie tégumentaire sera réunie immédiatement et l'on en préviendra la suppuration par les moyens les plus efficaces : position élevée du membre, absence de toute compression, fomentations légèrement aromatiques; diète et purgatifs répétés.

Miao-tse, peuples des parties montagneuses de la Chine.

M. DE PARAVEY adresse une note sur les Miao-tse, peuples qui habitent les parties montagneuses de la Chine, et paraissent appartenir à une race différente de celle du reste des habitans.

L'auteur joint à sa note une figure qu'il a prise dans l'atlas colorié d'un ouvrage chinois que possède la Bibliothèque de La Haye. Il reproduit, dit-il, cette figure, moins pour les caractères anthropologiques, qu'il suppose avoir été mal rendus par le dessinateur, que pour des détails ethnographiques (les armes, la forme des vêtemens) qui lui semblent différens de ceux qu'on connaît aux hommes de la race jaune, et venir ainsi à l'appui des conjectures qui lui attribuent une origine distincte. (Comm. M. Serres.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 Novembre 1853. — Présidence de M. NACQUART.

La correspondance officielle comprend :

1° Un rapport de M. le docteur VANNAQUE, médecin-inspecteur des eaux minérales de Pierrefonds (Oise), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852. (Com. des eaux minérales.)

2° Un rapport de M. le docteur RUELLE, médecin-inspecteur des eaux minérales de Vals (Ardèche), sur le service médical de cet établissement pour 1852. (Même commission.)

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur GROS, de Moscou, sur le choléra qui vient de régner dans cette ville. Des détails contenus dans la lettre de M. Gros, il résulte :

1° Que la mortalité reste la même, malgré la diversité des traitemens;

2° Que le choléra n'est pas contagieux;

3° Que les connexions du choléra avec les agens météorologiques et hygiéniques sont plus obscurs que jamais;

4° Que le choléra d'emblée est très rare, s'il est possible;

5° Que les perturbations organiques s'annonçant toujours quelque temps avant l'invasion mortelle, la cure prophylactique est la seule rationnelle et possible. (Comm. du choléra.)

2° Un mémoire de M. le docteur BOCAMY, de Fontfroide (Pyrénées-Orientales), sur le choléra. (Même comm.)

3° Un mémoire de M. DELFRAYSSÉ, contenant des observations et des réflexions sur les propriété prophylactiques et anticontagieuses du quinquina dans les épidémies paludéennes et principalement dans la fièvre. (Com. M. Gaultier de Claubry.)

4° Une lettre de M. CAZENAVE, de Bordeaux, avec une boîte contenant des bougies dilatées et médicamenteuses.

5° Une observation de M. MISSOUX, de Fournols (Puy-de-Dôme), re-

lative à un cas de spina ventosa, guéri radicalement et sans aucune trace de difformité. (Comm. M. Gimelle.)

6° M. Sécrétan soumet au jugement de l'Académie une nouvelle sonde pouvant, en une seule introduction, servir au triple usage d'évacuer l'urine, d'explorer et de cautériser un point donné de l'urètre ou de la vessie. L'auteur donne sur cet instrument les détails qui suivent :

Dans l'emploi des différentes sondes à cautériser en usage, j'avais remarqué, dit l'auteur, que (quelques précautions que l'on eût prises auparavant, pour vider la vessie aussi complètement que possible), il arrive fréquemment, surtout quand on cautérise près du col, que l'impression produite par le caustique, à l'instant où on le met à découvert, provoque l'expulsion d'une certaine quantité d'urine, qui dissout le nitrate d'argent, l'étend inutilement sur les parties qu'il serait mieux de ménager ; et, ce qui est plus fâcheux, empêche l'effet d'être complet sur les points qu'il eût été nécessaire de modifier par l'action plus énergique du caustique non délayé.

Le désir d'obvier à ces inconvéniens, qui peuvent faire manquer la réussite d'une cautérisation, m'a fait imaginer, un instrument (qui bien qu'étant, en principe, la sonde très commode de M. le professeur Lallemand) a néanmoins, sur toutes les sondes connues, l'avantage *de pouvoir donner issue à l'urine*, soit avant, soit après la cautérisation. Le nouvel instrument que je propose, quand il est monté (abstraction faite du renflement qui le termine) ressemble aux autres sondes à cautériser.

Mais le bout du mandrin qui porte la cuvette (fig. 1) *est creux*, son olive *A* est percée en grille, ainsi que l'autre extrémité *C* du cylindre *creux AC*, laquelle s'articule avec la chaînette.

Il résulte de cette disposition que l'urine, qui entre par la grille *A*, passe *sous* la cuvette *D*, dans laquelle le nitrate d'argent est renfermé, et va ressortir par l'autre grille *C*. Supposant maintenant l'instrument monté (fig. 2), le liquide continue à cheminer dans la canule et arrive au dehors par la tubulure *E*. Il faut, pour cela, que le mandrin, y compris la chaînette, laissent assez d'espace vide dans la canule pour que l'urine puisse y circuler librement. Il est essentiel, au contraire, que la portion du cylindre, situé entre la cuvette et le point *C* où commencent les trous, soit à frottement exact et enduit d'un corps gras non liquide, que l'on introduit au point correspondant de la canule, avant de fermer l'instrument, afin que l'urine, une fois arrivée dans la canule, trouve en cet endroit un bouchon hermétique qui l'empêche de refluer sur le caustique, qui sera ainsi conservé parfaitement à sec jusqu'au moment où on le mettra à nu.

Le bout du manche de l'instrument doit s'enfoncer, d'environ 2 lignes, dans la canule, et doit être entouré d'une lanière de baudruche pour la fermer exactement. De même, la tubulure *E* pourra être bouchée avec un petit fausset, ou simplement avec le doigt, afin d'être préservée de l'écoulement de l'urine pendant qu'on explore. On peut aussi y appliquer une seringue, afin d'aspirer jusqu'à la dernière goutte d'urine qui pourrait se trouver dans la vessie.

L'extrémité vésicale de la canule est percée d'une fenêtre *B* sur sa convexité. Avant d'introduire l'instrument, on aura soin de lutter avec du suif le pourtour de cette fenêtre, ainsi que la rainure à la base de l'olive.

Les avantages que l'auteur attend de cette sonde sont les suivans :

Donnant libre passage à l'urine.

1° Elle permet de prendre exactement la mesure de la distance qui sépare le méat urinaire du col de la vessie, en remarquant sur l'échelle graduée de la canule la profondeur précise à laquelle l'urine cesse et recommence à couler, quand on retire et qu'on enfonce alternativement la sonde. Prise ainsi, cette mesure ne sera pas sujette à varier, comme si l'on employait deux sondes qui pourraient être de courbure différente.

2° Elle permet ensuite de vider la vessie, et de procéder *immédiatement* à la cautérisation, *sans être obligé de retirer l'instrument et d'en introduire un autre pour cautériser*, ce qui ne laisse pas une certaine quantité d'urine le temps de se reproduire, épargne des souffrances au malade, que l'on peut même cautériser sans qu'il s'en doute, et fait que l'on n'est pas forcé, comme quelquefois, de remettre la cautérisation à un autre jour, parce qu'une seconde introduction de sonde ne pourrait être supportée, dans la même séance, par des organes irrités.

L'extrémité de l'instrument remplissant assez exactement le canal de l'urètre, la petite quantité d'urine qui pourrait encore s'échapper de la vessie trouvera une issue trop facile par la grille, pour se forcer un passage entre l'urètre et la sonde.

3° Donc, enfin, cet instrument préserve les parties que l'on cautérise du contact de l'urine, et celles que l'on veut épargner du contact du caustique dissous, et rend à la fois son action plus circonscrite et plus intense.

En outre, par sa partie renflée, il *sert d'explorateur :* ce renflement rendant son passage plus sensible sur les points ulcérés ou flogosés, il permet d'agir sur eux avec beaucoup de précision, n'ayant besoin que de faire exécuter un demi-tour au mandrin pour amener le nitrate d'argent dans la fenêtre de la canule.

Mais quand on voudra cautériser dans un espace moins limité et circulairement, alors on passera la cuvette hors de la canule, et on lui imprimera un mouvement de rotation, tout en faisant cheminer l'instrument en arrière en avant, jusqu'au point où on voudra borner la cautérisation.

Quand on cautérisera plus haut que le col de la vessie (dans cette seconde manière d'employer l'instrument), la fenêtre de la canule se trouvant plus bas que le caustique, donnera issue à l'urine qui pourrait se trouver dans la partie déclive. La saillie que forme, en bas, le renflement de la canule, lui permet aussi de s'appliquer plus exactement dans le bas-fond de la vessie.

Il resterait à expliquer pourquoi cet instrument est si volumineux (le renflement de la canule correspond au n° 25 de la nouvelle filière) ; outre que chacun sera libre d'en faire exécuter d'un moindre calibre sur le même modèle, pour moi, dit M. Sécrétan, pourvu cependant qu'ils pénètrent sans trop d'effort, je préfère les plus gros. M. Lallemand avait déjà remarqué depuis longtemps que les cautérisations faites avec de grosses sondes réussissent en général, mieux que les cautérisations faites avec de plus petites. Indépendamment de la surface plus large que présente le caustique dans un gros instrument ; cette différence, en faveur des résultats obtenus par de gros porte-caustique, me paraît tenir, à ce qu'agissant en dilatant le canal, la muqueuse se trouve *étirée* et *déplissée*, et présente d'une façon plus immédiate tous ses points à l'application du caustique. Les cryptes muqueux eux-mêmes étant élargis par l'extension de la membrane qui les porte, l'action qu'ils reçoivent du caustique sera plus pénétrante et atteindra le système sécrétoire de la muqueuse jusque dans la profondeur de ses follicules.

— M. O. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales, successivement trois rapports officiels sur des demandes en autorisation d'exploitation : 1° d'une source minérale sulfureuse de l'Echeillon, commune de Veurey (Isère) ; 2° d'une source d'eau minérale sulfureuse de Gasost (Hautes-Pyrénées) ; et 3° de trois sources d'eau minérale naturelle découvertes à Alet (Aude).

Sur les deux premières demandes, M. le rapporteur propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'autoriser l'exploitation.

Quant à la troisième, il propose d'en ajourner l'effet, les échantillons envoyés à l'Académie ayant été insuffisans pour permettre d'en connaître exactement la composition. (Ces conclusions sont adoptées.)

— M. Jolly continue sa lecture sur le choléra. (Voir plus haut.)

Mort par combustion volontaire chez un aliéné.

M. Bricheteau lit un rapport sur une observation intitulée : Cas de mort, suite d'une combustion volontaire chez un aliéné, dans un accès de délire, par M. Madin, de Verdun.

Voici la relation du fait communiqué par M. Madin :

M. P..., âgé de 36 ans, ayant perdu, peu de temps après son mariage, une femme qu'il aimait tendrement, fut si vivement affecté de cette perte, qu'il tomba dans une profonde mélancolie ; il lui semblait voir, dans les nuages, cette épouse chérie qui lui tendait les bras et l'appelait à elle. Ces hallucinations n'étaient que momentanées, elles n'empêchaient pas M. P.... qui était magistrat, de remplir exactement et convenablement ses fonctions publiques. Habitué, d'ailleurs, aux travaux nocturnes, il soutenait son activité par de petites doses de vin pur, et l'usage du tabac à fumer, dont il usait outre-mesure.

Dans un long intervalle de calme il songea à se remarier, mais les difficultés qu'il rencontra pour contracter de nouveaux liens, lui rendaient la mémoire de sa première femme plus chère. Les visions recommencèrent ; de plus, il se livra à des pratiques de dévotion exagérées, se mit à lire des ouvrages ascétiques qui ne firent qu'accroître les aberrations périodiques de son intelligence.

Ce fut alors que M. Madin fut appelé auprès de M. P... Il l'accueillit poliment mais prétendit qu'il n'avait nul besoin de son ministère, qu'il était l'élu du Seigneur, qui lui réservait une haute destinée. Il parla en termes respectueux, mais incohérens, des femmes qu'il adorait, toutes, jeunes ou vieilles. Il avait reçu, ajoutait-il, la mission de brûler les mauvais livres et autres objets contraires aux bonnes mœurs et il les livrait aux flammes. Cette manière de brûler faisant des progrès, M. P... faillit plusieurs fois incendier sa maison, sous le prétexte de la purifier avec des torches enflammées. Ces accès d'une véritable folie passés, il était le premier à rire de ses extravagances et semblait alors avoir pleinement recouvré sa raison ; ce qui donnait une fausse sécurité aux personnes qui l'entouraient. Toutefois, M. Madin, qui observait M. P..., avait saisi quelques propos incohérens dans les momens qui semblaient les plus lucides ; aussi était-il loin d'être rassuré sur le compte du malade, et avait-il prescrit une surveillance active et défendu formellement de le laisser seul. Ses appréhensions n'étaient que trop fondées, comme on va le voir.

Le 18 janvier 1836, à deux heures du matin, on fit appeler M. Madin pour donner des soins à M. P... qui s'était volontairement livré aux flammes, en expiation des fautes qu'il se reprochait. A cet effet, il avait dressé une espèce de bûcher dans sa cuisine. La fumée résultant de la combustion de la graisse du pauvre aliéné, avait fait connaître aux domestiques ce tragique événement. Arrivé près du malade, M. Madin fut surpris de le trouver calme et presque souriant au milieu d'une horrible flamme qui lui permettait à peine de respirer. Cher docteur, dit-il, je vais bientôt aller rejoindre ma femme, je suis digne d'elle maintenant que j'ai expié, dans les flammes, mes horribles forfaits. Je suis resté pendant deux heures sur le bûcher que Dieu m'a ordonné de construire, j'ai eu soin d'entretenir le feu en rapprochant les tisons. Le visage du patient, pendant cette singulière allocution, ne trahissait ni douleur, ni même aucune émotion.

En examinant le malade, M. Madin constata qu'il avait les jambes, les cuisses et les fesses entièrement brûlées, les os blanchis et calcinés ; les organes génitaux étaient aussi carbonisés et les mains réduites à l'état de moignon noirâtre et informe. Le reste du corps était intact. Dix minutes s'étaient à peine écoulées depuis que le malade avait été enveloppé d'un immense linge enduit de cérat, lorsque sa voix, auparavant si ferme et si retentissante, s'affaiblit tout à coup, le pouls devint insaisissable, la mort était imminente ; M. Madin, ayant enlevé brusquement l'appareil qu'il avait appliqué sur les brûlures, reconnut que l'une des artères poplitées, corrodée par le feu, avait donné lieu à une hémorrhagie mortelle. L'instrument du supplice consistait en une quinzaine de bûches de petites dimensions, que le patient avait artistement disposées dans la cheminée de sa cuisine, et auxquelles il avait mis le feu. Une énorme quantité de graisse mêlée de sang s'était écoulée jusqu'à deux mètres du foyer.

M. le rapporteur, après avoir rapporté quelques exemples analogues à ce fait, termine en proposant :

1° D'adresser une lettre de remercîmens à M. Madin ;

2° De renvoyer son travail au comité de publication ;

3° D'inscrire son nom sur la liste des futurs correspondans. (Adopté.)

RÉCLAMATION.

Nous avons reçu de M. le docteur Nonat, une lettre que nous avons dû communiquer à M. le docteur Valleix, et à laquelle notre honoré collaborateur a voulu répondre. Voici donc et la lettre de M. Nonat et la réponse de M. Valleix :

Paris, le 26 Octobre 1853.

Très honoré confrère,

Je viens de lire dans les n°s 125, 126, 127 de votre excellent journal, trois articles de M. Valleix, ayant pour titre : *De l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin et en particulier du phlegmon rétro-utérin.*

Je ne me propose pas de discuter ici, d'une manière approfondie, le travail de notre confrère ; je me bornerai seulement à faire remarquer que longtemps avant lui, j'ai établi par de nombreuses observations, que le phlegmon du tissu cellulaire péri-utérin est bien plus fréquent qu'on ne le croyait et qu'on ne le croit encore aujourd'hui.

Aussi n'est-ce pas sans une grande surprise que j'ai vu M. Valleix s'attribuer le mérite d'avoir appelé l'attention des médecins sur ce genre de maladie.

En effet, mes recherches datent de 1846, elles ont été continuées, sans interruption, jusqu'à ce jour, et elles m'ont permis d'observer plus de trois cents cas de phlegmon du tissu cellulaire péri-utérin, y compris le phlegmon des ligamens larges.

J'espère être en mesure de publier bientôt le résultat de mes investigations à ce sujet ; mais, en attendant que je puisse le faire, j'ai eu soin d'exposer mes idées sur le phlegmon péri-utérin, dans le journal l'*Observation médicale*, en 1849, et dans la *Gazette des hôpitaux*, en 1850. Ce n'est pas tout, deux de mes anciens élèves, MM. Boyer et Martin, l'un en 1848, et l'autre en 1851, ont puisé, dans ma division, les élémens de leurs dissertations inaugurales, qui ont pour objet l'histoire du phlegmon des ligamens larges et du tissu cellulaire péri-utérin.

En présence de tous ces documens, je crois qu'il est inutile d'insister davantage pour établir mes droits de priorité dans cette importante question.

J'espère, Monsieur et honoré confrère, que vous voudrez bien insérer ma lettre dans votre plus prochain numéro, et je vous prie d'agréer l'expression de ma haute considération.

A. Nonat,
Médecin de la Pitié.

Mon cher confrère,

Mon collègue, M. Nonat, m'accuse de vouloir m'attribuer le mérite d'avoir signalé à l'attention des médecins une maladie qu'il a particulièrement étudiée. Je n'aurais cependant pas cru que cette pensée pût lui venir, car il n'ignore pas que telle n'est pas mon habitude. Le fait est que je n'avais pas la moindre connaissance des publications qu'il cite dans sa réclamation. Suis-je tout-à-fait dans mon tort ? Peut-être trouvera-t-on qu'il n'en est pas ainsi, si l'on considère qu'il s'agit de deux articles de journaux qui n'ont pas été reproduits, et de deux thèses dont la publicité est, comme chacun sait, très restreinte. Ce qu'il y a de certain, c'est que je regrette beaucoup de n'avoir pas connu plus tôt les recherches de M. Nonat, car j'aurais été très satisfait de pouvoir les citer, les analyser, et en tirer tout ce qui pouvait se rattacher à mon sujet.

Aujourd'hui, j'ai pu me procurer les deux thèses qu'il cite ; quant aux articles de journaux, cela m'a été impossible. Je suis donc forcé de m'en tenir aux thèses.

Dans celle de M. Boyer, qui a paru en 1848, et qui a pour titre : *Du phlegmon des ligamens larges*, les phlegmons rétro et anté-utérins, dont je me suis particulièrement occupé, y sont à peine indiqués, et, par conséquent, il serait inutile d'insister sur ce travail, dont je ne nie pas l'importance à d'autres égards.

Dans la thèse de M. Martin, publiée, en 1851, sous ce titre : *Des tumeurs des ligamens larges et du tissu cellulaire péri-utérin*, le phlegmon rétro-utérin est au contraire parfaitement signalé. L'auteur, qui résume les idées de M. Nonat, assigne à cette affection, dans un certain nombre de cas, les troubles de la menstruation ; il signale la tumeur développée dans la cloison vésico-rectale, et place le siége de la maladie dans le tissu rétro-utérin ; enfin, il donne comme un moyen de diagnostic, non seulement le toucher vaginal, mais encore le toucher recto-vaginal, qui permet de saisir la tumeur entre deux doigts. Il est évident que la maladie est désignée de manière à ne pas pouvoir s'y tromper. Tels sont les détails importans que je trouve dans cette thèse.

Si je les avais connus, je le répète, je les aurais cités avec le plus grand plaisir, ce qui ne m'aurait pas empêché de publier mon petit mémoire, car il me paraît avoir élucidé certains faits qui, assurément, n'étaient pas familiers à la plupart des médecins.

Ainsi :

1° Sans avoir connaissance des recherches de M. Nonat, que l'on citait seulement comme étudiant et traitant les tumeurs des ligamens larges, je suis arrivé à reconnaître la fréquence des inflammations qui se forment autour du segment inférieur de l'utérus.

2° J'ai décrit cette inflammation à l'état aigu et j'ai fait voir qu'elle tend à la résolution complète ; tandis que dans les faits indiqués par M. Nonat, la maladie aurait passé presque constamment à l'état subaigu ou à l'état chronique.

3° J'ai établi le diagnostic non seulement sur le toucher, mais sur les symptômes rectaux et vésicaux, qui sont très remarquables.

4° J'ai, dans le diagnostic différentiel, distingué le phlegmon de la rétroflexion.

5° J'ai démontré que dans tous les cas, des *émissions sanguines modérées*, les calmans, et le repos, ont suffi pour faire disparaître toutes les traces de la maladie, tandis que dans les cas signalés par M. Nonat, il a fallu recourir à un traitement antiphlogistique des plus énergiques et de longue durée.

6° Enfin, et c'est là un point qui me paraît important, j'ai fait voir la nécessité de décrire à part ces phlegmons du tissu qui environne le segment inférieur de l'utérus, non assurément que je regarde la maladie comme d'une nature particulière, parce qu'elle occupe un siége particulier, mais parce que, dans ce siége, elle a une physionomie qui lui est propre, et que donner son histoire à part, c'est mettre un peu d'ordre dans cette partie de la pathologie, encore un peu confuse, qui a pour objet les lésions des tissus péri-utérins.

Voilà ce qui me paraît avoir un certain degré d'utilité, et si j'apprends que M. Nonat ou quelque autre observateur est arrivé aux mêmes résultats, j'en serai enchanté, car je n'attache pas grand prix aux questions de priorité.

Agréez, mon cher confrère, etc. Valleix.

Paris, 3 Novembre 1853.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 133. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 8 Novembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois............. 17
3 Mois............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 7 NOVEMBRE 1853.

SUR LA SÉANCE D'OUVERTURE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

La Faculté a r'ouvert ses portes aujourd'hui au milieu d'un immense concours d'élèves et de médecins. Un intérêt tout particulier s'attachait à cette séance. M. Bouchardat devait prononcer l'éloge de deux des professeurs éminens que la Faculté a perdus dans ces derniers temps, Hippolyte Royer-Collard et Achille Richard. Un sentiment que l'on comprendra aisément a engagé la Faculté à remettre, à l'année prochaine, l'éloge d'Orfila, dont la perte récente est venue s'ajouter aux pertes douloureuses et répétées que la Faculté a faites en si peu d'années.

Hâtons-nous de dire que M. Bouchardat s'est montré à la hauteur de la tâche que lui imposait l'éloge de deux hommes d'un talent si opposé et d'une nature si diverse. M. Bouchardat a mis en relief ces qualités merveilleuses dont Royer-Collard avait été doté par la nature, et qui l'auraient porté si loin, si d'autres occupations n'étaient venues le déranger d'une voie où tout semblait lui promettre de grands succès ; il s'est attaché surtout à montrer ce qu'on aurait pu attendre de cette grande intelligence, mise au service d'une science qui avait sa prédilection, si la maladie et la mort n'avaient brisé cette existence. Mais c'est dans l'éloge de Richard que M. Bouchardat a déployé un talent d'exposition et surtout une sensibilité qui expliquent à la fois la connaissance approfondie qu'il avait des travaux de ce savant professeur, et l'étroite amitié qui les unissait depuis longtemps. De nombreux applaudissemens ont suivi ce discours, et la séance s'est terminée par la proclamation des prix.

PROCLAMATION DES PRIX :

Prix de l'École pratique — Grand prix : médaille d'or, M. Marée (Louis-Victor).

1er Prix : médaille d'argent, M. Leplat (Emile-Claude).

2me Prix : M. Porchat (Frédérick-Jules-Albert).

Mention honorable : M. Parmentier, (Louis-Eugène).

Prix Corvisard. — M. Epron (Gratien).

Prix Montyon. — La Faculté n'a pas décerné ce prix.

DISCOURS PRONONCÉ PAR M. BOUCHARDAT :

Messieurs,

Le jour où la Faculté reprend ses travaux, est celui qu'elle choisit pour décerner ses couronnes.

Dans ces réunions solennelles des maîtres et des élèves, chaque professeur vient tour à tour aborder les questions les plus élevées et qui caractérisent l'enseignement dont il est chargé ; mais ce devoir est dominé par un autre, celui de rendre un pieux hommage aux collègues que la mort a frappés. On fait revivre ainsi, pour les amis, des mémoires chéries ; on apprend aux élèves à vénérer ceux qui ont dirigé leurs pas dans la carrière de la science, et on leur montre de nobles exemples à imiter.

Depuis peu d'années, tant d'hommes éminens ont disparu de cette enceinte, frappés au midi de leur carrière, à l'apogée de leur talent, que les tributs que nous avons à payer sont bien grands ! Royer-Collard, Richard, Orfila, nous ont été si soudainement et si fatalement enlevés, que nous ne pouvons nous habituer à ne plus les rencontrer au milieu de nous, que nos yeux se portent encore involontairement sur les places qu'ils occupaient.

Dans l'assemblée de 1854, un interprète éloquent vous dira ce que la science, ce que la Faculté doivent à Orfila ; j'ai été chargé par mes collègues de rendre un dernier hommage à Royer-Collard et à Richard.

Mon titre de nouveau venu dans la compagnie eût pu me faire décliner cet honneur qu'instinctivement on redoute, mais mes collègues ont pensé qu'occupant la chaire qu'Hyppolite Royer-Collard a occupée, je pourrais plus facilement vous entretenir des grandes idées qu'il avait fait pénétrer dans son enseignement.

Quant à Richard, j'ai été son élève, son agrégé, son ami, et c'est un mouvement du cœur que vous comprendrez sans peine, qui m'a fait désirer de vous parler de lui dans cette occasion solennelle.

Hyppolite Royer-Collard est mort à Paris, le 11 décembre 1850, âgé de 48 ans ; il était professeur d'hygiène à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, du Conseil de salubrité, du Comité consultatif d'hygiène publique, officier de la Légion-d'Honneur ; il fut emporté par une longue et douloureuse maladie dans la force de l'âge et de son talent.

Avant de vous faire connaître le professeur et le membre de l'Académie, permettez-moi de vous rappeler le souvenir de ses premières années et d'insister dès le début sur un contraste qui domine toute la carrière d'Hyppolite Royer-Collard.

La nature lui donna avec une rare prodigalité tout ce que le monde envie, tout ce qui peut rendre la vie heureuse et facile, et ce furent précisément ces dons qui contribuèrent le plus à le détourner de la route qui devait le conduire aux découvertes utiles qui restent après nous. Son esprit étincelant de verve faisait les délices de l'intimité ; comment trouver le recueillement quand on est partout recherché, aimé !

Royer-Collard portait un nom illustre entre tous ; son oncle, aussi célèbre par ses hautes connaissances philosophiques, par sa noble éloquence que respecté pour l'élévation de son caractère, était vénéré de la France entière. Son père était un des membres les plus distingués de l'Académie de médecine, un des professeurs les plus connus de la Faculté.

A ces avantages du sang, Hyppolyte Royer-Collard joignait une merveilleuse intelligence qui lui aplanissait toutes les difficultés des premières études ; aussi rien ne manqua à son début, succès universitaires, couronnes académiques, prix obtenus aux concours des hôpitaux et de la Faculté de médecine.

Quel commencement admirable avec un pareil nom ! Nous arrivons à une première et cruelle épreuve. Il était encore étudiant en médecine, et n'avait que 23 ans lorsque la mort vint le frapper dans ce qu'il avait de plus cher. La perte prématurée de son père, en brisant son cœur, le laissa inopinément aux prises avec les nécessités de la vie.

Les ressources infinies de son esprit ne lui firent pas défaut ; mais, dès le commencement de sa carrière, à l'époque où il importe tant d'avoir un but et de le poursuivre, il fut obligé de diviser ses forces. Il coopéra en même temps à la rédaction de la *Nouvelle bibliothèque médicale*, du *Bulletin de la Société anatomique*, du *Journal de médecine vétérinaire et comparée*, d'un grand nombre de publications scientifiques, de revues politiques et littéraires.

Ses études médicales n'étaient point pour cela délaissées, il les poursuivait avec une incroyable ardeur, sous le patronage du chirurgien illustre de l'Hôtel-Dieu, qui était alors dans tout l'éclat de son talent, de sa puissance... Dupuytren fut le président de sa thèse, œuvre très remarquable, et voici, d'après un témoin oculaire, l'incident qui couronna cet acte probatoire.

C'était dans ce grand amphithéâtre, et cette vaste enceinte était remplie comme aujourd'hui. Après l'argumentation, Dupuytren prit la parole : le célèbre professeur, d'ordinaire si réservé, si sobre d'éloges, s'exprima ainsi :

« La Faculté est fière de vous, dit Dupuytren, elle voit en vous le digne héritier d'un nom célèbre dans la science, dans la philosophie, dans l'éloquence. La Faculté espère en vous, monsieur, et depuis Bichat elle n'a pas connu d'élèves qui lui aient donné une satisfaction plus vive et de plus grandes espérances. »

Le chroniqueur ajoute que la jeune assistance applaudit ce magnifique éloge, sorti d'une telle bouche, et que personne ne le trouva empreint d'exagération.

Les débuts de Royer-Collard justifièrent ces espérances. A peine âgé de 25 ans, il fut nommé au concours, agrégé de la Faculté. Il était enfin arrivé à cette époque où, plein de confiance, il va concentrer toutes ses forces dans une direction scientifique ; mais il faut compter avec les événemens imprévus. La révolution de juillet éclate ; parmi les hommes nouveaux qui arrivent au pouvoir se trouvent des amis de Royer-Collard, et ils appellent aussitôt à eux cette intelligence d'élite.

L'élève de Dupuytren, l'agrégé de la Faculté de médecine, devient chef de division au ministère de l'instruction publique. Transporté dans cette région nouvelle, il n'abandonne pas pour cela la science, il en suit tous les progrès avec une curieuse activité ; mais, entraîné par des occupations administratives les plus variées, il ne peut entrer dans la voie des recherches auxquelles il était si bien préparé par ses fortes études.

Vous le voyez, Messieurs, c'est pour avoir été favorisé par le sort, c'est pour être arrivé trop tôt à ces hautes fonctions qu'H. Royer-Collard se détourna des routes où le maître lui avait prédit de si grandes destinées.

Je ne le suivrai qu'un moment avec vous dans sa carrière nouvelle ; il s'y appliqua avec cette ardeur que vous avez admirée ; c'est là qu'il put développer ce sens droit et élevé, ce jugement aussi sûr que prompt ; cette facilité d'expressions vives et pénétrantes qui formaient le caractère original de son talent.

Les hommes de science se feront difficilement une idée de l'activité qu'il dépensa pour préparer ces réformes administratives qui sont des nécessités des gouvernemens qui commencent.

Deux qualités se révélèrent en lui dans cette position nouvelle : la première, c'est une bienveillance à toute épreuve ; la seconde, c'est un sens pratique des plus remarquables.

Tous ceux qui eurent besoin de sa juste intervention, de son appui chaleureux, le trouvèrent en toute occasion heureux de rendre des services ; il l'était surtout quand il y avait de nobles infortunes à soulager. Il ne fallait pas chercher longtemps pour rencontrer des veuves, des mères, des enfans d'hommes qui avaient illustré notre pays, dans un dénûment extrême, et il ne faut pas ouvrir bien des pages de notre histoire pour trouver des exemples d'hommes éminens dans les sciences, dans les lettres, en proie aux plus pressans besoins : c'est dans ces occasions où l'on a pu admirer la délicatesse de ce cœur généreux.

L'habitude des pratiques administratives, le coup d'œil rapide et sûr d'Hyppolite Royer-Collard rendirent bien des fois sa présence infiniment utile dans les corps savans auxquels il appartint plus tard. C'est ainsi qu'à l'Académie de médecine, au comité consultatif d'hygiène publique, il prit une grande part aux discussions qui précédèrent ces deux grandes mesures de l'établissement des médecins sanitaires, et des conseils d'hygiène publique et de salubrité.

L'influence que sa belle position au ministère lui assurait ne put suffire à un homme qui avait pour la science une passion si vive. Une occasion se présenta bientôt de rentrer dans cette carrière dont les événemens l'avaient détourné pendant les plus belles années de sa vie.

La mort de Desgenettes laissa vacante dans la Faculté la place de professeur d'hygiène. Le chef de division, qui aux yeux du monde paraissait bien éloigné de ces études actuelles et si variées, qui sont nécessaires pour entrer en lice avec des compétiteurs nombreux, renommés par leurs talens, éprouvés par des luttes antérieures, ne craignit pas de prendre part à ce concours mémorable, et le succès couronna ses efforts... Bientôt après l'Académie de médecine l'appela dans son sein.

Le voilà donc enfin rentré dans cette carrière vers laquelle l'appelaient toutes ses aspirations. Avant d'exposer son caractère scientifique, j'ai besoin de répondre à deux questions qui se rattachent involontairement, dans l'esprit d'un grand nombre, à la mémoire d'Hyppolite Royer-Collard. Pourquoi n'a-t-il composé aucun ouvrage qui soit un titre durable pour la postérité ? Pourquoi se laissa-t-il entraîner par ce tourbillon du monde, qui est si peu compatible avec les solides études ? A cette dernière interpellation, je dirai : Le savant, aux résolutions les plus fortes, ne peut se soustraire comme il le veut à ses habitudes, à sa nature, à son passé. On est involontairement emporté dans la sphère où l'on est jeté, et puis il est de ces hommes privilégiés qui peuvent trouver le recueillement au milieu du tumulte ; les intimes de Royer-Collard savent que ce fut bien souvent au milieu d'un cercle brillant et animé qu'il écrivait quelques pages remarquables et qu'il préparait ces belles leçons qui ont fait pendant trop peu de temps le charme des auditeurs de la Faculté de médecine.

Avant d'accuser Hyppolite Royer-Collard de n'avoir pas mieux employé pour la postérité les dons si rares dont la Providence l'avait comblé, il ne faut pas oublier que, chargé inopinément pour ainsi dire d'un enseignement nouveau, aussi vaste, aussi complexe, il a dû se livrer à une suite d'études dont on se fait difficilement une idée quand on n'a pas réfléchi à l'ensemble de connaissances qui se rattachent à l'enseignement de l'hygiène.

Quelques années venaient à peine de s'écouler, depuis sa nomination, quand il fut frappé par cette cruelle maladie qui l'a si lentement conduit au tombeau.

Voici les titres des principaux ouvrages de Royer-Collard, où vont nous apparaître avec netteté les tendances de cet esprit si distingué :

1° *Des tempéramens considérés dans leurs rapports avec la santé.*

2° *Organoplastie hygiénique* ou *Essai d'hygiène comparée sur les moyens de modifier les formes vivantes par le régime.*

3° *Considérations physiologiques sur la vie et sur l'âme.*

Ces trois ouvrages importans, sur lesquels nous allons revenir, sont imprimés dans les tomes X et XIV des *Mémoires de l'Académie de médecine.* A l'époque de leur lecture devant cette Compagnie, ils excitèrent le plus vif intérêt.

Dans les années 1843 et 1845 Hyppolite Royer-Collard prononça les discours de rentrée de la Faculté de médecine. Dans le dernier, il paya une dette du cœur en retraçant les travaux de Breschet. Dans le premier, il exposa avec une élévation de vue des plus remarquables les services que les sciences physiques et chimiques avaient rendues ou étaient appelées à rendre à la médecine.

La pensée dominante de Royer-Collard, que l'on retrouve partout dans ses mémoires, dans ses discours, dans ses leçons, consiste à bien préciser et à indiquer largement le rôle des sciences physiques et naturelles appliquées à éclairer les phénomènes les plus importans de la santé et de la maladie.

Son esprit, plein de rectitude, tient la balance avec fermeté entre ceux qui disent que l'invasion des sciences physiques, dans la médecine, ne saurait amener que confusion et que ruine ; et les téméraires qui assurent qu'une ère nouvelle commence, que plus on descendra

profondément dans la connaissance des corps vivans, mieux on arrivera à comprendre la vie et à la saisir dans son principe.

Suivant les voies ouvertes par Bacon et par Descartes, il établit que l'analyse des phénomènes organiques est entre les mains du médecin, le véritable instrument des découvertes, et qu'en définitive, ces phénomènes n'étant que des formes, des manières d'être de la substance vivante, il s'ensuit que l'analyse doit porter sur la substance elle-même et les élémens dont elle se compose.

Appliquant ces données, il démontre que l'anatomie, cette connaissance de l'homme matériel, se perfectionnant de plus en plus, est devenue le fondement nécessaire de toutes les études médicales; mais après avoir reconnu dans l'organisation plusieurs appareils organiques distincts des organes dans les appareils des tissus, l'anatomie dépose ses instrumens devenus inutiles, et cherche dans le domaine de la physique et de la chimie des moyens de décomposition ou d'analyse qu'elle applique aux tissus eux-mêmes.

Les sciences physiques et chimiques, ajoute H. Royer-Collard, ne sont pas seulement des sciences accessoires à la médecine, mais elles en sont inséparables au même titre que l'anatomie. Pour compléter sa pensée, il se hâte d'ajouter qu'aucune expérience, aucun raisonnement ne feront jamais que les corps vivans ne soient pas différens des corps inertes. Le physiologiste qui étudie le corps humain, le décompose par tous les moyens qui sont en son pouvoir, et pourtant il tient compte des formes organiques et de cette unité vivante qui est la cause ou l'occasion de certains phénomènes d'une nature particulière; la physiologie ne sera donc jamais de la chimie ou de la physique; mais les sciences seront pour elles un nouveau scalpel.

Il aurait pu ajouter, pour compléter sa pensée et pour tracer une limite très nette entre les sciences physiques et la physiologie, que les phénomènes qui se passent dans les corps vivans sont de deux ordres.

Dans les organes vivans, il s'opère incessamment des décompositions qui sont absolument de même nature que celles qui s'exécutent dans le laboratoire du chimiste, et, il faut bien le dire, ces décompositions continuelles et successives sont des phénomènes qu'il nous importe de bien connaître, car ils se rattachent de la manière la plus intime aux conditions de la santé, et dans bien des cas nous sommes maîtres, dans une certaine mesure, d'en changer, d'en modérer ou d'en activer la marche.

Mais dans les organes des corps vivans, il s'opère aussi de mystérieuses transformations qui sont complètement en dehors des lois de la chimie ordinaire.

Les organes vivans seuls peuvent produire ces molécules complexes qui forment la partie fondamentale des corps organisés.

Sans aucun doute le chimiste peut employer la synthèse pour produire des molécules plus composées par la réunion de molécules plus simples; mais il est dans cette direction des limites qu'il ne franchit pas. Non seulement jusqu'ici il n'a pu produire un organe, un tissu, mais il n'a pu donner naissance à de l'albumine par l'association de molécules moins complexes. Il n'a pu même, en combinant des principes immédiats sans action sur la lumière polarisée, donner naissance à des combinaisons qui exercent de l'influence sur cet admirable agent.

Vous voyez, Messieurs, cette distinction dans toute sa netteté; il se passe dans les corps vivans des phénomènes qui sont exactement du même ordre que ceux que nous pouvons réaliser dans le laboratoire du chimiste. Pour ceux-là, nous ne pouvons refuser son concours, ce serait volontairement fermer les yeux à la lumière; mais reconnaissons aussi que par delà les forces chimiques il existe une merveilleuse puissance et qui seule peut donner naissance à ces produits complexes qui caractérisent l'organisation.

C'est dans le beau travail d'H. Royer-Collard sur l'*Organoplastie hygiénique* qu'il faut chercher ces lumineuses tendances vers une physiologie nouvelle.

Développons un exemple qu'H. Royer-Collard choisit. Pour avoir une idée exacte des effets de l'alimentation, nous étudions chaque aliment, les substances qu'il contient, leurs combinaisons et réactions diverses, leurs transformations dans les différentes parties de l'appareil digestif. Nous étudions leurs voies d'absorption, d'emmagasinement, leur assimilation dans les organes, les transformations qu'ils éprouvent dans les tissus les plus intimes, les matières qu'ils fournissent par leur destruction, et nous cherchons comment, par quelle voie, sous quelles formes sont éliminés de l'organisme ces résidus de la vie.

H. Royer-Collard ne put, en quelque sorte, qu'indiquer la route qu'il se proposait de suivre. La maladie, chaque jour plus cruelle, laissa interrompues ces belles recherches vers lesquelles il avait concentré toutes les forces de son intelligence.

On s'étonnera peut-être que le professeur d'hygiène se préoccupe surtout des grandes questions de physiologie; mais écoutons-le un instant, et nous comprendrons cette prédilection qui résulte, pour lui, de longues et solides méditations.

Une fois, dit-il, dans son beau travail *Sur les tempéramens*, que l'hygiène a pris position sur ces hauteurs, qui sont celles de la physiologie elle-même, un horizon nouveau ne se découvre-t-il pas à ses regards? Ne voit-on pas la nécessité de resserrer, de plus en plus, ces deux sciences, de les maintenir sans cesse l'une et l'autre au même point de développement, de faire en sorte qu'animées sans cesse du même esprit, dirigées par une même influence, les conquêtes de l'une soient toujours pour l'autre un moyen de progrès et de perfectionnement. Telle est la seule condition qui permette à l'hygiène de devenir ce qu'elle doit être, c'est-à-dire un art non point empirique et grossier, mais fondé sur une science positive et solide.

Pardonnez-moi ces citations, car c'est aussi mon drapeau; je ne saurais proclamer avec trop d'insistance que l'hygiène, dans ses parties les plus belles, n'est que la physiologie appliquée.

Pour fonder cette hygiène nouvelle, il ne s'agit plus, pour nous, que de poursuivre cette tâche pleine d'intérêt, et de marcher constamment vers le but avec une vigoureuse opiniâtreté.

Ce but, demande H. Royer-Collard, jusqu'à quel point est-il possible d'y parvenir? Sans doute, quand on porte ses regards au-delà de l'étroite sphère où les générations s'agitent avec tant d'ardeur; quand on voit devant soi l'infini de la science et cette terre promise de la vérité, qui recule toujours à mesure qu'on croit l'atteindre, il y a parfois des momens de doute; mais, par une étude plus attentive, on s'aperçoit bientôt qu'à travers des efforts stériles ou rétrogrades, la science n'en suit pas moins une marche constante.

Les hommes passent, se succèdent, elle seule reste progressive, immortelle.

Je vous aurais fait connaître H. Royer-Collard d'une manière incomplète, si je ne vous entretenais de ses relations professorales et confraternelles..... Éloigné quelque temps par ses fonctions administratives du mouvement scientifique, il fut d'abord accueilli à l'Académie de médecine par ses collègues, à la Faculté par les élèves, avec une certaine froideur; mais à mesure qu'on apprit à le mieux connaître, les préventions s'évanouirent, et firent place à une vive affection. L'Académie lui en donna la preuve la plus éclatante en l'appelant, malgré la ruine de sa santé, à l'honneur de la présider.

Pour les élèves de la Faculté, il connut bientôt le moyen infaillible d'en être aimé, ce fut de les aimer eux-mêmes, ce fut de considérer ses fonctions comme un véritable sacerdoce.

Placés auprès de vous, leur disait-il, pour vous servir de précepteurs dans votre carrière, nous n'ignorons pas quelle responsabilité est attachée à cette mission, aussi laborieuse qu'honorable, nous n'y épargnons aucun effort, toujours empressés de vous assister de nos conseils. Nous cherchons aussi, en toute circonstance, à vous donner l'exemple de l'assiduité et du travail. Ah! Messieurs, il la donna de la façon la plus touchante, cette preuve de son amour pour ses fonctions de professeur. Déjà accablé par cette maladie cruelle, n'étant plus que l'ombre de lui-même, il se fit porter dans cet amphithéâtre; là, il fit ses leçons dernières, où l'on trouve l'empreinte de cet esprit si remarquable, et où l'on voit à chaque instant l'homme supérieur qui sent sa fin prochaine. Il endura pendant dix-huit mois l'inexprimable angoisse de se voir jeune encore, s'amoindrir chaque jour.

On ne peut se défendre d'un profond sentiment d'amertume quand la mort vient trancher une vie incomplète, quand elle brise une intelligence pleine d'espérance et d'avenir. Disons au moins, pour diminuer nos tristesses, que durant la lutte si lente et si douloureuse qu'H. Royer-Collard a eu à supporter, il a été soutenu par cette philosophie élevée qui est le grand héritage de sa famille. Dans le dernier mémoire qu'il a lu à l'Académie de médecine sur la vie et sur l'âme, il cherche à démontrer comment le principe de la vie du corps se distingue de son immatérielle, de son immortelle essence. Ce sont ces idées pures et consolantes qui ont maintenu sa douce sérénité jusqu'à son dernier soupir.

Ajoutons qu'on regrettera dans H. Royer-Collard un homme des plus désintéressés, un esprit plein de distinction, un cœur fermé à l'orgueil et à l'envie, ouvert à l'indulgence la plus vraie, aux plus sûres amitiés, aux sentimens les plus généreux. Terminons son éloge en disant que tous ceux qui l'ont connu l'ont aimé.

Je viens de vous dire, il y a un instant, combien était poignante cette idée de la mort frappant un homme plein d'avenir; eh bien! Messieurs, ces pensées sont plus déchirantes encore quand vous voyez tomber au milieu de vous un collègue dans toute la puissance de son talent.

Ces douleurs, nous les avons tous ressenties à la mort d'Achille Richard.

Né à Paris, le 27 avril 1794, il mourut le 5 octobre 1852. Il était professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine, membre de l'Institut, de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine, de la Société centrale d'agriculture, officier de la Légion-d'Honneur.

Achille Richard était né pour la belle carrière qu'il a si noblement parcourue, jamais il ne dévia de la route où il a laissé de si grands souvenirs.

Par tous les antécédens de sa famille, la botanique était son patrimoine. Son bisaïeul était le directeur et le fondateur du beau jardin de Trianon, son aïeul de celui d'Auteuil, son père, Louis-Claude-Marie Richard, était ce naturaliste illustre qui, il y a quarante ans, par ses admirables recherches sur l'analyse du fruit et des autres organes des végétaux, contribua si puissamment à perfectionner la méthode naturelle, et dont les travaux créèrent une véritable école.

Il y a trente-deux ans, à pareille époque, Dupuytren prononça son éloge dans cette enceinte en même temps que celui de Corvisart; la mort, comme aujourd'hui, frappait coup sur coup les professeurs les plus éminens de l'école de Paris.

Achille Richard, presque au sortir de l'enfance, puisa sous son père les principes d'une observation rigoureuse qui formèrent plus tard le cachet de son talent; c'est là qu'il prit l'habitude d'exprimer ce qu'il voyait, aussi bien, aussi facilement avec le pinceau qu'avec la plume.

Voici l'ordre que je me propose de suivre dans cette notice.

Je ferai en sorte de vous faire connaître et apprécier les nombreux ouvrages, les mémoires importans auxquels notre collègue bien-aimé a consacré les quarante années de sa vie d'homme; puis je vous rappellerai ce qui de lui vit dans vos mémoires, dans vos cœurs, mais qui s'effacerait avec nous, si son biographe ne s'efforçait d'en perpétuer le souvenir; c'est cet admirable talent qui lui a assuré dans l'enseignement une position hors ligne; ce sont ces vertus qui l'ont fait admirer, chérir de tous ceux qui ont vécu dans son intimité.

Claude Richard, soit par défiance de ses ses forces, soit par amour exagéré de cette perfection à laquelle l'homme peut si rarement prétendre, ne publia qu'une partie des travaux considérables qu'il exécuta; ce sont des amis, des élèves qui conservèrent à la postérité la plupart des recherches originales auxquelles ce botaniste, si passionné pour la science, consacra toute sa vie. Son fils Achille, au contraire, commença ses publications encore sur les bancs de l'école et les poursuivit sans relâche jusqu'à son dernier jour.

Il était encore étudiant lorsque, en 1819, il fit paraître la première édition de ses nouveaux élémens de botanique appliquée à la médecine. Deux années avant il avait lu un mémoire à la Société philomatique, où se trouvent développés les principes qui le dirigèrent dans la composition de cet ouvrage, et où il montre l'importance de la botanique pour notre profession.

« Quel est le médecin, dit-il, qui peut, sans quelque honte, prescrire chaque jour à des malades des plantes qu'il n'a jamais vues fraîches, et dont il n'a point étudié les caractères. Pour savoir la botanique médicale, ajoute-t-il, il faut commencer par étudier les principes fondamentaux de la science, sans lesquels tout n'est qu'hésitation et tâtonnement. »

Ce sont ces principes qu'il expose dans son livre avec une lucidité des plus remarquables, mais il se hâte d'ajouter: Il ne suffit pas d'étudier ces principes fondamentaux dans les ouvrages, c'est dans le grand livre de la nature qu'il faut en vérifier la justesse. C'est là, dit-il, à ses condisciples, que nous apprendrons à voir, de nos propres yeux, les admirables artifices employés par la nature pour modifier, de cent mille manières différentes, les divers organes dont elle a doué les végétaux, et nous admirons l'harmonie qu'elle a su mettre dans toutes ses productions.

Cet ouvrage du jeune, du très jeune botaniste, eut un succès des plus brillans. Sept éditions successives, tirées à grand nombre, témoignent de l'influence que ce livre a exercée sur le mouvement des études. La première édition avait été écrite, peut-être, un peu trop rapidement; celle qu'il refit deux ans après était considérablement améliorée. Il changea alors son titre en celui de : *Nouveaux élémens de botanique et de physiologie végétale.*

Je dois insister sur un point de la plus grande importance pour la mémoire scientifique d'Achille Richard.

Il a revu, corrigé, perfectionné avec un soin tout paternel l'ouvrage de ses premières années. C'est là que ce savant modeste a souvent consigné des observations originales, auxquelles il n'a donné aucune autre publicité. C'est particulièrement les parties qui se rapportent à l'anatomie microscopique des tissus, qui ont été successivement augmentées dans les éditions nouvelles, par des recherches auxquelles il s'est toujours livré avec un zèle extrême.

Ces parties originales, et vraiment scientifiques de l'ouvrage, avaient pris un tel développement, que, pour rendre son livre plus à la portée des élèves, il fit paraître, en 1851, un volume in-12, sous le nom de *Précis de botanique*, qui peut être regardé comme la huitième édition de ses *Élémens de botanique et de physiologie.*

Après avoir montré comment il fallait étudier les principes généraux de la science, Achille Richard aborda les applications de la botanique à la médecine.

Le 19 mars 1818, à peine âgé de 24 ans, il présenta à la Société de la Faculté de médecine un mémoire accompagné d'excellentes figures, où il établissait, de la manière la plus nette, l'origine des ipécacuanhas.

Ce travail fut imprimé en entier dans les mémoires que publiait cette compagnie. Le 16 mars 1820, après avoir enrichi son ouvrage de nombreuses observations, il fit paraître sa thèse inaugurale, intitulée : *Histoire naturelle et médicale des différentes espèces d'ipécacuanhas.* C'est dans ce travail que, désormais, on ira chercher tout ce qui se rapporte à la botanique de ces précieux médicamens. Ce mémoire peut servir de modèle de thèse d'histoire naturelle médicale.

Voici les circonstances qui donnèrent à cet ouvrage, à l'époque où il parut, un grand intérêt d'actualité.

Les premières notions qu'on eut en Europe, sur l'ipécacuanha, étaient dues à C. Pison et Macgrave, et insérées dans leur ouvrage intitulé : *Historia naturalis Brasilicæ*, Amsterdam, 1648.

Malgré ces notions, qui sont exactes, on méconnut depuis la plante qui fournissait l'ipécacuanha. On l'attribua successivement à plusieurs végétaux fort disparates, telles qu'à une prétendue espèce du genre *Paris*, à une autre du genre *Lonicera*. On s'arrêta à un végétal du genre *Viola*, du Brésil. Linné fils, ayant reçu de Mutis une plante du Pérou, sous le nom de *Psychotria emetica* voulut la reconnaître pour la vraie source de l'ipécacuanha. MM. de Humboldt et Bonpland adoptèrent ces données en 1817. Disons cependant que bien avant cette dernière époque Gomez, de Lisbonne, vérifia l'exactitude des données de Pison et signala la méprise de Linné fils. Quoi qu'il en soit, on comprend sans peine qu'en France avec l'autorité de MM. de Humboldt et Bonpland, l'incertitude ait pu devoir subsister malgré un article publié par M. Hecto et de Tussac, et une bonne notice de M. Mérat.

Il fallait rendre toute confusion impossible pour l'avenir. La description de Pison n'était vraiment pas suffisante puisqu'elle avait pu induire en erreur Linné fils.

Achille Richard refit complètement les descriptions de toutes les plantes à ipécacuanha, en éclairant ces descriptions de tous les perfectionnemens introduits par son père dans l'étude des organes et en accompagnant le texte de figures descriptives irréprochables. Voilà comment la science fait des progrès définitifs. Cette étude approfondie d'une des plantes les plus employées de la famille des Rubiacées devait conduire Richard à un travail général bien autrement important; mais n'anticipons point sur l'exposition des recherches qui se rapportent aux monographies.

Après sa thèse sur les ipécacuanhas et quelques autres mémoires sur lesquels nous reviendrons, Achille Richard publia, en 1823, son *Traité de botanique médicale* en deux volumes in-8°.

Les botanistes de profession ont peu lu cet ouvrage, qui a eu un si légitime succès dans la littérature médicale, et ils ne lui ont pas rendu, comme livre original, la justice qu'il mérite et que la postérité lui réserve.

Nous avions bien des traités des plantes usuelles, des dictionnaires des médicamens simples où les végétaux employés en médecine étaient décrits, mais quelle confusion dans le choix des espèces, quelle confusion plus grande encore dans les descriptions; lorsqu'on parcourt ces ouvrages, on est frappé en voyant les merveilleuses propriétés attribuées à plusieurs plantes dans le traitement des maladies les plus rebelles. Que d'herbes inertes auxquelles on donnait des vertus extraordinaires! Peut-on ne pas sourire lorsqu'on voit vanter avec une sorte d'enthousiasme l'efficacité des fleurs de bleuet dans le traitement des fièvres intermittentes et les sommités de Galiet comme un spécifique contre l'épilepsie. En comparant le *Traité de botanique médicale* d'Ach. Richard avec les autres ouvrages analogues, on s'aperçoit des efforts heureux qu'il a faits pour le mettre en harmonie avec les progrès des autres sciences médicales.

Ce qui constitue le mérite essentiel du *Traité de botanique médicale*, c'est la fidélité et l'élégance des descriptions des espèces. On s'aperçoit, en étudiant ce livre dans tous ses détails, que c'est un analyste d'une grande école qui a tracé ces caractères. Le pinceau ne ferait pas

mieux ; toutes les descriptions ont été tracées d'après nature, toutes les plantes qui croissent en France ont été analysées sur des individus frais et vivans. Pour les plantes exotiques, l'analyse a été faite soit d'après des individus cultivés dans les jardins, soit d'après des échantillons secs qu'Achille Richard possédait dans son herbier.

Vous le voyez, Messieurs, le *Traité de botanique médicale* est une œuvre originale de la plus grande valeur qui, dans les siècles à venir, servira de point de départ à tous les auteurs qui voudront décrire les plantes employées en médecine.

Achille Richard prit une part tellement active à la rédaction de plusieurs dictionnaires médicaux ou scientifiques, que je ne pourrais, pour ainsi dire, que mentionner ces recueils sans vous faire connaître en détail les articles qu'il y consigna.

Dès ses jeunes années on le choisit comme un des principaux collaborateurs du *Dictionnaire des sciences naturelles*, qu'édita Déterville. Il fut un des auteurs nés du *Dictionnaire universel d'histoire naturelle*, mais c'est surtout dans les deux éditions du *Dictionnaire de médecine* où sa collaboration fut plus précieuse et plus active ; tous les articles de botanique médicale de cet ouvrage, dont le succès fut si grand et si mérité, furent rédigés par lui. Il publia, avec MM. Chevalier et Guillemin, un ouvrage important en cinq volumes in-8°, intitulé : *Dictionnaire des drogues simples*.

Me voici arrivé à la partie la plus difficile, mais aussi la plus importante de ma tâche, celle qui consiste à vous faire connaître les monographies et les flores qui ont occupé la plus grande partie de la vie d'A. Richard.

Quelques mois à peine après avoir soutenu sa thèse à la Faculté de médecine, il lut à l'Académie des sciences une monographie accompagnée d'excellentes figures sur le genre *Hydrocotyle*. Cette lecture fut suivie d'une autre à un très court intervalle sur une monstruosité remarquable du genre *Ophrys* ; enfin, il présenta à cette même compagnie un travail complet sur la famille des Éléaginées, le 7 décembre 1823.

Ces mémoires offrent sans doute un très grand intérêt, mais ils n'approchent point de ceux qu'il me reste à vous analyser.

Avant d'entrer largement dans la carrière de la science, A. Richard avait une pieuse dette à acquitter. Son père, Louis-Claude, n'avait presque rien publié, trouvant, comme je vous l'ai dit déjà, que, malgré le soin et la perfection qu'il apportait dans tous ses travaux, il y restait toujours quelque chose à faire, et peut-être aussi ayant été blessé de quelques objections qu'on lui avait faites, il ne fit paraître que peu de monographies qui suffirent pour montrer la profondeur et la sagacité de ses vues. Mais il laissa à son fils tous ses précieux manuscrits, tous ses herbiers, tous ses dessins analytiques, exécutés avec un talent inconnu jusqu'à lui dans la représentation des organes des plantes.

Parmi les travaux auxquels Claude Richard avait consacré le plus de veilles, arrivait an premier rang son grand *Mémoire sur la famille des conifères*, dont il s'était constamment occupé pendant plus de dix années.

Rien n'est plus touchant et plus modeste à la fois que la manière dont Achille Richard rend compte de sa large coopération au magnifique ouvrage de son père.

Ce grand travail restera comme un modèle pour les auteurs de monographies. Il contient une foule de faits nouveaux sur l'organisation si particulière et si peu connue alors de cette grande famille végétale qui fournit tant de produits utiles à l'homme.

Le mémoire sur la famille des musacées, préparé par Claude Richard, achevé et publié par son fils, quoique moins important, est aussi remarquable à bien des titres ; mais le temps me presse, et je ne puis m'y arrêter.

Laissons, pour un moment, l'ordre chronologique pour arriver immédiatement à la monographie la plus considérable qu'Achille Richard ait publiée ; c'est son *Mémoire sur la famille des rubiacées*.

Cette famille est une des plus intéressantes du règne végétal pour le médecin ; rappelons qu'elle nous fournit les quinquinas, les ipécacuanhas, le café, la garance, etc., et l'on comprendra facilement le zèle avec lequel elle a été étudiée par les naturalistes médecins.

Le groupement des espèces dans la famille des rubiacées présentait des difficultés si grandes, que des botanistes des plus éminens y sont revenus à plusieurs reprises.

Jussieu, dans son *Genera plantarum*, divise la famille des rubiacées en dix sections ; en 1820, dans le sixième volume des *Mémoires du Muséum*, il revient sur cette distribution, et il forme d'autres groupes d'après des considérations nouvelles.

De Candolle s'est aussi occupé, avec toute la supériorité de son génie, à deux reprises différentes de l'établissement des genres et des tribus de cette famille.

Enfin, le professeur Kunt, dans le troisième volume de son *Nova genera et species Americæ æquinoxialis*, a singulièrement amélioré la classification des rubiacées ; malgré ces travaux considérables, la monographie d'Achille Richard restera comme une œuvre des plus consciencieuses et des plus distinguées ; elle est surtout remarquable par de longues et fortes études, par ces détails d'analyse si parfaits qui distinguent tous ces ouvrages. On y trouve des considérations philosophique du plus grand intérêt, mais que je ne puis développer ici parce qu'ils rentrent dans le domaine de la science abstraite.

Me voici arrivé à la partie la plus caractéristique, et certainement la plus curieuse, de la vie scientifique d'Achille Richard.

Les hommes qui sont destinés à marquer leur place dans ce monde, ont, dans la plupart des cas, une pensée dominante qui les pousse, pour ainsi dire, à leur insu, dans une direction déterminée. Les événemens peuvent les arrêter, les détourner de la route, un instinct plus fort les y ramène fatalement.

Achille Richard avait, à un degré suprême, l'amour des choses nouvelles. Ses pensées le portaient incessamment vers des contrées inexplorées, où, à chaque pas, il pouvait découvrir des plantes inconnues. Il était né botaniste-voyageur.

Cette passion était dans sa nature, dans son sang, il la tenait de son père qui, dès l'âge de 13 ans, n'aspirant qu'au bonheur d'aller dans les régions lointaines pour étudier les productions de la nature, renonce à un brillant avenir, quitte la maison paternelle pour se livrer à son goût pour la science, et saisit la première occasion qui lui fut offerte d'aller visiter, dans tous ses détails, une des contrées les plus curieuses, mais aussi, à cette époque, une des plus inhospitalières, la Guyanne, où il séjourna six ans.

Bien des fois, dans sa vie, Achille Richard fut poursuivi par l'impérieuse pensée de parcourir les régions lointaines pour y recueillir ces plantes nouvelles qu'il aimait tant à contempler et à décrire. Mais, dans ses jeunes années, il ne pouvait se séparer d'un père dont la santé était des plus chancelantes et dont il partageait tous les travaux ; plus tard, des devoirs sociaux, des liens plus doux le retinrent comme malgré lui. Cependant, dans une occasion solennelle, la nature faillit l'emporter.

Il rêve avec une insurmontable passion de visiter les régions encore inexplorées de l'Amérique centrale, il fait silencieusement tous ses préparatifs. Le voyageur est à la veille du départ, tout est disposé pour une absence de deux années ; mais, au dernier moment, sa résolution se brise devant les larmes d'une épouse, et la pensée de se séparer de ses trois jeunes enfans qu'il aimait passionnément.

Retenu enchaîné dans notre pays, son instinct des voyages subsiste et domine toute sa carrière.

Il s'intéresse, avec une inquiète curiosité, à toutes les explorations scientifiques qui s'exécutent, il devient le protecteur, l'ami, et dans bien des occasions, il aide puissamment de sa bourse les intrépides voyageurs qui vont à la recherche des productions des lointains climats, et il se met avec une ardeur constante à décrire, à classer bien des trésors qui seraient encore enfouis, s'il ne s'était trouvé un homme avec la passion dominante des choses nouvelles, et doué d'un rare talent pour les décrire.

Les flores qu'Achille Richard a publiées, constituent, à n'en point douter, les ouvrages qui, dans les siècles à venir, contribueront le plus à immortaliser son nom ; vous me pardonnerez de vous les faire connaître avec quelques détails.

Je commencerai par vous entretenir d'une œuvre qu'il n'a point achevée. Achille Richard s'est occupé, pendant plusieurs années, d'une flore des îles de France et de Bourbon ; mais n'ayant pas à sa disposition tous les matériaux qu'il désirait, il se contenta de publier une monographie sur les orchidées qui croissent naturellement dans ces îles. Parmi les genres nouveaux qu'il a décrits, il en dédia un, composé de trois espèces, à la mémoire de son ami, de son allié Béclard, le professeur si distingué de cette école.

Pendant toute sa vie il s'est occupé de cette famille des orchidées, qui nous donne le salep et la vanille, et qui est si remarquable par l'élégance des végétaux qu'elle renferme. En 1841, il a publié un fragment de ces études, intitulé : *Monographie des orchidées*, de Nil Geherries.

C'est dans son mémoire sur les orchidées des îles de France et de Bourbon qu'il expose comment un botaniste sédentaire peut penser à publier des flores.

On s'étonnera sans doute, dit-il, de voir un naturaliste, qui n'est jamais sorti d'Europe, entreprendre la flore d'un pays lointain qu'il n'a jamais visité.

Certes, les conditions dans lesquelles il se trouve placé ne sont pas aussi favorables que pour le naturaliste-voyageur qui décrit les plantes qu'il a vues fraîches et qu'il a observées lui-même dans leurs véritables localités. Mais, néanmoins, aujourd'hui l'analyse botanique est parvenue à tel point qu'on peut, avec quelque habitude, reconnaître presque d'une manière aussi certaine la structure d'une plante desséchée.

Les longs voyages usent vite et font perdre l'habitude du travail de cabinet, indispensable pour établir les comparaisons.

Il est extrêment rare de voir les botanistes qui ont voyagé, publier eux-mêmes le fruit de leurs voyages, presque toujours ce travail a été fait par les botanistes sédentaires. Ainsi, l'immortel Linné, qui n'a pas quitté l'Europe, a publié une *Flore de Ceylan*. La *Flora Borealis americana*, de Michaud, a été publiée par Claude Richard, qui, d'un autre côté, n'a rien donné des fruits d'un voyage de huit années dans la Guyane et les Antilles.

Les plantes recueillies par MM. de Humboldt et Bonpland ont été décrites et publiées par Kunt, dans son *Nova genera et species plantarum Americæ equinoxialis*.

Nous allons voir que si Achile Richard n'a pas visité de contrées lointaines, il est peu de botanistes qui nous aient mieux fait connaître les plantes de régions plus importantes.

La première grande flore à laquelle il attacha son nom est celle de la *Sénégambie*, dont il a été publié un volume in-folio, avec de magnifiques planches.

Vers le milieu du XVIII[e] siècle un des plus grands botanistes du temps, Adanson parcourut les diverses contrées de la Sénégambie : mais par une fatalité attachée aux travaux de cet illustre naturaliste, ceux qu'il avait rédigés sur la botanique du Sénégal restèrent inédits. Nos connaissances sur les végétaux de cette vaste contrée qui nous produit la gomme, le beurre de Galam, etc., étaient bien peu avancées lorsque MM. Perrotet et Leprieur l'explorèrent avec le plus grand soin pendant cinq années. De retour en France dans le courant de 1829, M. Perrotet seul put y séjourner, il s'adjoignit alors Richard et Guillemin, et ils publièrent en commun cette belle flore de la Sénégambie, une des plus remarquables à tous les titres que la science possède. Elle n'a malheureusement pas été achevée, parce que cet ouvrage, si utile à notre pays, était trop dispendieux, et Richard et Guillemin ne sont plus !...

Après cette grande publication, Achille Richard fit paraître un essai d'une *flore de la Nouvelle-Zélande*, d'après des échantillons recueillis par A. Lesson et l'infortuné Dumont-Durville. Il établit, dans cet ouvrage, les analogies remarquables que présente la flore des côtes méridionales de la Nouvelle-Hollande avec celle de la Nouvelle-Zélande. Outre des plantes communes à ces deux pays, on y trouve des familles entières qui leur sont exclusives.

Parmi les végétaux qui donnent une physionomie particulière à la Nouvelle-Zélande, on remarque plusieurs espèces qui sont communes au cap de Bonne-Espérance et à la Nouvelle-Hollande.

C'est ainsi qu'il confirma l'analogie de végétation des extrémités australes des grands continens.

La plus importante des *Flores* par son étendue, par le nombre des espèces nouvelles que publia Achille Richard est, sans contredit, celle d'Abyssinie. Ce pays, par l'extrême variété que présente son sol couvert de hautes montagnes, donne naissance à la végétation la plus riche et la plus intéressante. Aussi c'est une des régions qu'A. Richard aurait désiré le plus vivement parcourir.

Des souvenirs touchans se rattachent à la publication de cette *Flore*. A la fin de 1838, une commission scientifique composée de M. Th. Lefebvre, lieutenant de vaisseau, et de deux docteurs de cette Faculté, Quartin-Dillon et Antonin Petit, se rendit en Abyssinie pour en parcourir les diverses provinces, en étudier le climat, les mœurs, et en recueillir toutes les productions ; le docteur Richard Quartin-Dillon, l'élève, l'ami d'Achille Richard était particulièrement chargé de la botanique.

Il avait reçu de son maître tous les encouragemens, toutes les instructions désirables ; par une triste prescience il avait fait, avant son départ, son testament, et lui avait légué toutes les richesses qu'il allait recueillir.

Il se fixa, avec Petit, dans la province du Tigré, dont ils explorèrent toutes les circonscriptions avec une incroyable ardeur, ainsi que plusieurs autres contrées d'Abyssinie.

Par un excès de zèle, que les amis des sciences et les médecins comprennent, notre jeune naturaliste vint chercher la mort dans l'insalubre vallée de Mareb, où il séjourna deux jours, malgré les avertissemens des naturels du pays, pour y recueillir des plantes qu'il ne pouvait trouver que dans cette localité. Dillon y succomba le 22 octobre 1840.

A. Petit s'occupa alors de botanique : il visita le royaume de Choa. Il touchait au terme de son voyage ; le 3 juin 1843, pour se rendre à Gondar, il traversait le Nil à la nage, lorsqu'il fut entraîné au fond de l'eau et dévoré par un crocodile.

Ainsi une fin prématurée, loin de leur patrie, de leurs amis, devait être, pour ces deux jeunes médecins, la récompense d'une vie consacrée avec un zèle, un désintéressement à toute épreuve aux progrès des sciences naturelles.

Tous les matériaux réunis par ces deux martyrs de la science, furent heureusement conservés et envoyés à A. Richard, suivant leurs volontés dernières. Il se mit aussitôt à l'œuvre avec une incroyable ardeur.

C'est, dit A. Richard dans la préface de ce grand ouvrage, pour accomplir un devoir pénible et en même temps doux à notre cœur que nous venons de consacrer plusieurs années à la rédaction de la *Flore d'Abyssinie* ; nous n'avons pas voulu laisser à un autre le soin de payer à nos jeunes confrères le tribut de reconnaissance que leur zèle pour la science et la fin déplorable qui en a été la suite, leur ont si bien mérité.

Voici l'ordre qu'Achille Richard a suivi dans cette importante publication. Il la divise en deux parties : la première sous le titre de *Tentamen floræ Abyssinicæ*, est une énumération de toutes les plantes qui jusqu'à présent ont été observées dans les provinces de l'Abyssinie ; dans la seconde il donne une description complète des espèces nouvelles ou intéressantes. Cette description est accompagnée de cent magnifiques planches. Pour le *Tentamen*, Richard a rédigé les phases caractéristiques de toutes les espèces.

Les plantes recueillies en Abyssinie par Dillon et Petit, peuvent être évaluées à 1,500 espèces ; sur ce nombre on peut estimer que les trois quarts étaient nouvelles au moment où elles sont arrivées à Paris ; on comprend alors quel intérêt d'originalité les botanistes trouveront dans la *Flore* rédigée par A. Richard. Il est une circonstance et une date de cette importante publication sur lesquelles il est de mon devoir d'insister.

C'est vers le milieu de juillet 1840, qu'A. Richard reçut le premier envoi des plantes abyssiniennes récoltées par Dillon. Dans le numéro de novembre 1840, des *Annales des sciences naturelles*, il publia les caractères de vingt-trois espèces nouvelles choisies au hasard dans cet envoi.

Ce n'est qu'après cette nouvelle publication que MM. Hochster et Stendel mirent au jour la première série de plantes que Schimper recueillit en Abyssinie pendant dix années de séjour. Ces deux savans botanistes ont reconnu, comme A. Richard, que la plupart de ces plantes étaient nouvelles, et ils leur ont donné des noms nouveaux, mais sans caractériser aucune des espèces qu'ils regardaient comme inédites. Il a dû arriver une chose que tout le monde prévoit, c'est que, travaillant de son côté les collections de Quartin-Dillon et Petit, A. Richard avait donné des noms à la plupart des espèces qui ont paru dans les séries de collection de Schimper.

Au moment où il commença l'impression de son *Tentamen floræ Abyssinicæ*, plusieurs botanistes français étaient d'avis de considérer les noms des botanistes de la Société d'Esslinguen comme non avenus, et à publier les plantes de Quartin-Dillon et Petit, avec les noms que Richard leur avait imposés depuis longtemps, et sous lesquels elles étaient décrites dans son manuscrit. En effet, un nom seul donné à un être nouveau, quand il n'est pas accompagné d'un caractère ou d'une description, ne doit être compté pour rien dans la science, et c'est à celui qui caractérise le premier un être nouveau, qu'appartient le droit de lui imposer un nom.

Malgré ces excellentes raisons, Achille Richard, dont la modestie égalait le talent, considéra plus les intérêts de la sciences que ceux de son amour-propre, et, pour ne point amener de confusion, il adopta les noms de Stendel et Hochstetter.

Quoi qu'il en soit, la *Flore d'Abyssinie* restera comme un des grands monumens scientifiques de notre temps.

La dernière *Flore* que publia Richard est celle de l'île de Cuba ; il en a décrit les plantes vasculaires ; les cellulaires l'ont été par le docteur Camille Montagne, le premier cryptogamiste de notre temps.

L'île de Cuba, que sa grandeur, la richesse de ses cultures, l'étendue de son commerce placent au premier rang parmi les grandes Antilles, avait été étudié d'une manière très incomplète sous le point de vue de la botanique. Le travail publié par Achille Richard a été exécuté avec matériaux recueillis par M. Ramond de la Sagra, pendant un séjour de neuf années.

Achille Richard décrit avec soin et aussi complètement que ce pouvait être nécessaire toutes les espèces nouvelles dont cette *Flore* se compose. Nous insistons encore sur cette grande qualité de n'avoir publié que des descriptions aussi complètes qu'exactes, car, plus on s'avance dans la science, plus on sent la nécessité des descriptions détaillées des espèces même les plus vulgaires. Ce sont des matériaux que le monographe ou le botaniste philosophe trouvent préparés à l'avance, soit

pour grouper ou coordonner d'une manière plus naturelle les espèces d'un genre ou les genres d'une famille, soit pour s'élever à des considérations générales sur l'organisation végétale envisagée d'une manière philosophique. Toutes les analyses des plantes ont été faites et dessinées par Achille Richard avec une admirable exactitude.

Il est une remarque très importante pour la gloire d'Achille Richard, que je ne dois pas passer sous silence. Un botaniste, plus désireux de sa réputation que des progrès réels de la science, qui aurait eu à décrire et à nommer autant de plantes nouvelles, n'aurait pas manqué de multiplier les genres et les tribus. Mais ce n'est pas ainsi qu'il a procédé. Sans doute, pour arriver à la détermination exacte de ses espèces, il a été souvent appelé à en examiner un grand nombre d'autres appartenant à des localités différentes, il a pu, en traçant le caractère de chacun des genres dont il a décrit les espèces, amener quelques changemens dans la circonscription de ces genres et dans les caractères qui leur ont été assignés par les auteurs. Mais on ne saurait trop admirer combien il a été réservé dans l'établissement de genres nouveaux.

Voilà la véritable profession de foi du savant qui s'oublie pour la science.

Beaucoup de botanistes ont été trop exclusivement occupés de rechercher les différences qui existent entre toutes les productions végétales, afin de former des groupes ou des genres. Une marche contraire peut donner aujourd'hui de meilleurs résultats. Celle, par exemple, qui consiste à rechercher, par une analyse exacte et approfondie, les analogies, les similitudes qui existent entre des espèces analogues dont on a cru devoir former plusieurs groupes génériques. Cette recherche est peut-être plus conforme à l'esprit philosophique de la science, elle amènerait certainement à des résultats intéressans qui pourraient exercer une grande influence sur les progrès futurs de la botanique.

Ach. Richard venait de mettre la dernière main à cet ouvrage quand il mourut. Il n'a pas même encore fini de paraître aujourd'hui. Mais prévoyant sa fin prochaine, il s'était hâté d'en achever les dessins et les manuscrits.

Vous le voyez, Messieurs, c'est au milieu des travaux les plus importans que la mort a frappé notre collègue ? Que de pensées fécondes ce coup funeste est venu briser. Avec la grande expérience que des recherches continuelles donnent, Achille Richard ne voyait pas dans la botanique une science purement spéculative et sans application directe ; il se plaisait surtout, dans ses dernières années, à y chercher les services qu'elle peut rendre aux autres sciences ou aux arts.

Outre la *Botanique médicale* et le *Traité d'agriculture* qu'il fit paraître avec la collaboration de M. Payen, il s'occupait activement à réunir les matériaux pour composer un *Traité de botanique appliquée aux arts*, dans lesquels il aurait fait connaître toutes les plantes employées dans l'industrie. Pensée admirable que nous verrions avec douleur s'évanouir avec l'homme qui l'a conçue, si nous n'avions l'espérance de la voir féconder par son jeune fils si digne d'un si grand héritage.

Les ouvrages d'Achille Richard, dont j'ai cherché à vous faires apprécier l'importance, resteront pour faire connaître aux générations à venir le dévoûment à la science de ce botaniste éminent ; mais, dans quelques années, quand la marche du temps vous aura dispersé, jeunes élèves, qui avez écouté avec tant de bonheur et d'enthousiasme ses admirables leçons, le souvenir de la grande place qu'il a occupée comme professeur s'affaiblira.

Je dois donc chercher à démêler les traits de ce talent si original, si séduisant et si parfait. J'étais son agrégé lorsque j'ai suivi ses leçons, j'ai pu ainsi mieux me rendre compte d'un succès qui ne s'est jamais démenti, qui n'a fait que croître avec les années, et qui était à la perfection quand la mort nous l'a ravi.

Dès ses jeunes années Achille Richard s'est voué à l'enseignement. Il n'était qu'étudiant et aide démonstrateur de botanique que ses cours attiraient déjà l'affluence ; professeur libre, agrégé, il est toujours resté sur la brèche jusqu'au jour où, en 1831, il fut nommé au concours professeur d'histoire naturelle médicale de cette Faculté ; sa place y était si bien marquée que tout ses compétiteurs se retirèrent de la lice.

Depuis cette époque, malgré l'état chancelant de sa santé, il a progressivement, par des efforts continus, par un travail de tous les jours, élevé à une hauteur inconnue jusqu'à lui l'enseignement de l'histoire naturelle médicale.

On ne savait ce qu'il fallait plus admirer dans ce talent si suave, ou la profondeur ou la netteté des connaissances, ou la grâce infinie avec laquelle les vérités les plus abstraites étaient exposées ; on ne trouvait rien à ajouter, rien à retrancher dans ses improvisations si attachantes, on ne pouvait qu'admirer.

Quand il touchait à des questions controversées, ses auditeurs étaient frappés de la fermeté avec laquelle il soutenait les opinions scientifiques qu'une étude consciencieuse des faits et un jugement des plus sûrs lui faisaient considérer comme fondées. Il défendait la vérité et combattait l'erreur avec une grande vivacité sans se départir de cette modération qui lui était si naturelle.

Il savait, avec un art exquis, rattacher à l'étude de la botanique toutes les connaissances qui sont indispensables au médecin ; non seulement en exposant l'histoire des plantes, il insistait sur les végétaux qui fournissent des alimens, des médicamens ou des poisons, mais en traitant de l'anatomie végétale, il y joignait, en captivant vivement l'intérêt de son auditoire, des notions d'anatomie et de physiologie générales plus remplies d'actualité.

Personne ne savait mieux qu'Achille Richard exposer avec simplicité et lucidité les questions de botanique les plus complexes. Les élèves les moins bien préparés ne perdaient pas une de ses paroles, qui étaient toutes empreintes de ce parfum de vérité, de ce cachet de la science la plus avancée. Il adoptait des méthodes plus faciles, plus saisissantes que celles qui sont généralement suivies dans les ouvrages ou dans les cours, soit pour initier ses auditeurs à la structure des végétaux, soit pour leur faire connaître les divisions des grandes familles. Les figures les plus nombreuses, exposées à chaque instant avec un talent admirable, frappaient les imaginations les plus paresseuses.

Par des résumés parfaits qui terminaient chaque grande question, il fixait l'attention de ses auteurs sur les parties capitales de son discours. Quand une solution était chargée de détails techniques difficiles à dire sans fatiguer, il la coupait par ces citations pleines de charme, qui restent profondément gravées dans la mémoire de ceux qui l'ont suivi, comme un des souvenirs les plus agréables de leur vie.

Il fallait l'entendre, en exposant le système de Linné, nous faire assister à toutes les péripéties de la jeunesse de cet incomparable naturaliste, que ses parens ne jugeaient pas bon pour être savetier, tout l'auditoire écoutait, avec un recueillement avide, les paroles du gracieux, du spirituel orateur.

Vous qui avez suivi les leçons d'Achille Richard, vous répétez tous avec moi : Pour le fond, pour la forme, c'était un professeur accompli, c'était un professeur inimitable.

Je vous ai parlé du savant, du professeur, c'est de l'homme de bien qu'il me reste à vous entretenir.

Achille Richard appartenait à cette phalange peu nombreuse d'hommes privilégiés qui comprennent le but de la vie ; partout où nous le suivrons, nous le trouverons toujours le même, faisant le bien partout, et se faisant chérir de tous ceux qui l'approchaient.

Dans la famille, pas de fils, pas d'époux, pas de père plus tendre, plus dévoué.

Dans les relations du monde, pas d'ami plus sûr, plus ingénieux dans sa bonté. Dès sa jeunesse, il fut l'ami des savans les plus illustres. Desfontaines, Jussieu, Brongniart, de Candolle adoptèrent, de cœur, le fils de Claude Richard, et leurs fils, dignes héritiers de leurs noms, continuèrent cette douce fraternité. Ce qui a fait répéter à M. Decaisne ce mot d'un grand homme :

« Il y a quelque chose de sacré dans les longs attachemens, et, sans doute, ils sont plus respectables encore quand le génie les accompagne. »

Vous qui fûtes les collègues de Richard, je n'ai pas besoin de vous dire combien elle était douce la confraternité de cette âme confiante et expansive ; et vous, chers élèves, il n'est pas de maître que vous ayez plus tendrement aimé ; mais aussi comme il était heureux avec vous, comme il se plaisait à vous donner de sages conseils ; quelle bienveillance infinie vous trouviez toujours en lui. Dans vos examens, ces jours où l'on ne sait plus rien, comme il vous rassurait, avec quelle ingénieuse bonté il vous faisait retrouver tous vos souvenirs, combien il était heureux quand vos réponses étaient excellentes. Ce qui augmentait votre joie d'être reçus par lui, c'est que vous saviez qu'il remplissait avec fermeté le pénible devoir d'ajourner ceux dont il n'avait pu rien obtenir.

Cherchons à résumer rapidement la vie d'Achille Richard.

Avec une santé très souvent ébranlée, il a su se faire sur cette terre tout le bonheur qu'il était possible d'y trouver, et pour cela son secret a été bien simple : il a consisté à s'oublier pour les siens et pour ses amis ; à aimer à rendre heureux ceux qui l'entouraient ; à être bon, bienveillant pour tous ; à faire son devoir en toute occasion ; à aimer la vérité d'un amour constant et inaltérable ; à travailler incessamment à sa recherche ; à être dépouillé d'envie et d'orgueil ; à être exempt, autant qu'on peut l'être, de toute ambition étrangère à la science, se reposant ainsi tranquille dans un port abrité des orages.

Personne n'a supporté, avec une plus admirable résignation, les épreuves nombreuses que la Providence sème sur notre passage dans ce monde, comme pour nous apprendre à nous en détacher.

Ne croyez pas pour cela qu'il fût insensible. Pour connaître cette âme aimante, il a fallu, comme je l'ai fait, assister à toutes les angoisses qu'il a éprouvées, quand la maladie est venue atteindre sa fille ou ses petits-enfans ! Comme alors, il oubliait ses souffrances pour ne penser qu'à celles des siens.

La perte prématurée d'une épouse adorable et adorée, l'eût brisé sans retour, si la religion n'était venue soutenir son courage, en lui montrant que cette douloureuse séparation n'était que momentanée.

Toute la supériorité de A. Richard m'est apparue dans un moment suprême. Habitué à de fréquentes alternatives de maladies, il oubliait sa santé ; cependant, se sentant affaiblir sans qu'il pût expliquer sa faiblesse, il voulut mieux connaître la cause d'un symptôme dont il s'était peu préoccupé, et il découvrit avec moi qu'il était atteint d'une maladie qui ne lui laissait aucune espérance.

J'ai été profondément attendri de la sérénité du philosophe et du chrétien, qui lui fit considérer sans amertume, et pour ainsi dire sans émotion, sa fin prochaine ; lui, dont la carrière était si belle et si digne d'envie, professeur illustre de cette Faculté, qu'il aimait tant, membre des premières Sociétés savantes du monde, il s'oublie pour ne penser qu'aux siens, et, jetant sur cette heure fatale qu'il voyait si peu éloignée un regard plein de calme : « Je suis tranquille aujourd'hui, dit-il, sur l'avenir de mes enfans. Je puis mourir quand il plaira à Dieu. » Ah ! que ne lui a-t-il été accordé par la Providence de jouir plus longtemps de leurs succès ; quelques années de plus, son fils Gustave, sa vivante image, qui formera le troisième anneau de cette glorieuse famille de botanistes, eût réalisé ses espérances. Combien il eût été heureux aujourd'hui de voir son fils aîné, le petit-fils d'Antoine Dubois, assis au milieu de nous, entrant plein d'ardeur et plein d'avenir dans la carrière illustrée par son grand-père.

Quoi qu'il en soit, Messieurs, à sa dernière heure, il a pu dire :

J'ai bien rempli ma journée ; toute ma vie a été consacrée ou à des choses utiles, ou à agrandir la sphère des connaissances humaines. J'ai fait tout le bien qu'il m'était donné de faire ici-bas, ma conscience est tranquille.

Je terminerai son éloge, en disant : Efforçons-nous de l'imiter.

(Ce discours est accueilli par de nombreux applaudissemens.)

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL SAINTE-MARGUERITE. — Service de M. Legendre.

Sommaire. — Polydipsie. — Cancers multiples, grossesse, péritonite. — Cirrhose et albuminurie. — Hémorrhagies intestinales.

Les faits que nous allons rapporter se sont rencontrés presque à la même époque et dans le même service. Sans présenter une rareté exceptionnelle, ils nous ont paru offrir, par leur nature, leur marche et leurs complications, assez d'intérêt pour ne pas être laissés de côté, comme tant d'autres cas observés dans les hôpitaux. C'est ce qui nous engage à les publier et à signaler les particularités, qui, dans leur histoire, nous ont spécialement frappé. Nous commencerons par une observation de polydipsie.

Le nommé Houdet, âgé de 37 ans, tailleur, né à Orléans, et habitant Paris depuis huit ans, est entré, le 18 août 1853, à l'hôpital Sainte-Marguerite (salle Saint-Augustin, nº 53). Malgré le régime substantiel et animal auquel il s'est trouvé habituellement soumis, cet homme a presque toujours été d'une mauvaise santé, et a fait, en outre, depuis dix ans, plusieurs maladies graves : une pneumonie gauche il y a dix ans ; quelques années plus tard, une fièvre typhoïde qui a duré cinq mois, et qui a porté une forte atteinte aux facultés intellectuelles.

La maladie actuelle a débuté, vers le mois d'août 1851, par un affaiblissement général, des éblouissemens et une faiblesse de la vue et des maux de reins. Presque aussitôt, l'urine est devenue plus abondante et plus claire. Le malade a souffert de la faim et de la soif, et au bout de trois semaines, il a été obligé de cesser son travail, par suite de la faiblesse de la vue. Il est entré alors dans le service de M. Nonat, à la Pitié ; il y est resté trois mois, et a été soumis à un traitement tonique et ferrugineux. Il rendait quatorze litres d'une urine claire et limpide comme de l'eau au moment de son entrée, et n'en rendait plus que six litres à sa sortie. Mais, trois jours après, Houdet, qui avait été saisi par le froid et repris de maux de reins et d'une excrétion abondante d'urine, rentra dans le service de M. Becquerel, qui le garda quatre mois, au bout desquels la quantité quotidienne d'urine était descendue à quatre ou cinq litres, et la vue était devenue meilleure et plus forte.

Houdet est resté quinze mois chez lui, à peu près dans le même état, prenant du fer, se nourrissant de viandes noires et pouvant se livrer à de gros ouvrages de couture. Mais vers le 1er août dernier, la faiblesse générale, l'affaiblissement des yeux, les maux de reins, les tiraillemens d'estomac ayant reparu, un amaigrissement de vingt livres s'étant produit en trois mois, le malade se décida à entrer à l'hôpital une troisième fois ; il rendait alors dix-sept litres d'urine. Depuis son admission il a été soumis, pendant près d'un mois, à l'usage du sel de Prunelle.

Voici, maintenant, l'état dans lequel nous l'avons trouvé le 20 septembre : maigreur plus grande d'une façon relative que d'une manière absolue, puisque Houdet pèse encore 115 livres à peu près. Tous les sens sont altérés et affaiblis : vue faible et éblouie, mais pupilles normales. La sensibilité tactile a diminué un peu sur toute la surface du corps, et beaucoup sur la moitié gauche. L'odorat est moins fin qu'autrefois. Le goût est conservé ; il y a des bourdonnemens d'oreilles. Il existe une céphalalgie presque continuelle.

La soif est vive, incessante et réveille, ainsi que le besoin d'uriner, souvent le malade, qui boit douze litres par jour et souvent un litre d'un seul coup. L'appétit est également fort augmenté ; six portions ordinaires ne suffisent pas pour le satisfaire. Chez lui, Houdet mangeait, avant d'entrer, quatre livres de pain par jour, tandis que, avant de tomber malade, il se contentait de six livres de pain par semaine. Il existe alternativement du dévoiement et de la constipation. Le ventre est développé, sonore à la percussion, surtout à la région épigastrique où le développement semble dû à l'ampliation de l'estomac. Le pouls bat 68 fois par minute.

Il y a des sueurs nocturnes, un peu de toux, et cependant on n'entend rien d'anormal à la percussion et à l'auscultation dans la poitrine.

Les urines sont claires, limpides et insipides comme de l'eau pure ; elles ne pèsent que 1000 et une fraction de degré ; traitées par les différens agens chimiques, elles ne fournissent aucune réaction. La quantité journalière est encore de 15 litres. Il y a en outre des douleurs à la région lombaire, des deux côtés de la colonne vertébrale, qui sont exaspérées par la pression.

Après avoir pendant quelque temps fait usage, sans succès, de la médication tonique et ferrugineuse, M. Legendre commença l'administration quotidienne du calomel, à la dose de 0,10, à partir du 5 octobre.

Au bout de quelques jours déjà, le malade commença à ressentir quelqu'effet de cette médication. La soif était un peu moins vive, la bouche moins sèche ; il rendait 2 litres d'urine de moins par jour, en même temps que le nombre des selles augmentait.

Mais bientôt la diarrhée étant devenue de plus en plus forte, du gonflement des gencives et de la salivation, en un mot, tous les signes de l'intoxication mercurielle s'étant manifestés, on fut obligé de suspendre l'usage du calomel, ce qu'on fit le 19 octobre, quinze jours après qu'on en avait commencé l'emploi. Du reste, depuis huit ou dix jours, le malade n'avait rien gagné ; la soif, la quantité de boissons et d'urine s'étaient maintenues au point où, en quelques jours, elles étaient descendues. L'urine a, pendant toute cette période, conservé d'ailleurs les mêmes caractères chimiques et physiques, la même transparence. Le malade, au moment où nous écrivons, à cela près de la salivation mercurielle, nous paraît se trouver à peu près dans la même position qu'il y a un mois.

Dans ce fait, nous ne voulons signaler que la médication qui a été mise en usage dans les derniers temps. La polydipsie, sans être fréquente, a été et est assez souvent observée pour

qu'on en connaisse l'histoire. Le cas, d'ailleurs que nous publions, n'est remarquable que par la durée de l'affection, dont le début remonte à deux ans, par la quantité d'urine émise et surtout par le bon état relatif des différentes fonctions. Ce dernier point même fit craindre à M. Legendre, toujours en garde, avec raison, contre les maladies simulées, quelque supercherie. Le malade urina devant lui, et fit ainsi justice des soupçons qu'une juste défiance avait pu éveiller.

On sait combien la polydipsie offre de gravité. La mort, pour cette maladie, est la règle, et la guérison l'exception; en effet, elle n'a été signalée que deux fois sur 27 cas réunis par M. Lacombe (*Thèses de Paris*, 1841). Inutile de rappeler ici tous les modes de traitement qui ont été tour à tour préconisés. Une médication nouvelle, conseillée il y a quelques années par M. Fleury (*Arch. de méd.*, t. XVII, 1848), se trouvait appuyée par un exemple, sinon de guérison assurée, du moins d'une amélioration très considérable.

Dans ce cas, il s'agissait d'une fille de 34 ans, qui buvait, depuis quelque temps, au moins seize litres de liquide par jour, et qui, au bout de douze jours de l'administration de 0,03 de calomel, ne buvait plus que trois litres. Elle sortit de l'hôpital dans cet état. M. Legendre, frappé de ce résultat et des considérations théoriques qui avaient amené M. Fleury à essayer ce médicament, songea à y avoir recours dans le cas de Houdet, où tous les moyens avaient échoué. Pendant quelques jours on put espérer la guérison; des effets satisfaisans s'étaient rapidement produits. Mais bientôt les accidens dus à l'intoxication mercurielle obligèrent à renoncer au calomel. Ce médicament, d'ailleurs, avait promptement cessé d'agir; il avait amené une amélioration peu prononcée et qu'on pouvait, à la rigueur, attribuer à une autre cause. Nous avons dû rappeler la tentative heureuse faite par M. Fleury, et signaler celle qui vient d'être renouvelée par M. Legendre. On ne peut rien conclure de deux faits incomplets qui se contredisent. Ce sujet appelle donc de nouvelles recherches pour permettre d'asseoir une opinion légitime sur la valeur thérapeutique du calomel dans la polydipsie.

Dr Ch. BERNARD.

(*La suite au prochain n°.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 28 Septembre 1853. — Présidence de M. le professeur REQUIN.

Sommaire. — Discussion du mémoire de M. Hérard, *sur les signes stéthoscopiques du rétrécissement mitral* : MM. Beau, Hérard, Aran.

L'ordre du jour appelle la discussion du mémoire de M. Hérard. — (Voir l'UNION MÉDICALE du 9 août 1853.)

M. BEAU : M. Hérard vous a exposé certains faits pathologiques qui paraissent contredire ma théorie de succession des mouvemens du cœur.

D'après ma théorie, la dilatation ventriculaire se fait en une seule fois et au premier temps, immédiatement après la contraction de l'oreillette. Cette succession de mouvement est très facile à concevoir, car il est tout naturel que le ventricule se dilate pour recevoir l'ondée qui lui envoie la contraction de l'oreillette. Le premier temps s'achève par la contraction du ventricule qui reste vide pendant toute la durée du second temps, affecté à la dilatation de l'oreillette, et, quand celle-ci est remplie de sang, le premier temps recommence, c'est-à-dire que l'oreillette, en se contractant, lance son ondée dans le ventricule, qu'elle dilate, etc...

D'après cette théorie, il s'ensuit que le sang ne traverse l'orifice auriculo-ventriculaire qu'au premier temps, c'est-à-dire lorsque le sang chassé de l'oreillette pénètre dans le ventricule; et, par conséquent, lorsque l'orifice auriculo-ventriculaire est affecté de rétrécissement, il s'en suit encore que ce bruit anormal dû au rétrécissement doit se faire entendre au premier temps et non au second.

Eh bien! c'est en cela justement que les faits signalés par M. Hérard paraissent contredire ma théorie, puisque l'on voit dans ces observations des rétrécissemens de l'orifice auriculo-ventriculaire avec des bruits anormaux rapportés au second temps.

Avant de montrer que ces observations n'ont pas la portée qu'on leur suppose, je dois dire que M. Hérard, dans le but de renverser plus complètement ma théorie, ne s'est pas contenté de l'apparent appui qu'elles lui prêtaient, il a accumulé le plus possible d'argumens tirés des faits physiologiques. C'est par ces derniers que je vais commencer ma réfutation.

M. Hérard attaque d'abord mes observations faites sur le cœur de la grenouille. Il les attaque en énumérant le nombre des observateurs qui ont vu les choses différemment que moi. Ce genre d'argument a peu de valeur, je crois, dans les questions scientifiques; aussi je ne m'arrêterai pas à le réfuter. Dans cette opposition entre l'opinion des autres et la mienne, je dirai à M. Hérard que je m'en rapporte complètement à lui sur cette question d'intuition. Si M. Hérard, de ses propres yeux, ne voit pas 1° la dilatation ventriculaire se faisant en une seule fois après la contraction de l'oreillette, 2° le ventricule restant à l'état de vacuité jusqu'à ce que l'oreillette, par sa contraction, le dilate de nouveau en lui envoyant une nouvelle ondée, si M. Hérard, dis-je, ne constate pas sur la grenouille tous ces faits, faciles du reste à vérifier, je lui accorderai non seulement que mon observation du cœur de la grenouille est inexacte, mais que ma théorie tout entière est erronée.

Mais, dit-on, il ne faut pas édifier une théorie des mouvemens du cœur seulement d'après l'observation de la grenouille; je suis tout à fait de cet avis; aussi me suis-je attaché à montrer que la succession des mouvemens indiqués plus haut, reposait non seulement sur l'observation de la grenouille, mais encore sur celle du cœur des autres animaux.

L'observation du cœur de la grenouille a été, de tout temps, pratiquée par les physiologistes, pour cette grande raison, que le cœur de cet animal est simple, transparent, et qu'il permet de voir facilement le passage de l'ondée et la succession des mouvemens. Mais il est très possible de démontrer sur le cœur double et non transparent des autres animaux les mêmes faits que l'on constate si facilement sur la grenouille. En effet, on prouvera que, dans le cœur non transparent, la dilatation ventriculaire se fait au premier temps et immédiatement après la contraction de l'oreillette, à ce caractère infaillible, que le ventricule présente une ampliation de tous ses diamètres après la contraction de l'oreillette. Comment peut-on concevoir cette ampliation autrement que par la dilatation? Je ne suis pas le seul qui ait constaté ce mouvement d'ampliation ventriculaire au premier temps; il a été démontré expérimentalement dans le rapport du Comité de Londres, fait par M. Clendinning; seulement, chose étrange, les expérimentateurs de Londres ont persisté à voir dans ce mouvement d'ampliation la contraction du ventricule! Comment comprendre un muscle creux qui se contracte en augmentant de volume dans tous les sens?

Cette ampliation ventriculaire survenant immédiatement après la contraction de l'oreillette, est surtout facile à vérifier dans les ectopies du cœur. J'en ai observé un cas, il y a quelques années, à l'Académie de médecine, sur l'avis que j'en reçus de M. Giraldès, qui s'empressa de m'en instruire, en me disant que ce fait démontrait positivement ma théorie. Quelques années après, un second cas me fut annoncé par M. Cazeaux, qui trouva, comme M. Giraldès, que ma théorie seule pouvait expliquer les mouvemens qu'il avait constatés dans cette circonstance. Ce dernier fait est le même sur lequel M. Follin a fait, à l'Académie de médecine, une communication, dans laquelle M. Hérard trouve un argument contre ma théorie. J'ai eu l'occasion d'en parler ces jours passés à M. Cazeaux, qui m'a renouvelé, de la manière la plus positive, l'assurance que, pour lui, ce fait d'ectopie démontrait la vérité de ma théorie, c'est-à-dire l'existence de la dilatation ventriculaire après la contraction de l'oreillette et au premier temps.

M. Hérard cite plusieurs cas d'ectopie qu'il m'oppose, en ce que les observateurs qui les ont examinés ont dit que la systole ventriculaire survenait après la contraction de l'oreillette. Mais je soutiens, d'après ce que j'ai vu, que les observateurs précédens se sont laissé imposer par l'apparence du prétendu mouvement de systole. Ils ont oublié de constater une circonstance importante de ce mouvement, c'est qu'il y a ampliation évidente de tous les diamètres ventriculaires. Or, je le répéterai toujours, comment rapporter un semblable mouvement d'expansion à la contraction ventriculaire?

Pour montrer que le sang ne vient pas dilater ce ventricule au second temps, j'ai proposé une expérience décisive, c'est de resciser la pointe du cœur et d'ouvrir largement les ventricules sur un animal dont le cœur a été mis à nu. On voit alors que le sang sort par l'ouverture faite au cœur, seulement après chaque contraction de l'oreillette. Or, si réellement, comme on le suppose, le sang s'introduisait dans le ventricule au deuxième temps, on le verrait sortir pendant ce deuxième temps, de l'ouverture faite au ventricule. Eh bien! comme je l'ai dit, il n'en sort qu'au premier temps, après la contraction de l'oreillette, ce qui prouve bien que le sang ne pénètre dans le ventricule qu'à ce temps-là.

M. Hérard oppose encore à cette expérience une expérience de M. Fauvel. Je vais rapporter cette dernière, on verra que M. Fauvel est arrivé au même résultat que moi, mais qu'il recule, pour ainsi dire, contre la constatation du fait. M. Fauvel nous apprend qu'après avoir pratiqué la rescision de la pointe du cœur dans un cas de vivisection, comme je l'avais recommandé, il remarqua qu'au deuxième temps *le sang n'avait pas de tendance à s'échapper par l'ouverture pratiquée.* Eh bien! qu'est-ce que cela peut dire en termes positifs, c'est que le sang ne s'échappait pas par l'ouverture. Maintenant pourquoi le sang ne sortait-il pas? C'est que le sang n'arrivait pas dans le ventricule au deuxième temps. Car, comment veut-on que si le sang pénétrait dans le ventricule au deuxième temps, ce sang ne s'échappât pas dans ce second temps par l'ouverture considérable pratiquée au ventricule. Ainsi donc, le sang *n'avait pas de tendance à sortir, pour parler comme M. Fauvel*, parce qu'en réalité le ventricule n'en contenait pas au second temps. Mais pourquoi M. Fauvel n'a-t-il pas constaté le fait, purement et simplement, sans prêter au sang des idées singulières de tendance négative, c'est que M. Fauvel adoptait l'ancienne théorie des mouvemens du cœur; il pensait, dès lors, que le sang arrivait dans le ventricule nécessairement au deuxième temps, et si le sang ne sortait pas à ce deuxième temps par l'ouverture pratiquée, c'est que le sang ne voulait pas absolument sortir.

On a dit qu'il était difficile de concevoir que le sang qui vient dilater l'oreillette au deuxième temps, ne s'introduisît pas en même temps dans le ventricule. Au premier abord, il paraît impossible que la chose ne soit pas ainsi, mais quand on y réfléchit, on voit que cette chute du sang de l'oreillette dans le ventricule est impossible. En effet, quand le sang se précipite des veines dans l'oreillette, il trouve cette cavité vide, il la dilate facilement puisque les parois sont très minces; rien ne force donc le sang à pénétrer dans le ventricule. Mais, dira-t-on, quand l'oreillette sera pleine et distendue, il faudra bien que le sang, trop à l'étroit, aille dilater le ventricule. Nullement, car l'oreillette n'est jamais distendue par le sang; et aussitôt que la quantité de sang qui pénètre dans son intérieur est assez considérable pour la remplir, c'est alors que cette cavité se contracte, c'est-à-dire que le premier temps commence et que l'ondée lancée par cette contraction va dilater vivement le ventricule.

Au reste, il est encore facile de se rendre compte de cette replétion de l'oreillette, sans pénétration du sang dans le ventricule, en examinant ce qui se passe dans l'action de la déglutition. Quand on veut avaler du liquide, on le fait arriver dans la cavité buccale en exerçant un mouvement de succion; le liquide s'accumule ainsi, en grande quantité, dans la bouche, sans s'introduire de là dans le pharynx; le pharynx est alors fermé par le simple rapprochement de ses parois qui dépend de la tonicité musculaire. Le liquide, ainsi arrêté dans la bouche, ne pénètre dans le pharynx que lorsqu'a lieu le mouvement contractile qui fait le temps principal de la déglutition. De même, l'ondée sanguine, arrêtée dans l'oreillette par le rapprochement *tonique* des parois ventriculaires, ne pénètre dans le ventricule que quand elle y est chassée, de force, par la contraction de l'oreillette.

Je n'ai pas discuté tous les points de ma théorie, je me suis attaché seulement à défendre ceux qui avaient été attaqués par M. Hérard. On trouvera un plus grand développement à cette question dans mes mémoires des *Archives*, et aussi dans les ouvrages de MM. Hardy et Béhier et dans celui de M. Valleix; et, je dois le dire en passant, je remercie ces honorables collègues des puissans secours qu'ils m'ont apporté dans cette discussion.

Cependant, en terminant, je ferai remarquer qu'il y a un autre argument employé par M. Hérard, auquel je ne sais trop que répondre. Cet argument, le voici : C'est que l'ancienne théorie a pour elle des défenseurs plus importans et plus nombreux que la mienne. Cet argument est très anciennement employé dans la science; on le trouve toujours quand il y a conflit entre une erreur ancienne et une vérité nouvelle. Je me bornerai à faire remarquer que quand j'ai publié cette théorie, en 1835, j'étais à peu près seul, mais maintenant je peux compter sur des défenseurs importans dont le nombre s'accroît tous les jours.

Je passe aux faits pathologiques. Plusieurs d'entre eux sont intéressans; ils forment la partie importante de la lecture de M. Hérard. J'en ai observé quelquefois de semblables.

Avant de les discuter je rappellerai que quand régnait sans conteste la théorie que je combats, on disait que le signe du rétrécissement auriculo-ventriculaire était un bruit anormal au deuxième temps, dans la persuasion où l'on était que le sang traversait cet orifice au deuxième temps pour aller dilater le ventricule. J'ai montré que bien que les rétrécissemens auriculo-ventriculaires fussent très communs, il n'y avait aucune observation concluante d'un rétrécissement auriculo-ventriculaire avec bruit anormal au deuxième temps. Depuis ce temps, l'attention fut éveillée sur ce point, et à dater de ce moment on constate, très habituellement, que les rétrécissemens auriculo-ventriculaires donnent lieu à un bruit de souffle au premier temps, et que quand un pareil bruit se fait entendre au second temps, il indique toujours et uniquement une insuffisance aortique. Je ne compte plus les faits de ce genre ni ceux qui me sont fournis par mon observation personnelle, ni ceux qui me sont communiqués par mes confrères.

Dans les cas de souffle au premier temps, coïncidant avec un rétrécissement auriculo-ventriculaire, les partisans purs de l'ancienne théorie ont toujours expliqué le souffle par une insuffisance auriculo-ventriculaire, et n'ont jamais voulu faire intervenir le rétrécissement dans la production du bruit de souffle. M. Hérard soutient avec moi, et je crois avec raison, qu'il faut bien faire intervenir le rétrécissement pour expliquer le bruit de souffle dans certains cas non compliqués d'insuffisance auriculo-ventriculaire, et il ajoute que, puisque le rétrécissement produit le souffle au premier temps, dans les cas où il existe seul, on doit admettre qu'il est la première cause du bruit dans les cas où il s'accompagne d'insuffisance auriculo-ventriculaire.

Ainsi donc, M. Hérard admet, avec moi, que le rétrécissement auriculo-ventriculaire produit un bruit au premier temps. Cependant, comme je l'ai dit plus haut, les partisans purs de l'ancienne théorie n'ont jamais voulu accepter une chose semblable. Ils n'ont pas voulu de ce souffle au premier temps, parce que, pour le produire, il fallait que l'oreillette, en se contractant, lançât une ondée dans le ventricule immédiatement avant la contraction de ce dernier, et si l'oreillette se contracte et chasse l'ondée, celle-ci doit venir dilater le ventricule qui doit subir un mouvement d'ampliation surtout à la pointe. Or, comme au premier temps la pointe exécute un mouvement que l'on rapporte à la systole, il s'ensuit qu'il y aurait deux mouvemens de la pointe au premier temps, un de dilatation, l'autre de contraction; ce que l'observation n'a jamais démontré. Voilà pourquoi on ne veut pas d'un bruit de souffle produit au premier temps dans le cas de rétrécissement auriculo-ventriculaire, et voilà pourquoi M. Hérard, en accordant que les rétrécissemens auriculo-ventriculaires donnent lieu à un bruit anormal au premier temps, et en adoptant avec cela l'ancienne théorie, oppose, sans le vouloir, à cette théorie, de graves difficultés.

Jusqu'à présent j'ai exposé comment les choses se passent ordinairement dans les cas de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire. Je vais maintenant m'étendre sur toutes les anomalies, les faits exceptionnels qui se rattachent à la question des rétrécissemens auriculo-ventriculaires.

Une première anomalie à signaler est celle-ci, qu'il peut y avoir des rétrécissemens non seulement de l'orifice auriculo-ventriculaire, mais encore de l'orifice aortique, sans production de bruits anormaux.

J'ai expliqué cette singulière anomalie (*Archives*, 1839, février), en disant que dans certains rétrécissemens qui gênent considérablement l'action du cœur, l'ondée sanguine, au lieu d'être chassée en masse à travers l'orifice rétréci, est divisée en plusieurs fractions par les contractions incomplètes de la cavité placée en amont du rétrécissement, de telle sorte que les portions d'ondée qui traversent le rétrécissement ne peuvent plus produire, sur les rebords de l'orifice rétréci, un frottement assez intense pour occasionner un bruit anormal. Un caractère qui indique que dans les cas de rétrécissement l'ondée est aussi fractionnée, c'est la petitesse extrême et la fréquence du pouls artériel. M. Hérard, je dois le dire, adhère complètement à cette interprétation de la singulière anomalie que je viens de signaler.

Il y a une autre anomalie opposée en quelque sorte à la précédente. Dans celle-ci on constate un bruit anormal très notable pendant la vie, et à l'autopsie on ne trouve pas de rétrécissement pour s'en rendre raison. La seule lésion que l'on trouve alors est une dilatation du cœur; c'est pour cela que l'on signale la dilatation cardiaque comme une des causes qui produisent le bruit de souffle. La dilatation du cœur détermine le bruit de souffle en exagérant le volume de l'ondée qui se trouve, par suite de cette exagération, hors de proportion avec l'orifice dont le diamètre est resté normal. Le passage de cette ondée produit un frottement exagéré et un bruit de souffle à l'orifice, de la même manière que dans un cas de véritable rétrécissement. C'est, effectivement, un rétrécissement relatif, puisque l'orifice est trop étroit relativement à l'augmentation de capacité de la cavité cardiaque.

Les faits exceptionnels dont je viens de parler, c'est-à-dire les rétrécissemens sans bruit de souffle, et les souffles sans rétrécissement absolu ou anatomique, ont fait, dans le temps, une telle impression sur l'esprit de Laennec, qu'il plaçait la cause des bruits anormaux du cœur non dans les rétrécissemens, mais dans le spasme du cœur. Il me semble

qu'on doit généraliser autrement la cause des bruits du souffle. On doit dire qu'il y a bruit de souffle toutes les fois qu'il y a un frottement exagéré aux orifices, et le frottement doit être exagéré toutes les fois qu'il y a défaut de proportion entre le volume de l'ondée et le diamètre de l'orifice. Il y aura donc un semblable défaut de proportion soit dans les rétrécissemens absolus, soit dans les rétrécissemens relatifs, qui dépendent, comme nous l'avons dit, d'une dilatation du cœur, à condition, toutefois, que l'un et l'autre soient traversés par une ondée complète.

Je vais passer maintenant aux faits pathologiques de M. Hérard. J'en ai déjà parlé comme de faits exceptionnels, comme d'anomalies pathologiques qui présentent beaucoup d'intérêt, mais qui n'infirment nullement ma théorie. C'est ce qu'il me sera facile, je crois, de démontrer par l'analyse succincte des observations.

J'ai déjà dit que les observations de M. Hérard sont litigieuses, en ce que ce sont des observations de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire avec bruit anormal au second temps. Or, d'après ma théorie, les bruits anormaux du second temps se rattachent toujours à une insuffisance des valvules aortiques.

Il y a donc deux choses à vérifier dans ces observations : 1° si ce sont bien des observations avec absence d'insuffisance aortique ; 2° si, dans les cas où l'absence de l'insuffisance aortique est démontrée, le bruit anormal existait bien réellement au second temps, et non pas au premier.

L'absence d'insuffisance des valvules aortiques n'est pas démontrée dans toutes les observations de M. Hérard. C'est ainsi que dans quatre observations, celles qui portent les nos 6, 7, 8, 9, il n'y a pas eu autopsie. M. Hérard pense que dans ces quatre cas le bruit de souffle, qui avait lieu au deuxième temps, indiquait un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire et non une insuffisance des valvules aortiques, parce qu'il avait son maximum d'intensité à la pointe du cœur et non à sa base. Je répondrai, en fait, qu'on observe quelquefois des souffles dus à l'insuffisance aortique, qui se font entendre vers la partie inférieure du cœur. Cela arrive ainsi quand la base du cœur est séparée de la paroi thoracique par le poumon. Le bruit de souffle, bien que se produisant à la base du cœur, se transmet alors plus facilement à la paroi thoracique par la partie inférieure du cœur qui la touche, que par la base qui ne la touche pas.

Dans deux autres observations, bien qu'il y ait eu autopsie, on ne fait aucune mention de l'insuffisance aortique, ni de l'expérience vulgaire par laquelle on cherche à la constater. Ces deux observations portent les nos 10 et 19, et appartiennent l'une à Laennec et l'autre à M. Parchappe. Il est donc permis de penser que, dans ces deux cas de rétrécissement auriculo-ventriculaire, il y avait une insuffisance aortique peu apparente, sans déformation considérable des valvules aortiques, qui aura passé inaperçue. Enfin, dans une observation, la 15me, bien qu'on ait versé de l'eau dans l'aorte, et que l'eau ait reflué, je suis amené à mettre en doute l'insuffisance, par suite de certains détails que donne l'observateur. En effet, il nous apprend que les valvules aortiques étaient *ratatinées*. Eh bien ! je le demande, cette lésion n'implique-t-elle pas en quelque sorte une insuffisance au moins légère de ces valvules ? A ce sujet, je dois signaler un défaut que je trouve à l'expérience vulgaire par laquelle on constate les insuffisances aortiques. Cette expérience, qui consiste à verser de l'eau sur les valvules pour voir si cette eau est retenue dans l'aorte et ne passe pas dans le cœur, cette expérience, dis-je, ne représente pas tout ce qui a lieu dans l'état physiologique. En effet, le sang ne presse pas seulement par son propre poids sur les valvules, mais il leur transmet encore la pression considérable qu'il reçoit de toutes les parois du système aortique. On comprend dès lors qu'à l'état naturel le sang mû par cette force considérable s'insinue violemment et avec bruit de souffle à travers une insuffisance légère pour refluer dans le ventricule, et que la même insuffisance donnera à peine passage à quelques gouttes de liquide, quand ce liquide obéira seulement à la pression minime exercée par quelques centilitres d'eau versés dans l'aorte.

Les réflexions que je viens d'émettre m'ont été suggérées par une observation que je vais rapporter. Une femme mourut après avoir présenté un bruit de souffle qui remplissait tout le second temps. Il n'y avait de rétrécissement à aucun orifice; je versai de l'eau dans l'aorte sur les valvules aortiques pour voir si elles étaient insuffisantes; elles laissèrent passer seulement quelques gouttes de liquide, trop peu abondantes pour m'expliquer le bruit de souffle que j'avais entendu. C'est alors que, pensant à la pression artérielle de la vie, qui n'existait plus dans l'expérience vulgaire que j'avais faite, je cherchai à l'imiter en comprimant avec la main le liquide contenu dans le commencement de l'aorte pour le faire refluer plus vivement à travers l'hiatus de l'insuffisance. Cette manœuvre eut un plein succès, et j'obtins alors un reflux de liquide assez abondant pour me rendre raison du bruit de souffle que j'avais perçu au second temps.

Voilà donc six ou sept observations dans lesquelles on n'a pas constaté ou on a mal constaté l'insuffisance des valvules aortiques. Dès lors, ces observations ne prouvent rien contre ma théorie.

Maintenant il s'agit de savoir si, dans les autres faits, où l'on a constaté tout à la fois la présence d'un rétrécissement auriculo-ventriculaire, et l'absence de l'insuffisance aortique, le bruit de souffle noté dans ces observations se rapportait bien au second temps et non au premier.

On commet, plus souvent qu'on ne croit, des erreurs sur la fixation des bruits anormaux à l'un ou l'autre des deux temps du cœur. Et l'on se trompe ainsi soit par inadvertance, soit par la difficulté extrême que l'on rencontre à faire cette fixation. M. le professeur Rostan me disait hier que dernièrement il s'était présenté, dans son service de l'Hôtel-Dieu, un cas de maladie cardiaque dans lequel c'était un véritable problème à résoudre, que de préciser le temps auquel se rapportait le bruit anormal. Plusieurs médecins furent invités à examiner ce cas difficile, et se divisèrent en deux partis à peu près égaux en nombre : les uns étaient pour le bruit au premier temps, les autres pour le bruit au second.

Je vais chercher à préciser quelques-unes de ces difficultés, de ces anomalies de rythme des bruits anormaux ; nous en trouverons dans les observations de M. Hérard.

Une première anomalie rythmique des bruits anormaux à signaler, est celle qui tient au dédoublement des bruits anormaux. Pour que les bruits anormaux se dédoublent, il faut qu'ils soient synchrones ; or, cela arrive quelquefois ainsi. En effet, soit un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche qui, de proche en proche, a produit une dilatation de l'oreillette gauche, des veines pulmonaires, et surtout une dilatation du ventricule droit. Par suite de cette dilatation ventriculaire, il se fait un rétrécissement relatif de l'orifice ventriculo-artériel droit, qui donne lieu, comme le rétrécissement absolu de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, à un bruit anormal. Ces deux bruits anormaux existant au premier temps, l'un et l'autre, ils sont donc synchrones et paraissent n'en faire qu'un. Si, maintenant, nous supposons que les deux moitiés du cœur ne se contractent pas exactement ensemble, les deux bruits se dédoubleront, absolument comme cela arrive aux bruits normaux. Alors on appellera bruit anormal du premier temps celui qui arrivera le second à l'oreille, tandis qu'en réalité ce sont deux bruits du premier temps qui se succèdent rapidement, au lieu de se confondre ensemble.

Il y a trois observations de M. Hérard, dont on peut interpréter le prétendu bruit anormal du second temps, par un dédoublement semblable, ce sont les observations nos 2, 18 et 11. En effet, dans ces trois observations on signale un dédoublement qui porte en même temps soit sur le battement précordial, soit sur les bruits normaux.

Il y a un autre genre d'irrégularité rythmique qui peut donner lieu à une apparence de bruit anormal au second temps. C'est le suivant : l'orifice auriculo-ventriculaire est affecté de rétrécissement très marqué, l'ondée, qui a beaucoup de difficulté à traverser ce rétrécissement, est divisée en deux moitiés par deux demi-contractions de l'oreillette qui se succèdent rapidement. Le passage de chacune des deux moitiés de l'ondée donnera lieu à un bruit anormal ; il y aura donc ici deux bruits de souffle successifs, que l'on sera tout disposé à rapporter le premier au premier temps et le second au second temps, bien qu'en réalité ils appartiennent, l'un et l'autre, au premier temps.

Nous avons ici sur les bruits anormaux du cœur quelque chose d'analogue à ce que l'on constate fréquemment sur les bruits respiratoires. En effet, on sait que dans certains cas de tuberculisation, on perçoit, sous la clavicule, un bruit inspiratoire divisé en deux moitiés séparées. On ne dit pas que la première moitié de ce bruit appartient à l'inspiration et le second à l'expiration, parce qu'on est parfaitement sûr qu'ils se passent tous deux dans l'inspiration, mais dans le cœur, et dans le cœur affecté d'irrégularité, on subit ces illusions d'acoustique. Aussi, sans hésiter, on attribue la première moitié du bruit anormal au premier temps du cœur, et la seconde au second temps.

Plusieurs observations de M. Hérard me paraissent rentrer dans cet ordre d'irrégularité : ce sont les observations nos 2, 5, 12, 17, 18. En effet, dans ces diverses observations, on note l'irrégularité et l'inégalité soit du pouls, soit des battemens du cœur; souvent on les trouve impossibles à suivre. Comment, dans ces cas-là, était-on autorisé à dire que le bruit anormal se passait précisément au véritable second temps.

Voilà à peu près toute la revue des observations de M. Hérard, toute excepté deux, les nos 4, 14. Ces deux faits manquent de détails importans et nécessaires à cette discussion. Il n'y est nullement fait mention de l'état rythmique du pouls et des battemens cardiaques, de sorte que je ne puis pas savoir jusqu'à quel point elles n'appartiennent pas aux catégories précédentes.

Là se termine la discussion que j'ai annoncée.

J'ai voulu démontrer que les observations de M. Hérard n'infirment nullement ma théorie. Plusieurs d'entr'elles présentent un intérêt réel, mais cet intérêt n'existe qu'au point de vue des irrégularités rythmiques des bruits anormaux. Sous ce rapport, elles comblent une lacune qui existait dans la science.

M. Hérard : Avant d'examiner la valeur des objections que M. Beau vous a présentées à l'occasion de mon mémoire, permettez-moi, Messieurs, de constater un premier résultat important qu'aura produit cette discussion. Vous savez que jusqu'ici M. Beau avait formellement nié que le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche pût donner lieu à un bruit de souffle au second temps, prétendant qu'un tel bruit de souffle indiquait toujours et nécessairement une insuffisance aortique. Eh bien ! je suis heureux de voir que les opinions de notre collègue se sont modifiées sur ce point, et qu'il ne refuse plus aujourd'hui d'admettre avec moi qu'il y a des bruits de souffle du second temps qui ne reconnaissent d'autre cause organique qu'un rétrécissement mitral. Toutefois, Messieurs, il ne faut pas se le dissimuler, ce n'est pas sans quelque répugnance et sans un certain artifice de langage que M. Beau m'a fait une concession qui contrarie, quoi qu'il en dise, la théorie physiologique pour laquelle, vous le savez, il a une tendresse toute paternelle. Vous avez pu remarquer quelle sévérité, j'allais presque dire quelle partialité, il a apportée dans l'examen critique des observations qui servent de base à mon mémoire. Or, je tiens avant toute chose à montrer que ces observations incriminées n'encourent pas les reproches que leur a adressés M. Beau.

Je ne parlerai que des observations avec autopsie, car pour ce qui est des observations sans autopsie, je me doutais à l'avance que M. Beau ne les accepterait pas. Je sais trop bien, par l'expérience des discussions, que pour amener à son opinion ses adversaires, même ceux qui sont de la plus entière bonne foi, il faut des preuves palpables, matérielles, qui ne permettent pas le plus petit échappatoire. Or, dans le cas particulier, l'autopsie n'ayant pas été pratiquée, M. Beau peut soutenir qu'il y avait insuffisance aortique, sans qu'il me soit possible à moi de lui démontrer qu'il s'agissait d'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Mais qu'il me permette de croire que les membres de cette Société qui n'ont pas de théorie physiologique à défendre, penseront comme moi que ces observations ont trait à des rétrécissemens de l'orifice mitral, et nullement à des insuffisances aortiques. Quoi qu'en dise M. Beau, le maximum du siége du bruit de souffle a, au point de vue du diagnostic, une importance capitale. Nous ne pouvons admettre, comme il le prétend, que dans quelques cas d'insuffisance aortique on entende le bruit anormal à la pointe du cœur, vers l'aisselle, et que si ce bruit disparaît au niveau de l'orifice aortique, c'est qu'une lame du poumon est interposée entre la base du cœur et la paroi thoracique. Ne serait-il pas bien extraordinaire que cette prétendue lame du poumon permît d'entendre très distinctement le double claquement valvulaire, et s'opposât à la perception d'un bruit de souffle râpeux beaucoup plus intense ? J'ajouterai, d'ailleurs, que chez nos malades la percussion et l'auscultation nous ont positivement démontré que le cœur était en contact immédiat avec la paroi thoracique. Mais je ne veux pas m'arrêter davantage sur ce point, et je passe aux observations avec autopsie, et aux objections qui leur ont été adressées.

M. Beau a cherché d'abord à mettre en état de suspicion toutes mes observations. Il a pensé que par inadvertance, ou par difficulté du sujet, j'avais pu me tromper et prendre un bruit de souffle du premier temps pour un bruit de souffle du deuxième temps. Je regrette véritablement d'avoir à me défendre d'une pareille accusation. Pour ce qui est d'avoir péché par inadvertance, je puis certifier à M. Beau que j'ai apporté dans l'auscultation du cœur la plus scrupuleuse attention. J'aurais été, il faut en convenir, bien coupable d'examiner à la légère les malades qui devaient servir de base à un mémoire dans lequel je me proposais de combattre les opinions de quelques-uns de nos collègues. Quant à la difficulté de distinguer un bruit de souffle du premier temps d'un bruit de souffle du second temps, il peut assurément se faire qu'il y ait des cas embarassans, mais je crois que ces cas sont excessivement rares, et je puis affirmer à M. Beau que je n'ai pas eu à me débattre contre des difficultés de ce genre. D'ailleurs, que M. Beau veuille bien y réfléchir un instant, et il verra lui-même qu'il m'était impossible de tomber dans l'erreur qu'il a signalée. Presque tous mes malades présentaient deux bruits de souffle, l'un coïncidant avec la pulsation artérielle, l'autre séparé du premier par l'intervalle du petit silence. Or, ce second bruit de souffle ne pouvait pas être autre chose qu'un bruit du deuxième temps. Voilà, Messieurs, ce que j'avais à répondre, d'une manière générale, pour les observations qui me concernent. Je ne crois pas, pour les autres, qu'il soit besoin de défendre du reproche d'inadvertance ou d'erreur des observateurs qui portent les noms de Laennec, Legroux, Briquet, Bouillaud, etc.

M. Beau s'est attaqué particulièrement à trois observations, une de Laennec (obs. 10), une de M. Parchappe (obs. 19), une de M. Andry (obs. 15) ; il a reproché aux deux premiers observateurs d'avoir omis de verser de l'eau dans l'aorte pour s'assurer si les valvules sigmoïdes étaient on non suffisantes. Puisque cette expérience n'a pas été pratiquée, dit M. Beau, il est permis de penser qu'il y avait insuffisance aortique. Sans parler du peu de rigueur d'une telle conclusion, je demande à tous les membres de cette Société s'il est nécessaire, lorsqu'à l'autopsie on rencontre les valvules sigmoïdes de l'aorte saines, et la valvule mitrale profondément altérée, comme dans l'observation de Laennec, s'il est nécessaire, dis-je, de verser de l'eau dans l'aorte, pour être bien sûr que la cause organique du bruit de souffle siége à l'orifice mitral et non à l'orifice aortique. D'ailleurs il faudrait être conséquent, et puisque M. Beau attachait tant d'importance à l'expérience citée plus haut, il n'aurait pas dû rejeter l'observation 15, dant laquelle l'eau refluait par l'aorte, sous prétexte que les valvules sigmoïdes étaient légèrement épaissies et ratatinées.

Maintenant que nous croyons avoir justifié nos observations des reproches que M. Beau avait adressés à quelques-unes d'entre elles, nous arrivons à l'explication du bruit de souffle du second temps, dans le cas de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Vous vous rappelez que dans mon mémoire j'expliquais ce bruit de souffle par le frottement de la colonne sanguine sur les bords du rétrécissement, au moment où le ventricule, après s'être contracté, se dilate et aspire pour ainsi dire le sang qui débouche dans l'oreillette par les veines pulmonaires. M. Beau qui ne veut admettre à aucun prix que le sang pénètre dans le ventricule au second temps, et qui, par conséquent, ne peut se rendre compte du bruit de souffle par la physiologie normale, est obligé de recourir à l'expédient des anomalies pathologiques.

Dans une première hypothèse, il fait intervenir un défaut d'isochronisme entre les battemens du cœur droit et ceux du cœur gauche, de telle façon que le premier bruit de souffle serait produit par le rétrécissement mitral, et le second par un rétrécissement relatif de l'orifice de l'artère pulmonaire. Le sang, en effet, dit M. Beau, éprouvant de la difficulté à traverser l'orifice auriculo-ventriculaire gauche rétréci, dilate de proche en proche l'oreillette gauche, les veines pulmonaires, le ventricule droit. Par suite de cette dilatation ventriculaire, l'ondée sanguine projetée dans l'artère pulmonaire est plus volumineuse, il en résulte un frottement plus marqué à l'orifice de cette artère, et conséquemment un bruit de souffle. Ne trouvez-vous pas, Messieurs, que c'est aller chercher bien loin et par un chemin bien détourné la cause du bruit de souffle du second temps? Quant à moi, je ne puis voir dans l'explication de M. Beau qu'une hypothèse qui soulève contre elle de nombreuses difficultés, des impossibilités même, ainsi que vous allez en juger.

D'abord on ne conçoit pas bien, puisque la dilatation s'étend de proche en proche à l'oreillette gauche, aux veines pulmonaires, et au ventricule droit, pourquoi elle épargnerait l'artère pulmonaire placée entre ce ventricule et les veines du poumon ; et alors si l'on admet, comme on le doit, que l'artère pulmonaire et l'orifice de cette artère ont participé à la dilatation, il n'y a plus de rétrécissement relatif, il n'y a plus prétexte à un bruit de souffle.

Si le rhythme du cœur est dérangé, si le cœur droit bat après le cœur gauche, on devrait percevoir dans les points où les bruits normaux ne sont pas masqués par les bruits anormaux, un triple ou un quadruple bruit du cœur. Or, il n'y a dans mon mémoire qu'une seule observation où l'on ait constaté un triple bruit du cœur, c'est l'observation 18; et encore dans cette observation, c'est exclusivement au deuxième temps que l'on a noté le bruit de souffle ; de telle sorte que si, par impossible, on adoptait l'explication de M. Beau, on arriverait à localiser le bruit anormal à un orifice parfaitement sain, l'orifice de l'artère pulmonaire, et qu'on négligerait complètement un rétrécissement considérable de l'orifice mitral, lésion palpable constatée à l'autopsie. Ce serait à renverser toutes les notions de l'anatomie pathologique, tous les rapports que nous savons exister entre les symptômes et les lésions. M. Beau avait rangé dans la même catégorie une autre observation, l'observation 11, mais évidemment à tort ; il s'agit, en effet, dans cette observation, non plus d'un triple bruit normal, mais d'un triple bruit anormal, autrement dit d'un bruit de souffle au premier temps, d'un bruit de souffle au deuxième temps, et d'un bruit de souffle pendant le grand silence. Or, non seulement cette observation n'est pas

favorable à l'hypothèse de M. Beau, mais elle lui est tout à fait contraire. Car il est impossible, dans cette manière de voir, de se rendre compte du bruit de souffle qui occupait le grand silence, tandis qu'au contraire on explique très bien ce bruit de souffle, en admettant, comme nous l'avons fait, en ce moment, la pénétration du sang dans le ventricule.

D'ailleurs, Messieurs, comment concevoir que la cause déterminante du bruit de souffle soit à droite, quand le maximum du bruit est manifestement à gauche; lorsque ce bruit va s'affaiblissant, disparaît même à mesure que l'on se rapproche de l'orifice de l'artère pulmonaire.

Puisque les deux cœurs se contractent isolément, pourquoi n'y a-t-il pas deux chocs de la pointe du cœur, l'un à droite, l'autre à gauche, séparés par un intervalle de deux pouces environ, ainsi que M. Beau dit l'avoir constaté dans quelques cas de dédoublement?

Enfin, comprendrait-on que l'intervalle qui sépare les deux contractions fût aussi considérable sans qu'il en résultât immédiatement de graves accidens. Comprendrait-on surtout que cet intervalle fût toujours le même, et précisément égal à l'intervalle qui sépare le premier bruit normal du deuxième, autrement dit, la contraction du ventricule de sa dilatation.

Nous croyons inutile d'insister plus longtemps sur cette première explication, puisqu'elle ne s'adresse qu'à une seule de nos observations, et que nous avons montré que, dans ce cas, elle était complètement inadmissible. Je passe donc à la seconde explication de M. Beau : L'oreillette se vide en deux fois, et chacune des contractions est accompagnée d'un bruit de souffle, résultant du passage de l'ondée sanguine à travers l'orifice rétréci. Vous allez voir, Messieurs, que cette seconde hypothèse est tout aussi invraisemblable que la première. — En effet, si l'oreillette se contracte au moment du second bruit de souffle, comment se fait-il que dans les points voisins où les bruits anormaux ne masquent plus les bruits, normaux au niveau de l'orifice aortique, par exemple, on perçoive dans ce même instant le deuxième bruit du cœur? Cela doit être surtout inexplicable pour M. Beau, qui admet que le deuxième bruit est produit par le choc sur les parois de l'oreillette de la colonne sanguine qui débouche par les veines pulmonaires. Il en résulterait ceci que l'oreillette serait en même temps contractée et dilatée, ce qui serait absurde.

Dans quelques cas où l'on a entendu un bruit de souffle au premier temps, au deuxième temps, et après le deuxième temps pendant le grand silence, il faudrait admettre que l'oreillette serait constamment en contraction, mais on ne voit pas à quel moment aurait lieu la dilatation, et comment cette cavité pourrait se remplir du sang à projeter dans le ventricule.

Je demanderai ensuite à M. Beau, si l'oreillette se contracte deux fois de suite, et lance dans le ventricule deux ondées successives, pourquoi l'on ne sent pas deux pulsations dans les artères. M. Beau répondra peut-être que le pouls, étant irrégulier, il est impossible de savoir s'il y a une ou deux pulsations artérielles. Mais si cette réponse est, jusqu'à un certain point, acceptable pour les observations dans lesquelles on a constaté l'irrégularité des battemens du cœur, quoique même, dans ces cas, ainsi que je m'en suis assuré, il soit très aisé de reconnaître la coïncidence des pulsations radiales et des contractions du cœur, elle ne l'est plus pour celles dans lesquelles le pouls a conservé sa lenteur et sa régularité. Je citerai, par exemple, les observations 5, 10, 11, 13, 15, 16, 19, dont M. Beau a oublié, je ne sais trop pourquoi, de parler; dans toutes ces observations il a été impossible de noter d'autres pulsations que celle qui coïncidait avec le bruit de souffle du premier temps.

Je demanderai, dans tous les cas, à M. Beau, pourquoi l'on ne percevait pas deux chocs de la pointe du cœur contre le thorax; il semble qu'il aurait dû en être ainsi, si, comme il l'admet, le choc est produit par la projection du sang de l'oreillette dans le ventricule. Dans un seul cas, nous avons constaté une double impulsion; mais précisément ce fait, à notre avis, mal interprété par M. Beau, vient protester contre l'explication qu'il propose. Dans cette observation, l'observation 2, un premier choc existait au moment du premier bruit de souffle dans le 5[me] espace intercostal, c'était *l'impulsion systolique* : le second choc avait lieu au moment du second souffle ou, encore, au moment du deuxième bruit, à quelques travers de doigt plus haut près du sternum. Or, cette impulsion a été regardée, par tous les auteurs qui ont eu l'occasion de l'observer, et par M. Beau en particulier, comme produite par d'autres causes que l'impulsion systolique; tous l'ont considérée comme liée à la dilatation du cœur, et coïncidant avec le second temps, à ce point qu'on lui a donné le nom d'*impulsion diastolique*.

Ce n'est pas tout, Messieurs, j'ai à vous signaler une contradiction qui m'a surpris de la part de M. Beau. Vous savez que notre collègue insiste beaucoup, dans tous ses mémoires, sur cette idée qu'il a reproduite dans sa réponse à mon travail, à savoir que lorsque l'ondée sanguine, au lieu d'être projetée en masse par l'oreillette dans le ventricule, était lancée en plusieurs fractions, les bruits de souffle disparaissaient, parce que les portions d'ondée qui traversent le rétrécissement, ne peuvent plus produire, sur les bords du rétrécissement, un frottement assez intense pour occasionner un bruit anormal; eh bien! voici qu'aujourd'hui M. Beau, oubliant ce qu'il avait écrit précédemment, admet, sans discussion, qu'un bruit de souffle se produit à chaque contraction de l'oreillette, malgré cette subdivision de l'ondée sanguine en plusieurs fractions; bien plus, quelquefois le bruit de souffle n'existe qu'au second temps, au moment de la systole supplémentaire admise par M. Beau, et l'on serait conduit à cette conclusion, que le bruit de souffle s'est manifesté quand la colonne sanguine était faible, et qu'il a manqué quand elle était volumineuse; or, si l'on suppose que les deux ondées étaient égales, qu'une même cause a produit deux effets différens.

Enfin, Messieurs, n'êtes-vous pas surpris de voir dans cette hypothèse, comme dans la première, une régularité aussi grande dans la succession de ces deux contractions, est-ce ainsi que les choses se passent dans les battemens irréguliers du cœur, et n'est-il pas infiniment probable que cette prétendue seconde contraction n'est rien autre chose que la dilatation régulière du ventricule?

Il nous resterait maintenant à démontrer que cette dilatation du ventricule au second temps, sur laquelle je base mon explication, est un fait bien réel. Mais je ne puis que renvoyer à mon mémoire pour cette démonstration, car je n'ai pas trouvé, dans la réplique de M. Beau, des argumens nouveaux capables de modifier mon opinion. M. Beau a prétendu que j'avais contesté le résultat de ses expériences sur les grenouilles; en aucune façon. J'ai recherché pourquoi d'autres expérimentateurs avaient vu différemment, et j'ai cru trouver la cause de ces dissidences dans la rapidité plus ou moins grande de la circulation. J'ai si peu contesté les résultats de M. Beau, que j'ai été jusqu'à lui faire cette concession, dont certes il n'a pas à se plaindre, qu'il avait raison contre tous ses adversaires; mais j'ai ajouté et je maintiens encore que ce n'est pas une raison pour appliquer aux mammifères, et à l'homme en particulier, des résultats constatés sur les batraciens. J'ai montré que les expériences faites sur les animaux à sang chaud conduisaient à des conclusions différentes. Je sais que M. Beau n'a pu réussir dans ses expériences sur les mammifères, mais est-ce une raison pour ne tenir aucun compte de ce qui a été vu par d'autres expérimentateurs plus heureux que lui? M. Beau croit que les choses se passent chez les mammifères comme chez les grenouilles, parce que le ventricule présente au premier temps une ampliation de tous ses diamètres, après la contraction de l'oreillette. J'avoue que je ne saisis pas très clairement la pensée de notre collègue. Je n'ai jamais nié la dilatation du ventricule au premier temps, j'admets, comme M. Beau, qu'elle est le résultat de la contraction de l'oreillette. Seulement, je ne vois pas en quoi l'ampliation du ventricule au premier temps empêcherait la diastole du second temps.

J'ai cité 9 observations d'ectopie du cœur, les seules que j'aie pu rassembler dans les recueils de médecine, et j'ai montré que toutes prouvaient, d'une manière plus ou moins évidente, la dilatation du ventricule au second temps. M. Beau n'a rien trouvé à répondre à cet argument, si ce n'est que M. Cazeaux lui avait dernièrement dit que le fait de M. Follin, dont il avait été témoin, était favorable à sa théorie. J'aurais désiré que M. Cazeaux précisât davantage; car, enfin, la théorie de M. Beau se compose de plusieurs points très différens. Il y a la question relative à la dilatation ou à la non-dilatation du ventricule au deuxième temps, il y a la question du choc de la pointe du cœur, au moment de la systole auriculaire ou de la systole ventriculaire, il y a la question de la cause des bruits etc..... Or, quel est celui de ces points sur lequel l'observation de M. Follin est favorable à la théorie de M. Beau? Mais, Messieurs, il y a quelque chose de mieux que le souvenir nécessairement vague d'un fait qui s'est passé en 1850; c'est le procès-verbal rédigé séance tenante en présence de M. Cazeaux et de deux internes, MM. Cribier et Dionis. M. Follin m'a communiqué ce procès-verbal, et je vous demande la permission de vous lire la neuvième conclusion, elle est ainsi conçue : Les ventricules, après leur contraction, se remplissent sans mouvement brusque; les fibres se relâchent comme d'elles-mêmes, et *les cavités ventriculaires sont gonflées et remplies de sang avant la contraction auriculaire.* — Pour ce qui est du fait de M. Fauvel, M. Beau aurait dû citer l'observation tout entière, et il aurait vu également qu'après s'être contractés, les ventricules se dilatent et se remplissent de sang. Je sais que M. Fauvel, ayant rescisé la pointe, n'a pas vu le sang couler au second temps par la plaie, et que cette expérience, pratiquée sur des grenouilles et des coqs, est souvent invoquée par M. Beau. Mais sans parler de quelques observateurs qui ont vu le sang s'échapper au deuxième temps, on conçoit très bien que si l'ouverture pratiquée au sommet du cœur est petite, la pression atmosphérique doit faire équilibre à la colonne de sang contenue dans le ventricule; et s'opposer à ce qu'elle coule au dehors; d'un autre côté si l'ouverture est très large, les fonctions du cœur doivent nécessairement se trouver très gênées, et l'aspiration, par suite de laquelle le sang se précipite dans le ventricule, devenir impossible.

Enfin, Messieurs, M. Beau ne veut pas que j'oppose à son opinion l'opinion motivée des physiologistes de notre époque. C'est cependant quelque chose d'assez significatif que ce consensus général. J'ai rapporté les paroles de M. Bérard, de M. Muller. Permettez-moi de citer encore une expérience d'un physiologiste dont tout le monde connaît l'habileté expérimentale, je veux parler de M. Bernard. M. Bernard, ayant introduit dans le ventricule droit d'un chien, par la veine cave supérieure, l'extrémité d'un tube recourbé, a noté, dans la colonne liquide contenue dans le tube, une série d'oscillations des plus remarquables; alternativement le liquide montait dans le tube, puis redescendait au point de disparaître presque en entier par la petite branche placée dans la veine cave. Ces deux mouvemens se succédaient comme les deux temps du cœur. Or, pour que la colonne sanguine rentrât ainsi dans le ventricule au deuxième temps, il fallait de toute nécessité que ce ventricule se dilatât pendant le deuxième temps. La conclusion nous paraît rigoureuse. — L'expérience suivante, que j'ai répétée hier encore avec M. Chassaignac, en présence de nombreux élèves, n'est pas moins concluante : enlevez vivement le cœur d'un jeune chien ou d'un jeune chat vivant, et jetez-le dans de l'eau froide. Vous verrez, pendant quelque temps, un liquide rougeâtre s'échapper avec force, en une série de jets séparés les uns des autres par un court intervalle et dessiner une sorte de sillage coloré dans l'eau, au milieu de laquelle plonge le cœur. Or, que prouve cette expérience? que les ventricules, après s'être contractés, se dilatent et aspirent le liquide ambiant. Car, s'il n'en était pas ainsi, d'où proviendrait l'ondée chassée à chaque contraction du cœur? Une preuve, d'ailleurs, que ce liquide pénètre bien de l'extérieur à l'intérieur par le mécanisme indiqué plus haut, c'est que le jet rougeâtre qui s'échappe par l'aorte devient de moins en moins coloré, l'eau qui traverse et lave les cavités cardiaques entraînant des particules de sang de plus en plus rares.

Je conclus, Messieurs, de tout ce qui précède que la dilatation du ventricule au deuxième temps est un fait incontestable, et qu'elle permet d'expliquer le bruit de souffle du deuxième temps par le frottement qu'éprouve la colonne sanguine sur les bords du rétrécissement.

M. Aran : Ainsi que l'a dit, avec grande raison, notre collègue M. Hérard, cette discussion n'aura pas été sans utilité, et elle a déjà eu un important résultat, celui d'amener M. Beau à admettre la possibilité d'un bruit de souffle au second temps, comme apartenant à un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Mais je pense que cette discussion aura une utilité plus grande encore, celle de faire cesser les dissidences si regrettables qui existaient entre les pathologistes relativement au diagnostic des maladies du cœur. Que l'on veuille bien se rappeler où nous en étions encore il y a peu de temps, attribuant les uns à une altération pathologique, à un rétrécissement, par exemple, les caractères que les autres rapportaient à une insuffisance, et l'on comprendra combien il était utile qu'il se fît enfin de la lumière autour de ce point de la pathologie. C'est pour cela que je regrette que M. Hérard n'ait pas jeté incidemment un coup d'œil sur les causes de ces dissidences, dans son travail dans lequel la question qu'il a seule envisagée est traitée, d'ailleurs, d'une manière si complète et si satisfaisante à beaucoup d'égards. Il aurait pu voir que c'est après la découverte de l'insuffisance des valvules aortiques par Corrigan et par le fait de l'application de cette donnée pathologique à l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, par suite de cette dichotomie de rétrécissemens et d'insuffisances établie pour chacun des orifices, que sont survenues toutes ces difficultés entre les pathologistes. — C'était sans doute rendre un véritable service aux médecins et aux élèves, ainsi que l'a fait notre collègue M. Hérard, que de leur apprendre qu'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche peut donner lieu à un bruit anormal, à un murmure présystolique, systolique et diastolique; mais peut-être eût-il été bon de montrer que la question pouvait être encore simplifiée pour les orifices auriculo-ventriculaires de la suppression de tout cet échafaudage des insuffisances pour chacun des orifices. Oui, l'insuffisance existe pour les orifices auriculaires, le sang peut refluer du ventricule dans l'oreillette, mais si elle existe au point de vue pathologique, au lit du malade on ne la découvre point à des signes particuliers d'auscultation et de percussion. Témoin, l'insuffisance de la valvule tricuspide, si commune chez les vieillards affectés de bronchite chronique avec emphysème, l'insuffisance portée si loin que le sang reflue à travers une ouverture dans laquelle on peut passer le poing, sans qu'il se produise aucun bruit anormal. Témoins quelques faits que j'ai observés et dans lesquels l'insuffisance était seule ou coïncidait avec un rétrécissement à l'orifice mitral et dans lesquels ou bien il n'y avait pas de bruit anormal ou bien ce bruit anormal ressemblait entièrement à celui du rétrécissement.

Mais comment concilier l'existence de ce bruit anormal au deuxième temps dans le cas de rétrécissement avec la théorie de M. Beau ou plutôt avec la théorie ancienne que M. Beau a faite sienne par les développemens qu'il lui a donnés? Ici M. Hérard triomphe, et s'appuyant sur les expériences empruntées aux vivisections et à l'examen des vices de conformation, d'ectopies du cœur, il établit que l'explication de ce second bruit anormal se trouve dans la réplétion en deux temps du ventricule, et coïncide avec le moment où la systole ventriculaire étant terminée, et le cœur en relâchement, le sang remplit le ventricule jusqu'à ce qu'une contraction, de l'oreillette produisant un trop plein dans celui-ci détermine la contraction ventriculaire nouvelle. Permettez-moi de vous communiquer, sur ce point, les résultats de mes expériences, qui apportent à la théorie de M. Beau, sinon un appui complet et sans réserves, au moins une confirmation dans ce qu'elle a de plus général et de plus fondamental.

Toute la question est évidemment de savoir quel est l'ordre d'enchaînement des phénomènes de dilatation et de contraction du cœur. En supposant et en admettant avec tout le monde que l'oreillette est la *détente* des mouvemens du cœur, les ventricules se remplissent-ils en une ou deux fois? Les oreillettes se vident-elles entièrement ou partiellement. Eh bien! je peux affirmer que des expériences faites sur les grenouilles et sur les jeunes animaux naissans, sans ouvrir le péricarde, précaution indispensable, ont toujours montré les oreillettes se contractant avec une grande énergie et se vidant entièrement, de manière à l'exprimer en quelque sorte dans les ventricules, et la contraction se propageant d'une manière progressive et successive depuis les orifices des veines dans les oreillettes jusque dans les ventricules. Mais ici se place une particularité que je suis étonné de ne pas voir signalée par ceux qui ont fait des expériences sur les animaux, particularité dont on peut être très facilement témoin chez la grenouille en regardant le cœur latéralement, c'est que la colonne de sang est accompagnée par la contraction depuis l'oreillette jusqu'à l'orifice auriculo-ventriculaire et de cet orifice dans la chambre postérieure ou antérieure du ventricule, jusqu'à la pointe, d'où elle remonte dans la chambre antérieure ou artérieuse et passe dans les ventricules. La contraction l'accompagne sans l'abandonner, mais le relâchement commence à mesure que la contraction s'accomplit et arrive à sa fin, de sorte que lorsque le sang est arrivé dans l'artère, l'oreillette est déjà presque remplie et ne va pas tarder à se vider dans le ventricule. Contraction de l'oreillette, dilatation et contraction du ventricule s'opèrent, du reste, dans un temps si court, qu'il n'y a pas même lieu de faire un temps distinct pour chacune d'elles, de sorte que, à proprement parler, il n'y a que deux temps dans les mouvemens du cœur : premier temps, contraction de l'oreillette, dilatation et contraction du ventricule; — deuxième temps, réplétion de l'oreillette.

Chez les jeunes animaux naissans et à sang chaud, l'expérience ne peut pas donner des résultats aussi concluans, parce que le cœur n'est pas transparent; mais quant à la contraction complète de l'oreillette, elle est évidente, et la contraction de l'oreillette se propage sans ligne de démarcation au ventricule; de sorte que, sauf la question de la coïncidence du choc de la pointe du cœur avec la diastole ventriculaire, qui ne me paraît pas démontrée, l'expérience m'ayant prouvé que la pointe se porte en-arrière et en bas, au moment où commence la systole auriculaire, tandis qu'elle se rapproche et se porte manifestement en avant à mesure que s'opère et se termine le mouvement double et presque instantané du ventricule, la théorie de M. Beau me paraît répondre à la réalité des faits observés expérimentalement, et les faits pathologiques sont loin d'être en désaccord avec elle.

J'ajouterai que chez de jeunes sujets, et surtout chez les enfans, j'ai été à même de constater, après la mort, une disposition particulière qui ne permet pas de douter de l'effacement complet dans l'état physiologique des cavités auriculaires et ventriculaires pendant la contraction; pour ces dernières surtout, la chose est évidente, c'est un froncement du bord de la valvule auriculo-ventriculaire, avec rapprochement et entrelacement des piliers et des colonnes charnues, qui fait ressembler l'orifice auriculo-ventriculaire à une bourse froncée, et son aire à un cône à sommet inférieur et à base supérieure. Le froncement de l'orifice et le rapprochement des colonnes charnues peuvent être tels,

que l'on puisse à peine y glisser l'extrémité du petit doigt. Cette disposition est de nature à faire comprendre combien l'insuffisance des orifices auriculo-ventriculaires doit être rare et difficile à moins de dilatation excessive de l'orifice ou d'ossification de son cercle fibreux et de son appareil valvulaire ; et encore, dans ce cas, le reflux du sang doit, en général, être très peu considérable.

Mais comment concilier cette théorie, dans laquelle le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire doit se traduire par un bruit anormal, coïncidant avec le premier bruit ou avec le premier temps du cœur, si l'on compte comme on le fait ordinairement la contraction des oreillettes et des ventricules pour le premier temps, avec les faits rassemblés par M. Hérard, desquels il résulte que l'on a pu entendre dans ces cas un bruit anormal avant le premier bruit, avec le premier bruit et avec le deuxième bruit? A cela, M. Beau a répondu d'une manière satisfaisante, à mon avis, en faisant intervenir, pour le bruit au deuxième temps, le défaut d'isochronisme entre les cavités homologues ; il aurait pu y ajouter les contractions incomplètes et successives de la même cavité; c'est que les mouvemens du cœur, tels que je les ai décrits, constituent l'état physiologique. Or, pour peu que l'expérience continue, surtout si le péricarde a été ouvert, les choses s'altèrent, les oreillettes et les ventricules ne se vident plus complètement, les ventricules restant en partie remplis se contractent faiblement sous l'influence répétée de petites contractions bornées à l'auricule, puis les ventricules et les oreillettes du même côté ne se contractent pas toujours en même temps; bref, on observe en petit dans ces expériences, ce qui doit se passer en grand dans l'état pathologique, lorsque les conditions de réplétion et d'évacuation ne s'opèrent plus avec régularité, et qu'une cavité attend, pour se contracter, une certaine quantité de sang qui est déjà arrivée dans l'autre. Le défaut de synchronisme ne mérite donc pas, comme explication de ces anomalies pathologiques, le dédain avec lequel M. Hérard l'a traité; mais l'explication que notre collègue en donne est-elle plus satisfaisante? M. Hérard croit que ce bruit anormal est le résultat du passage du sang de l'oreillette dans le ventricule avant la contraction de celle-ci et de son frottement sur l'obstacle. D'abord, il n'est pas prouvé que le ventricule se remplit en deux temps, et l'on a pu voir que je suis arrivé à un tout autre résultat. Mais en admettant cette réplétion en deux temps du ventricule, où sont donc alors les conditions d'un murmure? Est-ce le passage lent et certainement silencieux du sang qui doit produire le bruit? Où est la puissance prépulsive sans laquelle un liquide ne peut pas déterminer de bruit appréciable et aussi fort surtout que ceux qui ont été notés dans ces divers cas? On sait qu'une colonne liquide qui passe sur un obstacle, ne peut donner lieu à un bruit que si elle est animée d'un mouvement assez vif et on cherche en vain où peut être la cause qui imprime ce mouvement au liquide. L'explication de M. Hérard manque donc par sa base, puisqu'il ne peut y avoir d'effet sans cause.

En résumé, il ressort de cette discussion un fait incontestable, c'est que le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche peut fournir, dans quelques circonstances exceptionnelles, un bruit de souffle au deuxième temps, bruit de souffle dont la nature et l'origine sont d'autant plus faciles à déterminer que, d'une part, on peut poser en principe que les insuffisances naturelles ne donnent pas lieu à des signes stéthoscopiques, et que, d'autre part, le siége maximum de ce bruit du deuxième temps vers la pointe ou le milieu du cœur, et en dehors et à gauche permet d'en fixer le siége à l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Mais la proposition de M. Beau, dépouillée de son caractère trop concluant, n'en reste pas moins une chose très acceptable: les bruits de souffle au deuxième temps appartiennent surtout à l'orifice aortique. J'ajouterai que la détermination du siége de ces bruits est encore plus facile que pour les bruits de souffle de l'orifice mitral; mais les signes à l'aide desquels on peut procéder à cette détermination sont trop connus de vous pour que je croie devoir les rappeler ici.

Le secrétaire, Ch. Léger.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 2me ARRONDISSEMENT.

Séance du 12 Mai 1853. — Présidence de M. Denonvilliers.

Sommaire. — Fistule à l'anus guérie par des injections iodées. — Chloroforme : prolongation outre mesure du sommeil anesthésique; accidens graves consécutifs; règles générales de la chloroformisation.

M. Piogey rapporte l'observation suivante: Un homme âgé de 45 ans était tourmenté, depuis longtemps, par des hémorrhoïdes qui devenaient, de loin en loin, le siége d'un engorgement inflammatoire qui, parfois, le forçait à garder le lit pendant des semaines entières. Au mois de décembre 1851, une inflammation plus vive se développa dans l'épaisseur d'un bourrelet, et amena un abcès qui s'ouvrit spontanément sans laisser après lui d'autre trace qu'une induration plus étendue. Un peu plus tard, un nouvel abcès se forma à la même place, mais cette fois pour ne plus se fermer. L'écoulement, par l'orifice inférieur, d'un pus mêlé à des matières fécales, les injections et le cathétérisme par le stylet ne laissèrent aucun doute sur la nature du mal, c'était évidemment une fistule complète. M. Piogey proposa alors au malade l'opération par l'incision, mais celui-ci, qui avait assisté à une opération semblable pratiquée par Blandin sur son père atteint de la même affection, mais à trajets multiples et avec décollemens, fut effrayé par ses souvenirs, et demanda avec instances qu'on employât tous les autres moyens avant de recourir à l'instrument tranchant. M. Piogey lui conseilla donc, sans compter beaucoup sur un résultat heureux, de faire le matin, par l'orifice extérieur, une injection avec une forte solution iodée, et le soir une seconde injection avec une décoction de feuilles de noyer : le malade fut, en outre, soumis à l'usage des bains et des lavemens émolliens. Au bout d'un mois de ce traitement, la fistule avait disparu, et depuis ce moment rien ne s'est reproduit, malgré le retour répété des congestions hémorrhoïdaires.

M. Denonvilliers cite, à cette occasion, l'observation suivante, remarquable à un autre point de vue : ayant à cautériser au fer rouge des tumeurs hémorrhoïdaires, compliquées d'une chute de la membrane muqueuse du rectum, il pratiqua préalablement la chloroformisation, à la demande du malade. Tout fut parfaitement régulier: les trois périodes furent très distinctes, quoique se succédant rapidement. Ainsi, il y eut d'abord de la loquacité accompagnée d'agitation et de confusion d'idées et de mots, puis une raideur notable des membres suivie d'efforts avec gonflement des veines superficielles, puis enfin sommeil profond et avec ronflement. L'insensibilité étant complète, le chirurgien introduisit, dans l'extrémité inférieure du rectum, un cautère en rosace d'un centimètre et demi de diamètre, puis un second de même forme, l'un et l'autre chauffés au rouge; le malade n'accusa aucune douleur et continua de dormir. M. Denonvilliers ne s'en préoccupa nullement, ayant observé maintes fois, sans accident aucun, la prolongation du sommeil anesthésique, parfois même au-delà d'une heure. Cependant, au bout de quelque temps, et pendant qu'il faisait aux élèves qui l'entouraient un exposé clinique de l'affection dont ce malade était atteint, il s'aperçut tout-à-coup que la respiration se ralentissait, que le faciès s'altérait et que les yeux devenaient ternes et vitrés: presque aussitôt les battemens du cœur se suspendirent, de même la respiration, et l'opéré prit l'aspect d'un cadavre!

Justement effrayé de ces graves symptômes, M. Denonvilliers se hâta d'incliner en bas la tête du malade et, pendant qu'un aide la maintenait dans cette situation, il pratiqua la respiration artificielle en comprimant et en relâchant alternativement la base de la poitrine. Bien qu'à chaque manœuvre l'air pénétrât dans la poitrine et en sortît avec bruit, le collapsus n'en persistait pas moins et faisait craindre un résultat funeste. L'opérateur, loin de se laisser décourager par ce premier insuccès, redoubla d'efforts; enfin un des assistans qui explorait le pouls crut sentir un premier frémissement d'artère ; quelques secondes plus tard, les battemens devinrent plus sensibles et la respiration se rétablit, mais le malade resta encore quelque temps étranger à tout ce qui se passait autour de lui, en même temps que les yeux restaient ternes et le faciès profondément altéré; toutefois au bout d'une minute environ l'œil reprit instantanément l'expression de la vie et de l'intelligence, et tout danger était définitivement conjuré ! M. Denonvilliers insiste particulièrement sur cette *instantanéité*, toujours saisissante, du retour de l'expression de l'organe de la vue, et la compare à l'effet que produit une chambre obscure subitement éclairée d'une vive lumière.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, ajoute M. Denonvilliers, c'est que d'habitude les accidens graves s'observent pendant les premiers momens de l'action du chloroforme, tandis qu'ici, au contraire, ils se sont manifestés très tard, longtemps après l'opération et lorsque tout semblait concourir au meilleur résultat. Il ne doute pas cependant que si, par une circonstance toute de hasard, il ne s'était pas trouvé là au moment de la syncope, c'en était fait de son malade. Aussi conseille-t-il de ne quitter les opérés chloroformisés qu'après le retour complet de la vie de relation, et, quant à lui, il n'aura garde à l'avenir de manquer à cette prudente précaution ; il termine en insistant sur la situation déclive de la tête, sur la respiration artificielle qui, dans ce cas, lui ont si bien réussi, et aussi sur une prompte et large aération, car il ne ne doute pas que la haute température qui existait dans la pièce où il avait opéré son malade n'ait eu une bonne part dans l'accident qui a failli lui coûter la vie.

M. Charrier rappelle, à ce sujet, le malheur récent survenu à un jeune chirurgien qui a vu son malade succomber dès les premières inspirations du chloroforme et avant toute opération. Il doute que dans cette sorte de foudroiement de la vie l'inclinaison de la tête et la respiration artificielle puissent avoir une efficacité réelle. Il avoue, toutefois, que cette marche est heureusement exceptionnelle, et que le plus ordinairement les accidens mortels s'annoncent par quelques symptômes avant-coureurs, tels, par exemple, la pâleur subite de la face et l'état terne des yeux. Dans ce cas, dit-il, c'est une indication formelle de suspendre la chloroformisation et de surseoir à l'opération. M. Charrier déplore que, malgré des essais déjà si longs et si multipliés, la science n'ait encore à offrir aux jeunes chirurgiens que des tâtonnemens dont ils restent seuls juges, au lieu de quelques règles générales propres à les rassurer et à diriger leur inexpérience.

M. Denonvilliers réplique qu'il pense comme M. Charrier, relativement aux chloroformisations foudroyantes, et aussi relativement à la nécessité de suspendre l'action du chloroforme, voire même de remettre l'opération, quand des menaces sérieuses surgissent, mais que ce n'est pas là le but de son observation, et que celle-ci reste avec toute son importance au double point de vue de l'époque insolite des accidens et des moyens qui leur ont été efficacement opposés.

M. Chassaignac, de son côté, pense que la pâleur et l'état des yeux dont a parlé M. Charrier ne donnent qu'une appréciation vague du degré de la chloroformisation et des dangers qui peuvent en être la suite. Il en appelle, à cet égard, à l'expérience de tous les chirurgiens. Quant aux règles générales, elles existent, et ce n'est pas, dit-il, la faute de la science si elles sont transgressées ou méconnues. Sans doute, il y a encore de nos jours des chirurgiens méticuleux qui conseillent, dans tous les cas, de s'en tenir à la simple anesthésie, et s'arrêtent pour ainsi dire dès le début de l'inhalation du chloroforme, tandis que d'autres plus hardis n'opèrent que lorsque la période de résolution est complète ; mais ce n'est pas à dire pour cela que l'expérience soit muette et qu'il soit indifférent d'employer au hasard et selon les caprices de chacun, telle ou telle manière de faire. M. Chassaignac soutient, au contraire, qu'il y a des principes qui, quoi qu'on en dise, peuvent servir de guides, et de guides sûrs aux chirurgiens même les plus inexpérimentés. Il soutient encore qu'il est facile de tout concilier et d'arriver, sans danger, à la résolution complète si nécessaire pour la majeure partie des opérations. Toute la question consiste à procéder d'abord lentement et par doses progressives et de suspendre la chloroformisation dès qu'on a atteint ce résultat. Alors, dit-il, la respiration devient lente, calme, profonde, avec ou sans ronflement; alors l'insensibilité est absolue et le malade, devenu être passif, se prête merveilleusement à toutes les exigences de l'opération; c'est ce qu'il appelle la période de *tolérance*. Dans cet état, ajoute-t-il, il suffit de petites doses de chloroforme données par intervalle, pour maintenir presque indéfiniment et sans danger ce collapsus du malade. Que si, au contraire, la tolérance ne s'établit pas, si le pouls baisse, si la respiration se ralentit, si la pâleur, avant-coureur de la syncope, se manifeste, non seulement il faut suspendre toute inhalation chloroformique, mais encore employer les moyens dont vient de parler M. Denonvilliers, et beaucoup d'autres encore qu'il serait trop long de rapporter ici, et remettre l'opération à un moment plus opportun. Il y a donc des règles, dit en terminant M. Chassaignac, sans compter celles propres aux qualités du liquide lui-même et aux différens modes de l'employer.

M. Marrotte fait remarquer que certains individus sont pour ainsi dire réfractaires au chloroforme, tandis que d'autres sont influencés par les doses les plus minimes, témoin le malade observé par M. Valleix qui tomba dans une résolution complète lorsque la compresse avait à peine effleuré le nez et la bouche. Il résulte, dit-il, de ces aptitudes diverses et opposées qu'il y aurait imprudence réelle à poser des règles trop absolues; ce serait, en outre, compromettre fort injustement les confrères auxquels des accidens mortels sont arrivés par l'emploi du chloroforme; il maintient, lui, que dans l'état actuel de la question, et, malgré les précautions conseillées et appliquées jusqu'à ce jour avec succès, il n'est pas un chirurgien qui puisse se promettre de n'avoir jamais un malheur à déplorer.

M. Chassaignac répond à M. Marrotte qu'il a donné aux règles qu'il a posées une portée qui n'était nullement dans ses intentions ; il a voulu dire, en effet, non que ces règles étaient infaillibles, car il n'y a rien d'infaillible en médecine, mais qu'elles offraient au chirurgien une sécurité relative qui devait l'affranchir de toute hésitation dans l'emploi du chloroforme poussé jusqu'à la résolution. Il ajoute que, selon lui, les quelques chirurgiens qui se contentent, pour la plupart des opérations, d'obtenir seulement l'anesthésie, feraient beaucoup mieux de ne pas avoir recours au moyen en question, parce que, dans cette première période, l'agitation automatique et déréglée du malade crée, pour l'opérateur, des difficultés qui n'auraient pas existé sans elle ; parce que, d'un autre côté, on manque le but principal qu'on s'était proposé, attendu qu'en se réveillant trop vite le malade perçoit la douleur qu'on avait voulu lui éviter. Il persiste à soutenir que, grâce aux principes généraux dont il a parlé, il est presque toujours facile d'arriver jusqu'à la période de tolérance et que, dans les cas rares où elle n'est pas possible, on a pu, en procédant avec précaution, la tenter sans péril pour le malade.

M. Marrotte réplique à son tour que M. Chassaignac est allé au-delà de sa pensée ; qu'il est loin de rejeter les règles en médecine, même en matière de chloroformisation, mais que ces dernières ne doivent être données aux jeunes chirurgiens qu'avec beaucoup de réserve, parce qu'elles ne sont rien moins que certaines ; on ne peut pas nier, en effet, que l'inadvertance des aides chargés de surveiller l'action du chloroforme, le chirurgien étant tout entier aux diverses manœuvres de son opération, ne puisse, tout au moins dans quelques cas, devenir l'occasion d'un malheur.

M. Gendrin dit qu'il a employé souvent le chloroforme pour l'application de la cautérisation transcurrente, mais qu'il s'en est toujours tenu à la période anesthésique qui, du reste, a été constamment suffisante. Il a vu toutefois cette période se prolonger bien au-delà du temps nécessaire pour les opérations ordinaires. Chez une jeune fille, par exemple, elle a duré pendant plus d'une demi-heure. M. Gendrin approuve, d'un autre côté, les chirurgiens qui, pour arriver à poser des règles générales, dans l'espèce, se préoccupent moins de la quantité de chloroforme employée que de son action physiologique. Il voudrait toutefois qu'ils cherchassent d'abord à établir les conditions qui peuvent en indiquer ou en contr'indiquer l'emploi et à déterminer les différences que doivent nécessairement apporter dans cet emploi, l'âge, le sexe, le tempérament, etc. Il suppose également qu'il doit y avoir des différences notables, selon que le sujet à opérer est porteur d'une lésion ancienne ou récente, selon aussi que la respiration et la circulation sont plus ou moins actives, attendu que, pour le chloroforme, comme pour les autres agens toxiques, l'action délétère est en raison directe de l'activité de ces fonctions.

Le secrétaire général, Arnal.

COURRIER.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — Le 30 octobre, à Rotterdam, on ne comptait plus que 2 attaques de choléra et 1 décès. Depuis l'invasion dans cette ville, qui compte 80,000 habitans, il y avait eu 1,111 cas et 617 décès. Depuis trois mois que dure l'épidémie, elle a fait autant de victimes que l'épidémie de 1848-49, qui dura quatre mois.

Le premier cas qui ait été observé à Anvers, l'a été le 12 septembre sur un matelot d'un bâtiment à vapeur venant de Rotterdam. Le second cas fut observé, dans la ville, sur un peintre, quarante-huit heures après le premier. Trois jours après, 2 nouveaux cas dans deux quartiers éloignés l'un de l'autre. Jusqu'au 11 octobre on a compté 103 malades et 62 décès. A la fin d'octobre le choléra s'étendait. Aucune publication officielle ne paraît encore avoir été faite.

A Yassi le choléra sévissait surtout dans la partie basse de la ville, que l'on appelle Bachloui, et qui est principalement habitée par les juifs.

A Riga, à la date du 20 octobre, le choléra avait disparu de cette ville, mais il exerçait de grands ravages dans la Lithuanie.

Quelques cas ont été observés à Jersey et à Guernesey.

C'est dans les derniers jours de septembre que le choléra s'est montré au Havre sur trois sujets de la même famille, la mère et deux enfans, qui ont succombé. Il y a eu depuis cette époque une trentaine de cas, dont 9 ont été suivis de décès. Depuis le 1er novembre aucun cas nouveau n'a été signalé ni au Hâvre ni dans l'arrondissement.

Nous trouvons dans les journaux anglais ce fait digne de remarque : Sur les 519 hommes formant la garnison de Newcastle, on a compté 451 cas de diarrhée et *pas un seul cas de choléra*, tant la prédisposition épidémique, régnant dans la caserne comme dans toute la ville, a été combattue énergiquement et à propos.

COURS PUBLIC DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE. — M. le dr Aran, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine, ouvrira ce cours le *mercredi* 9 *novembre*, à 7 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les *lundi*, *mercredi* et *vendredi* de chaque semaine, à la même heure.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 134. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 10 Novembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12,

A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.

On s'abonne aussi :

Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 9 NOVEMBRE 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'événement de la séance a été la lecture du mémoire de M. Malgaigne, sur les injections de perchlorure de fer comme traitement des anévrysmes. Ce mémoire nous justifiera auprès de nos lecteurs de notre peu d'empressement à nous associer aux éloges et même à l'enthousiasme que cette découverte a excité chez quelques personnes. L'UNION MÉDICALE était sur le point de publier un travail analogue à celui de M. Malgaigne, quand ce savant académicien annonça sa lecture. Quoique l'analyse des faits connus nous eût conduit aux mêmes conclusions, nous nous félicitons d'avoir attendu la communication de M. Malgaigne, que nous sommes heureux de placer sous les yeux de nos lecteurs. L'importance et l'actualité du sujet nous engagent à publier ce travail *in extenso* et sans le fragmenter. C'est un des plus remarquables travaux de critique scientifique que l'Académie ait entendus depuis longtemps. Exposition lucide, analyse rigoureuse et appréciation sévère des faits, discussion lumineuse et conclusions irrésistiblement déduites de l'analyse et de la discussion ; telles sont les qualités de ce mémoire, qui comptera parmi les meilleurs titres de M. Malgaigne à la juste renommée dont il jouit.

Hélas ! il faut le reconnaître : L'ingénieux, l'honnête et consciencieux M. Pravaz, dont la science déplore la perte récente et prématurée, n'a pas doté notre art d'une de ces ressources puissantes qui font époque en thérapeutique et qui immortalisent un nom. C'est avec douleur que nous le constatons, car nous sommes de ceux qui pensent qu'il faut tourner ses efforts et son zèle vers le désarmement de la chirurgie. Qu'est-ce qui eût été plus beau que cette découverte ! Une petite ponction faite à une tumeur anévrysmale, l'injection de quelques gouttes d'une solution coagulante, et tout est dit, et le bistouri du chirurgien n'a pas besoin d'aller à la recherche de l'artère, et la ligature est devenue inutile, et une opération, souvent difficile et toujours grave, passe au rang des curiosités historiques. C'était magnifique d'espérances. Aussi fallait-il se garder, et c'est ce que nous avons fait, d'exprimer prématurément les doutes qui assiégeaient les esprits peu prompts à s'enflammer. Ces doutes sont devenus aujourd'hui de tristes réalités. Le bilan du perchlorure de fer, présenté par M. Malgaigne, est affligeant, si affligeant, qu'un des plus respectables académiciens, M. le professeur Moreau, n'a pu maîtriser un mouvement d'indignation contre les chirurgiens qui ont osé expérimenter la méthode nouvelle. Nous n'allons pas jusque-là, et tout au plus exprimerons-nous notre étonnement d'avoir vu d'honorables et habiles chirurgiens se montrer si empressés à essayer une méthode qui, quoi qu'on en dise aujourd'hui, en guise de justification, ne se présentait pas encore avec des élémens suffisans de détermination.

M. Malgaigne avait si bien et si complètement rempli sa tâche, qu'il n'y a presque pas eu de discussion. Ce que voyant, M. Velpeau, qui avait cependant dit de très bonnes choses en peu de mots, n'a pas voulu que tout cela finît si vite, et a demandé la prolongation de la discussion à mardi prochain. Nous ne savons s'il surgira d'ici-là quelque élément nouveau, mais dans l'état actuel des choses, le mémoire de M. Malgaigne nous paraît inattaquable, et ce n'est certainement pas pour le combattre que M. Velpeau s'est réservé la parole. Nous appelons, en effet, toute l'attention des chirurgiens qui seraient tentés d'expérimenter le perchlorure de fer, sur les courtes réflexions du savant professeur de la Charité, relativement à l'action de la solution Pravaz sur le sang contenu dans le sac anévrysmal. Il en résulte que, pour lui, plus grande serait la puissance de coagulation de ce liquide, plus grands seraient les dangers de son emploi ; car ce ne serait qu'en transformant le caillot en un véritable corps étranger, dont la résorption serait impossible, et dont l'élimination entraînerait les plus graves conséquences, qu'agirait le perchlorure de fer. Cette considération, très importante, est aussi d'une grande portée, car elle tendrait à décourager de toute autre tentative du même genre. Puisque M. Velpeau doit revenir sur ce sujet, nous prenons la liberté de l'inviter, dans un intérêt général, à développer sa pensée à cet égard.

Ne terminons pas sans indiquer un nouvel incident relatif au prix Nadaud. L'Académie s'est encore une fois déjugée. Mais nous aurions mauvaise grâce à la critiquer de ce déjugement, puisqu'elle n'a fait qu'adopter l'humble opinion par nous émise. Le délai de la clôture du concours a été prorogé jusqu'au 31 décembre prochain ; et les concurrens qui ont déjà envoyé leurs travaux, sont libres de les reprendre pour en faire une nouvelle édition revue, corrigée et augmentée. Il n'y avait, en effet, rien autre chose à faire.

Amédée LATOUR.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LES INJECTIONS DE PERCHLORURE DE FER APPLIQUÉES AU TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES ;

Par M. MALGAIGNE.

Lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 8 Novembre 1853.

Je viens entretenir l'Académie d'une méthode nouvelle pour le traitement des anévrysmes, sortie tout entière des méditations et des expériences de notre regrettable confrère feu le docteur Pravaz (1), et qui, dans les premiers momens, semblait devoir réaliser, pour les anévrysmes, un progrès aussi important que la lithotritie pour la pierre. L'expérience n'a pas répondu à ces heureuses espérances ; et après quelques rares guérisons, qui déjà avaient failli compromettre la vie des malades, sont venus des échecs plus graves, terminés plus d'une fois par la mort. Il est donc temps de réunir les faits déjà connus, de les soumettre à une appréciation sérieuse, et d'apprendre aux chirurgiens ce qu'ils doivent en penser.

C'est le 10 janvier de cette année, que la nouvelle méthode fut rendue publique par une lettre de M. Lallemand, lue à l'Académie des sciences. Dans une expérience sur la carotide d'un mouton, en quatre minutes, l'injection de 4 gouttes d'une solution concentrée de perchlorure de fer avait transformé en un caillot solide tout le sang renfermé dans une étendue de 4 à 5 centim., de cette artère ; la quantité du sang ainsi coagulé était évaluée à une cuillerée. Une portion de la carotide d'un cheval, de 8 centimètres de longueur, estimée contenir cinq cuillerées à café de sang, reçut 8 à 10 gouttes de perchlorure avec le même résultat ; finalement, Pravaz estimait que 2 gouttes suffisaient pour la coagulation d'une cuillerée à café de sang ; et, à part le manuel opératoire, la seule condition était d'exercer la compression au-dessous de l'anévrysme pendant quatre ou cinq minutes environ.

Presque aussitôt, ces expériences furent répétées à Alfort par MM. Giraldès et Debout. M. Giraldès ayant intercepté entre deux compressions 11 centimètres environ de la carotide d'un âne, y injecta 6 gouttes de perchlorure ; et la coagulation ne se faisant point, il fit une autre injection de 11 gouttes. Cette fois, la coagulation s'opéra ; mais l'artère parut racornie. Une injection de 15 gouttes dans la carotide d'un cheval amena à la fois, et la coagulation du sang et le racornissement du vaisseau. M. Debout a vu de même ce racornissement inquiétant ; bien plus, dans un cas, l'artère s'amincit et se laissa distendre de manière à offrir, quarante-huit heures après l'injection, une dilatation variqueuse. D'ailleurs, l'expérience n'était pas même sans danger pour la santé générale ; M. Leblanc, qui conserva quelque temps deux des chevaux soumis à ces injections, leur trouva de la fièvre ; et sur un animal sacrifié, au vingt-neuvième jour, la présence de pus dans l'artère fut constatée.

Pravaz s'émut de ces résultats qui mettaient en péril l'avenir de sa découverte ; il rapporta l'autopsie du mouton sur lequel il avait expérimenté, et qu'on avait sacrifié deux mois et demi après ; la carotide était oblitérée sur une longueur de 8 centimètres 1/2, sans autre lésion ; et le caillot, presque entièrement résorbé, égalait à peine en volume un grain de millet allongé. D'où venaient donc les accidens observés à Alfort ? Sans s'expliquer clairement à cet égard, Pravaz insistait « sur la nécessité *de n'employer que la quantité de perchlorure nécessaire pour la coagulation du sang, en l'évaluant d'après le volume de la tumeur.* » Un nouveau cas d'application de sa méthode, qui devait être prochainement publié, devait montrer, ajoutait-il, « *que l'on ne peut dépasser notablement les limites approximatives qu'il avait fixées, d'accord avec M. Lallemand, sans déterminer des symptômes d'intoxication, et sans que le caillot formé se redissolve.* » Il admettait qu'une injection exubérante pouvait se développer par une inflammation trop vive du sac, puis l'ulcération consécutive et l'expulsion en bloc du caillot. Le point essentiel de l'opération, était de ménager toutes choses, de façon qu'il y eût résorption lente du corps étranger introduit dans la tumeur. Pour son compte, il déclarait que, pour un anévrysme du volume d'un œuf de pigeon, par exemple, il n'injecterait d'abord que 4 ou 5 gouttes de perchlorure, sauf à répéter l'injection, si, au bout d'un certain temps, les battemens de la tumeur n'avaient pas complètement cessé. Et tant il avait à cœur cette condition de sécurité, il y revenait une dernière fois en disant : « Nous avons évalué, M. Lallemand et moi, à 3 gouttes environ la quantité de perchlorure de fer qu'il suffit d'employer pour chaque centilitre de sang à coaguler ; je serais disposé à descendre encore au-dessous de cette limite. » Enfin, il prenait soin d'indiquer la manière d'obtenir la solution et le degré qu'elle devait marquer à l'aréomètre, 45°.

De fait, sans prétendre diminuer le mérite des hommes distingués qui avaient répété à Alfort les expériences de Pravaz, il faut bien reconnaître qu'ils s'étaient écartés, sans aucune raison, des règles posées par l'inventeur lui-même ; leurs expériences prouvaient bien l'inefficacité du perchlorure à petites doses, et son danger à dose exubérante ; l'injection rationnelle était la seule qu'ils eussent négligée. Nous verrons que les chirurgiens qui ont essayé le perchlorure de fer sur l'homme, n'ont pas tous échappé non plus à ce reproche.

Ajoutons cependant qu'un premier essai, tenté sans aucune règle et avec un procédé opératoire très imparfait, n'en avait pas moins donné une guérison admirable, et semblait indiquer que les précautions recommandées par Pravaz étaient peu nécessaires. Dès le 4 février, M. Raoult Deslongchamps avait traité par le perchlorure un anévrysme de l'artère sus-orbitaire, du volume d'un œuf de pigeon. A la vérité, cet anévrysme offrait des phénomène singuliers. Il n'est pas commun, d'abord, de rencontrer des anévrysmes, gros comme un œuf de pigeon, sur une artère presque capillaire. L'oreille n'y entendait aucun bruit anormal ; la pression directe sur la tumeur l'affaissait et la faisait disparaître complètement ; les battemens seuls l'avaient fait juger anévrysmale. M. Raoult y fit une ponction oblique de 3 millimètres avec un bistouri très aigu ; quelques gouttes de sang rutilant coulèrent le long de la lame sans jet saccadé. On introduisit une seringue en verre dans la plaie, on fit une injection sans calculer les gouttes ; la seringue retirée, il sortit, de rechef, quelques gouttes de sang ; cependant la tumeur battait encore dans presque toute son étendue. Le surlendemain, nouvelle injection, *de 10 à 12 gouttes*, dit l'auteur ; mais il n'avait aucun moyen de les mesurer ; et, ce qu'il faut noter, c'est qu'il introduisit sa seringue par la même plaie *qu'un stylet fut introduit pour détruire les adhérences ;* et même, ajoute-t-il, *je pus le faire manœuvrer dans toute l'étendue du sac.* Un anévrysme qui se vide en entier par la pression, qui, en conséquence, ne contient que du sang liquide, et qui se laisse ponctionner au bistouri et parcourir par un stylet sans donner un seul petit jet de sang, n'est pas, il faut le confesser, un anévrysme ordinaire.

On s'y trompa toutefois ; et M. Robert, notre collègue, fut seul d'abord à élever des doutes sur la nature de la tumeur. Mais le jour même où Pravaz, dans sa communication à la Société de chirurgie, se prévalait du succès obtenu dans ce cas, M. Raoult annonçait qu'une nouvelle tumeur avait apparu dans la même région, avec des battemens comme l'autre, et qu'il n'hésitait pas à y reconnaître une *tumeur érectile cutanée.* Il n'en persistait pas moins à penser que l'ancienne tumeur, avec les mêmes caractères, était un véritable anévrysme. Le deuxième diagnostic me paraît, pour mon compte, beaucoup plus assuré que le premier.

(1) Il convient de dire cependant que Monteggia avait émis l'idée d'injecter des astringens dans la poche anévrysmale, à l'aide d'une ponction avec le trocart ; et dans le cas où la ligature à la méthode de Brasdor est seule praticable, il avait aussi songé à injecter dans le sac un liquide coagulant en introduisant la canule par une ouverture faite à l'artère et en liant ensuite l'artère sur la canule même. Longtemps après Monteggia, M. Leroy-d'Étiolles avait aussi pensé aux injections coagulantes ; mais je n'estime pas que ces idées purement théoriques diminuent en rien le mérite de l'invention de Pravaz.

Mais Pravaz avait annoncé la prochaine publication d'un nouveau cas qui devait montrer, je répète ses propres paroles, « *que l'on ne peut dépasser les limites approximatives* fixées pour l'injection *sans déterminer des symptômes d'intoxication, et sans que le caillot formé se redissolve.* » Quel était donc ce *nouveau cas*? M. Niepce en avait adressé un à l'Académie des sciences, le 25 avril; je le reproduis d'après l'analyse publiée par M. Lallemand dans les comptes-rendus de cette compagnie :

« La tumeur occupait l'artère poplitée au creux du jarret. Cinq minutes après l'injection du perchlorure de fer, la tumeur paraissant très dure, on cessa de comprimer l'artère crurale, et l'on put constater que les battemens avaient disparu dans l'intérieur du sac; quand on retira la canule à injection, il ne s'écoula pas une seule goutte de sang.

» Le lendemain et les jours suivans, une vive inflammation se manifesta dans les parties opérées. Le onzième jour, de la fluctuaton s'étant manifestée au côté interne de la tumeur, une légère ponction donna issue à 10 grammes environ de sérosité purulente, et, dès lors, tous les symptômes inflammatoires disparurent.

» Le vingtième jour, on ne sentait plus, à la place de la tumeur anévrysmale qu'un noyau dur de la grosseur d'une noisette. La guérison fut donc obtenue en aussi peu de temps que les ligatures en mettent à couper les artères sur lesquelles on les applique pour guérir ces mêmes anévrysmes. »

L'analyse de cette observation laisse à désirer. J'y cherche en vain les *symptômes d'intoxication* qu'elle devait montrer, au dire du consciencieux Pravaz; ni le volume de la tumeur, ni la quantité de l'injection, ni le procédé opératoire ne sont indiqués.

Du reste, dans la séance du 9 mai, M. Lallemand communiqua une autre observation due à M. Serre, d'Alais, et suivie aussi de guérison; malheureusement encore, nous n'en avons qu'un résumé beaucoup trop concis. Il s'agissait, cette fois, d'un anévrysme variqueux au pli du coude.

« Le caillot s'est promptement durci sous l'influence de l'injection; les battemens ont cessé dans la tumeur, quand la compression de l'artère brachiale a été levée; les pulsations ont disparu plus tard dans les artères radiale et cubitale.

» Une inflammation assez vive s'est emparée des parois du sac, et une ponction, pratiquée sur un point fluctuant, a donné issue à une petite quantité de matière séro-purulente. Enfin, une escarre s'est détachée des parois du sac, sans qu'il soit survenu la moindre hémorrhagie. Depuis lors, la cicatrisation a fait des progrès rapides. »

Ainsi, dans les deux cas, et cette fois pour de véritables anévrysmes, l'injection semblait avoir procuré une guérison radicale. Toutefois, à considérer de près les choses, dans l'observation de M. Niepce, l'inflammation et la suppuration du sac, dans celle de M. Serre, la suppuration du sac et la gangrène de ses parois, montraient déjà que ces sortes de guérisons ne s'obtiendraient pas sans danger.

Aussi, loin de se flatter de pareils succès, la méthode les considérait quasi comme des échecs, qu'elle rejetait sur l'imprudence des opérateurs. M. Lallemand alléguait que, dans les opérations de M. Niepce et de M. Serre, il avait été injecté *au moins trois fois plus de perchlorure qu'il n'en fallait pour obtenir la formation du caillot.* On conçoit, ajoutait-il, que cet excès de matière injectée doit être plus nuisible qu'utile, si l'on considère surtout que les liquides qui coagulent le sang tendent tous à dissoudre le caillot déjà formé, et d'autant plus qu'on dépasse davantage les doses voulues.

Nous manquons de documens pour apprécier par nous-même l'excès de la dose employée; mais, d'un autre côté, l'expérience semble peu favorable à l'opinion, exprimée par M. Lallemand, et qui était déjà celle de Pravaz, qu'un excès d'injection tend à dissoudre le caillot. Voyez le cas de M. Raoult, deux injections pour une tumeur grosse comme un œuf de pigeon; le caillot tient. Dans les deux autres, est-ce que le caillot a été dissous? M. Niepce en retrouvait encore au vingtième jour un noyau du volume d'une noisette, malgré l'issue donnée à la suppuration. M. Serre a vu le caillot durcir promptement; et il faut même qu'il ait gagné plus tard, puisqu'il a fini par supprimer les pulsations d'abord persistantes dans les artères radiale et cubitale.

Mais ce qu'il importe d'ajouter, et ce qui explique le jugement sévère de M. Lallemand, c'est que, dans le deuxième cas au moins, la guérison avait été achetée plus chèrement que le *compte-rendu de l'Académie des sciences* ne l'avait fait soupçonner. Dans un article récent d'un journal de Montpellier, je lis que M. Serre a raconté son observation dans les salles de l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi; ce n'était pas seulement *une inflammation assez vive* qui avait inquiété le chirurgien, mais *des désordres inflammatoires extrêmement graves, et tels, que la vie du membre et du malade fut prochainement compromise* (1).

Au reste, un cas bien plus désastreux, puisque le malade mourut dans mon service des suites de l'opération, fut pour les chirurgiens un tout autre sujet d'alarme. Un maçon, âgé de 25 ans, portait au pli du coude une tumeur pulsatile du volume d'une aveline, suite, probablement, de la piqûre de l'artère dans une saignée malheureuse. Un de mes anciens élèves y pratiqua l'injection de perchlorure, cette fois avec la seringue graduée de Pravaz, chargée d'une solution à parties égales d'eau et de perchlorure de fer. Le trocart arriva sans difficulté dans la tumeur; un jet de sang en fut la preuve. Immédiatement la seringue fut ajustée, et l'opérateur fit exécuter à la vis du piston cinq demi-tours, projetant chacun une goutte. La tumeur battant toujours, on exécuta cinq nouveaux demi-tours, poussant cinq nouvelles gouttes. A l'instant même douleur atroce dans tout le bras; la tumeur ne battait plus: dix secondes après, les pulsations cessaient à la radiale; la main devenait froide, violacée; le lendemain, gangrène limitée au pouce. On transporte le malade dans mon service; le lendemain, quarante-huit heures après l'opération, tout l'avant-bras est mortifié; que dirais-je de plus? L'observation a été publiée, mais j'espérais encore alors sauver le malade. L'amputation, qu'il avait d'abord repoussée, fut acceptée le onzième jour, l'avant-bras étant déjà en partie détaché par la gangrène, et, après une amélioration passagère, le sujet a succombé.

Comment un tel résultat ne nous a-t-il pas tous arrêtés? Il y a d'excellentes raisons à en donner. D'une part, on a vu la gangrène et la mort succéder aussi à la ligature; puis on pouvait dire que la dose de l'injection avait été exagérée; et enfin, avait-on pris suffisamment le soin de comprimer l'artère au-dessus et au-dessous? D'autres ajoutaient même que la solution de perchlorure n'était pas indifférente; et bien que le malheureux opérateur se fût assuré que la sienne coagulait bien, il n'en avait pas indiqué le degré; M. Burin-Dubuisson, habile pharmacien de Lyon, avait seul le secret de Pravaz; il fallait une solution préparée par M. Dubuisson.

Les premières objections étaient raisonnables; la dernière péchait par son exagération même; et le champ de l'opération allait se trouver bien rétréci, si l'on ne pouvait la pratiquer qu'avec le liquide Dubuisson. Or, ce dernier retranchement même allait être forcé; et la solution Dubuisson allait être aussi féconde en désastres que les autres.

M. Velpeau l'essaya le premier sur un étudiant qui portait un anévrysme au pli du coude par suite d'une saignée malheureuse. On connaît toute l'habileté et la prudence de M. Velpeau; je dirai pourtant qu'avant l'opération, pour plus de sécurité, il me fit l'honneur de me demander des détails sur les causes présumées de la gangrène dans le cas que je viens de rappeler. J'étais présent à l'opération, avec un grand nombre de confrères; il y eut même plus de précautions prises que Pravaz n'en avait demandé; l'artère fut comprimée au-dessus et au-dessous de l'anévrysme; et pour une tumeur de 8 centimètres de diamètre en un sens sur 10 dans l'autre, on injecta huit gouttes de perchlorure, apporté de Lyon par M. Dubuisson. Du reste, le résultat témoignait de la haute circonspection du chirurgien; il n'y eut pas de coagulation bien manifeste; et dès que la compression fut enlevée, les battemens reparurent dans le sac et dans les artères de l'avant-bras. D'ailleurs aucun accident; et le 11 juin, vingt-un jours après la première injection, M. Velpeau en fit une autre portée à dix gouttes. Assurément encore la dose n'était pas exagérée, puisque la coagulation complète ne fut pas obtenue. Cependant l'anévrysme s'accrut en volume, et l'inflammation s'en étant emparée, M. Velpeau jugea prudent de lier l'artère le 18 juin, sept jours après la deuxième injection. Cela n'empêcha pas la tumeur anévrysmale de s'ouvrir; et à travers des accidens assez graves, l'opéré fut cependant assez heureux pour se rétablir.

Deux jours avant M. Velpeau, une tentative semblable avait été faite par M. Lenoir à l'hôpital Necker, pour un anévrysme poplité du volume d'un œuf de poule. On poussa sept gouttes de liquide dans la tumeur; les battemens continuèrent; mais il n'y eut point d'accidens; et, douze jours après, enhardi par cette innocuité, M. Lenoir fit une nouvelle injection portée cette fois à seize gouttes. Aucun résultat encore, ni en bien ni en mal. Il était permis d'accuser la mauvaise qualité de la solution; aussi, le 18 juin, M. Lenoir prit soin de se munir d'une solution préparée par M. Dubuisson lui-même; et, redoublant de prudence, il en injecta du premier coup six gouttes; puis, les battemens continuant, six autres gouttes. Les battemens n'en continuèrent pas moins; mais l'opérateur ne voulut pas aller plus loin; et l'injection totale demeura ainsi inférieure d'un quart environ à la précédente. On pouvait donc espérer une innocuité égale; en effet, pendant six jours, le malade n'éprouva même pas de douleur locale. Mais le 23 juin au soir, tout-à-coup, douleur sourde dans le jarret, frisson, chaleur, sueur; le lendemain, inflammation dans la région poplitée; et, malgré le traitement antiphlogistique le plus complet, mort le 28 juin, dix jours après la dernière injection. L'autopsie montra des épanchemens de sang dans la région poplitée, et la veine fémorale remplie d'une sanie couleur lie de vin. L'anévrysme était rempli d'un magma sanguin de même couleur, adhérant aux parois, et plus résistant au centre qu'à la circonférence. Quelques cuillerées de sérosité dans le péricarde.

Ces deux faits sont trop importans pour ne pas nous y arrêter un moment. Des opérateurs consommés, des précautions en surabondance; une solution préparée par l'inventeur même; et enfin une telle circonspection dans la dose injectée qu'on n'obtint même pas la solidification de la tumeur. Et cependant, des accidens tels, qu'il fallut y parer, dans un cas, par la ligature de l'artère, et que dans l'autre ils ne purent pas être conjurés. Inefficacité et péril tout à la fois, tels étaient donc les deux reproches encourus ici par la méthode.

Mais enfin il se pouvait que dans l'un et l'autre cas, on eût eu à faire à une tumeur à moitié remplie par un caillot; et l'injection lancée dans le caillot n'aurait pu agir efficacement sur la couche liquide extérieure. C'était là, très assurément, d'après les détails de l'observation, le cas de M. Lenoir; et bien que M. Lenoir eût pris soin de ne pousser son injection que quand un jet de sang vermeil et saccadé l'avait assuré que la canule plongeait bien dans la couche liquide, n'importe, il était à désirer, pour juger de l'utilité de la méthode, qu'elle fût essayée dans un cas où l'anévrysme contiendrait surtout du sang liquide. Eh bien, ce cas s'est rencontré; le voici :

Un individu entra à l'hôpital Saint-André, à Bordeaux, pour un anévrysme de la crurale mesurant au moins 10 centimètres de diamètre. Autant qu'on put s'en assurer, la tumeur ne contenait guère que du sang liquide; et, en effet, à la première ponction, aussitôt le poinçon retiré, un jet de sang caractéristique s'échappa par la canule. M. Soulé injecta en tout six gouttes de perchlorure, et il estime que deux de ces gouttes ont dû rester dans la canule. Ce n'était pas de la solution fournie par M. Dubuisson; mais elle devait être aussi bien préparée assurément; car la tumeur devint immédiatement dure et ratatinée. Pour favoriser la condensation et les adhérences du caillot, on maintint la compression quinze minutes; hélas! à peine fut-elle suspendue que les battemens reparurent dans la tumeur. Cependant, on fit usage d'une compression modérée, pour atténuer au moins l'impulsion de l'ondée sanguine; et, en effet, la tumeur sembla durcir de jour en jour. Comme d'ailleurs il n'y avait pas d'accidens, le 1er août, cinq jours pleins après la première injection, M. Soulé voulut compléter son œuvre, et fit une nouvelle injection de sept gouttes. Mais cette fois la douleur fut vive, la nuit sans sommeil, la tumeur s'enflamma et augmenta de volume; le tourniquet fatiguait le malade; d'ailleurs la coagulation complète n'avait pu être obtenue. Dans la crainte de voir une ulcération du sac amener une hémorragie foudroyante, M. Soulé pratiqua, le 6 septembre, la ligature de l'artère crurale, qui fut suivie d'une complète guérison.

Peut-être dira-t-on quel'anévrysme était bien considérable; et alors, de restrictions en restrictions, le champ de la méthode nouvelle se trouverait bientôt réduit à rien. M. Soulé a pourtant essayé le perchlorure pour une petite tumeur du volume d'une cerise, suite d'une piqûre de la tibiale postérieure près de la malléole interne. La petite plaie extérieure, bouchée seulement par des caillots, avait plusieurs fois livré passage à des hémorragies; à l'aide d'un gros stylet, M. Soulé pénétra dans le sac, d'où jaillit aussitôt un jet artériel. Il instilla plusieurs gouttes de perchlorure, introduisit même des bourdonnets de charpie imbibés de ce liquide, et ajouta enfin un bandage compressif. Trois jours après, la nullité du résultat obligeait à fendre la tumeur; on reconnut alors que l'artère avait été coupée en travers, circonstance des plus heureuses pour l'arrêt de l'hémorragie et l'oblitération de l'artère. On ne put pourtant la saisir pour la lier; et on établit une compression au fond de la plaie avec des bourdonnets de charpie imbibés d'eau de Pagliari; ce qui réussit.

Un cas du même genre a été traité par M. Alquié, professeur de clinique à Montpellier. L'artère cubitale ayant été ouverte d'un coup de serpette vers l'éminence hypothénar, un mois après, il existait une tumeur du volume d'un œuf de pigeon avec des battemens isochrones à ceux du pouls, et recouverte d'une petite plaie suppurante. M. Alquié enfonça dans la tumeur une canule effilée, et, à l'aide d'une seringue en verre parfaitement calibrée, y fit une injection de 4 à 5 gouttes d'une solution de perchlorure dans quantité égale d'eau. Il n'y eut d'abord aucun changement perceptible dans la tumeur; mais, dans la nuit, le malade y ressentit des douleurs lancinantes; le lendemain au soir, frisson, tuméfaction des doigts; le quatrième jour, une rougeur vive occupe le poignet et l'avant-bras jusqu'au coude; et les battemens de la tumeur, très prononcés, semblaient menacer d'une rupture. On garda le malade à vue de peur d'hémorrhagie; et, le dixième jour, après avoir calmé l'inflammation, M. Alquié lia l'artère humérale. Neuf jours plus tard, une hémorrhagie par la plaie de la main obligea à lier le bout supérieur de la cubitale et une collatérale assez volumineuse; mais, finalement, le malade eut le bonheur d'en réchapper (1).

N'est-ce pas une chose bien remarquable, qu'après la guérison du premier anévrysme de M. Raoult, qui n'était pas un anévrysme, et les deux succès plus ou moins chèrement achetés de MM. Niepce et Serre, d'Alais, la méthode nouvelle n'ait plus marché que de revers en revers? Voilà, en effet, six essais nouveaux, dont deux terminés par la mort, trois qui obligent à recourir à la ligature de l'artère, un pour lequel il faut employer la compression et l'eau de Pagliari. Est-ce assez pour fixer l'opinion des chirurgiens? Eh bien! il y a eu trois autres essais dont je n'ai rien dit encore : l'un par M. Dufour, chirurgien de l'hôpital de Lectoure; à la suite de deux injections dans un anévrysme volumineux de la carotide droite, il survint une inflammation excessive, la tumeur se gangréna, se rompit, et le malade fut emporté par une hémorrhagie foudroyante (2); un autre, par notre excellent collègue M. Jo-

(1) *Annales cliniques de Montpellier*, 10 octobre 1853.

(1) *Annales cliniques de Montpellier*, 10 octobre 1853. — L'observation donnée d'abord par la *Revue thérapeutique du Midi* n'avait pas toute l'exactitude désirable.

(2) *Annales de Montpellier, loco citato*; d'après la thèse de M. Rostan, Montpellier, 1853.

bert, qui, sans doute, en rapportera les détails à l'Académie; mais déjà je tiens de ses confidences amicales que le membre a été pris de gangrène, et que l'opéré a succombé. Enfin, j'ai eu aussi ma part de ces insuccès; j'ai sauvé mon malade, grâce au ciel; mais l'observation, pour n'avoir pas eu cette issue funeste, sera peut-être plus propre qu'aucune de celles que nous avons passées en revue, pour démontrer le danger des injections de perchlorure de fer, lors même qu'on n'en a fait qu'une seule, et avec une dose si faible, qu'elle n'a pas même réussi à coaguler le sang.

Plaie de l'artère humérale et du nerf médian; anévrysme traumatique traité par une injection de six gouttes de perchlorure de fer; accidens; ligature de l'artère; guérison.

Observation. — Tonnelier (Victor), employé dans une fabrique d'eau gazeuse, était occupé à remplir et à boucher ses bouteilles, lorsque l'une d'elles ayant fait explosion, un éclat de verre vint frapper la partie interne du bras droit, un peu au-dessus du pli du coude. Immédiatement un jet de sang rutilant jaillit par saccades à une distance d'environ deux mètres. Le blessé appliqua le pouce sur la petite plaie, jusqu'à ce que son patron eût établi une compression à l'aide d'un linge et d'une bande. Au même moment, il avait ressenti de l'engourdissement dans la main. Ce fut dans cet état qu'on l'amena dans mon service, presque aussitôt après l'accident, le 30 juillet 1853.

Le bras droit, tuméfié, offrait dans sa moitié inférieure une circonférence plus grande de quatre centimètres que celui du côté opposé. La petite plaie, mise à découvert, ne donnait plus de sang; elle siégeait un peu en dedans de l'artère, en sorte que, pour arriver au vaisseau, le morceau de verre avait naturellement rencontré le nerf médian sur sa route; je pris soin de m'assurer par le témoignage du malade qu'il avait été retiré en entier de la plaie. Il y avait une insensibilité complète de la face palmaire du pouce, de l'index, du médius, et une sensibilité très obtuse pour la moitié externe de l'annulaire, l'autre moitié de ce doigt, ainsi que le petit doigt, ayant conservé leur sensibilité naturelle. La face dorsale était restée sensible partout comme à l'ordinaire. La main avait aussi perdu de sa force; le malade ne pouvait fléchir les doigts que difficilement, et me serrait très faiblement la main. La radiale battait avec assez de force.

La lésion du nerf médian était manifeste; et celle de l'artère humérale ne l'était guère moins. Seulement la continuation des battemens du pouls me fit penser qu'elle n'avait souffert qu'une petite piqûre; et je voulus essayer si la flexion forcée du bras ne suffirait pas à sa réunion, comme cela m'était arrivé quelquefois.

Je fléchis donc l'avant-bras et le fixai dans cette position par un bandage. Mais le blessé ayant voulu retourner chez lui, avant d'y arriver, il s'aperçut que le sang coulait; il se fit établir une compression sur la plaie même avec de l'agaric et des bandes; et ne tarda pas à revenir à l'hôpital, où je le retrouvai le lendemain.

La compression ayant rempli son but et étant bien supportée, je laissai l'appareil en place en remettant l'avant-bras dans la flexion. Mais des douleurs survenues dans la nuit m'obligèrent à visiter les parties, et je trouvai alors le bras gonflé de manière à offrir en circonférence six centimètres de plus que le bras sain. Cependant, la petite plaie ne donnant plus de sang, je maintins la compression et la flexion du coude jusqu'au 6 août, époque où la cicatrisation extérieure parut complète et solide.

Alors les choses étaient dans l'état suivant : Rien de changé dans l'insensibilité et la faiblesse de la main; au côté interne et un peu postérieur du bras, énorme ecchymose lie de vin, remontant jusque vers l'aisselle et descendant quelque peu à la partie antérieure de l'avant-bras. Vis-à-vis la piqûre de l'artère s'était formée une petite tumeur pulsatile ovoïde ayant trois centimètres de hauteur, un peu moins en largeur; très douloureuse à la pression, et offrant à l'auscultation un bruit de souffle assez rude. D'ailleurs, aucun frémissement dans les veines voisines.

La flexion de l'avant-bras n'agissait pas sur cette tumeur, située un peu trop au-dessus du pli du coude. Je voulus essayer une compression directe; le malade ne put la supporter; puis une compression sur l'artère au-dessus de l'anévrysme; les douleurs empêchèrent également de la continuer. Je me contentai alors de tenir le membre en demi-flexion et d'appliquer sur la tumeur des compresses imbibées d'eau froide. Avant de prendre un parti plus décisif, je voulais par-dessus toutes choses attendre le rétablissement des fonctions nerveuses, craignant que la suspension de la circulation, surajoutée à la paralysie, n'accrût les chances de gangrène.

Le 16 août, le malade fut tenu éveillé toute la nuit par des douleurs très vives dans tout le bras droit, surtout au niveau de la tumeur; mais, circonstance toute nouvelle, qui se propageaient par moment jusque dans les doigts; et le lendemain, nous constatâmes que l'annulaire avait recouvré la sensibilité normale, et que le médius en présentait déjà quelque peu.

Le 2 septembre, la sensibilité s'étant accrue, la tumeur d'ailleurs bien circonscrite, je songeai à préparer le sujet à l'opération, en favorisant la circulation collatérale. Mais ni la compression avec les bandes, ni le tourniquet ne purent être supportés, et je résolus d'attendre encore.

Enfin, le 14 septembre, comme depuis quelque jours, tous les doigts avaient recouvré plus ou moins de sensibilité à la face palmaire, l'index seul excepté, et le mouvement de flexion étant arrivé à ce point que l'extrémité des doigts arrivait au contact de la paume de la main, je jugeai le moment opportun pour pratiquer l'injection de perchlorure de fer.

La tumeur offrait alors six centimètres de hauteur sur cinq de large. Elle n'était plus douloureuse à la pression. Elle était assez dure, cependant offrant encore sous les doigts des battemens très sensibles et une fluctuation manifeste; et le bruit de souffle inaccoutumé à l'auscultation.

Je me servis d'une seringue en verre fabriquée par M. Charrière, avec piston à vis, selon le modèle de Pravaz. La seringue chargée préalablement d'une solution de perchlorure soigneusement préparée, je fis établir avec les doigts de deux aides une compression exacte au-dessus et au-dessous de la tumeur, puis j'enfonçai le petit trocart vers la partie supérieure de la tumeur. Le poinçon entré, il ne s'écoula qu'un peu de sang noir et très épais. Une seconde ponction vers la partie moyenne et interne de la tumeur fut encore moins heureuse; il ne s'en écoula rien, même après avoir promené la canule à diverses profondeurs et en sens divers. Le malade n'accuse d'ailleurs aucune douleur. Jugeant la canule trop étroite, j'en pris une autre d'un plus fort calibre, et je fis une troisième ponction vers la base de la tumeur. Il n'en coula encore qu'une ou deux gouttes de sang violacé. Une quatrième ponction vers la partie supérieure de la tumeur, assez près de la première, donna encore ici du sang violacé, mais en un peu plus grande quantité; c'est là que je fis l'injection. Je m'assurai, au préalable, de la puissance de la solution en la mettant en contact avec les quelques gouttes de sang écoulé; à l'instant elles furent converties en un magma d'un gris brunâtre. Enfin, avec toutes les précautions possibles, la seringue bien vissée à la canule, je fis exécuter au piston six demi-tours, équivalant à six gouttes, dont il convient de défalquer la portion restée nécessairement dans la canule. Enfin, je maintins encore plusieurs minutes la compression au-dessus et au-dessous de la tumeur; je malaxai celle-ci doucement pour faciliter la diffusion du perchlorure; et, voyant que la tumeur ne durcissait point, enfin je l'abandonnai à elle-même.

Cependant nous pûmes croire un moment qu'il y avait eu coagulation dans l'artère même, car la radiale avait cessé de battre. Mais cela ne dura que quelques minutes, après quoi les battemens revinrent comme auparavant.

Trois heures après l'opération, le malade fut revu; la tumeur battait à l'ordinaire; du reste, nulle douleur.

Les jours suivans se passèrent bien, et déjà, m'applaudissant d'avoir évité tout accident, je songeais à faire une deuxième injection, lorsque, le 18, apparurent quelque douleurs dans la tumeur, qui prit aussi un léger accroissement dans le sens transversal. Cependant c'était encore fort peu de chose, quand, dans la nuit du 19 au 20, les douleurs devinrent violentes et continues, au point d'empêcher le sommeil, et le 20, à la visite, je trouvai mon malade en proie à des souffrances si atroces, qu'elles lui arrachaient des cris. Il dit que, vers sept heures et demie, il avait éprouvé une sensation de déchirement dans la tumeur; et, en effet, celle-ci s'était accrue jusqu'à présenter 9 centimètres de largeur sur 7 de hauteur. Il assurait cependant n'avoir fait ni mouvement ni effort, et avoir toujours conservé l'avant-bras dans une écharpe. Evidemment, il y avait eu une rupture du sac primitif; et cependant une circonstance nous laissait encore quelque espoir de guérison; la tumeur avait des battemens plus obscurs, et les pulsations étaient également plus faibles à la radiale. Je fis donc seulement appliquer des cataplasmes narcotiques pour calmer la douleur.

En effet, celle-ci devint plus sourde les jours suivans; mais les battemens reprirent toute leur force. Le 24, vers midi, en faisant un effort pour se soulever, le malade ressentit une sorte de craquement suivi des mêmes douleurs que le 20 septembre. La tumeur avait encore augmenté, et à deux centimètres au-dessus du pli du bras et tout à fait à sa partie interne, elle était surmontée d'une petite saillie acuminée, de la grosseur d'une noisette et d'une teinte rouge-violacé; le reste de la tumeur était d'un rouge plus vif, et il y avait à l'intérieur un peu de tuméfaction.

La rupture du sac à l'extérieur paraissait imminente. Mon interne, M. Bastien, plaça par précaution un tourniquet au-dessus de la tumeur, et fit surveiller assidûment le malade jusqu'au lendemain 25, où je trouvai le cas si urgent que je pratiquai immédiatement la ligature de l'artère humérale vers le milieu du bras. L'opération offrit quelques difficultés à raison de l'engorgement des parties molles; mais enfin l'artère fut isolée et liée; et immédiatement les battemens cessèrent à la fois dans la tumeur et dans la radiale.

Nous eûmes à lutter les jours suivans, d'abord contre un érysipèle du bras, puis contre un rhumatisme articulaire des genoux. Je traitai l'un par la farine, l'autre par les pilules de vératrine, et le 10 octobre, tout avait disparu, sauf un petit abcès à l'avant-bras. Ce même jour, la ligature tomba d'elle-même.

Mais l'anévrysme ne montrait aucune tendance à se résorber, malgré une fluctuation manifeste et sans douleur. Le 13 octobre, j'y fis une petite incision d'un centimètre environ; il en sortit une assez grande quantité de sang noir et épais, sans que la tumeur s'affaissât beaucoup. La suppuration s'en empara; et l'incision primitive paraissant trop étroite, je l'agrandis le 19 octobre. Le 24, j'aperçus entre les lèvres de l'incision un petit caillot; je le saisis avec des pinces, et tirant avec précaution j'amenai au dehors un caillot solide énorme, ovoïde, ayant cinq centimètres et demi de hauteur sur quatre de large. Je le fis examiner au microscope; M. Verneuil n'y trouva que des globules sanguins.

Les jours suivans, la suppuration d'abord abondante et sanguinolente, devint par degrés plus rare et de meilleure nature; le malade se sentait d'ailleurs si bien qu'il demandait sa sortie. J'insistai pour conduire jusqu'à la cure complète un cas aussi périlleux; mais le séjour de l'hôpital lui étant devenu insupportable, force me fut de le renvoyer le 3 novembre, avec la plaie de la tumeur non encore complètement cicatrisée; et elle ne l'était même pas encore hier 7 novembre. Les battemens commençaient à revenir à la radiale, et la sensibilité des doigts avait fait encore quelques nouveaux progrès.

Je ne pense pas avoir besoin d'insister beaucoup sur cette observation; dans aucune autre, on n'avait tellement abaissé la dose de l'injection; et la manifestation des accidens n'a pas permis d'en pratiquer une seconde. Ici, comme dans le cas de M. Velpeau, comme dans le cas de M. Soulé, comme dans le cas de M. Alquié, la ligature a pourvu au salut du malade; et à voir la sécurité et la promptitude de son action thérapeutique, il n'est vraiment pas permis de la mettre en balance avec l'injection de perchlorure de fer.

Telle est donc, pour une première période d'essais, la statistique des résultats donnés par ces injections; onze opérations, quatre morts, cinq revers graves; deux guérisons. Encore ces guérisons ont-elles été obtenues au prix de tels accidens et avec des doses tellement exagérées, qu'au lieu d'en faire honneur aux opérateurs, M. Lallemand n'a pas hésité à blâmer leur imprudence. Aujourd'hui même, la peur s'est emparée de ceux qui avaient montré le plus de confiance; Pravaz n'est plus; mais M. Burin-Duboisson, sur la foi duquel il se reposait, a confessé lui-même le danger de sa première préparation, qu'il explique par un excès d'acide chlorhydrique qu'elle pouvait conserver. Il veut aujourd'hui que l'on se serve de perchlorure de fer neutre; et comme la solution à 45° est *presque impossible à conserver* (je me sers de ses expressions) *sans lui laisser un excès d'acide*, il a adopté la solution à 30°, à la dose de 5 gouttes pour chaque centilitre de sang; et il nous promet que cette nouvelle préparation sera *suffisamment énergique*, et, ce qui est plus important encore, d'*une innocuité absolue* (1).

Voilà donc une nouvelle période qui commence, une nouvelle carrière qui s'ouvre aux expérimentateurs, s'ils consentent à s'y engager sur la parole de M. Burin-Dubuisson. La conviction et la persévérance de cet honorable pharmacien ont leur mérite sans doute; mais il faut bien confesser qu'elles s'appuient sur des fondemens assez faibles. Pravaz, du moins, avait fait des expériences sur des animaux; M. Dubuisson a fait ses nouvelles expériences sur du sang recueilli dans des verres. Les premiers faits cliniques, à tout prendre, étaient encore en faveur de Pravaz; M. Dubuisson en a également un pour lui, et il est important de le mettre au grand jour.

« Dans une tumeur anévrysmale volumineuse du tronc brachio-céphalique, dit-il, M. le docteur Barrier, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, a pu injecter, à trois reprises, à quinze jours d'intervalle, environ 75 gouttes de perchlorure de fer, sans qu'il en soit résulté le moindre trouble fonctionnel dans l'économie générale du malade. »

Malgré la concision de cette note, comme elle a été insérée, sans dénégation, dans un journal publié par M. le docteur Barrier lui-même, à la date du 31 octobre, qui ne serait disposé à y ajouter foi? Or, c'est là un nouvel exemple du danger de ces petites annonces écourtées, et qui, par leur inexactitude, risquent d'induire en erreur les chirurgiens.

Nous trouvons, dans le *Bulletin de thérapeutique* du 30 octobre, la rectification indispensable de cette observation.

« J'ai vu le malade, dit M. Debout, lors de ma visite à l'Hôtel-Dieu de Lyon, au mois d'août, et *une inflammation assez intense s'était emparée de la tumeur. Du pus n'a pas tardé à se faire jour au dehors par deux des trois ponctions que l'on avait pratiquées dans la tumeur; un moment, même, M. Barrier a craint que l'inflammation ne s'emparât de la poche sanguine et ne donnât lieu à une hémorrhagie foudroyante.* Heureusement pour le malade, les accidens sont restés bornés aux tissus qui environnaient le sac, et ont disparu après un certain temps. Le malade a quitté depuis l'hôpital; sa tumeur avait un peu augmenté de volume; les battemens y étaient presque aussi prononcés qu'au moment où cet homme entra dans le service. »

Il y a une autre série d'essais qui, sans avoir trait aux anévrysmes, ont été mis en avant pour faire ressortir l'innocuité de la solution à 30°; on l'a injecté dans des veines variqueuses; et comme une Société savante des plus recommandables a paru encourager ces essais en proposant un prix sur la question, l'Académie me permettra une très courte digression à ce sujet; il est bon que ceux qui voudront expérimenter de ce côté sachent aussi à quel péril ils doivent s'attendre.

Le *Bulletin de thérapeutique* a publié une note de M. Desgranges, de Lyon, grand partisan de cette opération. Sur six essais, M. Desgranges en compte cinq sans accidens notables; le sixième opéré a éprouvé une inflammation de tout le tiers supérieur de la jambe, avec des accidens généraux tels, qu'il a succombé le onzième jour. Cela n'empêche pas M. Desgranges de regarder l'injection de perchlorure dans les veines comme une opération innocente.

M. Debout citait en même temps trois essais du même genre tentés à Paris, par M. Follin, avec *des suites si simples, qu'au bout de huit jours les malades avaient voulu retourner chez eux.* J'ai voulu me renseigner à cet égard: et M. Follin a bien voulu nous adresser une note d'où il résulte ce qui suit: Dans l'un de ces cas, la seringue, détériorée, ne joua pas convenablement; il fut douteux si une seule goutte de la solution avait pénétré dans la veine; il n'y eut d'ailleurs aucune trace de coagulation; ce premier fait doit être éliminé. Un autre malade a eu des symptômes de phlébite qui ont fait craindre un moment la suppuration; heureusement, les accidens ont pu être arrêtés. Le troisième a eu un vaste abcès de la jambe, qui toutefois ne l'a pas empêché de guérir.

Au total, l'injection de perchlorure de fer dans les varices paraît moins périlleuse que dans les anévrysmes; toutefois, le temps seul pourra nous apprendre ce que valent les guérisons ainsi obtenues. Mais pour les anévrysmes, bien que la possibilité de la guérison par ces injections soit mise hors de doute, les guérisons ont été si rares, achetées par de tels accidens, contre-balancées d'ailleurs par un si grand nombre de revers graves et même de morts, que, dans l'état actuel des choses, nous ne pensons pas qu'aucun chirurgien prudent puisse exposer ses malades à un traitement aussi désastreux.

FIN.

(1) *Gazette médicale de Lyon*, 31 octobre 1853.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 Novembre 1853. — Présidence de M. NACQUART.

La correspondance officielle comprend :

1° Plusieurs rapports des médecins des épidémies du département d'Ille-et-Vilaine, pour les années 1852-53. (Com. des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur HUMBERT, médecin cantonal à Verny, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Marieulles et Vezon (Moselle), de janvier en mars dernier. (Même commission.)

3° Un rapport de M. le docteur DE SCHACKER, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Château-Salins, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Bellange (Meurthe), d'avril en septembre dernier. (Même commission.)

4° Un rapport de M. le docteur FRANÇOIS, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Abbeville, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Embreville (Somme), de septembre en novembre 1852. (Même commission.)

5° Un mémoire de M. le docteur BAYARD, contenant des observations statistiques relatives à la vaccine, à l'occasion du rapport de M. Roche sur le même sujet. (Même commission.)

6° Un rapport de M. le docteur VERGÉ, médecin-inspecteur des eaux minérales d'Ussat (Ariége), sur le service médical de cet établissement pendant le cours de l'année 1852. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur LECADRE, médecin des épidémies de l'arrondissement du Havre, qui donne quelques détails sur l'invasion récente du choléra dans cette ville.

D'après la lettre de M. Lecadre, il avait déjà paru, dans les derniers jours du mois de septembre, quelques cas isolés, dont deux avaient eu une issue funeste. Depuis, l'épidémie, sans prendre une grande extension, n'en a pas moins continué à manifester sa présence. Jusqu'ici, sur une population de 60,000 âmes environ, il y a eu 14 décès cholériques, et le nombre des personnes atteintes d'une manière grave, peut s'élever de 30 à 35. L'auteur ne comprend pas dans ces chiffres les sujets atteints de diarrhée et de vomissemens, et dont le nombre est considérable.

Rien, d'après M. Lecadre, ne peut faire supposer que cette nouvelle invasion du choléra ait été importée au Havre par quelque émigration des pays où l'on sait que cette maladie exerce ses ravages en ce moment. (Comm. du choléra.)

2° Un mémoire sur le choléra, par M. LABARRE, chirurgien des hôpitaux de Verdun (Même commission.)

3° Une lettre de M. DESAUTIÈRE, de Decize (Nièvre), qui soumet à l'Académie une question de médecine légale, sur laquelle il a été provoqué à faire un rapport. Il s'agissait, à l'inspection seule d'un placenta, de déterminer si ce placenta appartenait à une grossesse à terme ou non à terme. La question que M. Desautière soumet à l'examen de l'Académie est donc celle-ci : Un placenta seulement étant donné, peut-on déterminer à quelle époque de la gestation il appartient? (Comm. M. Cazeaux.)

4° Une lettre de M. CAZENAVE, de Bordeaux, qui rappelle, à l'occasion de la communication récente de M. Sécrétan, relative à une nouvelle sonde, qu'il a fait construire en 1837, à Bordeaux, une sonde porte-caustique servant à la fois en un seul temps, à mesurer la longueur de l'urètre, à vider la vessie et à cautériser soit son col, soit la portion prostatique du canal. (Comm. M. Robert.)

5° La lettre suivante de M. LEROY-D'ETIOLLES, en réponse aux réclamations de MM. Mercier et Caudemont, relative à sa note *sur le traitement de la névralgie de la vessie par l'incision ou la scarification du col;* nous en reproduisons le passage principal, pour ne pas assumer la responsabilité d'une analyse qui pourrait n'être pas complètement exacte.

« A M. Mercier je réponds :

« 1° Je coupais en 1835 sous le nom de bourrelet transversal de la prostate, ce que M. Mercier à coupé en 1840 sous la dénomination de valvule du col de la vessie. »

« 2° L'instrument avec lequel nous pratiquons *actuellement* l'un et l'autre la division des bourrelets et valvules est identiquement le même. Pour décider la question de priorité de son invention, je renvoie au jugement du tribunal de 1re instance de la Seine, en date du 26 mai 1853, qui a constaté la date de la confection de mon instrument, et le refus de M. Charrière de permettre de vérifier sur ses livres la date de la livraison faite à M. Mercier, d'un instrument semblable. »

« A M. Caudemont je réponds : Que j'ai essayé pour la première fois en 1838, la scarification du col de la vessie pour guérir la névralgie existant indépendamment des bourrelets et des valvules sans rétention d'urine aucune, bien longtemps avant lui par conséquent; je ne doute pas cependant qu'il en ait eu spontanément l'idée, puisque la première publicité donnée à cette application particulière du procédé ne date en réalité que de ma communication à l'Académie. »

— M. Londe demande la parole à l'occasion du procès-verbal et s'exprime en ces termes :

M. LONDE : Dans une séance du mois de septembre vous avez déclaré que le concours pour le prix Nadaud serait fermé le 15 octobre. Il est résulté de cette déclaration que quelques concurrens se sont pressés pour remettre à temps leurs mémoires. Quelques-uns sont illisibles, d'autres sont passés directement des mains du copiste dans celles de vos commissaires, sans que les auteurs aient pu les relire.

Dans votre séance du 26 octobre, vous avez déclaré le concours réouvert. Il résulterait de cette déclaration, si vous ne la faisiez suivre de la mesure que je vais avoir l'honneur de vous proposer, que les trois à quatre derniers concurrens jouiraient évidemment d'un privilége dont n'auraient pu profiter les premiers. Or, c'est là certainement ce que ne peut vouloir l'Académie.

Il faut, à la fois, et prévenir ce qui serait une partialité et en même temps répondre aux attaques que déjà reçoit, à ce sujet, l'Académie! (Interruption de M. LE PRÉSIDENT : « Ne vous occupez pas de la presse »). Soit; mais ne m'interrompez pas, je reprends :

Il se présente deux moyens.

Le premier, que l'Académie revienne à sa première décision et, après avoir déclos le concours, rejette du concours tout travail arrivé après le 15 octobre (Nouvelle interruption. — M. LONDE : De grâce, Messieurs, écoutez-moi jusqu'à la fin.)

Mais ce premier moyen, qui donne satisfaction aux candidats inscrits avant le 15 octobre, excitera des réclamations, peut-être fondées, parmi les concurrens que l'Académie a admis passé cette époque, et même parmi les candidats futurs, auxquels la décision dernière de l'Académie met la plume à la main.

Le second moyen conciliera tout à la fois, je l'espère, et la considération que l'Académie se doit à elle-même, et la justice qu'elle doit à chacun des concurrens sans exception.

Je formule donc ce moyen sous forme de proposition, que je prie M. le président de mettre aux voix.

Je propose d'annoncer par la voie des journaux et même par lettres individuelles aux candidats connus qui ont envoyé des travaux :

1° Que le concours pour le prix Nadaud est et demeure ouvert jusqu'au 31 décembre prochain, cinq heures du soir, et que passé ces jour et heure, il ne sera admis aucun travail;

2° Que, jusqu'à cette époque, il est loisible aux concurrens qui ont déjà envoyé leurs travaux, de rentrer en possession de ces travaux pour leur faire subir telle modification qu'ils jugeraient convenable, et que dès aujourd'hui, ils peuvent les retirer du secrétariat de l'Académie;

3° Que le prix qui devait être décerné dans la séance générale de 1852, le sera dans les trois mois qui suivront cette séance.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL pense qu'il conviendrait que la commission fût réunie avant de soumettre ces propositions au vote de l'Académie.

La commission se réunit immédiatement.

Après une courte délibération, elle propose, par l'organe de M. le Secrétaire perpétuel, l'un de ses membres, de soumettre au vote de l'Académie les propositions suivantes :

1° Reporter la clôture du concours au 31 décembre ;

2° Permettre aux candidats de reprendre les travaux qu'ils ont adressés.

Ces propositions sont mises aux voix et adoptées.

— M. MALGAIGNE lit un mémoire *sur les injections de perchlorure de fer appliquées au traitement des anévrysmes.* (Voir plus haut.)

M. LE PRÉSIDENT : Quelqu'un demande-t-il la parole sur le travail de M. Malgaigne ?

M. ROUX : L'Académie est-elle en mesure d'engager une discussion au sujet de la question soulevée par notre honorable collègue ?

Après un moment de silence, M. Moreau demande la parole.

M. MOREAU : Il va peut-être paraître surprenant à l'Académie que je demande à parler sur un sujet étranger à mes études habituelles. Mais je tiens à présenter une simple réflexion qui m'est suggérée par l'intéressante lecture que vient de nous faire M. Malgaigne. Je le dis hautement, je ne saurais assez protester contre cette tendance condamnable qui entraîne certains esprits à faire des expériences sur l'espèce humaine. A mon avis, il faudrait expérimenter longtemps sur les animaux, et ne venir proposer l'application d'une opération à l'homme qu'après s'être assuré, par des expériences nombreuses, multipliées, que la chose est d'une innocuité complète. J'approuve donc la manière de voir de M. Malgaigne sur l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des anévrysmes. Si j'ai un reproche à lui faire, c'est de n'avoir pas, de toute l'autorité de sa parole et de son talent, proscrit un pareil procédé opératoire. Lorsque sur 11 opérations on a 4 morts à déplorer et seulement 3 guérisons dont l'une est contestable et dont les deux autres ont été obtenues malgré la nouvelle méthode, il me semble que la question est jugée et que l'on devrait proscrire absolument, et à tout jamais, une semblable opération.

M. ROUX : Je serai moins absolu que M. Moreau dans le jugement que je crois devoir porter sur la méthode en question. Cependant j'applaudis de toutes mes forces à la bonne pensée qu'a eue M. Malgaigne, d'attirer l'attention des praticiens sur ses dangers et ses conséquences désastreuses. Plus que tout autre je devrais peut-être m'élever énergiquement contre les innovations dangereuses qui se produisent de nos jours, et cependant je ne condamnerai pas celle-ci d'une façon aussi absolue que vient de le faire M. Moreau. Cette méthode est née d'hier, les faits sont en petit nombre, et les chirurgiens n'en ont peut-être pas assez pesé la valeur réelle. Sans doute la méthode nouvelle ne me paraît pas devoir rester, et son avenir me semble très gravement compromis. Je ne crois même pas que la chirurgie puisse jamais aller dans le traitement des anévrysmes au-delà des avantages que présente la méthode de Hunter. Un plus grand perfectionnement me paraît un rêve irréalisable. Cependant, comme je ne veux point élever de barrière devant l'esprit d'invention et que je suis avant tout ami du progrès, je ne me hâte pas de condamner la nouvelle méthode de traitement des anévrysmes. Le raisonnement semblait en quelque sorte lui être favorable. De tous les anévrysmes externes celui qui est sans contredit le plus fréquent, c'est l'anévrysme de l'artère poplitée, au creux du jarret. (Je n'ai pas à développer ici les raisons de cette fréquence.) Ce serait pour cet anévrysme qu'il serait bon de trouver une méthode qui n'eût pas les inconvéniens de celle de Hunter. De prime abord on pourrait songer à appliquer ici le traitement par le perchlorure de fer, mais en réfléchissant un peu, on ne tarde pas à voir que la nouvelle méthode présenterait encore plus de dangers que pour les autres anévrysmes. En effet, pour arriver au centre de la tumeur avec une aiguille, on courrait le risque de traverser la veine poplitée, et puis de faire pénétrer l'injection non seulement dans l'artère, mais encore dans la veine, ce qui offrirait un danger des plus sérieux. Ainsi, voilà l'anévrysme le plus fréquent, et contre lequel la chirurgie a le moins de ressources, qui échappe à la nouvelle méthode, à cause des graves inconvéniens dont cette application pourrait être suivie.

Je partage donc les préventions légitimes de M. Malgaigne contre la nouvelle méthode, mais le nombre de faits me paraît insuffisant pour motiver sur elle un jugement définitif. Connaissons-nous parfaitement tous les agens coagulans, et ne serait-il pas possible de trouver une substance qui pourrait produire la coagulation du sang dans une tumeur anévrysmale, sans avoir de dangers sérieux? Ainsi donc, d'une part, j'appuie de toutes mes forces la pensée principale du travail de M. Malgaigne. Je ne crois pas à l'avenir d'une méthode qui se présente sous des auspices si défavorables. Mais je voudrais qu'avant de prononcer sur elle un jugement définitif, des essais nouveaux fussent tentés, afin que, munie de toutes ces pièces du procès et appuyée sur de plus nombreux témoignages, l'Académie pût porter son verdict en pleine connaissance de cause.

(La suite au prochain numéro.)

PRESSE MÉDICALE.

(JOURNAUX FRANÇAIS.)

Annales médico-psychologiques. — Juillet 1853.

De la monomanie au point de vue psychologique et légal; par M. DELASIAUVE.

L'auteur se propose d'examiner ce que l'on entend par *monomanie;* s'il existe vraiment un délire auquel puisse rigoureusement s'appliquer cette dénomination ; enfin ce que l'on peut inférer de cet état morbide, quant à la responsabilité judiciaire et civile.

Après avoir fait la critique des idées généralement reçues sur ce sujet et proposé une classification nouvelle, M. Delasiauve termine par des conclusions dont nous citerons les principales :

1° Il faut rejeter le mot *monomanie*, parce qu'il comprend une altération mentale *unique*, bien qu'il puisse s'étendre à plusieurs délires. De même du mot *lypémanie*, attendu que la disposition triste et déprimante qu'il prend pour caractère fondamental, peut dépendre des causes les plus disparates, et répondre aux formes les plus variées.

2° Au point de vue légal, quand le délire est notoire, de même lorsqu'il est, bien que limité, le principe de l'acte répréhensible, le malade échappe à l'imputabilité. Quand l'incrimination repose, au contraire, sur des faits dont le mobile est étranger à l'aliénation, il appartient alors aux experts et aux juges de rechercher, par leur prudence, en tenant compte des circonstances antécédentes ou actuelles, le degré d'influence que le sentiment malade a pu exercer sur l'action du libre arbitre.

Analyse des derniers sentimens exprimés par les suicides; par M. A. BRIERRE DE BOISMONT.

C'est la deuxième partie du travail dans lequel l'auteur a entrepris de faire connaître, d'après leurs propres paroles, quels sentimens animaient les suicides, au moment où ils allaient accomplir leur funeste résolution. Des autobiographies, écrites par ceux qui vont quitter la vie, jetteront nécessairement une vive lumière sur le mode d'action de la cause déterminante, sur l'influence que cette cause a exercée sur l'esprit du malade, sur la manière dont ses facultés ont été frappées, etc.

Il est question, dans cette seconde partie, 1° des *sentimns mauvais ;* 2° des *sentimens mixtes.*

Du quartier cellulaire dans les asiles; par M. le docteur GIRARD (d'Auxerre).

Les progrès récens de la science psychiatrique ont permis de restreindre considérablement le nombre des cellules affectées aux aliénés dans les asiles. M. Girard estime que six cellules pour cent malades de l'un et de l'autre sexe, suffisent à tous les besoins. Mais, selon lui, il faut abandonner l'ancien système qui laisse subsister les relations entre les malades, pour lui en substituer un autre plus rationnel qui pût permettre, tout à la fois, d'exercer ou de cesser toute contrainte corporelle, d'isoler convenablement, ou de ramener à la vie commune, de surveiller sans importuner.

C'est d'après ce système qu'a été construit le quartier cellulaire de l'asile d'Auxerre, dont M. Girard est médecin en chef.

COURRIER.

EXERCICE DE LA MÉDECINE PAR UN OFFICIER DE SANTÉ DANS UN DÉPARTEMENT AUTRE QUE CELUI OU IL A ÉTÉ REÇU. — La Cour de cassation a décidé, avant-hier, conformément à la loi, qu'un officier de santé ne peut pas exercer la médecine hors du département où il a été reçu, et que l'infraction à l'art. 29 de la loi de ventôse le rend passible des peines de simple police. (Rejet du pourvoi de M. Charpeaux contre un arrêt du tribunal de Coutances. Rapport de M. le conseiller Jallon et conclusions conformes de M. l'avocat général Bresson.)

— La même Cour a décidé, dans la même séance, qu'un officier de santé qui dissimule son nom de famille et prend un de ses prénoms, qui répand des prospectus pour appeler les malades et leur donner espérance de guérison par des remèdes qu'il sait être inefficaces, et essaye, par ces moyens, de se faire remettre des sommes exagérées, se rend coupable du délit d'escroquerie prévu et puni par l'art. 405 du Code pénal.

— On lit dans le *Savannah News :*

« Un médecin nous communique une lettre dans laquelle nous remarquons le passage suivant :

» Je puis vous citer un exemple de mort occasionnée par une rapide sécrétion de graisse. Nous avions, à 18 milles de notre ville, un jeune homme qui était un vrai phénomène : à 22 ans, il pesait 565 livres ; il continua à grossir jusqu'à un peu plus de 600 livres. Il était à l'aise et prenait soin de sa plantation. Il y a quatre semaines, il commença à grossir encore, d'abord d'une livre et demie par jour, ensuite de deux livres. Il est mort subitement dans son fauteuil, étouffé par la graisse, à ce que je présume. Trois jours avant sa mort, il pesait 643 livres. »

— M. le docteur Tavignot, ex-chef de clinique des maladies des yeux à l'hôpital de la Pitié, commencera *un cours théorique et pratique des maladies des yeux*, le lundi 14 novembre, à 11 heures précises, n° 8, rue *Grégoire-de-Tours*, près la rue de Bussy.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 135. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 12 Novembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois............. 17
3 Mois............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12 à PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

ANESTHÉSIE.

DEUX NOUVEAUX CAS DE MORT PAR LE CHLOROFORME.

Au moment où la question du chloroforme occupe de nouveau les Sociétés savantes, il est du devoir de la presse de publier tous les faits où l'administration de cet agent anesthésique a été suivie de la mort des malades. Voici deux nouveaux cas de cette terminaison funeste. Ils ont été traduits du journal le *Medical Times* (22 octobre 1853), et du journal *The Lancet* (29 octobre 1853), par notre honoré collaborateur, M. Achille Chereau.

Nous avons cru devoir faire suivre le récit de ces deux faits de quelques réflexions.

PREMIER CAS. — Une femme, E... R..., âgée de 40 ans, d'une taille moyenne, d'une bonne santé, n'éprouvant habituellement ni palpitations, ni dyspnée, entra, le 5 octobre 1853, à University College hospital (Londres) pour une hernie étranglée. Elle fut admise dans le service de M. Quain. On fit tous ses efforts pour réduire cette hernie (fémorale) ; le taxis fut pratiqué dans un bain et hors du bain, mais sans résultat. L'opération fut jugée nécessaire. A ce moment, la malade avait le pouls régulier et d'une force ordinaire.

On administra le chloroforme à la manière ordinaire dans cet hôpital, c'est-à-dire au moyen d'une compresse qu'on plaça d'abord à 6 ou 8 centimètres du nez de la malade, puis graduellement à 3 centimètres, en ayant soin de laisser ainsi l'air atmosphérique pénétrer dans les poumons.

Pendant trois ou quatre minutes, rien de particulier ne se présenta ; le pouls et la respiration restèrent dans l'état normal. On avait versé sur la compresse d'abord un drachme (le drachme anglais représente en poids exactement 66 gouttes d'eau), puis, au bout de 3 ou 4 minutes, 40 gouttes. Il ne s'était pas écoulé une minute après l'administration de ces quarante gouttes, que la malade se débattit violemment, en faisant agir les bras et les jambes. Ces efforts durèrent une minute, puis la malade se mit à respirer péniblement, avec un bruit rauque, stertoreux. La compresse fut immédiatement éloignée de la face ; le pouls était insensible. Immédiatement, la face fut aspergée d'eau froide. La patiente fit encore deux ou trois longues inspirations stertoreuses, et la respiration cessa. On eut recours, sans désemparer, à la respiration artificielle, au galvanisme, qui fit naître quelques phénomènes fugaces de vie. Efforts inutiles, vain espoir. La femme était morte ! On ne négligea pas non plus de pratiquer la trachéotomie.

Au moment où la respiration stertoreuse commença, et où le pouls faiblit, les pupilles étaient dilatées, la face un peu altérée, la langue non rétractée. Le même jour, on avait administré le même chloroforme pris dans le même flacon, à cinq malades, sans effets fâcheux.

Autopsie faite treize heures après la mort. — Raideur cadavérique bien marquée dans tous les membres ; le sang très fluide dans toutes les parties du corps. L'abdomen est tympanisé. Le diaphragme remonte, à gauche, jusqu'à la quatrième côte, à droite, jusqu'au troisième espace intercostal. Le péricarde contient environ trente gouttes de sérosité incolore. Le cœur est complètement affaissé sur lui-même, et vide, circonstance due peut-être à la fluidité du sang. L'organe est presque complètement recouvert, en avant, d'une couche de graisse, qui ne laisse voir que dans un ou deux points les fibres musculaires. Il pèse 250 grammes ; ses valvules sont saines. Les parois du ventricule droit sont mollasses et pâles, et ont une épaisseur moyenne de 2 centimètres. Dans quelques points, la matière graisseuse est assez considérable dans le tissu du cœur, pour que les fibres musculaires ne forment là qu'une couche très mince. Il y a même des endroits où il serait difficile de voir de la fibre musculaire. C'est ce qui a lieu, par exemple, à la pointe du cœur.

Les plèvres offrent des adhérences anciennes ; les poumons crépitent bien partout ; ils sont peu engorgés ; le cerveau n'est point congestionné ; mais dans l'arachnoïde, on voit des traces d'épaississement et d'opacité chroniques.

Les intestins étaient au-dessus de l'étranglement, très distendus par des gaz, et enflammés ; la partie étranglée était noire ; du sang était épanché dans ses tuniques.

DEUXIÈME CAS. — Une fille de 22 ans, vint à l'hôpital de St-Barthélemy de Londres, pour une affection qui fut longtemps regardée comme syphilitique ; les parties génitales étaient le siége d'un écoulement abondant, et dans le vagin existait une ulcération qui paraissait spécifique ; mais cette ulcération prit bientôt un développement cancroïde, contre laquelle M. Paget crut devoir opposer le cautère actuel.

Une première cautérisation, pratiquée sans résultats fâcheux, pendant le sommeil chloroformique complet, ne suffit pas ; on eut recours à une seconde. C'était le 21 octobre 1853. Le chloroforme fut administré par le docteur Black, chargé spécialement (*appointed*, dit le texte anglais) de cette fonction dans l'hôpital. Il plaça la bouche de la malade dans un inhalateur ordinaire en étain. (Il fallut dix minutes d'inspirations vives et rapides pour que les premiers effets anesthésiques se produisissent.) Tout d'abord on s'aperçut que cette jeune femme devenait violette, que son pouls s'affaiblissait considérablement, et que la respiration était irrégulière. M. Paget n'avait pas encore commencé son opération, et toute l'attention des spectateurs était dirigée vers l'état de la patiente, et sur les moyens qui furent mis en jeu pour la rappeler à la vie.

Immédiatement on pratiqua la respiration artificielle, d'après le conseil donné par M. Ricord, c'est-à-dire bouche à bouche. Ce moyen ne réussissant pas, on ouvrit le conduit aérien, entre les cartilages thyroïde et cricoïde, et la respiration artificielle fut continuée au moyen d'un tube introduit dans l'ouverture et qui répondait à une paire de soufflets. De l'eau alcoolisée fut injectée dans le rectum.

Tandis que ces mesures étaient énergiquement employées, on prépara un bain chaud, et on y plongea la malade, aussitôt que cela fût possible, sans se désemparer un seul instant de la respiration artificielle. Le galvanisme ne fut pas non plus négligé ; il fit naître des spasmes violens, mais n'aida nullement au jeu des poumons.... Efforts persévérans mais inutiles ! La pauvre fille ne tarda pas à ne plus donner aucun signe de vie. On n'avait pas employé plus de deux drachmes de chloroforme (environ 132 gouttes.)

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort. — Congestion générale, mais faible, du cerveau, cette congestion siégeant spécialement dans les veines de la région occipitale. Le sang est très liquide ; mis dans un bassin, il ne se coagule pas. Les ventricules renferment plus de sérosité qu'à l'état normal ; le pont de Varole est sain, tant extérieurement qu'à la surface des coupes qu'on y pratique. En résumé, il n'y a vraiment de remarquable dans la boîte crânienne que la fluidité extrême du sang, son inaptitude à coaguler, fait qui a été déjà remarqué dans plusieurs autres cas d'accidens semblables.

Les reins sont quelque peu congestionnés ; le gauche était malade depuis longtemps. Le péritoine est épaissi à la surface du foie ; le rein gauche plein de sang fluide. Une péritonite ancienne et générale a fait adhérer la rate au diaphragme. On trouve dans l'estomac une grande quantité d'alimens non digérés. On avait eu le soin, pourtant, d'interroger la malade à cet égard, et elle avait assuré qu'elle était à jeun quelques instans avant l'inhalation du chloroforme : on suppose qu'elle avait caché des alimens, et que ses compagnes lui avaient donné des pommes de terre. Au reste, à part cette *plénitude* de l'estomac, l'organe était sain, ainsi que le pancréas, et toute la longueur du tube intestinal. Le cœur est complètement affaissé sur lui-même, mais *nullement graisseux* ; le ventricule droit a un volume ordinaire ; ses fibres musculaires pâles ; sa tunique interne un peu épaissie ; le ventricule gauche n'offre rien d'anormal. La pâleur de tout le cœur contraste avec la teinte rutilante des muscles volontaires ; mais, encore une fois, il n'y a point de dégénérescence graisseuse.

En lisant ces deux observations, on se demande tout d'abord si le chloroforme a réellement été cause de la mort de ces deux femmes, ou si, entre le résultat malheureux et l'inhalation de l'agent anesthésique, il n'existe qu'un rapport de coïncidence. Puis, en supposant que le chloroforme, en tant

---

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire. — La rentrée des Facultés de Paris et de Montpellier. — Mission de M. Bérard à Montpellier. — La réforme médicale en Angleterre et en Belgique. — Une déclaration de guerre par un officier de santé.

La cérémonie de lundi dernier, c'est-à-dire la séance de rentrée de la Faculté de médecine, ne peut me fournir aucun sujet de causerie. Outre que j'ai depuis longtemps vidé mon sac sur ce sujet, et qu'il est fastidieux d'écrire tous les ans les mêmes choses, j'ai encore une excellente raison pour m'abstenir cette année, c'est que, retenu ailleurs par d'autres devoirs, je n'ai pu assister à cette fête et n'ai pas entendu M. Bouchardat. Comme nos lecteurs ont eu sous les yeux le discours de l'honorable professeur, je suis dispensé de leur dire mon opinion ; leur goût est plus sûr que le mien. D'après tous les témoignages qui me sont arrivés, M. Bouchardat a réussi à l'audition. J'en suis très enchanté. Tout en persistant à croire que la Faculté n'utilise pas les aptitudes les plus réelles de M. Bouchardat, tout en pensant toujours que ce professeur rendrait de plus grands services dans toute autre partie de l'enseignement que dans celle dont le concours l'a chargé, je n'en reconnais pas moins avec plaisir et empressement que M. Bouchardat est un esprit distingué, d'une grande instruction et d'une instruction variée, un homme de progrès et d'initiative, une de ces intelligences, enfin, comme il en faut, en certaines proportions, dans les corps enseignans et savans pour contrebalancer l'influence des esprits amoureux surtout du passé et trop enclins à s'endormir dans la quiétude du *statu quo*. C'est à cette portion des professeurs dont fait partie M. Bouchardat, que vont surtout les sympathies de la jeunesse ; c'est à elle aussi que revient la délicate et grave mission de la diriger dans les voies scientifiques, véritable sacerdoce, que trop peu de professeurs prennent au sérieux, et dont nos institutions actuelles d'enseignement ne favorisent pas assez le développement.

Tandis qu'à Paris les choses se sont passées avec le maigre cérémonial accoutumé, on a voulu donner, au contraire, à la séance de rentrée de la Faculté de Montpellier, une solennité extraordinaire et un appareil inusité. M. le professeur Bérard, inspecteur général des Facultés et Écoles de médecine, doit présider cette fête qui aura lieu lundi prochain, je crois. Sans rien préjuger, il me paraît difficile que notre savant, aimable, spirituel et disert inspecteur laisse passer cette circonstance sans prononcer, à Montpellier, une de ces allocutions charmantes que nous, à Paris, aimons tant à entendre. Aucune voix plus agréable et plus conciliante ne pouvait être choisie. Ah ! je m'en rapporte entièrement à M. Bérard pour ménager les susceptibilités un peu irritables — convenez-en, très honorés hippocratistes — de l'antique et savante Faculté de Montpellier. Ce sera de l'huile, du lait et du miel qui s'écoulera de sa bouche. Ombres de Barthez et de Grimaud, vous en tressaillerez de plaisir ; et je vois d'ici la vénérable figure de l'éloquent M. Lordat s'épanouir dans la satisfaction.

Pourquoi en serait-il autrement ? Il y a bien longtemps que je m'évertue à dire qu'aucune différence sérieuse, profonde, radicale, ne sépare Paris de Montpellier. J'ai fait même, dans le temps, quelques concessions pour la méthode, je les retire aujourd'hui, qu'une plus complète étude m'a démontré que Paris et Montpellier se servent identiquement de la même méthode et des mêmes procédés dans l'investigation des faits comme dans leur théorisation. Je sais bien que Montpellier ne veut pas abdiquer ses prétentions à une philosophie et à une méthode particulières à son école ; mais poussez-la dans ses derniers retranchemens, que répond-elle ? Bacon, derrière le grand nom duquel elle s'abrite et dont elle se vante même d'avoir la première compris et appliqué la méthode. Tournez-vous vers Paris, qui invoque-t-on à la Faculté, au Collége de France, au Muséum, partout où l'on observe, où l'on expérimente, où l'on généralise ? Bacon, car le cartésianisme, malgré de récentes tentatives en faveur de sa résurrection, relégué dans les études de métaphysique pure, est absolument banni de tout enseignement des sciences d'observation.

M. Bérard, qui est un des plus intelligens interprètes du baconisme médical, n'a donc rien à importer à Montpellier, rien à y critiquer, rien à y blâmer ; son rôle, plus agréable et plus doux, se bornera à constater, à encourager, à promettre, et Montpellier sera charmée de cette parole harmonieuse et limpide, des formes charmantes et amènes du professeur dont nos élèves de Paris attendent le retour.

A l'ouverture du Parlement belge, le discours du trône a annoncé en ces termes les intentions du gouvernement, relativement aux projets de révision des lois sur l'art de guérir :

« La législation sur l'exercice des diverses branches de l'art de guérir et sur la police sanitaire, offre des lacunes qu'il importe de combler. Un projet de loi a été rédigé dans ce but ; il est en ce moment soumis à une révision attentive. Combiné avec un système intelligent d'hygiène publique, il aura sur l'état sanitaire du pays une bienfaisante influence. »

Ce court programme nous montre, cependant, qu'en Belgique, plus qu'en France, on comprend la nécessité de ne pas séparer les questions de réorganisation médicale, et de les harmoniser dans un corps de législation. On sait que c'est l'opinion que nous avons toujours ici défendue.

Au lieu d'une nouvelle analogue à celle que nous venons d'annoncer, il nous faut indiquer que la session du jury médical, pour la réception des officiers de santé, commencera le lundi 24 novembre. — Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de dix heures à midi.

Le rapprochement de ces deux faits offre un tel contraste que je n'ai pu m'empêcher de le faire. Il est donc décidé que nos voisins de la Belgique nous devanceront dans la voie de la réforme médicale. Je leur en fais bien mon compliment, quoique le projet de loi qui doit être présenté aux Chambres, et qui est préalablement soumis à l'examen de l'Académie de médecine belge — antécédent précieux et qu'il sera bon de rappeler un jour — ait excité un très vive animation dans le corps médical de la Belgique. Là, comme ici, deux questions surtout excitent le plus vif intérêt et divisent les esprits, celle de l'assistance médicale dans les communes rurales, et celle des mesures disciplinaires. Il se répand des flots d'encre et de paroles en faveur, contre ou sur le projet du gouvernement, et, comme les intérêts et les besoins des médecins

que substance douée d'une énergie délétère peu commune, ne puisse être ici mis hors de cause, on recherchera alors s'il ne peut pas être innocenté par les irrégularités et les imperfections du mode d'administration mis en usage.

A cette double question que les partisans exclusifs du chloroforme, c'est-à-dire ceux qui ne veulent à aucun prix le trouver en défaut, ne manquent jamais de soulever chaque fois qu'une nouvelle catastrophe vient mettre en relief les dangers de son administration, il convient de répondre par l'analyse des faits eux-mêmes. Or, ils nous apprennent que les deux malades étaient d'un âge peu avancé, l'une d'elles était dans la première jeunesse. Toutes deux, à moins que la syphilis, ce qui n'a pas encore été dit, ait été pour la plus jeune une contre-indication à l'usage de l'anesthésique, avaient toujours joui d'un état de santé qui ne devait inspirer aucune crainte sur l'issue de l'expérience.

Quant à l'état physiologique des deux sujets, il ne présentait non plus aucune contre-indication. Ainsi, chez la femme atteinte de hernie étranglée, le pouls était régulier, il avait sa force ordinaire, c'est-à-dire que l'énergie vitale, chez elle, malgré la nature de sa lésion, était conservée dans une mesure suffisante pour éloigner la pensée d'un danger de mort imminent.

D'un autre côté, nous voyons une jeune fille qui semble garantie de tout accident, d'abord par son âge, puis par le résultat heureux d'une inhalation faite précédemment, dans des conditions identiques, puisqu'elle eut lieu dans le même hôpital, et sous la direction du même médecin, qui est, dit l'observation, *chargé spécialement de cette fonction*, c'est-à-dire de chloroformiser les malades.

Mais le chloroforme était-il pur, et a-t-il été bien administré? Pour ceux qui n'admettent pas d'accident possible quand ces deux conditions : pureté et administration régulière, se trouvent réunies, il se pourra que les deux faits que nous avons en vue en ce moment, ne contiennent pas tous les détails nécessaires pour rendre à cet égard toute contestation mal fondée; néanmoins, nous ferons remarquer que le chloroforme était employé journellement dans cet hôpital; que la veille, sans doute, il avait servi pour d'autres malades; et que le même jour, il avait été administré à cinq individus, sans produire aucun accident. Or, c'est là pour nous une garantie suffisante.

Quant au procédé d'inhalation mis en usage, nous voyons que, dans un cas, on s'est servi de l'appareil inhalateur ordinaire; et on sait qu'aujourd'hui il n'en existe pas dans la pratique qui n'ait été construit sur la donnée fondamentale du mélange possible de l'air et du chloroforme.

Dans l'autre cas, on s'est servi d'une compresse imbibée de la liqueur anesthésique, en observant avec soin le précepte qui recommande de ne l'approcher que graduellement de l'entrée des voies aériennes, sans jamais la mettre en contact avec elle; il est dit, en effet, que la compresse a toujours été distante de 3 centimètres des fosses nasales, alors même qu'elle en fut le plus rapprochée. Or, n'est-ce pas là ce qu'ont fait beaucoup de chirurgiens, ce qui se fait encore chaque jour, et cela sans qu'il en résulte rien de fâcheux? Y aurait-il mieux à faire? Oui, sans aucun doute; mais, en ce moment, je dois mettre de côté mes convictions personnelles, et n'apprécier le fait en discussion qu'au point de vue des idées généralement reçues, et sous le contrôle des règles universellement appliquées.

Reste la quantité de chloroforme employée à plusieurs reprises. Or, on conviendra que, d'une part, trois grammes et demi environ, et de l'autre, quatre grammes, ne constituent pas une dose considérable, et que l'on ne peut pas dire que l'*administration du chloroforme ait été excessive*.

Mais n'aurait-on pas continué l'inhalation au-delà du temps nécessaire pour produire l'anesthésie? et lorsque la respiration avait cessé d'être normale, et que le pouls offrait déjà depuis quelques instans une dépression et un ralentissement notables? Pour la malade de la première observation, cela est difficile à admettre. L'état du pouls et celui de la respiration sont indiqués : de ce côté tout est normal pendant quatre minutes; ce n'est qu'une minute plus tard que la respiration s'embarrasse, et alors en toute hâte on éloigne la compresse, on cesse l'inhalation. Le pouls, dit-on, était alors insensible. L'est-il devenu subitement, ou dans l'espace de cette dernière minute pendant laquelle la malade s'est violemment agitée, a-t-il subi une décroissance progressive qui aurait échappé au chirurgien. Cela n'est guère probable. Comment admettre, en effet, que celui-ci, qui au début de l'inhalation observa attentivement l'état de la respiration et du pouls, ait négligé cette précaution vers la fin de l'expérience, lorsqu'il venait de verser une nouvelle quantité de chloroforme, c'est-à-dire au moment suprême, celui où les accidens peuvent éclater. Pour ma part, je repousse cette explication, et j'estime qu'il y a eu dans ce cas ce que les expérimentateurs ont plusieurs fois observé, je veux parler du passage sans transition apparente et saisissable, d'un état physiologique dont les conditions normales de vitalité sont en apparence faiblement modifiées, à un état de collapsus et de sidération profonde.

C'est un fait de plus à ajouter à tous ceux qui ont déjà démontré combien est erronée la doctrine qui établit l'existence d'une période de *tolérance anesthésique* sur l'accomplissement régulier et normal des grandes fonctions. Doctrine pleine de dangers, ainsi que je l'ai dit lors de la discussion du rapport de M. Robert à la Société de chirurgie; parce que la dénomination dont elle se sert, en assimilant, ce qui s'observe chaque jour en thérapeutique médicale pour l'administration de l'émétique, suivant la méthode rasorienne, à ce qui se passe lors de l'inhalation du chloroforme, rapproche des faits radicalement dissemblables, et parle un langage qui tend à entretenir le chirurgien dans une funeste sécurité, et lui prépare ainsi de cruelles déceptions.

Quant à la seconde malade, à la jeune fille de 22 ans, déjà chloroformisée une première fois sans accident, elle se présente à l'observation dans une condition spéciale qui coupe court à toute discussion; puisqu'en dehors d'une influence quelconque, venant soit du chloroforme, soit de son mode d'administration, elle peut, jusqu'à un certain point, rendre, à elle seule, raison de la gravité du dénoûment. La malade venait de manger; l'autopsie a montré son estomac rempli d'alimens. Sans doute on ignorait cette particularité, on ne pouvait même pas la connaître; par elle le chloroforme est à couvert, cela n'est pas contestable, je le veux bien. Mais il n'en est pas moins vrai, cependant, que si la cautérisation actuelle eût été pratiquée sans l'intervention de l'anesthésie, quelque douloureuse quelle ait été, la vie de la malade n'eût pas été compromise, et c'est tout au plus si elle eût eu à subir un trouble digestif.

Il est, dans la première observation, un point capital sur lequel on ne saurait trop fixer l'attention des chirurgiens, c'est la nature même de la lésion dont la malade était atteinte.

Déjà plusieurs cas se sont produits, qui prouvent jusqu'à quel point il est dangereux de soumettre à l'action des agens anesthésiques les individus affectés de hernies étranglées. C'est ainsi que dans une note que M. Robert lut en 1849, à l'Académie de médecine, on trouve, sur trois observations qu'elle renferme, un exemple de mort survenue à la suite de l'administration du chloroforme, pour l'opération d'une hernie étranglée et dont la cause unique, d'après le chirurgien, a été l'agent anesthésique.

Au mois d'août 1851, M. le docteur Debrou lisait, devant la Société de chirurgie de Paris, la relation d'un cas de hernie étranglée opérée dans les mêmes conditions : Le patient fut considéré comme mort, et ce n'est qu'après des efforts inouïs qu'il put être ramené à la vie.

Vers la même époque, les *Archives générales de médecine* enregistraient un autre cas de mort à la suite de l'administration du chloroforme dans une circonstance semblable; le fait fut communiqué par M. le docteur Fano, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris.

Il faut encore ajouter deux autres observations publiées au mois de décembre 1849, dans l'UNION MÉDICALE, par M. le docteur Escalier, nous montrant la mort imminente chez deux malades qui avaient été chloroformisés pour la réduction de hernies étranglées, et qui, après que celle-ci fut obtenue, ne purent être soustraites au danger qui les menaçait qu'après que, par des manœuvres réitérées, on eût provoqué chez eux des efforts de vomissemens, c'est-à-dire des mouvemens d'expiration prolongée suivis d'une longue inspiration annonçant le retour à la vie.

Ces faits, et ce ne sont pas les seuls que les annales de l'art nous fourniraient au besoin, portent avec eux une signification qui ne peut être méconnue, surtout si on les rapproche de l'opinion émise par Astley Cooper, opinion dont la justesse n'a point échappé aux chirurgiens; à savoir, que la prostration, déterminée par l'étranglement de l'intestin, est quelquefois telle, que les causes les plus légères peuvent amener une syncope dont on a de la peine à faire revenir les malades (œuvres d'Ast. Cooper, p. 240).

La mort a lieu alors d'une manière subite; trois faits cités par l'illustre chirurgien anglais le prouvent de la façon la plus évidente. C'est d'abord un homme qui meurt en s'asseyant dans son lit et en prenant un verre pour le porter à ses lèvres. C'est un autre malade qui expire en voulant se lever. Enfin, le troisième est un individu qui, au sortir du bain, à peine arrivé à sa chaise, qui n'était éloignée que de quelques pas de la baignoire, est pris d'une syncope dans laquelle il succombe au bout de quelques minutes, bien que la hernie fût réduite.

Si on donne à ces faits toute l'attention qu'ils méritent, on ne fera intervenir qu'avec une extrême réserve le chloroforme dans le traitement de la hernie étranglée. Jusqu'où devra aller cette réserve? Se bornera-t-elle aux cas extrêmes, ceux dans lesquels existent les phénomènes qui caractérisent une période avancée de l'étranglement, ou devra-t-elle comprendre d'autres cas, en apparence moins graves, comme était celui de la femme sujet de la première observation, et chez laquelle le pouls avait son degré de fréquence et de force habituelles. C'est là un point de pratique difficile à décider et à régler d'après une formule générale, bien que l'observation dont il s'agit semble le trancher par l'affirmative. Pour ma part, je suis d'avis que l'actualité morbide, avec sa physionomie parti-

---

sont partout les mêmes, comme les passions sont aussi les mêmes partout, on retrouve, dans cette polémique écrite ou orale, absolument les mêmes argumens que nous sommes habitués à voir chez nous se produire, et presque identiquement sous la même forme.

L'Angleterre aussi a son agitation médicale, et nulle autre part, plus que dans ce pays, la réforme n'aura à s'exercer. Il s'agirait de réduire à deux ou à trois, les cinq ou six classes de praticiens ayant droit d'exercer dans la Grande-Bretagne. C'est toujours pour moi un sujet d'étonnement que l'anglomanie. De plus près on étudie les institutions anglaises, et plus on les trouve inférieures à celles des autres pays civilisés. L'exercice de l'art de guérir, par exemple, y est abandonné à la confusion la plus déplorable; et l'hygiène publique et privée! Lisez, actuellement, dans les journaux anglais les vives et énergiques réclamations qui s'élèvent, en présence du choléra, contre la saleté des rues, l'insalubrité des maisons, la malpropreté des habitans, l'ignorance et les préjugés du peuple. Un de ces journaux écrivait en toutes lettres, la semaine dernière, cette phrase peu nationale : « Le peuple anglais est le plus sale peuple du monde. » Mais à côté de ces accusations trop bien fondées, il est juste de placer les efforts considérables de quelques paroisses et de quelques institutions plus générales pour améliorer les tristes conditions du peuple anglais. Ainsi, comme on l'espère, on fera bien d'emprunter à l'Angleterre son système des visites préventives contre le choléra, qui paraît décidément avoir de grands avantages. Quand je dis emprunter, c'est par un reste d'habitude, car il est certain que cette idée, toute française, a été exécutée en France au moins en même temps qu'en Angleterre, et qu'elle a été appliquée avec succès à notre armée pendant l'épidémie de 1849. En étendant la mesure à la population civile, on ne fera donc que la généraliser.

Un de nos abonnés, ancien interne des hôpitaux de Paris, m'écrit ce qui suit :

« J'ai l'avantage d'exercer la médecine dans un des plus riches départemens de France; c'est vous dire que là plus qu'ailleurs, les officiers de santé sont, par rapport aux docteurs en médecine, dans une énorme proportion. Ainsi, dans mon arrondissement, on ne compte que *huit* docteurs contre *quarante-et-un* officiers de santé!.... Là n'est pas tout le mal, et je n'ai pu me défendre d'un profond mouvement d'indignation à la lecture d'un petit mémoire où le doctorat en médecine et les Facultés sont injuriées au-delà de toute supposition.

» Ce petit libelle, écrit, signé et distribué par son auteur, officier de santé à ......, contient, entre autres énormités, le passage suivant, que je transcris littéralement :

« Quelles lumineuses réflexions pourrai-je offrir à certaines cervelles » irréfléchies qui se laissent éblouir par un nom, par un titre, par une » habitation, etc., etc. Les noms sont comme la monnaie, ils sont ce » qu'on veut bien les faire : le nom ne fait rien à la chose, comme » l'habit ne fait pas le moine, etc....

» Et d'abord le titre de docteur. Ah! voilà du scintillant Jupiter!! » (Textuel.) Seulement, sachons-le bien, il y a docteur par soi-même, » lequel passe des examens et confectionne sa thèse lui-même; puis, » il y a docteur par autrui, qui, pour une somme de..., subit examens, » constitue et soutient sa thèse au bénéfice du soi-disant docteur et de » la Faculté, pour aller se présenter au public tout paré du beau plu- » mage d'un autre oiseau; et malgré la petite sévérité de la loi, ce n'est » pas chose très rare dans les Facultés. A nous-même, il a été proposé » bonne occasion de gain pour jouer ce rôle.

» Mais, à mieux préciser, quelle différence y a-t-il donc entre un » docteur et un officier de santé? Tous deux titrés par eux-mêmes? » Pas une seule petite qui regarde une science théorique et pratique, » la médecine et la chirurgie. Mêmes études d'anatomie, de pathologie » interne et externe; mêmes études de physiologie, de sciences chi- » mique et botanique; mêmes bancs pour siéger; mêmes profes- » seurs, etc.....

» La seule différence entre le docteur et l'officier de santé réels, » n'existe que dans la forme; le premier, pour présenter sa thèse, doit » subir, préalablement, deux examens dans les sciences mathématiques, » tandis que l'officier de santé en est dispensé; or, cette différence ne » se rattache en rien au savoir-faire en médecine, etc.....

» Voilà donc les deux hommes en regard, voilà ces deux titres dont » l'un paraissait si vivement éclipser l'autre; voir le reflet magique qui » éblouissait si comiquement certaines intelligences capricieusement » disposées... (textuel). En vérité, on n'est pas riche d'enjolivement » quand on ne peut embellir un objet sans délustrer l'autre.....

» Disons donc et disons-le hautement, n'en déplaise à nos calomnia- » teurs, nous croyons, pour notre part, avoir fait aussi fort qu'un doc- » teur dans nos études, dans nos concours, dans nos examens comme » dans notre pratique, seulement nous avons moins déboursé et recueilli » plus d'espèces, etc... La question de titre est purement, pour l'Uni- » versité, une affaire *d'argent*... Vous voulez être docteur, vous payez » davantage et votre titre aura *bien meilleur son*..., et nous ajouterons : » surtout si le paiement se fait en bon argent..... »

» Tel est, Monsieur, le style et l'esprit du libelle écrit et répandu par l'officier de santé, et dont un exemplaire manuscrit, écrit et signé de l'auteur, est en ma possession. Je m'adresse à vous, pour savoir s'il convient à la dignité du doctorat en médecine et de la Faculté, de laisser, sciemment, débiter d'aussi atroces calomnies, si capables d'égarer le public sur la capacité du docteur et la moralité des institutions impériales. Dans le cas ou vous penseriez qu'il fût convenable de demander une satisfaction, je vous serais obligé de m'indiquer la meilleure marche à suivre pour y arriver. »

Je crois que la meilleure satisfaction qu'il y ait à tirer de ce monsieur, la voilà, c'est de publier, comme je viens de le faire, ses énormes bêtises, et de le rejeter, lui et son pamphlet, dans le profond dédain qu'il mérite. Surtout ne considérez pas, très honoré correspondant, cette faute d'un seul comme devant retomber sur l'institution entière des officiers de santé, institution mauvaise, sans doute, et que nous ne cesserons de combattre, mais dans laquelle se trouvent des hommes honorables, instruits, honnêtes, et qui seront les premiers à gémir de la faute de l'un de leurs membres.

Amédée LATOUR.

— La séance extraordinaire que l'Académie de médecine tiendra samedi prochain, aura lieu en comité secret, et sera tout entière consacrée à la lecture des rapports sur les prix.

culière, pourra seule, à cet égard, éclairer le praticien; mais ce qui n'est pas douteux, c'est que lorsque le pouls est déprimé, que le facies est altéré, que les forces ont fléchi et que l'ensemble de la constitution offre ce caractère de stupeur et de prostration si ordinaire dans ce genre de lésions viscérales, l'emploi du chloroforme est tout à fait contre-indiqué; sa puissance anesthésique, en venant s'ajouter à l'action stupéfiante de la maladie elle-même, exposerait à un danger trop imminent pour qu'il ne soit pas irrationnel de le mettre en usage en pareille circonstance.

On objectera peut-être que bien des hernies étranglées, qui ont pu être réduites grâce au chloroforme, ne l'eussent pas été sans son administration. Mais d'abord, comment le sait-on, si d'emblée, et avant toute tentative sérieuse de réduction, on a eu recours à l'inhalation anesthésique? D'un autre côté, si, comme cela s'est vu, le taxis échoue malgré l'anesthésie (et il échouera bien souvent, car les causes de l'étranglement ne sont pas toujours faciles à déterminer, et il en est plusieurs qui, par leur nature, échappent à l'action hyposthénisante du chloroforme), si, dis-je, le taxis échoue, et si, forcé de recourir au débridement, le chirurgien se trouve dans la nécessité de chloroformissr une seconde fois le malade pour éteindre chez lui la sensibilité revenue pendant les manœuvres de réduction; combien alors les chances de mort vont se multiplier, et combien ne vont-elles pas être plus pressantes que si le débridement avait été pratiqué dans les conditions physiologiques ordinaires.

Am. Forget,
Membre de la Société de chirurgie.

BIBLIOTHÈQUE.

Iconographie ophthalmologique, ou description avec figures coloriées des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicale;

Par J. Sichel, docteur en médecine des Facultés de Berlin et de Paris, officier de la Légion-d'Honneur, médecin oculiste des Maisons impériales d'éducation de la Légion-d'Honneur, etc. Ouvrage paraissant par livraison in-4°. — Les 6 premières livraisons, Paris, 1853, J.-B. Baillière, libraire.

Ne calomnions pas notre époque. Si trop souvent — qui le sait mieux que nous, pauvres journalistes — des publications bâtives, incomplètes, mal élaborées, viennent affliger les amis de la science, ils ont souvent aussi pour se consoler des œuvres sérieuses, portant l'empreinte de la méditation et du travail. Notre siècle ne fait pas défaut aux publications de ce genre. Je ne serai jamais un *laudator* systématique *temporis acti*. Il se fait aujourd'hui de très beaux, de très bons livres, et il se trouve des éditeurs intelligens et dévoués pour les publier. J'en ai sous les yeux un magnifique exemple. L'*Iconographie ophthalmologique* figurera avec le plus grand bonneur dans l'inventaire des publications faites dans ce siècle, et j'ajoute que cette publication vient à propos. Il existe certainement de beaux ouvrages où l'anatomie et la pathologie oculaires ont emprunté leurs précieux secours aux arts du dessin, de la gravure et de la peinture. Le grand ouvrage de Demours, publié en 1818, présente des figures bien gravées, mais les dessins pèchent beaucoup par la vérité, et le texte n'a qu'une valeur médiocre.

L'ouvrage d'Ammon n'a pas été traduit de l'allemand; fort inférieur à celui de Demours pour la gravure, il lui est très supérieur par la vérité des dessins. Mais le coloris est fort défectueux, et le texte, très court, n'est qu'une sorte d'explication des planches.

La plus récente iconographie de ce genre est celle de Dalrymple, texte anglais, terminée en 1852, peu avant la mort prématurée de l'auteur. Elle se compose de lithographies coloriées, dont quelques-unes sont bonnes, mais dont quelques autres sont fort mauvaises, assez grossières, manquant de vérité, et offrant des couleurs vertes, rouges, bleues, d'un ton forcé et criard. Le texte est d'ailleurs excessivement court, à peine un peu plus étendu que la simple explication des planches dans l'*Iconographie* de M. Sichel.

L'ouvrage d'Ammon et celui de Dalrymple ne contiennent pas d'ailleurs la chirurgie oculaire.

Il y avait donc mieux à faire que ce qui avait été fait, et c'était le moment de le tenter.

Après bien des tâtonnemens coûteux, après avoir fait confectionner à grands frais, par les procédés de la lithographie et de la chromo-lithographie, un nombre considérable de planches, M. Sichel expose, dans son *Introduction*, qu'il a dû renoncer à ces essais déjà fort avancés, mais dont le résultat ne répondait pas aux conditions d'un pareil ouvrage. Enfin, abandonnant cette voie non encore tentée, il a fait recommencer l'œuvre entière, et il est définitivement revenu à la gravure au burin, méthode plus appropriée, et permettant d'exprimer avec plus de précision une infinité de détails importans. Les planches, imprimées en couleur, sont retouchées au pinceau, et comme moyen d'exécution irréprochable, M. Sichel a eu recours, pour les détails plus minutieux, tels que les injections vasculaires si caractéristiques des membranes externes, à l'emploi des planches doubles, l'une, de fond, pour la partie principale des figures, l'autre, de repère, pour les parties accessoires et plus fines.

« Depuis que cette idée a été arrêtée, dit M. Sichel, je n'ai plus été réduit à mes seuls efforts; j'ai été merveilleusement secondé par un éditeur bien connu comme n'épargnant rien pour faire de ses publications de véritables monumens artistiques et scientifiques. Aidé par des graveurs habiles, fidèles interprètes des dessins de M. Émile Beau, j'espère mettre ce livre à la hauteur de l'état actuel de la science et de l'art.

» Sous le rapport des dessins originaux, je crois qu'il sera difficile, pour ne pas dire impossible, d'atteindre un plus haut degré de perfection. Pendant plusieurs années, M. Émile Beau a mis son talent exclusivement à ma disposition; il n'a cessé, jusqu'à ce jour, de peindre, pour moi, tous les cas remarquables qui se sont produits à ma clinique ou dans ma clinique particulière, et qui m'ont paru dignes d'être offerts comme types. En s'occupant si longtemps de la représentation des maladies oculaires, il a acquis une rare facilité à saisir et à reproduire la vérité pathologique dans ses nuances les plus délicates. J'ai souvent lassé sa patience en lui faisant recommencer deux, trois fois le même sujet; jamais je n'ai consenti à sacrifier la vérité scientifique, tâche sacrée de toute ma vie, à la beauté de l'exécution artistique. Si l'expression n'était pas trop ambitieuse, je dirais qu'on peut regarder les figures qui composent cet ouvrage, non seulement comme la fidèle imitation, mais presque comme l'équivalent de la nature. Partout le modèle a été consciencieusement, servilement copié dans ses formes, ses dimensions, ses teintes. Rien n'est inventé, rien n'est embelli, exagéré, ni fait à peu près. Les points, les moindres stries, ont été comptés. De cette manière, rien de faux ni d'imaginaire n'a pu se glisser dans ces reproductions graphiques qui, par conséquent, peuvent avoir la prétention d'expliquer, d'éclairer et de contrôler non seulement mes descriptions, mais encore celles des auteurs qui ont traité la même matière. »

Cette opinion n'a rien que les livraisons parues ne justifient complètement. Comme finesse et perfection de dessin, comme fini d'exécution de la gravure, comme exactitude et vérité du coloris, aucun ouvrage antérieur ne peut être comparé à l'iconographie de M. Sichel.

Les planches 1 à 13 inclusivement contiennent l'histoire complète des ophthalmies, basée sur des représentations graphiques qui ne permettent de rien inventer, ni de rien ajouter à la nature, ni de faire entrer violemment les faits dans un système. Partout les petits détails si importans en ophthalmologie, si difficiles à reconnaître lorsque l'œil n'a pas été façonné dans une clinique spéciale, sont représentés et expliqués de manière à pouvoir former cliniquement le lecteur. Je signalerai, parmi les ophthalmies traumatiques (pl. 1), la coque de graine de millet incrustée dans la cornée (fig. 4), ainsi que le lascis vasculaire fin entourant le corps étranger de l'ulcération; je ne crois pas que ces objets aient été jamais représentés de cette manière. Les ophthalmies spéciales y sont fidèlement copiées sur la nature et au complet, tandis que, dans les ouvrages antérieurs, on n'y a consacré que quelques figures. En les étudiant, à l'aide du texte, on peut y analyser les phénomènes comme dans une clinique. Les injections de la conjonctive, la vascularisation de la cornée y sont rendues avec une finesse et une exactitude dont aucune iconographie ne donnait l'idée. Les plus petits détails, dont on ne trouve presque aucune trace, ou du moins rien de comparable chez Ammon et Dalrymple, s'y trouvent reproduits dans toute leur délicate ténuité. Ainsi, par exemple, les différentes formes de la conjonctivite scrofuleuse pustulaire (pl. 5), les variétés de la kératite scrofuleuse vasculaire et panniforme, avec la manière dont les vaisseaux réunis ou isolés se distribuent sur la cornée (pl. 7), pour la représentation de laquelle l'auteur a eu à lutter avec les plus extrêmes difficultés, et qu'on n'a pu obtenir qu'à l'aide de planches à repère, dont le mécanisme est excessivement difficile, lorsqu'il s'agit de lignes aussi fines et qui sont comptées, rien dans un pareil travail ne devant être livré au hasard ou à l'arbitraire. De même, dans l'iritis simple (pl. 10) et la cristalloïdite, la vascularisation de l'iris (pl. 10), la différence entre la vascularisation de la cristalloïde antérieure et entre les taches ou stries pigmenteuses ou fibrineuses de la capsule, ainsi que l'état tomenteux et vasculaire du petit cercle de l'iris, et les autres altérations de l'iris dans l'iritis syphilitique (pl. 13), n'ont jamais été représentés avec cette exactitude et ce fini.

La kératite vasculaire ou primitive et surtout la kératite ponctuée, non décrite avant M. Sichel, maladies dont on pouvait désespérer de pouvoir jamais faire la représentation, sont si parfaitement dessinées, qu'après les avoir vues sur ces planches, il sera facile de les reconnaître immédiatement sur la nature.

Une longue série de planches est consacrée aux cataractes et au manuel de leur opération. Là encore on pourra juger, par la comparaison de ces figures avec celles qui ont été publiées dans les ouvrages antérieurs, de quel degré de supériorité par la finesse et l'exactitude l'emporte l'*Iconographie* de M. Sichel. Une planche tout entière est consacrée aux cataractes luxées, qui n'ont jamais été figurées et qui présentent un grand intérêt d'actualité et de nouveauté, sous le rapport de la luxation sous-conjonctivale du cristallin, dont il a été récemment question dans les Académies et dans la presse.

Je crains vraiment de ne donner, par cet aperçu succinct, qu'une incomplète idée de la beauté d'exécution de ces figures. On sait que j'ai peu de tendresse pour cette imagerie à la mode, décorée du nom d'*illustration*, et dont on fait le même abus dans la presse que du piano dans nos demeures. Mais, de même que je me garde de confondre les inspirations de Litz ou de Thalberg avec l'odieux tapotement d'une pensionnaire, de même, en dédaignant l'imagerie, je sais rendre hommage à une œuvre aussi élevée et aussi consciencieuse que l'*Iconographie ophthalmologique* de M. Sichel, œuvre d'art et de science à la fois, et qu'il importe de considérer sous ces deux aspects.

Je viens de parler de l'œuvre d'art, c'est-à-dire des figures; il me reste à parler de l'œuvre de science, c'est-à-dire du texte; c'est ce que je ferai dans un second article.

Amédée Latour.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 Novembre 1853. — Présidence de M. Nacquart.

(Suite de la discussion sur l'emploi du perchlorure de fer. — Voir le dernier n°.)

M. Velpeau : Je demanderai pardon à l'Académie de prendre la parole dans cette discussion, attendu que je n'ai pas pu assister à la lecture que vient de faire M. Malgaigne. Mais notre honorable collègue a bien voulu me communiquer les conclusions de son mémoire, et cela suffit à la nature des observations que j'ai à présenter. Je répondrai, d'abord, un mot à notre collègue M. Moreau, qui a cru devoir infliger, à la conduite des chirurgiens, un blâme que, pour mon compte, je ne puis pas accepter. Cela m'a toujours paru une assez fâcheuse expression que celle d'expérimentation sur l'homme appliquée aux innovations que la médecine tente dans le but de soulager ou de guérir. A la rigueur on n'expérimente pas, on fait des essais, des tentatives plus ou moins hardies. Les chirurgiens, les médecins, et, en général, tous ceux que l'on désigne par le nom de philanthropes, sont très désireux de soulager ceux qui souffrent, et, naturellement, cherchent les meilleurs moyens d'arriver à ce but. Aussi quand on leur annonce des moyens nouveaux qui, au dire de personnes recommandables, sont préférables aux anciens, ils les accueillent avec un empressement bien facile à comprendre. Voilà la source de ce que l'on appelle *expérimentation sur l'homme*. Il n'y a là rien de blâmable, à mon avis, et c'est là un sentiment excellent qui doit exister dans le cœur de tous les chirurgiens. Pour en venir à ce perchlorure de fer dont il est ici question, je dirai que je l'ai expérimenté le premier, dans les hôpitaux de Paris, sur l'homme vivant, parce que, dans ce que j'entendais dire de cette substance, dans ce qu'on exposait de ses propriétés et des résultats de son application, je voyais des raisons qui me permettaient d'espérer quelque chose d'avantageux. Vous savez tous que ce n'est pas d'hier que l'on a essayé d'introduire des liquides dans les cavités anévrysmales. On est arrivé là insensiblement, avec cette lenteur que l'esprit humain met toujours dans sa marche progressive. On a vu un jour une parcelle de membrane déterminer, dans une cavité artérielle, la coagulation du liquide sanguin; ce fait a porté à supposer que l'introduction d'un corps étranger dans l'intérieur d'une poche anévrysmale, d'une aiguille fine par exemple, pourrait en déterminer l'oblitération; puis on s'est imaginé de conduire, dans cette cavité anévrysmale, à l'aide de l'aiguille, l'étincelle électrique; puis on a imaginé, aussi, d'y injecter des liquides. L'injection des substances liquides dans l'intérieur des anévrysmes était donc, en quelque sorte, une question à l'ordre du jour. Ce n'était pas une idée nouvelle que l'on produisait au jour en proposant le perchlorure de fer dans le traitement des tumeurs anévrysmales; c'était simplement un corps nouveau que l'on disait meilleur que les autres. Le perchlorure de fer se présentait sous l'aspect le plus séduisant.

Des expériences faites sur les animaux par les observateurs les plus recommandables, par MM. Giraldès, Debout, etc., le montraient comme un coagulant très rapide et très sûr du liquide sanguin. Quelques gouttes de ce liquide, injectées dans la carotide d'un mouton, avaient suffi pour produire, dans ce vaisseau, un caillot volumineux, dense, adhérant solidement aux parois artérielles. Il était naturel, après des expériences aussi concluantes, de songer à faire, sur l'homme, l'essai des propriétés du perchlorure de fer. D'ailleurs, avant la tentative à laquelle je me livrai, il existait des faits positifs appartenant à l'espèce humaine, faits, en apparence, très-concluans.

Je ne suis pas très convaincu, aujourd'hui, que les deux premiers cas de guérison, publiés à l'origine de la nouvelle méthode, fussent de véritables anévrysmes. L'un avait plutôt l'air d'une tumeur érectile. Quoi qu'il en soit, l'opération semblait facile et peu dangereuse. Il paraissait simple et sans inconvénient de faire à la tumeur une petite ouverture avec une aiguille à acupuncture, et d'introduire, dans l'intérieur du sac, quelques gouttes de liquide. On pouvait se dire : si cela ne fait pas du bien, du moins il n'en résultera aucun mal.

C'est en partant de ces données, que j'ai été conduit à la tentative dont j'ai à vous faire connaître les résultats. L'opération n'a pas eu de succès, du moins quant à la guérison de l'anévrysme; le malade a été pris de variole après la première injection. Cet accident, comme de de juste, ne doit pas être imputé à l'opération. Au sortir de cette variole, les battemens ont continué dans la tumeur. On sentait cependant qu'un caillot volumineux s'était formé dans la poche anévrysmale. Cette considération, et l'innocuité de l'injection première, m'ont enbardi, et j'ai fait une nouvelle tentative. L'aiguille a pénétré dans une masse non liquide, au centre de la tumeur; quelques gouttes de perchlorure de fer ont été injectées; rien ne s'est montré dans les premiers jours; mais bientôt il est survenu de la douleur, et l'inflammation s'est emparée de la masse anévrysmatique, et la suppuration a donné issue à un énorme caillot, presque aussi gros que le poing, noir, et d'une dureté ligneuse. Ainsi, dans ce cas, le perchlorure de fer a déterminé la formation d'un gros caillot de sang très dur, sans guérir l'anévrysme. C'est là, à mon avis, la plus accablante objection que l'on puisse faire à cette méthode. Le perchlorure coagule si bien le sang, qu'il produit, dans l'intérieur de l'artère, un corps étranger dont la disparition ne paraît pas possible sans suppuration. C'est là, je le répète, une raison capitale de rejeter l'emploi de cet agent. Il n'est pas permis, en effet, de mettre dans une artère un corps étranger qui doit en être éliminé, qui n'est pas assimilable, et qui ne peut être repris que par l'absorption. Ce caillot noir, dur, ligneux, ressemblait à l'un de ces corps singuliers auxquels on a donné le nom d'*égagropiles*; jamais il n'aurait pu être absorbé. Voilà le motif qui me semble devoir être le plus puissant pour faire rejeter cette opération.

Cependant je ne voudrais pas me prononcer d'après un seul fait. Peut-être que de semblables caillots, dans des circonstances différentes de celles où s'est trouvé mon malade, et dans des cas ordinaires, sans complication, pourraient subir les phénomènes de l'absorption. Il importe que ce fait soit élucidé par des expériences nombreuses sur les animaux. Si cet espoir est déçu, si les faits viennent démontrer que l'absorption du caillot formé par le perchlorure de fer est impossible, alors il en faudra prendre son parti et renoncer aux espérances que la nouvelle méthode avait fait naître à son apparition. Je le regretterai sincèrement, car la ligature qui est le meilleur moyen de traitement des anévrysmes, la ligature si facile à appliquer au bras et à la cuisse, n'en est pas moins une opération sérieuse, plus sérieuse qu'une injection, amenant des accidens, lors même que l'on emploie la méthode d'Ane et non de Hunter, n'en déplaise à M. Roux.

M. Roux, avec vivacité : de Hunter et non d'Anel.

M. Velpeau : J'aime mieux donner à cette méthode le nom d'un Français à qui elle appartient, que celui d'un Anglais que j'estime beaucoup, sans doute, mais à qui je ne saurais accorder ce qui n'est pas à lui! Quelque simple que soit l'opération d'Anel, elle ne met pas à l'abri de graves dangers. Elle n'empêche pas l'inflammation, les hémorrhagies secondaires, la gangrène, etc.

En résumé, comme M. Malgaigne, je pense que la méthode par le perchlorure de fer n'a pas tenu tout ce qu'elle promettait, mais je crois, avec M. Roux, qu'il serait bon d'attendre de nouveaux faits avant de porter sur elle un jugement définitif.

M. Moreau : M. Velpeau a jeté un blâme sur ma manière de voir, au sujet des expérimentations. Je ne repousse pas d'une manière absolue les expériences, mais à condition qu'elles seront répétées un très grand

nombre de fois, et, pour ainsi dire, indéfiniment sur les animaux. Je le demande à M. Velpeau, malgré les dangers qu'il trouve à la ligature, s'il était obligé de se faire traiter pour un anévrysme, balancerait-il entre la ligature et l'injection au perchlorure de fer, et ne choisirait-il pas de préférence le premier moyen ? Or, il faut traiter les autres comme on voudrait être traité soi-même.

M. ROUX : Il y a dans l'argumentation de M. Moreau un vice auquel je prierai notre honorable collègue de vouloir bien faire attention. Expérimentez sur les animaux, cela est facile à dire, mais il est des maladies que l'on ne peut simuler, faire naître sur les animaux. Vous ne pouvez pas, par exemple, sur un animal faire naître un anévrysme. Vous êtes bien forcé alors d'expérimenter d'emblée sur l'homme. Ce que, relativement à la question actuelle, on pourrait expérimenter sur les espèces animales, c'est comme l'a fort bien dit M. Velpeau, l'absorption ou la non-absorption du caillot formé par le perchlorure de fer dans l'intérieur des artères, question importante, et qui me semble, ainsi qu'à M. Velpeau, contenir l'avenir bien incertain de la nouvelle méthode. Je ne pouvais laisser passer sans protestation le blâme, la réprobation que M. Moreau inflige aux hommes qui, dans un but d'humanité, se jettent dans des tentatives nouvelles et hardies. J'espère que notre collègue reviendra de cette excessive sévérité.

Maintenant, un dernier mot à M. Velpeau. Contrairement à l'opinion de cet honorable collègue, je pense que la méthode dite d'Anel doit être attribuée à Hunter, comme à son légitime inventeur. Sans doute Anel l'a pratiquée le premier, mais sans la comprendre, sans savoir ce qu'il faisait; Hunter seul, le premier, l'a bien comprise, en a exposé clairement les principes et les conséquences. C'est à lui seul qu'en revient la gloire, nous devons le reconnaître, et mettre au-dessus de l'orgueil national l'amour de la vérité. Cette méthode, je l'ai pratiquée un très grand nombre de fois, et avec tant d'avantages, que, dans ma conviction intime, je la regarde comme le dernier perfectionnement de la chirurgie dans le traitement des anévrysmes.

M. MOREAU : Je n'accepte pas le reproche que m'adresse M. Roux. Je n'ai pas voulu généraliser mon blâme contre les expérimentations faites sur l'homme. Je reste dans les limites de la question qui s'agite devant l'Académie, et je dis que, dans l'espèce actuelle, les expériences faites par les chirurgiens sont dignes de blâme. Voilà quelle est ma pensée, dont je maintiens hautement les termes.

M. LAUGIER : La question dont il s'agit me semble avoir été portée prématurément devant l'Académie. Si M. Malgaigne avait bien voulu attendre un peu plus tard, il aurait pu ajouter des faits nouveaux aux choses pleines d'intérêt qu'il nous a communiquées. Ainsi, dans le travail de notre collègue, il n'est question que de l'emploi du perchlorure de fer dans les anévrysmes et les varices, mais il y a eu aussi des tentatives de ce mode de traitement contre les tumeurs érectiles. J'avais, dans mon service, une tumeur érectile de la paupière supérieure. Je la traitais par le séton et j'en étais assez content; mais comme la tumeur était encore vasculaire, l'idée me vint d'essayer l'injection de perchlorure. J'en fus détourné par le remarquable mémoire que M. Deville vient de publier sur ce sujet, et dans lequel il expose les résultats de la pratique d'un chirurgien anglais, M. Laurence. Les résultats de ces tentatives ont été désastreux, tels que inflammations vives, gangrène, etc. Je regrette que M. Malgaigne ait cru devoir se hâter de porter cette discussion devant l'Académie, car aux faits si intéressans qu'il a mentionnés, il aurait pu ajouter ceux dont je viens de parler, s'il avait eu le temps d'en prendre connaissance.

M. GERDY : Nous sommes entrés, depuis quelques années, dans une voie fâcheuse avec notre manie de faire des expériences sur l'homme. Que l'on appelle cela du nom d'expérimentation ou de tout autre, il importe peu. Une distinction semblable est, à mon avis, une pure plaisanterie. Sans doute, ces expériences sont toujours faites dans une bonne intention, il y a toujours quelque raison excellente qui vous y entraîne. Mais il ne faut pas perdre de vue que la première condition d'une expérience sur l'homme est qu'elle ne soit pas dangereuse. Or, quand on sait que le moyen qu'on emploie est dangereux, quand le premier inventeur signale lui-même le danger, on devrait, ce me semble, y regarder à deux fois avant d'expérimenter et attendre au moins que d'autres aient fait des tentatives. Pour mon compte, je ne suis pas bien aise de faire des essais le premier. Quand on proposa de briser les articulations ankylosées, je résistai constamment aux sollicitations des inventeurs, qui me pressaient de faire l'essai de la méthode.

Je conçois que l'on se laisse entraîner par la séduction d'une innovation qui, si elle réussit, doit nous rapporter honneur et profit. Mais, avant tout, le médecin mettant la main sur sa conscience, doit se dire : s'il s'agissait de moi, de ma femme, de mes enfans, le ferais-je ? C'est dans sa conscience que le médecin doit puiser l'inspiration de ses devoirs. Voilà le vrai *criterium* auquel il reconnaîtra, sans hésiter, si une action est bonne ou mauvaise. A mon avis, on ne consulte pas assez souvent ce *criterium*. S'il y eut un temps où la chirurgie était trop prudente, il faut avouer qu'aujourd'hui elle est par trop téméraire. C'est à qui fera le premier les tentatives les plus hardies et les plus dangereuses. Je ne blâme personne dans cette enceinte; je suis convaincu que les chirurgiens qui se sont livrés à des expériences sur l'emploi du perchlorure de fer étaient animés des meilleures intentions, mais je demande, comme le demandait tout à l'heure M. Velpeau, que des expériences nombreuses, répétées, soient faites sur les animaux avant que l'on essaie de nouveau sur l'homme. Est-ce que les animaux n'ont pas des anévrysmes tout comme l'espèce humaine? Pourquoi ne rechercherait-on pas tout d'abord les résultats de l'emploi du perchlorure de fer dans les cas d'anévrysmes développés sur les espèces animales? Voilà ce que j'avais à dire sur cette question, qui intéresse au plus haut degré la moralité et la dignité de la profession médicale.

M. MALGAIGNE : Je m'associe de grand cœur à ce que vient de dire M. Gerdy. Il y a longtemps, pour ma part, que j'ai déclaré et hautement proclamé que la morale chirurgicale n'est qu'une application particulière de la morale universelle. Dans les paroles un peu vives qu'il vient de prononcer, M. Gerdy déclare qu'il n'a nullement eu l'intention de faire aucune application aux chirurgiens appartenant à cette Académie, qui ont cru pouvoir, en conscience, se livrer à des tentatives d'injection de perchlorure de fer dans les anévrysmes; je ne m'arrêterai donc pas à les relever. Je dirai seulement que, d'une part, des expériences nombreuses et concluantes avaient été faites sur les animaux, et qu'on avait publié trois cas de soi-disant guérisons sur l'homme; d'autre part, la ligature, comme chacun sait, est une chose grave. C'en était assez, je crois, pour motiver une tentative.

Maintenant M. Laugier vient de dire que la question portée par moi devant le tribunal de l'Académie est prématurée. Mais il s'est chargé lui-même de répondre à son objection en rapportant les applications désastreuses du traitement par le perchlorure de fer aux tumeurs érectiles. Il était donc temps d'appeler l'attention des praticiens sur cette méthode, et de provoquer, à son sujet, le jugement solennel de l'Académie. Si je ne me trompe, l'absence de discussion sur les faits que j'ai apportés à la tribune, est un jugement anticipé et conforme à mes conclusions.

M. VELPEAU : Cette discussion, qui avait été annoncée avec une certaine solennité, s'est rapidement éteinte. Les principaux points de la question ont été effleurés plutôt que traités. Si l'Académie trouve que le sujet en vaut la peine, elle pourrait la reprendre d'une manière un peu plus mûrie dans la séance de mardi prochain.

L'Académie consultée, décide que la discussion continuera mardi.

POLICE MÉDICALE.

(Ministère de l'Agriculture, du Commerce et des Travaux publics.)

CIRCULAIRE SUR L'APPLICATION DE LA LOI DU 27 MARS 1851, SUR LES MARCHANDISES FALSIFIÉES, AUX SULFATES DE QUININE QUI CONTIENNENT PLUS DE 3 P. 100 DE MÉLANGES.

Paris, le 8 Octobre 1853.

Monsieur le Préfet, l'attention de l'Administration a été appelée, depuis quelques années, sur des falsifications dont le sulfate de quinine est l'objet. Si l'on considère l'importance de ce médicament et les heureux effets qu'il est appelé à produire en thérapeutique, on comprendra combien il importe qu'il soit toujours aussi pur et aussi bien préparé que possible. C'est par cette considération que j'ai cru devoir prendre l'avis de l'École de pharmacie de Paris et du comité d'hygiène publique sur les moyens de connaître et prévenir les falsifications de cette substance.

D'après les expériences faites par ces deux corps, l'altération des sulfates de quinine sur lesquels ils ont opéré était le résultat d'un mélange de cette substance avec une quantité variable de cinchonine et de quinidine, principes naturellement contenus dans le quinquina, et de matières étrangères. On a reconnu que ces mélanges, s'ils peuvent être imputés à une intention de fraude, peuvent aussi n'être que le résultat d'une fabrication vicieuse ou imparfaite.

Dans tous les cas, la falsification ou la mauvaise qualité du sulfate de quinine consiste dans une trop forte proportion de ces mélanges, et il est d'un haut intérêt d'empêcher la vente, pour les usages de la médecine, de ce médicament ainsi sophistiqué, puisque, dans cet état, il ne saurait avoir les propriétés curatives que lui suppose le médecin.

Trois pour cent de matières étrangères peuvent, suivant l'avis du comité et de l'école de pharmacie, être tolérés; au delà, il y a lieu de faire l'application de la loi du 27 mars 1851, sur la répression des fraudes en matière de marchandises.

Vous trouverez jointes à la présente circulaire une instruction sur les procédés à employer pour reconnaître la proportion des mélanges dans le sulfate de quinine. Je vous en adresse un nombre d'exemplaires suffisant pour que vous puissiez les distribuer aux membres du jury médical de votre département.

Veuillez, je vous prie Monsieur le Préfet, recommander à ce jury de vérifier, avec un soin particulier, lors de ces tournées annuelles, la qualité des sulfates de quinine, afin de faire opérer la saisie de ceux qui contiendraient plus de 3 p. 0/0 de matières étrangères de toute espèce, et de provoquer des poursuites judiciaires contre les personnes qui les auraient fabriqués, vendus ou mis en vente.

Je vous serai obligé de m'accuser réception de la présente circulaire.

Agréez, Monsieur le Préfet, l'assurance de ma considération très distinguée.

Pour le Ministre :

Le conseiller d'État, directeur général
de l'agriculture et du commerce,
Signé HEURTIER.

Pour expédition :
Le Chef de division,

(COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE.)

INSTRUCTION

Sur les moyens de reconnaître la pureté du sulfate de quinine.

L'importance qui s'attache au sulfate de quinine, l'un des médicamens les plus employés aujourd'hui, les inconvéniens graves et presque toujours irréparables qui pourraient résulter de l'emploi d'un sulfate falsifié par l'addition de matières inertes, font à l'Administration un devoir de recommander particulièrement ce produit à l'attention des jurys médicaux, chargés de la surveillance des pharmacies et des autres établissemens où l'on prépare et débite des médicamens.

Pour faciliter les recherches, l'Administration a cru utile de réunir, dans la présente instruction, les données principales et pratiques fournies par la science sur la matière.

Cette instruction n'a pas pour but de signaler toutes les fraudes qui ont pu se pratiquer sur le sulfate de quinine, ni tous les moyens de les reconnaître; ce sont de simples indications que l'on se borne à rappeler aux hommes instruits qui composent les jurys, et dont ils sauront faire une application intelligente à chaque cas particulier qui se présentera à leur examen.

Le sulfate de quinine, tel qu'il doit être employé pour l'usage médical, est blanc, cristallisé en aiguilles déliées, d'une saveur très amère. Il exige, pour se dissoudre, plus de 700 parties d'eau froide, et 30 environ d'eau bouillante; il est formé de deux équivalens de quinine, un équivalent d'acide sulfurique et huit équivalens d'eau, ce qui représente, pour 100 de sulfate, 74,31 de quinine, 9,17 d'acide sulfurique et 16,51 d'eau. Ce sel a une faible réaction alcaline sur le papier de tournesol rougi; cette réaction s'affaiblit et peut devenir acide, lorsque le sel renferme une plus forte proportion d'acide.

A 100°, le sulfate de quinine perd 7 équivalens d'eau, c'est-à-dire les 7/8[es] de celle qu'il renferme, ou 14,45 p. %. Il s'effleurit aussi, mais incomplètement, dans un air sec, à la température ordinaire.

Brûlé à l'air, sur une lame de platine, il ne laisse aucun résidu appréciable. Le sulfate de quinine ne se colore pas sensiblement lorsqu'on le délaie à froid avec de l'acide sulfurique concentré.

Les substances que l'on a signalées comme employées le plus fréquemment pour falsifier le sulfate de quinine sont : le sulfate de chaux, la salicine, le sucre en poudre, le sulfate de cinchonine, certains corps gras tels que l'acide stéarique, l'acide margarique, etc.

Le sulfate de chaux se reconnaît, comme les matières minérales en général, au moyen de l'incinération : on brûle dans une petite capsule de platine, 1 gramme de sulfate, jusqu'à ce que toute trace de charbon ait disparu; le résidu représente le poids du sulfate de chaux qui aurait pu exister dans le sel de quinine. L'on pourrait encore traiter le sulfate suspect par l'alcool à 85 centièmes, qui, à chaud, dissoudrait le sulfate de quinine et laisserait pour résidu le sel calcaire; ce procédé permet d'agir sur de plus grandes quantites et n'entraîne pas la perte du sulfate essayé.

Pour reconnaître la salicine, on délaie le sulfate avec un peu d'acide sulfurique concentré, qui le colore en rouge foncé lorsqu'il renferme de la salicine. Cette réaction est encore sensible lorsque la proportion de salicine est de 1/100[e]. Il est bon de remarquer que la salicine n'est pas la seule matière organique ayant la propriété de rougir par l'acide sulfurique : pour affirmer sa présence, il faudrait l'isoler par des manipulations ultérieures; mais, dans tous les cas, la coloration rouge indique une adultération du sulfate; lorsqu'il est pur, il ne doit pas se colorer.

Le sucre qu'on aurait pu ajouter au sulfate de quinine donne, lorsqu'on brûle le mélange à l'air une odeur caractéristique de caramel que ne présente pas le sulfate pur. On peut aussi isoler le sucre en nature; il suffit, pour cela, de dissoudre le mélange dans l'eau, d'y ajouter de la baryte en excès, de manière à précipiter tout l'acide sulfurique et toute la quinine; de faire passer ensuite dans la liqueur un courant d'acide carbonique, pour séparer l'excès de baryte; de chauffer, de filtrer et d'évaporer convenablement la liqueur, qui ne renferme plus que le sucre.

Les acides gras, ou toute autre matière insoluble dans l'eau et dans les acides faibles, se reconnaissent en traitant le mélange par l'eau aiguisée d'acide sulfurique, qui sépare le sulfate de quinine des corps gras insolubles.

Le produit que l'on trouve le plus ordinairement mélangé au sulfate de quinine est le sulfate de cinchonine. Ce mélange peut être le résultat de la fraude, mais il peut aussi résulter d'une purification insuffisante du sulfate de quinine. La présence de la cinchonine dans le sulfate de quinine se reconnaît de la manière suivante :

On prend un gramme du sulfate suspect, qu'on introduit dans un flacon à petite ouverture, long et étroit, de 20 à 25 centimètres cubes de capacité; on verse sur le sulfate 10 centimètres cubes d'éther sulfurique exempt d'alcool; on agite le mélange, afin de bien diviser le sulfate et l'on y ajoute 2 centimètres cubes d'ammoniaque liquide. Lorsque le sulfate est pur, il se dissout, sans résidu, dans ce mélange d'ammoniaque et d'éther; l'orsqu'il renferme de la cinchonine, cette dernière base reste indissoute et forme un dépôt blanc entre les deux liquides aqueux et éthéré.

En décantant convenablement les liquides, on pourrait recueillir et peser la cinchonine; toutefois lorsqu'il s'agit, non pas seulement de constater la présence de la cinchonine, mais de déterminer sa proportion, il est préférable d'opérer sur une quantité plus considérable que celle que nous venons d'indiquer.

L'on a signalé, dans ces derniers temps, la présence d'autres alcaloïdes dans le sulfate de quinine, particulièrement de la quinidine, base qui paraît exister en quantité notable dans certaines variétés de quinquina. On peut reconnaître la quinidine en employant le procédé qui vient d'être décrit pour la cinchonine. La quinidine reste, comme cette dernière base, indissoute dans l'éther, sous forme de précipité blanc caillebotté; la quinidine, cependant, n'est pas, à beaucoup près, aussi insoluble dans l'éther que la cinchonine; celle-ci exige, pour se dissoudre, environ 1,200 parties d'éther; l'on peut donc, sans erreur appréciable, négliger la petite quantité dissoute par 10 centimètres cubes. Il n'en est pas de même pour la quinidine, qui est sensiblment soluble dans l'éther; cette circonstance ôte à l'essai le caractère d'exactitude rigoureuse qu'on doit rechercher, en général, dans une analyse; mais on peut cependant considérer cet essai comme suffisant pour la pratique tant en raison de ce que l'erreur est peu considérable, qu'en considération de l'analogie qu'offrent au point de vue médical, les deux bases dont il est question.

Dans le cas où le sulfate essayé contiendrait à la fois de la cinchonine et de la quinidine, le précipité obtenu dans l'essai précédant se dissoudrait en partie par l'addition d'une nouvelle quantité d'éther; la portion dissoute serait d'autant plus considérable que la quantité de quinidine serait plus grande.

Le sulfate de quinine pur doit satisfaire à toutes les conditions que nous avons indiquées plus haut; cependant on ne devra pas considérer nécessairement comme falsifié tout sulfate qui renfermerait des traces de sulfate de chaux ou de cinchonine. Il y a une certaine tolérance que l'on doit accorder aux nécessités d'une fabrication manufacturière : tout dépend de la quantité; c'est ici une affaire d'appréciation de la part des membres des jurys médicaux; mais, dans aucun cas, ils ne devront tolé- la vente du sulfate de quinine qui renfermerait plus de 3 p. 0/0 de sulfate de cinchonine.

COURRIER.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — Le choléra continue lentement ses progrès en Angleterre, et dans la semaine dernière, il a paru avec une certaine intensité en Irlande. A Londres, dans la dernière semaine, la mortalité a porté sur 102 personnes; c'est seulement 3 décès de plus que dans la semaine précédente. C'est toujours dans les districts sud de la ville que la mortalité est plus forte, 59 décès dans ces districts, 21 dans les districts de l'est, 11 dans ceux de l'ouest, 9 au nord et 2 au centre. Ainsi qu'on l'avait remarqué dans les deux épidémies précédentes, la mortalité est plus forte dans les quartiers les plus bas de la ville, ceux qui longent la Tamise; ainsi, dans ceux qui ne sont que de 20 pieds au-dessus du niveau de cette rivière, la mortalité a été, dans l'épidémie actuelle, de 31 sur 100,000 habitans, tandis que dans les quartiers plus élevés, de 20 à 40 pieds au-dessus de ce niveau, la mortalité a été de 16, de 11 entre 40 et 60 pieds, de 4 entre 60 et 80 pieds, et de 3 seulement entre 80 et 100 pieds au-dessus du niveau de la rivière. A Hampstead, à 350 pieds au-dessus du niveau du fleuve, il n'y a pas eu encore un cas de choléra.

En Ecosse, on a compté 14 cas à Dundee, en deux jours, le 5 et le 6 novembre, 8, le 7 et le 8 novembre. Cette ville paraît, jusqu'ici, une de celles qui ont le plus souffert de l'épidémie après Newcastle. Quelques cas isolés à Morpeth, Faversham, Gateshead, Heworth, South-Shields, Luton, Shood.

En Irlande, le choléra a paru à Dublin, à Cork, à Belfast, et les journaux irlandais nous apportent le triste récit de deux navires chargés d'émigrans, le *Guiding star* et le *Koshuth*, qui ont été forcés de relâcher sur les côtes d'Irlande, après avoir perdu, le premier, 9 personnes, le second, 18 personnes. Il y avait encore à bord du premier navire 13 personnes affectées de choléra, et 50 à bord du second; les deux navires ont été mis en quarantaine, et les malades transportés à bord de l'hôpital de Work-House.

Nous ne savons rien sur la marche du choléra à Anvers.

Dans une réunion du Conseil communal de Bruxelles, M. le bourgmestre a exposé la situation sanitaire de la capitale. Nous trouvons dans ce rapport les passages suivans :

« Ainsi voilà 12 malades depuis le 14 septembre, voilà 9 victimes! C'est beaucoup trop sans doute; mais il n'y a là aucun indice d'épidémie actuelle. On peut y voir plutôt, comme cela arrive presque toujours, des cas isolés qui se produisent, pendant plusieurs années, à la suite d'une épidémie ancienne.

» Messieurs, j'ai constaté de nouveau que la maladie, malgré sa marche rapide, est précédée de symptômes, pour ainsi dire constans, et qu'il est facile de combattre. J'ai apporté ces jours derniers, comme en 1849, le plus grand soin à m'enquérir des habitudes des malades, de leur état normal, et des faits qui avaient précédé le choléra. Presque toujours, j'ai constaté un malaise avec diarrhée pendant deux, trois et quelquefois huit jours; toujours j'ai eu la certitude que ces indispositions avaient été complètement négligées.

» L'objet principal de cette communication est de prémunir la population contre une maladie foudroyante quand elle a fait irruption, mais dont on peut se préserver par une vie régulière et quelques soins. »

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 136. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 15 Novembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12 A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 14 NOVEMBRE 1853.

DU ROLE DU CORPS MÉDICAL DANS LE CAS D'UNE NOUVELLE APPARITION DU CHOLÉRA.

I.

Si la discussion est encore ouverte et le restera longtemps encore sur divers élémens de la question du choléra, il en est un sur lequel l'unanimité d'opinion tend tristement à se faire, et sur lequel sont d'accord tous ceux qui vivent plus de réalités que d'espérances ; cet élément est celui du traitement. Une longue et lamentable expérience a démontré l'impuissance presque complète de l'art en face du choléra asiatique arrivé à un certain degré de gravité. Il est peu de médecins qui se bercent aujourd'hui d'un espoir chimérique et qui ne sachent que l'issue d'une attaque de choléra ne dépend pas des moyens que l'on emploie pour la combattre. Nous avons vu et constaté que le chiffre de la mortalité est sensiblement partout le même, sous l'influence des traitemens les plus opposés, comme là même où aucun traitement n'est employé. Tels sont les résultats que les invasions successives et répétées du choléra dans le monde entier a mis partout en lumière.

Mais il est un autre point plus consolant de la question du choléra, sur lequel l'espérance est plus légitime, et sur lequel l'opinion tend aussi de plus en plus à devenir unanime ; ce point, d'une suprême importance, est celui-ci : dans l'immense majorité des cas, le choléra algide, le choléra incurable, est précédé, durant un temps plus ou moins long, d'un trouble des voies digestives qui se traduit par la diarrhée.

Quelle est la puissance de l'art sur cette diarrhée prodromique et prémonitoire, comme disent les Anglais ? A s'en rapporter à l'opinion de nos confrères d'outre-Manche, opinion importée de France, comme nous l'avons déjà remarqué, la puissance de l'art ici serait immense. On peut facilement, disent-ils, arrêter la diarrhée, et par là prévenir l'explosion plus ou moins prochaine des symptômes graves du choléra.

Appliquant aussitôt à la pratique cette donnée fournie par l'observation, les Anglais ont institué les visites médicales préventives sur les bons résultats desquelles leur opinion semble bien arrêtée.

Nous avons publié (voir l'UNION MÉDICALE du 11 octobre) le récit du voyage fait par M. Mélier en Angleterre, pour aller s'enquérir de tous les détails de fonctionnement du système des visites préventives, et tous les renseignemens sur ce sujet rapportés par cet honorable confrère.

Ces faits, ces résultats, ces opinions ont vivement frappé l'attention médicale. Quant à l'autorité administrative elle n'a eu besoin d'excitation d'aucune sorte ; avant même le départ, tout spontané, de M. Mélier pour l'Angleterre, la question des visites médicales préventives était, par ses ordres, à l'étude. Nous n'avons pas à nous immiscer ici dans des détails qui appartiennent à l'administration.

Le point sur lequel nous voulons principalement appeler l'attention de nos lecteurs est celui-ci : si l'administration croit pouvoir adopter et faire exécuter le système des visites médicales préventives, il est de toute évidence que le système ne pourra être mis en application que partiellement, sur les classes de la population qui ne sont supposées être ni assez éclairées, ni assez aisées pour comprendre le danger des symptômes prodromiques du choléra et pour réclamer à temps les secours du médecin.

Or, faite de cette manière, la grande expérience qu'il s'agit d'instituer, si malheureusement le choléra vient à reparaître en France, cette grande expérience ne serait ni complète, ni peut-être décisive.

Le moyen de rendre l'enquête générale est facile, si le corps médical veut s'y prêter, s'il veut donner son concours à une tentative qui, dans la conviction profonde d'un grand nombre de personnes, peut avoir contre le choléra la même influence que la vaccine a eue contre la variole.

Poser ainsi le problème, c'est, à coup sûr, donner à tous nos confrères l'ardent désir de le résoudre. Notre conditionnel de tout à l'heure se change donc dès ce moment en certitude.

Il s'agit donc de savoir définitivement, d'établir scientifiquement et par l'observation médicale — la seule, nous le disons d'avance qui puisse être acceptée en cette matière — s'il est vrai ou non :

1° Que le choléra soit, dans la grande généralité des cas, précédé d'une diarrhée prodromique ;

2° Si, en traitant et en guérissant cette diarrhée, on prévient et on empêche l'explosion du choléra.

Ces questions sont de celles, on le voit tout de suite, et tout de suite aussi nous en faisons la remarque, que l'on ne peut pas résoudre à l'aide de petits faits, d'observations individuelles et en petites proportions, car à chaque fait de ce genre s'élève une objection formidable et qui se traduit ainsi. Qui assure que tel individu guéri de la diarrhée eût subi le choléra ? Ces sortes de problèmes ne se résolvent que par des masses de faits, car si chaque fait en particulier n'a qu'une valeur discutable, tous ces faits particuliers, réunis en faisceau, acquièrent une importance considérable.

Ainsi, le *Board of health* d'Angleterre fait la réponse suivante aux deux questions posées plus haut :

Cent trente mille diarrhées ont été traitées, et quelques centaines à peine ont tourné au choléra.

A Newcastle, tout récemment, en pleine épidémie, la garnison de cette ville, composée de 600 hommes, a présenté plus de 400 cas de diarrhée qui a été énergiquement traitée ; un seul de ces diarrhéiques a été pris de choléra.

Qui ne comprendrait la portée immense de ces faits s'ils venaient à se reproduire partout avec constance ?

Le choléra serait décidément vaincu, ou du moins le chiffre de ses victimes s'abaisserait si sensiblement, que le fléau asiatique, aujourd'hui si redouté, n'aurait plus qu'une part assez faible dans la mortalité générale.

C'est la réalité de ce résultat qu'il s'agit de chercher. Laissons à l'administration le soin d'organiser l'application du système préventif, si elle peut se faire, au point de vue populaire et des classes pauvres. Elle sait mieux que nous ce qu'elle peut et ce qu'elle doit faire à cet égard. Elle aura d'ailleurs besoin du concours médical, soit pour l'exécution du système préventif, soit pour la dispensation des secours médicaux aux cholériques. Car il est évident que l'organisation des mesures préventives ne doit pas faire négliger l'organisation des secours médicaux pendant le règne du choléra.

Mais en dehors de l'exécution officielle des mesures préventives, nous voudrions qu'il s'en fit une officieuse, pour ainsi dire, et par chaque médecin, dans le rayon de ses rapports et de sa clientèle. L'expérience pourrait se faire ainsi sur des masses énormes et sur tous les élémens de la population. Voyez, par exemple, dans le cas où le choléra viendrait de

Feuilleton.

DES FUNÉRAILLES CHEZ LES DIFFÉRENS PEUPLES, CONSIDÉRÉES AU POINT DE VUE DE LA MORT INCERTAINE.

Par M. le docteur JOSAT.

(Suite. — Voir les numéros des 27 Octobre et 1er Novembre.)

PEUPLES MODERNES.

Nous venons de voir avec quels soins les anciens se précautionnaient contre les chances de la mort incertaine ; à ce point que, chez eux, le malheur d'être séquestré, brûlé, ou enterré vivant, était devenu à peu près impossible.

Il va être aussi curieux qu'intéressant de leur comparer, sous ce rapport, les peuples modernes.

Les Juifs.

Nous commencerons par les Juifs. C'est à peine si nous retrouverons, chez les Juifs modernes, quelques traces des funérailles chez les anciens Hébreux. La perte de leur nationalité, les proscriptions et les persécutions dont ils ont été victimes, et jusqu'aux nouvelles conditions climatériques dans lesquelles ils ont été jetés, tout semble avoir contribué à cette variété de pratiques funéraires sans précédens bien connus, que l'on remarque chez eux (1).

Lorsqu'un Juif est mort, on plie le pouce de chaque main dans la main, on l'attache avec un des cordons de son taled. On brouille un œuf avec du vin et l'on en frotte la tête du défunt. On lave le cadavre avec une infusion de camomille et de feuilles de roses sèches. On bouche ensuite toutes les ouvertures du corps. Cela fait, on lui revêt des caleçons en toiles, une chemise, un bonnet blanc, et on le laisse en cet état pendant un temps qui varie avec les lieux et les circonstances, puis on l'enferme dans un cercueil avec un linge au fond et un autre par dessus. On couvre le cercueil de noir et on l'expose hors de la maison. On se dirige ensuite vers le lieu de la sépulture. Pendant la marche du convoi, le cercueil reste simplement couvert sans être cloué. Chacun le porte à son tour. Il y a certains pays, en Allemagne, par exemple, où au moment où le convoi se met en marche, les assistans jettent après le cercueil une grosse brique ou un fragment de pot cassé. En général, la marche du convoi est silencieuse et lente. Arrivé au lieu de la sépulture, le corps est examiné une dernière fois ; on lui met un sac de terre sous la tête, on cloue le cercueil, et on le descend dans la fosse. Tous les assistans jettent de la terre sur le cercueil avec la main ou avec une pelle jusqu'à ce qu'il en soit couvert. Chacun arrache une poignée d'herbe et se retire en récitant tout bas quelques versets du psaume 72. — On nous a raconté qu'en certains endroits, on place une pierre sur le cercueil de ceux qui se sont suicidés, de même que sur celui des excommuniés, et on ne leur rend aucun honneur.

(1) Nous avons tiré de Léon de Modène et de Buxtorf, les principaux détails que nous donnons ici sur les funérailles des Juifs modernes.

Les Luthériens saxons.

Nous ferons connaître, ici, quelques pratiques funéraires qui appartiennent plus à certaines sectes religieuses qu'aux pays mêmes dans lesquels ces sectes existent.

Ainsi, une cérémonie particulière aux Luthériens de Saxe, consiste à ouvrir la bière, au moment où on va la descendre dans la fosse, et à regarder le mort, pour voir s'il ne donne aucun signe de vie.

En Danemarck, le ministre apostrophe une dernière fois le défunt avant qu'on ne le descende dans la fosse, et s'assure, par un dernier examen, s'il est bien mort.

Les Grecs.

Tournefort a laissé une description des obsèques d'une femme de Milo, qui paraît pouvoir s'appliquer aux grecques en général, et contient quelques particularités en rapport avec notre sujet. Le corps est porté à découvert, paré de ses plus beaux habits. Avant de sortir le mort de l'église, chacun lui fait ses adieux. Les parens le baisent à la bouche : c'est un devoir indispensable, fût-on mort de peste, ajoute Tournefort, les amis du défunt se contentent de l'embrasser, et les voisins de le saluer.

Les Russes.

Il y a chez les Russes quelques pratiques funéraires qui méritent d'être signalées. Après la mort présumée, on lave bien soigneusement le corps, on le revêt de linge bien propre, puis on l'expose dans son cercueil pendant plusieurs jours (souvent huit ou dix). Quand le convoi funèbre est arrivé près de la fosse, on découvre le cercueil, afin que les parens et les amis puissent voir et baiser une dernière fois le défunt en lui disant un dernier adieu.

Les Coréens.

Le P. Martini raconte que les habitans de la Corée conservent les morts dans leurs maisons, enfermés dans des cercueils, l'espace de trois ans. Pendant ce temps, ils agissent avec eux, comme s'ils étaient en vie. Ce terme expiré, ils les enterrent. Ils ont, à ce qu'il paraît, deux saisons destinées à la sépulture des morts : le printemps et l'automne. Ils placent sous une tente ceux qui meurent pendant l'été. Après la moisson, ils les en retirent et les transportent dans leurs maisons. Le P. Martini ajoute qu'il a remarqué que les Coréens exhumaient les corps des morts avec une facilité qui faisait un singulier contraste avec le respect presque idolâtre qu'ils professent pour ceux qui ne sont plus. C'est que les Coréens ont une grande appréhension que les morts ne soient mal à leur aise dans leur fosse ; et sous le plus léger prétexte, ils les transportent dans un endroit qu'ils s'imaginent devoir être plus commode.

Les Tartares.

Les Tartares inhument leurs morts, mais ils ne les portent au lieu de la sépulture que trois jours après le décès présumé. Ce délai expiré, ils les enterrent dans une fosse très peu profonde, et leur laissent la tête découverte, parce que les parens et les amis viennent les visiter plusieurs jours de suite pour s'assurer de leur mort ; et ne cessent ce pèlerinage que lorsque la décomposition ne permet plus le doute.

nouveau s'abattre sur Paris, où deux fois de suite il a frappé quarante mille personnes dont la moitié sont devenues ses victimes; voyez, disons-nous, quel champ immense de recherches et quels élémens puissans de vérification des lois pathogéniques établies par les calculs anglais!

Mais, pour arriver à ce résultat, il faudrait, pour ainsi dire, renverser les habitudes professionnelles, et là se place la plus sérieuse objection qui puisse se faire à l'exécution de l'idée que nous indiquons.

Dans nos mœurs médicales, le médecin ne s'offre pas, il attend qu'on le requière;

Dans le système que nous proposons, il n'attendrait pas la demande des familles, il irait au-devant d'elles.

Nous ne nous dissimulons pas la gravité de cette inversion. Elle peut blesser les scrupules, effaroucher la délicatesse d'un très grand nombre de confrères. Il faut tenir compte de ces susceptibilités fort respectables; aussi sentons-nous le besoin d'appuyer notre proposition sur des considérations que nous croyons non moins respectables, et d'indiquer, d'ailleurs, un mode d'exécution qui sauvegarde la dignité médicale dans chacun de ses membres comme dans le corps tout entier.

C'est ce que nous chercherons à faire dans un prochain article.

Amédée Latour.

ÉTIOLOGIE DU CHOLÉRA.

DE LA PROPRIÉTÉ ÉPIDÉMIQUE DU CHOLÉRA;

MÉMOIRE LU A L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE (1),

Par M. le dr Jolly, membre de l'Académie.

(Dans le précédent article, dernier alinéa, 2e ligne, au lieu de *quantités* occultes, lisez *qualités* occultes.)

Vous me pardonnerez, Messieurs, d'arrêter votre esprit à de si futils détails; mais en présence des mille autres puérilités de ce genre qu'il nous a fallu subir jusque dans cette grave et solennelle enceinte, et comme autant de mystifications scientifiques, l'Académie comprendra, sans doute, que, dans l'occurrence actuelle, elle n'a pas seulement pour mission d'édifier les vérités de la science sur des faits sérieux, positifs; mais qu'elle a aussi pour devoir non moins utile, d'éclairer les esprits, de dissiper l'ignorance et l'erreur qui viennent trop souvent se placer sous son égide. En un mot, de démolir tous ces échafaudages de préjugés, de mensonges et de chimères qu'elle a vus, de toutes parts, s'élever autour de l'étiologie du choléra.

Pour être vrai, ne craignons pas de le dire; la cause locale du choléra, s'il en existe, nous est tout aussi inconnue que la cause spécifique ou la nature même de l'épidémie. Il se peut que l'avenir nous réserve quelque chose de plus satisfaisant à ce sujet; mais après avoir cherché à mettre à jour le bilan scientifique de l'étiologie du choléra, nous sommes forcé de reconnaître cette triste vérité, que toutes les élucubrations enregistrées jusqu'à ce jour sur cette grave question, n'ont guère servi qu'à décourager le zèle des savans, qu'à tromper l'attente des observateurs, qu'à satisfaire l'illusion ou l'amour-propre des auteurs.

C'est qu'il faut le dire aussi : peut-être convenait-il de se demander, d'abord, si cette prétendue cause locale du choléra, qui a excité tant et de si vaines recherches, a une existence réelle et nécessaire; si elle n'est pas une pure chimère. En d'autres termes : si, pour s'exercer et se transmettre, la propriété épidémique du choléra a besoin d'une cause matérielle et locale quelconque; si elle ne peut pas se suffire à elle seule, pourvu qu'elle ne rencontre aucun obstacle à son exercice; pourvu qu'elle trouve des conditions physiques ou géologiques plus ou moins favorables à sa progression.

Tel est, en effet, la question qu'il fallait, tout d'abord, se proposer devant l'épidémie cholérique; question toute simple en apparence, mais grave, importante et la seule, d'ailleurs, qui soit accessible à l'observation; la seule aussi qui puisse intéresser en ce moment l'hygiène publique et l'administration sanitaire. Or, déduire de ce qui précède qu'il n'existe pas de cause locale déterminée, et suffisante ou capable par elle seule de constituer toute l'étiologie du choléra, n'est pas dire que sa propriété épidémique puisse s'exercer indifféremment partout, et avec la même liberté ou la même puissance d'action, avec les mêmes degrés d'intensité. Sous ce rapport, on ne peut douter que le choléra n'ait au moins pour certains lieux une prédilection remarquable, quel que soit d'ailleurs l'élément épidémique qui en constitue l'étiologie essentielle.

Ce qui a pu du moins frapper l'attention des observateurs dans la marche des précédentes épidémies, c'est que le choléra ait si souvent pris pour guide le cours des mers, des fleuves, des rivières, des canaux. C'est qu'il ait toujours ou presque toujours affecté plus spécialement les régions basses et humides, tous les lieux dont la constitution géologique se prête plus facilement à l'état hygrométrique de l'atmosphère.

Presque partout, en effet, depuis le golfe du Bengale, son premier point de départ, jusqu'aux rives de la Seine, où nous l'avons vu choisir ses premières et ses plus nombreuses victimes, le choléra, dans son immense parcours, a presque constamment suivi les lignes aqueuses, ainsi que les couches du sol les plus perméables aux émanations terrestres. C'est ainsi que, tout en quittant les bords du Gange, en 1816, il se jette sur les bas plateaux de cette contrée, en suivant les rives du Brahma-Poutra et de tous les affluens du Gange jusqu'à Calcutta, qu'il ravage en même temps que Jessore, Madras et Bombay. Bientôt il gagne les îles Molusques, puis les îles Philippines, en passant par Sumatra et Java, atteint le littoral maritime de la Chine en même temps que la Perse, en suivant fidèlement les bords du Tigre et de l'Euphrate, en frappant successivement, et dans toute sa violence, Bassora, Bagdad, Beyruth, Damas, Alep, et toutes les plus basses contrées de la Syrie, ne quittant cette région que pour atteindre les bords de la mer Caspienne et de la Méditerranée, par où il envahit la Russie d'Europe, la Pologne et toute l'Allemagne, sans s'éloigner un instant du voisinage des mers et des fleuves qu'il rencontre. C'est ainsi que la mer Noire, la mer Baltique, le Wolga, la Newa, la Vistule, l'Oder, l'Elbe, guident partout sa marche pour frapper toutes les populations voisines jusqu'à Dantzick, jusqu'à Hambourg, d'où il franchit la mer du Nord pour arriver aux îles Britanniques par le port de Sunderland; et là, comme on le sait, il ne lui reste plus qu'à traverser la Manche pour fondre sur Paris, dans la direction de la Seine, pour se répandre, comme nous l'avons vu, dans les quarante-huit départemens de la France, où la présence des rivières guide encore le plus ordinairement sa marche, où la nature plus perméable du sol lui assure encore plus de liberté d'accès, plus de facilité de progression.

Telle est, à grands traits, la marche que le choléra s'est plu deux fois à affecter pour parcourir une partie du monde; car c'est encore à peu près la même marche qu'il suit de 1846 à 1849. Il part encore des bords de l'Indus pour atteindre la Turqnie d'Asie, en suivant les bords du golfe Persique, jusqu'à la mer Caspienne et la Méditerranée, d'où il fait encore son entrée en Europe, en frappant avec la même violence la Turquie d'Europe, la Russie, la Pologne, la Prusse, et toujours dans la direction des grandes lignes aqueuses, de la mer Baltique, de la mer du Nord, de la Vistule, de l'Elbe, de la Trave, etc., etc., pour se jeter encore sur les îles Britanniques et la Hollande, à travers la mer du Nord, pour éclater encore à Sunderland, et presque en même temps à Édimbourg, à Londres, à Wolwich, et bientôt sur les côtes de France, qu'il envahit encore dans la même direction.

En 1835, et par un retour imprévu, il n'attaque que sept départemens du midi de la France, mais il ne quitte pas un instant le littoral de la Méditerranée; et s'il change son itinéraire en 1852; si, cette fois, il méconnait son origine et sait se passer du miasme indien pour se produire spontanément en Pologne, en Russie; en Galicie, en Silésie, en Danemarck, en Suède, etc., il n'en reste pas moins fidèle à son élément habituel de vie et de progression, et nous voyons encore la Vistule, la Warta, l'Oder, etc., tous les grands fleuves du Nord guider sa marche, et toutes les populations voisines lui servir de pâture. Et vous avez vu aussi, dans une récente communication due à l'obligeance de notre honorable collègue, M. Cloquet, que si le choléra a éclaté de nouveau en Perse par le nord, et contrairement à ses précédens, c'est encore en suivant l'Euphrate et le Tigre, en attaquant encore Bagdad, Bassora et les contrées voisines. En un mot, partout le choléra reste fidèle à sa marche habituelle et à sa prédilection pour les régions aqueuses.

Ce qu'il faut bien noter à ce sujet, comme fait d'observation également digne de remarque, c'est que non seulement le choléra suit fidèlement le cours des fleuves et des rivières pour se détourner assez souvent des plateaux élevés; mais il semble progresser plus rapidement vers les lignes aqueuses que sur les voies de terre; et sans garantir l'exactitude d'un calcul d'après lequel le choléra ferait, en moyenne, soixante lieues par jour sur la voie d'eau, et trois ou quatre seulement sur la voie de terre, on a pu du moins le voir en 1832, arriver à pas de course d'Astracan à Tiflis sur les fleuves du Caucase, et d'Astracan à Casan sur les rives du Volga; puis, atteindre presque en même temps par la mer Noire et la mer Baltique, Trébizonde, Riga, Moscou, Constantinople, St-Pétersbourg, Hambourg, Lubeck, arriver presque aussitôt à Paris qu'à Londres, à travers la Manche, sur la Tamise et la Seine, en poursuivant sa marche avec la même rapidité, sur les principales artères de la France; tandis qu'on le voit, en 1848, ralentir, suspendre même sa marche, alors qu'il lui convient un instant d'adopter la voie de terre. C'est alors, dis-je, qu'il progresse, comme on l'a dit, par étapes, de Tiflis à Moscou, de Kiew à Varsovie, de Dunkerque à St-Denis, et même de St-Denis à Paris; car il reste pour ainsi dire en quarantaine pendant près de six semaines à St-Denis, sans pouvoir atteindre Paris, quelles que soient d'ailleurs les communications incessantes qui se continuent entre les deux villes.

Il était permis de croire d'abord que ce fait d'observation n'était qu'apparent, attendu que l'épidémie ne pouvant manifester sa présence que dans des lieux habités, elle devait nécessairement se montrer plus fréquente et plus meurtrière au voisinage des fleuves et des rivières, où la fertilité du sol,

(1) Voir le numéro du 5 Novembre.

Il y a des peuplades qui laissent sécher à l'air les cadavres des morts, et ne les mettent dans la terre que lorsqu'ils sont réduits à l'état de squelettes.

Il y en a d'autres qui enterrent leurs morts sous la neige.

D'autres qui n'enterrent point les enfans qui meurent avant l'âge d'un an. Ils suspendent leurs petits corps à des arbres et ne s'en occupent plus.

Les Indiens.

La chaleur du pays ne permettant pas de garder les corps des morts, les Indiens se hâtent de procéder aux funérailles d'une personne dès qu'elle leur paraît morte. Cette précipitation, dit Ovingfort, est cause qu'ils brûlent les gens avant leur mort. Témoin le Banian qui servait de courtier aux Anglais. On le portait au bûcher comme un homme mort. Heureusement le chirurgien anglais rencontra le convoi, et s'avisa de tâter le pouls au prétendu défunt. Il lui trouva un reste de vie. On ramena le Banian chez lui, et quelque temps après il recouvra la santé.

Les Tonquinois procèdent à l'enterrement de leurs morts très peu de temps après le décès; mais ils ont le singulier usage de s'arrêter plusieurs fois pendant la marche du convoi funèbre, et, à chaque pause, de secouer très rudement le linceul, afin, disent-ils, de réveiller le mort, s'il n'était qu'endormi. Ils s'en assurent une dernière fois immédiatement avant l'enterrement, en piquant le corps à plusieurs reprises et en divers endroits, à l'aide d'une espèce de longue aiguille très pointue.

Les Siamois.

Les Siamois brûlent les corps après les avoir gardés à domicile pendant plusieurs jours. Aucun peuple ne porta jamais plus loin la pompe des funérailles et le respect pour les morts. En ce pays, on prive de sépulture non seulement les scélérats exécutés par ordre de la justice, mais encore les enfans morts-nés; les femmes qui meurent en couches; ceux qui ont le malheur de se noyer ou de périr par quelque autre accident fâcheux. Cela vient de ce que les Siamois, au lieu de plaindre ces infortunés, les regardent comme des coupables que punit la vengeance divine.

Quand il règne à Siam quelque maladie épidémique, on ne brûle point les cadavres, on se hâte de les enterrer; mais à peine la contagion terminée, on les exhume pour leur rendre les honneurs funèbres, et les brûler ensuite (1).

Les Caribes.

Chez les Caribes, avant de procéder aux funérailles d'un défunt, la loi veut que tous les parens viennent s'assurer, par leurs propres yeux, que la mort est bien réelle, et qu'elle est naturelle. Après que chacun a bien vu et bien examiné, on fait la toilette du cadavre, puis on le descend dans le puits qui doit lui servir de tombeau.

Les Guinéens.

Les pratiques funéraires usitées par les habitans de ce pays méritent de nous arrêter quelques instans. Voici le récit d'un voyageur, témoin oculaire de ce qu'il raconte:

Le marabout ou prêtre, commença par examiner attentivement le corps. Après qu'il eût décidé qu'il était véritablement privé de la vie, les autres prêtres qui l'accompagnaient le lavèrent et le graissèrent avec du suif. Ils le couchèrent ensuite sur une natte au milieu de la cabane. Les femmes l'environnèrent en pleurant. On promena ensuite le cadavre dans le village, puis on se rendit au lieu de la sépulture. Arrivés près de la fosse, quatre vigoureux nègres saisirent la femme du défunt, la précipitèrent vivante dans la fosse, le corps du défunt par dessus, et recouvrirent le tout de terre et de pierres.

Socotra.

Les habitans de cette île n'attendent pas, pour enterrer un homme, qu'il ait rendu le dernier soupir. Ils croient lui rendre un grand service que de lui épargner les souffrances qui accompagnent l'agonie; et lorsqu'ils jugent qu'un malade ne guérira pas, ils se hâtent de le porter en terre, et l'empoisonnent avec une liqueur *blanche* qui coule d'un certain arbre de l'île. Et telle est la force de la coutume, que les malades demandent d'eux-mêmes qu'on leur donne la mort.

Royaume de Camboge (faisant partie du royaume d'Anam).

En ce pays, quand un homme est mort, on ne l'enferme pas dans une bière, mais on l'enveloppe dans une natte de roseaux recouverte de toile. Quand on sort pour le convoi, on l'accompagne avec des tambours et des instrumens de musique. On arrive ainsi en un lieu où il n'y a aucun habitant. On y laisse le corps pour attendre que les oiseaux de proie, les chiens et d'autres animaux viennent les dévorer. Quand le cadavre a été promptement dévoré, ils disent que le père et la mère du défunt sont au ciel. S'il n'est dévoré que lentement ou imparfaitement, c'est que le père et la mère ont péché. Il y a encore à présent quelques habitans qui brûlent leurs morts : ce sont tous des descendans d'émigrés chinois.

Quand un père ou une mère viennent à mourir, on ne leur rend aucun honneur funèbre. (Abel de Rémusat, *Nouveaux mélanges asiatiques*, tome Ier, page 128, Paris, 1829.)

Tout ceci semble renouvelé des anciens Perses. On en sera peu surpris quand on saura que la religion des habitans du royaume de Camboge se rapproche beaucoup de celle des anciens Mages.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Les Siamois anciens livraient, presque immédiatement après la mort, chaque défunt à l'élément auquel il s'était consacré pendant la vie. Ainsi, on jetait à l'eau le corps de celui qui, de son vivant, avait fait de l'eau l'objet de son culte. Aujourd'hui, on enferme dans une bière le corps, dont on traite les intestins par le sublimé corrosif. Les riches brûlent les morts, ou plutôt les échaudent, car c'est à peine si les chairs sont attaquées par le feu. Le corps est ensuite enterré. — (Note communiquée par M. Yan-kie.)

M. Valleix, médecin de l'hôpital de la Pitié, commencera ses conférences cliniques le mercredi 16 novembre 1853, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis.

Les leçons auront lieu, à 9 heures, dans l'amphithéâtre de M. Laugier. La visite des malades sera faite, tous les jours, à 7 heures 1/2 (salles Saint-Raphaël et Sainte-Geneviève).

l'abondance et l'exploitation de tous les élémens de la vie matérielle, concentrent davantage les populations. Mais ce qui devait confirmer le fait, lui donner l'appui d'une sorte de contre-épreuve, c'est l'immunité fréquente, sinon générale, des lieux habités dans des conditions physiques et géologiques contraires, dans ces lieux plus ou moins élevés, qui reposent sur un sol primitif, quartzeux ou granitique; en un mot, dans ces lieux dits mauvais conducteurs des gaz. Et ce qui est encore d'observation assez remarquable, c'est que l'épidémie a souvent épargné les lieux pavés et certaines villes, à côté de villages et hameaux où l'humidité du sol offrait plus de prise à ses attaques, à sa violence.

On sait que la même remarque a été généralement faite aussi dans les habitations particulières. Ainsi, partout où l'épidémie a rencontré des lieux bas, froids et humides, ses attaques ont été plus nombreuses et plus meurtrières, et la loi n'a guère souffert d'exception à cet égard, depuis l'origine de l'épidémie jusqu'au terme actuel de sa course. Les loges ou cahuttes des Fellahs égyptiens, les froides et humides retraites des serfs russes, des paysans de la Pologne et de la Hongrie, les demeures souterraines des tisserands de la Belgique et de la Flandre, les habitations humides des rez-de-chaussée comparées aux étages plus ou moins élevés de nos maisons; tels sont encore les lieux où le choléra a toujours exercé le plus de ravages, où il a compté le plus de victimes.

Une remarque que nous avions faite en 1832, dans le 6me arrondissement, et que M. le octeur Marc Moreau a confirmée, en 1849, dans le 5me arrondissement comme circonstance également favorable à l'humidité des lieux et à l'exercice de la propriété épidémique, c'est que les cas de choléra ont été beaucoup plus nombreux dans certains logemens exposés à l'ouest et au sud, que dans les autres expositions; et s'il est vrai que l'épidémie n'ait excepté que très peu de quartiers de la capitale en 1832 comme en 1849, il est également certain qu'elle a sévi avec plus de violence dans les rues et les habitations les plus concentrées, les moins accessibles à l'air, à la lumière, au soleil. Les documens ne nous manquent nulle part pour établir cette vérité.

Ce qui fortifiera d'ailleurs la loi de prédilection du choléra pour les régions aqueuses ou humides, ce sont les résultats statistiques de la mortalité cholérique, où l'on voit figurer partout, et dans une proportion remarquable, les pêcheurs, les matelots, les bateliers, les débardeurs, les blanchisseurs, les porteurs d'eau et tous les individus que leur condition ou leur profession met dans le cas d'habiter le voisinage des rivières ou des localités humides. Et sans aller chercher au loin des exemples sur ce point, il suffit d'avoir suivi, en France, le mode d'invasion et de propagation de l'épidémie, pour trouver partout de tristes et nombreux témoignages de cette vérité. On sait que des baigneurs de la Manche et de la Méditerranée furent les premières victimes, et donnèrent le premier signal de l'épidémie dans plusieurs endroits, notamment à Cayeux, à Boulogne, au Havre, à Fécamp, à Marseille, etc., etc. On sait aussi que tel fut le sort d'un grand nombre d'ouvriers ou de préposés dans beaucoup de ports ou d'établissemens maritimes que l'épidémie a visités. A Bordeaux, c'est un marin n'ayant eu aucun rapport avec des cholériques, ni avec des lieux affectés, qui est atteint, le premier, de l'épidémie, pendant qu'il s'est endormi dans son embarcation. A Toulon, c'est aussi un marin qui est frappé tout d'abord, sans avoir eu de relation d'aucune sorte ni avec les lieux où règne l'épidémie, ni avec les personnes, ni avec les prétendus objets contaminés. Il en est de même à Arles, à Nantes, à Aix, à Beaucaire, à Cadenet, à Vitry-le-François, à Lunéville, et dans une foule d'autres endroits que des rapports officiels et des correspondances particulières ont signalé pour les mêmes faits à l'administration sanitaire et à l'Académie elle-même. Le rapport général de la préfecture de la Seine, ainsi que les statistiques partielles de l'épidémie de 1832, avaient déjà mis hors de doute le fait dont il s'agit, et nous conservons toujours le souvenir du premier cas de choléra qui s'est offert à notre observation, le 26 mars 1832, chez un ouvrier travaillant sur le bateau broyeur établi sur la Seine, quai de l'Horloge, lequel fut frappé comme par la foudre au moment même où, plein de santé, de vigueur et de jeunesse, il venait de descendre sur son bateau pour se mettre au travail. Nous n'avons pu oublier le cas aussi funeste d'une jeune dame qui, sous nos propres yeux, éprouva le même sort dans un bain où elle était entrée en parfaite santé.

Faut-il donc s'étonner maintenant que, dans cette prédilection si manifeste pour les régions aqueuses, le choléra ait pu, avec toute sa liberté de migration, s'abattre spontanément sur les mers; qu'il ait pu y rencontrer, au lieu de les éviter, des bâtimens de guerre ou de commerce, y atteindre un certain nombre de passagers, sans qu'il soit nécessaire d'accuser en ccla des effets de contagion, quel que soit d'ailleurs l'état sanitaire des provenances.

Il était tout naturel de penser que si le choléra est doué de cette sorte d'affinité élective pour certains lieux hygrométriques, il doit nécessairement, et en vertu même de cette loi, tendre à s'éloigner des lieux que leur constitution géologique place dans des conditions atmosphériques contraires. Or, l'expérience a encore justifié cette loi dans la plupart des cas; et l'on ne peut nier que les plateaux élevés, ceux surtout qui reposent sur des couches granitiques, et qui sont, par ce fait, mauvais conducteurs des gaz, moins perméables aux émanations terrestres, n'aient été assez généralement épargnés. Mais il ne serait pourtant plus vrai de dire que la propriété épidémique du choléra devient absolument impuissante à poursuivre sa marche devant ces lieux privilégiés, comme aussi devant ces forêts vierges ou ces montagnes primordiales dont le Morvan, le Limousin, l'Auvergne, les Alpes et les Pyrénées nous offrent l'exemple, et que l'on avait cru pour cela inaccessibles ou réfractaires aux atteintes du fléau. Malheureusement quelques exemples sont venus détruire les espérances d'immunité absolue que l'on avait conçues à leur égard. Non seulement le choléra a su franchir les limites des pays granitiques, mais il a su, en France comme en Perse, s'élever à une hauteur de plus de 1,000 mètres au-dessus du niveau de la mer. Et, toutefois, les exemples, à cet égard, ne se comptent encore, jusqu'à ce jour, que comme de rares exceptions, qui sont loin de détruire le fait plus général et plus commun que nous venons de signaler, fait qui reste suffisamment acquis à l'histoire de l'épidémie, et qu'il est, du moins, permis de livrer aux règles et à la pratique de l'hygiène, en attendant qu'il puisse servir de document aux interprétations de la science, soit comme condition nécessaire de l'électricité atmosphérique, soit comme cause de refroidissement du corps, soit comme circonstance favorable, nécessaire à l'importation de l'élément épidémique.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL SAINTE-MARGUERITE. — Service de M. LEGENDRE.

Sommaire — Polydipsie. — Cancers multiples, grossesse, péritonite. — Cirrhose et albuminurie. — Hémorrhagies intestinales.

(Suite. — Voir le n° du 8 Novembre.)

Le cas suivant est un exemple de diathèse cancéreuse, dans le cours de laquelle une grossesse s'est produite. C'est en même temps un fait où le diagnostic, pendant la vie et après la mort, a offert de grandes difficultés.

Le 20 septembre 1853, est entrée dans le service (salle Sainte-Geneviève, n° 2), une femme de 42 ans, couturière. La malade rapporte le début de l'affection actuelle à trois mois. Elle fut prise alors d'une douleur assez vive dans le flanc gauche. Les règles, soit avant, soit en même temps, se supprimèrent; puis, peu de temps après, il survint des vomissemens qui renfermaient une quantité variable de sang. Les vomissemens ont continué jusqu'au moment de l'admission de cette femme à l'hôpital. Ils n'avaient, du reste, ni dans leur retour, ni dans leurs caractères, rien de constant. Ils ne revenaient guère que tous les deux ou trois jours, fatiguaient et affaiblissaient beaucoup la malade. Enfin, quant à la tumeur de la région épigastrique, cette femme ne s'est aperçue de sa présence que depuis un temps assez court et qu'elle ne saurait préciser. Nous n'avons pu obtenir des renseignemens bien détaillés sur les antécédens. La santé paraît avoir été généralement bonne; la menstruation a été toujours régulière; il y a eu plusieurs couches heureuses. Depuis un an le dévoiement était fréquent et avait produit de la faiblesse et de l'amaigrissement. Lorsque les règles se sont arrêtées, cette femme se crut enceinte.

La première fois que nous l'examinâmes, notre attention fut absorbée par les phénomènes physiques et fonctionnels, dont l'estomac parut être le siége, ainsi que par l'état cachectique concomitant. Il existait, en effet, une maigreur très prononcée, le teint était jaunâtre, sans offrir la coloration jaune paille, caractéristique d'une affection cancéreuse. Les vomissemens, qui avaient duré près de trois mois, se sont arrêtés au moment de l'admission; l'appétit est en même temps revenu avec plus d'intensité. Mais le ventre présentait des lésions très manifestes. Beaucoup plus développé qu'à l'ordinaire, sonore à la percussion dans presque toute son étendue, il offrait une sensibilité générale assez marquée. A la région épigastrique, on constatait la présence d'une tumeur très volumineuse, dure, un peu inégale, quoique aplatie, un peu mobile, s'étendant d'un hypochondre à l'autre, et descendant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le bord inférieur de cette tumeur en était la partie la plus dure et la plus résistante. La tumeur se continuait, à droite, avec le foie, du moins ne parvenait-on pas de ce côté à la circonscrire nettement. Le foie et la rate avaient en hauteur leurs dimensions ordinaires. D'après les symptômes et les lésions que nous venons de rapporter, on crut à l'existence d'une affection organique de l'estomac ou du foie.

Mais bientôt de nouvelles recherches firent voir que l'utérus était volumineux, dépassait le petit bassin, était régulièrement arrondi et développé comme dans une grossesse arrivée au troisième ou quatrième mois. Les lèvres du col, amincies, un peu dures, se trouvaient entr'ouvertes. En même temps, on remarqua le développement des seins, qui contrastait avec la maigreur générale, et qui avait coïncidé avec la suppression des règles. Néanmoins, la malade, qui avait remarqué tous ces phénomènes et quelques autres encore, mais qui ne se trouvait pas dans le même état que pendant les autres grossesses, doutait encore qu'elle fût enceinte. Le résultat est venu enlever tous les doutes qu'on pouvait conserver des deux parts.

Le 1er octobre. Des douleurs d'enfantement eurent lieu et la malade expulsa un fœtus de trois mois environ, bien conformé, mais peu développé. Peu de temps après, le ventre devint le siége de douleurs très vives, et, dans la nuit du 2 au 3, il se produisit des vomissements.

Le 3 octobre au matin. Nous trouvons la malade dans l'état suivant : figure très altérée, anxiété assez grande, soif vive et insatiable; pouls à 124, petit et misérable. Le ventre est développé, tendu, météorisé, sensible; mais la tension et la sensibilité ne nous paraissent pas excessives; les douleurs siégent principalement à la partie supérieure de l'abdomen. Les suites de couches continuent. La malade succombe dans la journée malgré le traitement actif qui fut employé.

AUTOPSIE.

Abdomen. — La tumeur, qui a été constatée pendant la vie, siége bien à la région épigastrique et se trouve constituée non seulement par l'estomac, lequel, comme nous le verrons tout à l'heure, présente une dégénérescence organique dans une partie de son étendue, mais par une masse ganglionnaire offrant une altération analogue.

La cavité abdominale ne renferme pas de liquide; le péritoine présente çà et là, principalement à la partie supérieure du ventre et vers l'estomac et le colon transverse, une fine injection arborescente. La séreuse est en outre un peu poisseuse et les circonvolutions intestinales adhèrent légèrement les unes aux autres. Mais la lésion la plus remarquable consiste dans le dépôt de masses, dont nous rechercherons plus loin la nature histologique, masses qui varient en volume depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une fève et plus, et qui sont répandues en petites quantités sur la rate, le foie, en certaines parties du mésentère, et qui se montrent agglomérées, de manière à constituer presque une tumeur continue, à la face inférieure du diaphragme, du côté droit. Ces masses font une saillie de 1 à 2 centimètres, sont molles, d'un rouge lie-de-vin et ressemblent à de l'encéphaloïde ramolli. On trouve encore des tumeurs analogues derrière le rein du même côté.

Sur les intestins, on aperçoit de petites granulations blanches et assez fermes.

Les ganglions, situés derrière et au-dessous de l'estomac, sont très volumineux et transformés en une substance blanche-jaunâtre, molle, mais un peu ferme, ressemblant à du mastic, ou mieux, à de la matière tuberculeuse, que ces ganglions paraissent renfermer; il est des points où la matière, étant ramollie, n'offre plus les mêmes caractères; elle présente l'aspect de l'encéphaloïde proprement dit. Si bien que certains de ces ganglions ont l'air de contenir à la fois de la matière tuberculeuse et du tissu cancéreux. L'adhérence de quelques-uns de ces ganglions, ainsi altérés, avec la grande courbure de l'estomac, est en quelques points fort intime.

Estomac. — Développé. A deux travers de doigt du pylore, qui est parfaitement libre et intact, existe une tumeur saillante ou champignon, de trois travers de doigt d'étendue, un peu lie-de-vin, ramollie, et qui n'offre pas des caractères bien tranchés. On se demande si c'est du cancer ou du tubercule. Le pancréas est également affecté.

La même question doit être faite à l'égard d'une tumeur du volume d'une grosse noix, qui occupe le centre du foie, et qui est en voie de ramollissement. La rate renferme une ou deux petites tumeurs d'apparence cancéreuse. Enfin, nous signalerons des masses cancéreuses sous le péritoine qui tapisse la face postérieure de l'utérus; mais ce dernier, encore fort dilaté par la présence récente d'un fœtus, ne contient ni dans son corps, ni dans son col, la moindre trace d'épaississement squirrheux ou de la tumeur morbide.

L'examen microscopique n'a fait découvrir, dans les différentes masses ou tumeurs dont nous venons de parler, que des noyaux cancéreux; nulle part, on n'a aperçu l'élément du tubercule.

Pendant la vie on est resté jusqu'au moment de l'avortement dans le doute sur l'existence d'une grossesse. Le développement de l'utérus ne pouvant être contesté, on s'est demandé s'il fallait le rapporter à la présence d'un produit de conception ou à une affection organique, qui eût été elle-même sous la dépendance d'une diathèse générale. Cette dernière, au point où elle en était arrivée, était regardée presque comme incompatible avec l'intégrité des fonctions utérines. Sur ces entrefaites, un avortement a lieu en quelques heures; après se déclare une péritonite rapidement mortelle. A l'autopsie, on trouve bien dans l'abdomen les signes d'une phlegmasie récente, mais son maximum d'intensité paraît occuper la région épigastrique. L'utérus et ses annexes, ovaires, ligamens larges et vaisseaux sont parfaitement intacts. En présence de ces lésions, n'est-on pas en droit de supposer, avec M. Legendre, que l'une des tumeurs qui siégent à l'épigastre s'est ouverte pendant la vie et peut-être avant la fausse-couche, et a déterminé tous les accidens qui ont suivi. A l'appui de cette hypothèse, nous pouvons faire valoir, outre les motifs précédens, la sensibilité très vive du ventre, constatée par nous quelques jours avant l'avortement.

Les lésions anciennes, trouvées à la surface ou dans l'intérieur de différens viscères abdominaux, ont présenté des particularités remarquables. Elles occupaient l'estomac, les ganglions mésentériques, la face inférieure du diaphragme, le foie, la rate et la partie postérieure de l'utérus. Mais leurs caractères physiques n'étaient pas assez tranchés pour qu'on pût, à l'inspection à l'œil nu, décider de leur nature. Ici, la substance ressemblait à de l'encéphaloïde ramolli et un peu enflammé; là elle offrait beaucoup d'analogie avec le tubercule cru ou en voie de ramollissement. C'était un de ces cas où le microscope, dont on abuse parfois, pouvait rendre de véritables services. Il n'a montré, dans toutes ces tumeurs d'apparence, de volume, de consistance différens, que des noyaux cancéreux. Des caractères physiques et micrographiques, nous sommes disposé à conclure que ces masses étaient des tumeurs cancéreuses enflammées, lésion peu connue encore et sur laquelle M. Cruveilhier a attiré l'attention.

Voici maintenant une observation de cirrhose, compliquée d'albuminurie :

Le 21 septembre 1853, entre la nommée Samoriane (salle Ste-Geneviève, n° 37), âgée de 42 ans, polisseuse, née à Charleroy (Belgique), et demeurant à Paris depuis une dizaine d'années au moins.

D'une assez bonne santé habituelle, n'ayant point fait de maladie grave, assurant qu'elle n'a jamais commis d'excès de boissons, elle n'a jamais eu à souffrir de la misère, du froid et de l'humidité; elle a été réglée à 12 ans et a cessé de voir naturellement et sans accident, il y a quatre ans environ. Elle a eu une fausse couche à 30 et quelques années.

Cette femme fait remonter le début de sa maladie à trois ou quatre mois; mais pendant tout l'hiver elle avait toussé con-

tinuellement. A la suite de cette toux, elle fut prise d'une forte diarrhée, mêlée de sang, qui fut suivie elle-même, après un temps que ne peut fixer la malade, d'une enflure du ventre. Le développement de l'abdomen n'a cessé de faire des progrès et l'œdème a fini par gagner, il y a deux mois environ, les extrémités inférieures. Jamais, à aucune époque, il ne s'est manifesté le moindre œdème à la figure. Le dévoiement, depuis le début du mal, n'a presque jamais cessé.

A l'entrée de la malade, on constata, outre l'anasarque des membres inférieurs et l'ascite, l'absence de lésions du côté du cœur, des poumons et du foie, lequel paraît offrir des dimensions moindres qu'à l'état normal. Des renseignemens précédens, des phénomènes observés, et principalement de la marche de l'œdème, on était en droit de conclure que tous les accidens devaient très probablement être rapportés à une affection hépatique, à une cirrhose du foie. L'examen des urines vint modifier le premier diagnostic en montrant qu'elles contenaient une forte proportion d'albumine. Leur quantité avait en outre beaucoup diminué depuis l'apparition des premiers phénomènes; mais jamais les reins n'avaient été le siége de douleurs. Ils n'offraient encore, même à la pression, aucune sensibilité.

M. Legendre, tenant compte du développement du ventre, qui était très considérable, de l'œdème très prononcé des membres inférieurs, et ne voulant pas pratiquer la ponction abdominale, fit de petites scarifications avec la lancette le long des membres inférieurs. Cela fut fait vers le 26 ou le 27 septembre. Les piqûres rendirent une grande quantité de sérosité; l'œdème, l'ascite, diminuèrent beaucoup et rapidement. En même temps, la malade fut prise d'une diarrhée colliquative des plus graves, s'affaiblit rapidement, perdit l'appétit, et fut plongée presque continuellement dans une somnolence, d'où il était peu facile de la tirer.

Le 4 octobre, la peau est froide; le pouls bat 90-94 fois par minute, il est faible, misérable, dépressible. La langue est fraîche. Inappétence. Ventre tombé. Œdème disparu. Continuation de la somnolence et de la diarrhée.

Le 5 octobre, les symptômes précédens se sont encore aggravés; la somnolence est presque continuelle. Le dévoiement est de plus en plus colliquatif. La malade finit par succomber dans le coma le lendemain.

Pour ne pas surcharger une observation déjà bien longue, nous dirons peu de choses de l'autopsie qui a été faite avec les plus grands soins. Nous ne décrirons pas minutieusement les lésions trouvées dans le foie et les reins. Qu'il nous suffise de dire que le premier présentait les signes d'une cirrhose déjà avancée. Quant aux reins, ils offraient une teinte rougeâtre uniforme, indice d'une congestion très prononcée; nous n'y avons remarqué ni la teinte chair d'anguille, ni le retrait de la substance corticale, ni la présence de granulations blanchâtres, signes d'une maladie de Bright ou d'une néphrite albumineuse passée à l'état chronique.

Dans le fait précédent, la maladie principale, celle à laquelle on doit accorder la plus grande part dans la production de tous les accidens, c'est incontestablement la cirrhose du foie, dont la malade a offert, pendant la vie, les symptômes les plus évidens et après la mort les lésions anatomiques ordinaires.

Quant à l'albuminurie, à quoi faut-il l'attribuer? Est-ce à une néphrite albumineuse; est-ce à une simple congestion rénale? Eh bien! la marche et les symptômes de la maladie ne se rapportent guère à la première affection. Il n'y a jamais eu d'œdème de la face, l'anasarque s'est développée comme dans les maladies hépatiques. Les troubles urinaires, sur lesquels la malade a pu donner des renseignemens, ne se sont manifestés que dans les derniers temps de la vie.

Après la mort, les reins ont présenté une apparence et surtout une consistance qui nous ont paru, ainsi qu'à M. Legendre, se rapporter plutôt à une congestion tenant à la gêne de la circulation, qu'à une inflammation. C'est donc du côté d'une congestion que nous sommes disposé à pencher dans ce cas. La présence de l'albumine dans l'urine nous semble devoir être considérée comme un accident secondaire et ultime de l'affection hépatique. Cette observation est digne d'intérêt surtout à une époque où, comme maintenant, toutes les questions relatives à la maladie de Bright et à l'albuminurie se trouvent à l'ordre du jour.

Nous terminerons par un cas d'hémorrhagie intestinale où le diagnostic a dû rester incertain :

Le 16 août 1853, est entrée (salle Sainte-Geneviève, n° 18), la nommée Petia, âgée de 28 ans, domestique, née en Savoie et demeurant à Paris depuis huit ans.

Cette femme, malgré sa taille, qui est assez élevée, son embonpoint et son apparence de force, n'a jamais joui, pourtant, d'une santé parfaite et robuste. Son père est mort phthisique. Elle-même n'a pas été très bien portante dans son enfance, et, avant l'apparition des règles, elle a souffert pendant dix-huit mois d'une affection de la jambe gauche, de laquelle, au dire de la malade, il est sorti un fragment osseux. La menstruation s'est déclarée à l'âge de 18 ans, mais ne paraît pas s'être jamais parfaitement établie. Il y avait souvent des irrégularités. La malade a fait une fausse-couche, de deux mois, en avril 1852. Les règles ont à peine reparu pendant les mois qui ont suivi cet accident, et ont fini par cesser complètement vers le mois de septembre ou d'octobre dernier. A cet époque il survint du dévoiement; on eut recours, pour le combattre, à des purgatifs.

Le mal prit alors un autre caractère; les hémorrhagies intestinales, qui commencèrent à se manifester, ont persisté depuis lors, et ont forcé la malade à entrer à l'hôpital. La santé générale a éprouvé, de ces pertes de sang répétées, un profond ébranlement; les forces et l'appétit se sont perdus; il y avait impossibilité de se livrer à aucun travail, de la céphalalgie et des étourdissemens. Dans le principe, et pendant un temps impossible à préciser, le dévoiement continua; il y avait cinq ou six selles au moins par jour; puis, leur nombre a diminué, et s'est borné à deux ou trois au plus. Vers le mois de juillet même, la constipation fit place momentanément au dévoiement; et un purgatif ayant été administré, les hémorrhagies intestinales cessèrent pendant quatre ou cinq jours. Aussi, partant de cette indication fortuite, M. Aran, chargé du service en l'absence de M. Legendre, soumit la malade à l'usage journalier des purgatifs. Les selles ont diminué de fréquence et se sont régularisées; la quantité de sang a également un peu diminué.

Voici l'état dans lequel nous avons trouvé la femme Petia le 14 septembre : Haute et forte stature; amaigrissement peu prononcé; teint pâle et anémique; aucune trace d'œdème. Les seules fonctions qui paraissent atteintes, sont la digestion et la circulation. Cependant, du côté de la première, il s'est opéré, depuis l'entrée de la malade, un peu d'amélioration. L'appétit est revenu en partie; la digestion stomacale se fait plus facilement; il n'y a plus chaque jour qu'une ou deux garderobes. Les matières fécales sont dures et ont leur aspect ordinaire, mais elles sont recouvertes d'une certaine quantité de sang d'un rouge foncé, lequel sang n'est nullement combiné avec les matières, il est tout à fait distinct. La quantité, pour la garderobe que nous avons vue, était très peu considérable. La malade nous a affirmé, à plusieurs reprises, que cette séparation s'était toujours montrée, quel que fût le nombre des selles; ces dernières n'ont jamais ressemblé, pour la couleur et la consistance, à du raisiné. Seulement, pendant assez longtemps, le sang excrété était plus abondant et plus foncé. Il y a encore un autre renseignement dont il faut tenir grand compte, c'est l'existence de douleurs qui précèdent chaque garderobe, qui partent de l'ombilic, descendent vers l'hypogastre, et sont immédiatement suivies du besoin d'aller.

On comprend qu'en présence des symptômes précédens le ventre a été exploré, avec le plus grand soin, à l'aide de la palpation abdominale et du double toucher rectal et vaginal. Ces différentes investigations n'ont fait découvrir aucune lésion, aucune tumeur, aucune résistance anormale. Le ventre est peu développé, souple, maniable, indolent et n'offre, ni à l'épigastre, ni vers l'ombilic, de résistance suspecte. Le doigt n'a rien découvert dans le rectum, aussi haut qu'il a pu atteindre. Enfin, l'utérus a paru parfaitement sain.

Du côté de la circulation on a constaté peu de fréquence, on a trouvé un bruit de souffle doux, léger qui accompagne le premier temps, se perçoit dans toute l'étendue de la région précordiale et s'entend également dans les artères du cou. Nous ajouterons, pour compléter le tableau des symptômes qui tiennent à l'anémie, qu'il existe une céphalalgie fréquente et prononcée surtout quand la malade est restée dans la position verticale, et que toutes les muqueuses participent à la décoloration de la peau. — La malade est sortie à la fin du mois dans le même état de santé.

Dans ce cas, on a dû attribuer les hémorrhagies soit à des hémorrhoïdes internes, situées à une assez grande distance de l'anus, soit à une affection organique de l'intestin. Il a été impossible de rien conclure en présence des seuls renseignemens recueillis. Il y a autant de raisons pour chacune des deux hypothèses. Ce fait montre donc la difficulté que présente le diagnostic dans certains cas d'hémorrhagies intestinales.

Dr Ch. BERNARD.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 Octobre 1853. — Présidence de M. COMBES.

Structure de la rétine.

M. REMACK adresse, à l'occasion d'une communication récente de M. Kolliker sur ce sujet, la note suivante :

M. Kolliker vient de communiquer à l'Académie des observations selon lesquelles la *macula lutea* n'est composée que des cellules nerveuses multipolaires, dont les prolongemens se continuent avec des fibres nerveuses. (Compte-rendu de la séance du 26 septembre 1853.) C'est sans doute par une faute de mémoire que M. Kolliker donne cette observation comme sa découverte. Elle se trouve déjà dans mon mémoire sur les fibres nerveuses ganglieuses, qui a été lu à la séance de l'Académie de Berlin du 12 mai 1853, et que M. Kolliker lui-même a cité dans son journal, à propos de quelques remarques sur les nerfs gris.

Après avoir décrit ma méthode de traiter les nerfs, j'ajoute : « Cette méthode peut représenter les cylindres d'axe variqueux, les fibres nerveuses en communication avec les cellules nerveuses multipolaires, dont se compose la *macula lutea* et qui se trouvent à la surface interne de la rétine entière; notamment, elle peut aussi résoudre la substance nommée *granuleuse* de la rétine en des cylindres d'axe, pâles, variqueux, qui surpassent de beaucoup en finesse tout ce que l'on a connu jusqu'à présent. »

Voilà quatre faits contenus dans ces mots : 1° que les fibres nerveuses de la rétine sont des prolongemens des cellules nerveuses multipolaires; 2° que la *macula lutea* n'est composée que de telles cellules ; 3° que de telles cellules se trouvent aussi à la surface interne de la rétine entière ; 4° que la substance nommée granuleuse de la rétine n'est composée que de fibres nerveuses très fines. Le premier de ces faits vient d'être confirmé par M. Corti ; le deuxième et le troisième par MM. Kolliker et H. Müller. Le quatrième fait attend encore la confirmation de ces habiles observateurs. (Commis. MM. Serres, Flourens et Milne-Edwards.)

Sur la cause générale qui régit le développement de la taille dans les animaux d'un même ordre et d'un même type.

M. Ed. ROBIN adresse, sous ce titre, un mémoire qui lui paraît offrir de nouvelles preuves à l'appui de la cause assignée dans son précédent mémoire à la vieillesse et à la mort sénile.

D'après mes recherches sur les causes de la vieillesse et de la mort sénile, dit l'auteur, la taille manifeste l'intensité de la combustion intérieure exercée chez les différens animaux en état de vie, et, dès lors, traduit, dans les conditions ordinaires, l'activité des phénomènes d'incrustation, qui, selon moi, amènent la vieillesse et la mort sénile. Petite, la taille entraîne une grande activité de combustion, une faible résistance à l'abstinence, une grande consommation d'alimens, un grand détritus minéral, une incrustation prompte, une vieillesse précoce, une courte durée de vie; grande, elle entraîne une combution relativement faible, un pouvoir plus grand de résister à l'abstinence, une consommation alimentaire faible, un faible détritus de combustion, une lente incrustation, une vieillesse tardive, une longue durée de vie.

Je veux rechercher la raison de ce rapport entre le développement de la taille et l'activité des phénomènes de combustion intérieure, partant de minéralisation, qui amènent la vieillesse et la mort; je veux rechercher, par suite, d'où vient, dans chaque type d'un même ordre, ce rapport inverse entre le développement de la taille et la durée de la vie.

La raison du rapport me paraît simple : dans chaque ordre, et toutes choses égales, si plus est grande la quantité de matière alimentaire nécessaire au soutien de la combustion, plus, dès lors le détritus opère promptement l'incrustation qui impose un terme à la vie, plus aussi la taille est petite ; c'est que la minéralisation, qui met un terme nécessaire à la vie, est la cause générale qui met un terme nécessaire à l'accroissement.....

Cette manière de voir ne rend pas compte seulement du rapport général et inverse entre la durée et la vie et le développement de la taille; elle fait encore prévoir et comprendre les généralisations acquises concernant l'influence qu'exercent sur la taille la vie habituelle, aquatique ou non aquatique dans les eaux douces ou dans les eaux de mer, terrestre ou aérienne, dans les climats excessivement froids ou dans les climats soit chauds, soit tempérés, enfin sous l'influence de l'atmosphère actuelle ou sous l'influence d'atmosphères antérieures graduellement moins riches en oxygène. C'est ce que l'auteur s'est proposé de démontrer en examinant successivement les effets de ces diverses conditions d'existence. (Comm. MM. Serres, Isidore Geoffroy St-Hilaire, Andral, Velpeau.)

Théorie de l'action des anesthésiques.

M. Ed. ROBIN adresse, à l'occasion d'une lettre de M. Jeacmel, une nouvelle note destinée à défendre la théorie qui fait consister l'action des anesthésiques en une opposition aux phénomènes de combustion lente exercés dans le sang pendant la vie, etc. (Comm. nommée.)

Études d'anatomie, de pathologie et de thérapeutique, pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille.

M. TRIQUET adresse, sous ce titre, un mémoire qui renferme, outre un grand nombre d'observations, la discussion des principaux travaux relatifs au même sujet. Ce mémoire est résumé par l'auteur dans les termes suivans :

Je crois avoir démontré, par ce travail, que les auteurs qui ont écrit sur les maladies de l'oreille n'en ont point étudié l'anatomie pathologique d'une manière positive, et que cette proposition, qui est vraie même pour les altérations de l'oreille moyenne, s'applique bien plus directement encore aux lésions de l'oreille interne. Mes dissections ont prouvé que le labyrinthe peut s'enflammer, suppurer, comme l'oreille moyenne, etc.

Un malade, qui avait succombé avec les symptômes d'une surdité dite *nerveuse*, m'a offert les traces d'une phlegmasie non douteuse dans l'oreille moyenne et interne; ce sujet intéressant réclame d'ailleurs de nouvelles recherches.

L'otite des phthisique, jusqu'à présent dite *tuberculeuse*, ne m'a offert, dans mes dissections, aucune trace de tubercules enkystés ou infiltrés, mais une phlegmasie suppurative des cavités de l'oreille.

J'ai pu faire, d'une manière assez complète, l'anatomie pathologique de l'otite typhoïde et celle des fièvres graves.

Comme corollaire de cette description, j'ai exposé le mécanisme des perforations pathologiques du tympan ; dans ces maladies, je fais voir comment le pus pouvait s'infiltrer de l'oreille moyenne dans les cavités de l'oreille interne.

Dans une deuxième partie se trouvent émises les conséquences thérapeutiques de ces recherches, quelquefois en opposition avec les assertions des auteurs cités.

Le procédé nouveau de cathétérisme pour la trompe d'Eustache que je soumets à l'appréciation de l'Académie, me paraît destiné à vulgariser ce moyen de thérapeutique en le rendant plus facile et plus sûr. (Com. MM. Roux, Andral, Velpeau.)

M. POGGIOLI lit un mémoire ayant pour titre : Nouvelle application de l'électricité par frottement, sans commotion, sur l'homme sain et sur l'homme malade. (Comm. MM. Becquerel et Andral.)

M. BRACHET, à l'occasion d'une communication récente de M. Leclerc, sur l'*appareil nerveux des végétaux*, fait remarquer que dans un ouvrage qu'il a publié sous le titre de : *Recherches expérimentales sur les fonctions du système nerveux ganglionnaire*, il a traité la question du système nerveux des plantes. (Comm. nommée pour le mémoire de M. Leclerc.)

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 137. SEPTIÈME ANNÉE. Jeudi 17 Novembre 1853.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue St-Georges, n° 12.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 16 NOVEMBRE 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

QUESTION DU PERCHLORURE DE FER.

Nous ne demandons pas mieux que de mettre en pratique le conseil donné hier par notre savant et honoré maître M. Velpeau : Ne nous pressons pas de rejeter l'emploi du perchlorure de fer du traitement des tumeurs anévrysmales et des hémorrhagies traumatiques. Telle a été la conclusion de l'honorable professeur; mais, il en faut convenir, les développemens dans lesquels il est entré n'ont pas rendu cette conclusion très rigoureuse. L'expérimentation sur les animaux, les tentatives sur l'homme, n'ont fourni, jusqu'ici, que des résultats infiniment peu satisfaisans ; les inductions physiologiques que l'on peut tirer de l'investigation anatomique, soit du caillot, soit des vaisseaux qui le renferment, sont peu encourageantes; dans l'état actuel des choses, on peut dire que la méthode ne vaut rien; cependant, ne la rejetons pas absolument et systématiquement de la thérapeutique ; il est possible qu'elle n'ait pas dit son dernier mot et que quelques modifications à la préparation du perchlorure de fer le rendent moins dangereux, ou même que l'on trouve quelque autre liquide qui n'offre aucune espèce d'inconvéniens.

Nous le voulons bien et nous ne chicanerons pas M. Velpeau sur quelques propositions de son allocution, contestables peut-être. Dès qu'un chirurgien de son expérience, de sa prudence, de son habileté, et, disons-le, de son scepticisme habituel, entrevoit la possibilité d'un progrès dans une idée nouvelle, nous aurions mauvaise grâce à nous montrer plus sévère que lui-même. D'autant plus qu'un élément nouveau, c'est-à-dire un nouveau fait a été introduit hier dans la discussion, et que ce fait nous paraît considérable autant à cause du succès rapide et persistant, qu'il annonce, que par les garanties scientifiques offertes par l'observateur qui la fait connaître.

M. Leblanc, en effet, après avoir rappelé les expériences qu'il a faites sur les animaux, et desquelles il résulterait, d'après lui, que les conséquences de l'injection du perchlorure de fer dans les artères et les veines des animaux, n'auraient pas été suivies des accidens indiqués par M. Malgaigne, M. Leblanc a lu une lettre adressée à M. Debout par M. le docteur Valette, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans laquelle cet honorable chirurgien rapporte un fait de succès complet de l'injection du perchlorure de fer, dans un cas d'anévrysme faux consécutif survenu après une saignée malheureuse du bras.

Cette observation, que nous ne pouvons qu'indiquer, et dont la publication ne se fera pas sans doute attendre, a semblé produire une assez vive impression. M. Valette, y entre, en effet, dans quelques détails qui rendraient raison de quelques insuccès qui ont été signalés, et que l'on pourrait éviter au moyen de certaines précautions qu'il indique. Il est probable que M. Velpeau avait connaissance de ce fait quand il est monté à la tribune, ce qui expliquerait la différence de son discours d'hier avec son allocution de la dernière séance.

Cependant, nous ne pouvons résister à citer une réponse de notre honorable confrère et ami, M. Debout, qui prend, soit dans son journal, soit à la Société de chirurgie, une part très active à la propagation de la méthode Pravaz : Si vous aviez le malheur d'être affecté d'un anévrysme, lui avons-nous demandé, vous feriez-vous traiter par la méthode? — Non, nous a répondu très énergiquement M. Debout.

Ce non nous fournirait matière à de longues considérations déontologiques; mais nous craindrions de nous attirer quelque verte et spirituelle mercuriale de M. Velpeau à l'endroit de la morale chirurgicale, avec accompagnement de quelque malicieuse application d'une maxime de Mme de Staël, de Mme de Staël, qui a publié quelque part celle-ci, qui nous revient en mémoire : « . . . . . . Il n'y a peut-être de moralité » parfaite que parmi les hommes supérieurs. » Par sa supériorité scientifique aussi incontestée que sa moralité professionnelle, M. Velpeau a pu légitimement se montrer impatient d'un blâme plus ou moins direct adressé aux tentatives dont il a pris sa part sur l'emploi du perchlorure de fer.

Tout principe absolu pêche toujours à l'application. M. Velpeau l'a bien montré en rappelant que les plus belles conquêtes chirurgicales étaient dues à une expérimentation presque toujours téméraire. Ce à quoi M. Moreau a répondu avec un grand sens, qu'il fallait distinguer entre une expérimentation qui a pour but de sauver la vie immédiatement compromise d'un malade et pour lequel aucune autre ressource ne reste à l'homme de l'art qu'une opération hasardeuse, et celle qui ne fait que substituer une méthode périlleuse à des moyens dont l'art est depuis longtemps en possession.

La discussion sera reprise dans la prochaine séance.

Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE.

MOYEN NOUVEAU D'ADMINISTRER LES PRINCIPES FÉBRIFUGES DU QUINQUINA PAR LA VOIE DE L'ABSORPTION PULMONAIRE.

Un jeune étudiant en médecine de l'Université de Pavie, M. Louis Manetti, de Monza, a fait une découverte qui paraît avoir excité un assez vif intérêt en Italie. Dans le mois de juin 1852, ce jeune homme se trouvait spectateur de la mort d'un malade atteint de fièvre cholérique pernicieuse, arrivée par l'impossibilité de faire passer dans le corps du malade une quantité suffisante de quinine, dans un court espace de temps, conçut le projet de faire entrer le principe fébrifuge du quinquina par la voie des poumons. Encouragé par le professeur Pignacca, M. Manetti se mit à l'œuvre et est arrivé aux résultats suivans, qui sont consignés dans une lettre adressée par le professeur Pignacca au docteur Strambio, de Milan, lettre dont nous trouvons une traduction dans le dernier numéro des *Annales de la Société médicale de Gand*, (9e et 10e livraisons, 1853).

Sans attacher une grande importance au nom sous lequel M. Pignacca a désigné l'agent nouveau découvert par M. Manetti, il l'appelle *éther quinique*, faute de pouvoir trouver une autre dénomination, car ce n'est pas, à proprement parler, un éther, et sa composition chimique n'est pas encore connue. C'est une liqueur limpide, d'une odeur spéciale, ingrate, obtenue par la distillation du quinate de chaux combiné à l'alcool, offrant une certaine analogie avec les corps éthérés en général, se volatilisant comme eux, et c'est de cette manière qu'elle arrive, mêlée à l'air atmosphérique, jusque dans les profondeurs des voies respiratoires.

M. Pignacca rapporte qu'il a fait inspirer cet éther à huit malades, dont sept étaient atteints de fièvre tierce, et le huitième d'une névralgie de la cinquième paire. La fièvre chez les uns, et la névralgie chez l'autre, étaient de nature, pour être combattues, à exiger une forte dose de sel de quinine. Dans un des cas, la fièvre se présentait sous forme d'une hystérie; chez un autre malade, la fièvre était le résultat d'une récidive, arrivée après un intervalle apyrétique d'une année; un indi-

---

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — De la méthode empirique. — Des quatre sources d'instruction des médecins empiriques : de l'observation ; ses règles et ses lois. — *Autopsies* des empiriques. — Admirables développemens donnés par eux à la méthode expérimentale. — L'école empirique et l'école méthodique. — Charlatanisme de Thessalus. — Encore la nomenclature médicale ; citation de Quintilien.

XXVII.

De la méthode empirique.

Pour acquérir la parfaite science de la médecine et surtout la science du traitement des maladies, qui est, en définitive, l'objet essentiel de l'art médical, il fallait, suivant l'école empirique, puiser à quatre sources d'instruction, à savoir : l'observation, l'histoire, l'analogisme et l'épilogisme. Il s'agissait d'arriver, à l'aide de ces moyens, d'une part, à la détermination, aussi exacte que possible, des cas morbides semblables ou différens, et, d'autre part, au choix des remèdes convenables pour chaque maladie.

1° *L'observation* était pour eux synonyme *d'autopsie*, mot dérivé du grec et qui, dans son véritable sens étymologique, signifie *voir par soi-même*. On l'a bien détourné depuis de son acception première en l'appliquant exclusivement à l'examen des cadavres. Les empiriques attachaient une grande importance à ces autopsies, dans lesquelles ils avaient pour but de grouper, de réunir un certain nombre de phénomènes morbides qui s'enchaînaient les uns aux autres et *concouraient* ensemble à former un tout coordonné toujours de la même manière; de là le nom de *concours*, *symphoré*, que les médecins empiriques donnaient à cet assemblage de phénomènes pathologiques. Ce nom était la représentation de ce que les Grecs appelaient νοσος, maladie, réunion de phénomènes morbides. Ce n'étaient pas les phénomènes pris à part, mais leur ensemble qui constituait, pour eux, la maladie. A ce concours une fois trouvé ils imposaient un nom qu'ils se faisaient une règle de prendre, autant que possible, parmi les mots que l'usage avait consacrés.

Lorsque, par l'observation, ils avaient formé un concours, ils s'appliquaient à rechercher par le même moyen quels étaient les remèdes qu'il convenait de lui opposer, ne se préoccupant nullement, dans cette recherche, de la cause prochaine ou de la nature intime des maladies.

Les empiriques avaient grand soin d'avertir qu'il ne fallait pas attacher une trop grande importance à un symptôme isolé, ni pour déterminer l'espèce de maladie, ni pour asseoir le traitement, car, disaient-ils, un même symptôme peut entrer comme élément dans plusieurs concours différens; et, d'ailleurs, ce n'est pas un symptôme isolé qu'il s'agit de combattre, mais l'ensemble des symptômes qui font la maladie.

Si les empiriques enseignaient qu'il ne fallait jamais juger de la nature d'une maladie, ou instituer un traitement, d'après la considération d'un symptôme unique, ils n'en étudiaient pas moins, avec beaucoup de soin, chaque symptôme, afin d'en bien préciser la valeur et de déterminer l'espèce de concours dont il faisait partie. Ils faisaient de la symptomatologie, au point de vue du diagnostic. Ils examinaient, par exemple, avec beaucoup d'attention, les matières évacuées, les crachats, etc., dans toutes leurs modifications, afin de voir, d'après leur aspect ou leurs qualités, de quels autres symptômes il fallait les rapprocher pour en former un concours. Ainsi, les crachats visqueux, rouillés, éveillaient leur attention sur un concours dans lequel existaient un point de côté, de la fièvre, etc.; et, en réunissant ensemble tous ces symptômes, après les avoir étudiés séparément, ils en formaient le concours ou la maladie désignée par le nom de pneumonie. En résumé, ils appliquaient à l'étude des divers états morbides la double méthode de l'analyse et de la synthèse, décomposant d'abord le concours en ses différens symptômes élémentaires, puis combinant entr'eux ces mêmes symptômes pour constituer, par leur groupement, l'unité morbide, le concours, la maladie.

Dans l'étude approfondie que l'école empirique faisait des symptômes, elle avait introduit divers points de vue sous lesquels elle considérait chacun d'eux :

1° Elle distinguait d'abord les symptômes *communs*, c'est-à-dire ceux qui se rencontrent dans plusieurs concours, des symptômes *propres*, c'est-à-dire de ceux qui sont particuliers à tel ou tel concours, lui appartiennent exclusivement. Ces derniers, appelés signes *pathognomoniques*, sont les plus importans, puisqu'à eux seuls ils font connaître la maladie. Tels sont les *crachats rouillés* de la pneumonie, symptôme *propre* de cette affection, et que les empiriques opposaient à l'*oppression*, caractère *commun* à beaucoup d'autres maladies de poitrine.

2° Ils distinguaient encore les symptômes en : 1° symptômes *essentiels*, sans lesquels la maladie n'existe pas ; 2° symptômes *contingens*, qui peuvent manquer sans que, pour cela, le concours cesse d'exister; 3° symptômes *surajoutés* ou *épiphénomènes*, complications qui arrivent dans le cours de la maladie.

3° Les empiriques considèrent encore chaque symptôme au point de vue de son importance, de son intensité.

4° La considération de l'époque ou de la période de la maladie, dans l'étude des symptômes, ne leur avait pas non plus échappé. Ils examinaient chaque symptôme aux diverses périodes de début, d'état, de déclin de la maladie; ils en notaient la durée; ils remarquaient que les uns persistaient du commencement jusqu'à la fin; que d'autres disparaissaient irrévocablement dans le cours de la maladie; que d'autres, enfin disparaissaient et reparaissaient tour à tour. En un mot les modifications subies par un même symptôme, aux diverses époques d'une affection morbide, étaient, pour eux, l'objet d'une étude sérieuse et attentive.

Après avoir examiné à part les diverses symptômes, après avoir considéré chacun d'eux sous toutes ses faces, les empiriques se livraient à un travail de comparaison, rapprochant ces symptômes les uns des autres, les comparant et les confrontant, pour ainsi dire, entr'eux, notant quels étaient les plus fréquens et les plus rares, observant leur enchaînement, leur succession, etc.

Lorsqu'on avait ainsi étudié séparément les symptômes, qu'on les avait ensuite comparés et groupés pour en former un concours, tout n'était pas fini. Il fallait encore étudier le concours en lui-même, dans sa synthèse. Prenant alors cet assemblage de phénomènes comme une

vidu portait des indices très prononcés d'une cachexie paludéenne; chez un autre, les paroxysmes fébriles étaient violens, le pouls donnait 120 pulsations; les accès étaient de longue durée, accompagnés d'un urticaire et de symptômes de gastro-entérite; chez un autre malade, le dernier paroxysme fébrile avait été accompagné d'une extrême prostration des forces. On fit inspirer l'éther quinique à deux et à trois reprises, pendant l'intervalle des accès, et chez six de ces patiens la fièvre s'est trouvée arrêtée; elle a reparu chez le septième, mais avec moins de violence; en réitérant les inhalations éthérées, la fièvre n'est plus revenue.

Chez le dernier malade, la névralgie occupait le côté droit de la face et s'étendait dans la direction du nerf trifacial; elle se rattachait à un état inflammatoire des gencives qui, lui-même, provenait de la carie d'une dent molaire; la douleur affectait un cours régulier et présentait le type quotidien. Elle s'était déjà manifestée à quatre reprises successives, ayant son invasion le soir vers neuf heures, et se prolongeant pendant toute la nuit. On fit, vers onze heures du matin, une inhalation d'éther, on en fit une autre à huit heures et demie du soir: l'accès ne reparut plus; seulement il se manifesta un léger endolorissement à la joue droite, mais qui ne pouvait être attribué qu'à l'irritation gencivale.

La quantité d'éther inspirée par les malades a pu être évaluée à un peu plus d'une drachme, administrée en deux, trois, quatre fois. La manière de procéder dans son emploi est des plus faciles. On en verse la quantité d'un scrupule à peu près sur un morceau de linge, qu'on applique immédiatement sous le nez en le tenant tantôt sous la narine droite tantôt sous la gauche; on invite le malade à le flairer, à l'inspirer profondément et avec célérité. On est averti du passage de la liqueur des narines dans l'arrière-bouche par la sensation qu'elle occasionne dans la gorge, sensation de chaleur et d'un léger picotement. Il est utile de savoir que les inspirations doivent être faites profondément et avec intention, car il y a des personnes qui n'inspirent plus du moment que cet agent est arrivé dans l'arrière-bouche; elles exécutent un mouvement de déglutition, et l'éther, au lieu d'arriver dans les poumons, passe dans les premières voies. — On continue les inhalations jusqu'à ce que la volatilisation de la liqueur versée sur le petit linge soit entièrement épuisée. On renouvelle l'opération toutes les quatre ou six heures; on fait trois à quatre inhalations par jour. Comme il peut arriver que le remède ne pénètre point assez profondément dans les voies pulmonaires, il est indispensable que le médecin soit présent à l'opération, du moins lors d'un premier essai. Cette légère difficulté peut se présenter surtout chez les enfans indociles et exiger chez eux des précautions. La durée de chaque inhalation peut être de trois à six minutes.

Le premier effet du médicament est un léger larmoiement, suivi d'une sensation de chaleur et de démangeaison dans le gosier, provoquant plus ou moins la toux; il fait éprouver un sentiment de pesanteur dans la tête, chez quelques-uns un tintement d'oreilles; chez d'autres, atteints de céphalalgie, une seule inhalation a suffi pour dissiper la douleur, mais, il est vrai, momentanément.

M. le professeur Pignacca, qui a expérimenté sur lui-même le nouvel agent, termine sa lettre par l'annonce suivante:

« Ici, dans les salles de l'hôpital, se sont répétées les expériences cliniques et par moi et par d'autres médecins. Déjà un bon nombre d'observations ont été recueillies; M. Manetti, avec le secours de son ami M. Scarenzio en fera l'objet d'un mémoire dans lequel il rendra compte des faits observés et des résultats consignés. Peut-être parviendra-t-on aussi à bien connaître la composition du liquide, que nous avons doté de la qualification si peu propre d'éther quinique. »

Pavie, le 20 juillet 1853.

On comprend que nous ne publions ces faits que sous toutes réserves. Cependant, comme l'administration du nouvel agent paraît ne déterminer aucun accident, on pourrait l'expérimenter avec prudence. Nous engagerions même les praticiens à instituer une expérience comparative qui peut offrir de l'intérêt, et qui consisterait à diviser en deux séries les fiévreux sur lesquels ils feraient un essai que nous nous permettons de leur indiquer: la première série serait traitée par les inhalations de l'éther quinique, la seconde par les inhalations d'éther sulfurique ordinaire.

Nous n'avons pas besoin d'insister, d'ailleurs, sur ce que la note dont nous venons de reproduire les principaux détails présente d'incomplet au point de vue chimique, physiologique et pathologique.

DES MEILLEURS MODES DE PRATIQUER LA CAUTÉRISATION DANS LES VOIES GÉNITO-URINAIRES EN GÉNÉRAL, ET EN PARTICULIER DANS LE VAGIN.

Note lue à l'Académie de médecine, par M. le docteur A. DEBENEY.

L'azotate d'argent est le modificateur souverain de la vitalité des membranes muqueuses, altérée ou pervertie par l'inflammation: cette proposition, qui forme la conclusion de mon premier mémoire, publié en 1842 sur les injections caustiques dans l'urétrite, est resté définitivement démontrée depuis la publication de mes travaux sur la cautérisation par l'azotate d'argent, appliquée à la cure du catarrhe des muqueuses urétrale, vésicale, vaginale et utérine. Mais il y a deux manières de pratiquer la méthode; il y a deux procédés de cautérisation: le procédé par la voie solide ou l'emploi du crayon; et le procédé par la voie liquide ou en solution concentrée.

Le procédé de cautérisation de la muqueuse vaginale par la voie solide, soit au moyen du crayon d'azotate d'argent, présenté dernièrement comme nouveau à l'Académie, est un procédé ancien, défectueux et arriéré dans l'état actuel de l'art, incertain dans ses résultats et condamné par l'expérience, qui a démontré l'excellence et l'infaillibilité de la cautérisation par la voie liquide, soit par la solution concentrée d'azotate d'argent.

1° Proposée et chaudement recommandée, en 1830, par le docteur Jewel, la cautérisation dans le vagin par l'azotate d'argent solide pour le traitement de la gonorrhée, fut de nouveau prônée, sept ans après, avec un rare concert d'éloges, par six chirurgiens anglais (Annay, Bell, Thomson, Summers, Palethorp et Smith). Les travaux de ces chirurgiens, publiés dans le *London médical Gazette*, furent résumés par la *Gazette médicale* de Paris, dans son numéro du 22 juillet 1837, avec cette conclusion: « Dans l'état actuel de la thérapeutique, le nitrate d'argent en substance est le remède par excellence pour guérir la gonorrhée chez la femme, à toutes les périodes. »

Malgré cette *excellence* si bien appuyée, il faut que le *remède* alt fait peu de fortune pour qu'on soit venu, quinze ans après, le présenter comme chose neuve à l'Académie. Oui, ce moyen de traitement a été repoussé de la pratique, mais ce n'est qu'après expérience et pour de bonnes raisons que j'ai vérifiées, dès 1840, dans mes premiers essais de cautérisation des muqueuses des diverses sections de l'appareil génito-urinaire.

2° Cette défectuosité consiste dans une opération pénible, longue et douloureuse, aboutissant à une cautérisation imparfaite. Il y a douleur surajoutée par l'introduction du spéculum, douleur vive dans la vaginite aiguë: dans tous les cas, la douleur inhérente à la cautérisation est prolongée par la longue durée de son exécution.

L'opération est incomplète et partant faillible dans ses résultats: Je n'hésite pas à affirmer d'une manière absolue l'impossibilité générale de cautériser exactement la surface de la muqueuse vaginale avec le crayon d'azotate d'argent. Ce n'est pas que cette cautérisatiou exacte soit nécessaire dans tous les cas: non, il est certaines variétés étiologiques de catarrhe vaginal, que je me suis appliqué à déterminer, où l'on peut produire la guérison par une cautérisation incomplète: et même dans certains cas très incomplète, si l'on en croit M. le docteur Francis Devay qui a soutenu, dans un mémoire spécial, publié à cet effet en 1845, qu'il suffit de cautériser la muqueuse dans quelques points isolés. Soit; et cela peut expliquer les succès des chirurgiens anglais, retrouvés par M. Becquerel.

Mais il y a des cas où la nécessité de la cautérisation complète est évidente *à priori*. Il est évident que la cautérisation doit être générale et parfaite dans les cas d'inflammation spéciale, de catarrhe à sécrétion contagieuse. L'inexactitude de la cautérisation est un vice qui frappe le traitement de nullité dans la vaginite blennorrhagique ou mieux blennorrhagie vaginale; en effet, pour peu que la muqueuse, dans un point de ses replis, ait échappé au contact du crayon, on verra l'inflammation blennorrhagique, de nature essentiellement expansive, s'irradier de nouveau; il suffira qu'un seul follicule muqueux soit resté hors d'atteinte de l'action caustique pour que sa sécrétion reproduise la contamination. Et, comme en fait de catarrhe vaginal, l'étiologie et le diagnostic différentiels sont choses fort difficiles, il convient, au point de vue du traitement, de se placer en général dans l'hypothèse de la blennorrhagie. Eh bien! parmi les chirurgiens familiarisés avec la conformation du vagin et la disposition de sa membrane, en est-il beaucoup qui puissent répondre d'atteindre par le crayon cette muqueuse, assez exactement, pour ne pas laisser échapper un coin de ses replis, un follicule?

Mais il est peu important d'insister sur la défectuosité en elle-même du procédé de cautérisation par la voie solide, lorsque nous trouvons dans le procédé par la voie liquide un mode d'action commode, facile, certain et très doux, relativement. Ce procédé offre deux modes: l'injection et le badigeonnage. Je me suis adressé d'abord à l'injection. Pour pratiquer l'injection, je remplis de la solution concentrée d'azotate d'agent (2 grammes d'azotate pour 30 grammmes d'eau), une longue seringue, terminée par une pomme d'arrosoir, en forme d'olive et de la grosseur d'une noix moyenne.

L'instrument introduit dans le vagin, et la pomme d'arrosoir placée dans le fond de sa cavité, je retire lentement la seringue, en poussant le piston à mesure, et j'inonde la surface muqueuse d'une pluie caustique qui la pénètre uniformément. Ce mode a l'avantage de ne point nécessiter l'introduction du spéculum et de ne produire absolument aucune autre douleur que celle de l'action caustique: à ce titre, il est précieux, surtout dans le cas de vaginite aiguë; et comme il présente une assez grande certitude d'action, il peut suffire dans la très grande majorité des cas. Mais il est des cas exceptionnels où il peut devenir insuffisant, alors que certaines dimensions du vagin et la disposition de sa membrane, exagérant la profondeur et la multiplicité de ses replis, le rendent plus difficile à fouiller. Alors, il faut avoir recours au badigeonnage: voici le mode d'opération qui remplit toutes les conditions désirables. A travers un spéculum rond j'introduis au fond du vagin un tampon d'éponge, fixée solidement à l'extrémité d'une tige rigide et imbibée de la solution concentrée d'azotate d'argent (le contact de l'éponge est moins rude que celui de la charpie pour la muqueuse enflammée); ayant pressé contre le fond de la cavité, je retire le spéculum, et derrière lui le tampon d'éponge, sur lequel la muqueuse déplissée vient s'appliquer et qu'elle presse pour en exprimer le liquide caustique dont elle est baignée d'une manière uniforme.

Ce mode présente l'inconvénient de l'introduction du spéculum; mais on peut éviter la douleur qui en résulte dans la vaginite aiguë en préludant par l'injection caustique, qui éteint l'inflammation sur la plus grande partie de la muqueuse, pour laquelle le badigeonnage est reconnu nécessaire (1).

(1) M. Gigon, qui a parlé de mon travail sans le connaître, dit que dans la vagi-

---

unité morbide, ils en suivaient le début, le développement, l'évolution, la marche, la durée, les terminaisons diverses. Ils recommandaient de faire une grande attention aux conditions de régularité ou d'irrégularité des maladies; à leur état de simplicité ou de complication; aux diverses circonstances individuelles d'*âge*, de *sexe*, de *tempérament*, de *constitution*, de *force* ou de *faiblesse*, etc.; à la diversité des *saisons* et des *climats*, qui, selon eux, produisent, dans les maladies, des modifications assez profondes pour entraîner un changement complet de traitement.

Les empiriques insistaient également sur un précepte vivement mis en lumière par les modernes, c'est à savoir qu'il est de toute nécessité de ne pas se borner à l'exploration d'un seul organe, de ne pas étudier uniquement les symptômes là où existe la souffrance, mais d'interroger tous les organes, toutes les fonctions, afin de pouvoir bien apprécier les relations sympathiques d'un organe malade avec l'ensemble de l'économie.

Ils repoussaient absolument de leurs observations ou *autopsies*, la recherche des causes, dans les maladies; mais ce n'était pas à la manière des méthodistes, qui ne voulaient pas que l'on tînt compte de l'âge, du sexe, de la constitution, des saisons, des climats, circonstances que les empiriques avaient en grande considération. Ce que l'école empirique défendait à ses disciples, c'était la recherche de la cause prochaine ou cachée des maladies, mais elle ne condamnait pas, elle encourageait, au contraire, et recommandait vivement l'investigation portant sur les influences morbides constatables par l'observation. Ils étudiaient, par exemple, l'influence du refroidissement dans les maladies, mais, une fois les effets du refroidissement produits, ils ne se demandaient pas quelle était l'humeur altérée, si c'était la pituite, le sang, la bile ou l'atrabile; s'il y avait *strictum*, ou *laxum*, ou *mixtum*; enfin, ils n'allaient pas au-delà de l'observation des influences sensibles. A la recherche de cet ordre de causes, ils reconnaissaient deux avantages: 1° celui de prévenir les maladies, en éloignant leurs causes; 2° celui de révéler souvent l'espèce de la maladie et d'indiquer par conséquent la médication à employer. La considération des causes leur permettait encore de séparer les unes des autres des maladies que l'on eût rapprochées en ayant seulement égard aux symptômes.

Certes, voilà bien un aspect tout nouveau sous lequel nous apparaît maintenant la médecine antique. Comme nous voyons l'esprit d'observation grandir et se développer sous l'influence de l'école empirique! Quelle sagesse, quelle exactitude, quelle précision, quelle sévérité dans les préceptes et les lois de la méthode expérimentale! Ne croirait-on pas avoir sous les yeux le code de l'observation et de l'expérimentation modernes. A ce point de vue encore, nous sommes plus près des anciens qu'on ne l'était il y a cinquante ans à peine.

Tout cela rendait, pour les médecins de l'école empirique, l'étude de la médecine très longue et très difficile. Qu'ils étaient différens des méthodistes qui faisaient consister l'étude de la médecine dans la recherche de deux causes cachées, le *strictum* et le *laxum!* C'est un spectacle digne à la fois d'intérêt et d'admiration, s'écrie M. Andral, de contempler ces hommes luttant avec énergie contre les innombrables difficultés de l'art, et se livrant à des travaux longs et pénibles, en face de ce Thessalus, de ce charlatan insigne, quoique médecin célèbre, qui affichait l'insolente prétention d'apprendre toute la médecine en six mois. Ah! sans doute, il n'était pas difficile de devenir, en si peu de temps, médecin, en négligeant l'étude des causes dans les maladies, et ne tenant compte ni des causes spécifiques, ni de l'âge, ni du sexe, ni des tempéramens, ni des saisons, ni des climats, etc.; en se bornant enfin à la seule considération de deux causes cachées, le *strictum* et le *laxum*, que, dans les derniers temps, l'on ne se donnait même plus la peine de chercher, sans doute, par l'excellente raison qu'elles étaient introuvables. Mais aussi, quelle pitoyable médecine et quels tristes médecins!

L'apprentissage de la médecine était donc devenu, entre les mains des empiriques, chose longue et difficile. Cette difficulté naissait non seulement de l'étude détaillée qu'il fallait faire de chaque cas morbide, mais encore de l'obligation imposée à tout médecin de rassembler des observations nombreuses et bien faites sur le même sujet, pour en constituer une unité morbide. Cette confrontation d'observations nombreuses était, suivant eux, la meilleure méthode d'assigner à chaque symptôme sa véritable valeur, et de distinguer le fait essentiel et constant du phénomène accidentel et variable.

Lorsqu'on avait observé un grand nombre de fois la même maladie, dans toutes les diverses circonstances d'âge, de sexe, de tempéramens, de saisons, de climats, etc.; que l'on avait pris une note exacte, d'une part, des symptômes, et, d'autre part, des causes sensibles; que l'on avait tenu compte des complications, que l'on avait bien étudié les divers moyens mis en usage pour combattre cette maladie, on possédait ce qu'ils appelaient un *théorème*, c'est-à-dire un tableau d'un concours, d'une unité morbide, d'une maladie. Le médecin expérimenté était celui qui avait recueilli, dans sa mémoire, le plus grand nombre possible de *théorèmes*. L'expérience de tous se composait de l'ensemble ou de l'universalité des théorèmes réunis par les contemporains et par les prédécesseurs. Le parfait médecin, l'idéal aurait été celui qui aurait pu comprendre dans sa mémoire tous les théorèmes trouvés depuis l'origine de la médecine jusqu'à lui. Les empiriques faisaient donc jouer un grand rôle à la mémoire en médecine, ils lui accordaient une importance capitale.

Pour que ces théorèmes eussent une valeur transmissible, il fallait que chacun reçût un nom. Ce nom importait peu aux empiriques, ils acceptaient les mots reçus, les plus insignifians étaient, à leurs yeux, les meilleurs. Ils partageaient en cela le sentiment de Gallen; ils n'aimaient pas les mots nouveaux et se posaient en adversaires ardens du néologisme scientifique. A cette époque, des disputes assez vives s'étaient élevées touchant les véritables principes de la nomenclature en général. Voici un passage de Quintilien, qui nous montre ces débats retentissans au sein des écoles philosophiques, comme au milieu des sectes médicales: « Servons-nous préférablement, dit-il, des mots reçus; on ne crée pas impunément des expressions nouvelles. Si elles passent, l'inventeur en retire peu de gloire; si, au contraire, elles sont rejetées, elles tombent au milieu des sifflets du public. » *Usitatis verbis potiùs utemur, nova non sinè quodam periculo fingimus; nam si recepta sunt modicam laudem afferunt, repudiata autem in jocos exeunt.*

(La suite du cours prochainement.)

L'introduction du procédé de cautérisation par la voie liquide a réintégré dans la pratique la cautérisation de la muqueuse vaginale, qui était à peu près abandonnée, lorsque la polémique élevée dans la presse médicale à propos des injections caustiques dans le canal de l'urètre est venue rappeler vivement l'attention des esprits sur cette méthode de traitement. Elle est aujourd'hui d'un emploi général : je puis l'assurer au moins pour Paris, Lyon et Bordeaux ; car ce n'est qu'après avoir reçu les réclamations de plusieurs praticiens de ces trois grands centres que je me suis décidé à venir protester devant l'Académie, pour le progrès contre une tentative de rétroaction vers le passé.

Quant aux prétentions d'invention et de propriété soulevées en cette occasion, elles ne sont nullement fondées ; il n'y a pas, à l'égard du traitement des muqueuses par l'azotate d'argent, de question d'invention à discuter entre les contemporains. Il y a eu un grand progrès accompli par l'extension, la généralisation d'un moyen puissant, héroïque ; il y a eu une conquête précieuse pour la thérapeutique, dans l'institution d'une méthode générale, rendue possible par la mise en œuvre d'un procédé qui répond à toutes les exigences de l'application. Or, cette conquête, cette institution d'une méthode générale, c'est mon œuvre ; cette initiative est au-dessus de toute contestation ; bien que plusieurs écrivains, les uns par ignorance, les autres par mauvaise foi, aient persisté à rapporter la méthode des injections caustiques à Carmichaël, — Carmichaël qui n'a parlé de cette méthode que pour la frapper de la condamnation la plus formelle ; condamnation, du reste, sans valeur, puisqu'il ne l'avait pas expérimentée : condamner sans connaître, ce n'est pas juger, mais préjuger ; — celui qui a produit et soutenu la méthode, alors qu'elle était repoussée par une réprobation générale, a bien le droit de la revendiquer aujourd'hui qu'elle a triomphé.

A cette généralisation de la méthode, je suis arrivé par voie de déduction logique : en effet, embrassant dans une vue synthétique les précédens de l'azotate d'argent, en tant qu'appliqué comme modificateur des membranes muqueuses perverties par l'inflammation, j'ai trouvé son efficacité prouvée et vérifiée à l'égard des muqueuses oculaire, buccale, pharyngienne et vaginale ; alors, considérant que les membranes qui tapissent les réservoirs et les conduits de l'économie, sont identiques dans leur organisation et dans leurs fonctions, j'ai conclu à l'identité de vitalité et de réaction, sous l'influence du même modificateur.

J'ai cherché, dès lors, à faire participer au bénéfice de la cautérisation, les muqueuses des organes génito-urinaires, vis-à-vis desquelles on était resté dans une réserve bien peu fondé en raison, à savoir : les muqueuses urétrale, vésicale et utérine. Restait la question d'application : elle a été résolue par la substitution de la solution concentrée du sel au crayon : ainsi, injection dans le canal de l'urètre, chez l'homme et chez la femme ; injection dans la vessie ; injection dans la cavité du col et celle du corps de l'utérus ; enfin, dans le vagin, injection et badigeonnage. J'ai fait connaître dans une série de publications mes expériences et les règles quelles m'ont conduit à tracer. Il est évident dès lors, que tous les travaux qui depuis ont été entrepris sur la cautérisation par l'azotate d'argent des membranes muqueuses des voies génito-urinaires, ne constituent, au point de vue scientifique, que des opérations de vérification des propositions générales et absolues que j'ai posées dans le principe ; vérification longue et depuis longtemps terminée, dont le résultat est cette conclusion définitive : la méthode de traitement qui a pour base la cautérisation au moyen de l'azotate d'argent par la voie liquide, est une méthode prompte et infaillible pour la cure des catarrhes ou inflammations, à tous les degrés et à toutes les périodes, des muqueuses de toutes les sections des appareils génital et urinaire.

nite sur-aiguë, il faut faire précéder la cautérisation par les antiphlogistiques. Je demanderai alors à M. Gigon à quel titre il emploie la cautérisation ; ignore-t-il donc que l'azotate d'argent est le moyen héroïque pour éteindre l'inflammation des muqueuses à tous les degrés ? La chose a été démontrée surabondamment, et pour l'inflammation la plus intense, à savoir l'urétrite sur-aiguë, la blennorrhagie cordée.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance extraordinaire du 12 Novembre 1853. — Présidence de M. Nacquart.

Immédiatement après la lecture du procès-verbal, dont la partie relative à la discussion sur le perchlorure de fer a été renvoyée à la séance ordinaire de mardi, la parole est donnée à M. Pâtissier.

M. Patissier lit, au nom de la commission des eaux minérales, la première partie du rapport officiel sur les rapports et mémoires adressés dans le courant de l'année 1852, à l'Académie, par MM. les inspecteurs des eaux minérales. — La fin et les conclusions de ce rapport sont renvoyées à la séance prochaine, pour être lues en comité secret.

Le reste de la séance a été consacré à un comité secret, pour entendre la lecture des rapports sur les prix. Voici quelles ont été les propositions adoptées par l'Académie:

Prix Capuron (eaux minérales). — Le prix a été partagé ainsi qu'il suit : 700 fr. à M. Ernest Baudrimont ; 300 fr. à M. Filhol, de Toulouse.

Prix Civrieux. — Prix de 1,000 fr. à M. Emile Remilly.

Encouragement à M. J. Gimelle.

Prix de l'Académie. — 1,000 fr. à M. Raoul Leroy-d'Étiolles.
Encouragement, 700 fr. à M. Abeille.
— 300 fr. à M. Landry (Octave).

Prix Portal. — Le prix est accordé à M. Marie-Joseph-Auguste Bach.

Et une mention honorable à M. Philippeaux, de Lyon, et à M. Letertre-Vallier.

Séance du 15 Novembre 1853. — Présidence de M. Nacquart.

(L'importance de la discussion sur les injections de perchlorure de fer nous oblige à renvoyer la correspondance au prochain numéro.)

Après la lecture de la correspondance, la parole est donnée à M. Depaul pour la présentation d'une pièce d'anatomie pathologique.

M. Depaul : Il s'agit d'une petite fille née jeudi dernier, et qui a succombé hier à la suite de convulsions. Elle est jumelle, et sa sœur est parfaitement conformée. Or, cette petite fille présentait un vice de conformation des organes génito-urinaires, qui m'a paru, sous plusieurs rapports, digne d'attirer l'attention de l'Académie. Voilà ce qui m'a porté à en faire l'objet d'une communication : On voit à la face antérieure et inférieure de l'abdomen, entre l'ombilic et le pubis, une tumeur rougeâtre dans presque toute son étendue, et un peu blanchâtre sur certains points. De prime-abord, elle ne semble être percée d'aucun orifice ; mais en examinant les choses de plus près, on voit, de chaque côté, un petit pertuis qui, pendant la vie de l'enfant, laissait fluer par la pression une certaine quantité de liquide semblable à de l'urine. Entre ces deux pertuis existe une tumeur plus volumineuse et plus saillante, offrant un prolongement qu'à première vue on pourrait prendre pour une lèvre. Mais la dissection attentive démontre autre chose. A la partie inférieure de la tumeur, existent les rudimens de deux petites lèvres. Il n'y a, d'ailleurs, aucune trace de rectum ni de vagin régulier. Mais l'autopsie a démontré qu'il existait un double vagin, et de plus, quelques autres circonstances curieuses et dignes d'intérêt. La cavité thoracique ne présente rien d'anormal, et tous les organes qu'elle contient sont parfaitement réguliers. Dans l'abdomen, rien de particulier, non plus, du côté du foie et de la rate. Le tube digestif, préparé et insufflé avec soin, n'offre rien d'anormal depuis l'estomac jusqu'au cœcum. Mais, à ce niveau, l'intestin se termine par une ouverture assez large qui vient s'ouvrir à la partie la plus élevée de la tumeur rougeâtre.

J'ai voulu savoir ce qu'était devenu le gros intestin, et, à la suite d'une dissection minutieuse, j'ai reconnu qu'il existait réellement, mais réduit à des proportions excessivement petites. Sa longueur est tout au plus de 2 à 3 centimètres : il n'a pas d'ouverture et se termine par un cul-de-sac. Le tube digestif est donc ouvert à la partie supérieure de la tumeur rougeâtre et sa membrane muqueuse forme ce bourrelet, qui, à première vue, aurait pu être pris pour une lèvre.

Dans la cavité abdominale, sur les parties latérales et dans les fosses iliaques, on trouve deux prolongemens recourbés sur eux-mêmes et terminés chacun par une trompe et un ovaire. Quand on poursuit en bas chacun de ces petits prolongemens, qui semblent constituer le corps de l'utérus, on voit qu'ils se terminent par un renflement, et l'on est arrêté par un cordon qui n'est autre chose que l'urètre. Rien ne représente le vagin et le col de l'utérus à l'extérieur, mais la dissection démontre que l'utérus est bifide dans toute son étendue, partagé entièrement en deux parties par une cloison complète, et que chacune des moitiés est embrassée, à son extrémité inférieure, par une espèce de vagin, sorte de petit cloaque où vient aboutir aussi l'ouverture de l'uretère correspondant.

Ainsi, double utérus dont chaque moitié se termine à un vagin, double réceptacle des uretères. C'est par les petits pertuis signalés de chaque côté de la tumeur rougeâtre, que l'on arrive dans les deux vagins ; l'on comprend, dès lors, comment la pression faisait sourdre, pendant la vie, par ces petits pertuis, du mucus et de l'urine.

Les organes sécréteurs de l'urine présentent aussi des particularités dignes d'intérêt. D'abord je n'ai trouvé qu'un seul rein placé à peu près sur la ligne médiane, le long de la colonne vertébrale. Mais en poursuivant la dissection d'une manière plus attentive, j'ai découvert un deuxième rein profondément caché dans la cavité pelvienne. Chose singulière, l'uretère, appartenant au rein déplacé, était parfaitement à sa place ; il n'avait été nullement entraîné dans le déplacement du rein, comme s'il y avait indépendance complète entre le développement de ces deux organes.

Voilà, dit en terminant M. Depaul, les détails que j'ai cru devoir donner à l'Académie sur un fait qui m'a paru, par l'intérêt qu'il présente, digne de fixer un instant son attention.

Après la communication de M. Depaul, la parole est donnée à M. Velpeau pour la continuation de la discussion relative au perchlorure de fer.

Discussion sur le perchlorure de fer.

M. Velpeau : dans la dernière séance, je disais à l'Académie, que, retenu par les devoirs d'une commission dont je fais partie, je n'avais pu assister à la lecture du travail de M. Malgaigne. Je suis arrivé dans la salle au moment où notre collègue terminait sa lecture, en sorte que je n'ai pu prendre connaissance que des conclusions de ce travail. Il était difficile d'établir ainsi une discussion sérieuse sur un sujet imparfaitement connu. D'un autre côté, la question me paraissait très importante, et comme M. Malgaigne avait communiqué son travail dans le but avoué de faire juger en quelque sorte la question par l'Académie, j'ai trouvé que c'était agir un peu lestement en matière grave. C'est pourquoi j'ai demandé que la discussion fût reprise, et puisque l'Académie a bien voulu obtempérer au désir que j'ai manifesté, je vais reprendre la question d'une manière plus détaillée, en tâchant de traiter plus complètement et d'approfondir certains points qui ont été seulement effleurés.

Je dirai d'abord que l'on se ferait une grande illusion si l'on s'imaginait qu'une semblable question va être jugée définitivement en un jour. Il en sera de celle-ci comme de beaucoup d'autres. Que l'Académie lui soit favorable ou non, elle n'empêchera pas le public scientifique de s'en occuper. Sans doute il tiendra plus ou moins compte de l'Académie, mais encore un coup, la question ne sera pas éteinte pour cela. Je ne veux pas dire que l'initiative de l'Académie n'ait aucune utilité, et que l'influence de ses décisions, après des discussions importantes, soit nulle ; non, cette initiative, ces discussions et ces jugemens ont l'avantage de mettre le public au courant de ce qui se fait et se dit sur telle ou telle question, et de l'éclairer ; mais l'Académie a beau proscrire les expérimentations, condamner une méthode, cela n'empêche pas d'autres individus d'expérimenter tant que l'évidence n'est pas faite. Or, on sait combien il est rare que les choses soient évidentes pour tout le monde.

Ceci expliqué, je me trouve maintenant en face d'un autre obstacle qui se jette à la traverse. On a dû souvent remarquer qu'il y a des personnes toujours disposées à blâmer, et qui saisissent, comme autant de bonnes fortunes, toutes les occasions qui leur sont offertes. C'est là une disposition assez naturelle à l'esprit humain, et dont nous avons tous plus ou moins notre part. Or, comme certains blâmes pourraient avoir des conséquences fâcheuses pour la science plus que pour les personnes, je suis bien aise de présenter ici une petite explication. Dans la dernière séance, on a exprimé un blâme qui, pour être assez indirect et assez habile, n'est pas moins un blâme réel contre les chirurgiens qui ont expérimenté le perchlorure de fer dans les anévrysmes, et même contre les chirurgiens en général que l'on accuse d'être trop téméraires. Je ne crois pas que ce soit là une bonne philosophie, et je pense que l'on devrait restreindre beaucoup cette espèce de réprobation. Je ne crains pas, pour mon compte, le reproche de témérité. Je crois être aussi prudent que qui que ce soit, et avoir pour mes malades autant de soin et de sollicitude qu'un autre. Je me soucie donc fort peu d'un semblable reproche ; il ne saurait m'atteindre. Mais je dis que la philosophie dont on a fait parade dans la dernière séance, me paraît avoir des inconvéniens très graves. Il ne faut pas, dit-on, se presser d'expérimenter le premier, et l'on doit attendre que d'autres aient fait des expériences. Mais pourtant il faut bien que quelqu'un commence, et, dès lors, votre blâme atteindra toujours quelqu'un.

On nous blâme d'avoir repris une opération suivie d'insuccès entre les mains d'autres chirurgiens. De cette manière, parce qu'une opération ne réussit pas, il faut donc la rejeter absolument ! Il y a une infinité d'opérations dont la chirurgie s'honore aujourd'hui et qui n'ont pas eu de bien beaux commencemens. La ligature de la carotide primitive a compté trois morts avant de pouvoir présenter un seul cas de guérison. La ligature de l'artère iliaque interne a fait également des victimes à son début. Cependant d'autres chirurgiens sont venus, qui ont réussi, et aujourd'hui personne, je crois, ne serait tenté de condamner ces brillantes conquêtes de la chirurgie.

M. Moreau : Mais c'est très différent, c'est très différent.

M. Velpeau : C'est donc un mauvaise philosophie de poser comme principe de conduite aux chirurgiens, de ne pas expérimenter les premiers un procédé ou une méthode, et de se défendre de toute expérimentation en cas d'insuccès antérieurs.

Une autre condition imposée par les partisans de cette philosophie dont je parle, c'est que la méthode nouvelle ne soit pas dangereuse, et qu'elle soit meilleure que les procédés auxquels on la substitue. Il faut, de plus, que des expériences sur des animaux viennent donner des garanties d'une complète innocuité. Ces paroles, anodines en apparence, cachent une accusation que le public, en général, est assez disposé à porter contre tous les chirurgiens. Les chirurgiens, dit-on, ne demandent qu'à tailler et à couper. Or, rien de plus faux qu'une semblable accusation. Les chirurgiens coupent et tranchent quand, dans leur âme et conscience, ils voient qu'ils ne peuvent pas faire autrement ; quand la maladie est telle que les ressources ordinaires de la médecine leur paraissent impuissantes. Aucun chirurgien n'opère pour le plaisir d'opérer.

Croit-on qu'il est bien agréable à un homme de porter le fer ou le feu sur son semblable, et sont-ils bien fondés ceux qui s'ingèrent de venir leur faire la morale à ce sujet ? Toutes les fois que j'entends parler ces faiseurs de morale, involontairement se présente à mon esprit ce mot d'une femme : « Savez-vous pourquoi les gens avancés dans la vie prêchent toujours la morale ; c'est parce qu'ils sont fâchés de voir faire aux autres ce que l'âge ne leur permet plus à eux-mêmes. »

Cette question du traitement des anévrysmes par le perchlorure de fer, n'est pas une question nouvelle. Elle n'est qu'une manifestation particulière d'une tendance générale et déjà ancienne. Cette nouvelle méthode n'est qu'une application d'une idée qui a déjà subi plusieurs phases. Cette idée est de chercher un moyen pour guérir les anévrysmes et arrêter les hémorrhagies artérielles sans ligature. C'est là une tendance générale et qui prouve que la ligature ne satisfait pas complètement les esprits. On ne peut blâmer ce désir de faire mieux. Ce que l'on a cherché, c'est le moyen de coaguler le sang dans les poches anévrysmales, sans recourir à la ligature. Cette idée s'est présentée sous différentes formes, à différentes époques. On la trouve déjà imprimée dans Monteggia, ainsi que l'a très bien fait observer M. Leroy-d'Étiolles dans sa lettre à l'Académie.

M. Leroy-d'Étiolles lui-même a tenté, il y a un grand nombre d'années, d'arriver à ce but par des injections d'alcool. Pour mon compte, il y a vingt-cinq ans environ, ayant observé que, dans certains vaisseaux, des fragmens de membranes, flottans dans leur intérieur, avaient déterminé, autour d'eux, la formation de grumeaux de sang, l'idée me vint qu'on pourrait obtenir une oblitération complète d'un artère, en introduisant, dans sa capacité, un corps étranger qu'il serait possible de retirer ensuite. De là l'idée de l'emploi de l'acupuncture dans le traitement des anévrysmes. Quelques essais furent tentés sur les animaux et sur l'homme, essais qui ne m'inspirèrent pas, à moi-même, une grande confiance dans l'efficacité de ce moyen. On songea à le perfectionner, et M. Pravaz ajouta le galvanisme à l'acupuncture. Des expériences eurent lieu, mais elles n'eurent pas alors un grand retentissement, elles passèrent, même, pour ainsi dire, inaperçues, ce qui permit à M. Pétrequin de donner son nom à la méthode de traitement des anévrysmes par la galvano-puncture, qui n'est, en définitive, que mon procédé perfectionné par M. Pravaz. Traverser la tumeur par une ou plusieurs aiguilles et faire passer, à travers ces aiguilles, un courant électrique ; voilà en quoi consiste cette méthode qui a procuré quelques guérisons. Il est positif que l'on peut arriver ainsi à guérir un certain nombre d'anévrysmes.

Il s'agissait de savoir si c'était là un procédé meilleur et moins dangereux que la ligature. Or, sur 20 cas, il y a eu 12 insuccès, parmi lesquels plusieurs cas de mort, et seulement 8 guérisons. On peut donc positivement coaguler le sang dans une poche anévrysmale, sans recourir à la ligature ; voilà un résultat parfaitement acquis ; mais ce résultat n'était pas de nature à faire abandonner la ligature, au contraire.

Plus tard, M. Pravaz, continuant dans cette direction, se dit : mais, en injectant un médicament, une substance chimique dans une cavité anévrysmale, on pourrait coaguler le sang très solidement et sur-le-champ. Des expériences furent faites sur les animaux avec un plein succès. C'était quelque chose sans doute, mais elles ne suffisaient pas pour faire conclure à une réussite sur l'homme.

En général, et particulièrement sur le point dont il s'agit, il ne faut pas se hâter de conclure des animaux à l'homme. Pourquoi tant d'eaux hémostatiques célèbres, les eaux de Brocchiéri, de Pagliari, etc., etc., après avoir été annoncées avec tant de bruit et d'éclat, sont-elles rentrées dans le silence et l'obscurité ? C'est qu'on les avait essayées d'abord sur les animaux avec succès, et que l'on avait cru pouvoir conclure de leur réussite chez les animaux à leur succès chez l'homme. Or, rien de plus trompeur qu'une pareille analogie. En général, la plasticité du sang est beaucoup plus considérable chez les animaux que chez l'homme. Certaines espèces animales surtout offrent à ce sujet des résultats remarquables. Chez elles, des hémorrhagies artérielles peuvent s'arrêter toutes seules, ou bien il suffit de la moindre compression, de la moindre substance styptique pour suspendre l'écoulement de sang.

L'idée de coaguler le sang dans l'intérieur des poches anévrysmales, au moyen d'une substance chimique, était donc trouvée, mais il s'agissait de savoir quel était le meilleur coagulant. Après plusieurs essais, M. Pravaz s'arrêta au perchlorure de fer. Or, je vous le demande, Messieurs, n'y avait-il pas là de quoi tenter, même *à priori*, les chirurgiens ? Rien de facile comme une semblable opération : introduire une aiguille dans une tumeur anévrysmale, injecter quelques gouttes de liquide dans l'intérieur de la poche, quoi de plus simple et de plus innocent ? Et vous ne voulez pas que les chirurgiens, enchantés d'un pareil procédé, aient cherché à l'employer avec empressement ! Quelque simple que soit la ligature, il faut avouer que ceci était bien plus simple encore.

Ainsi, l'analogie, les expériences sur les animaux, la bonne foi bien

connue et la gravité de l'homme, auteur de l'invention, tout se réunissait pour nous séduire et nous engager à tenter des essais sur l'homme. Il y avait même des chirurgiens qui avaient essayé avant nous, ceci soit dit pour ceux qui nous font un crime de chercher à faire les premiers l'essai des nouvelles méthodes. De plus, ces tentatives avaient été couronnées de succès. Sans doute il ne m'est pas bien démontré que les premiers cas de guérison signalés par les chirurgiens aient été de véritables anévrysmes, mais les résultats suffisaient du moins pour démontrer l'innocuité de l'opération.

On nous accuse de courir après les expériences et de nous disputer à qui ira le plus vite, à qui sera le premier. Mais cela ne se fait pas ainsi : nous ne faisons pas naître les occasions de tenter une expérience. Pour ne pas sortir du sujet actuel, vous savez bien que ce n'est pas chose commune que les anévrysmes, on peut très bien, même à Paris, dans les grands services de nos hôpitaux, rester un ou deux ans sans rencontrer un seul anévrysme. Quand j'ai fait mon essai, ce n'était pas pour être le premier, c'était parce que j'avais alors dans mon service un malade que je voulais guérir, et à l'aide du procédé le plus sûr et le plus innocent; or, telles étaient les conditions apparentes sous lesquelles se présentait à mes yeux la nouvelle méthode.

Je viens de dérouler les diverses phases par lesquelles a passé la question aujourd'hui pendante devant l'Académie. Et maintenant on veut qu'elle soit jugée d'une manière définitive. J'avoue que je suis moins pressé que M. Malgaigne, et cela parce que les faits sur lesquels on s'appuie pour la faire condamner ne me paraissent pas très probans. Quelques-uns de ces faits sont entourés de circonstances singulières. Celui du malade de M. Malgaigne, par exemple, est étrange. Comment? voilà un malade atteint d'anévrysme faux consécutif. Cinq gouttes de perchlorure de fer sont injectées dans la tumeur, et instantanément on voit survenir la mortification de tout l'avant-bras. La gangrène n'arrive pas ainsi instantanément, elle est précédée d'un travail spécial. Loin de moi la pensée de mettre en doute un fait observé par un homme comme M. Malgaigne, mais les circonstances dont ce fait est entouré portent à se demander s'il n'y avait pas, pour produire un semblable résultat, autre chose que l'action du perchlorure de fer.

Depuis, on a injecté ce liquide, à dose considérable, sans produire de résultat pareil. M. Leblanc vous dira qu'il en a injecté trente gouttes dans l'artère transversale de la face d'un cheval sans rien déterminer de fâcheux. On regardait le perchlorure de fer comme un caustique énergique. Il n'en est rien. L'expérience prouve que cette substance ne cautérise et ne mortifie rien. D'ailleurs on pouvait conclure ainsi, *à priori*, par la seule considération des élémens qui entrent dans la composition du perchlorure de fer. Ni l'un ni l'autre de ces élémens ne sont doués d'une grande énergie d'action.

Dans les autres faits que l'on objecte à la méthode nouvelle, on signale l'inflammation. Mais ce résultat est-il bien réellement dû à la substance employée? Ne peut-il pas tenir à l'emploi d'une trop grande quantité de liquide, ou à la manière d'opérer, ou à la disposition des individus? Cette inflammation a été notée dans cinq ou six cas; or, s'il était démontré, ce qui ne me paraît pas, qu'elle est le fait du perchlorure de fer, ce résultat serait de nature à faire rejeter la méthode. Car, toutes les fois que l'inflammation s'emparera du sac, il faut, de toute nécessité, que le sac s'ouvre; et alors voilà une source d'hémorrhagies terribles. Cette inflammation a été observée sur les animaux, dans le caillot même.

Une autre difficulté dans la question dont il s'agit, est relative au caillot. C'est là une question très importante, et qui doit devenir, à mon avis, un objet de recherches. Ce caillot peut se présenter sous deux formes. Tantôt c'est un caillot normal, c'est-à-dire formé par du sang pur; appelons-le caillot *homœomorphe*. *A priori*, on comprend qu'un tel caillot puisse être absorbé, repris par la circulation et disparaître de cette manière. Tel est le caillot formé autour d'un fragment de membrane, ou de la pointe d'une aiguille à acupuncture avec ou sans galvanisme.

Mais supposons une substance chimique introduite du dehors dans le sang, et déterminant la coagulation de ce liquide, évidemment ici le sang est altéré, transformé; ce n'est plus un caillot normal ni une masse homogène, c'est un caillot *hétéromorphe*. Dans l'injection de perchlorure de fer faite par moi, ce caillot se présentait sous l'aspect d'une masse noire roussâtre, très dure; c'était velouté, chevelu et tout à fait semblable à un *égagropile*. Il y a là, à mon avis, une étude intéressante à faire. Il s'agirait de savoir si un pareil caillot est susceptible d'être absorbé. Quand le caillot est petit, il peut être dissous et transporté dans la circulation; chez un grand nombre d'animaux il est détruit et disparaît. Mais lorsque le caillot est volumineux, il n'en est pas ainsi. Sans doute, on peut penser que le caillot homœomorphe sera repris par l'absorption, mais le caillot hétéromorphe est-il susceptible d'être absorbé? Je sais bien que s'il reste indéfiniment dans le vaisseau, sans amener d'inflammation, l'économie pourrait s'y habituer et le tolérer comme elle tolère des corps étrangers tels que des balles, des morceaux de bois, des aiguilles, etc. etc.; mais il ne faudrait pas trop compter sur ce résultat. S'il était démontré que le caillot, ainsi formé est inassimilable, ce serait assez pour faire rejeter absolument la nouvelle méthode.

Il y a dans la science beaucoup de faits qui démontrent que la disparition du caillot est difficile. Telles sont les expériences de J.-L. Petit et de M. Amussat. J.-L. Petit dit que le caillot normal peut rester des mois et des années comme corps étranger; que le vaisseau est bien fermé au-dessus et au-dessous du caillot, mais non au niveau du point où celui-ci se trouve. Dans Saviart, on lit qu'un individu atteint d'anévrysme au pli du coude guérit, mais il resta une dureté. Au bout d'un grand nombre d'années, sous l'influence d'un effort, la dureté disparut et l'anévrysme se montra de nouveau.

Ainsi, d'après J.-L. Petit et plusieurs autres auteurs, il paraîtrait que le caillot normal, homœomorphe, peut persister indéfiniment, et ne pas être absorbé. Donc, à plus forte raison, le caillot hétéromorphe.

En résumé, le perchlorure de fer n'a pas donné de résultat propre à faire rejeter la ligature; loin de là; mais il ne faudrait pas croire que l'on ne puisse guérir d'anévrysme sans la ligature. J'aime à penser que, par un moyen ou par un autre, on parviendra à remplacer ce dernier procédé. Car enfin la ligature est toujours quelque chose de grave, surtout quand elle est appliquée sur une grosse artère. Et d'ailleurs, il est des cas où l'on ne peut employer cette méthode, tels sont les cas d'anévrysmes existant sur des vaisseaux voisins des grandes cavités. C'est précisément dans ces cas, où la ligature est impuissante, qu'il serait bon de trouver une substance capable de guérir l'anévrysme en produisant la coagulation du caillot. Ce serait un grand service rendu à l'humanité. La ligature est dangereuse, que l'on opère par la méthode ancienne ou par la méthode..... moderne.

J'ai hésité à qualifier cette dernière méthode et j'ai évité de la désigner par le nom de celui qui en est, selon moi, le véritable inventeur, de peur d'éveiller les susceptibilités de M. Roux. Cependant malgré la juste déférence que j'ai pour notre très honorable collègue, malgré le plaisir que j'éprouve, il le sait bien, à me trouver avec lui en communauté d'idées, je ne puis sacrifier mes convictions à ce sentiment, et je dois dire : méthode d'Anel, parce que c'est Anel qui l'a imaginée et parce que Anel est français. C'est lui qui a pratiqué le premier la ligature au-dessus de la tumeur et sans ouvrir le sac. Peut-être faut-il remonter à Ambroise Paré pour trouver l'origine de cette méthode, car on la trouve indiquée quelque part dans les œuvres de l'illustre père de la chirurgie française. Enfin, Anel l'a dit et l'a fait le premier. C'est donc à lui et non à Hunter qu'en revient la gloire. Ce qui a donné du retentissement et de l'éclat à Hunter, au préjudice d'Anel, c'est que le premier a sauvé son malade, tandis que l'autre l'a perdu. Mais ce n'est pas une raison pour dépouiller Anel de ce qui lui appartient. Au reste, chose singulière! l'opération que les chirurgiens pratiquent aujourd'hui et à laquelle ils s'obstinent à donner le nom de Hunter, n'est pas conforme au procédé du chirurgien anglais; c'est le procédé de Scarpa que l'on suit.

En résumé, la ligature a des inconvéniens et des dangers; elle expose à l'inflammation, à la gangrène, aux hémorrhagies consécutives, etc., outre que le manuel opératoire n'est pas sans difficulté. Sans doute, la méthode d'Anel, appliquée au pli du bras, n'est pas dangereuse, et je ne connais aucun cas de mort par suite de son application, mais cela n'empêche pas que l'on ne puisse désirer et chercher un autre procédé opératoire.

Je conclus : d'après les faits connus et qui sont fort peu engageans, la nouvelle méthode ne vaut rien telle qu'elle est, pour guérir les anévrysmes, mais il faut espérer qu'avec le temps, elle se perfectionnera, et que l'on parviendra à trouver une substance coagulante qui la mettra à même de lutter avec avantage contre la ligature.

J'ai omis de dire que, dans le temps, j'avais essayé aussi de coaguler le sang par la congélation, et j'avais été porté à cette tentative par les considérations des résultats obtenus par le procédé d'anesthésie locale au moyen de la réfrigération. Mais l'expérience ne m'a pas réussi, car à mesure que la circulation, la chaleur, la vie en un mot, est revenue dans la partie congelée, le caillot s'est redissous.

M. Moreau : Je demande la parole pour un fait personnel. Je n'ai nullement prétendu donner à M. Velpeau des leçons de morale. En fait de morale, j'ai pour habitude d'en observer les préceptes, sans m'inquiéter si d'autres les suivent ou ne les suivent pas.

Pour en venir à l'objet en discussion devant l'Académie, je m'élève contre la parité que M. Velpeau a voulu établir entre la méthode de traitement des anévrysmes par le perchlorure de fer, et plusieurs autres opérations, regardées à juste titre comme des conquêtes de la chirurgie. Il n'y a, selon moi, aucune analogie entre les circonstances dans lesquelles elles se sont produites et ont été expérimentées. Quand on a voulu tenter la ligature de la carotide primitive ou de l'iliaque interne, c'était pour des cas très graves; les malades étaient en très grand danger, et l'on conçoit parfaitement que les chirurgiens se déterminassent à une opération hardie, puisque c'était la seule chance qui leur restât de sauver les jours de leurs malades. Mais ici en est-il de même? Il n'y avait pas péril pour les jours des malades, vous aviez des méthodes éprouvées déjà par de nombreux succès et par la pratique générale de de tous les chirurgiens, et vous préférez à ces méthodes un procédé né d'hier et ayant d'ailleurs produit sur les animaux des accidens formidables. Il n'y a donc aucune parité à établir entre la conduite des chirurgiens dans l'un et l'autre cas.

M. Velpeau nous a dit que cette méthode n'était pas encore jugée. Or, il vient de lui faire, à mon sens, un procès complet. Il a déclaré que l'opération avait occasionné, sur les animaux, des accidens formidables; qu'elle pouvait être suivie d'inflammation, et que l'inflammation, s'emparant du sac anévrysmal, en entraîne l'ouverture, et, par conséquent, tous les dangers qui en sont la conséquence; il croit que le caillot produit par le perchlorure de fer est inassimilable; enfin, il a rapporté une observation de M. Malgaigne, dans laquelle les accidens terribles ont éclaté; que veut-il de plus? Veut-il augmenter encore la liste des victimes inscrites au nécrologe de la nouvelle méthode? Il me semble que ces essais sont plus que suffisans pour juger la question. Je ne rétracte donc pas, même après le discours de M. Velpeau, ce que j'ai avancé dans la dernière séance, et je persiste à dire que la nouvelle méthode devrait être proscrite à tout jamais de la pratique chirurgicale.

Un mot encore, en terminant, à M. Velpeau. Notre collègue nous dit qu'il a essayé de coaguler le sang en le congelant. Mais il n'y a rien de nouveau là-dedans. Il n'a fait qu'appliquer un procédé trouvé avant lui par Guérin, et employé dans le but de prolonger les jours de ses malades.

M. Velpeau : Notre honorable collègue, M. Moreau, confond la congélation avec la coagulation du sang. C'était la congélation de la partie que Guérin avait en vue lorsqu'il appliqua ce procédé, et non la coagulation du sang.

M. le Président : La parole est à M. Leblanc.

L'honorable académicien commence par constater l'accord de tous les orateurs qui ont parlé sur cette question, touchant la nécessité de faire des expériences nombreuses sur les animaux avant de rien entreprendre de nouveau sur l'homme. Pour son compte, il est d'autant plus disposé à entrer dans cette voie, qu'il conserve de l'espoir dans l'avenir de la nouvelle méthode. Toutes les découvertes, dit M. Leblanc, ont eu leurs mauvais jours, et il ne croit pas juste de porter sur celle-ci un jugement défavorable, d'après le petit nombre de faits qui existent dans la science.

L'orateur fait ensuite l'historique de la question; il rappelle les expériences de M. Pravaz sur les animaux et les résultats dont elles furent suivies; comment cette question fut portée à l'Institut par une communication faite par M. Rayer, au nom de M. Lallemand. Puis, après un juste hommage rendu au travail de M. Malgaigne, il passe à la relation des expériences qu'il a entreprises sur les animaux, en collaboration avec M. Debout, et dont quelques-unes ont eu pour témoin M. le professeur Denonvilliers. Ces expériences avaient pour but principal d'établir l'innocuité du perchlorure de fer. Or, cette innocuité a paru à peu près complète, et, sauf un peu de fièvre et d'anorexie, aucun accident n'a été noté sur les chevaux mis en expérience. La dose du perchlorure de fer a pu être portée assez haut sans produire de fâcheux résultats.

M. Leblanc insiste sur la nécessité de maintenir assez longtemps la ligature ou la compression au-dessus et au-dessous du point où l'on a fait l'injection, si l'on veut obtenir un caillot ferme et adhérent. Sans cette précaution, le caillot se détache et est entraîné dans le torrent circulatoire. C'est ainsi qu'il explique la disparition rapide du caillot signalée dans quelques expériences, et que l'on a faussement attribuée, suivant lui, à l'absorption.

M. Leblanc désirerait de tout son cœur qu'il fût possible de réaliser le désir exprimé par ses honorables collègues, MM. Gerdy et Moreau, de voir le perchlorure de fer essayé, sur les animaux, dans des cas d'anévrysmes. Malheureusement cela n'est pas possible, attendu que les animaux domestiques ne sont pas sujets à cette affection. D'ailleurs, il est difficile de faire naître sur les bêtes des anévrysmes artificiels. Cependant l'honorable académicien se propose de tenter des expériences sur ce point et d'essayer de produire, chez des animaux, des anévrysmes dans les régions que cette maladie occupe de préférence chez l'homme. Il expérimentera également l'action du perchlorure de fer dans les cas de varices, maladie que l'on rencontre quelquefois sur les animaux domestiques.

Quant aux propriétés irritantes et caustiques attribuées au perchlorure de fer, on est, à cet égard, dans une erreur complète. Une solution du sel de fer peut bien devenir irritante et caustique, mais c'est lorsqu'elle est ancienne, car alors il s'est formé une certaine quantité d'acide perchlorique. Du reste, il est facile de neutraliser cette action en ajoutant à la solution, avant de s'en servir, un peu d'hydrate de peroxyde de fer qui s'empare de l'acide.

Avant de terminer, M. Leblanc donne lecture à l'Académie d'une lettre adressée à M. Debout par M. Valette, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Cette lettre intéressante contient la relation d'un cas d'anévrysme du pli du bras, traité avec le succès le plus complet par l'emploi du perchlorure de fer. L'opération a été faite, par M. Valette, le 21 juillet de cette année, en présence de MM. Pétrequin, Desgranges, Bouchacourt, etc., ses collègues. La solution de perchlorure avait été préparée par M. Burin-Dubuisson. Elle était à 30°. On s'est servi de la seringue de M. Charrière pour faire pénétrer dans le sac anévrysmal treize gouttes de perchlorure de fer. L'opération a été suivie d'un plein succès; les battemens ont diminué, la tumeur, qui était grosse comme une forte noix, s'est rétractée peu à peu, a pris successivement le volume d'une noisette, d'un gros haricot, d'un petit pois; bref, le malade est sorti de l'hôpital parfaitement guéri; et, deux mois après sa sortie, la guérison persistait.

M. Valette attribue les cas d'insuccès signalés par les chirurgiens qui ont employé la méthode Pravaz, à un vice dans les procédés opératoires. L'honorable chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon recommande les précautions suivantes :

1° Employer du perchlorure de fer à 30°, suivant la formule de M. Burin-Dubuisson;

2° Injecter dix à treize gouttes de liquide par centilitre de sang; l'expérience ayant démontré que c'était là la dose la plus convenable pour produire de bons effets et prévenir les accidens;

3° Se servir, pour l'injection, d'une bonne seringue. L'ouverture faite à la tumeur anévrysmale doit être extrêmement petite, afin que le liquide ne s'échappe pas dans le tissu cellulaire environnant, et ne produise pas des accidens inflammatoires. Il faut donc que la pointe de la canule soit très fine. La seringue de M. Charrière paraît satisfaire à toutes les indications;

4° Maintenir la compression pendant un temps convenable pour la solidification du caillot.

M. Malgaigne : Je demande la parole.

M. le Président : L'heure étant avancée, et l'Académie devant se former en comité secret, je propose d'ajourner à mardi prochain la suite de la discussion.

De toutes parts : Très bien! très bien!

(La suite de la discussion est renvoyée à mardi prochain.)

M. Maisonneuve fait une présentation, dont nous rendrons compte dans le prochain numéro.

A cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la suite des rapports sur les prix.

M. Patissier a terminé la lecture de son rapport sur les travaux des médecins-inspecteurs des eaux minérales, qui conclut à ce qu'il soit décerné un certain nombre de médailles aux médecins-inspecteurs qui ont montré le plus de zèle dans l'accomplissement de leurs devoirs.

On a entendu encore dans ce comité secret le rapport sur le prix Capuron (accouchement). Il n'est parvenu aucun mémoire sur la question qui avait été proposée et qui était conçue en ces termes : « Des conditions physiologiques de l'état puerpéral et de leur influence sur la production des maladies puerpérales. »

COURRIER.

Si nous n'entretenons pas nos lecteurs de quelques faits pathologiques observés à Paris, soit dans les hôpitaux, soit en ville, c'est que rien n'indique que ces faits soient liés à quelque influence épidémique. Toute appréhension à cet égard nous paraîtrait encore illégitime.

— M. le docteur Clerc, ancien interne de l'hôpital du Midi, commencera, le mardi 22 novembre, à 6 heures du soir, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, un cours public et gratuit *sur les maladies vénériennes*, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivans, à la même heure.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 138. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 19 Novembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12,

A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.

On s'abonne aussi :

Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 18 NOVEMBRE 1853.

DU ROLE DU CORPS MÉDICAL DANS LE CAS D'UNE NOUVELLE APPARITION DU CHOLÉRA.

II.

De quoi s'agit-il?

Il s'agit de savoir si le corps médical assistera, impuissant et désarmé, au nouveau combat que le fléau asiatique menace de livrer à nos populations.

Il s'agit de savoir si notre science est décidément sans moyens ni ressources pour lutter contre le génie épidémique du choléra, et si nous devons l'accepter fatalement, en courbant la tête et en disant : Dieu le veut!

Au point de vue purement humain, ce fatalisme serait de la barbarie; au point de vue chrétien, il serait une impiété; au point de vue scientifique et professionnel, il serait une déchéance.

L'observation a parlé : interrogée sur tous les points du globe, dans les conditions les plus diverses de climat, de population, d'hygiène, de mœurs et d'habitudes, partout elle a constaté ce fait capital et d'une importance souveraine, qu'à part de très rares exceptions, les symptômes graves et pernicieux du choléra sont précédés de signes avant-coureurs que notre art a presque toujours la puissance de dompter et d'arrêter.

Ainsi donc, la science médicale est en possession d'un fait initial, d'un fait-principe, qui porte en lui-même d'immenses et de fécondes conséquences.

Il ne s'agit donc que de mettre ce fait-principe en application pratique.

Les conséquences de ce fait sont d'amoindrir considérablement les ravages du choléra, d'abaisser le chiffre de la mortalité qu'il occasionne, car nous ne voulons rien exagérer, et nous n'osons pas dire comme d'autres croyans plus robustes, de l'arrêter peut-être.

Les voies et moyens d'application découlent naturellement du fait lui-même : il faut que le médecin aille au-devant du malade au lieu d'attendre que le malade vienne à lui.

Mais, c'est là, avons-nous dit nous-même, une inversion grave dans les mœurs et les habitudes médicales; comment sera-t-elle acceptée par le médecin et par le public?

Par le médecin :

Il faut s'incliner avec respect devant de respectables scrupules ; mais si nos prémisses sont justes, s'il est vrai que le choléra grave soit presque toujours précédé de symptômes précurseurs; si ces symptômes précurseurs sont facilement attaquables ; si en les domptant on enraie le développement de la maladie; si l'on empêche des individus, des familles entières de devenir la proie du fléau; si on les soustrait à une mort imminente, et si, pour obtenir ces résultats admirables, le médecin n'a qu'à modifier ses habitudes professionnelles, cette modification ne sera-t-elle pas mille fois plus respectable qu'une réserve, digne sans doute, mais dangereuse et stérile? N'est-ce pas en un cas semblable qu'il est permis de dire que la fin justifie les moyens? Et y a-t-il, en fin de compte, pour le médecin, d'autre règle de conduite que celle qui est tracée dans cette vieille et belle devise : *Salus populi suprema lex*?

Tout scrupule professionnel doit s'incliner et se taire, il nous semble, devant la moralité du but et l'utilité du résultat. Que le médecin exerce un ministère d'humanité et de charité, personne ne conteste cela; mais qu'y a-t-il donc de plus humain et de plus charitable, que de préserver nos amis, nos connaissances, nos cliens des atteintes d'une épidémie meurtrière?

Par le public :

D'abord la portion du public à laquelle nous voudrions que s'adressât l'intervention générale et officieuse du corps médical, sera prévenue du but et de l'intention des médecins par l'application officielle qui sera faite, nous l'espérons, des mesures préventives aux classes pauvres. Ce public qui forme, à proprement dire, la clientèle du médecin, ce public, en général aisé, lettré, intelligent, sera tout préparé à accepter l'offre du médecin en voyant la sollicitude de l'Administration pour les classes laborieuses, pour celles qui demandent à l'assistance publique les secours de la médecine. Ce public ne manquera pas de se dire que si les visites médicales préventives ont été trouvées bonnes et utiles pour l'ouvrier et pour le pauvre, elles ne peuvent pas être inutiles ou mauvaises pour le riche. Dès lors, loin de voir dans la démarche de son médecin quelque motif de cupide intérêt, le magistrat, le négociant, l'homme de lettres, l'artiste, etc., lui saura gré, au contraire, de sa sollicitude pour lui et pour les siens. Que si le médecin rencontre quelque porte qui se ferme sur un soupçon blessant, ce sera, nous l'assurons, une exception, et il en sera quitte, après tout, fort de ses intentions, pour ne plus y frapper. Nous ne pouvons pas sauver les hommes qui ne veulent pas être sauvés.

Les deux invasions précédentes du choléra nous ont fait cette triste expérience, que les hommes les plus intelligens ne diffèrent pas du vulgaire pour l'incurie des symptômes précurseurs de la maladie. En 1849, une des plus grandes célébrités de l'armée comptait quatre à cinq jours de diarrhée prémonitoire quand les phénomènes graves du choléra se déclarèrent. Un médecin qui eût donné de pressans avertissemens eût probablement sauvé cette vie précieuse au pays. Que d'exemples semblables ne pourrait-on pas citer, et pris dans les classes les plus élevées comme dans les plus humbles de la société! Pour nous, c'est une foi profonde, c'est un espoir immense qui nous animent, nous croyons que le corps médical est appelé à rendre les plus grands services dans le cas, malheureusement trop probable, d'une nouvelle invasion du choléra.

Si donc le corps médical, à part des scrupules professionnels qui n'ont plus, il nous paraît, leur raison d'être, ne peut élever aucune objection sérieuse contre l'idée que nous lui soumettons; s'il n'a à craindre ni refus ni fausse interprétation du public qui lui sera reconnaissant, au contraire, de son dévoûment et de son zèle, nous prendrons la liberté de formuler ainsi notre proposition :

Tout médecin, en dehors de ses devoirs publics et du concours qui pourra lui être demandé par l'Administration pour le service des visites médicales préventives à domicile, appliquées aux classes pauvres, doit spontanément appliquer ce même système préventif, autant que possible à toutes les familles auprès desquelles il a un libre accès.

III.

Mais nous avons annoncé un moyen d'exécution qui sauvegarderait à la fois la dignité du corps et celle de chacun de ses membres; exposons-le, du moins, dans son principe.

On sait notre goût prononcé pour tout ce qui émane du concert, de l'entente et des délibérations du corps médical. Relativement à la mesure que nous proposons, cette entente serait d'une grande importance. Quelques actes isolés, quelques tentatives partielles, pourraient avoir des inconvéniens plus ou moins sérieux pour ceux de nos confrères qui auraient

Feuilleton.

LE SECRET MÉDICAL.

Ne quid nimis.

Essayons de causer entre honnêtes gens, sur ce grave sujet : *le secret médical*; et, de même que les juges oublient parfois le droit afin de s'en tenir plus rigoureusement à l'équité, ne pensons ni aux lois ni aux jugemens qui varient : ne consultons que le bon sens, cet interprète le plus sûr, cet auxiliaire le plus désintéressé de la conscience.

Existe-t-il un secret médical comme il existe un secret de la confession? Mon Dieu! je n'ai pas plus besoin d'être prêtre que d'être médecin pour garder avec une fidélité, une loyauté inébranlables le secret qui intéresse la fortune, l'honneur, la vie d'un ami? Je n'ai pas besoin non plus d'être avoué, notaire pour remettre intact le dépôt qui m'a été confié. Suivant l'énergie de mon caractère, selon l'intrépidité de mon dévoûment à l'honneur, je braverai tout plutôt que de révéler, plutôt que de ne pas rendre ce qui ne m'appartient pas. — Il n'y a pas secret et secret, dépôt et dépôt, *fidei commis* et *fidei commis*. Cependant gardons-nous de ces phrases qui disent vrai en partie et faux en partie; à notre avis, il n'existe pas un secret médical comme il existe un secret de la confession, et cela par une grosse raison d'une simplicité écrasante : C'est que la médecine n'est ni la religion, ni une religion; c'est encore que dans l'esprit et aux yeux des hommes les moins religieux, jamais les choses promises et garanties par un sacerdoce, ne peuvent être rigoureusement assimilées aux choses promises et garanties par une profession. Reconnaissons donc sur ce point l'opinion, le préjugé si l'on veut, et tâchons d'obtenir ce qui est juste en laissant ce qui pourrait être controversé.

— Mais la médecine n'est-elle point un sacerdoce? — Oui sans doute et non sans doute : par conséquent et en définitive, pour la pratique ordinaire et le langage usuel : Non, la médecine n'est pas un sacerdoce. Nous aurions beau répéter le contraire devant le commun des hommes, ils admireraient peut-être chez nous le choix des mots mais ils ne se pénétreraient pas de longtemps de la réalité de la chose. Ainsi passons, cela est sage; la médecine n'est point un sacerdoce.

Mais si la maison du docteur n'est point un confessionnal, un lieu d'asile, elle ne peut pas être une *souricière* non plus. Il nous semble que cela est incontestable même devant les exigences les plus violentes de la répression sociale et de la vindicte publique.

Je suis médecin, je ne reçois ni les coupables, ni les malheureux dans le sens judiciairement pitoyable de ce mot; mais si vous êtes malade, blessé, venez, je ne vous en demanderai pas davantage. Si, même, je découvre à la simple inspection, si j'approfondis au simple toucher *ce que vous avez*, je n'ai nul besoin, nulle envie de savoir *ce que vous avez fait*.

Cependant, toutes les apparences, toutes les probabilités me disent que j'ai à soigner les suites d'une aventure criminelle, d'une tentative d'avortement, par exemple. Alors et non pour confesser, non pour absoudre, mais pour guérir plus directement, plus sûrement, dans le seul intérêt du malade en tant que malade, je sollicite un aveu complet, détaillé même. Qu'arrive-t-il?

Ou la malade nie, ne me laisse que des soupçons et la responsabilité tout entière de mon traitement.

Ou la malade avoue juste ce qu'elle juge importer à son salut médical et enveloppe tout le reste de détails mensongers et déconcertans que je n'ai ni le temps, ni les moyens, ni la mission d'éclaircir.

Ou bien elle avoue et se livre entièrement.

Quel est mon devoir dans ces trois suppositions? Il est le même : panser, guérir; rien de moins, rien de plus.

Telle est l'infirmité des choses humaines même les plus savantes, que dans le premier cas, mes soupçons peuvent être faux et mon traitement raisonnable. — Telle est la moralité de la conscience humaine, que si, dans le second et le troisième cas, je révélais par ordre et dans un intérêt de vindicte publique ce qui m'a été confié, je passerais pour un homme qui interprète trop facilement, trop largement son devoir dans l'intérêt de sa tranquillité personnelle.

Ce n'est pas en dénonçant. — Quelle infamie! — Ce n'est pas en révélant que le médecin remplit son devoir envers la société, envers la loi, etc. C'est en soignant, c'est en guérissant un individu, quelle que soit sa répugnance, quelle que soit son horreur pour cet individu.

Si, en guérissant, j'absolvais à un degré quelconque, si je mettais le coupable à l'abri des investigations et des recherches de la justice, je concevrais que la loi fût jalouse de mes prérogatives et les supprimât comme elle a supprimé le droit d'asile. Mais en guérissant, qu'est-ce que je fais? Vous le savez bien, vous société, vous la loi, vous le savez bien si moi je ne m'en occupe pas : je rends la vigueur à un coupable, et cette vigueur lui servira seulement à pourrir plus longtemps dans les cachots; je lui rends la vie, et cette vie ne lui servira qu'à sentir mieux sa mort, à mourir plus, en quelque sorte, sur l'échafaud.

Croyez-nous, ne forcez pas le médecin à juger celui qu'il panse. Car le médecin est homme : il ne porte pas écrit dans son cœur le stoïcisme écrit dans la loi; il ne peut compter sur cette irresponsabilité qui s'attache à la masse, à la société. — Dans l'intérêt même de la répression, laissez le médecin ne voir que des malades, des blessés. Si vous en faites un juge au premier degré, ce premier degré sera toujours voisin de la police, et alors agrandissant son rôle par un sentiment bien légitime, le médecin, voyant la mort quasi-naturelle s'emparer du coupable, confirmera peut-être cette première sentence et laissera faire à la nature.

Le médecin est appelé, par sa position et sa puissance, à connaître de bien des désordres, à soupçonner bien des délits. Mais c'est le mal physique, c'est la douleur qui pousse les hommes à lui révéler ce qu'ils ne s'avouent pas à eux-mêmes. Nous nous sommes promis de ne rien exagérer; nous ne dirons donc pas :

Le médecin ne sait rien que par la torture;

Mais nous sommes prêts à soutenir qu'au degré de civilisation où nous sommes censés parvenus, cette considération ne saurait être ni absolument fausse, ni absolument vaine.

Aussi, nous répondra-t-on, jamais on ne pressera le médecin de faire connaître les circonstances en quelque sorte morales du délit, du crime qui ont pu lui être révélées par un malade, par un blessé. On exigera

le courage de s'y livrer. Nous ne conseillons pas cela. Mais la mesure prend un tout autre caractère, si elle est à peu près générale — nous disons *à peu près*, car il faut prévoir des dissidens, — si elle émane des décisions prises par les médecins eux-mêmes, et si elle est motivée, comme elle doit l'être, sur des considérations d'intérêt général et d'utilité publique.

Mais où est le corps médical, et comment peut-il délibérer? Il est dans toutes ces nombreuses Sociétés de médecine, dans les Associations médicales d'arrondissemens, paisibles et respectables asiles du savoir modeste, de la pratique utile et de l'honorabilité professionnelle. C'est là que, sans bruit, sans éclat, sans manifestations publiques qui puissent émouvoir l'autorité ou le public, chaque Société, chaque Association, à Paris comme dans les départemens où il en existe, dès sa première réunion, peut mettre cette question à l'ordre du jour, et adopter la proposition, si, comme nous, on la croit bonne, utile, morale et praticable.

Praticable; nous ne nous dissimulons pas à nous-même quelques embarras et quelques difficultés d'exécution; il y en a en toutes choses, mais en toutes choses aussi, il faut savoir faire, comme un bon négociant, la balance des avantages et des inconvéniens. Il n'y a pas de doute pour nous que la somme du bien à réaliser ne doive faire passer sur quelques difficultés d'application. Ce qui importe, c'est de faire d'abord tout ce qu'on peut, car c'est faire ce qu'on doit. Jamais, à notre sens, la médecine n'aura de plus grande occasion de manifester son influence et sa bienfaisante puissance, et cette considération est de nature à éloigner les petites objections de détail. Dans son dernier voyage en Angleterre, M. Mélier a eu occasion de voir des praticiens très répandus de Londres, qui, en 1848-49, ont appliqué à leur clientèle la mesure des visites prémonitoires, et qui lui ont assuré, qu'outre les avantages que leurs cliens en avaient ressentis, ils en avaient retiré eux-mêmes de très grands seulement par la perte de temps infiniment moins considérable que s'ils fussent restés dans leur cabinet à attendre les malades.

Les Sociétés et Associations médicales, nous paraissent donc appelées à rendre les plus grands services à la question des visites préventives et à leur généralisation à toutes les classes de la société. Cette question est grosse de conséquences fécondes. L'application générale et bien faite du système préventif peut avoir des conséquences considérables

Pour la science, qui pourra élucider d'importans problèmes de la question épidémiologique;

Pour l'art, dont la puissance peut grandir à la hauteur d'un bienfait social;

Pour la profession, qui peut s'attirer la gratitude universelle;

Pour l'humanité, enfin, qu'il s'agit de préserver d'un fléau destructeur.

Mais hâtons-nous, hâtez-vous, chers et honorés confrères! l'occasion est opportune : *occasio præceps*. Déjà le fléau indien semble vouloir toucher Paris de son aile funèbre. Que la médecine française n'ait rien à envier à la médecine anglaise. Il faut, au contraire, que nous fassions mieux, plus vite et plus complet qu'en Angleterre. Car l'idée est française; dès 1832, six jours après l'invasion du choléra à Paris, M. Jules Guérin jetait dans la science le grand fait de la diarrhée prodromique, sur lequel est légitimement basé le système préventif. Ce système préventif a fait ses preuves en Angleterre, en Bavière et en Prusse aussi, assure-t-on; il s'agit de l'expérimenter en France; il s'agit de savoir jusqu'à quel point la médecine française peut dire au mal asiatique : Tu n'iras pas plus loin!

Amédée Latour.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL DES ENFANS MALADES. — Clinique de M. Guersant.

Sommaire. — Croup. — Trachéotomie. — Nécessité de maintenir la canule jusqu'au 37e jour de l'opération, par la présence d'une fausse membrane dans le larynx. — Extraction de cette fausse membrane par le cathétérisme du larynx. — Guérison.

Chacun sait que la trachéotomie pratiquée sur un enfant affecté de croup, n'est qu'un moyen mécanique destiné à remédier à l'asphyxie imminente produite par l'obstruction du larynx. Elle permet au médecin de prolonger les jours du malade, et de donner à l'organisme, aidé des moyens de traitement, le temps de triompher d'une cause morbifique dont l'action et les effets sont d'une durée variable.

Aussi, l'opération pratiquée, le médecin concentre-t-il presque toute son attention sur l'affection générale, persuadé, avec raison, que la laryngite pseudo-membraneuse n'est qu'une des localisations d'une disposition morbide qui atteint toute l'économie; cette disposition disparaissant, l'accident local ne doit plus subsister. Plus tard, l'inflammation croupale spécifique cessant d'agir, les fausses membranes se détachent et sont rejetées au dehors par l'expuition et l'expectoration, ou bien il se produit une espèce de dilution des concrétions plastiques dans le mucus sécrété par la muqueuse qu'elles tapissent. En général, vers le septième ou le dixième jour après l'opération, on ne trouve plus de fausses membranes dans les voies aériennes, et l'on peut retirer la canule.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi. On rencontre des petits malades chez lesquels l'accident local prend une importance beaucoup plus grande, soit qu'il semble constituer à lui seul toute la maladie, la réaction étant peu vive; soit que, cette dernière s'étant éteinte, il lui survive toujours menaçant. Il est alors de toute nécessité de maintenir la canule appliquée bien au-delà du dixième jour de l'opération.

Dans ces cas, l'enlèvement de la canule est suivi de quelques momens de calme, un quart d'heure ou davantage. Puis, la respiration s'embarrasse, elle devient anxieuse, et l'expansion pulmonaire incomplète. On entend un sifflement, mais il n'est plus dans le larynx; il est produit par les bords de la plaie qui, sous l'influence de la pression atmosphérique, se rapprochent et s'appliquent incomplètement l'un contre l'autre à chaque inspiration. En général, l'inspiration seule est laborieuse, l'expiration est, au contraire, douce et tranquille : c'est que la colonne d'air expiré écarte facilement devant elle les lèvres de la plaie.

Il existe évidemment dans le larynx un obstacle à la respiration. Aussitôt après l'enlèvement de la canule, la plaie reste encore béante, et l'enfant respire à la fois par le larynx et par la plaie, mais beaucoup plus par cette dernière. Dans la suite, la plaie, tendant d'elle-même à l'occlusion, se ferme, et l'enfant ne respire plus que par le larynx, qui fournit à l'air un passage insuffisant. De là, imminence d'asphyxie. Chaque jour, nouvelle tentative pour enlever la canule, chaque jour, nouvel insuccès, et cela, jusqu'au 25me, 37me jour et plus après l'opération.

Cet obstacle laryngé peut tenir à deux choses : ou bien c'est un gonflement œdémateux siégeant dans la muqueuse et le tissu sous-muqueux de la glotte, produit par l'inflammation diphtéritique locale, et persistant après la chute de la fausse membrane; ou bien c'est la fausse membrane elle-même qui reste adhérente aux cordes vocales. Le premier cas n'est pas très rare, et il est beaucoup plus commun que le second.

Le fait suivant est un exemple remarquable d'occlusion de la glotte pour une fausse membrane persistant jusqu'au 37me jour de l'opération. Il est surtout intéressant à cause du moyen chirurgical employé par M. Guersant pour entraîner au dehors la sécrétion pelliculaire qui constituait dans le larynx un véritable corps étranger, et qui menaçait de retarder indéfiniment la guérison :

Desprez (Eugène-Alexandre), âgé de 3 ans 1/2, demeurant à Paris, rue Guérin-Boisseau, n° 8, est entré, le 18 août, à l'hôpital des Enfans, salle Saint-Jean, n° 3 (service de M. Blache).

Cet enfant, blond, lymphatique et d'une bonne santé habituelle, est malade depuis le 13 août. Dès le début, malaise général, céphalalgie, tristesse : l'enfant se plaint du mal de gorge.

Le 14. Il est vu par un médecin qui administre le sirop de chicorée. — Mêmes symptômes les jours suivans.

17. Le médecin constate la présence de fausses membranes dans l'arrière-gorge et prescrit une potion avec ipéca. Elle ne détermine aucun vomissement.

18. Le petit malade est amené par sa mère à l'hôpital, vers deux heures du soir. Il présente les symptômes suivans : face pâle, lèvres violettes; aphonie complète, toux sèche, presque complètement éteinte; sifflement laryngo-trachéal très marqué. Inspirations fréquentes, très incomplètes, diaphragmatiques, pendant lesquelles les côtes inférieures et moyennes se courbent sur le plat et deviennent presque concaves en dehors : signe de violentes contractions musculaires. Pouls accéléré, faible. On reconnaît des fausses membranes sur les amygdales et le pharynx : suintement séreux, jaunâtre et fétide par les narines.

La trachéotomie est jugée nécessaire : elle est pratiquée suivant le procédé de M. Trousseau, par M. Maurice, interne de M. Guersant. Peu d'écoulement sanguin. Aucun accident immédiat. Calme, sommeil tranquille après l'opération.

Vers cinq heures du soir, réaction peu vive. Cautérisation de l'arrière-bouche avec l'acide chlorhydrique concentré.

19. Petits débris pseudo-membraneux rendus par la canule. Des deux côtés de la poitrine, râles humides, gros, peu nombreux : 140 pulsations, 34 inspirations. État général satisfaisant. Diète, loch simple.

20. Mêmes symptômes. Légère bouffissure de la face. Le malade est soumis au traitement de M. Miquel, d'Amboise : calomel et alun. Cautérisation de la plaie.

22. Rougeur de la muqueuse buccale, salivation abondante. Chaleur douce, pas de rougeur de la face. 120 pulsations, 28 inspirations. Râles ronflans, doux en arrière du thorax : expectoration abondante de mucosités jaunâtres. Bon aspect de la plaie. La déglutition produit de la douleur à la plaie, demande un peu d'attention, mais se fait normalement.

On supprime le calomel et l'alun. Bouillons et potages.

25. Amélioration très grande. On enlève la canule à huit heures et demie du matin. Pas de suffocation immédiate. A midi, expiration libre; voix et cris assez distincts, mais inspiration très pénible. On remet la canule avec quelque difficulté, à cause du rapprochement des bords de la plaie, ce qui provoque un accès de toux et l'expulsion de débris membraneux.

Rien de notable les jours suivans, si ce n'est le bon état du malade. Un peu de ronflement de la respiration. L'expectoration est toujours abondante.

29. Nouvel enlèvement de la canule à huit heures; à midi, suffocation. La canule est replacée.

2 Septembre. État général très satisfaisant. Aucun trouble fonctionnel. Bon aspect de la plaie, dont les bourgeons sont un peu saillans.

Cautérisation de la plaie avec le nitrate d'argent.

---

seulement qu'il *raconte* la maladie et *la blessure*; en profitera qui de droit et comme de droit : la charge et la décharge, l'accusation et la défense.

De bonne foi, raconter une maladie, une blessure, n'est-ce pas, dans un grand nombre de circonstances, devenir le témoin le plus accablant, le plus irrésistible; car la maladie a cessé, la blessure n'est plus qu'une cicatrice. Après le témoignage du médecin, l'accusation n'a plus qu'à conclure. L'aveu d'un complice serait moins terrible contre un prévenu, car le complice peut être soupçonné, soit d'un sentiment de haine, soit du désir d'amender sa position et l'esprit des juges par une franchise plus ou moins acceptable. Mais le médecin ! sa déposition, c'est la sentence.

Est-ce à dire que plus elle importe à la morale publique, à la justice, et moins elle est due par le médecin ?

La question ainsi posée ne peut être résolue que par la négative. Si l'on disait, par exemple : « Il y va de la démoralisation générale, de la ruine de toute idée sur le juste et l'injuste, que le public reste dans le doute sur l'innocence ou la culpabilité de tel ou tel homme condamné, exécuté malgré ses protestations. Le confesseur doit-il se taire ? » Eh bien ! on ébranlerait, en parlant ainsi, plus d'un partisan vague et laïc du secret de la confession; mais pour tout homme qui réfléchit — et toute conviction religieuse à part — le mal qui résulterait de la parole aurait de bien plus sérieuses conséquences que celui résultant du silence. — Pour revenir au secret médical, nous disons que moralité publique est une chose complexe, et que le caractère d'une haute profession avili serait une calamité hors de comparaison avec le danger social résultant de l'impunité d'un coupable.

Mais le médecin ne peut-il, par son silence en certaines circonstances, non seulement sauver un coupable, mais augmenter les chances d'erreur pour la justice, et livrer sciemment l'innocence ?

Cette simple et dernière supposition fait bien voir, selon nous, tout ce qu'il faut laisser à la conscience, à la religion individuelle, en pareille matière. Aucune théorie positive, absolue, aucune solution abstraite, ne saurait suppléer le respect réciproque du magistrat pour le caractère du médecin et le respect du médecin pour les grands intérêts de la justice. Les casuistes ont beau jeu sur ce sujet. Sans se déranger beaucoup l'esprit, ils peuvent imaginer mille circonstances où l'insistance du juge se comprend, sans que l'hésitation ou le refus du médecin soient injustifiables; mille circonstances où la prétention de l'accusation révolte, où la complaisance du médecin dégoûte; mille circonstances où l'ordre du magistrat rencontre la faveur publique tandis que la dignité du médecin n'est ni appréciée, ni comprise, etc. Les cas opposés, divers, foisonnent.

— C'est pour cela, nous dira-t-on, qu'il importe précisément de déclarer d'une façon absolue et sans restriction aucune : « Le secret est obligatoire pour le médecin sur tout ce qui lui a été confié et sur tout ce qu'il a pu apprendre dans l'exercice de son ministère. »

Il n'y a plus de secret, dès que je suis appelé devant la justice. Voyez, par exemple, ce qui se passe au sujet de la question si grave, elle aussi, de la responsabité médicale. On pose et l'on a raison de poser *en principe* ceci : La responsabilité *médicale n'existe pas.*

Et puis, *en fait*, on recherche si cette responsabilité, *qui n'existe pas en principe*, est oui ou non établie d'une manière claire et explicite par la législation existante.

Et puis, finalement, on en vient à s'exprimer ainsi (1) :

« Mais, Messieurs, de ce que la législation n'admettrait point la res-
» ponsabilité légale des médecins dans l'exercice consciencieux de leur
» ministère, *il ne s'ensuit pas qu'ils ne puissent être attaqués et*
» *appelés devant les tribunaux.* Il y aura toujours à déterminer, dans
» ces cas, si la conscience et la bonne foi ont présidé à leur conduite.
» De là, des recherches et des investigations scientifiques qui ne sau-
» raient être suffisamment éclairées, si elles étaient faites par des
» hommes étrangers à la médecine. Un jury médical est seul compé-
» tent pour juger ces circonstances délicates, et c'est à lui que nous
» vous proposons d'en déférer l'examen. »

A quelle distance d'un principe vrai et absolu nous voilà amenés par la force réelle et despotique des choses? J'ai incisé l'artère au lieu de la veine. Une amputation du bras s'en est suivie. Le fait de mon erreur est inattaquable; mais voici ma conscience et ma bonne foi *attaquées, appelées* devant les tribunaux ! Et puisqu'il ne s'agit plus d'un fait chirurgical, mais d'un fait de moralité, n'espérez pas que la justice abandonne les investigations à un jury médical.

Il en serait ainsi, nous le craignons bien, *du secret médical*, ce principe vrai, posé d'une façon absolu. Il faudra toujours bien accorder, en fait, que je puis être attaqué, appelée devant les tribunaux, en ma qualité de médecin, et pour le fait d'avoir soigné un prévenu. — Vingt, trente témoins déposent en effet qu'à telle époque, dans telle maison, j'ai soigné le prévenu. — La malignité, la calomnie, s'il s'agit d'une certaine nature de délit, va même jusqu'à insinuer que je pourrais bien être complice. — Je suis appelé; il faut que je réponde à la justice. Voilà *un fait* jusque là inéluctable et contre lequel se brise et se réduit à rien *le principe* du secret médical.

— *L'accusation* : Avez-vous soigné le prévenu, à telle époque, pour telle maladie, pour telle blessure ?

— *Le médecin* : Non.

— *L'accusation* : Eh bien ! le fait est établi par la déposition de vingt, trente témoins honorables; il est acquis et vous trompez la justice.

— *Le médecin* : J'ai dit non; j'aurais dû répondre : C'est mon secret, c'est le secret médical.

Il n'est pas difficile d'imaginer par combien d'exhortations aussi édifiantes pour le public et le jury qu'écrasantes pour le prévenu, par combien de questions délicates et embarrassantes pour le médecin, un procureur, un magistrat peut faire que le malheureux secret médical ne retombe de tout son poids sur la tête et sur le sort du prévenu.

Et d'abord, dès que le médecin est appelé devant le public, devant le jury, et qu'il refuse de répondre, le public, le jury ne manquent pas de faire ce raisonnement : Le secret médical n'empêche pas du tout de défendre un innocent, de déclarer, d'établir par des preuves la non existence du délit présumé. Donc, quand le médecin se tait, c'est qu'il

(1) Bayle, rapporteur de la huitième commission du Congrès médical, séance du 10 novembre 1845.

3 et 10 Septembre. Nouvelles tentatives pour enlever la canule, suivies des mêmes accidens quelques heures après.

11. Le malade sort de l'hôpital, où règne en ce moment une épidémie de scarlatine. Il porte toujours sa canule. Tous les deux jours, l'enfant est ramené par sa mère : chaque fois on essaie, mais inutilement, de le faire respirer sans canule. Il continue à bien aller et conserve seulement un peu de fréquence du pouls, sans réaction fébrile.

Enfin, le 22 septembre, une dernière tentative fut cette fois immédiatement suivie d'une suffocation rapide qui alla jusqu'à la syncope.

Jusqu'ici, MM. Blache et Guersant avaient cru à l'occlusion de la glotte par un simple œdème consécutif. Mais devant une ténacité si opiniâtre des accidens, qui, loin de diminuer, augmentaient à chaque nouvel essai, ces médecins pensèrent qu'il devait exister un obstacle tout autre, et soupçonnèrent la persistance d'une fausse membrane sur les cordes vocales. — Sur des enfans morts du croup, on peut, en effet, s'assurer qu'en ce point elles sont généralement plus adhérentes que partout ailleurs, et chez certains, atteints manifestement pendant leur vie de diphtérite laryngo-trachéale, la muqueuse de la trachée est quelquefois simplement injectée et n'est plus tapissée par les membranes qui ont été expulsées par la canule. Bien au contraire, les cordes vocales présentent encore des débris de membrane fortement adhérens.

L'événement leur donna pleinement raison. M. Guersant imagina une sorte de cathétérisme du larynx, et y procéda, le 24 septembre, de la manière suivante :

Il introduisit par la plaie de la trachée, et de bas en haut, une sonde en gomme élastique, à courbure fixe, qu'il poussa jusque dans le pharynx, en lui faisant traverser le larynx. L'instrument fut ensuite ramené au dehors par la bouche. Dans les yeux de la sonde était passé un fil qui suivait le même parcours, et dont l'extrémité portait un bourdonnet de coton. La sonde avait été coupée à une longueur de 15 centimètres environ, à partir de son extrémité arrondie. Le fil avait une longueur telle, qu'il permit de retirer la sonde par la bouche sans que le bourdonnet s'engageât encore dans la plaie de la trachée. Le bourdonnet était lui-même un peu plus gros qu'une plume à écrire et formé de coton en écheveau. Le bourdonnet une fois engagé, de douces tractions lui firent traverser la même route qu'à la sonde et balayer ainsi la totalité du larynx.

De cette manière, M. Guersant obtint un succès complet et ramena sur le bourdonnet une membrane longue de plus de 2 centimètres. Cette manœuvre ne rencontra aucune difficulté : il y eut cependant un léger suintement sanguin qui provoqua de la toux et força de replacer la canule.

25 Septembre. Enlèvement définitif de la canule, qui n'est suivi d'aucun accident d'asphyxie.

29 Septembre. Guérison complète. Le malade sort de l'hôpital, où il était rentré le 21 septembre.

Dans ce fait, nous ne voyons qu'un exemple intéressant de la persistance simple de la production diphtéritique primitive, et non celui de la continuation de l'action de l'inflammation croupale. La cause morbifique était entièrement éteinte, l'absence de réaction le démontre d'une façon évidente.

Quant au procédé ingénieux de M. Guersant, il est d'une conception simple et d'une exécution plus facile qu'on ne pourrait le croire. En procédant avec lenteur, on ne rencontre dans le larynx aucune résistance qui s'oppose au passage de la sonde. Arrivée dans l'arrière-gorge, la sonde, en titillant la luette, provoque un effort de vomissement. Dès lors, la gorge se dilate, les mâchoires s'écartent malgré la volonté du petit malade, et l'on peut facilement saisir la sonde et la ramener au dehors.

Déjà M. Guersant avait eu, dans sa pratique, deux fois l'occasion de recourir à ce moyen d'exploration, mais par un autre procédé et pour d'autres circonstances. Il employait alors, simplement, une baleine recourbée et flexible, portant une petite éponge fixée à l'une de ses extrémités par de la cire à cacheter. Il préfère aujourd'hui le procédé que nous avons décrit, parce que le bourdonnet de coton est d'un contact plus doux que celui de l'éponge, et qu'il ne court aucun risque de se détacher. Du reste, dans ces deux cas, il n'eut à réprimer aucun accident consécutif. Tout dernièrement, chez un enfant opéré du croup depuis douze jours, qui ne pouvait respirer sans canule, M. Guersant pratiqua de nouveau son cathétérisme du larynx : il n'amena aucune fausse membrane, mais ne donna lieu à aucune complication. Trois jours après, on put enlever la canule, et aujourd'hui le malade est en voie de guérison.

H. Maurice,
du service.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 Novembre 1853. — Présidence de M. Nacquart.

La correspondance officielle comprend :

Une lettre du ministre du commerce, qui soumet à l'examen de l'Académie des échantillons, avec les certificats de puisement, d'une source minérale située à Desaignes (Ardèche).

Des états de vaccination pour les départemens de l'Yonne et du Rhône.

La correspondance manuscrite comprend les deux lettres suivantes, relatives à la méthode de traitement des anévrysmes par le perchlorure de fer.

1° M. Giraldès adresse la lettre conçue en ces termes :

Dans un savant mémoire sur l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des anévrysmes, présenté par M. Malgaigne, mardi dernier, à l'Académie, il y est question des expériences instituées à l'École vétérinaire d'Alfort par M. Goubaux et moi ; mais ces expériences y sont appréciées d'une manière que nous ne saurions accepter.

« De fait, dit M. Malgaigne, sans prétendre diminuer le mérite des » hommes distingués qui avaient répété à Alfort les expériences de Pravaz, il faut bien reconnaître qu'ils s'étaient écartés, sans aucune raison, des règles posées par l'inventeur lui-même ; leur expérience » prouvait bien l'inefficacité du perchlorure à petite dose et son danger » à dose exubérante ; l'injection rationnelle était la seule qu'ils eussent » négligée. Nous verrons que les chirurgiens qui ont essayé le perchlorure de fer chez l'homme n'ont pas tous échappé à ce reproche. »

J'ignore sur quelles données le savant académicien apprécie ainsi des expériences qui n'ont pas encore été publiées ; son appréciation est d'autant moins heureuse, qu'il nous reproche de nous être écartés, sans raison, des règles posées par l'inventeur lui-même.

Or, dans la première série de nos expériences nous avons suivi les règles posées par M. Pravaz ; nous nous en sommes écarté par des raisons que nous ferons connaître plus tard. En outre, M. Malgaigne laisse croire que nous avions constaté l'inefficacité de l'agent coagulateur à petite dose ; or, nous démontrions, au contraire, qu'on pouvait obtenir la coagulation du sang dans l'artère carotide d'un cheval en y injectant, même, deux gouttes de liquide.

J'ajouterai, maintenant, que c'est d'après nos expériences, et très probablement à la suite de quelques explications données par un de nous à M. Dubuisson, lors de son premier passage à Paris, que cet habile chimiste a été conduit à diminuer la densité de son perchlorure de fer. Celui qui nous servait pour nos expériences avait été dosé par M. Lassaigne à 29° aréomètre de Baumé. Dans la première série des expériences, nous avions employé le perchlorure comme l'indiquait M. Pravaz. Plus tard, nous avions cru nécessaire d'employer du perchlorure de fer marquant 29° aréomètre de Baumé.

2° M. Leroy-d'Étiolles adresse à l'Académie un mémoire relatif au traitement *de l'anévrysme et des varices par les injections coagulantes* : Nous en renvoyons l'analyse au compte-rendu de la prochaine séance, dans laquelle la discussion sur ce sujet doit continuer.

3° Une lettre de M. Mercier relative au débat de priorité qui s'est élevé entre lui et M. Leroy-d'Étiolles, sur le traitement des affections réputées *névralgies* de la vessie.

M. Mercier s'exprime en ces termes :

J'ai fourni la preuve que, dès 1841, j'avais eu l'idée d'inciser le col de la vessie dans les affections réputées névralgiques de cette région ; j'ai rappelé une observation publiée en 1844, et j'en pourrais citer une autre couronnée de succès, qui fut publiée en 1846.

D'un autre côté, M. Leroy-d'Étiolles affirme qu'il mit à exécution la même idée en 1838.

Entre mes preuves et ses affirmations l'Académie jugera.

De plus, il revient sur l'origine de cette opération et sur l'instrument qui nous sert à la pratiquer..... Qu'il me soit permis de communiquer à l'Académie un document précieux que j'ai découvert nouvellement ; car c'est précisément l'absence de ce document qui a fait la force de M. Leroy jusqu'à présent.

Il invoque la planche 54 du tome VII de l'ouvrage de Bourgery, publié en 1840 ; mais il ne dit pas que, de trois figures qu'il donne de son scarificateur prostatique, aucune ne le représente agissant, ou même pouvant agir à la manière d'un brise-pierre. Or, mon inciseur de 1839 et mon inciseur de 1841, agissaient à la manière d'un brise-pierre.

Ce qu'il ne dit également pas, c'est que la planche 53, dont il a fourni tous les élémens, représente les diverses maladies de la prostate, telles que tumeurs du lobe moyen, tumeurs des lobes latéraux, abcès, calculs, etc., et que, nulle part, il n'est question de barrière ou de valvule formée par cette glande. L'index est à côté de la planche.

Ce qu'il cache encore mieux, c'est que la planche 56 bis représente son scarificateur en action. Or, il n'agit nullement à la manière d'un brise-pierre, et il scarifie... quoi ? la face antérieure d'une *tumeur pédiculée* du lobe moyen, située tout entière dans la vessie. Pas un mot de barrières ou de valvules.

Ainsi, M. Leroy ne disait mot, en 1840, de ce dont il fait tant de bruit aujourd'hui, et il ne parle plus aujourd'hui de ce qu'il faisait uniquement figurer en 1840.

4° Une lettre de M. le docteur F.-J. Giraud, qui soumet à l'examen de l'Académie un nouveau stéthoscope de son invention.

L'auteur, après avoir énuméré sommairement les divers perfectionnemens apportés au stéthoscope en bois, explique comment il a été conduit à faire disparaître les causes de déchéance de l'instrument connu, et donne, de l'instrument en caoutchouc de son invention, un dessin et une description que nous reproduisons.

Il établit en ces termes les règles d'application, qu'il réduit au nombre de quatre :

1° Appliquer à nu l'embout avant la plaque.

2° Identifier le conduit auditif avec l'ouverture de la plaque.

3° Ne pas presser trop fortement la plaque contre l'oreille, ni l'embout contre le sujet soumis à l'auscultation.

4° Bien isoler l'embout et le tube de tout frottement vestimentaire, et ne pas faire courir les doigts contre l'embout et la plaque. Viennent ensuite les applications dont l'instrument est susceptible, et qui sont assez nombreuses dans la pratique médicale, chirurgicale et obstétricale.

Le résumé des avantages attachés au stéthoscope dont il s'agit est le suivant :

Moyen d'auscultation médiate autour de la poitrine sur autrui, sur soi-même, sur le voisinage des fractures, sur l'abdomen d'une femme enceinte ; moyen acoustique de communication entre malade et médecin ; moyen de ligature et de compression circulaire ; moyen d'insufflation médiate ; moyen propre à sauvegarder les lois naturelles de la pudeur ; peu de volume et de pesanteur ; flexibilité du tube sur lui-même, de manière à devenir d'un transport très facile et d'une grande commodité d'application.

C'est à M. Mathieu que M. Giraud a confié la fabrication de son stéthoscope.

(Fig. 1.) L'instrument replié et tressé sur lui-même, de manière à occuper le moins de place possible. *A* Embout infundibuliforme vu par

---

n'a rien à dire pour l'innocence : toute la présomption est en faveur de la culpabilité.

Aussi un principe excellent devient illusoire, dérisoire ou dangereux en fait.

De tout ce qui précède comment donc allons-nous, comment donc pouvons-nous conclure ? Le voici :

Pour le présent, toutes les théories du monde viendront échouer contre l'anomalie de ces deux sermens :

Serment d'Hippocrate : Admis dans l'intérieur des familles, je jure que mes yeux ne verront point ce qui s'y passe et que ma langue taira les secrets qui me seront confiés.

Serment du témoin : Je jure de parler sans haine et sans crainte et de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

En présence de cette anomalie, nous verrons toujours des médecins condamnés ici, plus loin absous, là condamnés plus fort, ailleurs absous plus solennellement pour observation du secret médical. Dans le présent, rien ne peut suppléer le respect réciproque du magistrat pour le caractère du médecin, le respect du médecin pour le caractère du magistrat.

Pour l'avenir, il faut un remède héroïque mais qui va seul au but. Restreignant le sens des mots dans le cercle pur et simple du secret médical, il faut, écartant le mot *secret*, dire :

« Le médecin est inviolable pour tout ce qu'il voit, pour tout ce qu'il apprend, dans l'exercice de sa profession. Il ne peut être ni appelé, ni attaqué devant les tribunaux, hors le cas de complicité. »

A des jours bien rares, Dieu merci pour la société plutôt que pour le médecin lui-même, celui-ci saura bien répudier son inviolabilité, et tout sacrifier à sa conscience. Alors il sera juge et il sera jugé.

Une société chez laquelle un article de loi pareil à celui que nous formulons, serait un danger public... une telle société n'aurait pas à se préoccuper alors d'un peu plus ou d'un peu moins de danger ; elle serait condamnée à périr infailliblement ; elle aurait la gangrène au cœur.

Si l'on ne veut pas en venir à une disposition franche, large, aussi honorable pour la civilisation d'un pays que pour la profession du médecin, il faut laisser la parole aux casuistes. Ils excellent à vouloir la fin en refusant les moyens ; à mener de front le principe et le fait, la règle et l'exception, afin sans doute que cette parole soit accomplie :

Et Deus tradidit mundum disputationibus eorum.

Pierre Bernard.

LE DOCTEUR DIDAY A BORDEAUX.

On nous écrit de Bordeaux :

La confraternité médicale, ce digne et consolant remède de toutes les désillusions professionnelles, vient de recevoir une éclatante consécration de ses principes, à l'occasion du séjour à Bordeaux de M. le docteur Diday.

Lauréat de la Société de médecine de cette ville dans le concours qu'elle avait ouvert sur la question de la *syphilis des nouveau-nés*, notre confrère s'est rendu au sein de la Compagnie pour recevoir, en personne, la récompense qu'il avait si brillamment conquise. Une semblable démarche a excité dans la Société médicale de Bordeaux le sentiment d'une vive gratitude ; aussi a-t-elle manifesté à son élu toute la joie reconnaissante que lui inspirait cette marque de déférence.

Le 12 novembre a eu lieu, dans la grande salle de l'Académie, la séance publique où chaque année la Société de médecine présente le compte-rendu de ses travaux et des encouragemens qu'elle décerne aux diverses branches de l'art de guérir. — Cette année, une affluence inusitée se pressait dans la vaste enceinte. L'élite des médecins de la cité, les étudians, garnissaient les banquettes réservées. — Au bureau se trouvaient M. le préfet de la Gironde, M. le maire de Bordeaux, ses adjoints, le recteur de l'Académie. — Plusieurs professeurs des Facultés, divers magistrats, des littérateurs, des artistes, en un mot, tout ce qui dans notre ville a quelque souci des progrès de l'intelligence humaine, s'était rendu à cette solennité.

Après des lectures faites successivement par MM. les docteurs Gintrac père, Burguet, Venot, Jeannel et Boisseuil, M. le président a remis à M. Diday la médaille d'or, prix spécial du programme annuel. Dans une allocution chaleureuse, M. Gintrac a su mettre en relief la satisfaction profonde avec laquelle la Société couronnait l'homme distingué, le médecin modeste, qui désormais lui appartenait comme membre correspondant. M. Diday a répondu avec effusion qu'il comprenait toute l'importance de la faveur dont il était l'objet, et que tous ses efforts tendraient constamment à s'en rendre de plus en plus digne.

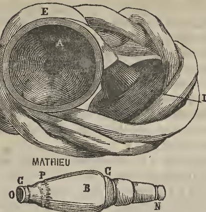
Le lendemain, le spécialiste lyonnais, suivi d'une foule considérable de praticiens, s'est rendu à l'hospice Saint-Jean, et dans l'amphithéâtre clinique du docteur Venot, il a fait aux élèves de son collègue et ami une leçon de *syphilis topographique*, nouveau spécimen de la méthode d'enseignement qui lui est particulière. Les maladies du frein et la démonstration de quelques ingénieux procédés chirurgicaux afférens, tel était le sujet traité par M. Diday avec cette verve facile, imagée et tout à fait attrayante que peut seule donner la connaissance exacte du terrain, et du vocabulaire indiqué. On n'émaille pas avec plus de finesse et de bonheur ces descriptions pratiques, dont l'étiologie est un champ fertile en détails scabreux. Habile en l'art de bien dire, M. Diday parle de tout avec une infinie délicatesse d'expressions, et anecdotise avec un charme qui rappelle le spirituel Ricord dont il s'honore d'être le disciple et l'émule.

Un banquet a joyeusement terminé ces rapports confraternels. La Société de médecine *tout entière* assistait à cette fête de famille, où n'a cessé de régner la plus franche, la plus cordiale expansion de sentimens. Au dessert, M. Gintrac a porté le toast suivant : « Aux Sociétés de » médecine de Lyon et de Bordeaux. A M. le docteur Diday, sympa» thique trait d'union entre les deux Compagnies ! » M. Diday a puisé dans l'émotion qui le dominait, les termes d'une touchante gratitude pour l'accueil qu'il trouvait parmi ses collègues de la Gironde. — De vives acclamations lui ont prouvé que la reconnaissance des visites égalait au moins celle du visiteur.

Le docteur Venot, après des couplets fort applaudis et très gais, ayant pour refrain l'épigraphe d'un des mémoires du concours (*Gaudeant bene nati*), a personnellement remercié M. Diday d'avoir été l'occasion d'un triomphe réel pour la syphilographie bordelaise. Il s'est félicité d'avoir été l'hôte de son confrère de Lyon dans la brillante ovation qui lui a été faite à l'hospice Saint-Jean, et s'est associé à ses idées si nettement, si éloquemment exprimées et déjà éprouvées tant de fois, en ce qui concerne les doctrines et les expérimentations de leur ami à tous deux, le célèbre M. Ricord.

A l'issue de ce banquet, M. Diday, accompagné par un grand nombre de ses nouveaux collègues jusqu'à la gare du chemin de fer de Paris, a quitté notre ville, le cœur rempli des plus agréables sensations, laissant parmi nous les traces d'un passage rapide, il est vrai, mais suffisant pour établir les bases d'une solide et durable amitié.

le creux. *D* Plaque auriculaire vue par dessus. *E* Tube en caoutchouc.



(Fig. 2.) Bout qui peut s'adapter à volonté à la place de la plaque, soit pour l'insufflation, soit pour être introduit dans le conduit auditif, dans le but d'ausculter. *BCC* Partie renflée du bout, recouverte en caoutchouc, afin de ne pas blesser la narine du sujet soumis à l'insufflation et le conduit auditif de la personne qui ausculte. *O* Ouverture terminale. *PP* Limite du bout en bois. *PPO* Bout flottant en caoutchouc. *NCC* Partie du bout en bois qui doit entrer à l'extrémité du tube qu'occupait la plaque auriculaire.

— M. Depaul fait une présentation pathologique. (Pour les détails, voir le dernier numéro.)

— M. Velpeau a la parole pour la suite de la discussion sur le perchlorure de fer. (Voir aussi le dernier numéro.)

Lettre de M. Valette *(de Lyon) à M. le docteur* Debout, *sur une opération d'anévrysme du pli du bras, par le perchlorure de fer, communiquée à l'Académie par M.* Leblanc.

J'ai eu l'honneur d'adresser, il y a quelque temps, à la Société de chirurgie de Paris, une lettre dans laquelle j'annonçais que je venais d'appliquer la méthode de Pravaz, pour le traitement des anévrysmes. Si j'ai cru devoir me hâter de prendre date, j'ai pensé que je ne devais pas me hâter de publier mes observations. Je désirais avoir des faits assez nombreux. Je voulais suivre mes opérés un certain temps, je désirais, en un mot, multiplier mes expériences, me former une opinion sur la question des récidives, afin d'être en mesure de donner à mon travail une certaine valeur. Aujourd'hui, que la question a été mise à l'ordre du jour par un des professeurs les plus distingués de la Faculté de Paris, je crois qu'il est de mon devoir de publier mes observations, quelque peu nombreuses qu'elles soient. La méthode Pravaz n'a pas donné, jusqu'ici, des résultats très satisfaisans, et il n'a pas été difficile à un critique aussi habile que M. Malgaigne de jeter de la défaveur sur une découverte, que je persiste à regarder comme ayant un immense avenir.

Je ne puis pas ne pas manifester mon étonnement de voir un homme aussi partisan du progrès que M. Malgaigne, fulminer l'anathème contre une méthode dont les règles d'application n'ont pas encore été formulées, M. Malgaigne s'appuie, il est vrai, sur un certain nombre d'observations; mais leur lecture attentive laissera, à tout esprit impartial, cette conviction que, le plus souvent, ce n'est pas à la méthode, mais à la mauvaise application de la méthode qu'il faut attribuer la plupart des insuccès que l'on a eu à déplorer. Dans un cas, le malade, affecté d'un anévrysme du tronc brachio-céphalique, n'avait évidemment, dit l'observation, que deux ou trois jours à vivre; on se sert d'une seringue d'Anel, on pousse dans la tumeur *sept grammes de perchlorure de fer* (de quel perchlorure de fer est-il question?); le malade succombe, et on regarderait cette observation comme probante. A Dieu ne plaise que je veuille déverser le moindre blâme sur les chirurgiens qui ont tenté les expériences.

Si j'ai été plus heureux, cela tient uniquement à ce que j'ai été guidé, à ce que j'ai eu un liquide bien préparé et présentant un degré de concentration convenable, à ce que j'ai eu, sur la puissance de coagulation du perchlorure de fer, des renseignemens plus précis; à ce que j'ai pu, éclairé par des observations publiées, éviter certains écueils. Ainsi, par exemple, cette observation malheureuse qui a eu un si douloureux retentissement, et dans laquelle il y a eu gangrène du bras, ayant nécessité l'amputation, prouve-t-elle que la méthode de Pravaz bien appliquée expose à un pareil danger? Pas le moins du monde. Elle nous montre seulement qu'il faut interrompre pendant quelque temps la circulation dans l'anévrysme, afin de donner au sang le temps de se coaguler, parce que, sans cette précaution, le perchlorure de fer est entraîné dans les petites artères qui se trouvent bientôt oblitérées. Encore une fois, je ne suis pas en mesure de discuter les faits publiés jusqu'ici, et n'ai d'autre but que de vous communiquer des observations consciencieusement prises et présentant un caractère d'authenticité propre à satisfaire les plus exigens.

Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion d'appliquer la méthode de Pravaz au traitement des anévrysmes; voici l'histoire de cette opération.

Anévrysme du pli du coude; — injection du perchlorure de fer; — guérison complète sans accident.

Hugonnet (Louis-Étienne), ouvrier en soie, âgé de 30 ans, demeurant côte Saint-Sébastien, n° 17, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 14 juillet 1853; il est couché dans mon service, salle St-Louis, n° 35. Ce malade est affecté d'une hypertrophie du cœur; sa constitution est assez chétive. Au commencement de juin, M. le docteur X... pratique une saignée du bras. Je n'ai, sur ce qui s'est passé au moment de cette petite opération, que les renseignemens fournis par Hugonnet. Il me raconte que la piqûre lui a causé une violente douleur, qui s'est propagée jusqu'à la main, dont deux ou trois doigts ont été en partie paralysés. Quelques jours après, il remarque l'existence d'une tumeur au pli du bras. Au commencement de juillet, je fus consulté dans mon cabinet; je reconnais un anévrysme, et lui déclare que, pour guérir, il a besoin d'une opération. Effrayé de ma proposition, Hugonnet va consulter M. Pétrequin qui lui tient le même langage. Le 10 juillet, je reçois du malade une seconde visite; il me demande à entrer à l'Hôtel-Dieu, dans mon service; il présentait alors l'état suivant:

Une tumeur, du volume d'une noix, existe au pli du coude du côté droit. Elle est le siége de battemens très forts, isochrones à ceux du pouls, et qui deviennent plus énergiques lorsque l'on comprime la radiale. La compression de l'artère cubitale ne me paraît pas exercer d'influence sur la tumeur, la compression de l'artère brachiale fait cesser complètement les battemens de la tumeur qui revient un peu sur elle-même. A l'auscultation, on perçoit un bruit de soufflet des plus intenses. La peau est saine. Une cicatrice récente indique qu'une saignée a été faite peu de temps auparavant. L'avant-bras est fléchi sur le bras. Les doigts sont encore engourdis, mais cet engourdissement tend de jour en jour à disparaître. Je me décide à appliquer la méthode de Pravaz, et j'exécute l'opération le 21 juillet, en présence de MM. Pétrequin, Barrier, Desgranges, Bouchacourt et d'un très grand nombre d'autres confrères. M. Burin-Dubuisson a eu l'obligeance de m'apporter du perchlore de fer à 30°, et de me donner des renseignemens sur l'énergie d'action de ce perchlorure. La capacité de l'anévrysme est évaluée approximativement à un centilitre; nous décidons que je pousserai 15 gouttes de perchlorure de fer, ce qui ne fait, en réalité, que 13 gouttes, car 2 gouttes sont absorbées par la canule de la seringue; je n'ai pas besoin d'ajouter que je me suis servi de la seringue Charrière. La capacité de celle que j'ai entre les mains est de 25 gouttes. Le corps de pompe est en verre, ce qui nous a permis de constater que le liquide n'a pas passé au-dessous du piston.

Je fais appliquer un tourniquet sur l'artère brachiale, afin d'avoir une compression exacte et surtout permanente. Pour plus de sûreté M. Chadzinski, interne du service, comprime avec les doigts au-dessus du tourniquet. M. Pétrequin a l'obligeance de se charger de la compression des artères de l'avant-bras. Ces dispositions prises, j'enfonce le troquart au centre de la tumeur. Quand je retire le stylet, un jet filiforme de sang artériel s'échappe de la canule, la seringue est rapidement vissée sur elle, et 15 gouttes de perchlorure sont, je le répète, injectées. Le malade accuse une douleur assez vive... Après une minute d'attente, j'enlève avec précaution la canule, la compression, au-dessous de la tumeur, est maintenue dix minutes. Quant à la compression de l'artère brachiale, elle est soutenue par M. Chadzinski 20 minutes; et le tourniquet n'est enlevé que une heure après l'opération. Pendant la journée il existe un peu de douleur qui se progage le long de l'avant-bras jusqu'à la main. Les extrémités des doigts sont froides. Les battemens de l'artère radiale ont complètement disparu. Ils existent toujours dans l'artère cubitale. Plus bas vous aurez l'explication de ce fait qui m'a un instant inquiété.

22 juillet. J'explore la tumeur que j'ai évité de toucher jusque-là. Elle est dure; la coagulation du sang me paraît complète; on ne perçoit aucun battement, excepté à la partie interne de la tumeur.

23. Rien à noter.

24. Le malade se lève et descend les cours de l'hôpital. Il mange le quart de portion, la tumeur présente les mêmes caractères.

25, 26. Rien de particulier.

27. La tumeur qui est toujours dure, qui ne présente aucun battement, commence à diminuer de volume.

31. La tumeur a diminué de moitié; elle n'offre plus que le volume d'une amande; il nous est possible de glisser l'extrémité du doigt entre la tumeur et le vaisseau dont les battemens se faisaient sentir à la partie interne; nous acquérons la certitude que ce vaisseau est bien l'artère cubitale. Les mouvemens du bras s'exécutent bien.

5 août. La tumeur n'a plus que le volume d'un gros haricot. Hugonnet me demande de sortir; mais je le décide à rester encore en observation.

12. Il insiste de nouveau. Je lui accorde son exeat. Je fais constater son état par MM. Barrier, Desgranges et Pétrequin.

La tumeur a le volume d'un noyau de cerise, elle est dure, roule sous le doigt. L'artère radiale ne présente pas de battemens. Toutefois, ils semblent vouloir reparaître vers le poignet; mais ils sont tellement obscurs, que quelques personnes ne les aperçoivent pas. Il est évident, dans tous les cas, que le rétablissement de la circulation se fait par les collatérales.

Hugonnet est revenu deux fois, à quinze jours d'intervalle, se faire examiner. Je constate et fait constater la solidité de la guérison.

La tumeur n'a plus que le volume d'un petit pois. Hugonnet a repris ses travaux qui exigent des mouvemens continuels du bras droit. J'ai revu le malade dans le courant d'octobre, il est venu me consulter pour ses battemens de cœur. La guérison de l'anévrysme du pli du coude s'est complètement maintenue.

Voici en quelques mots les précautions que j'ai cru devoir prendre.

Je n'ai pas la prétention de poser les règles à suivre, mais si quelque chirurgien veut pratiquer l'opération de Pravaz, il sera peut-être bien aise d'avoir des renseignemens précis sur ce qui a été fait dans le seul cas de guérison obtenu jusqu'ici.

1° J'ai employé du perchlorure de fer à 30°, préparé par M. Burin du Buisson.

Dans un travail publié dans la *Gazette médicale de Lyon*, cet habile chimiste expose les raisons qui motivent le choix du liquide à ce degré de concentration. M. Burin du Buisson démontre que toute opération pratiquée avec du perchlorure de fer plus concentré et par conséquent acide et plus ou moins caustique, ne doit pas entrer en ligne de compte pour faire juger d'une manière définitive la valeur de la méthode Pravaz.

2° J'ai injecté 13 gouttes seulement pour un centilitre environ de sang; n'oublions pas qu'il s'agit ici de gouttes expulsées par une canule très petite; mais, du reste, en disant que la seringue Charrière contient 25 gouttes, on peut apprécier d'une manière rigoureuse la quantité du liquide injecté. Est-il besoin de faire remarquer que la quantité trop considérable, de perchlorure de fer, aurait un effet fâcheux.

Dans les observations relatives à des varices (que l'auteur rapporte à la suite de celle-ci), on peut voir à quels inconvéniens on est exposé; mais je dois signaler l'écueil à éviter. Le caillot qui se forme n'a pas immédiatement le volume qu'il doit avoir. Je m'explique: Si l'on injecte 10 gouttes, je suppose, de perchlorure dans un vaisseau, on a un caillot dont le volume est représenté par 3.

Mais le lendemain ce caillot a augmenté de volume, et ce volume peut être représenté par 4. A quoi cela tient-il? Je l'ignore; toujours est-il que si l'on injecte dans un anévrysme assez de perchlorure pour que le caillot distende le sac, le lendemain la distention sera bien plus considérable, et si la quantité du liquide injecté est trop forte, cette distension pourra amener les résultats les plus déplorables, une inflammation suppurative, par exemple. Il faut donc injecter ni trop ni trop peu. Mais qui est-ce qui guidera le chirurgien? L'expérience. M. Burin du Buisson, qui s'est livré à un très grand nombre de recherches à ce sujet, m'a conseillé 10 à 12 gouttes de perchlorure à 30°, ne l'oublions pas, pour obtenir la coagulation de 1 centilitre environ de sang. Si le volume de la tumeur fait présumer que sa capacité est de 2 centilitres, la quantité à injecter sera de 20 à 25 gouttes, et ainsi de suite.

3° Il importe beaucoup de se servir d'un instrument bien fait, et la raison en est très simple: Il faut que le liquide passe bien dans la tumeur, mais il faut encore que l'ouverture soit très petite, car si du perchlorure s'échappe à travers la petite plaie, le tissu cellulaire sera cautérisé, il en résultera une inflammation suppurative qui pourra se propager jusque dans l'intérieur du sac. L'instrument, construit par M. Charrière, présente de très bonnes conditions.

4° Enfin, il est de la dernière importance d'isoler l'anévrysme par la compression, car la coagulation du sang n'est pas instantanée. Si la circulation est libre dans l'anévrysme, une certaine quantité de perchlorure sera chassée dans les artères, et la coagulation du sang se fera non pas dans le sac, mais dans les vaisseaux. C'est à cette circonstance qu'il faut, à mon avis, attribuer la gangrène du bras qui a suivi une tentative d'opération.

Oblitération complète du canal de l'urètre. — Nouveau procédé d'urétrotomie périnéale. — Guérison.

M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin, présente à l'Académie un malade qu'il a guéri d'une oblitération complète du canal de l'urètre au moyen d'un nouveau procédé d'urétrotomie périnéale.

Ce malade, nommé Mollet (Pierre), âgé de 65 ans, reçut, au mois de février dernier, un coup de corne de taureau dans la région périnéale. Il en résulta une rétention d'urine complète, qui fut bientôt suivie de la formation d'un vaste abcès urineux, avec sphacèle des parois de l'urètre et des tégumens dans une étendue considérable. Depuis lors, l'urine cessa de passer par la partie antérieure du canal; plus tard, la plaie du périnée se détergea, ses bords se rapprochèrent et la perte de substance fut comblée par un tissu cicatriel, très dur, qui remplaça l'urètre dans une étendue de 4 centimètres environ. Derrière cette cicatrice et sur ses parties latérales existaient cinq pertuis fistuleux par lesquels l'urine s'écoulait au dehors. L'occlusion du canal était complète. Les bougies les plus fines, les injections poussées avec force ne pouvaient y pénétrer; je fus convaincu que, dans une lésion aussi grave, le cathétérisme forcé et l'opération de la boutonnière telle qu'elle est décrite par les auteurs, ne pouvait être d'aucun secours.

M. Maisonneuve eut l'idée du procédé suivant qui fut couronné d'un plein succès. Voici la description de ce procédé:

Le malade étant couché sur le dos, les jambes fléchies, les cuisses écartées comme pour l'opération de la taille; le chirurgien introduit, d'abord, dans l'orifice fistuleux principal, une bougie filiforme qu'il fait glisser jusque dans la vessie; plaçant ensuite dans l'urètre un cathéter cannelé, il pratique sur la ligne médiane du périnée une incision profonde qui divise toute l'épaisseur du tissu inodulaire, depuis le cul-de-sac de l'urètre indiqué par le bec du cathéter jusque à la rencontre de la partie postérieure du canal, dont la bougie révèle la position.

Dès lors, il devient facile d'introduire une sonde à demeure destinée à maintenir le calibre du canal artificiel, et sur lequel s'opère la cicatrisation.

Cette opération a été pratiquée par M. Maisonneuve, le 14 juillet 1853, et deux mois ont suffi pour obtenir la guérison. Aujourd'hui, ainsi qu'on a pu s'en convaincre, en examinant le malade présenté à l'Académie, la continuité du canal est parfaitement rétablie, son calibre admet parfaitement une sonde de 9 millimètres de diamètre, et l'expulsion des urines se fait avec la plus grande facilité.

Grâce à ce procédé très simple, l'opération de l'urétrotomie périnéale, si incertaine quand on la pratique au hasard et sans guide, pourra désormais être exécutée avec une précision mathématique, et doit, par conséquent, rentrer dans la catégorie des opérations régulières.

COURRIER.

« Ce n'est pas tout d'écouter aux portes, il faut savoir entendre; ce pas tout d'être indiscret, il faut être vrai », nous disait hier un honorable membre de l'Académie de médecine, en nous signalant quelques erreurs que nous avons commises dans l'indication des prix décernés par cette Académie. Il nous a fallu répondre que nous n'étions qu'un coupable à la suite, et que cette indication nous l'avions prise dans un autre journal. L'honorable académicien nous a invité à rectifier ainsi l'erreur commise:

Prix de l'Académie. — Inégalement partagé entre:

M. Raoul Leroy-d'Étiolles, qui recevra une somme de 1,000 fr.;

Et

M. Abeille, qui recevra une somme de 700 fr.;

Un encouragement de 300 fr. sera accordé à M. Landry (Octave).

Prix Civrieux. — Une mention honorable et un encouragement de 500 fr. seront accordés à M. J. Gimelle.

Nouvelles du choléra. — Les quelques mots que nous avons insérés dans notre dernier numéro ont dû faire comprendre à nos lecteurs ce que nous tenions à ne pas publier trop haut, à savoir, l'apparition de quelques cas de choléra à Paris. Peut-être eût-il été préférable de ne pas en parler, alors que le nombre des cas était encore si peu nombreux; mais comme plusieurs journaux de médecine ont rompu le silence, nous ne croyons pas devoir être plus réservé qu'ils ne l'ont été.

C'est le 11 novembre que l'on a constaté le premier cas de choléra. Depuis cette époque, quelques nouveaux malades, hommes et femmes, ont été apportés dans les divers services des hôpitaux de Paris, à St-Louis, à la Charité, à l'Hôtel-Dieu, etc. Quelques cas disséminés ont été observés en ville dans le neuvième et le onzième arrondissemens. De ces malades, plusieurs ont succombé, et quelques-uns sont dans un état assez alarmant; mais, ce qui montre combien l'influence épidémique, si on peut l'appeler ainsi, a encore peu de force et d'intensité, c'est que, depuis deux jours, il n'est pas arrivé du dehors un seul malade cholérique à l'Hôtel-Dieu.

Toujours est-il que les premiers faits observés tendent à faire considérer la *diarrhée prémonitoire* comme un phénomène à peu près constant, et par suite, les médecins doivent se tenir en garde contre la diarrhée, d'ailleurs fort commune en ce moment.

Les nouvelles d'Angleterre sont assez rassurantes; l'épidémie semble rester stationnaire. Dans la dernière semaine, il n'est mort à Londres que 98 personnes du choléra, 4 de moins que dans la semaine précédente. Dans le reste de l'Angleterre, il n'y a eu que quelques cas disséminés; et à Dundee, en Écosse, où l'épidémie semblait menaçante, il n'y avait eu, le 13 et le 14 novembre, que 15 décès en tout par le choléra.

— M. Velpeau recommencera *ses leçons de clinique chirurgicale*, à l'hôpital de la Charité, lundi prochain, 21 courant.

— M. le docteur Deval continue ses conférences cliniques, *sur les maladies des yeux*, les mardis, jeudis et samedis, 11 heures du matin, à son dispensaire, rue de l'Échelle, n° 8. Tout est public et gratuit.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 139. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 22 Novembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois............. 17
3 Mois............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12. A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le **MARDI**, le **JEUDI** et le **SAMEDI**.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

ASSISTANCE PUBLIQUE.

CRÉATION D'UN SERVICE DE TRAITEMENT A DOMICILE POUR LES MALADES PAUVRES DE PARIS.

L'article suivant, publié par le *Moniteur* de ce jour, et qui donne les détails d'une modification profonde, que nous avons été les premiers à annoncer, dans l'organisation et le fonctionnement du service médical des Bureaux de bienfaisance de Paris, cet article intéresse trop vivement un grand nombre de nos confrères pour que nous ne nous empressions pas de le reproduire :

Une importante et salutaire innovation vient d'être introduite, sous l'inspiration des hautes et généreuses pensées de l'Empereur, dans l'administration des secours publics à Paris. Jusqu'ici, lorsqu'un indigent tombait malade, il n'avait guère d'autre secours que de se faire recevoir dans un hôpital, encore n'était-il pas toujours assuré d'y trouver place en raison de l'affluence des malades étrangers qui, grâce à la facilité des communications, viennent, chaque jour, de tous les points de la France et même des autres pays, amenés par les chemins de fer, occuper dans les hôpitaux de Paris les lits destinés aux pauvres de la ville.

Cette situation, qui va toujours s'aggravant, révélait un besoin auquel M. Davenne, directeur de l'assistance publique, s'est occupé de pourvoir, en organisant un service de traitement des malades indigens à domicile. Le conseil de surveillance et la commission municipale se sont empressés d'adopter ce projet qui, après avoir été approuvé par M. le préfet de la Seine, vient de recevoir la sanction définitive de M. le ministre de l'intérieur.

Voici très sommairement en quoi consistent les dispositions arrêtées :

Le nombre des médecins des bureaux de bienfaisance est fixé à 159 ; ils seront répartis entre les douze arrondissemens, en proportion de la population indigente, et leurs fonctions cesseront d'être gratuites. Ils recevront chacun une indemnité qui sera de 600 fr. dans les quartiers du centre, et de 1,000 fr. dans ceux, comme le quartier Popincourt, celui des Invalides, la Petite-Pologne, etc., où la population généralement peu aisée offre le moins d'avantages à un médecin sous le rapport de la clientèle, en même temps que les distances à parcourir rendent le service plus pénible. Il y aura, en outre, dans chaque arrondissement, selon les besoins, des sage-femmes qui seront également rétribuées.

Les médecins seront nommés pour six ans, sur la présentation des bureaux de bienfaisance et la proposition de M. le directeur de l'assistance publique. Ils pourront être réélus.

Des locaux devront être disposés dans les divers quartiers pour que les malades puissent venir réclamer les conseils des médecins qui seront tenus de s'y rendre à des jours et heures déterminés, et d'y rester tout le temps nécessaire pour donner les consultations qui leur seront demandées. Un membre du bureau de bienfaisance assistera toujours à ces séances.

Les médecins visiteront chez eux tous les malades qui ne pourraient se rendre à la consultation.

Un registre sera ouvert au secrétariat de chaque bureau de bienfaisance pour recevoir les noms et demeures de tous les malades, la date de leur entrée en traitement et toutes les autres indications nécessaires.

Les malades atteints d'affections aiguës seront visités au moins une fois par semaine, par un administrateur ou commissaire de bienfaisance, porteur d'une feuille, où il consignera ses observations, particulièrement en ce qui concerne les soins dont ces malades sont l'objet de la part du médecin.

Une commission composée du président ou d'un vice-président du bureau de bienfaisance, d'un administrateur ou commissaire, du secrétaire-trésorier du bureau et d'un des médecins, se réunira toutes les semaines pour prendre connaissance de tout ce qui intéresse le service des malades et notamment des feuilles de visite. Elle statuera sur les secours qui devront être accordés, tant en médicamens qu'en alimens, en linge ou autres effets, même en argent, s'il y a lieu. En cas d'urgence, pendant l'intervalle des séances, les secours les plus indispensables pourront être délivrés immédiatement sur bons du président, sauf à lui à en rendre compte à la commission.

Pour les malades non inscrits au contrôle des pauvres, c'est-à-dire pour les ouvriers nécessiteux, pour les personnes chargées de famille, en un mot, pour tous les individus notoirement dénués de ressources, le traitement à domicile sera commencé, soit sur leur demande, soit sur la réquisition du maire ou d'un des administrateurs du bureau de bienfaisance de leur arrondissement, soit sur celle du directeur de l'assistance publique.

Nous passons tout ce qui, dans le nouveau réglement, se rapporte aux mesures d'ordre purement administratives. Ce que nous avons voulu faire ressortir, et ce que la population nécessiteuse de Paris appréciera comme nous, c'est le bienfait qu'elle est appelée à en recueillir.

Ainsi, désormais, les hôpitaux désencombrés s'ouvriront pour les individus isolés, pour les étrangers surpris par la maladie loin du lieu de leur domicile, pour toutes les personnes atteintes d'affections graves dont la guérison exige les soins assidus et dévoués que de savans médecins et de charitables sœurs y prodiguent à tous ceux qui souffrent; mais le père ou la mère de famille malade ne sera plus forcé, pour se faire traiter, de quitter le foyer domestique, et de laisser à l'abandon ses enfans en bas-âge ou de jeunes filles exposées aux dangereuses suggestions de la misère. Celui qu'une répugnance quelconque, bien qu'irréfléchie, éloigne de l'hôpital, ne sera plus exposé à souffrir sans soulagement et à mourir sans secours. Ajoutons que, dans beaucoup de cas, les progrès du mal seront arrêtés par des remèdes administrés à propos, et que la guérison en sera d'autant plus prompte et plus sûre.

Déjà cette utile organisation subsiste et fonctionne dans le 5me arrondissement, où elle a été introduite par les soins d'un administrateur habile autant que charitable, M. Vée, ancien maire de cet arrondissement, aujourd'hui l'un des deux inspecteurs généraux de l'assistance publique, et le bien qu'elle y a produit est une garantie certaine du succès qu'on doit espérer d'une semblable mesure étendue à tous les quartiers de Paris.

Le nouveau réglement recevra son exécution à partir du 1er janvier 1854.

ÉTIOLOGIE DU CHOLÉRA.

DE LA PROPRIÉTÉ ÉPIDÉMIQUE DU CHOLÉRA ;

MÉMOIRE LU A L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE [1],

Par M. le dr JOLLY, membre de l'Académie.

2° *Causes physiologiques ou aptitudes individuelles.* — Quelle que soit son origine, physique ou chimique, météorologique ou géognosique; quelle que soit sa nature miasmatique, vénéneuse, sidérale, tellurique ou autre, il est d'observation que la propriété épidémique du choléra n'atteint pas indistinctement, ni au même degré, tous les individus soumis à sa loi; il y a pour le choléra, comme pour toutes les épidémies, des aptitudes spéciales, des conditions physiologiques qui rendent certains individus ou plus aptes ou plus réfractaires à leur action, comme il en est qui tolèrent plus facilement les effets d'un médicament actif, ou qui souffrent plus impunément les effets d'un poison violent.

Il est probablement de ces conditions dites idio-syncrasies, qui sont innées ou liées à l'organisation primitive de l'homme ; de même que d'autres s'acquièrent dans des circonstances hygiéniques, physiologiques ou pathologiques également indéterminées, également insaisissables. Peut-être en est-il aussi, qui sont dues à une sorte d'acclimatement, à un effet de résistance habituelle exercée au milieu même des foyers épidémiques; et tel est probablement le cas des médecins, des garde-malades, de toutes les personnes qui vivent habituellement dans une atmosphère épidémique, comme dans leur élément naturel ; qui se familiarisent, s'identifient, pour ainsi dire, dans les milieux où ils restent en contact plus continu, plus prolongé avec des agens plus ou moins délétères, sans en subir les effets pathogéniques.

Il est certain du moins, et nous l'avons déjà prouvé par des résultats de statistiques officielles opposés à l'opinion de la contagion ; il est certain que les personnes qui ont le plus vécu dans un contact habituel avec les cholériques, dans l'atmosphère même des hôpitaux, ont fourni moins de décès au nécrologe de l'épidémie que d'autres placées hors des foyers ou des atteintes directes de la maladie, et qui n'onteu à subir son influence que par suite de leur transition brusque et soudaine dans les milieux épidémiques. Et quelle que soit l'invraisemblance ou l'étrangeté du fait, partout néanmoins l'expérience oblige de l'accepter comme une vérité bien démontrée. Nous ne rappellerons pas, à ce sujet, tout ce qui a été signalé dans les statistiques étrangères, tant en Asie qu'en Europe (1), et pour ne citer ici que des exemples bien frappans, qui se sont passés sous nos yeux, dans les deux dernières épidémies, nous avons vu, en 1832, le service des salles de nos hôpitaux, ne compter que 2 décès p. 100 à l'Hôtel-Dieu, 2 décès p. 100 à la Salpêtrière, tandis que le service général de l'administration compte 3 p. 100 à l'Hôtel-Dieu, 4 p. 100 à la Salpêtrière.

En 1849, le résultat est beaucoup plus significatif. Le personnel du service des salles, qui vit pendant tout le cours de l'épidémie dans les foyers les plus actifs de la maladie, n'est atteint que dans la proportion de 12 p. 100 à la Salpêtrière, 5 p. 100 à Bicêtre, 2 p. 100 à l'Hôtel-Dieu. Tandis que, dans ces mêmes établissemens, le personnel de la cuisine, de la pharmacie, de la buanderie, des chantiers, des ateliers, qui se trouve plus ou moins éloigné des foyers actifs de l'épidémie, compte jusqu'à 19 p. 100 décès à la Salpêtrière ; 11 p. 100 décès à Bicêtre; 3 p. 100 décès à l'Hôtel-Dieu.

Ailleurs, dans les hôpitaux militaires, au Val-de-Grâce, par exemple, que se passe-t-il? C'est notre savant et zélé collègue, M. Lévy, qui va nous le dire, dans un précieux document que nous devons à sa parfaite obligeance.

Du 1er au 31 octobre 1849, l'effectif général des infirmiers était de 472 hommes, dont 60 sont restés spécialement attachés au service des cholériques, indépendamment des infirmiers supplémentaires de garde, au nombre de 10 à 20 par jour ; de telle sorte que le demi-bataillon tout entier devait passer par le service des cholériques.

Sur ce total de 472 infirmiers, 12 seulement ont été atteints de choléra ; mais, chose remarquable, 6 d'entre eux n'avaient encore fait aucun service, n'avaient encore eu aucun rapport avec les cholériques, et 5 autres n'avaient fait qu'un très court service. Le 12e, nommé Didenot, après avoir fait impunément, pendant trois mois, le service d'infirmier, était rentré à la caserne située loin du bâtiment des cholériques, et c'est là qu'il fut atteint mortellement, quelque temps après sa rentrée. Ainsi donc, sur les 12 infirmiers atteints dont 4 succombent, un seul de ces derniers, Didenot, comme on vient de le voir, avait servi aux cholériques ; les 3 autres, ce qui est encore à noter, sont le baigneur, le buandier, un employé au bureau des entrées, tous 3 habitant un lieu parfaitement isolé, à l'extrémité du jardin du Val-de-Grâce.

Du reste, on sait que pas un seul médecin des hôpitaux civils et militaires n'a succombé dans l'épidémie de 1849. Des élèves, des infirmiers, des garde-malades, des employés au service des salles, ont payé un tribut plus ou moins cher à l'épidémie, mais partout, même à la Salpêtrière, la proportion des décès reste toujours inférieure à la moyenne du chiffre de la mortalité générale. — Quant aux médecins civils, c'est encore même résultat ; sur un total de 1,480 que représente, en 1832, la population médicale de Paris, 16 succombent, mais 9 d'entre eux ne voyaient pas de malades pour cause d'âge, d'infirmité ou autre. En 1849, le personnel des médecins de Paris, quoique plus nombreux, ne compte que 3 décès sur 1,618, et aucun des 3 médecins enlevés par le choléra n'avait vu de malades. Faut-il ajouter que, sur plus de 300 ecclésiastiques qui ont été appelés à rendre les derniers devoirs aux cholériques, 3 seulement ont succombé ; que sur les 65 sœurs de Notre-Dame-de-Bon-Secours qui ont soigné les malades pendant le cours de l'épidémie, il n'y a eu qu'une seule victime ; et quelle est cette victime ? C'est une bonne sœur toute valétudinaire qui n'avait pas vu un seul cholérique.

Il semblerait donc résulter de tels faits, que non seulement la présence des malades et la multiplicité des contacts n'ajoutent rien à la propriété épidémique du choléra, mais qu'il y a réellement un premier degré d'immunité relative pour certaines classes d'individus, que leur mission appelle plus spécialement et plus habituellement à vivre dans les foyers épidémiques.

En présence de ce fait assez général, pour qu'il ne soit plus permis de le mettre en doute, il était permis de se demander si la même loi d'immunité relative peut s'acquérir par une précédente attaque de choléra, ou même par la seule habitation dans les milieux épidémiques. L'expérience a déjà répondu à la question ; il y a eu, en 1849, des victimes parmi les personnes qui avaient payé un premier tribut à l'épidémie de 1832 ; cela n'est pas douteux ; nous n'avons pourtant pas de statistiques officielles à apporter à l'appui de ce fait ; mais si nos informations sont fidèles, si nos recherches personnelles ne nous ont point trompé sur ce point, nous croyons que le chiffre des individus itérativement atteints de choléra, ne représente qu'une assez faible proportion dans le chiffre total

[1] Voir les numéros des 5 et 15 Novembre.

(1) Voyez *Bulletin de l'Académie*, sous ce titre : *Si le choléra est contagieux?* volume XIV.

des sujets atteints en 1849. Des investigations, suivies avec une grande attention, en Algérie, par M. le docteur Audouard, et à Paris, par notre judicieux confrère et ami, M. Briquet, dans son service de la Charité, viennent surtout donner quelque appui à cette opinion.

Le choléra, comme on le sait, n'a d'ailleurs épargné aucun âge, aucun sexe, aucune condition sociale. La période de la vie qui a fourni le plus de malades, est celle de 21 à 30 ans, et cela devait être, non à cause du fait de l'âge, mais parce que la population qu'elle représente est deux fois plus forte que celle de 60 ans. En 1832, comme en 1849, la mortalité la plus forte correspond aux deux âges extrêmes de la vie, c'est-à-dire au-dessous de 5 ans et au-dessus de 70 ans, où l'on compte presque autant de décès que de malades.

En 1832, comme en 1849, le chiffre des femmes atteintes excède celui des hommes dans la proportion d'un 25e, bien que la population relative des femmes n'excède que d'un 35e celle des hommes; mais après quelques oscillations observées dans le mouvement de la mortalité, celle-ci reste dans la proportion de 47 p. 100 pour les hommes, 45 p. 100 pour les femmes; ce qui ne permet guère de rien conclure à l'égard de l'influence du sexe dans l'étiologie individuelle du choléra.

Quant à la position domestique des familles, à leur manière de se loger, de se vêtir, de se nourrir, elle ne pouvait être indifférente dans la question, et l'expérience a assez prouvé que si le choléra a su pénétrer dans la demeure du riche, atteindre jusqu'aux degrés les plus élevés de l'opulence, il a toujours trouvé plus d'aliment dans l'asile du pauvre, plus de victimes dans les populations indigentes. L'important travail que nous devons à notre honorable collègue, M. Bouvier, sur la *Mortalité comparée des quartiers de Paris dans l'épidémie de* 1849, ne laisse guère de doute à cet égard, bien qu'il y ait lieu de regretter que le savant auteur n'ait pas toujours compris tout ce qu'il y a de complexe dans la pauvreté comme fait étiologique. Il faut bien se garder, en effet, de confondre ici la pauvreté qui subit l'influence de l'humidité, qui souffre les rigueurs du froid et de la faim, avec celle qui peut se loger sainement ou dans les étages supérieurs, se vêtir, se nourrir, se mettre à l'abri des intempéries de l'air, et se placer ainsi dans des conditions quelquefois plus salubres que l'opulence avare ou dédaigneuse des bienfaits de l'hygiène.

Rappelons ici, d'ailleurs, que l'on a peut-être attaché trop d'importance à certaines règles absolues du régime alimentaire, comme on a peut-être aussi exagéré l'influence attribuée aux liqueurs alcooliques dans les attaques du choléra. Nous devons dire que toutes nos recherches à ce sujet ne nous ont donné que des résultats fort équivoques.

On avait bien observé que chaque lundi, comme chaque lendemain de jour férié, avait été marqué par un plus grand nombre d'entrées dans les hôpitaux ou d'inscriptions dans les bureaux de secours; mais, pour être en droit de conclure quelque chose de ce fait, peut-être fallait-il aussi enregistrer en regard les ivrognes qui ont échappé aux atteintes de l'épidémie. Que s'il était permis de citer à ce sujet un seul fait particulier, nous dirions que nous avons vu, en 1832, un ivrogne de profession, surnommé *Bourgogne*, à cause de sa passion pour le vin, et qui, ne sachant plus comment satisfaire cette passion devenue irrésistible, s'était offert de soigner les cholériques, de garder et d'ensevelir les morts, pourvu qu'on lui donnât du vin et de l'eau-de-vie à discrétion. Bourgogne, vivant ainsi dans un état continuel d'ivresse, jour et nuit, et au sein des plus actifs foyers du choléra, n'éprouva pas la moindre indisposition dans tout le cours de l'épidémie.

On a dit aussi que toutes les passions déprimantes, la peur, surtout, avaient eu une très grande part dans les prédispositions physiologiques aux atteintes de l'épidémie. Sans prétendre nier le fait, qu'il eût été assez difficile d'asseoir sur des chiffres de statistique, nous avouerons encore que l'observation la plus attentive, les investigations les plus suivies, ne nous ont rien appris de bien concluant à ce sujet. Nous avons vu des personnes du caractère le plus ferme, le plus résolu, qui, dans leur inébranlable impassibilité, ont été foudroyées par le choléra, tandis que d'autres ont échappé à ses attaques, après avoir traversé ses phases les plus meurtrières dans toutes les angoisses d'une sorte de panophobie. Et nous ne doutons pas non plus que s'il eût été possible d'enregistrer le nombre des peureux, qui ont été affranchis des coups du fléau, pour l'opposer à celui de ses plus courageuses victimes, l'on eût singulièrement réduit la valeur de cette prétendue cause du choléra.

L'influence des professions, d'après tous les tableaux statistiques, semble prendre une valeur plus significative, plus réelle dans l'étiologie individuelle ou physiologique du choléra; et, toutefois, elle nous a paru tenir bien plus souvent aux localités dans lesquelles elles s'exercent, qu'à la nature même des travaux qu'elles comportent. Il est certain, du moins, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, que les états ou industries qui s'exercent dans des habitations froides, humides, peu accessibles à l'air, au soleil et à la lumière, dans les rez-de-chaussée par exemple, tels que ceux de cordonniers, de tabletiers, de découpeurs en peignes, de blanchisseuses, de marchands de vins, d'épiciers, de charbonniers, de fruitiers, de portiers, figurent en première ligne dans tous les tableaux de mortalité cholérique.— Quant à l'effet direct de la profession considérée en elle-même, ce qui nous a paru le plus clairement démontré, c'est que ce ne sont pas les professions qui exigent le plus d'efforts musculaires, et qui entraînent le plus de fatigues physiques, qui ont eu le plus à souffrir de l'épidémie. Dans la décomposition que nous avons dû faire des diverses catégories ou corps d'état, pour apprécier ou déterminer l'influence spéciale qui revient à chacune d'elles dans l'étiologie physiologique du choléra, nous avons pu voir que les états sédentaires, avec peu ou point d'action musculaire, figurent partout dans des proportions de mortalité incomparablement supérieures à la moyenne. Ainsi, d'après le travail cité de M. Marc Moreau, sur 1,000 décès, les professions extérieures, avec mouvement, ne donnent guère que 1 décès p. 100, tandis que les professions intérieures, sédentaires et sans mouvement, donnent jusqu'à 40 décès p. 100. Et ce que nous pouvons ajouter à ce fait, que nous avons retrouvé avec de faibles différences de chiffre dans toutes les statistiques générales ou partielles du choléra, c'est que nous n'avons pas vu, dans tout le cours des deux précédentes épidémies, un seul cas de choléra qui se soit déclaré dans l'action même d'un travail régulier, alors que ce travail n'est point, par son excès, incompatible avec l'exercice normal des fonctions, alors surtout qu'il peut favoriser, entretenir dans l'organisme le degré de chaleur animale nécessaire au maintien de la santé. Et nous ne doutons pas que beaucoup de personnes n'aient échappé aux atteintes de la maladie par un exercice soutenu, par une activité musculaire capable d'opposer à ses attaques une puissance continuelle de réaction et de chaleur vitale.

Dans l'armée anglaise, campée sur les bords de la rivière du Sind, où le choléra sévissait avec fureur, on remarque que l'infanterie résiste à ses attaques par des marches journalières et des exercices fréquens; tandis que la cavalerie, plus constamment au repos, est plus cruellement atteinte, au point de couvrir les routes de morts et de mourans. On sait qu'à la revue du 14 juin 1849, la garnison de Paris a compté, pendant le seul temps de repos qu'elle est restée au Champ-de-Mars, plus de 300 hommes atteints de l'épidémie. Il résulte aussi de nos observations personnelles, et comme circonstance qui peut s'ajouter à ce fait, que, le plus ordinairement, les attaques cholériques ont eu lieu au lit, en voiture, pendant le sommeil, au milieu de la nuit, dans la contention d'esprit, toujours dans l'état de repos. Ainsi, sur 554 cas graves dits d'emblée, que nous avions enregistrés en 1832, dans le 6me arrondissement de Paris, nous avons compté 395 attaques après minuit, et 159 seulement avant minuit; et vous n'avez pu oublier l'intéressante communication que nous a faite à ce sujet notre excellent collègue, M. Baillarger, relativement à cette influence si manifeste de l'époque de la nuit, sur l'exercice de la propriété épidémique du choléra. Nous nous demandons, toutefois, si, tout en justifiant l'influence du repos ou de l'inactivité du corps dans les attaques cholériques, un pareil fait n'implique pas aussi l'influence de l'état hygrométrique de l'air nocturne, comme condition physique également favorable au refroidissement de l'organisme et à la propagation de l'élément épidémique.

Nous venons de citer aussi, parmi les influences ou causes physiologiques du choléra, la contention d'esprit ou le travail intellectuel joint au repos du corps. Non seulement le fait se conçoit comme l'une des circonstances les plus favorables au refroidissement de l'organisme, mais il s'est bien souvent justifié dans la pratique particulière comme dans la statistique générale de l'épidémie, où l'on voit figurer dans une proportion remarquable des notaires, des employés de bureau et des rentiers, relativement à celle des domestiques ou gens de service.

Il ne nous est donc pas permis de mettre en doute cette influence si manifeste du repos et de l'état sédentaire sur les attaques du choléra, et je n'ai besoin d'ajouter aucune réflexion à un tel résultat d'observation, pour en faire comprendre ici toute l'importance sous le double rapport hygiénique et prophylactique; car il n'exprime pas seulement un fait étiologique bien déterminé, il devient encore un enseignement grave pour l'administration sanitaire, peut-être aussi un trait de lumière pour nous diriger dans la voie si incertaine, si obscure, de la prophylaxie et du traitement du choléra.

Nous n'avons plus besoin de dire, aujourd'hui, que l'expérience n'a nullement justifié toutes les espérances d'immunité conçues à l'égard de certaines professions ou certaines industries, dans lesquelles l'état physiologique des individus ou la constitution hygiénique de l'air peut subir des modifications spéciales. Ainsi, le choléra a trouvé aussi des victimes chez les charbonniers, chez les vidangeurs, etc., que l'on disait être réfractaires, comme il en a trouvé parmi les personnes qui se croyaient le plus à l'abri de ses attaques dans les ateliers de tabac, dans les fabriques d'eau de Javelle et de chlore, dans les marais salans, dans les passages éclairés par le gaz, etc.

On sait, à n'en pas douter, que certaines causes pathologiques préexistantes à l'épidémie, et notamment les affections chroniques des organes digestifs, ont eu une très grande influence sur le développement et la gravité du choléra; que toutes les santés détériorées par l'âge, par des infirmités, par un état morbide quelconque, ont été la première, la plus fréquente, la plus abondante proie du fléau; et d'un autre côté, l'on avait pensé un instant que certains états morbides, notamment des plaies, des ulcères, des exutoires en suppuration, pouvaient mettre à l'abri des atteintes du choléra; mais l'expérience ne devait pas tarder à venir détruire l'erreur, soit en ville, soit dans les hôpitaux, dans les salles de chirurgie même, qui n'avaient donné aucun accès aux cas de choléra du dehors, et qui n'en furent pas moins cruellement maltraitées par l'épidémie, ainsi qu'on a pu le remarquer surtout à la Pitié.

On ne croit plus guère, d'ailleurs, à cette autre faculté préservative, qui, sur la foi de quelques témoignages étrangers, avait été attribuée soit à l'existence d'une affection syphilitique, soit à l'effet d'un traitement mercuriel. Plusieurs de nos confrères des hôpitaux, et en particulier, notre savant collègue M. Ricord, nous ont suffisamment édifiés sur ce point. Et ce qui n'est pas moins certain, d'après d'autres témoignages non moins authentiques, c'est que la gestation, la parturition, la lactation, loin de trouver grâce devant l'épidémie, ainsi qu'on l'avait encore prétendu, ont été trop souvent l'objet de ses plus cruelles attaques.

Les maladies mentales n'ont donné que des résultats à peu près nuls comme fait étiologique dans les deux épidémies. On a seulement remarqué, à la Salpêtrière, que les épileptiques avaient moins compté d'attaques cholériques que les indigentes, quoique placées dans les mêmes conditions hygiéniques.

On sait que les épidémies se succèdent, s'excluent même dans beaucoup de cas, plutôt qu'elles ne marchent en concurrence simultanée. Sous ce rapport, la propriété épidémique du choléra fait encore exception à la règle; on l'a vue apparaître intercurremment dans toutes les épidémies existantes, comme pour multiplier encore le nombre de ses victimes; l'on a vu surtout les épidémies de scarlatine, de rougeole, de miliaire, de suette, se convertir soudainement en attaques cholériques promptement funestes.

Nous pouvons donc conclure de cette appréciation de faits étiologiques relatifs aux aptitudes individuelles, que si le choléra a des préférences marquées pour certains individus, comme il en a pour certains lieux, il ne donne pourtant à aucun le privilége absolu d'immunité.

(*La fin au prochain numéro.*)

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL SAINTE-MARGUERITE. — Service de M. PIDOUX.

Sommaire. — Rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, avec souffle au premier temps. — Point de lésion des autres valvules. — Modifications consécutives dans le tissu des organes vasculaires, poumon, rate, foie.

Par M. le docteur E. MESNET, ancien interne des hôpitaux.

La discussion qui s'est élevée dans une des dernières séances de la *Société médicale des hôpitaux*, au sujet du mémoire de M. Hérard sur les signes stéthoscopiques du rétrécissement mitral, avait surtout pour but d'établir si le souffle qui se produit à l'orifice mitral rétréci se manifeste toujours ou quelquefois seulement au premier temps du cœur. La manifestation du bruit morbide au deuxième temps présentée par M. Hérard, comme existant dans beaucoup de cas, a été vivement attaquée par M. Beau; un grand nombre de faits ont été cités de part et d'autre, mais beaucoup d'entr'eux ont été contestés à cause de la coexistence de lésions valvulaires aux autres orifices, tel que insuffisance mitrale, insuffisance aortique. Je viens apporter une nouvelle pièce au procès, pièce tellement remarquable par l'unité et la simplicité de la lésion, que les résultats qu'elle nous a donnés au point de vue anatomique et physiologique confirment, de la manière la plus évidente, la thèse soutenue par M. Beau.

Le malade qui fait le sujet de cette observation, appartient au service de M. Pidoux (hôpital Sainte-Marguerite), le séjour prolongé qu'il fit dans ses salles, me permit, ainsi qu'à M. Nicas, interne du service, de faire des examens répétés, et nous laissa convaincus de la permanence du souffle au premier temps. L'autopsie nous montra une seule lésion valvulaire, un rétrécissement mitral tellement avancé, que l'ouverture de l'oreillette dans le ventricule conservait à peine deux lignes de diamètre; l'orifice, situé au sommet d'un infundibulum formé par les lames de la valvule soudées entre elles, était accolé à la paroi externe du ventricule, et fixé là par deux colonnes charnues du volume du petit doigt, attachées aux deux extrémités de son diamètre transversal, et le recouvrant en partie. Avec une telle disposition anatomique, l'insuffisance mitrale, si souvent invoquée par les adversaires de M. Beau pour expliquer le souffle du premier temps, est matériellement impossible; en effet, l'ouverture auriculo-ventriculaire n'est point béante à la base du ventricule, elle n'est point dans la direction de la colonne de sang chassée par la contraction ventriculaire, cachée dans la paroi externe, recouverte d'épaisses colonnes charnues, elle ne peut être que comprimée et aplatie par la pression du liquide. J'insiste beaucoup sur cette disposition, dans le but de prouver que le souffle ne pouvait être produit qu'au moment seul du passage du sang de l'oreillette dans le ventricule, et ne pouvait avoir d'autre cause que le rétrécissement mitral.

L'examen des autres organes nous a montré des lésions de tissu fort remarquables : le poumon, la rate, le foie sont le siége d'altérations qui me semblent se rattacher à la lésion du cœur, et être la conséquence de la gêne prolongée de la circu-

lation. M. Pidoux nous a dit que, plusieurs fois déjà, il avait rencontré une altération analogue des poumons, à la suite d'affections chroniques du cœur. J'ai donné tous mes soins à la description de l'état anatomique de ces organes, M. le docteur Robin, les a examinés au microscope, et m'a remis à ce sujet une note qui servira de complément à l'autopsie.

R... entre à l'hôpital Sainte-Marguerite le 12 octobre 1853, salle Saint-Benjamin, n° 26. Ce malade est âgé de 26 ans; monteur en porcelaine: a été vacciné; n'a jamais eu de rhumatisme ni de phlegmasies thoraciques. Ses parens ne sont point goutteux ni rhumatisans, ni affectés de maladie du cœur. Sa santé a toujours été assez bonne; il n'accuse qu'une légère oppression habituelle qui ne le gênait même pas pour marcher. Il y a trois mois, sans cause connue, l'oppression fit de grands progrès, des palpitations survinrent, asssz fortes pour empêcher tout travail, les jambes s'infiltrèrent un peu, sans que pour cela, il survînt de la fièvre.

A son entrée, le malade, fort et bien constitué, présente une légère teinte sub-ictérique. Il y a œdème assez considérable des membres inférieurs; un peu d'épanchement dans le ventre. Le foie déborde de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes, et est indolent.

Les poumons sont sains; à la base et en arrière la respiration est obscure sans que le son soit altéré. On entend, à la base du poumon droit, le râle crépitant humide de l'œdème pulmonaire. Pas de toux. Il n'a jamais eu d'hémoptysie.

Point de voussure à la région précordiale. Le choc du cœur contre la paroi est perçu sur une grande surface; le choc de la pointe se fait sentir dans le sixième espace intercostal, mais l'impulsion n'est pas plus forte que dans la santé. Dans toute l'étendue des battemens du cœur, la main perçoit un frémissement cataire très marqué. Matité précordiale de huit centimètres carrés à peu près. L'auscultation révèle, au premier temps du cœur, un souffle très fort, très rude, qui précède un peu la pulsation artérielle et couvre complètement le premier bruit. Ce souffle ne se prolonge point dans l'aorte, cesse complètement au-dessus de la troisième côte, et a son maximum à la pointe du cœur, de la manière la plus manifeste. Le deuxième bruit est normal et séparé du premier par le petit silence. Le pouls, calme, régulier, assez dur, bat 62 fois par minute.

Respiration calme. Pas de troubles digestifs. Peu d'appétit. Urines quelquefois rares et difficiles. Aucun trouble du côté du cerveau. Quelques maux de tête.

Huile de ricin, 10 grammes; 10 sangsues à l'anus.

L'état du malade était si calme les jours suivans, qu'on ne lui prescrivit pas d'autre médication, et qu'on lui conseilla seulement le repos. Il se sentait en meilleur état, quoiqu'ayant encore la teinte cachectique, et devait quitter l'hôpital, quand, le 26 octobre, il fut pris de diarrhée, avec angine, de douleurs occipitales, et d'un peu de fièvre; l'oppression devint immédiatement très grande, la face pâle et altérée. Il y avait un varioleux près de lui. Le 27, papules varioliques, Le 28, éruption caractéristique. Le 3 novembre, dessication.

Pendant l'évolution de cette varioloïde, le pouls ne prend que peu de fréquence, 96; il est serré. La fièvre s'accompagne surtout de malaise général avec oppression considérable. Les contractions du cœur sont plus énergiques, le choc plus fort, le bruit morbide plus rude. La respiration est très pénible, elle est haletante, se fait 40 fois par minute.

A dater du 3 novembre, la teinte cachectique va augmentant, les yeux s'enfoncent, la faiblesse devient extrême.

Le 7, au soir, un œdème très douloureux à la pression, est survenu dans tout le bras droit.

Le 8, le bras tout entier et l'épaule sont tuméfiés, ont une teinte livide, sont couverts de taches de purpura, et présentent une température à peine égale à celle des parties correspondantes; la tuméfaction s'étend même jusqu'à moitié de la longueur de l'avant-bras. La radiale du bras droit bat très distinctement; le pouls faiblit peu à peu; les extrémités deviennent bleuâtres; la respiration s'embarrasse de plus en plus; une sueur froide couvre le visage. Le malade meurt dans la soirée, conservant son intelligence jusqu'au dernier moment.

M. Pidoux se fondant sur l'existence d'un bruit de souffle au premier temps, sans impulsion ni choc extraordinaires au niveau de la pointe du cœur, coïncidant avec une grande rapidité dans le développement des accidens généraux et de la cachexie, regarda comme très probable un rétrécissement de l'orifice mitral. L'hypertrophie était donnée par la percussion. Quant à la nature ou à la cause de cette lésion, il inclinait à la croire congénitale par les raisons suivantes: il n'est pas très rare de voir des enfans naître avec un rétrécissement d'orifice ou une insuffisance de valvules qui ne sont guère caractérisés que par les signes locaux propres à ces lésions, tels que impulsion, bruits morbides, frémissement cataire, etc. Il en est ainsi pendant plusieurs années, souvent même jusqu'à la puberté. Puis, soit vers cette phase de la vie, soit plus tôt, soit plus tard, sous l'influence de causes accidentelles diverses, ou par l'effet de la cessation de l'accord physiologique qui avait pu régner jusqu'alors entre l'organe central de la circulation et les autres parties de cet appareil, etc..., tous les symptômes graves des maladies du cœur se développent et marchent vers leur terme fatal avec une grande rapidité. L'absence de tout commémoratif d'une ancienne affection aiguë du cœur chez notre jeune malade, l'extrême rareté des maladies chroniques primitives de cet organe chez les adolescens, donnaient encore de la vraisemblance à cette opinion. Quoi qu'il en soit, voici maintenant les détails de la nécropsie:

L'autopsie est faite trente heures après la mort.

Cœur. — La poitrine étant ouverte, le péricarde se présente à nu dans une grande étendue; les bords des poumons ne le recouvrent point. Le péricarde renferme un peu de sérosité jaunâtre; sa capacité est considérablement agrandie; son épaisseur normale; il n'offre aucune trace de phlegmasie ni aiguë, ni chronique.

Le cœur est extrêmement volumineux; il a au moins deux fois son volume normal: diamètres, axe vertical, 15 centim.; axe transversal, 12 centimètres. Sa surface extérieure est lisse; le feuillet viscéral du péricarde n'est épaissi en aucun point et n'offre point de plaques blanches. Vers la base du cœur, dans le sillon qui sépare les oreillettes des ventricules, de même que sur les bords des ventricules, est accumulée une couche de graisse fort épaisse. La face antérieure du cœur appartient, pour les trois quarts, au ventricule droit, qui est également beaucoup plus développé que le gauche à la face postérieure de l'organe.

L'ouverture du cœur nous montre: le ventricule gauche épaissi dans ses parois, ayant sa capacité normale; la membrane qui le tapisse a conservé toute sa finesse et sa transparence. L'ouverture aortique est à l'état normal; les trois sigmoïdes sont saines, souples, transparentes, et très suffisantes à retenir l'eau versée dans l'aorte. L'orifice auriculo-ventriculaire est difficile à trouver; il est collé à la paroi externe du ventricule, caché sous les colonnes charnues épaissies, et tellement rétréci qu'on peut à peine y introduire une plume de moyen calibre; il est plus facile d'apprécier sa lésion en l'examinant par l'oreillette.

L'oreillette gauche a des parois très hypertrophiées, elles sont entièrement musculaires; sa capacité est à peu près celle qu'elle a d'habitude. A la partie inférieure et externe du plancher de l'oreillette, se présente l'ouverture de communication avec le ventricule; elle est réduite à des proportions si petites, qu'elle égale à peine le calibre de l'artère humérale, et est située au sommet d'une sorte d'entonnoir à parois fibreuses très épaisses, très résistantes, qui a pour base toute la circonférence de l'orifice ventriculaire. Il est impossible de retrouver là les élémens de la valvule mitrale; il y a non seulement épaississement des lamelles, mais continuité au point de former un véritable diaphragme percé à son centre. La circonférence de l'ouverture est formée par un bord dur, épais, entièrement fibreux, et qui ne renferme point de matière crétacée; l'axe de l'ouverture est dirigé de haut en bas, et de dedans en dehors, et correspond à la paroi externe du ventricule, vers le tiers de sa hauteur.

Le ventricule droit est remarquable par l'épaisseur énorme de ses parois, et par sa capacité plus que doublée. L'hypertrophie est là plus grande que dans le ventricule gauche, au point que le volume total du cœur est dû, pour les trois quarts, au ventricule droit. L'ouverture de l'artère pulmonaire est à l'état normal; ses valvules sigmoïdes sont saines. Rien à l'orifice auriculo-ventriculaire; pas de dilatation appréciable; la valvule tricuspide est souple et normale.

L'oreillette droite est la plus dilatée des quatre cavités du cœur, au point que sa capacité égale au moins celle des trois autres. L'hypertrophie de ses parois est telle, que dans les deux tiers de son étendue elle a des colonnes charnues aussi développées que celles du ventricule droit à l'état normal; on peut dire, sans exagération, qu'elle a pris le tissu d'un ventricule. L'endocarde est sain; aucune trace d'épaississement à la circonférence de l'orifice ventriculaire, non plus que sur les parois de la valvule.

Poumons. — Au moment où l'on ouvre la poitrine, les poumons ne s'affaissent point, et ne présentent point non plus le phénomène d'expansion que l'on remarque chez les emphysémateux; ils sont adhérens au thorax en arrière, dans leur partie moyenne; le poumon droit, plus adhérent que le gauche, se déchire un peu par la traction. Ils ont le volume normal; la pesanteur normale; la couleur rose tachetée de noir qu'ils présentent d'habitude; et ne contiennent que très peu de sang. Rien ne ferait penser, *de visu*, aux modifications que révèle le toucher; ces modifications s'appliquent à la crépitation, à la densité, à la cohésion.

La crépitation est tellement diminuée, qu'on peut à peine la sentir; dans quelque région qu'on examine le poumon, à ses bords comme dans ses parties profondes, la pression donne à peine cette sensation que la main perçoit si abondante et si nombreuse dans l'examen fait sur un organe sain.

Serré fortement, le poumon résiste, et au lieu de se réduire à une couche mince, comme il arrive à l'état normal, il conserve à peu près la même épaisseur; que l'examen soit fait sur les bords ou sur une lamelle prise au milieu de l'organe, le résultat est le même. Néanmoins, la sensation de résistance qu'il produit n'est point celle d'un corps dur, elle est loin de ressembler à celle de l'hépatisation: elle a quelque chose d'élastique et de souple.

La cohésion est augmentée proportionnellement à la densité; une pression assez forte est insuffisante à faire pénétrer le doigt dans le tissu; la déchirure est impossible à moins d'un effort vraiment considérable.

La surface des incisions pratiquées dans le poumon offre un tissu d'aspect à peu près normal, mais plus serré, plus résistant à la coupe, et montre un grand nombre de vaisseaux dont l'ouverture reste largement béante, comme celle des veines sus-hépatiques dans une section du foie. Dans quelque point qu'on examine ces vaisseaux, on les trouve plus volumineux qu'à l'état normal; leurs parois sont épaisses, soudées au tissu qui les entoure, et on peut facilement, à l'aide de ciseaux, les suivre jusqu'à la surface du poumon.

Il n'y a eu aucun point d'œdème pulmonaire. Des fragmens de poumon mis dans l'eau surnagent parfaitement.

Examen microscopique par le docteur Ch. Robin. — Le tissu pulmonaire offre au microscope cette particularité remarquable, que les faisceaux de tissu élastique qui circonscrivent les derniers ramuscules bronchiques, au lieu d'être formés de fibres élastiques nombreuses et rapprochées comme à l'état normal, ont diminué notablement de quantité, et se trouvent mélangés d'un certain nombre de fibres de tissu cellulaire et d'élémens fibro-plastiques qu'on n'y rencontre point à l'état normal, ou du moins qui ne s'y observent qu'en très minime proportion. On trouve, de plus, une notable quantité de substance amorphe finement granulée, qui ne se présente guère que dans les cas de pneumonie chronique; cette substance est interposée aux fibres, et concourt certainement pour beaucoup à donner la densité particulière que le tissu pulmonaire présente au toucher.

Rate. — La rate a plus que doublé de volume; elle est très dure à la coupe, et tellement résistante, que la pression du doigt peut à peine déchirer son tissu. M. Robin, l'ayant examinée au microscope, n'a point noté autre chose que l'augmentation de quantité de la matière amorphe interposée aux élémens de son parenchyme.

Le foie est volumineux et dur.

Les reins sont à peu près à l'état normal.

Légère ascite; péritoine épaissi.

L'artère sous-clavière droite, les artères axillaire et brachiale du même côté, ainsi que les veines correspondantes, ne présentent aucune lésion.

L'épaule et le bras droit conservent les traces de la lésion survenue aux derniers momens de la vie; la peau de cette région est saine; le tissu cellulaire sous-cutané est œdémateux.

Ce fait regorge d'ailleurs de données physiologiques et pathologiques du plus haut intérêt. Mais je n'ai voulu le considérer ici que sous le rapport de la question agitée entre MM. Beau et Hérard. Il tranche net le différend en faveur de M. Beau. Je voudrais pouvoir assurer que d'autres faits ne viendront point contrarier cette conclusion, et que celui que je livre aujourd'hui à la discussion, dissipe *le mystère des bruits morbides du cœur.*

BIBLIOTHÈQUE.

COURS THÉORIQUE ET CLINIQUE DE PATHOLOGIE INTERNE ET DE THÉRAPIE MÉDICALE; par E. GINTRAC, professeur de clinique interne et directeur de l'École de médecine de Bordeaux, etc. Trois volumes in-8° de XVI-669; XIV-696; XIV-840 pages. — Paris, 1853, Germer-Baillière, libraire.

Voici une œuvre devant laquelle l'analyste, s'il a conscience de ses devoirs, se sent un peu effrayé. C'est le sentiment que j'éprouve à l'aspect de ces trois gros et beaux volumes que M. le professeur Gintrac vient de publier. Comment réussirai-je à donner une idée juste et vraie de cet immense travail, résultat de quarante ans d'études, de recherches, d'observations, et dans lequel l'auteur, ce sont ses propres expressions, a voulu « puiser à toutes les sources, dresser comme l'inventaire de nos connaissances les plus positives, les enchaîner autant que possible les unes aux autres, faciliter aux amis de la science les recherches ultérieures, parcourir le domaine entier de la pathologie médicale, en étudier avec soin les points culminans, pénétrer aussi dans les sentiers les moins fréquentés, afin d'y planter des jalons utiles aux jeunes praticiens? » J'ai hâte de dire que, pour remplir ce vaste programme, les trois volumes que j'ai sous les yeux sont loin d'avoir suffi; l'ouvrage doit se composer de huit ou dix volumes dont seuls encore les trois premiers ont vu le jour. On voit, qu'à part les œuvres collectives, comme les dictionnaires, cet ouvrage est une des plus considérables publications de notre époque.

Puisque M. Gintrac a eu le courage de tenter cette grande entreprise, qu'il mènera à bonne fin, je l'espère, le critique doit secouer toute pusillanimité afin de ne pas laisser passer une œuvre de cette importance, je ne dirai pas sans analyse, il me faudrait pour cela un espace que les exigences de ce journal ne peuvent pas me donner, mais du moins sans une indication sommaire du plan et des grandes divisions adoptés par l'auteur.

La première impression qui résulte de la lecture de cet ouvrage vient de l'érudition immense et véritablement rare, pour notre époque, dont M. Gintrac témoigne à chaque page; érudition franche, de bon aloi, honnête et sincère, qui sent le travail et la lampe, qui indique et qui cite les textes, le volume et la page; érudition qui atteste des lectures inouïes, faites la plume à la main; qui prouve une connaissance parfaite non seulement de la littérature médicale grecque et latine, mais encore de tous les grands auteurs depuis la renaissance jusqu'à nos jours, et dans toutes les langues et sous toutes les formes, livres, recueils, journaux, thèses, etc.; érudition acquise par la noble passion et le plaisir austère du collectionneur de livres, passion et plaisir si rares de nos jours, qu'on ne cite presque plus en France de grande bibliothèque médicale, luxe savant que M. Gintrac, m'a-t-on dit, a été heureux de pouvoir déployer, sur une grande échelle, dans sa belle et riche collection de Bordeaux.

Sous ce premier point de vue, l'ouvrage de M. Gintrac sera d'une grande utilité à tous ceux qui ont besoin de faire des recherches et de recourir aux sources. Le savant professeur en indique une si prodigieuse quantité, que son ouvrage peut être considéré comme un véritable compendium bibliographique aussi précieux par la sûreté que par la richesse de ses indications. On y trouve citées, par exemple, un grand nombre de thèses passées dans les Universités allemandes, et qui, certainement, ne sont connues, en France, que par de très rares amateurs. Les travaux si abondans publiés par la presse périodique, dans le monde savant, y sont mentionnés avec une exactitude rigoureuse qui guidera le chercheur dans l'immense dédale des collections de nos journaux.

Je devais, avant tout, signaler ce caractère remarquable de l'œuvre de M. Gintrac, car il fait le plus grand honneur à la science de nos honorés confrères des départemens. Comme érudition et comme connaissance approfondie des sources, nulle part on n'eût pu élever un monument plus complet à la pathologie médicale, et je suis aussi heureux que fier d'avoir à donner mon humble témoignage à cet égard au respectable professeur de l'École de Bordeaux.

Une autre remarque que ne manquera pas de faire le lecteur de ce ouvrage, portera sur le ton grave et digne et sur le style empreint de noblesse de ces volumes. Il n'y a là ni vaine recherche, ni coquetterie d'ajustement. C'est la science dans toute l'austérité de ses exigences; c'est la dignité médicale dans toute la sévérité de son maintien et de son costume. Il y règne néanmoins un air de bienveillance générale et de courtoisie qui exclue ces critiques passionnées et acerbes, le déshonneur d'un grand nombre de publications modernes. Tel nous avons eu l'honneur de connaître M. le professeur Gintrac, au Congrès médical de 1845, avec ses formes d'une aménité parfaite et d'une dignité antique, tel nous le retrouvons dans cet ouvrage. Sur toutes ces pages se fait sentir comme un parfum d'honnêteté médicale, et, à l'exemple d'un de ses plus illustres compatriotes, M. Gintrac aurait pu commencer ainsi son œuvre: « C'est icy un livre de bonne foy, lecteur. »

On me demandera d'abord : A quelle école appartient M. Gintrac? Est-il anatomiste, est-il vitaliste? Je répondrai tout de suite : M. Gintrac est de l'école du bon sens ; il est anatomiste et vitaliste à la fois. Esprit élevé et éclairé, M. Gintrac accepte tous les procédés d'étude et d'observation. « La vie ne peut être étudiée isolément ; elle ne se » conçoit qu'avec l'organisation. L'organisation et la vie sont comme » deux lignes parallèles qui ont commencé à peu près en même temps, » mais qui finissent l'une après l'autre. La vie s'éteignant la première, » l'organisation demeure seule. Un être organisé peut donc se trouver » dans l'un ou l'autre de ces états, avec ou sans coïncidence de la vie. » Celle-ci constitue donc une manière d'être distincte, un mode diffé- » rent, par conséquent, un objet réel. Si elle est une réalité, un fait, » elle est digne d'une étude spéciale. » (Tome 1er, p. 76.) « Je ne » conçois pas qu'un médecin vitaliste puisse se montrer l'adversaire de » l'anatomie pathologique ; car c'est dans l'étude attentive de celle-ci » qu'il trouvera les argumens les plus solides de la vérité de sa doc- » trine. » (*Ibid.*, p. 480.) Dans ces quelques mots, se trouve à peu près résumée la philosophie médicale de M. Gintrac, et comme cette philosophie est aussi et essentiellement la mienne, je ne peux que la trouver excellente.

Dans une lettre, en forme de préface, adressée à ses anciens condisciples MM. Chomel, Cruveilhier et Rayer, M. Gintrac expose de la manière suivante le plan de son ouvrage :

« J'ai toujours trouvé fâcheux l'espèce de dédain avec lequel on traite » les notions fondamentales de toute science physiologique et patho- » logique. Pourquoi ne pas s'efforcer de remonter à quelques-unes des » lois qui régissent la nature vivante ? Ne peut-on pas, sans se perdre » dans le vague des hypothèses, tracer une rapide esquisse des phé- » nomènes généraux, des actes essentiels, des modifications principales » dont l'organisme est le théâtre ?

» J'ai cru devoir ensuite offrir quelques généralités sur la pathologie » et la thérapie. Il importe, en effet, de bien fixer la signification et la » valeur des mots dont l'emploi doit être fréquemment répété.

» Puis, j'ai désiré étudier en général les différentes classes de mala- » dies, comme dans l'anatomie générale on considère ce qu'ont de com- » mun, quant à leur structure, les divers tissus.

» La dernière partie, qui est la plus considérable et la plus essentiel- » lement clinique, embrassera les maladies en particulier, c'est-à-dire » les appareils sensitif externe, encéphalique et nerveux, locomoteur, » vocal et respiratoire, circulatoire, digestif, sécrétoire et génital.

» Avant tout, et comme introduction nécessaire, j'ai voulu présenter » quelques considérations sur la médecine en général. »

Plus d'un tiers du premier volume est consacré à des notions préliminaires sur l'origine et les bases de la médecine, sur les obstacles qui se sont opposés à ses progrès, aux circonstances qui les ont favorisés, à ses degrés de certitude, à son utilité et à sa dignité ; introduction excellente, qui, sans exagération et sans vaine flatterie, donnera au jeune médecin une idée vraie, juste et honorable de la science qu'il cultive, des difficultés et des ressources de l'art qu'il veut pratiquer et des moyens d'étude qu'il doit employer pour devenir à la fois savant et praticien. C'est avec bonheur que j'ai lu, dès la page 2, cette pensée qui correspond si bien à une pensée par moi souvent émise, à laquelle M. Gintrac donne une grande autorité et que je considère comme la plus complète justification de la ligne que mes collaborateurs et moi, nous cherchons à suivre dans ce journal :

« En médecine, les notions de la science et les préceptes de l'art se » lient étroitement et ne peuvent demeurer isolés. On ne saurait sépa- » rer le savant de l'artiste. Nul ne peut être réellement l'un sans l'autre. » La science se fonde sur des procédés d'examen et d'investigation qui » exigent un long exercice et réclament toute l'habileté de l'artiste. L'art » est à son tour dirigé par les connaissances acquises, et réalise les » conceptions de la science. En un mot, l'un vit de la vie de l'autre. »

On ne peut pas mieux dire.

Vient ensuite un précis de *bionomie* ou tableau sommaire des phénomènes et des lois de l'organisme, comme introduction à l'étude pathologique de l'homme ; tableau où sont concentrées, sous une forme concise, les principales notions d'anatomie, de physiologie et d'hygiène, qu'il est impossible d'isoler de l'étude de la pathologie.

Après ces préliminaires, M. Gintrac aborde l'étude de la *pathologie et de la thérapie générales*. Dans cette grande division de son ouvrage, à laquelle sont consacrés les trois volumes publiés, l'auteur a suivi une marche qu'il indique en ces termes :

« La pathologie et la thérapie générales ont pour objet l'étude des » attributs communs des maladies et la connaissance des règles ou des » principes sur lesquels doit reposer le traitement.

» A cette double connaissance se rattachent deux ordres de consi- » dérations.

» Par le premier, la maladie est étudiée d'une manière abstraite, sous » toutes ses faces, c'est-à-dire relativement à ses diverses causes, à ses » symptômes, à sa marche, etc. Le traitement est envisagé dans l'en- » semble des ressources dont le praticien peut disposer.

» Par le second, les maladies sont rapprochées suivant leurs affinités » principales, et forment des groupes ou des classes distinctes, offrant, » soit dans leur histoire, soit dans leur thérapie, des traits communs, » des points de contact multipliés et caractéristiques.

» C'est dans le premier sens que la pathologie générale a été consi- » dérée par Gauhius, par Réga, par M. Chomel, par Caillot, par MM. » Hardy et Béhier, etc.

» M. Dubois (d'Amiens) l'a présentée sous deux points de vue que je » viens de signaler.

» Pour établir entre ces deux parties de la pathologie et de la théra- » pie générales une distinction suffisamment tranchée, je renferme dans » la première ce qu'on doit appeler les *généralités de la pathologie et de la thérapie*, et dans la seconde, tout ce qui se rapporte aux » diverses classes de *maladies considérées en général.* ».

On ne peut pas donner avec plus de réserve, plus de goût et de modération une leçon d'ordre et de méthode aux auteurs qui ont écrit sur la pathologie dite générale, et qui n'ont écrit, en effet, que des généralités.

M. Gintrac s'occupe donc d'abord des généralités : 1° de la pathologie ; 2° de la thérapie.

Qu'est-ce que la *maladie?* M. Gintrac, après avoir indiqué et rappelé les principales opinions et définitions de la maladie d'après les divers systèmes des mécaniciens, des chimistes, des humoristes, des vitalistes, des anatomistes, etc., M. Gintrac trouvant, avec raison, toutes ces définitions ou fausses ou incomplètes, et désespérant d'en donner une meilleure, ajoute :

« Ces réflexions prouvent combien il est difficile de donner une notion » à la fois exacte et complète de la maladie considérée en général. » L'état morbide est si varié, souvent si complexe, qu'on se rend aisé- » ment compte de cette difficulté. Si l'on veut cependant réunir et em- » brasser d'un coup d'œil les modes divers que l'analyse y constate, on » trouve :

» Une lésion occasionnée immédiatement par un agent nuisible exté- » rieur ou intérieur, produisant dans l'économie des phénomènes appa- » rens ou des changemens occultes ;

» Une réaction provoquée par cette lésion ;

» Une évolution anormale, ou, comme le disent les auteurs alle- » mands, un *processus* déviant du but physiologique ;

» L'accroissement d'activité d'une ou de plusieurs fonctions ;

» La diminution d'action de certaines parties ;

» L'altération des fluides ;

» Le trouble, la perversion ou l'aberration de divers actes et facultés ;

» L'établissement de nouvelles fonctions ;

» La production de substances, sans analogue dans l'économie ;

» La création d'organes nouveaux ;

» La transformation et la dégénération des tissus ;

» La détérioration générale de l'organisme.

» Voilà quelques-uns des principaux traits de l'état morbide. On y » découvre des phénomènes, des actes, des élémens nombreux, les- » quels s'associent ou se succèdent dans des rapports déterminés. » (T. I, p. 294.)

Après quelques considérations fort sages sur les *nomenclatures* et sur les *classifications*, l'auteur expose les généralités de la science sur *l'étiologie* ou étude des causes qu'il divise en causes organiques, en causes hygiéniques et en causes spécifiques. Il consacre un paragraphe à *l'incubation nosogénique*, à l'imminence morbide et aux prodrômes des maladies, ce qui le conduit à un chapitre étendu sur les *symptômes* qu'il étudie dans toutes leurs manifestations, suivi de chapitres sur la marche, les variétés des maladies, les complications et les antagonismes morbides, la terminaison des maladies, l'anatomie, la chimie, la microscopie, la physiologie pathologiques, la séméiotique, le diagnostic et le pronostic. Ce premier volume est terminé par des *généralités sur la thérapie*, dans lesquelles il passe successivement en revue la nature médicatrice, les méthodes et les indications thérapiques, les agens de la thérapie et les médications.

Avec le second volume, M. Gintrac commence l'exposition de la pathologie et de la thérapie générales. Il classe dans trois grandes divisions les maladies considérées en général.

La première renferme tous les vices de première constitution organique, les déviations et anomalies de forme, de position, de nombre, etc., appelées *lésions congénitales*, *monstruosités*.

La seconde embrasse les lésions produites par des *agens mécaniques, chimiques* ou *toxiques*.

La troisième comprend les *lésions vitales* et *organiques*.

« Des différences réelles, dit l'auteur, et des lignes de démarcation » tranchées séparent ces trois sortes de lésions.

» Les premières se sont effectuées longtemps avant la naissance, et » ont une durée egale à celle de l'organisme qu'elles ont modifié.

» Les secondes, appartenant à la vie extra-utérine, sont évidentes ; » leurs causes sont spécifiques, sensibles, et susceptibles d'être saisies » et constatées par les procédés de la science. Leurs effets se portent » de prime-abord et immédiatement sur l'organisation.

« Les lésions nommées vitales et organiques, formant la troisième » division, commencent autrement. Leurs causes, généralement inaper- » çues, souvent ignorées, s'adressent d'abord à la vitalité, au dynamisme. » La structure des tissus se modifie, l'organisation s'altère : cette alté- » ration n'est que consécutive à la modification vitale.

» Ces caractères sont assez décisifs pour autoriser les divisions que » j'établis. »

Ces lignes sont tout un programme, et avec celles que j'ai citées plus haut, elles indiquent mieux que je ne pourrais le faire, les tendances philosophiques et doctrinales de M. le professeur Gintrac.

Il me faudrait maintenant un espace double de celui que je viens d'absorber, pour donner seulement l'indication des chapitres contenus dans ces deux volumes. Je me borne à signaler, comme les morceaux capitaux de cette œuvre, les chapitres relatifs aux *diathèses*, à *l'inflammation* et aux *fièvres*. Je crois qu'en les indiquant au lecteur, M. Gintrac verra que j'ai mis le doigt sur la partie de son ouvrage qu'il doit lui-même estimer le plus.

Les volumes qui suivront seront consacrés à l'histoire des maladies considérées en particulier.

On le voit, M. Gintrac n'a pas eu pour but de jeter dans le monde médical un système nouveau, une doctrine nouvelle, pas même une méthode spéciale, dans le sens philosophique du mot. Le professeur de Bordeaux croit à l'existence de la science ; à cette science il reconnaît les élémens de toute science, des faits et des principes, il la croit donc en possession d'une doctrine, et même d'une méthode dont la valeur a été sanctionnée par un long usage et des résultats heureux. Eh bien ! c'est cette science que M. Gintrac a eu l'intention d'exposer, cette science telle que l'ont faite l'expérience et l'observation des anciens, des modernes et des contemporains, en y ajoutant son expérience et son observation, fruit de quarante années de pratique et d'enseignement dans un des plus grands hôpitaux de l'Europe.

C'est comme un immense inventaire de l'état de la science médicale au XIXme siècle, mais dans lequel l'auteur a le soin d'indiquer ce qui est acquis, ce qui est probable, ce qui est hypothétique et ce qui est faux. Peut-être, sur ce point, et c'est la seule remarque que je veuille me permettre. M. Gintrac n'a-t-il usé qu'avec trop de réserve et de discrétion du droit incontestable d'examen et d'appréciation. Sa position aurait donné une grande autorité à sa critique, et son ouvrage pêche un peu par le défaut de critique. J'ai vu, par-ci, par-là, quelques opinions, quelques faits acceptés sur la foi de noms et d'auteurs sur la valeur desquels M. Gintrac ne paraît pas suffisamment édifié. Mais ce sont-là de très légères taches et qu'il était d'ailleurs impossible d'éviter dans les conditions où cet ouvrage est composé, c'est-à-dire loin de Paris. Mais si ces conditions ont pour l'auteur ce très petit inconvénient, elles ont pour lui et pour son œuvre le grand avantage de ne réfléchir aucune de ces passions, de ces intérêts de personnalité et de coterie auxquels il est bien difficile de se soustraire entièrement dans le milieu parisien.

C'est, du reste, un spectacle si rare et si respectable de voir M. le professeur Gintrac, arrivé à cette époque de la vie où le repos est si doux, si mérité, si légitime, consacrer ce qui lui reste de bonnes années, de force et d'intelligence, à l'édification d'une œuvre aussi considérable que celle qu'il a entreprise, que je ne peux, en terminant, m'empêcher de le signaler à l'estime et à la gratitude de nos confrères.

Amédée LATOUR.

PRESSE MÉDICALE.

(JOURNAUX FRANÇAIS.)

Annales médico-psychologiques. — Juillet 1853.

Nouvelles observations sur les analogies des phénomènes du rêve et de l'aliénation mentale, par A. MAURY.

« Dans son livre sur le *haschisch*, etc., M. Moreau a établi la presque conformité des deux ordres de phénomènes : *rêve* et *folie*, et expliqué, en quelque sorte, la monomanie par un rêve que l'on ferait dans l'état de veille. » En 1848, M. Maury (*Annales méd. psychol.*) étudia, avec beaucoup de détails, les hallucinations qui sont les avant-coureurs du sommeil et justifia les rapprochemens établis par les aliénistes. Dans son nouveau travail, M. Maury apporte de nouveaux faits à l'appui de la thèse qu'il soutient, et il conclut en disant : « Plus on pénètre dans les opérations de l'esprit, endormi ou aliéné, plus on se convaint que ces opérations s'effectuent d'une façon analogue, mieux on constate que le mécanisme de la pensée se fait de la même manière incomplète ; c'est donc par l'étude comparée de ces deux ordres de phénomènes qu'on pourra les éclairer, en mieux saisir les particularités, et découvrir, peut-être, quelques-unes des lois qui régissent à la fois le plus bizarre et le plus triste des phénomènes de l'esprit de l'homme. »

De l'emploi de la médication bromo-iodurée, dans le traitement de l'aliénation mentale; par le docteur LUNIER.

Seconde partie d'un mémoire dont la première a paru dans le numéro de janvier 1853. En voici les principales conclusions :

Parmi les phénomèns morbides somatiques qui accompagneut le début de presque toutes les aliénations mentales, et qui disparaissent avec le délire, il n'en est pas de plus important que le désordre des fonctions digestives et assimilatrices. Il n'est pas de médication plus efficace contre ces désordres que la médication bromo-iodurée. Son action est surtout avantageuse dans les formes chroniques de la folie, dans la lipémanie, dans l'hypochondrie. Seule ou associée aux préparations ferrugineuses, elle constitue le meilleur mode de traitement à employer dans la paralysie générale progressive, et peut-être aussi dans l'alcoolisme chronique.

COURRIER.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — Le nombre des cas observés dans Paris ne prend pas une progression alarmante. Il a varié entre cinq et neuf par jour depuis notre dernier numéro. Quelques cas se sont développés à l'intérieur des hôpitaux. Un très petit nombre de cas a été observé en ville. Les malades, portés dans les hôpitaux, sont principalement venus des 5me, 8me et 9me arrondissemens. Hier, dimanche, le nombre des entrées a été moins grand que les jours précédens.

— L'École de pharmacie a fait sa rentrée le 9 novembre en séance publique. M. Figuier, professeur agrégé, a lu une des plus savantes et des plus intéressantes *Études sur la doctrine et les travaux des alchimistes.*

Les noms des lauréats du concours ont ensuite été proclamés dans l'ordre suivant :

1er *prix* (médaille d'or) : M. Sarradin (Stanislas-Eugène), né à Nantes.

2e *prix* (médaille d'argent) : M. Pont (Jules-Joseph), né à Grécycouvé (Eure-et-Loir).

Mention honorable : à M. Rissler, né à Mulhouse.

La Société de Pharmacie qui, pour cette solennité, s'était réunie à l'École, a décerné un prix de 1,500 fr. à M. Pasteur, professeur à la Faculté des sciences de Strasbourg, pour sa belle découverte sur la transformation de l'acide tartrique en acide racémique. Elle a ensuite proposé :

1° Un prix de 4,000 fr. pour la fabrication artificielle de la quinine ;
2° Un prix de 2,000 fr. pour l'analyse du nerprun ;
3° Un prix de 1,000 fr. pour l'analyse du chanvre.

Muséum d'histoire naturelle. — Cours d'anthropologie ou d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme.

M. SERRES, professeur, membre de l'Institut, commencera ce cours samedi, 26 novembre 1853, à deux heures et demie précises, et le continuera les mardis et samedis suivans, à la même heure.

Cours de pathologie interne. — M. Hardy, agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ce cours le mercredi 23 novembre, à 3 heures, à l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivans, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Des maladies transmissibles des animaux à l'homme, examen de toutes les questions et relatives sur lesquels il est nécessaire d'avoir des idées justes, exposé précis des symptômes, du traitement, etc., de ces affections morbides dans l'espèce humaine, suivies d'un traité de la contagion morbide en général, par J.-B. VEYSSIÈRE, D.-M. P., etc. — Brochure in-8, Paris, 1853, chez les libraires de l'École de médecine. — Prix : 2 fr.

De la pneumonie d'Afrique; par M. CATTELOUP, médecin-major de première classe et en chef de l'hôpital de Maubeuge, etc. — Brochure in-8, Paris, 1853.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 140. SEPTIÈME ANNÉE. **Jeudi 24 Novembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12 A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 23 NOVEMBRE 1853.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

QUESTION DU PERCHLORURE DE FER.

Nous n'avons à signaler aucun élément nouveau dans la question du perchlorure de fer. La discussion se prolonge, mais sur les mêmes erremens. Il est même assez difficile de voir clair dans les opinions des orateurs qui cherchent à combattre le mémoire de M. Malgaigne. Qu'a voulu prouver M. Malgaigne? Que l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des anévrysmes avait fourni jusqu'ici des résultats tellement affligeans, qu'un chirurgien prudent ne pouvait plus tenter l'application de cette méthode, dans les mêmes conditions où elle a été employée jusqu'ici. Quelqu'un s'élève-t-il nettement et carrément contre cette opinion? Non. M. Laugier qui, dans la séance d'hier, s'est livré à une savante analyse de tous les faits connus, afin d'exonérer le perchlorure de fer des accidens qu'on lui impute, M. Laugier a conclu à peu près comme M. Malgaigne, en demandant cependant des faits nouveaux avant de proposer un rejet formel de la méthode. Mais ces faits nouveaux, qui les fournira, si l'emploi de la méthode est jugé imprudent et téméraire? Une méthode qui donne quatre cas de mort sur un chiffre aussi restreint d'opérations, n'est pas faite, ce nous semble, pour exciter beaucoup l'empressement des chirurgiens. Aussi est-il très probable qu'on attendra longtemps des faits nouveaux, car le mémoire de M. Malgaigne aura certainement ce résultat, de tempérer l'ardeur des chirurgiens à l'égard du perchlorure de fer.

Il faut le reconnaître, et la discussion actuelle le prouve surabondamment, cette question est pleine d'obscurités, et nous répétons l'expression de notre étonnement, qu'à une époque de rationalisme scientifique comme la nôtre, alors qu'on veut se rendre raison du plus mince phénomène physiologique ou pathologique, on se soit laissé guider, dans une tentative aussi grave que l'injection dans les artères d'un liquide à propriétés énergiques, par un fait brut et tout empirique.

Voyez : il y a là d'abord une question de chimie. Le perchlorure de fer est tantôt neutre, tantôt acide, sa pesanteur spécifique varie selon des circonstances mal indiquées, son énergie d'action paraît très variable, son mode de préparation ne paraît pas uniforme, il a, à Lyon, des propriétés physiques qu'il n'a pas à Paris ; M. Burin du Buisson élève des doutes sur la bonne préparation de celui qui se fabrique à Paris, et M. Soubeiran assure que celui de M. Burin ne vaut rien, etc. *Fiat lux.*

Il y a une question bien plus importante de physiologie ; s'en est-on suffisamment préoccupé? Nous ne le voyons pas. Quelle est l'action véritable du perchlorure de fer sur le sang? On ne le sait pas positivement. Les uns veulent qu'il coagule le sang en masse et dans tous ses élémens ; les autres admettent qu'il agit surtout sur la fibrine ; les autres, enfin, assurent qu'il n'a d'action que sur l'albumine. Quant à cette action elle-même, quant aux combinaisons nouvelles que le perchlorure forme avec le sang, même incertitude, même variation dans les opinions. Qu'est-ce que le caillot formé, un sel, un oxyde, un simple magma, du charbon? Nul ne le sait encore. Que devient ce nouveau corps? est-il résorbable en tout ou en partie? *Fiat lux.*

Et la question pathologique! Le perchlorure de fer est-il un simple hémostatique? est-il un hémospasique? Quelle est son action sur les membranes des vaisseaux? Agit-il comme caustique irritant? Est-ce un agent toxique, et de quelle nature? Quelle est la dose précise qu'il ne faut pas dépasser? La ponction des vaisseaux, l'introduction de canules et de seringues dans une poche anévrysmale, toute cette partie purement mécanique de l'opération est-elle sans influence aucune sur le résultat final? Tout cela a-t-il été examiné, vérifié expérimentalement et préalablement sur les animaux? *Fiat lux.*

Ce n'est pas dans l'oraison de M. Gerdy qu'il faut chercher des lumières sur toutes ces questions. L'honorable académicien s'est borné à nous donner une petite homélie déontologique sur les devoirs du chirurgien, et, chose que je constate avec plaisir, M. Gerdy a été calme, modéré, presque courtois, conditions qui lui ont porté bonheur, car jamais cet orateur n'a été mieux inspiré. Il y a certainement du pour et du contre, dans cette allocution, elle pourrait prêter à une longue discussion de principes; mais passons, nous pourrons y revenir ailleurs.

M. Malgaigne, comme de coutume, a fait une très belle réponse aux attaques dont son mémoire a été l'objet. Nous n'en affaiblirons pas l'effet par une analyse nécessairement incomplète. Qu'il nous suffise de dire que ce discours chaleureux et énergique a semblé produire une vive impression sur l'assistance. Après avoir repris tous les faits connus qui lui ont servi à tracer le tableau fort triste des malheurs occasionnés par la nouvelle méthode, s'adressant à ceux qui l'ont accusé d'avoir jeté prématurément la question dans le champ de la discussion, il s'est écrié : Est-ce assez de victimes humaines, et combien vous en faut-il encore pour crier anathème sur la méthode? Le cas de M. Vallette, il l'a qualifié de succès malheureux, car il peut entraîner à de nouvelles expérimentations sur l'homme vivant, et il a montré, d'ailleurs, que le succès a été obtenu contre toutes les règles posées par Pravaz et par M. Burin du Buisson, en ce qui concerne la dose du perchlorure de fer, que M. Valette a notablement dépassée.

La discussion sera continuée dans la prochaine séance.

Amédée LATOUR.

— L'importance prise par la discussion sur le perchlorure de fer, et le désir bien légitime de nos lecteurs d'être tenus le plus tôt possible au courant de ces débats, nous obligent à renvoyer au numéro prochain les articles de *clinique* et de *pathologie* qui devaient faire partie du numéro de ce jour.

Nos lecteurs voudront bien remarquer le soin avec lequel nous cherchons à rendre compte des discussions importantes de l'Académie de médecine.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 Novembre 1853. — Présidence de M. NACQUART.

La correspondance officielle comprend :

1° Un rapport de M. le docteur FUZELLIER, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Montreuil, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné, dans la commune de Cleuleu, depuis le mois de mars jusqu'au mois d'août dernier.

2° Un rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Valenciennes, sur une angine gangréneuse dont les communes de Raisnus et de Trith St-Léger ont été affectées.

3° Une demande d'analyse sur une eau minérale provenant de sources situées au hameau de Fumadas, commune d'Allègre (Gard).

4° Une lettre de M. BERTH, pharmacien, qui demande à être autorisé à ce qu'il soit fait application du décret du 3 mai 1850 à l'huile iodée et à l'huile iodo-phosphorée, dont il est l'inventeur.

5° Un rapport sur le service de la vaccination publique en Algérie, en 1852.

La correspondance manuscrite comprend :

Feuilleton.

QUESTION DES CRÈCHES.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Paris, le 30 Octobre 1853.

Monsieur et honoré confrère,

J'apprends, un peu tard, que dans le compte-rendu de la dernière séance de la Société médico-chirurgicale, votre journal a signalé les divergences qui existaient entre mes opinions et celles de quelques membres de cette Société, sur la question si intéressante des crèches.

Je pourrais me tromper dans mes appréciations, sans qu'il en résultât de bien grands inconvéniens : l'erreur de ces messieurs aurait de tout autres conséquences.

Je viens donc, Monsieur et honoré confrère, non au point de vue d'une préoccupation personnelle qui n'existe en aucune façon, mais au nom d'une cause qui m'a toujours paru d'une grande portée, vous prier de vouloir bien admettre cette réponse aux assertions qui ont été exposées dans votre estimable journal.

Veuillez agréer, etc. SIRY, D.-M. P.

Quoique fort honoré d'apprendre que la Société médico-chirurgicale a bien voulu s'occuper de la crèche, à l'occasion de ma dernière brochure sur cette question, je dois déclarer que cette brochure lui a été communiquée à mon insu et nullement par mon fait. Mais si je n'ai pas eu la prétention d'arrêter la pensée de cette Société sur ce travail, je crois cependant devoir répondre à quelques objections qui ont été émises dans son sein.

Je répéterai avant tout, que la question n'est pas de savoir si la crèche n'offre point quelques inconvéniens; l'état social, ou plutôt l'état humanitaire, n'est qu'un perpétuel antagonisme entre le bien et le mal : le *bien* absolu n'existe pas, le *mieux* seul est possible, parce qu'il n'est que l'expression d'un rapport.

La crèche n'est donc point parfaite; mais elle est une nécessité, parce qu'elle répond à un besoin né des imperfections sociales. Cela est si vrai que si nos adversaires la repoussent sous son nom, ils l'acceptent sous celui de garderie.

La querelle serait donc entre celle-ci et celle-là.

En vérité, nous ne pensions pas qu'un semblable parallèle pût être sérieusement proposé : d'une part le désintéressement, la charité, la vertu, les lumières, l'influence du rapprochement des classes élevées avec les classes souffrantes. — De l'autre la misère avec ses tristes exigences et ses erreurs plus ou moins dangereuses....

Mais notre projet n'est pas de rouvrir à cette place, une nouvelle discussion sur chacun des sujets qu'embrasse la question des crèches, ce serait un désir indiscret, une redite inutile.

Deux points nous semblent seuls devoir fixer notre attention, par l'insistance avec laquelle on les a reproduits; par l'importance qu'on a voulu leur donner : la contagion, la mortalité.

Quant à la contagion, on a d'abord posé ce principe : Que les enfans, réunis en certain nombre, sont plus exposés aux maladies contagieuses que ceux qui restent isolément chez eux. Ce qui revient à dire : que l'enfant qui n'est pas seul peut prendre la maladie de son voisin, tandis que celui qui est seul ne prend la maladie de personne. Axiome incontestable. Mais, abstraction faite de toute autre considération, comme ce n'est pas pour les enfans qui peuvent rester auprès de leur mère que la crèche est instituée, il s'ensuit que cet axiome, quelque exact qu'il puisse être, ne nous sert pas à grand'chose.

Il s'agit de savoir si la crèche, par sa constitution propre, par cela seul qu'elle existe, est fatalement condamnée à être la proie des maladies contagieuses.

Nous concevons que, dans un lieu où vivent réunies un certain nombre de personnes, dans un hospice, un couvent, une famille, où tous se meuvent dans un espace commun, soumis aux mêmes conditions, subissant les mêmes influences, l'apparition d'une maladie contagieuse soit une circonstance grave parfois, fâcheuse toujours, en ce que nul ne peut ni fuir, ni éloigner le danger.

La crèche, au contraire, n'est le domicile de personne : asile de quelques heures pour plusieurs enfans, conservant tous entre eux l'espace d'une journée plus ou moins complète; mais libre le soir, la nuit, le matin, aérant largement durant ce long intervalle les lieux abandonnés, les rétablissant dans un état de propreté parfaite, elle n'admet le lendemain ses enfans, qu'après les avoir soumis à un examen scrupuleux, complété dans les détails immédiats d'une toilette minutieuse, et lorsqu'il est ainsi bien manifeste qu'ils ne présentent sur leurs corps aucune trace d'affection. Par quel artifice pourraient-ils donc apporter et propager le mal qu'ils n'ont pas ? Cependant le mal pénètre dans la crèche et s'y répand, nous a-t-on dit, vous l'avez constaté vous-même!

Nous avons écrit, il est vrai, qu'à une certaine époque, une affection fort légère s'était propagée dans la crèche St-Philippe : que charitablement acceptée, tolérée quelque temps, à cause de son innocuité, elle avait été éliminée le jour où nous l'avions voulu, sans que depuis elle se soit jamais reproduite.

Dans la citation qu'on en a faite, on a pris le commencement de notre exemple, dont on avait besoin sans doute, et on en a supprimé la fin, parce qu'on n'en avait que faire, sans songer que cette amputation n'était pas une circonstance indifférente, et que notre pensée n'était complète qu'avec ses deux membres.

Les choses remises en état, la crèche rentre dans la loi commune : la contagion n'est plus pour elle une obligation absolue, mais, ce qui est bien différent, un simple fait de libre tolérance, qu'elle dominera, ainsi qu'elle le doit, lorsqu'elle voudra s'armer d'une rigueur douloureuse, mais nécessaire.

Reste la question de mortalité : pour la résoudre, nos adversaires ont invoqué la statistique; et voici sur quelle base ils l'ont fondée : « *Établir le rapport du chiffre des décès et du chiffre des enfans inscrits, dans le but de profiter actuellement des avantages de la crèche.* » Et comme résultats déduits de ce système : « 222 décès ont été notés » parmi 512 enfans fréquentant 14 crèches, c'est-à-dire que la mortalité » a été de plus des 2/5mes dans ces établissemens. » Sur ce, vous allez

1° Une lettre de M. Eugène MARCHAND, de Fécamp, qui sollicite le titre de membre correspondant de l'Académie, et qui envoie la liste de ses titres à l'appui.

2° Une lettre de M. VAN DE LOO, de Venlo (Hollande), qui soumet à l'examen de l'Académie un nouveau mode de déligation pour fractures, ce mode de déligation est l'appareil plâtré dont M. Mathysen est l'inventeur. (Comm. MM. Larrey, Jules Cloquet et Gerdy.)

3° Une lettre de M. MOREAU-BOUTARD, qui réclame au sujet de la communication dans laquelle M. Chassaignac a fait connaître une nouvelle méthode opératoire pour la trachéotomie, qu'il appelle sub-cricoïdienne. M. Moreau-Boutard rappelle qu'il a publié sur cette opération, dans la *Gazette médicale* du 24 octobre 1835, une note sur ce sujet et sous le même titre. (Comm. MM. Velpeau, Robert, Laugier.)

4° Une lettre de M. LEROY-D'ÉTIOLLES, conçue dans les termes suivans :

L'Académie a reçu une nouvelle lettre de M. Mercier, dans laquelle il déplace la question débattue entre nous : je vais la rétablir de nouveau. *Il résulte d'une enquête judiciaire*, que des scarificateurs ou inciseurs du col de la vessie en forme de brise-pierre, ont été exécutés pour moi par M. Charrière, à quatre époques différentes, avec des modifications et des perfectionnemens, et qu'ils m'ont été livrés le 9 avril 1836, les 5 et 9 novembre 1836, le 9 mars 1837 et le 15 juillet 1847. . . . .

J'ajouterai, comme simple rapprochement, que sur le grand livre de M. Charrière, il est écrit, que le 3 août 1847, deux autres scarificateurs prostatiques m'ont été livrés, mais en réalité, ce jour-là je n'en ai reçu qu'un. Or, la première application par M. Mercier, de l'inciseur du col en forme de brise-pierre a eu lieu trois jours après, le 6 août 1847, ainsi qu'il l'a imprimé dans son livre intitulé : *Traitement des valvules du col de la vessie*, p. 385.

5° Un rapport de M. VOILLOT, de Rennes, sur le choléra de Baume en 1849. C'est une copie du rapport que M. Voillot a adressé en 1850 au Comité consultatif d'hygiène.

Traitement des anévrysmes et des varices par la coagulation du sang.

M. LEROY-D'ÉTIOLLES adresse une note sur ce sujet : je commencerai, dit-il, par reproduire et rapprocher la première et la dernière phrases du mémoire de M. Malgaigne, voici l'une : « *M. Leroy-d'Étiolles avait aussi pensé aux injections coagulantes, mais ces idées purement théoriques ne diminuent en rien le mérite de l'invention de Pravaz.* » Voici l'autre, qui sert de conclusions : « *Nous ne pensons pas qu'un chirurgien prudent puisse exposer ses malades à un traitement aussi désastreux.* » Ce n'est pas, ajoute M. Leroy-d'Étiolles, pour disputer à Pravaz *le mérite d'une invention désastreuse* que j'écris cette lettre, mais pour montrer que la méthode de traitement par la COAGULATION DU SANG ne doit pas nécessairement périr dans le naufrage de son procédé.

M. Leroy-d'Étiolles fait observer que les faits rapportés par M. Malgaigne sont contraires au perchlorure de fer seulement, ou peut-être même à la manière dont on l'a appliqué, mais qu'ils ne préjugent pas contre d'autres substances coagulantes du sang, telle que l'alcool, l'alcool sulfurique, ou eau de Rabel, les solutions alumineuses seules ou alliées aux résineux qui n'altèrent pas les parois artérielles et ne donnent pas lieu, comme le perchlorure de fer, à une inflammation excessive.

M. Leroy-d'Étiolles établit que, de même qu'il y a deux méthodes de ligature, l'une dans laquelle on ouvre le sac, et l'autre dans laquelle on le laisse intact, de même il peut y avoir deux manières d'appliquer les injections coagulantes ; dans le sac anévrysmal ou dans le tube artériel au-dessus de la tumeur. Il trouve à l'injection dans la tumeur les inconvéniens suivans : 1° l'injection ne pénètre pas toujours dans la cavité de l'artère qui communique avec le sac par une ouverture souvent étroite, en sorte que l'action du réactif ne s'exerce pas sur le sang fluide, mais sur un sang déjà soustrait à la circulation et déjà en partie coagulé ; 2° l'inflammation de la tumeur que détermine l'injection est parfois excessive ; 3° la masse de sang contenue dans le sac nécessite, pour sa coagulation, une quantité plus grande de liqueur coagulante, et comme la suspension de la circulation dans la tumeur n'est pas toujours complète ou assez longtemps prolongée, il peut arriver que des caillots ou des portions de réactifs entraînés obstruent les capillaires et contribuent à produire la gangrène du membre ; il pense que les choses se sont ainsi passées sur le premier opéré de M. Malgaigne et sur ceux de MM. Alquié et Jobert. C'est une supposition qui peut être, au surplus, facilement soumise à l'expérimentation sur les animaux.

M. Leroy-d'Étiolles serait donc porté à préférer l'injection dans l'artère au-dessus de la tumeur lorsque la situation de l'anévrysme permet de la pratiquer. Les effets de celle-ci avaient été appréciés par les expériences sur les animaux, mais on ne s'en est pas tenu à leur enseignement ; les expérimentateurs avaient agi d'après la méthode d'Anel et les opérateurs ont procédé d'après la méthode ancienne, c'est-à-dire en agissant sur la tumeur. Pour coaguler le sang dans une artère au-dessus de l'anévrysme, il faut se comporter comme dans les expériences sur les animaux, en isolant et rendant stagnante une petite colonne de sang entre deux points de compression : un tube capillaire, comme celui de la seringue d'Anel, pour les points lacrymaux, insinué à travers les parois du vaisseau, porte dans sa cavité la substance coagulante.

M. Leroy-d'Étiolles reconnaît que ce procédé n'est avantageux que pour un nombre limité d'artères superficiellement situées, comme la brachiale ; pour l'appliquer à celles qui sont plus profondes, comme la crurale, il faut inciser la peau et découvrir le vaisseau ; mieux vaudrait alors en faire tout de suite la ligature.

La méthode des injections coagulantes devrait donc être appliquée suivant deux procédés différens, aux membres supérieurs et inférieurs : — L'injection artérielle au-dessus de la tumeur conviendrait pour les anévrysmes du pli du bras et ceux de l'avant-bras ; l'injection du sac serait plus applicable à ceux de la poplite, des artères de la jambe et du pied.

Pour les anévrysmes des iliaques, des carotides du tronc brachio-céphalique de la sous-clavière, dont la position est telle, que la ligature ne pourrait être placée entre le cœur de la tumeur, l'injection du sac est une précieuse ressource : elle peut être combinée avec la ligature de Brasdor, et pratiquée alors par le bout inférieur de l'artère, au moyen d'une sonde et non en ponctionnant la tumeur.

Bien que, dans ses expériences sur les animaux faites de 1832 à 1843, M. Leroy-d'Étiolles ait coagulé le sang dans les artères et produit des caillots solides en injectant des liqueurs styptiques au travers de leurs parois, et qu'il ait manifesté l'espoir de guérir les anévrysmes par un moyen analogue, il a cependant cherché d'autres voies pour arriver au même but, et il a étudié les effets d'un autre agent coagulateur du sang, *le galvanisme*. Comme la ligature, comme l'injection, le galvanisme peut agir, ou sur le sac anévrysmal, ou sur le tube artériel au-dessus de la tumeur. On connaît les résultats obtenus par M. Pétrequin et d'autres chirurgiens au moyen du premier procédé. Quant au second, proposé par M. Velpeau, expérimenté sur les animaux par Pravaz, essayé sur l'homme par Liston, il avait échoué et il n'avait pas en effet de chance de réussir avant que M. Leroy-d'Étiolles eût imaginé *d'agir sur une petite portion de sang stagnante et isolée dans l'artère entre deux points de compression* ; des expériences comparatives entre les injections coagulantes et le galvanisme l'ont conduit à donner, pour le plus grand nombre des cas, la préférence à ce dernier. Ces expériences ont été publiées, en 1845, dans un livre intitulé : *Recueil de mémoires*.

M. Leroy-d'Étiolles se croit en droit de dire que ses travaux n'ont pas été appréciés équitablement par M. Malgaigne. Il y a deux idées à l'endroit desquelles il n'a pas été précédé par Monteggia et il a été suivi par Pravaz ; ce sont, d'une part, l'emploi d'un tube capillaire pour faire l'injection ; de l'autre, l'isolement, la stase d'une petite portion de sang dans une artère entre deux compresseurs pour la soumettre à l'action des agens coagulateurs. Monteggia avait proposé d'injecter le sac en le ponctionnant *avec un trocart* ; quant à Pravaz, dit M. Leroy-d'Étiolles, ce qui constitue son procédé que l'on nomme à tort méthode, c'est le perchlorure de fer, et c'est ce procédé qui est seul en cause aujourd'hui.

— M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie que la séance publique annuelle aura lieu le 6 décembre.

L'Académie se formera en comité secret à quatre heures trois quarts, pour entendre les conclusions du rapport sur les médailles à décerner aux médecins des épidémies.

M. Malgaigne demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

M. MALGAIGNE : J'ai demandé la parole à l'occasion du procès-verbal, ou plutôt sur le procès-verbal, pour réclamer contre le mot *guérison* que je trouve dans le *Bulletin* de l'Académie, appliqué au cas présenté par M. Maisonneuve, à la dernière séance. Il me semble qu'un doute doit être exprimé sur une guérison, qui, selon moi, ne peut avoir lieu. Une commission a été nommée pour examiner le fait en question, et je crois qu'il est convenable d'attendre le résultat de cet examen avant d'accepter une guérison sur laquelle, pour ma part, je conserve des doutes extrêmement violens.

M. DEPAUL réclame contre l'expression d'utérus bifide employée dans le compte-rendu de la présentation de la pièce d'anatomie pathologique faite par lui dans la dernière séance. Il s'agit d'un utérus double et non pas d'un utérus bifide.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le perchlorure de fer.

DISCUSSION SUR LE PERCHLORURE DE FER.

M. LE PRÉSIDENT : La parole est à M. Laugier, pour la continuation de la discussion sur le perchlorure de fer.

M. LAUGIER : Lorsque notre honorable collègue M. Malgaigne est venu attirer l'attention de l'Académie sur le traitement des anévrysmes par le perchlorure de fer, j'en ai éprouvé quelque peine, parce que je pensais que la discussion était prématurée. A mon avis, l'expérience n'était pas faite encore ; je pensais que des faits nouveaux pourraient surgir, qui viendraient modifier les opinions sur ce point important de pratique chirurgicale. C'est ce qui arrive tous les jours lorsqu'on se hâte de tirer des conclusions d'un ensemble de faits trop peu nombreux ; on est souvent obligé de revenir sur ses pas et de formuler des conclusions nouvelles. Une opération paraît désastreuse d'après un certain nombre de faits malheureux, on la réprouve ; puis, tout à coup, de nouveaux faits se produisent, des cas de guérison sont signalés, qui introduisent d'autres élémens dans la question, la replacent dans des conditions nouvelles, et renversent les conclusions trop hâtives que l'on avait déjà formulées. Je crois donc qu'avant de conclure sur une découverte ou une opération nouvelle, il faut attendre qu'un grand nombre d'observations soient venues apporter des élémens suffisans.

S'ensuit-il que l'on doive se faire une loi de n'essayer un procédé ou une méthode opératoire nouvelle, qu'après des expérimentations nombreuses et multipliées ? Non. Il suffit, je crois, que le procédé ou la méthode se présente avec les conditions suivantes : qu'elle soit raisonnable, qu'elle offre des analogies avec d'autres procédés ou d'autres méthodes, que le succès en soit probable. Or, telles étaient, comme vous l'a très bien dit M. Velpeau, les conditions sous lesquelles se présentaient, aux yeux de tous les chirurgiens, la découverte de M. Pravaz.

Le droit qu'avaient les chirurgiens d'expérimenter la nouvelle méthode étant ainsi établi, voyons si les résultats ont répondu à leur attente. Hélas ! non, l'inventaire auquel s'est livré M. Malgaigne, la lecture qu'il nous a faite de ce remarquable travail, où éclatent toutes les qualités brillantes de son esprit, ne peuvent nous laisser aucun doute à cet égard. Les résultats sont désastreux, mais il me semble que l'on n'a pas vu et apprécié leur véritable cause. Une lecture attentive des faits recueillis dans le mémoire de M. Malgaigne, me paraît conduire, sur ce point, à d'autres conséquences. C'est ce que je vais essayer de prouver, en soumettant ces faits à un nouvel examen et à une analyse approfondie.

Si les fâcheux résultats signalés à la suite de l'injection du perchlorure de fer étaient le fait de cette substance même, comme le pense M. Malgaigne, il semble que ces résultats auraient dû être en rapport, soit avec une plus grande concentration, soit avec une quantité plus

---

croire, d'après Barême, qu'il n'existe plus que 290 survivans : erreur, il en reste toujours 512 !

Appliquant la même formule à un exemple cité plus loin, nous trouvons, en 1852, dans la crèche Saint-Gervais, 20 décès parmi 20 enfans fréquentant la crèche ; certes, c'était beaucoup, mais s'il y avait eu un décès de plus, le cas eût été bien autrement extraordinaire, 21 parmi 20 !... Et remarquez qu'il en restait toujours 20...

Ce qui nous surprend tout d'abord, c'est que des hommes graves n'aient pas hésité à proclamer des résultats aussi prodigieux. Qu'une méthode soit confuse, et pose les questions d'une façon inextricable, son obscurité peut masquer ses imperfections ; mais lorsque ces imperfections, traduites en faits, représentent des énormités, l'esprit le plus prévenu s'arrête inquiet, et doit soupçonner qu'il s'est égaré.

Nous pensons que, dans le cas présent, des calculs qui se résolvent en de si bizarres conséquences, sont jugés par leur étrangeté même, et, sans vouloir ni les contester, ni les discuter, nous nous bornerons à montrer, en peu de mots, quelle est la cause originelle des erreurs qu'ils ont formulées.

A côté de ses habitués fixes, la crèche reçoit une population flottante qui varie de telle sorte, qu'au dire de nos adversaires, la moyenne de la présence de chaque enfant, serait de 60 jours (1). Au lieu de prendre en considération ce mouvement intérieur des crèches, on s'est borné à compter le nombre des enfans qu'elles possédaient actuellement, effectivement, nombre que nous pouvons représenter par la somme des lits ; et l'on a voulu chercher le rapport de ce nombre fixe, invariable, avec le chiffre des décès constatés dans l'année entière, sur tous les enfans, qui, successivement, ont participé aux bienfaits de la crèche.

Mais dès l'instant que vous ne tenez compte d'aucune mutation parmi les présens, puisque les enfans ne sont plus pour vous qu'un chiffre abstrait, un casier immuable, le temps est un élément indifférent à vos calculs : vous pouvez très légitimement accumuler les décès de plusieurs années et dire : parmi ses 20 enfans, la crèche St-Gervais a eu, en deux ans, 40 ou 60 décès, c'est-à-dire 2 ou 3 décès pour chaque vivant. Chaque enfant est donc mort deux ou trois fois, sans parler de ses morts futures, car, malgré tout, il existe encore !

Et qu'on ne suppose pas que nous faussions, en l'exagérant, le système de nos adversaires, pour en déduire des conséquences impossibles, c'est sincèrement que nous examinons les principes, que nous interrogeons les chiffres, leur demandant seulement tout ce qu'ils peuvent, tout ce qu'ils doivent indiquer.

Certes, si nous envisagions isolément les termes dans lesquels est exposé l'exemple de la crèche dont nous venons de parler, pris dans l'acception que nous leur donnerions nous-même, ils ne nous présenteraient rien de bien extraordinaire : 20 enfans inscrits habituellement peuvent impliquer un mouvement de plus de 100 enfans dans l'année. — Quoi de surprenant qu'il y eût 20 décès sur ce nombre ? Mais comme nous l'avons vu, ces messieurs ne l'entendent pas ainsi, c'est sur le chiffre fixe des enfans qui *profitent actuellement* de la crèche qu'ils font porter la somme des décès, et, joignant l'exemple au précepte, ils disent : « 222 décès ont été notés parmi 512 enfans fréquentant 14 crèches, c'est donc une mortalité de plus des deux cinquièmes. » D'où il suit incontestablement qu'à la crèche Saint-Gervais les 20 décès ont été notés parmi les 20 enfans fréquentant la crèche ; ce qui établit un rapport que ces messieurs ont oublié de formuler...

Cessez donc de vaines imputations qui ont le double inconvénient d'éloigner les enfans, d'une part, les bienfaiteurs, de l'autre. La crèche est saine ; elle veille avec zèle et dévoûment sur les enfans qu'on lui confie ; c'est tout ce que vous pouvez, c'est tout ce que vous devez exiger d'elle : étendre au-delà sa responsabilité, la rendre solidaire de ce qui se passe en dehors de son influence, ce serait plus qu'une injustice, ce serait une... faute.

Nous croyons nos honorables contradicteurs aussi peu disposés à commettre l'une que l'autre.

SIRY, D.-M. P.

(1) Si dans 14 crèches se trouvent habituellement 512 enfans, chaque enfant y passant 60 jours, il en résulte, en 12 mois, un mouvement de 6 fois 512 enfans, nombre sur lequel a dû porter la mortalité.

COURRIER.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — Le peu d'extension que le choléra a pris dans Paris depuis le commencement de cette semaine, nous confirme dans l'espoir que nous n'aurons pas à faire à une épidémie grave. Le nombre des entrées dans les hôpitaux, loin de s'accroître, a diminué. Il n'est question que de cas très rares et très disséminés en ville. Nous donnerons, d'ailleurs, dans notre prochain numéro, tous les renseignemens que nous avons pu nous procurer sur les résultats de l'influence actuelle.

L'administration, d'ailleurs, si nous sommes bien renseigné, a pris toutes les mesures nécessaires, et se trouve prête à agir dans le cas où l'épidémie prendrait une plus grande extension.

— La séance annuelle de l'Académie de médecine aura lieu le mardi 6 décembre prochain. C'est dans cette séance que M. Dubois (d'Amiens) doit prononcer l'éloge d'Orfila.

— On annonce la mort de M. le dr Fourcault, membre correspondant de l'Académie de médecine, lauréat de l'Institut, auteur d'un grand nombre d'ouvrages et d'opuscules sur la physiologie, la pathologie, l'hygiène, etc. Homme d'initiative et à idées très avancées, M. Fourcault avait abandonné l'exercice de l'art pour se livrer à l'étude de la science. Son ouvrage *Sur les causes générales des maladies chroniques*, n'a pas été suffisamment apprécié. Il y a là le germe d'applications pratiques très importantes.

— *La Société centrale de médecine du nord* avait mis au concours, pour 1853, une question de la plus haute importance, celle *du traitement des fractures du col et du corps du fémur*.

Le prix était une médaille d'argent ; elle a été décernée, avec le titre de membre correspondant, à M. Ferdinand Martin, auteur d'une nouvelle méthode de traitement qui compte déjà dans la pratique un assez bon nombre de succès.

La Société de médecine de Lille n'a pas été moins gracieuse envers M. Ferdinand Martin que celle de Bordeaux ne l'a été, comme nous l'avons dit, à l'égard de M. le docteur Diday de Lyon.

Par une coïncidence bizarre, le même jour et à peu près à la même heure, un banquet était offert au lauréat de Lille et à celui de Bordeaux : des deux côtés la fête a été des plus cordiales et s'est terminée par les toasts les plus chaleureux *à l'union des Sociétés médicales de France*.

considérable du liquide employé. Or, les faits interrogés, à ce point de vue, répondent d'une manière toute différente.

Dans la première observation, la solution n'était qu'un mélange, à parties égales, d'eau et de perchlorure de fer; 5 gouttes de ce mélange ont été injectées; à l'instant ont éclaté des douleurs vives, le membre est devenu froid, et la gangrène s'est produite au bout de vingt-quatre heures. Evidemment, ici, les accidens n'étaient pas dûs à la concentration du liquide.

Si nous passons maintenant au fait de M. Alquié, nous voyons qu'on a injecté également 5 gouttes d'un mélange à parties égales d'eau et de perchlorure de fer. Le jour suivant se sont développés les accidens que vous connaissez. Ici, encore, ils n'étaient pas dûs à la concentration du liquide.

M. Velpeau injecte 8 gouttes d'une solution du perchlorure, préparée par M. Burin du Buisson. Cette fois, la solution était concentrée. Une première injection a lieu; pas d'accidens. Ce n'est que plus tard, vingt-un jours après, que, à l'occasion d'une opération nouvelle, les accidens éclatent. Je dirai plus loin à quelle cause, suivant moi, ils doivent être attribués. Ce que je tiens à constater ici, c'est l'absence complète d'accidens après l'injection d'une solution concentrée de perchlorure de fer.

M. Lenoir injecte d'abord 7 gouttes, puis, un peu plus tard, 16 gouttes de liquide concentré, sans voir naître d'accidens. Ce n'est qu'à la suite d'une troisième opération, pratiquée sur le même individu, que se manifestent les phénomènes qui ont eu une issue si malheureuse. Voilà donc encore deux injections à assez forte dose de liquide concentré, ne déterminant rien de fâcheux. Comment se fait-il que le même liquide ait produit plus tard des effets si déplorables? A coup sûr, je crois, on ne peut les attribuer à la concentration du liquide.

Si, comme il me semble, on ne doit pas mettre en cause l'état de concentration du perchlorure de fer, il ne faut pas non plus accuser la quantité; 30 gouttes de perchlorure ont pu être injectées par M. Barrier, dans une tumeur anévrysmale, sans occasionner le moindre accident.

Ainsi, de l'examen auquel je viens de me livrer, il résulte, je crois, que les accidens ne sont proportionnés ni à la quantité, ni à la concentration du liquide employé, et que, par conséquent, ces deux considérations doivent être écartées dans l'appréciation des causes qui les ont produites. Où faut-il donc chercher ces causes? où trouver les élémens d'une juste appréciation de la question qui s'agite?

Suivant moi, les observations recueillies par M. Malgaigne, et qui ont servi de base à son très remarquable mémoire, diffèrent entr'elles par des circonstances capitales.

Dans les unes, la canule de la seringue à injection a pénétré au sein d'un caillot tout formé. Dans les autres, elle a pénétré dans l'intérieur d'une poche remplie de sang liquide. Or, que doit-il arriver dans ces deux cas si différens? Une opération, qui a pour but de coaguler le sang, me semble devoir être sans résultat bon ou mauvais, lorsqu'elle s'effectue au sein d'un caillot formé au préalable. Que l'on injecte 5, 10, 15, 20, 25 gouttes de perchlorure de fer, en pareil cas, le résultat sera le même, c'est-à-dire nul. Or, c'est ce que les faits démontrent.

Mais il ne doit pas en être de même lorsque l'injection pénètre au centre d'une tumeur remplie par du sang liquide. Alors, les résultats doivent être ou bons ou mauvais. C'est encore ce que les faits démontrent. C'est à des cas entourés de conditions pareilles, que se rattachent les succès et les revers de la méthode Pravaz. C'est à des cas semblables qu'elle doit, à mon sens, être restreinte; elle me paraît sans application aucune, lorsqu'il s'agit d'anévrysmes formés en grande partie par du sang coagulé.

Examinons les faits de la première catégorie.

On comprend facilement que si, dans une injection de perchlorure faite au sein d'un anévrysme rempli de sang liquide, on n'a pas soin d'établir la compression au-dessus et au-dessous de la tumeur, la substance chimique sera entraînée au-delà de l'anévrysme et n'aura aucune action sur celui-ci.

Dans l'opération pratiquée par M. Valette, et suivie d'un plein succès, la compression a été faite et maintenue pendant un certain temps au-dessus et au-dessous de la tumeur anévrysmale. Mais cette condition n'est plus réalisable lorsqu'il s'agit d'anévrysmes situés à la racine des membres où à l'entrée des grandes cavités du corps humain. Elle n'est plus possible dans les anévrysmes de l'artère axillaire, du tronc brachio-céphalique, etc., etc.; les cas les plus favorables à la méthode sont ceux où les anévrysmes sont de petit volume et ont leur siége soit sur la longueur de l'artère brachiale, soit sur le trajet de l'artère crurale.

Mais revenons à notre point de départ, c'est-à-dire à la recherche de la cause par laquelle ont été produits, selon nous, les accidens plus ou moins graves signalés dans le mémoire de M. Malgaigne. Les réflexions qui vont suivre s'appliquent également aux faits de M. Malgaigne, de M. Velpeau, de M. Barrier, de M. Lenoir. Dans tous ces cas, il y a eu plusieurs opérations successives; la tumeur a été ponctionnée plusieurs fois. Or, toute tumeur anévrysmale plusieurs fois ponctionnée, me paraît vouée fatalement à l'inflammation. Il en est comme des tumeurs enkystées, une première ponction n'est suivie d'aucun accident, mais après une deuxième ou une troisième, l'inflammation s'en empare. Sans sortir des anévrysmes, nous trouvons des faits analogues. A quoi doivent être rapportés les accidens de l'acupuncture? A l'introduction répétée des aiguilles au sein de la tumeur anévrysmale. Je crois qu'il en a été de même dans les faits dont je parle et que les mêmes causes ont produit les mêmes effets. Voyez le fait de M. Velpeau. Une première ponction a lieu, suivie de l'injection de 8 gouttes de perchlorure de fer concentré, pas d'accident. Vingt-et-un jour après, enhardi par l'innocuité de la première opération, on en tente une seconde, dans des circonstances identiques, et l'inflammation s'empare de la tumeur.

M. Barrier pratique trois ponctions et trois injections successives avec 15 gouttes de perchlorure: pas d'accidens après les deux premières opérations; ils éclatent après la troisième.

Deux opérations sont faites par M. Lenoir, et présentent une innocuité parfaite. Dans une troisième opération, des mouvemens de la canule dans la poche déterminent de la douleur, et l'inflammation se déclare.

Dans l'observation de M. Malgaigne, quatre ponctions sont faites successivement. A la quatrième, la canule est promenée en sens divers dans l'intérieur de la poche anévrysmale. Six gouttes de perchlorure sont injectées; c'est à la suite de cette quatrième injection qu'éclatent les accidens formidables dont M. Malgaigne nous a tracé la description avec cette parole énergique et colorée qui lui est habituelle.

J'espère que personne ne me supposera l'intention de vouloir, en reproduisant ces faits, infliger un blâme aux habiles chirurgiens qui ont conçu et exécuté ces tentatives malheureuses. Dans la plupart des cas, la méthode a été expérimentée avec beaucoup de prudence, et il serait injuste, selon moi, de porter contre les expérimentateurs une accusation de témérité. Les accidens me paraissent devoir être attribués aux ponctions répétées qui ont eu lieu.

En résumé, je crois qu'il convient de faire une division parmi les observations publiées jusqu'à ce jour sur ce sujet, et d'établir deux catégories de faits: l'une, comprenant les cas d'anévrysmes formés par du sang coagulé; l'autre, relative aux cas d'anévrysmes remplis par du sang liquide. Ce n'est qu'aux tumeurs de cette dernière catégorie que me semble convenir l'injection au perchlorure de fer, comme les opérations de l'acupuncture ou de la galvano-puncture; quant à l'intoxication du sang par le perchlorure de fer, je crois que c'est une hypothèse sans fondement.

Je dois dire, en terminant, que la méthode Pravaz a été mal interprétée par quelques expérimentateurs, et que l'on n'a pas suivi les règles tracées par l'auteur. Dans une des observations de M. Malgaigne, nous voyons ce chirurgien intervenir pour réparer les désordres d'une injection faite sans méthode. Une précaution indispensable, suivant moi, et indiquée, d'ailleurs, par M. Valette, c'est d'établir une compression au-dessus et au-dessous de la tumeur, et de la maintenir pendant quinze à vingt minutes.

Enfin, quel sera le jugement que nous devrons porter sur cette méthode? D'une part, de nombreuses charges s'élèvent contre elle; d'une autre part, témoigne, en sa faveur, le fait unique, il est vrai, mais irrécusable, de M. Valette. Que faire donc? Le plus sage, à mon avis, est d'attendre les événemens, et de ne pas se hâter de porter sur la nouvelle méthode un jugement définitif.

M. LE PRÉSIDENT: La parole est à M. Gerdy.

M. GERDY: La question pendante devant l'Académie, ne me paraît pas devoir être traitée à fond, faute de matériaux suffisans. L'opinion des chirurgiens ne peut être faite encore sur la valeur de la nouvelle méthode, à cause du petit nombre de faits qui s'y rapportent. M. Malgaigne n'en a pas moins fait une chose fort louable, en présentant à l'Académie les faits recueillis dans son mémoire. Pour ma part, je ne saurais trop louer notre collègue, d'avoir attiré l'attention des chirurgiens, sur une méthode qui, née d'hier, a déjà produit de si désastreux résultats. Je me joins donc à lui, et j'adopte complètement ses conclusions, tout en me plaçant à un autre point de vue. — Dans le peu de paroles que j'ai prononcées ici, dans une des précédentes séances, j'ai dit que je ne blâmais personne de ceux qui avaient cru devoir expérimenter la nouvelle méthode. Je ne blâme pas, malgré les malheurs dont ces tentatives ont été suivies, parce qu'il y a des circonstances atténuantes. Ces circonstances atténuantes résultent de ce que l'opération était rationnelle et séduisante, en apparence. M. Pravaz avait indiqué avec tant de précision et de prudence, le nombre de gouttes de liquide qui devaient être employées, il avait construit un instrument si parfait et si propre à mesurer la quantité de la substance, que, vraiment, jamais procédé opératoire nouveau, ne s'était présenté avec des dehors si séduisants et des allures si rassurantes. Cependant, des malheurs épouvantables ont suivi. Qu'est-ce à dire? Et pourquoi, de ma part, cette observation? Elle a pour but de prouver seulement que si l'on doit être prudent quand des opérations se présentent, entourées de tant de garanties, conçues avec tant de sagesse, ordonnées avec des soins si minutieux, on doit l'être bien d'avantage, lorsqu'il s'agit d'opérations qui n'offrent plus de semblables conditions. Puisque, malgré l'extrême réserve de la méthode de M. Pravaz, malgré le soin vraiment remarquable qu'il avait apporté dans la graduation du liquide, et la construction de ses instrumens, il est arrivé des malheurs, que faut-il conclure? Une chose bien naturelle, selon moi. C'est que l'on doit toujours être en défiance contre les nouvelles méthodes, ou les nouveaux procédés opératoires, et ne pas se hâter de les expérimenter.

Voilà ce que j'avais voulu dire dans une des dernières séances. Sans vouloir faire descendre la question de la hauteur où l'avait portée celui qui le premier l'avait soulevée, sans vouloir la réduire aux proportions mesquines d'une misérable personnalité (car, je l'ai dit et répété, je ne blâmais rien), cependant, par une contradiction moins réelle qu'apparente, il me semblait, disais-je, que l'on s'était trop pressé et je déplorais que l'on fût allé si vite, attendu que les opérations les plus sages et les plus innocentes en apparence, offraient des dangers sérieux.

Eh bien! malgré mes déclarations réitérées, malgré mes protestations, malgré le soin que j'avais pris d'éviter l'apparence d'une personnalité, un de nos collègues s'est cru en droit de voir, dans mes paroles, ce caractère. Il en a changé la nature en se les appliquant à lui-même. Il a fait descendre la discussion de la hauteur où je l'avais placée, en disant: c'est à moi que ces paroles s'adressent, c'est pour vous donner le plaisir de m'attaquer que vous mettez en avant ces grands principes de morale dont vous faites parade. Non, elles ne s'adressaient pas à vous, ces paroles; elles s'adressaient à tout le monde. Je n'ai nommé personne. Le peu de citations que j'ai faites étaient toutes bienveillantes; si j'en ai usé, c'était pour appuyer ce que je disais et non point dans une intention de blâme. Quand j'ai voulu prendre un exemple, je l'ai choisi tel, qu'il ne pouvait donner lieu à aucune interprétation mauvaise, c'est pourquoi j'ai parlé du traitement des ankyloses par rupture, disant que je n'aimais pas d'être le premier à expérimenter une nouvelle opération. Vous vous récriez contre ce principe de philosophie chirurgicale et vous dites plaisamment: Mais si vous voulez attendre que d'autres expérimentent, et si tout le monde en fait autant, personne n'essaiera, en sorte que jamais il n'y aura de solution d'une question nouvelle. C'est là une erreur. L'esprit humain est ainsi fait, qu'en lui présentant seulement l'appât d'une promesse, il se laisse facilement séduire et entraîner. Qu'est-ce qui fait et fera toujours la fortune des charlatans, sinon cette faiblesse qu'ont les hommes de se laisser éblouir par leurs belles paroles? Il ne manque même pas de gens de sens et d'intelligence qui se laissent prendre au piége. Il en est de même de beaucoup de chirurgiens; qu'on leur montre une nouvelle opération, pour peu qu'elle paraisse rationnelle, il ne manquera pas, parmi eux, d'hommes imprudens pour l'expérimenter.

Il y a des hommes qui sont naturellement imprudens. Ainsi, Alexandre se précipite tout seul au milieu d'une ville qu'il assiége. Il fait là ce que jamais un roi ne doit faire. Il commet une imprudence impardonnable à un monarque chargé des destinées de tout un peuple. On est donc imprudent, soit parce que l'on juge mal, soit parce qu'on se laisse entraîner. Lors donc que l'on vous présente une opération nouvelle, il ne faut pas se laisser aller à son premier mouvement qui est de l'expérimenter, parce qu'il y aura toujours des imprudens et des téméraires pour ouvrir la voie. Il faut calculer avec ce travers de l'humanité. Quand on sait résister à ce premier mouvement, on est plus tard récompensé. Quand cette opération nouvelle, que l'on vous sollicitait d'essayer le premier, vient à tomber sous la réprobation universelle, par suite des malheurs quelle a produits, alors on est heureux de n'avoir pas contribué soi-même à de pareils désastres, et ceux-là mêmes qui vous poussaient à faire des tentatives sont les premiers à venir vous féliciter d'avoir su résister à leurs sollicitations. C'est ce qui m'est arrivé à propos de l'opération des ankyloses dont je parlais tout à l'heure.

Il faut donc profiter de ce faible de l'humanité, sans crainte de compromettre, par trop de prudence, l'avenir de l'art. Ce n'est pas en l'embarrassant d'une foule de méthodes ou de procédés inutiles, sinon dangereux, qu'on le fait avancer.

Au reste, voulez-vous avoir une règle de conduite infaillible? Je l'ai déjà dit, et je le répète, mettez la main sur votre conscience, et dites-vous: « S'il s'agissait de mon enfant, consentirais-je à l'opérer ou à le faire opérer? » Voilà le vrai *criterium*, la loi suprême du chirurgien. Mais, me dira-t-on, un père est un être trop sensible, et cette extrême sensibilité pourra le faire reculer devant une opération nécessaire. Sans doute, un chirurgien, placé en présence d'une opération à pratiquer à son fils, pourra dire: « Je ne me charge pas d'opérer; la sensibilité paternelle rendrait mon œil moins clairvoyant et ma main moins ferme. » Mais il consulte, et la nécessité de l'opération une fois reconnue, il livre son enfant au couteau de l'opérateur. Combien de fois n'arrive-t-il pas à des chirurgiens de faire opérer leur femme ou leur enfant? Voudrait-on me faire croire que le cœur est un mauvais guide? Le même sentiment qui porte un père à refuser pour son fils une opération par crainte de la douleur, le force à l'accepter par crainte de la mort. Ce sentiment est général, et fait que, tous les jours, on voit un père opérer son fils, un fils son père, un mari sa femme, etc. Ah! sans doute, quand vous direz à un père: Voici une opération dangereuse; bien plus, elle n'a jamais été essayée sur un homme vivant; les chances en sont complètement incertaines, oh! alors, ce père s'écriera: Non, je n'en veux pas pour mon enfant! Eh bien! voilà le *criterium*, voilà la loi suprême, voilà le précepte le plus sacré de la morale chirurgicale, le sentiment d'un père pour son fils. En vous imposant ce mobile, vous êtes mû par le sentiment le plus grand, le plus fort, le plus sûr, le plus infaillible du cœur humain, le sentiment de la paternité.

Mais, maintenant, si, descendant de la hauteur des principes généraux, au lieu de rester dans ces régions calmes et sereines, vous mettez le pied sur le terrain brûlant des personnalités; si vous voyez toujours une attaque personnelle cachée derrière le rappel d'un principe de philosophie ou d'un précepte de morale, oh! alors vous chassez, du sein de l'Académie, la critique, c'est-à-dire ce qu'il y a de plus sacré, de plus inviolable dans une assemblée scientifique. La critique, c'est le progrès, c'est la lumière, c'est la vie d'un corps savant. Si la critique vous blesse, si vous regimbez sous l'atteinte de son aiguillon, prouvez que mon blâme est déraisonnable. Mais si vous ne pouvez parvenir à démontrer que j'ai eu tort, supportez avec résignation mon blâme ou ma critique. Vous m'accusez de blâmer toujours; non, cela n'est pas ainsi; plus d'une fois, même, il m'est arrivé de vous louer vivement; dans plus d'une occasion, je vous ai appuyé de ma parole, et nous avons marché ensemble sous le même drapeau. Sans doute, on n'aime pas à être critiqué, je le crois; mais, dans l'intérêt de l'honneur, de la dignité de la science, il faut que la critique soit respectée, il faut qu'elle puisse planer en liberté dans les hautes régions des principes généraux, sans qu'on l'oblige à descendre dans les bas-fonds de la personnalité.

Messieurs, je tenais à me disculper du reproche d'avoir voulu faire, dans cette enceinte, une attaque personnelle. Tel n'a pas été le sentiment qui m'a fait prendre la parole, dans l'une des dernières séances. En ce moment vous étiez tous sous le poids de quelque chose d'accablant, sous l'impression douloureuse qu'avait produite en vous le récit des résultats lamentables des expériences entreprises sur le traitement des anévrysmes, par le perchlorure de fer. C'est sous le sentiment de cette impression douloureuse que je pris la parole pour blâmer en général la conduite des chirurgiens qui se pressent d'essayer un nouveau procédé ou une nouvelle méthode opératoire, sans en connaître assez la valeur. Aujourd'hui le fait de M. Valette vient former contre-poids aux résultats primitifs. Que nous reste-t-il à faire? Nous ne pouvons reprendre l'expérimentation de cette méthode sur l'homme. Il faut nous arrêter dans cette voie, il faut réfléchir. Pour moi, aujourd'hui, je ne ferai pas d'opération, je n'ai aucune tendance à essayer la méthode; mais il s'en fera, soyez-en sûr, des tentatives nouvelles, les imprudens et les téméraires ne manqueront pas. Il faut toujours, quand on est dans le doute, non seulement attendre, mais encore expérimenter sur les animaux vivans. Ce n'est qu'après des expériences répétées, et après avoir bien constaté l'innocuité de l'opération, qu'il est permis de la tenter sur l'homme. Pour moi, j'attendrai pour agir, que l'horizon s'éclaircisse; je ne ferai rien sans savoir ce qu'il y a de vrai et de faux dans cette nouvelle méthode. Quand on aura bien étudié le liquide, ou les liquides, leur influence, leur propriété coagulante, quand on aura multiplié de toutes les manières, les expériences sur les animaux, quand, en un mot, le chaos sera débrouillé et l'horizon éclairci, alors on pourra voir clair dans la question, et savoir d'une manière plus précise, ce qu'il y aura à faire. Jusqu'à ce jour, je reste dans une inaction prudente.

M. LE PRÉSIDENT: La parole est à M. Malgaigne.

M. MALGAIGNE: Messieurs, je désire d'abord rétablir le sens de mes

conclusions, tel qu'il était au début de la discussion. J'avais conclu, en terminant la lecture de mon mémoire, que je ne pensais pas que dans l'état actuel des choses, un chirurgien prudent pût exposer ses malades aux dangers du traitement par le perchlorure de fer.

Je ne voulais pas déshériter l'avenir, et je restais dans les limites d'une réserve prudente. Aussi, ai-je été exposé à deux reproches contradictoires, et qui m'ont été particulièrement agréables. D'une part, M. Moreau m'a accusé de n'avoir pas été assez explicite et de n'avoir pas condamné irrévocablement la méthode ; d'autres, au contraire, ont dit que j'étais allé trop vite, qu'il n'était pas temps encore de discuter une semblable question, et qu'il fallait attendre. En effet, je crois qu'il faut condamner ce qui a été fait jusqu'à présent, et attendre de l'avenir que la lumière se fasse. Si quelqu'autre chirurgien se présente avec des résultats d'expériences non tentées sur l'homme, mais sur les animaux, nous verrons s'il y aura lieu à reprendre la méthode Pravaz.

J'ai peu de chose à répondre à l'allocution dans laquelle M. Gerdy nous a parlé beaucoup de la critique. Je me félicite de me trouver en communauté d'idées avec notre honorable collègue, cependant il y a un point sur lequel nous différons ensemble. Il a dit qu'il fallait laisser agir les chirurgiens imprudens et téméraires ; d'un autre côté, il déplore que des chirurgiens aient eu l'imprudence et la témérité de faire des expériences sur l'homme, et il ne veut pas que de pareilles tentatives se renouvellent ; il attend, pour juger, que la méthode soit mieux connue dans ses résultats, que les conditions et les règles de l'emploi du perchlorure de fer soient parfaitement exposées et appréciées. Mais s'il laisse ce soin aux imprudens et aux téméraires, c'est-à-dire à des gens qui ne tiennent compte ni des règles, ni des méthodes et agissent à tous risques et périls, je ne vois pas trop comment on pourra juger. M. Gerdy compte sur les imprudens et les téméraires. Oui, sans doute il y a et il y aura toujours des téméraires en chirurgie, mais il ne faut pas les encourager. Avis donc à ceux qui voudraient renouveler sur l'homme les périlleuses tentatives qui ont eu déjà de si désastreuses conséquences, ils sont déjà marqués d'avance du titre d'imprudens et de téméraires. Oui, je le dis avec toute l'énergie d'une conviction absolue, je le dis hautement, ce sont des chirurgiens téméraires, ceux qui pratiquent sur l'homme les injections de perchlorure de fer dans les conditions actuelles.

Mais je veux revenir sur quelques points de la discussion, sur lesquels il me paraît bon d'attirer l'attention de l'Académie et d'appeler de nouvelles lumières. Quelques-uns des faits apportés par moi à cette tribune ont eu à subir, de la part d'honorables confrères, tant en dedans qu'au dehors de l'Académie, d'assez vives contradictions.

J'ai dit, dans mon mémoire, que, sans prétendre diminuer le mérite des hommes distingués qui avaient répété, à Alfort, les expériences de M. Pravaz, il fallait bien reconnaître qu'ils s'étaient écartés, sans aucune raison, des règles posées par l'inventeur lui-même ; que leurs expériences prouvaient bien l'inefficacité du perchlorure à petites doses, et son danger à dose exubérante ; que l'injection rationnelle était la seule qu'ils eussent négligée.

M. Giraldès, l'un des expérimentateurs en question, un peu piqué de ce passage de mon mémoire, a réclamé, et, dans une lettre adressée à l'Académie, il cite des expériences tendant à infirmer et à contredire mes paroles. Mais, ces expériences nouvelles, je n'avais pas à en tenir compte, puisque M. Giraldès ne les avait pas encore publiées. J'ai trouvé publiées des expériences très mal faites, ce sont celles-là que j'ai rapportées. Je lis dans le compte-rendu d'une séance de la Société de chirurgie que M. Giraldès a communiqué à la Société, le résultat d'expériences entreprises par lui à Alfort, sur les propriétés du perchlorure de fer. Voici l'une de ces expériences : « M. Giraldès ayant intercepté entre deux compressions 11 centimètres environ de la carotide d'un âne, y injecta 6 gouttes de perchlorure ; et la coagulation ne se faisant point, il fit une injection de 11 gouttes, cette fois la coagulation s'opéra, mais l'artère parut racornie. » Ceci est parfaitement publié, avec tous les détails nécessaires. Or, je dis que ces expériences n'ont pas été faites dans les conditions rationnelles, dans les conditions de la méthode Pravaz. En effet, Pravaz avait dit que, pour coaguler le sang dans une portion de carotide d'un cheval, longue de 8 centimètres, il fallait 8 à 10 gouttes de perchlorure ; or, dans une portion de la carotide de l'âne de M. Giraldès, ayant 11 centimètres de longueur, 6 gouttes seulement de perchlorure sont injectées. Ce n'était pas assez, rien d'étonnant, dès lors, que la coagulation n'ait pas eu lieu. Peu satisfait de ce résultat, M. Giraldès injecte 11 et 17 gouttes. Cette fois c'était trop, aussi observait-on un racornissement de l'artère. Je ne veux pas pousser plus loin la discussion sur les expériences de M. Giraldès, et je passe à un autre de mes contradicteurs qui est, cette fois, un membre de cette Académie, à l'honorable M. Leblanc.

J'avais dit que, dans des expériences faites à Alfort, par MM. Leblanc et Debout, on avait observé tantôt un racornissement de l'artère sans amincissement, tantôt un racornissement avec amincissement. A ma grande surprise, j'ai entendu M. Leblanc nier ces faits à cette tribune. Il paraît que le perchlorure de fer, entr'autres propriétés fâcheuses, possède celle de faire perdre la mémoire à ceux qui l'expérimentent. Comme M. Giraldès, M. Leblanc a complètement oublié la communication, faite à la Société de chirurgie, des expériences qui lui sont communes avec M. Debout. Dans le compte-rendu de la séance où fut portée cette communication, je lis que, dans l'une de ces expériences, l'injection amena le racornissement du vaisseau, et que, dans un autre cas, l'artère s'amincit et se laissa distendre, de manière à offrir, quarante-huit heures après l'injection, une dilatation variqueuse. Si M. Leblanc persiste dans ses dénégations, c'est alors à M. Debout, son collaborateur, que sa critique doit s'adresser.

Maintenant, un fait nouveau s'est produit dans la discussion. Il ne s'agit de rien moins que d'une guérison, sans accidens produits, avec une seule injection de perchlorure de fer. Le fait appartient à M. Valette, jeune chirurgien distingué de Lyon. C'est sur ce fait que les partisans de la méthode Pravaz se fondent maintenant, c'est derrière lui qu'ils se retranchent. M. Velpeau semblait le pressentir, lorsqu'il faisait, à cette tribune, le remarquable discours que vous avez entendu. Il semblait prévoir que la série ne s'arrêterait pas là, et que du jour au lendemain, surgirait un nouvel élément dans cette question.

M. Velpeau a fait de mon mémoire une critique très judicieuse et très forte. Je vais donc lui rendre très libéralement ce qu'il m'a donné, et, quoique M. Gerdy l'accuse de ne pas tolérer la critique, je suis bien persuadé qu'il ne s'en fâchera pas.

M. Velpeau pense qu'il y a trop peu de faits encore pour motiver un jugement sur la méthode Pravaz. Suivant lui, les observations que l'on met en avant, dans le but de la faire condamner, sont entourées de circonstances telles, que l'on ne doit admettre qu'avec une extrême réserve la signification que l'on prétend leur donner. Le cas le plus grave, dit-il, est celui de M. Malgaigne, il est singulier, invraisemblable. Oui, sans doute, il est invraisemblable, il est singulier, cela ne s'est jamais vu avant les injections de perchlorure de fer. Mais si cela ne s'est jamais vu, à quoi l'attribuer, sinon à cet agent suspect, inconnu, dont on ne peut ni prévoir, ni régler l'action, ni connaître, d'une manière certaine, les propriétés. On parle de l'inexpérience des opérateurs ; mais qui est expérimenté à l'origine d'une expérimentation ?

Une injection est faite dans un petit anévrysme, dans les mêmes conditions que celui de M. Valette ; le chirurgien qui l'a faite est jeune, sans doute, mais il mérite toute confiance. Des résultats déplorables suivent l'injection, et le malade n'est sauvé que par la ligature. Ce fait ne m'avait pas entièrement convaincu. Aussi j'allai, pour m'éclairer et me former une expérience, voir opérer un chirurgien prudent et habile, s'il en fût, notre collègue M. Velpeau. Toutes les précautions les plus minutieuses furent prises, et n'empêchèrent pas que la ligature ne dût intervenir pour réparer les désordres de l'opération nouvelle. Ce fait n'est pas le seul arrivé à des hommes expérimentés et habiles.

M. Jobert a eu également à déplorer des accidens de gangrène. Vous disiez que la nouvelle opération devait éviter la gangrène ; or, vous la voyez survenir non seulement entre mes mains, mais encore entre les mains de M. Jobert, c'est-à-dire d'un homme qui a un grand nom dans la chirurgie. On a vu des cas d'inflammation gangréneuse dans le sac même. On dit : ce n'est pas le perchlorure de fer qu'il faut accuser, c'est le défaut de précautions. Mais quelles sont ces précautions ? où sont-elles formulées ? Personne ne les connaît. N'a-t-on pas pris toutes les précautions possibles dans les opérations faites par MM. Velpeau et Lenoir. Dans le cas de M. Lenoir, nous voyons deux opérations innocentes, pratiquées à quelque distance l'une de l'autre. Vous savez quel a été le résultat de la troisième, faite dans les mêmes conditions et avec toutes les précautions prises pour les premières.

J'arrive à mon tour ; je m'entoure de toutes les précautions possibles. Trois injections sont faites sans accident, une quatrième est suivie de résultats tels, que je suis trop heureux de recourir à cette ligature tant dédaignée, et qui finit cependant par sauver le malade.

Ainsi, voilà trois opérations pratiquées avec toutes les précautions convenables. Dans deux cas la ligature sauve les malades, dans le troisième cas l'individu meurt. Si ces faits ne peuvent compter contre l'opération, je me demande à quoi sert la logique.

On est dans un singulier embarras avec cette malheureuse méthode Pravaz. Observez les précautions rationnelles prescrites par l'inventeur, vous vous exposez à la gangrène du membre. Injectez juste assez de perchlorure pour coaguler le sang, vous n'êtes nullement à l'abri des inflammations. Avec cela, on a encore le désagrément de s'entendre dire : vous n'avez pas pris les précautions convenables, c'est par votre faute que les accidens sont arrivés.

Dans son résumé, M. Velpeau a fait une concession que je me permettrai de critiquer. Il a pensé que l'opération nouvelle pourrait être conservée dans un certain nombre de cas ; par exemple, dans les cas d'anévrysmes ayant leur siége à la racine des membres, ou à l'entrée des grandes cavités, mais ce sont-là précisément, comme l'a déjà fait observer M. Laugier, les conditions les plus fâcheuses pour l'emploi du perchlorure de fer. Là encore l'expérience a parlé : un anévrysme du tronc brachio-céphalique a été traité par la méthode Pravaz, sans aucun résultat. M. Velpeau me paraît donc être tombé sur ce point dans une grave erreur, et avoir donné des espérances qui ne se réaliseront jamais. S'il était permis de conserver encore quelque faible espoir de voir cette méthode réussir, ce serait dans les cas de petites tumeurs anévrysmales, semblables à celle que M. Valette a traitée avec succès. Mais examinons un peu ce fait, à propos duquel on fait tant de bruit. Lorsque dans mon mémoire, je me suis permis, fondé sur les cas malheureux signalés par les chirurgiens, d'élever des doutes sur l'innocuité du perchlorure de fer, vous n'avez pas opéré avec le perchlorure de M. Burin du Buisson, s'est-on écrié. Voilà la réponse que font les partisans de la nouvelle méthode à tous les reproches légitimes adressés au perchlorure de fer. La chose essentielle, à ce qu'il paraît, c'est d'avoir du perchlorure de fer de M. Burin du Buisson. En dehors de M. Burin du Buisson, pas de salut.

Il paraît qu'il est difficile d'avoir ce fameux perchlorure. M. Velpeau avait cru l'employer dans son opération, et voici que M. Burin du Buisson nous apprend, dans une note, qu'il n'avait pas apporté, en venant à Paris, son véritable perchlorure, et que celui dont s'est servi M. Velpeau avait été pris par lui, à Paris, chez M. Rousseau. D'ailleurs, la formule de ce perchlorure a été déjà changée plusieurs fois par M. Burin du Buisson. Je me suis demandé pourquoi ce pharmacien changeait ainsi la formule de son perchlorure, et, poursuivi par cette idée je me suis adressé à un homme en qui j'ai toute confiance, à notre collègue, M. Soubeiran, ici présent. Je lui ai demandé ce qu'il pensait de ce fameux perchlorure. Il ne vaut rien, m'a répondu M. Soubeiran, il est détestable, M. Burin du Buisson n'entend rien à la préparation du perchlorure de fer, il vous donne du faux perchlorure. Je laisse M. Burin du Buisson aux prises avec M. Soubeiran, car je ne me sens pas de force à soutenir une discussion sur une question de chimie et de pharmacie.

M. Burin du Buisson a avoué que le perchlorure préparé d'après l'ancienne formule, était mauvais, parce qu'il contenait de l'acide chlorhydrique. D'après lui, le bon, le vrai perchlorure ne doit pas déposer. Il a envoyé à la Société de chirurgie un échantillon du perchlorure préparé d'après la nouvelle formule, du bon, du vrai, par conséquent. Or, il paraît que ce perchlorure dépose. Le vrai perchlorure n'est donc pas déjà très bon.

Il est un fait que je dois signaler et porter à la connaissance de tous les chirurgiens. J'ai eu sous les yeux une espèce de prospectus, d'affiche, de placard signé Burin du Buisson, portant la formule d'un perchlorure employé exclusivement, dit le prospectus, dans tous les hôpitaux de Paris. Or, il est vrai que pas une seule goutte de ce perchlorure n'a été employée.

Mais laissons-là cette triste affaire, et arrivons à l'argumentation de M. Laugier. M. Laugier a disséqué, avec un grand soin et une grande habileté, tous les faits contenus dans mon mémoire. Suivant lui, ce n'est pas à la concentration du liquide que l'on doit rapporter les accidens observés. Je crois qu'il a raison. Ce n'est pas non plus, ajoute-t-il, à la quantité. Je le veux bien, mais qu'est-ce que cela prouve ? Si ce n'est ni la concentration, ni la quantité, ni la qualité qui produisent les accidens, cela implique une condamnation plus entière, plus absolue de la méthode. C'est donc à l'idiosyncrasie des malades qu'il faut avoir recours pour expliquer les faits. Oui, il paraît que certains malades supportent une dose élevée de perchlorure, tandis que d'autres sont éprouvés par une petite quantité. Le même malade peut même, à différentes époques, être différemment influencé par le perchlorure.

Je remercie M. Laugier d'avoir fourni à la cause que je défends un argument d'une telle importance. Ainsi, il est avéré que l'on ne peut ni prévoir, ni mesurer les effets du perchlorure de fer et que son emploi ne peut être soumis à aucune règle fixe. Quelle que soit la méthode employée, on court les mêmes risques, on reste dans les mêmes incertitudes, rien ne met à l'abri des accidens.

M. Laugier pense que c'est aux ponctions répétées des anévrysmes que doivent être rapportés les accidens. Je ne saurais partager l'opinion de notre collègue. Tous les jours nous faisons des ponctions répétées dans des tumeurs enkystées sans produire d'inflammation. C'est le corps étranger introduit dans l'intérieur de la tumeur que l'on doit accuser, c'est le perchlorure qui est coupable.

M. Laugier a rétréci de beaucoup le champ de la nouvelle méthode, en prouvant qu'elle n'avait de chance de succès que dans les cas de petites tumeurs anévrysmales remplies par du sang liquide.

Enfin, examinons, en quelques mots, le fait de M. Valette. Tout en rendant un légitime hommage au talent de ce jeune chirurgien, je ne dois pas laisser passer sans critique l'observation dont il a donné connaissance à l'Académie. Cette observation, savez-vous ce que c'est, en définitive ? C'est une opération faite contre toutes les règles de la méthode Pravaz, en injectant des proportions énormes de perchlorure de fer. L'anévrysme était du volume d'une noix ; la quantité de sang qu'il contenait était évaluée à un centilitre. D'après M. Burin du Buisson, au dire de M. Valette, la dose de perchlorure doit être de 10 à 12 gouttes par centilitre de sang. Or, M. Valette en injecte 15. Je ne sais plus, en vérité, quelle est la dose définitivement adoptée par M. Burin du Buisson. Il a écrit que 5 gouttes suffisent pour coaguler un centilitre de sang ; puis, il conseille à M. Valette d'injecter 10 à 12 gouttes. M. Burin du Buisson n'a-t-il pas voulu se réserver une ressource en cas d'insuccès, tout en s'attribuant l'honneur en cas de réussite ?

Je le demande maintenant, qui nous réglera en face de pareilles tergiversations, et combien faudrait-il encore tuer de malades pour arriver à une méthode précise ?

En résumé, la méthode Pravaz est détestable ; elle ne peut être employée dans les grands anévrysmes, et, dans les cas où elle pourrait présenter quelque chance de succès, c'est-à-dire dans les cas de petits anévrysmes, la ligature offre de si brillans avantages, compte de si éclatans succès, que vraiment ce serait folie que de laisser échapper une méthode sûre, éprouvée, pour une opération incertaine et chanceuse. Parmi les opérations que leurs résultats désastreux ont fait abandonner, jamais aucune n'avait eu des conséquences si lamentables.

Je me résume : Je ne dis pas que la ligature soit le dernier mot de la chirurgie. Non, depuis que cette discussion a été soulevée devant l'Académie, nos voisins d'outre-Manche s'étonnent que nous en soyons encore à la ligature, et ils proclament les effets remarquables de la compression appliquée au traitement des anévrysmes. Je pense qu'il y aurait avantage à mettre ce moyen à l'étude. Je ne veux donc pas que le chirurgien s'arrête. J'admets les expériences faites d'abord sur les animaux et appliquées ensuite à l'homme, s'il y a lieu. Je ne pense pas que l'expérimentation doive être abandonnée aux téméraires qui se conduisent sans règle et sans méthode, je crois, au contraire, que l'initiative appartient aux chirurgiens prudens et sages. Enfin, je suis prêt à adopter un procédé autre que la ligature, mais à la condition qu'il vaudra mieux et qu'il ne donnera pas, sur 11 cas, 4 morts et 5 ou 6 insuccès. Je termine en déclarant hautement que je tiens pour imprudens et téméraires tous les chirurgiens qui, dans les conditions actuelles, voudront encore expérimenter la méthode au perchlorure de fer.

La suite de la discussion est renvoyée à mardi prochain.

RÉCLAMATION.

Paris, le 22 Novembre 1853.

Mon cher confrère,

Dans le dernier numéro de l'UNION, M. le docteur Mesnet, rapportant une observation de rétrécissement mitral sans insuffisance, lequel avait donné lieu à un bruit de souffle au premier temps, en concluait que cette observation était la condamnation des opinions que j'avais soutenues dernièrement dans un mémoire lu à la *Société de médecine des hôpitaux.*

Je regrette que notre honorable confrère n'ait pas lu avec plus d'attention la discussion qu'a suscitée mon mémoire, et, mieux encore, le mémoire lui-même, dont la première partie a déjà paru dans les *Archives de médecine* (numéro de novembre). Il n'aurait pas eu de peine à se convaincre que le fait qu'il citait comme contraire à ma manière de voir, lui était entièrement favorable. J'admets, en effet, comme M. Beau, que le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche est la cause déterminante des bruits de souffle du premier temps, attribués à tort par beaucoup d'auteurs à l'insuffisance mitrale, et j'ai consacré plusieurs pages de mon mémoire à bien établir cette proposition, surtout à l'aide de faits cliniques analogues à celui qu'a publié M. le docteur Mesnet. Ce n'est pas à dire que je sois en accord aussi complet avec M. Beau sur tous les autres points de mon mémoire, et en particulier sur la cause des bruits de souffle du second temps ; mais l'observation d'ailleurs très intéressante de M. Mesnet n'a aucun rapport avec ces autres points en discussion, et ne peut, par conséquent, ainsi que le pense son auteur, trancher net le différend en faveur de M. Beau.

Agréez, etc. Dr HÉRARD.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 141. SEPTIÈME ANNÉE. Samedi 26 Novembre 1853.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12 A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 25 NOVEMBRE 1853.

ÉTAT SANITAIRE DE LA VILLE DE PARIS.

L'état de la santé publique, relativement à l'influence épidémique qui plane sur la capitale, et porte l'émotion au sein des familles, inspire aujourd'hui au corps médical des inquiétudes moins vives. Nous le constatons avec bonheur, et non pas à la manière du médecin, qui, trouvant à sa visite plus de fièvre à son malade, lui annonce cependant un mieux sensible, afin de maintenir en lui le calme et la quiétude, adjuvans si utiles, soit pour favoriser l'action des remèdes, soit pour permettre à la nature médicatrice d'accomplir librement son œuvre de réparation. Il n'en est pas ainsi, et nous avons le plaisir de mettre notre ton rassurant en harmonie avec la réalité des faits.

En effet, d'après les renseignemens que nous avons recueillis de toutes parts, soit en ville, soit dans les hôpitaux, la physionomie épidémique paraît moins sombre, et les allures du fléau indien moins alarmantes. C'est ainsi que, dans les grands hôpitaux, qui, par leur position au centre de la capitale, au milieu d'une population compacte, peuvent être considérés, à juste titre, comme les baromètres de la santé publique, on n'a reçu dans la journée d'hier qu'un très petit nombre de malades. L'hôpital de la Charité n'a compté qu'un seul cholérique nouveau, frappé dans les salles mêmes de l'hôpital, et dont l'état, d'ailleurs, inspire aujourd'hui beaucoup moins d'inquiétude. Quant aux malades entrés antérieurement, et qui se trouvent encore dans ces deux hôpitaux, la plupart sont en pleine convalescence. Tout se présente donc, à l'horizon, sous un aspect assez rassurant, et semble justifier ce que nous disions il y a quelques jours, savoir que, probablement, nous aurions à faire, cette année, à une épidémie d'une médiocre intensité. Du reste, nous aurons soin de satisfaire le désir légitime du public médical, d'être tenu au courant de tout ce que pourra présenter de nouveau l'état sanitaire de la capitale.

Nous le répétons donc, il n'y a pas lieu, quant à présent, de s'alarmer outre mesure et de broyer du noir à propos de l'épidémie cholérique. Mais s'il ne faut pas donner accès à une terreur exagérée, il ne faut pas non plus se laisser aller à une confiance illimitée, qui aurait pour fâcheux résultat de porter à une négligence et à une incurie dangereuses.

Personne n'ignore que l'art est désarmé en face du terrible fléau. Nous n'en voulons pour preuve que la multitude des traitemens employés contre lui. Tous conduisent au même résultat, c'est-à-dire qu'ils n'empêchent nullement la moitié des malades, environ, de succomber aux atteintes de l'épidémie. Que l'on ait recours aux narcotiques, que l'on emploie les excitans tels que le thé, le café, le punch, le vin de quinquina, etc., le chiffre de la mortalité est identique à celui qu'obtiennent ceux qui, suivant uniquement la méthode expectante, abandonnent à la seule nature l'avenir de la maladie et le sort heureux ou malheureux du malade.

L'arme du médecin contre le fléau, qui a déjà frappé ses coups, est donc une arme inutile, *telum imbelle, sine ictu*. Est-ce à dire que l'on ne doive jamais trouver le remède du choléra? Non, nous ne voulons pas élever de barrière contre les tentatives d'un empirisme sage et prudent. Nous appelons de tous nos vœux le jour, si jamais ce jour doit se lever sur le monde, où, comme la syphilis et la fièvre intermittente, le choléra trouvera son spécifique.

Mais, en attendant ce sauveur, encore bien éloigné peut-être, nous le craignons, que doit faire le médecin? Il ne peut compter, nous l'avons dit, sur les moyens que la thérapeutique actuelle met à sa disposition, pour vaincre le mal une fois produit. Mais l'expérience prouve que, dans l'immense majorité des cas, l'invasion du fléau n'est pas subite ; il s'annonce à l'avance par des prodrômes, par une diarrhée très bien nommée, *prémonitoire*, par nos confrères d'outre-Manche.

C'est donc contre les prodrômes que la thérapeutique doit diriger aujourd'hui tous ses efforts. Je n'insisterai pas sur ce point, sur lequel une plume beaucoup plus autorisée appelait naguère avec tant de verve, dans ces colonnes, l'attention du monde médical. Nous faisons des vœux pour que cette question, encore à l'étude, reçoive une solution conforme aux belles espérances qu'elle a déjà fait naître. Si elles se réalisaient, nous serions mieux fondé qu'un honorable professeur de notre Faculté, qui prétendait supprimer le rhumatisme, et rayer le choléra de la liste, hélas! si longue des fléaux qui affligent l'humanité. A. T.

Voici, sur la marche du choléra, à Paris, quelques renseignemens dont nous croyons pouvoir garantir l'exactitude :

Depuis le 11 novembre, jour où le premier cas de choléra a été constaté dans les hôpitaux, on a eu à traiter 97 malades atteints de cette affection, et sur ce nombre, 49 ont succombé. Mais ce qui atténue beaucoup la gravité de ce dernier chiffre, c'est que, de ces 97 malades, près des trois quarts étaient déjà dans les salles pour des maladies antérieures, et en particulier pour la fièvre typhoïde. L'Hôtel-Dieu, à lui seul, a compté 49 malades, 30 hommes et 19 femmes ; 22 de ces malades ont succombé ; mais, sur ces 49 malades, 28 ont été frappés dans l'intérieur de l'hôpital.

Nous croyons savoir que, en ville, le nombre des cas de choléra a été très restreint, et le chiffre des décès ne s'élevait pas, nous assure-t-on, à plus de 6 ou 8 depuis le début de l'affection.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DU MIDI. — Service de M. VIDAL (de Cassis).
(M. FOLLIN, suppléant.)

Sommaire. — Paraplégie syphilitique ; traitement mixte par les mercuriaux et l'iodure de potassium ; guérison. — Difficulté de diagnostic. — Hémiplégie reconnue comme syphilitique par M. Ricord.

Notre intention n'est pas de soulever de nouveau les questions de doctrine qui ont été tout récemment encore si vivement et si spirituellement exposées dans ce journal par notre digne et aimable maître en syphilographie, M. Ricord. Notre but est plus modeste. Nous nous proposons seulement, à l'occasion d'un fait que nous venons d'observer dans le service de notre excellent ami, le docteur Follin, d'attirer l'attention sur les paralysies, hémiplégies ou paraplégies, dépendant d'une altération syphilitique. Ces sortes de paralysies n'offrent de particulier que leur cause, leur traitement et leur curabilité. Car, dans leur appareil symptomatologique, on ne remarque rien qui puisse les faire distinguer de celles qui résultent d'une lésion inflammatoire ou organique des centres nerveux. Tel est probablement le motif du silence que gardent les

Feuilleton.

CAUSERIES.

A MONTPELLIER.

Adieu, Paris! le feuilleton quitte pour aujourd'hui ton bruit, tes brouillards, ta foule, tes plaisirs et tes douleurs, ton luxe et ta misère ; il te fuit et te dédaigne, il part, il court, il arrive... où? à Montpellier, s'il vous plaît, et si vous voulez l'y suivre. C'est grande solennité dans la moderne Cos. Les Facultés ont pris leurs habits de fête, c'est le jour de la séance de rentrée. Un concours inouï se presse dans l'enceinte. Les autorités civiles et administratives y sont au grand complet. La Cour impériale y est venue presque tout entière, non pas sous la pourpre et l'hermine, mais en tenue de ville, c'est-à-dire en habit de velours noir et brodé, chapeau à claque et l'épée au côté. Pourquoi ce concours insolité? Pourquoi cette solennité dans l'assistance? Dirai-je que c'est le désir d'entendre un professeur de la Faculté de Paris, M. Bérard, inspecteur général de l'Université, envoyé tout exprès pour présider cette séance? Constatons le fait sans l'expliquer. Remarquons seulement que les journaux qui nous arrivent de Montpellier, et qui nous transmettent le récit de cette fête, sont d'une discrétion extrême sur les discours qui ont été prononcés par les bouches locales, et qu'ils nous donnent tout entier le discours de M. Bérard. O province si timide, ô journalistes si susceptibles, quand nous vous parlons de Paris, vous aussi vous vous êtes laissé prendre aux accens de la séduisante syrène!

Et de fait, remercions-les, nos honorés confrères de la presse médicale de Montpellier ; ils nous ont fait connaître une des plus belles oraisons que M. Bérard ait prononcées. Il semble même que le beau soleil du Midi ait donné plus de ton, de couleur et d'accent au style de notre aimable professeur ; on dirait que ces voûtes étonnées lui ont transmis comme un écho la grande et large manière de Barthez, de Grimaud, de F. Bérard, son éloquent homonyme, et de ce vieillard illustre qu'il avait pour auditeur, M. Lordat, dont il a fait un si noble, un si touchant, un si légitime éloge.

L'antique célébrité et la gloire moderne de la Faculté de Montpellier ont-elles jamais été mieux célébrées et chantées que dans le passage suivant du discours de M. Bérard, que nos lecteurs me sauront gré de reproduire, et qui justifiera mon appréciation ;

« J'ai accepté avec empressement la mission qui m'était assignée par le ministre, et j'éprouve, au moment de la remplir, une émotion dont la cause n'échappera à personne : ici tout est plein des souvenirs, tout redit l'antique gloire de cette Faculté célèbre qui, au milieu des ténèbres de la scolastique, fit luire, tout à coup, la lumière de l'école de Cos. Vous avez raison d'être fiers du passé que je rappelle, habitans de Montpellier! Une destinée tout exceptionnelle était réservée à cette Faculté qui vous est si chère ; et les fastes universitaires ne devaient point enregistrer un second exemple de ce qui s'est accompli dans vos murs. Les disciples que, dès le XIIIe siècle, on initie, chez vous, à l'art de guérir, vont porter, dans toutes les provinces du royaume et dans tous les États de l'Europe, les noms des professeurs de Montpellier. Désormais, et pendant une longue suite d'annés, les rois de France iront lui demander leurs médecins. De bonne heure elle s'aura s'affranchir et de la *chemiatrie* et du *mécanicisme*, doctrines préparées, peut-être, par Descartes, mais filles indignes d'une si noble parenté. Aux systèmes *à priori*, on la verra substituer l'observation patiente et fidèle de la nature, et cette méthode inductive qui guidait le grand Newton dans la recherche de la cause des mouvemens célestes. Elle ne croira pas altérer la pureté de ses dogmes en faisant place aux vérités nouvelles : ce n'est pas à Montpellier que la découverte de la circulation du sang trouva ses contradicteurs. A l'étude des phénomènes de la vie chez l'homme elle joint la contemplation des forces qui l'animent, montrant ainsi le côté par lequel la médecine s'allie plus intimement à la philosophie. Quoi de plus touchant, de plus moral que le sentiment de respect et d'amour dont elle pénètre les hommes qu'elle a formés dans son sein ou qu'elle a appelés à la noble tâche de continuer ses traditions par l'enseignement! Nul sacrifice ne leur coûtera pour augmenter la splendeur de l'école. C'est Grassin dont la libéralité est attestée par une vieille inscription ; c'est Rondelet présidant à l'érection de l'ancien amphithéâtre ; c'est Ranchin relevant cet amphithéâtre de ses ruines, à ses propres frais, et l'ornant avec une munificence qui eût honoré un souverain. Et, de même que noblesse oblige, on a vu les successeurs de ces premiers maîtres, on a vu les Bordeu, les Barthez, les Bérard, élever, à la gloire de cette école, des monumens d'un autre genre ; monumens plus durables que ceux que la pierre et la chaux ont cimentés. Comment un professeur de physiologie ne se sentirait-il pas ému au milieu de vous!

» Heureux effets des changemens que la marche du temps a imprimés à nos esprits, à nos mœurs! Il y a deux cents ans, deux Facultés rivales faisaient retentir le Parlement de leurs querelles, et le délégué de Montpellier succombait, à Paris, sous l'argumentation incisive, les traits mordans du plus sarcastique médecin de l'époque (1). Aujourd'hui, et comme par une sorte de réparation, un ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris vient encourager de sa parole les disciples des professeurs de Montpellier!

» Si le médecin arrête involontairement son imagination sur le passé de cette école, le littérateur, le savant nous rappelleraient, sans doute, que, dans ces contrées fortunées, au milieu de cette population spirituelle et vive, les sciences et les lettres sont sorties de l'état de torpeur où elles avaient langui depuis le moment où, envahi par des hordes de barbares, l'occident semblait avoir perdu jusqu'au souvenir de la domination romaine. Alors que les ténèbres gagnaient en Europe et obscurcissaient l'esprit humain, la lumière brillait encore dans quelques points du vaste empire que les conquêtes des Arabes avaient institué ; on y avait traduit Aristote, Platon, Hippocrate et la plupart des écrits de l'école d'Alexandrie. Les vainqueurs, en pénétrant dans la Péninsule, y avaient apporté ces œuvres précieuses de l'intelligence humaine que devaient recueillir les écoles de Salerne et de Montpellier. Bientôt les chants des troubadours montrèrent que la Provence s'était inspirée de la littérature arabe. Cette révolution, qui précéda la renaissance, doit-elle être attribuée à la médecine? En soutenant cette thèse, le professeur érudit (2) qui siégea autrefois dans cette école, et que la mort vient de ravir à la science, s'était souvenu, sans doute, de la parenté d'Esculape et d'Apollon. Mais, cette fois, la filiation était intervertie, et la médecine semblait rendre à la littérature ce qu'elle en avait reçu dans les temps fabuleux. »

Ce bel éloge, on le comprend, a dû être très applaudi.

De ces considérations à la justification du décret sur la bifurcation des études, la transition était difficile. M. Bérard n'en a tenté aucune, il y est entré de plein pied. Je ne le suivrai pas dans cette discussion ; elle ne serait libre ni pour lui, inspecteur général de l'Université, qui doit approuver les actes du gouvernement, ni pour moi, journaliste *non cautionné*, qui ne peux en faire une appréciation quelconque. J'accepte cependant avec un vif empressement les espérances de M. Bé-

(1) Gui-Patin.
(2) Prunelle.

auteurs à cet égard. Ils se bornent à en signaler l'existence ; mais, dans les traités spéciaux eux-mêmes, on n'indique les accidens paralytiques que comme une conséquence du développement, à la surface interne du crâne ou du canal rachidien, d'une périostose ou exostose. De ce silence peuvent résulter des erreurs, graves surtout au point de vue du pronostic et du traitement. Les médecins, n'ayant pas toujours l'attention suffisamment éveillée sur cette cause morbide, méconnaissent le véritable caractère de la maladie. C'est ce qui eut lieu dans un cas fort remarquable que nous avons vu, il y a quelques années, avec M. Ricord, et dont nous dirons un mot plus loin. Il est vrai que, heureusement, les accidens tertiaires, donnant lieu à une paralysie, sont comparativement assez rares. Ainsi, dans dans le service de M. Follin, composé de 100 lits, et dans l'espace de deux mois et demi, il ne s'est rencontré que deux cas de paraplégie. Le premier est encore en voie de traitement ; nous n'en dirons rien. Le second, dont la guérison nous paraît actuellement assurée, est assez intéressant pour être reproduit intégralement. En voici l'histoire, d'après les renseignemens que l'interne du service, M. Van Gaver, a eu l'obligeance de nous fournir :

Le 22 septembre, est entré à l'hôpital un homme, âgé de 37 ans, marchand des quatre saisons, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution assez faible. Au moment de l'admission, cet homme était affecté d'une paralysie, sinon complète, du moins fort avancée. Ainsi la marche était à peu près impossible, la station verticale difficile. Ce n'était qu'à l'aide d'un bâton, et avec des efforts assez prononcés, que le malade parvenait à projeter une jambe devant l'autre. Les mouvemens n'étaient pas cependant abolis dans les membres abdominaux. Le pied se portait parallèlement au sol, la pointe en avant et convenablement relevée La jambe pouvait se fléchir sur la cuisse. On le voit, il y avait seulement diminution marquée de la contractilité musculaire, diminution portant sur tous les muscles des membres inférieurs, mais n'ayant pas déterminé d'atrophie. Il faut joindre aux phénomènes précédens des troubles du côté des fonctions urinaire et intestinale. L'urine ne sortait plus que par regorgement, et le malade, pour se débarrasser, était obligé de se sonder lui-même plusieurs fois par jour. Une constipation opiniâtre existait en même temps, et de nombreux purgatifs furent nécessaires pour la combattre.

Mais le symptôme le plus fatigant pour le malade, celui sur lequel il appelait le plus souvent l'attention, c'était la sensation d'une barre ou constriction, ayant la largeur de la main et exerçant une forte pression autour des reins et du ventre. Le trajet pouvait être représenté par une ligne, qui, partant de l'apophyse épineuse de la 1re lombaire, aurait suivi le bord inférieur de la douzième côte et serait venu se joindre à celle du côté opposé vers l'ombilic. Ce sentiment de constriction était continuel.

Comme derniers phénomènes morbides que présentait le malade au moment de son admission et qu'il offre encore en ce moment, il nous reste à noter une anesthésie locale de la peau, une exostose du tibia, un léger écoulement et un engorgement peu marqué de la queue des deux épididymes. La première n'occupe guère qu'un décimètre carré sur la partie latérale gauche du thorax, entre la sixième et la huitième côtes. La seconde est une tumeur solide égale à la moitié d'une noix et qui s'est développée sur le tiers moyen de la face antérieure du tibia. Des autres fonctions et organes, il n'y a absolument rien à dire.

Après la constatation des accidens actuels, on interrogea avec soin le malade sur les phénomènes vénériens et syphilitiques dont il avait pu antérieurement être affecté. Il fut difficile, ainsi que cela arrive si souvent, de bicn coordonner les renseignemens qu'il fournit alors. Il avoua avoir eu plusieurs blennorrhagies, quelques chancrcs et certains accidens syphilitiques assez difficilcs à définir. La première blennorrhagie remonte à six ans, fut suivie rapidement de cinq autres, dont aucune, au dire du malade, ne s'accompagna de chancres; et cependant un an après la première, il y a maintenant cinq ans, il se développa, sur les membres inférieurs principalement et sur le tronc, des taches qui, par la description qu'en donne le malade, paraissent avoir été des papules. Cette éruption fut déclarée de nature syphilitique par un médecin, dura deux mois et disparut sous l'influence de la liqueur de Van-Swieten. En même temps, du reste, se manifestèrent de la céphalée nocturne et des maux de gorge.

Jusqu'en 1852, il ne se produisit rien de nouveau, si ce n'est les écoulemens. A cette époque seulement, plusieurs petits chancres se montrèrent sur le prépuce; et on aperçoit encore la cicatrice blanche et un peu dure de l'un d'eux. Ces chancres, reconnus quinze jours après le coït, se cicatrisèrent spontanément et sans cautérisation huit jours plus tard. Peu de temps après et à une époque que le malade ne saurait préciser, la syphilide, les maux de gorge et la céphalée reparurent; les cheveux tombèrent et l'exostose se développa. Le malade assigne à cette dernière une cause traumatique, un coup reçu six semaines après la cicatrisation du chancre.

Quant à la paraplégie, le début en est rapporté à quatre mois avant l'admission à l'hôpital. Elle commença par des lassitudes dans les jambes, qui rendaient le travail de plus en plus pénible. Point de fourmillemens à la région plantaire. Trois semaines plus tard, se manifesta le sentiment de constriction déjà indiqué; puis survinrent la constipation et la gêne dans l'émission des urines. La maladie continua et fit même de notables progrès, malgré la liqueur de Van Swieten et l'iodure de potassium qui furent administrés en ville.

Dès le 23 septembre, le malade fut soumis au traitement mixte des accidens secondaires et tertiaires (pilules de proto-iodure de mercure et iodure de potassium). Les premières, données d'abord au nombre de 2, furent successivement portées à 5 par jour. La dose de l'iodure de potassium fut également élevée de 1 à 4 grammes chaque jour. A partir du 10 octobre, on ajouta de 4 à 7 pilules d'alcoolat de noix vomique de 0,05 chaque.

Sous l'influence de ce traitement, une amélioration rapide et très marquée s'est manifestée.

Le 15 novembre, la marche, si elle n'est pas encore régulièrement rétablie, s'exerce d'une manière assez satisfaisante et sans l'aide de bâton ou de bras. Le pied se détache facilement du sol et se repose ensuite d'une manière assez ferme. Les autres troubles morbides n'ont pas complètement disparu. L'émission des urines se fait pourtant avec plus de facilité, et le malade a rarement besoin de la sonde. La constipation et le sentiment de constriction persistent encore.

Le cas précédent est remarquable, surtout par la rapidité avec laquelle le traitement a agi. Il offrait, du reste, dans le principe, une grande difficulté de diagnostic, et c'est, croyons-nous, un de ces cas où de moins habiles que les médecins de l'hôpital du Midi commettent parfois des erreurs. En effet, on avait affaire à un homme, d'une faible constitution, exerçant une profession fatigante, et propre, par les excès de marche, à développer une affection de la moelle, un homme, enfin, débilité par la misère et par les excès que pouvaient faire admettre les nombreux écoulemens dont il avait été atteint. D'un autre côté, il n'existait plus, comme phénomène suspect, qu'une exostose, rapportée par le malade à une cause traumatique, et s'étant manifestée, selon lui encore, deux mois à peine après l'apparition des chancres. Enfin, malgré l'emploi d'un traitement assez rationnel, la maladie avait continué ses progrès pendant quelque temps. Malgré toutes ces causes d'erreur, M. Follin ne s'est pas laissé égarer. Sachant combien il est difficile d'obtenir des renseignemens clairs et précis de la part des malades admis dans les hôpitaux, tenant moins de compte de la filiation des accidens racontée par le malade que de ces accidens eux-mêmes, il n'a pas hésité à diagnostiquer une altération de nature syphilitique existant dans le canal rachidien et produisant la paraplégie. Le résultat si rapide et si avantageux est venu lui donner raison, et montrer l'attention que les médecins devaient accorder aux antécédents syphilitiques dans les paralysies.

On ne saurait trop insister à cet égard. L'erreur, encore une fois, est plus commune qu'on ne pense. Je me rappelle avoir entendu conter par mon respectable maître, le docteur Prus, l'histoire d'un paraplégique, qui, après être resté longtemps dans les hôpitaux de Paris, avait été envoyé à Bicêtre, dans son service, comme incurable. M. Prus, ayant aperçu une exostose sur la clavicule, soumit le malade, malgré toutes ses dénégations, à l'usage de l'iodure de potassium, et obtint une guérison complète.

En terminant, nous demandons la permission de dire un mot d'un malade que nous avons vu il y a quelques années avec M. Ricord. Chez ce malade, l'accident primitif remontait à huit ans; et il s'était successivement manifesté une rétraction de l'avant-bras, des pustules d'ecthyma ou de rupia, qui s'étaient reproduites plusieurs fois, et des exostoses des membres. En 1848, des pustules ou des ulcérations, des exostoses existant encore en différens points, et après quelques semaines de céphalalgie, ce malade fut réveillé la nuit par une crampe de la jambe droite, et le matin, en voulant se lever, il tourna trois fois sur lui-même et tomba sur le parquet. Il avait une hémiplégie du côté droit. Pendant les deux ans qui suivirent, on le soumit au traitement antiphlogistique et révulsif, mais, chose qu'on aurait peine à croire, malgré ses sollicitations, on ne lui fit prendre ni mercure ni iodure de potassium. Appelé près de lui, j'attribuai tous les accidens à une cause spécifique. Mais, étonné que la nature du mal eût été si longtemps et par tant de médecins méconnue ou négligée, je demandai l'avis de M. Ricord. Apercevant des ulcérations sur la poitrine, des exostoses sur les membres, le crâne, des engorgemens ganglionnaires, etc.; le savant et spirituel chirurgien de l'hôpital du midi s'écria : mais vous avez un traité de syphilis écrit sur le corps !

Dr Ch. Bernard.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

M. Guisard (de Guéret).

FIÈVRE INTERMITTENTE LARVÉE, A FORME MÉNINGITIQUE.

Les fièvres intermittentes sont peu communes à Paris, et celles qui se présentent à notre observation dans les hôpitaux s'offrent avec des caractères tels de simplicité et de bénignité, qu'il n'est pas étonnant de voir les élèves, et même quelquefois aussi les maîtres, ignorer ce qui intéresse le plus dans la marche de cette singulière affection. Et pourtant la fièvre intermittente décime les populations de près d'un tiers de la France; Protée aux mille formes, elle se *cache* (c'est bien l'expression convenable) derrière les symptômes les plus variés. Aussi, le jeune médecin arrivé depuis peu de temps dans les contrées qu'elle ravage, est-il tout surpris de voir ses malades atteints, en apparence, des affections les plus diverses, succomber, bien qu'il emploie le traitement le plus approprié à la maladie diagnostiquée; tandis que ses confrères, plus vieux d'âge et d'expérience pratique, sauvent presque tous leurs cliens en leur administrant à propos le sulfate de quinine. D'où vient cette différence? C'est qu'il n'a pas su reconnaître la fièvre intermittente alors qu'elle était larvée. Et, il est bien rare,

---

rard, consignées dans ces belles paroles, que je suis heureux de reproduire :

« En vain, pour éclairer les esprits et calmer des inquiétudes exagérées, le ministre avait-il développé ses vues dans la circulaire du 22 mai 1852; on s'obstinait à ne le pas comprendre, on se posait en face d'un étudiant en médecine qui n'aurait connu de latin que ce qu'on enseigne en quatrième, et de la logique que le syllogisme; et l'on triomphait, sans obstacle, des promoteurs imaginaires d'un tel système d'éducation médicale.

» Ah ! si telle eût dû être la conséquence de la réforme; si, à cette période heureuse de la vie où l'âme commence à s'ouvrir au sentiment du beau et du vrai, où elle s'en imprègne pour toujours, où chaque impression laisse une notion et un souvenir, les livres inimitables de Virgile, d'Horace, de Tacite et de Cicéron, devaient rester fermés pour le futur étudiant en médecine, exclusivement occupé d'expériences de physique et de chimie, ou d'arides classifications d'histoire naturelle ; si, plus tard, admis dans nos écoles, il devait se contenter de la parole du maître sans pouvoir remonter jamais aux sources de la médecine antique dans les traductions latines d'Hippocrate et de Galien, s'il restait incapable de comprendre, dans le texte même du grand Harvey, la démonstration si émouvante qui devait triompher un jour de toutes les incrédulités ; s'il abordait la science de la vie sans la ressource de puiser aux *elementa physiologiæ*, ce monument du XVIIIme siècle, éternel désespoir de ceux qui écriront sur cette matière; si, parvenu enfin au terme de ces études mesquines et décolorées, il devait se livrer à la noble profession de guérir sans avoir étudié l'homme intellectuel et moral, sans tenir compte des passions qui l'agitent, des sentimens qui le dépriment ou l'exaltent ; si, dis-je, tel eût dû être l'effet de la réforme opérée dans les études, ah ! croyez-le bien, je n'aurais pas en ce moment, l'insigne honneur de me trouver au milieu de vous ! »

Si M. Bérard reconnaît et accepte l'alliance intime des lettres et des sciences dans toute bonne éducation médicale, il lui est permis, à lui, professeur de physiologie, à lui, chargé d'enseigner une science qui ne peut se passer de l'étude de la physique et de la chimie, auxquelles elle emprunte ses plus décisives démonstrations; il lui est permis, dis-je, de faire une large part à l'étude de ces sciences et d'en démontrer l'utilité, même en présence de la Faculté de Montpellier, qui repousse, avec raison, l'accusation d'en rejeter l'usage quand elle n'en répudie que l'abus. Certainement, M. Bérard n'a blessé, n'a choqué personne à Montpellier, en disant, dans un beau langage :

« Ailleurs la matière vivante, élastique et vibratile imprime à l'air les ondulations qui vont porter autour de nous l'expression de notre pensée. Aurions-nous la prétention d'interdire à la physique d'intervenir, avec ses théories des divers instrumens, dans le problème si épineux de la formation de la voix humaine ? Et si, de l'organe qui engendre la voix nous passons à celui qui la recueille, pourrons-nous en pénétrer le mécanisme sans être familiarisés avec les lois qui président à la propagation des sons dans les différens milieux et d'un milieu dans un autre; de l'air aux solides; de l'air aux liquides; de ceux-ci à ceux-là; sans connaître la curieuse influence de lames membraneuses interposées à l'air et aux liquides, et dans quelles circonstances des parties élastiques se prennent à vibrer à l'unisson des ondulations sonores que l'air a apportées jusqu'à elles ?

» Que, mettant en parallèle la vélocité des mouvemens électriques avec la rapidité des sensations et de la pensée, on ait, dans une généralisation téméraire et illégitime, prononcé l'identité de la force nerveuse et de la force électrique, nous ne voyons-là que l'oubli de cette méthode rigoureuse et salutaire dont le génie de Bacon a doté la science, et qui devait désormais assurer leurs progrès ! Mais sans prétendre à de si hautes destinées, l'électricité, soit qu'on l'envisage comme cause ou comme effet, a tenu une si grande place, en physiologie, depuis l'époque mémorable où les débats élevés entre Volta et Galvani absorbaient l'attention du monde savant, jusqu'à la découverte du *courant propre* et de la *contraction induite*, qu'elle doit absolument figurer dans le programme d'études du futur élève en médecine. Dirai-je les applications de la physique à certains phénomènes de la température ? de l'hydraulique au mouvement du sang dans les grosses divisions vasculaires ? Rappellerai-je dans combien d'actes des corps vivants intervient le poids de l'atmosphère ? Partout nous verrions que ces êtres sont tributaires des agens physiques qui les entourent, et sur les propriétés desquelles l'organisation semble calculée; partout, dans cette organisation, une intention est évidente; partout on admire les plus heureux rapports entre les moyens et le but ! Élèves de Montpellier, loin de moi la pensée de vous détourner de cette tendance philosophique, honneur et tradition de votre École ! Continuez de recueillir la parole de ce maître vénéré, dont la belle et verte intelligence brave les outrages des ans (1) ! Mais, des hauteurs où vous contemplez le principe vital, ne dédaignez pas de tourner vos regards vers les *rouages du corps humain*; ils valent bien la peine, eux aussi, qu'on les étudie et qu'on les contemple ! Contemplation de la matière ! dira-t-on. Eh ! Messieurs, elle inspirait à Bossuet ces belles paroles : « *Le corps humain est l'ouvrage d'un dessin profond et admirable.* » Elle faisait dire à Fénélon : « *Ce dedans de l'homme qui est, tout ensemble, si hideux et si admirable, est précisément comme il doit être pour montrer une boue travaillée de main divine.* »

(1) M. le professeur Lordat.

Et le passage suivant, croyez-vous qu'il n'eût pas été applaudi autant par notre jeunesse médicale de Paris qu'il a dû l'être par les jeunes disciples de l'école de Montpellier ?

« Le *professorat* est difficile, sans doute; il exige de grandes connaissances jointes à une aptitude spéciale; mais il y a quelque chose de plus difficile encore, c'est le rôle d'*examinateur*, c'est l'*art d'accoucher les esprits*. Connaître par l'examen l'instruction et la capacité d'un candidat, voilà le but auquel il faut viser. Certains examinateurs le manquent, d'autres ne semblent pas même l'apercevoir. Celui-ci ne sait pas descendre des généralités aux faits de détail; il explore plutôt la *présence d'esprit* des candidats que leur *savoir*, et promène sur eux une sorte de niveau sous lequel l'ignorant s'abrite et que ne peut dépasser l'élève véritablement instruit. Cet autre retourne de cent façons la question qu'il a posée, il commence la réponse, il la développe avec complaisance; le fauteuil de l'examinateur est devenu une chaire; et, quand s'est écoulé le sable qui mesure le temps, on se demande ce que l'examen a prouvé ! Que serait-ce, si, inventeur d'une doctrine hasardée qu'il propagerait dans un langage barbare, un examinateur avait la prétention de trouver dans chaque candidat un sectaire; si son vote était acquis à la médiocrité servile, et refusé au savoir qui se respecte ! Mais le modèle d'un tel tableau ne peut exister. »

J'aurais voulu pouvoir citer ce discours tout entier. Jamais M. Bérard ne fut mieux inspiré, et il a eu raison de dire que, dans le choix de sa personne pour aller présider à cette fête, c'est « un tact exquis et une attention délicate qui ont pris la place du hasard. »

Amédée Latour.

P. S. C'est dans la *Gazette médicale de Montpellier* que j'ai pris les citations du discours de M. Bérard, que ce journal donne *in extenso*. J'aurais voulu pouvoir répondre à un petit article à mon adresse, écrit par son honorable rédacteur en chef. L'espace me manque aujourd'hui. M. Chrestien verra, je l'espère, prochainement, que nous sommes plus près de nous entendre qu'il n'a l'air de le croire.

quoi qu'on en ait dit, qu'elle soit larvée sans être en même temps pernicieuse, ou plutôt elle n'est souvent pernicieuse que par cela même qu'elle est larvée; car ce n'est pas quand elle se manifeste avec tous ses symptômes, sa marche régulière, ses trois stades bien distincts, une intermittence bien tranchée, que la fièvre paludéenne est à redouter. Cette forme de la maladie, reconnue même par les personnes étrangères à la médecine, fait peu de ravages, car on la voit, on la reconnaît et on la combat aussitôt.

Mais quand, au lieu de se montrer elle se cache, quand au lieu de son *visage* elle vous présente le *masque* d'une autre maladie; quand, au lieu d'être régulière, elle est larvée, c'est alors qu'il y a péril en la demeure, c'est alors que le praticien doit toujours être sur ses gardes pour reconnaître la vraie cause du mal, saisir l'intermittence, pour ainsi dire, au vol, et administrer hardiment le sulfate de quinine, sans quoi le malade est perdu.

Des cas de ce genre, nous n'en avons vu aucun à Paris depuis plus de sept ans que nous fréquentons les hôpitaux, mais en huit jours, la clientèle d'un des praticiens les plus distingués des départemens du centre, M. le docteur Guisard (de Guéret), nous en a offert de nombreux, parmi lesquels nous choisissons le suivant, qui nous semble présenter un certain intérêt au point de vue pratique :

S..., portefaix, âgé de 38 ans, habite Guéret dans le département de la Creuse, où la fièvre intermittente est endémique, et son logement est situé dans un faubourg environné de prairies marécageuses. Il est d'une constitution robuste, presque athlétique, à système pileux noir, d'un tempérament sanguin, ayant le facies habituellement coloré; un embonpoint médiocre et le système musculaire très développé. Cet homme avait l'habitude de boire, chaque jour, environ deux litres de vin, mais à diverses reprises. Souvent il en prenait davantage, au point de se trouver presque journellement dans un état de demi-ébriété, et de s'enivrer complètement environ une fois par semaine. Cependant il ne buvait ni liqueurs ni eau-de-vie : sa boisson favorite et presque exclusive était le vin.

Il travaillait beaucoup et était surtout occupé à remuer de lourds fardeaux.

Vers la fin du mois de mai, il est pris tout-à-coup, au milieu de la nuit, de vomissemes verdâtres et amers, qui avaient été précédés d'un accès de fièvre et de frisson dans la soirée. Pendant le jour il avait travaillé comme d'habitude, mangé avec appétit, sans éprouver de fatigue inaccoutumée et ne s'était pas enivré.

Le lendemain, il peut se lever et vaquer à ses occupations, mais il éprouve un peu de lassitude; les vomissemens ne reparaissent pas non plus que le surlendemain; mais, ce jour-là, le malade éprouve un accès de fièvre bien caractérisé, avec frisson initial, chaleurs et sueurs abondantes.

Le médecin qui fut appelé sur ces entrefaites, prescrivivit le sulfate de quinine à une dose que le malade ne peut indiquer, mais qui ne paraît pas avoir été très forte.

Dès lors, la fièvre qui se présentait par accès, tous les deux jours, diminua un peu d'intensité, mais sans perdre son caractère intermittent, du moins, à ce que disent et le malade et les personnes qui l'entouraient. Il pouvait se lever, mais non travailler, le jour où l'accès n'avait pas lieu.

Cet état dura jusqu'au 15 juin.

Le 16, l'accès de fièvre est plus intense, les vomissemees reparaissent, le malade commence à délirer; son délire est calme, avec tendance plutôt à la mélancolie qu'à l'excitation. Le malade ne paraissant avoir ni illusion, ni hallucinations des sens, est sombre, abattu, parlant peu ou prononçant des mots incohérens et sans suite; il demande à aller chez lui, bien qu'il y soit; il ne reconnaît pas sa femme; il ne refuse pas de répondre aux personnes qui viennent le voir, mais il hésite, il cherche ses réponses, et, le plus souvent, celles qu'il fait, ne sont pas justes. Quelquefois il parle seul, mais ce qu'il dit est incompréhensible : ce sont des sons plutôt que des paroles qu'il fait entendre; en un mot, il *déparle* suivant l'expression originale dont se sert sa femme, pour nous rendre compte de son état.

Ce délire persiste, même pendant l'intervalle des accès, qui, à dater de cette époque, reparaissent tous les jours et à des heures indéterminées, accompagnés d'une céphalalgie frontale très intense.

En deux jours, 40 sangsues sont appliquées aux apophyses mastoïdes ou aux tempes, un vésicatoire est placé à la nuque, et des sinapismes promenés sur les membres inférieurs (on avait depuis longtemps cessé le sulfate de quinine).

Malgré ce traitement, le délire et la fièvre persistent. L'insomnie est presque continuelle. La céphalalgie très violente, et l'on remarque des contractions spasmodiques des muscles de la face, du front et du globe oculaire. L'inappétence est telle, que depuis cette époque jusqu'au milieu du mois d'août le malade n'a pris que de l'eau sucrée ou de la limonade, avec un peu de bouillon de poulet. Sitôt qu'on voulait lui donner une alimentation un peu plus substantielle, même du bouillon de bœuf, on provoquait des vomissemens.

Vers le 10 août, le docteur Guisard appelé, pour la première fois, près du malade, le trouve dans un état de maigreur et d'affaissement extrêmes, sans appétit; il vomissait aussitôt qu'on lui présentait des alimens, et les repoussait, disant leur trouver une odeur désagréable. La bouche était mauvaise, pâteuse, amère; la langue blanche, sale. La constipation, opiniâtre depuis plusieurs jours, avait été inutilement combattue par des lavemens émolliens. La tisane royale du *Codex* procure des évacuations abondantes; il y a un peu de mieux.

Le 12 août, un séton, qui avait été précédemment conseillé, est appliqué à la nuque; il suppure abondamment.

Au bout de quelques jours d'observation, après avoir constaté que l'administration du purgatif est suivie d'un mieux notable, qui permet de donner au malade quelques cuillerées de bouillon et de la tisane de gentiane, et tout en ayant encore recours une fois ou deux au purgatif, M. Guisard remarque que chaque soir, vers six heures, la fièvre, bien que continue, devient plus violente; le malade éprouve, surtout aux jambes, un frisson très vif, qui dure environ deux heures, puis est suivi de chaleur et de sueurs abondantes survenant vers le milieu de la nuit. C'est à la même heure que se montrent les vomissemens bilieux, que la céphalalgie devient plus intense, et que le délire augmente, tout en conservant *la même forme*.

Dès que cette exacerbation de tous les symptômes, à une heure déterminée, eu permis de soupçonner le caractère intermittent de la maladie, le sulfate de quinine fut administré à la dose de 50 centigrammes, dans la matinée, vers le 15 août :

Dès le deuxième jour, les accidens diminuent.

Le troisième jour, la dose est portée à 1 gramme; le malade peut supporter du bouillon et du vin. Tous les accidens disparaissent, à l'exception du délire qui persiste.

Le sulfate de quinine, qui avait été suspendu pendant vingt-quatre heures, est repris à la dose d'un gramme, et continué tous les deux jours.

Au bout de huit jours, le délire, qui a diminué graduellement, est devenu si peu marqué, qu'il ne peut plus être constaté que par les personnes qui restent la plus grande partie de la journée auprès du malade.

Les insomnies ont cessé et le sommeil est calme.

Les forces sont revenues graduellement, et plus vite pour la moitié supérieure du corps que pour l'inférieure.

Aussi, le 16 septembre, jour où je dois à l'obligeante affection de M. le docteur Guisard de pouvoir examiner ce malade avec lui, le facies qui était autrefois pâle, abattu et d'une grande maigreur, est maintenant coloré et un peu rempli; le malade sent que ses bras reprennent leurs forces; il n'en est pas de même des jambes, qui peuvent à peine le supporter.

Depuis huit jours seulement, lorsque je l'ai vu, il avait quitté le lit, et n'était sorti qu'une seule fois de sa chambre, en s'appuyant sur un bâton. L'usage du sulfate de quinine n'était pas encore complètement cessé; il y avait peu de jours que le malade en avait pris une dernière dose, mais il buvait journellement du vin et de l'infusion de quinquina, et M. Guisard se proposait de lui administrer encore de nouvelles doses de sulfate de quinine, bien qu'il le considérât comme étant en pleine convalescence.

Il est à remarquer que pendant toute la durée, fort longue, de cette affection, il n'y a pas eu d'œdème ni d'infiltration, soit des membres, soit de l'abdomen, et que la rate, examinée plusieurs fois avec attention, n'a jamais paru au-dessus de son volume normal.

Un de nos collègues des hôpitaux, à qui nous lisions ce fait, pensait que l'absence d'hypertrophie de la rate, dans ce cas, pourrait être attribuée à la grande quantité de vin que buvait ce malade. Nous mentionnons cette explication, sans la commenter.

Mais ce qu'il nous importe de faire ressortir surtout de cette observation, c'est la nature même de la maladie.

Évidemment, il y avait une fièvre intermittente; le résultat du traitement par le sulfate de quinine l'a prouvé. Cette affection, soupçonnée au début, a été méconnue ensuite, et les symptômes de méningite qui se sont alors manifestés ont complètement absorbé l'attention, jusqu'à ce qu'un examen plus minutieux du malade ait permis de reconnaître l'intermittence, à peine sensible, qui se révélait seulement par une exacerbation de tous les symptômes, ayant lieu chaque soir.

La fièvre intermittente était donc larvée; la méningite, n'existant qu'en apparence, était le masque qu'avait emprunté la maladie réelle pour se dérober aux regards du médecin. Et la preuve qu'il en était ainsi, c'est que le traitement le plus rationnel dirigé contre la méningite ne faisait qu'aggraver la position du malade, tandis que l'administration des premières doses de sulfate de quinine a été suivie d'une amélioration sensible.

C'est qu'en effet, dans la fièvre intermittente larvée, c'est bien l'affection paludéenne qui revêt les symptômes d'une autre maladie, et non pas cette même maladie qui prend un type intermittent. Nous insistons sur cette définition (critiquée dans une circonstance solennelle par un de nos maîtres, et des plus estimés), parce qu'elle est justifiée par l'autorité des faits aussi bien que par celle d'un grand nombre d'auteurs. Qu'y a-t-il de de *larvé*, de *caché*, lorsqu'une maladie quelconque prend un type intermittent? Cette maladie conserve ses symptômes propres, l'intermittence est manifeste, et rien n'empêche de connaître l'une et l'autre, même à l'examen le plus superficiel.

Qu'une expression manque dans la science pour désigner un tel état pathologique, nous l'accordons volontiers, et nous pensons, avec les auteurs du *Compendium*, qu'il serait convenable de donner tout simplement à ces affections le nom de *maladies intermittentes*. La dénomination de *fièvres larvées* devant être exclusivement réservée pour celles qui revêtent les symptômes et toutes les apparences d'une autre maladie, comme cela avait lieu dans le fait dont nous rapportons l'observation.

Nous ne dirons pas que cette fièvre était pernicieuse, bien que les jours du malade fussent gravement compromis et que l'intensité des symptômes fût telle, qu'il y eût encore lieu de craindre qu'il ne succombât au milieu d'un accès. Cette dénomination de fièvre pernicieuse n'est généralement donnée qu'à celles dont la marche est assez rapide pour occasionner la mort en peu de temps pendant le cours d'un accès. Mais souvent ces fièvres pernicieuses sont en même temps larvées, et si le fait que nous rapportons ne se rattache pas à cette catégorie, nous avons vu dans les cartons de M. Guisard un grand nombre d'observations de ce genre. Il a rencontré des fièvres intermittentes, larvées (à forme syncopale, cholérique, tétanique, etc., etc.) qui étaient en même temps pernicieuses et auraient amené la mort au deuxième ou troisième accès, si le sulfate de quinine n'avait été promptement administré à très haute dose. Espérons que ces faits intéressans ne seront pas perdus pour la science, et que M. Guisard saura dérober aux exigences de sa clientèle le temps nécessaire pour les réunir et en tirer des déductions pratiques qui permettront à son travail d'occuper un rang honorable parmi les nombreuses publications auxquelles la fièvre intermittente a donné lieu.

T. Gallard,
Interne des hôpitaux de Paris.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 Novembre 1853. — Présidence de M. Combes.

Types des races humaines du Nord.

M. Serres met sous les yeux de l'Académie un spécimen des types humains hyperboréens que M. le prince Demidoff, correspondant de l'Académie, vient d'envoyer au Muséum.

Cette collection se compose de cinquante-neuf figures, représentant les races humaines comprises dans la vaste étendue de l'empire de Russie, et elle embrasse tout à la fois les races chrétiennes, les races mahométanes, les Juifs, les idolâtres et les types du pôle arctique, desquels paraissent dériver les races de l'Amérique.

Voici la lettre de M. le prince Demidoff qui accompagne cet envoi :

« La Société impériale de géographie de St-Pétersbourg a eu, depuis longtemps, l'heureuse idée de faire exécuter des types de toutes les races humaines comprises dans la vaste étendue de l'empire de Russie, et ces types, modèles de précision et d'étude, ont pu être reproduits en petit avec le même bonheur de ressemblance et d'originalité.

» Ce que la Société a fait, au point de vue de la géographie et de l'ethnologie, vous le jugerez avec intérêt, j'en suis assuré, sous le rapport anthropologique, tant les caractères distinctifs de la race et de la physionomie ont été minutieusement observés et reproduits dans les figures dont je suis heureux de vous offrir la collection.

» Cinquante-neuf figures la composent, et la plupart des races offrent le type de l'homme et celui de la femme.

» Je m'estimerai heureux si, sans vous arrêter à l'apparence pittoresque des objets, vous les trouvez dignes, non seulement d'être étudiés, mais encore de prendre place parmi les matériaux anthropologiques du Muséum.

» Connaissant moi-même la plupart des types représentés, je puis vous garantir leur admirable ressemblance, et c'est sous ce rapport que je considère la collection dont il s'agit, comme méritant une étude sérieuse. »

Des eaux stagnantes en général et des eaux de mares en particulier, au point de vue de l'hygiène publique.

M. Marchand adresse une note sur les eaux stagnantes en général, et sur les eaux de mares en particulier, pour faire suite à son mémoire sur les eaux potables. L'objet principal de ce travail est d'étudier les propriétés différentes que contractent les eaux stagnantes, par suite des réactions qu'y subissent les divers principes organiques qu'elles tiennent en dissolution (notamment la matière verte de Priestley).

L'auteur examine successivement les eaux stagnantes dans les conditions suivantes : 1° eaux exposées à l'action de la lumière; 2° eaux recouvertes d'espèces végétales, mais n'en baignant aucune; 3° eaux baignant et portant à leur surface des végétaux en grand nombre.

D'après les détails contenus sous chacun de ces titres, on voit, toutes choses étant égales d'ailleurs, que les eaux stagnantes du second cas sont les plus dangereuses; plus que les autres, elles se chargent de matériaux organiques, en subissant l'influence des matières en putréfaction aux propriétés nuisibles desquelles elles participent davantage.

Lorsqu'elles se vaporisent, toutes ces eaux stagnantes laissent en contact avec l'air atmosphérique des terres imprégnées de matières putrescibles qui deviennent la source d'une production active d'hydrogène protocarboné, le gaz des marais dont elles se saturent alors en contractant des propriétés plus nuisibles encore; car ce gaz est le principe et le véhicule le plus actif des miasmes paludéens. M. Marchand a remarqué que les eaux contiennent une plus grande quantité d'albumine végétale.

Si maintenant on cherche à faire une application de tout ce qui précède aux eaux des mares, dont on se sert journellement sur tous les plateaux et dans toutes les parties rurales du pays de Caux, on reconnaît que ces eaux sont toujours troubles, lourdes, peu aérées, et par suite, fort indigestes. Quand elles sont exposées à l'action des rayons solaires, et presque toutes sont soumises à cette influence, elles se recouvrent rapidement d'une nappe organisée, composée de nombreux végétaux des classes inférieures, parmi lesquels on distingue surtout les différens genres de *linna* (L.); elles baignent ordinairement un grand nombre de plantes, plusieurs classes d'animaux, mais surtout des infusoires, des insectes et des reptiles, qui y vivent, y déposent leurs graines ou leurs œufs, et y meurent en abandonnant leurs dépouilles qui s'y putréfient. Souvent aussi les eaux pluviales, avant d'arriver à ces réservoirs, lavent des terrains chargés de détritus organiques en voie de décomposition.

Dans ces conditions, les eaux de mares présentent souvent les plus mauvais caractères des eaux stagnantes, et leur emploi pour l'alimentation ne saurait être sans dangers, car les principes albumineux qu'elles contiennent, de même que tous les matériaux assimilables par l'organisme humain, sont susceptibles de produire de véritables accidens toxiques lorsqu'ils sont ingérés dans l'estomac, tandis qu'ils sont en voie de décomposition. Aussi les populations qui s'alimentent avec ces sortes d'eaux, surtout lorsqu'elles les emploient pour boisson, sont-elles sujettes à contracter des maladies dans lesquelles les accidens fébriles intermittens spéciaux aux affections paludéennes, sont souvent reconnaissables. Leur emploi est alors d'autant plus redoutable, que, par une sécheresse prolongée, et que, sous l'influence de la vaporisation spon-

tanée du liquide, les matières albuminoïdes s'y trouvent accumulées en plus grande quantité. (Com. MM. Chevreul, Dumas, Bussy.)

Présence de l'iode dans les eaux pluviales et les eaux courantes de La Havane et des côtes de la Méditerranée.

M. Chatin adresse une note sur la présence de l'iode dans les eaux pluviales, les eaux courantes et les plantes des Antilles et des côtes de la Méditerranée, en réponse à deux communications faites récemment sur ce sujet par MM. Casaseca, de la Havane, et Martin, de Marseille, et qui tendraient à infirmer quelques-uns de ses résultats.

M. Chatin se propose de démontrer, dans sa note, que les notes de ces deux habiles chimistes, loin d'infirmer ses recherches et ses vues à cet égard, les confirment au contraire.

Ainsi, dit M. Chatin, M. Casaseca, qui a trouvé dans le sein de l'Almendara, environ 1/5e de milligramme d'iode pour 10 litres d'eau, pense que cette proportion est inférieure à celle que j'ai constatée dans les eaux des contrées affligées de goître endémique, et il en déduit que, pour expliquer l'absence de cette maladie à La Havane, il est nécessaire de faire intervenir la vivacité des courans d'air. Mais quand le savant professeur de La Havane saura que ce n'est généralement que dans les localités dont les eaux ne contiennent pas pour 10 litres d'eau 1/30e de milligramme d'iode qu'on observe le goître primitif, il reconnaîtra que ses analyses, loin d'être contraires à mes propres recherches, en sont une confirmation précieuse.

M. Chatin ajoute qu'il a eu l'occasion de constater la présence de l'iode (environ 1/20e de milligramme pour 10 litres) dans la pluie et dans l'eau des sources de la Guyanne, ainsi que dans l'eau des rivières de la Guadeloupe. Il a aussi trouvé, et en quantité à peu près égale, l'iode dans le tabac de La Havane et dans le tabac de France.

Je ferai suivre la note de M. Martin des observations suivantes :

1° J'ai trouvé l'iode (à peu près à 1/250e de milligramme par litre) dans l'eau de pluie tombée à Nice dans la première quinzaine d'octobre, dans l'eau des citernes de Cette, dans une eau de pluie recueillie par moi-même, à Cette, dans la matinée du 27 octobre ; à Montpellier, dans la soirée du même jour.

2° J'ai constaté la présence de ce corps dans des eaux de sources légères qui m'ont été envoyées des contrées qui avoisinent Marseille, ou que j'ai recueillies moi-même.

Il est cependant vrai de dire, d'une manière générale, que, contrairement à ce qu'on pouvait prévoir, les eaux pluviales sont moins chargées d'iode sur les côtes de France qu'à l'intérieur des terres.

Si M. Martin veut bien adresser à la commission de l'Institut de l'eau de pluie recueillie par lui à Marseille, je ne mets pas en doute qu'on y trouvera d'autant plus d'iode, que le vent soufflera plus des terres. (Com. nommée.)

Séance du 14 Novembre 1853.

Nouvelles recherches sur la digestion des matières amylacées, suivies de considérations sur la digestion en général.

M. Blondlot adresse, sous ce titre, un mémoire qu'il résume en ces termes :

Les résultats auxquels je suis arrivé dans le cours de ces recherches, me semblent surtout dignes d'intérêt, en ce qu'ils viennent donner une confirmation remarquable aux principes généraux que j'ai établis dans mon *Traité analytique de la digestion*, et me permettent ainsi de systématiser mes idées, sur cette importante question, autour de quelques points fondamentaux.

Le premier de ces points est que, de tous les fluides qui se divisent dans le tube gastro-intestinal, depuis son origine jusqu'à sa terminaison, un seul, le suc gastrique, mérite la dénomination de fluide digestif, car lui seul exerce une action véritablement chimique sur les alimens ; tandis que les autres, savoir : la salive, la bile, le suc pancréatique, en un mot, les fluides muqueux de toute espèce, ne sont autre chose que des produits excrémentitiels, qui, avant d'être expulsés définitivement de l'économie, lui rendent encore un dernier service, si je puis m'exprimer ainsi, soit en facilitant le glissement des matières ingérées, soit en protégeant les surfaces qu'ils lubréfient, soit même en s'interposant par leur viscosité entre les molécules des matières adipeuses, de manière à les diviser, ou, autrement dit, à les émulsionner. Il résulte de là que, en définitive, le rôle qui est départi à ces derniers est exclusivement mécanique, et, du reste, tellement secondaire, qu'on peut les supprimer sans que la digestion cesse de s'accomplir assez régulièrement pour l'entretien de la vie pendant de longues années. Cette proposition, tout hétérodoxe qu'elle ait pu paraître d'abord, a déjà été mise hors de doute, comme l'on sait, en ce qui concerne la bile, c'est-à-dire celui de tous les fluides excrémentitiels dont il s'agit, auquel l'imagination des physiologistes s'était depuis longtemps complu à attribuer le plus d'importance. Or, les nouvelles recherches auxquelles je me suis livré dans ce mémoire, viennent encore concourir à la démonstration de la même vérité, en prouvant que la salive et le suc pancréatique sont aussi inertes dans la digestion des matières amylacées, que relativement à celle de toutes les autres substances ingérées dans le tube digestif.

Le second principe fondamental qui ressort de mes précédens travaux, est que le suc gastrique est sans action aucune sur les matières non azotées, à l'égard desquelles il se comporte à peu près comme ferait de l'eau simple ou de l'eau légèrement acidulée, tandis qu'il manifeste une activité des plus énergiques sur certains produits azotés, tels que l'albumine, la fibrine, etc., produits qui, à raison de leur composition élémentaire, semblent appartenir à une même famille naturelle. Il résulte de là que le suc gastrique intervient dans la chimification des divers alimens de deux manières bien différentes, savoir : directement, quand il attaque les substances mêmes dont les molécules doivent constituer la pâte chimeuse, ainsi que cela a lieu pour les matières animales ; et, indirectement, au contraire, quand il s'agit de certaines matières végétales dont les derniers élémens organiques, complètement privés d'azote et, par conséquent, réfractaires à l'action du suc gastrique, ne peuvent être mis en liberté que par la destruction de la trace presque imperceptible de principe azoté qui servait à les réunir. Or, cette seconde proposition se trouve encore confirmée par le résultat de mes dernières recherches, puisque, comme je le fais voir, la fécule ne se réduit en granules, pendant la digestion, que consécutivement à l'altération subie par l'espèce d'enduit azoté qui réunissait ces derniers.

Le troisième principe fondamental concerne la manière d'agir du suc gastrique. J'ai établi, dans l'ouvrage déjà cité, que ce *modus faciendi* ne consistait ni dans ces transformations chimiques, sur lesquelles les physiologistes d'autrefois avaient donné si ample carrière à leur imagination, ni dans une simple dissolution de la matière alimentaire, ainsi que l'avaient pensé quelques expérimentateurs modernes. La vérité est entre ces deux opinions extrêmes ; car l'action exercée par le fluide chimificateur n'est pas, à beaucoup près, aussi compliquée que l'avaient imaginé les premiers, ni pourtant aussi simple que se l'étaient figuré les seconds.

C'est une action *sui generis*, en vertu de laquelle certaines matières, tout en conservant intégralement leur composition chimique, perdent une partie de leur cohésion, de manière à pouvoir se réduire en molécules plus ou moins ténues, sous l'influence des agens mécaniques les moins énergiques. Or, est-il nécessaire de faire observer que le résultat de mes dernières recherches rentre complètement dans ce principe général, puisque j'ai démontré que, contrairement à l'opinion généralement admise aujourd'hui, la matière amylacée, proprement dite, ne subit aucune espèce de décomposition, ni de dissolution pendant le travail digestif.

Le dernier principe fondamental qui me reste à faire ressortir, est, sans contredit, le plus important, du moins, sous le rapport philosophique ; c'est que, en dernière analyse, le suc gastrique, lui-même, n'est, après tout, que la cause prédisposante de la chimification. En effet, quel que soit le degré de ramollissement auquel cet agent chimique ait amené la matière alimentaire par son action intestine, il faut toujours qu'une force mécanique vienne terminer le travail, dans ce qu'il a d'essentiel, en amenant cette matière à un degré d'atténuation suffisante pour qu'elle puisse être absorbée. Or, ici encore, mon dernier travail fournit à ce principe une application, puisque nous avons vu la fécule ramollir dans l'estomac, par l'action chimique du suc gastrique, mais soustraite au moyen d'un tube à l'action mécanique de ce viscère, rester sans se désagréger jusqu'à ce qu'une force étrangère vienne suppléer, d'une manière plus ou moins imparfaite, au mouvement péristaltique. C'est donc à bon droit que, dans mon *Traité de la digestion*, j'ai pu m'exprimer ainsi, page 352 :

« On le voit, considérée d'une manière générale, la chimification n'est, en dernière analyse, qu'une dissolution ou une division de la matière, qui ne subit, dans ce changement d'état, aucune espèce de décomposition. Pris dans un sens large, le système des mécaniciens était donc, de tous les systèmes anciens, celui qui s'approchait le plus de la vérité, car, en définitive, il aboutissait à ce principe ; que les matières alimentaires s'introduisent dans l'organisme avec toute leur intégrité de composition, et sans subir aucune de ces métamorphoses chimériques auxquelles les chimistes d'autrefois avaient recours pour expliquer les phénomènes digestifs. »

VARIÉTÉS.

LA MÉDECINE INDIENNE.

L'ouvrage de John Cooper, sur les trois présidences de l'Inde, fournit les détails suivans sur la médecine indienne.

Les Orientaux ne sont pas d'accord sur l'antiquité de la science médicale dans l'Inde ; il est cependant à peu près certain que les Hindous n'ont rien appris des Grecs, et que ce sont ces derniers, au contraire, qui ont étudié les ouvrages indiens.

L'*Ayur-Veda* est le plus ancien livre de médecine connu dans l'Inde ; il est, dit-on, l'œuvre de Brahma lui-même. Les ouvrages plus récens de Surruta et de Charaka nous prouvent que l'anatomie était la base principale de la pratique indienne, et que ces peuples ne considéraient pas comme un crime les autopsies et les dissections.

D'après le système indien, la vie est la combinaison de l'âme, de l'esprit, des cinq sens et des trois qualités suivantes : la bonté, la passion et la faiblesse ; l'âme est le principe qui anime le corps, une ombre ou une émanation du Dieu éternel ; les principes vitaux se trouvent au centre de la poitrine et sont le résultat d'une mixture du fluide pur, de même que les abeilles sucent le jus et le suc des différentes fleurs, et font le miel. Les parties vitales du corps sont au nombre de 107, et les blessures les plus dangereuses sont à l'orteil, à l'aine ou dans la paume de la main. Le système Hindou divise la vie de l'homme en douze phases distinctes qui ont chacune son caractère particulier, jusqu'à la décrépitude ; la mort est la séparation de l'âme et du corps, et elle arrive de cent-et-une manières dont une seule est naturelle ; les cadavres sont brûlés pour être purifiés avant de rentrer dans la masse des élémens qui composent la terre.

Les médecins, dans l'Inde, prétendent que les maladies viennent de trois causes : 1° des fautes commises dans une existence antérieure, et ils rangent sagement dans ce nombre celles où ils ne comprennent rien ; 2° de dérangement dans les humeurs, ce sont celles qu'ils prétendent guérir ; 3° la combinaison des deux premières, qu'ils déclarent incurables.

Les médicamens indiens se composent d'une quantité de drogues et d'herbes du pays, puis de composés chimiques, d'acides et de quelques oxydes connus dès les temps les plus reculés ; la pharmacie se travaille à peu près comme en Europe, mais elle est beaucoup plus compliquée ; elle renferme en grande quantité des préparations faites avec du mercure, de l'or, du zinc, du fer et de l'arsenic. La manière d'administrer les potions est minutieuse au plus haut degré, et mêlée de pratiques superstitieuses. Ainsi, un malade ne doit pas faire de grimaces en avalant une drogue ; car alors, selon eux, il ressemblerait à Brahma et à Shiva, et commettrait un grand péché.

L'art de la chirurgie est encore en enfance dans l'Inde, et cependant les anciens livres qui traitent ce sujet ne sont pas sans mérite ; la manière d'opérer est soumise à des pratiques superstitieuses. Ainsi, il faut choisir l'époque, brûler certaines herbes pour chasser les diables et les mauvais esprits renfermés dans les blessures, et placer l'opérateur dans telle position, selon la nature de la cause de la plaie.

Dans les écrits de Charaka, nous voyons que le nombre trois joue un grand rôle dans le système médical indien. Ainsi, il y a trois sortes de maladies, comme nous l'avons dit plus haut ; trois sortes de médecines ; une qui agit intérieurement ; la seconde, extérieurement, et la troisième qui nécessite les opérations chirurgicales ; trois moyens de prolonger l'existence : une nourriture convenable, le sommeil et une vie réglée et sans excès.

La petite vérole et la rougeole, qui viennent, dit-on, des Indes, étaient connues dès les temps les plus reculés ; les médecins pratiquent quelquefois, mais rarement, l'inoculation. Ils avaient des remèdes très efficaces (?) contre les maladies nerveuses, les affections rhumatismales, la lèpre (?) et l'épilepsie (??).

Les livres de médecine parlent de 65 maladies de la bouche, 20 des oreilles, 31 du nez, de onze espèces de maux de tête et d'une énorme quantité d'affections de la bouche ; les phthisies et les maladies de poitrine étaient très rares et avaient des remèdes tout particuliers.

Les livres de médecine indienne s'occupent beaucoup de l'étude des poisons et de leurs antidotes, des poisons animaux, des morsures de serpent, des insectes venimeux et des remèdes à appliquer dans les cas d'hydrophobie.

TRIBUNAUX.

EMPOISONNEMENT D'UNE FONTAINE PAR L'ARSENIC.

Un sieur B..., habitant la commune de Marchais (Deux Sèvres) a été traduit devant la Cour d'assises de Niort, sous l'inculpation d'avoir empoisonné avec de l'arsenic une fontaine qui fournissait de l'eau servant à la boisson à des habitans voisins de B...

L'acide arsénieux employé étant heureusement à l'état de poudre ténue, donna à l'eau une couleur blanche qui empêcha les voisins d'en faire usage, à l'exception d'une femme Pacreau qui, avertie par son mari de l'état dans lequel se trouvait la fontaine, s'y rendit le lendemain, et, par curiosité, remplit un verre de l'eau qu'elle y trouva ; rentrée chez elle, elle recueillit avec la pointe d'un couteau un des globules qui surnageaient et le mit sur sa langue : aussitôt elle ressentit une espèce de resserrement douloureux qui lui contracta la gorge et l'empêcha d'avaler sa salive ; elle comprit dès lors que la substance jetée dans la fontaine était du poison, et se rendit aussitôt chez M. le maire de Saint-Jouin-sous-Châtillon, à qui elle fit part de ce fait.

La déclaration de cette femme fut la cause des recherches qui indiquèrent que la matière blanche perçue dans l'eau était de l'arsenic blanc. En effet, la gendarmerie de Châtillon s'étant rendue sur les lieux, accompagnée de M. Gasnier, pharmacien dans la même ville, celui-ci constata qu'à la surface de l'eau surnageaient en assez grande quantité des globules blancs et quelques plaques blanches formées d'une poudre fine et rugueuse, et qu'au fond se voyaient aussi une notable quantité de globules semblables à une poudre blanche que tapissait la vase.

M. Gasnier recueillit dans des vases séparés une certaine quantité de globules surnageants et de la substance qui tapissait le fond. Ces matières, soumises à des expériences chimiques et traitées par divers réactifs, donnèrent des résultats qui portèrent l'expert à conclure que la substance prise soit à la surface, soit au fond de la fontaine, était de l'acide arsénieux ou l'*arsenic blanc de commerce*.

Cette découverte des traces de pas observées par Pacreau, le caractère haineux et vindicatif de B..., son animosité bien connue contre ce dernier avec lequel il avait en ce moment-là même un procès correctionnel dans lequel il devait infailliblement succomber, désignaient naturellement B... aux soupçons de tous. Ces soupçons étaient d'autant mieux fondés que, dans ce hameau, composé seulement de trois feux, lui seul ne puisait pas à cette fontaine.

La gendarmerie, après avoir scellé la fontaine de manière à ce que toutes choses restassent dans l'état où elles étaient, s'empressa d'informer la justice qui se rendit sur les lieux le 27 janvier.

Les globules, flottans à la surface de l'eau, avaient été, ainsi qu'on l'a dit, enlevés, en grande partie, par M. Gasnier ; le reste s'était presque entièrement dissous dans l'eau ; il ne restait donc plus, sur cette surface, que quelques globules ; ils furent recueillis avec soin, puis, après épuisement de la fontaine, on emplit un grand vase d'une notable quantité de la boue qui en garnissait le fond. Le tout, joint à une portion de la même substance recueillie par M. Gasnier et réservée par lui, fut envoyé à Poitiers et soumis à une contre-expertise qui fut pratiquée par MM. Malapert et Henard. Ces deux chimistes constatèrent : 1° que la boue renfermée dans le pot de grès n° 3, contenait une quantité énorme d'arsenic ; 2° que la poudre contenue dans le paquet n° 3 est de l'acide arsénieux mélangé avec une matière colorée ; 3° que le petit fragment contenu dans le paquet n° 2 est de l'acide arsénieux ; 4° qu'il est impossible d'admettre que l'arsenic trouvé dans la boue y existe naturellement.

Les débats terminés, le jury déclare B... coupable d'avoir empoisonné la fontaine. Tout en admettant des circonstances atténuantes, B... fut condamné à vingt ans de travaux forcés.

COURRIER.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — Les nouvelles d'Angleterre sont très rassurantes. Dans la ville de Londres, le chiffre des décès cholériques s'est encore abaissé cette semaine ; de 98, chiffre de la semaine précédente, le nombre des décès est descendu à 72. On parle toujours de quelques cas de choléra disséminés dans diverses villes, mais pas d'épidémie proprement dite.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 142. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 29 Novembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12 A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

ÉTIOLOGIE DU CHOLÉRA.

DE LA PROPRIÉTÉ ÉPIDÉMIQUE DU CHOLÉRA;

MÉMOIRE LU A L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE (1),

Par M. le dr JOLLY, membre de l'Académie.

Quelle que soit l'acception du choléra pour certains lieux et pour certaines personnes, il reste un grand fait à signaler tout à la fois à la science de l'hygiène et à l'administration sanitaire, c'est que, jusqu'à ce jour, la propriété épidémique du choléra n'a eu besoin, pour s'exercer comme pour se propager, ni des personnes, ni des objets intermédiaires ; partout elle a pu se suffire à elle seule pour se transmettre d'un lieu dans un autre, pour atteindre des habitations parfaitement isolées, pour franchir des lieux séparés par des déserts, pour fondre sur des navires en mer, pour s'abattre sur des populations insulaires. Et partout l'expérience n'a fait que justifier un pareil fait.

Dans plusieurs contrées de l'Inde, en Égypte, et notamment à Alexandrie, où l'on croit un instant à la contagion, un grand nombre de familles se soumettent à toutes les rigueurs de la quarantaine et n'en subissent pas moins les funestes atteintes du choléra. Il en est de même en Pologne, en Silésie, en Hongrie, où l'épidémie atteint dans leur fuite et frappe dans leur retraite isolée, les grands seigneurs, les hauts personnages de ces contrées. On avait fait plus en Russie. A Moscou, par exemple, les précautions les plus sévères sont prises contre la contagion. Des quarantaines rigoureuses sont établies entre chaque localité, entre chaque quartier. La population, divisée en 47 quartiers, est séparée par des barrières infranchissables, et ces barrières, elles-mêmes, sont gardées par des corps de garde parfaitement isolés. Toutes les maisons signalées comme suspectes, sont rigoureusement séquestrées, et le choléra n'en franchit pas moins tous les lieux intermédiaires, sans le secours des personnes, sans s'inquiéter des mesures et des obstacles qu'on lui oppose.

A Vienne, à Berlin, où l'on veut faire aussi l'expérience des cordons sanitaires, les conséquences n'en sont que plus déplorables ; et l'on a pu voir, tout récemment encore, le Danemarck, la Suède, la Norwège, prendre tout aussi vainement les mesures les plus sévères d'isolement et de séquestration contre l'invasion du fléau dans leurs états respectifs. Non seulement toutes les côtes de la Norwège et de la Suède étaient interdites à tout navire provenant d'un lieu affecté de choléra, mais chaque province, chaque canton, s'était imposé un cordon sanitaire ; de telle sorte que ni voyageurs, ni marchandises, ne pouvaient passer d'un canton dans un autre, sans être munis d'une patente nette ; et, toutefois, rien n'empêche le fléau de pénétrer dans le cœur des pays et d'y exercer d'affreux ravages, spécialement encore, sinon exclusivement, sur les populations du littoral, au voisinage des régions aqueuses et dans les localités les plus humides de ces contrées.

On sait que Calais, la seule ville de France où l'on ait essayé de mettre en vigueur le régime sanitaire, fut l'une des premières villes atteintes du choléra. Dieppe, au contraire, où toutes les provenances d'Angleterre pénétraient librement, fut l'une des dernières affectées de l'épidémie ; et vous vous rappelez, Messieurs, ce fait si remarquable du pénitencier de Tours, où la propriété épidémique du choléra se montra encore si puissante, si libre, si parfaitement indépendante des personnes et d'objets intermédiaires. Il n'y avait encore, le 13 juin 1849, qu'un assez petit nombre de cas à Tours, mais l'épidémie exerçait d'affreux ravages dans les environs de la ville ; il y a du moins près de là un endroit jusqu'alors privilégié, que son isolement absolu, ses conditions parfaites de salubrité, l'absence complète de tout rapport, de tout contact possible de ses habitans entr'eux ou avec le dehors, doivent rendre inaccessibles à l'invasion du choléra ; c'est le pénitencier ou prison cellulaire ; lieu dont on convoiterait presque le séjour, tant on le croit parfaitement à l'abri de toute atteinte du fléau ; et toutefois, c'est là que le fléau s'abat avec le plus de fureur, pour y dévorer en peu de jours les neuf dixièmes de sa population. Il y a mille exemples de ce genre que je pourrais facilement invoquer, si je ne craignais de fatiguer inutilement l'attention de l'Académie. Et combien de faits particuliers sont venus attester partout cette puissance de migration spontanée du choléra ; nous n'en citerons ici que deux exemples qui ont un égal intérêt sous le double rapport étiologique et hygiénique.

Un médecin de Leipsick bien connu, et malheureusement tout imbu de l'erreur de la contagion, avait espéré pouvoir se soustraire aux atteintes du choléra, en s'éloignant, avec toute sa famille, dans une campagne parfaitement isolée, située à quelques lieues de la ville, où il croit trouver toutes les garanties possibles d'immunité ; et c'est là encore, dans la séquestration la plus absolue, qu'il subit avec toute sa famille les coups mortels du fléau.

Un riche célibataire de Paris, que quelques-uns de nous ont pu connaître, d'une santé parfaite, mais d'un caractère assez timoré, avait cru aussi pouvoir échapper aux attaques du choléra, en se soumettant à toutes les rigueurs d'une séquestration absolue. Après avoir pourvu à tous les besoins matériels de la vie pour plusieurs mois, il s'était interdit, pendant tout le cours de l'épidémie, toute espèce de communication avec le dehors. De plus, il avait saturé tout son appartement de chlore et de parfums, sans oublier les abords de sa maison. Portes, fenêtres et cheminées, tout était hermétiquement clos. Il n'y avait plus d'accès possible que pour le renouvellement d'un air tout parfumé de vapeurs antiseptiques ; et néanmoins, c'est au milieu de toutes ces précautions, et plein de confiance dans leur succès, que M. M... est soudainement frappé de l'épidémie, qui l'emporte en quelques heures.

De telles épreuves devraient déjà paraître quelque peu concluantes, car elles sont assez *positives* pour nous donner la mesure de la puissance libre et spontanée de l'épidémie cholérique ; pour nous prouver jusqu'à l'évidence qu'elle sait parfaitement s'affranchir de toute intervention quelconque, pour poursuivre et accomplir par elle seule ses plans de migration et d'invasion, qu'elle ne tient que d'elle-même.

Que si l'on nous demande maintenant des contre-épreuves, c'est-à-dire des faits *négatifs* ou témoignant de l'impuissance des individus malades à transmettre le choléra, elles ne nous manqueront pas. Et, pour cette fois, nous n'irons les chercher ni dans les déserts de l'Égypte, ni dans les régions lointaines que l'épidémie a visitées ; car nous les trouvons en surabondance et pour ainsi dire toutes vivantes autour de nous.

Il n'y a eu, en France, de cordon sanitaire nulle part ; et le *choléra a toujours été aussi libre que l'air*, et toujours il a pu trouver, dans le mouvement continuel des populations, dans l'intermédiaire des personnes et des objets en circulation, tout ce qui pouvait assurer son importation ou sa transmission, s'il avait pu avoir besoin d'un tel auxiliaire. Eh bien ! qu'est-il arrivé ? Sur 86 départemens, 38 ont été préservés en 1832, et 34 en 1849. Sur les 4,000 communes que représente la population de la France, 1,800 environ ont été atteintes ; et comment ont-elles été atteintes ? Le plus ordi-

(1) Voir les numéros des 5, 15 et 21 Novembre.

Feuilleton.

DES FUNÉRAILLES CHEZ LES DIFFÉRENS PEUPLES, CONSIDÉRÉES AU POINT DE VUE DE LA MORT INCERTAINE.

Par M. le docteur JOSAT.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 27 Octobre, 1er et 15 Novembre.)

Mahométans.

La loi défend, chez les Musulmans, de garder un corps mort au-delà d'un jour. On prétend qu'ils sont persuadés qu'au moment où l'âme quitte le corps, les anges la conduisent au lieu où le corps doit être inhumé, et l'y retiennent jusqu'à son arrivée. De là l'empressement des Mahométans à transporter le corps au lieu de la sépulture, afin de ne pas y retenir l'âme trop longtemps.

Quoi qu'il en soit, voici, d'après les documens que nous avons recueillis, comment les choses se passent :

Aussitôt qu'un Mahométan a passé de vie à trépas, on met son corps au milieu de la chambre, on le lave avec de l'eau chaude et du savon, et après avoir brûlé force encens, on l'enveloppe d'un suaire. Pendant les quelques heures qui s'écoulent jusqu'à la mise en bière, les femmes, les parens et les amis versent des larmes et poussent des sanglots ; les lamentations des femmes surtout s'entendent de si loin, qu'elles suffisent pour annoncer une mort aux voisins les plus éloignés. Le moment venu, on met le corps dans son cercueil et on le transporte à sa dernière demeure. Arrivé là, on le retire de son cercueil, et on le descend dans la fosse. On se garde bien de jeter de la terre immédiatement sur ce corps, *de peur que la pesanteur ne l'incommode*. Pour lui donner un peu d'air, on porte de longues pierres en travers, qui forment une espèce de voûte sur le cadavre, en sorte qu'il est enfermé comme dans un coffre.

Les Chinois.

La mort d'un Chinois est, pour lui, un jour d'éclat : jamais de sa vie il ne reçut autant d'hommages et de marques d'honneur et d'estime que le jour de sa mort. L'inhumation est le mode de sépulture usité en Chine. Toutefois, quand un Chinois décède hors de sa province, on brûle son corps et on en rapporte les cendres.

Quand un Chinois a cessé de vivre, on étend son cadavre au milieu de la chambre mortuaire, et, à moins de circonstances particulières, il reste trois jours en cet état, recouvert seulement de la robe qu'il portait de son vivant. Après ce temps, sans avoir été ni lavé, ni parfumé, ni lézé d'aucune façon, le corps est placé dans son cercueil. Ce cercueil était prêt depuis longtemps, car chaque Chinois, par un singulier genre de prévoyance, s'approvisionne de ce dernier vêtement longtemps avant d'en avoir besoin. Il n'est pas rare qu'un cercueil reste vingt ans inutile dans la maison, et c'est, aux yeux du maître, son meuble le plus précieux. Ces lugubres objets, que chez nous on dérobe à la vue, sont, en Chine, exposés devant les magasins, absolument comme nos ébénistes étalent leurs plus beaux meubles pour attirer les chalans. Quoi qu'il en soit, le cadavre une fois fermé dans son cercueil, la famille a le droit de le garder indéfiniment dans la maison, et rien n'est plus commun que de voir des cercueils pleins séjournant depuis deux, trois et quatre ans au milieu d'une famille. Aucun magistrat n'a le droit de la forcer de procéder à l'inhumation. La salubrité ne paraît pas en être trop sensiblement altérée, grâce, sûrement, à ce que les planches ont une épaisseur de plusieurs pouces, qu'elles sont induites intérieurement de substances résineuses, et vernies en dehors. Ajoutez à cela que le fond de la bière est toujours préalablement recouvert d'une forte couche de chaux vive, et que tous les interstices entre les planches et le cadavre sont minutieusement remplis de coton, de charpie préparée et d'autres matières spéciales.

Mais si l'inhumation est décidée prochaine par la famille, il est d'usage que le corps reste exposé pendant sept jours, à moins que quelque forte raison oblige à faire le contraire. Le cercueil, découvert, est exposé dans la *salle de cérémonies*, au milieu des fleurs, des parfums et des bougies allumées. Enfin, arrivent le jour et l'heure de l'inhumation. Le convoi, musique en tête, se dirige vers le lieu de la sépulture, toujours situé hors des villes et des villages, et le plus souvent sur des hauteurs. Pendant plusieurs jours de suite, sans interruption, les parens, les amis ou les pleureuses se tiennent sur la fosse, pleurant, se lamentant et interpellant le défunt.

Les Chinois n'enterrent jamais qu'une seule personne dans la même fosse. Ils se feraient un graud scrupule de toucher au corps d'un mort ; et ce serait un attentat horrible d'ouvrir un cadavre pour en retirer le cœur ou les entrailles et les enterrer en un lieu séparé ; de sorte que, dit l'abbé Grozier, un Chinois est toujours sûr d'être enterré tout entier, à moins qu'il n'ait perdu par accident quelqu'un de ses membres. Ils ont une horreur extrême des dissections, ce qui fait qu'ils n'ont presque aucune connaissance de l'anatomie.

Nous avons dit, en commençant cet article, que les Chinois ne brûlaient les corps qu'en cas de décès d'un Chinois hors de sa province. L'incinération a encore lieu dans une autre circonstance qui mérite d'être mentionnée.

Il y a des provinces dans lesquelles l'usage existe de déposer les cercueils en plein air et au milieu des champs, et lorsqu'ils ont été conservés en cet état pendant un certain temps, on brûle les cadavres qu'ils contiennent pour en recueillir les cendres que l'on met ensuite dans des urnes, et on place ces urnes le long des routes à demi-enfoncées dans la terre. Je demandai la raison d'un pareil usage, dit Van-Braam (1) ; on me dit que les terres étaient si basses, qu'on noierait les corps en ayant l'air de les inhumer, et que cette seule idée révolte les Chinois, parce qu'il est admis chez eux que les morts ont besoin d'un séjour sec.

Nous en étions là de nos recherches sur les funérailles chez les Chinois, lorsque le hasard nous a fourni une heureuse occasion de contrôler la véracité de tous ces détails et d'en ajouter de nouveaux, qui feront de cet article un des exposés les plus complets qui existent des pratiques funéraires chez ce peuple si singulier et encore si imparfaitement connu.

Au moment même où nous écrivons, se trouve à Paris M. Wang Ki-ye, personnage considérable de la ville de Pékin, chargé par ses compatriotes d'une mission en Europe. M. Bazin, professeur de chinois à

(1) Relation de l'ambassade hollandaise.

nairement par enjambées, comme on l'a dit, sans aucune trace ni indice de migration individuelle, sans rapports de communication ou de filiation quelconque. Loin de là, les lignes de migration s'interrompent partout; il y a partout des localités préservées, restées invulnérables à côté d'autres impitoyablement frappées, quelles que soient, d'ailleurs, les relations incessantes établies entre elles; il y a eu, sous nos yeux mêmes, des centaines de communes, des milliers d'habitations qui nous ont donné autant d'exemples frappans d'un pareil fait. Versailles est cerné de tous côtés par l'épidémie qui ravage ses environs, et Versailles n'a pas un seul malade. La ville est encombrée d'émigrans qui viennent de Paris et d'autres lieux affectés, chercher un refuge contre le choléra; quelques cas rares s'observent exclusivement chez les émigrans, et notamment chez ceux qui font le voyage de Paris à Versailles *pendant la nuit*; mais la population entière de Versailles demeure réfractaire aux coups du fléau.

A quelques lieues de là, le même fait nous est garanti par un témoin irrécusable, par notre honorable confrère M. Godart, alors médecin en chef de l'hôpital de Pontoise. L'épidémie sévit dans toute sa violence sur plusieurs communes qui environnent Pontoise, et Pontoise n'a pas un seul malade. Cependant, 28 cholériques sont apportés de lieux circonvoisins dans l'hôpital, où ils se trouvent tous confondus avec les autres malades des salles. Sur les 28 cholériques, 13 succombent en peu de jours, et pas un seul malade de l'hôpital, pas un seul habitant de la ville n'est atteint de la maladie. Les 28 cholériques ne suffisent pas, en l'absence de l'épidémie, pour y faire naître un seul cas de choléra.

Près de là, le village de Montigny n'a pas un seul malade, et les villages de la Fresle et d'Herbley, qui n'en sont éloignés que de deux kilomètres, sont impitoyablement maltraités aux deux époques de l'épidémie. Et un peu plus loin, sans quitter le champ de notre observation personnelle, dans la *Marne*, que voyons-nous encore? Sézanne perd en quelques semaines le seizième de sa population; tandis qu'Esternay, qui se trouve sur la même ligne de migration, et à très peu de distance, n'a pas un seul malade. Près de là encore, le petit village de Mont-Vinot voit tomber, en peu de jours, plus d'un tiers de sa population; tandis que la commune de La Chapelle, qui lui est presque contiguë, ne compte pas un seul malade. Châlons et Vitry subissent, pendant plusieurs mois, les coups souvent redoublés du choléra, et La Chaussée, village qui relie entre elles ces deux villes, qui reçoit pour ainsi dire le contact de leur population par des communications incessantes, La Chaussée n'a pas un seul cas de choléra. Mandres, ce malheureux village de la Haute-Marne, qui a vu près de moitié de sa population disparaître en peu de jours sous les coups impitoyables du fléau, n'est qu'à plusieurs kilomètres de Chaumont, que l'épidémie, toutefois, ne peut atteindre. Le reste des habitans de Mandres afflue à Chaumont pour y chercher un refuge de salut, et pas un seul cas de choléra ne se manifeste dans cette ville,

Et que dire encore de ce fait observé sous les yeux même de notre honorable collègue, M. Mélier? Montereau, comme vous le savez, était cruellement ravagé par l'épidémie, et chaque jour, chaque heure, voyait s'accroître d'une manière effrayante le nombre des malades et des décès. En présence d'un spectacle qui a jeté la consternation dans la ville, notre ami ne voit plus de moyen d'arrêter la fureur du fléau qu'en lui enlevant ses victimes, qu'en lui arrachant sa pâture, pour la disséminer dans un lieu voisin jusqu'alors exempt de l'épidémie, où la population reste encore invulnérable au contact de cette colonie improvisée de cholériques.

Rappellerai-je ici tant d'autres faits qui sont venus également attester devant vous cette impuissance du choléra à se transmettre par la seule voie individuelle? Et, par exemples : ces 15 cholériques de la garnison de St-Denis, qui, au rapport de notre collègue, M. Emery, transférés au dépôt de cette ville, confondus et mis en contact immédiat avec tous les détenus du dépôt, n'y laissent aucune trace de la maladie? Ces 350 malades de la garnison d'Arras, dont vous a parlé M. Bonnafont, qui, évacués, avec toute leur literie, d'une caserne que ravageait l'épidémie dans une autre caserne de la ville, n'altèrent en rien son état sanitaire? Tous les cholériques du *Louqsor*, que nous signalait dernièrement notre honorable collègue, M. Gérardin, comme ayant été déposés à Smyrne et disséminés tout aussi innocemment dans la ville? Toutes les indigentes de la Salpêtrière, transférées au plus fort de l'épidémie, et sans autre résultat, soit à l'hospice des Incurables, soit à la ville et à la campagne? En un mot, tous ces foyers ambulans de prétendue contagion, qui, faute d'épidémie, ne peuvent donner lieu, nulle part, à un seul cas de choléra?

Que si vous vouliez un fait plus saisissant encore, s'il n'est plus concluant, notre honorable collègue, M. Bricheteau, pourrait vous dire, qu'en 1832, non seulement l'hôpital Necker fut complètement affranchi de toute influence épidémique du choléra, quoique placé au centre de ses plus cruels ravages, mais que plus de 600 cholériques reçus du dehors, de Vaugirard et des environs, ne purent y faire naître un seul cas de choléra, ni dans les salles de malades, ni parmi les employés de l'administration, ni dans le service de santé.

Que fallait-il donc encore pour cela ? Une seule chose qui manquait : l'élément épidémique, sans lequel le choléra ne peut ni se produire, ni vivre, ni se propager; sans lequel nous l'avons vu partout mourir de lui-même, sans pouvoir se transmettre; élément d'ailleurs si vague, si mobile, qu'il ne se contente pas d'obéir au gré des vents, qu'il se meut comme l'éclair, qu'il s'abat comme la foudre; élément si fugace, si diffusible, qu'il se divise partout en foyers multiples, épars, isolés, plus ou moins circonscrits et disséminés; et de là, sans doute, la rareté, la bénignité de ses effets dans certains lieux où ils n'apparaissent qu'à l'état *dit* de cholérine; de là, au contraire, cette activité meurtrière qu'ils acquièrent dans d'autres lieux où ils frappent simultanément toute une contrée, où ils déciment la population d'un même lieu, où ils foudroient du même coup des familles entières; et cela, à côté d'autres habitations qui, bien que contiguës et restées dans des rapports continuels de communications et de contacts individuels, n'en demeurent pas moins affranchies de toute atteinte cholérique; et c'est ainsi qu'en 1832, comme en 1849, l'on a pu remarquer que si un grand nombre de maisons ont été exemptes de l'influence épidémique, il s'en est trouvé bien peu dans lesquelles on n'ait observé qu'un seul malade; exemple : sur 726 maisons habitées dans un seul quartier de Paris, 324 seulement nous ont fourni les 2,494 malades que nous avions comptés pendant l'épidémie de 1832. En un mot, partout l'élément épidémique reste fidèle à ses plans de migration et d'invasion; partout il sait, par lui seul, franchir des distances variables, pénétrer dans tous les lieux où il lui convient d'exercer ses sévices, mais toujours en dehors de toute intervention individuelle ou autre.

Ce qui ne veut nullement dire que l'épidémie ne puisse être quelquefois précédée, accompagnée ou suivie de cas de choléra arrivant d'un milieu épidémique dans tel autre lieu actuellement sain, dans un hôpital, par exemple, où les portes leur sont également ouvertes, où ils peuvent trouver le même accès, où ils peuvent par cela seul se rencontrer, sans qu'il soit permis de conclure du fait de leur présence simultanée, que ce sont les cas individuels venus du dehors qui ont ouvert l'entrée à l'épidémie, qui l'ont introduite, installée, pour ainsi dire, là où elle apparaît avec eux ou après eux. Une pareille conclusion ne serait pas seulement en contradiction flagrante avec tous les faits connus, avec toutes les données de l'observation la plus générale, elle renverserait, avec les résultats de l'expérience, toutes les règles de la plus simple logique.

Et toutefois, ce sont des faits observés dans de semblables circonstances qui ont été interprétés par quelques esprits prévenus dans le sens d'une prétendue transmission individuelle accomplie en dehors de tout exercice de la propriété épidémique du choléra; ce sont ces faits que l'on a déjà produits, que l'on s'apprête encore à invoquer contre tout ceux qui précèdent pour faire prévaloir l'opinion de la propriété contagieuse du choléra. Comme si l'épidémie qui se fraye si facilement partout et par elle seule des voies de progression et des moyens d'invasion, quels que soient les obstacles et les entraves qu'on lui oppose, avait besoin, pour apparaître et se développer dans un hôpital, du secours et de l'intervention des cas individuels! Comme si les cas individuels et l'épidémie inséparablement liés, dans des rapports constans, nécessaires, de cause et d'effet, pouvaient, par exception, se séparer devant tel lieu, tel hôpital! Et comme si, enfin, tous les cas individuels de choléra que l'on accuse si gratuitement de ces sortes de procréations cholériques, n'étaient de droit mis hors de cause par le seul fait de leur impuissance si généralement démontrée!

Quoi qu'il en soit, nous n'ajouterons, à tout ce qui précède, qu'un seul et dernier fait général, qui, quoique négatif, ne sera peut-être pas sans valeur comme argument opportun, ou du moins comme document officiel propre à éclairer la question. Ce fait, nous le trouvons dans un précieux travail dû à la patience et à la sagacité de M. Blondel, administrateur des hôpitaux de Paris; travail d'où résulte surtout que le nombre des cas de choléra survenus dans l'intérieur des hôpitaux a toujours été en raison inverse du nombre de ceux qui y sont apportés du dehors, même à la Salpêtrière; que l'on a constaté des cas intérieurs aussi bien dans les salles qui n'ont pas reçu de malades du dehors que dans celles qui en ont admis un plus ou moins grand nombre; que les cas intérieurs ont souvent devancé les admissions du dehors, comme aussi les admissions du dehors, quel qu'en soit le nombre, sont restées plusieurs fois sans aucun exemple de cas de choléra survenu à l'intérieur. De telle sorte qu'il semble absolument impossible d'admettre une filiation quelconque entre les cas de choléra qui se sont déclarés dans l'intérieur des hôpitaux et la présence des cholériques venus du dehors (1).

Tous ces faits, tous ces documens historiques que nous avons puisés aux sources les plus authentiques; toutes ces épreuves et contre-épreuves que le temps ne fait qu'accumuler chaque jour et de toutes parts; tous ces résultats statistiques

(1) *Rapport sur les épidémies cholériques de 1832 et 1849, dans les établissemens dépendans de l'administration de l'assistance publique de la ville de Paris.* In-8°, Paris, 1850.

---

l'école des langues orientales, a bien voulu nous mettre en rapport avec M. Wang Ki-ye, et a même porté l'obligeance jusqu'à nous servir d'interprète pendant une conférence de plusieurs heures.

Voici le résumé exact de cette longue conférence : Immédiatement après que le mourant a rendu le dernier soupir, il est revêtu d'habits tout neufs, car chaque Chinois tient en réserve un cercueil, et dans ce cercueil un habit neuf, pour ne lui servir qu'après sa mort. On attache une grande importance à ce que ce détail soit ponctuellement exécuté. D'ailleurs, le corps n'est ni lavé, ni parfumé, et il n'y a aucun mode direct et spécial de constater le décès. Après un jour et une nuit passés en cet état, le corps est mis dans son cercueil. Mais c'est ici que les détails deviennent intéressans.

Pendant les vingt-quatre heures qui viennent de s'écouler, les parens et les amis, prévenus par la famille, se sont réunis dans la maison mortuaire. Le moment de la mise en bière arrivé, chacun s'assure par lui-même de la réalité et de la cause probable de la mort. Puis, quand tout le monde s'est rangé autour du cercueil, le corps y est déposé lentement et ostensiblement. Toutes les dispositions avaient été préalablement prises pour que le défunt se trouvât *commodément* dans sa nouvelle demeure.

Une fois enseveli, le défunt est exposé devant la porte du domicile mortuaire pendant *trois* jours au moins et vingt-et-un jours au plus; on n'excepte que l'Empereur, dont l'exposition se prolonge pendant quarante-neuf jours. Cette exposition suffit pour garantir les Chinois contre les chances de la mort incertaine, ajoute M. Wang Ki-ye; nous sommes de son avis, et jamais il n'a entendu parler d'un seul cas d'inhumation trop prompte. Rien d'étonnant à cela.

Mais quelle différence entre la manière de procéder des Chinois et la nôtre. Chez nous, la mise en cercueil est constamment pratiquée clandestinement, en quelque sorte, par des mains mercenaires, en l'absence de la famille; et les choses se passent de façon que l'ensevelisseur enferme quelquefois dans la bière un corps qui n'est pas encore inanimé, ainsi que cela vient d'avoir lieu à la porte de Paris. C'est à peine si vous avez la certitude que ce cercueil, transporté en grande pompe au cimetière, et que vous saluez religieusement sur son passage, renferme les restes d'un de vos semblables. Que de fois la justice, quand elle a été éveillée à temps, n'a-t-elle pas fait rapporter au domicile mortuaire des malheureux ayant succombé à une mort violente, qu'un ensevelissement sans témoins allait laisser passer inaperçue. En Chine, au contraire, l'ensevelissement a lieu au grand jour, en présence de témoins nombreux qui constatent l'identité du corps et la cause présumée de la mort. Enfin, la durée de l'exposition du cercueil offre, à un degré plus que suffisant, les garanties contre la mort incertaine et l'impunité du crime, s'il y en avait.

Reprenons le récit de M. Wang Ki-ye. Aux yeux des Chinois, un des signes de la mort réelle, qui offre le plus de garanties, est l'absence de salive dans la bouche. En pressant un peu notre interlocuteur, nous avons appris que les Chinois procèdent de la manière suivante à la constatation de ce signe de mort. On nettoie la cavité buccale jusqu'à dessication, et en cas que la bouche redevienne humide, la mort n'est point considérée comme consommée.

Nous n'avons pu, jusqu'à présent, nous occuper de la valeur de ce prétendu caractère de la mort, mais nous nous réservons d'en faire l'objet d'une étude spéciale.

Un autre signe, au dire de M. Wang Ki-ye, auquel les Chinois attachent une grande valeur, est le *froid de la région du cœur*. C'est à ce point, qu'il est défendu de procéder à la toilette d'un mort avant de constater le refroidissement complet de cette région.

Il est inutile d'ajouter que la plupart des signes qui, chez nous, sont censés caractériser la présence de la mort réelle, ont chez les Chinois la même valeur.

Nous exprimerons le regret que les bornes de notre travail ne nous permettent pas de raconter une foule d'autres détails funéraires que nous devons à la double obligeance de M. Wang Ki-ye et de son savant interprète.

Amérique septentrionale.

Nous ne pouvons résister au plaisir de faire connaître à nos lecteurs la belle description du baron de la Hontan, des funérailles chez les sauvages de l'Amérique du nord.

Dès qu'un sauvage est mort, on l'habille le plus proprement qu'il est possible. Ni père, ni mère, ni frères, ni sœurs n'en paraissent nullement affligés. Ils disent qu'il est bien heureux de ne plus souffrir. Dès que le mort est habillé, on l'assied sur une natte comme s'il était vivant. Ses parens se rangent autour de lui, chacun le harangue à son tour. — Te voilà assis avec nous. Tu as la même figure que nous : il ne te manque ni bras, ni jambes. Cependant tu cesses d'être et tu commences à t'évaporer comme la fumée de cette pipe. Qui est-ce qui nous parlait il y a deux jours? Ce n'est pas toi, car tu nous parlerais encore. Il faut donc que ce soit ton âme, qui est à présent dans le grand pays des âmes. Ton corps, que nous voyons ici, sera dans six mois, ce qu'il était il y a deux cents ans. Tu ne sens rien et tu ne vois rien, parce que tu n'es rien. Cependant, à cause de l'amitié que nous portions à ton corps, lorsque l'esprit l'animait, nous te donnons des marques de notre vénération, etc. — Ces harangues finies, on emporte le corps et on l'enferme pendant vingt heures dans la *cabane des morts*. Les vingt heures expirées, les esclaves du défunt le portent sur leur dos, enseveli dans un double cercueil d'écorce, que l'on place sur des piquets de dix pieds de hauteur. La flamme le consume, et pendant ce temps les danses continuent sans interruption autour du bûcher.

CONCLUSIONS.

On comprend facilement que nous devions arrêter ici cet exposé des pratiques funéraires en usage chez les différens peuples modernes, dans le but de se tenir en garde contre la mort incertaine.

Les peuples qu'il nous resterait encore à examiner, sont assez connus du lecteur, pour qu'il n'ignore pas leurs usages mortuaires; ou ils sont tellement nos voisins, qu'il sera toujours facile de remplir cette lacune peu importante.

Ce que nous avons dit des peuples modernes suffit, et au-delà, pour que l'on puisse établir entre eux et les peuples anciens la comparaison dont nous avons parlé en commençant cette seconde partie.

Au premier abord, il faut bien le dire, cette comparaison n'est pas en faveur des peuples modernes, et les anciens paraissent avoir porté bien autrement loin le respect pour la vie humaine et les précautions contre l'inhumation en état de mort apparente.

Mais il ne faut pas perdre de vue que, parmi les peuples dont il n'est point parlé dans cette introduction, il s'en trouve quelques-uns en possession d'une législation funéraire qui rend bien difficile, sinon impossible, l'enterrement avant décès. On s'en convaincra plus tard.

Il est bon aussi de faire remarquer que les Chinois rivalisent au moins avec les anciens, s'ils ne les surpassent pas par l'ensemble des précautions dont ils entourent les derniers momens de la vie et les premiers jours de la mort, pour s'assurer de la réalité de celle-ci, ou éviter les suites horribles d'une méprise.

D'où il résulte que l'exposé, tout incomplet qu'il est, des pratiques funéraires usitées chez les différens peuples, tant anciens que modernes, en vue de se garantir contre la mort incertaine, renferme, à peu de chose près, tous les élémens d'une législation funéraire propre à détruire le fléau des inhumations précipitées.

Il était, à ce titre, une introduction presque nécessaire à notre travail.

dont nous avons pris soin de les entourer, ont du moins suffi à nos plus intimes convictions, et nous autorisent à tirer de tout ce qui précède les conclusions suivantes :

1o L'étiologie du choléra est tout entière dans sa propriété essentiellement, exclusivement épidémique.

2o La cause intime, directe, spécifique ou pathogénique du choléra, nous est tout aussi inconnue que celle des grandes épidémies observées jusqu'à ce jour ; mais il y a lieu de croire qu'elle se suffit à elle seule pour se produire et se développer, se propager et se transmettre, sous la seule aptitude des lieux et des individus.

3o Aucun fait n'a pu, jusqu'à ce jour, constater la puissance de transmission individuelle du choléra, c'est-à-dire sa propriété contagieuse proprement dite, en dehors de l'exercice actuel de sa propriété essentiellement épidémique.

4o Rien ne prouve d'ailleurs que la propriété épidémique du choléra acquière plus d'intensité par la présence même des malades dans les foyers où elle exerce toute son activité. En d'autres termes, le fait de l'*infection* dite *miasmatique*, dans l'espèce, n'est nullement démontré.

5o Ce que l'observation la plus générale a pu constater de positif à l'égard de l'exercice de la propriété épidémique du choléra, c'est qu'elle affecte une préférence marquée pour toutes les lignes aqueuses ; qu'elle s'arrête plus spécialement dans les régions basses, froides et humides ; et qu'elle sévit plus particulièrement sur les individus placés dans des conditions hygiéniques et physiologiques plus favorables à la dépression de la puissance nerveuse, à la réfrigération du corps ou à la diminution de la chaleur animale.

6o Toutes les mesures d'isolement et de séquestration dirigées contre une prétendue propriété contagieuse du choléra, sont pour le moins inutiles, impuissantes dans leurs résultats prophylactiques, si elles ne sont dangereuses dans leur effet moral, sur les populations atteintes ou menacées de l'épidémie.

7o La science et l'administration sanitaires peuvent intervenir plus ou moins efficacement contre l'étiologie du choléra, en lui opposant des mesures d'hygiène dirigées spécialement contre certaines conditions locales et individuelles que l'observation et l'expérience signalent plus particulièrement à leur vigilance et à leur sollicitude, dans l'exercice de sa propriété épidémique.

— Si l'Académie veut bien le permettre, j'aurai l'honneur de lui soumettre, dans une prochaine lecture, quelques *remarques pratiques* sur la prophylaxie et le traitement du choléra.

OPHTHALMOLOGIE.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

12 Novembre 1853.

Mon cher confrère,

Voici une nouvelle et intéressante observation d'*épicanthus externe*, qui prouve, une fois de plus, que certaines maladies peu fréquentes passent inaperçues, tant qu'elles n'ont pas reçu un nom et une place dans le cadre nosologique.

L'observation très complète que je prends la liberté de vous adresser, et qui m'est communiquée par un de nos confrères, offre plusieurs particularités remarquables, telles que l'irritation congestive du repli falciforme des paupières à l'approche de l'époque menstruelle, et l'exemple d'un épicanthus externe congénial *uni-oculaire*, non encore observé jusqu'ici. Elle me paraît digne, à tous titres, d'une place dans vos colonnes.

Recevez, etc. Sichel, d. m. p.

OBSERVATION D'ÉPICANTHUS EXTERNE.

Mme C..., charmante femme de 28 ans, présente un nouvel exemple d'épicanthus prononcé de la commissure externe de l'œil gauche ; il est congénial.

Depuis longtemps je connais cette aimable dame ; souvent j'avais remarqué ce repli semi-lunaire des paupières ; mais, n'ayant vu décrit nulle part ce genre de lésion, je n'y fis pas grande attention ; il m'a fallu la lecture du mémoire publié par M. Sichel, en 1851, et la description qu'il donne de cette affection, pour diagnostiquer chez Mme C... un *épicanthus*. Sa dernière note insérée dans l'Union Médicale, no 89, 1853, et la lettre du docteur Chevillon, même journal, no 93, me prouvant, de plus, que cette lésion, à l'angle externe de l'œil, est assez rare, je crois devoir signaler ce nouveau cas. En voici l'esquisse succincte :

La commissure externe de l'œil gauche n'existe pas, pour ainsi dire. Pas de cils dans cette région. Un repli falciforme, s'avançant sur la cornée opaque, et formant un triangle (ayant à peu près un centimètre de haut, à partir de l'angle externe de l'œil), réunit les paupières supérieure et inférieure. Le bord libre de ce pli valvulaire, d'un blanc nacré, est entièrement recouvert par les paupières lorsqu'elles sont fermées ; si, au contraire, on les tend fortement en haut et en bas, l'épicanthus s'efface, et l'on constate distinctement qu'il est la continuation des téguments cutanés.

La conformation anormale de cette commissure, quoique assez marquée, n'a rien de choquant. Lors de certains mouvemens de l'œil, elle donne à la physionomie une expression légère de strabisme divergent. Un fait assez bizarre, c'est que la partie de cette membrane, qui rejoint la paupière inférieure, se congestionne et rougit assez fortement à l'approche des règles, et pendant tout le temps qu'elles durent. Depuis longtemps ce phénomène est tellement régulier, que lorsque par hasard Mme C... oublie la date de son époque menstruelle, elle consulte sa membrane, qui ne la trompe jamais.

Une autre remarque est celle-ci : A la fin de la journée, si Mme C... s'assoupit, lors du réveil les paupières gauches ne s'entr'ouvrent pas aussi vite ni aussi facilement que celles du côté droit. Le matin ce fait ne se représente pas. Quant au globe de l'œil, il n'est ni plus petit, ni plus saillant que le droit. La vue est même meilleure que celle du côté opposé. Si, par exemple, elle se fatigue, l'œil devient rouge, se congestionne, et fait éprouver des picotemens douloureux.

Zandyck, d. m.,
A Dunkerque (Nord).

9 Novembre 1853.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

ABSENCE DES LOCHIES APRÈS UN ACCOUCHEMENT.

Le 5 juin dernier, à trois heures du soir, je fus appelé pour accoucher Mme B..., rue des Minimes.

Cette femme, d'un tempérament sanguin, bien constituée, avait eu déjà trois couches heureuses.

Après un travail pénible de cinq heures environ, elle put mettre au monde un garçon volumineux, mais avec un écoulement de sang très considérable.

Je revis Mme B... trois heures après l'accouchement ; elle était dans les meilleures conditions possibles.

Le lendemain, 6 juin, je la trouvai parfaitement calme, sans fièvre, mais avec une transpiration très abondante, quoiqu'elle n'eût rien fait pour la provoquer. J'examinai les parties sexuelles : aucun écoulement ne s'y manifestait, les lochies n'accusant pas la moindre trace. Néanmoins, absence complète de phénomènes inquiétans ; ni douleurs dans la région hypogastrique, ni coliques, ni douleurs de reins, ni étouffemens, ni toux, ni éblouissemens, ni douleurs de tête. — Tilleul orangé, trois bouillons gras.

Les 7 et 8 juin, rien de nouveau sur la scène ; pouls entre 68 et 73 ; transpiration toujours abondante ; aucune apparence de lochies ; pas de mouvement fluxionnaire vers les seins. L'heureuse accouchée se trouvait dans le plus grand bien-être. — Tilleul orangé, décoction de gruau, trois bouillons gras, un potage.

Enfin, la transpiration se soutint jusqu'au 11 juin, et puis tout rentra dans l'ordre.

Les jours qui suivirent, Mme B..., grâce à un régime graduellement substantiel, put recouvrer ses forces sans ressentir aucune perturbation dans l'économie.

Tout ce qui s'est passé ici est tellement insolite, tellement contraire à tout ce que j'avais observé, que l'inquiétude assiégeait vivement mon esprit. Cette absence de lochies pouvait susciter des maladies fort graves ; la matrice, les reins, le tube intestinal, les glandes mammaires, le cerveau, couraient risque de devenir autant de foyers morbides. Cependant, aucun phénomène perturbateur ne s'éleva dans aucun de ces organes. Une transpiration copieuse eut lieu pendant cinq jours, et put remplacer ainsi les lochies.

Malgré l'autorité imposante d'Hippocrate, de Boerhaave, de Mauriceau, de Lamotte, etc., l'absence des lochies n'est donc pas toujours une cause de maladies graves ; elle ne doit être considérée comme une circonstance propre à inquiéter, dit Murat, qu'autant qu'elle s'accompagne de circonstances morbifiques. Le fait que nous venons d'exposer est une confirmation plausible de cette assertion. Comme Mme B... perdit beaucoup de sang pendant le travail, et avec des contractions puissantes, le phénomène singulier qui eut lieu, dépend peut-être d'une contraction violente et rapide aux extrémités artérielles qui fournissent les lochies. De cette manière, le sang, qui devait s'écouler par les parois internes de la matrice, est rentré dans la circulation par le système veineux de ce viscère, pour quitter l'organisme sous forme de sueurs abondantes.

Agréez, etc. Ad. Lizé, d.-m.

Le Mans, 1er novembre 1853.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 12 Octobre 1853. — Présidence de M. le professeur Requin.

Sommaire. — Suite de la discussion du mémoire de M. Hérard *sur les signes stéthoscopiques du rétrécissement mitral* : MM. Beau, Hérard, Béhier, Aran et Bouvier.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du mémoire de M. Hérard.

M. Beau a la parole.

M. Beau : Dans ma nouvelle réponse que j'ai à faire à M. Hérard, j'examinerai séparément la question physiologique et la question pathologique.

Partie physiologique. — M. Hérard m'accorde qu'il y a une dilatation ventriculaire au premier temps. En cela il s'écarte un peu de ceux qui ont attaqué ma théorie ; ce qu'il veut prouver c'est qu'il existe également une dilatation au deuxième temps. C'est sur ce second point que portera toute cette discussion. M. Hérard apporte comme argument un fait expérimental qui lui a été fourni par M. Bernard. Un tube recourbé étant introduit dans le ventricule droit, on voit la colonne liquide monter et descendre dans le tube. La chute de la colonne au deuxième temps paraît à M. Hérard une preuve de la dilatation ventriculaire. C'est là une explication, j'en conviens ; mais on peut en trouver une autre. Lorsqu'au premier temps l'ondée arrive dans le tube, il y a ascension de la colonne liquide ; mais au second temps, il y a retrait du ventricule, il n'y a plus de puissance propulsive, la colonne doit nécessairement retomber. Ainsi, c'est une expérience qui ne prouve rien.

Il y a un fait bien plus important, c'est la rescision de la pointe du cœur, et l'ouverture non pas étroite, mais large du ventricule. On a beaucoup parlé des physiologistes qui n'adoptaient pas mon opinion ; j'aurais préféré que l'on me démontrât que l'expérience citée plus haut est fausse ou sans valeur. Jusque-là, je me croirai autorisé à conclure qu'il n'y a pas de dilatation physiologique au deuxième temps. Il n'en est pas de même d'une autre dilatation que j'appellerai pathologique, et qui se rencontre dans la maladie de Corrigan. Celle-ci est déterminée, comme on le sait, par l'ondée rétrograde qui rentre dans le ventricule à travers les valvules sigmoïdes insuffisantes, et le dilate. Il n'existe pas d'autre dilatation ventriculaire au second temps. Mais, demandera-t-on, pourquoi le sang contenu dans l'oreillette ne tombe-t-il pas dans le ventricule ? La cause en est dans le retrait du ventricule dépendant lui-même de la tonicité des fibres musculaires. Ce n'est qu'au moment où l'oreillette est pleine, que le sang pourrait couler dans la cavité ventriculaire ; mais précisément c'est alors que l'oreillette se contracte. Les choses ne se passent pas de même dans la dilatation pathologique, où le sang pénètre dans le ventricule, parce qu'il est refoulé par une force supérieure à la tonicité musculaire, je veux parler de la réaction élastique de l'artère aorte. Dans la théorie de M. Hérard, on dit : le ventricule se dilate, puis l'oreillette achève sa dilatation. Mais il faudrait que le ventricule fût double de l'oreillette pour recevoir ces deux ondées, l'ondée du premier temps et celle du second temps.

Voilà ce que j'avais à répondre sur la partie physiologique du mémoire de Hérard. J'arrive à la *partie pathologique*. Vous voyez que la conséquence pathologique des idées que je viens de développer, c'est qu'un bruit anormal au deuxième temps ne peut indiquer qu'une dilatation pathologique, autrement dit, une insuffisance aortique. C'est sur ce point qu'a porté surtout le mémoire de M. Hérard : il nous a signalé des faits dans lesquels le bruit de souffle reconnaîtrait une autre cause. Que devais-je faire en présence de pareils faits ? Je devais être sévère, puisque la physiologie m'enseignait qu'ils ne sont pas acceptables.

J'ai rejeté d'abord les quatre observations sans autopsie, parce que je n'avais pas la preuve certaine de l'existence d'un rétrécissement mitral. M. Hérard pense que ce rétrécissement était démontré par le siége du bruit de souffle à la pointe du cœur. J'admets, en thèse générale, que, d'ordinaire, les bruits se passent en face des orifices, mais il y a des exceptions. J'ai vu des malades qui présentaient des bruits de souffle à la pointe et qui cependant étaient affectés d'insuffisance aortique : j'expliquais le fait par l'interposition d'une lame de poumon entre le thorax et la base du cœur. M. Hérard ne veut pas de cette explication. Il dit qu'on ne comprend pas qu'une lame du poumon laisse passer les bruits normaux et s'oppose à la perception des bruits anormaux. Je ne suis pas de son avis. Il y a des bruits normaux qui s'entendent par toute la poitrine et des bruits anormaux qui ne s'entendent que dans le point même où ils se produisent.

Il y a maintenant dans la série des faits de M. Hérard deux ou trois observations dans lesquelles l'autopsie a été faite mais dans lesquelles l'insuffisance n'a pas été constatée. Ainsi l'observation de Laennec...

M. Hérard : M. Beau veut-il me permettre une simple réflexion ? Dans les insuffisances aortiques il y a, le plus ordinairement, une déformation valvulaire qui fait rechercher s'il y a ou non insuffisance, mais cette recherche est véritablement superflue dans les observations où les valvules sigmoïdes sont entièrement saines, comme cela a été noté dans l'observation de Laennec.

M. Beau : Il y a des cas où l'insuffisance peut exister sans qu'elle se traduise extérieurement par une déformation apparente des valvules. Cela pouvait être dans l'observation de Laennec et dans celle de M. Parchappe. Il y a un troisième fait dans lequel l'expérience qui consiste à verser de l'eau par l'aorte a montré l'absence de l'insuffisance aortique ; mais j'ai déjà dit que cette expérience est en général incomplète et qu'en comprimant fortement l'aorte pour simuler la réaction élastique de cette artère, on trouve des insuffisances qui auraient échappé sans cette précaution.

J'ai dit que certains cas de bruits anormaux, rapportés au second temps, tiennent au dédoublement du premier temps qui est alors marqué par deux bruits de souffle successifs, résultant, l'un du rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire du côté gauche, l'autre d'un rétrécissement relatif déterminé à l'orifice pulmonaire par la dilatation du ventricule droit. M. Hérard nie la possibilité d'un semblable rétrécissement relatif, pour cette raison que la dilatation doit porter tout à la fois sur l'orifice pulmonaire et sur le ventricule. Je me borne à affirmer l'existence d'un semblable rétrécissement relatif ; on l'observe habituellement dans les cas où un rétrécissement absolu affectant les orifices du cœur gauche, le sang, gêné dans son passage, distend progressivement les veines pulmonaires, l'artère pulmonaire et les cavités droites ; seulement, on remarquera que la dilatation, due à cette plénitude sanguine, porte beaucoup plus sur le ventricule droit que sur l'orifice de l'artère pulmonaire. Pourquoi, dans ces cas de dédoublement de bruits anormaux, ne perçoit-on pas toujours un double choc à la région précordiale ? Il y en a quelquefois un double, mais pas toujours. On ne peut pas exiger un double choc dans les cas de dédoublement, quand le choc n'est pas constant, même dans les cas où le cœur se contracte régulièrement, sans aucun dédoublement. Pourquoi y a-t-il un intervalle parfaitement égal entre les deux bruits de souffle, s'ils sont réellement dédoublés ? Rien ne répugne à admettre un intervalle parfaitement égal entre les bruits anormaux dédoublés, puisque nous savons qu'un intervalle tout aussi égal et régulier existe entre les bruits normaux, quand ils sont affectés de dédoublement.

D'autres bruits de souffle rapportés au second temps, ai-je dit, s'expliquent par une double et successive évacuation de l'oreillette, qui se contracte deux fois de suite à chaque premier temps, pour produire deux bruits de souffle successifs. — La chose est impossible, dit M. Hérard, puisque si le bruit de souffle du second temps est ainsi rapporté à la contraction de l'oreillette, il faudrait admettre que l'oreillette se contracte dans le même moment où elle se dilate. Je réponds que cette conclusion n'est pas rigoureuse, car ce bruit de souffle, rapporté au second temps, n'a pas lieu réellement dans ce véritable second temps, mais un peu auparavant, et dès lors, il n'y a aucune impossibilité entre l'existence de cette seconde contraction de l'oreillette et sa dilatation qui arrive immédiatement après. — Si on admet, dit encore M. Hérard, cette double et successive contraction de l'oreillette, il faut admettre une double pulsation correspondante dans l'artère radiale. Quelquefois cette constatation est effectivement possible ; mais souvent elle est très difficile, parce que c'est surtout dans ces cas-là que le pouls est noté comme irrégulier, inégal, impossible à suivre, etc. — Ici, encore, on devrait, dit-on, avoir un double choc à la région précordiale. — Je répondrai comme précédemment : il existe ainsi quelquefois, mais pas toujours.

M. Hérard m'objecte d'admettre qu'une division de l'ondée en deux moitiés par deux contractions successives de l'oreillette, puisse produire des bruits de souffle, quand j'ai dit et répété souvent que, dans les rétrécissemens où l'ondée effectuait son passage par fractions, le frottement n'était pas assez intense pour déterminer des bruits de souffle. Il y a ici une distinction à faire : quand l'ondée est divisée, au point que ses fractions seront trop peu abondantes pour produire un frottement notable, alors il n'y aura pas de bruit de souffle. Quand, au contraire, l'ondée sera divisée seulement en deux moitiés, comme dans le cas supposé, et que le rétrécissement sera considérable, le frottement sera encore assez intense pour produire des bruits de souffle. Rien ne répugne, comme on le voit, à admettre cette distinction.

Les observations de M. Hérard peuvent s'expliquer : 1° par une insuffisance des valvules aortiques méconnue ; 2° par un défaut d'isochronisme survenu entre deux bruits de souffle du premier temps, ou par deux demi-contractions de l'oreillette se succédant au premier temps et faisant passer deux moitiés d'ondée à travers l'orifice auriculo-ventriculaire.

Il y a tout au plus six observations de M. Hérard qu'on ne peut pas faire rentrer dans les trois catégories précédentes, mais est-ce à dire, pour cela, qu'elles doivent être considérées définitivement comme des observations de rétrécissement auriculo-ventriculaire avec bruit de souffle au second temps? Certainement non. N'oublions pas, en effet, que les différens observateurs qui les ont recueillies croyaient qu'à l'état physiologique le sang traversait l'orifice auriculo-ventriculaire au second temps ; ils se sont donc empressés de constater des faits pathologiques qu'ils regardaient comme les corollaires de leur théorie physiologique. Ils se sont contentés d'un examen superficiel, dans la conviction où ils étaient, que ces observations étaient toutes naturelles. S'ils avaient regardé ces faits comme opposés à la véritable loi physiologique, ils se seraient livrés à une investigation plus sérieuse, et ils eussent été frappés de quelques circonstances symptomatiques qu'une fausse théorie les empêchait de voir.

D'ailleurs, qu'on y prenne garde. Six observations en vingt-cinq ou trente ans! Ce petit nombre n'indique-t-il pas des faits anormaux, ou plutôt incomplètement observés? Si, à l'état normal, le sang traversait réellement l'orifice auriculo-ventriculaire au second temps, on ne serait pas ainsi réduit à compter, une à une, les observations de rétrécissement auriculo-ventriculaire avec bruit de souffle au second temps.

Je ne repousse donc pas ces observations de M. Hérard. Mais je les admets comme faits extraordinaires, exceptionnels et opposés à la théorie physiologique des mouvemens du cœur; et j'ai l'espérance qu'au fur et à mesure que la théorie qui les repousse sera adoptée, ces faits deviendront encore de plus en plus rares.

Ces faits, exceptionnels, n'ont rien qui doivent nous étonner en eux-mêmes. Nous devons y être suffisamment préparés par les analogies que nous présente la pathologie. En effet, qu'y a-t-il de plus accepté comme règle générale que la loi qui, en fait de lésions cérébrales, fixe la paralysie au côté opposé à l'hémisphère affecté; eh bien! l'on sait qu'il existe, dans la science, des observations bien ou mal constatées, de lésion cérébrale avec paralysie du côté de l'hémisphère affecté.

Comme on le voit donc, il ne faut pas mettre les faits exceptionnels sur le même plan que les faits réguliers. Et, pour ne revenir qu'à la question qui nous occupe, nous dirons que le véritable terrain de cette question est physiologique plutôt que pathologique. Il s'agit, en un mot, de bien fixer, pour l'état physiologique, à quel temps le sang traverse l'orifice auriculo-ventriculaire. Si le sang ne traverse pas cet orifice au second temps, il est évident que, dans les cas de rétrécissement de cet orifice, le bruit anormal dû à ce rétrécissement ne peut pas se faire entendre au second temps. Et, dès lors, on doit tenir pour douteux ou anormaux les faits dans lesquels on a cru constater le contraire.

En terminant, je dois faire remarquer que, me bornant surtout à me défendre, je n'ai pas cherché trop à attaquer la théorie de mon honorable adversaire. Cependant, il est une de ses hypothèses que je ne puis laisser passer sans protestation. M. Hérard, admettant que le sang vient remplir le ventricule au second temps, est obligé nécessairement de nous dire quel est l'agent qui force ainsi le sang à pénétrer de l'oreillette dans le ventricule. Ce n'est pas la contraction de l'oreillette, puisqu'elle a lieu au premier temps; ce n'est pas une dilatation active du ventricule, chose repoussée par l'organisation musculaire du cœur; mais c'est une dilatation passive, c'est-à-dire que le ventricule tombant dans le relâchement après sa contraction, puise dans ce relâchement une force suffisante pour aspirer le sang de l'oreillette et pour lui faire traverser les rétrécissemens auriculo-ventriculaires assez vivement pour qu'il en résulte des bruits anormaux. Voilà ce que je n'accepte pas. Cette *force de relâchement* me paraît une création hypothétique qui n'a aucune analogie dans les différens réservoirs musculaires de l'organisme.

M. Hérard : Je comprends, Messieurs, qu'il faut que ce débat ait une fin; et si j'ai demandé la parole, ce n'est pas pour rentrer dans la discussion générale, mais pour présenter quelques courtes et dernières observations en réponse à MM. Beau et Aran.

Plus cette discussion avance, plus la Société doit être frappée des efforts que fait M. Beau pour amoindrir, pour annihiler même des observations de rétrécissement mitral qui me paraissent incontestables. Cela a été surtout évident quand, tout à l'heure, vous avez entendu M. Beau admettre des insuffisances là où il n'y avait véritablement pas la plus petite apparence de cette maladie. J'en conclus que les faits que j'ai cités dans mon mémoire embarrassent notre collègue, et qu'il n'est pas beaucoup plus satisfait que moi des explications auxquelles il a eu recours pour faire concorder ces faits avec sa théorie physiologique. Je serais donc autorisé déjà à rejeter cette théorie par ce seul argument tiré de la pathologie; et ce ne serait pas la première fois que cette science serait appelée à trancher un point de physiologie douteux. Mais je l'ai dit, je n'ai pas besoin de l'appui que me fournit la pathologie; les preuves physiologiques sont suffisantes. Je les ai examinées en détail, je n'y reviendrai pas. Je ne veux, en ce moment, m'occuper que des deux expériences sur lesquelles le débat paraît vouloir se concentrer : l'expérience de M. Bernard et l'expérience de M. Beau.

On se rappelle en quoi consiste l'expérience de M. Bernard. Cet habile physiologiste introduit l'extrémité d'un tube recourbé dans le ventricule droit d'un chien par la veine cave supérieure, et il s'aperçoit que la colonne liquide monte dans le tube au 1er temps, au moment de la contraction du ventricule, et qu'elle redescend immédiatement après pour disparaître presque entièrement. J'en avais conclu que, pour que le liquide rentrât ainsi dans le ventricule au deuxième temps, il fallait que celui-ci se dilatât. M. Beau n'est pas de cet avis ; il pense que le liquide lancé dans le tube par la contraction du ventricule doit retomber ou plutôt paraître retomber après la cessation de cette contraction. Mais il ne s'agit pas, comme semble le croire M. Beau, d'une petite différence de niveau du liquide dans le tube au premier et au second temps, il s'agit de la disparition complète ou presque complète du liquide, et cette disparition, je le répète, ne peut s'expliquer que par la dilatation ventriculaire. Cela est si vrai que si vous venez, ainsi que l'ont fait MM. Poiseuille, Bernard, et d'autres physiologistes, à porter le tube recourbé sur une artère ouverte, vous constatez bien la projection du liquide dans le tube au moment du pouls artériel, mais vous ne voyez plus, comme précédemment, le liquide immédiatement après retomber très bas et disparaître. Pourquoi? C'est que, dans ce cas, la colonne de sang contenue dans l'artère fait pression à l'extrémité du tube; le retrait simple du ventricule admis par M. Beau produirait le même résultat, et nullement cette aspiration si évidente dans l'expérience de M. Bernard. Mon argument conserve donc toute sa force.

Quant à l'expérience de M. Beau, la rescision de la pointe du cœur, j'ai dit que si l'ouverture est petite, la pression atmosphérique empêche le sang de s'écouler au dehors, et que si l'orifice est large, les fonctions d'aspiration du ventricule ne seront plus possibles.

Voici une expérience qui me paraît mettre le fait en évidence : prenez une vessie de caoutchouc, munie d'un tube; après l'avoir comprimée, cessez la compression; la cavité intérieure, qui se trouvait effacée, reparaît en vertu de l'élasticité, et alors si vous plongez l'extrémité du tube dans un vase rempli d'eau, vous voyez l'eau pénétrer dans la vessie par aspiration. C'est l'image du cœur dont la cavité intérieure, effacée par la contraction ventriculaire, reparaît par suite du retour des fibres musculaires contractées, à leur état primitif de relâchement. Faites maintenant une ouverture assez large à la vessie, comme le pratique sur le cœur M. Beau dans son expérience, et vainement vous comprimerez et relâcherez la vessie; le liquide ne montera plus dans le tube. L'expérience de M. Beau est donc bien loin d'être aussi démonstrative qu'il le pense.

Je voudrais maintenant répondre quelques mots à M. Aran. Sur la partie pathologique de mon travail, j'ai été heureux de voir que nous étions entièrement d'accord. Nous différons seulement sur l'explication du bruit de souffle du deuxième temps et sur la physiologie des mouvemens du cœur. Pour ce qui est du premier point, M. Aran s'étant borné à déclarer qu'il acceptait l'explication de M. Beau, sans répondre aux nombreuses objections que m'avait paru comporter cette explication, je ne puis que le renvoyer à la longue discussion à laquelle je me suis livré dans la dernière séance. M. Aran a, de plus, attaqué l'explication que j'avais proposée. Il m'a demandé comment, en supposant que le sang pénétrât dans le ventricule au deuxième temps, ce sang, animé de peu de vitesse, était susceptible de produire un bruit en frottant sur les bords du rétrécissement.

J'emprunterai ma réponse à un livre que M. Aran connaît parfaitement bien, au *Manuel pratique des maladies du cœur*. Je lis, en effet, page 7 et page 13, que la systole des ventricules est suivie de leur diastole, pendant laquelle ils reviennent par une *expansion instantanée*, sensible au toucher et à la vue, au même état où ils se trouvaient dans l'intervalle de repos; que cette diastole reconnaît pour cause une *force* particulière, en vertu de laquelle le cœur passe de l'état de contraction à l'état de relâchement, et en vertu de laquelle il exerce une *succion* sur le système circulatoire. N'y a-t-il pas là les élémens d'un mouvement du sang, assez intense et assez rapide pour la production d'un bruit? Connaissons-nous d'ailleurs exactement la somme de mouvement et de frottement en deçà de laquelle un bruit n'est plus possible? Longtemps on a cru que les bruits vasculaires avaient exclusivement leur siége dans les artères; le mouvement peu rapide du sang dans les veines semblait s'opposer aux bruits de souffle veineux, et cependant ils sont aujourd'hui généralement admis.

Sur le second point, la théorie physiologique, M. Aran accepte encore les opinions de M. Beau. Qu'il me permette de le renvoyer de nouveau à son *Manuel pratique des maladies du cœur*, et aux arguments qu'il fait valoir en faveur de la diastole du deuxième temps. Loin de moi l'intention de faire un reproche à M. Aran d'avoir depuis lors changé d'opinion. Je crois seulement que, pour en avoir changé aussi complètement, pour trouver si bien aujourd'hui ce qu'il trouvait si mal hier, *et vice versâ*, il faut de puissantes raisons, et j'avoue que je suis encore à les chercher dans la réponse qu'a faite M. Aran à mon mémoire. J'y vois, au contraire, que notre collègue avoue lui-même que ses expériences sur les animaux à sang chaud, les seules importantes, n'ont pas été concluantes. J'ajouterai que ces expériences, qui, d'après M. Aran, ont été entreprises de concert avec M. Bernard, sont loin apparemment d'avoir produit la même impression sur l'esprit de ce physiologiste, puisque M. Bernard considère, ainsi que je l'ai déjà dit, la diastole au deuxième temps comme un fait incontestable.

M. Béhier : L'expérience dont M. Hérard vient de nous rendre témoins, n'offre pas d'analogie avec le passage du sang à travers les cavités du cœur. Dans la vessie de caoutchouc, il y a une aspiration bien évidente, phénomène qui, selon moi, n'existe pas dans le cœur. Mais il n'y a pas de *vis à tergo* qui pousse l'eau dans le cœur de caoutchouc. Je me sers à dessein de cette expression, puisque M. Hérard assimile cet appareil au cœur lui-même. Je ne puis donc voir, dans cette expérience, une démonstration du fait que je me crois autorisé à contester.

M. Hérard : Je répondrai à M. Béhier que, d'accord avec un grand nombre de physiologistes, j'ai admis, dans le ventricule au deuxième temps, un mouvement de dilatation qui, pour n'être pas actif, n'en est pas moins instantané et énergique; qu'il en résulte nécessairement une aspiration sur le sang de l'oreillette, qui si elle en contient déjà, et sur celui des veines avoisinantes. Ce mouvement me paraît si important, qu'il permet de négliger la force très secondaire que l'on appelle *vis à tergo*. J'ajouterai que je suis surpris d'entendre M. Béhier faire intervenir ici cette force, lui qui l'a pour ainsi dire réduite à néant, quand il a supposé qu'elle n'était pas capable de dilater le ventricule relâché.

M. Béhier : Je persiste à croire, malgré les objections qui ont été faites à la théorie de M. Beau, que l'oreillette est douée d'une force de contraction suffisante pour opérer la réplétion du ventricule, et que cette force de contraction agit seule, et qu'il est parfaitement inutile d'en faire intervenir une autre qui n'aurait aucune raison d'être. On sait que M. Beau a relevé, dans les observations de M. Bouillaud, les cas où il existait une hypertrophie de l'oreillette, et il a trouvé que, pendant la vie, on avait constaté que l'impulsion du cœur était augmentée. J'ai fait un relevé semblable pour les cas d'hypertrophie de l'oreillette, cités par Corvisart, et je suis arrivé au même résultat. Or, cette exagération de l'impulsion du cœur ne peut s'expliquer que par une contraction plus énergique de l'oreillette hypertrophiée. J'ai dit que je n'admettais pas la force d'aspiration, et je me fonde, entre autres preuves, sur ce que, dans les expériences où l'on a ouvert le ventricule, on n'a constaté aucun phénomène qui pût en faire soupçonner l'existence. Il a dû cependant, et pour ma part, il m'est arrivé plusieurs fois, dans les expériences que j'ai faites, de voir le cœur baigner momentanément dans le sang qui s'écoulait par l'ouverture pratiquée au ventricule; eh bien! jamais, dans ces circonstances, je n'ai vu se produire le moindre phénomène d'aspiration.

M. Aran : M. Hérard a dit que M. Bernard n'a aucun souvenir des expériences que j'ai invoquées. Je puis lui affirmer que ces expériences ont été faites il y a plusieurs années, que j'en ai noté moi-même les résultats au moment où M. Bernard les a pratiquées. Il serait très facile, d'ailleurs, d'en appeler de nouveau à la mémoire de M. Bernard. M. Hérard prétend que le bruit de souffle au second temps se produit par le fait du passage du sang de l'oreillette dans le ventricule, où il est attiré par la force d'aspiration pendant la diastole. Je ne puis souscrire à cette opinion, qui est contraire à toutes les lois hydrauliques. Il n'y a pas de bruit de souffle possible sans l'intervention d'une force active énergique qui pousse le liquide. En s'efforçant de trouver des explications aussi peu satisfaisantes, on paraît oublier que les oreillettes ont des fibres contractiles, et que la contraction de ces oreillettes est une force bien suffisante pour expliquer le passage du sang de l'oreillette dans le ventricule.

M. Bouvier : Il y a vingt-deux ans, ayant cherché à étudier la circulation sur le cœur des grenouilles, je fus très étonné de voir ce que M. Beau a vu et décrit plus tard. Je rendis M. Cruveilher témoin des phénomènes que j'avais observés, et qui étaient tellement en désaccord avec les théories régnantes, que je n'osai pas en parler. Je crus voir aussi que la pointe du cœur se relevait pendant la diastole, mais je n'en fus pas convaincu. Je ne partage pas l'opinion de M. Beau, qui nie l'intervention d'une force quelconque dans le retour des fibres musculaires, à leur forme ou à leur direction première, lorsqu'elles ont cessé de se contracter. Si l'on met à nu le diaphragme, sur un animal vivant, on le voit former un plan horizontal, lorsque ses fibres se contractent; la contraction vient-elle à cesser, il redevient courbe; il y a donc une force qui rend au muscle sa forme primitive. S'il en est ainsi pour le diaphragme, pourquoi n'en serait-il pas de même du cœur, dont les fibres reprendraient leur courbure aussitôt après leur contraction, et qui retrouverait ainsi sa forme habituelle.

M. Beau ne nie pas qu'un muscle ne puisse reprendre sa forme lorsque sa contraction a cessé, mais il n'admet pas, dans ce phénomène, l'intervention d'une force active?

M. Béhier partage l'opinion de M. Beau; il n'admet pas de force de dilatation. Le sang est le seul agent de cette dilatation. Ce liquide distend le cœur qui, alors, a cessé d'agir et reste inactif.

M. Hérard répond à MM. Beau et Béhier qu'il n'a jamais entendu parler que du relâchement des ventricules et nullement de force active; que du moment où on lui concède que les cavités ventriculaires reprennent leur forme lorsque la contraction musculaire a cessé, on lui accorde la diastole du deuxième temps et consécutivement l'aspiration du sang des vaisseaux ambians.

La discussion est fermée.

Le secrétaire, Ch. Léger.

COURRIER.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Nous avons à signaler une légère augmentation dans le nombre des cas de choléra qui se sont déclarés depuis notre dernier numéro. — De 7, 8, 9 et 10 cas par jour, ce nombre s'est élevé hier à 15 dans les divers hôpitaux civils. De ces cas, les uns sont venus du dehors, les autres se sont manifestés à l'intérieur. Parmi ces derniers, c'est toujours, et presque exclusivement, sur les malades affectés de fièvre typhoïde que le choléra s'est déclaré.

On signale aussi plusieurs cas dans les hôpitaux militaires du Gros-Caillou et du Val-de-Grâce.

Dans quelques communes de la banlieue, le choléra a été aussi observé, mais jusqu'ici, heureusement, sur de très petites proportions. On cite les communes de Bercy et de Grenelle comme ayant présenté les cas les plus nombreux.

Dans les départemens, il n'est toujours question que de quelques cas disséminés au Havre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Statistique du service chirurgical de M. le professeur Burggraeve, à l'hôpital civil de Gand. — Brochure in-8, Gand. 1853.

La médecine du pauvre et du riche, problème résolu par le triple électro-galvanique; nouveau système curatif, etc.; par Emmanuel Rebald, inventeur. Brochure in-8, Paris, 1853. Chez les principaux libraires.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 143. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 1er Décembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12

A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56* ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 30 NOVEMBRE 1853.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Nous nous sentons plus à l'aise pour parler du choléra, depuis que la presse politique ne répète plus nos articles, mesure dont nous la félicitons, dans laquelle nous l'engageons à persévérer, et qui nous laisse plus de liberté pour renseigner nos lecteurs spéciaux sur des circonstances qu'ils ont le plus grand intérêt à connaître.

L'épidémie — puisqu'il faut l'appeler par son nom — a fait de nouveaux progrès. Le nombre des cas qui s'était élevé à 15, dans la journée de dimanche, a été d'un peu plus du double dans la journée de lundi, c'est-à-dire de 31. Le chiffre est descendu à 29 dans la journée d'hier, 29 novembre. Nous ne parlons ici que des cas reçus ou développés dans les hôpitaux. Nous manquons de renseignemens sur ce qui s'est passé en ville. — Nous savons seulement que 42 décès cholériques avaient été déclarés, le 28, aux mairies, depuis le commencement de l'épidémie.

A l'encontre des jours précédens, le plus grand nombre des cas nouveaux ne s'est pas développés à l'intérieur des hôpitaux. Le 28, 2 cas intérieurs sur 31, le 29, 3 sur 29. Nous avons déjà dit que ces cas intérieurs se développaient sur des malades presque tous atteints ou convalescens de fièvre typhoïde, maladie qui règne concurremment avec le choléra, et qui semble ne recevoir aucune influence de l'épidémie nouvelle.

Mais par contre, et c'est une remarque très importante, la fièvre typhoïde exerce une très notable influence sur la terminaison du choléra. On en jugera par les chiffres suivans :

Lundi soir, 62 cas de choléra avaient été reçus ou s'étaient manifestés dans les salles de l'Hôtel-Dieu;

Sur ce nombre, 30 cas s'étaient développés dans les salles mêmes et sur des malades alités depuis plus ou moins longtemps; 21 de ces cas ont été mortels.

Sur les 32 cas venus de l'extérieur, il n'y a eu que 8 décès.

Ces chiffres prêtent à des réflexions de plus d'un genre.

Ils confirment, d'abord, ce qui était généralement connu de l'influence de l'état antérieur de santé sur la manifestation et sur la terminaison du choléra. Ce qui se passe à l'Hôtel-Dieu n'est pas particulier à cet établissement ni aux autres hôpitaux, et des cas encore rares qui ont été observés en ville, on nous en a cité 3 dont l'un s'est développé en pleine scarlatine grave, l'autre au milieu d'une entérite, le troisième sur une malheureuse femme atteinte d'un cancer de l'estomac. Ces 3 cas ont été mortels. D'autres cas semblables ont sans doute été observés, et nous ne saurions trop appeler l'attention de nos confrères sur ce point d'une grande importance.

En effet, l'administration de l'assistance publique a dû se préoccuper de ce nombre considérable de cas de choléra, développés à l'intérieur des hôpitaux. Déjà, en 1849, sa sollicitude avait été éveillée sur ce point; car ce qui s'observe aujourd'hui avait été déjà observé dans la dernière épidémie et sur de très larges proportions. En effet, sur 9,754 cas de choléra traités dans les hôpitaux de Paris, en 1849, 2,402, c'est-à-dire un quart environ, se déclarèrent dans les salles des divers établissemens nosocomiaux, non compris les hospices. (Voyez le rapport de M. Blondel *Sur les épidémies cholériques de* 1832 *et* 1849.) On trouve, dans l'ouvrage que nous venons de citer, des renseignemens très précieux sur la répartition de ces cas dans les divers hôpitaux. Malheureusement, soit que les médecins n'en aient pas tenu compte, soit que l'auteur n'ait pas utilisé les renseignemens que l'administration peut posséder à cet égard, il n'est fait aucune mention des maladies qui ont été suivies de choléra.

Quant à la mortalité comparée entre les cas de choléra venus de l'extérieur et ceux développés dans l'intérieur, elle a été plus considérable pour ceux de cette dernière classe.

Ce qui se passe aujourd'hui n'est donc pas un fait nouveau et par cela même ce fait est d'autant plus digne des préoccupations de l'administration de l'assistance publique, qui, si nous sommes bien informé, a consulté l'opinion des médecins des hôpitaux sur les mesures à prendre pour la répartition des cholériques dans les divers établissemens nosocomiaux.

Le choléra de 1853 se présente-t-il avec les mêmes caractères, la même gravité, le même ensemble symptomatique que le choléra de 1832 et de 1849? Les opinions se divisent sur ce point. Nous croyons que nous sommes trop près encore du début de l'épidémie pour qu'il soit possible d'avoir une idée arrêtée sur ce point. Ce qu'il y a de certain, c'est que nous avons vu des cas de choléra tout aussi graves, tout aussi soudains, et présentant le même ensemble de phénomènes saisissans que durant les épidémies antérieures. A côté de ces cas, il en est d'autres et en plus grand nombre, et parmi ceux surtout qui viennent du dehors, qui se présentent sous une forme comme affaiblie, comme larvée, dans lesquels font défaut un ou plusieurs symptômes caractéristiques, soit les évacuations, soit la cyanose, soit les crampes; dans lesquels les évacuations conservent la teinte bilieuse et l'odeur fécale, dans lesquels, enfin, et ceci est remarquable, la gravité des cas est moins dans la période algide, que dans la période de réaction, qui arrive avec une grande rapidité et dont les moyens de l'art ne peuvent pas toujours contenir l'explosion dans de justes limites.

Mais, nous devons le dire, aucune des formes sous lesquelles le choléra actuel se manifeste, ne constitue une forme nouvelle; tout cela a été observé en 1849 et en 1832, et nous en relisions, hier encore, de très belles descriptions dans les *Leçons sur le choléra*, faites en 1832, par M. Magendie, au Collége de France, leçons trop oubliées par la génération médicale actuelle, et qui constituent certainement une des productions les plus remarquables que le choléra ait fait naître.

On nous a parlé de la découverte que M. Mandl aurait faite au moyen du microscope, d'un cryptogame dans la matière des évacuations cholériques. Nous devons laisser à cet habile observateur la virginité de cette découverte.

Nous n'avons pas appris que de nouvelles communes de la banlieue aient été atteintes. Le nombre des cas a augmenté à Bercy. Le nombre des décès, dans cette commune, s'élevait à 16, le 28.

Tous les praticiens de Paris que nous avons consultés, s'accordent à dire que le nombre des diarrhées est considérable, et augmente sensiblement. *Vigilate! vigilate!*

Du reste, voici les renseignemens que nous avons pu nous procurer, soit dans les hôpitaux, soit auprès de nos confrères vérificateurs des décès, sur les résultats du choléra depuis son apparition jusqu'au 28 novembre au soir :

Admissions dans les hôpitaux et hospices. . .	116 cas.
Cas développés à l'intérieur.	57
Total.	173
Décès : Hôpitaux et hospices.	79
A domicile.	42
A Bercy.	16
Total.	137

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

QUESTION DU PERCHLORURE DE FER.

Nous croyons que la discussion est close, elle devrait l'être.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — De la méthode empirique (suite). — Histoire, anatogisme, épilogisme. — Nécessité de définir les maladies par l'ensembte de teurs principaux symptômes, et inconvénient des définitions fondées sur la considération de la nature intime des maladies. — De l'empirisme en thérapeutique, ses avantages, ses inconvéniens. — Conséquences déplorables qu'it a eu dans t'antiquité; discrédit de l'école empirique. — Importance de la physiologie expérimentate. — Résultats de l'empirisme ancien : les médecins se jettent exclusivement dans la pratique; apparition de nombreux traités de matière médicale. — La *poésie au service des drogues* : Damocrate, Philon, Andromache.

XXVIII.

De la méthode empirique (suite).

L'observation était, avons-nous dit, la principale source d'instruction, suivant les médecins de l'école empirique, mais ce n'était pas la seule. Il y avait encore l'histoire, l'analogisme et l'épilogisme.

Histoire. — Aux lumières de leurs observations personnelles, les médecins empiriques devaient joindre la connaissance des observations faites tant par leurs contemporains que par leurs prédécesseurs. Mais ils ne devaient tenir compte que des observations recueillies suivant les principes sévères de la nouvelle méthode. Toutes celles qui ne remplissaient pas cette condition étaient, pour eux, non avenues; ils les repoussaient rigoureusement. L'histoire, ainsi comprise, était, d'après eux, la source des notions les plus précieuses et les plus solides; et ils disaient que les faits, ainsi recueillis d'âge en âge, dans les différens pays, suivant des règles uniformes et une même méthode, étaient les fondemens les plus inébranlables de la science. Ils n'attachaient pas à toutes les observations, ainsi recueillies, le même degré d'importance. Ils accordaient d'autant plus de confiance à un fait, qu'il s'était reproduit un plus grand nombre de fois; ils voulaient aussi que l'on prît en sérieuse considération la personne même des observateurs et des écrivains et leur réputation de jugement, de science et de probité; on devait rechercher, autant que possible, si l'auteur qui publiait un fait n'y avait pas un intérêt quelconque d'argent, de secte ou de renommée. Ils disaient souvent que si les faits bien observés sont la gloire et la véritable richesse de l'art, les faits mal observés en sont la honte et la ruine. Pour donner aux observations toutes les garanties désirables de rigueur et d'exactitude, l'école empirique ne permettait pas aux hommes très jeunes de consigner dans les livres et de transmettre aux autres les résultats de leurs recherches. L'observation étant un art difficile, ce n'était qu'après un long apprentissage que les médecins étaient jugés dignes de produire leurs travaux au grand jour et de les communiquer à leurs contemporains.

L'*analogisme* était la troisième source d'instruction des médecins empiriques. Ils y avaient recours, lorsque, placés en face d'un cas insolite, ils n'en retrouvaient d'identiques ni dans leurs propres observations, ni dans celles de leurs contemporains ou de leurs devanciers. Ils cherchaient alors soit dans leur pratique, soit dans l'histoire, les faits qui présentaient, avec le cas nouveau, le plus d'analogie. Tel était l'analogisme des empiriques. La force des choses, ou, pour mieux dire, la tendance irrésistible de l'esprit humain, les entraînait ainsi, malgré eux, hors de leur principe fondamental, c'est-à-dire l'observation sans raisonnement; qu'est-ce, en effet, que l'analogisme, si ce n'est un raisonnement?

La quatrième source d'instruction pour les médecins empiriques, était l'*épilogisme*, nouvelle dérogation à leur principe d'observer sans raisonner. Il y a des cas où les phénomènes de la maladie ne sont visibles, ni palpables, ni appréciables à aucun de nos sens. C'est lorsque ces phénomènes se passent dans l'intérieur du corps. Les empiriques avaient très bien vu qu'en se bornant à ce que les sens leur montraient, ils n'arrivaient pas à des notions complètes. L'anatomie pathologique leur étant inconnue, ils employaient le raisonnement pour arriver à la connaissance des lésions cachées dans l'intérieur des organes. C'est ainsi que de la gêne de la respiration, du trouble des fonctions digestives, phénomènes visibles et patens, ils concluaient à la lésion des organes digestifs ou respiratoires, pour eux invisible et mystérieuse. Ils disaient : s'il nous était donné de voir, dans la profondeur du corps, l'organe qui traduit sa souffrance par les troubles fonctionnels; assurément, nous trouverions, dans cet organe, une lésion, une altération. Les empiriques cherchaient donc à suppléer, par le raisonnement, à l'indigence des moyens d'investigation. Ils s'efforçaient de localiser les maladies dans les organes, travail bien préférable aux efforts stériles des méthodistes qui s'épuisaient vainement à la recherche de la nature intime des maladies.

Ainsi, bien qu'en principe les empiriques repoussassent le raisonnement, la pratique et l'expérience les y ramenaient; ils se voyaient forcés de le faire intervenir au moins dans deux cas : 1° lorsqu'ils cherchaient des analogues aux faits nouveaux que la nature offrait à leur observation, c'est-à-dire dans l'analogisme; 2° lorsqu'ils tentaient de déterminer, d'après les symptômes d'une maladie, l'organe qui en était le siége, c'est-à-dire dans l'épilogisme.

Avec les quatre sources d'instruction dont nous venons de parler, savoir : l'observation directe, l'histoire, l'analogisme et l'épilogisme, les empiriques instituaient un certain nombre de collections de phénomènes ou de groupes de symptômes. Chaque groupe, chaque collection formait ce qu'ils appelaient un concours (*symphoré*), c'est-à-dire une unité morbide, une maladie. Ils cherchaient à distinguer ces groupes les uns des autres par des caractères bien tranchés, afin d'arriver par là, avec plus de facilité, à établir le traitement des maladies, but principal, essentiel et constant de tous leurs efforts.

La manière dont les empiriques formulaient leurs définitions est remarquable, au point de vue de la comparaison des procédés anciens avec les procédés modernes. Ce n'était pas sur la considération de la nature intime des maladies qu'ils basaient leurs définitions, mais sur l'ensemble des principaux symptômes. Suivant eux, une définition ne pouvait être

Après la dernière allocution de M. Velpeau, il n'y a plus rien à dire dans l'état actuel des choses. Nous nous rallions très volontiers aux conclusions du savant chirurgien. Ne rejetons pas absolument, systématiquement le perchlorure de fer. Si son emploi chirurgical n'a pas répondu aux espérances de M. Pravaz, les quelques succès obtenus doivent être pris en considération, non pour tenter de nouveaux essais sur l'homme, mais pour expérimenter la méthode sur des animaux. Le perchlorure de fer a révélé un grand fait qui n'est plus contestable, c'est sa propriété de coaguler le sang dans les vaisseaux. Il y a là un avenir qu'il ne faut ni dédaigner, ni décourager par une critique trop sévère.

A la bonne heure! Posée dans ces termes et sur ce terrain, tout esprit raisonnable peut accepter la question. Aussi croyons-nous devoir clore, en ce qui nous concerne, une discussion qui a produit tous les résultats que nous cherchions avec M. Malgaigne, savoir : d'appeler toute la prudente attention des chirurgiens sur une opération très séduisante, sans doute, mais non encore suffisamment instituée sur des élémens qui permettent de la tenter chez l'homme vivant sans s'exposer au reproche de témérité.

Nous ne dirons rien d'une allocution très étendue prononcée par notre vénérable maître M. Roux, et dans laquelle, avec l'abondance et la juvénilité qu'on lui connaît, il a voulu maintenir à la chirurgie les procédés dont elle est en possession dans le traitement des anévrysmes.

Amédée Latour.

OPHTHALMOLOGIE.

OBSERVATIONS DE CALCULS LACRYMAUX.

D'après les observations suivantes, qui sont tirées des hôpitaux de Londres, et qui ont été publiées dans le *Medical Times and Gazette* (numéro du 22 octobre 1853), les larmes seraient susceptibles, comme le sont la salive et d'autres produits sécrétoires, d'abandonner les élémens salins qu'elles contiennent, et de les déposer sous forme de concrétions et de véritables calculs. Pourtant le produit sécrétoire des glandes lacrymales étant comparativement peu chargé de matières solides (1 sur 1000), ainsi que le démontrent les analyses qu'en ont faites Fourcroy, Vauquelin (voyez la *Chimie organique* de Simon, publiée par la Société de Sydenham, t. II, p. 353), et plus récemment M. Bouchardat (*Annales d'oculistique*, juillet 1842), l'on doit s'attendre à ne rencontrer que très rarement les calculs lacrymaux. Il est des praticiens, qui, dans le cours d'une longue pratique, n'ont pas rencontré une seule fois ces sortes de concrétions. — Voici, en abrégé, les observations anglaises :

1er cas. — *Extraction d'un calcul du canal lacrymal supérieur.* — Au mois d'août 1853, une femme de moyen âge, vint consulter M. Critchett, à l'Hôpital ophthalmique de Londres, pour une petite tumeur dure qu'elle portait à l'angle interne de l'œil gauche, et qui datait de plus d'un an. Cette tumeur était proéminente, dure au toucher, arrondie, avait irrité les parties circonvoisines et déterminé une légère suppuration. Soupçonnant l'existence d'un calcul lacrymal, le chirurgien ouvrit de suite le conduit supérieur et enleva ainsi avec facilité, avec la curette, une petite concrétion ovale, ayant la consistance de la chaux ou du mortier desséché, et grosse comme un pois ordinaire. La plaie se cicatrisa aisément et la malade guérit.

A la requête de M. Critchett, le docteur Letheby analysa le calcul, et le trouva composé de carbonate de chaux mêlé à une petite quantité de matière animale.

2me cas. — *Extraction d'un calcul du conduit lacrymal supérieur.* — La malade était une dame d'une quarantaine d'années, sujette à des accès de goutte, habitant un port de mer. Depuis deux ans, elle portait à l'œil un gonflement lorsqu'elle vint consulter M. Critchett. La même opération fut faite, les mêmes résultats obtenus que dans le cas précédent. La pierre était un peu plus grosse et ressemblait encore davantage à de la chaux.

3me cas. — *Extraction d'un calcul du conduit lacrymal inférieur.* — Ici, il est possible de se rendre compte de la manière dont se forment ces calculs. La malade, encore une femme de moyen âge, vint à l'Hôpital ophthalmique vers le milieu de septembre 1853. Le conduit lacrymal inférieur de l'œil droit était tuméfié et légèrement enflammé; de son point, qui était élargi, proéminait une petite substance blanche. A l'aide de pinces fines, M. Critchett parvint à saisir le corps étranger et l'enleva ; il s'écoula, immédiatement après, une petite masse mucoïde, dans laquelle nageaient de nombreuses petites concrétions. Si ces concrétions eussent séjourné plus longtemps dans le conduit, il est de toute probabilité que les élémens fluides eussent été absorbés, l'élément calcaire eût augmenté, et qu'une concrétion calcaire solide en eût été le résultat.

4me cas. — *Inflammation chronique du conduit lacrymal; extraction de plusieurs calculs; guérison.* — La valeur pratique de ce cas est incontestable. Mistriss C..., âgée de 50 ans, alla consulter M. Bowman, pour une inflammation de longue date, qu'elle portait à l'angle interne de l'œil gauche. En dépit de toute espèce de traitement, cette inflammation avait résisté, et une ponction jugée nécessaire avait déterminé, dans le point malade, un travail de suppuration. M. Bowmann introduisit un stylet dans l'ouverture, qui parcourut tout le canal, et qui fit reconnaître que le conduit était dilaté et contenait plusieurs calculs distincts et isolés les uns des autres. Deux ou trois de ces concrétions avaient une couleur verdâtre, et de la consistance du mortier ; il y en avait une dure et solide. M. Bowmann nettoya avec soin la cavité, enleva tous les fragmens calcaires. La malade ne tarda pas à se rétablir, et l'affection ne récidiva pas.

5me cas. — Dans aucun des cas précédens, la cavité du canal affecté n'était complètement remplie de concrétions. C'est sans doute en partie à cette circonstance, et en partie à l'état sain de l'autre conduit qu'il n'était survenu ni épiphora, ni écoulement de larmes. L'observation suivante vit éclore ces accidens fâcheux :

Elizibeth H..., âgée de 27 ans, était depuis une année affectée d'écoulement des larmes sur la joue gauche, et, depuis quelques mois, de sécrétion purulente dans le conduit lacrymal supérieur, avec tuméfaction de la paupière correspondante. Il s'était aussi formé graduellement, à l'angle interne de l'œil, une petite tumeur dure, laquelle se projetant en dedans, avait relevé la paupière supérieure et mis à découvert la conjonctive palpébrale. M. Haynes Walten, qui fut consulté par cette femme, essaya de faire passer le corps étranger par le point lacrymal, mais ne pouvant y parvenir, il se vit forcé d'enlever, au niveau de ce point, une petite couche de peau. La concrétion fut éliminée : elle était dure, blanche, calcaire, et grosse comme un grain de blé. L'analyse chimique démontra qu'elle était presque entièrement composée de phosphate de chaux. La malade guérit aussi rapidement que dans les cas précédens.

Un fait très remarquable, que tous les lecteurs ne manqueront pas de noter, c'est que, dans tous les cas de concrétions lacrymales, il s'agit de femmes. A quoi attribuer cette singulière prédilection? Est-ce trop s'aventurer que d'en accuser la sensibilité de la femme et sa disposition à épancher des douleurs, même peu justifiées par des pleurs abondans? D'où l'excitation des glandes lacrymales, leur turgescence anormale, l'augmentation du produit sécrétoire, et peut-être même la modification du liquide dans sa composition chimique? Les *pleurs amers* du poète ne sont peut-être pas une simple figure allégorique; peut-être pourraient-elles aussi s'appliquer littéralement à des pleurs spéciaux, dans leur nature, dans leurs élémens constituans, d'autant plus que les larmes éliminées sous l'influence d'un vif chagrin ont une saveur *salée*, que tout le monde a pu remarquer, et qui ne se rencontre pas dans celles qui coulent subitement, par suite de quelque émotion vive, mais de peu de durée. Voici un large champ à l'hypothèse. Mais ce qui est bien plus certain, c'est que, d'après les analyses, assez imparfaites, disons-le tout de suite, qui ont été faites des larmes, celles-ci ne contiendraient aucun des sels, phosphate ou carbonate de chaux, que M. Bouchardat, en 1842, et M. Letheby, dans une des observations précédentes, ont trouvées dans les rares calculs des conduits lacrymaux. Nous ouvrons la *Chimie organique* de Simon, et nous y voyons que les larmes « examinées au microscope, présentent des traces de fragmens d'épithélium, dits en marqueterie, et quelques corpuscules muqueux nageant dans un fluide transparent; elles ont une saveur légèrement saline (ressemblant beaucoup à la saveur de la perspiration qui exsude du front), et font passer le papier de tournesol rougi par un acide, à une teinte d'un bleu pâle. Enfin, les élémens solides constituans des larmes, sont de 1 pour 1000, et consistent principalement en *chlorure de sodium* et en une matière extract ve jaune qui n'est pas parfaitement soluble dans l'eau. » De phosphate de chaux, de carbonate de chaux, il n'en est point question. On peut encore se demander si un principe goutteux ne présiderait pas à la formation des calculs lacrymaux, et si ces concrétions ne seraient pas, comme pour les tophus articulaires, le résultat de l'élimination de la « matière goutteuse. » Il est bon de rappeler que, dans la deuxième observation ci-dessus, la malade avait eu de fréquens accès de goutte.

Dr Achille Chereau.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 Novembre 1853. — Présidence de M. Bérard.

La correspondance officielle comprend :

1° Une demande d'avis du ministre, sur la source minérale de Ste-Elisabeth, à Cusset (Allier). (Com. des eaux minérales.)

2° Un rapport de M. le docteur Fuzallier, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Montreuil, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Beussent depuis le mois de juin 1853 jusqu'au mois d'août de la même année. (Com. des épidémies.)

3° Un rapport de M. le docteur Campmas, médecin de l'hôpital militaire de Barèges (Hautes-Pyrénées), sur les maladies au traitement desquelles les eaux minérales de cette localité ont été appliquées pendant l'année 1852. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un mémoire de M. Beauregard, de Graville (Havre), sur le choléra. (Comm. du choléra.)

2° Une lettre de M. Peixoto, contenant la table de mortalité de la ville de Rio-Janeiro (Brésil), du 1er octobre 1852 au 1er octobre 1853. Il résulte de ce tableau que ce n'est que pendant les six mois de chaleur que la mortalité par la fièvre jaune a dépassé la moyenne. (Com. M. Gérardin.)

3° Un mémoire de M. Espiau, médecin aide-major au 75me de ligne, contenant la relation d'une épidémie diphthéritique qui a sévi sur le 75me régiment de ligne, en garnison à Avignon depuis le mois d'août, jusqu'au mois d'octobre dernier. (Comm. des épidémies.)

4° Une lettre de M. Charbonnier, contenant la description de deux modèles d'appareils, dont l'examen est renvoyé à une commission composée de MM. Malgaigne, Velpeau et Bégin.

5° Une lettre de M. Maisonneuve, conçue en ces termes :

Dans la séance du 15 novembre, vous avez bien voulu me permettre de présenter à l'Académie un malade que je suis parvenu à guérir d'une oblitération complète du canal de l'urètre au moyen de l'urétrotomie périnéale.

Je viens d'apprendre que M. Malgaigne, qui n'avait pas eu le loisir d'examiner ce malade, avait exprimé devant l'Académie des doutes sur la réalité et même sur la possibilité de la guérison.

Je vous serais donc reconnaissant de vouloir bien adjoindre cet honorable membre à la commission chargée de constater l'exactitude du fait.

(MM. Malgaigne et Ségalas sont adjoints à la commission.)

6° M. Giraldès adresse la lettre suivante sur le sujet actuellement en discussion à l'Académie :

« Monsieur le Président,

» Je demande la permission à l'Académie, de lui soumettre quelques

---

autre chose qu'une description abrégée de la maladie, ou l'indication succincte de ses phénomènes fondamentaux. La fièvre, par exemple, était une unité morbide constituée par deux principaux symptômes : l'élévation de la température et l'accélération du pouls. En général, pour eux, une maladie se définissait : une unité morbide caractérisée par un ensemble de symptômes, les uns fondamentaux, les autres accessoires, et à laquelle un certain traitement était applicable. C'est ainsi que nous procédons encore aujourd'hui dans un grand nombre de cas.

Chacune de nos grandes classes de maladies se définit : Une collection d'unités morbides caractérisées par un ensemble de phénomènes fondamentaux, et auxquelles les mêmes agens thérapeutiques conviennent généralement. Telles sont les phlegmasies, les pyrexies, les névroses, etc. Viendrait-il à l'idée de personne de baser une définition de ces classes de maladies sur la notion de leur nature intime? Qui connaît l'essence de ces états complexes? Vouloir en tenir compte dans une définition serait s'engager dans des discussions vagues et interminables. Il est donc sage de s'en abstenir et d'établir ces définitions, telles qu'elles le sont aujourd'hui, sur la seule considération des phénomènes anatomiques et fonctionnels. Comment définissons-nous les phlegmasies aiguës? Une classe de maladies différant des autres par un certain ensemble d'altérations anatomiques, chimiques et physiques, et qu'un certain ensemble de symptômes, toujours les mêmes, caractérise pendant la vie. Il en est de même des pyrexies. Que si vous voulez fonder les définitions sur la nature intime présumée de ces classes de maladies, ces définitions varieront à l'infini et seront la source d'intarissables disputes. Les uns placeront la cause des phénomènes dans l'altération des propriétés vitales, les autres dans l'altération primitive des solides, les autres dans l'altération primitive du sang? Ne pourrait-on pas, par exemple, définir l'inflammation : l'altération primitive du sang? Invoquez, en effet, l'expérimentation. Appliquez un corps froid sur le mésentère d'une grenouille. A l'instant vous voyez la circulation se ralentir, les globules du sang s'arrêter, s'entasser les uns sur les autres; et, finalement, apparaissent les divers phénomènes de l'inflammation. Piquez ce mésentère, le sang afflue de toutes parts vers le point irrité, et il semble que ce fait constitue le phénomène initial de l'inflammation. Mais ce fait est particulier; si l'on voit le sang affluer au point piqué, c'est qu'un vide s'est produit, et, au lieu d'un phénomène vital, c'est à un phénomène d'hydraulique que l'on a affaire.

Si l'on applique sur ce mésentère des substances irritantes, on ne voit plus le sang affluer de toutes parts; on voit d'emblée la circulation se ralentir, les globules s'accumuler, se tasser, se déformer; les capillaires se dilater et d'autres altérations se produire. Ainsi, le premier phénomène de l'inflammation, ce n'est pas dans les solides qu'il se manifeste, c'est dans le sang. L'altération des solides, celle des vaisseaux, leur dilatation, leur rupture est la conséquence de l'altération du liquide sanguin. On pourrait donc définir l'inflammation : l'altération primitive du sang amenant consécutivement les lésions des solides. Mais aujourd'hui encore, comme au temps de Philinus (de Cos), il est sage de s'abstenir, dans la définition des maladies, de la considération de leur nature intime, que nous ignorons. Savons-nous, par exemple, le premier mot de la nature intime de la fièvre, et ne sommes-nous pas obligés de la définir par l'indication succinte des symptômes essentiels et constans qu'elle présente, au milieu de la variété infinie des phénomènes dont elle s'accompagne?

Il en est de même des névroses. Connaissons-nous l'essence de ces affections? On sait que les nerfs sont composés de tubes infiniment petits contenant une matière encore mal déterminée. On soupçonne que les phénomènes si variés et si bizarres des névroses pourraient bien avoir leur cause la plus générale dans l'altération de la matière, liquide peut-être, des tubes d'Érenberg; mais il n'y a là rien de positif. Ainsi donc, pas plus que les phlegmasies ou les pyrexies, il n'est possible de définir les névroses d'après la considération de leur nature intime, de leur essence, et l'on est réduit à tirer leur définition des caractères fondamentaux qui les distinguent des autres classes de maladies. Ce principe s'étend, d'ailleurs, à presque toute la pathologie. Aujourd'hui encore, malgré les immenses progrès de la médecine, il est infiniment sage, sauf quelques rares exceptions, de nommer les maladies, de les classer et de les définir non d'après leur nature, mais d'après la seule indication de leur phénomènes anatomiques ou fonctionnels. Le grave inconvénient des classifications ou des définitions, fondées sur la nature présumée des maladies, est d'arrêter l'essor de la science, de la jeter, pour ainsi dire, dans une impasse, et de lui fermer la voie du progrès et de l'avenir. J'ai vu déjà, dit M. Andral, se modifier bien des fois le langage médical, bien des noms de maladies ont été remplacés par d'autres, et ceux-ci, à leur tour, ont fait place à des dénominations nouvelles, tant est rapide le mouvement qui emporte la science moderne. Les noms qui étaient bons il y a dix, quinze ou vingt ans, ne le sont plus aujourd'hui, parce que de nouveau faits, des observations nouvelles sont venus renverser les principes sur lesquels ils étaient établis. J'accepte donc complètement la manière de voir de l'école empirique, au sujet des classifications et des définitions des maladies.

Quant à la thérapeutique, les empiriques voulaient que l'on suivît les règles qui avaient guidé les premiers médecins dès l'origine de l'art, c'est-à-dire l'expérimentation. Ils avaient remarqué que le hasard seul avait présidé à la découverte des premiers médicamens. On avait vu des hommes soulagés, par exemple, d'un mal de tête, par une épistaxis, par un vomissement, par une diarrhée, et l'on avait été conduit à employer, dans des cas analogues, la saignée, les vomitifs, les purgatifs. D'ailleurs, comment connaître, *à priori*, l'action des médicamens? Comment savoir, par exemple, que l'opium calme la douleur, que telle substance purge, que telle autre fait vomir, sinon par l'expérimentation? Ce n'est donc qu'*à posteriori*, c'est-à-dire par l'expérience, par l'empirisme, que les diverses notions relatives à l'action des médicamens peuvent être acquises.

Aux exemples cités par les empiriques, de médicamens dont la découverte est due au hasard, nous pourrions ajouter le quinquina, précieuse conquête de l'empirisme moderne, et dont aucune théorie n'aurait pu faire prévoir d'avance les admirables propriétés. Il a été un temps où l'on a cherché à se rendre compte de l'action antipériodique du quinquina. On disait alors que la fièvre d'accès était une gastrite intermittente; le quinquina, introduit dans le tube digestif, y faisait naître une gastrite artificielle, spontanément curable, qui remplaçait la gastrite

observations au sujet du dernier discours de M. Malgaigne.

» J'ai l'honneur de réclamer auprès de l'Académie, contre l'appréciation générale faite par cet honorable académicien, des expériences instituées à l'école vétérinaire d'Alfort, par M. Gouhaux et moi.

» A cette occasion, M. Malgaigne, désirant maintenir son appréciation, et afin d'éviter le reproche de porter un jugement erroné sur des expériences qui n'ont pas été publiées, a cherché à montrer à l'Académie, que je me trouvais en contradiction flagrante avec ma réclamation. A cet effet il a cité le bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, où se trouvent consignées trois expériences de coagulation du sang par le perchlorure de fer.

» Afin de mieux faire sentir à l'Académie, la portée de la réclamation que j'ai eu l'honneur de lui adresser, je suis obligé d'entrer dans quelques détails. Les expériences instituées à l'École vétérinaire d'Alfort, pour étudier la question des injections de perchlorure de fer sont nombreuses ; les 17 premières forment trois séries, dont le résumé a été déposé dans un paquet cacheté, à l'Académie des Sciences, le 23 juin 1853.

» Les trois premières expériences consignées dans le bulletin de la Société de Chirurgie, t. 3, p. 472, 473, 6 avril 1853, ont été faites dans le but de constater la coagulation immédiate du sang dans les veines et dans les artères, par l'injection de quelques gouttes de perchlorure de fer. Ces expériences ont été instituées d'après les données plus ou moin précises, publiées alors dans le journal de M. Malgaigne. On lit dans ce recueil, numéro de février 1853, p. 109, le récit de trois expériences faites par Pravaz et communiquées à l'Académie des Sciences, par M. Lallemand ; dans ces trois premiers et seuls essais d'injection de perchlorure de fer dans les vaisseaux, le regrettable et habile expérimentateur n'était pas encore conduit par des données bien arrêtées. On voit en effet que dans la première expérience il injecte 3 à 4 gouttes de liquide dans la carotide d'un mouton, dans la seconde : 8 à 10 gouttes dans la carotide d'un cheval, sans qu'il ait eu besoin d'indiquer le degré de concentration du perchlorure employé ; on y cherche donc en vain *ces règles précises posées par l'inventeur lui-même.*

» Plus tard, dans le mois de mai 1853, Pravaz adresse à la Société de Chirurgie, une lettre où il résume toutes ses recherches sur les moyens de coaguler le sang dans les anévrysmes, et où il cherche à systématiser sa nouvelle méthode, bulletin de la Société de Chirurgie, t. 3, p. 524 ; ici encore on cherche en vain *les règles précises posées par l'inventeur lui-même.*

» Au moment où Pravaz adressait son travail à la Société de Chirurgie, au moment où la nouvelle méthode était mise en pratique, à Paris, chez l'homme nous avions déjà terminé la deuxième série de nos expériences ; quelques-uns des résultats observés avaient été communiqués à quelques membres de l'Académie, et il en avait été longuement question devant M. Malgaigne : ces expériences n'étaient donc pas un secret. Dans la supposition même que dans la sévère appréciation faite par l'honorable académicien, il ne fût question que de celles citées dans le bulletin de la Société de Chirurgie, on est en droit de se demander d'après quelles données M. Malgaigne reconnaît que ces expériences ont été mal faites. Il s'agissait de constater que quelques gouttes de perchlorure de fer, injecté dans les vaisseaux, déterminait la coagulation immédiate du sang ; l'expérience a réussi. Mais pour apprécier si quelque chose avait manqué à l'expérimentation, il aurait fallu connaître le degré de densité du perchlorure employé par Pravaz et par nous, la quantité de sang contenu dans l'artère comprimée, M. Malgaigne ignorait tout cela, néanmoins, de sa propre autorité, sans plus ample informé, il déclare hautement devant l'Académie, que ces expériences *ont été très mal faites.* Cette manière de procéder a quelque chose d'étrange ! Mais Dieu merci, l'Académie n'a accordé à aucun de ses membres, si haut placé qu'il puisse être, le droit de blâmer les choses qu'il ne connaît qu'incomplètement. »

7° Enfin M. Burin du Buisson, de Lyon, adresse aussi une lettre dans laquelle il repousse les reproches à son adresse, ainsi que les objections contenues dans l'argumentation de M. Malgaigne.

Après la lecture de la correspondance, la parole est donnée à M. Malgaigne.

M. Malgaigne : Je ne répondrai pas aux réclamations diverses qui se sont fait jour dans la correspondance. Je demanderai seulement à l'Académie de me permettre de compléter, par une addition très courte, le mémoire que j'ai eu l'honneur de lui lire.

J'ai reçu une lettre d'un très honorable praticien de Lyon, qui contient des renseignemens précieux sur plusieurs faits mal connus, relatifs à la question du traitement des anévrysmes par le perchlorure de fer. D'après cette lettre, il paraîtrait que les chirurgiens de Lyon seraient loin de regarder tous d'un œil favorable la méthode du docteur Pravaz. Ainsi, tout au contraire de M. Burin du Buisson, qui persiste à triompher avec le fait de M. Barrier, ce chirurgien aurait déclaré lui-même qu'il avait failli perdre son malade, et qu'il ne se risquerait plus à de nouvelles tentatives de ce genre.

Ce n'est pas tout. Il y a deux mois environ, M. Pétrequin adressait à l'Institut une note sur un succédané de perchlorure de fer, de perchlorure de fer et de manganèse, essayé, disait-il, une seconde fois, par lui, dans un cas d'anévrysme. Par un *lapsus calami*, le rédacteur du compte-rendu faisait dire à l'auteur de la note que le nouveau liquide n'avait pas été essayé une seule fois sur l'homme vivant. Eh bien ! nous avons aujourd'hui des détails sur ce fait de M. Pétrequin, dont on ne parle pas, et qui tiendra une déplorable place à côté de ceux que j'ai recueillis et publiés dans mon mémoire. Voulez-vous savoir ce qu'est devenu le dernier malade ? Il est mort, il a succombé. C'est un nouveau cas de mort à inscrire au nécrologe de la nouvelle méthode. Cinq morts sur douze opérations, voilà le dernier bilan de la méthode Pravaz. Cela dit, je garde le silence, car les faits me semblent parler assez haut par eux-mêmes.

La parole est à Cazeaux, pour un rapport officiel.

M. Cazeaux lit, au nom de la commission de vaccine, un rapport sur un ouvrage intitulé : *Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes*, par M. Adde Margras.

La commission propose de répondre à M. le ministre que l'Académie ne reconnaît pas au livre de M. Adde Margras ce caractère d'utilité pratique, qui, seul, peut mériter à un pareil ouvrage l'approbation et l'appui du gouvernement, et qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la demande de M. Adde Margras. (Adopté.)

Urétroscope.

M. J. Désormeaux lit une note sur un instrument à l'aide duquel on voit dans l'intérieur de l'urètre. — (Nous publierons, dans le prochain numéro, cette note en entier.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le perchlorure de fer.

DISCUSSION SUR LE PERCHLORURE DE FER.

La parole est à M. Roux.

M. Roux : Quand j'ai pris la parole au commencement de cette discussion, je ne pensais pas qu'on y attacherait une si grande importance. A entendre la plupart des orateurs qui ont successivement parlé sur cette question, il semblerait que la chirurgie est dépourvue de bons moyens pour le traitement des anévrysmes, et qu'il serait véritablement nécessaire de vérifier la valeur de la méthode par le perchlorure de fer. Moi-même, ne pensant pas que la question prendrait des proportions si considérables, j'avais reproché à M. Malgaigne de n'avoir pas attendu des faits nouveaux pour apprécier les avantages et les inconvéniens de l'opération nouvelle proposée aux chirurgiens. Maintenant que la question a pris de plus grands développemens, j'éprouve le besoin d'exprimer mon sentiment sur divers points.

Je dirai, d'abord, que la méthode par le perchlorure de fer ne mérite pas l'importance qu'on y attache, et qu'elle ne peut être mise en parallèle avec les moyens dont la chirurgie dispose. Je vais essayer, cependant, d'établir, en peu de mots, ce parallèle qui, à mon grand regret, n'a été touché par aucun des précédens orateurs. Mais, auparavant, je désire appeler un instant votre attention sur quelques questions incidentes que la discussion a soulevées.

M. Velpeau, dès le premier jour qu'il a pris la parole, a eu, selon moi, mille fois raison, en montrant que le traitement des anévrysmes par le perchlorure de fer n'était pas une méthode nouvelle, mais une simple application d'une idée générale, savoir, le traitement des anévrysmes par la coagulation du sang dans l'intérieur des vaisseaux malades. L'acupuncture, la galvano-puncture de M. Pétrequin, les injections d'alcool, le traitement par les réfrigérans, sont, comme l'a très bien dit M. Velpeau, autant de procédés différens d'une même méthode, et les injections par le perchlorure de fer ne sont pas autre chose qu'un procédé nouveau à ajouter aux précédens. Je suis donc complètement d'accord sur ce point avec notre savant collègue ; je lui reprocherai cependant d'avoir placé sur la même ligne et d'avoir traité un peu légèrement le procédé par la réfrigération.

Je crois, pour ma part, que ce procédé mérite attention, je l'ai employé quelquefois, et je n'ai eu qu'à m'en louer. Je me rappelle, entre autres faits, un cas d'anévrysme du tronc brachio-céphalique, dans lequel les applications de glace eurent des résultats tels, que la tumeur diminua prodigieusement, et que le malade put reprendre ses travaux.

Vous savez que cette méthode avait été imaginée et préconisée par Guérin (de Bordeaux). Ce chirurgien prétendait en avoir tiré de très grands avantages. Expérimentée à Paris, elle n'eut pas de succès, ce qui fit dire plaisamment à un chirurgien de Paris, M. Deschamps, dans une discussion avec M. Guérin : « Probablement que les eaux de la Seine n'ont pas l'efficacité des eaux de la Garonne. »

Quoi qu'il en soit de l'insuccès de cette méthode à Paris, je dois dire que, dans une visite que nous rendîmes, M. Boyer et moi, à M. Guérin, à Bordeaux, en 1812, ce chirurgien nous montra, dans l'hôpital Saint-André, plusieurs anévrysmes considérablement améliorés sous l'influence du traitement par la réfrigération, comme le prouvaient les dessins des tumeurs pris avant que le traitement n'eût été commencé.

M. Velpeau, qui est si instruit sur la succession des méthodes et des procédés thérapeutiques employés pour la guérison des anévrysmes sans ligature, aurait pu ajouter à la liste de ceux qu'il nous a énumérés, un procédé dont la chirurgie anglaise vante les résultats, je veux parler de la compression. S'il faut en croire quelques chirurgiens de la Grande-Bretagne, une compression faite entre le cœur et un anévrysme aurait plusieurs fois amené en quelques jours, et sans accidens, un retrait considérable de la tumeur.

Puisque je suis en train de combler les quelques petites lacunes laissées par M. Velpeau dans son allocution dernière, je dois dire un mot à l'occasion du différent élevé entre nous au sujet de la dénomination à donner à la méthode généralement connue sous le nom de méthode de Hunter, nom que je persiste à lui donner, malgré le procès que lui a fait M. Velpeau. Je sais bien que cinquante ans avant Hunter, la ligature de l'artère anévrysmatique, au-dessus du sac, avait été exécutée par Anel ; mais M. Velpeau sait bien aussi que ce fait, perdu dans un ouvrage sur les maladies des yeux, n'avait pas frappé les chirurgiens, et était complètement oublié à l'époque de Hunter. Sans connaître le fait d'Anel, Hunter imagina et pratiqua plusieurs fois cette opération. C'est pourquoi, malgré le sentiment d'orgueil national qui me porte, tout comme M. Velpeau, à revendiquer, pour la chirurgie française, les découvertes et les conquêtes que je crois lui appartenir, je persiste à donner le nom de Hunter à la ligature des anévrysmes au-dessus de la tumeur.

Cette question vidée, j'arrive au parallèle de la méthode par le perchlorure de fer avec la ligature. Je le dois faire, quoique l'avantage ne me paraisse nullement douteux, puisque les injections de perchlorure semblent avoir pris une grande importance aux yeux d'un certain nombre de chirurgiens qui la regardent avec une grande faveur. M. Malgaigne se trompe s'il croit avoir arrêté le torrent qui entraîne les esprits vers la nouvelle méthode. Je connais, pour ma part, des chirurgiens tellement prévenus en faveur de cette opération, qu'ils sont disposés à ne laisser passer aucune occasion de l'expérimenter. Je déplore cet engoûment pour une opération si désastreuse ; je déplore surtout que l'on ait cru devoir employer les injections de perchlorure contre une

---

intermittente, à laquelle elle était adéquate. Voilà bien des hypothèses pour expliquer une action qui restera probablement toujours environnée d'un mystère impénétrable. Aux yeux des empiriques, c'était perdre son temps et se fatiguer vainement à la poursuite d'une chimère, que de chercher à expliquer l'action des médicamens. Ils citaient pour exemple, la saignée, et, en effet, il est difficile, pour ne pas dire impossible, de donner l'explication sérieuse de l'action et de l'utilité de la saignée dans les maladies. Les empiriques avaient judicieusement observé que, parmi les diverses écoles médicales, quelque opposées que fussent les théories, la thérapeutique était, au fond, toujours la même ; partout, on employait les mêmes remèdes, sauf à en expliquer différemment les résultats.

Telle était la manière de voir de l'école empirique, relativement aux agens thérapeutiques, manière de voir défectueuse, selon nous ; car, s'il est vrai que, dans un grand nombre de cas, on ne puisse se rendre compte de l'action d'un médicament, ni prévoir ses propriétés, il n'est pas moins certain que de l'expérimentation physiologique, les modernes ont tiré et tirent tous les jours d'excellentes applications à la thérapeutique ; mais si nous considérons que les empiriques n'avaient pas, comme nous, de physiologie expérimentale qui, souvent, jette une vive lumière sur le mode d'action des médicamens, nous reconnaîtrons qu'ils agissaient sagement en se servant des remèdes d'une façon tout empirique, et sans tenir compte de leur manière d'agir. Mais l'inconvénient de ce principe, trop logiquement poussé vers ses dernières conséquences, était de conduire les empiriques à des résultats déplorables. Cette sévérité dans les doctrines, cette rigueur dans le choix des faits et des observations, dont s'honorait à juste titre l'école empirique, tout cela s'évanouissait quand il était question du choix et de l'administration des médicamens. Sur ce point, les empiriques s'étaient jetés, tête baissée, dans la superstition la plus absurde, et voguaient, à pleines voiles, dans la polypharmacie la plus grossière. Peu à peu, cette école, si grande à son principe, qui fit une opposition si admirable au dogmatisme de l'antiquité, tomba dans un discrédit profond, et le nom d'empirique, si noble et si élevé dans les premiers temps, devint synonyme de ce qu'il y a de plus vil et de plus bas dans la société, c'est-à-dire de charlatan.

Il parut commode à des hommes ignorans et ineptes de rejeter le raisonnement en médecine, et de se livrer à un empirisme aveugle, sans tenir compte des admirables principes de philosophie développés par l'école empirique, ni de la méthode sévère d'observation qu'elle avait fondée.

Ainsi, cette belle école de l'antiquité, cette école puissante, par laquelle furent proclamés et mis en pratique les principes de la philosophie moderne de Bacon, de Newton et de Galilée ; cette grande école médicale devint une école de charlatans. Cependant, le principe qui dominait la pratique de ces médecins, et dont le temps, avec l'aide des passions et des faiblesses humaines, s'est chargé de tirer les conséquences désastreuses qu'il recélait ; ce principe, dis-je, était, dans l'antiquité, la meilleure base de la pratique médicale. Aujourd'hui, il n'en est plus ainsi ; la physiologie vraie, celle des Harvey, des Haller, des Bichat, la physiologie expérimentale, si cultivée et si perfectionnée de nos jours, ouvre à la médecine une voie nouvelle. S'il est vrai que la physiologie expérimentale doive être soumise au contrôle de la médecine et de la clinique, il est vrai de dire aussi qu'elle prépare à la clinique et à la médecine, et qu'elle prête un ferme appui et de vives lumières à la science et à l'art de guérir. Plus nous avançons, plus nous lui voyons prendre de l'importance, soit lorsqu'elle nous révèle tout un monde de faits inconnus, soit lorsqu'elle vient déchirer le voile qui cachait aux yeux du médecin la raison d'une foule de phénomènes, jusqu'alors inexpliqués et inexplicables, de la pathologie.

Les deux résultats les plus saillans des tendances de l'école empirique furent, l'un de jeter les médecins exclusivement dans la pratique, de les livrer à la polypharmacie la plus effrénée et à la spéculation la plus honteuse ; l'autre, de donner naissance à une foule d'ouvrages spécialement consacrés à la description des médicamens. Une quantité innombrable de traités de matière médicale virent le jour sous l'influence de l'école empirique, aidée par des circonstances extérieures toutes spéciales. En effet, à l'époque où florissait l'école de Philinus, le commerce faisait affluer dans la ville d'Alexandrie, une foule de substances nouvelles, inconnues, apportées des régions les plus lointaines. Excités par une curiosité bien naturelle, les médecins durent s'enquérir s'ils ne trouveraient pas dans ces substances, des remèdes aux maladies contre lesquelles leur art venait tristement échouer. Alors commencèrent d'abord à Alexandrie, puis à Rome, d'innombrables essais qui, tous, ne furent pas sans fruit pour la médecine. Alors, aussi, de nombreux médecins entreprirent de faire l'histoire de ces nouvelles substances médicamenteuses, et d'en faire connaître les diverses propriétés. Parmi ces auteurs il faut citer : Apulcius Celsus, qui vivait sous Auguste ; Ménécrate, contemporain de Tibère ; Damocrate, auteur d'un livre de médecine écrit en vers iambiques ; Eresinus Philon, qui décrivit également en vers un remède calmant appelé *philonium*, du nom de son panégyriste ; Asclépiade, qu'il ne faut pas confondre avec le célèbre inventeur du système des atomes ; Apollonius, Archistrator, Criton, Pamphile, etc. ; tous ces médecins avaient inventé ou décrit des médicamens. Scribonius Largus, qui vivait sous Claude, nous a laissé un ouvrage de matière médicale, dans lequel il fait preuve de la crédulité la plus naïve à la puissance des médications les plus absurdes et les plus ridicules. De ces médicamens, cependant, il en est quelques-uns qui sont restés, et avec juste raison. Nous apprécions tous l'utilité des bains ferrugineux, dont l'origine remonte à ces temps reculés. C'est Andromache, médecin de l'empereur Néron, qui inventa la *thériaque*. L'auteur la donnait comme un antidote contre les morsures de tous les animaux venimeux. Il en avait chanté les propriétés en vers élégiaques, que Galien nous a conservés.

(*La suite du cours prochainement.*)

affection légère, et dans laquelle leurs inconvéniens sont encore plus à craindre que dans les anévrysmes, je veux parler des varices.

Je suppose, continue M. Roux, que le perchlorure de fer possède les avantages que quelques personnes entrevoient seulement dans l'avenir; je suppose que l'on ait à sa disposition un liquide hémoplastique encore meilleur que le perchlorure ; je suppose que l'on s'entende parfaitement sur la nature des modifications subies par le sang coagulé ; je suppose que, quelles que soient les modifications, que le sang soit réduit en un simple magma, ou que, au contraire, il soit changé, altéré, transformé, il puisse cependant éprouver le phénomène de l'absorption ; je suppose qu'on ait bien étudié les règles de l'administration du perchlorure, que l'on connaisse bien toutes les précautions à prendre, de telle sorte que l'on se mette parfaitement à l'abri de tout accident, eh bien ! j'établis en fait, qu'avec tous ces avantages, vous n'aurez pas encore obtenu quelque chose de supérieur et même de comparable à la ligature par la méthode de Hunter.

Nous sommes arrivés à une époque où la chirurgie a fait des efforts incomparables pour la guérison des anévrysmes. De ces efforts, le plus grand, sans contredit, est la découverte de Hunter. Cette découverte n'a pas passé sans contradictions. Combien de luttes, que d'efforts n'a-t-il point fallu pour la faire triompher contre la méthode ancienne du traitement des anévrysmes par l'ouverture du sac. J'ai pris part à cette lutte, et je puis me flatter d'avoir contribué au triomphe de la méthode huntérienne. Depuis, que d'anévrysmes ont guéri, qui étaient auparavant réputés incurables ! J'avoue que je verrai avec peine saper ce bel édifice qui a coûté tant de travaux. Je suppose, continue M. Roux, que l'on soit arrivé à pratiquer le mieux possible les injections de perchlorure de fer; voyons si, avec de telles conditions, on aura fait une véritable conquête.

Je ne conteste pas que l'on ne puisse réussir à guérir un anévrysme par cette méthode. J'ai été vivement frappé du fait communiqué à l'Académie par M. Valette, bien que cette guérison me paraisse, comme à M. Malgaigne, obtenue contre toutes les règles établies par l'auteur du procédé, ce qui ajoute encore aux incertitudes très grandes dont cette méthode est entourée.

Je ne me flatte pas de posséder le don de la divination, cependant il me semble qu'elle n'est pas destinée à un brillant avenir et qu'elle ne tardera pas à disparaître de la scène chirurgicale.

M. Roux oppose ensuite aux partisans des injections de perchlorure de fer, tant dans les varices que dans les anévrysmes, les résultats d'autres procédés opératoires qui lui semblent mériter de beaucoup la préférence.

1° Pour les *varices* il aime mieux employer la ligature dont il a pris l'idée, à Turin, dans le service de M. Riberi, un des chirurgiens les plus distingués de l'Italie. Il a pratiqué 50 à 60 fois la ligature de la saphène interne pour des varices des membres abdominaux, sans aucun accident. En ce moment encore il a, dans son service, 4 malades soumis au même traitement, avec le même succès. Il n'ose affirmer, cependant, que la guérison soit persistante. Jamais il ne conseillera d'employer les injections de perchlorure qui, d'après lui, peuvent être suivies d'accidens redoutables.

2° Quant aux *anévrysmes*, dit M. Roux, il faudrait d'abord s'entendre, car ce nom comprend des affections très différentes. Quoi de plus différent qu'un anévrysme spontané et un anévrysme faux consécutif. Il faudrait préciser les cas d'application du nouveau procédé. Quant aux résultats de la ligature par la méthode de Hunter, ils sont extrêmement beaux. Sur 84 anévrysmes opérés par M. Roux, 70 l'ont été par cette méthode. Eh bien ! sur ce chiffre respectable d'opérations, l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu n'a compté que 3 cas de gangrène, 2 cas d'accidens inflammatoires et 5 cas d'hémorrhagies consécutives.

Il faut, dit en terminant M. Roux, nous garder de ce travers d'esprit qui nous entraîne vers les nouveautés et nous inspire un injuste dédain pour les choses du passé. Comme l'a très bien fait observer M. Gerdy, il y a des gens que le désir d'arriver les premiers tourmente et inquiète, ou qui, du moins, vont beaucoup trop vite dans l'expérimentation des opérations nouvelles. C'est là une tendance qu'il faut combattre, et à laquelle, n'ont pas su résister assez les chirurgiens qui ont expérimenté le perchlorure de fer. Je conclus en engageant les praticiens à ne pas abandonner une méthode sûre et éprouvée depuis longtemps, pour une opération incertaine, chanceuse, et ayant déjà produit des résultats déplorables.

M. le Président : La parole est à M. Velpeau.

M. Velpeau : Je dirai d'abord à l'Académie qu'elle va porter un peu la peine de sa dernière décision. Mardi dernier, j'avais demandé la parole pour faire deux rectifications, deux minutes me suffisaient ; aujourd'hui, j'en aurai pour un quart d'heure. La raison en est dans ce que vient de dire notre honoré maître, M. Roux. Il a agrandi le champ de la discussion, en sorte que je crois nécessaire de donner quelques explications. Plusieurs points me paraissent avoir été confondus, qui devaient être distingués. Il s'agissait, d'abord, de discuter sur la valeur d'un nouveau mode de traitement des anévrysmes, et maintenant c'est la valeur comparative des diverses méthodes qui est en cause. J'ai demandé la parole pour essayer de ramener les esprits au point de départ de la discussion. Mais, avant d'entrer dans le nœud de la question, permettez-moi, je vous prie, une petite remarque. Deux de nos collègues, MM. Moreau et Gerdy, avaient cru devoir exprimer un blâme contre les chirurgiens qui avaient expérimenté le perchlorure de fer dans les anévrysmes. L'Académie a entendu M. Gerdy protester de ses bonnes intentions, et déclarer hautement qu'il n'avait voulu blâmer personne, puisqu'il avait blâmé tout le monde. Donc, puisque le vent est à la conciliation, je m'empresse de quitter le terrain des questions personnelles, pour entrer dans la question scientifique.

Notre collègue, M. Malgaigne, n'assistait pas malheureusement à la séance où j'ai pris la parole ; je dis malheureusement, car, ne m'ayant pas entendu, il m'a fait dire, dans sa réponse, autre chose que ce que j'avais pensé et dit. M. Malgaigne a cru que je l'avais blâmé et que j'avais révoqué en doute un des faits de gangrène dont il a entretenu l'Académie. J'ai dit que je trouvais ce fait étrange, mais je ne le niais pas pour cela; il était difficile, en vérité, de le nier, puisque, en définitive, le pauvre malade était à l'hôpital, où il avait subi l'amputation du bras, à la suite de laquelle il a succombé.

Suivant M. Malgaigne, j'aurais dit aussi que je voudrais voir appliquer les injections de perchlorure de fer aux anévrysmes de la racine des membres, et, en général, à tous ceux que leur situation rend inaccessibles à la ligature. C'est encore une erreur. J'ai dit que nous serions trop heureux de trouver un moyen de guérir les anévrysmes que la ligature ne peut atteindre. C'est un désir que je formais, mais je ne pensais pas que le perchlorure de fer pût le réaliser, et je ne le pense pas encore.

J'ai dit que la question ne me paraissait pas devoir être jugée d'après le petit nombre de faits qui s'y rapportent.

Je ne pense pas que les cas malheureux dont on a parlé doivent nous faire proscrire la nouvelle opération. J'en demande pardon à M. Gerdy et à M. Malgaigne, mais je ne crois pas que les chirurgiens qui l'ont pratiquée méritent les noms d'imprudens et de téméraires qu'ils se plaisent à leur prodiguer. Rien ne prouve que ce qui est arrivé de fâcheux doive être mis sur le compte de l'opération elle-même. Cette gangrène de l'avant-bras, que l'on fait sonner si haut contre la méthode, n'en est pas une conséquence bien évidente. Il y a dans ce fait, je le répète, quelque chose d'étrange, une inconnue qu'il serait bon de dégager, mais je ne vois pas que ce soit-là un accident imputable à la méthode.

On semble craindre les propriétés du perchlorure de fer ; Pravaz a accrédité une grosse erreur en disant que ce liquide agit à la manière d'un irritant, d'un caustique. Non, Messieurs, le perchlorure n'est pas un caustique, on s'en lave les mains impunément, on peut le porter, comme je l'ai fait, au fond des plaies sans produire aucune irritation. Le perchlorure n'est donc pas dangereux par lui-même, c'est un simple coagulant et non un caustique.

Maintenant la question est celle-ci : Y a-t-il lieu d'espérer qu'en déterminant, dans les vaisseaux, la coagulation du sang, on déterminera aussi l'oblitération de l'artère ? Voilà ce qu'il importe de savoir, en expérimentant de toutes les manières possibles, non sur l'homme mais sur les animaux. Voilà quelle était ma conclusion à la suite de mon dernier discours, et je la reproduis aujourd'hui telle quelle.

J'ai dit que je ne rejetais pas l'opération, parce que les accidens que l'on met sur son compte ne me paraissaient pas lui être imputables. Une autre raison qui m'empêche de la proscrire, c'est qu'elle compte de véritables succès. M. Malgaigne a qualifié de malheureux le succès obtenu par M. Valette, chirurgien de Lyon. Mais je crois qu'il est d'une mauvaise philosophie de rejeter un fait parce qu'il vient contredire une doctrine.

M. Valette a réussi, on ne peut le blâmer, ce me semble, d'avoir réussi en passant pardessus les règles posées par M. Pravaz. Rien ne dit que la dose indiquée par ce médecin soit la meilleure, et, puisque le perchlorure n'a pas de propriétés irritantes, caustiques, je ne vois pas pourquoi l'on ferait à M. Valette un crime d'avoir porté la dose plus haut que M. Pravaz. Bref, le malade de M. Valette a été guéri, c'est là un résultat heureux pour lui comme pour le chirurgien. Or, comme il y a plusieurs faits de ce genre, je crois que nous ne pouvons rejeter la méthode avant plus ample informé.

En supposant que les injections de perchlorure de fer n'eussent aucune utilité dans le traitement des anévrysmes, ce ne serait pas une raison pour les proscrire. Il y a d'autres maladies dans lesquelles elles pourraient être utiles : telles sont les varices, les hémorrhagies en général, et, en particulier, les hémorrhagies externes.

Dans les *varices*, les injections ont été expérimentées déjà à Paris et à Lyon. M. Giraldès, entr'autres, prétend avoir obtenu, par ce moyen, l'oblitération des veines variqueuses, sans produire le moindre accident. Mais, ici, une petite explication est nécessaire : oui, sans doute, on coagule le sang et on oblitère les veines, mais croit-on pour cela avoir guéri les varices ? Erreur. Je me suis occupé, pendant vingt-cinq ans, de la thérapeutique des varices. J'ai expérimenté tous les traitemens dits curatifs. Sur 250 individus environ, j'ai pratiqué cette opération que M. Roux a été chercher en Italie, et qu'il aurait pu trouver dans sa bibliothèque, dans un livre qui doit y être. Un seul malade a succombé aux suites de l'opération.

J'ai traversé les veines variqueuses avec des petits sétons ; j'ai lié les veines en les découvrant ou sans les découvrir, et j'ai réussi. J'ai réussi à quoi faire ? A oblitérer les veines, oui, mais à guérir les varices, non. J'oblitérais la veine sur un point, la varice se reproduisait sur un autre. Mes malades me revenaient au bout d'un an, deux ans, avec d'énormes veines variqueuses. J'ai vu, entr'autres, un malade à qui j'avais excisé, enlevé une portion considérable de veine variqueuse, revenir dix ans après, présentant des varices au voisinage. Il y a, dans les anastomoses innombrables des veines entr'elles, des conditions anatomiques qui rétablissent la circulation interrompue, et qui rendent la cure radicale des varices impossible. Nos collègues qui cherchent à guérir cette affection au moyen des injections de perchlorure de fer, me semblent donc perdre leur temps. Il faut chercher une autre route.

Un autre point sur lequel je désirerais attirer aussi l'attention de l'Académie est relatif au caillot produit par le perchlorure de fer. J'ai vu des caillots formés par M. Leblanc dans de grosses veines ou de grosses artères de chevaux mis en expérience. Ces caillots offraient une certaine adhérence avec les parois veineuses ou artérielles, et l'on voyait, entre eux et ces parois, des traces, des rudimens de vascularisation. Cela permettrait de croire que le caillot, produit par les injections de perchlorure, ne serait pas réfractaire à l'absorption.

Mais une difficulté se présente. Les conditions dans lesquelles se trouvent une artère ou une veine dans laquelle on injecte du perchlorure, dans les expériences sur les animaux, ne sont pas les mêmes que celles d'une poche anévrysmale. Là, tout est dans l'état normal ; ici il y a déviation des lois ordinaires de l'organisation. La poche anévrysmale est tapissée par des couches de sang concrétées et devenues inorganiques. Le caillot ne se trouvera donc plus en contact avec le tissu vivant et susceptible de se vasculariser.

Autre difficulté, le trou de l'artère anévrysmatique ne se trouve pas toujours au centre. Il peut être situé latéralement sur un point ou sur un autre. Quelquefois le trajet est sinueux, tortueux, au point qu'il ne correspond plus avec la lumière du vaisseau. Dans ces cas, en amenant la formation du caillot dans l'anévrysme, qui vous dit que l'artère va être oblitérée ? Quand vous introduisez une canule dans une poche anévrysmale, qui vous dit qu'elle est en regard de l'ouverture et que l'injection va former un coagulum sanguin juste sur ce point ? Or, si le caillot n'est pas en ce point, c'est comme si l'on n'avait rien fait.

A ces difficultés près, je n'ai rien à objecter à la méthode Pravaz ; je ne blâme pas ceux qui l'ont essayée sur l'homme ; je crois qu'il est bon de multiplier les expériences sur les animaux : la science ne pourra qu'y gagner.

Un mot, en terminant, sur le traitement des anévrysmes par les réfrigérans. M. Roux me semble avoir fait une confusion entre l'idée de Guérin et la mienne. Je dois dire qu'il n'y a aucune analogie entr'elles. Guérin employait les réfrigérans pour produire le resserrement, la rétraction des anévrysmes; mon but, à moi, était de déterminer la congélation complète des tissus. Je m'étais demandé si, en produisant une congélation complète, mais momentanée de la partie, la solidification de l'anévrysme ne persisterait pas. Voilà mon idée, qu'il ne faut pas confondre avec celle de Guérin.

— M. Leblanc dépose sur le bureau, le temps ne lui permettant pas d'en faire la lecture, une relation détaillée d'expériences nouvelles qu'il vient de faire avec M. Debout, sur la coagulation du sang dans les artères et les veines des chevaux, à l'aide du perchlorure de fer. Nous extrayons de ce travail les principaux résultats qu'il renferme.

Ces expériences, dit M. Leblanc, faites sur deux artères, la zygomatique et la plantaire externe, et sur deux veines, la jugulaire et la saphène avec la solution de perchlorure de fer à 30°, préparé par M. Burin du Buisson, ont donné les résultats suivans :

1° 23 gouttes injectées dans l'artère sous-zygomatique, sans compression, n'ont produit aucun accident. La circulation a été interrompue dans l'artère où l'on a trouvé, à l'autopsie, qui a eu lieu dix-sept jours après l'injection, un caillot mou, peu adhérent.

2° 8 gouttes injectées dans l'artère plantaire externe, comprimée pendant cinq minutes dans deux points éloignés l'un de l'autre de 6 centimètres, ont amené, sans accident subséquent, la formation d'un caillot très consistant, adhérent, constaté à l'ouverture du cheval, qui a été faite dix jours après l'opération.

3° 27 gouttes injectées dans la jugulaire, comprimée seulement au-dessous de la piqûre du trois-quarts, pendant cinq minutes, n'ont produit aucun symptôme général notable; la circulation n'a pas été complètement interrompue ; des plaques de magma se trouvaient attachées à quelques points de la membrane interne de la veine, près de la piqûre.

4° 15 gouttes, introduites dans la saphène, avec une compression de cinq minutes, au-dessous de la piqûre, ont oblitéré complètement la veine dans une étendue de 6 à 7 centimètres. Nous avons trouvé un caillot très ferme et adhérent. L'autopsie du cheval a été faite dix jours après l'injection.

Ces nouveaux faits viennent corroborer les conclusions que nous avions données dans notre précédente lecture ; c'est-à-dire qu'ils nous autorisent à déclarer que l'introduction dans les artères et dans les veines du cheval d'une quantité de solution à 30°, plus que suffisante pour former un caillot obturateur solide, ne détermine pas d'accidens mortels, ni même d'accidens de quelque gravité.

Quoique nos expériences précédentes nous aient prouvé que l'on pouvait injecter une assez grande quantité de solution, à 45, 34 et 30°, nous avons commencé une nouvelle série d'expériences, à l'effet de savoir si du perchlorure plus dilué pourrait donner un caillot assez solide, pour oblitérer le vaisseau. Nous désirions aussi étudier l'action d'un perchlorure préparé avec toutes les garanties de savoir possibles. M. Debout a mis à contribution l'obligeance de l'honorable M. Soubeiran, qui a préparé des solutions à 45° et à 15°.

Nous avons d'abord essayé ces solutions sur des sérums de sang humain et sur du sang artériel du cheval, sorti du vaisseau à l'instant même. Nous avons constaté que la solution à 15°, coagulait même un peu plus vite que celui à 45°, à quantités égales ; seulement le magma du solutum à 15° était un peu moins consistant, mais nous espérons que ce magma suffira pour produire l'oblitération du vaisseau.

Nous le saurons incessamment : par le résultat d'une expérience que nous avons faite dimanche dernier, sur la carotide d'un cheval, en présence de notre collègue, M. Burdin, et de M. Amédée Latour. 30 Gouttes de solutum de perchlorure, à 15°, préparé par M. Soubeiran, ont été injectées dans le vaisseau fortement gonflé de sang, et lié préalablement avec des anses de fil sur deux points distans l'un de l'autre, de 10 centimètres. La coagulation a été presqu'immédiate. M. Burdin et M. Amédée Latour l'ont constatée. Le maximum de densité du magma, a eu lieu après 10 minutes. Aujourd'hui le cordon artériel est encore beaucoup plus dur. Le caillot remplit complètement le vaisseau. Tout porte donc à croire que le solutum à 15°, suffira pour produire l'oblitération. Nous avons maintenu la compression pendant vingt-quatre heures. Nous ferons connaître les suites de cette expérience.

Nous avons aussi injecté dans la carotide d'un autre cheval, 12 gouttes de perchlorure à 45°, préparé par M. Soubeiran. La compression a été de cinq minutes. Le magma s'est formé promptement. M. Burdin et M. Latour l'ont aussi constaté. Deux heures après l'injection, le caillot était très dur, un peu inégal ; l'artère était rétractée comme toujours.....

Les nouveaux élémens que nous avons recueillis de nos dernières expériences, m'autorisent à conclure encore aujourd'hui qu'il y a lieu d'espérer dans l'avenir de la méthode de traitement de certains anévrysmes, par les injections de solutum de perchlorure de fer, convenablement faites. Il y a lieu de croire que l'on arrivera dans un temps peu éloigné, à formuler un mode opératoire rationnel, non pas d'une manière mathématique, cela ne peut se faire en chirurgie, surtout dans la question dont il s'agit, où les modifications des lésions sont si communes ; mais de façon à ce qu'une main habile et intelligente puisse être utilement guidée.

On peut déjà dire :

1° Que l'on ne devra employer la méthode que lorsque le sac anévrysmal contiendra du sang liquide ;

2° Que les solutions de 30° et au-dessous, aussi neutres que possible, devront seules être injectées ;

3° Que l'on devra éviter de faire plusieurs ponctions rapprochées ;

4° Que pour prévenir l'infiltration dans les parois de la tumeur, du solutum resté au bout de la canule, il faut, avant de retirer l'instrument, faire rentrer ce solutum dans la canule en faisant faire un tour en arrière à la tige du piston de la seringue ;

5° Qu'il est nécessaire d'établir une compression assez prolongée sur le trajet du vaisseau malade ;

6° Qu'il est très probable qu'une très petite quantité du solutum très dilué suffira pour provoquer la coagulation du sang maintenu en stagnation.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 144. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 3 Décembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 30 NOVEMBRE 1853.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

L'augmentation, depuis notre dernier numéro, n'est pas considérable.

Le 30 novembre, les hôpitaux ont reçu 32 nouveaux cholériques.

Le 1er décembre, le chiffre des réceptions a été semblable à celui de la veille;

Soit 64 cas nouveaux en deux jours.

Aujourd'hui, 2 décembre, l'Hôtel-Dieu seul avait reçu 15 nouveaux cas.

Voici le mouvement intérieur de cet hôpital, au 2 décembre inclusivement :

Malades venus de l'extérieur.	89,	morts 14	ou 15 p. 100.
Malades pris dans l'hôpital.	35,	» 26	ou 74 p. 100.
Total.	124	40	

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. MARROTTE.

Sommaire. — De la distinction de la péritonite puerpérale et de la fièvre puerpérale.

La gravité des affections aiguës consécutives au travail de l'accouchement est un fait aujourd'hui hors de doute, et, n'en déplaise aux enduits imperméables, la science est à peu près sans défense contre ces affections, surtout quand elles revêtent un caractère épidémique.

Parfois, cependant, elles ont emprunté à la constitution régnante ses caractères fondamentaux; et de là sont nées des indications thérapeutiques, qui, heureusement saisies, ont été pour Stoll, Doulcet, Boër, Strack, Chaussier, l'occasion de succès. Mais, à côté, quelle longue liste de revers! Aussi le pronostic porté en face d'une péritonite puerpérale ou d'une fièvre puerpérale est-il toujours des plus graves.

Si l'accord est fait sur ce point dans la science, la distinction entre la péritonite et la fièvre puerpérale n'est pas aussi clairement établie, et le plus grand dissentiment règne encore sur la véritable nature de ces affections. Les uns ne voient dans la fièvre puerpérale que métrites et métro-péritonites ; d'autres qu'inflammation des veines et des vaisseaux lymphatiques de l'utérus. Un certain nombre, enfin, reproduisant les idées de Gastellier, font de la fièvre puerpérale un ensemble de maladies dominées et métamorphosées par les conditions spéciales de l'état puerpéral.

Ces opinions diverses aboutissent, on le comprend, à la négation de la fièvre puerpérale comme entité morbide, c'est-à-dire à la négation d'une maladie générale, présentant, au milieu d'altérations les plus variées, une marche et des symptômes identiques.

Cette manière d'envisager et de définir la fièvre puerpérale est pourtant la seule qui puisse rendre compte de certains faits observés. Elle a pour elle MM. le professeur Dubois, Voillemier, Lasserre et bon nombre d'autres médecins distingués; parmi eux, les auteurs du *Compendium de médecine*. Ces derniers veulent, de plus, faire dépendre cette maladie générale d'une altération du sang. Nous ne saurions admettre leur opinion qu'à l'état de simple hypothèse, dont rien ne saurait, aujourd'hui, prouver la vérité.

Les faits qui permettent d'envisager la fièvre puerpérale comme nous venons de le faire, sont malheureusement trop communs. Mais il est assez rare de les observer hors des grands centres d'accouchemens.

Pendant le mois de septembre, deux cas de péritonite puerpérale et deux cas de fièvre puerpérale se sont présentés presque simultanément dans le service de M. Marrotte, à l'hôpital de la Pitié. La comparaison de ces quatre faits nous a semblé assez intéressante sous le rapport des symptômes et des lésions anatomiques. Ils nous ont semblé faire ressortir la différence profonde qui existe entre la péritonite puerpérale et la fièvre puerpérale.

Nous les reproduisons ici, ne leur laissant de l'aridité des détails que ce qui est nécessaire à l'exposition de la maladie.

OBSERVATION I. — *Péritonite puerpérale; — mort; — autopsie.*

La nommée Fluard, 28 ans, brodeuse, entra le 18 septembre 1853, au n° 52 de la Sainte-Marthe, pour faire ses couches.

Elle était enceinte de son troisième enfant. Ses deux premières couches avaient été laborieuses, et toutes deux suivies d'une péritonite légère. Elle était, du reste, bien conformée, d'une bonne constitution, un peu pléthorique.

L'accouchement se fait dans la journée du 19, après un travail assez prolongé.

La première journée fut bonne. Écoulement normal des lochies.

Vers les premières heures du second jour, quelques douleurs dans le bas-ventre. L'utérus est encore très développé. Pas de fièvre.

Le 21, dans la soirée, la fièvre paraît; le ventre est tendu ; l'utérus volumineux. — Quinze sangsues sur l'abdomen ; lavemens émolliens.

Le 22, les seins sont peu développés ; l'écoulement lochial se fait mal; utérus encore développé et douloureux; constipation. — Trente sangsues ; injections tièdes dans la cavité de l'utérus; lav. miel mercurial.

Le 23, le ventre est plus sensible, ballonné; pouls à 96 pulsations, petit et concentré ; face légèrement grippée ; quelques vésicules d'herpès sur la lèvre inférieure ; nausées. — Vingt sangsues; frictions mercurielles ; injections tièdes; calomel, 0,10 centig., en vingt paquets.

Le 24, l'état de la malade est resté stationnaire. — Même traitement ; pas de sangsues.

Le 25, l'espoir d'amélioration qu'avait fait naître la présence des vésicules d'herpès, semble se réaliser. La malade se trouve beaucoup mieux. 100 pulsations; pouls faible ; face assez bonne. La malade a un peu reposé la nuit dernière. Peu de douleurs de ventre; il est toujours distendu. La nuit dernière, quatre ou cinq selles assez abondantes. Les injections utérines ont été continuées, et il s'est fait un écoulement de lochies blanchâtres. — Même traitement.

Dans la soirée, le pouls devient difficile à compter; les douleurs abdominales ont reparu, surtout à la partie supérieure de l'abdomen. La respiration est fréquente et douloureuse : 40 respirations par minute. Quelques vomissemens ; un peu de hoquet précède le vomissement. — Quinze sangsues à l'épigastre.

26. Le pouls, petit, assez résistant, ne peut être compté ; 60 respirations anxieuses. Le hoquet est revenu à plusieurs reprises. Les douleurs sont très vives à la base du thorax. Des frictions avec du laudanum les calment très peu. Du reste, les mouvemens normaux des côtes inférieures et des muscles abdominaux pendant la respiration, sont encore conservés, mais affaiblis, malgré la rapidité de la respiration. Face de plus en plus grippée. Conservation parfaite de l'intelligence. Quelques points jaunâtres, très marqués, sur les conjonctives. Lèvres violacées. Mort à deux heures du soir.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort.

Cerveau, normal.

Thorax. — Les viscères thoraciques sont refoulés, en haut, par l'intestin gonflé de gaz. Congestion pulmonaire prononcée des deux côtés.

Abdomen. — Sur toute la surface intestinale, traces nombreuses de péritonite. Nombreuses arborisations vasculaires sur le péritoine parié-

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire. — Le choléra. — Le corps médical et l'administration. — Le renchérissement de toutes choses et la profession médicale. — Redoublement d'activité. — L'Académie de médecine et les fauteuils. — Une petite place aux journalistes. — La Société de chirurgie et la presse. — Même activité en province. — Un différent vidé. — Solution heureuse de la question du secret médical.

La grande, la sérieuse, la triste préoccupation du moment, c'est le choléra. Impossible de s'abuser aujourd'hui sur son caractère épidémique; les médecins savent maintenant à quoi s'en tenir et, en présence d'une maladie aussi capricieuse, ils se garderont bien de faire des prévisions que l'événement vient presque toujours démentir. Grâce à la prudente et générale réserve de la presse politique, le public ne connaît pas l'état des choses, et quoique la situation ne soit pas d'une gravité à s'alarmer outre mesure, il ne manquerait pas de l'exagérer si peu qu'on la lui fît connaître. C'est donc une chose bonne et utile que le silence de la presse politique à l'endroit du choléra. Ce silence facilite à l'administration vigilante l'exécution des mesures qu'elle a depuis long-temps préparées et qui, sur quelques points, sont en pleine voie d'application, sans que le public s'en doute. Si l'épidémie prenait une extension plus considérable, tout est prêt, tout est organisé pour appliquer partout les mesures préventives, pour porter partout les secours médicaux. Comme toujours, le corps médical, médecins et élèves, se montre admirable de dévoûment et de zèle. Une petite affiche appliquée sur les murs de la Faculté, invitait les élèves en médecine qui voudraient offrir leurs services à l'administration, en cas de besoin, à s'inscrire dans les bureaux de la Faculté. Quelques heures après, cinq cents inscriptions étaient déjà reçues. Le corps médical, il faut bien le dire à l'administration qui ne demande pas mieux que d'être juste envers lui, le corps médical, qui pourrait faire entendre quelques plaintes légitimes sur la manière dont on a compris jusqu'ici, dont on a rémunéré, dont on a récompensé ses services, oublie ses griefs aussitôt qu'on fait appel à son dévoûment. Ce n'est pas au moment du danger qu'il voudrait marchander son concours ; il n'attend pas qu'on le lui demande, il l'offre spontanément et sans conditions, circonstances qui devront rendre et qui rendront certainement l'administration plus attentive sur les services qu'elle reçoit de la profession médicale.

Et puisque j'en suis sur ce point, qu'il me soit permis de dire que notre profession est toujours celle qui souffre le plus des malheurs des temps. Aujourd'hui, par exemple, et à Paris, l'existence médicale est devenue d'une difficulté extrême. Élévation énorme des loyers, renchérissement considérable de toutes choses, excepté du prix de ses honoraires, qui, au lieu de s'élever proportionnellement, est toujours le même, s'il ne s'abaisse pas : tels sont les embarras qu'éprouve le médecin en ce moment. Dans les campagnes, c'est pis encore. Ce n'est pas quand le paysan paie cinquante sous un pain de douze livres, qu'il peut honorer son médecin. Aussi, j'ose l'assurer, ce n'est pas ce moment que l'administration choisira pour disputer aux médecins l'honorable indemnité due à ses services. S'il nous était permis de lui faire connaître les nombreuses et navrantes révélations qui nous sont faites sur l'état de souffrance du corps médical, l'administration admirerait sa charité, sa générosité, qui lui font oublier ses propres malheurs pour voler au secours des souffrances publiques.

Remarquez qu'au milieu de ces graves préoccupations, ni la science, ni la pratique ne perdent leurs droits. Deux grandes discussions académiques occupent en ce moment l'attention médicale, celle sur le perchlorure de fer qui est, pour le quart d'heure, à peu près épuisée à l'Académie de médecine, celle sur le chloroforme qui va se raviver de plus belle à la Société de chirurgie.

Nos colonnes supérieures et nos comptes-rendus ont tenu nos lecteurs au courant de tous les incidens de la discussion sur le perchlorure de fer; je n'ai pas à y revenir ici. Si nous donnons, quand l'occasion le comporte, une grande étendue aux discussions de l'Académie de médecine, c'est qu'en définitive c'est là que la science et la pratique sont envisagées sous tous leurs rapports, dans tous leurs élémens, avec la physionomie diverse que leur donnent les divers orateurs dans leurs opinions, leurs passions, quelquefois leurs intérêts, et qu'en dernier résultat, c'est à l'Académie qu'aboutit et que retentit le mouvement des idées et des esprits en médecine. Ce n'est pas que nous voulions dire que la science et la pratique soient trouvées et inventées à l'Académie ; non, l'élément invention, découverte, est indépendant de tout corps savant, il est individuel et spontané; c'est à peine si les Académies peuvent l'exciter ou le diriger. Mais ce qu'il y a de vrai, c'est que toute idée nouvelle, toute application neuve vient forcément se faire apprécier et discuter dans les Académies, et que l'Académie remplit aujourd'hui vis-à-vis des idées et inventions médicales un rôle critique qu'il serait puéril et injuste de méconnaître,

Cependant, que l'Académie de médecine ne s'y trompe pas. La presse médicale lui vient admirablement en aide pour agrandir son influence et pour étendre sa sphère d'action. Admettez par la pensée que ses séances ne sont pas publiques, que la presse ne rend pas compte de ses travaux, et qu'elle n'envoie plus le récit de ses débats jusqu'aux confins du monde civilisé; eh bien! je le demande aux plus farouches, aux plus inintelligens adversaires de la presse, l'Académie ne perdrait-elle pas aussitôt la plus grande partie de son importance ? C'est la publicité qui excite et entretient la curiosité publique. Ce sont les appréciations et les comptes-rendus de la presse qui appellent l'attention sur des travaux et sur des hommes qui, sans elle, resteraient dans l'obscurité, ou tout au moins dans une demi-teinte confuse, car la presse est le grand réflecteur des lampes académiques.

De cela je tirerai deux petites conséquences, l'une qui concerne l'Académie de médecine, l'autre qui concerne la Société de chirurgie.

A l'Académie de médecine, je me permettrai de dire que le nombre des journaux de médecine s'étant considérablement accru depuis quelque temps — (ici j'ouvre une parenthèse, pour dire que je me félicite de cette augmentation. Si les nouveaux journaux prospèrent, ce que je leur souhaite de grand cœur, cela prouve que la masse abonnable est plus considérable que nous le croyions, car, pour ce qui nous concerne, le chiffre de nos abonnés, loin de décroître, augmente dans des

tal ; ces arborisations sont cachées par une couche peu uniforme de pus crémeux. Les anses intestinales et l'estomac, distendus par des gaz, tendent à faire hernie. Arborisations, fausses membranes, pus bien lié, répandu inégalement, surtout dans les régions rénales et le petit bassin. Le pus est ramassé, en assez grande quantité, dans le cul-de-sac utéro-rectal. Sur le bord supérieur de l'utérus, petite cavité ouverte au dehors, de la grandeur d'une cupule de gland, remplie de pus, tapissée par une fausse membrane. Pas de traces d'ouverture de vaisseaux dans son intérieur. Pas de pus dans l'épaisseur des ligamens larges.

La cavité de l'utérus est dilatée ; il est lui-même beaucoup plus volumineux que le poing d'un adulte. Pas de ramollissement du tissu utérin ; pas de pus dans l'épaisseur de ses parois. L'insertion du placenta sur la face postérieure est marquée par un détritus sanguinolent, assez fétide.

A la partie supérieure de l'abdomen, le pus remonte entre le foie et le diaphragme. La séreuse diaphragmatique est couverte de fausses membranes, ainsi que les deux faces du foie. Ces fausses membranes sont imbibées de pus et rassemblées par grumeaux. Les deux faces du foie, son bord antérieur, sont d'une coloration bleuâtre qui pénètre jusqu'à 2 centimètres dans l'épaisseur de la substance de l'organe. Pas de suppuration dans l'intérieur. Consistance normale.

Les reins, la rate, les articulations sont intacts.

C'est là, suivant nous, un cas type de métro-péritonite puerpérale, c'est-à-dire de métro-péritonite empruntant sa cause et une partie de sa gravité à l'état puerpéral.

L'apparition de quelques vésicules d'herpès labial était venue, du troisième au quatrième jour, annoncer une rémission dans les symptômes. Elle a eu lieu, en effet ; mais le mal n'a pas tardé à reprendre le dessus.

La malade a succombé principalement, dans ce cas, aux désordres anatomiques et à la généralisation de l'inflammation, qui a envahi en deux temps, assez marqués par le repos du 25, la moitié inférieure d'abord, puis la moitié supérieure du diaphragme, spécialement sa face péritonéale, et déterminé ainsi une sorte de mort par asphyxie. Et, à ce propos, rappelons qu'une péritonite partielle est rarement mortelle ; que la gravité d'une péritonite générale se rattache, pour une bonne part, à l'inflammation du diaphragme et à la paralysie du muscle qui en est la suite. Nous ne croyons pas que ce phénomène suffise, à lui seul, pour déterminer la mort ; mais il nous paraît jouer un rôle des plus importans. La paralysie du diaphragme a ses signes physiologiques bien connus aujourd'hui. Elle s'accompagne nécessairement de l'inflammation de la face supérieure du foie, quand elle résulte d'une péritonite ; et cette inflammation du foie s'accompagne à son tour d'un ictère qui, à défaut d'autres signes, aura donc une valeur dans le pronostic.

Observation II. — *Péritonites successives ; — pleurésies successives ; — mort après perforation intestinale.*

Une fille de 20 ans, F... J..., de bonne santé habituelle, alla faire ses couches à la Maternité, dans les premiers jours du mois d'août 1853.

L'accouchement fut heureux : la montée du lait peu abondante ; et, trois jours après ses couches, il survint, raconta-t-elle, un léger malaise, bientôt suivi de frissons, de fièvre, de vomissemens, puis de douleurs abdominales. On appliqua, le jour même, 15 sangsues sur l'hypogastre. Les sangsues donnèrent beaucoup de sang et amenèrent un soulagement marqué, qui se maintint quatre ou cinq jours.

Un nouveau frisson reparut, et fut suivi d'un point de côté sous la mamelle gauche. Le lendemain, on constatait chez elle l'existence d'une pleurésie. Vésicatoire, diète. — Quatre jours plus tard, les douleurs abdominales revenaient plus fortes que la première fois, avec constipation opiniâtre ; 25 sangsues furent apposées, soulagèrent la malade, qui, malgré tous les conseils qu'on put lui donner, voulut rentrer chez elle, où elle resta sans traitement, jusqu'à ce que le mal la forçât à rentrer à l'hôpital de la Pitié, salle Ste-Marthe, n° 6.

Le 26 août, dans la soirée, nous trouvons une femme assez chétive, impressionnable, souffrant beaucoup depuis deux jours d'une vive douleur à la région hypogastrique ; peau chaude, 100 à 104 pulsations ; respiration assez gênée, 28 à 30. Le vésicatoire placé sur le côté gauche est incomplètement desséché. La plèvre contient encore une certaine quantité de liquide qui remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. Égophonie et souffle tubaire au niveau de l'épanchement. Un peu de frottement dans le creux axillaire. Le ventre est tendu, légèrement balonné ; douloureux à la pression, surtout à droite. La langue est blanche et humide. Des vomissemens ont eu lieu la veille et se répètent le soir de l'arrivée. Pas de tumeur appréciable par le palper abdominal. Au toucher, le col est douloureux, gonflé, inégal, et porte les traces d'un accouchement récent. Le col, encore dilaté, permet facilement l'introduction d'une phalange. Le corps volumineux, porté en antéversion, s'appuie sur le pubis. 20 sangsues sur le côté droit, une pilule d'opium de 0,05 centig.

27. La malade est moins souffrante. Un peu de sommeil la nuit. 20 nouvelles sangsues ; cataplasmes.

30. Les douleurs sourdes ont persisté ; pas de météorisme ; constipation. Lav. de miel mercuriel ; large vésicatoire appliqué sur l'abdomen.

5 septembre. La malade, qui avait pu prendre depuis trois jours des bouillons et des potages, éprouve subitement, dans la journée du 5 septembre, un frisson assez violent. Un point de côté se déclare du côté droit, peu intense, il est vrai, mais suivi de vomissemens ; et le 6 au matin, M. Marrotte constate un épanchement commençant dans la plèvre. 88-90 pulsations ; pouls peu développé, facilement dépressible. Vésicatoire sur le thorax ; on continue les bouillons à cause de la faiblesse de la malade.

Les accidens de dyspnée déterminés par cette pleurésie nouvelle cèdent au bout de trois à quatre jours. Les douleurs abdominales reparaissent avec frisson et exacerbation dans la soirée. La malade maigrit et s'affaiblit de plus en plus. Un vésicatoire est entretenu sur les parois abdominales ; néanmoins, le ventre se distend de plus en plus et se remplit de liquide.

La constipation avait persisté jusqu'à cette époque ; le 20, il survient un peu de diarrhée. Pendant deux à trois jours, les selles sont formées d'un liquide purulent, en petites quantités. Elles coïncident avec une diminution dans les douleurs abdominales.

Le 25 septembre, le ventre s'est affaissé presque tout d'un coup à la suite de selles très abondantes, formées du même liquide que les jours précédens, et l'existence d'une perforation intestinale n'est plus douteuse. Un bien-être complet succède à cette évacuation et ne persiste pas longtemps.

Le 28, de nouvelles douleurs abdominales se manifestent : le ventre est distendu par des gaz. Le pouls, qui avait diminué de fréquence, redevient petit et serré. La respiration s'accélère et s'embarrasse. Quelques vomissemens, et la malade succombe le 1er octobre, après une agonie assez pénible.

AUTOPSIE.

Cerveau. — Rien d'anormal.

Thorax. — Le péricarde contient quelques cuillerées de sérosité. Pas d'adhérences du cœur ; il est petit, décoloré, sans traces de phlegmasie.

Les plèvres présentent, des deux côtés, des adhérences facilement détruites, peu nombreuses, filamenteuses. A droite, un verre à peu près de sérosité citrine.

La cavité abdominale ne contient pas de liquide.

La paroi supérieure enlevée, voici ce qu'on aperçoit : En haut et à gauche, une masse arrondie, bosselée, formée par les intestins recouverts d'une pellicule uniforme, de couleur grisâtre comme le péritoine pariétal. Cette pellicule se déchire assez facilement, et permet d'isoler les anses intestinales, qui contiennent, au milieu d'elles, des fragmens jaunâtres de fausses membranes non organisées et baignées dans du pus phlegmoneux. Par en haut, la masse arrondie se reliait au foie et à l'estomac, adhérait à leur bord antérieur et, avec eux, à la paroi abdominale antérieure, de façon à séparer les faces supérieure et inférieure du foie du reste de la cavité. Sous la masse intestinale, entre elle, le pubis et la paroi antérieure de l'abdomen, se trouve une vaste cavité infundibuliforme dont l'orifice supérieur, porté en avant et en haut a 1 décimètre, à peu près, de diamètre dans le sens vertical, et 1 décimètre 1/2 dans le sens transversal.

La cavité se rétrécit pour s'enfoncer dans le cul-de-sac utéro-rectal. Cette partie du petit bassin exhale une forte odeur de matières fécales et ses parois sont tapissées par une matière gris-jaunâtre en tout semblable aux matières contenues dans le gros intestin.

De l'eau versée dans cette cavité, s'échappe par l'anus quand on passe à travers l'ouverture anale une sonde de gros calibre. Le bout de la sonde, conduit avec précaution, de bas en haut, le long de la face antérieure du rectum, vient faire saillie dans la cavité péritonéale par un petit trou, arrondi, qui a mis en communication l'ampoule rectale et le péritoine, donné passage au liquide, permis l'entrée des matières fécales dans le cul-de-sac utéro-rectal, et déterminé, probablement ainsi, la péritonite dernière qui a emporté la malade.

Les lésions du péritoine, les symptômes observés pendant la vie rattachent évidemment ce cas au précédent. Si la mort est, ici, survenue beaucoup plus tard, c'est qu'elle a eu lieu par un tout autre mécanisme. Une série d'affections aiguës se produisant coup sur coup, avaient amené notre malade à un état de faiblesse considérable. Mais sa respiration était restée encore assez facile, grâce à l'adhérence du foie et de la grande courbure de l'estomac avec la paroi abdominale antérieure ; adhérence qui avait limité les progrès de l'inflammation par en haut et protégé le diaphragme.

Un autre point nous paraît mériter mention, au point de vue de l'enchaînement des phénomènes morbides. C'est le retour de la péritonite par l'entrée, dans la cavité péritonéale, d'une certaine quantité de matières fécales ; cela, quand l'évacuation du liquide de l'épanchement aurait pu faire espérer un soulagement durable.

Contentons-nous de signaler, en passant, la présence de la pleurésie, comme complication des affections puerpérales. Baudelocque prétend que c'est la plus commune ; et Leake allait jusqu'à vouloir que la pleurésie fût plus fréquente après les couches que la péritonite.

Les plèvres ne sont pas, du reste, les seules séreuses attaquées consécutivement. Deneux parlait, en 1826, de phlébites survenant chez les femmes récemment accouchées. Mais ces inflammations veineuses, se développant non seulement sur la vaisseau saigné, mais même sur les deux fémorales, et marchant avec une rapidité toute caractéristique, ne semblent-elles pas se rattacher à la fièvre puerpérale proprement dite, ainsi que les suppurations dans les cavités articulaires que nous allons rencontrer dans les deux observations suivantes?

(*La suite à un prochain n°.*)

Gaube,
Interne du service.

URÉTROTOMIE.

NOTE SUR UN INSTRUMENT A L'AIDE DUQUEL ON VOIT DANS L'INTÉRIEUR DE L'URÈTRE ;

Lue à l'Académie impériale de médecine, dans sa séance du 29 Novembre 1853

Par M. le dr A.-J. Desormeaux, chirurgien des hôpitaux.

Dans l'étude des affections de l'urètre, et des moyens que l'on peut employer, soit pour leur diagnostic, soit pour leur traitement, il est une voie dans laquelle la chirurgie n'a paru

---

proportions inespérées, ce qui prouverait encore que l'agitation ne profite pas seulement à ceux qui la provoquent ; s'ils succombent, *dii avertant!* ils auront donné le goût de la lecture des journaux de médecine à un certain nombre de médecins qui ne l'avaient pas encore, et les journaux qui résisteront ne pourront qu'y gagner de nouveaux lecteurs. De sorte que, de toute manière et à tous les points de vue, nous donnons une accolade confraternelle aux nouveaux venus dans la presse médicale), — le nombre des journaux de médecine s'étant donc accru, et par conséquent le nombre de leurs rédacteurs, nous nous trouvons littéralement encaqnés sur l'étroite banquette que la libéralité de l'Académie nous avait octroyée dans la salle des séances. Impossible de se moucher, de puiser une prise de tabac dans la tabatière du voisin et de prendre la plus petite note. Les heures de séances deviennent de véritables heures de torture ; on sort brisé, rompu, étouffé, de fort mauvaise humeur surtout, ce qui peut avoir les plus fâcheuses conséquences sur le *premier-Paris* du lendemain. Rien ne rend injuste comme le malaise physique. Voulez-vous rendre un journaliste aimable, bienveillant ; voulez-vous limer ses ongles, asseyez-le dans un bon fauteuil. Il y a longtemps que j'ai remarqué l'influence du fauteuil sur les académiciens eux-mêmes. Savez-vous pourquoi les séances de l'Académie des sciences sont bien plus calmes, moins agitées, moins turbulentes, moins loquaces que celles de l'Académie de médecine? C'est que dans la première, les académiciens sont mollement assis sur de moelleux fauteuils, et que nos académiciens de la rue des Saints-Pères sont étroitement encaissés dans de maigres banquettes. Depuis que M. Gerdy s'asseoit sur un fauteuil de l'hémicycle, il a perdu les trois quarts de sa fougue et de son âpreté. Il y a toute une étude à faire sur l'influence du siége dans les Sociétés délibérantes. Il n'y avait que des banquettes dans la séance du Serment du Jeu de paume.

Je ne demande pas des fauteuils pour les journalistes qui assistent aux séances de l'Académie ; ils s'amolliraient trop dans ces délices de la position assise, et j'en refuserais un pour mon compte, comme une tentative de subornation. Mais j'ose prier M. le secrétaire perpétuel de se souvenir de cette loi physique qui nous apprend que les corps sont impénétrables, et je le supplie, ainsi qu'on le lui a déjà demandé dans un style d'une élégance que je ne saurais imiter, de vouloir bien mettre une *rallonge* à la banquette des journalistes.

A la Société de chirurgie je prendrai la liberté de faire observer que si le compte-rendu de ses travaux ne reçoit pas toute la publicité qu'ils méritent, c'est un peu sa faute. La Société me paraît assez riche pour payer sa gloire, c'est-à-dire pour imiter sa sœur aînée, l'Académie de médecine, qui publie son *Bulletin* à elle, qui ne favorise pas un journal au détriment des autres, qui n'en a pas choisi un seul pour son organe officiel, laissant aux autres la peine de glaner après que la moisson est faite au profit d'un favori. Il y a là une différence de procédés, une distinction dans les égards qui doivent être senties par les journaux qui les subissent. Cela ne nous a pas empêché de rendre compte des travaux de la Société de chirurgie dans des limites assez étendues, ni de leur accorder la plus sympathique déférence.

Quant à la discussion sur le chloroforme, que le nouveau rapport de M. Robert va raviver, elle sera prochainement ici, comme ce rapport lui-même, l'objet d'une appréciation sérieuse.

Et ne croyez pas que cette agitation scientifique soit bornée à Paris, la province y prend une part très active. C'est de la province que nous viennent les beaux ouvrages de M. Gintrac, de Bordeaux, dont j'appréciais naguère les hautes qualités ; de M. Serre, d'Alais, sur les phosphènes ; de M. Sédillot, de Strasbourg, sur la médecine opératoire, qui seront prochainement l'objet d'une analyse appréciative ; c'est de Lyon que nous vient la question du perchlorure de fer, question que nos habiles et savans confrères de Lyon enserreront sans doute dans le cercle prudent que M. Velpeau lui a tracé. Montpellier est encore sous l'émotion causée par le beau discours de M. Bérard, et une activité toute nouvelle s'est emparée de cette vieille école.

A propos de Montpellier, que je vide mon petit différent avec l'honorable rédacteur en chef de la *Gazette médicale* de cette ville. Je soutiens, contre mon confrère, qu'aucune dissidence sérieuse de principe, de doctrine, de philosophie, ne sépare Paris de Montpellier. Mon savant confrère dit que c'est là une assertion erronée, et comme preuve il dit qu'il faut qu'il y ait différence doctrinale là où il y a différence de résultats. La mortalité est moins grande à Montpellier qu'à Paris, donc Montpellier a une autre doctrine que Paris. J'en demande bien pardon à M. Chrestien, mais cet argument ne me paraît pas très fort, et je suis certain que réduit, comme je viens de le faire, à sa plus simple expression, M. Chrestien, lui-même, en verra l'inanité. Quant à moi, il m'est impossible de me battre contre des chimères.

Une affaire de secret médical dans laquelle notre confrère, M. Cazeaux, a joué le rôle le plus honorable, vient de se terminer à la satisfaction de ce que nous croyons être les véritables principes, car ce sont ceux que nous avons toujours soutenus dans ce journal, et ceux que rappelait éloquemment naguère à cette place notre honoré collaborateur, M. Pierre Bernard. M. Cazeaux s'est borné à faire à la justice cette simple réponse qui l'a satisfaite : « Monsieur le juge, je déclare que *je* » *considère* les faits sur lesquels vous m'interrogez, et qui sont arrivés » à ma connaissance pendant la maladie de Mme X..., comme des faits » confidentiels ; en conséquence, je crois pouvoir ne pas répondre aux » questions que vous jugerez convenable de m'adresser. »

Ainsi, le médecin reste seul juge dans sa conscience de considérer les faits sur lesquels on l'interroge, comme confidentiels, et dont la connaissance lui est arrivée dans l'exercice de son art. Dans la législation actuelle, il n'y a pas, en effet, d'autre manière de trancher la difficulté du secret médical.

Amédée Latour.

D'après des nouvelles récentes, la santé de notre savant confrère, M. Lallemand, se serait considérablement améliorée, et tout faisait espérer un prochain et complet rétablissement.

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera son cours sur les *maladies syphilitiques*, le mercredi prochain 7 décembre, à midi, et le continuera à la même heure, les lundis, mercredis et vendredis, dans son amphithéâtre, 8, rue Larrey.

entrer que pour l'abandonner aussitôt: c'est l'application de la vue à l'exploration des diverses parties du canal excréteur de l'urine.

Je dois cependant rappeler les tentatives de M. Ratier, qui ne pouvaient être que d'une bien faible utilité, et seulement pour une portion limitée de l'organe, et celles de M. Ségalas, beaucoup mieux conçues, mais qui s'appliquent surtout aux affections de la vessie. Si l'instrument du savant académicien n'a pas rendu les services qu'on en devait attendre, il faut en accuser la difficulté du problème, qui devient très compliqué lorsqu'on veut y comprendre le réservoir de l'urine.

J'ajouterai qu'à l'époque où M. Ségalas faisait ses recherches, la physique n'avait pas encore mis à notre disposition une des pièces essentielles de l'appareil que je viens aujourd'hui soumettre au jugement de l'Académie, et qui en constitue la partie fondamentale.

Si, dans le *speculum uteri*, le volume de l'instrument permet d'y faire pénétrer la lumière, tout en laissant un espace suffisant à l'œil de l'observateur, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de l'urètre qui n'admet que des sondes de quelques millimètres de diamètre. Dans ce cas, la lumière projetée, par les moyens ordinaires dans un tube long et étroit, arrive à l'extrémité de ce tube en quantité insuffisante pour permettre la vision, et l'œil ne peut se placer en face de la sonde sans empêcher le passage des rayons lumineux, ou bien si l'on met une lumière artificielle au-devant de l'œil, elle intercepte les rayons visuels.

D'après ce que nous venons de dire, on peut déjà comprendre que pour obtenir un urétroscope qui donne les résultats désirables, la difficulté consiste à livrer passage à la lumière par un orifice étroit, tout en réservant un espace suffisant pour les rayons visuels. Ce résultat est obtenu dans l'instrument que j'ai fait construire, au moyen du miroir percé à son centre, que M. Léon Foucault avait déjà appliqué à l'éclairage des corps opaques sous le microscope. Ce miroir, placé sur le prolongement de l'axe d'une sonde droite à bec, ou, pour mieux dire, d'une longue canule introduite dans l'urètre, est incliné de façon à réfléchir, dans la direction de la canule, les rayons qu'il reçoit d'un foyer lumineux situé sur le côté, et qui sont préalablement rendus convergens par l'interposition d'une lentille. En même temps, l'ouverture du miroir, répondant au centre de l'instrument, livre un passage suffisant aux rayons visuels, qu'aucun point lumineux intermédiaire n'empêche d'arriver jusqu'à l'objet que l'on veut observer.

Tels sont les principes d'après lesquels l'instrument a été construit. Quant aux détails d'exécution, je craindrais, en les décrivant, d'abuser des momens de l'Académie. La vue des différentes pièces en apprendra plus que ne pourrait le faire une longue description. D'ailleurs, j'en ai donné la figure dans un paquet cacheté déposé au secrétariat de l'Académie.

Je m'occupe, en ce moment, d'apporter à différentes pièces de l'appareil des modifications dont l'expérience m'a fait sentir l'utilité. Mais, tel qu'il est, il m'a déjà donné des résultats satisfaisans, que je demande la permission d'exposer à l'Académie. Sur un malade, affecté de rétrécissement dans la région du bulbe, et que M. Mélier a bien voulu examiner avec moi, nous avons vu distinctement une cloison transversale avec un pertuis excentrique entouré d'un bourrelet circulaire légèrement saillant.

Sur un malade de l'hôpital du Midi, où M. Ricord a eu l'obligeance de me permettre de faire quelques expériences, nous avons observé le déplissement de la muqueuse au devant de la sonde, et la coloration rouge de cette membrane atteinte d'inflammation chronique. Les personnes présentes à la visite ont pu, comme nous, constater ces faits. Je ne ferai qu'indiquer une expérience, moins concluante, peut-être, mais dont le résultat est assez frappant. Si l'on place à l'extrémité de la sonde un papier sur lequel se trouvent des lettres, en ayant soin de le mettre à l'abri de la lumière extérieure, les lettres sont aperçues d'une manière aussi distincte que dans les conditions ordinaires de la vision. Il en est encore de même pour des détails moins faciles à saisir, tels que les sillons concentriques de la pulpe des doigts, les différences de coloration des ongles, etc.

D'après cela, je pense non seulement que, dans certains cas, l'urétroscope pourra éclairer le diagnostic, mais qu'il pourra servir à juger certaines questions de doctrine, telles que celles qui se rapportent aux ulcérations urétrales, et en particulier au chancre, objet de tant de controverses.

Il est un point sur lequel mes recherches n'ont pas encore pu porter d'une manière suffisante. J'ai constaté qu'une ouverture latérale faite à la sonde ne diminue pas sensiblement l'éclairage, et cette ouverture, qui sert à l'introduction d'éponges pour absterger les parties, peut aussi permettre le passage de divers instrumens. A l'aide d'un stylet à manche coudé, j'ai traversé un rétrécissement étroit. J'ai fait faire, d'après le même système, un bistouri à l'aide duquel on peut pratiquer des incisions, en se rendant compte du résultat beaucoup mieux qu'avec les instrumens qui agissent hors de la vue. Des porte-caustiques appropriés permettraient d'agir avec certitude sur les points malades, et d'appliquer à l'urètre une médication dont on tire un parti si utile dans le traitement des affections du col de l'utérus et du vagin.

J'espère présenter bientôt à l'Académie un instrument plus parfait que celui que je lui soumets en ce moment, et lui faire part, en même temps, des observations que j'aurai pu recueillir. Je n'ai pas besoin d'ajouter que l'on pourrait étendre l'usage de l'urétroscope à d'autres cavités, et que je ne désespère pas de le faire servir un jour à l'examen de la vessie.

Je ne m'étendrai pas d'avantage sur les usages de cet instrument; seulement je ferai une dernière remarque sur sa disposition. On a pu voir, par ce que j'en ai dit, que la vision s'exerce directement et que la lumière est réfléchie. On pourrait tout aussi bien placer le foyer lumineux dans l'axe de la sonde, et réfléchir latéralement l'image de l'objet, comme le faisait Newton dans quelques-uns de ses télescopes. Si j'ai choisi la première disposition, c'est que j'ai trouvé qu'il y avait avantage à voir les objets eux-mêmes, à l'œil nu, plutôt que leur image réfléchie et renversée dans un miroir, et que, dans le cas d'opérations, le renversement des mouvemens pourrait créer une grande difficulté. En outre, la position de l'observateur est beaucoup plus commode en se plaçant en face de l'objet.

J'ose prier l'Académie de vouloir bien examiner l'urétroscope que j'ai l'honneur de lui soumettre, et je serais heureux si cet instrument pouvait lui sembler digne de son approbation.

PHYSIOLOGIE.

Leçons faites au Collége de France pendant le semestre d'été (1853), SUR L'ABSORPTION DES GAZ ET DES LIQUIDES;

Par M. Claude BERNARD, suppléant de M. MAGENDIE,

Recueillies et analysées par M. FAUCONNEAU-DUFRESNE.

Première partie (1). — De l'absorption gazeuse.

§ IV. *La respiration sert-elle à la calorification? Causes de la chaleur animale; influence exercée à cet égard par le système nerveux.*

Chez un animal qui respire normalement, il n'y a pas seulement introduction d'oxygène et exhalation d'acide carbonique; on remarque encore que la chaleur se maintient, que toutes les sécrétions s'opèrent, que l'irritabilité musculaire et l'excitabilité nerveuse sont entretenues. Il faut chercher jusqu'à quel point ces conditions physiologiques sont liées aux phénomènes physiques de la respiration. Occupons-nous d'abord de la *calorification*.

De tout temps on a constaté les *rapports de la respiration avec la calorification*. Ils se remarquent non seulement chez les animaux à sang chaud, mais encore chez ceux à sang froid. Les premiers, les oiseaux surtout, qui peuvent avoir une température au-dessus du milieu dans lequel ils vivent, offrent une chaleur plus ou moins grande à mesure que la respiration est plus ou moins active. Les seconds s'harmonisent aussi, sous le même point de vue, avec la température qui les environne et reprennent une respiration plus active quand ils se trouvent dans un milieu plus chaud. On sait que Chaussat a étudié ces variations de température et en a noté les diverses périodes.

Après la constatation de *ces rapports*, on a dû rechercher *comment ils avaient lieu*. On avait pensé que la chaleur se produisait dans les poumons et qu'elle se liait avec le phénomène de l'absorption de l'oxygène. On avait cru observer que le sang qui revient des poumons au cœur était plus chaud. Si, en effet, on met à découvert la carotide et la jugulaire, et si l'on y introduit un thermomètre, on trouve plus de chaleur dans l'artère. Tandis que, par exemple, dans la carotide, on constate, chez les mammifères, 38° 1/2 centig., quelquefois 39; dans la jugulaire, on n'en observe que 36 ou 37. Si l'on expérimente loin du thorax, aux membres antérieurs et postérieurs de l'animal, la température est encore moins élevée; le sang n'offre plus que 36° dans l'artère et 35 dans la veine. Le rapport est toujours le même; le sang artériel est plus chaud.

Il paraissait donc probable que la chaleur se produisait dans les poumons. Cette *théorie* ne s'accordait pas avec celle *des anciens*. Hippocrate, Aristote, etc., pensaient que l'air était destiné à rafraîchir le sang. Si un chien souffle après avoir couru, disaient-ils, c'est pour rafraîchir son sang.

Mais, pour agir avec précision, il fallait *constater les différences de température du sang dans le cœur même*, près des poumons, au moment où le sang va entrer dans ces organes et à celui où il vient d'en sortir. Depuis longtemps on a tenté des expériences de cette nature. *A priori*, on ne les croirait pas difficiles; mais elles le sont beaucoup en réalité, et il y a de nombreuses causes d'erreur. Hunter, Saissy, etc., ont dit que le sang était plus chaud dans le ventricule gauche que dans le droit; selon le dernier de ces auteurs, il serait déjà plus chaud dans l'oreillette gauche. Ces différences sont plus faibles dans les ventricules qu'à l'extrémité des vaisseaux; elles ne consistent, le plus souvent, que dans des fractions de degré, tantôt un dixième, tantôt, même, un centième.

MM. Magendie et Bernard ont trouvé des *résultats inverses*. Ils ont constaté, d'abord, que la température du sang du cœur oscillait entre 39 et 40 degrés; ensuite que le sang du ventricule gauche était moins chaud que celui du ventricule droit. Les résultats peuvent varier suivant les conditions dans lesquelles on le place. Ils ne doivent pas être les mêmes lorsqu'on opère sur un animal vivant ou sur un animal venant de mourir. Lorsqu'on tue un animal et qu'on ouvre de suite largement le thorax, on peut objecter que le cœur se trouve en contact avec l'air extérieur, et que celui-ci, ayant une température plus basse que le sang, refroidit davantage le ventricule droit que le gauche, en raison de la moindre épaisseur du premier. Pour démontrer que cette cause d'erreur peut être réelle, M. George Liébig a imaginé, après avoir mis un thermomètre dans le ventricule droit par la veine cave supérieure et un autre dans le ventricule gauche par l'aorte, de plonger le cœur dans l'eau à 40 degrés; il a vu alors que les thermomètres se maintenaient à la même hauteur; retirant ensuite le cœur pour le placer dans une eau à 16 degrés, les thermomètres baissèrent inégalement, et, après vingt minutes, la température la plus élevée se trouva à gauche ou le ventricule est plus épais.

En voulant opérer sur le vivant, on éprouve les plus grandes difficultés. Si l'on veut faire arriver les instrumens dans les cavités du cœur, ils peuvent se casser dans les mouvemens de l'animal; la respiration est troublée par cette opération. Un assez bon moyen est de produire instantanément la mort par la section du bulbe rachidien, et de pousser immédiatement les thermomètres jusque dans les deux ventricules. Dans leurs recherches, MM. Magendie et Bernard sont arrivés à constater que *la chaleur du sang est plus prononcée dans le ventricule droit.* Ils ont associé, à leurs nombreuses expériences, un physicien habile, M. Walferdin, qui a rendu à la thermométrie de très grands services, et qui a employé, pour ces observations, ses thermomètres à déversement, sur lesquels on peut lire directement des fractions très faibles de degrés. Pendant la durée du cours, M. Bernard et M. Walferdin ont encore continué leurs essais. Sur un chien en digestion, ils ont trouvé un dixième de degré en faveur du sang du ventricule droit. Dans une de leurs expériences, ils avaient mis d'abord le thermomètre dans le ventricule droit, puis dans le gauche; on pouvait, d'après cela, objecter que la chaleur, trouvée plus forte dans le premier, tenait à l'intervalle qui s'était écoulé entre les deux examens; mais, en commençant par le ventricule gauche, ils purent encore constater un excès de température dans le ventricule droit.

Cet excès dans la *température du sang du ventricule droit du cœur tient au foie et aux reins.* M. Bernard, dans des leçons antérieures publiées par l'UNION MÉDICALE, a établi que ce premier organe surtout, en raison de l'active circulation qui y règne, est un moyen puissant de calorification. Il en résulte que, dans la veine cave inférieure, à l'endroit où s'abouchent les veines du foie et des reins, le sang veineux est à son maximum de température, et que cette température dépasse celle du sang de l'aorte. Si le foie fonctionne pour la digestion, le sang en sort plus chaud. Cet organe, ainsi que les reins, sont dans des conditions favorables pour conserver leur chaleur, étant situés profondément et entourés d'épiploons chargés de graisse, tissus peu conducteurs. Il faut remarquer que les animaux hybernans ont des épiploons supplémentaires qui semblent destinés à empêcher la déperdition de la chaleur du foie et des reins.

Le *sang artériel a une température uniforme.* A sa sortie du poumon, lancé par le ventricule gauche dans tous les organes, il y parvient rapidement et a à peine le temps de se refroidir. Il n'en est pas de même du sang veineux. Ce sang se refroidit à la surface de la peau et dans les membres, où il offre un degré de moins que le sang artériel correspondant. Cependant, la peau, par ses fonctions, empêche le refroidissement d'être trop considérable, puisque le vernissement de cette membrane, comme on l'a vu, refroidit le sang, au point de faire périr un animal comme par le froid.

En *résumé*, dans les membres et dans la tête, le sang veineux est moins chaud que le sang artériel; dans le tronc et dans le cœur, il est devenu plus chaud; ce qui prouve qu'il a dû acquérir de la chaleur dans son trajet. Il y a des organes qui donnent au sang une température plus élevée, le foie principalement, car on peut constater que le sang de la veine porte est notablement moins chaud que celui des veines sus-hépatiques. Les expériences de M. George Liébig sont d'accord en cela avec celles de M. Bernard.

La *chaleur animale* est donc le *résultat des métamorphoses que le sang subit dans les organes.* Tous concourent plus ou moins à produire de la chaleur. La peau n'est pas sans influence sur ce résultat; il en est de même des glandes. Les frottemens seuls de la circulation sont aussi des causes de chaleur. Partout, en un mot, où se passent des changemens quelconques, il se produit du calorique. Le sang se réchaufferait également en traversant les poumons, si le contact de l'air n'intervenait pas.

Puisque l'oxygène est absorbé en moins grande quantité pendant la digestion, ce ne peut être son introduction qui produit la chaleur, qui, pendant ce temps, est un peu plus élevée. Cette température serait plutôt en rapport avec la quantité d'acide carbonique expulsée.

Lavoisier croyait que c'était dans les poumons que s'opérait la combinaison de l'oxygène et du carbone et que de là s'échappait la chaleur qui se répandait dans tout le corps. Puisqu'on sait maintenant que cette combinaison a lieu dans le sang et dans tous les organes et que la chaleur se produit partout, cette théorie, en prévalant, entraîne naturellement la chute de l'autre.

Il faut, toutefois, reconnaître qu'il y a des rapports généraux entre l'intensité de la respiration et la production de la chaleur. Mais, pour comprendre ces rapports, ce n'est pas seulement des phénomènes physiques qu'il convient de s'occuper, on doit tenir, en outre, un grand compte du *système nerveux* qui agit sans cesse.

Si *la respiration* ne produit pas par elle-même la chaleur animale, elle *détermine*, par son jeu incessant, une *excitation continue du système nerveux*, laquelle, en réagissant sur les organes, entretient leur mouvement et par suite la chaleur.

C'est ce dont on peut s'assurer en examinant ce qui se passe dans les *respirations artificielles* pratiquées après la section de la moelle allongée. M. Brodie avait remarqué que, malgré les insufflations, l'animal se refroidissait; bien plus, que le refroidissement était plus rapide que chez un autre animal tué en même temps: ayant, en effet, décapité simultanément deux lapins et pratiqué sur l'un d'eux la respiration artificielle, ce dernier se refroidit plus vite que l'autre. Ce célèbre chirurgien en avait conclu que la respiration en elle-même, loin de produire la chaleur, était plutôt une cause de refroidissement. Legallois, qui avait d'abord fait ces expériences, avait soutenu que l'animal insufflé ne se refroidissait pas plus vite que l'autre; mais M. Bernard, dont on connaît le talent d'observation et l'habileté dans les expérimentations, se range de l'avis de M. Brodie.

Il est facile de démontrer que, dans les membres, la *température diminue lorsque l'influence nerveuse cesse* de s'y faire sentir. C'est ce qu'on peut constater dans la paralysie qui suit la section du nerf sciatique. Sur un chien chez qui l'expérience a été faite, on avait trouvé

(1) Voir les numéros des 3 Septembre, 11, 13 Octobre et 1er Novembre.

auparavant au membre 24°,4; après, il n'y en avait plus que 21,3.

Si l'on coupe les nerfs d'un organe où le sang est très chaud, la différence se manifeste plus promptement; c'est ce qui arrive lorsque le foie est paralysé par la section des nerfs pneumo-gastriques. Chez les oiseaux qui ont la circulation très active, la différence de température est d'un degré ou d'un degré et demi.

Si la température baisse avec l'abolition des *fonctions*, lorsque celles-ci, au contraire, sont *excitées*, la *température s'élève*. On trouve dans Burdach le fait suivant : Un homme avoit un bras paralysé; la température du bras sain était de 26°,6. Voici les résultats qui furent constatés sur le bras malade qu'on galvanisa.

	Avant la galvanisation.	Après la galvanisation.
Température à la main.	17,3	20,0
— au pli du bras. . .	21,3	22,6
— à l'aisselle.	26,1	27,1

N'est-ce pas là une autre preuve de la nécessité de l'influence nerveuse pour que la chaleur s'entretienne ?

En rendant compte des leçons de M. Bernard, sur le nerf grand sympathique, nous avons eu occasion de parler, à propos de la *circulation capillaire* (UNION MÉDICALE du 26 juillet, page 350), d'une *expérience curieuse* de ce physiologiste, et qui consiste dans la section, sur un lapin, du filet nerveux qui réunit les ganglions cervicaux supérieur et inférieur. Par suite de cette opération, la chaleur augmente dans le côté correspondant de la tête. En hiver surtout, en raison de l'abaissement de la température extérieure, il est facile de constater, en pressant l'oreille de l'animal dans la main, qu'elle est plus chaude, et, en y appliquant un thermomètre, on voit que sa chaleur a augmenté quelquefois de 3 à 4 degrés. Avec cette augmentation de chaleur, il y a, en même temps, une circulation plus accélérée et une sécrétion plus active dans les organes sécréteurs de la face.

Ces phénomènes ont de la durée; si même on tue l'animal, la partie qui a été le siége de cette augmentation de chaleur se refroidit moins vite que les autres. On peut produire des phénomènes inverses en coupant la cinquième paire qui donne la sensibilité à cette partie de la face; dans ce cas, il y a, en effet, abaissement de la température, diminution de la circulation et des sécrétions, et si l'on vient à tuer l'animal, cette partie se refroidit plus vite que les autres. Quoique la première expérience sur le filet du grand sympathique nous montre une action contraire à celles qui se vérifient dans les nerfs du système cérébro-spinal, action dont le mécanisme n'est pas encore connu, elle ne prouve pas moins l'influence qu'a le système nerveux sur l'activité des fonctions, et par suite, sur la chaleur animale.

En se rappelant tout ce qui vient d'être dit, on doit se convaincre qu'on ne peut expliquer les phénomènes de la calorification par le seul jeu de la respiration. La calorification s'explique, au contraire, d'une manière satisfaisante, par les métamorphoses que le sang subit au sein de tous les organes. Mais la respiration est le point de départ; elle excite le système nerveux, qui, à son tour, permet aux organes de produire de la chaleur. C'est ainsi que la calorification se trouve immédiatement liée à la respiration.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 Novembre 1853. — Présidence de M. COMBES.

L'Académie a procédé, dans cette séance, à la nomination d'une commission chargée de préparer une liste de candidats pour la place de secrétaire perpétuel vacante par suite du décès de M. Arago.

Cette commission, qui, aux termes du règlement, doit se composer de six membres pris dans les sections des sciences mathématiques et du président de l'Académie, est ainsi constituée : MM. Biot, Mathieu, Duperrey, Poinsot, Poncelet, Chasles et Combes, président en exercice.

Principes immédiats du son de froment, leur rôle dans la panification et dans la nutrition des animaux.

M. CHEVREUL, au nom d'une commission, lit un rapport sur un mémoire de M. Mouriès, ancien interne des hôpitaux de Paris, dont l'objet est l'étude des principes immédiats du son de froment et de leur rôle dans la panification et dans la nutrition des animaux.

M. le rapporteur expose, dans les termes suivans, ce que le travail de M. Mouriès lui a paru ajouter à nos connaissances sur un de nos principaux alimens :

Le son renferme de l'amidon, des matières azotées et une pellicule colorée que l'on considère comme ligneuse.

On sait que la farine brute, dont on n'a pas séparé le son, fournit un pain que beaucoup de médecins prescrivent aujourd'hui contre la constipation habituelle et la disposition aux congestions cérébrales.

On sait encore d'après M. Magendie, que des chiens vivent de pain de son, tandis qu'ils périssent par l'usage du pain blanc.

Pourquoi cette différence entre les effets des deux alimens ?

Comment le son intervient-il dans l'alimentation ?

Ce ne peut être seulement par l'azote de ses principes immédiats; car ceux-ci ne s'y trouvent que dans une faible quantité relativement à celle qui fait partie constituante de la farine blanche. M. Mouriès a reconnu que la surface interne du son renferme plusieurs principes azotés qui restent à isoler et à caractériser comme espèces. Mais l'ensemble de ces principes, que l'eau tiède dissout, possède comme la diastase, la propriété remarquable de liquéfier l'amidon en le changeant en dextrine et en sucre, c'est donc surtout en intervenant de cette manière, comme ferment, que le son agit dans la panification, et, par suite, dans la digestion.

Que l'on divise en deux moitiés une certaine quantité d'empois chauffé de 40 à 45 degrés, qu'on ajoute à la première de l'eau de son préparée à tiède, et à la seconde un volume d'eau distillée égal à celui de l'eau de son, et la première moitié de l'empois se liquéfiera en grande partie, tandis que la seconde ne changera pas. L'eau d'iode colorera celle-ci en bleu et la première moitié en pourpre.

100 d'amidon réduit en empois avec 1,500 parties d'eau mêlée à 100 grammes d'eau de son préparée à tiède avec 20 grammes de son, sont liquéfiées après vingt minutes à la température de 40 degrés; après deux heures, le résidu solide est de 15 gr. 13, et l'eau évaporée laisse 85 de dextrine et de sucre.

La matière active de l'eau de son diffère de la matière active de l'orge ou de la diastase, en ce que son activité est détruite quand on la précipite par l'alcool, tandis que celle de la diastase ne l'est pas; en ce qu'une température de 75 degrés suffit pour le même effet, tandis que la diastase exige une température de 98 à 100 degrés.

L'effet du son dans le pain est conforme aux réactions précédentes; car 130 de ce pain supposé sec, broyé avec 520 grammes d'eau, se divisent avec facilité, et au bout de trois heures d'une température de 40 degrés, le mélange a l'aspect laiteux et pourrait être filtré.

Ce pain est représenté par :

Matière soluble séchée à 100 degrés. . .	59 gr 35
Matière insoluble.	69 gr 75

130 grammes de pain blanc supposé sec, broyé avec 520 grammes d'eau ne fournit pas une longue trituration, et à la température de 40 degrés, qu'une masse demi-solide représentée par :

Matière soluble	9 gr 03
Matière insoluble	120 gr 25

Il paraîtrait que l'effet du son sur la farine blanche commencé dans la confection de la pâte, se propage durant le commencement de la cuisson, mais qu'il ne s'accomplit que dans l'estomac.

Maintenant il est facile d'expliquer comment une température supérieure à 75 drgrés ne détruit pas l'activité du ferment du son, l'orsqu'on sait que l'albumine solide peut être exposée assez longtemps à 100 degrés sans se cuire.

Les expériences de M. Mouriès expliquent donc la différence existante entre le pain bis et le pain blanc par l'influence, sur l'amidon, du son qui se trouve dans le premier et manque dans le second. La commission propose, par l'organe de son rapporteur, de remercier M. le docteur Mouriès de sa communication, et de l'encourager à continuer des expériences qui ne peuvent qu'être utiles, au double point de vue de l'application et de la science. C'est surtout la nature du principe ou des principes actifs du son qu'il importerait de connaître et nous ne doutons pas, dit M. le rapporteur, de l'intérêt qu'aurait cette recherche entre les mains de M. Mouriès.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 26 Octobre 1853. — Présidence de M. le professeur REQUIN.

Sommaire. — Rapport sur un mémoire de M. de Hübbenet, intitulé : *Recherches sur l'épidémie de choléra, observé en 1848 à l'hôpital militaire de Kiew (Russie)*, par M. H. Roger.

M. Henri ROGER, au nom d'une commission composée de MM. Bricheteau, Gillette, et Henri Roger, *rapporteur*, fait un rapport à la Société sur un mémoire de M. de Hübbenet, intitulé : *Recherches sur l'épidémie de choléra observée en 1848 à l'hôpital de Kiew (Russie)*.

M. de Hübbenet, professeur de clinique chirurgicale et directeur de l'hôpital militaire de Kiew, a lu, dans une de nos dernières séances de l'année 1852-53, un mémoire sur l'épidémie de choléra qu'il avait observée dans son hôpital en 1848. La Société a chargé une commission de lui rendre compte de ce travail, que M. de Hübbenet a présenté à l'appui de sa candidature pour l'une des places de *membre correspondant*. Je viens m'acquitter de la tâche de rapporteur de cette commission.

Le choléra qui a visité l'Europe presque entière, deux fois en moins de vingt ans, qui règne encore aujourd'hui à Saint-Pétersbourg, à Moscou, à Kiew, et dans d'autres parties de l'empire russe; qui, dans sa marche comme marquée à l'avance, a gagné des points bien autrement rapprochés de nous, l'Angleterre et la Hollande, d'où il nous menace pour la troisième fois; le choléra a donné lieu à tant d'écrits ou de traités dogmatiques et à tant de discussions, et cependant une telle obscurité, des doutes si profonds enveloppant son étiologie, son mode de propagation et surtout son traitement, que je vais me borner (et la Société m'en saura certainement gré) à l'analyse du travail estimable de M. de Hübbenet sans entrer dans le détail d'aucune des questions que soulève le redoutable fléau, questions insolubles et qui, probablement, ne seront pas mieux éclairées par les tristes enseignemens d'une troisième épidémie.

Voici les conclusions par lesquelles notre honorable confrère a terminé son mémoire; et je ferai remarquer en même temps que le développement de ces propositions finales se trouve non seulement dans le travail qui nous a été communiqué, mais encore dans une monographie étendue avec tableaux statistiques, etc., imprimée à Berlin, dont l'auteur a fait hommage à la Société.

Ire PROPOSITION. — *Sur une population donnée, la proportion des individus atteints du choléra est variable, proportion qui dépend des conditions hygiéniques et diététiques.*

A Kiew, dans l'épidémie de 1847, le chiffre des malades a été de 1 sur 38 ou 40, et il s'éleva, terme moyen, à 1 sur 29 dans l'épidémie de 1848; dans la première, la proportion des malades varia, dans les différentes parties de la ville, depuis le minimum de 1 sur 25, jusqu'au maximum de 1 sur 20; ce maximum de 1 sur 20 fut le même dans la seconde; jamais il ne fut dépassé, de sorte qu'on dirait qu'à un certain moment il y a comme une saturation de l'épidémie.

Tous les observateurs qui se sont occupés de la statistique du choléra ont été frappés des traits de ressemblance que le fléau présentait avec lui-même, malgré la diversité des pays ravagés, au point de vue du chiffre de ses victimes. La comparaison des résultats que M. de Hübbenet a constatés et de ceux qui ont été obtenus à Paris fournit une preuve convaincante de cette analogie : si l'on prend, par exemple, pour les deux épidémies qui ont désolé la capitale, la proportion des individus atteints relativement à la population, on trouve le rapport général de 1 sur 22 en 1832, et de 1 sur 28 en 1849, autrement dit, un peu plus de 5 p. 100 dans le premier cas, et moins dans le second; et, en recherchant ce même rapport pour les différens arrondissemens, on obtient, dans les deux épidémies, 1 sur 53 comme minimum, et 1 sur 16 et même sur 11 comme maximum.

IIme PROPOSITION. — *Relativement à l'étiologie du choléra, c'est l'ensemble des conditions hygiéniques et diététiques, et non pas telle ou telle condition particulière qui devient cause. En temps d'épidémie cholérique, toute cause morbifique peut être l'occasion du choléra.*

IIIme PROPOSITION. — *Dans certaines conditions (échanges commerciaux, mouvemens de grandes masses, etc.), le choléra peut devenir contagieux.*

A l'appui de cette assertion, M. de Hübbenet raconte (entr'autres preuves) que l'épidémie, durant déjà depuis trois mois, ne fournissait plus un seul malade, lorsqu'une division militaire, forte de 6,000 hommes, arriva le 14 août, à Kiew, après avoir éprouvé en route des pertes par le choléra; quatre jours après, elle donnait des cholériques; puis, dans l'hôpital, resté quinze jours exempt du fléau, des convalescens d'une première atteinte, et qui se trouvaient encore dans les salles attribuées spécialement à la maladie, en furent affectés une seconde fois.

IVme PROPOSITION. — *L'organisme déjà souffrant est prédisposé au choléra; la fièvre intermittente y prédispose surtout.*

L'épidémie de Kiew manifesta le fait que nous avons vu se montrer de la manière la plus évidente à Paris, en 1849, à savoir le développement de la maladie dans l'intérieur même des hôpitaux. Ainsi, sur 1,045 cholériques soignés à l'hôpital militaire, il n'y en eut pas moins de 220 qui furent pris dans l'établissement même; la troupe fournit des cholériques dans la proportion seulement de 5 p. 100; tandis que les individus déjà malades donnèrent une proportion six fois plus forte; et, sur le chiffre total de 220, il y en avait 57 qui étaient primitivement atteints de fièvre intermittente, et 31 de fièvre typhoïde.

Vme PROPOSITION. — *La syphilis (pas plus que la tuberculisation) ne préserve point du choléra.*

Sur les 1,045 cholériques cités plus haut, près de 69 étaient affectés, préalablement, de syphilis.

VIme PROPOSITION. — *La mortalité cholérique dépend moins de la malignité de l'épidémie que des conditions hygiéniques et diététiques, et du mode de traitement des premiers accidens.*

Nous ne saurions ici partager l'opinion de M. Hübbenet : l'intensité, pour ainsi dire, foudroyante de l'épidémie parisienne de 1832, pendant les deux premières semaines; cette même intensité pendant la période moyenne de l'épidémie de 1849; la recrudescence si prononcée dans toutes deux, après une période de décroissance, et la mortalité qui marqua ces différentes phases du fléau, en dehors de toute condition physique, hygiénique ou même physiologique qui pût l'expliquer, ne démontrent que trop l'action toute puissante et mystérieuse du génie épidémique.

Voici ce qu'on lit dans l'excellent rapport où M. Blondel, inspecteur de l'administration générale de l'assistance publique, compare les deux épidémies cholériques au point de vue de leur marche et de leur développement : « 1832 comme 1849, prouve que le choléra peut, au début et à la fin d'une invasion, exister sans être à l'état d'épidémie. — Les deux fois, son intensité augmente et diminue aux mêmes jours pour toutes les classes d'habitans et de malades : les chiffres les plus élevés de la mortalité se remarquent en 1832, les 8, 9, et 10 avril, où l'on compte de 769 à 861 décès, et, en 1849, les 8, 9 et 10 juin, qui en donnent de 632 à 721, avec la différence que ce point culminant arrive en 14 jours pour la première invasion, et seulement au bout de 84 pour la seconde : du reste les morts diminuent notablement le lendemain du jour où sont notés les maxima. — Chaque fois le fléau a deux périodes croissantes et décroissantes : l'intensité de la maladie est, aux deux époques, beaucoup plus grande pendant la première période que pendant la seconde. »

Quand on se rappelle, en outre, que le choléra s'est montré, les deux fois, à la même époque de l'année (les 26 et 28 mars), qu'il a fini, les deux fois, en octobre, après avoir duré six mois, et après avoir enlevé, pendant ce même temps à peu près le même nombre de victimes (18,000 sur 753,000 habitans, et, 19,000 sur 995,000); quand aussi l'on porte ses regards vers la date probable d'une prochaine et troisième invasion, on ne peut s'empêcher de reconnaître dans ces faits, qui se représentent presque identiques à dix-sept ans d'intervalle, l'expression de lois auxquelles obéit le choléra, lois incompréhensibles et fatales, qu'il est bien difficile à l'homme de modifier.

M. de Hübbenet, dans une dernière proposition, insiste sur la puissante influence des premiers soins administrés aux cholériques, et il apporte à l'appui une statistique probante.

Quant au *traitement du choléra*, il est le sujet d'un très long chapitre dans la brochure annexée au mémoire qui vous a été lu. Ce chapitre est très curieux en ce qu'on y trouve consignés les résultats des traitemens les plus divers qui ont été expérimentés à l'hôpital militaire de Kiew. A la vérité, ces résultats sont plus instructifs en ce qu'ils sont la condamnation de médications pour le moins très hasardeuses, qu'en ce qu'ils démontrent l'efficacité réelle de tel ou tel agent thérapeutique. Ainsi, l'injection, dans les veines, de liquides salins, six fois tentée, échoua six fois; l'électricité (on employait un appareil de rotation magnéto-électrique, dont les fils étaient placés, l'un dans le rectum, l'autre à l'épigastre), n'empêcha pas de succomber dans la période typhoïde des malades chez lesquels elle amena pourtant de la réaction; l'inspiration de vapeurs d'oxygène ne réussit pas plus que n'avait réussi à un médecin de Tiflis des inspirations de gaz acide carbonique; mêmes insuccès avec l'hydrothérapie (sur 98 malades, il y eut 61 morts). Le chloroforme ne fut avantageux que pour calmer momentanément les crampes; la quinine, l'éther, la valériane, d'autres antispasmodiques, et quelques médicamens vantés comme spécifiques, la noix vomique, par exemple, n'eurent aucune action positivement utile.

Deux médicamens paraissent seuls avoir eu quelqu'utilité entre les mains de M. de Hübbenet, dans la première période, l'opium, à la dose de 10 à 15 centigrammes, donnés par 2 centigrammes 1/2 toutes les heures ou toutes les demi-heures; et, dans la seconde, l'ipécacuanha, à l'administration duquel on ajoutait un ou deux bains de vapeur et des frictions excitantes.

Après cette courte analyse de l'intéressant mémoire de M. de Hübbenet, il me reste un mot à dire sur la personne de cet estimable confrère.

Médecin en chef de l'hôpital militaire de Kiew; professeur de clinique chirurgicale de l'Université impériale de Saint-Wladimir; conseiller de la cour de Russie, tels sont, Messieurs, les titres qui garantissent le mérite et la parfaite honorabilité de M. C. de Hübbenet; tels sont les titres élevés qui parlent en sa faveur, et qui le rendent certainement très digne de la place de membre correspondant qu'il vous a demandée.

En conséquence, nous avons l'honneur de soumettre à votre sanction les conclusions suivantes :

1° Admission de M. C. de Hübbenet à l'une des places de *membre correspondant de la Société médicale des hôpitaux de Paris;*

2° Dépôt honorable de son travail et de son mémoire imprimé dans les archives de la Société.

Ces conclusions sont adoptées.

Le secrétaire, HÉRARD.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 145. SEPTIÈME ANNÉE. **Mardi 6 Décembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 5 DÉCEMBRE 1853.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

L'épidémie est restée stationnaire ces jours passés. Les chiffres des nouveaux cas n'ont pas très sensiblement varié pendant les journées des 2 et 3 décembre; hier, 4, ce chiffre a considérablement baissé, ainsi qu'on peut le voir par le tableau suivant :

2 décembre.	Malades admis dans les hôpitaux. .	21
	Cas développés à l'intérieur. . . .	4
	Total.	25
	Décès.	9
3 décembre.	Malades admis dans les hôpitaux. .	22
	Cas développés à l'intérieur. . . .	7
	Total.	29
	Décès dans les hôpit. civils et milit.	14
	— déclarés aux mairies. . . .	11
	Total.	25
4 décembre.	Malades admis et cas développés à l'intérieur.	16

Nous pouvons donner la récapitulation générale depuis l'invasion de l'épidémie jusqu'au 3 décembre inclusivement :

Malades admis dans les hôpitaux. . .	238
Cas développés à l'intérieur. . . .	83
Total.	321
Décès jusqu'au 3 décembre :	
Hôpitaux civils et militaires.	134
A domicile.	99
A Bercy.	29
A Grenelle.	4
A Puteaux.	2
A Meudon.	1
Total des décès au 3 décembre.	269

Comme on peut le voir par les chiffres qui précèdent, l'épidémie ne fait pas de grands progrès, et il est permis d'espérer qu'il en sera pour Paris, de cette atteinte, ce qu'il en a été en Hollande, en Belgique, en Angleterre, où l'épidémie est éteinte ou en décroissance rapide.

L'administration de l'assistance publique, après avoir réuni un certain nombre de médecins des hôpitaux et les avoir consultés, a décidé la séparation des cholériques, qu'elle fait placer dans des salles particulières. Cette mesure est déjà en pleine activité à l'Hôtel-Dieu, où la salle St-Côme, qui allait être livrée aux maçons pour réparations urgentes, contient déjà 90 cholériques.

THÉRAPEUTIQUE.

SUR LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

(L'Union Médicale mérite le reproche que lui adresse l'honorable correspondant dont on va lire la lettre, mais ce reproche, elle se l'est attiré sciemment et avec intention. Nous ne voulons pas nous hâter de rien publier sur le traitement du choléra, avant d'être bien renseigné sur la valeur des médications qui seront indiquées dans ce journal. Cela ne veut pas dire que nous voulions rejeter les communications qui nous seront adressées par nos confrères, non; mais seulement nous tenons à déclarer, une fois pour toutes, que nous n'acceptons pas la responsabilité de ces communications, que nous la laissons tout entière à leurs auteurs. Il nous suffit que, comme dans le cas actuel, ces communications se présentent avec la garantie d'une observation consciencieuse et éclairée.

La communication qui suit n'est pas la seule que nous ayons reçue sur le même sujet. Il en est même une qui remonte à la fin de l'épidémie de 1849, et qui nous avait été transmise par M. Gorlier, médecin à Rosny. Le travail de cet honorable praticien s'est égaré dans nos bureaux. Mais nous tenions à indiquer que, dès cette époque, M. Gorlier recommandait l'emploi des purgatifs salins dans le traitement des premières périodes du choléra, méthode, d'ailleurs, dont il serait difficile d'attribuer la priorité à qui que ce soit, et qu'on retrouve indiquée dans une infinité d'auteurs.)

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Très cher et très honoré confrère,

Vous n'avez pas oublié, sans doute, cette nombreuse assemblée où il fut proclamé que le journal dont vous étiez le rédacteur en chef absolu, devait rester indépendant de toute influence et de toute doctrine exclusive, et continuer, comme par le passé, à se rendre l'interprète de toutes les opinions et de tous les faits médicaux.

Je réclame aujourd'hui le bénéfice de cette consécration pour obtenir de vous l'insertion de ma lettre dans l'Union Médicale.

Il s'agit du choléra : vous avez fait les efforts les plus louables pour éclairer cet important sujet par une enquête; vous avez tracé au corps médical une ligne de conduite pleine de sagesse et d'humanité; vous avez dit ce que nos voisins avaient appris à notre honorable confrère, M. le docteur Mélier, sur leur manière de répartir et d'administrer les secours; enfin vous avez insisté sur la nécessité de traiter le choléra *prodromique curable*, afin d'éviter le choléra *définitif incurable* ; vous avez constaté que le choléra prodromique était toujours apercevable : d'où ce corollaire : *Le médecin a le droit d'espérer la guérison du choléra définitif dans tous les cas en l'empêchant de se manifester.*

La vérité de ce corollaire, constatée en France par un très grand nombre de médecins en 1832 et en 1849, vérité qui les avait conduits à sauver un très grand nombre de cholériques, surtout dans la seconde invasion de l'épidémie, avait besoin néanmoins, pour porter tous ses fruits, d'être rendue pour ainsi dire authentique et officielle dans le monde médical : vous avez obtenu cet important résultat. Cette sotte et cruelle objection, qui a fait douter d'eux-mêmes bien des praticiens (*vous avez guéri ce malade, mais il n'avait pas le choléra définitif*), va donc disparaître et permettre de guérir. C'est là un service énorme rendu par les publicistes. A ce service rendu par la presse médicale, il convient, pour être juste, d'en ajouter un autre; c'est la part qu'elle a prise aux excellentes mesures adoptées par l'administration.

Les visites médicales et les secours à domicile sont donc organisés; des asiles sont ouverts, et des soins éclairés y seront donnés dans chaque quartier; nous pouvons donc espérer de sauver un grand nombre de cholériques. Mais comment les sauver? Quelle est la méthode à suivre pour guérir le *choléra prodromique*? Quels sont les remèdes les plus efficaces à employer dans ses diverses périodes? Car, dans les prodrômes, il a diverses périodes; pour moi, j'en reconnais deux différentes, et qui exigent des médications bien différentes aussi.

Voilà, sans contredit, les questions les plus graves, et je regrette que l'Union Médicale ne les ait point encore traitées. Les noms de l'opium, de l'acétate de plomb, de l'ammoniaque, de la gomme ammoniac, de la créosote, prononcés en passant, le mélange de craie, la poudre composée de cannelle, etc., recommandés par le Collége royal de Londres, ne sauraient guider ni éclairer un médecin dans sa pratique.

Veuillez, mon cher confrère, comparer l'Union Médicale à l'époque de l'invasion de 1849, et l'Union Médicale à cette troisième approche du choléra, et vous verrez qu'en 1849, vos colonnes étaient remplies de théories et de médications diverses, nettes, tranchées, complètes. Bonnes ou mauvaises, efficaces

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales

Par M. le docteur Tartivel.

Sommaire. — Influence de l'empirisme ancien sur la médecine moderne : Bordeu, M. Louis. — Conséquences déplorables de l'empirisme : polypharmacie et spéculation. — Traités et auteurs de matière médicale dans l'antiquité : Scribonius Largus, Dioscoride, Pline. — Coup d'œil rétrospectif sur les systèmes de l'antiquité. — Belles considérations sur l'éclectisme ancien, par M. Andral. — Celse et l'encyclopédie ancienne.

XXIX.

Histoire de l'école empirique (suite).

Nous avons dit que l'on pouvait retrouver, dans la médecine moderne, la trace de l'influence de l'école empirique. « Il serait bon, dit Bordeu, que l'on exigeât, de la part des médecins, des preuves d'observation. Ces sortes de preuves sont nécessaires parce que souvent on est trompé soi-même et l'on trompe les autres. On se rappelle vaguement les circonstances d'un fait que l'on dit avoir observé et on les livre telles quelles à la publicité. L'observateur ne serait point, à ce compte, celui qui dit : j'ai vu, j'ai fait, j'ai observé ; il faudrait que l'on pût démontrer que l'on a vu et su voir en tel temps, en tel lieu. Vous prétendez avoir vu? Prouvez que vous avez vu, qui me dit que vous avez vu? »

C'est également des principes de l'école empirique que paraît s'être inspiré M. Louis, comme on peut le voir dans ses préceptes sur l'art d'observer, exposés dans le premier volume des *Mémoires de la Société médicale d'observation.*

Ainsi l'école empirique a laissé, sur la médecine des siècles qui l'ont suivie, l'empreinte de sa légitime influence, et cette influence nous la retrouvons vivante encore de nos jours et près de nous. Mais à quelles conséquences déplorables ne conduisit-elle pas sous l'impulsion des hommes ignorans qui prirent l'empirisme par son mauvais côté et l'engagèrent dans une voie fatale ! Bientôt la spéculation la plus effrénée, la corruption la plus honteuse présidèrent à la composition et à l'administration des remèdes. Les empiriques ne reculaient devant aucune médication, quelque absurde, ridicule ou dégoûtante qu'elle fût. Du temps même de Galien, ils avaient mis en vogue certaines préparations connues sous le nom de *philtres*, à chacune desquelles était attachée quelque vertu particulière, soit d'exciter l'amour, soit d'empêcher de concevoir, soit de faire avorter, etc., etc., allégations mensongères ou pratiques criminelles contre lesquelles le médecin de Pergame s'élève avec toute l'énergie et toute la véhémence d'une conscience justement indignée.

Parmi les résultats de l'influence de l'école empirique, nous avons signalé la mise au monde d'un grand nombre d'ouvrages ayant trait à la matière médicale, à l'histoire des médicamens. De ces ouvrages, il nous en reste deux, l'un de Scribonius Largus, l'autre de Dioscoride, sur lesquels nous allons jeter un coup d'œil. Celui de Scribonius Largus a pour titre : *De la composition des médicamens*; il est dédié à un affranchi de l'empereur Claude. L'auteur en avait rassemblé les matériaux dans les diverses campagnes où il avait suivi les légions romaines en qualité de médecin militaire. Cet ouvrage, très instructif au point de vue de l'histoire de la médecine, à cette époque, renferme un grand nombre de formules de médicamens, formules très compliquées qui nous donnent une idée de ce qu'était, en ce temps, l'art de formuler. Elles indiquent des compositions bizarres, singulières, le plus souvent absurdes et injustifiables. On y trouve quelques détails sur les bains ferrugineux.

Dioscoride, qui vivait sous Néron, était, comme Scribonius Largus, attaché aux armées romaines, en qualité de médecin militaire. Pour faire servir à son instruction ses excursions et ses voyages, il s'occupa de recueillir, dans les divers pays qu'il parcourut, un grand nombre de substances tirées des trois règnes de la nature. De retour à Rome, il fit un choix de celles qui pouvaient avoir quelqu'usage en médecine, et en donna la description. Dans l'ouvrage qu'il y consacra, il s'étend avec complaisance sur l'art de conserver les diverses substances. On y trouve beaucoup de détails touchant l'histoire naturelle d'une foule de corps dont il étudie surtout les propriétés médicales. Il s'y occupe particulièrement de botanique, et y décrit à peu près 600 à 700 plantes. L'ouvrage de Dioscoride, écrit en grec, constitue le traité de matière médicale de l'antiquité. Sa vogue, qui fut grande, a duré jusqu'au XVIme siècle. A partir de cette époque, il tomba en discrédit et fut relégué parmi les vieux monumens de la médecine antique.

On trouve une grande ressemblance entre l'ouvrage de Dioscoride et celui de Pline (l'ancien), sur l'histoire naturelle. Quelques critiques ont même soupçonné que Pline n'avait fait que copier, en grande partie, Dioscoride. Quoi qu'il en soit, ces deux auteurs complètent, l'un par l'autre, l'histoire de la matière médicale dans l'antiquité. Dans son ouvrage, Pline, outre des considérations étendues sur l'histoire naturelle et la matière médicale, y donne des détails sur la vie et les doctrines d'un certain nombre de médecins de l'antiquité. Dans ses appréciations et ses descriptions, il se glisse de fréquentes inexactitudes, ce qui se comprend lorsqu'on songe à la quantité prodigieuse de matériaux que Pline a dû rassembler pour composer cet ouvrage, quantité prodigieuse surtout relativement à la brièveté de la vie de l'auteur. Peu d'hommes ont eu une vie aussi laborieuse et aussi remplie que celle de Pline. On regrette que cet écrivain n'ait su se défendre de croire à l'influence de la magie dans la production et la guérison des maladies, croyance qui était, d'ailleurs, généralement partagée par la société éclairée de l'époque. Du reste, l'ordre suivi par Pline est le même que celui de Dioscoride; il nomme et décrit les diverses substances, puis en indique les usages.

Coup d'œil rétrospectif sur les systématisateurs et les systèmes ; éclectisme. — Si maintenant du point où nous sommes arrivés, nous jetons un regard en arrière, nous voyons que les médecins dont nous avons exposé les doctrines appartiennent à des écoles bien déterminées, bien caractérisées. Il résulte clairement des discussions auxquelles nous

ou impuissantes, c'était la science, c'était l'art, c'était le génie médical en fermentation. J'y ai, pour mon compte, puisé d'excellentes choses et des conseils auxquels un grand nombre d'individus et moi-même, nous devons la vie, j'en suis convaincu. Aujourd'hui, plus de médications, plus de méthodes, plus de procédés thérapeutiques; on dirait que nous nous réduisons au modeste rôle d'infirmiers préparant les salles, et ouvrant les fenêtres en attendant le choléra dans le doux espoir qu'il sera bénin! Le bonnet de docteur est-il donc trop lourd pour nos têtes?

Dans l'intérêt du corps médical et de l'humanité, il n'est pas possible que les médecins français, les premiers dans la science et dans l'art, gardent plus longtemps le silence. Pour mon propre compte, je suis avide de profiter de la sagesse et de l'expérience de mes doctes confrères, profondément convaincu qu'ils ne sont pas aussi dépourvus que leur silence semble le faire paraître.

Si ma mémoire est fidèle, en 1849, j'ai connu à Paris bon nombre de nos confrères, et des plus habiles, qui savaient fort bien prévenir le choléra, et même l'arrêter court dans sa seconde période prodromique caractérisée par les vomissemens, les crampes et le commencement de la cyanose.

Qu'est-ce à dire! Ont-ils donc assez oublié leurs moyens pour prendre le change et donner sur la craie, l'opium et la créosote des Anglais, lorsque ces derniers tirent leurs plus grands avantages du Brandy et des purgatifs, si je suis bien renseigné? C'est pourtant là une méthode française, s'il en fut jamais!

Quoi qu'il en soit, il faut que les thérapeutistes français s'expliquent, et, pour mettre fin à leur mutisme, je romps la glace en reproduisant moi-même, le premier, ma manière d'envisager et de traiter le choléra.

Dans le numéro de l'Union Médicale du 19 juin 1849, vous avez bien voulu, mon cher confrère, faire connaître le mode de traitement que j'employais et que je recommandais alors pour le choléra, dans ses deux phases prodromiques.

Depuis cette publication, j'ai suivi l'application de ma méthode à Paris et à Châlons-sur-Marne pendant encore plus de six semaines: je l'ai mieux étudiée en l'appliquant à cinquante malades au moins, dont la moitié était arrivée à la seconde période prodromique, avant que je fusse appelé, c'est-à-dire aux vomissemens, aux crampes et à un commencement de cyanose: non seulement pas un de ces malades n'a succombé, mais la plupart étaient rétablis en vingt-quatre heures et se considéraient comme guéris au bout d'une heure. Je vous citerai le général Korte, commandant aujourd'hui la division de Versailles: depuis 2 heures du matin jusqu'à 7 heures où je fus amené près de lui, pour ainsi dire, malgré moi, par M. Carrière alors colonel au 6me cuirassier, il était en proie aux vomissemens et au dévoiement convulsifs presque continus; le pouls était petit, la face injectée, l'agitation et l'anxiété extrêmes. Il était en pleine attaque de choléra. C'était quelques jours après la mort du maréchal Bugeaud; une heure n'était pas écoulée que le général voulait aller se promener.

J'ai suivi l'épidémie cholérique en 1832, à Paris et en province pendant toute sa durée. Je l'ai suivie en 1849 à Argenteuil, à Paris et à Châlons-sur-Marne, pendant toute sa durée également. La diversité des lieux met l'observateur à des points de vue fort différens, et les grands centres de population sont moins favorables que les plus petits villages à l'observation des phases et des types que peut affecter une épidémie: c'est ainsi qu'en 1832 j'ai vu le choléra affecter la forme de fièvre intermittente tantôt sous le type quotidien, tantôt sous le type tierce, et même quelques accès se reproduisaient tous les quatre jours. Cette observation, du reste, a été faite en province par un grand nombre de médecins au déclin de l'épidémie, alors que l'influence avait sans doute perdu de son intensité: dans ces conditions, le sulfate de quinine amenait une prompte guérison. A cette époque de 1832 on avait divisé, avec raison, les accès de choléra en trois phases tout à fait semblables, à l'intensité près, à celles des accès de fièvre intermittente, la période algide, la période de réaction chaude et la période de congestion.

Je n'ai jamais oublié ces faits, et j'ai toujours considéré depuis le choléra comme une fièvre intermittente de l'espèce la plus maligne, dont un seul accès pouvait emporter le malade dans chacune de ses périodes, et particulièrement dans la première.

A ce point de vue, la médecine se trouve désarmée en présence du choléra déclaré, comme elle s'est toujours trouvée désarmée en face d'un accès de fièvre intermittente: je ne sache pas que jamais on ait trouvé le moyen de guérir un accès de fièvre intermittente; on guérit la fièvre, mais non l'accès. Il est facile d'induire de là que le sulfate de quinine peut prévenir, mais non point guérir le choléra déclaré. Toutefois, le sulfate de quinine, pris à la dose de 10 centigrammes, trois fois par jour, en commençant chaque repas, pendant toute la durée de l'épidémie, peut être considéré comme un des moyens prophylactiques les plus rationnels et les plus sûrs. C'est, du reste, ce qui a été constaté par un grand nombre de praticiens très recommandables; et lorsqu'on a étudié les effets du sulfate de quinine sur le système nerveux et sur le tube intestinal qu'il rassure et qu'il fortifie au plus haut degré, on ne saurait être surpris de l'utilité de son concours dans une épidémie qui affecte spécialement ces deux systèmes.

Quand la constitution cholérique s'abat sur une localité, l'influence se fait sentir chez la plus grande partie des individus (à peu près comme sur les passagers d'un paquebot tourmenté par le gros temps), les uns n'en éprouvent qu'un peu de faiblesse et de malaise, sans qu'il en résulte aucun trouble fonctionnel apparent; chez d'autres, quelques sueurs froides, des pesanteurs dans les membres, des borborygmes, une légère oppression épigastrique annonçant une action plus marquée du miasme sur l'organisation; une troisième série d'individus ajoute à ces premiers ressentimens une diarrhée plus ou moins intense sans douleur et sans trouble nerveux; enfin, une dernière série est tout à coup saisie d'un trouble nerveux extraordinaire, qui débute par une oppression épigastrique énergique et par une envie d'aller et de vomir simultanée, qui semble commandée par la pression de l'estomac, et représenter les deux extrêmes d'un flot lancé par cet organe. C'est cet état du système nerveux et du tube intestinal qui caractérise l'attaque du choléra proprement dite. Elle se manifeste *rarement* sans que la diarrhée ait préexisté, et l'on peut dire jamais sans avoir été précédée par d'autres symptômes, tels que la lourdeur des jambes, les refroidissemens et les sueurs froides générales ou partielles, une anxiété sans cause, une répugnance extrême pour les alimens solides, etc.

La première période du *choléra prodromique* est caractérisée par le trouble gastro-intestinal et la diarrhée, sans douleurs vives et sans symptômes nerveux violens. La méthode évacuante, vantée à juste titre par M. le docteur Delarroque et par d'autres praticiens également distingués, en a promptement raison. C'est après avoir lu, dans l'Union Médicale, les publications de ces excellens médecins, que j'ai employé pour moi-même d'abord, et ensuite pour un grand nombre de cholériques à la première et à la deuxième périodes prodromiques, le sulfate de quinine; j'ai trouvé ce laxatif salin si efficace et si sûr dans ses bons effets, que je n'ai point voulu en risquer d'autres; je puis affirmer, et en cela je ne fais que joindre mon témoignage à celui de nos confrères qui ont pratiqué la méthode évacuante, qu'aucun des nombreux malades à la première période, auxquels j'ai fait prendre une ou deux onces de ce sel, à deux jours de distance, n'est arrivé à la seconde période.

Dans la deuxième période, c'est-à-dire dans la période caractérisée par les vomissements continus, le vertige nerveux, les crampes, etc., le sulfate de soude a manqué plusieurs fois son effet parce qu'il était rejeté immédiatement: toutefois, il ne réussissait pas toujours lorsqu'il était avalé avec addition d'eau de Seltz: je ne mets pas en doute que, même à cette période, si le trouble nerveux ne s'opposait pas mécaniquement, pour ainsi dire, à l'action du laxatif, il suffirait parfaitement à détourner le danger et à amener la guérison; mais à cet état de trouble convulsif et de vertige désorganisateur il est indispensable, avant d'administrer le laxatif, d'opposer un remède héroïque dont la réaction soit aussi vive, aussi instantanée que l'action du poison cholérique: ce remède, aussi sûr qu'aucun de ceux que la médecine emploie, c'est l'alcool, l'alcool potable, c'est-à-dire à 50 et même à 55 degrés centigrades: la forte eau-de-vie ou le rhum purs; plus étendu d'eau ou délayé dans des infusions, l'alcool est un adjuvant pour développer et entretenir la chaleur, mais il est impuissant pour conjurer l'orage nerveux.

Lorsque j'étais appelé au secours d'un cholérique et que je le trouvais en proie aux vomissemens, aux crampes, à l'anxiété convulsive, pour ainsi dire générale, je n'hésitais pas à lui administrer trois centilitres de rhum ou de forte eau-de-vie. Si, dans l'espace de cinq minutes, le vomissement n'était pas arrêté, je donnais trois autres centilitres: cette seconde dose a toujours suffi pour arrêter le vomissement, la diarrhée et les crampes en partie; pour obtenir la disparition de ce dernier symptôme, il a fallu quelquefois une troisième et même une quatrième dose.

C'est un spectacle bien curieux et bien satisfaisant que celui d'une organisation convulsionnée par les douleurs, luttant avec désespoir contre un poison mortel, transformée en moins d'un quart d'heure en un corps plein de santé et de vigueur, animé d'une expression heureuse et triomphante qui va quelquefois jusqu'au délire de l'ivresse. Le vertige alcoolique neutralise et détruit complètement le vertige cholérique.

Une famille de Châlons me dit un jour, à la suite d'une pareille transformation: Notre fille n'a plus de vomissemens, plus de dévoiement, plus de crampes, mais elle a le délire. Non, leur dis-je, elle est ivre. Ce fut une exclamation générale de honte. Aimeriez-vous mieux qu'elle fût morte? Cette question les rappela à la raison, et leur joie éclata bruyamment dans une scène de gaîté folle au diapason de celle de la malade, qui, dans la nuit suivante, prit son sulfate de soude et fut parfaitement guérie le lendemain.

J'ai cité le général Korte, parce qu'un homme d'un courage éprouvé et d'une autorité incontestable peut mieux qu'un autre comparer l'état affreux où il était et l'état diamétralement

---

nous sommes livrés touchant les principes de ces écoles que chacune d'elles s'était donné pour mission de faire ressortir une vérité particulière, en concentrant sur cette vérité toutes les recherches, tous les travaux, toutes les lumières de ses disciples ou partisans. Aucune de ces écoles ne peut, à notre avis, être considérée comme ayant seulement servi à propager l'erreur. Dans toutes, à travers un voile souvent épais, nous avons pu, en donnant une allure un peu plus moderne au langage, et en perçant ce voile, trouver des idées qui, jetées dans le creuset du temps, s'y sont purifiées et sont devenues des vérités éclatantes. Nous ne saurions trop le redire, la plupart des grandes idées qui, depuis le XVIe siècle, ont remué la médecine et l'ont poussée en avant, sont déposées en germe dans le sein des écoles médicales de l'antiquité. Ces idées d'abord faibles, obscures ou méconnues prennent, avec le temps, de plus en plus d'accroissement, de force et d'éclat; elles se dégagent peu à peu de leurs langes et de leurs ténèbres pour apparaître enfin dans toute la splendeur de leur force et de leur puissance à l'horizon de la médecine agrandi et illuminé par elles. Mais si chacune des sectes médicales de l'antiquité a été utile à certains égards, chacune aussi a été nuisible, parce que, en s'appliquant exclusivement à mettre une idée en lumière, elle reléguait tout le reste dans l'ombre, en sorte que la science tout entière semblait être renfermée dans le cercle étroit des doctrines exclusives de telle ou telle école. C'est là l'écueil de toutes les doctrines systématiques.

Au fond, si les chefs des diverses sectes médicales ont pu grouper autour d'eux un nombre plus ou moins considérable de partisans et fonder des écoles plus ou moins vivaces; c'est qu'ils ont eu ou assez d'habileté ou assez de puissance pour manier, à leur profit, deux principes ou mobiles, inhérens à la nature humaine, sources de bien ou de mal suivant la manière dont on les exploite, à savoir l'enthousiasme et la crédulité.

L'enthousiasme inspire une foi aveugle. Tant que durent cet enthousiasme et cette crédulité, c'est chose merveilleuse de voir avec quelle facilité singulière les esprits les plus distingués, comme les plus vulgaires, acceptent, sans contrôle, les idées qu'ils leur sont imposées par celui qu'ils regardent comme leur chef ou leur maître. Il y a, pour chaque secte, un temps où cet enthousiasme est à son comble et la crédulité sans limites, mais il y a une époque aussi où l'enthousiasme tombe et où le désenchantement arrive. On s'étonne alors d'avoir pu croire à des assertions sans preuves, et d'avoir pris feu pour des chimères. On déplore son aveuglement, et cependant, vienne un nouveau chef d'école aussi puissant et aussi adroit, les mêmes illusions reparaissent, et toujours l'humanité se meut autour d'un même cercle de faits et d'idées. Cette vérité est surtout frappante en médecine.

Toutefois, il s'est rencontré dans tous les temps, des esprits assez fortement trempés pour résister à cet entraînement et pour échapper à l'influence du double principe d'enthousiasme et de crédulité. Ces esprits froids et douteurs comprenant les bornes de l'esprit humain et sachant au prix de combien d'efforts et de travaux on arrive à la conquête de la plus simple vérité, ont créé une nouvelle philosophie. Au lieu de croire qu'une idée peut être assez grande pour embrasser à elle seule toute la science, ils reconnaissent et cherchent à faire comprendre aux autres que, dans aucune secte, la vérité ne saurait exister tout entière, mais qu'elle est éparse un peu çà et là dans les divers systèmes. Donc tandis que d'autres rejetant absolument tout ce qui n'est pas conforme à leur idée, croient voir la vérité tout entière du point de vue où ils se sont placés, eux, les esprits douteurs, reconnaissant que la science a plusieurs faces, prétendent qu'en se plaçant, tour à tour, à divers points de vue, on en saisit mieux les détails et l'ensemble. Ils *choisissent* donc parmi les divers systèmes; de là leur nom d'*éclectiques*.

L'électisme peut exister partout: en philosophie, en littérature, dans les arts, dans les sciences, bref, dans toutes les branches des connaissances humaines. Deux circonstances peuvent se présenter où l'éclectisme, devenu nécessaire, joue, dans les sciences, le principal rôle, et leur rend les plus signalés services.

1° Le premier cas est celui où deux ou plusieurs écoles rivales luttent entre elles, chacune proclamant qu'elle seule possède la vérité. L'éclectisme se jette entre elles et cherche à les mettre d'accord en les engageant à conserver ce qu'elles ont de bon et à rejeter ce qu'elles ont de mauvais.

2° Une seule école prime, domine, absorbe et fait disparaître toutes les autres; c'est surtout alors que l'éclectisme sentant son importance et sa force, se dresse de toute sa hauteur en face de l'école exclusive. Avec son bon sens, avec son esprit plus étendu que puissant, plus sagace que fécond, plus fin et plus délié qu'énergique et fort, il proteste contre les prétentions outrées de cette école. Interrogeant le passé, il évoque d'autres idées, d'autres principes qu'il place en face de l'idée actuellement régnante, montrant ainsi à cette souveraine absolue qu'elle ne peut prétendre à s'asseoir toute seule sur le trône, ni refuser à d'autres la part légitime qu'elles ont à l'empire de la science.

C'est l'éclectisme qui, lorsqu'une idée longtemps dominante, minée par ses doutes, sapée par ses investigations, ébranlée par ses critiques, s'est écroulée enfin sous ses coups; c'est l'éclectisme, dis-je, qui, après avoir renversé et détruit, relève et reconstitue la science. Il recueille les débris du passé; et, choisissant parmi eux ceux que les siècles n'ont pu détruire, mais sur lesquels ils ont passé en leur communiquant un degré de plus de grandeur, de solidité, de résistance, il les cimente, et, sur cette base plus ferme, élève un nouvel édifice. Ce n'est plus alors la science telle que l'avait faite une idée exclusive; c'est la science composée de toutes les idées, de toutes les vérités, de toutes les découvertes dont le génie fécond des grands hommes a successivement enrichi l'humanité. L'éclectisme a pour mission, une fois l'idée exclusive détruite, de dresser l'inventaire des connaissances acquises, de les coordonner ensemble, de leur communiquer son impulsion. Quand ce travail est accompli, personne, alors, n'a plus le droit de s'appeler éclectique, car l'éclectisme, devenu général, est tombé dans le domaine public. Ainsi, aujourd'hui, tout le monde est éclectique, et vainement vous chercheriez parmi nous un chef d'école. Tandis qu'il y a trente ans, on rejetait l'humorisme et le vitalisme pour ne croire qu'au solidisme; aujourd'hui, tous les médecins admettent, avec les idées solidistes, les idées vitalistes et humorales.

Il a été donné à ceux d'entre nous qui ont commencé avec ce siècle

opposé dans lequel il a été transporté en moins de dix minutes par un verre à vin de bordeaux de rhum, et qu'il peut vous renseigner sur la valeur de l'alcool potable dans une attaque de choléra. Pour mon compte, je n'ai pas l'honneur de le connaître, je ne l'ai vu que pendant une heure dans ma vie; je ne pratiquais alors et je ne pratique la médecine que quand cela devient une nécessité, soit pendant une épidémie, soit en l'absence d'un confrère, soit pour les indigens ou pour mes ouvriers, mes amis intimes et ma famille.

L'effet de l'alcool potable, dans une attaque de choléra, est tellement sûr à mes yeux, que je puis affirmer qu'il n'a pas été donné ou qu'il a été mal donné si le choléra prodromique passe au choléra définitif.

M. Jacquesson, à Châlons-sur-Marne, avait fait distribuer à ses chefs d'atelier, avec l'instruction que vous avez publiée dans l'Union Médicale, du rhum et du sulfate de soude. J'avais suivi le choléra à Châlons. La femme du chef de la bouchonnerie vint me trouver tout en larmes, en m'affirmant que son mari était pris depuis quatre heures du matin (il était alors onze heures), et que la diarrhée, les vomissemens, les crampes redoublaient d'énergie. Vous ne lui avez donc pas, lui dis-je, fait prendre la dose de rhum prescrite? Elle m'affirma qu'elle lui avait donné le rhum : je lui soutins que cela n'était pas vrai, et pressée par mon assurance, elle m'avoua que, craignant que cela ne lui fît mal, elle n'en avait mis que 15 à 20 gouttes dans une grande tasse d'infusion de tilleul. Je la renvoyai, en lui ordonnant de faire prendre 6 centilitres de rhum pur à son mari; un quart d'heure après je fus voir le malade, qui m'accueillit en souriant et en m'assurant qu'il avait été tout à coup *retourné* (c'était son expression) par la prise de rhum et qu'il se croyait parfaitement guéri. Je lui expliquai qu'il n'en était pas tout à fait ainsi, que vers deux heures du matin il se sentirait l'estomac embarrassé et de nouvelles envies d'aller et de vomir, et que, dans cette prévision, il devait avoir son once de sulfate de soude dissoute dans un verre d'eau sur sa table de nuit, pour la prendre aussitôt qu'il serait réveillé par le retour du mal : je n'ai pas besoin d'ajouter que cela arriva ainsi, et que le malade est sorti victorieux de la lutte qu'il avait subie.

Mais je m'arrête ici, bien que je ne vous aie pas dit la moitié des détails de pratique nécessaires ou utiles à observer; bien que je n'aie pas exposé l'effet thérapeutique de chacun des trois médicamens dont j'ai parlé; bien que je n'aie pu, faute de temps et d'espace, faire les rapprochemens entre le choléra et les fièvres intermittentes, et en tirer les inductions pratiques pour les combattre. Si vous m'y encouragez, ce sera l'objet d'une seconde communication.

Je me résume, en déclarant que la médecine française est puissante en face du choléra, et qu'elle ne comptera point dans cette invasion, comme en Angleterre, 33 p. 100 de morts dans la pratique civile, ni 53 p. 100 dans les hospices ou les ambulances.

J'ajoute, en terminant, que si nos confrères veulent bien s'exécuter comme je le fais, et que vous vouliez bien ouvrir les colonnes de votre estimable journal à leurs communications, la lumière se fera.

Veuillez agréer, très cher et honoré confrère, l'expression de mes sentimens les plus affectionnés,

Dr Jules Guyot.

Sillery, 30 novembre 1853.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. Marrotte.

Sommaire. — De la distinction de la péritonite puerpérale et de la fièvre puerpérale.

(Suite. — Voir le n° du 8 Novembre.)

Voici les deux faits de fièvre puerpérale. Il est aisé de voir que symptômes, marche, lésions anatomiques, tout tend à différencier cette affection de la péritonite puerpérale.

Observation III. — *Fièvre puerpérale; — mort; — autopsie.*

Le 20 août 1853, entre au n° 45 de la salle Sainte-Marthe, la nommée P... F..., âgée de 35 ans.

Cette femme était heureusement accouchée chez elle, trois semaines auparavant. La fièvre de lait avait eu lieu comme à l'ordinaire. L'écoulement des lochies se faisait en abondance normale, et la femme avait commencé, depuis quatre à cinq jours, l'allaitement de son enfant, quand elle fut prise, sans cause appréciable, d'un frisson violent suivi de céphalalgie et de fièvre. Le lendemain, le ventre était sensible et ballonné, la fièvre continuait; la femme, obligée de garder le lit, ne rend plus un compte exact de ce qui s'est passé jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital. Seulement, la veille au soir, à l'apparition d'une tumeur hypogastrique qui distendait douloureusement le ventre, on avait fait une application de 15 sangues et des frictions mercurielles sur les parois abdominales.

Quand nous vîmes la malade pour la première fois, elle était dans un état de prostration très prononcé, en décubitus dorsal. Face altérée et jaunâtre avec rougeur assez vive des pommettes; peau chaude, sans moiteur, pouls à 90, 96 pulsations, peu développé, dépressible. Respiration facile. Langue un peu sèche, sans enduit. Quelques envies de vomir. Ventre météorisé, distendu, surtout à l'hypogastre, par une tumeur arrondie, remontant presque jusqu'à l'ombilic, donnant un son mat à la percussion, d'une faible résistance à la pression qui ne déterminait pas de douleur trop vive. C'était la vessie, pleine de plus de deux litres d'une urine fétide.

La vessie une fois vidée, le ventre s'aplatit considérablement, et il fut facile d'explorer l'utérus dont le corps était à peine sensible au-dessus du pubis. Le col était légèrement tuméfié et peu douloureux; le corps de l'utérus avait presque son volume normal. Les fosses iliaque, droite et gauche, étaient plus sensibles que les autres régions. Du reste, il n'y avait pas eu d'épistaxis. Pas de taches typhoïdes, tendance au sommeil.

M. Marrotte diagnostiqua une fièvre puerpérale, et prescrivit, à la malade, deux bouillons, décoction de quinquina. Extrait de quinquina (4 gram.) dans une potion.

Pas d'amélioration dans l'état de la malade. La diarrhée se montra au troisième jour, rare d'abord, puis fréquente : enfin, les selles devinrent involontaires. De légers frissons, suivis de sueur abondante, se répétèrent bientôt assez fréquemment et affaiblirent la malade; le pouls, fluctuant et dépressible, resta toujours entre 96 et 100 pulsations.

Le 6 septembre. Les frissons sont plus marqués que d'ordinaire; teint jaunâtre de la peau plus prononcé. On continue les préparations de quinquina. On ajoute teinture d'aconit.

Le 7. Il survient, dans les deux genoux, des douleurs vives et lancinantes.

Le 8. Les genoux étaient tuméfiés, la synoviale articulaire distendue par une grande quantité de liquide, probablement purulent. Malgré l'état grave de la malade, une ponction fut faite avec un trocart effilé, dans chaque articulation, et donna issue à du liquide séro-purulent. — Injection détersive avec la teinture d'iode.

De nouveaux accidens ne se manifestèrent pas de ce côté; mais, le 11, une tumeur de la grosseur d'une noix se montra à l'articulation sterno-claviculaire gauche. Elle renfermait du pus assez bien lié. Le soir du même jour, un nouvel abcès s'était produit au-dessus de l'apophyse olécranienne gauche.

L'état de la malade s'était beaucoup aggravé. Le ventre était considérablement distendu. La vessie n'avait jamais repris ses fonctions. Les sueurs, devenues plus abondantes et à grosses gouttes, sur les mains et sur le visage, étaient toujours précédées de frissons erratiques. Les selles étaient involontaires depuis longtemps. Le pouls avait repris un peu de volume; mais il restait toujours facilement dépressible et fréquent, 100 à 110 pulsations. Face amaigrie, yeux excavés. Depuis deux jours la malade était tombée dans une sorte de sub-délirium, quand elle mourut dans la journée du 14 septembre.

AUTOPSIE.

Rien au cerveau. Congestion pulmonaire des deux côtés. Cœur normal, sans caillots sanguins. Le sang qu'il contient est fluide et décoloré.

Abdomen. — Encore distendu, après la mort, par les gaz de l'estomac et de l'intestin. Pas la moindre trace de péritonite, même au voisinage de l'utérus. La muqueuse est ramollie dans presque toute l'étendue du tube digestif, et porte des traces d'entérite simple, sans ulcérations ni hypertrophies glandulaires. Le foie et la rate présentent un ramollissement remarquable.

Quand on a détaché les replis péritonéaux des ligamens larges de leur insertion au détroit supérieur, on aperçoit, dans le tissu cellulaire du ligament large du côté gauche, une collection purulente peu fluide, de la grosseur d'une noisette. Pas de traces d'inflammation circonvoisine.

Utérus augmenté de volume. Le tissu de l'utérus est ramolli, et se laisse facilement déchirer avec le doigt. Il a conservé sa coloration normale sur sa face externe et dans l'intérieur du tissu. La muqueuse est transformée en une gangue sanguinolente, d'odeur fétide, qui se sépare sous un filet d'eau de la substance musculaire de l'utérus.

Rien dans les ovaires.

(*La suite à un prochain n°.*)

Gaube,
Interne du service.

BIBLIOTHÈQUE.

ESSAI SUR LES PHOSPHÈNES OU ANNEAUX LUMINEUX DE LA RÉTINE CONSIDÉRÉS DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOLOGIE DE LA VISION; par le docteur Serre, d'Uzès, d.-m., membre correspondant de l'Académie de médecine, etc. Orné de 34 figures gravées en relief sur cuivre, par E. Salle. — Un volume in-8° de xx-469 pages. Paris, 1853, librairie de Victor Masson.

Le mot *phosphène* n'est pas tout à fait nouveau dans la science. Un membre de l'Académie des sciences, dont la mort est récente, M. de Savigny qui, affecté d'une névrose terrible de la vision, a été obligé de vivre pendant près d'un quart de siècle dans l'obscurité la plus profonde, décrivit, sous ce nom, en 1838, des phénomènes analogues à ceux dont M. Serre a étudié depuis avec le plus grand soin le mécanisme et la nature. Le phénomène lui-même avait été vu et plus ou moins imparfaitement rapporté à sa cause physiologique par un assez grand nombre d'observateurs, parmi lesquels il faut s'incliner en passant devant le grand nom de Newton. Dans un historique très loyalement exposé, M. Serre fait connaître tout ce que possédait et où en était la science sur ce point avant ses recherches.

Grâce aux nombreuses communications faites par M. Serre aux Académies, aucun de nos lecteurs ne peut ignorer ce que c'est que les phosphènes. Nous n'avons donc qu'à leur rappeler en peu de mots qu'une légère pression exercée sur l'un des points du pourtour de l'œil fait naître instantanément deux sensations lumineuses simultanées; l'une, plus éclatante et plus grande, apparaît dans le champ visuel, au côté opposé à la compression (grand phosphène); l'autre, d'une lueur très faible, à peine sensible, se produit à côté du point de la compression, et semble un peu en avant du doigt ou du corps qui agit sur la paupière (petit phosphène).

Le grand phosphène, ou simplement le phosphène, puisque c'est de celui-là que l'auteur s'occupe principalement, se montre sur quelque point du pourtour du globe oculaire que pèse le corps compresseur. Il en résulte que le nombre des phosphènes est indéfini dans le même œil, ou plutôt qu'il n'en existe qu'un dont le siége varie suivant la place où

---

leurs études médicales, de voir un système puissant par le génie de l'homme qui l'a inventé, naître, grandir et s'emparer enfin du sceptre de la médecine. Je veux parler du système de Broussais, le célèbre fondateur de l'école physiologique. Or, il arriva qu'un certain nombre de médecins furent amenés à reconnaître, par l'observation, qu'une foule de faits ne pouvaient rentrer dans le cadre de cette doctrine, et que les idées de Broussais, contrairement à la foi générale, ne formaient pas toute la science. Alors, en face du drapeau de la médecine physiologique, fut arboré l'étendard de l'éclectisme, autour duquel vint se rallier bientôt la presque universalité des médecins. Eh bien! ce qui s'est passé de nos jours a eu son analogue dans la médecine antique, car la nature et la marche de l'esprit humain sont les mêmes dans tous les lieux et dans tous les temps. Avec les méthodistes, les pneumatiques, les empiriques parurent, dans l'antiquité, des médecins qui se donnaient le droit de choisir entre ces doctrines diverses, et qui repoussaient vigoureusement le reproche incroyable, fait à l'éclectisme, d'être un *syncrétisme* ignorant et grossier, un assemblage inintelligent et aveugle de toutes les opinions professées par les autres sectes médicales. Comme dans tout système, on élève pour abattre, les systématisateurs de l'antiquité, ne voyant, dans la doctrine des éclectiques, rien qui ressemblât à un système (car il n'y a rien d'antipathique à l'esprit de système, comme un éclectique), ne comprirent pas cette doctrine nouvelle. Ils regardaient les partisans de l'éclectisme comme des personnes qui, sous la même rubrique, rassemblaient les idées les plus disparates et les plus hétérogènes. Des discussions vives, ardentes, interminables, s'élevèrent entre les partisans des systèmes humoristes, solidistes, pneumatiques, d'une part, et les éclectiques, d'autre part; discussions dans lesquelles ces derniers cherchaient à établir qu'il ne faut pas considérer, dans l'organisme, d'une manière isolée, ou des solides, ou des liquides, ou des forces, mais à la fois des solides, des liquides et des forces. Ces discussions, aujourd'hui éteintes, parce que l'éclectisme a tout réuni, ne se rallumeront que lorsque surgira, ce qu'à Dieu ne plaise, un nouveau chef d'école, qui, décomposant cette magnifique synthèse, voudra faire encore d'une idée exclusive le fondement d'un nouveau système médical.

Ainsi, ces disputes si vives dans notre siècle, qui passionnaient, il y a trente ans à peine, l'universalité des médecins, dans lesquelles nous avons tous été ou acteurs ou simples témoins, ces disputes, dis-je, ont retenti également au sein des écoles de l'antiquité médicale et agité les esprits, dans ces temps reculés.

Un personnage important, dont nous avons bien des fois rencontré le nom dans le cours de cette histoire, Celse, en un mot, a été dans les temps anciens, l'éclectique par excellence. Celse est le représentant de l'éclectisme antique. Ce n'est pas seulement par une analyse détaillée des œuvres de ce médecin, et en approfondissant ses doctrines que l'on arrive à cette conclusion, non; Celse se déclare lui-même ouvertement et clairement éclectique. Voici ce qu'on lit dans la préface du premier livre de son ouvrage, où il trace à grands traits l'histoire abrégée des époques médicales qui ont précédé la sienne : « Toutes ces disputes que nous avons vues s'élever entre les médecins prouvent que chacun de ceux qui ont prétendu avoir acquis la vérité tout entière ne l'avaient pas acquise. La vérité n'existe entière dans aucune secte, dans aucun système. Il faut prendre à chaque école la fraction de vérité qu'elle possède, réunir ensuite ces diverses fractions, et, en les réunissant ainsi, composer un faisceau qui représente véritablement toute la science. »

Celse est du petit nombre de ceux dont les ouvrages miraculeusement échappés au cataclysme général, sont parvenus jusqu'à nous. Il vivait sous les empereurs Auguste et Tibère. Son ouvrage, remarquable par une extrême élégance de style, lui mérite bien le titre de *Cicéron des médecins*, que les connaisseurs lui ont conféré d'une voix unanime, et que la postérité lui a confirmé. Celse entretenait des relations amicales avec les personnages les plus distingués de son temps. Horace dit qu'il s'était acquis la réputation d'excellent écrivain et de grand travailleur. Celse, en effet, a écrit d'innombrables ouvrages, dont il ne nous reste qu'une forte petite partie. Il avait composé une vaste encyclopédie des connaissances humaines, dans laquelle tout était passé en revue : médecine, histoire, politique, art oratoire, etc., etc.

Il ne manquait plus que ce dernier trait pour justifier une observation que nous avons bien des fois reproduite, savoir, que tout ce qui a été pensé, dit et fait dans les temps modernes, avait été pensé, dit et fait dans l'antiquité.

Le temps a détruit cette immense encyclopédie, sur l'existence de laquelle nous avons le témoignage de Quintilien. Il n'en reste plus aujourd'hui que la partie médicale, un ouvrage intitulé *De re medica*, mince débris d'une œuvre gigantesque!

(*La suite à un prochain numéro.*)

On lit dans le *Moniteur* :

L'hôpital des enfants malades a été fondé à la fin du siècle dernier, dans le but d'éviter la confusion toujours fâcheuse des enfans et des adultes.

Par sa situation au-delà du boulevard des Invalides, à une grande distance des faubourgs, Saint-Antoine, du Temple, Saint-Martin, Saint-Denis, Montmartre et même d'une partie du faubourg Saint-Marceau, il expose les indigens de ces quartiers à des déplacemens pénibles et dispendieux.

Un tel inconvénient ne pouvait échapper aux généreuses investigations de S. M. l'Impératrice; dans sa sollicitude pour les classes nécessiteuses, elle a inspiré à l'administration un projet dont la réalisation sera bénie par les mères déshéritées de la fortune et frappées dans la santé de leurs enfans.

M. le préfet de la Seine a fait mettre à l'étude la construction d'un hôpital de 400 lits, sur les terrains contigus à l'hôpital Saint-Antoine, au centre du faubourg le plus vaste de Paris; les enfans y seront admis aux mêmes conditions qu'à l'hôpital actuel, et pourront y recevoir de plus fréquentes visites de leurs familles.

M. Labrouste, architecte connu par des travaux importans, est chargé de préparer le projet.

L'établissement sera placé sous le patronage de S. M. l'Impératrice.

se fait sentir la pression. Néanmoins, pour mettre plus de précision et de netteté dans ses explications, l'auteur distingue par des noms particuliers quatre positions cardinales du phosphène : le *nasal*, provoqué par la pression opérée à l'angle interne de l'œil ; le *temporal*, produit par la compression de l'angle externe ; le *frontal*, apparaissant sous la pression de la partie supérieure de l'œil ; le *jugal*, sollicité par la pression de la partie inférieure de l'œil.

La figure du phosphène est annulaire, mais avec une coche quand la surface du corps comprimant est aussi étendue que la pulpe du doigt. Tout le chapitre consacré à la description du phosphène doit être lu dans l'ouvrage lui-même, les plus petits détails sont intéressans à connaître, car l'auteur en tire des conséquences relativement à la physiologie de la vision qu'on ne pourrait apprécier par une analyse nécessairement incomplète.

Je ne m'arrêterai pas non plus sur la partie physiologique de ce travail, quelque attrayante, quelque ingénieuse qu'elle me paraisse. Je n'oserai pas tout à fait répéter, avec M. Serre, cette pensée qu'il a prise pour épigraphe : « C'est en fermant les yeux à la lumière extérieure, qu'on découvre les lois de la vision ; » non, je ne voudrais pas donner cet avantage aux aveugles, qui ne passent pas pour avoir une idée bien nette de la physiologie de l'œil et des lois de la lumière. Mais je dirai que ça été pour moi un grand sujet d'étonnement de voir tout le parti qu'a pu tirer d'un petit phénomène comme le phosphène un esprit familiarisé avec les problèmes de la physiologie. Toute la physiologie de la vision a passé par ce petit phénomène, tantôt comme support, tantôt comme mobile, ici comme excitant, là comme critérium des phénomènes connus et de leur explication.

Mais je m'arrêterai un peu plus sur la partie que j'appelle essentielle et vraiment pratique de cet ouvrage, sur la partie pathologique. Elle est neuve, originale, extrêmement curieuse et fait vivement désirer que l'auteur ait su se garantir de toute illusion et de toute cause d'erreur.

Il était, naguère, généralement admis que la rétine était inaccessible à toute exploration directe ; aussi, le diagnostic de ses altérations fonctionnelles était-il regardé comme très difficile. Il n'en serait plus ainsi d'après M. Serre ; l'absence ou la présence, l'altération ou l'intégrité des phosphènes donneraient un moyen précieux de diagnostic des anesthésies de la rétine.

Exposons d'abord, avec l'auteur, les précautions à prendre pour produire et pour interroger le phosphène :

« L'examen peut se faire le jour comme la nuit, mieux vaut que ce soit de nuit, ou dans un appartement faiblement éclairé. Le sujet doit, ordinairement, tourner le dos au point d'où vient la clarté la plus vive. Ses yeux seront doucement fermés, comme dans l'attitude du sommeil, ou à peine entre-ouverts. — Le choix du corps destiné à opérer la compression n'est pas indifférent... Le bord unguéal de la pulpe du doigt nous a paru l'instrument le plus convenable. ..... En conséquence, l'indicateur demi-fléchi est porté dans la rainure orbitaire, de façon à y pénétrer le plus avant possible, sans effort toutefois, et en refoulant doucement les tissus élastiques qui la remplissent ; puis, agissant à la fois avec la pulpe et l'ongle qui la surmonte, on imprime au globe de l'œil trois ou quatre petites secousses brusques, saccadées, séparées par une demi-seconde d'intervalle, la plus grande intensité du phénomène ne dépassant guère ce temps en durée moyenne.

« Au moment de l'épreuve, il faut avoir soin d'engager le sujet à fixer son attention sur le lieu où l'anneau doit apparaître, et surtout à tourner le globe de l'œil de ce côté, afin de rendre accessibles à la compression des portions de rétine habituellement cachées sous le rebord orbitaire... On examine ordinairement un seul œil à la fois, et l'on a rarement recours à leur exploration simultanée, lorsqu'on veut se borner à interroger le phosphène comme élément séméiologique. »

Amaurose. — Après avoir rappelé tous les moyens de diagnostic de l'amaurose, et en avoir montré l'insuffisance, M. Serre ajoute : « C'est ailleurs que nous devons chercher le véritable signalement de l'amaurose. Son caractère *constant*, *invariable*, *pathognomonique*, nous l'avons trouvé en interrogeant le phosphène, anneau lumineux, que le moindre contact du doigt sur l'œil fait naître à volonté, sans douleur, sans gêne, et cela sur tous les points de la circonférence au-delà de la cornée ; que l'on trouve constamment lorsque la rétine est saine ; que l'on retrouve encore, mais altéré, lorsqu'elle est un peu souffrante, et qui jamais ne se montre lorsqu'elle est complètement paralysée.

» Depuis le moment où le phosphène a fixé notre attention, nous n'avons pas rencontré un seul amaurotique, mais pas un seul (M. Serre rapporte quarante-huit observations d'amaurose) qui ait pu distinguer même l'apparence du phosphène par la pression méthodique du doigt agissant sur le bulbe, selon les règles indiquées plus haut.....

» L'absence du phosphène aux quatre points cardinaux de l'œil est donc un fait constant, et par cela même un fait majeur, capital, rare dans une science comme la nôtre. Nous pouvons donc considérer cette absence comme le signe *pathognomonique* de l'amaruose, son invariable révélation, quelle que soit d'ailleurs la cause qui l'ait préparée ou occasionnée. Que la paralysie soit rétinienne, optique, cérébrale, spinale, ganglionnaire, congestive, éréthisique, torpide, organique ; que la pupille soit resserrée, dilatée, totalement oblitérée, mobile ou immobile ; qu'il reste ou non un sentiment confus et vague de lumière ; qu'enfin le corps vitré, le cristallin, sa capsule, l'humeur aqueuse et la cornée soient devenus profondément opaques ; à travers ces complications, ces obstacles divers, l'épreuve négative du phosphène conserve sa valeur entière, décisive, absolue, à laquelle chacun peut ajouter, à tout instant, un nouveau degré de certitude, une nouvelle consécration, en vérifiant, comme nous l'avons déjà fait sur des milliers d'individus, le fait de la perception constante de l'anneau lumineux chez tous ceux dont la rétine conserve l'intégrité de ses fonctions visuelles. »

C'est un homme très sérieux, dont les antécédens scientifiques doivent inspirer toute confiance, qui tient ce langage formel et assuré. Je ne sais ce qu'en pensent les ophthalmologistes en renom, et je suis même étonné du silence qui se fait autour de cette découverte qui réaliserait, pour le diagnostic des anesthésies de la rétine, un progrès aussi considérable que l'auscultation pour les maladies de la poitrine. Pour mon compte, je dois dire qu'une occasion, une seule, s'étant présentée à moi de vérifier la loi promulguée par M. Serre, je l'ai trouvée exacte. Il s'agissait d'une dame, dont la vue s'affaiblissait de jour en jour, sur laquelle j'ai pu constater aussi de jour en jour l'affaiblissement et la perte des phosphènes. Le diagnostic, porté par deux de nos confrères les plus compétens, a été univoque. Un traitement énergique n'a pu enrayer les progrès de l'amaurose.

L'absence, la disparition des phosphènes peut précéder la perte de la vue. M. Serre en cite un exemple très remarquable, et dans lequel on voit la disparition des anneaux lumineux précéder de vingt-quatre heures une cécité presque complète. De sorte que la disparition ou l'affaiblissement des phosphènes n'est pas seulement un signe diagnostique, mais devient un signe pronostique d'une grande importance.

Cependant, quelques exceptions se sont rencontrées, M. Serre les expose avec une grande candeur ; il a observé l'altération de la vue avec persistance des phosphènes, et ces exceptions à la loi, il cherche à les expliquer par le siége de la paralysie rétinienne, qui serait alors placé dans des points inaccessibles à la compression.

M. Serre a étudié avec une grande constance l'ordre et l'importance de la disparition des phosphènes aux quatre points cardinaux que nous avons déjà indiqués, et il établit une sorte d'échelle de leur valeur diagnostique dans l'amblyopie, la kopiopie, la myopie et la presbitie, les cataractes, la mydriase, etc., etc.

« Désormais tiré de ses limbes, le phosphène fait maintenant partie du domaine de la science, il va devenir pour le médecin, le physicien, l'anatomiste, le physiologiste et le philosophe, un nouveau sujet d'études et de méditations. De ce qu'il nous a été donné d'en extraire nous-même, loin des ressources d'un grand théâtre, on peut prévoir ce qu'il est permis de découvrir encore dans le jeu de cette perception lumineuse, si simple à la fois, si curieuse et si féconde sous tant de rapports scientifiques.

» Le grand géomètre de l'univers a coordonné les parties instrumentales de l'appareil oculaire avec un ordre si admirable, qu'on se sent involontairement saisi de respect en découvrant, dans une petite sphère de 25 millimètres de diamètre, un monde inépuisable de recherches.

» Que si le lecteur est un moment frappé d'un certain arrangement d'apparence systématique dans nos découvertes, nous le prions de croire qu'il n'est pas le résultat d'un travail préconçu, mais celui de nombreuses observations consciencieusement faites dans un champ fertile, où toutes choses sont disposées avec une parfaite harmonie. Et cependant, le voile mystérieux qui couvre ces merveilles de la structure de l'œil, est à peine soulevé par l'un de ses plus petits côtés. »

C'est par ces belles paroles que M. Serre termine cet ouvrage, un des plus intéressans qu'il nous ait été donné de lire depuis longtemps. Il serait bien regrettable que ce travail remarquable ne trouvât pas, auprès des opthalmalogistes, l'accueil et l'examen qu'il nous semble mériter. Nous savons que les découvertes faites loin des grands théâtres où se dispensent la gloire et la renommée ont beaucoup de peine à se produire. C'est une raison de plus pour nous d'encourager, par notre faible concours, les modestes travailleurs éloignés de Paris. En cette circonstance, c'est pour nous un devoir de justice de signaler à toute l'attention de nos lecteurs l'ouvrage de M. Serre ; ils y trouveront une des plus attrayantes lectures qu'ils puissent faire, un sujet inépuisable d'expérimentations faciles, innocentes et d'un intérêt saisissant ; chaque praticien peut vérifier sur lui-même ou sur ses malades les indications si clairement exposées par l'auteur, et pour faciliter encore l'intelligence de tous ces curieux phénomènes, l'auteur a intercallé dans le texte de très belles figures que la justice m'oblige à ne pas confondre avec cette imagerie vulgaire pour laquelle le lecteur connaît mon antipathie.

Amédée LATOUR.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Extrait des procès-verbaux. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

ÉLECTIONS.

MM. Soulé, de Bordeaux, et Alquié, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, sont nommés membres correspondans de la Société de chirurgie.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la dilatation variqueuse des vaisseaux lymphatiques ou lymphectasie.

M. ZAMBACO, interne distingué de l'hôpital de la Pitié, a communiqué, dans la séance du 5 octobre, une observation de lymphectasie des régions périnéenne et scrotale, avec lymphorragie momentanée, dont voici l'analyse succincte.

OBSERVATION. — En 1852, il est entré dans le service de M. Ricord, un homme âgé de 29 ans, affecté d'urétrite. Dès son jeune âge, cet individu remarqua, à la partie postérieure du raphé scrotal, deux petites tumeurs globuleuses, molles, qui augmentaient souvent de volume et disparaissaient sous la pression. Le malade n'y fit aucune attention : ces petites tumeurs ont augmenté de volume dans ces derniers temps et se sont ouvertes spontanément ; il en sortit un liquide laiteux opalin. Plus tard, une nouvelle petite éminence se forma à la limite de la verge et du scrotum ; elle se perça au mois d'octobre 1852. Lors de l'entrée du malade à l'hôpital, on voit un cordon saillant, brunâtre, irrégulier, noueux, qui occupe toute la région périnéenne et constitue une sorte d'hypertrophie du raphé médian : il arrive à la racine des bourses, où il offre deux renflemens plus considérables que tous ceux qui les précèdent. Ces deux tumeurs, globuleuses, irrégulièrement contournées, sont hérissées d'un grand nombre de saillies en forme de vésicules, et ont un aspect chagriné. Le renflement postérieur offre une fente longitudinale de 5 millimètres. Là, une pression d'arrière en avant du cordon mentionné, fait sortir à travers la fistule un liquide blanc, laiteux. La seconde tumeur, en tout analogue à la précédente, au-devant de laquelle elle est placée, offre un petit pertuis fistuleux. A partir de ce point, le cordon devient plus profond, sous-cutané jusqu'à la racine de la verge, où il offre une nouvelle éminence saillante semblable aux précédentes, et percée d'une ouverture fistuleuse. La longueur totale du cordon est de 18 centimètres ; sa circonférence, saillante sur la peau du périnée, est d'environ 1 centimètre dans sa portion la plus large. Le liquide qui suinte à travers la fistule a offert, au microscope, tous les caractères des globules lymphatiques.

M. Ricord n'a voulu faire aucune médication (injections, cautérisations, etc.) ; il était très disposé à enlever le cordon dans sa totalité, si plus tard la quantité de la lymphe extravasée devenait assez considérable pour amener un trouble notable de la nutrition.

De tout ce qui précède, M. Zambaco tire les conclusions suivantes :

1° Que chez ce malade il y a dilatation morbide d'un vaisseau lymphatique profond ; et en même temps varice du réseau lymphatique cutané avoisinant ce vaisseau, avec rupture spontanée de celle-ci.

2° Que la déperdition journalière d'une quantité médiocre de lymphe peut n'être suivie d'aucun trouble fonctionnel dans l'organisme.

— Nous rappellerons que la dilatation variqueuse des vaisseaux lymphatiques cutanés est une maladie rare : avant la publication de l'intéressante observation de M. Zambaco, la science n'en possédait que deux exemples, qu'il a eu soin lui-même de mentionner.

L'un a été cité par M. le docteur Fitzer, sur une jeune fille de 18 ans, qui portait une dilatation des vaisseaux lymphatiques de la paroi abdominale antérieure gauche. La rupture de cette varice donna lieu à une lymphorragie qui ne dura pas moins de six jours, et pendant lesquels une quantité considérable de lymphe fut recueillie.

L'autre exemple est de M. Demarquay qui, dans la séance du 26 novembre 1851 de la Société de chirurgie, lut un travail sur le même sujet ; ayant eu occasion d'observer la dilatation d'un vaisseau lymphatique de la cuisse droite, avec dilatation du réseau lymphatique superficiel avoisinant la varice. A cinq ou six reprises différentes, cette varice s'est rompue et on put recueillir de la lymphe en quantité assez considérable. Une fois la lymphorragie ne dura pas moins de neuf heures.

Quelle est l'influence de la lymphorragie sur la santé générale de l'individu ? Peu abondante, elle n'est point incompatible avec la conservation de celle-ci. La conclusion de M. Zambaco, à cet égard, est parfaitement juste. Le malade de M. Demarquay a pu perdre jusqu'à 45 grammes de lymphe en une heure, sans qu'il en résultât, pour lui, aucun inconvénient. Toutefois, l'écoulement de ce liquide, lorsqu'il a lieu dans une plus grande proportion, n'est pas sans quelque danger ; ainsi, chez la jeune fille observée par M. Fitzer, il fut suivi de syncopes.

Aux observations de varices des vaisseaux lymphatiques superficiels, que nous venons de rappeler, il faut en ajouter une quatrième qui a trait à un homme âgé de 39 ans, présenté, à la même Société, par M. le docteur Huguier. Cet individu portait au niveau de la base du gland une couronne de vaisseaux transparens, durs, tortueux, de 3 à 4 millimètres de diamètre. La ponction, à l'aide d'une lancette, paraît en extraire de la lymphe.

Que doit faire le chirurgien contre cette maladie ?

Pour répondre à cette question, il est indispensable, suivant nous, d'établir une distinction basée sur la nature même de la lésion. Tant qu'il y a dilatation des vaisseaux, lymphectasie proprement dite, nous sommes d'avis, avec M. Michon, de se borner à des moyens palliatifs. Mais lorsque les varices sont ulcérées, et qu'il y a lymphorragie, nous croyons, avec MM. Demarquay et Nélaton, que la cautérisation des vaisseaux dilatés au moyen du caustique de Vienne peut être avantageuse. Il est vrai de dire, toutefois, que, à cet égard, l'expérience clinique n'a pas encore prononcé.

Des causes et du mécanisme qui président au renversement du moignon après l'amputation de Chopart ; — des moyens de le prévenir et d'y remédier.

M. le professeur SÉDILLOT, de Strasbourg, dans la séance du 26 octobre, expose, sur les dispositions anatomiques du pied, quelques considérations ayant pour but d'établir que ces dispositions n'ont pas été suffisamment étudiées, et qu'elles rendent raison d'un phénomène presque constant, à la suite de l'amputation du pied, par la méthode de Chopart, c'est-à-dire du renversement du moignon en bas et en dehors.

Lorsqu'on examine, dit l'honorable chirurgien, le mécanisme des fonctions du pied, on reconnaît que le poids du corps est transmis du tibia à l'astragale par une surface légèrement oblique de haut en bas et d'arrière en avant, et que l'astragale lui-même repose sur l'extrémité antérieure du calcanéum, par une surface d'une obliquité encore plus marquée dans la même direction. Il résulte de cette disposition réciproque des articulations tibio et calcanéo-astragaliennes, que le poids du corps, tombant obliquement sur l'astragale, et de là sur le calcanéum, est chassé en avant et transmis au cuboïde, et principalement au scaphoïde et de là aux cunéiformes et aux métatarsiens. Il s'ensuit que c'est, en définitive, sur les extrémités antérieures de ces os et sur les phalanges, et en arrière sur un seul point du calcanéum, que repose le corps dans la station et la marche, et toute la portion moyenne de la voûte plantaire reste éloignée du sol chez les individus bien conformés.

Cela étant établi, qu'arrive-t-il lorsque tout l'avant-pied a été retranché dans l'amputation de Chopart ? Dès que les malades commencent à marcher, continue M. Sédillot, le tibia pousse en bas et en avant l'astragale, qui n'a d'autre point d'appui que la facette calcanéenne interne dont le diamètre est très étroit, et comme le calcanéum est beaucoup plus rapproché du sol en dehors qu'en dedans, c'est aussi en dehors et en bas que le moignon se trouve nécessairement dévié. Ce mouvement ne peut s'exercer sans que la portion postérieure du calcanéum ne bascule en haut et en arrière, et cet effet sera proportionnel à l'inclinaison en avant et en bas du moignon. Il arrive alors que l'extrémité antérieure du calcanéum arc-boute directement contre le sol, ainsi que la tête de l'astragale qui offre une tendance manifeste à se déplacer par une sorte de subluxation. Des ulcérations surviennent, les os s'altèrent et la marche est empêchée.

Pour remédier à ce renversement et prévenir ses conséquences fâcheuses, dès 1799 M.-A. Petit pratiqua la section du tendon d'Achille. Plus tard, la même opération est faite dans le même but et sans beaucoup d'avantage par MM. Velpeau, Robert, Jobert, Larrey, Nélaton, Stansky. Ce dernier, ainsi que M. Robert, durent amputer consécutivement la jambe, parce que le moignon continuait à se porter en bas et en dehors et à être frappé d'ulcération, de carie et de nécrose.

La section du tendon d'Achille, ajoute M. Sédillot, devait être inefficace, puisque les muscles extenseurs du pied ne concouraient pas au déplacement, et les chirurgiens qui ont pratiqué cette section pour des cas semblables, avaient manifestement méconnu, du moins en partie, la cause et le mécanisme de la difformité qu'ils s'efforçaient de combattre. Le meilleur moyen d'assurer l'intégrité et les usages du moignon consisterait, suivant M. Sédillot, à recourir à l'application d'une bottine creusée en arrière et saillante en avant, pour maintenir l'obliquité plantaire et remplacer la portion amputée de l'avant-pied.

M. Sédillot termine en disant quelques mots en faveur des amputations sous-astragalienne et tibio-tarsienne, qui auraient donné de très beaux exemples de guérison. Après l'amputation sous-astragalienne, le poids du corps, suivant lui, est transmis directement au sol, la marche est assurée, ainsi que la station.

Discussion. — Dans la discussion qui a suivi cette communication, l'originalité des vues exposées par M. Sédillot a été vivement contestée, d'abord par M. Laborie, qui a rappelé qu'en 1845, il avait lu, à l'Académie de médecine, un mémoire dans lequel il s'attache précisément à apprécier les diverses amputations des pieds par l'étude anatomique, composant les os et leurs articulations entre eux. Il dit, en outre, qu'il a conseillé l'emploi d'un moyen prothétique tout à fait semblable à celui que propose M. Sédillot.

MM. Robert, Guérin, Roux et Verneuil prennent successivement la parole pour établir : 1° que l'abaissement de la partie antérieure du calcanéum, après la désarticulation du cuboïde, comme cause prédisposante au renversement du moignon, avait été signalé depuis longtemps ; 2° que cette cause est loin d'être la seule ; qu'il faut y ajouter la manière dont sont faits les pansemens, et surtout dont s'effectue la cicatrice ; la brièveté du lambeau plantaire que l'on ne peut affronter avec les tissus de la face dorsale qu'au moyen de fortes tractions ; disposition qui entraîne nécessairement le moignon après la cicatrisation ; enfin, l'exfoliation des tendons fléchisseurs des pieds, et par suite, l'impossibilité où se trouvent les muscles de la région antérieure de la jambe de faire équilibre à ceux de la partie postérieure, et en dernier lieu, la rétraction des tissus fibreux qui se trouvent en grande abondance à la partie postérieure de l'articulation tibio-tarsienne.

Ces diverses causes doivent jouer un rôle important dans le renversement du moignon, après l'amputation de Chopart ; vouloir l'attribuer surtout à la disposition anatomique des surfaces articulaires et à la pression du poids du corps dans la marche et la station, ce serait là une prétention difficile à justifier en présence des faits cités par MM. Robert et Verneuil, qui prouvent que le renversement dont il s'agit a été observé, même à un degré très prononcé, sur des individus qui, depuis l'opération, n'avaient pas encore marché.

Il y a donc, en résumé, pour rendre raison du renversement du moignon, qui s'observe sinon constamment du moins très fréquemment à la suite de l'amputation de Chopart, plusieurs de circonstances qui, toutes, concourent à le produire et sur lesquelles, par conséquent, l'attention du chirurgien doit se porter également.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 146. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 8 Décembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12 A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 7 DÉCEMBRE 1853.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

C'était fête, hier, à l'Académie de médecine. On s'en apercevait à la force publique qui en gardait les portes, aux habits brodés des membres du bureau, à l'assistance nombreuse et distinguée qui encombrait la salle, et surtout à l'élégante et gracieuse corbeille de dames groupées autour de la tribune.

Après la proclamation des prix, faite par M. le secrétaire annuel; après l'indication des sujets de prix pour les années suivantes, donnée par M. le président, M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel, a lu l'éloge de M. Orfila.

Nous publions aujourd'hui cet éloge, malgré son étendue, l'UNION MÉDICALE a voulu payer ce dernier tribut d'hommages et de regrets à la mémoire de l'illustre professeur ; nos lecteurs nous pardonneront certainement d'avoir cédé à ce pieux sentiment, et ils feront pour aujourd'hui le sacrifice des autres articles du journal en faveur de cette biographie intéressante et animée, qui, plusieurs fois interrompue par les marques de satisfaction de l'assemblée, s'est terminée au bruit flatteur des applaudissemens. Amédée LATOUR.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle du 6 Décembre 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

M. GIBERT, secrétaire annuel, lit le rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1853.

PRIX DE 1853.

Prix de l'Académie. — L'Académie avait mis au concours la question suivante : Existe-t-il des paraplégies indépendantes de la myélite? En cas d'affirmative, tracer leur histoire.

Ce prix était de 1,000 fr. — Grâce à la bienveillance de M. le ministre de l'instruction publique, l'Académie ayant pu disposer d'une somme de 2,000 fr., elle a décerné :

1° Un prix de 1,000 fr. à M. le docteur Raoul LEROY-D'ÉTIOLLES, auteur du mémoire n° 6.

2° Un prix de 700 fr. à M. le docteur ABEILLE, auteur du mémoire n° 3.

3° Un encouragement de 300 fr. à M. le docteur LANDRY (Octave), auteur du mémoire n° 5.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie avait proposé pour question : De l'anatomie pathologique des différentes espèces de *goître*, du traitement préservatif et curatif de cette maladie.

Ce prix était de 1,000 fr.

L'Académie décerne ce prix à M. le docteur BACH (de Strasbourg), auteur du mémoire n° 1.

Des mentions honorables sont accordées à M. le docteur PHILIPPEAUX (de Lyon), auteur du mémoire n° 3, et à M. le docteur LE TERTRE VALLIER, médecin militaire à Amiens, auteur du mémoire n° 6.

Prix fondé par Madame Bernard de Civrieux. — L'Académie avait proposé la question suivante : Faire l'histoire du *tétanos*,

L'Académie pouvait disposer d'une somme de 1,500 fr., elle a accordé:

1° Un prix de 1,000 fr. à M. Émile REMILLY (de Versailles), interne des hôpitaux de Paris, auteur du mémoire n° 3.

2° Un encouragement de 500 fr. à M. le docteur Jules GIMELLE, auteur du mémoire n° 1.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — La question posée par l'Académie, en ce qui concerne l'*art des accouchemens*, était la suivante : Des conditions physiologiques et pathologiques de l'état puerpéral.

Ce prix était de la valeur de 1,000 fr.

A l'exception d'un travail qui n'avait point trait à la question proposée, aucun mémoire n'a été envoyé à l'Académie.

L'Académie décide que cette question ne sera pas remise au concours.

La question proposée par l'Académie, en ce qui concerne les *Eaux minérales*, était la suivante : Trouver une méthode d'expérimentation chimique propre à faire connaître, dans les eaux minérales, les corps simples ou composés, tels qu'ils existent réellement à l'état normal.

Ce prix était de la valeur de 1,500 fr.

L'Académie n'a pas décerné de prix, mais elle accorde :

1° Une médaille d'encouragement de la valeur de 700 fr. à M. Ernest BAUDRIMONT, auteur du mémoire n° 2.

2° Une médaille d'encouragement de la valeur de 300 fr. à M. FILHOL, professeur de chimie à l'École de Toulouse, auteur du mémoire n° 1.

Prix fondé par M. Nadau. — Ce prix, qui est de la valeur de 3,000 francs, doit être décerné au médecin ou professeur qui aurait fait ou publié le meilleur cours d'hygiène populaire, divisé en 25 leçons.

L'Académie a décidé que ce concours restera ouvert jusqu'au 31 décembre 1853, et que le prix, s'il y a lieu, sera décerné ultérieurement.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder :

1° *Un prix de* 1,500 *francs* partagé entre les trois médecins dont les noms suivent :

M. BOISSAT, de Bourdeilles, directeur de la vaccine dans la Dordogne, pour avoir de nouveau donné, par son activité, ses soins et son zèle infatigables, un développement considérable à la propagation de la vaccine dans ce département.

M. MORILLON, officier de santé à Coulonges (Deux-Sèvres), pour le grand nombre de vaccinations qu'il a pratiquées, et les efforts qu'il n'a cessé de faire pour la propagation de la vaccine.

M. le docteur JAMES, d'Amiens (Somme), pour l'excellent rapport qu'il a fait au comité central de vaccine de ce département, dans la séance publique de 1852.

2° Quatre médailles d'or :

A M. HULLIN, de Mortagne (Vendée), pour le mémoire qu'il a adressé à l'Académie, ayant pour titre : *Sur la variole, la vaccine et les revaccinations*, et aussi pour le grand nombre de vaccinations qu'il a pratiquées.

A M. HÉRITIER, médecin à Château-Ville-Vieille (Hautes-Alpes), pour le rapport judicieux qu'il a fait à M. le préfet, sur une épidémie de variole qui a régné dans le canton d'Aiguilles, et aussi pour le grand nombre de vaccinations qu'il a pratiquées.

A M. RENAULT, d'Alençon (Orne), chirurgien, vice-directeur du service de la vaccine, pour le zèle qu'il ne cesse de montrer, ayant pratiqué à lui seul 2,503 vaccinations, les vaccinateurs venant après lui n'ayant pas atteint le chiffre de 300.

A M. ANDRIOT, de Fontaine-Française (Côte-d'Or), dont les services ont été justement appréciés par M. le directeur du service de la vaccine dans le département, et que son zèle a fait ainsi placer en première ligne.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des mémoires et des observations qu'ils ont transmis à l'Académie.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES ET A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES.

L'Académie, chargée de faire annuellement un rapport général à l'autorité sur le service des eaux minérales et sur le service des épidémies, a décidé que, pour encourager le zèle des médecins, des médailles seraient accordées à ceux qui lui auraient envoyé les meilleurs travaux.

En conséquence, elle accorde, pour ce qui concerne le service des *Eaux minérales*,

Une médaille d'argent à chacun des savans dont les noms suivent, savoir :

1° A M. MAZADE, pharmacien à Valence, qui, le premier, a signalé dans les eaux minérales de Neyrac la présence du cobalt, du nickel, du titane, de la zircone, etc.

2° A M. ALIBERT (Constant), qui a fait parvenir à l'Académie un remarquable mémoire sur les eaux d'Ax (Ariége), dont il est médecin-inspecteur, et une bonne notice sur les eaux peu connues de Marens, Carcanière et d'Escoulouhre, monographie qui manquait à la science hydrologique.

3° A M. Charles PETIT, qui a étudié, avec une remarquable exactitude, les effets physiologiques et thérapeutiques des principes minéralisateurs des eaux de Vichy.

4° A M. DURAND-FARDEL, qui a adressé à l'Académie un mémoire très étendu sur les résultats cliniques de cinq années de pratique à Vichy.

5° A M. BAILLY fils, qui a fait une judicieuse appréciation des propriétés médicales des eaux de Bains (Vosges).

6° A M. KUHN, qui a transmis pour 1852 un rapport renfermant des considérations du plus haut intérêt sur les eaux de Niederbronn (Bas-Rhin).

7° A M. NIEPCE, pour ses deux rapports sur les eaux d'Allevard (Isère), et pour ses notes sur les eaux minérales des Hautes et Basses-Alpes.

Et des médailles de bronze :

1° A M. PAGÈS, inspecteur des eaux de Barèges, pour ses rapports de 1851 et 1852.

2° A M. AFFRE, médecin-inspecteur des bains de mer de Biaritz (Basses-Pyrénées), pour son rapport de 1852.

3° A M. BERNARD, médecin-inspecteur adjoint à Uriage (Isère), pour son rapport de 1852.

L'Académie accorde, en outre, pour ce qui concerne le service des *Épidémies*.

Une médaille d'argent à chacun des médecins dont les noms suivent :

1° A M. FOUCAULT, d'Épernay (Marne), pour son rapport sur plusieurs épidémies d'angine couenneuse.

2° A M. PONE, de Pontarlier (Doubs), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde.

3° A M. DRUHEN aîné, de Besançon (Doubs), pour son rapport sur plusieurs épidémies de fièvre typhoïde.

4° A M. DUBOURG, de Marmande (Lot-et-Garonne), pour ses travaux sur diverses épidémies.

Et des médailles de bronze :

1° A M. MANGIN, de Neufchâteau (Vosges), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde.

2° A M. GERMAIN, de Salius (Jura), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde.

3° A M. MOTTE, des Andelys (Seine-Inférieure), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde.

4° A M. CLOCMADEUC, de Vannes (Morbihan), pour son rapport sur une épidémie de dysenterie.

M. LE PRÉSIDENT lit la notice des prix proposés pour 1854-55-56. (Nous publierons cette notice dans notre prochain numéro.)

La parole est donnée à M. DUBOIS (d'Amiens), secrétaire perpétuel, pour lire l'éloge de M, Orfila.

Messieurs,

Neuf mois à peine se sont écoulés depuis la mort de M. Orfila, et déjà il semble qu'on attend de l'histoire contemporaine le récit de cette vie trop tôt interrompue, de cette vie si pleine, si utile, si brillante.

Aux grands noms de Bertholet, de Chaptal et de Vauquelin, qui jettent tant d'éclat sur l'histoire des membres de cette Académie, celui de M. Orfiia vient naturellement se joindre. C'est un savant disciple que je dois me hâter de placer à côté de ses maîtres.

Je vais donc essayer, Messieurs, de mettre sous vos yeux les vicissitudes d'une carrière noblement parcourue ; des documens fournis par la famille me permettront de faire connaître avec quelques détails la jeunesse de M. Orfila, et de rattacher à des dates certaines les principaux événemens de sa vie. Je raconterai les aventures du jeune étudiant; je dirai les débuts heureux du chimiste toxicologue, les succès constans du professeur, les travaux de l'académicien, les services de l'administrateur, les découvertes du médecin légiste ; je montrerai enfin qu'au moment où la vie lui échappait, il allait, par de magnifiques donations, ressaisir et continuer cette tutelle scientifique qu'il avait si longtemps exercée.

Fils adoptif de la France, M. Orfila a bien mérité d'elle, en servant les sciences, en instruisant la jeunesse, en éclairant la justice ; ce sera donc pour moi un devoir à la fois doux et facile d'honorer par un éloge public la mémoire d'un homme qui, après avoir été l'une des gloires du monde médical, voulut en rester le bienfaiteur.

Mathéo-José-Bonaventure Orfila naquit à Mahon, dans l'île de Minorque, le 24 avril 1787. Il aurait pu trouver dans l'ancienneté de sa famille une sorte de noblesse, car un de ses aïeux, Guillaume-Puig Orfila, citoyen de Collioure, après avoir fondé dans sa ville natale un couvent de dominicains, et l'hôpital des Pauvres, qui subsiste encore aujourd'hui, était allé, vers le commencement du XIVe siècle, s'établir à Perpignan ; puis, appelé dans les conseils du roi de Majorque, Jacques Ier, il avait quitté la France par les îles Baléares.

Mais M. Orfila se disait tout simplement issu d'une famille d'honnêtes marchands. Cet Orfila du XIVe siècle avait eu, à Perpignan, des ateliers de draperie, toute sa lignée était restée dans le commerce, et le père de notre Orfila était un marchand de Minorque, ayant boutique, mais assez riche pour contribuer à l'entretien de ces navires baléares qui vont, chaque année, chercher du blé en Orient pour en fournir les pays où où les récoltes ont manqué.

La première éducation de M. Orfila fut très mélangée, et cependant poussée assez loin. Comme il n'y avait à Minorque ni collége, ni pension, on lui avait donné pour précepteur un cordelier, nommé le père François. C'était un assez bon grammairien et le meilleur des hommes ; mais le genre d'éducation qu'il entreprit de donner à son élève appartenait bien à l'Espagne du XVIIIe siècle. C'était à peu près l'enseignement que Gil Blas reçut à Oviédo : un peu de grec, un peu de latin, mais beaucoup de scolastique, le tout pour former l'enfant à la dispute, pour le mettre à même d'argumenter envers et contre tout. Or, comme il avait de la mémoire et de l'assurance, il devint bientôt un disputeur des plus redoutables aux yeux de ses compatriotes ; il n'arrêtait point, il est vrai, les passans pour disputer avec eux, mais on le vit soutenir publiquement une thèse de philosophie dans la grande église du couvent de St-Jean, contre des moines et des prêtres ses argumentateurs. La lutte dura trois heures : l'enfant en sortit vainqueur, aux applaudissemens de la foule, mais loin d'être fier de ce succès, et de croire, comme le héros de Lesage, qu'avec sa science, quelques réaux et une mule, il pouvait se mettre en route pour aller chercher fortune. Hélas ! disait-il à son père, je ne sais rien, et je crois qu'on me fait faire fausse route !

Cependant, comme on voulait lui faire tout apprendre à la fois, sciences, arts et belles-lettres, dès l'âge de huit ans on l'avait mis sous la direction d'un prêtre qui avait la prétention d'enseigner à chanter. Ce prêtre, loin de ressembler au bon père François, était un brutal qui se plaisait à meurtrir, avec une lourde palette en bois, les mains des pauvres enfans qu'on lui confiait ; de sorte qu'Orfila prit tout d'abord la musique en horreur, et, au bout de trois ans d'exercice, il n'en savait pas plus que le premier jour ; il lui était surtout impossible de rien comprendre à la *mesure*. Son oreille était juste, il chantait même avec goût quand on l'associait à d'autres enfans ; mais il ignorait complètement pourquoi et comment on bat la mesure, et lui, qui devait un jour acquérir un si beau talent, lui, dont la qualité dominante devait être la précision de la mesure, il allait tout abandonner, quand un ami de sa famille, un docteur Siguier, musicien distingué, le prit à part et lui dit : « Ecoute, mon enfant, tu ne » comprends rien aux lois de la musique : elles te font peur ; tu es » humilié de ne pouvoir ni chanter, ni jouer en mesure. Eh bien ! en » un quart d'heure je vais te rendre aussi savant que moi sur ce point.»

Prenant alors un bâton d'un mètre environ de longueur, le docteur le partage en deux parties égales; puis il divise chacune de celles-ci en deux moitiés égales encore : « Voilà, lui dit-il, la mesure à quatre temps. » Ces quatre morceaux de bois d'égale longueur représentent quatre » *noires*, et il faut que tu t'arranges, en battant la mesure, pour ne pas » donner à l'une d'elles une valeur ou une étendue qui dépasserait celle » des autres. Ces quatre noires réunies composeront ta mesure, absolu» ment comme ces quatre morceaux de bois, placés bout à bout, cons» tituent la totalité de ce bâton. »

Cette comparaison, si simple et en même temps si juste, fut un trait de lumière pour le jeune Orfila. A dater de ce moment, toutes difficultés disparaissent; le goût renaît en lui, et, quand viendront les grands maîtres, il se sentira capable de marcher sur leurs traces.

Mais ici vient se placer un incident qui faillit tout gâter. A peu de jours de là, le jeune Orfila commit une faute : son père voulut le corriger, mais il le fit avec emportement et d'une manière barbare. L'enfant s'endormit en pleurant; le lendemain, il bégayait horriblement, et, loin de s'amender, le mal allait toujours en s'aggravant. Le bon docteur Siguier fut encore consulté; il ne trouva rien de mieux à faire que d'envoyer le jeune garçon chanter au lutrin. Pendant huit mois, Orfila suivit tous les exercices religieux; il s'unissait au clergé et chantait de tout cœur. Après trois mois, il y eut une amélioration notable, puis une guérison complète.

Que de fois je me suis demandé, disait M. Orfila, ce que je serais devenu avec une pareille infirmité, moi qui ai dû presque tous mes succès au professorat!

Mais nous n'en n'avons pas encore fini sur ce point : avant de quitter son île natale, le jeune Orfila devait donner à ses compatriotes comme un pressentiment de ce qu'il ferait un jour dans cet art musical, qui, jusque-là, ne lui avait guère causé que des ennuis.

Le moyen qu'avait imaginé le docteur Siguier pour le guérir de son bégaiement avait fini par lui inspirer une véritable passion pour la musique religieuse; et comme déjà il ne doutait de rien, il résolut d'arranger une messe en musique à trois voix, et de l'exécuter lui-même dans la principale église de Minorque, un jour de grande fête religieuse, avec deux musiciens du pays.

Disons tout de suite que sa jeune audace étant, après tout, fondée sur quelques notions positives de musique, il n'eut point le sort qu'éprouva J.-J. Rousseau à Lausanne, lorsque, dans un jour de sa jeunesse vagabonde, il eut l'étrange idée de composer une pièce pour un concert, aussi effrontément, a-t-il dit lui-même, que s'il avait su comment s'y prendre; au lieu donc de l'immense confusion dont fut couvert le pauvre Jean-Jacques, ce fut une admiration générale pour Orfila, et ses compatriotes émerveillés le déclarèrent tout d'une voix un petit Haydn et un petit Mozart!

Mais, pour ce précoce enfant, ce n'étaient là que de simples distractions; il s'était en même temps livré à des études plus sérieuses. Servi par d'heureuses circonstances, il avait appris presque en même temps la langue française et la langue anglaise; la première, grâce à un abbé languedocien que la Révolution de 1789 avait jeté dans l'île; la seconde, grâce à un prêtre irlandais nommé John Father.

Ce double enseignement s'était fait plutôt par des conversations que par des études grammaticales; aussi le jeune Espagnol avait il pris jusqu'aux défauts de ses maîtres : on l'aurait cru Languedocien quand on l'entendait parler français, et Irlandais lorsqu'il venait à s'exprimer en anglais.

Tout cela prouvait une merveilleuse facilité, et, comme rien ne l'arrêtait, il s'était mis, en même temps, à étudier les mathématiques; il n'en connaissait pas le premier mot : n'importe, il achète des livres et finit par découvrir, dans ce pays si arriéré, un homme qui le conduit jusqu'aux logarithmes et qui lui donne des notions élémentaires de géométrie.

Mais voilà que, dès la sixième leçon, il est pris d'une bien autre ambition : il veut, tout simplement, devenir professeur! Il cherche et bientôt il trouve deux garçons à peu près de son âge, quatorze ans, qui consentent à devenir ses élèves. Il a donc un auditoire, et il va se faire écouter; car déjà se révèle l'homme qui cherchera partout ses succès et sa gloire dans le sein des plus brillantes réunions comme sur le théâtre plus ou moins agrandi du professorat. Il suivait, du reste, le meilleur chemin pour s'instruire lui-même en se chargeant ainsi d'enseigner aux autres ce qu'il lui fallait apprendre au jour le jour.

Pendant une année entière, il est donc occupé de mathématiques, et cette fois à la grande satisfaction de son père qui, ayant résolu d'en faire un marin, insistait pour qu'il se mît au fait des notions les plus usuelles de navigation. Ce père, au fond, ne voyait pas plus loin que ses compatriotes : pour tous ces insulaires il n'y avait que deux carrières possibles : l'église ou la mer. Or, comme c'était à ce dernier parti qu'il s'était arrêté, il cherchait à enflammer l'imagination de son fils par des récits plus merveileux que ceux de Sinbad le Marin. Tantôt il lui parlait des aventures de mer, du plaisir qu'on éprouve à voir des peuples nouveaux, à contempler les monumens que nous a légués l'antiquité; et puis il lui parlait de ces délicieuses contrées que baigne la Méditerranée, de Naples, de Portici, Castellamare, Sorrente, Pouzzole, Baia! Noms harmonieux et poétiques, bien faits pour séduire une jeune imagination.

Voilà donc son fils marin; il n'a que quinze ans; il s'embarque à bord d'un brick marchand.

Ce navire allait en Égypte : c'était un beau début! Commencer par visiter la terre des Pharaons! Mais ce pays si intéressant, si poétique pour d'autres, si plein de souvenirs, fit une assez triste impression sur l'esprit tout positif du jeune Orfila. Obligé de séjourner trois mois dans la baie d'Alexandrie, il s'ennuyait à mourir quand il allait à terre; de sorte qu'il passait presque tout son temps à lire sur le pont du navire ou dans sa chambre.

De retour à Mahon, il fut assez heureux pour y trouver un homme, plein d'instruction, qui voulut bien s'occuper de lui. C'était un Allemand, d'un caractère aimable et d'un esprit fort distingué; très versé dans les sciences physiques et mathématiques, il avait l'habitude de l'enseignement. Dès les premières leçons, il fit sentir à son élève le vide de ses prétendues connaissances; il lui fit reprendre l'étude des mathématiques, puis celle de la physique expérimentale et de l'histoire naturelle. Orfila resta deux ans sous sa direction, c'est-à-dire jusqu'en 1804, époque où, ayant atteint sa dix-septième année, il dut quitter sa ville natale pour aller à l'Université de Valence.

Ici, Messieurs, nous allons retrouver l'Espagne avec ses vieilles routines, et son respect aveugle pour les anciennes traditions. On enseignait à Valence la médecine et les sciences accessoires; le cours de chimie était même confié à un homme instruit, le docteur Pircueta, mais les règlemens de l'Université prescrivaient à ce malheureux professeur de ne pas s'écarter du livre de Macquer, de Macquer qui, en 1804, et après les travaux de Lavoisier, de Priestley et de Fourcroy, maintenait, comme une vérité incontestable, que l'air et l'eau sont des *corps élémentaires!* On prescrivait, en outre, aux élèves, d'apprendre et de réciter, chaque jour, quatre ou cinq pages dudit Macquer! Qu'on juge de la position du pauvre professeur, qui, connaissant l'insuffisance du traité de Macquer, cherchait, mais sans faire aucune expérience, à mettre ses élèves au courant des découvertes récentes en chimie!

Orfila comprit bientôt de quel côté était la vérité. Les grands noms de Lavoisier, de Berthollet, de Fourcroy, n'avaient point retenti en vain à son oreille; il s'empressa d'acheter leurs ouvrages, et après en avoir lu les premières pages, son parti est pris : il n'assistera plus aux leçons de l'Université; c'est chez lui, dans sa petite chambre, qu'il va étudier, n'ayant d'autre guide que ses livres, d'autre mobile que son insatiable besoin d'apprendre. Il n'avait jamais vu faire d'expériences, il va en faire : sa chambre est transformée en laboratoire. La chimie a cela de particulier dans son étude, que les plus petites opérations intéressent et excitent l'esprit. Il suffit de quelques réactifs et d'un petit nombre d'ustensiles pour instituer des expériences qui vont faire palpiter le cœur d'un jeune adepte, et le faire tressaillir d'aise quand il verra s'opérer sous ses yeux ce qu'il vient de lire dans un ouvrage. Cette étude avait tant de charmes pour Orfila, elle lui inspira tant d'enthousiasme, que, pendant près d'une année, il ne prit pas plus de trois à quatre heures de sommeil par nuit. Tout Valence pouvait voir la fenêtre du jeune étudiant éclairée jusqu'à minuit; puis, avant l'aube, on la voyait briller de nouveau comme l'étoile du matin. Chacun savait qu'un de ces *serenos*, qui, en Espagne, annoncent aux habitans des villes l'état du ciel, allait tous les soirs allumer sa lanterne à la lampe du laborieux jeune homme, et qu'après une tournée de trois heures, il venait rendre à cette lampe studieuse la lumière qu'il lui avait empruntée.

Des travaux si opiniâtres, des études faites avec tant d'ardeur, devaient être suivies d'un véritable triomphe. L'Université de Valence avait fini par être menacée dans son existence : un long cri de réprobation s'était élevé contre elle; on se disait de toutes parts que l'enseignement y était déplorable, et qu'il fallait la supprimer.

Dans sa détresse, l'Université fit un appel à ses enfans; mais, chose bien étrange, ce fut celui qui s'était exilé de son sein qui allait la sauver.

C'était vers la fin de 1805; un grand concours est annoncé; il aura lieu entre les élèves les plus distingués de l'École, et aura pour juges des savans pris en dehors de l'Université.

Quand vint le jour des épreuves, Matheo Orfila, dans une improvisation qui dura plus de deux heures, montra un si beau talent d'exposition, et fit preuve de connaissances si approfondies, qu'il enleva tous les suffrages et fut déclaré vainqueur.

Chacun comprit alors ce que peut produire un travail solitaire soutenu par une forte volonté. Le professeur Picuerta ne pouvait cacher sa joie et sa surprise : « Mais, mon enfant, lui disait-il, où avez-vous donc appris tout cela? Qui a pu vous enseigner tout ce que vous avez dit? »

Le jeune lauréat, fêté de tout le monde, déclaré sauveur de l'Université, était dans l'ivresse; mais quelle n'est pas sa terreur le lendemain, quand on vint lui intimer l'ordre de se rendre près du grand inquisiteur! Il avait, dit-on, émis des principes qui n'étaient rien moins qu'orthodoxes! Orfila obéit. Le grand inquisiteur était un homme d'une taille élevée, d'une figure grave et imposante : « Vous avez eu hier un magnifique succès, lui dit-il, j'y ai applaudi tout le premier; j'aime la jeunesse studieuse. Qui êtes-vous? D'où venez-vous? Et qu'allez-vous faire? » Rassuré par ces bienveillantes paroles, Orfila répondit avec une respectueuse déférence. « Mais, reprit le grand inquisiteur, lorsqu'il a été question de géologie, n'avez-vous pas laissé entrevoir, et cela en vous appuyant sur les assertions d'auteurs français, que le monde est plus ancien que ne l'enseigne l'Eglise? Dites-moi la vérité : quelle est votre opinion? » Orfila répondit sans se troubler, et de manière à concilier les assertions de la géologie avec celles de la théologie. Il le fit même avec tant de succès, que le grand inquisiteur, charmé d'une science de si bon aloi, lui dit en souriant : « Allez, jeune homme, poursuivez vos études, honorez l'Espagne, et sachez que l'inquisition n'est ni aussi tracassière, ni aussi barbare qu'on le suppose! » Orfila aurait donc pu rester à Valence, et y jouir pleinement de son triomphe; mais que faire désormais dans un pays si arriéré? « Rester ici, écrivait-il à son père, ce serait perdre mon temps, et ce n'est point là, sans doute, ce que vous voulez. »

Cette fois, c'est à Barcelone qu'il va se rendre; mais si, dans les grandes villes, il y a plus de ressources pour l'instruction, il y a aussi plus de causes de distraction. On professait à Barcelone à peu près comme cela se pratique en France, Carbonnell y enseignait la chimie; mais il y avait un théâtre italien et d'excellens sujets; c'était une furieuse tentation pour notre étudiant. Un jour donc, n'y tenant plus, il achète un billet, prend sa place au parterre. Qu'on juge de son ravissement! lui qui n'avait jamais entendu chanter qu'au lutrin de son pays! On jouait la *Molinara*, le chef-d'œuvre de Paësiello! Jamais musique ne produisit un pareil effet sur une organisation humaine! Le voilà fou de chant italien; il chante en s'en retournant chez lui; il se met au lit et ne peut dormir; il veut reproduire ces grands effets de voix qu'il a entendus : impossible, sa voix est lourde, rebelle et traînante. Il attend le jour avec impatience, et, au lieu d'aller dans l'amphithéâtre de chimie, il va chercher à dompter sa voix, non pas, comme Démosthènes, en se mettant des cailloux dans la bouche et en luttant avec le bruit des flots, mais en jetant sa voix au milieu des airs; et pour cela il gravit une haute montagne qui domine Barcelone, le mont Jouy. Il était cinq heures du matin; il se met à vocaliser de toutes ses forces. A dix heures il tenait ses roulades et rentrait dans Barcelone tout joyeux de sa conquête. Mais cela ne lui suffit pas, il s'exerce sur toutes sortes d'instrumens : la flûte, le piano, la guitare, le violon; toutefois, il finit, par opter, et, en véritable Espagnol, il se décide pour la guitare.

Tout cela avait amené quelque ralentissement dans ses études; mais ce premier moment de fougue passé, il reprit sa place parmi les élèves, c'est-à-dire au premier rang.

Deux ans s'étaient ainsi passés, quand la junte de Barcelone, ayant résolu d'envoyer un jeune pensionnaire à Madrid d'abord, puis à Paris, pour y étudier la chimie appliquée aux arts, jeta les yeux sur Orfila. Il devait rester deux ans à Madrid et autant à Paris, puis revenir à Barcelone, où on instituerait pour lui une chaire de chimie.

Ce fut vers la fin de 1807 qu'il quitta Barcelone. Il comptait trouver à Madrid le professeur Proust; mais ce savant venait de rentrer en France. Orfila voyant qu'à Madrid on n'en savait pas beaucoup plus qu'à Barcelone, demanda et obtint l'autorisation de se rendre immédiatement à Paris. Il possédait 1,100 francs : c'était beaucoup plus qu'il n'en fallait pour faire le voyage; mais un ami d'enfance demande à lui emprunter 1,000 francs, assurant qu'il lui seront rendus à Burgos, poste restante, Orfila les lui donne, et les deux amis se quittent en pleurant. Arrivé à Burgos, Orfila court à la poste; rien! Il pense que c'est un retard, et pousse jusqu'à Bayonne; rien encore! et la diligence part le lendemain, et il ne lui reste pas un sou! Sa gaieté n'en est pas altérée : il ne peut croire à tant de perfidie. Il vend sa montre, une bague de prix, et jusqu'à sa guitare! Mais il est en France et il a vingt ans! Age heureux! toujours riche; riche dans le présent et plus riche encore dans l'avenir! Il monte donc résolument dans la voiture publique, où il trouve deux médecins qui lui font l'accueil le plus cordial, un avocat, homme de beaucoup d'esprit, et une jeune dame d'une rare beauté, qui s'amuse infiniment d'entendre ce jeune Espagnol parler le pur languedocien.

Ce voyage dura dix jours; le 11 juillet 1807, M. Orfila était à Paris; en descendant de voiture dans la cour des Messageries, il lui restait 50 centimes; mais un oncle qu'il avait à Marseille, instruit de sa détresse, avait donné ordre à son banquier de lui compter 300 francs, et la junte de Barcelone lui faisait payer un mois d'avance.

Ce n'était là, du reste, que des contre-temps : M. Orfila n'a pas eu à lutter, dans sa jeunesse, contre l'adversité, à se trouver aux prises avec l'infortune; il ne devait point passer par cette école du malheur qui trempe et fortifie les caractères; mais, à défaut de cet aiguillon de l'indigence, il portait dans son cœur les germes d'une vaste ambition, et déjà ses succès d'enfance avaient vivement excité en lui ces désirs de renommée. Maintenant qu'il est en France, chez un peuple éminemment sociable, ami des étrangers, nous allons le voir marcher de succès en succès, jusqu'au moment où il se condamnera à traîner ce que j'appellerai le boulet de la faveur publique. Et puis l'ingratitude et l'oubli viendront assombrir cette carrière si heureusement commencée! Mais nous n'en sommes encore qu'à ses débuts; insistons sur ses premières années; disons l'accueil qu'il reçut en France, les amitiés qu'il va y former et les encouragemens qu'il trouvera de toutes parts.

Depuis la mort de Lavoisier, le sceptre des sciences chimiques était tenu par Fourcroy; déjà Bertholet, Chaptal, Vauquelin et Thénard avaient acquis une juste célébrité. M. Orfila connaissait ces grands maîtres par leurs écrits; il se fit présenter à Fourcroy et à Vauquelin. Celui-ci l'admit bientôt dans son laboratoire; Fourcroy le chargea de préparer sept à huit leçons qu'il voulait faire sur la chimie animale.

Mais M. Orfila n'était pas disposé à se contenter longtemps d'un rôle subalterne : il lui fallait un laboratoire et un local convenable pour professer. Un riche propriétaire de la rue du Bac y pourvut, il ouvrit son premier cours de chimie. L'auditoire était peu nombreux; mais si le théâtre était modeste, il s'y passa dès les premiers jours un événement qui fit le plus grand honneur au jeune étranger. Il était à faire sa leçon devant son petit auditoire : deux graves personnages se présentent et prennent place sur les banquettes au milieu des élèves. M. Orfila jette sur eux les yeux. Quelle n'est pas sa surprise! Ces deux nouveaux venus sont Fourcroy et Vauquelin! Mais M. Orfila ne se troublait pas facilement; il se lève comme tout l'auditoire, s'incline devant ces deux grands maîtres, puis, après leur avoir donné ce témoignage de respect, il reprend sa leçon là où il l'avait interrompue, et, électrisé en quelque sorte, par la présence de ces hommes illustres, il redouble d'efforts, se surpasse, et se montre véritablement digne de l'honneur qu'ils viennent de lui apporter.

Mais Vauquelin était plus qu'un maître pour lui, il était presque un père : on va en juger.

M. Orfila, bien accueilli en France et ne se mêlant en aucune manière de politique, était plein de sécurité, comme tous ses compatriotes, lorsque, vers le milieu de 1808, on apprit à Paris que Murat, campé sous les murs de Madrid, venait de bombarder cette ville, qui s'était mise en pleine insurrection. C'était le signal d'une guerre longue et meurtrière. Vers le mois de septembre, le bruit se répand que le général Dupont vient d'être défait à Baylen, par Castagnoz. Napoléon est indigné : c'est le premier échec qu'éprouvent ses armes. Avant de quitter Paris, il donne ordre au préfet de police de faire arrêter tous les Espagnols qui sont dans la capitale et de les diriger deux par deux dans les départemens.

M. Orfila, pour se mettre en règle, et conformément à l'invitation de son ambassadeur, était allé de lui-même à la préfecture de police, demander un permis de séjour. On l'arrête et on le jette en prison. Toutefois, on avait bien voulu le prévenir que, s'il se faisait réclamer par une personne honorable, on le mettrait en liberté. Il ne perd pas un instant : il écrit à Fourcroy et à Vauquelin. C'était une bonne inspiration : le jour suivant, à sept heures du matin, on vient le chercher pour le conduire dans le cabinet du préfet. Il pensait que c'était pour quelque interrogatoire; pas du tout : il y trouve Vauquelin, le bon Vauquelin, en grand costume de l'Institut, l'épée au côté et couvert de ses décorations. » Je viens réclamer Monsieur, dit le savant, je réponds de lui; il ne troublera jamais l'Etat, et je l'emmène. — Soit, » répondit le chef du cabinet. Vauquelin tend la main à son élève; celui-ci se précipite dans ses bras.

Rendu ainsi à la liberté et à ses études, Orfila, de 1808 à 1811, put compléter son instruction médicale. Le 27 septembre il était reçu docteur. Pour lui, les études qu'on nomme *accessoires*, étaient restées les études principales, et ce n'était qu'accessoirement qu'il avait étudié la médecine; mais la guerre entre la France et l'Espagne étant devenue chaque jour plus meurtrière, la junte de Barcelone avait cessé d'avoir des relations avec son pensionnaire; ses parens avaient essuyé des pertes considérables, et son père lui avait fait intimer l'ordre de revenir à Mahon dès qu'il serait reçu docteur; 300 francs même lui avaient été remis, avec l'injonction de revenir sur-le champ. Tout autre, sans doute, aurait obéi; mais ici se montre encore le caractère de M. Orfila. Confiant comme toujours dans sa fortune, il écrit à son père : « Je reste, et je vous renvoie les 300 francs qui devaient payer mon voyage. » Il est vrai qu'il avait des amis sur lesquels il pouvait compter : Béclard, Edwards l'aîné, Marjolin et beaucoup d'autres. Ces amis se mirent à lui recruter des élèves, et, le 8 janvier 1812, il put ouvrir un cours de chimie chez un pharmacien de la rue Croix-des-Petits-Champs. Ce cours était suivi par quarante élèves qui lui payaient chacun 40 francs. Béclard, Edwards, Hyppolyte et Jules Cloquet étaient au nombre des élèves les plus assidus.

Ce cours est à peine terminé, qu'il en ouvre un second, rue du Foin-Saint-Jacques. C'était le beau temps de l'enseignement particulier, et cette rue du Foin-Saint-Jacques était comme le berceau des grandes réputations professorales. Quelques années plus tard, Broussais devait y jeter les premiers fondemens de la science; celle de M. Orfila commençait à grandir. Envoyé par son gouvernement pour étudier la chimie appliquée aux arts, il n'avait guère fait, jusque-là, que marcher sur les pas de ses maîtres; mais dès que, livré à lui-même, il en vint à la *médecine légale*, on le vit procéder par des voies toutes nouvelles : il avait enfin trouvé sa veine; le grand *toxicologue* commençait à se montrer.

Disons comment un incident, pur effet du hasard, était venu tout à coup lui révéler, au milieu d'une leçon, et l'impuissance de la toxicologie telle qu'on l'enseignait alors, et le problème qu'il y avait à résoudre pour que la médecine légale pût en tirer ses plus précieuses ressources.

Il venait d'exposer à ses élèves l'histoire de l'*acide arsénieux*; il leur avait montré les précipités que la dissolution de ce corps peut former avec différens réactifs; il leur avait dit que la même chose aurait lieu si l'acide arsénieux se trouvait mêlé à des liquides alimentaires, tels que du vin, du café, du bouillon; et comme il avait par hasard à côté de lui une tasse de café à l'eau, il y verse de la dissolution arsénicale, puis de l'*eau de chaux*; mais voilà qu'à son grand étonnement, au lieu du *précipité blanc* qu'il avait annoncé, il se produit un *précipité gris violacé.* Il change de réactif, il se sert de *sulfate de cuivre ammoniacal*; mais au lieu du *précipité vert pré* qu'il attendait, il obtient un *précipité olive noirâtre!* Toutes ses idées sont bouleversées : il n'en fait rien paraître, car il avait pour principe qu'un professeur ne doit jamais se tromper devant ses élèves. Il attribue ces résultats à la présence de quelques matières organiques colorées, et remet à leur expliquer tout cela ultérieurement.

Mais sa leçon est à peine terminée, qu'il court chez lui se procurer du vin, du bouillon, du thé, et qu'il se met à répéter les mêmes expériences pour savoir à quoi s'en tenir. Or, toujours il trouve que les poisons mêlés à des liquides préparés avec des substances animales ou végétales, ne peuvent plus être décélés par les moyens mis en usage jusqu'alors. Il consulte en même temps les auteurs les plus accrédités : Franck, Plenk et beaucoup d'autres; et de ces recherches il résulte, pour lui, ce fait capital, que *la toxicologie n'existe pas!* Cette toxicologie, du moins, qui est fille de la chimie; qui seule peut mettre l'esprit sur la trace du poison et lui en faire connaître la nature, qui seule peut indiquer au médecin le contre-poison à administrer; qui, seule enfin, par la certitude de ses procédés, doit être la plus puissante garantie de la morale publique et de la société.

Mais quel sera l'auteur ou plutôt le créateur de cette nouvelle toxicologie? Quel sera l'esprit assez entreprenant, assez sûr de lui pour ne plus tenir compte des travaux des devanciers, et pour reprendre les faits sur de nouvelles bases? M. Orfila a tout aussitôt la conviction que ce sera lui-même; et il a si bien cette conviction que, le jour même, il court chez un libraire, et, sans avoir en main une seule page de manuscrit, il offre de lui vendre un *Traité de toxicologie générale*, en deux forts volumes in-8°.

Le libraire, assez étourdi de la proposition, lui demande d'abord à qui il a l'honneur de parler. — Je suis Orfila. — J'ai beaucoup entendu parler de vous par vos élèves, réplique le libraire; mais vous me donnerez bien le temps de réfléchir. — Pas une heure, reprit M. Orfila, c'est à prendre ou à laisser. — Comment! dit le libraire, à prendre ou à laisser? vous n'avez rien à m'offrir! — J'ai ma parole, dit Orfila, et

cela doit suffire — Eh bien ! vous avez raison, je consens à traiter avec vous, ne serait-ce que pour la rareté du fait, ajouta le libraire ; et, séance tenante, le contrat fut signé.

Il fallait, on en conviendra, que ce jeune professeur inspirât au libraire une grande confiance ; car celui-ci aurait pu tout d'abord lui objecter qu'il venait lui vendre la peau de l'ours avant de l'avoir tué ; il fallait aussi que le futur auteur eût une grande confiance en lui-même, pour considérer comme une propriété à lui une science qui, de son aveu, n'existait pas, et comme une propriété si bien à lui, que d'avance il veut en faire la vente et signer le contrat !

Quoi qu'il en soit, M. Orfila, à qui il ne restait plus qu'à trouver sa science et à la constituer en corps de doctrine, n'avait pas la moindre inquiétude à ce sujet. Le lendemain de la signature du contrat, il va se confiner dans une profonde retraite, à Villeneuve-le-Roi, et y passe tout l'été à faire des expériences, à reprendre ses essais chimiques sous toutes les formes, et à tuer des milliers de chiens. En même temps il écrit son livre ; invention et rédaction, il fait tout marcher de front, et la moitié du premier volume est livrée à l'impression pendant l'hiver de 1813 à 1814, et les autres successivement ; en 1815 tout avait paru.

Arrivé à ce point, M. Orfila pouvait se dire qu'il venait de marquer sa place dans la science et sur un terrain nouveau. Son livre reçut l'accueil le plus favorable des hommes compétens : l'Académie des sciences déclara, par l'organe d'une commission composée de MM. Pinel, Percy et Vauquelin, que cet ouvrage méritait l'approbation de la classe et faisait le plus grand honneur à M. Orfila.

C'étaient là de beaux succès qui attachaient de plus en plus M. Orfila à la France ; mais des engagemens qu'il regardait comme sacrés le liaient encore à l'Espagne. Voici comment ceux-ci furent rompus.

La paix ayant été rétablie en 1814, M. Orfila s'était empressé d'écrire à la junte de Barcelone ; il lui avait dit que, réduit à ses propres ressources, il avait terminé toutes ses études, et qu'il était prêt à retourner à Barcelone si la municipalité consentait à créer la chaire qui lui avait été promise.

La junte répondit que la guerre ayant épuisé toutes ses ressources, il lui était impossible de s'imposer des charges nouvelles, mais, en même temps, elle lui annonçait que le gouvernement espagnol, dans le désir de l'attacher à son pays, venait de le nommer professeur de chimie à Madrid, en remplacement de Proust.

La position de M. Orfila devenait difficile : d'un côté, il aurait voulu répondre à la confiance de son pays ; d'un autre côté, il sentait que la France, que Paris était le seul théâtre où il pouvait trouver l'emploi de ses facultés. Dans ces circonstances, il crut devoir faire ses conditions : il répondit au gouvernement espagnol qu'il acceptait avec reconnaissance les fonctions dont on voulait bien le charger, mais qu'il y avait de grandes réformes à apporter dans l'enseignement en Espagne, qu'une réorganisation était indispensable, et qu'il demandait à soumettre un plan d'études.

Le ministère espagnol répliqua que ce n'était pas à M. Orfila à proposer un plan d'études, que s'il voulait accepter sans condition, il pouvait se mettre en route. M. Orfila resta à Paris.

Il est donc désormais à la France, et de longtemps encore sa carrière ne sera qu'un cours inouï de prospérités.

L'année 1815, en particulier, a dû compter comme une des plus heureuses de sa vie. J'ai dit que les savans avaient fait à son *Traité de toxicologie* l'accueil le plus flatteur ; M. Hallé se l'était fait lire d'un bout à l'autre, et comme une place de correspondant était vacante à l'Institut, il engagea M. Orfila à se mettre sur les rangs. M. Orfila fut placé en tête de la liste, et son élection eut lieu vers la fin de 1815.

Presque en même temps on l'avait attaché à la maison du roi Louis XVIII, en qualité de médecin par quartier. C'était une place un peu subalterne, et qui ne le mettait guère en rapport qu'avec la domesticité du château, mais ce pouvait être un acheminement à de plus hauts emplois. Ajoutons qu'à cette époque, M. Orfila n'était pas seulement un des jeunes docteurs les plus habiles de l'école de Paris ; c'était encore, dans le monde, un des hommes les plus aimables ; son goût pour la musique était resté chez lui au degré d'une passion, et il avait acquis un talent de premier ordre, à ce point que des offres lui avaient été faites pour entrer au théâtre Italien, à raison de 25,000 fr. par an. « Non, avait répondu » M. Orfila, je refuse toute fortune qui me viendra d'un autre côté que » la science. » Mais si sa raison lui montrait ainsi qu'elle était pour lui la carrière la plus honorable et la plus digne, on va voir qu'un beau talent musical, une belle voix, étaient encore ce qui avait le plus de prise sur son cœur.

Admis depuis longtemps dans la famille d'un artiste distingué, depuis membre de l'Institut, M. Lesueur, il n'avait pu voir sans émotion une jeune personne qui était alors dans tout l'éclat de sa jeunesse et de son talent : c'était mademoiselle Gabrielle Lesueur. Douée d'une voix d'un timbre délicieux et d'une justesse irréprochable, on la comparait à l'incomparable madame Barilli. Qualités de cœur, dons de l'esprit, charmes de l'art, mademoiselle Lesueur réunissait tout ce qui pouvait séduire un homme d'ailleurs plein de délicatesse et d'honneur. Aussi M. Orfila ne se crut véritablement heureux qu'après avoir obtenu la main de cette jeune personne, en juillet 1815.

C'était, comme on le voit, dans les premiers temps de la Restauration, à l'époque où la Société, à peine remise des puissantes émotions de la guerre, venait en quelque sorte de se retrouver. De nombreux salons étaient ouverts ; celui de madame la princesse de Vaudemont réunissait tout ce que Paris avait de plus distingué, on y trouvait presque tous les grands personnages de l'époque. Grâce à leur amabilité, ou plutôt grâce à leurs talens, M. Orfila et sa jeune épouse étaient non seulement bien accueillis, mais vivement désirés dans ces brillantes réunions, et ils en faisaient les délices.

Des esprits sévères trouveraient peut-être qu'il eût été plus désirable pour M. Orfila, plus digne de sa réputation naissante, de figurer parmi ces nobles invités comme homme de science. Moi-même, j'aurais aimé à dire que, dans le salon de madame de Rumfort, veuve de l'illustre et infortuné Lavoisier, M. Orfila se trouvait au même titre que MM. Delaplace, Fourrier et de Prosny, mais il ne faut pas oublier que M. Orfila, à cette époque, n'en était encore qu'au début de sa carrière scientifique, qu'il n'était encore chargé d'aucun enseignement officiel, et que, par conséquent, il n'était pas tenu à cette gravité de mœurs et de manières qu'impose la robe de professeur à ceux qui en sont revêtus ; et j'ajoute que ce fut pour lui l'origine de quelques-unes des puissantes protections qui, plus tard, lui furent si utiles dans ses fonctions administratives.

Cependant, au milieu du tourbillon du monde parisien, M. Orfila n'avait pas oublié son pays natal, sa petite Baléare, comme disaient les anciens, et ce souvenir lui revenait avec d'autant plus de vivacité, qu'il se sentait plus heureux ; il lui tardait de faire partager ce bonheur à sa famille et à sa jeune épouse.

Il y avait douze ans qu'il avait quitté le toit paternel, lorsqu'il résolut d'aller y raviver ses souvenirs d'enfance, s'y livrer à ce charme délicieux et mélancolique qui nous saisit à l'aspect des lieux où se sont écoulées nos premières années, et se retremper enfin dans ce bonheur domestique qui, pour lui, avait encore toute sa fraîcheur.

Il arriva à Mahon dans le plus beau mois de l'année, en mai 1816. Ce fut un événement dans cette petite île que l'arrivée de M. Orfila ; car c'était chose inouïe qu'un de ses insulaires eût jamais quitté son pays, si ce n'est comme marin ou pour faire le commerce. Or, Mathéo Orfila y revenait comme un savant médecin, et réputé tel dans le grand pays de France. Qu'on juge de l'enthousiasme de ses compatriotes ! la foule accourait sur ses pas, son père le montrait avec orgueil, sa mère pleurait de joie !

Les malades, les infirmes, les incurables venaient de tous les points de l'île réclamer ses conseils. Il passa toute la belle saison au milieu de sa famille ; mais en septembre il fallut se quitter. Le professorat à la Faculté de médecine de Paris, c'était là où devaient tendre tous ses vœux ; deux années, toutefois, s'écoulèrent encore, puis, en 1818, de premières ouvertures lui furent faites par Marjolin : on allait créer une chaire de *maladies mentales*, et une permutation devait laisser vacante celle de *médecine légale*. Pour occuper une place dans l'enseignement, M. Orfila devait se faire naturaliser Français. Il avait à peine soumis cette demande au garde des sceaux, que la Faculté dut faire sa présentation : M. Orfila fut mis en première ligne *ex æquo* avec M. Husson ; M. Pariset fut placé en seconde ligne.

Le jour de la nomination, la Faculté était au grand complet ; M. Hallé, depuis longtemps retenu chez lui par l'affection calculeuse qui devait le conduire au tombeau, s'était fait transporter à l'école dans une chaise à porteur ; et comme on le félicitait de l'amélioration que sans doute il éprouvait dans sa santé : « Je ne suis pas mieux, dit-il, mais je n'ai pas voulu laisser échapper cette occasion de rendre un dernier service à la Faculté, en venant voter pour M. Orfila. » — « Eh bien ! ceci me décide, dit à son tour M. Boyer ; moi aussi je voterai pour M. Orfila. »

Voilà donc M. Orfila en posession d'une chaire qu'il avait si longtemps désirée, le voilà professeur !

Heureux s'il avait su borner ses désirs et ne pas chercher d'autres joies que celles que devait lui donner cet enseignement ! Pour le moment, du reste, il n'en soupçonnait pas d'autre, et sa satisfaction était immense en voyant la foule se presser pour l'entendre dans le vaste amphithéâtre de l'école.

Sa voix, bien timbrée, sonore et puissante, dominait ces flots d'auditeurs ; elle se faisait entendre de tous les élèves. Son débit était clair, méthodique, simple ; il n'entretenait ses auditeurs que de ce qui leur était rigoureusement indispensable ; il évitait toute espèce de digression, et, autant que possible, il démontrait, par des expériences, les faits qu'il venait d'énoncer.

Mais j'aurai à revenir sur son enseignement quand il sera question de son cours de chimie ; je veux dire ici quelques mots de ses tournées comme *président* des jurys médicaux.

C'est en 1820 que M. Orfila fut appelé, avec Béclard, à présider annuellement ces jurys. L'institution des officiers de santé était déjà l'objet de nombreuses réclamations ; on s'élevait de toutes parts contre la déplorable facilité avec laquelle on procédait à leur réception ; ce n'était partout qu'ignorance et corruption. Pour mettre un terme à cet état de choses, la Faculté de Paris avait résolu de placer à la tête des jurys de réception deux hommes d'une intégrité et d'une sévérité reconnues.

Pour sa part, M. Orfila eut, dans la première année, cent vingt aspirans à interroger ; il en refusa quatre-vingt-dix-neuf ! Béclard n'avait pas montré moins de fermeté.

Cette première campagne fit comprendre aux récipiendaires qu'on ne pourrait fléchir ces nouveaux juges qu'en faisant preuve d'instruction et de capacité.

Il y eut bien encore quelques tentatives de corruption et même d'intimidation, mais M. Orfila sut les réprimer avec un admirable sang-froid. Ainsi, un jour, un candidat lui demande un entretien particulier : « Vous m'avez odieusement tourmenté hier, lui dit-il, vous allez sans doute me refuser aujourd'hui, mais vous ne me connaissez pas, Monsieur, je suis homme à vous tuer ! » — « Tuez-moi, » répondit tranquillement M. Orfila, et le jour même le candidat était refusé.

Un autre jour, M. Orfila interrogeait un candidat qui, du reste, ne paraissait pas manquer d'instruction ; mais quelqu'un placé derrière lui lui dit à voix basse : « Vous ne savez pas qui vous interrogez ? Cet homme est le bourreau d'Auxerre, et son père est le bourreau de Melun ! » M. Orfila est stupéfait ; mais à l'instant son parti est pris, il n'admettra jamais un bourreau dans le corps médical : il le refuse, et il informe de cet incident le ministre de l'intérieur et M. Cuvier.

M. Cuvier fut très explicite ; il donna son approbation pleine et entière à ce qu'avait fait M. Orfila.

Le ministre fut moins décidé ; la question me paraît délicate, écrivit-il à M. Orfila ; et je ne sais pas ce que ferait la Chambre des députés, si un arrondissement lui envoyait son bourreau pour le représenter dans son sein ! »

Cependant M. Orfila continuait de professer la médecine légale, quand vint la dissolution de l'École en 1822, et sa réorganisation en 1823. La chaire de maladies mentales fut supprimée, son titulaire passa à celle de médecine légale, et M. Orfila, ainsi dépossédé, fut prévenu qu'on allait le nommer professeur de chimie, en remplacement de Vauquelin, destitué.

M. Orfila était trop honnête homme pour oublier que Vauquelin avait été son maître et son bienfaiteur. Son chagrin fut extrême ; d'un côté, il se voyait enlevé à un enseignement qu'il avait pour ainsi dire créé, dont le succès avait dépassé ses espérances ; d'un autre côté, c'était Vauquelin, violemment expulsé, qu'il allait remplacer. Voici, dans cette circonstance, quelle fut sa conduite : Il alla tout d'abord trouver Vauquelin, et lui dit ce qui se tramait contre lui. « Ce n'est pas possible, s'écria Vauquelin, ils n'oseront pas ! — Ils l'oseront, reprit M. Orfila. — Eh bien ! répliqua Vauquelin, je vous conjure d'accepter ma place ; je l'exige. Vous êtes jeune, vous avez de l'avenir, point de fortune. Que pourrai-je gagner à votre refus ? Quelle créature placerait-on là ? » Ces paroles décidèrent M. Orfila, et l'expérience ne tarda pas à prouver combien l'enseignement avait gagné à ce changement de personne.

Assurément Vauquelin était, comme savant, bien supérieur à M. Orfila, et sa présence dans le corps des professeurs honorait la Faculté. Le gouvernement de l'époque avait donc fait à la fois une mauvaise action et un acte impolitique, en effaçant ce grand nom de la liste des professeurs, mais une fois ce méfait accompli, il eût été impossible de faire un meilleur choix.

M. Orfila s'était, en effet, imposé une grande tâche, celle de faire participer les sciences médicales à presque tous les progrès que la chimie avait faits dans ces derniers temps ; personne n'a combattu avec plus de succès que lui le fatal préjugé qui tend à établir que les physiciens et les chimistes sont incompétens dans toute question où il s'agit du phénomène des êtres vivans ; fatal préjugé, dis-je, philosophie erronée et absurde ; car, tout en flattant certaines croyances, elle arrête tout progrès, et ne tend à rien moins qu'à laisser la médecine dans une éternelle enfance.

Honneur donc à l'école de Paris, qui a su comprendre et professer hautement que toutes les sciences doivent converger vers ce but définitif : le perfectionnement de l'art médical !

C'étaient là les idées que professait M. Orfila, et chacun comprit bientôt quelle devait être l'utilité d'un cours qui embrassait ainsi toutes les applications médicales de la chimie.

Aussi la foule des élèves devint telle, que M. Orfila dut quitter l'amphithéâtre de chimie pour le grand amphithéâtre de l'Ecole ; et encore ce grand amphithéâtre lui-même devint insuffisant : plus de la moitié des auditeurs était obligée de se tenir debout ; ils encombraient les couloirs et l'hémicycle. On y voyait de jeunes docteurs, des praticiens de la ville, et jusqu'à des professeurs de la Faculté qui venaient ainsi entendre un de leurs collègues.

M. Orfila, de son côté, pour répondre à cet empressement, redoubla d'efforts : il en vint jusqu'à faire cent vingt leçons par an, chacune de cinq quarts d'heure au moins ; et, chose inouïe ! ce zèle ne s'est pas un moment démenti pendant une période de trente années : de 1823 à 1853 !

Ainsi, comme professeur, le mérite de M. Orfila était incontestable, son talent, sa supériorité étaient parfaitement établis ; mais il allait avoir à subir une autre épreuve : il allait, et en des temps difficiles, avoir à diriger l'administration du corps auquel il appartenait ; une révolution allait le porter à ce pouvoir, en attendant qu'une autre révolution vînt l'en précipiter.

Dès les premiers jours qui suivirent la chute de la branche aînée des Bourbons, Antoine Dubois avait été nommé doyen de la Faculté de médecine de Paris ; on avait eu besoin de son nom resté populaire, de sa grande réputation et de sa longue expérience ; mais bientôt fatigué des détails administratifs, bien que déjà il eût pour premier assesseur M. Orfila, le 30 avril 1831, il pria celui-ci de l'accompagner chez M. de Montalivet, ministre de l'instruction publique. A peine entré dans le cabinet du ministre, Antoine Dubois lui dit tout simplement : « Je suis âgé, monsieur le ministre, peu jaloux de conserver des fonctions administratives ; je viens vous prier d'accepter ma démission. Permettez-moi de vous présenter M. Orfila, pour qui je vous demande la place vacante. »

M. de Montalivet n'avait jamais vu M. Orfila. Après avoir exprimé tous ses regrets à M. Dubois, il lui déclara que la nomination de son protégé serait signée le lendemain ; en effet, le 1er mai, M. Orfila recevait l'arrêté qui l'appelait à remplir les fonctions de doyen.

Dans la Faculté de médecine de Paris, Messieurs, le décanat est à peu près ce qu'est le gouvernement. Celui-ci est-il fort, calme, obéi ? le décanat est paisible et respecté ; la société est-elle agitée, factieuse, mal contenue ? l'école s'agite encore plus, elle devient séditieuse, indisciplinable, elle a ses tribuns ! Déjà Antoine Dubois avait eu à réprimer des mécontentemens, à calmer des agitations ; mais son âge, son nom, ses longs services et aussi son habileté en avaient prévenu les suites. Ces fermens n'en existaient pas moins, et son successeur allait les retrouver.

M. Orfila dut penser que, pour se concilier l'affection des élèves, il suffirait de leur être utile, de faciliter leurs études, de récompenser leur zèle ; il avait à la fois à apporter des améliorations dans le matériel de l'Ecole, à introduire des réformes dans l'enseignement : il ne recula devant aucune difficulté.

Les pavillons de dissection étaient insuffisans : il en fit construire de nouveaux qui furent livrés aux élèves en 1833.

On désirait que des cliniques fussent rapprochées de l'école : l'hôpital des Cliniques fut ouvert en 1834.

Ces constructions avaient amené la destruction du jardin botanique : une portion de la pépinière du Luxembourg fut affectée à l'établissement d'un nouveau jardin plus riche et plus spacieux.

Dupuytren, par une clause de son testament, avait légué des fonds pour la création d'une chaire d'anatomie pathologique. Grâce aux démarches de M. Orfila, cette clause fut modifiée : une partie des fonds put être affectée à l'établissement du musée d'anatomie pathologique, qui porte le nom de *Musée Dupuytren*.

Les cabinets de matière médicale, de physique et de chimie étaient incomplets : ils reçurent d'importantes améliorations.

Enfin, en 1844, M. Orfila, après avoir vu à Londres le musée de Hunter, conçut l'idée de former, dans les bâtimens de l'école, une vaste galerie d'anatomie comparée. Quelques objections, il est vrai, lui avaient été faites sur ce dernier point ; on lui avait représenté que l'école devait, avant tout, posséder un musée d'anatomie humaine ; que déjà le Jardin-des-Plantes avait de riches collections d'anatomie comparée. M. Orfila ne crut pas devoir tenir compte de ces remarques. M. Villemain, sollicité par lui, avait promis de demander aux Chambres une allocation ; M. de Salvandy, plus expéditif, signa un arrêté, et, le 1er novembre 1845, l'établissement était ouvert au public ; un second arrêté ministériel lui donnait le nom de *Musée Orfila*.

Ce n'est pas tout ; concurremment avec ces améliorations, on vit l'enseignement se fortifier et s'étendre ; déjà quelques professeurs avaient ramené les élèves dans l'amphithéâtre de l'école : c'étaient Béclard, Marjolin et M. Orfila. A partir de 1831, d'autres professeurs obtinrent le même succès ! le doyen donna l'exemple : il voulut participer aux examens pendant toute la durée des années scolaires. Ces examens devinrent plus sérieux : ils durèrent sept quarts d'heure pour quatre candidats, et, à partir de 1846, il y eut des examens de fin d'année.

On traça aux élèves la marche à suivre dans le cours de leurs études : on les obligea à suivre les leçons avec assiduité et à prendre régulièrement leurs inscriptions ; enfin, l'obligation du baccalauréat ès-sciences, supprimée dans des jours de trouble, fut rétablie en 1836.

Mais, je l'ai dit tout à l'heure, les temps avaient fait de la position de doyen une position difficile, délicate et parfois brûlante ; il ne fallait rien moins que l'aplomb de M. Orfila, son inconcevable activité et toutes les ressources de son esprit pour conserver à la fois sa *popularité* et son *autorité*. Et il n'y parvenait pas toujours (1).

Il y avait donc des hauts et des bas dans la position de M. Orfila ; il eut souvent à lutter contre de violens orages : il eut ses jours d'émeute et ses jours de répression ; et comme tout pouvoir devait alors trouver son opposition, la presse médicale, le prenant aussi à parti, le décanat était parfois pour lui le plus rude des métiers.

Sa position d'étranger, elle-même, lui créait de nouvelles difficultés ; il avait obtenu, en 1834, des lettres de grande naturalisation. A la Chambre des pairs, M. le comte de Bastard, à la Chambre des députés, M. de Las Cases, avaient fait une juste appréciation de son mérite et énuméré les services qu'il avait rendus à la France ; mais ces éloges eux-mêmes excitaient l'envie et la malveillance. Il avait donc à se faire pardonner d'être né hors de la France, puis, et surtout, les hautes dignités auxquelles il était parvenu.

M. Orfila, en effet, n'était doyen que depuis environ deux ans, quand il fut nommé membre du conseil général des hospices ; présenté en 1832 pour succéder à Portal, il avait été choisi parmi cinq candidats.

Un an après, en 1833, l'Association de prévoyance des médecins de Paris, fondée par lui, l'avait nommé président à l'unanimité, et cette dignité devait se perpétuer dans sa personne.

La mort de M. Cuvier, survenue à peu près à la même époque, avait laissé une place vacante dans le conseil royal de l'instruction publique : c'était une haute position à laquelle M. Orfila croyait pouvoir aspirer ; toutefois, les choses en restèrent là jusqu'à la mort de M. Guéneau de Mussy, c'est-à-dire jusqu'en février 1834. M. Guizot voulut bien alors accéder aux désirs de M. Orfila, et, trois jours après, celui-ci prenait place au conseil.

Enfin, vers la fin de 1834, il s'était présenté aux électeurs du 11me arrondissement de la ville de Paris, et, au premier tour de scrutin, il avait été élu membre du conseil municipal et du conseil général du département de la Seine.

Quand on songe, Messieurs, à toutes les places qu'a occupées M. Orfila, aux nombreuses fonctions qu'il avait à remplir, aux devoirs impérieux qui, chaque jour, devaient le retenir, on ne comprend pas com-

---

(1) Sur ce dernier point, il avait une sorte de thermomètre, ou d'indice assez curieux qu'un jour il fit connaître au roi Louis-Philippe, avec assez de sans-façon.

— Eh bien ! monsieur le doyen, lui disait le roi, comment êtes-vous actuellement avec MM. les élèves ? — Voyez mon chapeau, sire, répondit M. Orfila. — Il n'est pas brillant, répliqua le roi, il est même assez fatigué ; mais que faut-il en conclure ? — Que je suis au mieux avec les élèves, reprit M. Orfila ; car il n'y a pas un mois que je le porte. Quand je suis mal avec eux mes chapeaux durent éternellement, par la raison qu'aucun d'eux ne me faisant l'honneur de me saluer, je n'ai pas à y mettre la main ; quand, au contraire, ma popularité est revenue, je suis accablé de coups de chapeaux, et vous voyez dans quel état je mets le mien !

ment il pouvait suffire à toutes ces exigences; il en donnait lui-même pour raison sa vigoureuse constitution, son amour du travail, son désir d'être utile, sa forte volonté et la variété de ses occupations.

Il passait, en effet, chaque jour de son laboratoire dans la chaire du professeur, du conseil de l'instruction publique dans celui des hospices ou dans le conseil départemental, ou même, comme je le dirai tout à l'heure, dans le sein de quelque tribunal pour y déposer comme expert. Il devait enfin passer de longues heures dans son cabinet; car c'est là qu'il a composé les importans ouvrages dont il me reste à parler.

Indépendamment, en effet, d'une foule d'articles donnés par lui, soit à des dictionnaires, soit à des recueils périodiques, M. Orfila avait trouvé assez de loisir pour composer plusieurs grands traités devenus classiques, et d'abord celui dont j'ai déjà parlé.

Le *Traité de toxicologie générale*. Envisagé sous le triple rapport de la physiologie, de la pathologie et de la médecine légale, cet ouvrage avait opéré une véritable révolution dans la science. J'ai dit que M. Orfila avait démontré le premier, comme fait général, que les poisons, associés à des matières organiques, ne peuvent plus être décélés par les moyens qu'on met en usage quand ils sont seuls ou à l'état de pureté; d'où nécessité de se débarrasser à tout prix de la matière organique dans la recherche analytique des poisons.

Cette influence immense de la matière organique, constitue, en effet, la donnée capitale de la toxicologie, et l'on peut dire que l'art du toxicologue n'a existé qu'à dater du jour où cette découverte a été faite.

Quant aux *Elémens de chimie* publiés par M. Orfila, ils n'ont eu d'autre mérite, et cet aveu lui appartient, que celui de la coordination des faits et celui de la clarté qui a présidé à leur exposition. A très peu d'exceptions près, tout ce qu'on y trouve appartient à d'autres. M. Orfila ne revendiquait que la méthode qu'il avait adoptée et l'ordre qu'il avait suivi.

Le *Traité de médecine légale*, au contraire, est un livre original dans beaucoup de ses parties : il appartient en propre à M. Orfila. Au lieu des suppositions et des dissertations qui remplissaient les anciens traités, celui-ci ne renferme que des faits, et ces faits sont tous constatés par des expériences. C'est le véritable guide des médecins légistes : toutes les grandes questions y sont traitées, tous les problèmes y sont résolus; c'est enfin une source de lumières aussi bien pour le magistrat que pour le médecin.

J'en dirai autant du *Traité des exhumations juridiques ;* c'est encore un livre nouveau et d'une utilité incontestable. Toutes les questions relatives à la putréfaction des corps y sont expérimentalement élucidées.

C'étaient là, certes, de grands travaux et qui auraient pu suffire à la vie d'un médecin légiste ; mais il était réservé à M. Orfila d'arriver à des faits d'une bien autre importance.

Jusque-là, comme il le disait lui-même dans son langage figuré, on n'avait opéré que sur *une rive du fleuve ;* il en était une autre qui nous était inconnue, et sur laquelle il fallait passer pour compléter nos connaissances : or c'est là ce que M. Orfila a fait par son travail sur les *poisons absorbés*.

Que savait-on, en effet, avant ses recherches, ou plutôt, que faisait-on dans les expertises médico-légales ? On se bornait à chercher les poisons dans ce qu'on appelle les *premières voies*, c'est-à-dire dans l'estomac et dans les intestins. Si on y décélait leur présence, le problème était résolu ; mais si on ne les y trouvait pas, de deux choses l'une : on déclarait qu'il n'y avait pas eu empoisonnement, ou bien on laissait le fait indécis ; or, dans le premier cas on pouvait faire absoudre un coupable, dans le second on laissait la justice désarmée.

Ces poisons, en effet, pouvaient avoir été expulsés hors des premières voies; mais ils pouvaient aussi avoir passé par l'absorption dans les secondes, c'est-à-dire sur cette autre rive dont parlait M. Orfila. Sans doute on pouvait en chercher les traces dans les matières expulsées ; mais on ignorait l'art de retrouver jusqu'au sein des viscères cette portion du poison qui avait tué les victimes. Or c'est là qu'il fallait encore le poursuivre, et, je le répète, c'est ce qu'a fait M. Orfila, d'abord pour l'acide arsénieux, puis pour la plupart des autres poisons.

Mais que d'obstacles ! que de difficultés pour suivre ainsi ces poisons jusque dans les dernières molécules de l'organisme, pour constater leur présence dans ces régions reculées !

Comment déterminer les lois de leur parcours dans l'économie, constater les accidens si variés de leur distribution aussi bien dans les liquides que dans les solides, et enfin les suivre jusque dans leurs voies d'élimination ? et quels merveilleux instrumens ne fallait-il pas pour aller les chercher jusque dans ces replis profonds ?

Ces poisons, en effet, que l'absorption aura fait passer dans les secondes voies, savez-vous dans quelle proportion il est possible d'en décéler la présence ? J'ose à peine le dire, tant cette proportion est d'une effrayante exiguité ! S'il s'agit d'un viscère qui pèse 1 ou 2 kilogrammes, du foie, par exemple, c'est tout au plus si dans cette masse on pourra trouver 5 à 6 milligrammes d'acide arsénieux ! Et si l'on n'opère, comme la prudence le veut, que sur la moitié de ce viscère, on aura à détruire mille grammes de matière organique pour arriver à mettre à nu 1 ou 2 milligrammes d'arsenic ! Et la vie d'un accusé dépendra du résultat de ces opérations !

Tout autre que M. Orfila aurait été effrayé d'assumer une semblable responsabilité, et c'était avec une sorte de terreur qu'on le voyait attribuer à sa science cette espèce d'infaillibilité ; on se sentait profondément ému, lui ne l'était pas le moins du monde. Ses longs travaux, ses immenses recherches lui avaient donné une assurance inaltérable. Il avait, en effet, traité à fond et élucidé toutes ces questions dans plus de vingt mémoires lus par lui dans le sein de cette Académie ou publiés dans les recueils de l'époque.

Aussi était-ce avec un calme profond, une confiance sans bornes qu'il se rendait dans le sein des tribunaux pour aider les magistrats de ses lumières; chimiste-juré des causes célèbres, il était devenu l'effroi des empoisonneurs : son nom seul les faisait trembler; on savait que rien ne pouvait mettre à l'abri de ses recherches. En vain les débris des victimes avaient été, et depuis de longs mois, enfouis dans le sein de la terre, en vain des mains criminelles les avaient jetés dans des fosses d'aisances, précipités au milieu des flots ou cachés sous des monceaux de fumier ; en vain ils étaient à demi putréfiés, M. Orfila s'en emparait, son art les interrogeait, et bientôt il en faisait sortir la preuve matérielle du crime !

Qu'on se figure l'effet que devait produire, dans ces circonstances, l'apparition de cet inexorable expérimentateur. C'était presque toujours après de longs débats, quand, d'une part, le ministère public avait fait tous ses efforts pour maintenir une accusation, et quand, d'autre part, les défenseurs avaient tout épuisé pour sauver un accusé ; les jurés sont encore indécis, le public est dans l'anxiété : on sait qu'un savant chimiste a été mandé de Paris ; c'est M. Orfila ; il est là, dans une pièce voisine ; il expérimente ; sa science interroge quelques débris informes de cadavre. Tout à coup, au milieu d'un profond silence, d'une attente générale, on annonce M. Orfila. Il s'avance au milieu du prétoire ; sa belle figure a pris un caractère d'une effrayante sévérité ; il a l'impassibilité du destin ! Et alors, d'une voix ferme et vibrante, il déclare qu'il y a eu ou qu'il n'y a pas eu empoisonnement. Et qu'on ne croie pas que ce soit là un tableau fait à plaisir ou que j'exagère les faits : vingt drames se sont ainsi dénoués en cour d'assises.

Qui ne se rappelle l'intervention de M. Orfila dans le procès de Castaing ? sa déposition accablante dans l'affaire de la veuve Boursier ? et ce procès de Mercier, dans lequel, pour la première fois, il fit l'application de ses recherches sur les poisons absorbés ? Qui n'a encore présent à la mémoire le sombre épisode du château du Glandier ? Une jeune femme appartenant à la plus haute classe de la société, pleine d'attraits, remplie de talens, était accusée d'avoir empoisonné son époux après six mois de mariage. On avait saisi et publié sa correspondance ; chacun s'empressait de lire ces lettres si spirituelles, si piquantes. Son mari avait succombé avec tous les symptômes de l'empoisonnement ; mais les premières analyses avaient été contradictoires. Le procès avait marché, et c'est dans les dernières heures seulement que M. Orfila s'était trouvé en mesure de se prononcer.

Jamais cause n'avait excité un si puissant intérêt. La jeunesse, l'amabilité, l'esprit, le sang-froid de l'accusée, la consternation de sa famille, le talent de ses défenseurs, l'hésitation des magistrats, l'anxiété d'un immense auditoire, tout faisait un événement de la déposition de M. Orfila. Aussi quand il vint à ce moment suprême, au milieu d'un silence de mort, prononcer ces fatales paroles : « De l'arsenic a été » retiré du cadavre ; je vais le mettre sous les yeux des magistrats et » des jurés ! » l'accusée, jusque-là pleine d'espoir, forte de l'intérêt qu'elle avait inspiré, des séductions qu'elle avait exercées, se sentit frappée comme d'un coup de foudre. Quelques heures après, elle était condamnée aux travaux forcés à perpétuité !

C'étaient là de ces scènes qui plaisaient à M. Orfila. Ce grand concours de monde, cette attente générale, ces milliers de regards fixés sur lui quand il venait, comme interprète inflexible de la science, prononcer son arrêt, tout cela avait un charme indicible pour lui ; mais il ne lui fallait pas d'opposant, de contradicteur, d'adversaire : là, comme partout, il voulait régner en maître, exercer une sorte de dictature. Aussi, lorsque, plus tard, aux assises de Riom, la défense fit intervenir deux experts nouveaux qu'elle avait été chercher à Paris, uniquement parce qu'elle savait qu'ils étaient les ennemis de M. Orfila, qu'ils avaient du moins cherché à invalider ses travaux, M. Orfila, froissé dans son amour-propre, blessé dans sa dignité, prit immédiatement la résolution de ne plus répondre aux demandes d'expertises qui lui seraient faites par les magistrats ; et bien qu'ensuite son assistance eût été invoquée plus que jamais, on ne le vit plus devant les tribunaux.

Je me trompe : une fois encore il voulut bien, mais exceptionnellement, prêter son ministère. Ce fut à la demande du chancelier de la Chambre des Pairs, dans une affaire soumise à la juridiction de la noble chambre.

Il était ainsi arrivé aux années 1846 et 1847, qui ont marqué, en quelque sorte, l'apogée de sa réputation. C'est alors qu'il entreprit ce voyage en Espagne qui devait être pour lui une longue suite d'ovations.

Sauf son excursion à Minorque et à Barcelone en 1816, il y avait près de quarante ans qu'il n'avait revu la Péninsule. Il quitta Paris en août 1846, et, peu de jours après, il visitait ces antiques cités autrefois si célèbres : Valence, Alicante, Carthagène, Malaga, Cadix, Séville, Grenade et Madrid. Partout il était reçu avec enthousiasme ; l'Espagne voyait en lui un de ses plus glorieux enfans ; les Académies de Madrid, Cadix et Séville s'empressèrent de l'inscrire au nombre de leurs membres ; la reine Isabelle, sur la proposition de la Faculté de médecine, lui conféra, par un décret spécial, le diplôme de docteur, sans examen et sans frais ; les journaux de toutes les localités annonçaient son arrivée et son départ, comme s'il s'agissait d'une tête couronnée.

Il était, à cette même époque, couvert de décorations. Dès l'année 1821, il avait été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

En 1832, l'empereur du Brésil lui avait envoyé les insignes de l'ordre de Cruzaro ;

En 1834, le jour où il avait réprimé une émeute à l'école, M. Guizot lui avait fait obtenir la croix d'officier ;

En 1838, au retour d'une mission scientifique, M. de Salvandy lui avait fait avoir la croix de commandeur ;

En 1847, le roi Léopold, voulant lui donner un témoignage public de satisfaction, l'avait nommé officier de son ordre ;

Enfin, dans ce même mois de février 1848, qui allait lui être si fatal, le 20, l'empereur de Russie signait sa nomination de commandeur de l'ordre de Sainte-Anne !

Je ne sais, en vérité, si M. Orfila lui-même ne devait pas être effrayé de tant de prospérités ! Tout lui succédait ; il était au faîte des grandeurs scientifiques ; il était, dans le corps médical, l'arbitre et le dispensateur de toutes les grâces et de toutes les faveurs. Bien à la cour, populaire à l'école, omnipotent dans les hôpitaux ; et en ce qui concernait les affaires médicales, dans le Conseil de l'instruction publique et dans le Conseil général de la Seine, Il aurait dû, peut-être, se demander s'il n'y avait pas quelque chose de menaçant pour lui dans cette constante faveur de la déesse, et peut-être aurait-il trouvé que le moment était venu de faire comme le tyran de Samos, de jeter son anneau à la mer !

Quoi qu'il en soit, M. Orfila, plein de sécurité, venait d'être réélu doyen pour cinq ans, quand éclata la révolution de Février. Le 28 au soir, un membre du gouvernement provisoire, lié depuis longtemps avec lui d'amitié, vint le trouver et lui dit : « Je suis chargé d'une commission bien désagréable : je viens vous demander votre démission du décanat ; quoi que j'aie pu faire aujourd'hui pour vous défendre, et cela malgré vos opinions déplorables, il a été arrêté que, si vous ne donnez pas votre démission, vous serez destitué. »

M. Orfila répondit qu'il aimait mieux être destitué. Le 1er mars, sa destitution était insérée au *Moniteur* ; mais, avant qu'elle ne fût rendue publique, l'opinion s'était prononcée de la manière la plus vive en faveur de l'ancien doyen ; il avait été accueilli dans son amphithéâtre au bruit des plus vifs applaudissemens, et plus de quinze cents élèves étaient allés à l'Hôtel-de-Ville demander son maintien.

Mais les persécutions allaient commencer pour lui et lui rendre la vie bien amère. Une commission avait été nommée pour examiner sa gestion. Après trois mois d'enquête, elle déclara que M. Orfila avait, il est vrai, dépassé ses crédits pendant la dernière année de son administration, mais que les sommes allouées avaient toutes été employées à solder les mémoires produits ; elle reconnaissait en outre que M. Orfila avait doté l'école d'un établissement considérable : le musée d'anatomie comparée.

Son honneur était sauf, mais il restait en défaveur, en disgrâce. De là toutes ses douleurs. Il avait bu à cette coupe enchanteresse du pouvoir, et il se trouvait condamné à une mortelle inaction ! Lui, si fier en d'autres temps de veiller aux intérêts de la science et à la prospérité des établissemens qu'il avait formés ; lui si empressé, si heureux de servir ses amis, aux risques même de méconnaître certains droits ; lui, enfin, jusque-là si recherché, si écouté, si obéi, il se voyait méconnu et presque outragé, en butte aux sourdes menées de la malveillance, de la calomnie et de l'ingratitude. Il luttait encore, néanmoins, et gardait un front superbe ; mais qui aurait pu sonder sa pensée et dire ce qui se passait dans son âme ! Sans doute il aimait la science, mais il aimait encore plus la gloire et ses enivremens. Il n'était point de ceux qui trouvent leurs plus douces jouissances seuls à seuls, dans le silence du cabinet ; ce qu'il avait surtout ambitionné, c'était le succès, la célébrité et tout ce qui pouvait ajouter à l'éclat de son nom ; c'était là ce qu'il avait cherché dans ses publications, dans son enseignement et jusque dans son administration.

Quand vinrent donc ces jours de retraite forcée et de disgrâce indéfinie, il fut, tout d'abord, mortellement frappé.

Et cependant, Messieurs, dans ces jours d'affliction, ses vrais amis s'étaient serrés autour de lui ; vous-même, je l'ai dit ailleurs, dans votre désir de lui prouver qu'il avait conservé l'estime des honnêtes gens, vous l'aviez élevé à l'honneur de présider cette assemblée, et vous l'aviez chargé de défendre vos intérêts les plus chers ; mais sa sortie du Conseil de l'instruction publique acheva de tuer cette puissante organisation.

Toutefois, Messieurs, et c'est là le dernier acte dont il me reste à parler, M. Orfila, semblable à ces Titans foudroyés, qui, dans un suprême effort, arrachent encore au monde un cri de surprise et d'admiration, M. Orfila, dis-je, entreprit de répondre à ces coups incessans du destin par un acte d'une grandeur et d'une générosité jusque-là sans exemple.

On le vit, en effet, distraire de sa propre fortune une portion considérable, 120,000 francs au moins, et, de son vivant, les consacrer à la fondation d'encouragemens, de prix et de donations pour la Faculté, pour l'Académie, l'École de pharmacie, l'Association de prévoyance, et même pour quelques écoles de province.

Ayant ainsi taillé de la besogne, disait-il, pour cette studieuse jeunesse qu'il avait tant aimée, il voulait voir, du moins dans les premières années, comment elle s'y prendrait pour mériter ses récompenses, et l'aider de ses conseils.

Cette satisfaction ne lui a pas été donnée : c'était son testament de mort qu'il venait de dicter.

Le 4 janvier 1853, il en avait donné lecture lui-même à l'Académie, en séance publique, le 12 mars suivant il avait cessé d'exister.

Jusque dans ses derniers momens il s'inquiétait de l'avenir réservé à son nom ; on le vit, à ces heures suprêmes, se faire lire, dans les feuilles publiques ce qui pouvait le concerner. D'avance il aurait voulu savoir ce qu'on allait dire de sa mort et comment on jugerait sa vie.

Ce jugement, messieurs, nous n'avons pas eu la prétention de le porter ; nous nous sommes borné à tracer une esquisse impartiale et fidèle de cette existence si active, si agitée et néanmoins si bien remplie. Nous avons montré M. Orfila tel que nous l'avons connu, tout entier à ses devoirs et tout entier aussi à ce désir excessif de célébrité et de gloire ; mais ce désir, après tout, n'est-il pas le plus noble mobile des actions humaines ? Peut-on faire quelque chose de grand et de durable sans cet amour de l'approbation publique ? N'est-ce pas lui qui anime les grands cœurs et les empêche de sommeiller ? Oh ! Athéniens, aurait pu s'écrier M. Orfila, que de peines je me donne pour mériter votre approbation !

Aimons donc, messieurs, tenons en grande estime ceux que consume ce violent amour, et disons avec Tacite que « celui qui méprise la gloire méprisera bientôt la vertu. »

COURRIER.

Un décret du 5 novembre a autorisé la ville de Luxeuil à concéder à l'État la propriété de l'établissement thermal de Luxeuil, avec ses dépendances, son matériel et ses accessoires.

— Une importante amélioration vient d'être introduite à l'hospice de la Salpêtrière. Cet établissement, qui compte une moyenne d'environ trois mille administrés, est alimenté par les eaux de l'aqueduc d'Arcueil. Or, ces eaux, quoique fort salubres du reste, sont éminemment chargées de matières calcaires. La grande quantité de sédimens qu'elles déposent les rendant impures à un grand nombre de préparations pharmaceutiques, on était obligé de distiller l'eau pour s'en servir. L'amélioration dont nous parlons consiste en un filtre nouveau que vient d'essayer la pharmacie. Ce filtre rend presque instantanément l'eau qu'on lui confie, et la donne pure et complètement dégagée de toute matière hétérogène. L'administration de l'assistance publique, bien convaincue de ces brillans résultats, car l'appareil fonctionne déjà depuis plusieurs mois à la Salpêtrière, va l'appliquer aux nombreux établissemens qui sont sous sa tutelle. Et bientôt, nous assure-t-on, la commission municipale, qui touche par tant de lieus à l'administration de l'assistance publique, va l'adopter également pour toutes les fontaines marchandes de la capitale.

— Un décret de l'Empereur a approuvé la délibération par laquelle la commission municipale de Paris, dans le but d'honorer la mémoire du célèbre naturaliste Lacépède, a émis le vœu que la rue Copeau, sise dans le 12me arrondissement et avoisinant le Jardin-des-Plantes, prît à l'avenir le nom de la rue Lacépède.

— M. Bernard, suppléant de M. Magendie, commencera son cours au collége de France vendredi prochain 9 décembre à midi, et le continuera tous les mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique des Maladies des yeux, par W. Mackensie, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow; traduit de l'anglais, avec notes et additions, par G. Richelot et S. Laugier, docteurs en médecine de la Faculté de Paris. Un fort volume in-8. Prix : 6 fr.
Chez Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 17.

Traité pratique de l'Inflammation de l'Utérus, de son col, et de ses annexes; par le docteur J. Henry Bennet; traduit de l'anglais sur la 2e édition, par le docteur F.-A. Aran, médecin des hôpitaux. Un vol. in-8, avec planches intercalées dans le texte. — Prix : 6 fr.
Chez Labé, libraire de la Faculté de médecine.

Localisation des Fonctions cérébrales et de la Folie; mémoire sur le tournis; — mémoire sur la paralysie des aliénés; par le docteur Belhomme, médecin d'un établissement d'aliénés, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc. — En vente chez Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 15 fr.

Traité de la Maladie vénérienne, par J. Hunter, traduit de l'anglais par le docteur G. Richelot, avec des notes et des additions per le docteur Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, membre de l'Académie de médecine, etc., accompagnée de 9 planches. — 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1852. — Prix : 9 fr.
Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

RAPPORT à M. le Préfet de police sur la question de savoir si M. le docteur Auzias-Turenne peut être autorisé à appliquer ou à expérimenter LA SYPHILISATION à l'infirmerie de la prison St-Lazare. Par MM. les docteurs Mélier, président, Philippe Ricord, Denis, Conneau, et Marchal (de Calvi), secrétaire rapporteur. — Publié par décision de M. le Préfet de police.
Grand in-8°, Paris, 1853, aux bureaux de l'Union Médicale, rue Saint-Georges, n° 12. Prix : 2 fr.

Cours de Pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris par M. le professeur Andral; recueilli et publié par M. le docteur Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*; 2e édition entièrement refondue. — 3 volumes in-8° de 2076 pages. — Prix : 18 fr.
Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Traité de l'Affection calculeuse du Foie et du Pancréas (avec cinq planches lithographiées); par V.-A. Fauconneau-Dufresne, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies, des bureaux de bienfaisance et des crèches, membre de la Société de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur. — Un vol. format anglais. Prix : 4 fr. 50 c.
Paris, chez Victor Masson, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, et dans les bureaux de l'*Union Médicale*.

Mémoire sur les maladies des ovaires, par le docteur Achille Chereau. Ce mémoire contient : 1° Les considérations anatomiques et physiologiques; 2° L'agénésie et les vices de conformation. 3° L'ovarite aiguë. In-8. Prix : 3 fr.
Cet ouvrage se trouve chez V. Masson, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 147. SEPTIÈME ANNÉE. **Samedi 10 Décembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12, À PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 9 DÉCEMBRE 1853.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Nous pouvons donner le mouvement de l'épidémie dans les hôpitaux et hospices civils, depuis le 4 décembre jusqu'au 8 inclusivement.

CAS DÉCLARÉS :

4 décembre.	Cas reçus dans le jour	11
	Cas déclarés à l'intérieur des hôpitaux.	5
	Total......	16
5 décembre.	Cas reçus dans le jour	26
	Cas déclarés à l'intérieur	9
	Total......	35
6 décembre.	Cas reçus dans le jour	26
	Cas déclarés à l'intérieur	7
	Total......	33
7 décembre.	Cas reçus dans le jour	32
	Cas déclarés à l'intérieur	7
	Total......	39
8 décembre.	Cas reçus ou déclarés à l'intérieur. .	35

DÉCÈS :

Le 4 décembre. ...	13
Le 5 décembre. ...	12
Le 6 décembre. ...	19
Le 7 décembre. ...	8
Le 8 décembre. ...	13

Du 4 au 7 décembre il est donc entré dans les hôpitaux et hospices civils................ 95 cas nouveaux.

Il s'en est déclaré sur les malades couchés déjà dans ces établissemens .... 28 —

Journée du 8.................. 35 —

En tout. . . . 158 cas nouveaux.

Dans le même espace de temps, les décès ont été au nombre de................... 65

Depuis le commencement de l'épidémie, jusqu'au 7 décembre, le nombre des admissions dans les hôpitaux et hospices civils, et des cas déclarés à l'intérieur de ces établissemens est de. . . 478

Le nombre des décès est de............ 192

Nous ne pouvons donner aujourd'hui l'indication du nombre des décès cholériques déclarés aux mairies depuis le 3 décembre, jour où s'arrêtait notre dernière récapitulation. Nous savons seulement que le nombre total des décès, pour Paris et la banlieue, hôpitaux civils et militaires compris, s'élevait, au 4 décembre, au chiffre de 285.

Nos lecteurs peuvent juger, par ces chiffres, que l'épidémie ne présente pas une marche ascensionnelle bien marquée. Les cas en ville ont été jusqu'ici rares, et aucune augmentation sensible n'a été signalée dans les derniers jours. Le nombre des maladies ordinaires ne diminue pas, comme cela s'observe toujours sous une influence nettement épidémique; et, en somme, il n'y a ni plus ni moins de malades dans les hôpitaux qu'aux époques correspondantes des années précédentes. Le chiffre même de la mortalité générale n'est pas notablement altéré par la présence du choléra, c'est-à-dire qu'il ne meurt pas plus de personnes en ce moment à Paris, qu'il n'en est mort dans les mois de novembre et de décembre des années antérieures.

Le service des cholériques à l'Hôtel-Dieu a été confié, sur leur demande, à MM. les docteurs Guérard et Piédagnel. On sait que les cholériques sont, depuis plusieurs jours, placés dans des salles séparées. Cette mesure paraît avoir reçu une interprétation inexacte de la part de quelques personnes. Ce n'est pas par appréhension de la contagion de la maladie que l'administration s'est décidée à séparer les cholériques des autres malades; c'est pour leur assurer des secours plus prompts, plus faciles, pour concentrer dans les salles qui reçoivent les cholériques un service d'élèves et d'infirmiers plus nombreux; c'est, enfin, pour éviter aux malades ordinaires de nos hôpitaux, la vue des malheureux atteints de choléra et l'effet moral et toujours nuisible que cette vue peut produire sur des personnes atteintes de maladies plus ou moins graves, en un mot, c'est dans un intérêt tout humanitaire et non doctrinal que l'administration de l'assistance publique, fortifiée, d'ailleurs, par l'avis des médecins des hôpitaux, a pris une mesure depuis longtemps en pratique dans les hôpitaux militaires.

Nous conjurons tous les organes de la presse médicale — et cela par des motifs qu'ils approuveraient si nous pouvions les faire connaître — de se montrer très réservés, en ce moment, sur la question de la contagion du choléra-morbus. Que chacun garde ses opinions et ses doctrines pour le moment où il sera possible d'aborder ce grand sujet de controverse. Nous ne comprenons pas, à vrai dire, que ce qui se passe dans les hôpitaux de Paris, en ce moment, ne dessille pas les yeux des contagionistes les plus avancés. C'est pour nous une expérience décisive : Non, mille fois non, le choléra n'est pas contagieux.

Amédée Latour.

THÉRAPEUTIQUE.

SUR LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

Lyon, le 5 Décembre 1853.

Très honoré confrère,

Permettez-moi de recourir à la publicité de votre estimable journal pour élucider une question de pratique qui acquiert, dans les circonstances actuelles, une haute importance.

Je veux parler de la présence du choléra dans vos contrées. La contrée où j'exerce s'en trouvant jusqu'ici exempte.

La question de pratique à l'élucidation de laquelle je convie tous les médecins aux prises avec le fléau est relative à l'efficacité réelle ou non du quinquina employé contre cette terrible maladie, en suivant toutefois pour cet emploi une méthode préventive particulière que je vais vous faire connaître.

Occupé depuis longtemps d'un travail sur les fièvres miasmatiques en général, parmi lesquelles je place le choléra, un des résultats auxquels je suis arrivé dans ce travail est le suivant, à savoir : « que les fièvres miasmatiques, parvenues à ce » degré d'activité qu'on nomme *épidémicité*, présentent, au » nombre de leurs caractères distinctifs, celui de sévir beau» coup moins directement par elles-mêmes qu'à l'occasion des » affections nombreuses qu'*elles créent* ou qu'*elles rencontrent* » pour ainsi dire sur leur passage, affections qui deviennent » par là même et pendant toute la durée du fléau épidémique » autant de causes occasionnelles ou prétextes d'invasion du » fléau. »

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire. — Le discours de M. Dubois (d'Amiens). — Les auto-biographes. — Les élections. — Un procès gagné. — Les legs académiques. — Moyen de les rendre possibles. — Les tables médicales.

Des points de vue divers sous lesquels on peut envisager l'éloge académique, M. Dubois (d'Amiens) a choisi, pour faire l'éloge d'Orfila, le point de vue purement biographique et anecdotique. M. Dubois a eu ses motifs pour agir ainsi. Ayant été mis en possession, par la famille, d'un manuscrit écrit tout entier de la main d'Orfila, il a voulu se réserver et donner à l'Académie la primeur de faits et de récits qu'on ne pouvait trouver que là. C'est pourquoi M. le Secrétaire perpétuel s'est hâté de faire l'éloge d'Orfila; il n'a pas voulu attendre que la Faculté de médecine payât à son illustre professeur ce tribut de regrets et d'hommages, car il pouvait craindre que l'orateur de cette compagnie — on assure que M. le professeur Bérard portera la parole à la rentrée prochaine — lui déflorât son discours. Voilà aussi comment s'explique le choix fait par M. Dubois du point de vue biographique.

En prenant pour guide les notes laissées par M. Orfila, M. Dubois s'exposait à rencontrer plus d'un écueil; l'honorable orateur n'a pas pu les éviter tous. Les autobiographies ne sont pas, en général, des sources très pures de renseignemens, quoique très abondantes. Leur abondance même est un écueil. Il est peu d'hommes, même parmi les plus illustres, qui, ayant à parler d'eux-mêmes, ne s'exagèrent l'importance des détails de leur vie. Orfila, moins que tout autre, pouvait se soustraire à cette influence, plus que tout autre, il doit l'avoir subie en parlant de lui-même. Orfila croyait sincèrement, naïvement à sa valeur; les erreurs qu'on lui signalait — qui ne fait pas d'erreurs? — il ne les admettait pas; les fautes qu'il pouvait commettre — et qui n'en commet pas? — devenaient pour lui, au contraire, des titres à l'admiration des hommes. On comprend parfaitement qu'avec le tempérament, les habitudes, le caractère et les manières de voir que nous avons tous connus à Orfila, en écrivant sa propre histoire il ait dû écrire un panégyrique. On comprend très bien qu'il se soit laissé aller avec une facile complaisance à rappeler les plus infimes détails de son enfance, de sa jeunesse et de sa vie tout entière. En présence de ces matériaux abondans, M. Dubois, on le comprend, a dû céder à la tentation de faire connaître un grand nombre de faits inédits. Je suppose même, et j'ai cru le reconnaître, que M. Dubois a voulu laisser à l'auteur sa forme, sa manière et son style, ce qui expliquerait un certain laisser aller de rédaction qui a paru faire contraste avec la solennité habituelle du style académique.

Il faut tenir compte, d'ailleurs, à l'orateur de l'Académie, de l'immense difficulté de la tâche qu'il avait entreprise et le féliciter de son empressement pieux à honorer la mémoire d'Orfila. Avec une grande habileté, M. Dubois a su éviter tous les embarras de son sujet, et si près de la disparition d'un homme autour duquel tant de passions se sont agitées, il a eu la prudence et le tact de n'en réveiller aucune, succès immense et rare.

L'Académie fournira peu de sujets d'occupation à la presse d'ici aux premières séances de l'année prochaine. Voici venir les séances d'élection pour le renouvellement du bureau, du conseil d'administration et des commissions diverses. Toute cette besogne absorbe les dernières séances de l'année. Il est d'habitude, à l'Académie, de faire passer le vice-président au fauteuil de la présidence. Cet honneur sera incontestablement réservé à M. Nacquart, à qui incombera la lourde tâche de succéder à M. Bérard, dont les fonctions expirent. Plusieurs candidatures ont été mises en avant pour la vice-présidence, qui, selon les vieux usages de l'Académie qui confèrent cet honneur à un membre des quatre grandes sections de l'Académie à tour de rôle, médecine, chirurgie, pharmacie, vétérinaire, revient, pour l'année 1854, à la chirurgie. La candidature qui semble réunir l'assentiment général est celle de M. Jobert de Lamballe.

La fin d'année est marquée par une circonstance heureuse pour l'Académie de médecine; elle vient de gagner en Cour d'appel le procès qu'elle avait perdu en première instance, contre les héritiers et l'exécuteur testamentaire du marquis d'Argenteuil. Mais je me suis laissé dire qu'il y avait velléité d'un recours en cassation, ce qui doit me rendre très réservé sur toute cette longue affaire judiciaire qui coûte beaucoup d'argent, de part et d'autre, et qui n'ôtera pas un grain de sable à la montagne de difficultés incessamment dressée devant l'institution du prix d'Argenteuil. Toutes ces fondations sont très belles en théorie, mais à l'application surviennent des difficultés insurmontables.

Voyez, par exemple, ce que pourra faire l'Académie des sciences, de ce fameux prix Bréant, d'une somme de cent mille francs en faveur de celui qui découvrira la cause et le traitement du choléra! Le choléra étant, heureusement, une maladie éventuelle ou adventive, comment sera-t-il possible de s'assurer qu'un traitement s'il s'en trouve un, qui aura guéri pendant une épidémie, guérira pendant une autre? Et, quant à la cause, quelle démonstration sera-t-il possible d'obtenir de l'influence d'un principe étiologique quelconque?

Tous les embarras, toutes les difficultés que je vois depuis longtemps surgir à l'occasion des legs faits aux Académies, m'ont fait penser à une idée que je n'émets cependant qu'avec réserve, dans l'ignorance où je suis si son application est ou non compatible avec les prescriptions du Code civil; je voudrais donc, qu'avant que le gouvernement autorisât une donation ou un legs fait à une compagnie savante, que cette compagnie fût consultée sur la possibilité d'exécuter les intentions du testateur. Si de toute évidence, les conditions étaient absurdes et impossibles à remplir, pourquoi priver les héritiers d'une part de fortune qui resterait stérile entre les mains d'une académie?

Les études hydrologiques prennent chaque jour une nouvelle et utile extension. Une des meilleures formes qu'elles puissent employer pour leur propagation est, sans contredit, l'association. Mettre en commun les lumières et l'expérience des médecins hydrologues, est une bonne et utile pensée qu'on ne saurait trop faire connaître. Cette pensée a été déjà réalisée à Toulouse, où le printemps dernier s'est réuni une sorte de congrès d'hydrologie, qui a posé les bases d'une Association que je désire durable. Dans cette réunion, un excellent discours a été pro-

Pour le choléra en particulier, il serait superflu, je pense, de vérifier avec quelle exactitude il justifie le caractère ci-dessus énoncé. Les faits des épidémies cholériques antérieures, aussi bien que les faits de l'épidémie cholérique actuelle parlent assez haut en ce sens.

Le caractère que je viens de reconnaître au choléra a été déjà entrevu, en partie, à l'occasion d'une des manifestations préalables les plus fréquentes de ce fléau : je veux parler des publications intéressantes de M. Jules Guérin sur la diarrhée cholériforme, et du traitement préventif du choléra par la guérison de la diarrhée *prémonitoire*, institué comme on sait en Angleterre, par suite probablement desdites publications.

Quoi qu'il en soit de ces résultats, dont l'utilité pratique ne saurait dès aujourd'hui être sérieusement contestée, il est certain qu'ils sont restés fort incomplets et dépourvus surtout des données scientifiques capables de les féconder et de les étendre.

S'il fallait des preuves à l'appui de ces assertions, il suffirait de rappeler que, tandis qu'en Angleterre la diarrhée prémonitoire *seule* a été traitée, et indépendamment de ce qu'elle l'a été sans règles thérapeutiques fixes, en Angleterre et à Paris notamment, le choléra continue de frapper avec non moins de léthalité à l'occasion d'affections de toutes sortes, typhoïdes, inflammatoires, éruptives, traumatiques, etc., etc.; affections tant à leur période de début ou d'état, qu'à celle de convalescence.

De tels faits, bien propres à ébranler la confiance qu'on basait sur le traitement de la diarrhée prémonitoire *seule*, comme moyen d'enrayer le choléra, viennent au contraire merveilleusement à l'appui du caractère distinctif ci-dessus reconnu par nous à toutes les fièvres miasmatiques épidémiques et au choléra épidémique en particulier.

C'est sur ce caractère accepté dans sa portée la plus large qu'il va être permis, nous l'espérons du moins, d'asseoir désormais un traitement préventif vraiment méthodique et par dessus tout spécifique du choléra.

Les propositions suivantes, qui ne sont en définitive que l'indication thérapeutique immédiatement déduite dudit caractère, résument ce traitement :

1° Le mode de traitement le plus en rapport avec la manière d'agir particulière au choléra est un traitement *préventif*.

2° Un traitement préventif du choléra doit, pour être complet, s'adresser non seulement à la diarrhée prémonitoire, ainsi qu'aux autres indispositions cholériques préalables, s'il en existe, mais encore à *tous les états morbides sans exception* régnant en même temps que le fléau cholérique.

3° Le quinquina sous toutes ses formes, et notamment le sulfate de quinine (1 à 2 grammes, pas moins, dans un quart de lavement de décoction de kina jaune concentrée) est, dans l'espèce, le médicament préventif spécifique devant être employé *dans tous les cas morbides*, réserves faites des moyens auxiliaires appropriés à chaque cas morbide en particulier.

Il est sous-entendu que pour les cas de choléra confirmé, le quinquina reste encore le moyen spécifique par excellence, seulement, et pour des motifs faciles à comprendre, son efficacité est alors bien moins puissante qu'administré suivant la méthode préventive formulée plus haut.

Telles sont les propositions, la dernière surtout, que je désirerais vivement voir mettre largement et dès à présent en pratique.

Si les résultats répondent à ma conviction intime, nous serons amplement récompensés, vous, Monsieur le rédacteur, de la publicité donnée à ma lettre, et moi, de mes humbles efforts.

Agréez, etc. SÉMANAS, D.-M. P.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. MARROTTE.

Sommaire. — De la distinction de la péritonite puerpérale et de la fièvre puerpérale.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 3 et 6 Décembre.)

OBSERVATION IV. — *Fièvre puerpérale; — mort; — autopsie.*

La fille Gauthier, âgée de 27 ans, accoucha heureusement le 20 août 1853, de son premier enfant. Huit jours avaient suffi pour la remettre sur pied; et tout s'était passé sans accidens, quand, le neuvième jour après ses couches, elle fut prise d'un frisson subit sans cause connue. Ce frisson fut bientôt suivi de fièvre intense, de céphalalgie, de quelques douleurs vagues dans l'abdomen, sans vomissemens, douleurs qui se continuèrent pendant sept jours. Elle fut obligée de se faire transporter à l'hôpital de la Pitié, et entra le 8 septembre au n° 55 de la salle Ste-Marthe.

Elle était de bonne constitution, d'un embonpoint marqué; sa figure fatiguée, portait un cachet typhoïde des plus tranchés. Elle répondait cependant à toutes les questions; n'avait eu ni saignemens de nez, ni diarrhée; pas de taches typhoïdes. Les douleurs vagues qui siégeaient à la région hypogastrique étaient sensiblement exagérées par la pression. Le col utérin était encore mou, volumineux et sensible : les lochies séro-purulentes, en partie supprimées, et la malade ne perdait plus qu'un liquide grisâtre, très fétide. Peau sèche, d'une chaleur mordicante. Pouls assez large, fluctuant, dépressible, de 76 à 80 pulsations. Respiration normale. La sécrétion du lait était complètement arrêtée depuis deux ou trois jours. Des injections tièdes furent faites le soir même dans le vagin, mais sans amener de résultat.

Le 9 septembre, nous trouvons la malade à peu près dans le même état; langue blanche, saburrale. Quelques envies de vomir. Pouls fluctuant, 87-90 pulsations. M. Marrotte appelle notre attention sur ce cas bien caractérisé de fièvre puerpérale, et administre à la malade : ipéca, 1 gramme 50 centig.; émétique, 0,10 centig.

Le soir, la malade se trouvait mieux. L'aspect typhoïde est toujours des plus marqués. Ventre médiocrement ballonné. La peau avait pris une légère teinte ictérique générale; 80 pulsations. Pouls assez plein, mais dépressible. L'éméto-cathartique avait procuré trois ou quatre vomissemens et deux selles liquides.

Le 10, 88-90 pulsations, dépressibles, avec quelques irrégularités. L'abattement et la céphalalgie continuent. Ventre météorisé, sans douleur. La malade a sué, à plusieurs reprises, à grosses gouttes. Quelques selles diarrhéiques. L'écoulement utérin est complètement suspendu. La conjonctive, la peau se colorent de plus en plus; frissons irréguliers; quoique le toucher n'accuse aucune douleur, ils font craindre la formation de pus dans les ligamens larges. — Deux vésicatoires en haut des cuisses; julep avec teinture d'aconit.

Les jours suivans, ces symptômes ne font que se prononcer davantage; la diarrhée devient colliquative, les selles involontaires. Douleurs vagues dans les membres, surtout à l'articulation radio-carpienne gauche, sans gonflement. Céphalalgie continue. La langue, tantôt sèche, tantôt humide, est toujours revêtue d'un enduit blanchâtre. La sueur, quoique très abondante, reste sans action sur l'état du pouls, qui se maintient entre 88 et 90 pulsations, toujours avec son même caractère de plénitude et de dépression facile. Les urines, fortement colorées et puantes, sont chassées avec peine; et, à partir du 18, on est obligé de sonder la malade deux fois par jour.

Du 10 au 24 septembre, les vésicatoires ont été entretenus avec soin, et la teinture d'aconit continuée à haute dose. Depuis le 15, on a ajouté un pot de décoction de quinquina, et 4, 6, 8 grammes d'extrait mou de quinquina dans une potion, pour vingt-quatre heures. Les selles, interrompues quelques jours, au détriment de la malade qui en paraissait plus souffrante, ont été rétablies avec quelques purgatifs doux.

Le 24, apparition de quelques plaques de muguet sur la langue et sur la voûte palatine. — Collutoire détersif au miel rosat et borax. Deux bouillons.

Le 25, un peu de mieux.

Le 26, le mieux a continué; la malade a pris ses bouillons avec plaisir. Mais, le soir, la fièvre redevient intense (90-96 pulsations). Pouls large, fluctuant, dépressible. Il ne reste plus de traces de muguet; teinte vineuse de la langue, qui est légèrement humide. Sueurs abondantes. Coloration jaune-paille des tégumens.

27 septembre. Il y a eu des frissons très vifs hier soir; les vésicatoires des cuisses ne donnent plus depuis deux jours. Les sueurs ont été très abondantes la nuit dernière. La malade a beaucoup rêvé et crié. Pouls faible et fréquent. La langue est humide; la face colorée.— Même prescription. On remet des vésicatoires aux cuisses.

28. 130 pulsations faibles et dépressibles; 34 à 36 respirations; frissons plus fréquens; pas de douleurs abdominales; selles involontaires et très fréquentes; langue sèche et râpeuse. Un abcès, du volume d'une grosse noix, s'est produit sans souffrance, dans l'articulation sterno-claviculaire gauche. Il contient un pus sanguinolent fétide. La ponction n'a fait éprouver aucune douleur à la malade.

30. L'état de la malade ne fait qu'empirer. Les troubles cérébraux ont été beaucoup plus prononcés pendant la nuit. Pendant le jour, l'intelligence reste parfaitement nette. L'abcès de la clavicule s'est rempli de nouveau. Le genou gauche est gonflé, douloureux, sans fluctuation appréciable. Les yeux de la malade sont très brillans; la parole encore facile. Sueur abondante; 34 à 36 respirations; 130 à 140 pulsations. Pouls très petit.

2 octobre. Les symptômes ont continué. Teinte jaunâtre très prononcée; peau froide aux extrémités, couverte de sueur; pas de toux; respiration fréquente; râles trachéaux.

La malade meurt dans la journée du 3 octobre, conservant toute sa lucidité de pensées et sa facilité de paroles, ne se plaignant d'aucune douleur.

Autopsie le 4 octobre.

Cerveau. — Normal.

Thorax. — Pas de lésion des plèvres.

Le lobe inférieur du poumon gauche est hépatisé, se déchire facilement. Sur quelques points se voient quelques noyaux blanchâtres, de la grosseur d'une lentille, formés par du pus en grumeau.

Le cœur est de petit volume, sans caillot dans sa cavité; il contient un sang décoloré, très liquide. Quelques cuillerées de sérosité dans le péricarde. L'abdomen est resté fortement distendu, grâce à la dilatation gazeuse de l'estomac et des intestins. Pas la moindre trace de péritonite sur la surface du péritoine.

En détachant les attaches droites du mésentère, nous trouvons, au bord inférieur de la rate, un petit foyer purulent, sans traces de phlegmasie circonvoisine. Il est de la grosseur d'une noisette et logé, en partie, dans le tissu de la rate, en partie dans un petit cul-de-sac du péritoine. Le tissu de l'organe est sain dans toutes ses autres parties, et c'est à peine s'il est un peu plus ramolli qu'à l'état normal.

Le foie est hypertrophié, ramolli. Pas de collection purulente à l'intérieur; mais sur la ligne médiane, immédiatement au-dessous de la capsule fibreuse, se voient dix à douze petites collections purulentes de la grosseur d'une lentille et de même apparence que les petits noyaux déjà trouvés dans le poumon.

L'estomac est distendu par du gaz; sa membrane interne ramollie et injectée par plaques.

L'intestin n'offre, dans toute son étendue, que des traces d'entérite simple.

En détachant l'utérus et ses annexes de la cavité du petit bassin, nous trouvons, dans le tissu cellulaire du ligament large du côté gauche, une ou deux collections purulentes pouvant contenir un dé à coudre de pus phlegmoneux.

---

noncé par M. le docteur Boyer, de Montpellier. La Société nouvelle paraît avoir deux siéges, Toulouse et Bordeaux. Si je suis bien renseigné, une tentative de réunion semblable est en ce moment imminente à Paris. N'apercevant encore que vaguement le but que ces Sociétés nouvelles veulent atteindre, et ayant d'ailleurs toute confiance aux honorables et savans confrères qui ont pris l'initiative de cette fondation, je crois convenable et prudent d'attendre leurs premiers actes pour dire mon humble avis. Vivement je sympathise à l'idée, et j'espère en une application raisonnable et pratique.

Je ne surprendrai personne en disant qu'il existe à Paris des tables tournantes et frappeuses médicales; mais j'affligerai tout le monde en ajoutant que ces tables ont des éditeurs responsables, et que ces éditeurs sont des médecins. On m'a raconté qu'il existe une table à Paris au moyen de laquelle son propriétaire, médecin, homme d'ailleurs fort modeste, comme vous allez voir, évoque les esprits des plus célèbres médecins morts, et leur fait donner des consultations. Voulez-vous une consultation de Dupuytren, de Corvisart, de Laennec ou de toute autre célébrité défunte? Vous n'avez qu'à exprimer un désir. La personne qui m'a raconté cela, m'a assuré avoir conversé pendant plus de dix minutes avec l'esprit d'Orfila. On m'a promis des détails plus particuliers, plus intimes, et même des consultations écrites par les esprits. Ai-je besoin d'ajouter que j'en ferai part à mes lecteurs?

Amédée LATOUR.

Voici la notice des prix lue par M. le Président de l'Académie de médecine dans la dernière séance :

PRIX PROPOSÉS POUR 1854.

Prix de l'Académie. — De l'huile de foie de morue, considérée comme agent thérapeutique.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Anatomie pathologique des cicatrices dans les différens tissus.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par madame de Civrieux. — Déterminer, par des faits rigoureux et bien observés, l'influence positive des affections morales sur le développement des maladies du cœur.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — De la mélancolie.

Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — De l'albuminurie dans l'état puerpéral et de ses rapports avec l'éclampsie.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. Nadau. — Ce prix, dont le concours reste ouvert jusqu'au 31 décembre 1853, sera décerné, en 1854, à celui qui aura professé ou publié le meilleur cours d'hygiène populaire en 25 leçons.

PRIX PROPOSÉS POUR 1855.

Prix de l'Académie. — Déterminer, par des faits précis, le degré d'influence que les changemens de lieux, tels que l'émigration dans des pays chauds et les voyages sur mer exercent sur la marche de la tuberculisation pulmonaire.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Du goître endémique; étiologie, anatomie pathologique, prophylaxie; rapports avec le crétinisme.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par madame de Civrieux. — De la catalepsie.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondés par M. le docteur Capuron. — *Question relative à l'art des accouchemens.* — Des morts subites dans l'état puerpéral.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Question relative aux eaux minérales. — Déterminer, par l'observation médicale, l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales *alcalines*, et préciser nettement les cas de leur application.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Ce prix sera de la valeur de 3,700 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR 1856.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs du rétrécissement du canal de l'urètre pendant cette troisième période (1850 à 1856), ou, subsidiairement, à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires.

La valeur de ce prix sera de 12,000 francs.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1854 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars, à l'exception du prix fondé par M. Nadau, dont le concours sera clos le 31 décembre 1853.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (*Décision de l'Académie*, du 1er septembre 1838.)

Les concurrens aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil et Nadau, sont seuls exceptés de ces dispositions.

Les ovaires sont sains, un peu ramollis. L'utérus, plus grand que d'ordinaire, est mou et sans résistance au doigt qui le presse. Le col, entr'ouvert, laisse suinter, en petite quantité, des matières noirâtres d'une odeur putride. Le tissu utérin, d'une teinte blanc-grisâtre, se laisse déchirer à la moindre traction. Dans l'intérieur du tissu musculaire, à gauche de la ligne médiane, se trouve un petit abcès de la grosseur d'un pois, parfaitement enkysté. Il nous est impossible, après examen attentif, de retrouver dans le kyste l'ouverture du plus petit vaisseau. La membrane interne est remplacée par un putrilage noirâtre, d'odeur repoussante, provenant probablement d'une décomposition de la muqueuse.

L'abcès de la région sternale communiquait avec l'articulation sterno-claviculaire. Abcès sous l'omoplate gauche, méconnu pendant la vie, et ne communiquant qu'avec le creux de l'aisselle. Traces de phlegmasie, sans pus, dans le genou gauche.

On ne saurait méconnaître le rapport que ces deux faits offrent entre eux, et les caractères qui les distinguent nettement de la péritonite puerpérale. Dans cette dernière affection, nous trouvons tous les caractères de l'inflammation : douleur survenue brusquement après les couches, ou précédée de malaise, atteignant bientôt une intensité remarquable; anxiété de la face; chaleur de la peau; pouls fréquent, serré, résistant; et, à l'autopsie, production de fausses membranes et de pus dans la cavité péritonéale.

Du côté de la fièvre puerpérale : aspect typhoïde qui imprime son cachet à toute la maladie; douleur vague et obtuse du ventre, simplement distendu par des gaz; diarrhée colliquative; pouls d'abord petit et misérable, qui ne semble se relever que pour garder son caractère de dépression facile. Pendant cette réaction, frissons violens; sueurs abondantes, sans influence sur le pouls; douleur et suppuration des articulations; et, à l'autopsie, rien dans le péritoine; pas la moindre trace d'inflammation; ramollissement général des organes; quelques noyaux purulens dans le tissu cellulaire, et, plus rarement, dans le parenchyme même des organes.

Pour qui veut étudier sérieusement des faits semblables, la confusion n'est plus possible entre la péritonite puerpérale et la fièvre puerpérale.

Les deux cas que nous avons rapportés, appartiennent, sans aucun doute, à la variété que M. Dubois appelle *variété typhoïde*; variété la plus grave de toutes, qui, quelquefois, abat si promptement la malade, que Rigby voudrait lui donner le nom de peste. Dans ces cas, rares heureusement, l'espoir n'est même pas permis au médecin. La mort frappe; et, quand la mort a frappé, rien qui vienne expliquer par où et pourquoi elle a lieu.

Mais, le plus souvent, une sorte de réaction indécise se développe, comme nous l'avons dit, et la maladie se traîne au milieu de l'abattement, des frissons et de la diarrhée colliquative. C'est le cas de nos deux malades qui ont survécu au milieu de ces troubles, l'une 41 jours, l'autre 37, depuis l'invasion de la maladie.

C'est dans cette période de réaction que se développent, avec prompte formation de pus, ces inflammations subaiguës des séreuses, du tissu cellulaire et des organes.

M. Marrotte ne voit là que les lésions secondaires dont la cause première est inconnue. C'est aussi l'opinion de M. le professeur Dubois, quand il dit : « Cette production de pus » a donné l'idée de proposer, pour la maladie qui nous » occupe, le nom de *fièvre pyogénique des femmes en couches* » (Voillemier); dénomination que nous ne saurions accepter, » parce qu'elle désigne non l'altération primitive, mais un » effet secondaire qui ne se produit même pas toujours, » comme l'attestent les autopsies faites dans les cas promptement funestes. » (Dubois, *Dictionnaire en* 30 *volumes*.)

Disons, en terminant, que ces cas de fièvre puerpérale se sont produits au milieu de la recrudescence de la fièvre typhoïde. La simultanéité des deux affections, signalée déjà en d'autres circonstances, ne pourrait-elle pas jeter un nouveau jour sur la nature de la fièvre puerpérale?

A. Gaube,
Interne des hôpitaux.

PATHOLOGIE.

OBSERVATIONS DE PROLAPSUS DE L'UTÉRUS, GUÉRIS PAR LA RÉTROFLEXION;

Par le docteur Bernard Seyfert.

La plupart des moyens qui ont été recommandés pour le traitement du prolapsus de l'utérus ne répondent pas à leur but. Dieffenbach, qui s'est occupé longtemps de ce sujet, est arrivé à repousser l'épisioraphie, remise en honneur dans ces derniers temps par Credé, et les résultats que j'ai obtenus de cette opération, ainsi que ceux de M. Kiwisch et de M. Scanzoni, sont loin d'être aussi favorables qu'on aurait pu le supposer d'après l'opinion de ce premier médecin. Les pessaires et les hystérophores auxquels on a eu encore recours récemment ne sont, en général, que des moyens désagréables et insuffisans (1).

En présence de l'insuccès de ces derniers moyens, l'attention des médecins doit se diriger vers les moyens d'empêcher la production de cet accident. En effet, la plupart des prolapsus se produisent après l'accouchement et sont dus à la manière suivant laquelle se conduisent les femmes récemment accouchées. Déjà, dans les derniers temps de la grossesse, il y a descente du vagin et de la matrice chez les femmes qui se livrent à des travaux durs et lorsque la tête de l'enfant est située profondément dans l'excavation pelvienne. La descente du vagin et de la matrice est également provoquée par l'écoulement prématuré des eaux et par des douleurs qui disparaissent trop tôt, avant que l'orifice utérin soit suffisamment dilaté; aussi est-il de la plus grande importance de soutenir le périnée, d'autant plus que la déchirure du périnée est une des conditions les plus fréquentes de la production du prolapsus. Mais une des causes principales de cette affection, c'est certainement l'habitude fâcheuse qu'ont les femmes de se lever trop tôt après l'accouchement, et cet accident est susceptible de se produire d'autant plus facilement, que, par suite de travaux rudes ou de la constipation, elles compriment davantage les parois abdominales et sollicitent davantage la descente de l'utérus augmenté de volume et des parois du vagin relâchées.

Sans entrer davantage dans l'étude des causes du prolapsus utérin, je me propose de faire connaître dans ce travail trois faits qui me paraissent de nature à élucider les opinions actuellement régnantes sur ce point de la science.

Observation I. — Catherine N..., âgée de 30 ans, femme mariée, mère de plusieurs enfans, s'était levée de bonne heure après sa dernière couche, et bientôt il lui était survenu un prolapsus, par suite de l'agrandissement et du relâchement du vagin et l'augmentation de volume de l'utérus. Elle vint me consulter douze semaines après son accouchement. En l'examinant, je trouvai l'utérus faisant saillie entre les grandes lèvres de 2 pouces au-delà de l'ouverture du vagin. La sonde utérine me montra que l'utérus avait une longueur double de celle de l'utérus normal. La portion prolapsée du vagin était gonflée, excoriée et saignait facilement au toucher. Je fis usage, chez cette malade, du traitement que j'emploie ordinairement avec succès, et qui consiste dans l'emploi des douches froides sur la matrice, et d'une position non interrompue dans le décubitus sur le dos. La douche froide a pour résultat de diminuer le volume de l'utérus et de resserrer le vagin, et par suite on fait cesser les conditions du prolapsus. Pendant trois semaines, la malade resta continuellement couchée sur le dos; plusieurs fois par jour, on faisait avec un clyso-pompe des injections d'eau froide, dirigées vers la matrice. Au bout de ce temps, le prolapsus avait disparu, et il ne se reproduisait pas, quant la malade marchait. L'utérus était en rétroflexion complète, sans qu'elle en éprouvât le moindre inconvénient; et aujourd'hui, quatre mois après le traitement, bien que la rétroflexion existe toujours, elle n'en souffre pas davantage.

Observation II. — Anna N..., 29 ans, bonne, est accouchée il y a trois ans. Mais c'est seulement il y a neuf mois qu'elle s'est aperçue, à la suite d'un travail un peu rude, que l'utérus se trouvait entre les lèvres de la vulve. Elle n'y fit pas attention, mais la gêne augmenta et la marche étant devenue impossible, elle se décida à entrer à l'hôpital. Je trouvai la matrice saillante de deux pouces et demi au-devant les parties génitales; comme chez la malade précédente, je constatai un allongement de la cavité utérine, qui avait au moins le double de la cavité à l'état normal, de sorte qu'une grande partie de l'utérus se trouvait encore dans le vagin. Le pourtour de l'orifice utérin était le siége d'une ulcération granulée, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, et il s'écoulait par la guérison, en grande quantité, un liquide purulent et âcre.

Avant d'employer chez elle mon traitement nouveau, je voulus obtenir la guérison de la blennorrhée et de l'ulcération, accidens qui, comme on sait, guérissent plus facilement quand l'utérus est prolapsé, que lorsqu'il est à sa place ordinaire, où le frottement de la matrice et du vagin retarde la guérison. Application d'eau de Goulard et cautérisation avec le nitrate d'argent. Un matin, en examinant la malade, je constatai que la matrice s'était retirée dans le vagin, et je fus obligé d'employer le spéculum pour cautériser l'ulcération. Quelques jours après, en allant à la garderobe, dans un effort, elle sentit une douleur très vive dans le ventre, qui fut calmée par des cataplasmes et de la morphine, mais qui laissa après elle une douleur vague dans la région sacrée. Le lendemain matin, en l'examinant, je trouvai une rétroflexion très prononcée, avec sensibilité très vive de l'utérus au toucher, surtout vers le fond de l'organe, soit au toucher rectal, soit au toucher vaginal. Des injections froides firent disparaître les douleurs après quatre jours. A cette époque, je constatai, par l'introduction de la sonde, la rétroflexion utérine. Je ne je cherchai pas à relever l'utérus, et je retirai la sonde dans la direction naturelle. Je fis continuer les injections froides; et je conservai encore la malade quelque temps, pour savoir si l'inflexion de la matrice ne donnerait pas lieu à des accidens. Mais les douleurs ne reparurent pas; la défécation continua à être régulière; de sorte que j'abandonnai la rétroflexion à elle-même. Bien plus, je fis lever la malade, la fis marcher et exécuter divers travaux, même des travaux durs qui auraient pu certainement provoquer un prolapsus. La matrice ne se déplaça pas, et la malade sortit guérie de son prolapsus. Plusieurs semaines se sont écoulées, et il n'y a pas eu de rechute.

Observation III. — Une bonne de 23 ans, accouchée depuis neuf mois, s'était remise bientôt après à ses travaux; mais elle ne tarda pas à apercevoir une tumeur entre les parties génitales externes. Ce ne fut cependant que plus tard, et lorsque la malade commença à être gênée, qu'elle vint réclamer des secours. La matrice était à moitié en dehors des parties génitales; elle était peu allongée; le vagin était également entraîné au dehors. Après avoir replacé l'utérus dans sa position, je trouvai le vagin large et court, avec un bourrelet circulaire de la membrane muqueuse. Sur la proposition du professeur Kiinne, je me décidai à employer un traitement recommandé en France, celui des serres-fines appliquées sur le vagin, pour provoquer son rétrécissement. Huit serres-fines furent appliquées sur le vagin; la malade ayant été préalablement chloroformée, parce qu'elle était très sensible. Après l'opération, la malade fut couchée sur le dos. Pendant deux jours, la douleur fut assez vive pour qu'elle ne dormît pas un instant la nuit; mais ensuite, la sensibilité diminua peu à peu; et après cinq jours, les serres-fines commencèrent à tomber; elles étaient toutes tombées après huit jours. Je ne trouvai aucun changement dans l'état du vagin. Au bout de trois semaines, nouvelle application de serres-fines; mais je ne réussis pas plus cette seconde fois que la première. Je continuai à laisser la malade couchée sur le dos, et je fis donner des douches froides sur l'utérus pendant quinze jours. A cette époque, je trouvai le vagin considérablement rétréci, et la matrice en rétroflexion. La malade reçut l'ordre de se lever et de se livrer à ses occupations habituelles. Après quelques jours, rien ne s'était produit; la malade a quitté l'hôpital.

Je n'espère pas que la guérison se maintienne dans le dernier cas, parce que la matrice s'était peu allongée, et que la rétroflexion d'un utérus ne s'oppose pas à ce qu'il reprenne sa position normale, comme mon expérience m'en a fourni plusieurs exemples. Dans ce cas, la matrice pèse de tout son poids dans la direction du vagin, et celui-ci, malgré son rétrécissement et son augmentation de tonicité sous l'influence des douches froides, ne peut pas longtemps résister à la pression de l'utérus; il s'élargit de nouveau, et la matrice descend lentement ou brusquement dans une pression forte des parois abdominales. Il n'en est pas de même de la rétroflexion d'un utérus très allongé; celui-ci ne se relève jamais spontanément, parce que le poids du corps de l'organe le maintient en arrière vers le rectum. Quelque forte, par conséquent, que soit la pression des parois abdominales, la matrice n'est jamais poussée vers le vagin, et le prolapsus ne se reproduit pas.

On pourrait objecter que la rétroflexion est une affection aussi désagréable que le prolapsus; mais mon expérience m'autorise à contredire cette assertion. L'affection la plus pénible et la plus désagréable, sous le point de vue physique et sous le point de vue moral, est le prolapsus. Rien n'afflige davantage la femme que cet état, puisque chaque pas qu'elle fait lui rappelle sa fâcheuse position; et sous le point de vue physique, il est hors de doute que le prolapsus provoque des inconvéniens beaucoup plus graves qu'une rétroflexion.

On exagère, en général, dans les ouvrages d'accouchemens, les souffrances provoquées par la rétroflexion. Je connais beaucoup de femmes affectées de rétroflexion très prononcée depuis plusieurs années, et qui se livrent à des travaux très rudes, comme si elles étaient en parfaite santé. Elles s'habituent à des douleurs dans la région sacrée, qui reviennent seulement de temps en temps, à de la constipation et à de la difficulté dans la menstruation; mais toutes ces souffrances sont loin d'égaler celles occasionnées par le prolapsus, qui doivent être très considérables, puisque les malades se décident à porter dans le vagin des pessaires du volume d'un poing, dont la présence, sans doute, doit avoir plus d'inconvéniens qu'une rétroflexion, et se décident même à se faire fermer le vagin par des sutures.

M'appuyant sur ces observations, je suis tout disposé, dans le cas où le décubitus horizontal prolongé ne suffirait pas à prévenir cette rétroflexion, à la déterminer artificiellement par l'introduction de la sonde utérine, dont la concavité serait dirigée en arrière. Et qu'on ne croie pas que cette manœuvre soit dangereuse; je me suis convaincu par de nombreuses expériences, que l'on peut incliner l'utérus avec facilité dans tous les sens, sans aucun inconvénient; mais ceci est encore à l'état de projet (1).

(1) Nous faisons, bien entendu, une exception en faveur des pessaires en caoutchouc vulcanisé de M. Gariel. (Note du trad.)

(1) Extrait du *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde*, t. I, 1853.

BIBLIOTHÈQUE.

MONOGRAPHIE DES EAUX THERMALES DE WEISSEMBOURG (SUISSE);

Par J.-P. Pointe, professeur de médecine clinique à l'École de médecine de Lyon, correspondant de l'Académie impériale de médecine de Paris, etc., etc. — 1853.

M. le docteur Pointe, honorablement et généralement connu dans la science médicale comme praticien, professeur et écrivain, n'est, en aucune manière, attaché à l'établissement sur lequel il vient de publier une monographie. Le bruit des guérisons qui s'opèrent aux eaux minérales de Weissembourg, avait depuis longtemps attiré son attention. On disait ces eaux principalement utiles dans les affections catarrhales et les phthisies pulmonaires, et, ces maladies étant très communes dans la ville où il exerce son art, il a voulu s'assurer par lui-même de leurs effets. Il s'y est rendu dans l'été de 1850, et a pris ses renseignemens sur les lieux mêmes auprès des médecins et des malades. On nous saura gré de faire connaître le résultat de ses recherches.

Dans une *première partie*, l'auteur donne une description de l'établissement. Le village de Weissembourg est situé dans le canton de Berne, et ses thermes dans une gorge profonde et étroite, où le torrent de Buntschibach roule ses eaux avec fracas. L'hiver y est rude; mais, en été, malgré beaucoup de variations, l'air est chaud, humide et balsamique. L'eau minérale ne provient que d'une seule source, qui fournit quarante et quelques litres d'eau par minute; elle est reçue dans un vaste bassin en pierre; de là, elle s'écoule dans des tuyaux de bois qui la conduisent à l'établissement. Elle est claire, inodore et fade; elle semble avoir une légère saveur sulfureuse, bien que l'analyse n'y ait jamais démontré la présence de gaz acide hydro-sulfurique; sa température est de 23 degrés à sa sortie du bassin. D'après l'examen qui a été fait par Morell, Brünner et Fellenberg, les principes minéraux qui la composent principalement, sont les sulfates de chaux, de soude et de magnésie; accessoirement, on y trouve des sulfates de potasse et de strontiane, des carbonates de chaux et de magnésie, des chlorures de manganèse et de soude, du phosphate de chaux, du silicate de soude, et des traces d'oxyde de fer, de manganèse, de lithine et d'iodure. L'air atmosphérique y est contenu en assez grande quantité, ainsi qu'une

notable proportion d'oxygène. Les habitations sont disposées en deux groupes; le second est entouré d'un jardin et d'une prairie. Trois cents malades de toutes conditions peuvent aujourd'hui y être admis. Le docteur Muller et sa famille président à tout ce qui concerne le traitement, le régime et l'administration.

Dans une *deuxième partie*, M. le docteur Pointe passe en revue les maladies dans le traitement desquelles l'on conseille l'usage de l'eau de Weissembourg. La première est la *bronchite chronique*; c'est celle qu'on y traite le plus souvent et avec le plus de succès. L'auteur rapporte, d'après M. le docteur Jonquière, qui a écrit sur ces eaux, plusieurs exemples de guérison. Une autre observation montre la bronchite chronique, *compliquée de dilatation des bronches et d'emphysème vésiculaire*, sinon guérie, du moins grandement améliorée par plusieurs saisons successives. Divers malades atteints de *laryngite chronique* et d'*hémoptisie* ont obtenu du soulagement dans leur état. Deux autres ont été complètement débarrassés de *pneumonies chroniques*.

M. Pointe s'arrête longuement et avec raison sur la *phthisie pulmonaire*, car il s'agit ici d'une question délicate et d'une affection qu'un traitement imprudent pourrait rapidement aggraver. Pour la *première période*, il cite M. Muller comme ayant guéri des phthisiques à cette époque peu avancée de la maladie, et il rapporte deux observations de M. Jonquière dans lesquelles un jeune médecin et une dame de Berlin récupérèrent la santé. La *seconde période* ne fournit pas de résultats aussi positifs. Malgré une grande amélioration, la maladie reparaissait l'hiver suivant, surtout si les malades s'abstenaient des conditions hygiéniques appropriées. A plus forte raison a-t-on de la peine à présenter quelques faits en faveur de la guérison dans la *troisième période* de la phthisie pulmonaire. Cependant, M. le docteur Pointe ne partage pas l'incrédulité de beaucoup de médecins sur la possibilité de guérir cette maladie à son dernier degré. Cette guérison, dans quelques cas rares, il est vrai, est un fait acquis à la science. L'eau thermale de Weissembourg ne contient, d'abord, aucune substance qui, à dose convenable, puisse avoir des effets fâcheux; mais, ensuite, on a vu, par son usage, une amélioration des plus prononcées. Lorsqu'une assez petite partie des poumons est envahie, ne peut-on pas espérer le succès? Et, d'ailleurs, n'est-ce pas quelque chose que d'arrêter pour quelque temps le dépérissement? M. Pointe s'appuie de l'opinion respectable et puissante de M. Bertrand, médecin du Mont-d'Or, qui a fait justice du jugement trop absolu porté sur la période extrême de la phthisie pulmonaire, et a montré qu'il est des cas où l'on ne pourrait s'abstenir de ses sources minérales sans s'exposer à manquer des guérisons qui auraient pu s'opérer. Il cite aussi un passage d'une lettre de M. Jonquière, par lequel ce médecin, revenant loyalement sur sa première opinion, reconnaît que des malades, ayant des excavations pulmonaires, ont éprouvé le plus grand bien des eaux de Weissembourg; et il termine cet article par le récit d'un certain nombre de cas de phthisie pulmonaire confirmée traités, avec succès, dans cet établissement.

Quelques observations, rapportées par M. Pointe, sembleraient indiquer que ces eaux n'auraient pas été sans utilité dans les *épanchemens pleurétiques*, la *gastro-entérite*, les *engorgemens hépatiques*, le *catarrhe vésical* passés *à l'état chronique*. Il en aurait été de même dans quelques *affections organiques du cœur* et dans *certaines névroses*.

Dans la *troisième partie* de son ouvrage, M. le docteur Pointe s'occupe du mode d'administration. L'eau de Weissembourg agit plus efficacement lorsqu'elle est prise à la source même; transportée, elle se digère moins facilement, ce qui paraît tenir à l'évaporation de ses parties gazeuses. Les traitemens ont lieu du commencement de juin jusqu'à la fin de septembre. Les malades commencent à boire un verre et augmentent successivement jusqu'à huit; ils diminuent ensuite de même; mais on modifie, comme de raison, les doses suivant les circonstances. Dans le peu de bains qui sont administrés, on a coutume de mêler l'eau minérale avec l'eau ordinaire. Les douches sont spécialement affectées aux maladies chroniques des viscères abdominaux. La durée de la cure est de vingt à vingt-cinq jours, et on la continue d'ordinaire sans interruption.

Enfin, dans la *dernière partie*, il est question de la manière d'agir du traitement suivi à l'établissement thermal. L'heureuse action de son eau minérale serait difficile à expliquer par les substances qui la composent; mais on peut constater ses influences physiologique et thérapeutique. Si l'on étudie la première dans les principaux organes, on voit qu'ils éprouvent une certaine excitation; c'est ce qu'on peut remarquer dans les appareils sensitif, respiratoire, circulatoire, lymphatique, digestif et urinaire. L'action thérapeutique paraît être antiphlogistique et résolutive. Pour expliquer cette double action, l'auteur examine les propriétés physiques et chimiques de l'eau de Weissembourg : par son abondance et sa douce température, cette eau possède des qualités délayantes. Quant aux substances qui entrent dans sa composition, les unes, comme les sulfates de chaux, de magnésie, de soude et de potasse, sont légèrement purgatives; les autres, telles que le phosphate de chaux, le chlorure de sodium et le gaz acide carbonique, sont un peu excitantes; d'autres, enfin, malgré l'insignifiance apparente de leurs vertus médicinales et leur petite quantité, ne sont probablement pas sans prendre une certaine part aux guérisons, quoiqu'on ne connaisse pas bien leur manière d'agir.

M. le dr Pointe s'arrête un instant sur les propriétés médicinales de ces eaux. Il a fait la remarque que leur premier effet d'excitation ne se maintient que pendant quelques jours; que, bientôt après, une véritable tolérance s'établit, et que toutes les fonctions sécrétoires et excrétoires, s'entretenant avec une plus grande liberté, deviennent autant d'émonctoires au service de la force médicatrice de la nature. C'est, selon nous, avec raison, qu'il regrette qu'on n'administre pas une plus grande quantité de bains, car, en favorisant l'action de la peau par ce moyen, on diminue l'irritabilité de l'organisme, et l'on fait cesser le défaut d'équilibre entre les diverses forces nerveuses.

C'est, en réalité, une monographie dont nous avons à rendre compte, car rien n'y est oublié, et l'espace nous manque pour continuer l'analyse déjà trop succincte de cet intéressant travail. Bornons-nous donc à dire que les conditions météorologiques, les vêtemens, le personnel, la quiétude d'esprit, les amusemens, les jeux, la musique, la lecture, le régime alimentaire, sont examinés avec soin. Tous ces minutieux détails n'ôtent en aucune façon à l'auteur son esprit de généralisation; car, dans un dernier article, embrassant dans sa pensée tout l'espace parcouru, il résume, à grands traits, l'*action simultanée sur l'organisme de tous les moyens de guérison réunis à Weissembourg*.

Cet ouvrage de M. le docteur Pointe se distingue essentiellement de tous ceux du même genre, par les conditions dans lesquelles se trouve l'auteur. Nous voyons rarement, en effet, un grand praticien quitter, pendant un certain temps, une clientèle lucrative pour aller étudier de nouvelles eaux, afin de bien reconnaître s'il peut les prescrire avec sécurité à ses malades. Le rapport que nous venons de parcourir, est de nature à prouver aux compatriotes de M. Pointe, qu'ils peuvent, dans beaucoup de circonstances du moins, se dispenser de faire le voyage des Eaux-Bonnes ou d'Ems, et trouver à leur portée des eaux équivalentes, particulièrement pour les affections des organes thoraciques. Qu'il nous soit permis, en notre propre nom, de féliciter notre savant confrère du service qu'il vient de rendre également à la science et aux médecins.

FAUCONNEAU-DUFRESNE.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 Novembre 1853. — Présidence de M. COMBES.

M. COURTILHES, à l'occasion d'un mémoire présenté à la séance du 10 octobre dernier par M. Courty, fait remarquer qu'il a lui-même, en 1843, dans une dissertation inaugurale, traité de la cautérisation du col de l'utérus chez les femmes enceintes dans les cas fréquens où des ulcérations de cette organe viennent compliquer la grossesse. (Com. nommée pour le mémoire de M. Courty.)

M. CHASSAIGNAC lit un mémoire sur l'ostéo-myélite, qui est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Flourens, Velpeau et Lallemand.

Séance du 28 Novembre 1853.

Sur la quantité d'ammoniaque contenue dans la pluie recueillie loin des villes.

M. BOUSSINGAULT communique à l'Académie le résultat des nouvelles recherches qu'il vient de faire pour déterminer la quantité d'ammoniaque contenue dans les eaux pluviales. Il a eu l'occasion de constater que cette quantité est loin d'être la même au commencement et à la fin d'une pluie. Ainsi, pendant un orage, l'eau qu'il avait recueillie, d'abord, renfermait, par litre, 0, milligr. 5 d'ammoniaque; dans celle que l'on reçut ensuite, on n'en trouva que 0,4; et, quelques heures plus tard, on ne put y constater au-delà de 0,06 d'alcali.

Il résulte de diverses expériences que rapporte l'auteur, que dans une même journée, et pour un volume d'eau déterminé, la fin d'une pluie a toujours fourni moins d'ammoniaque que le commencement de la nouvelle pluie, quelque court, d'ailleurs, qu'ait été l'intervalle pendant lequel il avait cessé de pleuvoir.

D'autres résultats montrent qu'après une forte sécheresse, la pluie est bien plus riche en ammoniaque que celle qui tombe par intermittence durant une période pluvieuse.

La rosée et le brouillard contiennent une proportion notable d'ammoniaque.

Ces faits s'expliquent, d'après M. Boussingault, par la nature même du carbonate qui fournit à la pluie la plus forte proportion de l'ammoniaque qu'elle renferme. Ce carbonate est volatil et soluble; par suite de la première de ces propriétés, l'air le contient à l'état de vapeurs que le sol émet continuellement quand il est convenablement humide.

On comprend, dès lors, qu'en raison de sa solubilité, ce sel fasse partie des eaux météoriques, et que la pluie qui commence en contienne plus que celle qui finit.

Aussitôt que la pluie a cessé, ce sel volatil tend à passer dans l'air, en vertu de la tension qui lui est propre, et ce passage est d'autant plus rapide, que la température est plus élevée, les conditions physiques et la constitution chimique de la terre plus favorables à l'émission.

Un temps très court, pendant lequel il ne pleut pas, suffit pour reporter, dans les couches de l'atmosphère les plus rapprochées du sol, du carbonate d'ammoniaque, dont la prochaine pluie s'emparera pour le ramener sur la terre. C'est un jeu permanent d'émissions à l'état de vapeur, et de retour à l'état de dissolution.

Quant au nitrate d'ammoniaque qu'on rencontre aussi dans les eaux météoriques, il y a sur son origine une distinction à établir.

On sait que toutes les fois qu'une étincelle électrique est excitée dans l'air humide, il se forme de l'acide nitrique et de l'ammoniaque. Or, comme dans le cas le plus général, il pleut quand il tonne, le sel est immédiatement dissous. Il y a donc, au sein des nuages orageux, formation du nitrate d'ammoniaque.

Mais on ne rencontre pas le nitrate d'ammoniaque seulement dans les pluies d'orages : M. Ben Jones en Angleterre, M. Barral en France, l'ont reconnu dans des pluies recueillies à toutes les époques de l'année, et, par conséquent, dans des circonstances où l'atmosphère n'offre aucun signe apparent d'électricité. Si ce nitrate était volatil, sa présence serait, comme pour le carbonate, la conséquence de cette propriété; or, ce sel est fixe, ainsi que je m'en suis assuré, il doit donc, comme le sel marin, les iodures, en général toutes les substances solubles et non volatiles qu'on décèle dans les eaux météoriques, avoir fait partie des poussières tenues en suspension dans l'air. Sans doute, on hésite à admettre que des corpuscules solides restent suspendus dans un milieu gazeux; mais, quand on réfléchit à l'extrême ténuité que ces corpuscules acquièrent dans quelques circonstances, l'hésitation devient moins forte. Lorsque, par exemple, des particules d'eau de mer, si petites qu'il serait difficile de leur assigner un poids, sont enlevées à la buée que la vague fait naître sur un récif, ces molécules liquides, que M. Arago considérait comme les poussières de l'Océan, abandonnent bientôt à l'air des molécules solides de chlorure bien plus petites encore, puisque l'eau de mer ne tient guère en dissolution que 0,03 de matières salines.

Les vents en agitant violemment l'atmosphère, les courans ascendans dus aux inégalités de température, les volcans en émettant d'une manière incessante des gaz, des vapeurs et des cendres tellement divisées, que souvent elles vont s'abattre à de prodigieuses distances, portent et maintiennent, dans les plus hautes régions, des corpuscules enlevés à la surface du sol, ou arrachés à la partie interne, et peut-être même incandescente du globe. Dans les phénomènes liés à l'organisme des plantes et des animaux, ces substances si ténues, d'origines si diverses, dont l'air et le véhicule exercent vraisemblablement une action plus prononcée qu'on n'est communément porté à le supposer. Leur permanence est d'ailleurs mise hors de doute par le seul témoignage des sens, lorsqu'un rayon de soleil pénètre dans un lieu peu éclairé; l'imagination se figure aisément, mais non sans un certain dégoût, tout ce que renferment ces poussières que nous respirons sans cesse, et que M. Bergman a parfaitement caractérisées en les nommant les immondices de l'atmosphère. Elles établissent en quelque sorte le contact entre des individus les plus éloignés les uns des autres, et bien que leur proportion, leur nature, et, par conséquent, leurs effets, soient des plus variés, ce n'est pas s'avancer trop que de leur attribuer une partie de l'insalubrité qui se manifeste si fréquemment dans les grandes agglomérations d'hommes.

Les eaux météoriques entraînent ces poussières en même temps qu'elles en dissolvent les matières solubles, parmi lesquelles se trouvent des sels fixes ammoniacaux, comme elles dissolvent les vapeurs de carbonate d'ammoniaque et le gaz acide carbonique répandus dans l'air. Une pluie, lorsqu'elle commence, doit donc renfermer plus de principes solubles que lorsqu'elle finit; et si cette pluie se prolonge par un temps calme, il arrivera un instant où l'eau ne contiendra plus que de très faibles indices de ces principes. C'est, en effet, ce qui a lieu, comme l'établissent, pour les sels ammoniacaux, les observations rapportées dans ce mémoire.

Expériences sur le venin des serpens à sonnettes; effets de ce venin, et moyen de neutraliser son absorption.

M. D. BRAINARD, professeur de chirurgie au collége médical de Chicago (Illinois), communique les expériences suivantes :

Les expériences ont été faites en général sur des pigeons. Les serpens appartenaient tous à l'espèce du *crotalophorus trigeminus*, espèce dont les morsures passent pour être moins dangereuses que celles d'autres crotales, ce qui s'expliquerait peut-être par leur moindre taille.

L'auteur décrit les symptômes qu'il a observés chez les animaux mordus, et les résultats des altérations que lui a fait connaître l'autopsie cadavérique. Parmi ces derniers faits, il faut signaler :

1° Un changement dans la forme des globules rouges du sang, qui, chez les animaux morts à la suite d'une morsure, paraissent s'être rapprochés de la forme sphérique.

2° L'abondance des corpuscules blancs qui se groupent entre eux et forment des masses mamelonnées.

3° Quand la mort n'a pas été rapide, l'état très prononcé de liquidité du sang contenu dans les cavités du cœur. Chez les mammifères on a remarqué aussi, dans les cas où la mort ne survient pas promptement, qu'il y a tendance aux hémorrhagies par les muqueuses, et quelquefois apparition sur la peau de taches pétéchiales.

Parmi les symptômes observés pendant la vie, un des plus apparens et qui, chez les pigeons, est très facile à observer, c'est la constriction de la glotte. La trachéotomie, si utilement employée dans les cas d'empoisonnement par la strychnine, se trouvait très naturellement indiquée. Elle a eu pour résultat de retarder la mort, mais non de la prévenir.

L'action des ventouses appliquées sur les points mordus a agi dans le même sens, et a semblé même plus efficace, mais encore insuffisante. Toutefois, l'application des ventouses, en retardant l'absorption du poison, donne le temps de faire pénétrer par infiltration, dans la plaie et dans les parties environnantes, des substances médicamenteuses. Celles que M. Brainard a essayées, sont le lactate de fer et l'iodure de potassium, l'un et l'autre à l'état de solution aqueuse. On les fait pénétrer à l'aide d'une petite seringue convenablement disposée. Au moyen de ces deux substances employées en temps utile et avec les précautions nécessaires, on a, dans le plus grand nombre des cas, sauvé la vie d'animaux qui, privés de secours, auraient nécessairement succombé. M. Brainard croit reconnaître, dans l'iodure de potassium, une action plus certaine que dans le lactate de fer.

(Une commission, composée de MM. Duméril, Magendie, Flourens et Pelouze, est chargée de prendre connaissance de ce travail.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Œuvres complètes d'Hippocrate, traduction nouvelle, avec le texte grec en regard, collationnée sur les manuscrits de toutes les éditions, accompagnée d'une Introduction, de Commentaires médicaux, de Variantes et de Notes philologiques; suivie d'une Table générale des matières; par E. LITTRÉ, de l'Institut (Académie des inscriptions et belles-lettres). — Tome VIII, in-8 de 700 pages. Prix : 10 fr.

Ce volume comprend : Maladies des femmes. — Maladies des femmes stériles. — Maladies des jeunes filles. — De la superfétation. — De l'excision du fœtus. — De l'anatomie, de la dentition. — Des glandes. — Des chairs. — Des semaines.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Iconographie ophthalmologique, ou Descriptions et figures coloriées des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales, par le docteur J. SICHEL, docteur en médecine et en chirurgie des Facultés de Berlin et de Paris, etc., etc.

7e Livraison, grand in-4° de 4 feuilles de texte, avec 4 planches, Paris, 1853. — Prix : 7 fr. 50 c.

Les livraisons 1 à 6 sont en vente, au prix de 45 francs.

Chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

Mémoire sur le traitement de la fièvre typhoïde par les émissions sanguines au début et par l'eau froide (*intus et extrà*) pendant toute la durée de la maladie, par le docteur LEROY, médecin en chef de l'hospice de Béthune (Pas-de-Calais). — Broch. in-8. Paris, 1852. Aux bureaux de l'UNION MÉDICALE, 56, faubourg Montmartre. — Prix : 1 fr.

Ce travail, qui a été publié en grande partie dans l'UNION MÉDICALE, et qui a fait sensation, renferme plusieurs observations inédites.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 148. SEPTIÈME ANNÉE. **Mardi 13 Décembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12
À PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56* ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 9 DÉCEMBRE 1853.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Nous rétablissons d'abord les chiffres de la journée du 8 décembre, que nous n'avions pas pu distinguer entre les cas reçus et les cas déclarés à l'intérieur.

CAS DÉCLARÉS :

8 décembre.	Cas reçus dans le jour	28
	Cas déclarés à l'intérieur des hôpitaux.	7
	Total.	35
9 décembre.	Cas reçus dans le jour	29
	Cas déclarés à l'intérieur	16
	Total.	45
10 décembre.	Cas reçus dans le jour	31
	Cas déclarés à l'intérieur	16
	Total.	47
11 décembre.	Cas reçus dans le jour	19
	Cas déclarés à l'intérieur	6
	Total.	25

DÉCÈS :

Le 8 décembre.	13
Le 9 décembre.	17
Le 10 décembre.	15
Le 11 décembre.	14
Total.	59

Récapitulation générale depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 7 décembre inclusivement :

Hôpitaux : admissions.	333
cas déclarés à l'intérieur.	111
Total.	444
Décès	194

A domicile, on avait déclaré :

Aux mairies, le 7 décembre compris.	146
A Bercy	38
A Grenelle	4
A Puteaux	2
A Meudon	1

Ce qui donne un chiffre total de décès, au 7 décembre inclusivement, de 385.

ENSEIGNEMENT.

Le *Moniteur* publie le rapport et le décret suivans :

RAPPORT A L'EMPEREUR.

Sire,

Des deux chaires entre lesquelles est aujourd'hui partagé le cours de chimie de la Faculté de médecine de Paris, celle de chimie médicale est restée vacante par la mort d'un illustre professeur, et avant d'y pourvoir, j'ai voulu examiner si ce double enseignement était absolument nécessaire, ou s'il n'y aurait pas avantage pour la science à changer le caractère et l'objet de l'une des deux chaires.

La Faculté de médecine, consultée à ce sujet, a pensé, comme moi, qu'un enseignement important, celui de la pharmacie, auquel le professeur de chimie organique ne pouvait consacrer, chaque année, qu'un petit nombre de leçons, devait être substitué à la chaire vacante, et recevoir ainsi tous les développemens propres à donner aux jeunes médecins une connaissance suffisante de cette partie de la thérapeutique. Ils ne sauraient, en effet, étudier avec trop de soin la nature, la combinaison et le mode d'action des médicamens, ni être trop scrupuleusement préparés, soit à diriger la composition des remèdes qu'ils devront prescrire, soit à procéder comme membres des jurys médicaux, à l'examen des aspirans pharmaciens ou à l'analyse des substances pharmaceutiques. Ces notions, si elles étaient suffisamment approfondies, préviendraient des erreurs trop fréquentes, et contribueraient à rectifier et à relever partout la pratique de l'art de guérir.

Ce n'est point d'ailleurs une innovation complète que j'ai l'honneur de proposer à Votre Majesté, en lui soumettant le projet de décret qui substituerait à la chaire de chimie médicale, actuellement vacante, une chaire de pharmacie. Ce dernier titre a été longtemps celui de la chaire que, pour satisfaire des besoins nouveaux de la science et pour associer aussi une grande renommée à l'enseignement de la Faculté de médecine, on a postérieurement transformée en chaire de chimie organique. C'est celle-ci qui, désormais, sous le titre de *cours de chimie organique et de chimie minérale*, serait seule consacrée à l'enseignement de toutes les connaissances chimiques dont les élèves peuvent avoir besoin.

Si V. M. juge ces changemens utiles, je lui proposerai d'appeler à la nouvelle chaire de pharmacie un professeur qui a acquis dans cet enseignement même une juste célébrité, et dont les succès, dans une autre École, se continueraient, j'en ai la conviction, sur le théâtre plus vaste de la Faculté de médecine.

J'ai l'honneur d'être, etc.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,
H. FORTOUL.

NAPOLÉON, etc.,

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. La chaire de chimie médicale de la Faculté de médecine de Paris est et demeure supprimée.

Une chaire de pharmacie est créée à ladite Faculté.

Art. 2. La chaire de chimie organique de la même Faculté prendra à l'avenir le titre de chaire de chimie organique et de chimie minérale.

Art. 3. M. Soubeiran, docteur en médecine, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine, est nommé professeur de pharmacie à la Faculté de médecine de Paris (fonctions nouvelles).

Art. 4. Notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 10 décembre 1853.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur :
Le ministre de l'instruction publique et des cultes,
H. FORTOUL.

MALADIES DES ENFANS NOUVEAU-NÉS.

DE L'ÉCLAMPSIE DES ENFANS DU PREMIER AGE, DANS SES RAPPORTS AVEC LA NÉPHRITE ALBUMINEUSE ;

Par M. le docteur CAHEN.

(Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux de Paris.)

1. Les affections convulsives ont été, dans tous les temps, le sujet des plus sérieuses études des médecins ; mais les travaux nombreux qu'elles ont fait faire n'ont pas réussi encore à dissiper l'obscurité qui enveloppe leur histoire.

L'*albuminurie*, dont l'étude est moins ancienne, a inspiré à l'activité érudite de notre époque une série de recherches qui font encore sentir l'indispensable nécessité de recherches nouvelles. Je vais essayer d'établir, dans le cours de ce mémoire, la corrélation qui existe, en certaines circonstances, entre ces deux phénomènes pathologiques ; les *convulsions* et l'*albuminurie*.

2. Il y a déjà huit ans, dans un travail que je présentai à

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — De Celse et de ses écrits. — Celse a-t-il été médecin ? — Préface du livre *De re medica*. Livre Ier : Hygiène des gens bien portans. — Livre IIe : Étiologie, séméiologie et thérapeutique générale : opinion de Celse touchant la saignée, les vomitifs et les purgatifs. — Livre IIIe : Classification des maladies d'après Celse : maladies générales, des fièvres intermittentes. Petite discussion sur la valeur des signes de la fièvre. — Livre IVe : Maladies *locales*.

XXX.

Exposition analytique de l'ouvrage de Celse.

Celse a-t-il été médecin ? Singulière question, dira-t-on, au sujet d'un homme qui a fait un grand ouvrage de médecine. Cependant on a douté que Celse ait été médecin, non sans quelque apparence de raison. En effet, si l'on considère que ce personnage véritablement encyclopédique a touché à tout, a traité de tout, de l'architecture, de l'agriculture, de l'éloquence, de l'art militaire, aussi bien que de la médecine, on voit que, si l'on voulait tirer du genre de ses écrits quelques inductions relativement à la profession qu'il a exercée, il n'y aurait pas de raison d'en faire un médecin plutôt qu'un agriculteur, ou un architecte, ou un orateur, ou un homme de guerre. Toutefois M. le docteur Des Étangs pense que Celse a réellement exercé la médecine et il appuie son opinion sur un passage de cet auteur, dans lequel ce dernier déclare que lui, Celse, traite telle et telle maladie de telle et telle manière.

Ceci posé, passons à l'analyse du traité *De re medica*.

Cet ouvrage est divisé en huit livres. Il est précédé d'une *préface*, dans laquelle l'auteur trace, d'une plume rapide, l'histoire abrégée des diverses sectes médicales de l'antiquité. C'est une critique fine, ingénieuse, spirituelle et piquante des différens systèmes méthodique, pneumatique, dogmatique, empirique, etc., qui de son temps encore, se disputaient la prééminence et prétendaient avoir le monopole de la vérité. Il montre que la science tout entière n'est dans aucun de ces systèmes pris à part, mais que chacun d'eux en renferme une partie, en sorte qu'en réunissant tous ces systèmes dans ce qu'ils ont de vrai, et les fondant les uns dans les autres, on arrive à une doctrine plus légitime et qui comprend mieux l'ensemble des connaissances réelles de la médecine.

C'est en parlant de la manière dont les empiriques pensaient qu'il fallait étudier, les maladies que Celse énumère les circonstances dont la connaissance peut modifier l'opinion que l'on s'est faite touchant la nature d'une maladie donnée. Ainsi, suivant lui, il faut s'enquérir si le malade n'est pas déjà épuisé par des fatigues antérieures, par des insomnies, par des excès dans le boire ou le manger, par l'abus du travail ou des différentes sortes de plaisir, autant de circonstances importantes qui peuvent avoir de l'influence sur les symptômes des maladies, leur gravité, leur durée, leur terminaison, leur traitement. Il faut s'informer également si la personne est habituellement d'une bonne ou d'une mauvaise santé ; si elle a essuyé des maladies antérieures et quelles ont été ces maladies, longues ou courtes, graves ou légères ; quelles sont les habitudes du malade, s'il mène une vie de travail ou de plaisirs, s'il fait usage d'une nourriture frugale ou recherchée, etc. Dans tout ce passage de Celse, il n'y a pas une ligne, pas un mot dont un médecin ne puisse faire son profit.

Celse annonce ensuite le plan de son ouvrage : J'exposerai d'abord, dit-il, ce qu'il convient de faire pour se maintenir en santé, puis je traiterai des maladies et des moyens de les guérir. Ainsi l'auteur veut que l'on s'occupe d'hygiène avant d'en venir à la description des maladies et à l'exposition de leur traitement.

Le premier livre est consacré tout entier à l'hygiène des gens bien portans, il est calqué sur le *Traité du régime des gens en santé*, de la collection hippocratique.

Mais les gens bien portans ne le sont pas tous au même degré, il y a, parmi eux, des catégories.

1° La première est formée de ceux dont toute la personne annonce le type de la bonne santé. Celse leur indique le régime qu'ils doivent suivre, s'ils veulent se conserver dans cet état florissant.

2° Il y a ensuite les gens délicats, sensibles à un certain nombre d'influences qui n'ont aucune prise sur les individus de la catégorie précédente. On les trouve au sein des grandes villes, et particulièrement dans une certaine classe de la société, celle des gens de lettres. A ceux-là aussi l'auteur donne des conseils sur l'hygiène qui lui paraît la plus convenable et la mieux appropriée à la délicatesse de leur santé.

Que les individus jouissent d'une santé parfaite et d'une constitution vigoureuse, ou qu'ils aient une santé délicate, les règles de l'hygiène à laquelle ils doivent se soumettre, peuvent être modifiées par un certain nombre de circonstances individuelles, telles que le tempérament, le sexe, l'âge, la profession ; ou générales comme les saisons, les climats, etc. Celse indique succinctement les diverses modifications hygiéniques que réclament ces circonstances variées.

Parmi les soins hygiéniques généraux, il insiste principalement sur ceux dont la peau doit être l'objet. Les anciens entraient, à ce sujet, dans les détails les plus minutieux bien propres à nous donner une idée de l'importance qu'ils y attachaient. Ils ne tarissaient pas sur les bains, ils indiquaient avec soin les diverses températures que l'on devait leur donner ; ce qu'il fallait faire avant, pendant et après. On sait que dans l'antiquité l'usage fréquent des bains était généralement répandu dans toutes les classes de la société. On ne peut que louer cette excellente habitude qu'il serait désirable de voir s'établir parmi nous.

Mais ce qui était beaucoup moins louable, chez les Romains, c'était l'ignoble coutume, reçue à Rome, de se faire vomir, après les repas, dans un lieu appelé *vomitorium*, pour retourner se mettre à table après avoir satisfait à cette dégoûtante règle d'étiquette. Celse réprouve une pareille conduite, mais il trouve de bonne hygiène que, deux ou trois fois par mois on prenne un vomitif. Pour juger ce conseil, donné par Celse, il faut se reporter par la pensée au siècle où il vivait. On sait les

un concours pour les prix de l'internat, et que ma thèse inaugurale, en date du 18 juillet 1846, rendit public, j'établissais que l'*éclampsie* des femmes en couches était souvent produite par la *néphrite albumineuse*. Je rappelais que depuis Demanet (*Journal général*, t. IX, p. 110), tous les accoucheurs avaient constaté la coïncidence ordinaire de l'anasarque avec l'éclampsie ; qu'en Angleterre, le docteur Lever avait reconnu que cette affection convulsive était ordinairement accompagnée d'albuminurie, et je citais trois observations dans lesquelles l'autopsie avait démontré l'existence de la néphrite albumineuse chez des femmes en couches mortes à la suite d'attaques d'éclampsie.

En même temps je remarquais que Willan (*med. facts and obs.* v. 3, p. 9) avait rapporté un cas de convulsions épileptiformes, chez un enfant qui avait été atteint d'anasarque à la suite d'une scarlatine, et je concluais, d'observations de divers auteurs cités par M. Rayer (*maladies des reins*, t. II, p. 373), que la néphrite albumineuse détermine souvent, et principalement chez les enfans, des accidens convulsifs épileptiformes. (*De la néphrite albumineuse chez les femmes enceintes*, thèses. Paris 1846.)

Depuis que ce travail a été publié, le doute qui avait accueilli l'idée que j'y émettais relativement à l'éclampsie des femmes en couches, a disparu devant l'autorité absolue d'observations nombreuses recueillies de toutes parts. Aussi le rapport de causalité que j'établissais entre la *néphrite albumineuse* et l'*éclampsie*, nié d'abord, combattu plus tard, passe maintenant dans les ouvrages classiques d'obstétrique, pour une vérité acquise à la science dont il est inutile de rechercher l'origine, qu'il est commode de laisser dans l'obscurité avec le nom de celui qui, le premier, l'a émise.

3. Mais à l'époque où j'étudiais les rapports entre l'éclampsie et l'albuminurie, séduit par l'analogie qui existait entre les attaques de l'éclampsie et celles de l'épilepsie, par le désir de réunir, sous la dépendance d'une même cause, des affections que l'on a quelquefois réunies sous une même dénomination (Vogel, Sauvage), entraîné par le séduisant espoir de trouver la source inconnue des maladies convulsives, et de généraliser un fait vrai, j'allai partout, cherchant l'albumine dans les urines des sujets atteints de convulsions. Mes recherches furent absolument sans résultats. L'urine des épileptiques ne contenait pas d'albumine, soit que je l'examinasse avant ou après les accès, soit même que je pusse la recueillir pendant leur durée. Chez les enfans atteints de convulsions que je pus observer, l'urine que voulut bien examiner avec moi mon ami M. le docteur Hérard, alors interne à l'hôpital des Enfans, ne présenta jamais aucune trace d'albumine. Ces observations négatives ne m'empêchèrent pas de recommencer mes recherches lorsque je fus placé, il y a deux ans, en qualité de chef de clinique dans le service d'accouchemens de la Faculté de médecine. J'y fus surtout décidé par une leçon que j'entendis faire à M. le professeur P. Dubois, sur l'analogie qu'il reconnaissait entre l'éclampsie des femmes en couches et celle des enfans ; je pus alors reconnaître à la fois l'erreur que j'avais commise en cherchant une même cause à des phénomènes que je n'avais pas suffisamment distingués, séparés, et la vérité de la supposition que j'avais faite de la coexistence possible, de la causalité probable de la néphrite albumineuse et de l'éclampsie des enfans nouveau-nés.

Aussi, dans une thèse soutenue par le docteur Corlieu, le 27 août 1851, peut-on lire, page 14 : « M. le docteur Cahen » pense que chez les enfans, certaines convulsions reconnais- » sent quelquefois pour cause la néphrite albumineuse; cet » avis est partagé par M. P. Dubois.

» Vers la fin de mars 1851, une jeune femme, accouchée il » y a trois ans par M. Dubois, est venue le consulter pour son » enfant qui avait des pertes momentanées de connaissance, » avec mouvemens convulsifs dans les yeux. La jambe droite » se portait tout à coup sur la gauche; ces phénomènes ne se » manifestaient surtout qu'au moment de l'éruption des » dents. M. Dubois examina les urines de l'enfant, et les » trouva *albumineuses*. Cette albuminurie n'est que tempo- » raire; elle disparaît avec l'état convulsif. »

« M. le docteur Cahen possède, de son côté, trois observa- « tions de convulsions avec néphrite albumineuse. Deux » enfans succombèrent; l'autopsie fut faite, et il trouva dans » les deux cas une lésion des reins avec épanchement au cer- » veau. »

Il m'a été donné de recueillir, il y a peu de temps, une quatrième observation, mais ce nombre est si faible, ces observations sont si incomplètes, que je me serais bien gardé de leur attribuer une valeur qu'elles n'ont pas pour forcer les convictions, et que j'aurais attendu que d'autres faits vinssent à l'appui de ceux que j'ai recueillis. Si une publication récente, due à un auteur dont on reconnaît généralement l'exactitude d'observation et la sagesse d'interprétation, n'était venue leur donner une signification, qu'isolées elles n'auraient pas eue. Dans un mémoire intitulé : *De l'encéphalopathie albuminurique dans l'enfance* (Recueil des travaux de la Société de médecine de Genève, 1853), M. Rilliet dit : « Que » l'éclampsie ait marqué le début, ou qu'elle ait succédé à la » céphalalgie ou à l'amaurose, c'est elle qui, en général, » imprime à la maladie un cachet particulier. C'est, en effet, » le symptôme le plus constant et le plus grave. Il a été noté » dix fois sur douze (p. 4). » A quoi donc tient-il, que jusqu'à présent il ait été ignoré? C'est, il me semble, qu'ainsi que je l'avais fait d'abord, on confond généralement les différentes formes de convulsions.

4. Rien n'est si commun, chez les enfans nouveau-nés, que les mouvemens convulsifs; très ordinairement, dans les premiers jours qui suivent la naissance, les mouvemens sont mal réglés, mal coordonnés, provoqués par des causes indépendantes de la volonté ou exécutés sans apparence de volonté ; ils prennent souvent l'apparence de soubresauts, de convulsions. Dans d'autres circonstances, la douleur provoque des mouvemens convulsifs, de même que, probablement, les affections diverses qui réagissent sympathiquement sur le cerveau. Mais dans tous les cas, comme aussi dans certaines convulsions liées à des affections cérébrales, la forme des attaques me paraît, en plusieurs points, différente de celle qui se présente dans l'éclampsie. Les observations suivantes pourront servir à faire comprendre ce qu'il y a de spécial à la convulsion éclamptique.

Observation I. — Une nourice de la Clinique nous présente, le 20 mai 1851, son enfant âgé de cinq mois. C'est un garçon fort, bien développé et d'une bonne santé. Depuis la veille au soir, il serait atteint, dit la mère, de *convulsions internes* qui consisteraient dans une raideur générale de tout le corps, avec pertes de connaissance et mouvemens irréguliers des yeux. Il y aurait eu, dans la nuit, dix attaques pareilles, et dans les intervalles l'enfant serait resté hébêté.

Lorsqu'il nous est apporté, l'enfant nous frappe par la pâleur de la face et la bouffissure qu'elle présente. La peau de tout le corps offre une chaleur normale ; les parties découvertes sont un peu moins chaudes qu'à l'ordinaire. Le pouls est peu développé et donne à peine 110 pulsations. La respiration est lente, interrompue par de fréquens soupirs. Les organes des sens ne remplissent pas leurs fonctions d'une manière régulière. La sensibilité tactile est très diminuée, les pupilles sont dilatées et l'iris reste immobile à la lumière solaire ; l'audition paraît altérée ; au moins l'enfant manifeste-t-il mal qu'il comprenne ou qu'il entende. L'appétit est éteint ; le sein n'a pas été pris depuis la veille. — Il n'y a pas d'évacuation alvine. Peu d'urine. La bouche ne présente rien à noter ; elle n'est pas plus chaude qu'à l'ordinaire, elle n'est pas le siége d'éruption aphteuse ; la langue n'est ni rouge, ni couverte d'enduit muqueux ; les gencives ne sont ni gonflées ni douloureuses. — Le ventre n'est pas ballonné ; il n'est pas sensible à la pression ; la région lombaire ne paraît le siége d'aucune douleur. Les membres sont immobiles, et quand on les soulève, ils retombent passivement.

Pendant notre examen, tout d'un coup la face se gonfle et devient violette, les yeux sont fortement entraînés en haut, sans présenter de strabisme ; la bouche se mouille d'une écume blanchâtre ; tout le corps se raidit vio'emment ; les bras sont rapprochés du thorax, les avant-bras fléchis et en pronation ; les mains, en pronation exagérée, et demi-fléchies, présentent les pouces fortement appliqués sur la région palmaire. La respiration devient pénible, stertoreuse, et des secousses rapides, nombreuses agitent les membres pour ainsi dire sur place, sans leur faire exécuter des mouvemens étendus.

Cet accès dure trois minutes environ et fait place à l'état de stupeur dans lequel l'enfant était auparavant. (2 sangsues derrière les oreilles ; magnésie ; bain de tilleul.)

Dans la journée les convulsions se succèdent avec les mêmes caractères, mais moins fréquentes ; l'urine est claire, peut-être un peu moins qu'habituellement à cet âge ; elle est acide ; traitée par la chaleur et par l'acide nitrique, elle donne un précipité notable d'albumine. — Dans la nuit il n'y a que deux attaques convulsives ; l'urine n'a pas été conservée.

Le 21, l'urine est reconnue albumineuse. — Plus de convulsions. — La stupeur est moindre.

Le 23, l'enfant paraît revenu à l'état ordinaire de santé. — L'urine présente encore un léger nuage.

Le 24, l'urine n'offre plus de traces d'albumine.

Observation II. — Le 25 mars je suis appelé auprès d'un enfant qui venait d'être pris subitement, au milieu de la nuit, de convulsions violentes. Cet enfant, âgé de six semaines, est bien constitué et se trouve dans de bonnes conditions d'hygiène. Allaité par une nourice bien portante, non réglée, il jouit lui-même d'une excellente santé. Toutes ses fonctions s'exécutent parfaitement, et on ne sait à quelle cause rapporter les accidens qui sont survenus.

A mon arrivée, je remarque la pâleur mate, la blancheur de la face et une apparence de bouffissure ; la fixité du regard et la dilatation des pupilles. L'enfant étant démailloté, les membres apparaissent dans un état prononcé de résolution. La chaleur est normale ; la peau est presque insensible au toucher ; pas d'œdème ; la respiration paraît embarrassée ; pas de toux. L'auscultation et la percussion n'offrent rien à signaler ; Le ventre est à l'état sain. Quelques gouttes d'urine que je puis obtenir donnent un précipité d'albumine assez abondant. — Une convulsion survient, elle s'annonce par le gonflement du visage, la face bleuit, les lèvres deviennent violettes ; les bras se rapprochent du corps avec raideur ; les avant-bras et les mains sont agités de petites secousses. Les membres inférieurs sont fléchis, mais ils participent peu aux mouvemens convulsifs. La suffocation paraît imminente. Au bout de deux minutes, les contractions cessent, et l'enfant retombe dans la prostration comateuse. (Lavement purgatif, frictions aromatiques, fumigations de benjoin, compresses froides sur la tête.)

Le 26, l'enfant est assoupi ; le sommeil n'est troublé par aucun mouvement convulsif ; mais, dans la journée, de nouvelles convulsions surviennent (trois en deux heures) ; puis l'enfant reste calme.

Le 27 et le 28 se passent sans convulsions ; l'urine est albumineuse, mais la santé paraît rétablie.

---

orgies des Romains de l'empire, l'histoire nous apprend à quels monstrueux excès ce peuple en décadence poussait l'abus des plaisirs de la table. Les embarras gastriques, dont ces excès devaient être fréquemment la cause, expliquent naturellement l'introduction de cet usage et justifient l'espèce de consécration que Celse lui donne comme médecin. Ce sont là des détails curieux, au point de vue de l'histoire des mœurs romaines à l'époque de l'empire.

3° Enfin Celse établit, parmi les gens en santé, une dernière catégorie composée d'individus qui, sans être malades, ont dans leur organisme, quelque partie plus susceptible que d'autres à subir l'atteinte des causes morbides. Chaque homme a sa partie faible, dit Celse, et personne, au monde, ne peut se flatter d'avoir tous ses organes ou toutes ses fonctions dans des conditions parfaites et identiques. Il faut donc soigner plus particulièrement ces organes susceptibles et délicats.

Dans ce premier livre, on trouve de curieux détails sur l'hydrothérapie ancienne, et sur le parti que l'on peut tirer de l'eau froide en affusions, douches, bains précédés de sueur, pour la guérison d'une foule de maladies rebelles aux autres moyens de traitement. L'hydrothérapie n'est donc pas une méthode nouvelle; on la trouve, avec toutes ses applications, dans l'antiquité la plus reculée.

Celse termine cette hygiène des gens en santé, en indiquant certaines précautions bonnes à prendre en temps d'épidémie, relativement au régime, au sommeil, à la veille, etc., etc.

Dans son deuxième livre, l'auteur passe successivement en revue l'*étiologie*, la *séméiologie* et la *thérapeutique générales*.

1° *Étiologie*. Certaines circonstances, suivant lui, deviennent, pour le corps humain, des causes de maladies. Puis il énumère les affections produites par ces causes. Ces circonstances sont : 1° les *saisons*, à propos desquelles Celse fait un tableau où il montre certaines maladies prédominantes suivant les saisons; 2° la *température* qui agit tour à tour par la prédominance du chaud et du froid sur l'organisation humaine; 3° les *âges* qui introduisent des différences notables dans les symptômes d'une même maladie, et dans ses allures; 4° les *constitutions individuelles* et les *tempéramens* qui offrent aussi des rapports intimes avec le développement de certaines maladies.

2° *Séméiologie*. Ce point indiqué, l'auteur passe à la séméiologie. Il divise les signes en plusieurs catégories : 1° ceux qui peuvent faire présager l'invasion de la maladie, d'une manière générale ; 2° ceux qui non seulement annoncent que l'individu deviendra malade, mais qu'il le sera de telle ou telle façon, que tel organe sera atteint d'une manière spéciale; 3° les signes qui indiquent une terminaison heureuse ou malheureuse; 4° ceux qui, une fois la maladie produite et localisée dans un organe, annoncent ce qu'elle deviendra d'une manière générale. L'existence et la constatation de ces derniers signes sont de la plus haute importance, d'après Celse, car il importe de savoir si certains accidens ordinaires ou extraordinaires d'une maladie ne sont pas sur le point d'éclater. L'auteur cherche à établir l'existence de certains symptômes indiquant l'imminence de tels ou tels accidens, de telle sorte que le médecin se tenant sur ses gardes, puisse en prévenir l'explosion. Cette connaissance, ajoute Celse, donne à l'art plus de puissance et de dignité.

Dans sa *thérapeutique générale*, Celse montre un certain vague qui ne lui est pas ordinaire. Il dit : Tout remède a pour but d'ajouter ou de retrancher, d'attirer ou de repousser, de rafraîchir ou d'échauffer, de resserrer ou de relâcher. Comme on voit, l'auteur procède volontiers par antithèse, mais, dans ce cas particulier, cette figure ne sert pas beaucoup à la clarté du discours. Voyons cependant ce que Celse entend par les remèdes qui retranchent ou ajoutent, etc.

1° *Remèdes qui retranchent*. On peut *retrancher*, soustraire quelque chose à la masse du corps par la saignée, les ventouses, les vomitifs, les purgatifs, la diète, les frictions et les sudorifiques.

Saignée. C'est à l'ouvrage de Celse qu'a été empruntée cette phrase tant de fois citée dans les discussions relatives aux avantages et aux inconvéniens de la saignée : « saigner n'est pas nouveau, ce qu'il y a de nouveau, c'est de saigner dans toutes les maladies. »

C'était, du temps de Celse, une méthode nouvelle, de saigner indifféremment les sujets de tout âge. Auparavant, les deux périodes extrêmes de la vie, l'enfance et la vieillesse, échappaient à la lancette. Celse prétend que c'est à tort, qu'avant toutes choses il faut avoir égard à l'état des forces, et que, quel que soit l'âge du malade, la phlébotomie peut être utile. L'école hippocratique défendait la saignée chez les femmes enceintes. Celse conseille, sur ce point, une hardiesse prudente.

La nature des maladies lui paraît le guide le plus sûr pour établir les indications de la saignée. Mais, dit-il, il peut arriver que la maladie, par sa nature, réclame les émissions sanguines, tandis que d'autres circonstances en contre-indiquent l'emploi. Ces circonstances sont : la faiblesse de la constitution, le délabrement des forces, la période avancée de la maladie, etc. Mais, ajoute l'auteur, rien de difficile comme de démêler les indications et les contre-indications dans certains états très complexes. Que faire alors? Laisser de côté la considération du du malade et n'avoir égard qu'à la nature de la maladie. En pareille circonstance, la médication que l'on institue est hasardeuse, sans doute, mais, dit Celse, *meliùs est anceps remedium quam nullum*. Pour moi, dit M. Andral, je crois qu'il est plus sage de dire, en retournant la phrase de Celse : *meliùs est nullum quam anceps remedium*, car on justifierait toutes les excentricités thérapeutiques avec un pareil principe.

Celse attribue une certaine importance à la saignée dans le traitement des fièvres intermittentes pernicieuses. Cependant, il ne se dissimule pas qu'il existe un certain nombre de cas dans lesquels la saignée n'est pas avantageuse, où une première émission sanguine amène un état plus grave ; où, en saignant, on augmente la durée de l'accès, et où l'accès qui a suivi la saignée prend une physionomie plus grave. Ainsi, nous voyons le problème de l'utilité de la saignée, dans le traitement des fièvres intermittentes pernicieuses, agité du temps même de Celse, comme il l'est de nos jours par les médecins des pays chauds où sévit l'influence du miasme paludéen.

(*La fin au prochain numéro.*)

Le 29, une convulsion légère a été observée dans la matinée; mais l'état satisfaisant de l'enfant me laisse des doutes sur la réalité de cette convulsion, qui n'a été vue que par la nourrice.

Le 30, l'urine présente à peine un léger trouble quand on la traite par l'acide nitrique.

L'enfant jouit depuis cette époque d'une bonne santé.

5. Plusieurs particularités sont à noter dans ces observations, et il importe de les signaler.

Les convulsions surviennent tout d'un coup, au milieu d'une santé parfaite, et cette circonstance justifie le nom d'éclampsie (εκλαμψις, lueur de l'éclair) que porte la maladie, en même temps qu'elle distingue ces convulsions de celles qui sont symptomatiques et sympathiques, et qui sont souvent précédées de symptômes particuliers. Elles peuvent être précédées de scarlatine ou d'albuminurie (Rilliet).

Elles ne sont pas exclusivement toniques ni cloniques, mais elles participent bien plus des premières que des secondes, et sont surtout concentriques.

Elles sont générales. Cependant M. Rilliet note qu'elles sont le plus souvent unilatérales.

Elles sont accompagnées, sinon précédées, de bouffissure au visage et déterminent l'apparition d'écume à la bouche.

Elles sont de courte durée et se répètent à plusieurs reprises en peu de temps.

Elles sont suivies d'un collapsus assez marqué, et dans les intervalles des accès, la connaissance ne revient pas complètement. Elles donnent à la physionomie un aspect particulier par suite de la dilation de la pupille.

Elles diminuent, si elles ne les abolissent momentanément, les facultés sensoriales.

Elles peuvent débuter par une cécité subite, d'après M. Rilliet, et à en juger par l'immobilité de l'iris et la fixité du regard.

Sans doute, il serait peu judicieux de prononcer d'après ces seuls symptômes; car on sait combien sont variables ou peu appréciables les particularités que je viens de citer, et s'il est quelquefois très difficile de distinguer l'épilepsie de l'hystérie, par exemple, d'après la forme seule de l'accès convulsif, on comprend combien doit être plus grande encore la difficulté de faire un diagnostic différentiel exact entre des mouvemens que généralement on n'a pas encore cherché à distinguer.

Le signe pathognomonique, c'est l'albuminurie, et comme elle est déjà, à mes yeux, le signe pathognomonique de l'éclampsie des femmes en couches, il me paraît logique d'en faire le caractère particulier d'une forme de convulsions qui continuerait à porter le nom d'*éclampsie*, et qui serait distincte de toutes les autres affections convulsives.

(*La suite au prochain numéro.*)

OBSTÉTRIQUE.

OBSERVATION DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE; — ÉLIMINATION DU FOETUS PAR LE RECTUM; — GUÉRISON.

Par M. William FILLITER.

La femme qui fait le sujet de cette observation est âgée de 37 ans; elle a une fille de quinze ans, outre deux fausses couches qui l'ont beaucoup fatiguée et qui ont altéré sa santé. Les dernières règles parurent en septembre 1852. Vers la fin de décembre suivant, c'est-à-dire lorsque la grossesse était parvenue à la fin de son troisième mois, mistriss R... (c'est le nom de cette femme) fut prise tout à coup, et sans cause appréciable, de vives douleurs dans l'abdomen, puis de douleurs semblables à celles de l'enfantement, mais il ne s'écoula rien par le vagin. On put constater les symptômes d'une inflammation péritonéale. Ces accidens furent combattus avec succès, et la malade put reprendre ses occupations habituelles; il ne lui resta qu'une douleur localisée au côté droit du ventre, et assez gênante pour empêcher la malade de se tenir couchée sur ce côté. L'abdomen continua à prendre du développement, et on arriva ainsi au huitième mois.

Le 18 juin 1853, la scène change: mistriss R... est prise, dans la partie inférieure du ventre, d'une douleur qu'elle compare à celle que produirait une déchirure; il s'échappe, par le vagin, des caillots membraniformes que l'on considère comme le retour d'une époque menstruelle, et qui font évanouir d'autant mieux la pensée d'une grossesse, que cette femme n'avait pas encore senti remuer l'enfant dans son sein.

Cinq jours après, le 23 juin, la malade est prise de violens ténesmes dans le rectum, et ces ténesmes ont pour résultat l'élimination, par cette voie, d'une grande quantité de sang, qui coule pendant deux jours, avec seulement quelques intermittences. A cette époque, la patiente était pâle, décolorée, la figure anxieuse, la peau chaude, la langue sèche, saburrale, le pouls petit et fréquent; il y avait des syncopes, de l'inappétence, de la soif, une vive douleur dans la fosse iliaque gauche, et s'étendant jusque vers la région hypogastrique. Les matières fécales étaient en petite quantité, sans odeur *sui generis*, et formées par un liquide grumeux d'un rouge-noir. Le ventre était large, tendu d'une manière uniforme, tympanisé, dur à la percussion. On découvrit une tumeur solide, peu irrégulière, qui occupait transversalement l'abdomen, et qui plongeait dans la fosse iliaque gauche. Les mamelles étaient engorgées et pleines de lait. L'examen vaginal fit constater les faits suivans:

Le museau de tanche était appliqué immédiatement contre l'arcade pubienne et dirigé en arrière, ses lèvres petites, le col distinct, l'ouverture utérine close. Immédiatement derrière, le doigt sentait une masse globuleuse, solide, qui occupait toute la partie supérieure de la cavité du sacrum, et qui repoussait la paroi postérieure du vagin. Elle paraissait immobile malgré toutes les tentatives qu'on fit pour la déplacer.

Au bout de deux jours, avons-nous dit, l'hémorrhagie intestinale cessa, mais la diarrhée et le ténesme persistèrent. Le 6 juillet, treize jours après le premier écoulement de sang par le rectum, deux fragmens d'os, appartenant à un crâne de fœtus, s'échappèrent par le rectum, non sans de très vives douleurs. M. Filliter introduit son doigt dans cet intestin, et trouve là, à 8 centimètres au-dessus de l'anus, une masse osseuse, irrégulière, dénudée de parties molles, et fermement « empaqueté » dans le canal, de sorte que toutes les tentatives qu'on fit pour le dégager, provoquèrent des souffrances cruelles. On crut devoir s'abstenir pour le moment. Le toucher vaginal fit constater que la tumeur ventrale était descendue, et qu'elle avait perdu sa forme globuleuse.

Le lendemain, on put retirer du rectum un os pariétal qui avait perdu son périoste.

Le 10 juillet, extraction de quatre fragmens d'os (pariétal, frontal, occipital).

Le 11, on parvint à retirer le fœtus en entier, réduit à une espèce de pulpe d'un vert-bouteille, tout brisé, tout disloqué, comme on le pense bien. C'était une fille; ce fœtus avait environ six mois de vie intra-utérine.

Mistriss R... guérit parfaitement bien.

Ce n'est pas le seul exemple analogue des admirables efforts de la nature pour réparer les fautes qu'elle a commises, et pour sauvegarder la vie des malheureuses femmes chez lesquelles le produit de la conception, déviant de route, ne s'est pas développé là où il aurait dû le faire. On trouve rapportés un grand nombre de cas de grossesses extra-utérines, dans lesquelles le fœtus a été ainsi éliminé par diverses voies contre-nature: le rectum, les parois abdominales, l'ombilic surtout, le vagin, la vessie, etc. Mais après la région ombilicale, le rectum est la route la plus ordinaire que prend, dans ces cas, le fœtus. On en trouve des exemples dans les 4me, 7me et 9me vol. des *Transactions philosophiques;* dans les t. II, V et XVIII de *Edimb. medical comment. Edimb;* dans Camper (*Anat. et pathol. tab.* 2); dans le *Journal de méd., de chir. et de pharm.* (t. XVIII et XIX); dans *Med. journ. of London*, t. V et VIII; *Med. chir. trans. de Londres*, t. V; *Med. annals of Edimb.*, t. VII; dans le t. XI de *Med. and phys. Journal;* dans le mémoire de Bonnie, sur les grossesses extra-utérines; dans le *Journal de médecine* pour l'année 1786; dans le tome X de la *Revue médicale*, et surtout dans le beau travail de M. Campbell, publié sur ce sujet, à Édimbourg, en 1840, et qui renferme presque tous les cas de gestation utérine publiés jusqu'à cette époque. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que, dans presque tous les cas de cette sorte d'élimination du fœtus par le rectum, les femmes ont été soustraites à la mort, ainsi que le fait voir la lecture du mémoire de M. Campbell.

Lorsqu'une femme survit à tous les accidens formidables qu'entraîne ordinairement à sa suite une grossesse anormale, il est fort difficile, et souvent impossible de dire le lieu précis où s'est développé le produit de la conception, de savoir, en un mot, si on a eu à faire à une grossesse *ovarique, tubo-ovarique, tubaire, tubo-utérine* ou *interstitielle*. Diverses raisons conduisent pourtant à penser que, dans l'observation précédente, il s'agissait d'une gestation *ovarique*. En effet, la grossesse nommée *interstitielle* est très rare, puisque Carus n'a pu, malgré des recherches étendues, n'en réunir que quinze cas. Campbell nie même l'existence de cette forme de l'anomalie, qu'il comprend parmi les grossesses tubaires; de plus, le fœtus ayant pris un développement de plus de deux mois, terme extrême vers lequel il est le plus habituellement éliminé lorsqu'il s'agit d'une grossesse proprement tubaire, l'idée de cette variété, dans le cas présent, doit être rejetée. Enfin, dans la gestation ventrale, les membres du fœtus peuvent être généralement sentis à travers les parois abdominales, ce qui n'eut pas lieu ici. Tandis que, par contre, le siége de la douleur, le gonflement qui dura pendant tout le temps de la grossesse, et d'autres phénomènes, sont bien propres à faire admettre une gestation ovarique, ou au moins tubo-ovarique, l'adhérence du sac morbide aux parois d'une portion du gros intestin (d'où les accidens de péritonite qui surgirent au troisième mois), la déchirure du canal et l'expulsion lente, puisqu'elle dura dix-huit jours, du fœtus par l'anus (1).

Dr Achille CHEREAU.

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES ARTICULAIRES;

Par A. BONNET, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Lyon, etc., accompagné de 97 planches intercalées dans le texte. — Un vol. in-8° de XVIII-684 pages. Paris, 1853, J.-B. Baillière, libraire.

Cet ouvrage n'est pas une seconde édition du *Traité des maladies des articulations* du même auteur, mais il peut en être considéré comme le complément, complément indispensable, car si dans le premier l'auteur traite de l'étiologie, du diagnostic et de l'anatomie pathologique de ces maladies, il consacre exclusivement celui-ci à la thérapeutique des mêmes affections. Supposant le lecteur familiarisé avec les premiers principes de la pathologie articulaire, il ne s'occupe que des moyens de traiter et de guérir les maladies dont il a décrit ailleurs les autres élémens.

Cette coupure dans un sujet semblable, cet isolement de la pathologie et de la thérapeutique sont regrettables. Tous ceux qui apprécient — et je suis de ce nombre — la valeur scientifique de M. le docteur Bonnet eussent préféré qu'il se hâtât moins de produire la première partie de son œuvre, afin de pouvoir la réunir à la deuxième et faire du tout un ouvrage, complet, homogène, ce qui lui eût permis de le concentrer davantage. Si ces deux ouvrages parviennent à une deuxième édition, ce qui est probable, je me permets de donner ce conseil à l'auteur de les confondre en un seul. J'ose lui prédire un plus grand succès encore et la gratitude du public médical.

Quoi qu'il en soit, ce traité offre un vif intérêt aux praticiens qui savent combien sont rebelles aux secours de l'art et quelles funestes conséquences entraînent souvent les maladies des articulations. M. Bonnet n'a pas eu pour but de reproduire les traitemens divers recommandés par les auteurs; non, il publie un livre original, plein de vues particulières, exposant des modes de traitement qui lui sont propres et dont il base l'efficacité sur des faits suffisamment nombreux.

« L'une des pensées dominantes de ce travail, dit l'auteur, est l'*alliance de la physiologie et de la thérapeutique;* supprimer complètement les fonctions des jointures, ou en faire agir les élémens les uns après les autres; tirer de ce repos et de cet exercice élémentaire des puissances curatives, en général négligées, telles sont les vues qui m'ont le plus souvent servi de guide, et que l'on retrouvera à chaque page de ce traité. »

L'ouvrage est divisé en trois parties: dans la première, consacrée à des considérations générales, l'auteur expose le traitement local et le traitement général des maladies articulaires; dans les deuxième et troisième parties, il donne le traitement de chaque espèce de maladies articulaires.

Assurément, l'emploi du *repos*, dans le traitement des maladies articulaires, n'est pas un fait nouveau; des perfectionnemens utiles ont même été apportés aux appareils destinés à cet usage, mais il restait beaucoup à faire pour maintenir une immobilité complète de la hanche, de l'épaule et de la colonne vertébrale; c'est là précisément ce qui distingue les moyens employés par M. Bonnet, de ceux qui étaient en usage avant lui.

Ce n'est pas que l'immobilité complète et absolue des articulations doive être d'une durée trop prolongée. En physiologiste éclairé, M. Bonnet professe que la suppression de tout acte fonctionnel ne doit être que transitoire, et qu'après un temps variable, lorsqu'elle a été appliquée à des états aigus, elle doit être remplacée par l'exercice des fonctions. Mais ce fonctionnement doit être partiel et élémentaire; il ne doit avoir pour but que le jeu passif des surfaces articulaires, les unes sur les autres, pendant que le malade est assis, car alors il n'y a ni contraction des muscles, ni station verticale, et par conséquent ni pression du corps sur les parties malades, et tout se réduit à des frottemens entre les deux surfaces articulaires, à la distension et au relâchement des tissus fibreux et musculaires.

A ces exercices, M. Bonnet fait succéder la marche, pendant que la jointure malade est immobilisée, de manière à concilier la locomotion verticale avec la suppression de l'effet qu'exerce le poids du tronc. « Tous ces actes, dit-il, intermédiaires entre l'immobilité absolue et la marche normale ne sont pas propres seulement à faire rentrer peu à peu les malades dans leurs habitudes de locomotion; ils aident puissamment à la guérison elle-même; sous leur influence, on voit dans les maladies chroniques les engorgemens se dissiper, la souplesse se rétablir, et la douleur que produisent le contact et la pression disparaître peu à peu.

Il ne faut pas s'étonner que pour réaliser ces idées, M. Bonnet ait fait exécuter un grand nombre d'instrumens mécaniques en rapport avec les actes qu'il voulait faciliter et ceux qu'il fallait rendre impossibles.

Ces instrumens se divisent naturellement en deux séries:

Les *appareils de mouvement*, machines à l'aide desquelles les malades donnent une impulsion artificielle à leurs membres et en font mouvoir les jointures dans toutes les directions normales, avec l'uniformité et la constance nécessaires, le corps étant en repos;

Les *tuteurs* dont M. Bonnet emprunte le nom aux appuis qu'on donne aux jeunes arbres, et qui facilitent la locomotion, tout en prévenant les difformités et les pressions fâcheuses que la marche entraînerait sans eux.

Le lecteur comprendra facilement que c'est dans l'ouvrage même qu'il doit chercher la description et le dessin de ces appareils extrêmement nombreux, ce dont on ne s'étonnera pas, si l'on réfléchit à la variété extrême des indications qu'il a fallu remplir.

Siége des mouvemens, les articulations voient s'accomplir dans leurs tissus tous les phénomènes propres aux tissus vivans, circulation, nutrition, calorification, etc. Là, comme ailleurs, il importe de pouvoir ralentir ces fonctions, si elles sont trop actives, ou de leur rendre de l'énergie lorsqu'elles sont languissantes. M. Bonnet croit être arrivé à ce résultat, d'une part, par la douceur et l'uniformité qui assurent le calme des fonctions nutritives, circulatoires et calorificatrices, d'autre part, par l'énergie et la variété quand il s'agit d'exciter la chaleur et la circulation. «Au devant de l'œil que l'on veut faire reposer, dit M. Bonnet, on place un verre d'une teinte douce, qui communique aux objets une couleur toujours la même; l'air que respire le poumon enflammé doit être constamment tiède; les alimens permis dans une irritation des voies digestives ne sont pas variés, et le séjour même qu'exige l'état d'un aliéné en délire, est celui où il voit toujours les mêmes murs, les mêmes champs et les mêmes gardiens.»

Comme toute comparaison, celle-ci cloche en quelques points, mais il y a un fonds de vérité pratique qu'il faut retenir.

L'immense majorité des maladies articulaires n'étant que la conséquence d'affections constitutionnelles, M. Bonnet a cru devoir transporter l'application de ces moyens au traitement de ces dernièrse.

« Le rhumatisme, la goutte, les scrofules, la diathèse tuberculeuse qui produisent ou entretiennent la plupart des arthropathies, présentent comme phénomène principal un trouble dans les fonctions cutanées, dans la calorification et dans la circulation capillaire, si une modification de ces actes essentiels à la vie n'en est pas la cause première, elle les accompagne et les entretient toujours. En changer, le plus possible, le mode vicieux est donc une indication toujours importante, lors même qu'elle n'est pas, ce qui peut arriver, la plus essentielle à remplir. »

Ce passage tout médical, est à noter sous la plume d'un chirurgien aussi distingué que M. Bonnet. Dans tout l'ouvrage se trahit une tendance, que j'appelle heureuse, à substituer une thérapeutique médicale et physiologique au traitement chirurgical proprement dit. Ainsi, et quelle que soit la maladie articulaire qu'il ait à traiter, se trouve-t-elle

(1) Extrait du *Medical Times and Gazette*, 10 septembre 1853.

à la période inflammatoire d'une affection aiguë, douceur et uniformité des contacts, de l'air et des boissons; suspension de tous les actes qui ne sont pas essentiels, tels que l'application de l'esprit, le parler à haute voix, précautions de tout genre pour n'exciter ni la chaleur ni la circulation, ni la production des sueurs. La maladie est-elle chronique, il recourt aux médications qui, par leur activité et leur variété, provoquent la transpiration, font rougir la peau et déterminent un sentiment général de chaleur.

« Cependant, ajoute l'auteur, dans les affections aiguës, la rénovation organique est active, comme le démontre l'excrétion d'une grande quantité d'urée et d'acide urique; elle est languissante, au contraire, chez les malades affectés de rhumatisme chronique ou de scrofules. Dans ces derniers états, il faut la rendre plus rapide, et faire sur l'économie animale ce que l'on produit en agriculture, lorsque, par des drainages ou par des canaux, on substitue dans les terrains des filtrations souvent renouvelées à l'imbibition des eaux stagnantes. Toutes les méthodes qui mettent en jeu les fonctions éliminatrices, toutes celles qui augmentent la calorification ou l'hématose peuvent aider au renouvellement des matériaux de l'organisme. Ce renouvellement est aussi rendu plus rapide par les médicamens qui, après avoir pénétré dans l'économie, sont rejetés au dehors; l'acte qui détermine l'expulsion des remèdes semble en entraîner d'analogues, par une sorte d'influence catalytique, dans tous les organes excréteurs. C'est de la sorte qu'agissent en partie le soufre, les sels alcalins, la térébenthine et l'iode; c'est parce que leur action sur l'économie est en harmonie parfaite avec les agens qui font transpirer ou rougir la peau, qu'il importe à un si haut degré de les combiner avec ces derniers; c'est, enfin, à cette réunion d'agens qui excitent tout à la fois la rénovation organique et les fonctions diverses de l'économie que les eaux minérales doivent leur efficacité. »

Telles sont les bases du traitement physiologique et médical posées par M. Bonnet. Mais il est des procédés qui agissent anatomiquement sur les jointures, et auxquels l'auteur n'attache pas une moins grande importance, ce sont les appareils qu'il a imaginés. Parmi ces appareils, il faut remarquer ceux qui servent à immobiliser le tronc, l'épaule ou la hanche, et qui ont rendu de grands services dans les solutions de continuité des os, ainsi que dans les fractures du col du fémur et du col de l'humérus, comme dans celles de la colonne vertébrale.

L'auteur décrit aussi un procédé de flexion de la main dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius dans le but de maintenir les fragmens réduits.

Une des questions qui touchent au traitement anatomique des jointures, et dont il est longuement question dans cet ouvrage, est relative à la rupture de l'ankylose. Si, dit l'auteur, tant de luxations anciennes ne peuvent être réduites, si tant de redressemens sont impossibles, c'est qu'il existe entre les surfaces articulaires des adhérences intimes produites par des tissus fibreux; c'est que les machines et les sections de tendons restent sans influence sur ces adhérences. Les rompre avec énergie est une préparation indispensable aux méthodes qui rendent aux os et leurs rapports et leur direction. Grâce à la combinaison de cette rupture avec les sections sous-cutanées, méthode dont M. Palasciano a eu l'initiative, et dont M. Bonnet a généralisé l'emploi, on peut résoudre aujourd'hui un grand nombre de problèmes d'orthopédie jusqu'à présent insolubles. L'expérience en a même été faite assez souvent pour que l'on puisse indiquer les cas dans lesquels ces ruptures produisent des succès brillans, ceux où l'on ne peut en attendre que des améliorations, et enfin les conditions défavorables qui doivent en faire rejeter l'emploi.

M. Bonnet ne se borne pas à exposer les moyens qui lui sont propres; il fait une large et loyale part à tous les travaux anciens ou récens qui ont eu le même but. C'est ainsi que les travaux de M. J. Guérin, de M. Seutin, de M. Pravaz, de M. Velpeau, de M. Baudens, etc., etc., y sont mentionnés, appréciés et mis à profit. Des figures, intelligemment dessinées, donnent une idée facile des divers appareils inventés ou modifiés par M. Bonnet.

Cet ouvrage, ai-je dit, a une tendance médicale que l'on ne saurait assez approuver. Une dernière citation montrera, mieux que je ne pourrais le faire, le but et les intentions véritablement élevées de l'auteur :

« Assurer un repos véritable dans les arthrites aiguës, exercer avec méthode les mouvemens élémentaires dans les arthrites chroniques, et faciliter leur accomplissement par des appareils spéciaux, telles sont les idées qui ont inspiré les parties les plus neuves et les plus utiles de ce traité. Or, si la régularisation des actes physiologiques est d'une haute importance dans le traitement spécial des maladies articulaires, l'induction conduit à rechercher quelle influence cette régularisation peut avoir dans les affections d'un organe quelconque.

» Cette pensée n'a pas cessé d'être présente à mon esprit, et j'ai été entraîné par la manière dont j'avais compris mon sujet, à esquisser quelques-uns des traits de cette branche de la médecine générale, que l'on pourrait appeler *thérapeutique fonctionnelle*. Le caractère de cette thérapeutique est d'agir par le repos ou l'exercice, et, en général, par la régularisation des fonctions normales; elle est destinée à prendre place à côté de la médecine opératoire et de la matière médicale, sciences avec lesquelles elle se combine et qu'elle n'a pas la prétention de remplacer. Les matériaux qui doivent servir à l'édifier, sont rassemblés depuis des siècles, et on les trouve dans tout ce qui a été écrit sur le régime, l'air, l'exercice, les passions dans le traitement des maladies. Si elle était bien comprise, l'art sortirait en partie de l'empirisme, et il serait possible d'assigner leur véritable place aux produits si nombreux et si variés que le travail des siècles a accumulés par la recherche des moyens de guérir. En même temps que l'appréciation de ce qui a été fait serait plus facile, on aurait des jalons pour marcher à la découverte des ressources médicales encore peu explorées que peuvent fournir le repos, l'activité et le calme des fonctions normales. »

Voilà certes un beau programme et qui devrait tenter l'ambition de tant de jeunes et belles intelligences médicales qui s'atrophient aujourd'hui dans la contemplation stérile du fait brut. M. Bonnet l'a rempli autant qu'il l'a pu dans l'étroite spécialité qu'il avait en vue et sur laquelle il a jeté de vives lumières. Ce traité est plus encore qu'un bon ouvrage de pratique, il ouvre à la science des horizons nouveaux; espérons que l'appel fait par notre savant et honorable confrère de Lyon sera entendu.

Amédée Latour.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

Séante à la Faculté de médecine.

Présidence de M. Barth. — (Extrait des procès-verbaux.)

De la bronchite pseudo-membraneuse.

Nous avons reproduit sommairement, dans le numéro 124 de l'Union Médicale, une observation de bronchite pseudo-membraneuse extraite du *Bulletin* de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne. Cette observation a ceci de particulier, que la femme qui en fut l'objet, rendit tous les jours, pendant un mois, à des momens réguliers, trois heures, sept heures du matin et cinq heures du soir, après des efforts de toux répétés et des menaces de suffocation, des fausses membranes d'un blanc mat, longues de 8 centimètres et du volume d'une plume d'oie.

Nous avons fait suivre ce fait de l'indication des cas peu nombreux que la science possède de productions pseudo-membraneuses des bronches.

Depuis, la Société d'émulation s'est occupée de ce sujet. M. Barth, dont tout le monde connaît les importans travaux en auscultation et en anatomie pathologique, a complété par des observations nouvelles l'histoire de cette maladie.

La question des pseudo-membranes développées sur la surface libre des membranes muqueuses est assez intéressante et encore assez neuve, malgré les travaux publiés jusqu'à ce jour. Les fausses membranes des bronches, spécialement, n'ont été guère étudiées que comme une extension de la laryngo-trachéite pseudo-membraneuse; et, à part les notions consignées sur le croup bronchique, on ne trouve, dans les traités classiques, que des renseignemens fort incomplets sur la bronchite pseudo-membraneuse.

Les fausses membranes seraient-elles rarement limitées à la membrane muqueuse des bronches, et est-ce à cette rareté qu'il faut attribuer l'absence de détails dans la plupart des livres classiques? On se tromperait peut-être si on le croyait. M. Barth pense, d'après les faits qu'il a observés, que ces altérations sont plus fréquentes qu'on ne l'admet, et il est présumable que, si les matières expectorées étaient plus souvent l'objet d'un examen attentif, si, surtout, on les étudiait dans l'eau, plus souvent aussi on y trouverait des productions pseudo-membraneuses.

Il y a fort longtemps déjà, qu'appelé en consultation chez une dame âgée, qui avait une bronchite avec oppression excessive, M. Barth a pu constater, dans les crachats, un grand nombre de petits fragmens blanchâtres, membraneux, plus ou moins tubulés.

Plus récemment, il a observé et consigné, dans les *Archives générales de médecine* (juillet 1838), un cas remarquable de fausses membranes s'étendant depuis le larynx jusque dans les petites divisions des bronches et dont voici le résumé :

« Le 9 juin 1836, étant de garde à l'hôpital de la Pitié, en qualité d'interne, je fus appelé près d'une malade couchée au n° 12 de la salle Saint-Charles : Cette femme, âgée de 47 ans, entrée la veille, avait été prise, cinq à six jours auparavant, d'une douleur de gorge avec gêne pour respirer, et, malgré les moyens mis en usage, ces symptômes n'avaient fait qu'augmenter d'intensité. Quand je vis la malade, elle était couchée, la tête et le tronc fortement soulevés, la face altérée, exprimant une grande anxiété; la voix était rauque, affaiblie, la respiration laborieuse, inégale, extrêmement gênée. En auscultant la poitrine, je constatai, principalement dans le côté gauche, un murmure vibrant, un véritable tremblottement très bruyant, semblable à celui que produiraient des lambeaux membraneux flottant dans les bronches, et agités par le passage de l'air dans ces conduits.

A ces caractères, je crus reconnaître l'existence de fausses membranes s'étendant jusque fort avant dans les bronches; et quoique la malade me parût en danger imminent de suffocation, je refusai de pratiquer la trachéotomie qui ne présentait pas de chances de succès, en raison même de la grande extension des fausses membranes dans les voies respiratoires. M. Lisfranc, que je fis prévenir, fut du même avis, et déclara qu'il n'y avait pas lieu à opérer.

La malade mourut une heure après; et, à l'autopsie, on trouva la membrane muqueuse des voies respiratoires tapissée par une fausse membrane, sous forme de cylindre, creux, arborisé, s'étendant sans interruption depuis la face inférieure de l'épiglotte, jusque dans la plupart des dernières ramifications des bronches. D'une teinte d'un blanc jaunâtre, épaisse d'un quart de ligne environ et assez ferme dans la trachée-artère et les grosses bronches, elle devenait plus mince et plus molle à mesure qu'on l'examinait dans des ramifications plus petites, et se terminait dans quelques divisions par des stries de mucosités filantes. Assez intimement adhérente dans le larynx, plus facile à détacher dans la trachée-artère, elle n'était plus fixée dans les divisions des bronches que par la divergence de ses ramifications. »

C'est dans cette observation que, dès 1836, M. Barth a signalé le bruit de tremblottement que d'autres auteurs ont, depuis, mentionné sous le nom de *bruit de drapeau*.

L'an dernier, M. Barth a observé un nouvel exemple de fausses membranes, cette fois bornées aux bronches, et dont l'expulsion a été suivie de guérison. M. Barth ne soupçonna pas, d'abord, cette complication survenue dans le cours d'une pleuro-pneumonie assez remarquable par le peu de rapport qui existait entre l'intensité de la dyspnée et l'étendue relativement peu considérable de la lésion pulmonaire. C'est l'inspection des crachats qui, faisant constater la présence de fausses-membranes, donna l'explication de ce que la maladie avait présenté d'insolite.

Il donne lecture de cette observation dans les termes suivans :

Pleuro-pneumonie et bronchite pseudo-membraneuse; — rejet d'une fausse membrane canaliculée, ayant la forme d'une arborisation semblable aux divisions des bronches; — guérison.

Thérèse Vergnier, âgée de 37 ans, d'une constitution délicate, habituellement bien réglée, ayant eu, depuis 1847, deux angines pharyngées, est prise, le 6 mars 1852, par un temps sec et rude, des prodrômes ordinaires des affections fébriles aiguës : frissons, céphalalgie, courbature, anorexie; bientôt il s'y joint une douleur dans le côté gauche de la poitrine, avec oppression et toux fréquente et pénible. Appelé près d'elle, le lendemain 7 mars, je lui trouve la face animée, la peau chaude, le pouls plein, donnant 104 pulsations par minute; le point de côté est assez vif, la dyspnée intense, la toux douloureuse; mais l'examen de la poitrine par la percussion et l'auscultation ne révèle encore aucun signe manifeste. — Saignée du bras de 360 grammes, looch, boissons pectorales; diète.

Le 8. Mêmes symptômes généraux et locaux, pouls à 112; on entend quelques bulles de râle crépitant, limitées à un petit espace, dans la fosse sous-épineuse gauche.

Le 9. Oppression toujours grande, toux fréquente et pénible, persistance de la fièvre, injection de la face, chaleur, pouls fort, 112. — Potion calmante. Les symptômes s'amendent un peu vers le soir, et à dix heures, il n'y a que 96 pulsations par minute.

La nuit est passable; mais le lendemain, le pouls remonte à 115; la toux douloureuse, comme les jours précédens, amène quelques crachats blancs et visqueux; mais on n'entend rien de distinct à l'auscultation; la langue est un peu chargée. — 20 grammes d'huile de ricin.

Le 11. Malaise très grand; oppression; toux fréquente et pénible; son obscur dans la fosse sous-épineuse gauche; pas de signes stéthoscopiques manifestes; un vésicatoire, que la malade portait au bras gauche, s'est complètement séché. — Dix sangsues à gauche de l'épigastre, vésicatoire au bras droit, potion calmante, boissons nitrées.

Un peu plus de calme le soir.

Le 12. L'oppression est toujours considérable, la toux fréquente, douloureuse; en examinant de nouveau la poitrine, on constate de la matité dans le tiers inférieur du côté gauche en arrière, avec diminution de la vibration thoracique et absence de bruit respiratoire; à la limite supérieure de la matité, on perçoit une respiration bronchique sèche. — Potion pectorale avec dix gouttes de teinture de digitale.

Le soir, la malade est plus tranquille, et le pouls ne donne que 106 pulsations par minute.

Le 13. Amélioration générale; on n'entend qu'une respiration bronchique modérée, et le pouls descend à 96. — Continuation de la potion de digitale.

Le 14. La malade se sent très bien; l'oppression a notablement diminué; la respiration bronchique a presque disparu, et le pouls est à 80. Ce même jour, je remarque, au milieu des crachats muqueux, plus ou moins mousseux et filans, un lambeau membraneux, qui, examiné sous l'eau, représente une arborisation semblable aux ramifications des bronches. A côté de ce produit morbide, est un autre lambeau membraneux de même aspect, mais beaucoup plus petit.

La nuit suivante est calme.

Le 15. Un nouveau lambeau membraneux a été expulsé par la toux; le pouls est tombé à 68, l'oppression est beaucoup moindre, la toux plus facile; mais il y a encore de la matité dans le tiers inférieur de la poitrine. — Large vésicatoire camphré sur le côté gauche du thorax, boissons diurétiques, eau de Sedlitz à doses fractionnées.

Les deux jours suivans, le mieux se soutient; le pouls descend à 65 pulsations par minute, et l'on constate la diminution progressive de la matité et le retour graduel du murmure respiratoire naturel.

Le 19. Il reste à peine un peu de matité; mais il y a encore depuis la nuit des accès de toux fatigante et le pouls est remonté à 72. Le même jour, un dernier corps membraneux, peu étendu, est rejeté avec les crachats. A partir de ce moment, l'amélioration fait des progrès non interrompus, et la malade entre en pleine convalescence.

Le lambeau du 14, présenté le 19 à la Société anatomique, étant mis dans l'eau et soigneusement examiné, on constate qu'il est constitué par une fausse membrane en forme de tuyau creux, et représentant un tronc, des rameaux et des ramuscules de plus en plus ténus et tous canaliculés.

Réflexions. — On ne peut méconnaître là un exemple de fausses membranes des bronches, formées dans les principales divisions aérifères du lobe inférieur du poumon gauche et développées dans le cours d'une affection inflammatoire aiguë des organes de la respiration.

Évidemment il s'agissait d'une pleuro-pneumonie; mais cette affection a été remarquable par une oppression plus grande et une toux plus fréquente, plus pénible et plus douloureuse que ne le comportait l'étendue des lésions pulmonaires; et elle se révélait par des signes stéthoscopiques beaucoup moins manifestes et moins tranchés qu'habitude.

L'intensité de l'oppression, la fréquence et le caractère pénible de la toux, et le peu de phénomènes fournis par l'auscultation, avaient excité mon étonnement. La présence de fausses membranes dans les bronches du lobe malade expliquait ces anomalies. Ce qui tend à prouver qu'il y avait réellement là une relation de cause à effet, c'est le notable soulagement qui a suivi chaque fois l'expulsion d'une portion de produits pseudo-membraneux.

On est en droit de conclure de ce fait, qu'une grande dyspnée, une toux fréquente et pénible, coïncidant avec des phénomènes stéthoscopiques peu marqués, pourraient servir à faire reconnaître l'existence de fausses membranes dans les bronches, avant leur apparition, au milieu des matières expectorées, et conduire, en conséquence, à des indications thérapeutiques très importantes.

M. Gilette fait remarquer qu'il existe une différence entre les observations fort intéressantes qui viennent d'être présentées, et celles que M. Lallemand a extraites du *Bulletin* de la Société de la Haute-Vienne. Dans l'observation de M. Barth, il préexistait une pneumonie à la bronchite pseudo-membraneuse. Dans un cas observé par M. Gillette, un jeune homme de 20 ans, arrivé au 21me jour d'une fièvre typhoïde, et au moment où il semblait entrer en convalescence, fut enlevé en deux jours par la production d'une fausse membrane qui s'étendait depuis le larynx jusqu'aux extrémités des bronches. Un cas semblable a été décrit par Borsieri. Galien paraît le premier avoir signalé une pareille affection; il parle (*Méthode thérapeutique*) d'un jeune homme qui présentait des symptômes de peste, et qui, ayant été pris d'un violent accès de toux, rejeta une membrane offrant l'aspect des divisions bronchiques. En un mot, dans ces cas divers, la bronchite pseudo-membraneuse venait se sur-ajouter comme épiphénomène à d'autres maladies déjà fort graves par elles-mêmes; elle n'était point toute la maladie. Dans l'observation signalée par M. Lallemand, c'est tout le contraire : la production pseudo-membraneuse est séparée de tout autre symptôme grave, elle n'occupe qu'un point des bronches assez restreint, et elle se présente en quelque sorte d'une manière intermittente. Il y a quelque analogie entre ce fait et ce qui s'observe dans certaines irritations de la muqueuse rectale, où l'on voit rejeter, à plusieurs reprises, des pseudo-membranes sans que la maladie soit aggravée.

Plusieurs membres s'occupent ensuite de la valeur du bruit de drapeau et des conditions de son développement. MM. Barth, Hillairet, Gillette et Lallemand s'accordent sur ce point, qu'il ne peut se produire que dans la trachée ou dans les très grosses divisions bronchiques, et qu'il exige la présence d'une fausse membrane limitée et en partie détachée. Si, au contraire, elle affecte la forme d'un tube doublant l'arbre bronchique, sans déchirure, ce bruit ne peut se produire.

Le secrétaire général, J. Cherest.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 149. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 15 Décembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12, À PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 14 DÉCEMBRE 1853.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Le choléra a disparu du nord de l'Europe ; il s'est éteint en Belgique ; il s'efface tous les jours un peu plus en Angleterre ; partout, du reste, cette nouvelle invasion épidémique, à part de très rares localités, s'est montrée moins générale, moins étendue et moins désastreuse que les précédentes ; si le choléra s'est retrouvé partout avec les mêmes caractères, partout aussi il a fait moins de victimes ; voilà donc des antécédens favorables et des probabilités rassurantes pour la situation actuelle. Espérons qu'il en sera de même pour la France, et que l'épidémie qui règne en ce moment à Paris, se présentera sous ces formes amoindries.

Du reste, c'est ce qui résulte déjà des chiffres comparatifs entre l'épidémie actuelle et l'épidémie de 1849. Il faut tenir compte, sans doute, de la saison de l'année différente dans ces deux invasions. Le choléra de 1849 éclata au mois de mars ; en 1853, c'est au mois de novembre qu'il a fait son apparition. Mais peut-être qu'en tenant compte du surcroît de population de la ville de Paris, en 1853, on pourrait arriver à balancer l'une par l'autre ces conditions indispensables à apprécier dans toute statistique sérieuse du choléra.

Quoi qu'il en soit, voici quelques rapprochemens entre les résultats de l'épidémie de 1849 et ceux de l'épidémie actuelle. Nous ne voulons en tirer aucune conséquence que la suite pourrait démentir. Mais nous ne pouvons nous empêcher d'y voir quelques symptômes rassurans.

Le premier cas de choléra constaté à Paris, en 1849, fut observé le 7 mars.

C'est le 7 novembre qu'a été constaté le premier cas de choléra à Paris.

Du 7 mars 1849 au 31 du même mois, 130 décès cholériques à domicile furent déclarés aux mairies.

Du 7 novembre au 3 décembre (deux jours de plus) de cette année, on a constaté 99 décès cholériques à domicile.

Différence en moins pour 1853, 31 décès.

Du 7 mars au 31 mars 1849, 395 malades avaient été admis dans les hôpitaux, et 215 décès avaient été constatés.

Du 7 novembre au 3 décembre 1853, — 321 malades ont été reçus dans les hôpitaux, et 134 décès ont été constatés.

Différence en moins pour 1853 (avec deux jours de plus), 74 admissions de moins, et quant à la mortalité, elle est proportionnellement d'un tiers environ moins considérable.

Comme il peut être important de connaître les phases de l'épidémie actuelle comparées à celles de 1849, nous continuerons ce parallèle, et nous en ferons connaître de temps en temps les résultats.

Voici le mouvement de l'épidémie depuis notre dernier numéro :

CAS DÉCLARÉS :

12 décembre.	Cas reçus dans le jour	19
	Cas déclarés à l'intérieur	10
	Total.	29
13 décembre.	Cas reçus dans le jour	19
	Cas déclarés à l'intérieur	8
	Total.	27

DÉCÈS :

Le 12 décembre. . . .	15
Le 13 décembre. . . .	13

Depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 13 décembre inclusivement, il a été reçu ou il s'est déclaré dans les hôpitaux 624 cas de choléra ; le nombre des décès s'élève à 253.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'un des plus anciens membres de l'Académie, dont la nomination remontait à la fondation même de la compagnie, M. Bouriat, vient de terminer sa longue et honorable carrière, à l'âge de 90 ans. M. Bouriat appartenait à la section de pharmacie. M. Bousquet, chargé par l'Académie de payer un tribut de regrets à ce respectable collègue, a lu le discours qu'il avait, la veille, prononcé sur sa tombe. Ce discours, simplement écrit, comme l'exigeait la vie simple et modeste de ce vénérable pharmacien, a été très favorablement accueilli.

A cette lecture en a succédé une autre de M. Soubeiran, sur l'élève des sangsues. Ce savant académicien a fait un récit plein d'intérêt des succès obtenus par un simple épicier d'un petit village, près de Rambouillet, qui, sans notions aucunes de tout ce qui a été antérieurement tenté pour obtenir la reproduction des sangsues, sans autre guide que sa sagacité naturelle, est arrivé à cet heureux résultat, et cela par une série de moyens ingénieux et patiens. Pour nourrir ses annélides, cet honorable épicier n'a pas recours aux moyens sauvages et barbares employés par les éleveurs de la Gironde, qui, comme on le sait, jettent dans leurs marais de pauvres chevaux vivans, hors de service, qu'ils condamnent ainsi à subir un atroce supplice. L'expérience et le succès ont appris à l'épicier de Seine-et-Oise que l'on peut, sans inconvéniens, nourrir les sangsues avec le sang des animaux sacrifiés aux abattoirs. Il est assurément fort curieux de suivre un pauvre homme illétré dans ses tâtonnemens et dans ses découvertes sur le mode de reproduction des sangsues, qui a été si longtemps un mystère et qui a occupé l'attention d'un si grand nombre de savans naturalistes. Aussi l'Académie s'est-elle empressée de s'associer à la proposition de M. Desportes, ayant pour but de donner quelques encouragemens à cet intelligent éleveur.

Cette lecture terminée, M. le président a remis à l'ordre du jour la question du perchlorure de fer, mais personne n'a demandé la parole et la discussion a été déclarée close.

M. Bricheteau, au nom de la commission des épidémies, a lu un très intéressant rapport sur un travail remarquable de M. le docteur Druhen, de Besançon, qui a entrepris la réfutation des malheureuses idées relatives à l'influence de la vaccine sur le développement de la fièvre typhoïde et sur le déplacement de la mortalité. L'analyse étendue que l'honorable rapporteur a donnée de ce travail, les réflexions judicieuses qu'il y a ajoutées, font de ce rapport une œuvre importante sur la question, et nous engagent a le réserver pour une publication prochaine dans nos colonnes.

M. L. Boyer a clos la séance par la présentation d'un bandage herniaire inventé par feu M. le docteur Foullioy, ancien médecin en chef de la marine, et qui a semblé à notre honorable confrère, satisfaire, mieux que les autres appareils usités jusqu'à ce jour, aux indications de la pratique.

Amédée LATOUR.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DU CHOLÉRA ;

Par M. le docteur FILHOS.

Toutes les fois qu'il s'agit d'une question d'humanité, le devoir du médecin est de revenir sans cesse sur le sujet de ses convictions. Je rappellerai donc ce que j'ai écrit en 1832 et en 1849 sur la prophylaxie du choléra.

En présence d'une nouvelle invasion épidémique, il est tout naturel que les populations et l'autorité demandent à la mé-

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — De Celse et de ses écrits. — Celse a-t-il été médecin ? — Préface du livre *De re medica*. Livre Ier : Hygiène des gens bien portans. — Livre IIe : Étiologie, séméiologie et thérapeutique générale : opinion de Celse touchant la saignée, les vomitifs et les purgatifs. — Livre IIIe : Classification des maladie d'après Celse : maladies générales, des fièvres intermittentes. Petite discussion sur la valeur des signes de la fièvre. — Livre IVe : Maladies *locales*.

XXX.

Exposition analytique de l'ouvrage de Celse. (Voir le dernier numéro.)

Un précepte, contredit tous les jours par l'expérience moderne, est celui dans lequel l'auteur établit qu'il ne faut pas saigner après le quatrième jour de l'invasion de la maladie. L'observation démontre que, relativement à l'emploi de la saignée, il faut moins avoir égard à l'époque de la maladie qu'aux forces du malade. Il ne faut pas saigner après le quatrième jour, lorsque, à cette époque, le malade est déjà épuisé et son organisation viciée. Il n'en est pas moins vrai que la saignée est d'autant plus utile, qu'elle est plus rapprochée du début de l'affection. Celse n'aimait pas les saignées abondantes. Si l'on veut, dit-il, tirer une assez forte quantité de sang, il vaut mieux le faire en deux fois que d'un seul coup. Il ne voulait pas que l'on poussât la saignée jusqu'à la défaillance. Il ne paraît pas non plus que, du temps de Celse, les médecins fussent dans l'habitude de faire des saignées très rapprochées, coup sur coup, comme on dit de nos jours. Deux saignées devaient être séparées au moins par un jour d'intervalle.

Celse parle aussi des *ventouses* avec détails.

Quant aux *purgatifs*, il les employait quelquefois, mais avec une grande réserve, et seulement dans le but d'évacuer l'intestin obstrué par les matières. C'est encore à la même fin, et plus volontiers, qu'il prescrivait les lavemens. Du reste, il conseillait à ceux qu'il purgeait de s'y préparer dès la veille, en retranchant quelque chose à leur régime habituel.

Hors les cas de maladies produites par la bile, ou de complications bilieuses, il ne prescrivait les *vomitifs* qu'avec une extrême prudence. Une fièvre intense lui paraîssait en contre-indiquer l'emploi.

Il recommandait les *frictions*, la *diète* et les *sudorifiques*.

2° *Moyens qui ajoutent :* Sous ce nom, Celse ne comprend guère que les alimens et les boissons. Il s'occupe beaucoup de la question des alimens. Il cherche à en déterminer : 1° la quantité moyenne nécessaire à la nourriture de l'homme ; 2° les qualités, les degrés divers de puissance réparatrice, de digestibilité, etc. ; 3° la manière dont chaque aliment agit sur les voies digestives. Ces divisions, créées par Celse, ont été conservées dans nos livres d'hygiène. Enfin, il étudie les alimens par rapport à la diversité des sucs qu'ils peuvent fournir. Voilà le résumé succinct de ce que contient le deuxième livre de Celse.

Dans son troisième livre, l'auteur commence par indiquer la division des maladies en aiguës et en chroniques, division féconde en applications pratiques, et posée, pour la première fois, dans la science, par l'école méthodique.

Chacune des deux grandes divisions est subdivisée en deux groupes principaux : 1° maladies *générales*, qui affectent toute l'économie ; 2° maladies *locales*, qui n'occupent qu'une partie du corps. Voilà nettement exprimée par Celse, cette division sans cesse reproduite, débattue, discutée dans tous les pays et dans tous les temps.

En tête des maladies *générales*, *totius corporis*, il place la *fièvre*. Mais ce n'est pas la fièvre en général, que Celse entend par là, c'est la fièvre *intermittente*. C'est ici que l'auteur s'occupe avec détails des fièvres d'accès, qu'il divise en plusieurs espèces, tant sous le rapport du type qu'au point de vue de la gravité.

1° Relativement au type, les fièvres d'accès se divisent en deux catégories. Dans la première catégorie, les unes sont constituées par des accès séparés par d'assez longs intervalles, de telle sorte qu'il se passe un certain temps pendant lequel la fièvre est nulle. C'est la fièvre intermittente ordinaire : *quotidienne*, *tierce*, *quarte*, etc. Il y en a d'autres dans lesquelles les accès ne laissent pas ou presque pas entr'eux d'intervalle, ce qui les fait ressembler à des fièvres continues. Ce sont les fièvres pseudo-continues des pays chauds.

La deuxième catégorie comprend des fièvres qui n'ont aucune ressemblance avec les fièvres intermittentes de nos jours, et qui se composent d'accès se succédant rapidement au nombre de deux ou trois par jour, tantôt régulièrement, tantôt irrégulièrement. Elles simulent tellement les maladies aiguës fébriles, que le médecin, placé en face d'une affection pareille, doit, avant tout, s'assurer si la maladie aiguë fébrile, quels que soient son aspect ou sa forme, n'est pas une de ces fièvres composées d'une série d'accès.

Nous ne savons pas au juste ce que l'auteur avait en vue en décrivant ces fièvres à accès multiples. C'étaient probablement des fièvres intermittentes à accès très rapprochés, se croisant, se multipliant, irréguliers dans leur marche, leur succession et leur durée.

Il est intéressant de rechercher ce que, en l'absence du précieux fébrifuge dont l'empirisme moderne a doté la science et l'humanité, les anciens possédaient pour combattre l'intoxication paludéenne. On cherchait à modifier la constitution tout entière pour faire disparaître les accès. Celse attribuait, pour produire ce résultat, une immense influence à l'alimentation. Il entre dans de longs détails touchant le régime des fébricitans, la diète, l'époque à laquelle il faut la suspendre pour alimenter les malades. Les praticiens de cette époque avaient pris le parti de soumettre leurs malades à une diète absolue pendant trois ou quatre jours ; ils pratiquaient des frictions sur la peau, donnaient des vomitifs et des purgatifs, mais ils avaient rarement recours à la saignée. C'était ainsi qu'ils cherchaient à agir sur l'organisme par des moyens perturbateurs, dans l'espoir de troubler la maladie et de déranger les accès de fièvre. Telle était la médication employée par Celse.

decine les conseils nécessaires pour se garantir des atteintes du fléau. Notre réponse doit être franche et simple : nous devons dire que, si nous luttons encore péniblement contre l'action du choléra, du moins sommes-nous en mesure d'indiquer, à peu d'exceptions près, les moyens de se préserver de cette maladie. Ces moyens, dont je vais m'occuper, encore niés par quelques médecins, bien plus généralement admis par d'autres, mais seulement d'une manière plus ou moins approximative, m'avaient été suggérés par le grand nombre de malades que j'ai vus ; ils m'ont été exactement démontrés par le tableau analytique suivant que j'ai publié en 1832 ; le seul peut-être de cette espèce, qui ait encore été fait.

Sur 112 malades dont j'ai pu recueillir les observations à cette époque :

1 venait d'avoir le dévoiement,			1er degré, guéri.	
1 l'avait depuis	8 heures,		3me degré, guéri.	
1 depuis	10 heures,		3me degré,	mort.
1 depuis	13 heures,		3me degré,	mort.
17 depuis	1 jour,	7 au	1er degré, guéris.	
		2 au	2me degré, guéris.	
		8 au	3me degré, 1 guéri,	7 morts.
16 depuis	2 jours,	2 au	1er degré, guéris.	
		3 au	2me degré, guéris.	
		11 au	3me degré, 3 guéris,	8 morts.
11 depuis	3 jours,	0 au	1er degré.	
		5 au	2me degré, guéris.	
		6 au	3me degré, 1 guéri,	5 morts.
9 depuis	4 jours,	2 au	1er degré, guéris.	
		1 au	2me degré, guéri.	
		6 au	3me degré, 2 guéris,	4 morts.
16 depuis	5 jours,	2 au	1er degré, guéris.	
		6 au	2me degré, guéris.	
		8 au	3me degré, 1 guéri,	7 morts.
7 depuis	6 jours,	2 au	1er degré, guéris.	
		2 au	2me degré, guéris.	
		3 au	3me degré,	3 morts.
4 depuis	7 jours,	1 au	1er degré, guéri.	
		1 au	2me degré, guéris.	
		2 au	3me degré,	2 morts.
13 depuis	8 jours,	1 au	1er degré, guéri.	
		2 au	2me degré, guéris.	
		10 au	3me degré, 4 guéris,	6 morts.
1 depuis	9 jours,		3me degré, guéri.	
1 depuis	10 jours,		2me degré, guéri.	
1 depuis	15 jours,		2me degré, guéri.	
6 depuis	20 jours,	2 au	1er degré, guéris.	
		1 au	2me degré, guéri.	
		3 au	3me degré, 1 guéri,	2 morts.
1 depuis	33 jours,		3me degré, guéri.	
1 depuis	45 jours,		2me degré, guéri.	
4 malades dont les dates omises.				

Ainsi, sur 112 malades dont j'ai pris les observations :

46 étaient atteints de cholérine, tous guéris.

62 étaient atteints du choléra, 16 guéris, 46 morts.

Tous ces derniers avaient eu, sans exception, la cholérine.

D'où j'ai conclu que :

1° La cholérine, comme prodrôme du choléra, c'est la règle.

Le choléra foudroyant, ou sans prodrômes (s'il y en a), l'exception.

2° La guérison de la cholérine, la règle.

Le passage de la cholérine bien soignée au choléra, l'exception.

En présence d'un résultat aussi positif, ayant été amené à penser que l'on pourrait le plus souvent, je dirais même presque toujours prévenir le choléra en traitant immédiatement la cholérine, je m'empressai de faire connaître un pareil résultat à M. le ministre, dans le cours du mois de juillet 1832, pour provoquer de sa part une mesure tendant à propager les moyens qui devaient, dans ma conviction, sûrement prévenir le choléra. Le 6 septembre 1852, j'insérai le tableau que j'avais fait dans la *Gazette des hôpitaux ;* et le 14 avril 1849 je le reproduisais dans le même journal.

Depuis que le choléra a reparu parmi nous, j'éprouve encore le besoin de rappeler les mesures sanitaires que je demandais en 1832. Toutefois, pour éviter les graves perturbations locales qui pourraient résulter de craintes exagérées qu'on pourrait faire naître ; je ne donnerais les conseils sanitaires dont je parle qu'avec précaution et d'une manière générale. Je dirais, par exemple, qu'un léger retour de l'épidémie à Londres et l'apparition de quelques cas de choléra en France ont attiré l'attention toujours vigilante de l'administration qui, après s'être entourée de toutes les lumières et s'être procuré tous les documens nécessaires, s'empresse, pour prévenir les exagérations de la peur et rassurer les populations, de porter à la connaissance du public que — si la médecine combat encore difficilement le choléra lorsqu'il est déclaré, elle apprend du moins, comme une chose positive, les moyens de sûrement s'en garantir, ce qui vaut encore mieux ; — et j'indiquerais en quelques mots ce qu'il faudrait faire pour cela, en m'appesantissant surtout sur la nécessité de soigner *à la première heure* le plus léger dérangement de corps. En d'autres temps, Moïse eût ordonné, pour apaiser la colère du Seigneur, l'abstinence et des prières ; et en rappelant ainsi son peuple à l'observance de règles d'hygiène propres à diminuer l'activité de l'influence cholérique, il eût sauvé beaucoup de monde. De notre temps, un pareil langage ne serait plus écouté ; mais nous pouvons heureusement le remplacer avec avantage par les résultats positifs de l'observation médicale. Voici, pour ma part, les sources où mes convictions se sont formées :

1° Le tableau que j'ai fait en juillet 1832.

2° L'application, encore en 1832, de principes sanitaires qui découlent de ce tableau, au corps des sapeurs-pompiers de la ville de Paris, où je fus appelé, pendant la seconde période du choléra, à remplacer M. le docteur Treille, chirurgien-major, atteint par l'épidémie.

3° Les résultats obtenus, en 1849, avec M. le docteur Bonet, à la conciergerie de Paris.

4° Enfin, l'absence de tout cas de choléra dans ma clientèle en 1849 ; ayant eu soin de prévenir mes cliens de ce qu'il fallait faire pour se préserver des graves atteintes du fléau épidémique.

Première observation. — Nous nous rappelions, il y a quelques jours, M. le docteur Bonet et moi, l'observation d'un prisonnier qu'on eut toutes les peines du monde, pendant l'épidémie de 1849, à faire monter à l'infirmerie pour y être soigné de la cholérine dont il était atteint. Il fallut cependant obéir ; et il guérit. Mais à la fin de l'épidémie, ayant été repris d'un nouveau dérangement de corps qu'il parvint à cacher à la surveillance des agens de service, il fut frappé du choléra, et il en mourut.

Deuxième observation. — Le 22 juillet 1832, en faisant ma visite dans les chambrées de la 2me compagnie des sapeurs-pompiers, rue de la Paix, avec le capitaine Caisac, le sapeur Leméhoté, que je soignais de la cholérine, se présenta à moi en se déclarant guéri, et me demanda à reprendre son service. Mais sur l'avertissement d'un de ses camarades, qui me dit l'avoir vu aller encore le matin deux fois à la selle, je lui observai sévèrement que j'exigeais, dans son intérêt, qu'il suivît les conseils que j'avais donnés ; et je le prévins qu'en s'en écartant, il s'exposait à être foudroyé par le choléra ; je lui défendis de sortir. Le 23 et le 24, il resta à la caserne ; mais le 25, avant ma visite, il partit pour aller à l'exercice. Vers midi, il fut rapporté cyanosé à la caserne. Envoyé à l'hôpital, il fut assez heureux pour guérir.

Les instructions que j'avais données dans les casernes des sapeurs-pompiers étaient bien simples ; j'avais surtout insisté sur la nécessité de me dénoncer le moindre dérangement de corps, et j'avais ajouté que, si parmi les sapeurs il s'en trouvait quelques-uns assez imprudens pour s'exposer aux coups mortels du choléra, il fallait que les camarades fussent assez humains pour veiller sur eux en me les faisant connaître. Les succès, comme je l'ai dit, justifièrent complètement mes prévisions ; et les braves sapeurs furent si reconnaissans, qu'ils m'envoyèrent (ce que je me rappellerai toujours avec bonheur) une députation composée de sous-officiers, caporaux et soldats, pour me remercier des soins que je leur avais donnés.

Des observations et des faits qui précèdent, il résulte :

1° Que le choléra n'est jamais *foudroyant*, en ce sens qu'il ne se déclare jamais d'une manière soudaine et imprévue ;

2° Qu'il n'existe pas de choléra, *quand sa marche est régulière*, qui n'ait été *précédé* et ne soit *annoncé* par un dérangement d'entrailles d'autant plus insidieux, qu'il est souvent très léger et sans douleur ; ce qui explique la négligence de la plupart des malades à se soigner ;

3° Qu'il suffit quelquefois, pendant l'existence de ce dérangement gastro-intestinal et l'état de susceptibilité dans lequel se trouve le tube digestif, d'un peu de fatigue, d'un léger refroidissement ou de l'ingestion de quelques alimens dans l'estomac pour être *tout à coup frappé* par cet ébranlement nerveux qui constitue le choléra au troisième degré ;

4° Qu'un *moyen certain* de ne pas être atteint du choléra, c'est de combattre *de suite, toute affaire cessante*, les symptômes gastro-entériques ou de cholérine, précurseurs de cette maladie ;

5° Que les cas de mort par le choléra doivent être *exceptionnels*, puisqu'on peut éviter cette maladie en soignant la cholérine à la première heure ;

6° Qu'il serait très imprudent de discuter sur la nature du dérangement de corps ; mais qu'il faut au contraire s'empresser de les combattre tous, quelle que soit la cause qui leur ait donné naissance ;

7° Qu'il importe d'autant plus de se soigner *sans retard*, que, pendant l'existence de la diarrhée, même légère, le malade se trouve exposé à être *foudroyé* d'un instant à l'autre ;

8° Que les symptômes gastro-entériques, précurseurs du choléra, et qui en constituent le premier et le deuxième degrés, sont toujours *combattus avec succès*, comme on le voit par le tableau qui précède ; tandis que dans les cas de choléra au troisième degré, la mortalité est des trois quarts ;

9° Qu'en cherchant à propager les moyens de se préserver du choléra, on ne doit pas redouter de faire naître des craintes, puisqu'on peut leur opposer *la sûreté* des précautions ;

10° Que la nécessité d'une instruction sanitaire, destinée surtout à faire connaître les dangers que fait courir la cholérine, résulte de cette réponse que font tous les cholériques à

2° Au point de vue de la gravité, l'auteur signale les trois formes de la fièvre intermittente pernicieuse la *phrénésie*, la *léthargie*, la *catalepsie*, sur lesquelles nous avons déjà vu Arétée et Cœlius Aurelianus insister dans leurs ouvrages, d'une manière toute spéciale. L'accord qui existe sur ce point entre ces trois grands écrivains de l'antiquité, justifie pleinement ce que nous disions de la multiplicité des formes de la fièvre intermittente et de leur gravité dans les temps anciens.

C'est à propos des fièvres que Celse agite la question de savoir à quels signes on peut reconnaître la fièvre. Du temps d'Hippocrate, l'élévation de la température de la peau était le seul phénomène indiquant la fièvre. Plus tard, on tira de la notion du pouls un signe important et caractéristique, si bien que la fièvre ne fut plus caractérisée seulement par la chaleur de la peau, mais encore par l'accélération du pouls. Celse se demande si, avec ces deux caractères, on peut reconnaître sûrement l'existence de la fièvre. Il montre que ces deux signes, pris isolément ou réunis, ne donnent pas une certitude absolue. L'accélération du pouls, par exemple, peut naître d'une foule de circonstances diverses telles qu'une course précipitée, un exercice violent, diverses influences morales comme la colère, la peur, l'émotion produite par la présence même du médecin ; enfin, un pouls accéléré peut constituer un état normal chez certains individus. Il en est de même, ou à peu près, de la chaleur de la peau. Il ne faut donc pas, ajoute Celse, donner à ces caractères une signification absolue, et, de leur existence, conclure nécessairement à celle de la fièvre. Mais il est d'autres circonstances dont le concours donnera une certitude complète, lorsque, par exemple, à l'accélération du pouls et à la chaleur de la peau s'ajouteront les caractères suivans : sécheresse et aridité du tégument externe, sensation de chaleur aux hypochondres, rougeur ou pâleur anormale de la face, larmoiement, pulsations sensibles des vaisseaux du cou, etc., etc.

Après les fièvres intermittentes, Celse rangeait au nombre des maladies générales, les *hydropisies*. Il est probable que l'auteur avait assigné cette place aux hydropisies, parce qu'il les avait vues se montrer à la suite des fièvres intermittentes ayant produit des engorgemens du foie ou de la rate.

Après les hydropisies, venaient, parmi les maladies générales : la consomption ou atrophie, l'épilepsie, l'ictère, l'éléphantiasis, l'apoplexie, la paralysie. Toutes ces affections, Celse les rangeait au nombre des maladies générales, parce que dans chacune il voyait ou croyait voir le retentissement des phénomènes dans toutes les parties de l'économie ou dans toutes les grandes fonctions de l'organisme. C'était une classification malheureuse que cette division des maladies en générales et locales instituée par Celse, d'après le peu d'élémens que la science pouvait mettre alors à sa disposition. Aussi cet édifice élevé sur le sable est-il bientôt tombé en ruines.

Le livre quatrième contient l'exposition des maladies locales. En tête, on y voit un petit traité de splanchnologie, dans lequel l'auteur passe en revue les organes du thorax et de l'abdomen et en donne une description succincte. Il prend ensuite une à une les maladies de chacun de ces organes et les considère comme autant de maladies locales. Voici la classification singulière qu'il donne des affections de l'estomac : 1° inflammation, 2° ulcération, 3° amas de pituite, 4° amas de bile, 5° atonie de l'estomac.

Comme tous les auteurs anciens, Celse insiste beaucoup sur les affections aiguës de poitrine, la *pleurésie* et la *pneumonie*.

Il fait un tableau assez exact des symptômes de l'hépatite aiguë et chronique. Il indique ensuite, plutôt qu'il ne les décrit, les maladies de la rate et des reins. Il traite du *choléra*, à propos des affections intestinales, signale les *ulcérations* du gros intestin dans la *dysenterie*, et effleure, en passant, la question des *vers intestinaux*.

A la description de l'*hystérie*, se réduit à peu près tout ce que l'auteur dit des affections de la matrice. Il veut qu'on saigne abondamment les hystériques. Du reste, il paraît avoir bien compris le rôle immense que joue l'utérus dans la pathologie féminine, lorsqu'il dit qu'après l'estomac, la matrice est l'organe qui exerce le plus d'influence sur l'économie. Il signale ensuite deux maladies qui ont attiré, comme nous l'avons vu, l'attention de toute l'antiquité, la *polyurie* et les *pertes séminales ;* il termine par l'histoire du rhumatisme articulaire aigu.

Le IIIe et le IVe livres de Celse constituent plutôt un manuel de pathologie et de thérapeutique, qu'un véritable traité de médecine. Ses descriptions sont bien inférieures à celles d'Arétée et de Cælius Aurelianus.

Fin du cours de l'année 1852-1853.

NOUVEL ALIMENT. — Tous les voyageurs qui ont parcouru le Chili, s'accordent à recommander la *fève du Chili* comme un aliment des plus nourrissans. Une forte double poignée de ces fèves suffit au désir d'un homme. Les portefaix et les montagnards, qui se livrent à des travaux extrêmement rudes dans les Cordillères, doivent à cet aliment et à lui seul, la faculté de supporter les fatigues énormes qui y sont attachées. D'après une communication du *Botonisch zeitung*, 1852, n° 28, ce serait une fève de couleur brune ou rougeâtre, appelée *poroto* ou *figoles*. C'est probablement le *dolichos glycinoïdes*, que Poppig recommande également comme un aliment qu'il serait bon d'utiliser en Europe.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

La deuxième livraison du **Nouveau dictionnaire** lexicographique et descriptif **des sciences médicales et vétérinaires** comprenant l'anatomie, la physiologie, la pathologie générale, la pathologie spéciale, l'hygiène, la thérapeuthique, la pharmacologie, l'obstétrique, les opérations chirurgicales, la médecine légale, la toxicologie, et les sciences accessoires ; avec planches intercalées dans le texte ; suivi d'un Vocabulaire biographique, par MM. Raige-Delorme, d.-m., bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris, rédacteur en chef des *Archives générales de médecine* ; H. Bouley, professeur de clinique et de chirurgie à l'École vétérinaire d'Alfort, secrétaire général de la Société nationale et centrale de médecine vétérinaire ; Ch. Daremberg, d.-m., bibliothécaire honoraire de l'Académie de médecine, bibliothécaire à la bibliothèque Mazarine ; J. Mignon, docteur en médecine, ancien chef de service à l'École vétérinaire d'Alfort, membre de la Société nationale et centrale de médecine vétérinaire.

Avec la collaboration de M. Ch. Lamy, pour la chimie.

Prix de cette deuxième livraison, 4 fr. 50 c.

A Paris, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

nos questions : « Qu'ils pensaient que ça ne serait rien. »

11° Que la *diminution de l'appétit* et la *plus légère apparition de malaise gastro-intestinal*, doivent de suite nous porter à prendre beaucoup moins de nourriture, et à choisir des alimens de facile digestion;

12° Que, pour *combattre toujours avec succès* les symptômes prodromiques du choléra, c'est-à-dire la cholérine, il importe que, pendant toute la durée de l'épidémie, on évite avec soin toute surcharge alimentaire intestinale; qu'on s'abstienne de crudités, de tous alimens difficiles à digérer; enfin, de tout ce qui peut fatiguer, ébranler ou irriter le tube gastro-intestinal;

13° Que l'*inobservation des règles hygiéniques* qui précèdent, *surtout les indigestions*, et l'usage de tout ce qui peut donner lieu à un *trouble nerveux* ou à un état inflammatoire gastro-intestinal, peuvent être la *cause du développement d'un choléra foudroyant*;

14° Que les premiers soins à prendre, *en attendant les conseils d'un médecin*, sont : le repos au lit, la diète, une légère infusion sucrée de thé noir ou de camomille, dans le cas de refroidissement, une tisane de riz ou de gomme, lorsque la chaleur s'est conservée ou est revenue; des cataplasmes de farine de graine de lin sur le ventre, et des demi-quarts de lavement d'eau de son, additionnés de cinq à six gouttes de laudanum.

15° Enfin, que les moyens les meilleurs pour éviter les dérangemens d'entrailles ou résister à l'influence cholérique sont : de ne rien changer à sa manière de vivre, si l'on s'en trouve bien, d'éviter tout excès, de se vêtir de manière à résister aux variations de l'atmosphère, et de ne pas croire à la nécessité de prendre, contre ses habitudes, des boissons et des alimens toniques ou excitans.

En résumé,

Démonstration de l'existence de symptômes de dérangement d'entrailles précédant et annonçant toujours l'invasion du choléra foudroyant:

Possibilité de toujours prévenir le choléra en soignant de suite la cholérine;

Heureux résultats de l'application, dans DEUX ADMINISTRATIONS, *des principes sanitaires qui découlent du tableau que j'ai publié, savoir* : DÈS LE MOIS DE JUILLET 1832, *au corps des sapeurs-pompiers de la ville de Paris, et à la Conciergerie, avec M. le docteur Bonet, en* 1849;

Ignorance de la part des cholériques de ce qui eût pu les mettre à l'abri des graves atteintes de l'épidémie;

Nécessité et devoir de faire connaître ce qu'il faut faire pour se garantir du choléra;

Tels sont les faits principaux qui ressortent du précédent article sur la prophylaxie du choléra.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Montrouge, le 12 Décembre 1853.

Monsieur le rédacteur,

Je viens vous demander une toute petite place dans vos colonnes. C'est pour appuyer un des points de la lettre intéressante de M. le docteur Jules Guyot, que vous avez publiée dans l'Union Médicale du 6 de ce mois.

Comme cet honorable confrère et beaucoup d'autres médecins, je suis partisan de l'emploi des spiritueux dans la période algide du choléra. Cet emploi n'est pas nouveau, d'ailleurs. On se souvient que M. Magendie institua le traitement par le punch, dans l'épidémie de 1832, en plein règne de la médecine physiologique (1).

Mais les cholériques, en proie aux vomissemens, ne peuvent pas toujours conserver les boissons ingérées. Comment s'y prendre alors pour exciter la circulation et le système nerveux de la même façon qu'on cherche à le faire par l'injection des alcooliques? C'est en produisant l'effet de ces derniers au moyen des inhalations d'éther, poussées assez loin pour produire une sorte d'ivresse, mais non pas le narcotisme.

Un de nos plus éminens chirurgiens, mon compatriote M. Jobert (de Lamballe), dans un Mémoire récent sur l'anesthésie, a établi entre le chloroforme et l'éther un parallèle tout à fait favorable au second de ces agens, sous le rapport des indications que présente à remplir la période algide et asphyxique du choléra. Il y signale, entre autres, les traits distinctifs suivans : « L'éther, qui appartient à la famille des » alcools, présente, dans son action sur l'économie animale, » quelques-uns des caractères de l'esprit-de-vin et des » liqueurs spiritueuses.... Le chloroforme et l'éther exaltent » d'abord l'appareil vasculaire en précipitant les battemens » du cœur; mais l'éther produit ses effets à un bien plus haut » degré que le chloroforme, et les continue pendant une » grande partie de la durée de l'expérience. »

Pendant le choléra de 1849, à Givet, j'ai employé avec quelque avantage les inspirations de la vapeur d'éther. Non pas, toutefois, que j'aie été aussi heureux que M. Jules Guyot, ni que j'aie arrêté toujours, ou même dans le plus grand nombre de cas, la marche de la maladie. Mais c'est quelque chose que d'avoir à son service un agent de plus pour combattre cette dépression de la chaleur vitale et des forces circulatoires, qui aboutit bientôt à la mort, si on ne parvient à susciter une réaction salutaire.

J'ai aussi observé que les cholériques se trouvaient bien de l'influence du grand air. La distance de la grande caserne de Givet à l'hôpital est de deux kilomètres. Eh bien! les militaires atteints non seulement des évacuations caractéristiques, mais du refroidissement et des crampes, étaient généralement un peu mieux, un peu plus vivans, en quelque sorte, au moment de leur arrivée qu'à celui de leur départ. La ventilation, pendant le trajet, paraissait les avoir quelque peu ranimés.

Permettez-moi enfin, Monsieur le rédacteur, de rappeler ici, toute interprétation doctrinale à part, une des choses dont j'ai reconnu l'utilité dans le choléra de Givet. Je veux parler de la désinfection, par les chlorures ou par le sulfate de fer, des matières rejetées par les malades; mesure jugée si efficace, deux mois plus tard, à Lyon, que M. le docteur Gensoul n'hésitait pas à lui attribuer en bonne partie l'extinction de l'épidémie du choléra qui avait débuté dans l'hôpital militaire de cette grande ville.

Agréez, etc.

Ch. Pellarin, d.-m. p.

(1) Il faut remarquer, cependant, que M. J. Guyot recommande non pas le punch ni les spiritueux plus ou moins dilués, mais l'alcool potable, le rhum pur. (*Note du rédacteur.*)

MALADIES DES ENFANS NOUVEAU-NÉS.

DE L'ÉCLAMPSIE DES ENFANS DU PREMIER AGE, DANS SES RAPPORTS AVEC LA NÉPHRITE ALBUMINEUSE;

Par M. le docteur Cahen.

(Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux de Paris.)

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

6. La présence de l'albumine dans les urines ne peut être en effet considérée comme un accident, comme un phénomène concommitant ou consécutif. On doit y trouver la preuve de l'existence d'une congestion rénale, d'une altération spéciale, d'une néphrite, et voir dans cette néphrite albumineuse la maladie dont les convulsions ne sont qu'une manifestation (1). Les observations suivantes, si incomplètes qu'elles soient, viennent à l'appui de cette assertion.

Observation III. — Un enfant meurt à la clinique à la suite de convulsions dont il avait été atteint pendant la nuit, et qui avaient duré quelques heures seulement.

A l'autopsie, on trouve l'aspect extérieur du corps normal. Pas d'œdème des extrémités ni de la face. Un peu d'épanchement séreux dans les cavités pleurales et péritonéale. Les poumons, le cœur, le foie, la rate, l'estomac et le canal intestinal ne présentent pas d'altération. — Le cerveau a conservé sa consistance; on n'y trouve pas d'épanchemens sanguins. Les membranes ne sont pas infiltrées. Un peu de sérosité claire dans les ventricules.

Les reins sont lourds; ils pèsent, le gauche, 19 grammes, le droit, 26,50. La capsule fibreuse se détache facilement. La substance corticale est pâle, jaunâtre; la substance tubuleuse est d'un rouge-brunâtre. La vessie contient fort peu d'urine; mais cette urine est albumineuse quand on la traite par la chaleur; le précipité ne se dissout pas dans l'acide nitrique.

Observation IV. — Un enfant de deux jours, du sexe masculin, né avant terme, pesant 1,900 grammes et d'une longueur totale de 42 centimètres, meurt subitement à la suite de convulsions, le 29 avril 1851.

A l'autopsie, les principaux organes sont à l'état normal. Les reins sont congestionnés; l'un pèse 17 grammes et l'autre 14. — Quelques gouttes d'urine trouvées dans la vessie donnent un précipité blanc d'albumine.

Il y a, dans cette observation, une particularité à noter : c'est que la mère elle-même était albuminurique, et que la néphrite albumineuse paraissait avoir été chez elle la cause de l'avortement qui avait eu lieu au huitième mois. L'enfant aurait-il été atteint de néphrite albumineuse congéniale?

Dans son observation II, M. Rilliet dit, en parlant des reins : « A la coupe, la proportion entre les substances corti» cale et tubuleuse est conservée; la seconde, par sa teinte » *violette*, tranche sur la première, qui n'est nullement exubé» rante, mais a une couleur jaune clair qui nous paraît devoir » être rapportée à l'anémie. » Or, comme cette décoloration supposée anémique n'est pas notée dans les autres tissus, et qu'elle n'eût pas échappé à cet observateur exact, il me sera permis, sans doute, d'adopter le fait qu'il signale, en lui donnant une autre interprétation, et il me semble qu'on peut raisonnablement supposer que, dans cette observation d'albuminurie, la lésion des reins dépendait d'une maladie de Bright.

7. Ne sait-on pas, d'ailleurs, combien il est peu exceptionnel de voir chez les adultes, à une époque ultime de la néphrite albumineuse, survenir des attaques épileptiformes, des attaques d'éclampsie. M. Rayer les a signalées; les ouvrages anglais en renferment un grand nombre d'exemples.

Ne sait-on pas d'autre part que l'un des symptômes de l'albuminurie, la perte momentanée de la vision, sur laquelle M. Landouzy a fixé l'attention, peut survenir subitement au début de la maladie comme symptôme initial, tandis que dans d'autres circonstances, au contraire, elle survient à une époque plus avancée.

Ne sait-on pas que chez la femme enceinte, on peut voir l'éclampsie éclater brusquement au milieu de la meilleure santé apparente, tandis que le plus souvent on a pu constater avant l'attaque convulsive l'existence des symptômes ordinaires de la néphrite albumineuse.

Et par conséquent, n'est-il pas rationnel d'admettre que chez les enfans, ces convulsions épileptiformes, ces attaques d'éclampsie, qui sont accompagnées d'albuminurie, sont aussi produites par l'existence d'une maladie des reins, congestion active, inflammation, altération spéciale, par une néphrite albumineuse.

8. On a dit cependant que *l'affection du cerveau pouvait être primitive* et l'altération de la sécrétion urinaire consécutive. De même qu'une lésion des centres nerveux peut produire une glucosurie, une autre lésion des mêmes organes pourrait déterminer l'albuminurie, simple trouble fonctionnel de la sécrétion urinaire; mais les altérations matérielles que l'on peut constater dans les reins, et l'existence possible de l'albuminurie sans troubles cérébraux (ainsi qu'on l'observe tous les jours) ou avant l'apparition des symptômes cérébraux ne permettent pas de soutenir une pareille proposition. D'ailleurs, dans les cas où l'autopsie a été faite, les organes encéphaliques ont été trouvés sains, ou simplement congestionnés, comme ils ne peuvent manquer de l'être après de violentes attaques convulsives, dans lesquelles la respiration et la circulation ont été troublées. La petite quantité de sérosité qu'on y a trouvée quelquefois, est bien plus probablement l'effet de l'hydropisie albuminurique que d'une lésion locale.

9. On a dit encore que l'albuminurie était l'expression *d'une affection générale qui pouvait exister en même temps que l'éclampsie, sans qu'il y eût entre l'un des symptômes et l'autre aucun rapport de causalité*. A cette objection que je suis heureux d'avoir à réfuter, parce qu'elle m'était adressée dans un travail dans lequel le soin que l'on a mis à combattre les opinions que j'avais émises, sert maintenant à constater, du moins, que ces opinions étaient à moi; à cette objection il est simple d'opposer les altérations constatées dans le tissu des reins, qui prouvent que l'affection a son siége principal dans ces organes, et que probablement, l'affection générale n'est que consécutive à celle des reins. Mais c'est là une question incidente que je ne peux pas discuter ici. Cependant, je dois répondre que *jamais*, depuis que ma thèse a été publiée, on n'a rencontré bien positivement d'éclampsie sans albuminurie, chez les femmes enceintes; que, chez l'adulte, les seuls cas d'éclampsie qui ont été observés s'accompagnaient de néphrite albumineuse. Et j'appelle maintenant l'attention sur les attaques convulsives épileptiformes des jeunes enfans, avec la conviction que les rares observations que j'ai pu faire se multiplieront, se généraliseront, et que, chez eux aussi, on constatera, quand on la recherchera, la coexistence de l'albuminurie, de la néphrite albumineuse avec l'éclampsie. Alors, aussi, on reconnaîtra, sans doute, que les accidens convulsifs sont sous la dépendance des lésions organiques des reins.

10. Ici, cependant, une difficulté se présentera. Chez les femmes enceintes, chez les adultes, généralement les symptômes habituels de la néphrite albumineuse appellent l'attention sur l'état de la sécrétion urinaire. On observe de l'œdème de la face ou des malléoles, de l'anasarque quelquefois. Chez les enfans que j'ai observés, aucun de ces symptômes ne préexistait à l'attaque convulsive, et même, ils manquaient complètement, à part cependant la bouffissure de la face. Mais cette bouffissure pouvait, à la rigueur, être considérée comme le résultat de la convulsion, et non comme produite par la néphrite albumineuse.

Il serait donc très important, dans les cas où on supposerait l'existence d'une albuminurie et où l'on aurait conçu la crainte de voir survenir des accidens convulsifs, d'examiner les urines. Mais là encore, on sera arrêté quelquefois, soit par l'impossibilité de recueillir celles qui sont émises spontanément, soit par la difficulté de les extraire de la vessie.

11. Dans deux observations que j'ai rapportées et dans une des observations de M. Rilliet, *l'urine examinée a été extraite de la vessie, lors de l'examen cadavérique*. Cette circonstance pourrait sembler de nature à laisser du doute sur la valeur que l'on doit attribuer à la présence de l'albumine dans ces cas; car on a prétendu que souvent l'urine recueillie après la mort, contenait de l'albumine, par suite de modifications cadavériques, alors qu'elle n'en aurait pas présenté pendant la vie. Pour lever cette objection, j'ai examiné l'urine sur un très grand nombre de cadavres d'enfans morts d'affections étrangères aux voies urinaires, et jamais je n'ai trouvé les urines albumineuses. Il est vrai que cet examen était fait peu de temps après la mort et sur des cadavres qui n'avaient pas encore subi d'altération apparente.

12. Enfin, j'ai examiné très souvent les urines d'enfans atteints de *convulsions nerveuses*, bien distinctes par leur aspect, par leur forme, par leur durée, par leur terminaison, des attaques d'éclampsie, et *jamais* je n'ai trouvé ces urines albumineuses.

Par conséquent, il existe certainement une espèce particulière de convulsions qui sont sous la dépendance d'une affection des reins, qui sont accompagnées d'albuminurie qui présentent un aspect épileptiforme. Cette conclusion qui peut paraître prématurée, sera confirmée, j'en ai la conviction, par des observations ultérieures.

13. Comment ces attaques convulsives peuvent-elles être déterminées par une maladie des reins? Quelle est leur gravité? Quel doit être leur traitement? Ce sont là des questions que je laisserai à peu près sans réponse, et on m'approuvera sans doute, d'aimer mieux attendre que les faits se multiplient pour les interpréter, que de tirer des conséquences formelles de très rares et incomplètes observations.

(1) On comprend que je n'entame pas ici de discussion sur la nature de la maladie des reins que l'on rencontre. C'est là une question importante qui ne saurait être traitée incidemment.

Qu'il me soit permis, cependant, de présenter très succinctement les hypothèses que l'on a émises sur le mode d'après lequel la néphrite albumineuse produirait l'éclampsie. L'opinion de M. Rilliet, me paraît donner l'interprétation la plus convenable des faits. « Nous croyons rationnel, dit-il, de » regarder les accidens cérébraux comme la conséquence de » de l'hydrencéphalie, en prenant ce mot dans sa plus large » acception, c'est-à-dire en y faisant entrer non seulement les » épanchemens intra ou sous-arachnoïdiens et ventriculaires, » mais aussi l'infiltration séreuse de la substance cérébrale » elle-même. »

Cette explication ne trouve pas, il est vrai, dans les observations recueillies jusqu'à présent, une sanction suffisante, mais elle satisfait davantage l'esprit que l'explication donnée par les auteurs anglais. D'après eux, le sang serait altéré par une diminution dans la quantité de l'albumine normale et par la présence d'une certaine quantité d'urée (Barlow). Le sang ainsi altéré agirait comme agent toxique et déterminerait des convulsions comme en produisent quelquefois des poisons introduits dans l'économie. Mais on voit, dans une foule de circonstances, l'albuminurie exister pendant longtemps sans être accompagnée du moindre trouble cérébral; on peut voir les accidens cérébraux paraître, disparaître, reparaître sans aucun changement appréciable dans la nature des urines, dans la quantité de l'albumine excrétée. Or, si la cause persistait on ne s'expliquerait pas la disparition des effets. Sans doute on a trouvé de l'urée dans la sérosité des ventricules d'un malade mort avec des convulsions à la suite d'une néphrite granuleuse; mais pourquoi attribuer les accidens convulsifs plutôt à l'urée qu'à la sérosité même qui la tenait en dissolution?

On a prétendu aussi que la diminution des globules du sang notée par MM. Becquerel et Rodier, donnait une explication convenable des accidens convulsifs qui surviendraient comme à la suite des hémorrhagies abondantes. Mais on sait que la diminution des globules ne se manifesterait qu'après la période d'acuité de l'albuminurie, et les convulsions surviennent le plus souvent pendant cette période. D'ailleurs il n'existe aucune analogie entre les convulsions anémiques et celles des albumuriques, il suffit d'avoir eu occasion de les observer toutes deux pour qu'on ne soit plus tenté de les confondre ni même de les comparer entr'elles.

Enfin une autre opinion qu'il me sera très facile de combattre, puisque c'est moi qui l'avais émise, considérait les convulsions des albuminuriques comme un phénomène nerveux qui surviendrait principalement chez des sujets prédisposés aux réactions nerveuses. Mais le plus simple examen fait immédiatement reconnaître qu'il n'y a aucune analogie non plus entre les accidens convulsifs des névroses et ceux de l'éclampsie. La comparaison que j'avais établie n'est donc nullement fondée. Aussi depuis longtemps j'y avais renoncé, et j'interprétais les phénomènes convulsifs soumis à mon observation, ainsi que le fait M. Rilliet; mais je ne me trouvais pas autorisé par les résultats nécroscopiques, à formuler mon opinion à cet égard; et il me paraît encore nécessaire que de nouveaux faits viennent la confirmer.

15. On comprend facilement de quelle importance il est, pour le pronostic et pour le traitement, que la question que je viens d'examiner reçoive une solution convenable.

Pour le pronostic, il doit varier, en effet, selon que l'on considère les convulsions comme un simple trouble fonctionnel ou qu'on les rapporte à une affection cérébrale, à une altération matérielle. Mais, dans tous les cas, il faudra encore se rappeler que l'affection primitive est dans un organe autre que le cerveau, et que les lésions cérébrales qui se présenteraient ne seraient encore qu'une complication très grave, sans doute, de la maladie primitive.

Il est évident que, pour le traitement, les mêmes considérations seraient d'une grande importance; mais il y aurait présomption à indiquer une médication d'après des idées théoriques seulement. Dans un des cas que j'ai cités, les émissions sanguines ont été suivies de guérison; dans un autre cas, la guérison est survenue après des fumigations aromatiques; il serait peu rationnel d'en conclure que les deux moyens employés ont eu une action sur la marche de la maladie. M. Rilliet a conseillé, dans certaines circonstances, des mouchetures pour donner issue au liquide épanché dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mais chez nos enfans, il n'y avait pas d'œdème. Récemment, on a conseillé la digitale, le calomel, le tartre stibié; tous ces moyens paraissent assez indiqués; l'avenir dira quels sont ceux qu'il faut préférer.

Malheureusement, il faut toujours craindre que la maladie débute brusquement et se termine immédiatement d'une manière funeste, sans que les secours de l'art aient pu être administrés. Comment survient la mort dans ces cas, cette mort subite, pour ainsi dire? Nous l'ignorons; mieux vaut chercher à la prévenir qu'à l'expliquer.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 Décembre 1853. — Présidence de M. Bérard.

La correspondance officielle comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Rousset, médecin cantonal à Sarguemines, sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans la commune de Grosbliederstoff, pendant les mois de juillet, août et septembre de cette année.

2° Le rapport final de M. le docteur Jacquez, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lure, sur une épidémie de rougeole compliquée de dysenterie qui a régné dans la commune de St-Loup, depuis le 1er janvier 1853 jusqu'au 12 mai de la même année.

3° Un rapport rédigé par M. le docteur Barthez, médecin en chef de l'Hôpital thermal militaire de Vichy, sur le service de cet établissement pendant la saison de 1853.

4° Une demande d'avis sur une source minérale d'Escouloubre (Aude).

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Pétrequin, de Lyon, avec une note étendue, dont nous reproduisons le titre et l'extrait suivant:

Combinaison de la méthode de Brasdor avec les injections coagulantes dans le traitement de certains anévrysmes.

...... Rationnelle en principe, mais malheureuse en pratique, la méthode de Brasdor constitue une médication qu'on ne doit pas négliger et qu'il importerait essentiellement de perfectionner.

Il m'a semblé qu'on réussirait à augmenter les chances heureuses de la méthode, en trouvant le moyen de coaguler rapidement le sang dans l'anévrysme, et que la combinaison des injections hémoplastiques et de la ligature artérielle pourrait, dans les cas désespérés, conduire à des résultats favorables; d'autant mieux que ni l'une ni l'autre de ces deux méthodes ne pouvait être appliquée séparément. Cette idée me parut fournir le germe d'un progrès pour la thérapeutique chirurgicale, et je m'occupai des meilleurs procédés d'application.

J'imaginai d'utiliser dans ce but les injections coagulantes à titre de méthode mixte..... Il s'agissait de venir en aide à la méthode de Brasdor par un procédé hémoplastique.

Le malade avait un anévrysme de l'artère sous-clavière droite; je liai d'abord l'axillaire par le procédé de Marjolin et Lisfranc, au point où elle prend naissance sous la clavicule, je fis ensuite une ponction sur la tumeur; mais la canule s'étant faussée, l'injection ne put pénétrer, et je fus obligé de la renvoyer au surlendemain. Je pratiquai alors une seconde ponction. Je fis établir préalablement une compression méthodique sur le tronc innominé.

Le choix et le mode d'emploi du perchlorure ne sont point indifférens. M. Velpeau a eu raison de dire que le perchlorure à 30° n'est point un caustique; les nombreuses opérations de varices pratiquées à l'Hôtel-Dieu de Lyon l'ont surabondamment démontré. Pour les varices, 3 à 5 gouttes suffisent par piqûre; il en faut davantage pour les anévrysmes, eu égard à leur volume. Quant à la densité du liquide, l'expérience nous a maintes fois prouvé que le perchlorure à 30° réussit parfaitement pour les varices. Faut-il abaisser le titre pour les anévrysmes? Nous avons, à cet égard, entrepris, avec MM. Desgranges et Burin, sur des perchlorures à 20 et 15° de densité, une série d'expériences dont on fera, plus tard, connaître les résultats. En attendant, je ferai remarquer que M. Valette s'est servi, avec succès, du perchlorure à 30° pour l'anévrysme qu'il a guéri.

J'employai du perchlorure ferro-manganique à 30°, préparé par M. Burin du Buisson; j'en ajoutai 8 à 9 gouttes. Ce que je voulais produire avec le perchlorure, je fus assez heureux pour l'obtenir : la tumeur, qui depuis la ligature n'avait pas notablement changé en deux jours, diminuait sensiblement après l'injection; ce premier résultat fut assez décisif; il le devint encore davantage le lendemain, comme le témoignent les détails cliniques dans lesquels entre M. Pétrequin.....

Nous remarquerons, ajoute-t-il, que, bien qu'une inflammation suppurative soit survenue à la suite de deux piqûres faites pour l'injection, cependant ce n'est pas de ce côté que l'hémorrhagie a eu lieu. Toutefois, il sera toujours utile d'éviter de multiplier des piqûres, et l'on devra prendre les plus grandes précautions pour prévenir l'infiltration du perchlorure dans le tissu cellulaire; ce sont deux puissantes causes de phlogose et de suppuration. J'avais ponctionné au-dessus de la clavicule; l'hémorrhagie venait sourdre au-dessous; elle provenait de la section prématurée du vaisseau; or, c'est là un accident malheureusement très commun aux ligatures en général. Lisfranc note 7 hémorrhagies sur 31 ligatures par la méthode d'Anel, et par la méthode de Brasdor en particulier, sur 12 morts dont les causes ne sont pas toutes spécifiées, l'hémorrhagie est nettement accusée deux fois. D'ailleurs, cette opération est toujours des plus graves; sur 33 ligatures de l'axillaire et de la sous-clavière, Lisfranc marque 15 morts, et M. Velpeau 25 sur 60 pour la sous-clavière. Or, on ne peut pas en accuser le perchlorure qui n'était alors ni usité, ni connu. Mon opération n'offre rien d'extraordinaire à cet égard; on pourrait espérer à l'avenir mieux conjurer ce funeste résultat, en s'éloignant davantage du sac; j'avais bien cherché à le faire. Mais peut-être aurais-je mieux réussi en plaçant la ligature plus bas encore sur l'axillaire.

Il nous semble qu'avec cet ensem le de modification, la combinaison des injections coagulantes et de la méthode de Brasdor pourra devenir une ressource précieuse dans le traitement de certains anévrysmes. (Comm. MM. Roux, Laugier, Malgaigne, Leblanc et Velpeau.)

M. Burin du Buisson adresse une nouvelle réclamation au sujet des critiques qui lui ont été adressées dans la récente discussion sur le perchlorure de fer.

Urétroscope.

M. Bonnafont adresse sur ce sujet la lettre suivante :

Dans la dernière séance, M. Desormeaux a présenté un intrument destiné à porter la lumière dans le canal de l'urètre, etc.; cet appareil est en tous points semblable à celui dont je me sers depuis bientôt vingt ans pour éclairer le conduit auditif externe. Je viens donc réclamer la priorité pour l'idée et pour la construction d'un instrument ayant pour but de porter la lumière dans de grandes profondeurs au moyen d'un foyer lumineux reçu par un miroir réflecteur dont la surface présentant une inclinaison de 45 degrés réfléchit directement la lumière dans un tube plus ou moins étroit.

Toutes les parties d'ailleurs décrites par M. Desormeaux, pour la composition de son instrument, se trouvent dans celui que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, et qui a été construit, d'après mes indications, par M. Jugar, habile opticien de la marine à Toulon, en 1833.

On y voit: 1° un cylindre pour recevoir le foyer lumineux d'une lampe quelconque présentant une ouverture munie d'une lentille destinée à concentrer tous les rayons lumineux; 2° un miroir reflecteur en platine incliné à 45 degrés, destiné à recevoir et à réfléchir ces rayons dans une direction droite; lequel miroir présente, à son centre, un oculaire par lequel le rayon visuel peut apercevoir les objets éclairés sans déranger le mécanisme de l'appareil reflecteur. Notre instrument présente, de plus, un appareil microscopique placé en avant du miroir, destiné à grossir les objets et à les rendre ainsi plus accessibles à l'œil de l'observateur. L'idée de cet instrument remonte déjà à 1830, car, avant mon départ pour l'expédition d'Afrique, je la communiquai à M. Samson, l'habile fabricant, alors premier ouvrier chez Sir-Henry.

M. Desormaux attribue à M. Léon Foucault l'idée première du miroir percé à son centre d'un oculaire. Reste à savoir si le savant physicien en faisait usage avant l'époque que nous venons d'indiquer.

Dans un mémoire que j'adressai à l'Académie des sciences en 1834, sur le mécanisme de la membrane du tympan et des osselets de l'ouïe, que j'avais étudié à Alger à l'aide de cet appareil, j'y joignis le dessin de cet instrument qui, ainsi que le mémoire, doit se trouver dans quelque carton poudreux du savant physiologiste qui en fut nommé rapporteur et qui n'a jamais fait de rapport.

Cet instrument, que j'appelai alors *phosactéon* (conducteur de lumière), et que, depuis, j'ai simplifié et nommé *otoscope*, a été remarqué par tous les nombreux confrères qui sont venus me recommander des malades, et qui ont pu aussi remarquer combien ce moyen est précieux pour éclairer le conduit auditif, et pour rendre faciles toutes les opérations qu'on est appelé à y pratiquer.

Du reste, en adressant cette réclamation je n'ai nullement l'intention d'affaiblir le mérite de la communication de M. Desormeaux, puisqu'il ne connaissait pas, m'a-t-il dit, mon instrument; mais seulement de revendiquer, pour moi, l'idée première de l'invention et pour M. Juglar, l'habile opticien, le mérite de l'exécution.

Permettez-moi, Monsieur le président, de terminer cette lettre, déjà un peu longue, par une simple réflexion sur le mérite présumable du spéculum urétroscope.

Quand je commençai mes expériences, je fis adapter à mon spéculum des tubes de différentes longueurs, afin de mesurer la distance à laquelle il fallait placer le foyer lumineux des objets que je voulais observer. Je m'assurai bientôt que, dans un tube ayant 5 ou 6 millim. de diamètre, comme le conduit auditif, quatre pouces étaient la limite où la lumière cessait d'être suffisamment projetée; au-delà, les objets sont confus et d'un aspect rougeâtre, qui peut dénaturer leur couleur normale. Or, comme les rétrécissemens de l'urètre siégent le plus souvent dans la portion membraneuse du canal, il est fort à craindre que, vu leur éloignement et l'étroitesse du tube conducteur (sans parler de la courbure du canal), cet instrument ne réponde pas à toutes les espérances que s'en est promises l'auteur.

C'est là, du reste, un point sur lequel je désire me tromper, car s'il en était autrement, je serais le premier à applaudir à l'heureuse application que M. Desormeaux en aura faite pour aider au diagnostic souvent si obscur des altérations du canal de l'urètre, ainsi qu'à leur traitement. (Comm. MM. Ricord, Ségalas, Laugier.)

M. Guilliermont, de Lyon, au nom de M. Socquet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, communique une note relative à une préparation pharmaceutique qu'il désigne sous le nom de tannate d'iode, et aux applications dont cette préparation serait susceptible (Comm. MM. Bouchardat et Boullay).

M. Florentin (de Corrèze) adresse un mémoire sur le traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine. (Comm. des épidémies.)

M. Chassaignac écrit au sujet de la réclamation de M. Moreau-Boutard, sur la priorité d'invention du procédé de trachéotomie qu'il a communiqué à l'Académie, pour démontrer qu'il n'y a aucune ressemblance entre le procédé décrit par M. Moreau-Boutard et le sien.

M. Sémanas, de Lyon, met sous les yeux de l'Académie des propositions relatives à un traitement préventif, général et spécifique du choléra. (Voir l'Union Médicale du 10 décembre.)

M. Costilhes adresse une observation de chorée syphilitique recueillie à l'hôpital St-Lazare. (Comm. M. Ricord.)

— M. le Président fait part à l'Académie de la nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne de l'un de ses plus anciens membres, M. Bouriat, mort à l'âge de 90 ans.

M. Bousquet, sur l'invitation de M. le Président, donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Bouriat. Le discours de M. Bousquet est accueilli par des applaudissemens.

M. Soubeiran lit une notice sur les marais à sangsues de Clairfontaine (Seine-et-Oise). Il s'agit d'un établissement fondé par M. Borne, et qui, d'après la notice très détaillée de M. Soubeiran, réunirait mieux que tout autre les conditions nécessaires à la reproduction et à l'accroissement des sangsues, et constituerait un progrès important dans cette industrie.

Sur la proposition de plusieurs membres, une commission sera désignée à l'effet d'examiner s'il n'y aurait pas lieu de proposer une récompense ou une médaille pour le fondateur de cet établissement.

M. Bricheteau lit un rapport sur un mémoire de M. Druhen (de Besançon), relatif à la question de l'influence de la vaccine sur la mortalité. (Nous publierons ce travail.)

M. L. Boyer présente un nouveau bandage herniaire. (Nous en publierons la description dans le prochain numéro.)

RÉCLAMATION.

Paris, le 13 Décembre 1853.

Monsieur le rédacteur,

J'ai lu dans votre journal du 8 décembre courant, une note concernant un nouveau filtre que l'administration de l'assistance publique, dans sa bienveillante sollicitude pour tout ce qui est amélioration, progrès, et dans un but philantropique qu'on ne saurait trop louer, a laissé placer, à titre d'essai, dans la pharmacie de l'hospice de la Salpêtrière (vieillesse femmes); l'auteur inconnu de cette note prétend que ce système de filtrage a obtenu les résultats les plus satisfaisans et qu'il va être appliqué aux fontaines publiques et aux hôpitaux.

M. le directeur de l'hospice de la Vieillesse (femmes), m'autorise à publier qu'il n'a nullement approuvé l'insertion d'un article en tout point erroné; il a vu fonctionner cet appareil de filtrage, et après avoir reconnu qu'il ne remplissait aucune des conditions annoncées par son inventeur, il a dû renoncer à s'en servir, et il l'a invité à le retirer.

Je viens vous prier, Monsieur le rédacteur, de vouloir bien, dans l'intérêt de la vérité, insérer cette lettre dans votre plus prochain numéro.

Recevez, etc.

A. Vedel,

Chevalier de la Légion-d'Honneur, entrepreneur du filtrage des eaux des fontaines de Paris et des hôpitaux.

La note à laquelle M. Vedel fait allusion n'émanait pas de la rédaction de l'Union Médicale; elle était extraite d'un journal politique, et c'est par erreur que l'indication de la source n'avait pas été donnée.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 150. SEPTIÈME ANNÉE. **Samedi 17 Décembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............	32 Fr.
6 Mois............	17
3 Mois............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges, n° 12*, À PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56* ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12*.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 16 DÉCEMBRE 1853.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

État complètement stationnaire depuis notre dernier numéro. Nous n'en tirons aucune conséquence, car nous craignons que la journée du 16, sur laquelle nous n'avons, à cette heure, que des documens incomplets, ne nous force à signaler une augmentation.

CAS DÉCLARÉS :

14 décembre.	Cas reçus dans le jour	18
	Cas déclarés à l'intérieur	6
	Total......	24
15 décembre.	Cas reçus dans le jour	15
	Cas déclarés à l'intérieur	7
	Total......	22

DÉCÈS :

Le 14 décembre. . . .	11
Le 15 décembre. . . .	8

Mouvement du choléra dans les hôpitaux et hospices jusqu'au 15 décembre inclusivement :

Cas déclarés, 697 ; — sortis, 137 ; — décédés, 285 ; — restans, 275.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Service de M. le professeur REQUIN.

Sommaire. — Intoxication saturnine chez deux coloristes. — Absorption très minime de céruse. — Encéphalopathie; douleurs névralgiques, hémiplégie, diplopie. — Chloro-anémie, ictère et liseré saturnins.

Le blanc de céruse, contre lequel les médecins n'ont cessé depuis longtemps déjà de s'élever, et qui, dans ces dernières années, a été dans ce journal et ailleurs l'objet d'attaques si justes et si fondées, n'est pas encore, nous le craignons, près de disparaître de l'industrie. Longtemps, probablement, il continuera à donner lieu à ces accidens si graves, si variés et si bizarres, dont la cause et l'évolution ont été de nos jours si bien étudiées. Le mémoire de M. Grisolle, sur les accidens cérébraux produits par les préparations saturnines, le traité de M. Tanquerel des Planches, tout récemment enfin la thèse de M. Bernard, de Montessus, sur l'épilepsie saturnine, et plusieurs autres travaux, ont laissé peu de points obscurs dans une maladie, dont les différentes formes avaient été méconnues ou mal saisies par les auteurs des siècles précédens. S'il nous reste peu de chose à apprendre sur ce point intéressant de pathologie, ce n'est pas une raison pour compromettre les connaissances acquises, en négligeant les faits curieux et d'un diagnostic obscur et difficile qui se produisent autour de nous. Comme, encore une fois, il est à craindre qu'ils ne se renouvellent souvent avant la complète substitution du blanc de zinc au blanc de céruse, il est utile, croyons-nous, de les rappeler de temps en temps à la mémoire des médecins.

Dans les deux cas, d'une gravité bien différente, que nous rapportons plus loin, les accidens se sont manifestés chez des personnes qui, généralement, en sont exemptes et qui, par le peu d'emploi qu'elles font de la céruse, sembleraient devoir en être complètement à l'abri. Les personnes dont il s'agit exerçaient toutes les deux la profession de coloriste, profession qui ne figure pas dans le tableau publié par M. Tanquerel, et contenant l'indication du métier de plus de 1,200 individus affectés d'intoxication saturnine. Le développement des accidens, chez nos deux malades, n'a rien néanmoins de surprenant. Toutes les fois que le plomb, sous une forme et par une voie quelconque, peut être absorbé, il doit en résulter et il en résulte, au bout d'un certain temps, les signes de l'absorption. Or, comme nous allons le voir, ces deux femmes, par leur profession et par une négligence malheureuse, ont avalé, pendant un temps assez long, une quantité de blanc de céruse, de carbonate de plomb, à laquelle, toute minime qu'elle était, l'économie n'a pu s'habituer. Nous commencerons, d'abord, par une observation d'encéphalopathie légère, en voie d'amélioration, mais dont la guérison complète, si on parvient à l'obtenir, se fera longtemps attendre.

Au n° 2 de la salle Sainte-Marie est couchée une femme, âgée de 40 ans, née à Paris et y ayant toujours demeuré. Elle est entrée dans le service de M. Requin pour la deuxième fois le 24 octobre dernier. Cette femme, d'une apparence chétive, excessivement maigre, s'est cependant toujours assez bien portée. Elle a eu douze enfans, les couches ont été heureuses.

Quant aux accidens actuels, ils remontent au mois d'août dernier et doivent être attribués à la profession qu'elle exerce; elle est coloriste depuis l'âge de douze ans et a la mauvaise habitude, que partagent certaines de ses compagnes, de mettre les pinceaux dans sa bouche. Malgré cette inprudence, il ne lui était rien survenu avant ces derniers temps; elle était sujette seulement à des coliques et à de la constipation, accidens qu'elle attribuait plutôt à ses couches qu'à sa profession.

Au mois d'août elle fut prise de coliques et d'envies de vomir, dont la nature resta quelque temps méconnue. Le mal cependant, ayant été traité par les purgatifs, céda, et la malade au bout d'un mois reprit son métier; mais bientôt elle dut l'interrompre encore, de nouveaux accidens s'étant manifestés. Cette fois, elle éprouvait surtout des troubles du système nerveux et des douleurs dans les bras et dans la tête. On crut d'abord même à une affection rhumatismale, dont cette femme, à la vérité, n'avait jusqu'alors éprouvé aucun signes mais dont ses parens avaient beaucoup souffert.

Vers le 10 ou le 15 octobre, les douleurs d'estomac et les vomissemens reparurent. Huit jours plus tard, il survint de l'engourdissement du bras droit. Tels étaient les phénomènes que la malade présentait encore au moment de son admission. Quelques jours après des douleurs névralgiques se manifestèrent dans la partie droite et postérieure du cou et du crâne et dans le membre supérieur droit, douleurs qui arrachaient des cris à cette femme et qui cessèrent au bout de huit jours à peu près. Il resta à leur suite différens troubles qui n'ont pas varié beaucoup depuis cette époque et dont voici le tableau :

Toute la moitié droite du corps présente un affaiblissement de la contractilité musculaire et de la sensibilité tactile. Ces phénomènes sont surtout prononcés dans le membre supérieur; les mouvemens en sont faibles, difficiles et mal assurés. Il y a un engourdissement des doigts qui empêche parfois la malade de saisir de petits objets. La marche est également affaiblie et vacillante, ce dont la malade ne s'aperçoit pas, car, quand on l'interroge à cet égard, elle répond contrairement à ce qu'on peut facilement observer en la faisant marcher. La diminution de la sensibilité ne porte guère que sur la partie droite et supérieure du tronc et sur le bras du même côté. Dans le membre, c'est aux doigts que l'altération de la sensibilité est le plus marquée; il y a à la fois diminution de la sensibilité tactile et exagération de la sensation du froid. Il existe en outre un léger strabisme divergent de l'œil droit et de la diplopie quand la malade regarde en dehors et à gauche.

En présence de ces seuls accidens, on eût pu hésiter sur la véritable nature du mal; mais en tenant compte de la profession de la malade, des phénomènes qu'elle avait déjà éprouvés, et qui se rapportaient à une colique saturnine, et des signes de l'intoxication saturnine qu'elle présentait et que nous allons indiquer, il n'était plus permis de conserver de doutes. En effet, les dents, vers leur racine, offraient une coloration noirâtre; les gencives, à leur bord libre, un liseré

Feuilleton.

CAUSERIES.

Mes informations étaient exactes; le conseil d'administration de l'Académie de médecine porte M. Jobert (de Lamballe) à la vice-présidence pour 1854. Le succès de cette candidature est donc assuré. Il est bien question d'une petite conspiration que les meneurs voudraient faire croire conduite par deux chirurgiens célèbres de la compagnie; mais j'ose assurer que ce n'est là qu'une manœuvre plus ou moins habile, et que les honorables chirurgiens que l'on met en avant sont aussi étrangers que vous et moi à cette stratégie académique. J'ai en faveur de mon opinion toutes les probabilités que peuvent donner la loyauté et l'élévation du caractère; et j'affirme que d'aussi petites intrigues ne sont pas à l'usage de ces éminens confrères. Leur gloire plus ancienne ne répugne pas à tendre la main à la gloire plus jeune de M. Jobert. Je dois dire, d'ailleurs, et je crois être bien renseigné, que M. Jobert n'a ni recherché, ni sollicité cette candidature; elle lui a été offerte par le conseil de l'Académie; et M. Jobert, se plaçant sur le terrain des principes, aurait cru faire injure à l'Académie tout entière en refusant la demande du conseil. Des principes, ai-je dit, et, en effet, le conseil est une pure émanation de l'Académie, il est le résultat de son vote de confiance, il la représente et la dirige dans toutes les questions où il serait impossible et certainement imprudent d'appeler une discussion générale de la compagnie. Telle est la question de l'élection des membres du bureau. Depuis la fondation de l'Académie, il est reçu et accepté, c'est une tradition consacrée que le conseil, qui en délibère soigneusement, propose tous les ans les candidats à la présidence, à la vice-présidence, aux fonctions de membres du conseil et des commissions permanentes. Cela est ainsi, et j'ajoute que, pour la bonne tenue de la compagnie, pour l'ordre hiérarchique et pour toutes sortes d'excellentes raisons qu'il est facile de comprendre, cela doit être ainsi. Supposez un instant que c'est l'inverse qui a lieu; admettez, par exemple, que mardi prochain, car c'est mardi prochain que cette élection doit avoir lieu, les membres de l'Académie arrivent en séance, et que, sans préparation, sans concert, sans aucune indication, on leur dise : Le scrutin est ouvert pour la nomination d'un vice-président. Certainement, il ne faut pas être grand prophète pour voir cela, l'Académie se trouverait dans un grand embarras, vous verriez les académiciens désorientés, inquiets, courir de banc en banc, assiéger le bureau, incertains, perplexes, tiraillés en tous sens; et comme ces sortes de nominations se font, je crois, à la majorité relative, neuf fois sur dix l'élection serait enlevée par quelque minorité habile et prévoyante.

La tradition plus sage maintient à l'élection des membres du bureau la dignité et l'autorité nécessaires. S'insurger contre les décisions du conseil, c'est s'insurger contre l'Académie, c'est faire que l'Académie se déjuge, c'est dire au conseil : je vous ai nommé, vous aviez alors ma confiance, mais vous ne l'avez plus aujourd'hui; c'est, en un mot, faire du désordre.

Est-ce à dire que je prétende que le vote des membres de l'Académie soit enchaîné par la décision du conseil, et que tout choix, toute liberté, toute spontanéité soient enlevés aux Académiciens? A Dieu ne plaise que je professe une pareille doctrine. La liberté du vote, la liberté de conscience restent entières, et ce n'est pas moi qui chercherai jamais à leur porter atteinte. Mais avec tous les hommes de pratique, avec tous ceux qui pensent que dans toute association un certain ordre, une certaine hiérarchie sont indispensables, je fais une grande distinction entre la liberté du vote individuel et l'opposition systématique et organisée à une décision prise par le conseil. L'un est l'exercice d'un droit sacré et imprescriptible, antérieur et supérieur, comme on disait naguère, l'autre c'est l'anarchie.

Je n'insiste pas plus longtemps sur ces considérations délicates, et que j'ai cherché tout d'abord à dégager de questions de personnes pour m'en tenir aux questions de principes. Je ne suis chargé, et c'est une mission que je refuserai toujours, de soutenir ou de combattre aucune candidature. Je dirai même que la candidature que l'on dit vouloir opposer à celle de M. Jobert aurait aussi toutes mes sympathies, tant mérite d'estime et de respect le chirurgien éminent dont le nom est mis en avant. Mais, si encore je suis bien renseigné, et je crois l'être, ce savant confrère refuserait toute compétition ainsi produite. Cela est noble et loyal, et cette honorable conduite fera sans doute avorter la petite conspiration dont on parle.

L'Académie de médecine agit sagement, d'ailleurs, en portant attention au choix de ses officiers. Cette compagnie prend tous les jours, en face de la science et de la pratique médicales, une importance plus grande. Je le redis avec assurance, parce que quelques esprits biscornus font manière de contester ce fait, c'est à la presse que l'Académie est en partie redevable de son action et de son influence dans le monde médical. M. le Secrétaire perpétuel, avec sa vive et pénétrante intelligence, le comprend à merveille. Aussi, à peine un désir raisonnable et légitime de la presse lui est-il connu, qu'il s'empresse de le satisfaire. C'est ainsi que nous lui signalions naguère l'étroitesse d'espace accordé aux journalistes; dès la séance suivante, des banquettes en velours, très confortables, étaient ajoutées aux bancs des journalistes, et tout l'espace disponible leur était concédé. Je ne peux, en conscience, m'empêcher de remercier M. Dubois (d'Amiens) de ce gracieux empressement.

Mais je reviens à mon thème et je dis que c'est avec beaucoup de raison que l'Académie se montre soucieuse du choix de ses fonctionnaires. C'est surtout à l'occasion de l'élection des membres de son conseil d'administration qu'elle doit redoubler de surveillance, puisque ce conseil jouit d'une très grande influence sur les déterminations de la compagnie. Un certain nombre de membres de ce conseil doit être remplacé chaque année. On propose, cette année, deux noms qui doivent réunir l'assentiment commun si l'Académie tient à être représentée par des hommes à idées élevées, intelligentes, libérales et indépendantes, je veux dire de MM. Michel Lévy et Soubeiran. L'Académie ne laissera pas échapper l'occasion de faire, pour son conseil, une acquisition aussi précieuse.

Que disait-on, que la librairie médicale était en souffrance, et qu'on n'éditait plus de livres parce que le public n'en achetait plus? Erreurs

noir et une teinte générale foncée. Tous les tissus présentaient une décoloratiou anémique d'un caractère particulier, et qu'on a désigné sous le nom d'*ictère saturnin*. C'était donc à une névralgie et à une hémiplégie tenant à une encéphalopathie saturnine qu'on avait à faire chez cette femme.

La maladie fut combattue par les moyens ordinaires : purgatifs drastiques, bains sulfureux. Sous l'influence de cette médication, il s'est produit une amélioration assez marquée ; mais on est loin encore de la guérison, qui, comme nous l'avons déjà dit, nous paraît difficile à obtenir. Cette malade se trouve dans de mauvaises conditions ; il y a une faiblesse, une maigreur et une décoloration qui indiquent un état cachectique assez avancé. Les accidens ont pris droit de domicile pour ainsi dire dans l'économie ; deux mois de repos et de traitement n'ont pas suffi pour en faire justice. On voit quelles conséquences terribles peut avoir pour une femme jeune encore, d'une bonne et robuste constitution l'absorption quotidienne d'une très minime quantité de céruse. Il est difficile, cependant, d'empêcher des ouvriers de commettre une imprudence à laquelle leur métier lui-même les sollicite. Il n'y a donc d'autre moyen d'éviter les accidens qui en résultent, que de supprimer l'emploi d'nne substance si éminemment toxique. Le fait suivant va nous montrer que, appliqué sur les lèvres d'une façon tout exceptionnelle, elle peut occasionner encore des accidens. Dans le cas que nous rapportons, il faut peut-être, à la vérité, les attribuer en partie à l'absorption pulmonaire de quelques parcelles imperceptibles de carbonate de plomb disséminées dans l'air.

Le 9 novembre dernier est entrée, dans le même service (salle Sainte-Monique, n° 2), une jeune fille de 19 ans, coloriste, et travaillant dans le même atelier que la précédente malade. D'une bonne santé habituelle, elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 17 ans. Les règles, après être revenues régulièrement pendant les six premiers mois, se sont arrêtées subitement à la suite d'une frayeur, et n'ont pas reparu depuis. Presque aussitôt, cette jeune fille a éprouvé des maux de tête, des étourdissemens, des lassitudes et des maux d'estomac. Coloriste depuis l'âge de 14 ans, elle est restée quatre ans en apprentissage à Montmorency, et n'a jamais mis à cette époque, où sa santé était excellente, de pinceau dans sa bouche. Au mois de juin dernier, elle est entrée dans un atelier à Paris, où il y a vingt ou vingt-cinq ouvrières. Là, elle a de temps en temps porté le pinceau chargé de couleur à ses lèvres. Aux phénomènes que nous avons indiqués plus haut, se sont joints, il y a deux mois, des vomissemens qui ont duré un mois. Quelques semaines avant d'entrer à l'hôpital, cette jeune fille était souvent réveillée la nuit par des crampes dans les mollets.

Quelques jours après son admission, nous constatons les phénomènes suivans : teint jaune plombé, qui ressemble beaucoup plus à l'ictère saturnin qu'à la décoloration chlorotique ordinaire. Les gencives sont décolorées et offrent à leur bord libre un liseré brunâtre parfaitement caractérisé et dont on a fait apercevoir la malade seulement à l'hôpital. Souffle léger au premier bruit du cœur et dans les carotides. Les différentes fonctions s'exécutent bien ; les digestions cependant sont toujours difficiles et les règles n'ont pas encore reparu. Il n'y a eu et il n'y a aucun phénomène morbide du côté des membres et des sens, ni arthralgie, ni hypéresthésie, ni anesthésie, ni mouvemens convulsifs.— Quinze jours plus tard, outre une amélioration assez prononcée qui s'était produite dans l'état général et qui permet d'espérer une guérison prochaine, le liseré brunâtre des gencives avait beaucoup pâli et presque disparu.

Chez cette jeune fille, les accidens ont été des plus légers. Ils ne méritent d'être rapportés ici que comme le premier degré de l'intoxication saturnine. Nous ne croyons pas, en effet, qu'il soit possible de contester l'existence de cette dernière. Le liseré des gencives et le teint plombé sont deux phénomènes qui, par tous les auteurs et par M. Tanquerel des Planches en particulier, ont été signalés comme les premiers signes de la maladie. C'est également, pensons-nous, sans en être certain, à la même cause qu'il faut attribuer les crampes éprouvées par la malade. On peut, à la vérité, nous opposer que les causes et les symptômes de la chlorose s'étaient manifestés avant l'entrée de la jeune fille dans l'atelier. Nous ne le contesterons pas, et nous admettrons même, si l'on veut, l'existence antérieure de cette affection ; mais on nous accordera que la présence d'accidens chlorotiques ne saurait exclure le développement des accidens saturnins. Ils peuvent très bien se compliquer et s'aggraver les uns les autres. C'est ce qui nous semble avoir eu lieu chez cette jeune fille, dont l'histoire méritait, par conséquent, d'être mentionnée.

D^r Ch. Bernard.

SUR L'INOCULATION DE LA VACCINE ; — NOUVEAU PROCÉDÉ CONFIRMÉ PAR L'EXPÉRIENCE.

Le moyen avec lequel on procède aujourd'hui à l'inoculation de la vaccine, en France, et depuis plus de trente ans, consiste généralement dans une simple piqûre faite avec un canif, une lancette ou une aiguille, enfin avec un instrument aigu quelconque, et cela réussit parfaitement. J'ai cherché pendant longtemps à connaître comment les filles ou femmes, en Angleterre, ont pu contracter le cow-pox lorsqu'elles s'occupent de traire les vaches qui sont affectées de ces pustules.

Il faut donc supposer que ces personnes ont des érosions aux doigts, et que l'inoculation a lieu en pressant les tétines de la vache ; il faut encore supposer que les pustules du cow-pox sont lacérées et laissent ainsi échapper le fluide qu'elles contiennent ; si le cas avait lieu seulement lors de la desquamation et de la suppuration des pustules, il n'y aurait aucune conséquence, puisque les pustules vaccinales, dans un état inflammatoire trop avancé ne contiennent qu'un fluide altéré qui n'est plus propre à la propagation de la vaccine ; seulement, chez quelques sujets, il résulte des accidens inflammatoires et des pustules irrégulières de mauvais aspect, sans aucun résultat qui puisse préserver de la petite-vérole naturelle.

J'admets donc l'érosion des pustules dans la meilleure condition au sixième ou septième jour de leur apparition et leur lacération par les attouchemens réitérés des doigts qui prennent les tétines des vaches pour en faire couler le lait ; mais comme cette affection est commune en Angleterre, et que les personnes qui soignent les vaches en sont fréquemment atteintes, il faut donc supposer que celles-là ont des érosions ou des égratignures sur les doigts qui facilitent l'absorption du cow-pox ; ceci est possible, mais n'est pas probable, car on ne peut contracter d'égratignures en pressant avec les doigts les tétines d'une vache pour en faire sortir le lait.

J'ai cherché une autre circonstance et j'en ai trouvé une qui me paraît probable et assurément la véritable.

Pour traire une vache, il faut avoir les doigts humides et chauds, il faut, comme les femmes et les jeunes filles, avoir la peau douce. Le mécanisme a lieu par un mouvement alternatif de frictions souvent répétées ; alors les pores cutanés absorbans se dilatent en tous sens et reçoivent ainsi le fluide qui s'échappe des pustules lacérées. Mais ce que j'ignore, les pustules se développent-elles toujours sur les doigts, sur les mains ou partout ailleurs ?

Maintenant, pourquoi la vaccine se développe-t-elle sous la forme de pustules arrondies ? J'ai fait une légère incision longitudinale sur le bras d'un jeune enfant, de l'étendue d'un travers de doigt ; j'ai mis dessus du fluide vaccin ; pendant les trois jours suivans, il n'y a rien eu d'apparent, mais au commencement du quatrième, il s'est développé cinq pustules contiguës l'une à l'autre, qui d'abord avaient quelques intervalles ; mais après, elles se sont confondues, et présentaient une ligne blanche et un tracé vaccinal qui a subi toutes les transformations ordinaires.

Enfin, sur le bras de deux jeunes enfans, j'ai déposé du vaccin ; puis, avec un petit instrument d'ivoire, aplati sur ses deux faces, j'ai pressé le bras avec son bord tranchant de bas en haut et de haut en bas, et ce à plusieurs reprises ; rien ne s'est manifesté jusqu'au troisième jour, mais au quatrième, j'ai remarqué trois points rouges, puis le lendemain se dessinaient trois pustules vaccinales qui ont grandi et parcouru leurs périodes ordinaires ; plusieurs fois j'ai renouvelé l'expérience, et seulement deux fois avec succès.

Ainsi, le vaccin peut être introduit sans instrument piquant, plutôt avec un instrument obtus ou contondant, qui ouvrirait et refermerait les pores absorbans du système cutané.

Dans tous les cas, le succès de cette opération sera toujours une affection singulière et purement locale.

C'est un avantage précieux, c'est un fait qui différencie essentiellement la vaccine de toutes les autres éruptions inflammatoires, et qui la place la première comme préservatif assuré contre la petite-vérole, et qui, de plus, est sans danger généralement dans toutes ses phases ; cependant, le médecin ne doit pas être totalement étranger à cette opération.

Morlanne,
Professeur d'accouchemens à Metz.

CHIRURGIE PRATIQUE.

SUR L'OPÉRATION DE L'ANUS ARTIFICIEL LOMBAIRE ;

Note communiquée à l'Académie royale de Belgique, par M. le docteur Burggraeve, membre titulaire.

J'ai demandé la parole, dit M. Burggraeve, pour entretenir la compagnie d'une opération d'anus artificiel lombaire pratiquée sur un individu de quarante-cinq ans, pour l'obstruction du rectum par une tumeur douteuse. Cette opération n'a pas été pratiquée souvent en Belgique, du moins que je sache, et à cet égard je demanderai des renseignemens à mes collègues, de sorte que par le fait même qui vient de se présenter à Gand, on peut considérer la glace comme rompue et l'on n'aura plus dorénavant de motifs pour ne pas recourir à un moyen qui, pour moi, par l'expérience que je viens d'en acquérir, est d'une précision mathématique et à l'abri de tout danger. A cet égard, il n'y a pas de comparaison possible entre cette opération et la herniotomie, qu'on est obligé, le plus souvent, de faire à la dernière extrémité et au milieu d'un appareil formidable de symptômes d'inflammation ou de gangrène.

Jusqu'ici, l'opération de l'anus artificiel a été pratiquée dans les cas d'oblitération ou d'obstruction presque absolue du rectum, par une dégénérescence de ses parois ou une tumeur, quand les selles ne peuvent plus avoir lieu, à moins d'atroces douleurs, avec menace de rupture de l'intestin et d'une péritonite mortelle. Eh bien ! en faisant l'opération en temps opportun, on évite tous ces dangers, et l'on a la certitude de sauver, pendant de longs jours encore, la vie du malade. En général, les dégénérescences ou les tumeurs du rectum sont lentes dans leur marche, cette portion du canal intestinal ayant peu de retentissement dans le reste de l'organisme. Cela est tellement vrai, que beaucoup

---

que tout cela, je n'en donne pour preuve que les nombreux ouvrages que la dernière quinzaine a vu éclore : le beau volume de M. Lepelletier (de la Sarthe), intitulé : *Nouvelle doctrine médicale*, ou *doctrine biologique* ; le *Traité clinique des maladies des vieillards*, de M. Durand-Fardel ; le *Traité des maladies du sein*, de M. Velpeau ; le 8me volume de l'*Hippocrate*, de M. Littré ; le 3me volume des *Élémens de pathologie chirurgicale*, de M. Nélaton ; le *Traité de météorologie dans ses rapports avec l'hygiène et la médecine*, deux beaux volumes de M. Foissac ; le *Nouveau Dictionnaire lexicographique*, de M. Raige-Delorme, etc., etc. Certes, ce ne sont pas là des symptômes d'affaiblissement ou de mort prochaine. Toutes ces richesses scientifiques et littéraires seront de près et prochainement examinées dans ce journal, et bien d'autres encore envers lesquelles nous sommes en retard.

Mais n'entendez-vous pas comme un bruit joyeux de fête ? Tournez vos regards vers le Midi, vers les Pyrénées, vers une petite et charmante ville administrée par un de nos honorables confrères, et dont les habitans paient un tribut de respect et d'hommages à une de nos gloires médicales, qui est née dans ses murs. Voici de cette cérémonie un récit pieux et touchant qui me vient du pays même où elle a été célébrée :

Une solennité des plus intéressantes réunissait, lundi dernier, 28 novembre, l'élite de la population de la ville de Tournay (Hautes-Pyrénées). Il s'agissait de l'inauguration du buste de M. le docteur Lordat, professeur à l'école de médecine de Montpellier. Tout le monde connaît la réputation scientifique et professionnelle du médecin célèbre préposé depuis un demi-siècle à l'instruction des générations médicales qui se succèdent à l'antique Faculté de Montpellier. La ville de Tournay s'honore, à bon droit, d'avoir donné le jour à ce grand citoyen. Aussi, le conseil municipal, obéissant à une inspiration généreuse, a-t-il saisi avec empressement l'occasion de rendre hommage à la célébrité du savant professeur. Pour donner plus de solennité à cet événement mémorable, M. Achille Jubinal, député au corps législatif, qui a fait don à la ville du buste de M. Lordat, a voulu présider lui-même à l'inauguration. Assisté de M. le baron Vougy, sous-préfet de Bagnères, l'honorable député s'est rendu chez M. le docteur Pédebidou, maire de Tournay et membre du conseil général. Vers l'heure de midi, une députation du conseil municipal est venue chercher M. Achille Jubinal et M. le sous-préfet. Le cortége, accompagné de M. le curé de Tournay, de M. le juge de paix, du commissaire cantonal, et de l'autorité militaire, s'est rendu à l'Hôtel-de-Ville, dans la grande salle des archives. Là, en présence d'une foule empressée et avide de contempler les traits de l'illustre concitoyen, le buste du professeur Lordat a été découvert. M. Pédebidou, maire, a pris la parole, et, au milieu d'un recueillement pieux de la nombreuse assistance, s'est exprimé en ces termes :

« Monsieur le député,

» La mémoire des grands hommes qui ont illustré leur pays est toujours chère aux populations qui les ont vus naître. Le souvenir de leurs vertus, de leur mérite et de leurs talens réveille dans les cœurs les sentimens généreux, et provoque une louable émulation. Le professeur Lordat, une des illustrations de la Faculté de médecine de Montpellier, a su, par un travail constant, par l'élévation de son esprit, et par des études profondes, conquérir le premier rang dans la hiérarchie scientifique et professionnelle. Fils de ses œuvres, il a livré son nom à une juste et brillante renommée. La ville de Tournay, qui lui a donné le jour, sera toujours fière de le compter au nombre de ses enfans. Aussi, l'édilité municipale a-t-elle accueilli avec un pieux empressement l'offre du buste qu'elle doit à votre généreuse initiative. L'image vénérée du professeur Lordat, placée dans cette enceinte, sera saluée avec respect par ses contemporains ; et les générations futures s'inclineront avec admiration devant le grand citoyen, qui, sorti des rangs du peuple, a parcouru une si belle carrière. Ce n'est ici ni le moment ni le lieu de rappeler les principaux traits d'une existence si bien remplie. Aptitude merveilleuse, travail assidu, succès, honneur et fortune, tel est le corollaire de la vie du savant professeur qui, grâce à Dieu, jouit encore de tous les attributs de l'homme. Que la Providence conserve longtemps encore des jours si précieux ! Tel est le vœu de tous les habitans de cette ville...

» Interprète des sentimens de mes concitoyens, qu'il me soit permis, Monsieur, de vous offrir l'hommage de nos remercîmens, et de vous témoigner nos chaleureuses sympathies. Vous avez noblement répondu à nos espérances, et votre dévoûment pour les intérêts de notre département nous prouve que nous avons été heureusement inspirés, lorsque l'unanimité de nos suffrages vous a confié le mandat que vous remplissez avec tant de distinction. »

A ce discours, M. Achille Jubinal a répondu de la manière suivante :

« Monsieur le maire, Messieurs,

» Je me félicite d'autant plus de me trouver en ce moment au milieu de vous, que la circonstance qui nous rassemble me permet d'ajouter au bonheur de vous exprimer mes remercîmens, celui de déposer entre vos mains comme un encouragement à votre jeunesse studieuse, l'image vénérée d'un homme de bien qui est votre gloire, d'un savant illustre, dont l'Europe médicale tout entière ne prononce le nom qu'avec respect... D'ordinaire, Messieurs, des paroles aussi élogieuses ne sont prononcées que sur la cendre des morts, et c'est presque toujours sur un cercueil que l'on consacre une statue. Par un rare bonheur, dont nous bénissons tous la Providence, nous pouvons faire ici l'éloge bien mérité d'un vivant, et c'est dans sa propre patrie, au milieu de ses parens et de ses concitoyens, à deux pas de sa maison natale, que nous couronnons en ce moment de nos sympathies le buste d'un grand citoyen.

» O Lordat ! toi qui fus, sinon pour la science dont tu es l'oracle, du moins dans l'art du style et de la pensée, l'un de mes meilleurs maîtres ; toi qui as formé tant de générations à la pratique de la vertu par ton exemple, à celle de la science par tes leçons, reçois à cette heure nos hommages et nos applaudissemens ; ils ne font que devancer ceux de la postérité. Plus heureuse que ces villes antiques qui se disputaient l'honneur d'avoir été la patrie d'un grand poète, Tournay pourra seule s'enorgueillir de t'avoir donné naissance !!! »

Après ces paroles, qui ont été couvertes d'applaudissemens, le buste de l'illustre professeur a été déposé sur le socle qui lui était réservé dans la salle des archives. Bientôt après, l'honorable député et M. le baron de Vougy ont été escortés chez M. le maire par la nombreuse assistance qui s'était groupée, soit dans la salle de la mairie, soit aux abords de l'Hôtel-de-Ville. Un banquet, offert par M. le maire, a été le couronnement de la fête.

Amédée Latour.

Dans sa séance de vendredi dernier, la Société médico-chirurgicale de Paris (ancienne du Temple) a procédé au renouvellement de son bureau. On été élus :

Président, M. Am. Forget ;
Vice-président, M. Bossion ;
Secrétaire général, M. Collomb ;
Secrétaire annuel, M. Froment.

de malades portent ces maladies presque à leur insu, et ne s'adressent aux médecins que lorsque, par son poids ou son volume, la tumeur commence à apporter de la gêne à la défécation. C'est alors le moment d'opérer et de ne pas attendre que les accidens que j'ai signalés plus haut se soient déclarés. En agissant ainsi, on a l'espoir que la tumeur restera stationnaire et même qu'elle se résoudra complètement si elle n'est pas due à une bétéromorphie cancéreuse.

Le procédé que nous avons adopté tient à la fois de l'opération de Callisen et de celle d'Amussat. On sait que le premier pratiquait une incision longitudinale, le long du bord externe du muscle carré lombaire. M. Amussat préfère inciser les tégumens transversalement et les parties sous-jacentes, muscles et aponévroses, crucialement. Nous avons combiné les deux incisions; de cette manière nous avons pu mettre mieux l'intestin à nu, et nous n'avons pas eu à lutter contre la tendance de l'anus à se rétrécir, ainsi que cela est arrivé à M. Amussat. Du reste, nous avons eu occasion de reconnaître que tout ce que ce chirurgien distingué dit de l'opération, est exact. Ainsi, depuis plus d'un mois que notre malade a été opéré, les selles se font régulièrement, seulement il faut que le malade se presse un peu pour se mettre en mesure d'y satisfaire; c'est une espèce de globe fécal qui n'a pas ou peu d'odeur, de sorte que l'infirmité dégoûtante que l'on craint, n'existe pas en fait. Il y a plus: avant l'opération, le malade était imprégné d'une odeur stercorale très prononcée; les vêtemens, la literie et jusqu'à la chambre en étaient remplis. La raison en était que l'excrétion des matières fécales n'avait plus eu lieu d'une manière complète depuis deux mois. Il fallait plus de quatorze ou quinze heures pour exprimer, à travers une filière étroite, les matières préalablement délayées par l'huile de ricin. Il en était résulté que le malade, craignant de prendre des alimens solides et se nourrissant exclusivement de bouillies, était tombé dans un état de marasme profond. Son teint était terreux, cependant il n'existait, nulle part, de traces de cachexie. Depuis l'opération, l'absorption stercoreuse a cessé et le teint est devenu presque fleuri. Les forces reviennent également sous l'influence d'un régime substantiel. Les craintes que nous pouvions donc avoir, d'une diathèse cancéreuse, s'éloignent; nous avons plutôt des motifs de croire que la tumeur est de nature lymphatique. Nous avons soumis au microscope les glaires sanguinolentes que le malade rend par l'anus normal, et nous n'y avons trouvé aucun élément cancéreux. Quant à la tumeur, elle est revenue à l'état latent, seulement la pression qu'elle exerce sur le plexus hypogastrique détermine, par momens, des fourmillemens dans la cuisse et la jambe. L'état de l'opéré est donc des plus satisfaisans; toutefois, comme dans la plupart des maladies organiques du bas-ventre, il conserve un état de tristesse, et parfois de découragement, que nous avons de la peine à combattre.

J'ai pensé, Messieurs, que le fait que je viens d'avoir l'honneur de vous communiquer, vous intéresserait à cause de son importance pratique. Les maladies organiques du rectum sont, malheureusement, très fréquentes, et, la plupart, sont au-dessus des ressources de l'art. Le seul moyen est de frayer une voie nouvelle aux selles, afin que la tumeur ne soit pas incessamment irritée par la présence des matières fécales et les efforts faits pour s'en débarrasser. L'opération, sans enlever le mal, retardera une terminaison funeste, résultat immense, surtout quand il s'agit d'un père de famille, qui pourra consacrer encore, pendant des années, ses soins à ses proches.

De plus, nous l'avons déjà dit, l'opération soustrait les malades aux atroces douleurs des débâcles, douleurs encore augmentées par les tentatives de dilatation ou de broiement faites en désespoir de cause. Qu'est-ce, en présence de ces moyens barbares, qu'une opération pratiquée sur des parties saines et, ainsi que nous en avons fait la remarque, avec une précision mathématique? Quel est le malade qui s'y refuserait, surtout si les médecins, convaincus eux-mêmes de l'efficacité de cette ressource, n'attendent pas que les choses en soient venues à toute extrémité? Il est évident que les insuccès, s'il y en a eu, ont tenu à cette dernière circonstance. Trop souvent on recule les opérations sanglantes jusqu'au moment où il n'est plus temps de le faire, ou, du moins, lorsque le succès est devenu tout à fait problématique. Le plus vaste génie des temps médicaux modernes, Broussais, aurait pu être sauvé, et peut-être aujourd'hui encore, il défendrait sa doctrine souvent si étrangement défigurée. si, ayant eu confiance dans l'opération, il avait écouté les conseils de M. Amussat, son chirurgien et son ami. De même, Talma est mort dans la force de l'âge, quand une opération hardie aurait pu le conserver à la scène, dont il était la gloire.

A propos des difficultés que l'opération de l'anus artificiel lombaire pourrait rencontrer chez les praticiens, M. Amussat parle de la nécessité de rétablir le serment d'Hippocrate. Il n'est pas besoin de serment quand il s'agit d'humanité et de devoir. Une fois que les médecins seront convaincus de l'inoffensivité de l'opération, nous somme persuadé qu'ils ne négligeront aucune occasion de la pratiquer, et ils emploieront, auprès de leurs malades, tous les moyens de conviction.

L'objection que l'opération ne fera pas disparaître le mal, n'aura aucune valeur pour eux, puisque si la tumeur est de nature à ne pouvoir se résoudre, elle sera du moins retardée dans sa marche et n'occasionnera plus ni douleurs, ni absorptions malfaisantes. Que si, au contraire, la tumeur disparaît, ou du moins se résout assez pour laisser l'intestin libre, on en sera quitte pour laisser fermer l'anus anormal par l'entérotomie. Nous ne nous dissimulons pas que ce sera l'exception, mais la règle, c'est-à-dire l'état stationnaire de la tumeur, est déjà assez avantageuse pour courir les chances d'une opération, plus formidable en apparence qu'en réalité. Nous ne saurions assez insister sur ce point, que l'opération doit se pratiquer dès que la tumeur aura été reconnue, et qu'il sera constaté que loin d'arrêter ses progrès, les moyens tentés pour la guérir ne font qu'accélérer sa marche. C'est l'histoire des cancers du rectum, si fréquens, qu'à l'heure où nous parlons, il existe peut-être des centaines d'individus qui pourraient être arrachés à d'atroces douleurs et à une mort prochaine, si l'on avait foi dans l'instrument tranchant.

Ce que nous venons de dire de l'anus artificiel lombaire, pourrait s'appliquer à l'œsophagotomie pour les cas de dégénérescence ou des tumeurs du pharynx. En soustrayant le malade à la nécessité d'avaler, et en le sustentant au moyen d'alimens convenablement préparés, on lui permettrait de vivre encore tout un temps sans grandes douleurs. En général, on ne met pas assez à profit les immenses ressources de la chirurgie. Le trépan, la trachéotomie, l'œsophagotomie, la thoracocentèse, la gastrotomie, ne sont-ce pas autant d'opérations qui, faites en temps, sauveraient les malades? Mais, le plus souvent, on recule devant une responsabilité qui est loin d'être juste.

PHYSIOLOGIE.

Leçons faites au Collége de France pendant le semestre d'été (1853),

SUR L'ABSORPTION DES GAZ ET DES LIQUIDES;

Par M. Claude Bernard, suppléant de M. Magendie,

Recueillies et analysées par M. Fauconneau-Dufresne.

—

Première partie (1). — **De l'absorption gazeuse.**

§ V. *Influence de la moelle allongée et des nerfs pneumo-gastriques sur la respiration et la vie.*

On a vu, dans le paragraphe précédent, que Brodie et Legallois coupaient la moelle allongée, ou, ce qui revient au même, décapitaient les animaux, lorsqu'ils voulaient pratiquer les respirations artificielles; que le premier de ces expérimentateurs, et M. Bernard de son côté, avaient constaté le refroidissement du corps qui se manifestait après ces opérations. D'autres phénomènes peuvent encore être observés, et, avant de terminer cette première partie de son cours, le professeur croit devoir les examiner, car ils se rattachent au sujet qu'il s'est proposé de traiter.

La respiration, ne consistant qu'en une action en quelque sorte physique, est entretenue par les insufflations, et l'air ne cessant d'être en contact avec le sang, celui-ci de noir peut devenir rouge. M. Bernard a voulu, par l'expérience suivante, s'assurer de ce qui se passait alors: il a placé la tête d'un chien, auquel il venait de faire la section de la moelle allongée, dans une grande cloche, au moyen d'une planche trouée sur laquelle reposait cette cloche, et il a constaté que la disparition de l'oxygène et la production de l'acide carbonique avaient lieu à peu près comme dans l'état normal.

Ce changement, toutefois, est moins complet que dans la vie réelle, et dès qu'on a détruit le lien nerveux entre les poumons et la moelle allongée, on voit successivement *diminuer tous les actes physiologiques*. La force de contraction du ventricule gauche du cœur ne tarde pas à s'amoindrir, ainsi qu'on peut s'en assurer en y appliquant un manomètre. Il en est de même de celle des autres muscles du corps; on peut suivre la décroissance de leur contractilité au moyen d'un courant galvanique. Les sécrétions, celles en particulier de l'urine, cessent également d'avoir lieu.

M. Brodie attribue ces phénomènes à l'absence du cerveau, qu'il supprimait par la décapitation de l'animal. Mais ils ne dépendent pas du cerveau, puisque, en coupant la moelle, l'effet est le même; et, d'ailleurs, l'animal peut encore respirer lorsqu'on a enlevé le cerveau et le cervelet. La cause essentielle est dans le prolongement qui réunit le cerveau à la moelle. C'est là le nœud vital; il répond au collet des végétaux. Cette partie préside à l'influence nerveuse, à la respiration, ainsi que cela résulte des expériences de M. Flourens. Lorsque la moelle est coupée au niveau des nerfs pneumo-gastriques, on arrête tous les phénomènes de la vie; le point capital est limité en bas par l'insertion de ces nerfs, et en haut par celle des nerfs acoustiques. Si la section a lieu au-dessous des pneumo-gastriques, l'animal respire en quelque sorte par la tête; sa poitrine est paralysée. Au niveau de ces nerfs, on empêche l'action respiratoire en haut comme en bas; la vie ne peut plus se continuer.

Les choses se passent autrement lorsqu'on respecte la moelle allongée et qu'on anéantit l'animal par l'empoisonnement ou l'asphyxie. Pour cette démonstration, M. Bernard empoisonne un chien au moyen du *curare*. Nous ne rapporterons pas l'expérience qu'il a faite à ce sujet devant son auditoire, ayant eu déjà l'occasion de la faire connaître dans le numéro du 25 juin, p. 298; nous nous bornerons à en donner les résultats. Dans ce cas, pour peu que le cœur puisse encore pousser le sang, les insufflations raniment la vie. Non seulement l'oxygène est absorbé et l'acide carbonique exhalé comme dans l'état normal, mais encore la circulation est entretenue, ainsi que la chaleur. Les sécrétions continuent à s'opérer; on peut même augmenter ou diminuer leur proportion, suivant la nature des insufflations. Si elles sont prolongées, les larmes deviennent plus abondantes; il en est de même de l'urine. La sécrétion du sucre dans le foie peut être tellement exagérée que l'animal en devienne diabétique.

Les phénomènes qui résultent de la section de la moelle allongée, sont en rapport avec ceux qu'on remarque lorsqu'on coupe les nerfs pneumo-gastriques. On a donné à cet égard des explications très nombreuses; mais on a omis le côté important, c'est-à-dire l'action du système nerveux sur les poumons. M. Bernard veut étudier ces phénomènes indépendamment des obstacles qui peuvent se montrer dans le larynx, les bronches, etc.

Dès que la section des nerfs pneumo-gastriques est opérée, les respirations deviennent plus lentes et moins nombreuses; elles vont en s'éteignant. Chez un chien où il y en a 24 par minutes, il n'y en a plus, le lendemain de l'opération, que 16, et, peu après, que 7 ou 8. Le lapin meurt plus vite que le chien; le premier après vingt-quatre heures, le second après deux ou trois jours.

Comment la mort survient-elle? On en a placé la cause dans le cœur, le tube digestif, etc.; mais le plus grand nombre des physiologistes ont pensé que l'animal succombait par suite des changemens et des altération qui se produisent dans les poumons.

Ces changemens, toutefois, n'empêchent pas le libre accès de l'air dans les poumons. Les mouvemens de la respiration continuent à s'exécuter, et le sang de noir devient rouge comme auparavant. Si l'on a dit le contraire, c'est qu'on n'a pas tenu compte de certaines conditions indispensables. M. Bernard a même reconnu, par l'expérience suivante, qu'une plus grande quantité d'air pénétrait dans les poumons après la section des nerfs: Il a mis à nu la trachée d'un lapin, et y a adapté un tube de caoutchouc, dont le bout libre allait plonger dans une cloche remplie d'eau et graduée. A chaque inspiration, l'eau montait dans la cloche et remplaçait l'air inspiré. Avant la section, le lapin n'inspirait que 20 centimètres cubes d'air, tandis qu'après, il en inspirait 32, c'est-à-dire près d'un tiers de plus qu'à l'état normal. Ainsi, les respirations, si elles étaient plus rares, étaient plus complètes. La section n'amène donc aucun trouble, en tant que celui-ci se rapporterait au contact de l'air avec le sang.

La cause de la mort n'est pas non plus dans une altération des poumons. Suivant Legallois, ces organes seraient toujours engorgés de sang, ce qui déterminerait l'asphyxie en empêchant le contact de l'air. Il est bien vrai que, chez les lapins qui sont jeunes, cet engorgement est constant, bien qu'il ne s'établisse que graduellement. Mais, chez beaucoup d'animaux, on ne trouve pas cette lésion; c'est ce que M. Bernard a constaté particulièrement sur de vieux chiens; leur sang artériel continuait à être rutilant; et, lorsqu'ils finissaient par succomber, leurs poumons étaient sains. Les expériences sont encore plus confirmatives si l'on opère sur les oiseaux: la section des nerfs pneumo-gastriques les fait également mourir, sans qu'on trouve d'engorgement pulmonaire. M. de Blainville, qui a fait ses expériences sur cette classe d'animaux, a pensé que leur mort devait être attribuée à l'inanition; mais cette cause ne peut évidemment être invoquée, car un chien qu'on prive d'alimens, ne succombe qu'après dix-neuf ou vingt-un jours; tandis qu'après la section des nerfs pneumo-gastriques, il ne peut vivre au-delà du troisième jour. Pendant l'abstinence, le foie continue de produire du sucre, quoiqu'en moins grande quantité que si l'animal mangeait; après la section des nerfs pneumo-gastriques, cette métamorphose n'a plus lieu.

Où donc chercher l'explication de la mort? Elle est évidemment dans la lésion du système nerveux. L'animal se trouve dans les conditions de celui à qui l'on pratique des insufflations après la section de la moelle allongée; les poumons reçoivent l'air, mais ils ne peuvent plus s'en servir; cet air n'agit plus sur eux d'une manière convenable. Quand la lésion pulmonaire se manifeste, elle n'est pas instantanée; elle est consécutive à un défaut d'harmonie qui est survenu entre la respiration et le tissu pulmonaire, entre l'effort que fait le poumon et la résistance de son tissu. A l'état normal, l'harmonie, qui, ici, fait défaut, existe partout. Quand on fait un effort musculaire pour soulever un poids, on reconnaît par instinct le moment où la résistance est trop forte, et l'on s'arrête. Charles Bell a appelé ce sentiment le *sens musculaire*. Des expériences curieuses ont été faites, à cet égard, sur des chevaux: après avoir coupé à leurs pieds les nerfs du sentiment, on les attachait très fortement, et ils se livraient à des efforts considérables pour entraîner l'obstacle; mais, dépourvus du sentiment spécial par la section de ces nerfs, leurs efforts étaient sans calcul, et ils les poussaient jusqu'au point de rompre leurs os et leurs muscles. De même, chez les animaux à qui l'on a coupé les nerfs pneumo-gastriques, on remarque des inspirations très fortes, et au-delà de ce qu'elles devraient être, s'ils conservaient le sentiment du point où ils doivent s'arrêter.

M. Bernard a répété, sous un autre point de vue, l'expérience rapportée ci-dessus, et destinée à prouver que le lapin, après la section des nerfs pneumo-gastriques, absorbait une plus grande quantité d'air. Il a montré qu'elle est en rapport avec les expériences de Charles Bell. Lorsque l'animal avait cessé d'avoir la sensation de la quantité d'air nécessaire à sa respiration, il faisait des inspirations trop fortes, et, par suite de ses efforts, le poumon recevait plus d'air qu'il ne lui en fallait.

Le professeur se demande ce qui se passe alors et comment la mort survient. Les efforts auxquels se livre le lapin dilatent ses côtes outre mesure. La cage thoracique est agrandie; le poumon la suit, car il ne peut y avoir de vide entre les plèvres; et, comme l'extensibilité pulmonaire est calculée sur des inspirations normales, l'extension devenant trop grande, il en résulte des déchirures. L'air passe dans le tissu cellulaire intervésiculaire et l'emphysème se produit. C'est, du reste, ce qu'on peut constater à l'aide de la loupe, en faisant une petite fenêtre aux parois thoraciques. Chez les lapins dont on obstrue la trachée, on entend dans leur poitrine un craquement qui résulte de la rupture du tissu pulmonaire, par suite de l'extension forcée des côtes. Le même effet a lieu lorsqu'on insuffle trop fortement les poumons dans les asphyxies, surtout chez les nouveau-nés qu'on veut rappeler à la vie.

Ainsi un premier phénomène, après la section des nerfs pneumo-gastriques, consiste donc dans l'emphysème pulmonaire. En même temps que cet emphysème se produit et à sa suite, la rupture des petits vaisseaux détermine des rougeurs, des épanchemens sanguins, surtout dans les lobes supérieurs des poumons. Il y a arrêt partiel dans la circulation de ces organes. La partie séreuse du sang se sépare de la fibrine, qui se concrète; cette sérosité s'amasse dans les vésicules; de là les râles humides et muqueux. Quand les choses en sont à ce point, l'air n'arrive plus que d'une manière imparfaite. Il en résulte un commencement d'asphyxie, qui va toujours en croissant. Le sang artériel devient de plus en plus foncé, et l'animal se refroidit. Dans ce cas, évidemment, la section des nerfs pneumo-gastriques produit l'asphyxie, comme on le voit, à peu près constamment chez les lapins, les cochons d'Inde et les jeunes chiens.

Mais il est un autre cas dans lequel la mort arrive sans lésion pulmonaire. Il faut pour lui une explication différente. Ce cas se présente chez les vieux chiens et chez les oiseaux. Chez les premiers, le tissu du poumon est plus résistant; c'est ce dont on peut se convaincre par l'insufflation directe, car alors il ne se forme pas de ruptures. Aussi dans cette condition d'âge, les animaux vivent-ils plus longtemps, et les phénomènes qui amènent la mort prennent-ils une marche différente. Chez un vieux chien, les mouvemens respiratoires deviennent successivement plus rares et les contractions du cœur plus faibles. La mort arrive par un épuisement successif, sans asphyxie, le sang restant toujours rouge et les poumons sains.

C'est dans cette circonstance qu'il faut étudier le véritable mécanisme de la mort après la section des nerfs pneumo-gastriques. Si la vie ne peut s'entretenir lorsque l'oxygène est absorbé et l'acide carbonique exhalé comme dans l'état normal, c'est que la paralysie générale arrive peu à peu. Il s'agit d'en suivre les progrès en dehors des poumons.

Quoique chaque organe ait sa manière de fonctionner, le système

(1) Voir les numéros des 3, 11 Septembre, 11, 13 Octobre, 1er Novembre et 3 Décembre.

nerveux établit un lien entre tous; lorsque ce lien est rompu, leur action se détruit. Si l'on coupe les nerfs pneumo-gastriques, les poumons, ne sentant plus l'excitation de l'air, cessent d'exciter à leur tour les autres organes. On voit bientôt cesser l'action du foie, puis celle reins, des glandes salivaires, enfin celle des muscles.

L'action du foie cesse parce que les filets nerveux des pneumo-gastriques ne peuvent plus, en remontant, porter l'excitation de l'air à la moelle allongée, laquelle la transmet au foie par la moelle épinière, au moyen des filets du grand sympathique. Le foie s'en trouve paralysé et ne produit plus de sucre. M. Bernard veut démontrer ce fait à son auditoire : Il avait coupé la veille les nerfs pneumo-gastriques sur un lapin; il prend un morceau de son foie, le triture et y ajoute de la liqueur Barreswil; on chauffe, mais la couleur ne change pas. On ne peut pas dire que le sucre a été absorbé, puis qu'après l'abstinence il s'en trouve toujours. C'est évidemment le foie qui y est devenu inactif et qui a cessé de transformer le sang en sucre.

La sécrétion urinaire s'arrête sous l'influence de la paralysie du foie, absolument comme la paralysie du poumon a fait cesser la sécrétion du foie. Si cet organe est paralysé, il ne peut plus transmettre son action aux reins par l'intermédiaire des petits nerfs sympathiques, et ces glandes cessent d'agir. Il en est de même des autres sécrétions.

Le sang ne recevant plus toutes ces influences modificatrices, perd ses qualités naturelles et n'entretient plus qu'incomplètement la vie dans dans les muscles et dans le système nerveux. Ces parties sont les dernières à perdre leur action, car elles s'entretiennent par le sang. Les muscles, cessant d'être irritables, ne sécrètent plus l'irritabilité qui leur est propre. Le mot *sécrétion*, à leur égard, peut bien être employé, car ils possèdent cette propriété par eux-mêmes; le sang seulement favorise son développement. Au lieu de salive, comme les glandes de la mâchoire, c'est l'irritabilité qu'ils produisent. Si on leur a demandé trop d'irritabilité, ils ne peuvent plus se contracter; mais si l'on attend, leur irritabilité se reforme sous l'influence du sang qui se renouvelle.

Ainsi, successivement, par suite de la paralysie des poumons, on voit cesser l'action du foie et des autres glandes. Le sang se modifie. L'irritabilité musculaire cesse. La chaleur disparaît. Le *cœur*, qui est un muscle creux, se paralyse à son tour et amène la mort; ses contractions, d'abord multipliées, deviennent de plus en plus rares; le sang n'est plus poussé par lui qu'à une faible distance, et cesse, enfin, de l'être. On a donc eu raison de dire du cœur : *ultimùm moriens*. C'est lui, en effet, qui conserve le plus longtemps sa contractilité.

Tout *cet enchaînement*, comme on le voit, *a son centre dans la respiration*. Elle est le foyer de toutes les fonctions organiques, parce que, s'exerçant continuellement, elle donne aux organes leurs élémens de vie. Mais il faut à tous ces organes l'influence nerveuse de la moelle allongée, pour que leur action se maintienne. Dès que cette influence cesse, par suite de la section des nerfs pneumo-gastriques, on voit graduellement disparaître tous les phénomènes de la vie. Cette théorie n'est pas faite *à priori*; elle est le résultat d'expériences nombreuses sur tous les organes. Partout, en effet, où l'on coupe un nerf, on voit cesser l'action organique correspondante, et l'on peut réveiller momentanément cette action par le galvanisme.

Le *tableau* qui vient d'être présenté est *applicable aux maladies*. On peut s'en servir pour démontrer comment la paralysie d'une partie entraîne, de proche en proche, la cessation d'action de toutes les autres.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 Décembre 1853. — Présidence de M. Combes.

La commission qui avait été nommée dans l'avant-dernière séance, pour préparer une liste de candidats pour la place vacante de secrétaire perpétuel étant devenue incomplète par la démission de M. Biot, l'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un nouveau membre. M. Binet, ayant obtenu la majorité des suffrages, est déclaré membre de la commission.

— L'Académie, sur la demande de la commission des prix de médecine et de chirurgie, désigne, également par la voie du scrutin, un membre de la section de chimie, M. Chevreul, pour faire partie de la commission.

Sur une substance animale analogue à la cellulose végétale.

M. Virchow communique de nouvelles observations sur ce sujet.

Dans une note antérieure, dit-il, j'ai eu l'honneur d'annoncer à l'Académie la découverte d'une substance particulière, trouvée dans le cerveau et la moelle épinière de l'homme, et donnant lieu aux mêmes réactions chimiques que la cellulose végétale.

Désirant poursuivre cette découverte, j'ai cherché la nouvelle substance dans la plupart des tissus sains et morbides du corps humain; et je l'avais cherchée en vain, lorsqu'elle s'est présentée à moi dans un cas pathologique rare, dans une affection assez mal décrite de la race humaine, qui commence par une dégénération presque colloïde des follicules (corpuscules blancs de Malpighi). En Allemagne, on désigne communément sous le nom de Wachmilz (race cireuse), cette dégénération qui est considérée, par quelques pathologistes, comme un épanchement albumineux ou fibrineux, par les autres, comme une dégénération graisseuse ou vraiment colloïde. En effet, les follicules (vésicules, corpuscules blancs) de la rate, sont transformés de la périphérie au centre en une masse d'apparence homogène, transparente, grisâtre ou jaunâtre, qui se présente sous la forme de grains comparables aux grains de sagou cuits. Depuis longtemps je savais que ces grains se composent de petits corpuscules microscopiques, un peu irréguliers, mais tout à fait homogènes, qu'on peut considérer comme résultant de la transformation des cellules lymphatiques qui forment le contenu des follicules spléniques. En observant au microscope les effets des agens chimiques sur ces corpuscules, on voit qu'ils deviennent pâles par l'acide acétique, et l'on obtient un précipité granuleux dans les interstices des corpuscules, quand on ajoute à la préparation acidulée un peu de ferro-cyanate de potasse. L'acide nitrique chaud produit une couleur jaune, qui devient brunâtre par l'addition de l'ammoniaque caustique, couleur due évidemment à l'acide xantho-protéique.

C'est pour ces raisons que j'avais considéré, autrefois, les corpuscules comme composés d'une substance albuminoïde solide. Cependant, frappé par la ressemblance des corpuscules cireux de la rate et des corpuscules amylacés du cerveau, je tentai, dans un cas nouveau, l'action de l'iode et de l'acide sulfurique, et je vis reparaître, avec une promptitude surprenante, la couleur vive violacée de la cellulose.

Je dois ajouter que j'ai pu constater l'exactitude de cette réaction dans plusieurs préparations anciennes de notre collection pathologique, conservées dans une faible dissolution d'alcool. La substance jouit d'une telle fixité, qu'elle est encore sans altération dans une rate macérée dans l'eau courante pendant quinze jours.

J'ajouterai, en terminant, que cette dégénération singulière de la rate appartient principalement aux états de cachexie, et qu'elle se trouve, le plus souvent, chez des malades soumis à des affections ulcéreuses très prolongées. (Com. MM. Serres, Flourens, Pelouze.)

Nouvelles recherches sur la nature et le traitement du choléra.

M. Beauregard avait déjà, en 1849, adressé à l'Académie les résultats de ses études sur cette maladie. (Voir *Comptes-rendus*, t. XXVIII, pages 781 et suivantes.) Postérieurement à cette communication, les objections présentées par quelques praticiens distingués, la portèrent à essayer de modifier la méthode de traitement qui lui avait jusque-là réussi. La haute dose à laquelle il administrait, dans la première période ou période de dépression, l'éther laudanisé, avait inspiré des craintes, et l'on supposait que des doses réduites produiraient le même effet, sans exposer aux inconvéniens qu'on redoute toujours de l'ingestion des opiacés à haute dose. Des essais comparatifs furent faits en conséquence, mais ne durent pas être continués longtemps, parce que la proportion des cas de guérison était notablement réduite.

M. Beauregard a eu, cette année, l'occasion de traiter encore à Gsaale des cas de choléra, et a encore obtenu de sa méthode de traitement les mêmes succès. (Comm. MM. Serres, Andral, Rayer.)

Effets de la diminution de la pression atmosphérique sur les animaux.

M. Marchal (de Calvi) adresse, sous ce titre, une note dont il résume les conclusions en ces termes :

L'auteur croit pouvoir conclure, des expériences rapportées dans cette note, que les variations de pression atmosphérique sont loin d'exercer l'influence qu'on leur suppose. Suivant lui, l'erreur vient de ce que, dans la plupart des cas que l'on a considérés en même temps qu'il y a diminution de pression à la surface du corps, il y a raréfaction de l'air qui pénètre dans nos poumons, et par suite, diminution de la quantité d'oxygène nécessaire pour l'accomplissement normal de l'hématose. (Comm. MM. Dumas, Regnault, Rayer.)

M. Missoux adresse, de Fournols, l'observation d'un cas qui s'est présenté, dans sa pratique, chez une femme sur laquelle il avait pratiqué l'amputation de la mamelle. Dix-huit mois après cette opération, le mamelon correspondant a fourni du lait pendant toute la période de lactation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 Décembre 1853. — Présidence de M. Bérard.

Bandage herniaire crural.

M. L. Boyer s'exprime en ces termes :

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie un bandage pour hernie crurale, non pas nouveau, mais généralement inconnu, et qui me paraît offrir des avantages positifs sur tous ceux que l'on emploie ordinairement.

Ce bandage n'est point de mon invention; il appartient à l'un des plus distingués et plus regrettables correspondans de l'Académie, le docteur Foullioy, ancien chirurgien inspecteur général du service de santé de la marine.

Du vivant de M. Foullioy je l'avais deux fois employé par ses conseils; ayant eu dernièrement besoin d'y recourir de nouveau je n'ai pu rien trouver d'analogue chez aucun bandagiste, et il m'a été impossible de retrouver l'ouvrier, qui l'avait seul fabriqué il y a plusieurs années, sur les indications de M. Foullioy, de sorte que j'ai dû en diriger moi-même la confection.

Ce bandage est établi sur les données suivantes, très judicieusement formulées par son auteur : « Lui donner pour point d'appui fixe et invariable toute la circonférence de la ceinture osseuse du bassin; le placer à l'abri de toute influence de la part des agens musculaires et de la flexion de la cuisse; éviter toute obliquité capable de favoriser son glissement. » D'une pelote postérieure appliquée sur le sacrum se détachent deux ressorts exactement moulés sur la circonférence du bassin, et passant horizontalement entre la saillie formée par le grand trochanter et la crête de l'os des îles. Ces deux ressorts sont réunis antérieurement au moyen de deux courroies d'attache, qui complètent une ceinture horizontale placée à l'abri de l'action de tous les muscles moteurs de la cuisse, de tous les mouvemens du membre et du tronc lui-même. De l'un de ces ressorts se détache, à angle droit, le collet de la pelote dirigé verticalement en bas. L'élasticité qui fournit à celle-ci la force nécessaire à la compression de la hernie réside : 1° dans la flexion sur son plat de cette partie verticale qui supporte la pelote; 2° dans une certaine torsion imprimée à la branche de ceinture horizontale, près de l'angle de jonction de ces deux parties. C'est cette seconde condition qui est particulièrement délicate dans la fabrication de l'appareil et efficace dans son application. La pelote agit exactement de bas en haut et d'avant en arrière sur l'orifice de l'anneau, et se trouve placée à la partie supérieure du triangle crural, entre les muscles adducteurs et le droit antérieur de la cuisse dont elle évite l'action, en même temps qu'elle se trouve à l'abri du soulèvement produit par la flexion du membre. Il en résulte que le sous-cuisse, souvent si gênant pour les malades, est complètement inutile. Dans le cas de double hernie, l'appareil peut tout aussi bien se terminer antérieurement par deux pelotes.

Ce bandage, tout en n'offrant qu'un très petit volume, maintient la hernie parfaitement réduite dans toutes les positions, et me paraît le plus efficace et le moins gênant. Je l'ai dernièrement encore employé, avec un succès complet, sur deux nouveaux malades qui en avaient inutilement employé un grand nombre d'autres.

En présentant à l'Académie cet appareil que je pourrais presque appeler l'œuvre posthume de l'un de ses membres, persuadé qu'elle lui reconnaîtra des avantages réels, je n'ai d'autre but que d'appeler son attention sur un bandage qui, s'il était plus connu, rendrait, dans ma conviction, de véritables services dans un grand nombre de cas.

THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de l'acétate de plomb contre la pneumonie et la hernie étranglée; par le docteur Fiebig.

L'auteur n'emploie l'acétate de plomb que dans les pneumonies dans lesquelles le traitement habituel est insuffisant, et dans lesquelles on peut craindre des fausses crises. L'acétate de plomb est indiqué également chez les vieillards décrépits, chez les individus chez lesquels la pneumonie est accompagnée de diarrhée abondante, chez les tuberculeux auxquels on ne peut plus donner le tartre stibié, et chez lesquels les saignées générales et locales ont déjà été employées. L'acétate de plomb se donne, avec plus d'avantage, combiné avec la digitale et la teinture d'opium. Voici la formule :

R. Acétate de plomb. . . de 15 à 30 centig.
Infusion de digitale. . . . 180 gram.
Teinture d'opium. . . . . 1.20 à 2 gram.

L'eau blanche, donnée en lavement, n'a qu'une valeur douteuse dans les hernies étranglées, puisqu'on l'a toujours employée combinée avec d'autres moyens; cependant, l'auteur croit avoir évité, par ce moyen, dans deux cas, de recourir à l'opération de la hernie étranglée. — (*Organ. für die gesammte Heilkunde*, II, 3, 1853.)

De l'emploi de la digitale dans la pneumonie; par le d[r] Heusinger.

Les inconvéniens qui résultent de l'emploi de divers moyens, dont on fait généralement usage dans la pneumonie, tels que le calomel, le tartre stibié à haute dose et le traitement antiphlogistique, et d'autre part, l'influence bien connue de la digitale sur la circulation générale, et par conséquent l'espérance que ce moyen pourrait retarder ou diminuer l'afflux du sang dans les parties malades, ont engagé l'auteur de ce travail à faire usage de la digitale pourprée dans la pneumonie.—Heusinger donne la digitale dès le début de la maladie; cependant, s'il y a des douleurs pleurétiques à cette époque, il emploie les ventouses scarifiées afin d'éviter la formation d'un épanchement pleurétique avant que la digitale ait pu agir. Lorsqu'il y a complication bilieuse, il donne d'abord de 1/2 à 1 gram. de tartre stibié d'heure en heure, et plus tard seulement la digitale. S'il y a amélioration, et qu'il ne se manifeste pas de diarrhée intense, il s'en tient au tartre stibié.—Les premiers indices des effets de la digitale se manifestent au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures; ce sont des malaises, des nausées, des vomissemens d'un liquide verdâtre et amer, un collapsus marqué, surtout à la face, de la mauvaise humeur, de l'humidité et de la fraîcheur à la peau, intermittences et ralentissement du pouls, qui peut tomber à 50 et 40 pulsations par minute. Aussitôt que ces phénomènes se manifestent, la marche de la pneumonie s'arrête, et l'on aperçoit, au bout de quelques heures, les symptômes du commencement de la résolution, les crachats sanguinolens disparaissent, la toux diminue, les urines déposent, et le sommeil devient calme. Dès que les symptômes de l'action de la digitale se sont montrés vers le pouls et dans les fonctions de l'estomac, on cesse l'emploi du médicament; on n'emploie plus qu'une décoction de guimauve, et si les nausées persistent, on donne la potion de Rivière ou la poudre aérophore. Lors même que les pneumonies sont intenses, la convalescence est terminée dans la quinzaine; dans des cas moins graves, elle se fait plus tôt.

La digitale est donnée en infusion, à la dose de 1.20 à 4 gram. pour 150 à 150 grammes de colature, une cuillerée à bouche d'abord toutes les heures, puis toutes les deux heures, lorsque les effets physiologiques se sont produits. — (*Deutsche Klinik*, n° 24, 1853.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité des maladies du sein et de la région mammale; par A. Velpeau membre de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie impériale de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Charité, etc. — Un beau volume in-8 accompagné de huit planches coloriées. Prix : 12 francs.

Paris, 1853, Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 17.

De la météorologie dans ses rapports avec la science de l'homme et principalement avec la médecine et l'hygiène publique; par P. Foissac, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de la Société météorologique de France, chevalier de la Légion-d'Honneur, ancien maire-adjoint du 1[er] arrondissement. — Deux volumes in-8.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Nouvelle doctrine médicale ou Doctrine biologique; par M. Lepelletier de la Sarthe, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc. (Ouvrage couronné par l'Académie de Caen.) — Un volume grand in-8 de 504 pages. Prix : 7 fr.

Traité clinique et pratique des maladies des vieillards; par M. Durand-Fardel, d. m. p., ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation, membre correspondant et lauréat de l'Académie impériale de médecine, médecin-inspecteur des sources d'Hauterive à Vichy. — Un vol. in-8 de 928 pages. Prix : 9 fr.

Élémens de pathologie chirurgicale; par A. Nélaton, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société de chirurgie, de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation, etc. *Tome troisième.* — Un vol. in-8 de 520 pages. Prix : 6 fr.

Ces ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17, à Paris.

RAPPORT à M. le Préfet de police sur la question de savoir si M. le docteur Auzias-Turenne peut être autorisé à appliquer ou à expérimenter LA SYPHILISATION à l'infirmerie de la prison St-Lazare. Par MM. les docteurs Mélier, président, Philippe Ricord, Denis, Conneau, et Marchal (de Calvi), secrétaire rapporteur. — Publié par décision de M. le Préfet de police.

Grand in-8°, Paris, 1853, aux bureaux de l'Union Médicale, rue Saint-Georges, n° 12. Prix : 2 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 151. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Mardi 20 Décembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :

Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56* ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 19 DÉCEMBRE 1853.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Voici le mouvement de l'épidémie depuis notre dernier numéro :

CAS NOUVEAUX DANS LES HÔPITAUX :

16 décembre.	Cas reçus dans le jour	28
	Cas déclarés à l'intérieur	9
	Total......	37
	Décès........	21
17 décembre.	Cas reçus dans le jour	25
	Cas déclarés à l'intérieur	12
	Total......	37
	Décès........	21
18 décembre.	Cas reçus dans le jour	14
	Cas déclarés à l'intérieur	6
	Total......	20
	Décès........	10

Récapitulation générale jusqu'au 14 décembre inclusivement :

Hôpitaux. { Admissions........ 476 ; Cas déclarés à l'intérieur. 180 } 676

DÉCÈS :

Hôpitaux civils et militaires..........	304
A domicile (le nombre des attaques inconnu). .	222
Communes rurales (*id.*)	74
Total des décès jusqu'au 14 décembre.	600

Six cas de choléra avaient été observés à Argenteuil, dont deux avaient été suivis de décès, le 8 décembre.

HÔPITAUX MILITAIRES, jusqu'au 7 décembre :

	Entrées.	Décès.
Val-de-Grâce	20	6
Gros-Caillou	29	6
Roule...........	18	5
	67	17

Plusieurs honorables confrères des départemens nous ont fait l'honneur de nous demander des renseignemens sur le mode d'application et de fonctionnement des visites médicales préventives contre le choléra. Notre plus grand désir serait de pouvoir répondre à nos correspondans, et nous le ferions avec empressement si nous n'avions l'espoir que, très prochainement, l'administration supérieure, qui est en possession d'un projet très général d'application du système préventif, aussi bien pour les communes rurales que pour les villes, le fera connaître aux préfets qui le transmettront hiérarchiquement à toutes les autorités administratives. Si l'influence épidémique qui se fait sentir à Paris, dans des proportions heureusement restreintes, s'étendait dans les départemens et venait à s'aggraver, nul doute que l'administration ne trouvât, dans l'exécution des mesures projetées, des moyens efficaces soit pour amoindrir les ravages du choléra, soit pour porter des secours aux personnes atteintes par l'épidémie. Mais nos lecteurs doivent comprendre que l'administration est seule juge de décider l'opportunité d'application de ces mesures et le moment qui lui paraîtra le plus convenable pour les faire connaître. Il ne nous appartient pas de devancer l'autorité. Tout ce que nous pouvions faire nous l'avons fait en traitant la question des mesures préventives au point de vue médical (voyez l'UNION MÉDICALE, n^{os} des 15 et 19 novembre 1853), et en exposant nos convictions sur leur utilité. Tout ce que nous pouvons encore faire nous le faisons en exprimant un vœu aussi ardent que sincère, que l'administration n'ait pas à appliquer ces mesures, et que, si elle se trouve dans la malheureuse nécessité de les appliquer, elle le fasse dans toutes les conditions qui peuvent en assurer le succès et les bon résultats qu'on en espère.

Quant aux mesures appliquées en ce moment à Paris, par décision de M. le préfet de police, elles ne nous sont pas encore assez connues pour que nous puissions en exposer le mécanisme; mais tout nous fait penser que ces mesures, excellentes pour la situation peu grave du moment, seraient probablement étendues, complétées ou modifiées, si les circonstances l'exigeaient. Amédée LATOUR.

Il est peu de médecins, à Paris, qui ne soient en ce moment consultés, soit par des personnes ou par des familles absentes de Paris, et qui demandent si elles peuvent y revenir, soit par des personnes habitant actuellement Paris, et qui demandent si elles doivent le quitter.

Consulté nous-même sur ces deux points, voici ce que nous avons répondu, et nous avons eu la satisfaction de voir que notre réponse était conforme à celle de plusieurs praticiens très distingués de la capitale, auxquels de pareilles questions avaient été posées.

Aux personnes absentes de Paris, nous avons dit :

Restez où vous êtes, si rien ne vous oblige à venir à Paris.

Aux personnes qui habitent Paris, nous avons répondu :

Ne le quittez pas si votre santé est excellente.

Le relevé que l'administration de l'assistance publique fait faire avec beaucoup de soin, sur tous les cholériques admis dans les hôpitaux, de toutes les circonstances antérieures commémoratives, donne ce résultat que, jusqu'ici, le choléra s'est surtout manifesté sur des personnes qui habitaient Paris depuis peu de temps.

Ce relevé confirme aussi, et dans des proportions considérables, le grand fait de l'existence de la diarrhée prémonitoire sur laquelle est basé le système des mesures préventives.

On nous assure que ce système, mis à exécution dans le 6me arrondissement de Paris, sous la direction intelligente et dévouée de M. le maire de cet arrondissement, M. Monin-Japy, et avec le concours empressé des médecins, a produit déjà d'excellens et très remarquables résultats. Nous prions instamment un de nos confrères de cet arrondissement de vouloir bien nous communiquer une note sur ce sujet.

L'administration de l'assistance publique a fait disposer la ferme Sainte-Anne et un pavillon de l'hôpital de Lariboisière, pour servir de maisons de convalescence pour les cholériques des hôpitaux. Déjà un certain nombre de malades ont été envoyés à la ferme Sainte-Anne. Cette mesure est très favorablement accueillie par les malades des hôpitaux.

Une jeune religieuse de l'Hôtel-Dieu a été prise, hier, d'accidens cholériques fort graves.

Voici l'instruction que la préfecture de police fait distribuer à domicile :

PRÉFECTURE DE POLICE.

Conseil d'hygiène et de la salubrité du département de la Seine.

INSTRUCTION POPULAIRE.

Le choléra est ordinairement précédé de légers symptômes auxquels

---

Feuilleton.

NOTES

SUR LES ÉTABLISSEMENS D'ALIÉNÉS

De Siegburg, Halle, Dresde, Prague, Berlin et Vienne.

RÉFLEXIONS

SUR LA MÉDECINE PSYCHIATRIQUE EN ALLEMAGNE.

Par le docteur J. MOREAU (de Tours), médecin de l'hospice de Bicêtre.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Mon cher confrère,

De retour d'une assez longue et surtout très rapide excursion dans les pays d'outre-Rhin, je voudrais faire part aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE de quelques-unes de mes impressions de voyage, et des observations qu'il m'a été permis de faire concernant divers établissemens d'aliénés.

Ce n'est pas sans quelque hésitation, je me hâte de le dire, que j'entrouvre mon carnet de touriste, et que je laisse tomber le grand jour de la publicité sur des documens aussi incomplets que ceux que j'ai à vous communiquer, et qui, primitivement, n'avaient été recueillis que pour moi seul.

Là où je n'ai pu que consacrer quelques heures et jeter un coup d'œil à la dérobée, il m'aurait fallu plusieurs jours pour bien voir, examiner, étudier à fond les localités, les plans, pour m'entretenir avec les savans maîtres qui dirigent les établissemens que je visitais.

Mais je me suis rappelé que, généralement en France, on est assez peu au courant de ce qui a trait à la médecine psychiatrique, en Allemagne ; il ne m'était pas permis de taire le peu que j'en ai appris. Autre motif : c'est que je trouvais-là l'occasion de témoigner à mes confrères d'outre-Rhin une vive reconnaissance pour l'excellent accueil que j'ai reçu d'eux.

L'érudition est peu dans nos habitudes scientifiques. Serait-ce que nous nous croyons assez riches de notre propre fonds, pour ne devoir rien emprunter aux autres? Ou bien serait-ce que la faculté d'inventer, d'imaginer et celle d'apprendre, de connaître, se rencontrent difficilement dans un même esprit? Quoi qu'il en soit, nous sommes trop peu familiarisés avec la langue des autres nations, pour que leurs travaux nous soient suffisamment connus. De là, une appréciation inexacte, souvent partiale, de nos propres travaux, un sentiment exagéré de supériorité, dont il faut rabattre dans maintes circonstances, lorsqu'on est mieux instruit. Juger, c'est comparer ; deux termes sont nécessaires dans toute comparaison ; le plus souvent, l'un de ces termes nous manque, sans que, pour cela, nous nous abstenions de juger..... Il est vrai que c'est presque toujours à notre avantage.

Les réflexions qui précèdent, je les faisais dès mes premiers pas en Allemagne, en voyant de quels soins éclairés, de quelle active sollicitude les aliénés étaient l'objet, l'émulation qui paraissait régner entre les divers états pour procurer à ces infortunés la plus grande somme possible de bien-être.

Nous sommes de l'avis de notre confrère M. Ménière (1) : « Nous ne sommes ni généreux, ni justes à l'égard du reste de l'Europe, et celle-ci, qui aurait le droit de se moquer de nos prétentions, se contente d'améliorer ses institutions, d'enrichir ses écoles et de nous offrir, sur plusieurs points, des modèles à imiter. » Nous ajouterons qu'il faut surtout être juste envers ceux qui, par modestie, se montrent plus que justes à votre égard. Or, partout, dans mes visites, si l'on accueillait avec un légitime orgueil les remarques élogieuses qu'il m'arrivait de faire, en revanche, s'empressait-on de reconnaître que la France avait donné la première impulsion, qu'elle avait donné l'initiative des grandes améliorations qui honorent notre temps. » Nous avons fait de notre mieux, me disait un des savans médecins que je trouvai sur mon chemin, pour mettre en pratique les conseils de Pinel et d'Esquirol, en tant, du moins, que nos habitudes, nos mœurs, notre climat pouvaient nous le permettre. »

Encore une remarque, avant d'entrer en matière :

(1) *Une promenade en Allemagne*, 1852.

Peut-être le lecteur trouvera-t-il que je ne me suis pas assez étendu sur la description des localités, sur les détails d'architecture, les divisions et sub-divisions reconnues nécessaires, etc. Voici mon excuse : il ne me paraît pas que ces descriptions, quelque minutieuses qu'elles soient, suffisent pour donner une idée exacte des lieux; elles ne sont comprises que de ceux qui ont vu et dont elles avivent les souvenirs.

Puis enfin, j'avoue qu'à l'époque où nous sommes, aujourd'hui que les préjugés qui ont pesé si longtemps sur le sort des aliénés, sont dissipés, en grande partie du moins; que les chaînes sont brisées; que partout on s'occupe d'eux, au point de vue de leur bien être physique, ainsi qu'on ferait d'hommes bien portans, la question des localités me semble perdre beaucoup, je ne dis pas absolument, de son importance. Je n'ignore pas qu'on a dit et répété après Esquirol, que les bonnes dispositions d'un asile faisaient partie du traitement; cela est vrai, mais à l'époque où Esquirol s'exprimait ainsi, les malades dont il avait si chaleureusement embrassé la cause, étaient relégués, nous allions dire enterrés vivans, dans d'affreuses demeures qui, aujourd'hui, ont à peu près complètement disparu.

Du reste, je suis loin de dire ici ma pensée tout entière sur cette question. Cette pensée je l'ai exposée, *in extenso*, dans la brochure que je publiai en 1842 sur la COLONIE *d'aliénés de Ghéel.* Qu'il me suffise de dire que mes opinions n'ont pas changé depuis cette époque. Elles ont trouvé des contradicteurs; mais aucune objection sérieuse n'y a été faite qui ne se trouve réfutée, d'avance, dans le mémoire même où je les ai développées.

J'ai, de plus en plus, l'intime conviction que le jour où sera faite la première tentative de colonisation, suivant l'exemple donné par la Belgique depuis plusieurs siècles, ce jour-là j'aurai gagné la cause que je défends et que j'ai vivement à cœur de voir triompher, parce qu'elle est celle de l'humanité.

§

En Allemagne, le grand mouvement scientifique auquel les aliénés ont dû des améliorations sans nombre dans les conditions de leur exis-

on ne porte pas assez d'attention et qu'il suffit de dissiper pour arrêter le mouvement ultérieur de la maladie.

Le plus commun de ces symptômes, c'est la *diarrhée.*

Il est donc de la plus grande importance de se soigner dès que ce symptôme se manifeste, quelque léger qu'il soit, les moyens les plus simples à employer en attendant les conseils d'un médecin, qu'il est toujours nécessaire d'appeler, sont les suivans : *diminution ou abstinence complète d'alimens; usage du riz ou de ses préparations; infusion légère de thé; administration de quarts de lavement émollient et calmant.* (décoction de guimauve et de tête de pavot.)

Si la diarrhée persiste, et à plus forte raison, si d'autres symptômes l'accompagnent, il faut en toute hâte appeler un médecin.

D'un autre côté, les soins hygiéniques, si utiles dans tous les temps pour la conservation de la santé, deviennent surtout nécessaires à l'époque des épidémies. Il importe donc de se vêtir chaudement et d'éviter les refroidissemens; de se tenir avec propreté; de vivre plus régulièrement encore que de coutume; d'éviter les excès de nourriture et de quelqu'autre nature qu'ils soient; ils disposent, ainsi que l'abus du vin et des liqueurs alcooliques, à la maladie.

Il importe également de tenir avec le plus de soins possibles l'intérieur des habitations, et d'éviter tout ce qui peut vicier l'air.

Ces conseils peuvent être suivis par tout le monde, et leur observation suffit presque toujours pour prévenir la maladie.

NOTE SUR L'ÉPIDÉMIE ACTUELLE DE CHOLÉRA-MORBUS ET SUR SON TRAITEMENT;

Par le docteur F.-A. Aran, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Ce n'est pas, on le comprend, une histoire minutieuse et détaillée de l'épidémie actuelle que je viens retracer ici. Un mois à peine nous sépare de son début, et rien encore, malheureusement, ne nous annonce qu'elle touche à sa fin. Mais j'ai dû à une circonstance particulière d'avoir reçu dans le service dont je suis chargé à l'Hôtel-Dieu, le plus grand nombre des malades cholériques qui sont entrés dans cet hôpital pendant les trois premières semaines de l'épidémie, et j'en ai profité pour étudier cette épidémie dans ses rapports et ses dissemblances avec l'épidémie de 1849, dont j'avais suivi les phases avec la plus grande attention, ainsi que pour soumettre à l'expérimentation quelques-uns des traitemens qui ont été recommandés contre cette terrible maladie. Ce sont les remarques déduites de cette comparaison, ce sont les résultats de ces tentatives thérapeutiques que je viens soumettre à mes confrères, heureux si je puis faire pénétrer dans leur esprit la conviction profonde dont je suis animé, que l'épidémie actuelle n'offre pas, jusqu'à ce jour, d'une manière générale, la gravité de ses aînées, et que loin d'être désarmée, la médecine compte des ressources nombreuses et puissantes contre un aussi cruel ennemi.

Du 11 novembre, jour où le premier malade cholérique a été apporté à l'Hôtel-Dieu, jusqu'au 1er décembre, époque à laquelle il n'en a plus été reçu dans mon service, j'ai eu à traiter 44 malades apportés de la ville et atteints du choléra, à ses diverses périodes, mais surtout à la période algide. Dans cet intervalle, 6 malades, à l'hôpital pour des maladies diverses, ont été atteints à leur tour du choléra, et depuis le 1er décembre, 5 autres malades ont été également frappés dans mes salles. C'est donc 55 malades qui ont passé sous mes yeux, et sans être très considérable, ce chiffre est bien suffisant pour qu'on puisse en tirer quelques conclusions.

Ainsi que le savent les lecteurs de l'Union Médicale, le choléra n'existait pas encore dans les salles de l'Hôtel-Dieu, lorsque, le 11 novembre, un premier cholérique fut apporté du dehors. Six jours après, un premier malade était atteint dans la salle des hommes; et à partir de ce moment, jusqu'à la fin du mois, 4 autres malades en furent pris également. Cette particularité sera peut-être relevée comme favorable à l'idée de la contagion, et j'en ai été moi-même ébranlé un instant; mais un examen plus attentif m'a montré que le malade frappé dans la salle était couché à une très grande distance du premier cholérique venu du dehors, et quelques jours après, un autre fait est venu m'apprendre ce qu'il fallait penser de ces prétendues contagions : Dans ma petite salle de femmes, la salle Saint-Roch, une malade était enlevée en quelques heures par le choléra, bien qu'il n'y eût aucun cholérique dans cette salle, non plus que dans les deux autres grandes salles situées sur le même palier. Des faits analogues ont été constatés dans les services de chirurgie quelques jours après. Enfin, depuis le 1er décembre, époque à laquelle on a cessé de recevoir des cholériques dans mon service, 3 malades ont été pris du choléra dans la salle des hommes, et 2 dans la salle des femmes.

La plupart des malades dont il vient d'être parlé, et qui ont été pris du choléra dans l'hôpital, étaient atteints, du reste, de maladies graves, qui expliquaient bien naturellement l'invasion du choléra. Des 8 hommes, 5 étaient encore malades ou à peine convalescens de la fièvre typhoïde, les 3 autres étaient affectés de broncho-pneumonie, de péritonite chronique, de rhumatisme articulaire aigu. Quant aux 3 femmes, l'une était en proie à une maladie du cœur très grave, avec emphysème; une autre était atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu; et la troisième, encore à l'hôpital, avait un phlegmon du ligament large. Autrement dit, tous ces malades étaient débilités soit par une maladie antérieure, soit par un traitement énergique. Quoi d'étonnant, par conséquent, que leur organisme se soit laissé infecter par le principe miasmatique du choléra; et ces malades ne se trouvaient-ils pas d'ailleurs, par le fait de leur séjour dans l'hôpital et de leur maladie antérieure, dans les conditions les plus favorables pour contracter la maladie régnante? Mais je me hâte de quitter ce terrain brûlant de la contagion et de l'infection, pour m'en tenir à des choses d'une appréciation plus facile et d'une utilité moins contestable.

Une première question devait nous préoccuper, c'était celle de cette diarrhée *prémonitoire* sur l'existence de laquelle nos voisins d'outre-Manche ont basé tout un système prophylactique, diarrhée que l'on retrouve signalée dans tous les auteurs qui ont écrit sur le choléra comme un des premiers et des plus intéressans phénomènes de la maladie, mais dont M. J. Guérin a eu le mérite de faire ressortir toute l'importance, au point de vue du salut du malade. Eh bien! dans l'épidémie actuelle comme dans les épidémies antérieures, la présence de la diarrhée a été le fait le plus constant. De nos 44 malades venus du dehors, 30 avaient de la diarrhée depuis plus ou moins longtemps, 7 n'en avaient pas eu; les 7 autres ne pouvaient donner de renseignemens à cet égard. Des 11 malades frappés dans l'intérieur, 8 avaient eu de la diarrhée et 3 n'en avaient pas eu. Autrement dit, *un quart au plus* des malades frappés de choléra n'aurait pas eu de diarrhée prémonitoire, résultat qui concorde parfaitement avec celui consigné par MM. Briquet et Mignot dans leur excellent *Traité du choléra-morbus de 1849.*

Mais cette diarrhée, quelle a été sa durée, s'est-elle prolongée assez longtemps pour donner au malade et au médecin le temps de se reconnaître et d'instituer un traitement convenable et efficace? Sur ce point, nos renseignemens ne sont pas aussi complets et aussi nombreux; mais, néanmoins, de 17 malades venus de l'extérieur et qui ont pu donner des détails, il y en avait 8 chez lesquels la diarrhée datait de huit jours, 2 chez lesquels elle datait de quatre jours, 4 chez lesquels elle remontait à trois jours et 2, enfin, chez lesquels elle aurait duré depuis un mois, ce qui porte en moyenne la durée de la diarrhée *à 6 jours au moins.* N'est-on pas frappé de cette longue durée de la diarrhée prémonitoire, surtout lorsqu'on la compare à la durée de celle de l'épidémie de 1849, qui n'a été en moyenne, d'après Briquet, que de *deux jours et demi,* et comment ne pas regretter l'incurie par suite de laquelle tant de malades se sont exposés de gaîté de cœur à des dangers aussi redoutables!

Ainsi donc, voilà la question des *invasions d'emblée* réduite à ses plus simples proportions. Avant d'arriver au choléra confirmé, les trois quarts des malades ont été pris d'une diarrhée qui s'est prolongée de trois à huit jours et qu'il eût été, en général, assez facile d'arrêter. Maintenant cette diarrhée avait-elle, comme l'ont écrit quelques personnes et M. Briquet en particulier, des caractères distinctifs? Si j'en juge par les cas nombreux qu'il m'a été donné de traiter en même temps que le choléra, beaucoup de phénomènes qui lui ont été rapportés ne s'y retrouvaient pas et beaucoup d'autres s'y étaient ajoutés. Ainsi, les selles étaient liquides et il n'y avait pas de ténesme; en revanche, plusieurs malades avaient eu des coliques; l'abdomen était sensible à la pression chez nombre d'entre eux et deux autres symptômes, les borborygmes et les selles blanches, faisaient presque constamment défaut. Mais, dira-t-on, ce n'étaient pas des diarrhées prémonitoires, c'étaient seulement des diarrhées d'entérite, du catarrhe intestinal. A cela je me bornerai à répondre que plusieurs des malades chez lesquels il y avait de la diarrhée lorsque le traitement a été commencé, et qui sont arrivés plus tard au choléra confirmé, qui ont même succombé dans son cours, avaient des diarrhées jaunâtres, bilieuses, que nous n'avons pas toujours pu arrêter.

La première période, période d'invasion, si l'on compte à partir du moment où le choléra est confirmé, deuxième période si l'on considère, et nous sommes de ce nombre, la diarrhée comme appartenant à la maladie, et comme en constituant la première période, la *période phlegmorrhagique* enfin, s'est montrée à peu de chose près dans les cas que nous avons observés ce qu'elle était dans les épidémies précédentes : tout d'un coup, les malades étaient pris de nausées, de vomissemens, de selles fréquentes et copieuses, de vertiges, de sifflement d'oreilles, d'altération des traits, de crampes, de refroidissement du corps; dans un cas même, une syncope a marqué le début de ces accidens phlegmorrhagiques. Très courte dans la plupart des cas, car elle a été en moyenne de douze heures, nous l'avons vue cependant durer deux ou trois jours, avant de passer à l'algidité. Dans certains cas, cette période nous a semblé supprimée ou du moins les phénomènes principaux faisaient défaut : peu à peu la diarrhée devenait plus abondante, les traits s'altéraient de plus en plus, et après un refroidissement borné soit au nez, soit aux mains, la période algide s'établissait. Quelques-uns des symptômes précédens ont manqué également dans beaucoup de cas. Ainsi, les vomissemens, comme nous venons de le dire, les crampes, etc. Ce dernier phénomène, en outre de ce qu'il n'existait pas dans beaucoup de cas, s'est mon-

---

tence physique et morale, l'ère de rédemption de cette classe de malades si longtemps et si injustement délaissée, paraît être de même date qu'en France, en Angleterre et dans la plus grande partie de l'Europe. Aussi, les habitations destinées aux aliénés présentent-elles, dans leurs dispositions, tant intérieures qu'extérieures, de notables différences.

On commença, d'abord, simplement, par approprier aussi bien que possible, de vieilles constructions, d'anciens édifices à leur nouvelle destination. Le but qu'on se proposait alors était à peu près exclusivement humanitaire, fort peu médical. Il s'agissait, avant tout, de retirer les fous des cachots infects où une terreur stupide et ignorante les tenait enfermés pour les placer dans des lieux où leur vie ne serait plus incessamment menacée par le manque d'air, la malpropreté, etc. On ne songeait guère, encore, à les traiter et à leur rendre la raison.

D'anciens cloîtres, de vieilles forteresses que la réformation et l'invention de la poudre à canon avaient rendus inutiles, furent choisis comme se prêtant mieux aux nouveaux usages auxquels on les destinait. Les religieux et les hommes de guerre ont été remplacés par des aliénés. Telle a été l'origine des établissemens de *Siegburg* et du *Sonnenstein.*

Les dispositions architecturales de ces édifices, l'économie primitive des localités, ne sont pas les seuls motifs qui leur ont fait donner la préférence. Leur isolement des grands centres de population, leur situation sur des montagnes ou des collines plus ou moins élevées, situation si avantageuse au point de vue de l'hygiène, de l'air vif et pur qu'on y respire, de l'admirable perspective dont on y jouit, ont dû, tout d'abord, fixer l'attention.

Cependant, les progrès rapides de la science firent bientôt sentir ce qu'il y avait d'imparfait et d'insuffisant dans ces sortes d'asiles, lesquels, tout bien examiné, n'avaient guère d'autre mérite que leurs excellentes conditions topographiques. Bientôt on vit s'élever, de toutes parts, des établissemens spéciaux qui, par l'entente parfaite de leurs dispositions intérieures, la distribution des différens quartiers, etc., laissent bien loin derrière eux les anciennes constructions.

§

SIEGBURG.

Le premier asile que je rencontrai sur ma route et que je m'estimai heureux de pouvoir visiter à cause de la réputation dont jouit, en Allemagne, le médecin qui le dirige, est celui de Siegburg.

Siegburg est une petite ville, dans le grand-duché de Bade, à sept ou huit kilomètres de Bonn, sur la rive droite du Rhin.

En quittant Bonn, et après avoir traversé le fleuve sur un bac, au bout de quelques minutes de marche, vous êtes sur la route qui mène directement à Siegburg. Bientôt on voit se dérouler devant soi une vaste plaine, fertile et bien cultivée, bornée, de toutes parts, à l'horison, par une chaîne de hautes collines dont quelques-unes, plus élevées que les autres, sont connues sous le nom des *Sept montagnes.*

Au milieu de cette plaine, du sein d'un massif formé d'arbres et de maisons, s'élève une colline en forme de mamelon, entièrement isolée, dont le sommet est couronné par un très beau bâtiment, flanqué sur la droite de vieilles murailles crénelées, de tours en ruine, derniers vestiges de l'ancien château seigneurial, et dont la façade éclatante de blancheur est surmontée d'un clocher.

C'est la maison des fous, *irrenhaus!* ainsi que la désignait mon guide; c'est *Siegburg!*

Je n'avais aucune idée de l'établissement qui s'offrait brusquement à mes regards; je laisse à penser si je fus agréablement surpris d'apprendre que cette belle demeure était celle de pauvres malades pour lesquels, à une époque encore peu éloignée de nous, on n'avait pas de fosse assez profonde, de prison assez obscure. J'avais hâte d'y pénétrer, mais plus d'une heure de marche nous séparait encore de la ville qui est située à mi-côte de la colline. On arrive à la maison de santé par une magnifique avenue, à pente douce, bordée de hauts peupliers, d'arbustes de toute sorte.

Chemin faisant je rencontrai plusieurs groupes de travailleurs, tous vêtus uniformément d'une petite veste et d'un pantalon de toile bleue à raies blanches, la tête couverte d'une casquette de drap ou de cuir. La tenue de ces hommes était généralement bien soignée. Les uns étaient occupés à des travaux de jardinage, les autres roulaient des brouettes, tous faisaient leur besogne en silence.

J'atteignis bientôt la demeure du médecin directeur; habitation d'un aspect simple et presque champêtre, située au haut de l'avenue à une très petite distance du reste des bâtimens. Après quelques minutes d'attente dans un petit salon servant de bibliothèque, je fus admis auprès d'un vieillard d'une haute stature, d'une physionomie douce et bienveillante, et dont la tête était légèrement inclinée sur la poitrine, bien plus par l'habitude de la réflexion que par le poids des années. J'étais en présence du vénérable doyen des sciences psychiatriques en Allemagne, le docteur Jacobi.

C'est à Jacobi que Siegburg, qui, primitivement était un monastère, doit son organisation actuelle. C'est dans cette retraite qu'il n'a pas quittée depuis vingt-huit ans, au milieu de ses malades, que ce digne confrère, contemporain de Pinel et d'Esquirol, a composé les ouvrages qui ont fait sa réputation comme aliéniste.

Le docteur Jacobi, avec une obligeance et une affabilité dont je garde le souvenir, voulut me faire lui-même les honneurs de son établissement. Nous n'employâmes guère moins d'une heure et demie à le visiter. Nous mettrons beaucoup moins de temps à le décrire; quelques mots suffiront pour en donner une idée assez exacte. On ne pouvait, mieux que ne l'a fait Jacobi, utiliser les dispositions d'ailleurs assez favorables en elles-mêmes, du vieil édifice qui avait été mis à sa disposition pour y installer ses cliens.

(La suite au prochain numéro.)

---

tré rarement très intense, encore moins persistant. Les moyens les plus simples en faisaient rapidement justice. — Mais ce qui manquait surtout chez nos premiers malades, c'étaient l'aspect et la coloration caractéristiques des évacuations cholériques. Les évacuations alvines étaient rarement blanches, plus rarement encore grumeleuses; la proportion était bien plus faible encore pour les vomissemens, qui étaient le plus ordinairement aqueux et dans certaines circonstances d'une couleur vert pré admirable; cette coloration était due à une substance verdâtre, semblable à des herbes hachées finement, qui ne tardait pas à se déposer en rendant au liquide sa transparence. Mon savant ami, M. Mandl, ainsi qu'il en a été déjà fait mention dans ce journal, a reconnu dans ces diarrhées, la présence de nombreux cryptogames, dont il donnera très probablement un jour la description. Cette matière verdâtre s'est retrouvée aussi quelquefois dans les selles. Au reste, les garderobes, quels que fussent leur aspect et leur coloration, avaient presque toujours cette odeur fade et désagréable propre aux évacuations cholériques.

Comme la période phlegmorrhagique, la *période algide* ne différait pas beaucoup de ce qu'elle était dans les épidémies précédentes : elle avait toujours pour caractères frappans le refroidissement du corps, la cyanose, la chute du pouls, la suppression d'urine, l'amaigrissement rapide, la diarrhée, les vomissemens et les crampes. Néanmoins, de tous ces phénomènes, la chute du pouls, la suppression d'urine, l'amaigrissement, la diarrhée étaient ceux qu'on rencontrait toujours; car la cyanose était en général très bornée, on la retrouvait principalement aux mains, aux pieds, au pourtour des yeux, et, dans quelques cas très graves, l'amaigrissement et un cercle bleuâtre à la base de la paupière inférieure, indiquaient seuls, au premier abord, à quelle affection on avait à faire.

Quant à la *réaction*, elle était on ne peut plus longue à obtenir, et ce qui nous paraît constituer le trait principal de l'épidémie actuelle, c'est précisément cette lenteur et cette difficulté de la réaction. Assez souvent, le réchauffement et le refroidissement se sont succédé plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, même chez les malades qui ont guéri; et le premier cholérique, qui nous a été apporté du dehors, n'a pu même être considéré comme en voie de guérison, qu'après quatre jours de ces alternatives de refroidissement et de réchauffement; tous les autres phénomènes étaient, du reste, calmés chez lui, sauf la diarrhée.

Des malades qui ont guéri, un seul a offert une réaction un peu vive, c'était un cas de moyenne intensité : très peu de vomissemens, diarrhée abondante, quelques crampes, refroidissemens, pas de cyanose. Un second a présenté, pendant plusieurs jours, des phénomènes de vive réaction des viscères abdominaux (nausées, vomissemens bilieux). Mais chez aucun nous n'avons constaté de signes indiquant la congestion des organes encéphaliques ou leur inflammation, tels que le coma, l'agitation, le délire. — Chez ceux qui ont succombé, nous n'avons pas remarqué non plus que la mort fût survenue par le fait d'une réaction portée trop loin. Deux malades ont été emportés avec des phénomènes de congestion cérébrale; la peau était légèrement chaude, sans être brûlante, et la chaleur a été remplacée plus tard par un refroidissement graduel. Il en a été de même dans les deux cas où la mort a eu lieu au milieu d'accidens délirans paraissant indiquer un état inflammatoire du cerveau et de ses membranes. Ce n'est donc pas à une réaction trop vive que les malades ont en général succombé. Au contraire, le plus grand nombre des morts ont été dues à une trop faible réaction, et les malades ont péri dans une sorte de prostration ou d'*état asphyxique*, si bien décrit par M. Briquet.

Je ne suivrai pas plus loin la comparaison avec ce qui a été observé dans les épidémies antérieures, et en particulier dans l'épidémie de 1849. Ce qu'il me reste à dire, concernant les résultats obtenus à l'aide de divers moyens thérapeutiques, concorde avec ce que nous a fourni de renseignemens rassurans l'observation des diverses périodes de la maladie. Mais la comparaison de l'épidémie actuelle avec les épidémies antérieures, suffirait certainement à elle seule pour établir la vérité de ce que je disais, en commençant cet article, de la gravité comparativement moindre de l'épidémie actuelle, relativement à ses aînées. Ainsi :

Existence, dans les trois quarts au moins, d'une diarrhée prémonitoire;

Longue durée de cette diarrhée et par conséquent possibilité pour le médecin et pour le malade de la combattre avec succès;

Durée quelquefois assez longue de la période phlegmorrhagique;

Absence de quelques-uns des symptômes les plus fatigans de cette période;

Symptômes généralement moins prononcés de la période algide; absence même de quelques-uns de ses symptômes dans certains cas;

Réaction généralement lente; absence par conséquent de ces accidens cérébraux si graves observés dans les épidémies précédentes.

Tels sont les caractères principaux que l'épidémie actuelle nous a paru présenter, et dont on aurait pu tirer *à priori* des inductions favorables au succès des moyens thérapeutiques. On va voir que ces inductions ont été légitimées par les faits.

(La suite à un prochain numéro.)

COMMENT IL FAUT COMPRENDRE LES ACCIDENS CHOLÉRIQUES, ET COMMENT IL FAUT LES COMBATTRE.

Rosny, 8 décembre 1853.

Monsieur le rédacteur,

Je passe sous silence la nature des causes du choléra; comme tant d'autres, je les ignore; et, au lieu de les chercher, je l'avoue, je me suis borné jusqu'ici à l'observation rigoureuse des troubles de l'organisme pour arriver à leur cause, et fixer autant que possible les bases d'un traitement rationnel.

Sous l'influence de l'intoxication cholérique, les fonctions digestives sont comme frappées d'inertie; des liquides, provenant de matières alimentaires mal élaborées, se sont accumulés dans l'intestin, et y déterminent un état de malaise qui se manifeste par les différens symptômes qui caractérisent la période prodromique : inappétence, céphalalgie, borborygmes, etc., etc....

Les vaisseaux absorbans, refusant un chyle mal préparé, puisqu'il provient d'une digestion faite dans de mauvaises conditions, ne peuvent plus fournir au sang l'élément réparateur au moyen duquel il va porter à chaque organe la nourriture qui lui est propre. De là ces troubles plus ou moins profonds : vertiges, spasmes épigastriques, crampes, refroidissemens, cyanose, etc.

Tous ces symptômes ne sont, pour moi, que les accidens variés d'une même cause, épuisant plus ou moins vite, plus ou moins profondément l'organisme, et se manifestant avec une intensité d'autant plus grande, que la nature a été moins puissante, moins prompte à se débarrasser de l'ennemi qui l'a frappée.

Cette cause réside dans l'intestin; c'est là qu'il faut voir le point de cet état morbide, état protéiforme qui, selon les idiosyncrasies des sujets, se présente avec ces phénomènes variés qui ont produit ces dénominations de choléra spasmodique, ataxique, adynamique, asphyxique, etc.

Ces phénomènes divers ont égaré l'observateur, qui, négligeant la cause pour l'effet, a formulé tout d'abord un traitement pour chaque symptôme, et a fini par se perdre et tomber impuissant, et découragé au milieu des médications les plus opposées et les plus incroyables.

Si le symptôme est bien le langage employé par la nature pour appeler le médecin à son aide, le médecin ne doit-il pas, avant tout, s'appliquer à bien comprendre cette langue, puisque, par elle, il devient : *minister et interpres naturæ*, le serviteur dévoué, l'interprète intelligent et fidèle de la nature, qu'il va secourir, diriger, aider dans le travail curatif interne, dont le symptôme est l'expression.

Quels sont donc les symptômes de la période initiale de l'affection qui nous occupe, et quelle médication indiquent-ils? — Les symptômes, tout le monde les connaît : ce sont ceux de l'embarras intestinal bien caractérisé. Contre un pareil état, le traitement est facile : *Naturam morborum curationes ostendunt*; — purgez, et le calme reparaîtra comme par enchantement.

Si on hésite, si on n'a pas compris les premiers cris d'alarme de cette pauvre nature aux prises avec un ennemi qu'elle veut jeter hors de la place, écoutez bien, elle va se plaindre plus fort; hâtez-vous, car, avec sa souffrance, ses efforts augmentent, mais ses forces diminuent, l'inappétence se transforme en nausées, quelquefois suivies de vomissemens; aux gargouillemens, succède la diarrhée; les évacuations par haut et par bas deviennent simultanées; la céphalalgie est plus intense; les spasmes épigastriques plus douloureux.....

Ces symptômes, cette fois, n'ont-ils pas un langage bien clair, bien saisissable, ne disent-ils pas au médecin la conduite à tenir : débarrasser, nettoyer, etc. Comment nettoyer, si ce n'est avec un purgatif qui supprimera net le vomissement pour *déterminer* la diarrhée si elle manque, ou *l'augmenter* ou la *modifier* si elle existe?

Loin d'exciter le vomissement, je le supprime. C'est un moyen perturbateur qui peut avoir ses avantages, mais je le redoute, et comme le mal est dans l'intestin et non dans l'estomac; je préfère fermer la porte que la nature, dans ses efforts d'impulsion, s'est ouverte par cet organe, et donner à l'intestin, au moyen du purgatif, l'énergie qui lui manque pour faire cheminer et conduire au dehors les matières qui l'embarrassent.

Si la diarrhée existe en même temps que le vomissement, ou si elle existe seule, ma médication ne varie point. Dans le premier cas, le vomissement cesse ainsi que je viens de le dire, et la diarrhée qui l'accompagne ou qui existe seule devient plus abondante et plus *efficace*. Je dis plus *efficace* parce que, abandonnée aux seules forces de la nature, elle n'a souvent, pour tout résultat, qu'un soulagement de courte durée, tandis que sous l'influence des purgatifs elle change d'aspect, de nature, et s'arrête bientôt tout à fait après avoir produit la guérison.

Cette diarrhée prémonitoire si redoutée et si peu redoutable, est pourtant utile puisqu'elle avertit. Cependant, on veut l'abattre à coups de craie et d'opium, comme si l'on devait fusiller la sentinelle vigilante qui vous crie : Prenez garde! Mais cette diarrhée n'est pas plus le choléra que le vomissement ou tout autre symptôme grave ou léger. Elle ne vous crie pas frappezmoi, je suis le choléra, au contraire, elle vous crie : l'ennemi est là, secourez-nous, je vous mets sur la voie, je ne suis qu'un moyen d'élimination, mais un moyen souvent insuffisant quand vous ne savez pas comprendre.

Et c'est sur l'anéantissement d'un symptôme qu'on bâtit une médication curative, qu'on fonde l'espoir de s'opposer aux ravages du choléra! Mais à chaque instant cette illusion s'évanouira, car cette diarrhée, car ce symptôme manque souvent et chacun sait que les cas les plus graves sont ordinairement ceux où il n'existe pas.

Quels secours efficaces cette méthode préventive anti-diarrhéique peut-elle donc promettre au malade qui, sans diarrhée prémonitoire, sera pris de vertiges ou de crampes, ou bien à cet autre qui, frappé d'anéantissement, sent chaque jour ses forces diminuer et marche lentement, pour ainsi dire progressivement, à la mort avec une faiblesse croissante, sans évacuation aucune.

Assurément non, cette méthode dite préventive ne nous conduira jamais au but que nous nous proposons; opposer une barrière au choléra, ou, pour mieux dire, le chasser, car nous ne le voyons pas arriver : il est déjà là quand nous l'apercevons.

Comme tous les raisonnemens dont le principe est *faux*, cette méthode aboutira à l'erreur, et si, par malheur, la majorité des médecins français l'admet, cette fois encore, nous n'aurons plus qu'à courber la tête, en acceptant l'épithète d'impuissans ou à jouer le rôle d'infirmiers comme le dit le docteur Guyot. C'est un rôle qui, dans certains cas, a bien son mérite, car avant tout le médecin ne doit pas nuire : *Melius est sistere gradum quàm progredi per tenebras.*

Je ne veux pas combattre plus longtemps une méthode que l'expérience jugera promptement; mon but est d'attirer votre attention et celle de vos nombreux lecteurs sur une médication dont, jusqu'à présent, je n'ai eu qu'à me louer, ainsi que pourraient, au besoin l'attester, non pas des observations écrites, mais les malades eux-mêmes, qui, tout d'abord imbus de ces fausses idées que la diarrhée, c'est le choléra, qu'en temps d'épidémie il ne faut pas purger, avaient refusé tout d'abord mes avis, au devant desquels ils viennent maintenant.

Selon moi, le purgatif est indiqué contre :

Les premiers prodrômes, mêmes les plus légers;

Contre les évacuations stomacales ou intestinales, existant ensemble ou séparément;

Contre tous les accidens nerveux quels qu'ils soient.

Il est bien entendu que le purgatif n'est plus indiqué quand il s'agit d'un agonisant. On fait alors ce qu'on peut : *Ad extremos extrema.*

Jamais je n'ai eu recours aux boissons alcooliques pour arrêter le vomissement : mon purgatif m'a toujours suffi. C'est la limonade au citrate de magnésie, boisson fort agréable, quand elle est bien préparée; le premier verre est quelquefois rejeté, mais les autres sont constamment gardés.

Je la préfère au sulfate de soude, dont la saveur est désagréable et qui est ordinairement mal accepté par l'estomac.

Comme moyen prophylactique, au sulfate de quinine, je préfère encore ma limonade, qui nettoie, qui débarrasse, mais je trouve à ces médicamens l'inconvénient d'endormir dans une sécurité trompeuse le client, qui, se croyant à l'abri, négligera des symptômes, qui, dans toute autre circonstance, le feraient recourir au médecin.

Je n'insisterai pas plus avant dans les détails de ma médication, dont j'ai voulu seulement vous faire connaître la base : le purgatif.

Ne craignez pas de donner toute la publicité possible à mes réflexions et aux communications que je vous fais sur le traitement *curatif* du choléra. J'en accepte avec bonheur, et pour moi seul, toute la responsabilité; et elle m'est légère, du reste, car si ma correspondance, au lieu d'être signée d'un nom célèbre, ne porte que celui d'un obscur praticien de village, elle a pour valeur la garantie des faits, et celle-là, vous le savez, en vaut bien une autre.

J'appelle de tous mes vœux l'application de ma méthode, que je puis dire excellente, mais non pas assurément infaillible. Ce n'est pas de nos mains que sort la perfection..... Je soutiens que, grâce à elle, et j'en ai la ferme conviction, on ne dira plus : la thérapeutique est en détresse devant le fléau, la médecine n'a plus qu'à s'incliner devant l'ouragan cholérique. Nous pourrons désormais faire tête à l'orage; nous n'aurons plus à dissimuler la présence de ce terrible visiteur ni à cacher nos morts, puisqu'à côté du mal nous aurons le remède.

Agréez, etc.

J. GORLIER.

Note du rédacteur en chef. — Nous voudrions pouvoir partager les convictions de notre honorable correspondant, mais on comprend qu'il nous est impossible de nous rendre solidaire de la déclaration de guerre qu'il adresse à la médecine préventive, sur laquelle nous fondons, nous, les plus sérieuses espérances. Heureusement, qu'en y regardant de près, M. Gorlier n'est pas pour nos idées un adversaire; il n'y a entre lui et nous que l'épaisseur d'un mot; nos lecteurs n'ont pas besoin que nous le leur indiquions; ils aperçoivent très bien que M. Gorlier, comme nous, veut que l'on combatte la diarrhée prodromique; il la combat avec ses armes : elles peuvent être bonnes; mais, avant plus ample informé, nous en choisirions d'autres.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 26 Octobre 1853. — Présidence de M. le professeur REQUIN.

Sommaire. — Rapport sur un travail de M. Cahen, *De l'éclampsie des enfans du premier âge dans ses rapports avec la néphrite albumineuse*, par M. Legendre. — Discussion : MM. Becquerel, Hérard, Vigla, Bouchut, H. Roger, Bourdon, Marrotte, Horteloup, Legendre.

La parole est à M. LEGENDRE, pour la lecture d'un rapport sur le mémoire de M. Cahen (Voir l'UNION MÉDICALE des 13 et 15 décembre).

Messieurs,

La Société médicale des hôpitaux nous a désignés, MM. Baron, H. Roger et moi, pour vous faire un rapport sur le travail qu'a présenté M. Cahen, à l'appui de sa candidature comme *membre associé*.

Ce mémoire qui est intitulé : *De l'éclampsie des enfans du premier âge dans ses rapports avec la néphrite albumineuse*, fournit matière, nous le croyons, à des interprétations différentes de celles de l'auteur, et vient témoigner, encore une fois, de l'actualité et de l'importance de la question que notre Société a mise au concours.

Le fait que M. Cahen signale dans son intéressant mémoire est que, chez les enfans du premier âge, on observe quelquefois des convulsions ayant pour caractère pathognomonique de s'accompagner d'urines coagulables. Puis, se basant sur ce caractère des urines, bien plutôt que sur des différences symptomatologiques dans les phénomènes convulsifs, il cherche à établir une distinction fondamentale entre les convulsions nerveuses et celles qui s'accompagnent d'urines albumineuses et auxquelles il réserve le nom d'éclampsie. Quant à la cause de cette albuminurie, il la rapporte, comme il le dit dans le titre de son mémoire et dans maints endroits, surtout à une néphrite albumineuse, ne semblant admettre que par concession que cette albuminurie passagère puisse seulement dépendre d'une congestion rénale ou d'une altération spéciale sur la nature de laquelle il ne se prononce pas.

Relativement au rapport pathogénique à établir entre l'éclampsie et la néphrite albumineuse, à savoir, si l'albuminurie est cause, effet, ou simplement phénomène concomitant ou consécutif, M. Cahen penche pour la première de ces opinions. Quant à la cause déterminante des accidens convulsifs, il se range à l'opinion qu'a émise M. Rilliet dans son travail si intéressant sur l'encéphalopathie albuminurique, et il l'attribue à une hydrocéphalie, prenant ce mot comme M. Rilliet, dans sa plus large acception, c'est-à-dire en y faisant entrer non seulement les épanchemens intra ou sous-arachnoïdiens et ventriculaires, mais aussi l'infiltration séreuse de la substance cérébrale elle-même.

A l'appui des opinions qu'il développe dans son travail, M. Cahen rapporte quatre observations. Les deux premières, qui ont été suivies de guérison, ont pour objet des enfans, l'un de cinq mois, l'autre de six semaines, tous deux forts, et pris tout à coup au milieu d'une bonne santé de nombreux accès convulsifs. *A la suite* des convulsions, les urines sont examinées, et l'on peut reconnaître, dit l'auteur, qu'elles contiennent un précipité notable d'albumine ; dans les deux cas ce précipité *disparaît au bout de quatre jours*. Dans les deux autres faits, qui portent sur des enfans âgés de quelques jours seulement, lesquels sont morts après de courts accès convulsifs, dont M. Cahen n'a pas été témoin, le caractère albumineux des urines est seulement constaté sur un peu de ce liquide extrait de la vessie après la mort. Quant à l'altération des reins, elle consiste, dans le premier cas, dans une coloration pâle et jaunâtre de la substance corticale, tandis que la tubuleuse est d'un rouge brunâtre. Dans la quatrième observation, il est dit seulement : les reins sont congestionnés.

M. Cahen, par suite des recherches intéressantes auxquelles il s'est livré sur l'éclampsie des femmes en couches, a été conduit à examiner si, chez les enfans atteints d'éclampsie, on observait également le même phénomène pathologique du côté des urines. Dans deux des quatre observations qu'il rapporte, le fait paraît avoir été incontestable, et c'est surtout à ce point de vue là que le travail de M. Cahen est important, puisque c'est un fait nouveau signalé à l'attention des médecins. Quant aux déductions qu'il tire de ses observations, nous les regardons comme contestables, et nous allons nous efforcer de le démontrer.

Des enfans sont pris de convulsions répétées, et les urines qu'ils rendent après que le calme est revenu, offrent, pendant trois ou quatre jours seulement, un précipité notable. On ne peut contester que, dans ces cas, les urines n'aient été coagulables ; mais à quoi tenait ce caractère pathologique ? Le coagulum était-il constitué par de l'albumine pure, due, comme M. Cahen a de la tendance à l'admettre, à l'existence d'une néphrite albumineuse, ou bien était-il seulement constitué par l'albumine d'une certaine quantité de sang en nature, ayant traversé le filtre rénal en même temps que l'urine, et cela sous l'influence de la congestion générale qui devait suivre ces accès convulsifs violens et répétés ?

S'il n'en était pas ainsi, cette question devait être au moins agitée, et on devait chercher à la résoudre en examinant la couleur des urines, celle du précipité, et en demandant au microscope si ces urines renfermaient ou non des globules sanguins. Ces examens n'ayant pas été faits, nous croyons être fondés à rejeter, jusqu'à nouvel informé, l'expression de *néphrite albumineuse*, dont se sert plus particulièrement M. Cahen pour exprimer la nature de l'altération qui donne naissance, en pareil cas, à la coagulabilité des urines.

L'observation clinique, en démontrant la fugacité de cette albuminurie, vient encore à l'appui de notre manière de voir. Il semble, en effet, bien difficile d'admettre l'existence d'une néphrite albumineuse qui disparaîtrait au bout de trois ou quatre jours, comme l'indique le retour de la sécrétion urinaire à l'état normal, tandis que la marche de cette albuminurie nous semble plutôt applicable à l'existence d'une simple congestion rénale ou de simples troubles fonctionnels survenus dans cette sécrétion sous l'influence d'accès convulsifs violens et répétés. Mais, dira-t-on, les reins sont altérés, je le veux bien ; mais en quoi consiste cette altération ? a-t-elle quelque chose de caractéristique, de spécial ? Et M. Cahen ne s'appuie-t-il pas bien plutôt sur cette propriété nouvelle des urines, de fournir un coagulant pour admettre une néphrite albumineuse, que sur des caractères anatomiques peu significatifs et qui ne sont pas même semblables dans les deux cas.

Après avoir réduit aux proportions d'une congestion rénale ou de simples troubles fonctionnels la prétendue néphrite albumineuse qui accompagne l'éclampsie des enfans du premier âge, doit-on, comme le veut M. Cahen, faire de la coagulabilité des urines le signe pathognomonique de l'éclampsie ? Nous avouerons qu'en lisant les deux observations détaillées que rapporte l'auteur du mémoire, nous sommes beaucoup moins frappé que lui des différences qu'il assigne aux phénomènes convulsifs observés chez les malades, et aux convulsions que l'on constate d'habitude chez les enfans. Un nombre plus considérable d'observations de convulsions du premier âge, montrerait, nous le croyons, que, les caractères des phénomènes convulsifs restant les mêmes, les urines sont indifféremment coagulables et non coagulables ; et, par conséquent, on ne saurait considérer, comme signe pathognomonique, une altération de la sécrétion urinaire, que nous regarderions plutôt comme accessoire.

Enfin, d'après notre manière de voir, on peut préjuger que nous n'admettons point, avec M. Cahen, que l'altération rénale puisse être considérée, jusqu'à un certain point, comme la cause prochaine de convulsions, et que, surtout, leur cause déterminante doive être rapportée à une hydrocéphalie, alors que les enfans n'offrent pas (c'est M. Cahen lui-même qui nous le dit) la moindre trace d'œdème véritable.

Des faits rapportés par cet observateur, nous croyons qu'on est seulement en droit de tirer cette conclusion, qu'à la suite des convulsions chez les enfans du premier âge, on peut observer des urines coagulables ; et, sur des observations qui sont encore peu nombreuses, il nous paraîtrait prématuré d'édifier des théories et des hypothèses que de nouveaux faits peuvent renverser.

Quoi qu'il en soit de cette critique, réclamée par l'intérêt même du mémoire présenté à votre appréciation par M. Cahen, nous ne nous plaisons pas moins à reconnaître que ce travail offre un intérêt réel, et qu'il attire vivement l'attention sur un point qui n'avait pas encore été signalé.

En conséquence, Messieurs, nous avons l'honneur de vous proposer d'admettre M. Cahen au nombre des membres associés, et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

Après la lecture de ce rapport, la discussion suivante s'engage :

M. BECQUEREL regrette que M. le rapporteur n'ait pas combattu une assertion qui se rencontre dans le mémoire de M. Cahen. Au nombre des observations sur lesquelles l'auteur s'est appuyé pour établir la relation qu'il croit exister entre les convulsions et l'albuminurie, il en est deux dans lesquelles la coagulation de l'urine n'a été constatée qu'après la mort. Ces deux faits, dit M. Becquerel, n'ont absolument aucune valeur, car des recherches récentes ont démontré que sur le cadavre et plus l'on s'éloigne de l'instant de la mort, les urines contiennent de l'albumine. On ne saurait donc faire jouer un rôle à cette albumine dans la production de l'éclampsie, maladie qui paraît bien plutôt de nature à entraîner à sa suite quelques modifications dans la composition du liquide urinaire. On peut lire à ce sujet un excellent travail de M. Charcelay sur l'albuminurie des enfans et on remarquera que dans les symptômes qu'il assigne à cette affection, il n'est fait aucune mention des convulsions.

M. HÉRARD : Si j'ai bien saisi le sens du rapport de M. Legendre, et les observations que vient de présenter M. Becquerel, M. Cahen aurait eu le tort de chercher à établir une relation de cause à effet entre l'albuminurie et certaines formes de convulsions observées chez les enfans, ou plutôt il aurait interverti l'ordre de succession de ces deux phénomènes en rapportant les convulsions à l'albuminurie, tandis que pour MM. Legendre et Becquerel ce serait à l'éclampsie qu'il conviendrait d'attribuer la présence de l'albumine dans les urines. Il me semble qu'en soutenant cette dernière opinion, nos honorables collègues n'ont pas suffisamment tenu compte d'une analogie pathologique qui vient plaider fortement en faveur des idées développées par M. Cahen dans son intéressant mémoire. On sait que chez les femmes enceintes, dont l'urine contient accidentellement de l'albumine, on voit se déclarer quelquefois des attaques d'éclampsie. Pourquoi chez les enfans la même cause ne produirait-elle pas le même résultat ? J'accorde volontiers que les faits de M. Cahen ne sont pas encore assez nombreux pour permettre de poser une loi générale, mais tels qu'ils sont ils me semblent de nature à appeler sérieusement l'attention des praticiens qui devront dorénavant interroger les urines dans tous les cas de convulsions si fréquentes chez les enfans.

M. LEGENDRE ne pense pas que le fait indiqué par M. Hérard, de l'éclampsie albuminurique des femmes enceintes, soit admis par tous les praticiens. En supposant même qu'il en fût ainsi, on se rendrait compte des convulsions par l'épanchement séreux développé dans le cerveau au milieu d'une hydropisie générale, tandis que dans les observations de M. Cahen, c'est M. Cahen lui-même qui en convient, il n'y avait pas trace d'hydropisie. M. Legendre persiste à penser que l'albuminurie peut s'expliquer, dans le cas actuel, par une congestion rénale ou de simples troubles fonctionnels, survenus dans la sécrétion urinaire sous l'influence d'accès convulsifs violens et répétés.

M. VIGLA : M. Legendre me paraît aller trop loin quand il veut expliquer l'albuminurie par les convulsions. Comme l'a dit M. Hérard, l'analogie est parfaite entre les convulsions des enfans et celles qui frappent les femmes en couche. Or, cette analogie méritait assurément que l'on s'occupât un peu plus du fait nouveau signalé par M. Cahen. J'attache, en général, peu d'importance aux explications ; mais j'avoue ne pas très bien comprendre comment des convulsions auraient pour effet de déterminer le passage de l'albumine dans les urines. M. Legendre se refuse à admettre que l'albuminurie soit la cause de l'éclampsie, parce que l'on n'a pas constaté d'hydropisie ; mais cette hydropisie n'est pas nécessairement observée chez toutes les femmes enceintes et albuminuriques affectées de convulsions. Or, il pourrait se faire qu'il en fût de même chez les enfans. Je voudrais ajouter une réflexion : c'est que l'existence de l'albuminurie et de l'hydropisie n'est pas une condition infaillible de convulsions. J'ai eu l'occasion de voir, avec M. Barthez un enfant qui présentait tous les symptômes de la néphrite albumineuse, hydropisie générale, albuminurie, urines sanguinolentes ; aucune convulsion ne se manifesta. De pareils faits ont été observés par M. Rayer et par M. Charcelay. En résumé, je crois qu'il faut tenir grand compte des recherches très intéressantes de M. Cahen. Sans doute, il faut exiger plus de sévérité dans le nombre des faits, mais il ne convient pas de s'élever ainsi *à priori* contre la possibilité d'une analogie qui a pour elle de grandes probabilités.

M. BOUCHUT : Je ne contesterai pas d'une manière absolue qu'il puisse y avoir un certain rapport entre l'albuminurie et les convulsions. Mais, dans l'espèce, je crois qu'il y a des objections sérieuses à élever contre la thèse soutenue par M. Cahen. Et d'abord les recherches de l'auteur ne me paraissent pas avoir été faites avec toute la sévérité que l'on est en droit d'exiger de quiconque apporte un fait nouveau. Comme le disait tout à l'heure M. Becquerel, les urines sont coagulables après la mort. Par conséquent, les deux observations dans lesquelles les urines n'ont été examinées qu'à l'autopsie, n'ont aucune valeur. Restent donc deux faits, et c'est avec deux faits que M. Cahen voudrait établir une loi générale, alors que l'on sait d'un autre côté combien l'éclampsie des femmes enceintes est rare dans les cas où l'on constate de l'albumine dans les urines. J'ajouterai qu'il est facile d'expliquer l'éclampsie autrement que par la néphrite albumineuse, et je ne suis pas si éloigné que M. Vigla d'admettre qu'à la suite des convulsions survient une congestion générale à laquelle participe le rein aussi bien que les autres organes. Or, cette congestion rénale rend parfaitement compte du passage de l'albumine dans les urines.

M. BOURDON partage la manière de voir de M. Bouchut. Il croit que les troubles survenus dans la respiration et la circulation sont suffisans pour expliquer l'apparition de l'albumine. Il rappelle que, dans les maladies du cœur non compliquées d'affection granuleuse des reins, on trouve très souvent de l'albumine dans les urines. On se rend compte du phénomène par la congestion passive de ces organes.

M. ROGER (Henri) : Quoique j'aie signé le rapport qui vient de vous être lu, et qu'en conséquence, j'en aie adopté les conclusions principales, il me sera permis, je pense, de différer d'opinion avec M. Legendre sur un point de la question soulevée par le travail de M. Cahen. Je serai moins sévère que notre honorable rapporteur à l'endroit de l'opinion de M. Cahen, qui fait jouer un rôle à la néphrite albumineuse dans l'étiologie de l'éclampsie des enfans du premier âge.

Et d'abord, au point de vue de la néphrite albumineuse et de sa rareté, je ferai observer que les cas cités par M. Cahen concernent non pas seulement des nouveau-nés, mais encore des enfans âgés de quelques mois, c'est-à-dire chez lesquels l'albuminurie est beaucoup moins rare.

Les faits qu'il a rapportés sont certainement trop peu nombreux pour généraliser la relation qu'il trouve entre la maladie de Bright et l'éclampsie des enfans à la mamelle ; mais il nous semble incontestable que, pour la séméiotique des *convulsions*, on doit tenir grand compte de ces faits. Pour nous, il existe une catégorie de convulsions qui doit être rapportée à l'albuminurie. Voyez la gradation : certaines convulsions dépendent manifestement de l'hydropisie avec albuminurie, ce sont celles qu'on observe dans l'anasarque scarlatineuse, alors que la fluxion séreuse se porte sur l'encéphale. Dans une seconde série d'observations, il y a convulsions, albumine dans les urines, et seulement de l'œdème tout à fait local, soit de la face, soit des membres. Un pas de plus, et vous aurez une troisième catégorie de convulsions, avec albuminurie et sans trace aucune d'anasarque : l'hydropisie aura débuté d'emblée par la cavité encéphalique (méninges ou substance cérébrale), comme elle débute quelquefois par l'œdème du poumon, dans des cas de néphrite albumineuse évidente. Ne sait-on pas, d'ailleurs, que, dans la maladie de Bright, l'hydropisie n'est pas toujours un phénomène nécessaire ? L'anasarque a parfois disparu complètement, alors que l'albumine persiste dans l'urine, et que le malade reste sous le coup d'accidens hydropiques ultérieurs. Il faut donc savoir qu'il y a, chez les jeunes sujets, une classe de convulsions avec albuminurie, considération qui importe beaucoup à la séméiologie ; et quand on se trouve en face d'un enfant atteint de convulsions dont la cause échappe, il faut songer à la possibilité d'une albuminurie, et, par conséquent, examiner les urines pour éclairer son diagnostic et son pronostic. Je me rappelle avoir été appelé, l'année dernière, auprès d'un garçon de treize ou quatorze ans, qui était, depuis quelques heures, dans d'effroyables attaques épileptiformes : une bouffissure de la face, à peine visible, me fit songer à l'existence antécédente d'une fièvre éruptive, qui, en effet, avait eu lieu peu auparavant, ainsi qu'à une albuminurie, avec hydropisie cérébrale. J'examinai les urines qui étaient albumineuses ; et, dès lors, édifié sur la cause de ces attaques d'épilepsie, j'espérai la guérison, qui donna bientôt raison à mon diagnostic.

M. BECQUEREL persiste à croire que l'albuminurie est la conséquence de l'éclampsie, et il se fonde surtout sur ce qu'il y avait absence d'hydropisie dans les cas cités par M. Cahen. On demande, ajoute-t-il, pourquoi l'éclampsie détermine le passage de l'albumine dans les urines ? Peut-être est-ce un phénomène analogue à celui qui détermine la glucosurie. On sait qu'à la suite des convulsions, on trouve du sucre dans les urines ; ne pourrait-on pas y rencontrer, sous la même influence, de l'albumine ? Je ferai une dernière réflexion. On parle d'urines recueillies chez les enfans très jeunes. Est-il donc si facile d'obtenir de l'urine à cet âge ? Pour moi, je considère la chose comme presque impossible.

M. VIGLA : Je m'étonne véritablement d'entendre plusieurs de nos confrères parler des difficultés qu'ils ont éprouvées à recueillir de l'urine. J'ai eu à donner mes soins à un enfant de quelques mois, chez lequel j'examinai le liquide urinaire à différentes reprises. Je ne saurais dire comment s'y prenait la mère de l'enfant, mais ce que je sais, c'est que chaque fois que j'ai demandé de l'urine, il m'en a été fourni.

M. MARROTTE indique un moyen très simple et qui consiste à coller avec du collodion un petit sac de baudruche autour de la verge.

M. HORTELOUP conseille une petite éponge fixée autour des parties génitales.

M. LEGENDRE s'étonne que M. Roger ait attaqué le rapport, puisque lui-même faisait partie de la commission, qu'il a signé ce rapport et y a même apporté quelques modifications : il ne croit pas avoir été trop sévère pour M. Cahen ; loin de là, il a accepté deux faits qu'en toute autre occasion il aurait rejeté, s'il n'avait pas pris en considération la valeur scientifique de l'auteur du mémoire. Mais il déclare que ces faits ne l'ont nullement convaincu. M. Roger a fait allusion à la scarlatine et à la rougeole. Mais il n'y a pas d'analogie à établir. Car dans les convulsions qui succèdent à ces deux éruptions, il y a de l'œdème, de la bouffissure de la face ; et dans les cas rapportés par M. Cahen, il n'y avait pas d'hydropisie, la bouffissure de la face étant, de l'aveu de l'auteur, le résultat de la gêne de la circulation de la face.

La discussion est close.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix les conclusions de la commission. Le renvoi du travail de M. Cahen au comité de publication est adopté.

La Société sera appelée, dans la prochaine séance, à voter sur l'admission de M. Cahen comme membre associé.

La Société procède à l'élection de M. Rilliet (de Genève), comme membre correspondant. M. Rilliet est nommé à l'unanimité.

Le secrétaire, HÉRARD.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 152. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 22 Décembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12. A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56* ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 21 DÉCEMBRE 1853.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

On remarquera dans le bulletin de ce jour, comme dans les précédens, une coïncidence remarquable entre les variations de la température et les variations dans le nombre des cas nouveaux. Le 19, le thermomètre descend à 6°—0, et le nombre des cas nouveaux descend à 16. Le 20, survient le dégel, le chiffre des cas nouveaux s'élève à 27.

CAS NOUVEAUX DANS LES HÔPITAUX :

19 décembre.	Cas reçus dans le jour	14
	Cas déclarés à l'intérieur	2
	Total.	16
	Décès.	12
20 décembre.	Cas reçus dans le jour	19
	Cas déclarés à l'intérieur	8
	Total.	27
	Décès.	15

MOUVEMENT DU 21, AU MATIN.

Total des cas, 834; — sortis, 216; — décédés, 364; — restans, 254.

ENCORE UN MOT SUR LE SYSTÈME PRÉVENTIF CONTRE LE CHOLÉRA.

La plupart des questions épidémiologiques sont hérissées de difficultés. Étiologie, prophylaxie, traitement, sont autant de problèmes enveloppés d'épaisses ténèbres. Aussi, quand au milieu de cette obscurité on aperçoit de loin quelque lueur, imprudente serait la science de la dédaigner ou de la fuir.

Une lueur s'est faite dans la question du choléra, lueur encore pâle, incertaine, vacillante, nous en convenons, mais vers laquelle nous nous dirigeons avec d'autant plus d'espérance, que les déceptions ont été ailleurs nombreuses et désolantes.

C'est vers le système préventif que nous voudrions encore une fois, et poussé par une impérieuse conviction, ramener l'attention de nos lecteurs.

Ce système trouve quelques contradicteurs; des objections plus ou moins sérieuses lui sont faites; nous allons les exposer, en essayant de les combattre.

On dit, on professe : on attache une trop grande importance à la diarrhée prodromique ou prémonitoire; sa fréquence n'est pas aussi grande qu'on l'assure; bon nombre de cas de choléra font explosion soudainement et sans aucun symptôme précurseur.

On ajoute : vous arrêtez une diarrhée, mais qui vous dit que cette diarrhée se serait transformée en choléra? N'y a-t-il pas des diarrhées que l'art, quoi qu'il fasse, est impuissant à arrêter? Toute diarrhée est-elle nécessairement un prodrôme du choléra?

Contre ces objections, nous présenterons d'abord une réflexion générale. Si, dans la question de la prophylaxie du choléra, on cherche la vérité absolue, la vérité mathématique, les opposans à nos idées ont cent fois raison, ils ne la trouveront pas, et nous déclarons notre impuissance à la leur montrer. Nous croyons même qu'en pareille matière, la démonstration scientifique est et sera toujours impossible. Les élémens du problème sont si nombreux, si divers et si complexes, qu'il faut renoncer à chercher une formule générale qui soit l'expression d'un fait général, rigoureusement observé et incontestablement acquis. Mais nous nous empressons d'ajouter qu'en fait d'épidémie, de prophylaxie, de mesures d'hygiène publique et administratives, cette rigueur scientifique n'est pas nécessaire; que si l'on ne voulait conseiller et agir que sur des données scientifiques exactes, on ne conseillerait, on n'agirait jamais; que le système préventif contre le choléra n'est plus ni moins rationnel que les conseils et les prescriptions hygiéniques et administratives sur la salubrité des habitations, sur la température, sur les vêtemens, et le reste, prescriptions et conseils très sages, excellens, acceptés par tous, mais auxquels il est très facile d'opposer des résultats numériques qui sembleraient prouver que la richesse comme la pauvreté, l'intempérance comme la sobriété, la bonne comme la mauvaise alimentation, sont égales devant le choléra.

Non, ce n'est pas sur des résultats scientifiques d'une certitude complète que peuvent reposer les déterminations de l'art, de l'hygiène et de l'administration publique en fait d'épidémie. C'est un malheur, sans doute, mais c'est un malheur inévitable. A l'hygiéniste, au praticien, à l'administrateur, il doit suffire que l'emploi de telle mesure, de tel moyen soit légitimé par une somme considérable de probabilités, pour qu'aucune hésitation ne soit permise. Et quand cette mesure, au demeurant, ne peut produire que du bien sans la crainte d'aucun mal, quelles objections raisonnables pourrait-on lui faire?

Cependant on en fait, nous les avons indiquées; il s'agit d'y répondre.

Ces objections sont de l'ordre scientifique, et au point de vue épidémiologique nous en contestons la valeur et même la légitimité.

Dans le cours des précédentes épidémies de choléra, dans celle qui règne actuellement à Paris, on a observé un certain nombre d'attaques dites foudroyantes, c'est-à-dire qu'on a vu apparaître les symptômes les plus graves de la maladie sans qu'ils eussent été précédés de la diarrhée. Ces faits, nous ne les rejetons pas systématiquement; il en est qui nous paraissent incontestables. Nous pourrions reconnaître leur réalité à tous, que cette concession n'apporterait aucun dommage à la question prophylactique. Car tous ces faits réunis, en les supposant tous exacts et recueillis dans de bonnes conditions d'observation rigoureuse, ne peuvent être considérés que comme des exceptions rares au fait général, immensément général de l'existence de la diarrhée prodromique. Conteste-t-on que cette diarrhée soit un fait très général? Non; tous les relevés, toutes les statistiques sont univoques sur ce point, et si nous voulions hérisser de chiffres ces courtes réflexions, nous pourrions en remplir des colonnes entières. Il y a plus, et c'est une remarque que tout le monde peut faire en recherchant les documens relatifs aux épidémies antérieures et en les comparant à l'épidémie actuelle, le nombre de ces cas, dits foudroyans, diminue à mesure que l'attention se fixe davantage sur l'importance de la diarrhée prémonitoire.

Nous n'irons pas jusqu'à dire, avec M. Jules Guérin, qu'une observation plus attentive les ferait disparaître tous; non, quand des observateurs comme MM. Magendie et Rostan attestent le fait, quand M. Aran assure, comme il le faisait hier dans ce journal, que toutes informations scrupuleusement prises, il est des cas de choléra auxquels il est impossible de reconnaître des prodrômes, il faut s'incliner devant ces faits et devant l'autorité de ceux qui les rapportent. Mais ce qu'il faut soutenir, parce que c'est l'évidence même, c'est que ces cas foudroyans sont de très rares exceptions.

Or, serait-il logique, prudent et humain de jeter, par le doute scientifique, des embarras et des incertitudes dans les bonnes dispositions de l'administration, et cela pour quelques faits exceptionnels en opposition avec un fait aussi général que la diarrhée prodromique? N'assumerait-on pas une grande et terrible responsabilité morale, si ce doute scientifique allait se réfléchir jusque dans les régions d'où part l'initiative d'ac-

Feuilleton.

NOTES

SUR LES ÉTABLISSEMENS D'ALIÉNÉS

De Siegburg, Halle, Dresde, Prague, Berlin et Vienne.

RÉFLEXIONS

SUR LA MÉDECINE PSYCHIATRIQUE EN ALLEMAGNE.

Par le docteur J. MOREAU (de Tours), médecin de l'hospice de Bicêtre.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

SIEGBURG. (Suite, voir le dernier numéro.)

Le bâtiment a deux étages; il est de forme à peu près quadrilatère. Tous les appartemens occupés par les malades s'ouvrent sur de larges corridors; le jour y pénètre par des croisées donnant sur les campagnes environnantes, et d'où le regard embrasse un horizon immense et très accidenté. Ces croisées sont fermées par un double châssis; le châssis extérieur est formé de barres de fer scellées dans le mur, disposées de manière à être complètement dissimulées par le chassis en bois et à vitres s'ouvrant à l'intérieur. Ce genre de clôture que j'ai observé plus tard dans d'autres établissemens, m'a paru fort ingénieux; il est certain qu'à moins d'être placé à une très petite distance, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur, il est presque impossible de s'apercevoir qu'il y a là autre chose que des croisées ordinaires.

Les malades de chaque sexe, en nombre à peu près égal, occupent des divisions complètement séparées, et sans communication possible. Tous sont classés d'après leur état mental, et confinés dans des sections particulières. Chaque division, chaque section a ses chambres isolées, ses dortoirs, ses salles de récréation et de travail. Les chambres destinées aux aliénés payant pension, sont meublées avec un peu plus de luxe que celles réservées aux indigens. Toutes sont tenues avec la plus exquise propreté.

La chapelle est située au centre de l'édifice. Les malades de chaque division peuvent s'y rendre séparément et sans danger de se rencontrer. C'est dans la partie souterraine de cet édifice que, faute de mieux, le docteur Jacobi a dû installer ses bains; quoi qu'il fît, un pareil lieu devait opposer des difficultés insurmontables à ses tentatives d'appropriation.

Lors de ma visite, il restait peu de malades (les femmes exceptées) dans l'intérieur de l'asile. La plupart étaient dans le jardin. On nomme ainsi la vaste étendue de terrain qui forme la base de la colline, dont le point culminant est couronné par l'*irrenhaus* et les ruines pittoresques du vieux château. Au pied, du côté du sud, coule une rivière peu profonde, et de quelques mètres seulement de largeur, aux bords ombragés par des arbres de toute espèce. Pendant la belle saison, les malades deux sexes y prennent des bains. On a construit sur deux points différens de petites cabanes semblables à celles qu'on élève sur les bords de la mer. Il va sans dire que toutes les précautions ont été prises pour prévenir les accidens. Les malades trouvent dans les bains d'eau courante une distraction des plus agréables, et en même temps un excellent remède contre leur maladie.

Partout nous les trouvâmes occupés à divers travaux. Chemin faisant, le docteur Jacobi, allant de l'un à l'autre, encourageait celui-ci, réprimandait celui-là, donnait à tous les utiles conseils de sa vieille expérience. Exécuté dans de pareilles conditions, le travail manuel, le travail au grand air usité comme moyen de traitement cesse d'être une illusion. Ici, grâce à la proximité des lieux, le médecin peut surveiller lui-même l'exécution de ses prescriptions. Il tient, pour ainsi dire, dans sa main, l'agent thérapeutique; il n'est pas forcé de le remettre en des mains inexpérimentées, incapables de s'en servir pour le bien de ses malades.

On a beaucoup parlé, dans ces derniers temps, du travail des aliénés. Que n'a-t-on pas dit sur ses vertus thérapeutiques? Peu s'en faut qu'on n'y ait vu une panacée souveraine contre les *souffrances de l'âme*. Je me garderais bien de m'inscrire contre cette manière de voir qui corrobore les idées que nous avons émises sur les colonies d'aliénés; mais je ne puis m'empêcher d'y voir une certaine exagération, tout au moins une assertion dont on serait fort en peine de donner la preuve.

Je n'ignore pas que la théorie a depuis longtemps décidé la question; mais l'expérience a-t-elle prononcé? — Par expérience j'entends l'expression exacte, rigoureuse de faits bien observés, la déduction d'observations nombreuses, suivies avec ponctualité jour par jour, ou au moins, semaine par semaine. — Il est au moins permis d'en douter, car je ne sache pas qu'aucun travail de ce genre ait jamais été entrepris; qu'on ait seulement songé à recueillir, à rassembler des faits tout simplement, comme il est d'usage de le faire quand on veut juger, en connaissance de cause, de l'efficacité d'une médication, d'un mode particulier de traitement pour une maladie quelconque.

Ajoutons qu'en général, on n'impose le travail qu'à des individns pour lesquels il peut être une chose avantageuse au point de vue de l'hygiène, mais d'une utilité très contestable quant à la guérison de la maladie dont ils sont atteints. Il est extrêmement difficile, sinon impossible, de l'appliquer à ceux des aliénés précisément que l'on pourrait supposer en avoir le plus besoin, aux mélancoliques, par exemple, aux hypochondriaques et aux autres monomaniaques dont l'esprit est incessamment assiégé par des convictions délirantes. Le travail est à peu près exclusivement réservé aux incurables et aux convalescens. La santé générale des uns et des autres peut s'en bien trouver, cela n'est pas douteux; mais les premiers ne deviendront pas, pour cela, plus raisonnables; quant aux seconds, aux convalescens..... Tous les médecins spéciaux savent ce qu'en réalité il faut entendre par le mot *convalescence*, en fait d'aliénation mentale : convalescence et guérison sont deux termes différens qui, en réalité, n'expriment qu'une seule et même chose. Dans les maladies ordinaires, on comprend que l'organisme fatigué, épuisé par les souffrances d'un organe ou d'un système d'organes, par les remèdes, mette plus ou moins de temps à se refaire, à se rétablir entièrement; mais il n'en est pas de même des désordres psychiques; l'indivisibilité de la pensée n'admet pas ces *plus* et ces *moins*; un aliéné est guéri ou peut être regardé comme tel quand il a

tion? Les professeurs de nos Écoles, qui obéissent à leurs convictions médicales, ne doivent-ils pas cependant redoubler en ce moment de réserve et de prudence, afin de ne pas affaiblir ou énerver par la science des mesures administratives dictées par la plus sage prévoyance?

D'ailleurs, et scientifiquement parlant, y a-t-il dans l'histoire des épidémies, un fait médical aussi important, aussi constant, aussi digne d'attention à tous les points de vue, de la science, de l'art, de l'hygiène, de l'administration, que le fait de la diarrhée prodromique, dans le choléra? l'histoire médicale de la peste et de la fièvre jaune, est-elle en possession d'un fait de cette valeur? Non, certes, et loin de chercher à l'atténuer par des doutes qui se traduisent par des incertitudes d'action, il est plus scientifique et plus sage, à la fois, de le prendre pour base et pour point de départ d'une prophylaxie ou d'une thérapeutique dont les résultats peuvent être si considérables.

Peuvent être, disons-nous; on le voit, en face de la seconde objection, qui nous paraît aussi la plus sérieuse, nous voulons rester moins affirmatifs. Oui, nous le reconnaissons, la science médicale ne peut pas affirmer encore, qu'en temps d'épidémie cholérique, toute diarrhée soit un prodrôme du choléra; que toute guérison de diarrhée empêche l'explosion du choléra. Mais c'est précisément cela qu'il s'agit de savoir, c'est précisément sur cela qu'il s'agit de fixer la science et la pratique, c'est précisément cette grande expérience qu'il s'agit d'instituer, et à la participation de laquelle nous cherchons à pousser tout le monde dans l'administration, dans la science et dans la pratique. Mais si la chose était certaine et irréfragable, toute hésitation serait un crime. Mais pour arriver à la vérité sur cette grave question, quel autre moyen peut-on proposer que l'expérimentation?

Cependant, sommes-nous dénués de toute preuve, et est-ce au hasard, sans probabilités, sans faits antérieurs, que les partisans des mesures préventives jettent ainsi à l'aventure leurs idées et leurs espérances?

Certainement non. Nous avons longuement énuméré déjà, dans ce journal, la série des faits qui ont conduit à l'application des mesures préventives. Nous avons cité ce qui s'est fait en Bavière, en Angleterre, en France, dans l'armée de terre et de mer; ce fait si émouvant de la garnison de New-Castle, qui, en pleine épidémie grave, ne perd que deux ou trois hommes, sur plusieurs centaines de diarrhéiques immédiatement traités. Nous pouvons citer aujourd'hui ce qui se passe sous nos yeux, à Paris, dans le 6me arrondissement, où le fléau asiatique, s'annonçant sous de sinistres auspices, s'arrête presque subitement, presque complètement sous l'influence des visites préventives, intelligemment dirigées par le respectable maire de cet arrondissement. Les statistiques anglaises fourmillent de faits semblables. Les médecins anglais ne passent pas cependant pour des exaltés, pour des illuminés. Cette conviction générale et profonde, qui s'est répandue chez nos confrères d'outre-Manche, et d'eux à l'administration sanitaire de ce grand pays, faut-il admettre qu'elle repose sur des chimères et sur des illusions?

Il y a donc quelque chose de vrai dans tout cela, quelque chose au moins de très probable, et cette somme de probabilités suffit à l'administration, pour qu'elle cherche à dégager la vérité pratique de quelques obscurités qui l'environnent encore. Certes, sous l'empire d'autres idées, d'autres croyances, d'autres appréhensions, il a fallu bien moins que cela, pour que l'administration sanitaire édifiât à grands frais des Lazarets, imposât des quarantaines rigoureuses et maintînt un système préventif, qui a été longtemps le fléau du commerce et de la navigation. Ce qu'elle a fait pour une prévention inutile ou à l'efficacité de laquelle personne ne croit plus, on la blâmerait de le tenter en faveur d'une idée rassurante, d'une consolante espérance, dont la réalisation serait comparable au bienfait de la vaccine!

Nous ne pouvons le croire.

Amédée Latour.

SUR LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

Sillery, 16 Décembre 1853.

Très cher et très honoré confrère,

L'article du docteur Filhos et la lettre du docteur Pellarin, qui vient à la suite, dans le numéro de l'Union Médicale du 15 décembre, me rappellent l'obligation où je suis de préciser les conditions du traitement que j'ai exposé d'une façon trop générale dans ma première lettre.

J'insiste avec d'autant plus d'énergie sur cette nécessité de logique précision, que, malgré tous vos efforts, la confusion et l'anarchie, entre les périodes du choléra et les moyens thérapeutiques dirigés ou à diriger contre elles, semble persister dans nos esprits.

Supposez un moment que les vertus du quinquina et de ses préparations ne soient pas connues, et qu'un médecin qui les aurait découvertes se contentât de dire, dans les journaux de médecine: *Le quinquina et ses préparations guérissent les fièvres intermittentes.* Vous comprenez que sur cette simple indication, le quinquina dans la plupart des cas, non seulement ne guérirait pas, mais aggraverait encore la maladie; et pourtant, la vérité est qu'il la guérirait parfaitement sous certaines conditions de temps et de mode d'administration.

Nous en sommes là pour l'emploi des laxatifs salins et pour l'emploi des alcooliques. Le vin chaud, le punch, l'eau-de-vie même, on en parle et on les applique dans toutes les périodes; les salins et les évacuans, on les ordonne à tout propos.

La pratique des hôpitaux de Paris même, tout éclairée, toute rationnelle et toute supérieure qu'elle soit, contribue, sans le vouloir, à augmenter l'obscurité. Ainsi, les boissons alcoolisées, le punch, les infusions aromatiques, avec addition d'eau-de-vie y sont employées avec avantage; les méthodes évacuantes et salines y réussissent également entre les mains de nos confrères les plus éminens; mais elles sont presque toujours appliquées au choléra parvenu à sa troisième puissance, c'est-à-dire à son accès complet après la lutte des deux premières périodes terminée.

Le succès alors obtenu quelquefois, souvent même, n'en est que plus méritoire sans doute, mais il laisse à regretter de nombreuses victimes et met en question la spécificité des moyens. Il ne permet pas de dire aux populations: Vous arrêterez la diarrhée cholérique de telle façon et, par tel moyen, vous arrêterez même l'attaque franche et complète du choléra.

Or, c'est véritablement par une instruction de ce genre, comme le dit fort bien M. le docteur Filhos, que l'administration, éclairée par le corps médical, préviendra réellement les effets les plus destructeurs du fléau.

Dans ce sentiment, et sans aucune prétention à la priorité sur quoi que ce soit ou à tout autre mérite personnel, voici ma formule:

Au milieu d'une épidémie cholérique très intense, toute personne dans l'aisance et désireuse d'échapper à l'influence, y réussira en prenant 10 centigrammes de sulfate de quinine en deux pilules, en commençant chacun de ses trois repas par jour, et en faisant ses repas aussi abondans et aussi variés que d'habitude, sans supprimer ni l'usage du vin, ni l'usage du café.

Toute personne atteinte de dérangement gastro-intestinal et de diarrhée sans vomissemens et sans crampes, les fera disparaître et se rétablira en prenant 30 grammes de sulfate de soude dissous dans un verre d'eau commune froide.

Les troubles gastriques et la diarrhée peuvent reparaître à deux ou trois jours de distance, presque toujours de minuit à trois heures du matin: à chaque récidive il faut opposer 30 grammes de sulfate de soude, pris au moment où le trouble reparaît. Dans le cours de ce traitement il faut, autant que possible, maintenir une bonne alimentation et prendre des soupes épaisses, des potages au riz gras ou maigre, si les alimens solides ne peuvent passer par répugnance ou par diminution des sécrétions salivaires. Le vin vieux et généreux pris modérément, les infusions aromatiques chaudes avec addition de rhum ou d'eau-de-vie, pris dans le cas de refroidissement partiel ou de débilité nerveuse générale, sont d'excellens adjuvans: l'usage du sulfate de quinine est également fort bon, suivant le mode indiqué plus haut.

Dans le cas d'attaque réelle du choléra, c'est-à-dire lorsque les vomissemens réguliers se joignent à la diarrhée pour amener promptement les crampes, premier symptôme de la période algide, alors, et seulement alors, il faut administrer successivement et de cinq ou dix minutes en cinq ou dix minutes, suivant la violence de l'attaque, 3, 6, 9 et jusqu'à 12 centilitres d'alcool à 50 degrés, et sous cette médication héroïque administrée à propos, les vomissemens, le dévoiement et les crampes s'arrêteront successivement sans autre boisson ni remède intérieur ou extérieur.

Après deux, trois ou plusieurs heures de calme ainsi obtenu, il faut administrer les 30 grammes de sulfate de soude indispensables pour amener l'évacuation qui a lieu sans douleurs et sans inquiétude pour le malade, lequel se sent, au contraire, parfaitement débarrassé peu de temps après l'ingestion du sel de soude.

Chaque famille peut se prémunir, à très bon marché, de quelques paquets de sulfate de soude de 30 grammes, broyé autant que possible: c'est là, selon moi, le médicament principal; les autres laxatifs salins seraient peut-être aussi bons, mais j'ai l'expérience de celui-là, et il a le mérite d'être abondant, peu coûteux et des plus inoffensifs.

Quant à l'eau-de-vie, elle est également à la portée de tout le monde, mais j'insiste sur ce point: elle ne doit être employée pure que dans l'attaque même du choléra, et elle n'a d'autre but que de rendre plus tard l'absorption du sulfate de soude possible et efficace.

J'ai constaté les effets les plus malheureux de la privation des alimens, de l'usage de l'opium si ce n'est sous la forme de laudanum de Sydenham, et, dans ce cas, je crois que c'est le malaga qui agit favorablement: le chloroforme m'a paru fatal dans son action: toutes les boissons aqueuses, délayantes et rafraîchissantes sont également funestes, à mes yeux.

Quand l'attaque du choléra a triomphé (ce que je n'ai jamais vu en suivant les applications que j'ai indiquées plus haut), quand la période algide est complète, que la cyanose s'est emparée de la surface du corps, que la plupart des sécrétions sont suspendues, que la circulation est à peine sensible

---

repris possession de lui-même, quand il revient sur ses convictions erronées. Je ne nie pas qu'il ne vaille infiniment mieux occuper le convalescent d'une manière quelconque que de le laisser dans l'oisiveté et de l'abandonner à lui-même; mais je crois qu'il faut préférer le travail qui va le mieux à ses habitudes et à ses goûts, celui dont il attend profit et récompense, son travail habituel, en un mot. Quand à moi, lorsqu'un malade est guéri, ou si vous aimez mieux convalescent, lorsqu'il peut travailler, je crois plus urgent de le rendre à ses occupations ordinaires, à sa famille qui l'attend, qui compte sur son travail pour vivre, que de lui mettre une bêche à la main et de l'envoyer aux champs. J'ajoute que, jusqu'ici, je n'ai eu qu'à me féliciter de cette manière d'agir.

Je demande pardon au lecteur de cette courte digression. J'aurais beaucoup à dire sur la question qui est venue d'elle-même se présenter sous ma plume; mais ce serait m'écarter de mon sujet.

Je n'ai plus que quelques mots à dire concernant le mode de traitement plus particulièrement usité à Siegburg.

Deux grandes écoles psychiatriques partagent les savans en Allemagne: l'école *somatique* et l'école *psychologique*. Suivant MM. les docteurs Lassègue et Morel « la distinction de ces deux écoles, en Allemagne, est plus saillante, l'exclusion plus prononcée que chez nous et surtout qu'en Angleterre.

L'école somatique d'aliénistes aurait pour représentans Nasse, Ameluug, Grohmann, Friedreich, Jacobi, etc.

L'école psycologique compterait, au premier rang, Ideler, Heinroth, Hoffbauer, Reil, Benest, Laugermann, etc... (1). »

Sans prétendre nous faire juge des motifs d'après lesquels nos savans confrères ont établi leur classement, nous croyons que ce serait s'éloigner de la vérité que de prêter des opinions trop absolues à quelques-uns des médecins désignés par eux, au docteur Jacobi, entre autres.

D'après la conversation que nous avons eue avec ce médecin, nous ne saurions voir en lui un partisan exclusif des doctrines somatiques; pour ce qui est de la thérapeutique, du moins il serait en perpétuelle contradiction avec lui-même.

Les travaux manuels, les occupations les plus propres à faire diversion aux idées délirantes, les distractions de toute nature par la musique, les promenades au dehors, la conversation, la lecture, etc., etc., ne sont pas moins en usage à Siegburg que dans les asiles de notre pays.

Mais, pour rester dans le vrai, il faut dire que M. Jacobi compte bien plus sur l'action de certains remèdes proprement dits, de certaines médications, que sur les moyens indiqués tout à l'heure. Dans les cas, sinon désespérés, du moins à pronostic très favorable, lorsque la démence est à craindre, il a recours principalement aux dérivations énergiques par l'application des vésicatoires, du séton à la nuque, du cautère actuel sur le sommet du crâne. Lorsque le mal est récent, il recherche et s'efforce de combattre les désordres organiques qui lui paraissent être la source du délire. L'opium, à la dose de 20 centig. dans les vingt-quatre heures, est, de tous les médicamens, celui dont l'efficacité lui paraît le mieux démontrée dans les cas de mélancolie simple ou avec stupeur.

LE SONNENSTHEIN.

Je ne sais s'il existe, dans toute l'Allemagne, d'établissement aussi admirablement situé que le Sonnensthein; je ne parle ici qu'au point de vue de l'art. Au point de vue des exigences de la science, il est au-dessous de sa réputation.

Le Sonnensthein (en français: *Pierre du soleil*, nom qu'il doit, selon toute apparence, à sa situation élevée et à la couleur rougeâtre des rochers sur lesquels il est assis) est une ancienne forteresse bâtie sur une montagne, à l'entrée de la Suisse saxonne, près de la petite ville de Pirna, sur la rive gauche de l'Elbe. Elle a été occupée par les Français, du temps de Napoléon. Du côté de la ville, on y arrive par un escalier de plus de deux cents marches, s'élevant comme une longue échelle de pierres blanches, à travers des plantations de toute sorte; des précipices, des rochers à pic en rendent l'accès impossible par les autres côtés.

Le chemin de fer de Dresde y conduit en moins d'une demi-heure. En quittant l'embarcadère on passe à une petite distance du monument élevé au général Moreau, et l'on arrive jusqu'à Pirna, sans jamais s'écarter de la rive gauche de l'Elbe et sans perdre de vue les montagnes pittoresques qui bordent l'autre rive.

Il y a une trentaine d'années environ, que le Sonnensthein a été converti en maison de fous. Le docteur Pienitz en a été le premier médecin directeur; c'est par ses soins que l'ancien fort a été approprié à sa nouvelle destination. Le directeur actuel est M. le docteur Lessing, qui a pour médecin-adjoint M. le docteur Klotz; tous les deux sont secondés par un troisième médecin, dont les fonctions répondent à celles de nos élèves internes, M. le docteur Klotz est chargé de la division des femmes; M. le docteur Lessing s'est réservé celle des hommes.

La thérapeutique en usage au Sonnensthein ne diffère point de celle que j'ai vu mettre en pratique à peu près dans toute l'Allemagne, comme en France, en Italie, en Angleterre. C'est celle dont les bases ont été posées, il y a cinquante ans, par Pinel et Esquirol, et qui sont restées inébranlables au milieu des changemens de systèmes, des théories qui ont successivement occupé la scène scientifique. J'ai nommé la médecine *éclectique* qui, suivant l'occurrence, tantôt combat les désordres de l'organisme auxquels, de près ou de loin, sympathiquement ou idiopathiquement, paraissent se rattacher ceux de l'intelligence, tantôt s'adresse directement à ces derniers, les attaque de front, pour ainsi dire, et aux troubles du moral oppose des moyens purement moraux.

La douche, les affusions et autres moyens hydrothérapiques, les bains exceptés, sont peu en usage dans l'asile de Pirna.

Les malades partagent leur temps entre des travaux manuels (confection de chaussures, de vêtemens, etc.) et les travaux des champs, la culture des jardins, les longues promenades au dehors, à deux et trois lieues de l'établissement. Comme à Siegburg, tous les travaux, à l'air libre, s'exécutent sur des terrains compris dans l'enceinte même des murs de l'ancienne forteresse, sous l'œil, pour ainsi dire, des chefs de la maison.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que la musique est un des principaux

(1) *Études historiques sur l'aliénation mentale* (Annales médico-psychologiques, t. III, p. 45).

et que la peau a perdu son élasticité, et c'est là malheureusement le cas qui se présente le plus fréquemment dans les hôpitaux, je n'ai aucun moyen spécial à recommander, et je vois avec admiration que les boissons chaudes alcoolisées, la méthode saline, la méthode évacuante, etc., habilement appliquées par nos grands praticiens des hôpitaux de Paris, parviennent encore à arracher à la mort un grand nombre de cas désespérés.

Voilà, mon très honoré confrère, tout ce que je dirai sur le choléra jusqu'à ce qu'il ait atteint de nouveau nos contrées et que l'expérience m'ait fourni de nouvelles lumières.

D[r] Jules GUYOT.

SUR LES ACADÉMIES.

RENOUVELLEMENT DU BUREAU A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE; — NOMINATION D'UN SECRÉTAIRE PERPÉTUEL A L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'Académie de médecine a consacré sa séance au renouvellement de son bureau.

Il est de tradition que le vice-président passe à la présidence; aussi les urnes du scrutin ne circulent que pour la forme; M. Nacquart, le vice-président actuel, a été élu président pour 1854, à la presque unanimité.

Le scrutin pour la vice-présidence a donné une grande majorité, ainsi que nous l'avions prévu et espéré, à M. Jobert (de Lamballe); le nombre des suffrages obtenus par M. Laugier, son compétiteur, à défaut de M. J. Cloquet, qui avait refusé la candidature, prouve que cet honorable chirurgien pourra, tôt ou tard, aspirer sans crainte aux honneurs du bureau.

M. Gibert a été maintenu, à la presque unanimité, dans ses fonctions de secrétaire annuel.

L'Académie voulant, avec raison, que le vice-président fasse partie du conseil d'administration, a encore nommé M. Jobert parmi les membres de ce conseil, de compagnie avec MM. Michel Lévy et Soubeiran.

Nous sommes enchanté de la nomination de M. Soubeiran. Cet honorable académicien, qui, au début de la séance, s'est livré à une petite récrimination contre le conseil d'administration, à cause des listes de candidature qu'il faisait circuler, listes sur lesquelles se trouvait son nom, M. Soubeiran sera à même d'entendre et d'apprécier les bonnes raisons qui militent en faveur d'une sorte de direction à donner aux élections des membres du bureau par le conseil. Nous oserions assurer que les opinions de M. Soubeiran se seront modifiées, à cet égard, l'année prochaine.

M. Leblanc a clos la séance par l'exhibition d'une pièce anatomique destinée à montrer les résultats de l'injection du perchlorure de fer dans les artères d'un cheval, sacrifié trois semaines après l'expérience.

L'Académie des sciences a procédé, lundi, au remplacement de François Arago, comme secrétaire perpétuel de la section des sciences mathématiques. La commission, chargée de choisir les candidats, avait présenté *ex æquo*, et par ordre alphabétique, M. le baron Charles Dupin, sénateur, M. Lamé, M. Pouillet, pris tous trois dans la section que M. Arago représentait. L'Académie, sur la proposition de M. Cauchy, avait ajouté à la liste de la commission, le nom de M. Élie de Beaumont, appartenant à la section des sciences naturelles.

L'Académie était presque au grand complet; les membres que leur santé tenait depuis longtemps éloignés de la salle des séances, avaient voulu prendre part à l'élection; l'assemblée était très nombreuse. La liste signée constatait la présence de 54 membres ayant droit de voter; le nombre de votes recueillis a été de 52, la majorité absolue était donc de 27. M. Élie de Beaumont a eu d'abord 19 voix, M. Ch. Dupin, 16, M. Pouillet, 7, M. Lamé, 8, M. de Sénarmont, 1; il y avait un billet blanc.

Aucun candidat n'ayant obtenu la majorité des voix, l'Académie a procédé à un second tour de scrutin. Les votes recueillis ont été cette fois de 53; la majorité absolue était fixée au nombre de 27. M. Élie de Beaumont a eu 29 voix, M. Dupin 17, M. Pouillet 5, M. Lamé 1, M. de Sénarmont 1. M. Élie de Beaumont, ayant réuni plus que la majorité des suffrages, a été proclamé secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, pour la section des sciences mathématiques. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 Décembre 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

La correspondance officielle comprend :

1° Un rapport de M. le docteur DESPIOTTE, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Solives (Côte-d'Or).

2° Un rapport de M. le docteur BAUDIN, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Clamecy (Haute-Saône), en septembre et octobre derniers.

3° Trois demandes d'analyse : *a* d'une source de Cusset (Allier) ; *b* d'une source de Villaines-St-Aubin (Loiret) ; *c* d'une source de Plombières (Vosges) ;

4° Une lettre du ministre du commerce, qui consulte l'Académie sur le mérite d'une invention de M. LALAGADE, d'Albi, pour la conservation, du vaccin et son introduction dans les tubes destinés à conserver ce fluide. (Comm. de vaccine.)

5° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, qui informe l'Académie qu'il approuve la décision prise par son conseil d'administration de faire remettre une médaille, comme témoignage de sa gratitude, à M. Chaix-d'Est-Ange, qui a assisté l'Académie avec le plus noble désintéressement dans la contestation élevée entre cette compagnie et les héritiers d'Argenteuil.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un mémoire de M. ROLLET, de Bordeaux, relatif à l'élève des sangsues, en réponse à la communication récente de M. Soubeiran sur ce sujet. (Com. MM. Desportes, Chevallier, Adelon, Soubeiran.)

2° Un rapport général de M. BEAUREGARD, de Granville-le-Havre, sur les ravages du choléra dans l'arrondissement du Havre. (Comm. du choléra.)

3° Une note de M. CORDIER, qui présente en même temps un échantillon d'une nouvelle préparation d'huile de foie de morue destinée à faciliter l'administration de ce médicament. (Comm. MM. Chevallier, Bouchardat, Gibert.)

Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les usages de la sensibilité musculaire.

M. DUCHENNE DE BOULOGNE adresse, sous ce titre, un mémoire dont voici un court résumé :

Les sujets qui n'ont perdu que la sensibilité cutanée, sont analgésiques ou anesthésiques, c'est-à-dire qu'ils ont perdu toute espèce de sensibilité tactile, et qu'ils ne sentent pas la douleur provoquée par la piqûre, la brûlure ou par l'excitation électro-cutanée. Mais ils ressentent la pression ou le pincement de leurs muscles, les coups portés sur leurs membres; ils ont la conscience des mouvemens mécaniques imprimés à ces membres; de l'étendue des mouvemens qu'ils exécutent eux-mêmes, de la pesanteur, de la résistance; chez eux, enfin, la contractilité volontaire n'éprouve aucun trouble dans son action physiologique.

Si à la perte de la sensibilité s'ajoute celle des organes placés sous elle (des muscles, des os, des nerfs), on observe non seulement les troubles exposés plus haut, mais encore les phénomènes suivans : les coups les plus violens portés sur les masses musculaires du membre anesthésié ne sont pas ressentis par le malade. Si celui-ci est dans l'obscurité, ou si on l'empêche de voir, il n'a pas la conscience de la position de ce membre ni des mouvemens les plus brusques qu'on lui imprime ; l'excitation électrique directe de ses muscles, de ses nerfs, ne provoque aucune sensation, quelque intense et rapide que soit le courant d'induction, et quoique les muscles se contractent avec une grande énergie sous son influence.

On observe, de plus, une série de phénomènes qui me paraissent avoir une haute portée au point de vue physiologique, surtout quand on les soumet au contrôle des expériences électro-physiologiques que j'ai à exposer.

Première expérience. — Les sujets dont la peau, les muscles, les os, les nerfs sont complètement insensibles aux excitations extérieures, exécutent les mouvemens volontaires à peu près comme à l'état normal, quand ils peuvent s'aider du sens de la vue. (Il est bien entendu qu'il n'est pas ici question d'anesthésie compliquée de paralysie du mouvement.)

Mais s'ils sont privés de la vue, ils présentent, dans la contractilité volontaire, des troubles divers qui établissent deux catégories ou degrés d'anesthésie musculaire.

Dans la première catégorie, les malades privés de voir exécutent les mouvemens qu'ils veulent faire ou qu'on les engage à faire, mais ils perdent la conscience de l'étendue de ces mouvemens, de la pesanteur, de la résistance, etc. ; ils ne perçoivent pas la sensation justement appelée sensation d'activité musculaire, qui résulte de l'impression produite par la contraction sur les nerfs périphériques.

Dans la seconde catégorie, qui est beaucoup moins fréquente que la première, les sujets qu'on prive également de la vue perdent la faculté d'exécuter le moindre mouvement volontaire, si on leur commande, par exemple, d'ouvrir ou de fermer la main, de fléchir ou d'étendre l'avant-bras, et, en un mot, quelques mouvemens qu'on les invite à faire, les muscles qui doivent entrer en contraction restent dans l'inertie, malgré tous leurs efforts. On observe seulement quelques mouvemens irréguliers, peu étendus, sans force, étrangers à ceux qu'ils veulent exécuter, mouvemens qui se passent quelquefois dans les deux membres, mouvemens, dont ils n'ont pas la conscience.

Deuxième expérience. — Si on engage ces derniers malades à fermer la main avec force (leur puissance musculaire est normale quand ils peuvent se servir de la vue) et que, les empêchant de voir quand ce mouvement est accompli, on les engage à cesser tout effort; la main reste fermée avec la même force pendant plusieurs minutes, bien qu'ils croient n'opposer aucune résistance, c'est seulement à la longue que les muscles fléchisseurs se relâchent. Lorsqu'on essaie, en effet, d'ouvrir leur main, on éprouve une grande résistance.

Ces troubles, qu'on observe dans la contractilité volontaire des malades de la seconde catégorie, sont-ils le résultat d'un état patholologique inconnu du centre cérébral, ou seulement de l'insensibilité des organes du mouvement?

On serait déjà porté à conclure des expériences précédentes, que c'est bien un degré profond d'anesthésie musculaire qui occasionne l'arrêt de la contraction volontaire. Mais, à mon sens, cette conclusion, pour être rigoureuse, a besoin de nouvelles démonstrations. C'est dans l'espoir de résoudre ce problème, que j'ai institué les expériences qui vont suivre, et qui ont été faites sur des sujets présentant ce dernier degré d'anesthésie musculaire.

Troisième expérience. — J'ai localisé l'excitation électrique dans ces muscles anesthésiés (de l'avant-bras et de la main), et après un temps qui a varié de quelques secondes à dix minutes, les malades ont recouvré plus ou moins de sensibilité musculaire, en accusant des sensations non seulement pendant l'excitation électrique, mais aussi lors-

---

délassemens des pensionnaires du Sonnensthein.

Sous le rapport des localités, le Sonnensthein ne manque pas d'analogie avec Siegburg. Deux étages, de longs corridors sur lesquels, à droite et à gauche, s'ouvrent les appartemens des malades, chambres particulières, dortoirs, salles communes, etc., ayant vue, d'une part, sur la campagne environnante; de l'autre, sur la cour intérieure; splendide panorama formé, au nord, par les montagnes de la Suisse saxonne; à l'ouest, par la ville de Dresde, dont les monumens se distinguent à l'horizon, et, sur le premier plan, par les cours de l'Elbe, que remontent et descendent à chaque instant des bateaux à vapeurs chargés de passagers.

Des appartemens composés de deux pièces : un petit salon et une chambre à coucher, sont réservés aux malades de première classe, payant une pension d'environ 1,800 fr. Les dortoirs ne contiennent pas plus de quatre ou cinq lits. L'ameublement en est confortable. Partout l'ordre et la propreté la plus recherchée.

Les femmes convalescentes, quelques-unes du moins, habitent une maison située au pied de la colline, à une certaine distance du fort. Cette maison est, de plus, occupée par le docteur Klotz, qui y réside avec sa famille.

ASILE DE HALLE.

L'asile de Halle a pour médecin-directeur M. le docteur Damerow, l'un des rédacteurs de l'*Allgemeine zeitschrift für psychiatrie*, etc., et l'une des célébrités psychiatriques de l'Allemagne. J'ai eu le regret de ne pas rencontrer M. Damerow lorsque je me présentai pour visiter l'asile. M. le docteur Forster, médecin en second, avec l'obligeance parfaite dont j'ai eu généralement à me louer de la part de ses compatriotes, voulut bien me servir de guide.

Bien que situé à une très petite distance de la ville de Halle, il faut marcher pendant près d'une heure avant d'y arriver à cause d'un assez long détour que les murailles obligent de faire. On l'aperçoit de fort loin à cause de de l'élévation du terrain sur lequel il a été bâti. Il est de construction toute récente; le quartier des femmes n'est même pas encore achevé; ainsi de l'église.

Rien de plus simple que la disposition architecturale de cet établissement qui comprend six vastes bâtimens à deux étages, rangés sur deux lignes parallèles, peu distants, mais pourtant complètement séparés les uns des autres. Entre ces deux lignes, sur le devant, se trouvent les bâtimens destinés à l'administration, les cuisines, la lingerie, etc.; plus en arrière et tout à fait au centre s'élève, ou plutôt doit s'élever l'édifice consacré au culte.

Chaque division principale est occupée, celle de droite par les hommes, celle de gauche par les femmes. Les trois corps de bâtiment forment autant de sections dans lesquelles sont répartis les malades en traitement, les chroniques, les malades agités.

Quatre divisions dans chaque section (deux à chaque étage) permettent de classer les malades suivant les exigences de leur état mental.

Chacune des sections communique avec un large préau planté d'arbres.

Pour éviter de répéter trop souvent les mêmes choses, il me suffira de mentionner l'ordre, la propreté qui règnent dans l'établissement, la tenue simple et décente des malades, leur maintien plein de déférence et de respect vis-à-vis du médecin, l'excellente discipline des employés subalternes, etc., toutes choses que l'on est habitué de rencontrer en Allemagne.

Je ne ferai plus qu'une remarque : je ne sache pas que nulle part ailleurs, on se soit occupé, autant qu'à Halle, de bien disposer les localités en vue du classement des malades. Sous ce rapport, cet asile mérite une mention spéciale. Selon nous, la répartition, l'isolement, la séparation par groupes, fondés sur le genre de folie, l'état de calme ou d'agitation, le degré d'ancienneté de la maladie, sont les premières nécessités de la construction d'un asile, parce qu'elles sont les nécessités mêmes du traitement, la base la plus sûre de toute thérapeutique. Le luxe, l'élégance architecturales ne gâtent rien, mais il y a là, en général, beaucoup plus de charlatanerie qu'autre chose.

BERLIN.

L'établissement des aliénés, à Berlin, est une dépendance du grand hôpital de la Charité, dont il est séparé par des jardins.

Au point de vue de la localité, c'est la disposition généralement adoptée en Allemagne pour les constructions de ce genre : bâtimens à deux étages, rangés sur deux lignes parallèles, se reliant par une de leurs extrémités à un bâtiment mitoyen au centre duquel se trouve l'entrée principale formant vestibule. Chambres à un ou deux lits, dortoirs, salles de récréation et de travail, s'ouvrant sur des corridors spacieux, ameublement simple mais convenable, en rapport avec l'état du malade, le prix de sa pension, etc.; propreté, aération suffisante; uniformité des vêtemens pour les malades.

L'asile peut recevoir deux cents malades, environ, des deux sexes. Quelques-uns paient pension, la plupart sont aux frais de la province.

A l'époque où je le visitai, il n'y avait pas un seul malade agité. Le plus grand nombre présentaient les caractères du délire partiel, de la mélancolie avec ou sans stupeur. Les *paralytiques généraux* y sont nombreux, 1 sur 5 parmi les hommes, un peu moins d'un dixième parmi les femmes. Cette proportion est considérable. Dans un article que je publiai, il y a quatre ans, dans la *Gazette des hôpitaux*, j'ai fait voir, en m'appuyant sur des documens statistiques recueillis à Charenton, dans la maison de santé d'Ivry, à Bicêtre, qu'il n'était pas possible de révoquer en doute l'accroissement réel, effectif et non pas seulement apparent, comme beaucoup se le persuadent, du nombre des paralytiques. Il paraît en être de même en Allemagne, si j'en crois les affirmations de plusieurs médecins de ce pays, entre autres du docteur Ideler, médecin en chef de l'asile de Berlin.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Par décret impérial en date du 14 de ce mois, M. Darralde, médecin consultant de S. M. l'Impératrice, médecin-inspecteur aux Eaux-Bonnes, a été promu au grade d'officier de l'ordre impérial de la Légion-d'Honneur.

qu'on comprimait ou frappait leurs muscles. J'ai constaté, en même temps, que la peau était restée aussi sensible qu'auparavant, ainsi que les surfaces osseuses ou articulaires. Après le rétablissement de la sensibilité musculaire, les malades ont pu ouvrir et fermer la main, bien que leur vue fût couverte. Ces mouvemens se faisaient, il est vrai, difficilement d'abord; mais aussi on doit savoir que la sensibilité musculaire était revenue très incomplètement, et que ce fut seulement après un traitement suffisamment prolongé que la fonction musculaire fut rétablie.

Quatrième expérience. — Dans l'expérience précédente, l'anesthésie profonde a été convertie en une anesthésie purement cutanée. Je vais, dans la présente expérience, en faire une anesthésie purement musculaire, en agissant sur les mêmes sujets. Il me suffit, pour cela, de limiter l'excitation électrique dans la peau du bras où l'anesthésie est tout aussi profonde qu'à l'avant-bras. Après un temps assez court (de quelques secondes à cinq minutes d'excitation électro-cutanée), ces sujets accusent d'abord un chatouillement, puis bientôt une sensation de brûlure qui va croissant; alors la peau est sensible au pincement, à la piqûre. Mais les muscles restent insensibles comme auparavant; ni la pression du bras, ni les coups portés au niveau de la masse musculaire, ne sont ressentis par eux. La sensibilité cutanée étant rappelée, si on ordonne aux malades d'étendre ou de fléchir l'avant-bras, la vue étant toujours masquée, les muscles qui devraient obéir à la volonté, restent inactifs comme auparavant. Mais que l'on porte l'excitation dans les muscles eux-mêmes, on les voit bien vite, après avoir recouvré leur sensibilité, se contracter physiologiquement comme dans la troisième expérience.

CONCLUSIONS.

I. Il paraît exister un sens qui siége dans le muscle et qui sert à l'accomplissement de la contraction musculaire volontaire; c'est lui qui, excité par le cerveau et réagissant sur lui, l'éclaire, pour ainsi dire, sur le choix des muscles dont il doit provoquer la contraction.

Je propose de l'appeler sens musculaire.

II. Il ne faut pas confondre le sens musculaire qui, dans l'acte des mouvemens volontaires, semble précéder et déterminer la contraction, avec la sensation qui donne la conscience de la pesanteur, de la résistance, etc., et qui a été justement appelée par M. Gerdy *sensation d'activité musculaire.* Cette dernière est le résultat ou le produit de la contraction musculaire.

On doit distinguer aussi le sens musculaire de la sensibilité musculaire générale, sensibilité caractérisée par la douleur qui résulte d'une cause externe (de l'excitation électro-cutanée, la pression, la contusion, etc.).

III. Le sens musculaire peut exister indépendamment de la sensation d'activité musculaire.

IV. Le sens musculaire est nécessaire à la contraction musculaire volontaire et à la cessation de cette contraction.

V. Cependant, le sens de la vue est l'auxiliaire du sens musculaire qu'il peut suppléer.

VI. La perte simultanée du sens musculaire et du sens de la vue produit conséquemment la paralysie des mouvemens volontaires. (Comm. nommée, M. Bérard rapporteur.)

— L'ordre du jour appelle les élections pour le renouvellement du bureau.

Avant de procéder au scrutin, M. LE PRÉSIDENT rappelle à l'Académie que, suivant un usage depuis longtemps en vigueur, le président sortant est nommé membre du conseil d'administration. Le conseil a pensé qu'il y aurait convenance à changer cet usage, et à appeler désormais à faire partie du conseil le vice-président nouvellement nommé. Il soumet cette proposition à l'appréciation de l'Académie.

Cette proposition est appuyée par un grand nombre de membres, elle sera l'objet d'un examen de la part d'une commission pour examiner s'il y aurait lieu à introduire à cet égard une modification au réglement. En attendant, l'Académie en adopte le principe.

L'Académie procède au scrutin, qui donne les résultats suivans :

Pour le président : sur 67 votans,		
	M. Nacquart obtient. . .	56 voix.
	M. Laugier.	9
	M. Jobert.	1
	Billet blanc.	1
Vice-président :	M. Jobert obtient.	39 voix.
	M. Laugier.	26
	M. Renault.	1
	M. Larrey.	1

Secrétaire annuel : Sur 58 voix, M. Gibert obtient 57 voix.

En conséquence, le bureau sera composé, pour l'année 1854, de M. Nacquart, président, M. Jobert de Lamballe, vice-président, et Gibert, secrétaire annuel. — Sont nommés membres du conseil d'administration : MM. Jobert, Michel Lévy et Soubeiran.

Artère carotide d'un cheval injectée avec le perchlorure de fer.

M. LEBLANC présente l'artère carotide droite d'un cheval, dans laquelle il a, avec le concours de M. Debout, injecté, le 27 novembre dernier, entre deux points comprimés distans l'un de l'autre de 10 centimètres, 30 gouttes de solution de perchlorure de fer à 15°, préparé par M. Soubeiran. Cette injection a eu pour résultat de déterminer la production d'un magma cylindrique de 8 centimètres de long et 1 centimètre de diamètre, qui a favorisé la formation de caillots sanguins obturateurs solides et adhérens. Le magma a pu être absorbé, à quelques vestiges près, en vingt-deux jours.

Ce résultat a été obtenu sans accident grave, et sans que l'animal ait présenté de symptômes généraux de quelque durée et de quelque importance.

La pièce, soumise aux recherches de M. Ch. Robin, a donné les résultats suivans :

L'extrémité libre du caillot du côté opposé au point où a été faite l'injection, se compose de fibrine très nettement caractérisée par son aspect fibrillaire et par les fines granulations dont elle est partout parsemée. Elle offre, de plus, de nombreux globules blancs du sang.

L'extrémité de ce caillot correspondant à la cavité qui contenait le magma, diffère de la précédente, en ce sens que la fibrine a perdu son aspect fibrillaire et est devenue complètement homogène, finement granuleuse; elle est encore parsemée de globules blancs semblables à ceux de l'autre extrémité du caillot. Elle renferme en outre des globulins dits de la lymphe ou du sérum. Enfin, elle contient des globules rouges, mais devenus irréguliers, de teinte plus foncée qu'à l'état normal; ils ont perdu leur élasticité et ont une plus grande consistance qu'à l'ordinaire.

Il existe au milieu de ces globules de petits fragmens de même couleur et de même aspect, qui semblent n'être que des fragmens de globules désagrégés. Ces fragmens se distinguent du perchlorure par une coloration moins foncée et plus de transparence.

Les tractus qui unissent les portions de caillots voisines de la cavité aux parois du vaisseau, sont formées uniquement de fibrine nettement fibrillaire, colorée par des globules sanguins un peu irréguliers, mais parfaitement reconnaissables. Ils ne sont mélangés d'aucun fragment de perchlorure de fer. On n'y trouve que de rares globules blancs.

Au niveau de ces tractus, la couche unique de cellules épithéliales pavimenteuses du vaisseau est parfaitement intacte. Ces cellules sont très transparentes, étroites, un peu allongées, pourvues d'un noyau ovale, etc.

L'épithélium, au-dessus de la couche mince de perchlorure, est complètement détruit. La membrane interne de l'artère est à découvert.

THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de la créosote dans le traitement de la gangrène de la bouche; par le docteur HASBACH.

L'auteur a eu l'occasion de voir un assez grand nombre de cas de cette maladie, chez des enfans pauvres habitant des endroits humides et malpropres, chez lesquels elle suivait une marche si rapide que l'on n'avait pas grand temps pour se revoir. La créosote fut étendue avec un pinceau sur les parties malades, et, dit l'auteur, avec un plein succès. Il se montrait bientôt une ligne de démarcation entre les parties saines et les parties malades, et les parties molles gangrenées ne tardaient pas à se séparer, ce qui amenait la guérison.

D'après l'expérience de l'auteur, la créosote réussirait mieux dans les cas où l'économie et les liquides semblent avoir éprouvé une altération septique, que lorsque la maladie est purement locale et ulcéreuse. — (*Organ. für die gesammte Helkunde* II. 3, 1853.

L'article suivant, publié dans le *Moniteur*, mérite toute l'attention de nos lecteurs :

MÉDECINS DE COLONISATION.

Sous le titre de *Médecins de colonisation,* il existe en Algérie une institution dont l'objet spécial est d'assurer aux populations rurales, sur tous les points du territoire colonisé, l'assistance du médecin.

Cette institution remonte à la formation des premiers villages; elle a suivi les progrès de l'immigration européenne, et ses nombreux services ont consacré son utilité. Mais elle n'avait jamais été réglementée, et, faute d'une organisation unitaire, d'attributions bien définies, de rapports biérarchiques nettement établis, elle ne fonctionnait pas toujours avec l'ensemble et la régularité désirables; le service présentait, d'ailleurs, des lacunes fâcheuses dans sa répartition, et ne se trouvait plus, dès lors, au niveau des besoins.

Le principe était excellent, et pour qu'il produisît toutes ses bonnes conséquences, il ne restait plus qu'à organiser, par quelques dispositions précises et bien entendues, une institution que la France enviera bientôt à la jeune colonie. C'est ce que vient de faire M. le maréchal ministre de la guerre par deux arrêtés récens, dont nous allons résumer les dispositions fondamentales.

Tous les territoires livrés à la colonisation, en Algérie, sont divisés en *circonscriptions médicales.* Chaque circonscription est desservie par un homme de l'art qui reçoit le titre de *médecin de colonisation.* Le titulaire, pris parmi les docteurs en médecine, est nommé par le ministre. Il lui est alloué un traitement annuel de 2,000 fr., et si l'étendue de sa circonscription exige qu'il soit monté, il reçoit, en outre, une indemnité spéciale, fixée à 500 fr. par an.

Le médecin de colonisation doit gratuitement ses soins et les secours de son art à toute personne indigente de sa circonscription. Un tarif arrêté par le gouverneur général de l'Algérie détermine les honoraires qui lui sont dus pour les visites et opérations par lui faites aux personnes non indigentes de sa circonscription.

Dans les localités où il n'existe pas de pharmacie, le médecin de colonisation délivre les médicamens à ses malades. Cette délivrance a lieu gratuitement pour les indigens, aux prix fixés par un tarif officiel pour les autres personnes. Les remèdes sont tirés du dépôt de pharmacie des hôpitaux civils et militaires.

Les médecins de colonisation sont tenus de résider au chef-lieu de leur circonscription. Ils sont placés, pour tout ce qui concerne leur service, sous les ordres immédiats et sous la surveillance de l'autorité administrative.

Ils portent un uniforme, qui est le même, dans son ensemble, que celui des aides-majors de l'armée, sauf que les broderies de l'habit sont en argent, et que le pantalon est en drap bleu sans bande ni passepoil.

Les médecins de colonisation sont tenus :

1° De faire des tournées périodiques dans chacun des centres ou groupes de population compris dans leur circonscription;

2° De tenir, au lieu de leur résidence, à jour et heures fixes, un bureau de consultations gratuites pour quiconque s'y présente;

3° De propager la vaccine;

4° D'exécuter gratuitement, au lieu de leur résidence, à défaut d'un médecin spécial, les visites périodiques du dispensaire de police;

5° De constater les décès, préalablement au permis d'inhumation, au chef-lieu de leur résidence, conformément à l'art. 77 du code Napoléon;

6° De fournir à l'administration tous les renseignemens et documens de statistique nosographique auxquels peuvent donner lieu la constitution médicale et l'hygiène publique de leur circonscription.

Ils ont, en outre, la direction médicale des infirmeries civiles établies dans leur circonscription. Ils doivent en visiter régulièrement les malades et constater leurs visites sur le registre de chaque infirmerie.

Il est fait chaque année une inspection générale du service des médecins de colonisation.

Le nombre des circonscriptions médicales est fixé à *soixante,* quant à présent.

33 de ces circonscriptions sont desservies par des médecins civils, et 27 par des médecins militaires. Ces derniers ne reçoivent qu'une indemnité fixée à 300 ou 600 fr., suivant l'importance de la circonscription qui leur est assignée.

En général, les circonscriptions confiées aux officiers de santé de l'armée sont des centres épars sur le territoire militaire, où la colonisation européenne ne fait que commencer et n'a pas encore reçu son développement normal.

Ces 27 circonscriptions militaires ne comprennent que 34 localités dont la population coloniale peut être évaluée, en nombres ronds, à 10,000 individus.

Les 33 circonscriptions desservies par les médecins civils comprennent, dans leur ensemble, 144 centres de colonisation dont la population s'élève, en nombres ronds, à 50,000 habitans. C'est, en moyenne, 1 médecin pour 4 villages et pour 1,540 habitans.

Il résulte de cette organisation, qu'il n'est pas une localité renfermant un groupe de population européenne qui ne se rattache à une circonscription médicale et qui, par conséquent, conformément aux instructions du ministre, ne doive recevoir au moins deux fois par semaine la visite du médecin, et, dans toutes les circonstances, l'assistance et les soins gratuits de ce praticien pour la population indigente.

La position relativement avantageuse faite aux praticiens chargés de ce service attirera nécessairement vers cette carrière nouvelle, à la fois si honorable et si méritante, une foule de jeunes capacités médicales, qui trouvent si difficilement à se produire et à s'employer utilement dans les villes de la métropole, étouffées qu'elles sont par l'encombrement de la concurrence.

La France et les diverses nationalités européennes qui concourent au peuplement de notre colonie, verront, dans le système d'assurance médicale que nous venons d'exposer, un nouveau témoignage de la persévérance et, pouvons-nous ajouter, de la libéralité éclairée avec lesquelles la haute administration de l'Algérie sait pourvoir à tous les besoins des émigrans. On reconnaîtra, sans doute, qu'il était impossible d'aborder avec plus de résolution et d'intelligence la solution d'un problème qui, à toutes les époques et à si juste titre, a été l'objet de la sollicitude gouvernementale, savoir : constituer efficacement la médecine des pauvres au profit des travailleurs agricoles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

AGENDA-FORMULAIRE

DES MÉDECINS PRATICIENS POUR 1854, PUBLIÉ PAR LE D[r] A. BOSSU.

(Quatrième année.)

Dans lequel on trouve, en sus du *calandrier pour les notes et visites à inscrire*, les renseignemens suivans :

MÉDECINE PRATIQUE : — *Dictionnaire-memento de pathologie et de matière médicale* avec **450** *Formules magistrales*, empruntées aux ouvrages les plus récens, et groupées suivant l'ordre des affections qui en réclament l'emploi : *posologie*, ou usages et doses de tous les médicamens; *Annuaire de thérapeutique pour 1854*, ou reproductions des formules et traitemens publiés dans l'année expirée; *Choix des eaux minérales*, ou désignation des sources les mieux appropriées aux diverses maladies pour lesquelles on les ordonne : médicamens approuvées par l'Académie impériale de médecine, etc.

MÉDECINS ET SERVICES MÉDICAUX : — Tableau des *facultées* et *écoles préparatoires*; listes et *adresses des médecins* et dentistes de Paris; services médicaux des hôpitaux, bureaux de bienfaisance; prisons, médecins vérificateurs des décès, inspecteurs des eaux minérales; sociétés et journeaux de médecine; etc.

RENSEIGNEMENS DIVERS : — *Prix courant* des médicamens : modèles de *rapports* et de *certificats*; maisons de santé; musées, bibliothèque; ministères; mairies; commissaires de police : voitures publiques; *omnibus,* avec leurs itinéraire et correspondances.

Tableau des rues de Paris. Liste alphabétique des rues, places, passages, marchés, etc., avec l'indication des tenans et aboutissans.

PRIX, reliés et dorés sur tranches, de 3 à 7 fr., ainsi qu'il suit :

N° 1.	Mouton maroquiné à tuyaux.	3 fr. » c.
N° 2.	*Id.* *id.* à patte.	3 75
N° 3.	*Id.* *id.* à portefeuille, trim. séparés.	4 50
N° 4.	Chagrin doublé de soie, à patte.	5 »
N° 5.	*Id.* doublé de soie, avec petite trousse.	6 »
N° 6.	*Id.* à portefeuille doublé de soie, avec trousse et trimestres séparés.	7 et 8

Paris, au Bureau, 31, rue de Seine. — En province, s'adresser aux libraires, aux pharmaciens, etc.

Chez LABÉ, libraire de la Faculté de médecine, n° 23, place de l'École-de-Médecine, à Paris.

AGENDA MÉDICAL POUR 1854,

A L'USAGE DES MÉDECINS, PHARMACIENS ET VÉTÉRINAIRES,

CONTENANT :

1° Un *Memento du praticien* pour l'emploi des médicamens dangereux, des principales formules officinales et magistrales, et les agens nouveaux, par le docteur CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis;

2° La *Revue annuelle des travaux académiques*, par le docteur A. FOUCART;

3° Un *Résumé pratique des eaux minérales*, contenant leur classification méthodique, ainsi que la désignation des maladies pour lesquelles on les prescrit avec le plus de succès, par le docteur Constantin JAMES, auteur du Guide aux eaux minérales et aux Bains de mer.

Plus un *Calendrier* à deux jours par pages, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins du département de la Seine, les médecins des hôpitaux civils et militaires, les médecins inspecteurs des eaux minérales, les maisons de santé, la Faculté de médecine et les diverses Sociétés savantes; la liste des journaux scientifiques; la liste des poisons et contre-poisons, avec l'indication des secours à administrer aux noyés et asphyxiés; des modèles de rapports et certificats; la liste, par ordre alphabétique, des substances actives et toxiques qui ne doivent pas être délivrées sans ordonnance du médecin; les chemins de fer, avec le nom des stations où ils s'arrêtent; le tableau des rues de Paris, etc. Prix, broché : 1 fr. 75 c. à Paris; 2 fr. 25 c. *franco* par la poste, 3 fr. et au-dessus, suivant la reliure, dont indication ci-dessous.

Reliures diverses : N° 1. Maroquin à coulisseau avec crayon, doublé en papier, 3 fr. — N° 2. Id. à patte id. id. 3 fr. 50 c. — N° 3. Id. à coulisseau id. doublé en soie, 4 fr. — N° 4. Id. à patte id. id. 4 fr. 50 c. — N° 5. Id. id. id. et petite trousse, 5 fr. — N° 6. Id. à serviette avec trousse et portefeuille, 6 fr. — N° 7. Id. id id. à trimestres, 7 fr. — N° 8. Chagrin id. id. et portefeuille, 7 fr. — N° 9. Id. id. id. à trimestres, 8 fr. — N° 10. Id. à fermoir en maillechort, 9 fr.

Nota. Les exemplaires reliés ne pouvant être expédiés par la poste, MM. les médecins sont priés de les faire demander par l'intermédiaire des libraires de leur localité.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 153. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 24 Décembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12 A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56* ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12*.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 23 DÉCEMBRE 1853.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Le bulletin de ce jour ne donne lieu à aucune réflexion. Si le 21 est signalé par une légère augmentation sur le chiffre du 19, celui du 22 donne une diminution sensible sur le chiffre de la veille.

CAS NOUVEAUX DANS LES HÔPITAUX :

21 décembre.	Cas reçus dans le jour	13
	Cas déclarés à l'intérieur	6
	Total	19
	Décès	13
22 décembre.	Cas reçus dans le jour	14
	Cas déclarés à l'intérieur	3
	Total	17
	Décès	6

Récapitulation générale des décès jusqu'au 16 décembre inclusivement :

Hôpitaux civils et militaires	334
A domicile (le nombre des attaques inconnu)	238
Communes rurales (*id.*)	81
Total des décès jusqu'au 16 décembre.	653

Voici quelques renseignemens sur le choléra à l'étranger :

A Rotterdam, le 13 décembre, le choléra semblait éteint; aucun cas nouveau ne s'était déclaré depuis quelque jours.

Depuis le commencement de l'épidémie, cette ville avait eu 1,162 cas, dont 644 avaient été suivis de mort.

A Stockholm, à la date du 29 novembre, le choléra n'attaquait guère plus qu'une ou deux personnes par jour. Cette ville avait eu 4,797 malades et 2,839 morts.

A Christiania, le 23 novembre, le choléra paraissait éteint. L'épidémie a frappé 2,448 personnes et en a fait mourir 1,595.

NOTE SUR L'ÉPIDÉMIE ACTUELLE DE CHOLÉRA-MORBUS ET SUR SON TRAITEMENT;

Par le docteur F.-A. ARAN, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 20 Décembre.)

Avant de dire quelle a été la proportion des succès et des insuccès que j'ai eu à enregistrer, j'ai une question préjudicielle à vider, celle de la gravité réelle du choléra-morbus épidémique. Dans une épidémie qui marchait par sauts et par bonds furieux, comme celle de l'épidémie de 1832, il était difficile qu'on pût avoir sur ce point des renseignemens bien précis; et tout porte porte à croire que les résultats connus étaient au-dessous de la réalité. Mais l'épidémie de 1849, plus lente et mieux soutenue dans sa marche, a permis de suivre sans efforts les phases et les péripéties qu'elle a parcourues. Eh bien! il résulte des relevés nécrologiques de cette dernière épidémie, consignés dans l'intéressant rapport de M. Blondel, que, pour les hôpitaux seulement, la mortalité n'a jamais été moindre de 49 p. 100, et qu'elle n'est descendue à ce chiffre que pendant le mois de mai seulement; tandis que, dans les autres mois, elle s'est tenue constamment au-dessus de 50 p. 100, et a même atteint un instant 66 p. 100, moyenne générale, 54 p. 100. La mortalité énorme qui a eu lieu à la Salpêtrière, à cette époque, élève considérablement cette moyenne, et la porte presque à 58 p. 100. Les résultats consignés par MM. Briquet et Mignot, dans leur *Traité du choléra-morbus de* 1849, ne s'éloignent pas beaucoup de ces moyennes; en effet, sur 200 malades, ces médecins en ont vu succomber 106, ou 53 p. 100; et les détails qu'ils donnent à cet égard, confirment entièrement ce que je disais plus haut de la physionomie différente de l'épidémie actuelle, puisque de ces 106 malades, il en est mort presque autant dans la période de réaction que dans l'algidité, 51 dans la première, et 55 dans la seconde.

Ainsi donc, il faut bien le reconnaître, le choléra-morbus épidémique est une maladie des plus graves, dont la mortalité peut être évaluée, pour les épidémies antérieures, à 50 p. 100 au moins, et cela non seulement en France, mais encore dans tous les pays où ce fléau s'est montré sous la forme épidémique. Voyons maintenant comment l'épidémie actuelle s'est comportée à cet égard :

Des 44 malades apportés du dehors, et au sujet desquels je me réserve d'entrer dans quelques détails, 26 ont guéri et 18 ont succombé, ce qui donne une proportion de 40 décès sur 100 cholériques. Mais peut-être conviendrait-il de retrancher de ces 18 décès deux décès causés l'un par une suppuration du rein, l'autre par une pleuro-pneumonie et dans lesquels le choléra n'a joué qu'un rôle très secondaire. Dans ce dernier cas, la proportion des décès descendrait à 38 p. 100.

Des 11 malades atteints de maladies plus ou moins graves et frappés du choléra dans les salles de l'hôpital, 7 ont succombé, 3 ont guéri et 1 est en voie de guérison; ce qui nous fournit, pour la mortalité, le chiffre de 63 p. 100. Sur les 3 malades qui ont guéri du choléra, il en est 2 atteints de fièvre typhoïde grave, qui, après avoir été complètement débarrassés des symptômes cholériques, ont succombé tous les deux, très probablement, à l'affaiblissement causé par la maladie intercurrente. Si on voulait les ajouter au chiffre des décès précédens, ce qui ne nous paraît guère logique, on aurait la proportion de 82 décès p. 100, proportion énorme certainement, mais qui s'explique naturellement par la gravité de l'affection ou par l'état particulier dans lequel se trouvaient ces malades au moment où ils ont été frappés du choléra dans les salles.

En somme, sur 55 malades cholériques apportés du dehors ou frappés dans les salles, que nous avons eu à traiter, il en est mort 25 du choléra et 30 ont guéri de cette affection, ce qui donne un chiffre de 45 décès sur 100 cholériques, en y comprenant le fait de néphrite aiguë et celui de pleuro-pneumonie; et en ajoutant au chiffre des décès cholériques les deux décès qui ont frappé les deux individus atteints de fièvre typhoïde, après qu'ils ont échappé aux accidens du choléra, le chiffre des décès n'atteint pas encore 50 p. 100, il reste à 49 p. 100.

N'avais-je donc pas raison de dire, en commençant cet article, que l'épidémie actuelle offre une gravité relativement moindre que ses aînées? et si faible que soit l'avantage en sa faveur, cet avantage n'est-il pas d'autant plus important à constater, qu'il s'agit du début de l'épidémie, c'est-à-dire de l'époque à laquelle correspond, en général, sinon la mortalité la plus élevée, au moins une mortalité toujours très forte et qui n'était pas moindre de 54 p. 100 dans l'épidémie de 1849? Il nous reste à voir quelle part le traitement peut avoir à réclamer dans ces résultats comparativement plus favorables que ceux fournis par les épidémies antérieures.

Peut-être n'aurais-je pas parlé ici du traitement de la diarrhée de la première période ou prémonitoire, car je n'ai fait figurer dans ce relevé aucun cas appartenant à cette première période, si je ne partageais entièrement les convictions de tous les médecins qui ont étudié avec soin le choléra relativement à la nécessité d'arrêter aussitôt que possible cette diarrhée. Seulement, et c'est ici un trait encore bien remarquable de l'épidémie actuelle, pas un des malades entrés à l'hôpital dans nos salles, pour y être traité d'un dérangement intestinal, n'a été pris du choléra. Il n'en a pas été ainsi, malheureusement,

Feuilleton.

CAUSERIES.

Voilà l'hiver et ses rigueurs, et ses misères et ses souffrances. Voilà le moment où plus que jamais il faut se souvenir de ceux que les malheurs des temps plongent dans l'affliction et la détresse. Notre famille médicale, hélas! n'est pas à l'abri de ces douleurs. Combien parmi nous qui souffrent à cette heure! Et puisque, malgré mes humbles mais constans efforts pour répandre et généraliser les associations de bienfaisance confraternelle, il ne m'est encore permis que de parler de celle de Paris, je ne veux pas laisser s'éteindre l'année qui s'écoule, sans payer mon tribut annuel à cette bienfaisante institution, sans rappeler sur elle l'attention de mes lecteurs, soit qu'ils en fassent partie, pour les engager à persévérer, soit qu'ils aient vécu en dehors d'elle, pour les pousser à entrer dans son giron. Nous avons à secourir des vieillards, des malades, des infirmes; nous avons à secourir des veuves et des enfans; nous avons à secourir quelques-uns d'entre nous que des malheurs imprévus ont jetés dans la souffrance; nous avons à penser à nous-mêmes, à nos femmes, à nos enfans, qu'une infirmité ou notre mort plongerait dans la misère. Notre association est de prévoyance pour tous, car nul de nous, serait-il à cette heure le plus éminent et le plus riche, n'est assuré d'un lendemain prospère. Quel plus noble usage peuvent faire, je ne dirai pas de leur fortune, pas même de leur superflu, mais d'une partie de leur superflu, ceux de nos confrères que leur talent a élevés à la richesse! Il y a, à Paris, des médecins qui gagnent cent mille francs par an et au-delà. N'en soyons ni jaloux, ni inquiets, ni mécontens, mes chers confrères; cela est juste, cela est honorable, et l'art bienfaisant qui guérit et soulage les souffrances humaines mérite certainement, autant que l'art du chanteur et du danseur, d'être largement rétribué.

Eh bien! à ces confrères éminens peut-on dire, sans blesser aucune convenance, sans intention d'exercer aucune pression quelconque : Donnez, savans et honorés confrères, donnez encore, donnez toujours! C'est de l'argent bien placé, car il soulage de grandes infortunes confraternelles, car il aide à vivre des veuves respectables, car il contribue à élever des fils de médecins qui pourront être un jour la gloire de la patrie.

Du reste, l'Association de prévoyance des médecins de la Seine est en voie d'ascension. Je ne veux pas anticiper sur le compte-rendu prochain de l'honorable secrétaire général, et je me bornerai à dire que les adhésions nouvelles ont été très nombreuses cette année.

Mais, je dois le dire, l'Association touche à une période critique, et tous les efforts de ses membres doivent tendre à lui faire passer cette période sans dommage et sans trouble pour sa constitution intérieure. Je veux parler du renouvellement de son bureau. L'Association, on le sait, a perdu son fondateur, M. Orfila, qui, tous les ans, recevait, pour la présidence, l'unanimité des suffrages de l'Assemblée générale. Il s'agit, cette année, de nommer un président. Je ne rapporterai pas ce qui se dit à cet égard, et je me bornerai à émettre le vœu que l'esprit de prudence, de sagesse et de conciliation anime et éclaire les esprits.

L'Association est menacée d'un autre malheur. L'honorable, le zélé, le dévoué secrétaire général qui, depuis dix ans, remplit ces fonctions avec tant de talent et de succès, M. le docteur Perdrix donne sa démission. C'est une grande perte pour l'Association. J'espère que l'on trouvera quelque combinaison pour que l'Association ne se prive pas entièrement des lumières et de l'expérience de cet honorable confrère.

La Société hydrologique de Paris, dont j'annonçais dernièrement le projet de formation, est définitivement constituée. Des lettres de convocation avaient réuni, mercredi dernier, à la Faculté, une assistance nombreuse et distinguée, où l'on remarquait plusieurs médecins inspecteurs d'eaux minérales, ainsi qu'un grand nombre de médecins de la ville. M. Nacquart, vice-président de l'Académie, présidait la séance; il était assisté de MM. Durand-Fardel et Lebret, médecins inspecteurs. Dans un discours très remarquable, M. Durand-Fardel a indiqué le but de cette Société nouvelle, les moyens qu'elle voulait mettre en œuvre, les travaux qu'elle se proposait d'accomplir, les résultats qu'elle espérait obtenir. Ce discours plein de convenance et très élégamment écrit, a été très favorablement accueilli.

M. le docteur Lebret a ensuite donné lecture du règlement, et l'on a procédé à la constitution du bureau,

M. Mélier a été élu président, M. Patissier, vice-président, M. Durand-Fardel, secrétaire général, et M. Lebret, secrétaire archiviste.

La Société s'est trouvée immédiatement constituée par une quarantaine de membres, sans compter les adhésions écrites que le bureau provisoire avait déjà reçues.

Ce qui s'est passé dans cette première séance, et notamment le discours de M. Durand-Fardel, n'a pu que me corroborer dans mes propensions sympathiques vers la Société d'hydrologie. L'orateur l'a dit avec beaucoup de sens et de raison, à côté des exagérations inévitables et naturelles aux médecins qui s'occupent exclusivement d'un agent thérapeutique, on est affligé de voir une négligence générale pour les études hydrologiques. Maintenir, par une judicieuse critique, les médecins hydrologues dans les limites d'une confiance raisonnable, répandre partout le goût de ces études et la connaissance des ressources de la thérapie thermale, tel est le but de la Société nouvelle. Les réunions périodiques de la Société hydrologique me semblent appelées à un bel avenir, si la Société maintient le programme intelligent que son secrétaire général a indiqué. J'ai vu avec plaisir que la Société de Paris s'obligeait, par son règlement, à entretenir des relations avec les Sociétés précédemment formées à Toulouse et à Bordeaux. Je dois dire même que je ne comprends pas très bien ce morcellement en trois Sociétés, et je ne vois pas pourquoi, en laissant aux honorables confrères éloignés de Paris ou occupés ailleurs, toute liberté de se réunir en groupes, et de travailler de leur côté à l'avancement de la science hydrologique, il n'y aurait pas tous les ans une réunion générale de tous les membres

pour tous les cas de diarrhée prémonitoire qui se sont montrés parmi les malades qui se trouvaient déjà dans l'hôpital. Averti à temps, nous avons, dans trois ou quatre cas au moins, employé les mêmes moyens qui nous avaient réussi chez les malades venus du dehors, sans empêcher la maladie d'aboutir au choléra confirmé et algide.

Rien de plus simple et de plus ordinaire que les moyens avec lesquels nous avons réussi : dans les cas les plus légers, des tisanes féculentes et douces, trois ou quatre quarts de lavemens émolliens, additionnés de douze gouttes de laudanum de Sydenham, le repos au lit, et pour alimens, quelques bouillons et potages légers ; dans les cas les plus intenses, les mêmes moyens, plus quatre pilules d'extrait aqueux thébaïque de 5 centigrammes, une toutes les six heures, ou bien un mélange de 4 grammes de sous-nitrate de bismuth et de 4 grammes de diascordium, ou bien encore 10 grammes de sous-nitrate de bismuth, avec addition de 10 centigrammes d'extrait aqueux thébaïque, ou bien, enfin, les pilules astringentes suivantes, dont la formule m'a été donnée par mon excellent maître, M. Bricheteau :

R. Extrait aqueux thébaïque. . . . 0.20 grammes.
Conserve de roses. 1.50

Pour dix pilules. — Une toutes les deux heures.

Dans les cas où la diarrhée avait résisté à ces moyens, j'ai donné quelquefois avec succès le sulfate de quinine, comme il a été recommandé par M. Mandl, à la dose de 60 centig., par paquets de 10 centig., toutes les heures ou toutes les deux heures; mais j'ai surtout insisté sur l'emploi de la créosote en potion ou en pilules, sur les lavemens au nitrate d'argent et à la teinture d'iode.

Une pratique qui m'a encore fort souvent réussi dans les cas dans lesquels il y avait en même temps que la diarrhée des phénomènes d'embarras gastrique, c'est l'administration de l'ipécacuanha à la dose de 1.25 à 1 gr. 50, en trois prises, en aidant l'action vomitive par quelques verres d'eau tiède. En faisant prendre, le soir de l'administration de l'ipécacuanha, deux quarts de lavement laudanisés, à quelques heures d'intervalle, il m'est arrivé plusieurs fois de trouver le lendemain la diarrhée complètement arrêtée. Dans des cas où il existait en même temps que la diarrhée une certaine sensibilité de l'épigastre ou de l'abdomen, j'ai fait appliquer quelquefois avec avantage de huit à dix sangsues, de six à huit ventouses scarifiées à l'épigastre ou autour de l'ombilic.

Dans la période phlegmorrhagique, la période du choléra confirmé, j'ai commencé le plus ordinairement, au moins chez mes premiers malades, par l'administration des derniers moyens que je viens de mentionner, mais en insistant cependant plus ou moins sur quelques-uns de ces moyens, suivant la nature des phénomènes prédominans. Ainsi, lorsqu'il y avait peu de vomissemens, quelques nausées seulement, mais un léger refroidissement et des évacuations alvines fréquentes et répétées, je me suis borné à donner quelques boissons stimulantes, telles que du thé au rhum, coupé d'eau de Seltz, la potion cordiale du *Codex*, des opiacés en pilules ou en lavement; mais, dans la plupart des cas, ces moyens étant insuffisans, j'ai été obligé d'en venir à l'administration de huit à douze pilules contenant chacune une ou deux gouttes de créosote, ou d'une potion créosotée comme suit :

R. Créosote. . . . . 15 gouttes.
Laudanum de Sydenham. . 25 gouttes.
Potion gommeuse. . . . . 125 grammes.

A prendre par cuillerée d'heure en heure.

Presque toujours, j'ai ajouté à l'emploi de cette potion ou de ces pilules un lavement composé de :

R. Nitrate d'argent. . . . . . 0.30 grammes.
Eau distillée. 100

Ou bien le lavement ioduré de M. Delioux :

R. Teinture d'iode. . . . . . 10 grammes.
Iodure de potassium. . . . 1 gramme.
Eau distillée. . . . . 100 grammes.

C'est même ce dernier lavement qui m'a réussi le plus souvent pour arrêter les diarrhées persistantes, et surtout celles qui se continuaient après la guérison des accidens cholériques graves. On verra cependant bientôt que ce lavement a échoué à son tour, dans des cas où j'ai réussi avec d'autres moyens.

Dans les cas où il existait, en même temps que de la diarrhée, des vomissemens, j'ai prescrit au malade de la glace, dont on lui donnait de temps en temps de petits morceaux qu'il laissait fondre dans sa bouche, de l'eau de Seltz, quelques cuillerées de punch au rhum frappé de glace; mais je me suis bien trouvé, en général, de ne pas céder à cette soif insatiable qui tourmente les malades et les engage à remplir leur estomac de liquides dont cet organe se débarrasse ensuite au milieu d'efforts inouïs et aux dépens d'un accablement de plus en plus profond.

Des bouteilles d'eau chaude étaient déposées autour du malade pour le réchauffer et les gens de service placés autour de lui l'empêchaient de s'agiter et de se découvrir.

La preuve que ce traitement a une efficacité réelle, c'est que dans 7 cas nous sommes parvenu à empêcher la maladie d'aller plus loin, de passer à la période algide sous l'influence de ces moyens. Les vomissemens, lorsqu'il en existait, ou les nausées se calmaient, la diarrhée devenait moins abondante, la peau se réchauffait, la face se colorait et devenait plus naturelle, la soif se calmait et l'appétit commençait à se faire sentir. Toutefois, après cette période comme après les suivantes, nous nous sommes généralement mal trouvé de céder au désir des malades, à leur appétence pour les alimens. Des vomissemens alimentaires ou bilieux ne tardaient pas à nous annoncer que l'estomac n'avait pas encore recouvré la plénitude de ses fonctions, et nous étions obligé de remettre au bouillon et aux potages des malades qui avaient insisté pour avoir des alimens solides.

De tous les phénomènes de la période phlegmorrhagique, la diarrhée est restée le symptôme le plus persistant. Il nous a fallu souvent quatre et cinq jours, huit jours même pour la suspendre complètement, et tel malade qui, pendant le jour, était sans diarrhée, avait souvent trois ou quatre évacuations diarrhéiques pendant la nuit. A la longue, en insistant sur les lavemens laudanisés, iodurés et au nitrate d'argent, et principalement sur les prescriptions hygiéniques, nous avons fini par nous en rendre maître. Mais ce qui nous porte à croire que les diarrhées de cette période doivent être surveillées avec le plus grand soin, c'est un fait malheureux dont nous avons été témoin chez un jeune homme de 23 ans, tailleur, couché au nº 43 de la salle Sainte-Jeanne. Entré pour des accidens phlegmorrhagiques assez prononcés, les vomissemens s'étaient bientôt arrêtés et il était resté une diarrhée que nous avions combattue le premier jour par un lavement de nitrate d'argent et le lendemain par un lavement ioduré; le malade avait eu, en outre, une tisane alcaline. Je le revis dans la soirée du deuxième jour, son état était très satisfaisant; et sauf le dévoiement, encore assez abondant, rien ne pouvait exciter d'inquiétude, lorsque, dans la nuit suivante, il fut pris de vomissemens et d'une diarrhée des plus abondantes, de crampes, de refroidissemens et de cyanose. Le traitement salin, commencé immédiatement a la visite du matin, l'application du marteau de Mayor à la région épigastrique, un bain entier tiède auquel on ajouta 1 kilogr. de farine de moutarde, des moyens calorifians ne purent triompher des accidens; il succomba le lendemain dans la journée.

C'est principalement dans la période algide que nous avons pu essayer des moyens variés; car c'est malheureusement dans cette période que nous ont été apportés la plupart des malades dont nous avons parlé. Rien de plus naturel, au premier abord, que de chercher à relever par les moyens les plus stimulans l'organisme si profondément déprimé, que de travailler à arrêter ces déperditions si abondantes qui paraissent la cause principale de cette dépression, que de s'efforcer de rendre à ce corps froid et cyanosé la chaleur qui lui manque, afin de rétablir la circulation qui va s'arrêter. Nous aussi, nous avons cherché dans cette période à remplir ces indications par divers moyens, et le succès n'a pas répondu à notre attente.

Ainsi, pour arrêter les vomissemens et la diarrhée, nous avons employé les moyens dont nous avons parlé précédemment, la créosote et le laudanum à très haute dose, les lavemens de nitrate d'argent avec 40, 50 et 60 centig. pour 100 grammes d'eau distillée, les lavemens iodurés, et même dans un cas une potion avec le nitrate d'argent à la dose de 50 et 60 centigrammes; aucun de ces moyens ne nous a paru réussir. (Nous n'avons pas été plus heureux dans trois cas avec l'ipécacuanha.)

Ainsi, pour remédier à cette dépression si profonde, nous avons donné du punch au rhum chaud ou bien à la glace, la potion cordiale du *Codex*, de la teinture de Huaco, et même, dans un cas de l'éther et du laudanum à haute dose. La réaction ne nous a pas paru s'opérer plus rapidement.

Ainsi, pour faire disparaître le refroidissement et la cyanose, nous avons employé les moyens réchauffans externes, et principalement les bains d'air chaud, sans que la chaleur momentanément relevée se soit maintenue, et, de guerre lasse, nous avons fini par renoncer à ce dernier moyen.

Ce serait toutefois être injuste que de ne pas citer, comme nous ayant rendu des services, quelques-uns de ces moyens destinés à remplir des indications rationnelles, et je le ferai un peu plus loin; mais j'ai d'abord à faire connaître quelques tentatives, qui, pour être empiriques, ne méritent peut-être pas d'être dédaignées.

Des 55 malades dont j'ai déjà parlé, il en est 16 qui, bien que arrivés à l'algidité, n'ont pas été soumis au traitement précédent. Un a été traité exclusivement par l'ingestion de l'eau froide à l'intérieur, sous les yeux et d'après les indications d'un honorable médecin de province, M. Tourette; il a succombé, sans que la réaction se fût établie. Je cite le fait sans en tirer aucune conséquence contre l'emploi de l'hydrothérapie. Deux autres ont été traités par l'emploi de l'iodure de potassium, suivant les indications d'un honorable pharmacien de St-Quentin, M. Marchandier. Chaque malade a pris

---

de toutes les Sociétés, pour résumer en commun leurs travaux et leurs progrès.

Je suis étonné qu'au milieu de toutes ces Sociétés médicales qui existent ou qui se fondent, personne ne pense à créer une Société qui me semblerait répondre aussi à un véritable besoin de l'époque, je veux dire une Société d'histoire, de littérature et de philosophie médicales. L'Académie de médecine, qui devrait représenter la science dans toute sa généralité, n'a pas, et c'est un malheur, une section de ce genre. Certes, dans un pays, à une époque qui a le bonheur de posséder des savans et des érudits comme MM. Littré, Daremberg, Raige-Delorme, Bell, pour ne parler que de ceux que l'Académie ne compte pas dans ses rangs, et en province, un nombre bien plus considérable qu'on ne le suppose de médecins qui cultivent avec ardeur les études historiques et philosophiques de la médecine, rien ne serait plus facile que de trouver les élémens très respectables d'une Société très sérieuse, et dont l'influence, à ce moment de défaillance complète de la critique scientifique et littéraire, pourrait être considérable. Ce n'est pas la première fois que j'exprime ce désir. J'eus même un jour l'espérance qu'il allait se réaliser, car il me paraissait vivement partagé par un de nos écrivains les plus remarquables, savant pharmacien, M. Cap, qui avait conçu un projet duquel il m'avait fait l'honneur de m'entretenir. Cet honorable écrivain a sans doute rencontré des difficultés qu'il n'a pas pu vaincre. Je persiste à croire, cependant, qu'il y a là le germe d'une institution précieuse, et que si la critique peut être sauvée des écueils énormes qui l'entourent, ce n'est que par une association telle qu'on peut la comprendre, et qu'il serait facile de former.

Amédée Latour.

COURRIER.

NOMINATION DES INTERNES. — Voici les noms des élèves en médecine et en chirurgie des hôpitaux, appelés par concours, à remplir les fonctions d'interne dans les hôpitaux et hospices civils :

Internes définitifs. — MM. Baillon, Gabriac, Millard, Liégeois, Bonfils, Guyon, Kœchlin, Lorut, Letellier, Besnier, Moilin, Moysant, Robinet, Defoville, Warmont, Nadau-Desislets, Godard, Provent, Gombault, Decès, André, Binet, Blachez, Frémineau, Lallemant, Luys, Chairon, Lhonneur, Parisot, Pillon, Bertholle, Labbé, Ravin, Tassel, Joseph, Devalz, Voisin, Basset.

Internes provisoires. — Tillot, Wieland, Bedereau, Touzelin, Guyot, Tamarelle-Mauriac, Marey, Aubrée, Nélaton, Molland, Pineau, Lefebvre, Blondet, Cavasse, Mercier (Zéphirin), Dubrisay, Despaignel, Créquy, Lobligeois, Moineau, Desprez, Danner, Colin (Hippolite), Sarazin, Morel.

PRIX DES INTERNES. — Première division, 1er prix : *Médaille d'or*, M. Laboulbène (Joseph-Alexandre).

2me prix : *Médaille d'argent*, M. Blin (Louis-Alexandre).

Mentions honorables : MM. Dumesnil (Louis-Stanislas), et Bauchet (Louis-Joseph).

Deuxième division. — Prix : *Médaille d'argent*, M. Marcé (Louis-Victor).

Accessit (des livres), M. Titon (Auguste-Hubert).

Mentions honorables : MM. Dumont-Pallier (Victor-Alphonse-Amédée), et Maison (Nicolas-Oscar).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité, ou Répertoire de toutes les questions relatives à la santé publique, considérées dans leurs rapports avec les subsistances, les épidémies, les professions, les établissemens et institutions d'hygiène et de salubrité, complété par le texte des lois, décrets, arrêtés, ordonnances et instructions qui s'y rattachent, par le docteur Amb. Tardieu, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, membre du Comité consultatif d'hygiène publique, etc. — 3 forts vol. grand in-8. En vente.

Les Tome Ier et IIe, grand in-8, sont en vente. Prix de chaque : 8 fr. Le tome IIIe et dernier sera publié fin février 1854.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Monographie du choléra-morbus; par Gendrin. Paris, 1832. — Prix : 4 fr. 50 c.

Traité pratique des maladies des yeux; par Tavignot. Paris, 1847. — Prix : 6 fr.

Nature et traitement des teignes; par Bazin. Paris, 1853. — Prix : 3 fr. 50 c.

Ces trois ouvrages se trouvent chez L. Leclerc, libraire, 14, rue de l'École-de-Médecine.

Mémoire sur le traitement de la fièvre typhoïde par les émissions sanguines au début et par l'eau froide (*intus et extrà*) pendant toute la durée de la maladie, par le docteur Leroy, médecin en chef de l'hospice de Béthune (Pas-de-Calais). — Broch. in-8. Paris, 1852. Aux bureaux de l'Union Médicale, 56, faubourg Montmartre. — Prix : 1 fr.

Ce travail, qui a été publié en grande partie dans l'Union Médicale, et qui a fait sensation, renferme plusieurs observations inédites.

RAPPORT à M. le Préfet de police sur la question de savoir si M. le docteur Auzias-Turenne peut être autorisé à appliquer ou à expérimenter LA SYPHILISATION à l'infirmerie de la prison St-Lazare. Par MM. les docteurs Mélier, président, Philippe Ricord, Denis, Conneau, et Marchal (de Calvi), secrétaire rapporteur. — Publié par décision de M. le Préfet de police.

Grand in-8°, Paris, 1853, aux bureaux de l'Union Médicale, rue Saint-Georges, nº 12. Prix : 2 fr.

Cours de Pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris par M. le professeur Andral; recueilli et publié par M. le docteur Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*; 2e édition entièrement refondue. — 3 volumes in-8° de 2076 pages. — Prix : 18 fr.

Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Traité de l'Affection calculeuse du Foie et du Pancréas (avec cinq planches lithographiées); par V.-A. Fauconneau-Dufresne, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies, des bureaux de bienfaisance et des crèches, membre de la Société de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur. — Un vol. format anglais. Prix : 4 fr. 50 c.

Paris, chez Victor Masson, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, et dans les bureaux de l'*Union Médicale*.

Mémoire sur les maladies des ovaires, par le docteur Achille Chereau. Ce mémoire contient : 1° Les considérations anatomiques et physiologiques; 2° L'agénésie et les vices de conformation. 3° L'ovarite aiguë. In-8. Prix : 3 fr.

Cet ouvrage se trouve chez V. Masson, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

toutes les cinq minutes une cuillerée à café de la potion suivante :

R. Iodure de potassium. . . . 2 grammes.
Eau pure. . . . . 125 grammes.
Sirop de groseilles. . . . . 30 grammes.

Et pour calmer la soif, de la limonade gommée fraîche, également par cuillerée à café. La potion ayant été consommée en douze heures, j'en ai généralement prescrit une seconde pour la nuit. Eh bien! de ces deux malades, l'un a succombé le quatrième jour, après avoir éprouvé une amélioration momentanée ; l'autre a guéri, après avoir traversé des accidens fort graves, et surtout une réaction difficile. Il est vrai que, entré avec des phénomènes phlegmorrhagiques, ce malade fut d'abord traité par le sous-nitrate de bismuth et le diascordium, et que ce fut seulement le cinquième jour que l'iodure de potassium fut administré. Le médicament fut continué pendant quatre jours, et la convalescence a été assez lente.

Les 13 autres malades ont été traités par le chlorure de sodium à l'intérieur, en potions et en lavemens, autrement dit, par le traitement de M. Gavin Milroy, qui n'est en réalité qu'une modification du traitement salin recommandé par M. Stevens. Ce traitement, je l'avais employé moi-même avec succès dans un cas très grave, en 1849 ; je l'avais vu employer dans plusieurs cas avec un succès semblable, et je résolus de savoir à quoi m'en tenir à son égard. Le succès n'a pas fait défaut à mon attente :

Sur 8 malades atteints de choléra, et arrivés à la période algide, tous dans un état très grave, 6 ont guéri, 2 ont succombé.

Sur 5 malades, frappés du choléra dans les salles, 3 ont guéri, 2 ont succombé.

En somme, sur 13 malades cholériques traités par le sel marin, dans la période algide, 9 guérisons et 4 décès.

Ce résultat si remarquable nous oblige à entrer dans quelques détails au sujet de ce traitement, dont voici la formule :

Deux potions contenant chacune 50 grammes de chlorure de sodium, dissous dans de l'eau distillée légèrement aromatisée, une pour le jour, l'autre pour la nuit, à prendre par cuillerées à café toutes les cinq ou les dix minutes, en faisant suivre chaque cuillerée de potion d'un petit morceau de glace.

Pas de boissons.

Lavemens contenant chacun une cuillerée à bouche de chlorure de sodium; le nombre des lavemens est proportionné à l'intensité des cas, et certains malades, très gravement atteints, en ont pris un toutes les deux heures.

Comme moyen de réchauffement, nous nous somme toujours borné à faire placer des bouteilles d'eau chaude le long du corps des malades et à les faire surveiller avec soin, afin de les empêcher de se découvrir.

Dans le but de faire disparaître l'effroyable sensation de poids et de constriction éprouvée par certains malades, nous avons fait, chez quelques-uns d'entre eux, à la région épigastrique seulement ou dans cette région et sous les fausses-côtes, une ou plusieurs applications du marteau de Mayor. Rien de plus simple et de plus utile que ces applications que l'on peut faire avec le premier marteau venu, plongé dans de l'eau bouillante pendant quelques minutes; la sensation de constriction a été presque toujours calmée, sinon entièrement enlevée. Peut-être cette application du marteau Mayor n'a-t-elle pas été sans quelque influence sur le résultat définitif dans certains cas, mais comme cette application a été faite également dans plusieurs autres cas, traités suivant les erremens ordinaires, et que, en somme, les résultats sont restés les mêmes, nous ne pouvons voir, dans cette application, qu'un moyen palliatif.

Les effets du traitement par le chlorure de sodium ont été principalement la diminution des vomissemens et des garde-robes, et la transformation de ces dernières, qui, lorsqu'elles étaient blanches, ne tardaient pas à se colorer et à devenir plus consistantes. Telle est même l'influence des lavemens de chlorure de sodium, comme moyen modificateur de la diarrhée, que dans certains cas où les malades, traités par les moyens habituels, conservaient du dévoiement dans la convalescence, nous sommes parvenu à l'arrêter par les lavemens, alors que les lavemens de nitrate d'argent et ces lavemens iodurés avaient échoué. La réaction, sans être ni lente, ni difficile, a marché généralement d'une manière progressive et régulière, et jamais nous n'avons observé de phénomènes inflammatoires ni vers le tube digestif, ni vers le cerveau. La soif s'est calmée rapidement, et l'appétit s'est montré aussi très vite. En général, nous n'avons pas interrompu trop rapidement le traitement salin, et nous avons continué surtout les lavemens pendant plusieurs jours, en en réduisant le nombre à 8, à 4 et à 2 dans les 24 heures.

Nous avons dit que, parmi les moyens recommandés comme rationnels dans cette période, il en est quelques-uns dont nous avons eu à nous louer. Nous avons cité l'emploi des bouteilles d'eau chaude, nous pouvons citer encore les sinapismes promenés sur les membres, les bains entiers tièdes, et surtout les bains avec addition d'un kilog. de moutarde. J'ai vu des malades, qui paraissaient mourans, ranimés par ces bains, nous donner quelque lueur d'espérances qui ne se sont pas cependant réalisées le plus généralement. Contre les vomissemens rebelles survenus dans la convalescence, j'ai vu réussir l'application d'un vésicatoire à la région épigastrique; toutefois, une diète sévère m'a paru encore un traitement plus efficace et plus certain.

Je m'abstiendrai de parler de la période de réaction. J'ai vainement essayé les émissions sanguines locales et générales, et les vésicatoires dans deux cas d'accidens délirans qui se liaient probablement à une méningo-céphalite; le camphre et le musc à haute dose n'ont pas mieux réussi dans un de ces cas. Les émissions sanguines ont également échoué dans deux cas où la mort a eu lieu dans le coma.

En résumé, les résultats consignés dans cette note nous montrent l'épidémie actuelle comme des plus faciles à arrêter à la 1re période ou de diarrhée, ainsi que dans la période phlegmorrhagique; en revanche, ils tendent à prouver l'insuffisance relative des moyens généralement recommandés dans la période algide, puisque, sur 25 malades traités de cette manière, il n'en est pas mort moins de 11 ou 44 p. 100, tandis que sur 13 malades traités par le sel marin et dans un état sinon plus grave, au moins aussi grave que les précédens, il n'en est mort que 4 ou 30 p. 100. Cela suffira, nous l'espérons, pour fixer l'attention de nos confrères sur un traitement qui ne mérite pas, comme on le voit, le dédain avec lequel il a été traité par quelques auteurs. L'avenir justifiera-t-il les succès que nous en avons obtenus ? C'est ce que nous ne pouvons savoir ; mais, comme nous le disions en commençant, notre but sera rempli si nous parvenons à convaincre nos confrères de la possibilité de faire quelque chose de bon et d'utile pour les malades frappés du choléra-morbus épidémique.

OBSTÉTRIQUE.

OBSERVATIONS D'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE, SUIVIES DE RÉFLEXIONS.

Monsieur le rédacteur ,

L'accueil bienveillant que vous avez fait, dans votre journal, à diverses relations d'éclampsie puerpérale, m'engage à venir, à mon tour, vous entretenir de ce sujet, qui, au double point de vue de la science et de l'humanité, me paraît dominer l'art obstétrical.

Si les deux observations que j'ai l'honneur de vous soumettre vous semblent dignes, ainsi que les réflexions qui les accompagnent, de l'attention de vos lecteurs, j'ose espérer qu'elles trouveront uue place dans vos colonnes.

OBSERVATION Ire. — *Femme primipare arrivée au 6me mois 1/2 de sa grossesse au milieu de la plus belle santé ; — œdème des membres inférieurs et des parties génitales externes; — céphalalgie violente ; — vomissemens ; — éclampsie; — l'œdème gagne les extrémités supérieures ; — inefficacité des antiphlogistiques et des antispasmodiques ; — persistance de l'éclampsie ; — accouchement naturel ; — mort.*

Isabelle Hareau, âgée de 21 ans, mariée depuis trois ans, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, parfaitement bien réglée avant l'époque de sa grossesse, a toujours joui d'une bonne santé. Elle est enceinte de 6 mois 1/2, et l'état de gestation n'a point modifié cet ordre de choses. Cependant son caractère est devenu fort impressionnable.

Le 1er octobre 1853, elle remarque une légère enflure aux jambes, bientôt suivie d'un œdème des parties génitales externes.

Le vendredi 7, elle se lève, accusant un violent mal de tête, qui provoque quelques vomissemens de matière bilieuse. Dans la journée, son mari appelle M. Robert, médecin à Rauzan (Gironde), et cet honorable praticien, vu l'époque avancée de la grossesse, vu l'état de la malade, croit ne devoir ordonner que des applications froides sur le front. Mais la céphalalgie augmente, et, durant toute la nuit, la malade est en proie à des douleurs atroces qui la privent de sommeil. Vers quatre heures du matin elle éprouve, pour la première fois, des mouvemens convulsifs que son mari, couché près d'elle, croit être provoqués par l'agitation d'un rêve. Les convulsions se renouvellent et sont suivies de perte de connaissance. On accourt chercher de nouveau M. Robert, qui pratique une petite saignée. Le sang devient promptement couenneux. La malade, qui alors avait eu trois attaques, avait repris la parole et répondait nettement aux questions qui lui étaient adressées. Après le départ de mon confrère, les convulsions reparaissent plus violentes que jamais et se continuent ainsi jusqu'à deux heures de l'après-midi, avec perte absolue des facultés sensoriales et intellectuelles. C'est alors que la famille me fait appeler en consultation.

État de la malade à mon arrivée. — Perte de la parole ; coma ; sensibilité obtuse; pouls filiforme à 85 ; yeux renversés ; pupilles contractées ; œdème des jambes, cuisses, bras, cou, face ; moiteur générale; respiration tranquille, égale : aucun indice de travail. Le col ne peut être atteint à cause de son élévation ; il m'est impossible de percevoir les mouvemens du fœtus, ni d'entendre les bruits du cœur.

Diagnostic. — Éclampsie albuminurique , dépendante d'une lésion profonde, soit des reins, soit de l'encéphale, soit du système céphalo-rachidien.

Pronostic grave.

Prescription : 16 sangsues aux apophyses mastoïdes; potion anti-spasmodique ; lavement *idem ;* grand bain ; sinapismes promenés sur les membres inférieurs.

Dans la nuit, les attaques qui ont cessé depuis deux heures de l'après-midi, se renouvellent avec une intensité effrayante. On revient me chercher, et à six heures du matin (10 octobre) je me retrouve avec M. Robert près de la malade.

Abolition complète de la sensibilité et de l'intelligence ; respiration stertoreuse, accélérée ; face vultueuse ; lèvres violacées ; déjections alvines involontaires ; œdème plus considérable que la veille, surtout aux extrémités supérieures. La malade pousse de temps en temps quelques gémissemens qui annonçent le commencement du travail. Le toucher fait constater un abaissement du col, qui se laisse légèrement entr'ouvrir. Bientôt je puis introduire l'index à travers l'orifice externe et reconnaître que le sommet est en première position. Les attaques ont cessé deux heures avant notre arrivée.

En présence d'un état aussi grave, et redoutant, au début de ma carrière médicale, les mécomptes qu'un insuccès prévu pouvait m'occasionner, je crus devoir nous adjoindre mon père, qu'une longue pratique a familiarisé avec l'art des accouchemens.

Une fois réunis, nous décidâmes que, vu la marche rapide de l'anasarque, vu le nombre des attaques d'éclampsie, vu l'état alarmant de la malade, il était urgent de provoquer au plus vite l'accouchement. Nous pensâmes que telle était la première indication à remplir, puisque nous ne pouvions plus compter sur l'emploi des antispasmodiques déjà mis inutilement en usage. Du reste, la nature semblait elle-même nous conseiller, car le col se laissait de plus en plus entr'ouvrir et il était déjà facile de sentir la tête du fœtus à travers les membranes. En conséquence, à l'aide du doigt indicateur, chacun de nous venait distendre le col en exerçant des pressions circulaires et de bas en haut vers la symphise pubienne. Ces tractions et ces titillations du col avaient encore pour avantage de réveiller les douleurs qui semblaient ainsi se renouveler et devenir plus fortes. Vers midi, ayant pu pénétrer à travers l'orifice interne, je perforai avec l'ongle la poche des eaux, croyant, en diminuant la capacité de l'utérus, augmenter sa puissance de contraction. Une quantité considérable de liquide s'écoule au dehors, phénomène qui nous paraît être en rapport avec l'état d'infiltration générale de la malade. Nous administrons, avec les plus grandes difficultés, quelques cuillerées d'une potion contenant 4 grammes de seigle ergoté. Les douleurs ne se réveillent pas ; elles vont s'affaiblissant, et l'orifice interne offre toujours une résistance impossible à vaincre. C'est à peine si la pulpe de l'index peut le pénétrer.

En présence de cette inertie de l'utérus, de la faiblesse extrême de la malade, qui, depuis la veille, est absolument étrangère au monde extérieur, je propose l'accouchement forcé, et, pour arriver au but, l'incision multiple de l'orifice interne. Mon père me fait observer les difficultés peut-être insurmontables de mon entreprise, et surtout la circonstance possible de la mort de la malade pendant la manœuvre opératoire, mort dont on ne manquerait pas de rendre responsable notre hardiesse intempestive. J'avoue qu'en face de semblables désordres, et d'un insuccès à peu près certain, je n'hésitai pas à me soumettre à cette manière de voir. Il fut donc décidé que nous laisserions à la nature le soin de nous remplacer, et nous annonçâmes à la famille les motifs de notre abstention, lui donnant à espérer que l'accouchement pouvait se terminer naturellement, et qu'ainsi les choses iraient peut-être de leur mieux. Nous nous retirâmes, promettant de revenir le lendemain matin, pour procéder, s'il y avait lieu et possibilité, à l'accouchement, dans le cas où il ne se serait pas opéré daus l'intervalle.

Or, à sept heures du soir, la malheureuse accouche spontanément d'un enfant mort ; et M. Robert reste près d'elle, extrait sans difficulté et sans accident le placenta. C'est à peine si deux cuillerées de sang s'écoulent par la vulve. — Deux ventouses scarifiées sont appliquées aux cuisses pour appeler les lochies; des sinapismes sont promenés sur les membres inférieurs.

14 octobre. Aucun écoulement par la vulve ; pouls imperceptible ; prostration profonde ; coma ; déglutition impossible ; plus de convulsions depuis dix-sept heures. — Quatre vésicatoires aux extrémités inférieures; frictions générales avec la teinture de scille et de digitale à parties égales ; lavement purgatif.

Dans la journée, les mêmes symptômes augmentent ; la respiration s'embarrasse, et la malade expire le lendemain matin, 12 octobre.

MUSSET père, M. P. — ROBERT,

Ancien chirurgien aide-major au 94e régiment d'infanterie de ligne, membre de la commission d'hygiène publique et de salubrité du du canton de Pujols (Gironde).

RÉFLEXIONS. — Une femme primipare, parvenue au sixième mois et demi de sa grossesse, dans les meilleures conditions de santé, peut donc être subitement atteinte d'anasarque, d'éclampsie, puis avorter et mourir?

Sans doute, l'examen des urines et l'autopsie nous ont manqué pour compléter notre observation ; mais je doute fort du jour qu'ils auraient pu jeter sur la cause de l'éclampsie dont notre malade a été atteinte, et surtout sur la conduite qu'il importerait d'observer en pareille circonstance. Dans des cas analogues, on a constaté la présence de l'albumine dans l'urine, et, du côté des reins, soit une congestion sanguine plus ou moins considérable, sans lésion organique, soit les caractères anatomiques de la néphrite albumineuse, principalement ceux de la troisième période décrite par M. Rayer. En admettant que ces données nous soient acquises, y trouverons-nous le point de départ réel du désolant cortége des phénomènes morbides que nous avons observés? Et d'abord, il est d'observation clinique que l'albumine existe toujours dans les urines des femmes éclamptiques ; que sa proportion augmente ou décroît suivant que l'éclampsie s'exaspère ou tombe. C'est un fait que les recherches de mon ancien et savant collègue des hôpitaux, M. le docteur Blot, ont mis hors de doute. Cette apparition de l'albumine dans l'urine, pendant l'éclampsie, ne saurait donc avoir la portée clinique que certains auteurs lui ont accordée ; on doit la rattacher à l'influence congestionnante exercée sur les reins par les attaques convulsives. Ne savons-nous pas, en outre, que des urines albumineuses se rencontrent liées à un grand nombre d'états morbides, qui n'ont, soit avec l'éclampsie, soit avec l'anasarque, aucune espèce de rapports?

Serions-nous plus heureux en invoquant les lésions de la néphrite albumineuse? Mais comment expliquer par elles les convulsions de ma malade, puisque, sur 41 femmes albuminuriques, M. Blot n'a trouvé que 7 éclamptiques? Aussi, suis-je porté à penser, d'après ce résultat clinique, comme d'après l'observation qui va suivre, que l'éclampsie ne reconnaît pas

pour cause l'albuminurie, pas plus qu'elle n'est elle-même le point de départ de cette dernière maladie. L'une et l'autre doivent être considérées, quand elles existent ensemble, comme des complications d'un état diathésique particulier, pouvant s'influencer réciproquement, mais ne jouant pas entre elles le rôle de cause à effet.

N'y aurait-il pas à chercher la cause de l'éclampsie chez la femme enceinte dans la perturbation que l'état de grossesse apporte dans tout le système de l'innervation? Qu'on se rappelle ces modifications profondes du goût, de l'ouïe, de l'entendement, etc.; toutes ces dépravations de la vie organique et de la vie de relation pendant la grossesse, et peut-être comprendrons-nous que c'est à travers cet ensemble de phénomènes, à travers cette sorte d'hilarité du système nerveux qu'il faut chercher l'étiologie de l'éclampsie et peut-être de l'albuminurie puerpérales? Aussi est-ce avec raison que la plupart des auteurs considèrent la primiparité comme une cause prédisposante de l'éclampsie. C'est alors, en effet, qu'on remarque cette exaltation nerveuse qu'on ne retrouve pas, ou du moins à des degrés bien inférieurs, à une seconde, à une troisième grossesse, etc., l'économie s'étant habituée au grand acte de la gestation.

Nous arrivons à une seconde question: La science possède-t-elle des données exactes, certaines, qui auraient pu nous éclairer sur la part plus ou moins active que nous avions à prendre dans le triste drame que nous avons raconté? C'est ici que la question, si souvent débattue dans ces derniers temps, de l'accouchement prématuré artificiel, trouve sa place. Sans aucun doute, s'il était permis au médecin, à l'aide des lumières de son intuition, en l'absence de toute symptomatologie, comme dans l'observation qui précède, de prévoir de semblables désordres, l'accouchement prématuré devrait être provoqué. Mais la même conduite n'a plus cette importance et cette nécessité d'agir, lorsque le mal est arrivé au point où nous l'avons trouvé chez notre malade. Ici, en effet, quel heureux résultat pouvions-nous espérer de l'accouchement? Nous n'attaquions pas cette cause profonde qui avait provoqué l'anasarque et l'éclampsie. Aussi la délivrance opérée, comme, du reste, elle a eu lieu spontanément, tous les symptômes ont-ils persisté avec leur même intensité. Aurions-nous été mieux inspirés en nous adressant directement à ces mêmes symptômes? L'expérience nous a appris le contraire, puisque les remèdes mis habituellement en usage en pareille circonstance, ont été sans effets.

En conséquence, le praticien est-il condamné, dans le cas qui nous occupe, à une expectation humiliante pour son art, mais rassurante pour sa propre tranquillité?

Observation II, — *Femme primipare parvenue au terme de sa grossesse dans les conditions d'une santé très bonne; — grande frayeur; — éclampsie; — accouchement d'un enfant mort; — perte de la sensibilité et de l'intelligence pendant deux jours; — guérison; — seconde grossesse dont l'évolution et la terminaison s'opèrent de la manière la plus heureuse.*

Femme Mazerat, âgée de 23 ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique, d'un caractère extrêmement sensible, impressionnable, n'a jamais fait de maladie grave. Elle a été cependant traitée pour un état chloro-anémique qui a réclamé l'usage prolongé des préparations ferrugineuses. Mariée depuis neuf mois, elle est arrivée au terme de la gestation sans aucune souffrance. Jamais (dit-elle) elle ne s'est mieux portée. Aucune enflure aux jambes ni aux autres parties du corps. Elle raconte que le 31 mai 1852 elle fut vivement effrayée par un cheval qui semblait courir sur elle. Cependant la journée se passa sans douleur. Le lendemain matin (1er juin) elle est prise d'une céphalalgie extrêmement violente. Elle ne se sentait pas la tête. Deux heures après, des agitations convulsives éclatent comme la foudre et son suivies d'une perte complète des facultés sensoriales et intellectuelles. On accourt chercher la sage-femme qui, effrayée de ces symptômes, me prie de me rendre près de sa cliente. J'arrive à huit heures du matin et voici dans quel état je trouve la malade.

Perte absolue de connaissance, abattement extrême, face vultueuse, yeux éteints, renversés, pupilles dilatées, insensibles à la lumière, dents crochetées. Il est impossible d'ouvrir la bouche, des commissures de laquelle s'écoule un liquide spumeux. Pouls fort, précipité, résistant à la pression du doigt. Le toucher constate une dilatation du col de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Aucun signe du côté de la malade qui annonce la moindre douleur. Je sens les battemens du cœur du fœtus à droite; une large saignée avait déjà été pratiquée. J'ordonne un grand bain et je mets sous le nez de la malade un linge imbibé de chloroforme. A peine dans le bain, une attaque d'éclampsie éclate et dure au moins une minute avec une violence vraiment effrayante. On contient la malade que je laisse dans le bain pendant deux heures, malgré de nouvelles convulsions qui se renouvellent d'une manière incessante et qui semblent ne s'arrêter qu'au dernier souffle.

En présence d'un état aussi alarmant, je fais prier mon père de venir m'assister de son courage et de son expérience. A son arrivée et après un nouvel examen de l'état du col, nous décidons qu'il faut provoquer au plus vite l'accouchement par tous les moyens reconnus utiles en pareille circonstance. En conséquence, avec l'index nous cherchons à distendre le col et à faire naître les douleurs qui, depuis un instant, sont annoncées par quelques gémissemens poussés par la malade. Nous appliquons autour du col une pommade contenant 2 grammes d'extrait de belladone sur 10 grammes d'axonge. Mais les attaques se renouvellent avec une rapidité désespérante et le travail ne marche qu'avec lenteur. Enfin, après plus de soixante convulsions, la tête qui se présente en première position, pénètre dans l'excavation et s'arrête, la malade étant sans force. Les membranes sont perforées, et à l'aide d'une application de forceps nous extrayons un enfant mort. La délivrance est opérée sans hémorrhagie. Un calme profond succède à l'accouchement, et se maintient jusqu'à huit heures du soir. Alors une nouvelle attaque a lieu, annoncée comme précédemment par des convulsions partielles des orbiculaires, des paupières et de quelques muscles de la face. Les yeux roulent dans leurs orbites; la face s'injecte; les membres s'agitent autour du torse et le corps tout entier se tord bientôt convulsivement.

20 sangsues aux apophyses mastoïdes; frictions aux plis de l'aine et dans le creux des aisselles avec l'onguent napolitain; glace sur la tête; calomel à dose fractionnée à l'intérieur.

A dater de ce moment, plus d'éclampsie; le coma persiste avec la perte complète de l'intelligence et du sentiment. Vingt-quatre heures après, l'ouïe, la vue, la parole, puis l'intelligence reparaissent successivement; la malade est plongée dans le plus profond étonnement; elle ignore sa délivrance. Deux jours après elle se lève, et sa santé, depuis lors, s'est maintenue très bonne. Les menstrues se montrent au bout de trois mois pour ne plus reparaître, la malade devient une seconde fois enceinte. Cette nouvelle grossesse est accompagnée de la plus riche santé. Le 1er juillet dernier elle accouche naturellement d'un enfant bien conformé. C'est à peine si elle est restée quatre jours alitée.

Réflexions. — Cette seconde observation a aussi son intérêt, et mérite que nous nous y arrêtions un instant; puis, la comparant à la première, nous chercherons à en montrer les rapports et les différences, analyse qui nous permettra peut-être d'en retirer quelque enseignement.

Au point de vue de l'albuminurie, rien n'annonce que cette femme en fût atteinte, car l'œdème, symptôme si constant de cette dernière affection, a manqué absolument pendant toute la grossesse. Ce qui me paraît ensuite devoir en éliminer tout d'abord l'idée, c'est la parfaite santé dont ma malade a toujours joui. Cette circonstance seule suffit au défaut de l'examen des urines pour affirmer la non-existence de l'albuminurie proprement dite, et, à plus forte raison, de la néphrite albumineuse, qui ne saurait exister sans s'annoncer par une symptomatologie quelconque. Ce n'est donc pas dans cette affection que nous chercherons la cause de l'éclampsie dont ma malade a été atteinte; pas plus que dans la frayeur dont elle fut saisie la veille de son accident, et qui, dans tous les cas, n'a agi que comme cause déterminante sur une nature prédisposée par la gestation. La frayeur a été ici, qu'on me pardonne une image ambitieuse, mais qui traduit ma pensée, le coup d'archet qui, frappant sur la corde nerveuse, a suffi pour ébranler tout l'orchestre.

Quelle conduite importait-il de tenir en pareille circonstance? Cette fois, elle était toute tracée, et la science ne laissait aucun doute à cet égard. Accoucher le plus promptement possible la femme atteinte d'éclampsie; telle est l'indication première à remplir: l'expérience ayant appris que les attaques cessent après l'accouchement, dues qu'elles sont, le plus généralement, à l'état puerpéral.

Cette observation me paraît remarquable par les circonstances suivantes:

1o L'élampsie s'est manifestée à la suite d'une frayeur chez une femme primipare, arrivée au terme de sa grossesse dans les meilleures conditions de santé.

2o L'éclampsie et tous les symptômes alarmans qui en ont été la conséquence, ont cessé après l'accouchement, qui a été suivi d'une guérison complète.

3o Une seconde grossesse s'est passée dans la plus belle santé, et s'est terminée par un accouchement des plus heureux. Une première éclampsie ne prédispose donc pas à une seconde.

Si maintenant nous cherchons sous forme de résumé à comparer les deux observations que nous avons rapportées, nous voyons qu'elles ont entre elles des traits nombreux de ressemblance et de différence.

Les premiers sont: primarité, céphalalgie, symptôme initial des deux éclampsies, mort des deux enfans nouveau-nés.

Les seconds sont: infiltration générale dans le premier cas; absence de ce symptôme dans le deuxième cas; éclampsie pendant la grossesse; éclampsie au terme de la gestation.

L'état d'infiltration a annoncé un mal profond survenu dans la nutrition de la première malade, et a paru favoriser l'éclampsie, sans pour cela en être la cause.

L'éclampsie, éclatant chez la deuxième malade, nous a semblé, au contraire, avoir été provoquée par un accident agissant à la façon de causes occasionnelles sur une nature prédisposée par l'état de gestation, mais ne présentant aucune lésion préalable.

Dans le premier cas, l'accouchement forcé n'avait aucune raison d'être, puisque, en le pratiquant, on ne s'adressait pas aux symptômes morbides déjà établis.

Dans le deuxième cas, l'accouchement était formellement indiqué, tant pour la mère que pour l'enfant, l'état de gestation étant devenu la source principale de tous les désordres.

En résumé, il nous paraît rationnel d'étudier l'étiologie de l'éclampsie puerpérale, bien plutôt dans les désordres fonctionnels apportés dans l'innervation par la grossesse, que dans l'albuminurie, qui n'est qu'exceptionnellement accompagnée d'éclampsie, et qui peut, elle-même, être considérée comme la conséquence de ces mêmes désordres.

Quand cette dernière complication existe, le pronostic de l'éclampsie doit paraître plus grave, puisque, par elle seule, elle peut amener l'avortement.

Dans ce dernier cas, l'accouchement forcé ne peut avoir d'autre avantage que de faire cesser l'état de gestation, source mère de tous les désordres observés; mais comme le mal est déjà établi, qu'il est profond, diathésique, en quelque sorte, on ne saurait concevoir de cette manœuvre les légitimes espérances qu'on est en droit d'attendre de l'accouchement forcé, lorsque la grossesse est accidentellement accompagnée de convulsions éclamptiques.

Dr Henry Musset,
Ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.

Sainte-Terre, ce 15 novembre 1853.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 Décembre 1853. — Présidence de M. Combes.

Sur l'altération du sang dans la fièvre jaune.

M. Chassaniol, chirurgien-major au 1er régiment d'infanterie de marine, communique, sur ce sujet, un mémoire dont nous reproduisons un résumé.

L'auteur a suivi avec attention les différens modes de traitement opposés à ce fléau. Ayant fait choix d'une médication, il chercha dès lors à s'expliquer comment ce mode de traitement pouvait rendre compte des avantages qu'on en retirait.

Voici, en quelques mots, le point de départ de son hypothèse:

Les signes observés dans cette pyrexie sont, pour tous les médecins, de nature à se partager en deux périodes bien tranchées; l'une que j'appellerai de réaction contre l'agent délétère à l'état latent dans l'air atmosphérique, l'autre de dissolution du fluide sanguin par un agent septique puisé dans l'économie. Or la médication, dans cette seconde période, est essentiellement tonique et fébrifuge; si nous ajoutons qu'il est impossible qu'elle ne soit pas anti-septique nous aurons l'explication de son efficacité au point de vue de notre hypothèse.

Continuant notre raisonnement, nous avons dû rechercher si la chute de la première période à la seconde n'était pas le résultat du passage et du séjour prolongé d'un agent septique provenant de la sécrétion urinaire, car il est d'observation constante que, dans la seconde période de la fièvre jaune, cette importante sécrétion est considérablement diminuée. Nous avons de suite pensé à l'urée et recherché si ce principe se trouvait dans le sang en quantité notable; nous avons dû en même temps constater son absence dans l'urine.

C'est ce que l'auteur a fait avec le concours de M. Vardon, pharmacien de la marine.

Voici le résultat de leurs recherches:

Urine recueillie sur le cadavre quelques heures après la mort. — 200 grammes d'urine ont été évaporées au bain-marie jusqu'à consistance sirupeuse. Cette masse, reprise par l'alcool et filtrée, a également été évaporée à consistance de sirop. La liqueur sirupeuse, traitée par l'acide azotique, a donné de l'azotate d'urée qui a été recueillie sur un filtre taré. Après avoir été lavé, il a été exprimé entre des doubles de papier Joseph, puis séché et pesé. D'après le poids de l'azotate, la quantité d'urée a été trouvée de 1,90.

Cette urine contenait en outre 0,45 pour 100 d'albumine. Aucune trace d'acide urique n'a été dénotée.

Sang du même sujet, recueilli à l'autopsie. — 200 grammes de sérum ont été évaporés au bain-marie jusqu'à siccité. Cette masse a ensuite été broyée dans un mortier, puis traitée par l'alcool, lequel en a précipité toute l'albumine. La liqueur alcoolique, séparée par le filtre du coagulum albumineux, a été chauffée à la température de l'ébullition, filtrée, afin de séparer une nouvelle quantité d'albumine, qu'une trop forte proportion d'alcool avait tenue en solution, et enfin évaporée à consistance sirupeuse. Cette liqueur sirupeuse a été délayée dans un peu d'alcool, puis soumise à l'ébullition; une nouvelle quantité d'albumine s'est encore séparée. Cette dernière solution alcoolique, privée enfin d'albumine, a été filtrée et évaporée au bain-marie en consistance de sirop. Ce sirop, refroidi, a été traité par l'acide azotique, et il s'est formé de l'azotate d'urée. Nous l'avons dissous dans l'eau et fait cristalliser. La quantité que nous avons obtenue a été très sensible.

En présence d'un pareil résultat, nous avons eu à cœur de faire d'autres essais, afin de déterminer le plus exactement possible la quantité d'urée contenue dans le sang et la diminution sensible de cette substance dans les urines. De nombreuses autopsies faites par MM. Chassaniol, chirurgien de 1re classe, et Huard, chirurgien de 3me classe, nous en ont fourni les moyens.

Urine recueillie sur le cadavre quelques heures après la mort. — 15 grammes d'urine ont été soumis à l'analyse, et nous ont donné 0,08 d'urée, 0,50 d'albumine; aucune trace d'acide urique.

Sang du même sujet, pris dans le cœur, 50 grammes de sang ont donné 0,21 d'urée.

D'autres essais ont encore été faits, et nous avons obtenu à peu près les mêmes résultats.

Ces résultats font voir combien est sensible la diminution de l'urée contenue dans les urines, et combien est grande la quantité de cette substance dans le sang. Nous pensons même que tout le sang que nous avons examiné doit contenir une plus grande proportion d'urée, et que la quantité qui a échappé à notre investigation s'est trouvée probablement dérobée par l'albumine, qui, en raison de sa coagulation, a dû empêcher la séparation complète.

M. Gouyon, médecin à Clermont, adresse une note sur l'intérêt qu'il y aurait, pour le traitement des maladies dont l'invasion est soudaine et la marche très rapide, à pouvoir porter directement dans les veines les médicamens jugés nécessaires. Il a imaginé à cet effet, et principalement en vue des cas de choléra-morbus, une seringue munie d'un petit trocart, instrument à l'aide duquel l'ingestion doit, suivant lui, se faire facilement, promptement et sans danger immédiat. (Sect. de médecine et de chirurgie.)

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 154. SEPTIÈME ANNÉE. **Mardi 27 Décembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.................. 32 Fr.
6 Mois................ 17
3 Mois................ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 26 DÉCEMBRE 1853.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

L'abaissement considérable de la température coïncide encore une fois avec une diminution très sensible dans le chiffre des cas nouveaux de choléra. On va voir, dans le bulletin suivant, l'abaissement de ce chiffre suivre régulièrement l'abaissement du thermomètre.

CAS NOUVEAUX DANS LES HÔPITAUX ET HOSPICES :

23 décembre.	Cas reçus dans le jour	14
	Cas déclarés à l'intérieur	7
	Total	21
24 décembre.	Cas reçus dans le jour	8
	Cas déclarés à l'intérieur	5
	Total	13
25 décembre.	Cas reçus dans le jour	5
	Cas déclarés à l'intérieur	2
	Total	7

Le nombre des décès dans les hôpitaux, pour les 23 et 24 décembre, ne s'est élevé qu'à 14.

Au 24 décembre inclus, le chiffre total des cholériques, dans les hôpitaux et hospices, était de 904.

Le chiffre des décès était de 397.

Au 19 décembre inclusivement, le chiffre des décès à domicile s'élevait à 251 depuis le commencement de l'épidémie.

DIARRHÉE PRÉMONITOIRE.

Nous croyons devoir donner les chiffres suivans qui nous semblent bien propres à dissiper les doutes de quelques personnes sur la fréquence et l'importance de la diarrhée prémonitoire.

Du 7 novembre au 15 décembre inclusivement, les admissions dans les hôpitaux se sont élevées au chiffre de 675. Le nombre des malades chez lesquels la diarrhée a précédé l'invasion du mal, a été de 505. Le nombre de ceux qui n'ont pas eu la diarrhée, a été de 104 ; et le nombre de malades sur lesquels on ne peut fournir d'indication, est de 66.

SUR LA QUESTION DE CONTAGION DU CHOLÉRA.

On a déjà beaucoup écrit sur cette importante question, que des hommes très sérieux considèrent comme insoluble. Cependant, nous croirions manquer à un devoir, si nous ne faisions connaître les faits suivans, sur lesquels nous avons pu avoir des renseignemens directs, personnels, et qui nous paraissent dignes du plus haut intérêt.

C'est principalement sur ce qui a été observé dans les petites localités, que les partisans de la contagion du choléra ont appuyé leur doctrine. Les faits que nous voulons mettre sous les yeux de nos lecteurs, ont été recueillis précisément dans une petite localité. Nous allons les raconter dans toute leur simplicité. Ils donneront lieu à quelques réflexions utiles.

Le choléra vient de faire plusieurs victimes dans un village situé à 60 kilomètres de Paris, et qui ne compte guère que dix à douze feux. Voici comment les choses se sont passées :

Un habitant de ce pays, M. H..., est venu à Paris pour ses affaires, le 26 novembre dernier. A cette époque, aucun cas de choléra ne s'était montré dans son village. Après avoir passé trois jours dans la capitale, M. H... rentra chez lui, le 29 du même mois. Le 30, il fut pris de diarrhée ; le 2 et le 3 décembre, il eut des vomissemens; puis les accidens cholériques firent des progrès. Toutefois, la maladie fut peu intense; et le 12 décembre, il était en pleine convalescence.

Le 8 décembre, la femme de M. H... éprouva également de la diarrhée, des vomissemens et des crampes. La maladie fut plus grave chez elle que chez son mari; cependant, le 14, il s'était opéré dans son état une amélioration qui faisait espérer une guérison prochaine. Le mieux a heureusement persisté. — Un petit enfant de six semaines, qui complète ce ménage, n'a présenté, jusqu'à ce moment, aucun symptôme cholérique.

Dans la même maison, vivaient deux vieillards de 60 à 62 ans, le père et la mère de M. H..., tous deux faibles et usés plus que ne le comportait leur âge. La mère, atteinte de choléra le 8 décembre, a succombé le 11. Elle avait soigné son fils assidûment, et avait passé les nuits auprès de son lit. Le père tomba malade le 11, et mourut le lendemain matin. Il n'avait eu aucune communication directe avec son fils depuis son retour de Paris.

De l'autre côté de la rue, à une petite distance de la maison habitée par M. H..., mais non pas en face de cette maison, un homme, qui n'avait eu aucune relation directe ou indirecte avec M. H..., depuis son voyage dans la capitale, se mit au lit le 9 décembre, et mourut le 12.

Enfin, ce même jour, 12 décembre, une femme d'un certain âge, habitant une maison contiguë à celle de M. H..., éprouva un commencement de diarrhée. Il paraît que les symptômes décidément cholériques ne s'établirent que lentement chez elle. Nous ne savons pas si elle a succombé ou si elle est en voie de guérison.

Aucun autre cas de choléra n'a été signalé jusqu'à présent dans ce village. Nous verrons tout à l'heure qu'il y a d'excellentes raisons pour qu'il en soit ainsi. Mais il importe de faire remarquer qu'on observe, depuis quelque temps, des cas de diarrhée dans les pays environnans.

Certes, voilà un récit qui, au premier abord, paraît entièrement favorable à l'idée de l'importation du choléra et de sa transmissibilité d'homme à homme. Cependant, tel qu'il vient d'être donné, on y trouve encore matière à des objections sérieuses contre cette manière de voir.

Ainsi, le voisin et la voisine de M. H..., qui ont été atteints de choléra après son retour de Paris, n'avaient eu, soit avec lui, soit avec les autres personnes de sa maison, aucune espèce de rapports directs ou indirects. Dès qu'on eut appris, dans le village, que M. H... était revenu de Paris où règne le choléra, sa maison et sa famille furent mises en quarantaine; personne n'en approcha. Lui-même, ayant pris le lit presque immédiatement, ne put porter autour de lui aucune influence contagieuse.

Mais l'observation scientifique demande à aller plus avant dans les faits de ce genre. Elle ne se contente pas des renseignemens offerts; elle questionne, elle scrute, et souvent elle obtient des détails qui permettent de porter un jugement plus sûr. Dans le cas qui nous occupe, il est une particularité qui nous paraît avoir une grande importance. C'est la suivante : L'homme qui fut obligé de se mettre au lit le 9 décembre et qui est mort le 12, était atteint de diarrhée depuis le 18 novembre, c'est-à-dire à une époque antérieure au voyage de M. H... à Paris, Cette diarrhée, abandonnée à elle-même, n'avait cessé de faire des progrès; puis, le 9 décembre, cet

Feuilleton.

NOTES

SUR LES ÉTABLISSEMENS D'ALIÉNÉS

De Siegburg, Halle, Dresde, Prague, Berlin et Vienne.

RÉFLEXIONS

SUR LA MÉDECINE PSYCHIATRIQUE EN ALLEMAGNE.

Par le docteur J. MOREAU (de Tours), médecin de l'hospice de Bicêtre.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

BERLIN. — (Suite, voir les n°s des 20 et 22 décembre.)

§

Nous venons de nommer une des célébrités de la science psychiatrique en Allemagne.

Pendant les courts instans que je passai avec cet honorable confrère, mes souvenirs m'ont reporté, plus d'une fois, vers l'époque où, jeune encore, je suivais, à Charenton, la visite d'Esquirol. Par sa physionomie pleine de finesse et un peu rêveuse, l'affabilité, la douceur avec lesquelles il traite ses malades, sachant être sévère, au besoin, sans cesser jamais d'être bienveillant, le docteur Ideler m'offrait plus d'un trait de ressemblance avec le médecin que nous venons de nommer.

Il n'existe pas moins de conformité, si j'en juge, du moins, par ce que j'ai vu, dans la pratique médicale de ces deux savans.

J'avais lu l'analyse publiée, dans ces derniers temps, par notre collègue M. Morel, de quelques-uns des principaux ouvrages d'Ideler. Je m'attendais, en conséquence, à voir le *Traitement moral* (comme nous disons encore en France) en grand honneur à la Charité. J'étais dans l'erreur; Ideler lui-même a pris soin de me détromper et je dois ajouter qu'il y a mis un empressement qui m'a causé quelque surprise.

Le médecin de Berlin divise les maladies mentales en idiopathiques, en sympathiques. Les premières ont leur origine dans la surexcitation des passions, surexcitation qui détermine à la longe, et parfois instantanément les modifications morbides de l'organe chargé des manifestations intellectuelles. Les secondes (et celles-ci sont en très grande majorité) proviennent, pour la plupart, de certains désordres abdominaux, tels que la stase du sang veineux, un engorgement de la veine porte, etc., désordres qui atteignent principalement les ouvriers que leur profession force à se tenir habituellement assis, dans un état d'immobilité plus ou moins complète, par exemple : les tailleurs d'habits, les cordonniers et une foule d'autres artisans. Il en est de même des hommes de lettres, chez lesquels, à l'obstacle apporté dans la circulation générale par leurs habitudes sédentaires, se joint encore l'excitation cérébrale résultant des travaux intellectuels. (Ideler assure que les professions que nous venons d'indiquer, sont celles qui fournissent, en Allemagne du moins, le plus grand nombre d'aliénés.)

Dans ces cas, suivant l'application qu'en donne Ideler, on voit se produire les mêmes phénomènes pathogéniques, que dans les congestions simples ou idiopathiques, ou bien encore, dans celles qui déterminent certaines névroses, l'épilepsie, par exemple, l'hystérie de forme convulsive, l'irritation par cause externe ou interne des centres nerveux encéphaliques.

A en juger d'après l'exposé très succinct, mais exact (nous le pensons du moins) que nous venons de faire des doctrines de notre célèbre confrère de Prusse, il serait difficile, peut-être, de dire si ce médecin appartient plutôt à l'école *psychique* qu'à l'école *somatique*.

Si nous avions à nous prononcer, c'est dans la seconde et non dans la première de ces écoles que nous lui assignerions un rang. Mais Ideler ne professe point de théorie absolue. S'il reconnaît que, dans un certain nombre de cas, le point de départ du mal peut être dans l'action déréglée, exagérée du dynamisme mental, dans la surexcitation (pour employer ses expressions) des passions affectives, il n'en admet pas moins la lésion consécutive, nécessaire de l'organisme. Il se défend énergiquement de partager en quoi que ce soit les opinions de son compatriote Heineroth. On ne saurait comprendre, me disait-il, le retentissement qu'ont eu dans notre pays, et il paraît aussi un peu dans le vôtre, les doctrines plus qu'étranges de ce médecin philosophe, qu'eu se rappelant les sages paroles de notre grand Gœthe : « *La raison ne sera jamais populaire.* »

« Soyez bien convaincu, et je voudrais que mes paroles fussent entendues de tous mes confrères de France, que je ne suis point exclusif, et qu'à mes yeux, l'esprit et le corps, l'intelligence et la matière ont une part égale dans la production de la folie. »

Ajoutons qu'Hinaroth et Ideler ont soutenu, l'un contre l'autre, une polémique des plus vives, souvent acerbe, qui prouve surabondamment qu'il n'y a aucune analogie possible à établir entre leurs idées scientifiques.

§

Comme il pense dans son cabinet, le médecin agit auprès de ses malades. Sa pratique n'est que la réalisation de ses idées, le produit de ses méditations. Celle d'Ideler est de tous points conforme à ce que nous venons de dire de sa manière d'envisager les affections psycho-cérébrales.

Selon ce savant, l'aliéné n'est susceptible d'être traité *moralement* qu'à l'époque où il entre en convalescence. Alors, seulement, on peut agir sur son esprit par de sages conseils, des observations judicieuses faites à propos, ou mieux encore, en faisant naître en lui des sentimens, des impressions propres à faire diversion aux idées qui le dominent ou dont il n'est qu'imparfaitement débarrassé. A cette époque, les distractions de tout genre, par la promenade, la musique, les exercices du gymnase, les travaux manuels, la lecture, etc., peuvent contribuer efficacement à la guérison.

A toute autre période de la maladie, pendant la période aiguë principalement, et lorsque le mal a revêtu ce caractère d'immobilité ou de *statu quo* qui présage trop souvent, sinon l'incurabilité absolue, du moins sa prolongation indéfinie, Ideler ne comprend pas qu'on puisse songer à user de moyens moraux d'aucune sorte. Il réprouve hautement la méthode de traitement qui, dans ces derniers temps, en France, à cause du mérite d'ailleurs incontestable de celui qui l'avait prônée, a été en possession de la vogue. Sur l'observation que je me permis de lui faire qu'on avait fait honneur à cette même méthode de bon nombre

homme se sentit plus sérieusement malade et il fut obligé de se coucher ; puis, les symptômes se dessinèrent, et, enfin, la mort eut lieu ainsi qu'il a été dit.

Ce fait, si on le rapproche des considérations suivantes, savoir, que l'on observe des cas de diarrhée disséminés dans les pays qui environnent le village cité, et surtout que l'influence épidémique se fait sentir, non pas seulement à Paris, mais dans sa banlieue et dans plusieurs autres parties de la France, ce fait, disons-nous, change complètement la face des choses. Selon toute apparence, le village en question, de même que la banlieue de Paris, est soumis à une influence cholérique générale. Rien ne démontre que M. H... ait contracté le choléra à Paris plutôt que dans son propre pays.

Ce qui constitue une très grande partie de l'intérêt qui s'attache au récit qu'on vient de lire, c'est qu'il fait voir avec quelle réserve doivent être accueillis les récits plus ou moins semblables, qui ont été publiés à l'appui de la doctrine de l'importation du choléra. Ces récits présentent-ils tous des garanties suffisantes d'une observation complète? Les observateurs qui les ont relatés, ont-ils toujours réussi à démontrer que les pays où ils recueillaient les faits favorables à leur croyance étaient réellement en dehors de toute influence épidémique?

Mais il est un point de vue bien grave, sous lequel la question de contagion du choléra doit être envisagée.

Nous avons dit plus haut qu'au retour de M. H... de Paris, tout le monde avait fui avec terreur la maison qu'il habite. Cet éloignement ne fit que s'accroître quand on sut qu'il était malade. Il ne se trouva pas une personne qui voulût entrer dans cette maison pour porter secours aux malades, et donner des soins au pauvre petit enfant qui se trouvait ainsi abandonné au milieu de sa famille en proie au choléra. Le médecin et le curé seuls, dignes tous deux de leur sainte mission, veillèrent sur le sort de ces infortunés. La sœur de M. H..., qui vit à Paris, prévenue par une lettre, accourut auprès de ses parens. A son arrivée dans le village, c'était à qui insisterait auprès d'elle pour qu'elle ne pénétrât point dans la maison infectée. Elle méprisa ces lâches conseils. Sa mère venait de mourir, et son père était mourant. Deux religieuses, appelées par une lettre du curé, la remplacèrent ensuite auprès de son frère et de sa belle-sœur.

Cependant, les habitans du village ne se bornaient point à se tenir éloignés. Des imprécations et des menaces s'élevaient contre M. H..., qui avait, selon eux, apporté le fléau de Paris. C'était au point que, s'ils avaient osé entrer dans sa maison, il aurait pu avoir à redouter d'eux quelque violence. Les femmes surtout montraient une grande exaltation. Elles ne craignaient pas de dire, dans leur langage trivial, et à moitié sauvage, que, dès qu'il sortirait, elles se réuniraient pour tomber sur lui!

Lorsqu'il fallut enterrer les morts, personne ne voulut porter les corps à l'église et au cimetière, selon l'usage.

En même temps, dans la maison contiguë à celle de M. H..., il se passait une scène navrante. Cette maison était habitée par trois personnes, la femme, qui, ainsi que nous l'avons dit plus haut, a été atteinte du choléra, son mari et son fils. Lorsque cette femme éprouva les premières atteintes de la maladie, son mari la quitta pour aller travailler bien loin, en lui recommandant, si elle devenait plus malade, de ne pas l'envoyer chercher! Cette cruelle recommandation la frappa douloureusement et donna plus d'intensité à son mal. Quelques instans après, son fils l'abandonna. Elle restait donc seule sur son lit de souffrance! Heureusement, les religieuses, prévenues par le médecin, purent lui donner des soins.

Enfin, dans leur effroi, les habitans de ce village, prirent le parti d'émigrer en masse. Emmenant avec eux leurs bestiaux, ils abandonnèrent leurs maisons, leurs champs, leurs travaux, et le village se trouva désert! Il ne resta que les malades.

Les faits que nous venons de raconter se sont passés non loin de Paris. Nous leur donnons la publicité de l'Union Médicale, parce qu'ils prouvent d'une manière saisissante combien il importe de travailler à détruire dans les populations la notion funeste de la contagion du choléra, notion dont heureusement la vérité est bien loin d'être démontrée. C'est un devoir pour l'administration, pour le clergé, pour les médecins, de combattre une croyance qui étouffe ainsi les sentimens les plus sacrés et menace d'aggraver les malheurs causés par l'épidémie cholérique.

G. Richelot.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR LA BLESSURE DES GAINES SYNOVIALES QUI ENTOURENT LES TENDONS FLÉCHISSEURS DES DOIGTS;

Par M. le docteur Fano, prosecteur de la Faculté.

Les plaies de la main méritent, à tous égards, d'attirer l'attention du chirurgien, soit en raison de l'importance de l'organe intéressé, soit par la gravité de certaines lésions, soit par la complexité et la diversité des parties intéressées. Quoi, par exemple, de plus inquiétant que certaines hémorrhagies dues à la blessure d'une des arcades palmaires, notamment de la superficielle? Quoi de plus fréquent que de voir dans nos hôpitaux un écrasement de doigts, suivi d'un phlegmon diffus et de fusées purulentes qui envahissent tout le membre du côté lésé? N'arrive-t-il pas souvent qu'une blessure de la main, en apparence fort légère, entraîne consécutivement des accidens tels, que l'amputation d'une portion plus ou moins étendue du membre supérieur semble réclamée impérieusement? A ces divers titres, et à bien d'autres, les lésions traumatiques de la main ne sauraient être étudiées avec assez de soin. Nous nous bornons aujourd'hui à appeler l'attention sur la blessure des gaînes synoviales qui entourent les tendons fléchisseurs des doigts. Cette lésion est rarement isolée, comme elle s'est offerte à nous dans le cas suivant que nous avons recueilli, il y a déjà quelques années, dans le service chirurgical de notre excellent maître, le professeur Denonvilliers.

Observation. — *Blessure de la main par un instrument piquant; — lésion de la gaîne tendineuse des muscles fléchisseurs; — écoulement de synovie; — guérison.*

Le nommé Camus, 35 ans, ébéniste, entre le 5 janvier à l'hôpital St-Antoine. Six jours auparavant, il s'est enfoncé dans la paume de la main gauche, entre le quatrième et le cinquième métacarpiens, et à la réunion de la moitié antérieure avec la moitié postérieure de l'espace inter-osseux, un ciseau d'environ une ligne et demie de largeur. L'instrument a traversé, de part en part, toute l'épaisseur de la main et conséquemment est sorti par la face dorsale du membre. La plaie n'a laissé écouler qu'une faible quantité de sang et elle a paru assez légère, d'assez peu d'importance, pour que le malade continuât ses travaux habituels pendant les deux jours qui suivirent l'accident. A cette époque seulement, il survint des douleurs assez vives, accompagnées bientôt d'un gonflement au voisinage de la plaie qui, s'étant cicatrisée tout d'abord, se r'ouvre pour laisser sortir un liquide filant, jaunâtre, ressemblant à de la synovie.

A l'examen du malade, c'est-à-dire le 6 janvier, on reconnaît la présence, dans la paume de la main, d'une petite plaie transversale d'environ 3 millimètres d'étendue. Les tégumens qui entourent cette solution de continuité, sont tuméfiés, et cette tuméfaction s'étend un peu au petit doigt, ainsi qu'à la partie inférieure de l'avant-bras. En exerçant une pression sur la partie inférieure de cette région, on fait sortir par la plaie un liquide filant, onctueux, ayant, comme nous l'avons dit précédemment, tous les caractères de la synovie.

Du côté de la face dorsale de la main, il n'existe qu'un peu de gonflement œdémateux.

Il n'y a pas de traces d'angioleucite le long du bras et de l'avant-bras; on rencontre au niveau de l'épitrochlée et dans l'aisselle, un ganglion lymphatique manifestement tuméfié.

Vingt-cinq sangsues sont appliquées à la partie inférieure de l'avant-bras; des cataplasmes à la chute des sangsues, un bain de bras.

Ce traitement antiphlogistique local ne modifie que fort peu la marche de la maladie; le lendemain, c'est-à-dire le 7 janvier, le gonflement persiste au niveau du petit doigt et de la partie inférieure et interne de l'avant-bras. La pression, exercée sur ce dernier point, fait refluer, par la petite plaie de la main, un quart de cuillerée à café d'un liquide semblable à celui qui s'est écoulé déjà précédemment.

A ces symptômes locaux se sont joints des troubles généraux, c'est-à-dire un appareil fébrile.

Vingt-cinq sangsues sont appliquées de rechef sur la partie interne de la main, et le reste du traitement est semblable à celui de la veille.

Le 8 janvier, l'état du malade est le même, à peu de chose près; la fièvre persiste; la douleur conserve le même siége, et a pris les caractères d'élancemens. Le liquide qui s'écoule par la petite plaie de la main, est un peu moins filant que la veille.

Ce jour-là, on se contente de faire entourer les parties malades de cataplasmes émolliens, et de faire baigner le membre dans l'eau tiède.

Le 9 janvier, la plaie de la main est agrandie au moyen d'une sonde cannelée et d'un bistouri; il s'en écoule un mélange de sang et de pus. La douleur persiste toujours à la partie inférieure et interne de l'avant-bras.

A partir de cette époque, des douleurs sourdes continuent à se faire ressentir le long du petit doigt et du métacarpien correspondant. Le 12 janvier, on reconnaît à la face dorsale de la main, près de la base du petit doigt, une fluctuation dans un espace très circonscrit. Une incision, pratiquée en ce point, donne issue à une grande quantité de sang mélangé d'un peu de pus.

La plaie qui occupe la paume de la main continue à fournir une suppuration abondante; la stagnation du pus vers l'angle supérieur de la plaie nécessite un nouveau débridement en ce sens.

L'avant-bras continue à présenter un gonflement peu considérable, œdémateux; le ganglion épitrochléen reste engorgé.

Il y a toujours un mouvement fébrile (100 pulsations); mais la langue se nettoie, il y a même de l'appétit.

A partir du lendemain, il survient un amendement notable dans les symptômes locaux et généraux; la douleur diminue, le gonflement disparaît peu à peu; la suppuration fournie par la plaie de la paume de la main est moins abondante. Le pouls tombe à 95 pulsations; puis à 80; le sommeil revient; l'apppétit augmente et le 21 janvier le malade se trouve en assez bon état pour demander sa sortie qu'on lui accorde à ce moment. La petite plaie de la paume de la main n'est pas encore entièrement cicatrisée; celle qui occupe la face dorsale du membre est complètement fermée. Le petit doigt ne peut être fléchi; le ganglion épitrochléen a complètement disparu.

Résumons les phases principales de l'observation qui vient d'être rapportée; un instrument piquant traverse la paume de la main au niveau du quatrième espace inter-osseux; le malade, peu soucieux d'interrompre ses travaux pour une lésion d'apparence aussi minime, continue ses occupations habituelles. Sa profession le force à se servir de la main blessée, il l'exerce sans ménagement, irrite la plaie, et

---

de guérisons, « je crois, dit-il, qu'elle a dû produire beaucoup de dissimulation et en imposer à des médecins peu versés dans notre science. Je la crois, en réalité, plus propre à hâter la démence qu'à amener la guérison. Mais, — ajoutait-il, — J'avoue que la théorie était séduisante, en harmonie, d'ailleurs, avec les préjugés du public (et de ce public je n'exclue pas tous les médecins), préjugés auxquels elle donnait le prestige trompeur de la science. Cela explique, peut-être, le succès de cette doctrine, qui ne pouvait tenir longtemps devant l'expérience. »

§

Quant au traitement physique, à la médication proprement dite, le docteur Ideler s'éloigne peu des praticiens français; en général, il repousse toute médication trop énergique, tous les moyens dits héroïques ou perturbateurs.

Il en est un qu'il affectionne plus particulièrement et qui lui est propre : ce sont des douches d'eau froide sur la colonne vertébrale; il s'en loue extrêmement et déclare lui être redevable de guérisons remarquables (1).

Ideler ne donne jamais de douches sur le crâne, estimant que le cerveau est un organe trop délicat, et pour ainsi dire trop fragile de sa nature, pour qu'on puisse, sans danger de l'user rapidement, d'en briser le mécanisme, lui imprimer de violentes secousses soit moralement, soit par des remèdes quelconques. Il évite ce danger en s'adressant directement au rachis. Il agit sur le cerveau d'une manière qui, pour être indirecte, n'en est pas moins efficace (2).

(1) Ideler a fait construire pour cet usage, dans le voisinage de la salle de bains, une chambre dont les murs sont revêtus d'un enduit imperméable. Les malades sont abandonnés nus dans cette chambre et libres de tous leurs mouvemens. Un des médecins assistans placé derrière une cloison peu élevée, dirige sur eux un jet d'eau dont la force de projection est considérable. Dans la position où ils se trouvent les malades les plus récalcitrans sont forcés de recevoir la douche de la manière qu'il convient au médecin de l'administrer, attendu que le meilleur moyen pour en être le moins incommodés possible est de présenter le dos. Au reste, ils ne tardent guère à s'y habituer; au bout de quelques jours ils s'y laissent conduire sans difficulté. Il est même arrivé plusieurs fois que des malades sortis guéris de l'asile y reviennent pour s'y faire doucher de nouveau, à cause du bien qu'ils en avaient éprouvé.

(2) A mon retour d'Allemagne, je me suis empressé de mettre en usage, à Bicêtre, le moyen thérapeutique préconisé par Ideler. Sur six mélancoliques soumis à la douche vertébrale, pendant un mois environ, deux ont éprouvé une amélioration réelle. L'un d'eux m'a déclaré, à diverses reprises, qu'il se trouvait toujours beaucoup mieux en quittant la salle de bains. Sur trois autres, l'amélioration a été peu sensible et passagère. Le sixième est resté dans le même état. Je me hâte d'ajouter, pour rester dans le vrai absolu, que n'ayant pas de local convenable et ne pouvant disposer que d'un appareil de douches très imparfait, les expériences que je viens de rapporter ne sauraient prêter à des conclusions bien rigoureuses.

PRAGUE.

L'asile de Prague (Bohême) a été construit en 1846, à l'une des extrémités de la ville, dans un quartier très élevé, près l'hôpital civil. Il est réservé à peu près exclusivement aux aliénés des deux sexes qui présent quelques chances de guérison. Les aliénés réputés incurables, au nombre de 550 à 600, sont relégués dans les anciennes constructions séparées du nouveau bâtiment par un vaste terrain planté d'arbres, coupé dans tous les sens par des pelouses, des jardins, etc. L'asile peut recevoir deux cents malades environ.

Le plan en est fort simple et consiste en un corps de bâtiment à deux étages, avec deux ailes en retrait, formant trois lignes d'un parallélograme.

Une très belle entrée, avec un péristyle d'un style élégant et sévère tout à la fois, donne accès, par de larges escaliers, à gauche, dans la division des hommes, à droite, dans celle des femmes. Les ailes du bâtiment sont réservées exclusivement pour les malades agités et dangereux dont les chambres (nous ne saurions nous servir du mot *loges*) s'ouvrent sur des corridors voûtés, dont les dimensions, surtout en largeur, sont telles, que nos habitudes architecturales, en France, ne permettent guère de nous en faire idée. Ces corridors servent de salle à manger et de lieu de retraite pour les malades pendant les jours froids et pluvieux.

Les chambres sont éclairées par des fenêtres, dont le mode de clôture rappelle celui que nous avons observé à Siegburg pour la première fois. Ces fenêtres sont placées assez haut pour que le malade n'y puisse atteindre. Au moyen d'un mécanisme caché dans l'épaisseur du mur sous-jacent, une sorte de volet monte en glissant, et vient clore la croisée, de manière à produire dans la chambre l'obscurité la plus complète.

Dans la porte d'entrée a été pratiquée une seconde porte, laquelle n'a pas plus d'un mètre et demi de hauteur, et est tout juste assez large pour qu'un individu de grosseur ordinaire puisse y passer facilement en se tenant de côté, mais non de face; de telle sorte que l'on peut permettre à un malade de sortir de sa loge sans avoir rien à redouter de ses violences, car il est forcé d'abandonner aux surveillans d'abord un bras et une jambe, avant de pouvoir faire usage des deux autres membres.

A ce sujet, qu'on nous permette de faire une observation : la vue de cette double porte m'a été des plus désagréables. Son utilité est loin d'être démontrée; on peut dire même qu'elle est un véritable anachronisme, presqu'au même titre que les barreaux de fer, les chaînes, les menottes dont on chargeait jadis les aliénés.

Les malades dont l'état justifierait les précautions exagérées dont il vient d'être question n'existent plus guère, aujourd'hui, que dans les souvenirs; le nombre en diminue au fur et à mesure que, par suite des progrès de la médecine mentale, on les a traités avec plus de douceur et d'humanité. La preuve de ceci, je n'ai pas besoin d'aller la chercher ailleurs qu'en Allemagne, car à Prague même, à Vienne, où nous retrouverons bientôt les mêmes dispositions, je n'ai pas vu un seul malade dont l'état exigeât le raffinement de précautions indiqué ci-dessus.

Dans mon service de Bicêtre, qui comprend près de quatre cents aliénés, depuis bien longtemps, je n'ai plus occasion d'observer la fureur que chez les malades atteints de délire aigu, le plus souvent par suite d'excès alcooliques. De même, dans un autre service non moins nombreux, celui de mon honorable collègue, le docteur Félix Voisin. « ..... Les moyens de douceur, d'humanité, les traitemens bienveillans, dit un savant administrateur, M. Batelle, dans son remarquable rapport sur les établissemens d'aliénés d'Angleterre, de Bicêtre et de la Salpêtrière (1), ... ont rendu superflu l'emploi des moyens de contrainte, ont même fait reconnaître l'inutilité, dans la plupart des cas, de la séquestration isolée, à ce point qu'on pourrait presque dire qu'il n'y a plus, aujourd'hui, de fous furieux dans nos établissemens.

Il est encore une chose que j'ai regretté de voir dans le bel établissement de Prague : ce sont des latrines installées dans un des coins de la chambre. Il serait superflu, pour justifier mes répugnances, de reproduire ici les excellentes raisons qui ont fait abandonner depuis longtemps, dans notre pays, cet usage dégoûtant.

L'asile de Prague est administré par M. le docteur Kostel, qui en a encore la direction médicale. Un médecin adjoint et deux médecins assistans le secondent dans son service. M. Kostel était, naguère, médecin en chef de l'asile de Gratz (Styrie) et a succédé au docteur Riddle, actuellement médecin directeur de l'asile de Vienne.

Les individus atteints de paralysie générale sont nombreux dans l'asile, parmi les hommes, un sur cinq, environ. Chose digne de remarque! il n'existe pas, en ce moment, une seule femme paralytique; mieux que cela, M. Kostel affirme qu'il n'y en a pas encore vu depuis deux ans qu'il dirige l'établissement.

Selon ce médecin, il est extrêmement rare que la lésion de la motilité ne précède pas les troubles intellectuels. Il partage complètement, à cet égard, l'opinion soutenue par M. Baillarger.

L'honorable et savant médecin de Prague répudie toute méthode exclusive de traitement soit physique, soit morale.

(*La fin au prochain numéro.*)

(1) *Annales méd. psycholog.*, t. IV, p. 408.

bientôt des phénomènes inflammatoires se manifestent. La plaie se rouvre, laisse écouler un liquide filant, jaunâtre, analogue à la synovie. Les phénomènes inflammatoires ne sont pas entravés par l'emploi d'un traitement antiphlogistique; à l'écoulement d'un liquide filant, jaunâtre, succède l'écoulement d'un liquide purulent; ce dernier diminue bientôt en quantité, et la plaie ne tarde pas à se cicatriser, après avoir nécessité, à deux intervalles successifs, un débridement.

On peut donc, au moyen de l'observation précédente, suivre les diverses périodes de l'inflammation des bourses tendineuses. Dans la première période, cette inflammation est caractérisée par une hypersécrétion du liquide fourni par les parois de la membrane séreuse, puis le liquide est moins filant, et au bout de quatre jours, il devient purulent. Il y a donc la plus grande analogie entre la marche des phénomènes inflammatoires des bourses synoviales et ceux des séreuses en général, dont les premières ne sont qu'une variété.

Il est une autre particularité, dans l'observation précédente, qui mérite d'être signalée et de recevoir une interprétation; c'est la circonscription de la tumeur à la partie interne de la main et de la partie inférieure de l'avant-bras. Les données anatomiques les plus récentes sur les bourses synoviales tendineuses de la main sont de nature à éclairer ce point de pathologie chirurgicale. Si on admettait, avec un grand nombre d'anatomistes, qu'il n'existe dans la paume de la main qu'une seule membrane synoviale, qui, d'un côté, tapisserait les os du carpe et de l'autre les tendons, on ne comprendrait pas que l'inflammation de cette membrane donnât lieu à la formation d'une tumeur bornée exclusivement à une région déterminée de la main. Les recherches faites par M. Gosselin sur ce point d'anatomie sont, au contraire, en harmonie avec le résultat de l'observation clinique. Il découle, en effet, des nombreuses dissections faites par cet habile anatomiste, que les tendons fléchisseurs des doigts sont accompagnés par deux membranes synoviales, l'une placée en dehors, l'autre située en dedans. Cette dernière, la seule qui mérite de nous arrêter, représente une sorte de fuseau qui se prolonge assez haut du côté de l'avant-bras et se continue inférieurement jusqu'à l'extrémité du petit doigt. Le feuillet tendineux de cette membrane se réfléchit sur les tendons fléchisseur superficiel et profond du petit doigt, superficiel et profond de l'annulaire.

Il est facile de comprendre, d'après ces données anatomiques, qu'une blessure de la main, au niveau de la partie moyenne du quatrième espace interosseux, pourra léser la membrane synoviale interne de la paume de la main, et que l'inflammation qui en résultera se traduira, à l'extérieur, par une tumeur plus ou moins bien circonscrite dans le point correspondant.

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ DES TUMEURS BLANCHES DES ARTICULATIONS;

Par le docteur J. Crocq, professeur agrégé et prosecteur à l'Université de Bruxelles, etc.; ouvrage publié par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles; accompagné de planches lithographiées. — Un vol. grand in-8° de XVI-718 pages. Bruxelles, 1853; à Paris, chez Germer-Baillière, libraire.

Ce beau volume, dont la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles a voulu faire les frais, est la monographie la plus complète que possède la littérature médicale sur les tumeurs blanches des articulations. Je dirai même qu'elle est trop complète, car l'auteur, suivant en cela la pente si naturelle aux monographes, me semble avoir fait entrer dans son cadre un assez grand nombre d'affections qui auront peut-être quelque peine à s'y maintenir. Nous avons vu le temps, à Paris, où, sous l'empire de quelques opinions, ou plutôt de quelques pratiques thérapeutiques, toute affection chronique tant soit peu grave des articulations était désignée, dans certains services de chirurgie, sous le nom de tumeur blanche. Il va sans dire que le chiffre des guérisons et des succès s'enflait en proportion de ce diagnostic complaisant. Une observation plus rigoureuse a fait justice de quelques exagérations, et parmi les travaux les plus récens sur la matière, M. le docteur Crocq ne me semble pas avoir eu une connaissance suffisante du beau mémoire de M. Richet couronné par l'Académie de médecine, il y a quelques années.

Ces petites réserves faites, j'ai hâte d'entrer dans l'analyse de cette monographie remarquable, qui est divisée en six sections: 1° historique; 2° anatomie pathologique; 3° étiologie; 4° physiologie pathologique; 5° symptomatologie, diagnostic et pronostic; 6° thérapeutique.

La première section (historique) débute par une bibliographie très étendue, suivie d'une synonymie complète. Puis l'auteur, divisant en deux périodes l'histoire de la science sur ce point, d'Hippocrate à la fin du XVIIIe siècle, et de là jusqu'à nos jours, passe successivement en revue toutes les opinions, toutes les pratiques des anciens et des modernes sur les maladies articulaires, que l'on peut raisonnablement rapporter à ce que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de tumeurs blanches. La deuxième section est consacrée à l'anatomie pathologique. Après un aperçu succinct de ce que sont les tumeurs blanches, après une énumération des tissus qui composent les articulations, l'auteur décrit successivement les altérations de chacun d'eux. Viennent d'abord les lésions de la synoviale, ses exsudations, ses ulcérations, ses perforations. Vient ensuite l'examen du contenu des cavités articulaires, qui ne consiste pas seulement en synovie et en pus, dit l'auteur, mais dont l'élément le plus remarquable est l'élément solide qui se transforme en tissu de nouvelle formation, que l'auteur appelle cellulo-vasculaire, dont les diverses variétés, fausses membranes, fongosités, tissu lardacé, tissus cellulaire et osseux, sont décrites avec soin. L'auteur rapporte une observation qui démontre le fait de la formation directe du tubercule au sein des articulations. Viennent à la suite les lésions des cartilages, hypertrophie, usure, amincissement, décollement, ramollissement et érosion; les lésions des ligamens et du tissu cellulaire environnant. Les altérations des os occupent très longuement l'auteur. Il en admet dix espèces: 1° l'augmentation de vascularité; 2° la dilatation des canalicules du tissu compact et le décollement du périoste; 3° l'élargissement des cellules; 4° la présence du pus et du tissu cellulo-vasculaire au sein des os; 5° la disparition complète du tissu osseux devant le tissu cellulo-vasculaire; 6° les noyaux albumino-fibrineux et éburnés; 7° le dépôt de substance osseuse à la superficie des os; 8° la formation des cavernes; 9° la lésion de la moelle des os; 10° la nécrose. Dans un article à part, il range le tubercule et le cancer qui peuvent aussi se rencontrer dans les altérations osseuses des tumeurs blanches. Dans le chapitre suivant, l'auteur décrit les lésions des parties molles extra-articulaires: tissu cellulaire, muscles, tendons, vaisseaux, nerfs, aponévroses et peau. Il indique ensuite comment toutes ces lésions s'associent dans les tumeurs blanches et leurs variétés dans les diverses articulations. Vient ensuite l'étude de l'anatomie pathologique des luxations spontanées, faite avec beaucoup de soin et de détails. Enfin, après avoir décrit la transformation subie par les articulations à la suite des tumeurs blanches, l'auteur expose les altérations anatomiques de la maladie désignée sous le nom de *mal de Pott*, qui est pour lui la tumeur blanche du rachis.

On doit remarquer, dans cette section de l'ouvrage de M. Crocq, la description très soignée des lésions de la membrane synoviale, dans laquelle il établit que l'exsudation primitivement déposée dans cette membrane et dans les tissus peut subir une triple transformation: 1° en pus; 2° en tubercule; 3° en tissu de nouvelle formation (cellulo-vasculaire), tantôt fongueux, tantôt lardacé, selon qu'il renferme plus ou moins de vaisseaux. L'auteur établit la cause, le mode et les conditions de l'érosion et de la disparition des cartilages d'incrustation et il démontre qu'elles sont toujours le résultat du dépôt de produits d'exsudation sur la surface, soit libre, soit adhérente du cartilage. Pour l'auteur, les lésions des os sont en tout identiques à celles des parties molles; elles aussi reconnaissent pour point de départ la production de l'exsudation initiale et ses diverses transformations. L'auteur signale au sein du tissu osseux l'existence de noyaux jaunâtres, albumino-fibrineux, non tuberculeux, dus à l'exsudation qui s'y dépose. M. Crocq ne croit pas à l'existence du gonflement des os, et il indique la tendance aux dépôts et aux infiltrations de graisse, tant dans les parties molles que dans les os. Il faut dire, d'ailleurs, que tous les produits que l'on rencontre dans les tumeurs blanches ont été soumis, par l'auteur, à un examen microscopique attentif.

Je ne peux signaler tout ce que cette section renferme de recherches intéressantes et neuves et j'arrive à la troisième section consacrée à l'étiologie, dans laquelle l'auteur, abandonnant les erremens faciles et très ordinaires par lesquels on se borne à énumérer les causes sans se préoccuper de leur manière d'agir, étudie, au contraire, très longuement et avec de grands détails, leur valeur et leur mode d'action. M. Crocq admet et établit la réalité des causes traumatiques, mais il fait main basse sur les répercussions qu'il rejette absolument, tandis qu'il fait ressortir l'importance de l'hérédité, de la métro-péritonite, de l'urétrite. Je regrette de ne pouvoir le suivre dans l'exposition de sa doctrine sur la nature, les conditions d'existence et le point de départ de la scrofule.

Dans la section quatrième, M. Crocq s'occupe de la physiologie pathologique des tumeurs blanches. Cette partie de l'ouvrage est celle à laquelle l'auteur a donné le plus d'étendue et le plus d'importance. « La physiologie pathologique, dit-il, constitue la science médicale par excellence. C'est elle qui fait sortir l'anatomie pathologique de l'amphithéâtre pour la transporter au lit du malade. C'est elle qui, attribuant à chaque groupe de symptômes la lésion qui lui correspond, fait sortir la médecine clinique du domaine de l'empirisme, du tact individuel, pour la transporter dans celui de la science, en lui assignant une base matérielle et positive. Nous faisant voir pendant la vie les altérations anatomiques, elle vient en aide à la thérapeutique, en lui indiquant ce qu'elle doit combattre; elle l'empêche de donner dans l'ombre des coups d'épée inutiles et parfois funestes. » Cette courte citation sera néanmoins suffisante pour faire apprécier de quel point de vue élevé et véritablement médical l'auteur a traité ce sujet.

Toute cette section, qui ne contient pas moins de vingt chapitres du plus haut intérêt, peut se résumer dans la définition que l'auteur donne de la tumeur blanche. C'est, dit-il, « une inflammation chronique des tissus articulaires, avec production de tissu cellulo-vasculaire et souvent de pus. — On pourrait donc la désigner sous le nom d'*arthrite chronique cellulo-vasculaire et purulente*. » Il me faudrait beaucoup plus d'espace que je n'en peux disposer pour suivre l'auteur dans le développement des motifs sur lesquels il appuie ou desquels il fait découler cette définition. Là se trouve exposée toute la partie dogmatique de l'œuvre. A défaut d'une analyse qui m'entraînerait trop loin, je signalerai l'explication de l'auteur des positions des membres. Trois élémens, d'après lui, y prennent part: la contraction musculaire, l'épanchement extra-articulaire et la position adoptée par le malade. On sait que M. Bonnet, de Lyon, et je le faisais remarquer naguère, accorde une très grande importance à cette dernière. Elle n'en a qu'une très faible selon M. Crocq. Il en serait de même de l'épanchement intra-articulaire. Pour lui, l'agent principal de la production des positions, c'est la contraction musculaire spasmodique déjà signalée par Hunter et par Bell, mais perdue de vue et oubliée depuis. La contraction musculaire spasmodique existe dans toutes les tumeurs blanches à un degré quelconque; elle constitue l'un des élémens de la maladie. Elle est due à une véritable action reflexe partant de l'articulation malade.

Toute cette partie est neuve et propre à l'auteur. Le chapitre dernier de cette section, consacré aux tumeurs blanches du rachis, présente aussi des idées nouvelles. Contrairement à l'opinion généralement reçue, l'auteur admet que le mal de Pott débute souvent par l'appareil ligamenteux du rachis, et que c'est par extension que les os deviennent malades. Les nombreux argumens sur lesquels M. Crocq étaie son opinion sont très séduisans et méritent examen.

Je suis obligé de passer sur la section relative à la symptomatologie pour arriver vite à la section dernière consacrée au traitement.

La section consacrée à la thérapeutique est divisée en deux parties, thérapeutique générale et thérapeutique spéciale.

La thérapeutique générale comprend la prophylaxie, le traitement de la maladie locale, le traitement de l'état général.

La prophylaxie s'appuie sur l'étiologie, et les causes s'attaquant les unes aux articulations mêmes, les autres à des parties éloignées de l'organisme; de là, deux ordres de moyens prophylactiques, locaux et généraux.

Quant au traitement de la maladie en elle-même, il comprend le traitement local de la première et de la seconde période, le traitement interne de ces deux périodes, le traitement de la période de marasme, et le traitement général. L'afflux anormal du sang, l'exsudation plastique, l'organisation du tissu cellulo-vasculaire, la production du pus, sont des élémens qui apportent avec eux leurs indications propres.

Les moyens les mieux appropriés au traitement de la première période sont, d'après l'auteur, l'immobilité et la compression. Parmi les autres moyens, il attache une importance spéciale aux révulsifs.

Quant aux positions à donner aux articulations, voici, d'après M. le docteur Crocq, les conditions qu'elles doivent remplir: les surfaces articulaires doivent se toucher par le plus de points possible; leurs axes doivent se confondre; la cavité articulaire doit offrir la capacité la moins grande possible; les ligamens, la synoviale et les parties molles en général, ne doivent pas être plus distendus d'un côté que de l'autre; les muscles doivent de tous les côtés aussi être également distendus et soumis à la même traction; la position doit être telle que s'il survient une ankylose, le membre rende au malade le plus de services possible.

L'auteur examine avec soin la valeur et les indications de la compression. Réunie à l'immobilité, il y trouve la circonstance la plus favorable du traitement local des tumeurs blanches. Il adopte l'appareil amovo-inamovible de M. Seutin comme réunissant les conditions les plus désirables.

Le traitement interne se compose de révulsifs et de résolutifs. Les premiers sont l'émétique, les purgatifs et les sudorifiques; les seconds sont les mercuriaux, les iodiques, les huiles de poisson, le chlorure de baryum, tous agens dont il apprécie la valeur et dont il formule les indications.

Dans le traitement de la seconde période, l'auteur s'occupe surtout des moyens à employer dans les abcès. Le point si important et si controversé de l'ouverture des collections purulentes y est longuement discuté. Sa conclusion est qu'il faut les ouvrir le plus tôt possible au moyen de la lancette, si elles sont peu volumineuses, par la ponction sous-cutanée, si elles sont étendues. Vient ensuite la question des injections médicamenteuses que l'auteur traite avec de grands développemens. Il en est de même du traitement de la période de réparation et de celui de la période de marasme. Un long chapitre est consacré aux suites des tumeurs blanches, où l'auteur discute avec beaucoup de soin les questions des amputations et des résections, donnant les indications particulières de l'emploi de ces opérations.

Dans la deuxième partie de cette section, l'auteur examine l'application de tous les moyens dont il a été question aux diverses tumeurs blanches. Pour chaque cas particulier, il décrit l'appareil qui doit être mis en usage, les moyens de modifier les positions vicieuses et de vaincre l'ankylose; la manière dont doivent être imprimés les mouvemens artificiels, les indications des opérations et la manière d'y procéder.

Cent trente-six observations soit recueillies par l'auteur, soit empruntées à diverses ouvrages et recueils, forment la collection de faits la plus riche qui ait encore été réunie sur la matière. De belles planches lithographiées représentent les principales altérations déterminées par les tumeurs blanches.

Un ouvrage de cette importance peut se passer des éloges de l'analyste. Très favorablement accueilli en Belgique, il ne peut manquer de recevoir le même accueil parmi les médecins de tous les pays, car c'est une œuvre de talent, de conscience, de grande érudition et de bonne et saine pratique.

Amédée Latour.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances des mois de Septembre, Octobre et Novembre 1853. — Présidence de M. le docteur Ameuille.

Dans plusieurs de ses séances, M. Ferdinand Martin a entretenu la Société, des avantages qu'il est possible de retirer, dans un certain nombre d'affections chirurgicales, de l'emploi de l'appareil qu'il a proposé, depuis plusieurs années, pour le traitement des fractures du corps et du col du fémur. Ainsi, à l'occasion d'une observation de coxalgie douteuse rapportée par M. Hubert-Valleroux, M. Ferdinand Martin a rappelé avec raison qu'un moyen très efficace de faire disparaître les douleurs qui accompagnent cette maladie articulaire, c'est l'immobilité absolue du membre. Or, l'application de son appareil permet d'obtenir facilement cette immobilité, et, consécutivement, la disparition des douleurs qui tourmentent si cruellement les malades. M. Ferdinand Martin a, en outre, ajouté qu'il est encore à trouver l'élongation du membre donnée par les chirurgiens, comme signe de la coxalgie commençante. Pour lui, l'allongement est purement apparent, et résulte de l'inclinaison du bassin. Si l'allongement était réel, la luxation de la hanche devrait avoir lieu dès le début de la maladie, attendu que le fond de la cavité cotyloïde, à trois ou quatre millimètres près, est presque de niveau avec le sourcil cotyloïdien. S'il en est ainsi, comment concevoir une élongation véritable de plusieurs centimètres, sans que la luxation ait lieu.

M. Charrier s'étonne de l'opinion qu'il vient d'entendre émettre par M. Martin. Il avoue que, jusqu'à présent, il avait cru à la réalité de cet allongement, au reste indiqué par J. Louis Petit, Boyer, etc., dans la coxalgie au début. Dernièrement encore, il a mesuré le membre d'un petit garçon de quatre à cinq ans, affecté d'une coxalgie récente; or, à chaque mensuration attentivement faite, et répétée à diverses époques, il a pu constater jusqu'à 3 centimètres d'allongement. Quatre cautères appliqués, *loco dolenti*, et aidés de l'usage à l'intérieur du vin de gentiane et de l'huile de foie de morue, ont, au reste, suffi pour faire disparaître, en deux mois, cette élongation de mauvais augure.

M. Ferdinand MARTIN répète que M. Charrier a mal mesuré, qu'il a été abusé par les apparences, et que l'allongement, signalé par J.-L. Petit et Boyer, n'existe réellement pas.

M. Ferdinand Martin continue l'énumération des affections chirurgicales, dans lesquelles l'emploi de son appareil peut être d'une grande utilité. Il signale, en particulier, la maladie de Pott, maladie si terrible, et en présence de laquelle l'art reste si souvent impuissant. M. Ferdinand Martin a été encouragé par Dupuytren luimême à faire la première application de son appareil. C'était sur un enfant atteint d'une gibbosité de l'épine, sans abcès symptomatique. Au bout de deux ans, pendant lesquels, à l'aide de sa machine, une extension lente, continue, constante, toujours modérée, fut pratiquée, l'enfant s'est redressé sans accidens consécutifs de paraplégie. Cet enfant est aujourd'hui un grand garçon, bien portant, quoique marchant habituellement encore, il est vrai, un peu penché latéralement.

L'année dernière, un autre enfant de 8 ans, gibbeux, marchant difficilement, chez lequel l'émission des urines avait lieu parfois presque involontairement, fut mis, comme le précédent malade, sur un lit à extension continue, mais modérée. Mesuré au bout de six semaines, il avait grandi de 7 centimètres. Au bout de peu de temps, il a pu se lever et marcher facilement. Les accidens de paraplégie avaient complètement disparu. La guérison était complète.

Chez une jeune fille de 15 ans, qui portait à la hauteur de la région lombaire une gibbosité du volume du poing, et chez laquelle existait en même temps de la faiblesse et de l'engourdissement dans les extrémités inférieures, ainsi qu'une tumeur fluctuante au-dessous de l'arcade crurale, suite d'un abcès par congestion, la même méthode a eu pour effet de permettre à la malade de se lever au bout de huit mois. Mais à la suite de fatigues, d'exercices trop violens, les douleurs dans le dos reparurent, et la malade dut être remise sur le lit à extension pendant trois autres mois. L'abcès du pli de l'aine, qui avait disparu, sans avoir été ouvert, fut remplacé par un autre qui se montra au-dessous du grand trochanter. Vidé par la ponction, et injecté avec l'iode, cet abcès guérit parfaitement. La malade vient à la halle de Paris vendre, chaque jour, des légumes et se porte à merveille.

A Poissy, M. Ferdinand Martin a encore traité avec une amélioration considérable une autre petite fille d'une douzaine d'années. Cette enfant portait une énorme gibbosité qui avait été en même temps suivie du développement d'un vaste abcès de la fosse iliaque gauche, aboutissant à l'aine. La malade est restée couchée pendant vingt mois. Au bout de ce temps, elle pouvait faire des courses de deux ou trois lieues. L'abcès s'était peu à peu résorbé; et, à sa place, on sentait une sorte d'empâtement, mal limité, indolore, résultant de la condensation et du retrait des tissus avoisinant la collection purulente. Quelque temps après, cette malade est morte d'une fièvre typhoïde.

M. CHARRIER, sans contester la beauté des résultats annoncés par M. Ferdinand Martin, dit qu'il ne faut pas confondre la maladie de Pott avec la carie vertébrale. La première, consistant dans la tuberculisation de l'os, rend la guérison bien incertaine et surtout peu durable. Toutefois il comprend, dans les deux cas, l'utilité des moyens mécaniques tendant à la fois à redresser et à immobiliser les patiens. Mais il ne faudrait pas croire que l'on n'en puisse guérir un certain nombre sans l'emploi de ces moyens. Les médications internes, et spécialement l'usage de l'huile de foie de morue, peuvent amener cet heureux résultat. A l'aide de cette huile, administrée pour toute médication, il a pu, pour son compte guérir, récemment, un jeune malade qui portait un abcès par congestion à la partie supérieure de la cuisse du côté gauche, un abcès froid au niveau du coude, et un troisième à l'un des pieds. Quant aux lits mécaniques dont on a tant abusé, il y a quelques années à peine, ils redressaient rapidement, il est vrai, la plupart des malades; mais, à peine sortis des établissements orthopédiques, les gibbosités se reproduisaient avec une facilité désespérante.

Dans une autre séance, M. PERRIN a rappelé à la Société un article récent de l'UNION MÉDICALE, dans lequel se trouve exposé le résumé d'une leçon clinique faite à l'hôpital Saint-Louis, sur la consolidation et le traitement des fractures du corps et du col du fémur, par M. le professeur Malgaigne. M. Perrin a été surpris de voir M. Malgaigne nier les bons effets de l'application de l'appareil de M. Martin, chez deux malades de ses salles, dont l'un était atteint d'une fracture du corps du fémur, et l'autre d'une fracture du col. Si M. Perrin a bonne mémoire, ces deux malades auraient précisément été signalés à la Société, par M. Martin, comme ayant, au contraire, recueilli de grands avantages de l'application de ce même appareil. En présence de ces deux affirmations aussi contraires, et émises par deux hommes d'une égale bonne foi, M. Perrin demande une petite explication.

M. Ferdinand MARTIN ne croit pas que M. Malgaigne puisse s'autoriser des deux faits qu'il rappelle, pour nier les avantages incontestables de l'appareil qu'il a proposé, attendu que, dans l'un des deux cas, l'appareil n'a pas été gardé par le malade, et que, dans l'autre, il n'a été appliqué qu'au trentième jour. Et encore, malgré cette dernière et tardive application, doit-on ajouter que le malade, qui offrait au début trois centimètres de raccourcissement, n'en présenta qu'un et demi à la fin du traitement. Au reste, M. Ferdinand Martin a bien d'autres faits concluans, et de la dernière évidence, à opposer aux plus incrédules. Aussi, n'hésite-t-il pas à déclarer de nouveau, que, toutes choses égales d'ailleurs, la guérison des malades traités par sa méthode, aura toujours lieu avec un très faible raccourcissement, et relativement moindre qu'avec tous les autres appareils connus.

M. AMEUILLE, à propos de l'huile de foie de morue employée avec succès par M. Charrier, dans le cas d'abcès scrofuleux, raconte, à son tour, l'histoire d'une pauvre jeune femme, âgée d'une vingtaine d'années, allaitant en ce moment un enfant de 7 à 8 mois, qui porte au sommet de chaque poumon une caverne grossièrement caractérisée par du souffle amphorique, du gargouillement, de la pectoriloquie, de la fièvre, des sueurs, de la diarrhée, du marasme, et chez laquelle, sous l'influence de l'huile de foie de morue, est survenue une amélioration extraordinaire, malgré la gravité de son état. Aujourd'hui, et après avoir pris en tout environ cinq ou six litres d'huile, la malade tousse à peine, et a retrouvé ses forces en grande partie. Les deux cavernes existent toujours, il est vrai, mais elles sont presque sèches et vides. L'expectoration est à peu près nulle. La diarrhée a cessé. La fièvre n'existe plus. Sans doute, la malade n'est pas guérie, mais le mieux survenu chez elle mérite certainement d'être signalé.

M. CHARRIER qui, il y a quelques mois, avait rapporté un fait complèment analogue, rappelle que sa malade, atteinte d'une caverne audessous de la clavicule du côté gauche, continue d'aller assez bien. L'amélioration est telle, que la malade ne doute pas qu'elle ne soit parfaitement guérie.

La Société agite la question de savoir si réellement l'huile est susceptible de déterminer des hémoptysies, comme bon nombre de médecins sont disposés à le croire. M. CHARRIER dit que l'administration de l'huile à très hautes doses, comme cela a été fait, à l'hôpital St-Louis, n'a déterminé le crachement de sang chez aucun malade.

M. THIRIAL croit cependant l'huile de foie de morue susceptible de déterminer cet accident, quoique d'une manière indirecte. Il est évident, dit-il, que la restauration générale de l'organisme, sous l'influence de cette médication, peut devenir une prédisposition incontestable à la production des hémoptysies.

M. PERRIN demande à la Société si quelques membres ont, par hasard, connaissance du remède empirique suivant, dans le traitement de la gale, et à l'aide duquel deux de ses malades ont été parfaitement guéris d'une gale existant chez eux, depuis plus de deux mois.

Ce moyen consiste à entourer le corps du malade d'une ceinture faite d'une lisière de drap que l'on malaxe dans un mélange de mercure et de blanc d'œuf. On étend 15 à 20 grammes de mercure coulant dans un ou deux blancs d'œuf. Quand le mercure est complètement divisé, on plonge la lisière de drap dans cette composition, de manière à l'en imbiber complètement. Après quoi, on applique autour du corps, sous forme de ceinture, ce drap ainsi préparé. Sous l'influence de cette application, les démangeaisons diminuent peu à peu, ainsi que les boutons d'éruption. Il est parfois nécessaire, au bout de quinze jours ou trois semaines, de procéder à l'application d'une nouvelle ceinture, ou mieux, de plonger de nouveau la même, dans le mélange mercuroalbumineux que nous avons indiqué plus haut. L'action de ce moyen empirique consiste vraisemblablement dans les émanations mercurielles qui ont lieu à la surface du corps. M. Perrin a su que, dans le midi, du côté de Périgueux, on se servait fréquemment de ce topique, dans la classe ouvrière, principalement comme moyen prophylactique de la gale. Armé de cette ceinture, on peut hardiment coucher avec un galeux, ou bien encore dans les draps suspects d'une hôtellerie borgne, sans avoir rien à redouter. Ajoutons que les deux malades de M. Perrin avaient fait précéder l'apposition de la ceinture d'une friction générale avec le jus de poireau (parties vertes de la plante).

M. SMITH a vu quelque part indiqué l'emploi de cette médication empirique. Il croit même se rappeler qu'on l'a accusée d'avoir déterminé quelques accidens.

Dans une des dernières séances de la Société, M. le docteur CHARRIER, en rendant compte d'une série de numéros du journal espagnol intitulé : *El porvenir medico*, a traduit devant elle, une observation tellement curieuse et extraordinaire d'ingestion de corps étrangers, que nous ne pouvons nous empêcher de la reproduire dans ce compte-rendu destiné à la publicité. Cette observation est extraite de la *Gazette médicale de Lisbonne*.

OBSERVATION. — Un officier portugais, âgé de 32 ans, d'une constitution détériorée, d'un tempérament lymphatico-sanguin, dont les ascendans ont été sujets à des maladies nerveuses, chercha, après avoir éprouvé plusieurs affections morales, à se suicider de différentes manières, tantôt en s'étranglant, tantôt en se déchirant. N'ayant pu y parvenir, et n'ayant pas d'armes pour mettre fin à sa vie, il commença, il y a treize ou quatorze mois, à avaler tout ce qui lui tombait sous la main, du verre pilé, des balles de plomb, des aiguilles, des boutons, des lames de fer, des lames de verre, une lame de ciseaux, un compas, un porte-crayon en cuivre, des morceaux de règle, de canne, etc.; à l'exception des corps les plus minces et les plus légers, les autres restèrent dans les voies digestives, depuis un jusqu'à treize ou quatorze mois, sans exciter de déjections alvines, ni de fièvre. L'appétit était presque toujours excellent; la soif souvent très intense. Les déjections étaient rares. La présence de ces corps étrangers dans l'estomac déterminait des douleurs abdominales. Lesdits objets sortirent de l'organisme par des voies différentes, selon la diversité de leur poids et de leurs dimensions; les plus petits par les vomissemens, les plus longs avec les fecès; quelques-uns, plus volumineux, restèrent dans l'estomac dix à onze mois. Quelques mois après l'apparition des douleurs gastriques, il se manifesta des signes d'inflammation aiguë dans l'épaisseur des parois abdominales, au niveau de la région gauche de l'estomac; et bientôt un véritable abcès s'ouvrit à l'extérieur, un mois après l'apparition des symptômes. La cavité de l'estomac ayant été explorée à l'aide d'un stylet d'argent, on y constata la présence des corps étrangers.

Le 18 juin, après avoir chloroformisé le malade, le professeur Sr. Santos dilata l'orifice fistuleux au moyen de deux incisions, l'une verticale de huit lignes, l'autre transversale de six, et il en retira les objets suivans : un fer de ciseau, en partie corrodé, de cinq pouces huit lignes de long, de cinq lignes de large, et de quatre lignes d'épaisseur dans les points de la plus forte dimension; un porte-plume de laiton, de quatre pouces trois lignes de long, et de deux lignes et demie de diamètre; un compas de cuivre avec des branches de fer, l'une plus longue que l'autre et courbée. Sa longueur était de cinq pouces, sa largeur de six lignes dans la partie la plus large, son épaisseur de quatre lignes: et enfin, un manche de bois pour plume métallique, ayant à peu près les mêmes dimensions que le premier. Le poids total de ces objets était de plus de quatre onces. Les corps expulsés par la bouche, au nombre de dix, de deux à cinq pouces de long, furent des tronçons de canne et de bois; ceux qui furent expulsés par l'anus, au nombre de sept, consistaient en divers fragmens de fer, de bois, de verre, sans en compter d'autres beaucoup plus petits. Le malade mourut neuf jours après l'extraction de ces corps étrangers. La famille ne permit pas d'en faire l'autopsie.

Cette observation curieuse n'est malheureusement reproduite, par le journal espagnol, qu'à l'état d'extrait.

Le secrétaire, Dr PERRIN

THÉRAPEUTIQUE.

De l'emploi des injections de nicotine dans le traitement de la paralysie de la vessie; par le docteur A. PAVESI.

Voici l'observation rapportée par cet auteur :

Un homme de 60 à 70 ans, d'une constitution athlétique, et d'une bonne santé habituelle, fut pris, le 16 mai 1852, à la suite d'un refroidissement survenu pendant la nuit, de douleurs violentes dans la région lombaire et à la partie inférieure de la colonne vertébrale, dans les aines et dans la région de la vessie avec strangurie. Après l'emploi des moyens ordinaires, tous les symptômes avaient disparu au bout de dix jours. Dans la crainte de provoquer une inflammation trop vive, on n'eut recours au cathétérisme que soixante heures après l'apparition de la strangurie, et à la suite de cette conduite, il resta au malade une paralysie de la vessie. Deux moyens avaient été employés sans succès, et le malade était obligé de se faire sonder deux ou trois fois par jour ou de porter une sonde à demeure. Le 2 août suivant, le malade vint réclamer les soins du docteur Pavesi, qui employa d'abord la pile de Daniell, composée de huit élémens, le pôle positif étant placé sur la vessie et le négatif sur les vertèbres lombaires. Le malade fut soumis tous les jours à cinq ou six cents décharges pendant tout le mois d'août. Les courans continus furent encore employés; mais le succès ne fut jamais soutenu ni durable, et le malade ne put jamais uriner librement plus de deux heures après l'application de ce moyen. M. Pavesi commença alors à employer la nicotine de la manière suivante : Une sonde en argent étant introduite dans la vessie, il retirait l'urine et injectait 4 à 5 onces d'une décoction faible de mauve pour nettoyer les parois vésicales; après quelques minutes, il laissait écouler le liquide et il injectait une solution de nicotine. La première fois que l'injection fut pratiquée, on injecta une demi-once de solution de nicotine contenant 60 centigrammes pour 360 grammes d'eau, et on ajouta 30 grammes d'un mucilage. L'opération fut répétée une seconde fois dans l'après-midi. On y revint tous les jours, et après trois jours, on vit la vessie reprendre tous les jours sa puissance contractile, de sorte que après quinze jours, le malade pouvait se passer complètement du cathétérisme. Cette solution n'amena aucun effet cérébral. Le 22 septembre, le malade urinait par un jet parabolique de 27 centimètres de diamètre sans aucun effort. — (*Gazzetta med. Lombarda*, n° 41, 1853.)

De l'emploi de la belladone contre la salivation; par le docteur ERPENBECK.

Une femme, atteinte d'entérite séreuse, avait été soumise à un traitement par le mercure à l'intérieur et à l'extérieur. A la suite, il lui était survenu une abondante salivation. L'auteur prescrivit 2 grains et demi d'extrait de belladone dans une émulsion pour les vingt-quatre heures. Le lendemain, la salivation avait disparu et la bouche était complètement sèche. Dès que l'emploi de la belladone fut interrompu, la salivation reparut; elle disparut encore dès qu'on revint au médicament. L'auteur croit donc d'après ce fait, et d'après quelques autres observés par lui, que la belladone constitue un bon moyen prophylactique contre la salivation. — (*Hanover corresp. Blatt*, n° 6, 1853.)

COURRIER.

LISTE DES EXTERNES. — Voici la liste des élèves appelés pour concourir à faire le service d'élèves externes dans les hôpitaux et hospices civils :

Second, dit Féréol, Duhomme, Dupuiset, Borde, Fournier, Lucas, Soulié, Berneaudeaux, Mercier (Edmond), Feron, Lenac, Gerin-Roze, Destez, Campardon, Bals, Royer (Anatole), Alla-Margot, Métivié, Dumont, Fayel, Deslongrais, Gibert, Brulé, Colon, Garnier, Lebrun, Lenormant, Roux, Londe, Dourlens, Broquier, de Buman, Germain, Legros, Peter, Populus, Raux, Hulin, Genouville, Schloss, Blot, Manoury, Meunier, Picard, Vissaguet, Tessier, Moricand, Jaulot, Bonassies, Duval, Foubert, Salomon, Bonifas, Berger, Renault, Judie, Landry, Geoffroy, Bouqueret, Couttin, Dupuis (Auguste), Durante, Feyfaut, Chatellin, Dance, Fleury, Bourgeaiserie, Gressy, Guignard, Helle, Lebeau (Louis), Marchandon, Paris (Adolphe), Péan, Poreau, Vigouroux, Durieu, Langiatin, Pasteur, Mosmant, Cahours, Delorgeril, Landrot, Lala, Thomeuf, Dumesnil, Rousseau, Maugras, Sautier, Fredet, Baudry, Bonnemaison, Bosc, Goux, Lafont, Marron, Michel, Patin, Royer (Henri), Tardif, Tailhardat, Cortès, Dupont (Emile), Letailleur, Alcantara, Brunet, Dupré (Frédéric), Ferrey, Guichemerre, Houzé, Lambert, Petel, Silve, Cezilly, Lintilhac, Gros, Bouteilloux, Guibourd, Allaux, Garrigou, Jousseaume, Hardy, Maillard, Meynier, Monot, Paul, Truchetet, Beaucher, Bourgeois, Bouts, Clausse, Démoulin, de Surosne, Dupré (Achille), Gachet, Guérin (Girard), Guérineau, Havet, Lansiaux, Lavergne, Leker, Pouthier, Roby, Tondut, Paupert, Bois, Billout, Coillot, Crouzat, Gillotin, Gérard, Henry, Lesséré, Ladreit de la Charrière, Basset, Donnet, Doucet, Godquin, Jatros, Lamy, Martin, Paley, Milon, Boitard, Fougère, Bougard, Brou, Collardot, Desmonts, Desplanques, Dupuis, Fleury (Emile), Gaube, Gauvin, Menard, Reculez, Mothe, Pouzet, Rivière, Royer (Louis), Batut, Benoit, Bissieu, Cahuzac, Deloire, Lesure, Claverie, Ozenne, Rodier, Guérin (Benjamin), Baldy, Bert, Bulard, Frette d'Amicourt, Mazerg, Moity, Moraud, Tuilaut, Vauclin.

PRIX DES EXTERNES. — Prix : M. Second, dit Féréol. Accessit : M. Duhomme. Mentions honorables : MM. Dupuiset et Borde.

— A la suite d'un concours, M. le docteur Jarjavay, agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux, vient d'être nommé chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Gosselin, dont les fonctions ont expiré cette année. Son concurrent était M. Sappey.

— La Société de médecine de Paris, séant à l'Hôtel-de-Ville, a formé son bureau ainsi qu'il suit pour 1854 : Président, M. Brierre de Boismont; vice-président, M. Géry; secrétaire général, M. Boys de Loury; secrétaires particuliers, MM. de Pietra Santa et Guibout; trésorier, M. Jacquemin; membres du conseil, MM. Requin et Camus.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 155. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Jeudi 29 Décembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, À PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56 ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 28 DÉCEMBRE 1853.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

A l'heure où nous mettons sous presse, nous n'avons pu nous procurer les chiffres exacts des cas nouveaux de choléra pendant les deux derniers jours. Nous pouvons annoncer, cependant, qu'aucun changement important n'est survenu dans la situation. Le nombre des atteintes, en ville, est toujours peu considérable.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Pour une séance de fin d'année, on ne pouvait pas s'attendre à tant de richesses. Après un nouveau sacrifice à Esculape d'un grand nombre de remèdes secrets et nouveaux, fait par M. Robinet, qui a tenu d'une main inexorable la hache du grand sacrificateur pendant la session de 1853, M. le docteur Lucien Corvisart a été appelé à la tribune pour lire un mémoire intitulé : *Études sur les alimens et les nutrimens*. Le temps et l'espace nous manquent aujourd'hui pour présenter une analyse appréciative de ce travail, auquel on ne pourra reprocher le défaut ni de nouveauté, ni d'originalité. Nous ne voulons pas d'ailleurs juger ce travail, qui, sous une forme peut-être excentrique, nous semble avoir une grande signification hygiénique et physiologique, sous l'impression d'un petit incident qui a fort ému les puritains de l'Académie. M. Corvisart a commis l'imprudence de désigner, dans son mémoire, le pharmacien qui prépare les nouveaux médicamens, ou produits, qu'il propose d'introduire dans la thérapeutique. Une horripilation générale s'est emparée de l'Académie, et des murmures très significatifs ont forcé le lecteur à s'arrêter tout net. Nous avons le malheur de nous sentir beaucoup moins ému de ce qui a paru une énormité à l'Académie. D'abord, le grand nom médical que porte l'auteur de ce travail, les fonctions qu'il remplit auprès du chef de l'État, ses travaux antérieurs dignes d'estime, tout cela nous garantit que M. Lucien Corvisart est aussi éloigné, que le plus austère des académiciens, de toute pensée d'exploitation mercantile. M. Corvisart a une idée médicale qu'il croit bonne ; pour la faire passer à l'état d'application, il a besoin du concours d'un pharmacien habile; pour que les praticiens puissent à leur tour expérimenter les moyens qu'il préconise, il leur dit : C'est là que, sous mes yeux et sous ma direction, se préparent ces produits; et vous voyez là une infraction à la dignité professionnelle!.... Je sais que la pente est facile, et que la distinction entre ce qui est honorable et pur et ce qui ne l'est pas, n'est pas toujours aisée à faire. Mais, ici, toutes les conditions se trouvent pour croire que M. Lucien Corvisart n'a été mû que par un bon sentiment; aussi l'Académie, sous une forme peut-être un peu vive, n'a-t-elle voulu lui donner qu'un paternel avertissement. C'est dans ce sens, tout de conciliation, que nous engageons notre jeune et distingué confrère à prendre le petit incident de sa lecture d'hier.

C'est encore une question d'alimentation, sous le rapport hygiénique et physiologique, qui a conduit M. Bouchardat à la tribune pour lire un bon rapport sur un travail remarquable de M. Mouriès intitulé : *Du phosphate calcique dans ses rapports avec la nutrition des animaux, les maladies et la mortalité des enfans dans les villes*. Nous voulons revenir sur ce mémoire avec toute l'attention qu'il mérite. Si nous ne partageons pas toutes les espérances, si nous ne croyons pas légitimes toutes les prétentions des chimistes à l'égard de la rénovation qu'ils attendent de leur science appliquée à la médecine, nous répudions aussi toutes ces négations systématiques, ces résistances passionnées et ces exclusions absolues dont nous avons vu avec peine quelques manifestations dans la courte discussion qui a suivi le rapport de M. Bouchardat. L'honorable rapporteur l'a dit, du reste, avec esprit et même avec profondeur, en répondant à une spirituelle mais peu grave attaque de M. Gibert : « Ce n'est pas la témérité dans le progrès, c'est l'ignorance qui m'effraie. » O grands et fervens adorateurs d'Hippocrate, soyez un peu de votre temps, et souvenez-vous donc qu'il y a plus de progrès véritable et de généreuses aspirations vers l'avenir dans une belle page du vieillard de Cos que dans toute l'antiquité savante ou philosophe.

Amédée LATOUR.

SYPHILOGRAPHIE.

PEUT-ON COATRACTER PLUSIEURS FOIS LA SYPHILIS ?

M. Ricord nous adresse une lettre en réponse à un article publié dans le *Moniteur des hôpitaux*, par M. le docteur Follin. Nous pensons que nos lecteurs comprendront mieux la réponse de M. Ricord, et nous croyons satisfaire nous-même à toutes les exigences d'une discussion scientifique loyale, en mettant d'abord sous les yeux de nos lecteurs l'article de M. Follin, que nous reproduisons sans altération ni suppressions.

DEUX CHANCRES INDURÉS, A TROIS ANS D'INTERVALLE, CHEZ LE MÊME INDIVIDU.

Certains syphiliographes professent encore qu'on ne peut avoir la vérole qu'une fois dans sa vie, car la première infection crée, selon eux, dans l'organisme, une diathèse qui s'oppose à des infections nouvelles. Cette doctrine se traduit dans la pratique en disant qu'un individu atteint de chancres indurés n'est plus apte à contracter des chancres analogues. De telles idées sont loin, à la vérité, d'avoir reçu la sanction générale, et l'observation qu'on va lire est destinée à montrer chez un même individu, à trois ans d'intervalle, le développement de chancres indurés. Le premier chancre fut observé par M. Puche, dont personne ne peut contester les connaissances syphiliographiques et à l'obligeance duquel nous devons la note ci-dessous. Quand au chancre induré de la nouvelle génération, il ne peut laisser, sur sa nature, de doutes dans l'esprit de personne.

Au milieu de l'obscurité qui règne encore aujourd'hui dans les questions relatives à la syphilis, il faut mettre de côté les hypothèses et laisser la parole aux faits. Les discussions, récemment soulevées au sein de l'Académie de médecine, montrent qu'on doit procéder de nouveau, par l'observation, au rétablissement de la vérité, là où les doctrines avaient jeté l'erreur. C'est dans ces vues que nous publions le fait suivant, qui viendra se joindre à ceux rappelés par M. Velpeau dans la discussion académique.

OBSERVATION. — Deberg... (Adolphe), âgé de 34 ans, forgeron, d'un tempérament lymphatique, est entré à l'hôpital du Midi (service de M. Vidal), salle 10, n° 7, le 14 octobre 1853.

Ce malade présente un vaste chancre induré, siégeant sur la portion dorsale de la face cutanée du prépuce. Ce chancre, qui est en voie de réparation, a été contracté il y a deux mois ; il est large comme une pièce de 1 franc, et le fond est au niveau des bords ; sa base donne au toucher la sensation d'une dureté élastique caractéristique qui s'étend à toute l'épaisseur du prépuce et forme au gland une espèce de demi-coque cartilagineuse ; un phimosis incomplet est la conséquence naturelle de cette induration.

Les symptômes qui accompagnent l'ulcération spécifique sont une adénopathie inguinale très marquée, une syphilide érithémateuse assez prononcée et n'occupant que le tronc, enfin un engorgement notable

Feuilleton.

NOTES

SUR LES ÉTABLISSEMENS D'ALIÉNÉS

De **Siegburg, Halle, Dresde, Prague, Berlin** et **Vienne**.

RÉFLEXIONS

SUR LA MÉDECINE PSYCHIATRIQUE EN ALLEMAGNE.

Par le docteur J. MOREAU (de Tours), médecin de l'hospice de Bicêtre.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

VIENNE.

L'asile de Vienne est un des plus beaux et des plus grands de l'Allemagne. Il est d'ailleurs, sur une échelle plus vaste, et sauf quelques exceptions, la reproduction de celui de Prague. Bien que destiné au même nombre de malades que l'institut de Halle, il paraît occuper, en raison de la disposition de ses diverses parties moins ramassées en quelque sorte, une étendue de terrain plus considérable.

Situé à l'extrémité de l'un des faubourgs de Vienne, à l'ouest de cette ville et à deux kilomètres environ des remparts, ce magnifique établissement occupe un plateau assez élevé qui domine la ville et d'où l'on jouit d'une vue très étendue, pleine d'animation et de mouvement. Il est peu distant du grand hôpital civil, de l'hospice des vieillards, et d'un très vieux bâtiment, lequel, à cause de sa forme et de sa distinction a reçu le nom de *Narnthurm*, ou tour des fous.

L'asile n'était pas encore achevé à l'époque où M. Ménière le visita (en septembre 1852). « Dans quelques mois, dit notre honorable collègue, les malades prendront possession de ce *splendide palais* qui a coûté un million de florins. Cette somme, les frais d'entretien, le personnel, etc., représentent un capital énorme dont l'intérêt sera loin d'être couvert par les recettes de l'établissement; mais, nous disait l'habile directeur, le gouvernement n'a pas voulu tenter une affaire, il fera le plus de bien possible, ce qui est à la fois, dans son rôle et dans ses goûts. » (1).

Une porte grillée, flanquée de deux élégans pavillons, donne accès dans un vaste jardin en amphithéâtre, planté à l'anglaise, au bout duquel, on aperçoit l'entrée principale de l'établissement.

Cette entrée est fort belle et d'un grand aspect, en harmonie avec une magnifique façade à deux étages, surmontée d'un espèce de belvédère et reliée, à ses deux extrémités, à des bâtimens d'égale dimension qui la coupent à angle droit, en avant et en arrière.

Les dispositions intérieures sont les mêmes que dans l'asile de Prague. Le premier étage ou rez-de-chaussée est occupé par les malades de troisième classe, le deuxième par les pensionnaires de première et de deuxième classes. Quant aux chambres particulières, aux dortoirs, aux salles de récréation, d'étude, etc., tout cela est d'un grandiose qui ne peut manquer de frapper un visiteur français.

L'eau, comme chacun sait, joue un grand rôle dans la thérapeutique des aliénés. Rien, ici, n'a été épargné pour fournir au médecin tous les moyens d'utiliser ce précieux agent de traitement. On y trouve, d'abord, une grande et belle salle de bains divisée en dix cellules avec une baignoire dans chacune ; une chambre particulière avec une seule baignoire, destinée aux malades tranquilles de première et de deuxième classes. Une salle *exclusivement* destinée à l'administration de la douche sous toutes les formes : à jet simple, en nappe, en arrosoir. On a eu soin d'isoler cette salle, de manière à ce que les cris des patiens ne puissent être entendus du dehors ; enfin, une salle dans laquelle ont été établis, à grands frais, tous les appareils nécessaires pour donner des bains de vapeur.

Les appartemens du médecin-directeur, du médecin en second et des surveillans sont situés au centre du bâtiment principal, immédiatement au-dessus du grand escalier d'entrée. En arrière se trouve la chapelle, d'un style sévère et décorée de très belles frisques. Des tribunes ayant issue sur les corridors du deuxième étage, sont réservées aux pensionnaires de première et de deuxième classe ; le parquet est destiné exclusivement aux malades de troisième classe.

Indépendamment des huit préaux ou jardins annexés à chacune des divisions, il existe un immense jardin dont tous les malades indistinctement ont la jouissance. Au centre s'élève un kiosque ou pavillon d'où l'œil embrasse un magnifique horizon, et sous lequel les promeneurs trouvent au besoin un abri contre la pluie ou les ardeurs du soleil. On y fait parfois de la musique.

L'asile a été construit pour quatre cents malades curables, ou du moins réputés tels. Il est dirigé médicalement et administrativement par M. le docteur Ridle, lequel a sous ses ordres trois autres médecins et un élève en médecine. On n'y reçoit ni épileptiques aliénés ou non aliénés, ni enfans idiots. Ces malades sont relégués avec les aliénés incurables (chroniques) dans le *Narnthurm*.

Si l'on s'en tient rigoureusement au dire des médecins de l'établissement, les paralytiques généraux seraient ici beaucoup moins nombreux que dans aucun des établissements que nous avons visités. On en compterait *cinq* au plus sur cent malades (hommes) ! Nous avons vu précédemment qu'à Berlin, le chiffre des paralytiques s'élevait à vingt pour cent.

Comment se fait-il qu'à une distance aussi rapprochée, chez des populations qui ont tant d'analogie par les mœurs, les habitudes sociales, etc., il se rencontre une si énorme différence dans le nombre de ces malades? D'où viendrait cette différence? N'est-elle pas plus apparente que réelle? Ne tient-elle pas à ce que l'on ne reçoit, autant que possible, dans l'asile, que des individus dont la santé physique et morale n'est pas dans de trop mauvaises conditions, les autres étant relégués, comme je le disais tout à l'heure, dans la tour des fous ? Ou bien encore, ainsi que je serais disposé à le croire, d'après quelques paroles de l'un des médecins de l'asile, M. le docteur Maresch, n'inscrit-on au nombre des paralytiques que ceux dont la maladie *est confirmée* (c'est l'expression du docteur Maresch), c'est-à-dire, sans doute, est arrivée à la troisième, ou tout au moins à la deuxième période, à l'exclusion

(1) Ouvrage cité.

des ganglions cervicaux postérieurs. Ce malade n'ayant point porté son attention vers ces derniers symptômes, on ne peut préciser quel est le moment de leur début.

Abordons maintenant la partie la plus intéressante de l'histoire de ce malade ; examinons ses antécédens :

En 1840 et 1844, Deberg... eut deux écoulemens qui ne furent guéris qu'après plusieurs mois d'existence.

En 1850, il entra à l'hôpital du Midi, salle 11, n° 5, pour y être soigné d'un chancre situé sur la muqueuse préputiale, dans un point qui correspond parfaitement à celui qu'occupe le chancre actuel. Seulement celui-ci est cutané, tandis que l'autre était muqueux quand au siége.

Le malade raconte que ce chancre, qui datait de quinze jours, était dur et accompagné de tumeurs non suppurées dans les aines. Cinq semaines s'écoulèrent avant qu'il ne fût complétement cicatrisé, et pendant sept semaines le malade prit des mercuriaux. A ces renseignemens vagues, l'on pouvait soupçonner l'existence d'un chancre induré ; mais M. Puche, qui recueille avec tant de soins les faits soumis à son observation, traita ce malade, en l'absence de M. Vidal, et il a bien voulu nous communiquer la note qu'il avait prise sur Deberg... à cette époque. Cette note affirme l'existence d'un chancre induré et le diagnostic précis de M. Puche vient ici confirmer pleinement l'opinion que faisaient naître les assertions du malade. Voici cette note textuelle :

« Chancre induré. — Deberg.., (Adolphe), âgé de 30 ans, forgeron, d'un tempéramment lymphatique, d'une bonne constitution, est entré à l'hôpital du Midi, salle 11, n° 5, le 12 septembre 1850. Il était affecté :

» 1° D'un *chancre* térébrant *induré* de l'impasse du prépuce en haut, de seize jours (le dernier coït remontait à quarante-six jours) ;

» 2° D'un ganglion engorgé dans la région inguinale gauche, de quatre jours. Pas d'autres symptômes syphilitiques.

» *1re Infection chancreuse — Antécédens* : Deux uréthrites, la dernière, guérie depuis quatre ans. Ce malade était un peu ivre lorsqu'il a contracté son chancre. Traitement nul.

» *Traitement à l'hôpital.* — Le 13 *septembre*, coton cardé entre le gland et le prépuce ; lotion de chlorure d'oxyde de sodium étendue de neuf parties d'eau ; cataplasmes émolliens sur la verge qui est très tuméfiée ; pilules de proto-iodure de mercure de 5 centigrammes : une matin et soir, pendant neuf jours (18 pilules).

» Le 21, suspendre l'usage des cataplasmes ; 3 pilules par jour, en trois doses, à intervalles égaux pendant quatre jours (12 pilules).

» Le 26, gingivite en bas ; suspendre l'usage des pilules ; gargarisme chlorhydrique, bouteille d'eau de Sedlitz.

» Le 30, reprise du traitement ; 2 pilules ;

» *4 Octobre*. 3 pilules.

» Le 7, 4 pilules.

» Le 10, cautérisation du chancre.

» Le 14, nouvelle gingivite, mais peu intense ; suspendre l'usage des pilules ; gargarisme chlorhydrique, bouteille d'eau de Sedlitz.

» Le 17, pansement à plat du chancre, avec une bande de sparadrap de Vigo cum mercurio ; 2 pilules.

» Le 21, 3 pilules.

» Le 24, cicatrice indurée du chancre ; 4 pilules.

» Le 28, le malade quitte l'hôpital avec une cicatrice indurée ; pendant son traitement, aucun symptôme de syphilis constitutionnelle ne s'est montré. »

La note qu'on vient de lire révèle incontestablement l'existence d'un chancre induré à cicatrisation lente chez un malade qui sort de l'hôpital avec une cicatrice encore indurée.

Si l'on rapproche ces premières données de l'état actuel du malade, il est impossible de ne point admettre que cet homme a contracté, à trois ans d'intervalle, deux chancres indurés. Dès lors, que devient la doctrine qui nie qu'on puisse avoir plusieurs fois dans sa vie la vérole constitutionnelle, autrement dit le chancre induré, « *qui seul détermine infailliblement l'infection syphilitique*. »

Il reste démontré par le cas que nous publions, qu'on peut contracter plusieurs fois, à des intervalles de temps variables, des chancres indurés. L'évidence de ce fait est si grande qu'il nous paraît inutile d'insister longuement sur les objections qu'on pourrait lui adresser.

Dira-t-on qu'il y a eu quelque erreur de diagnostic ? Nous ne laisserions point passer cette façon d'expliquer les choses, et, à des assertions rétrospectives, nous opposerions l'autorité d'un homme qui a l'habitude de reconnaître des affections syphilitique. A la vérité, l'on admet aujourd'hui des chancres durs, des chancres indurés, des chancres endurcis ; mais ces distinctions scolastiques ne se retrouvent plus au lit des malades : c'était donc là un véritable chancre induré, celui « qui détermine infailliblement l'infection syphilitique.

D'ailleurs, s'il faut, pour affirmer la nature indurée d'un chancre et sa destination si grave, qu'il soit entouré du cortège habituel des autres accidens syphilitiques, nous ne voyons plus quelle importance il y a à en rechercher tous les caractères, et pourquoi l'on en fait le pivot d'une théorie.

Il est donc impossible de nier ici l'existence d'un chancre induré ; mais ce chancre devait créer une infection syphilitique rebelle à de nouveaux chancres indurés : là encore la théorie est en défaut. Ainsi, de quelque côté qu'on envisage la question, elle se montre rebelle aux doctrines, et l'on est forcé de reconnaître, à trois ans d'intervalle, chez le même individu, l'existence de chancres indurés. C'est sur ces dernières remarques que nous voulons quitter l'esprit du lecteur. Il importe aujourd'hui de rechercher avec soin, et sans idées préconçues, les antécédens syphilitiques des malades, car nous avons quelques raisons de penser que des faits analogues à celui-ci ne sont pas rares.

Voici maintenant la lettre M. Ricord :

A M. le docteur Amédée Latour, *rédacteur en chef de l'*Union Médicale.

Mon cher ami,

Que pensez-vous de l'observation que vous avez dû lire dans le *Moniteur des hôpitanx* du 22 décembre, ayant pour titre : *Deux chancres indurés, à trois ans d'intervalle, chez le même individu*, et que dites-vous du ton d'autorité avec lequel elle est présentée, par notre jeune confrère M. Follin, après quinze jours de service à l'hôpital du Midi ?

Avez-vous bien vu, dans cette observation, l'amour de la science, la recherche froide et impartiale de la vérité et le véritable désir d'instituer de saines doctrines ?

N'est-il pas malheureux, dans des questions aussi graves que celles-là, d'être toujours obligé de ne voir que des questions personnelles auxquelles je ne devrais peut-être pas prendre la peine de répondre s'il ne s'agissait de rétablir la vérité.

Les personnes qui ne connaîtraient pas les doctrines que je professe, et qui sont le résultat de 23 ans d'études et d'expériences à l'hôpital du Midi, croiraient, en entendant M. le docteur Follin s'escrimer contre l'*unicité* de la diathèse syphilitique, que j'ai soutenu qu'on ne devait avoir, *absolument et fatalement*, la syphilis constitutionnelle qu'une fois. Si M. Follin, qui apprend beaucoup de choses, sans doute, s'était donné la peine de mieux savoir ce que je dis, il aurait vu, qu'en établissant une règle générale, *très générale*, je n'avais pas pu prétendre que cette règle n'eût pas d'exceptions. J'ai comparé la syphilis constitutionnelle à la variole et au vaccin. Or, on peut avoir deux fois la variole ou être revacciné, sans que cela détruise la règle générale qui veut qu'une première variole mette à l'abri d'une seconde, et que l'influence préservatrice du vaccin soit ordinairement persistante.

Ce que j'ai dit et ce que je soutiens, et ce que M. Follin apprendra un jour, je l'espère, en vieillissant un peu, c'est qu'on a bien moins souvent deux chancres indurés que deux fois la variole, ou que l'aptitude à être deux fois vacciné.

Permettez-moi, mon bon ami, de vous reproduire une note que j'ai communiquée aux auteurs du *Compendium de médecine* (1846), et que vous retrouverez dans cet ouvrage si remarquable, et dans la thèse de mon neveu, M. le docteur J. Nitard-Ricord (1). Voici cette note :

« La diathèse syphilitique, une fois établie, ne disparaît jamais ; elle » devient un nouveau tempérament : les médications spécifiques font » disparaître les manifestations, mais ne détruisent point la diathèse, » qui est d'ailleurs parfaitement compatible avec l'état de santé, soit » pendant les intervalles quelquefois très longs (dix, vingt, trente ans) » qui séparent les différentes manifestations, soit pendant la vie du » sujet, lorsque les premiers accidens constitutionnels restent uniques. » Il se produit ici un phénomène analogue à celui qu'on observe dans » la variole et la vaccine.

» Lorsqu'une diathèse existe, il ne s'en produit pas une seconde. On » n'entasse point vérole sur vérole, comme le pensent le peuple et les » médecins qui partagent ses préjugés. C'est assez et déjà trop d'une.

» Mais cette loi de l'unité de la diathèse syphilitique si logique, si en » rapport avec ce que nous connaissons des autres diathèses, est- » elle absolue ? Probablement, non. On doit trouver pour la syphilis, » quoique bien plus rarement, ce qu'on trouve pour la variole et pour » la vaccine ; la disposition acquise peut s'*atténuer* et finir par s'étein- » dre. Dans le premier cas, une nouvelle infection générale, devenue » possible, produira des accidens constitutionnels modifiés, ce qui » expliquerait les *affections syphiloïdes* qu'ont admises quelques » auteurs, et qui seraient à la syphilis ce que la varioloïde est à la » variole. *Dans le second cas, une infection nouvelle donnera lieu à » la reproduction d'accidens constitutionnels à formes et à succes- » sion régulières.*

» L'inaptitude de quelques sujets privilégiés à subir l'infection, la » règle générale qui veut qu'une fois la diathèse syphilitique établie, » elle ne puisse pas se doubler, l'action des agens thérapeutiques qui » ne semblent agir que sur les manifestations, sans détruire la disposi- » tion acquise ou nouveau tempérament, établissent des analogies si » grandes entre la syphilis, la variole et la vaccine, qu'il n'est peut-être » pas déraisonnable de prévoir qu'un jour on trouvera une analogie » de plus, une vaccination syphilitique, si je puis m'exprimer ainsi. »

Oui, mon cher ami, si l'on trouve des observations bien rigoureuses, incontestables de répétitions sur le même individu, de chancres indurés, elles n'en constitueront pas moins une exception très rare. Pour ma part, je n'en ai pas encore rencontré de nature à ne laisser aucun doute dans l'esprit ; et sur un relevé de 1,200 observations de chancres indurés, suivis de syphilis constitutionnelle, recueillies par notre collègue et ami, M. Puche, qui a bienvoulu me signaler ce résultat aujourd'hui même, il ne s'est présenté que l'observation que M. Follin paraît avoir été si heureux de trouver contraire à mes doctrines, et un autre cas qui laisse encore beaucoup à désirer.

Vous l'entendez bien, 1,200 observations prises *ab ovo*, et suivies par M. Puche lui-même, n'ont donné que le cas dont il vient d'être question.

Veuillez bien croire, mon cher ami, quoique cela puisse contrarier les gens qui sont décidés à dire *blanc* quand je dirai *noir, et vice versâ* ; que je ne veux nullement repousser les exceptions qui viennent confirmer une règle si bien établie. Loin de là, tous ceux qui, depuis vingt ans, suivent mes leçons, à l'hôpital du Midi, m'ont vu chercher constamment des cas exceptionnels que je désire, car ce serait une des preuves les plus certaines *qu'on peut définitivement se débarrasser de l'infection syphilitique et de la disposition générale qu'elle imprime,*

(1) Thèse, ayant pour titre : *Peut-on avoir plusieurs fois la vérole constitutionnelle?* — Faculté de Paris, 25 mars 1848.

---

de ceux dont le mal n'est qu'au début ?

§

Près de mettre fin à ces notes, je dois réparer une omission. Je n'ai pas parlé des moyens de coërcition en usage dans les établissemens que j'ai visités. Qu'il me suffise de dire qu'ils ne diffèrent en rien de ceux auxquels on a généralement recours en France. Le gilet de force, très rarement et exceptionnellement la réclusion dans une chambre isolée, dans une loge, si l'on veut, tels sont les moyens employés pour maintenir les aliénés les plus agités, comme ceux, bien plus redoutables encore, dont le calme cache de sinistres desseins contre eux-mêmes ou contre ceux qui les entourent.

L'idée toute britannique du *no-restraint* ne paraît pas avoir été mieux accueillie en Allemagne qu'en France. Et ce fait est à lui seul un argument auquel il faut accorder une certaine valeur si l'on considère le caractère naturellement doux et soumis de nos voisins d'outre-Rhin.

Pour notre compte, si l'on nous permet de dire ici notre opinion en quelques mots, elle nous paraît être une impossibilité dans la plupart des cas, une illusion toujours. Elle descend, en droite ligne, de ces pseudo-doctrines psychologiques (de psychologie *pure*) qui faussent toutes les idées en fait d'aliénation mentale. C'est ainsi que les partisans de la méthode anglaise, entr'autres raisons, font valoir celle-ci : « que la contrainte corporelle a cela de fâcheux qu'*elle dégrade le malade à ses propres yeux, le détourne de s'observer*, etc. (1) » Et puis encore : « ..... qu'elle encourage les malades, lorsqu'ils sont tranquilles, à exercer leurs facultés de manière à se contrôler eux-mêmes (2). » Enfin, « que les guérisons qui en résultent (*quod est probandum*) sont plus durables que celles que l'on obtient par d'autres moyens, et qu'en cas de tendance à une rechute, *le malade fera plus d'efforts pour la prévenir* (3). »

Mais le maniaque furieux, le lypémaniaque homicide ou suicide sont-ils donc simplement des individus dominés, les uns par la colère, les autres par des idées de vengeance, des pensées de mort, auxquels on puisse faire entendre raison ? Que penserait-on d'un médecin qui s'efforcerait de faire comprendre à un malade qu'il est déraisonnable, dangereux pour lui-même et pour les autres, d'avoir le pouls à 120 ou 130 pulsations au lieu de 80, de se laisser secouer et tordre les membres par des attaques d'hystérie ou d'épilepsie ? Faudra-t-il toujours rappeler que les pensées, les actes d'un aliéné sont nécessairement et *indissolublement* liés à un état pathologique quelconque, dynamique ou moléculaire, de l'organe intellectuel ; que ces pensées, ces actes sont tout aussi indépendantes de la volonté que les mouvemens nerveux, les désordres de la motilité ?

La méthode en question, avons-nous dit, est une illusion. J'ajoute que l'expression par laquelle on la désigne est un mensonge ; elle signifie, si je ne me trompe, absence de coërcition, de contrainte ; or, je demande, si les poignets, les bras de fer de deux, de quatre, de six vigoureux gardiens ne valent pas de simples manches de toile, ne constituent pas une force très physique et très matérielle, mille fois plus brutale dans son action que le gilet dont nous faisons usage ?

Je ne parle pas de la patience, de la vertu surhumaine qu'il faudra à des hommes pour maintenir certains maniaques, certains lypémaniaques dans la période aiguë de leur délire, de jour, de nuit, sans trève ni relâche, pour ne pas réagir contre eux, et opposer la violence à la violence.

N'est-il pas évident, en outre, pour quiconque a quelque habitude des aliénés, que rien n'est plus fait pour exaspérer un malade que l'éternelle présence, la vue abhorrée de ces gardiens qu'il ne voit jamais qu'à travers le prisme de ses convictions délirantes, et dont il fait autant de bourreaux, d'assassins, de démons ? Que l'on imagine, si on le peut, le supplice d'un malheureux placé dans de pareilles conditions !

Que si l'état d'agitation se prolonge malgré, ou plutôt à cause du *no-restraint* (et il ne peut manquer d'en arriver souvent ainsi) jusqu'à épuisement des forces d'une légion de gardiens, on a la ressource des loges matelassées, à murs doublés de caoutchouc. Mais alors, c'est en revenir aux vieux us et coutumes, à l'enfance de l'art. C'est substituer un mode de violence à un autre ; et Dieu sait, encore, s'il est beaucoup de malades que l'on puisse abandonner ainsi à eux-mêmes, seuls dans leur cabanon, sans aucune espèce d'entraves !

Les choses se passent bien différemment lorsque l'on fait usage de la camisole ! Un seul gardien suffit, alors, pour maintenir le fou le plus dangereux, et il est presque toujours possible de laisser circuler le malade dans les cours, dans les jardins, sans avoir rien à craindre ni pour lui, ni pour les autres.

« Nous voyons des malades qui, loin de s'effrayer de cet appareil de contrainte, le réclament et le sollicitent. Quelques-uns tendent les bras à la camisole quand ils pressentent l'approche de leurs accès, afin de se mettre en garde contre les violences dont ils ne seraient pas les maîtres dans les momens où ils n'ont plus conscience de leurs actes. S'agit-il, au contraire, de placer un aliéné en cellule ? On le trouve constamment rebelle et la force seule peut l'y conduire.

» Les aspirations les plus ardentes des aliénés sont pour la liberté. C'est leur vœu le plus cher, c'est la pensée qui les domine sans cesse. L'idée d'une clôture, même éloignée, leur est odieuse....... » Ainsi s'exprime M. le directeur général de l'assistance publique, dans son rapport sur le service des aliénés (1852).

En vérité, je me demande s'il y a quelque chose de sérieux dans la méthode que l'on dit être si fort préconisée de l'autre côté du détroit. Un vieux proverbe de notre pays dit que « le mieux est ennemi du bien. » En voulant faire mieux, dans le cas dont il s'agit, n'a-t-on pas fait beaucoup moins bien ? En faut-il d'autre preuve que le résultat même des tentatives faites en Angleterre pour l'application du *no-restraint?* En pareille matière, l'expérience est un juge qui prononce en dernier ressort. Que l'on parcoure donc le rapport dont nous avons déjà extrait quelques passages, et que l'on dise si les faits qu'il contient ne sont pas la condamnation formelle de cette méthode. » A Hanwell, dit M. Battelle (1) le nouveau mode de répression s'est établi au moyen

(1) Rapport de M. Batelle sur les établissemens d'aliénés, etc.
(2) *Ibidem.*
(3) *Ibidem.*

(1) Rapport..., etc., page 428.

avec tant de ténacité, à l'économie. M. Puche qui, sous ce rapport, comme sous beaucoup d'autres, professe les mêmes idées que moi, a cherché pour trouver, et vous voyez jusqu'à présent à quoi ont abouti ses recherches : à ..... un seul cas!

Je comprends que, dans cette pénurie, M. Follin craigne qu'on ne touche à cette observation, qui est pour lui l'arche sainte et qu'il m'impose le diagnostic de mon confrère, dont personne plus que moi ne reconnaît la bonne foi et le savoir. Mais, lorsque M. Follin aura un peu plus vu de syphilitiques, il trouvera, peut-être, qu'il y a, dans l'observation de notre très honorable collègue, quelques points sujets à contestation, tels que *la forme assignée au chancre*, le *gonflement énorme de la verge, nécessitant l'emploi des émolliens*, l'*adénopathie monoganglionnaire* qui constituent autant d'exceptions pour le chancre induré, ainsi qu'on peut le voir sur le même malade, en comparant la première observation à la seconde, qui, cette fois, est bien l'histoire d'un chancre induré, avec ses accessoires et ses conséquences.

Toutefois, que M. Follin ne se décourage pas, qu'il continue ses recherches contradictoires ; il trouvera probablement de nouveaux faits exceptionnels mieux établis, que j'accepterai avec grand plaisir. Si je parviens moi-même à en trouver avant lui, je me ferai un devoir de les faire connaître au monde scientifique, pour que nous puissions savoir dans quelle proportion se rencontrent les exceptions à la règle générale.

Cherchons, — et en attendant, mon cher confrère, veuillez toujours me croire aussi dévoué au travail qu'à mes vrais amis.

RICORD.

CHIRURGIE.

OBSERVATION D'OBLITÉRATION COMPLÈTE DE L'URÈTRE CHEZ UN ENFANT AGÉ DE NEUF ANS.

Monsieur le rédacteur,

Dans son numéro du 19 novembre dernier, l'UNION MÉDICALE a reproduit, au compte-rendu de la séance de l'Académie de médecine, l'histoire d'un malade présenté par M. le docteur Maisonneuve et guéri par l'habile chirurgien, d'une *oblitération complète de l'urètre* à l'aide d'un *nouveau procédé d'urétrotomie périnéale*. Ce fait m'en remet en mémoire un non moins remarquable, dont je fus témoin en 1847, à l'hôpital des Enfans, dans le service de M. Paul Guersant, dont j'étais alors l'élève. Cette observation, par son intérêt même, par l'analogie qu'elle présente avec celle publiée par M. Maisonneuve, par la rareté du sujet qu'elle comporte, me semble digne de prendre place auprès de la première, et je réclamerai pour elle, Monsieur le rédacteur, la publicité dans votre estimable journal.

Un jeune garçon de 9 ans, nommé Louis Cardinal, entra, le 20 octobre 1847, à l'hôpital des Enfans.

Trois mois auparavant, ce malade était tombé à cheval sur le rebord d'un tonneau sur lequel il était monté pour atteindre un objet hors de sa portée. Cette chute occasionna une violente contusion du périnée, des bourses, et ne détermina extérieurement qu'une rougeur à peine sensible au début, mais qui, le lendemain, était plus considérable. Une seule goutte de sang avait sécrété à l'extrémité de l'urètre, peu après l'accident; cependant, l'émission des urines était impossible ; le cathétérisme, tenté à différentes reprises, était impraticable ; la vessie se remplissait, sans qu'il fût possible de la vider. Vingt-quatre heures après l'accident, on fut forcé d'avoir recours à la ponction hypogastrique. L'état du malade, rapidement empiré, était devenu désespéré. Cette opération le soulagea beaucoup, les symptômes alarmans cédèrent ; toutefois, l'enfant garda pendant quinze jours le lit sans pouvoir goûter un instant de sommeil.

Le quatrième jour, les bourses, considérablement ecchymosées, se tuméfièrent et devinrent le siége d'un phlegmon qui se termina par suppuration : cet abcès du scrotum s'ouvrit naturellement au huitième jour.

Depuis cette époque, le cours normal des urines était interrompu ; diverses tentatives de cathétérisme, pour lequel on employa alternativement des bougies, de plusieurs calibres, des sondes métalliques ; ces diverses tentatives furent aussi infructueuses qu'au premier jour ; la fistule hypogastrique, établie consécutivement à la ponction, resta donc la seule voie d'émission des urines, dont on facilita l'écoulement en plaçant, à demeure dans la fistule, une canule en fer blanc.

Cependant, la santé générale de l'enfant se rétablit, et, un mois après l'accident, était aussi parfaite qu'auparavant. Au commencement d'octobre, le père, désireux de voir délivrer son fils d'une infirmité aussi pénible que dégoûtante, le conduisit à Paris. (Ils habitaient les environs de Meaux, d'où le jeune malade fut adressé à M. Paul Guersant par le docteur Houzelot, qui communiqua par écrit ces renseignemens.)

Nous vîmes l'enfant à l'hôpital le 2 octobre 1847. Sa constitution paraissait assez solide, tout en présentant les caractères d'un tempérament lymphatique prédominant. Nous examinâmes la fistule hypogastrique, dont la peau, circonvoisine, offrait une teinte brunâtre due au contact habituel de l'urine suintant constamment le long des parois extérieures de la canule, et exhalait une odeur ammoniacale très prononcée. M. Paul Guersant essaya en vain de pénétrer dans la vessie par l'urètre, avec des sondes de calibres divers.

Pendant une douzaine de jours, on laissa le malade s'acclimater, et le 14 octobre on fit les premières tentatives pour rétablir la continuité du canal. On voulut d'abord forcer directement l'obstacle, à l'aide d'une sonde, puis d'un cathéter ; et ces efforts furent dirigés avec la plus extrême prudence ; simultanément on chercha à arriver, par la vessie, à travers la plaie du ventre. Un cathéter introduit par cette voie, arriva dans une petite poche membraneuse, une espèce de petit boyau constitué par le réservoir de l'urine, ratatiné, ramassé sur lui-même, et dont les parois avaient acquis une épaisseur notable. Les premiers essais n'aboutirent à aucun résultat, mais ne déterminèrent, d'ailleurs, aucun accident ni pendant l'opération, ni après. On les renouvela le 27 octobre, mais aussi infructueusement.

Le 11 novembre, M. Guersant imagina un nouveau mode d'opérer. Le petit malade étant mis en position comme s'il devait subir l'opération de la taille, on porta un cathéter, cannelé dans sa concavité, à travers la fistule hypogastrique, la vessie, le col de la vessie et la partie de l'urètre comprise derrière l'obstacle placé au niveau de la portion membraneuse du canal ; en même temps, une sonde fut introduite dans la partie de l'urètre située en avant de l'obstacle, auquel on pouvait mesurer ainsi de 2 à 3 millimètres d'étendue. Le cathéter étant tenu de façon à faire bomber le périnée, sur la saillie qu'il formait au niveau de l'obstacle, le chirurgien pratiqua, suivant le grand axe du canal, une incision comprenant toute l'épaisseur des tégumens jusqu'au cathéter, et pouvant avoir un centimètre de longueur. Par cette boutonnière, en suivant la cannelure de l'instrument qui se présentait au périnée, on conduisit une sonde en gomme dans la vessie, et, pour s'assurer de sa position, on injecta par la fistule hypogastrique une petite quantité d'eau tiède qui s'écoula parfaitement par la sonde. On fixa celle-ci, puis on enleva la canule en fer blanc, substituant ainsi une fistule périnéale à la fistule du bas-ventre.

Après cette opération, survinrent quelques légers accidens fébriles, qui durent être attribués à un peu d'embarras des premières voies, se dissipèrent après quarante-huit heures, sous l'influence d'un laxatif. Ces accidens passés, on songea, le 15, à compléter la guérison, en fermant la fistule du périnée ; déjà celle de l'hypogastre était à peu près oblitérée ; on tenta vainement de faire pénétrer une sonde du canal dans la vessie. Le 20, de nouvelles tentatives ne furent pas plus heureuses. La plaie du bas-ventre était alors entièrement fermée.

Le 25, M. Guersant eut recours à un autre mode de cathétérisme ; dans un premier temps, une sonde en gomme de mince calibre fut conduite à travers la partie du canal située devant l'obstacle, et vint sortir par la plaie ; dans un second temps, son extrémité inférieure fut introduite par la plaie dans la vessie ; malheureusement, le lendemain, cette sonde était brisée au niveau de la fistule ; il fallut la changer. Cette fois, on introduisit d'abord dans la vessie l'extrémité inférieure de la sonde, puis l'extrémité supérieure, préalablement dégarnie de son pavillon, fut conduite dans la portion antérieure de l'urètre ; on la fixa au méat, et pour la soutenir au périnée, on rapprocha les lèvres de la plaie à l'aide de deux points de suture enchevillée. Vingt-quatre heures après, bien qu'un léger suintement eût lieu par la plaie, les urines s'écoulaient assez franchement par l'orifice de la sonde.

Le 8 décembre, on répéta la même opération, la sonde ayant dû être changée et la nouvelle n'ayant pu être introduite directement, on défit les points de suture.

Le 13, on renouvela l'appareil ; pour en aider l'application on fit passer au travers de la sonde, en place, un mandrin en baleine, et sur ce conducteur on conduisit aisément l'ancienne sonde pour introduire la nouvelle. Ce procédé fut employé, dès lors, toutes les fois que l'appareil eut besoin d'être remplacé.

Néanmoins, bien que l'urine s'écoulât assez librement par l'orifice de la sonde, le suintement persistait dans la plaie du périnée.

Bien encore que le malade n'eût pas échappé aux influences nosocomiales, quelques accidens du côté des bronches étant survenus pendant le temps que je l'observai, sa santé générale avait repris le dessus ; la plaie du périnée se fermait sensiblement lorsque lorsque je perdis de vue ce jeune garçon, au 1[er] janvier de l'année suivante.

Voici, maintenant, les derniers renseignemens que M. P. Guersant a eu l'obligeance de me communiquer :

Jusqu'au 2 février, on avait encore essayé, toujours en vain, de pratiquer le cathétérisme direct. Le 2 février, l'incision d'une petite bride de tissu inodulaire formant éperon, au niveau de la plaie, dans l'intérieur du canal, avait permis, pour la première fois enfin, l'introduction de la sonde qui pénétra directement, et d'un seul temps, dans la vessie. Depuis ce jour, les appareils furent régulièrement et aisément renouvelés ; l'urine sortait en un jet assez fort par l'orifice de la sonde ; la fistule, tout en s'oblitérant peu à peu, en laissait encore suinter quelques gouttes. Le 30 de mai, cette fistule, plusieurs fois cautérisée au fer rouge et à la pierre infernale, était réduite à un petit orifice.

L'enfant demeura à l'hôpital jusqu'au 20 juin, époque à laquelle on le rendit à sa famille, pour lui faciliter de se rétablir, au milieu de conditions hygiéniques meilleures, des suites d'affections intercurrentes (coqueluches, etc.) dont il avait été atteint pendant son séjour dans les salles. Il quittait d'ailleurs Paris à peu près guéri. La guérison s'acheva dans son pays natal, et dans le courant du mois d'août suivant, le père, après l'avoir fait examiner, écrivait à M. Guersant pour lui annoncer que son fils était complètement débarrassé de son infirmité.

Telle est, Monsieur le rédacteur, cette observation dont les détails disent plus à eux seuls que toutes les réflexions dont on on pourrait les faire suivre. Le fait intéressant rapporté par M. Maisonneuve, m'a paru donner à celui de M. Guersant une actualité nouvelle, augmenter l'intérêt que rendait déjà si grand la rareté de semblables affections, la difficulté de leur guérison, le succès si merveilleusement obtenu après de nombreuses et laborieuses tentatives.

Agréez, etc.

Léon BLONDEAU,
Ancien interne de M. P. Guersant.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 Décembre 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

La correspondance officielle comprend :

1° Trois rapports sur des épidémies, savoir : Sur une épidémie de

---

d'une augmentation dans le nombre des gens de service, et en substituant aux moyens ordinaires de contrainte l'emprisonnement (car c'en est un) des malades en cellule, et quelquefois dans des cellules obscures. Lors de la visite des commissaires dans cet asile, en 1843, ils ne trouvèrent aucun malade en état de contrainte, mais ils virent une femme agitée qui essayait de mordre les autres et elle-même. On la fit saisir par quatre ou cinq filles de service ; une lutte violente et prolongée s'engagea, et ce ne fut qu'avec une difficulté extrême qu'on parvint à faire entrer cette malade dans sa loge. Durant cette scène, une grande confusion régnait dans la salle. Les efforts de la malade pour se dégager, et, après avoir été enfermée, la violence avec laquelle elle frappait sur la porte de sa cellule, ont dû l'épuiser au dernier point. Dans une autre circonstance, une folle, ainsi refoulée dans une loge sombre, avait déchiré les morceaux d'une couverture de laine, et essayé de les avaler ; l'un de ces morceaux était resté dans le larynx, et, sans de prompts secours dont elle fut redevable au hasard de la visite des commissaires, elle eût été asphyxiée. — Une autre aliénée s'élança, de toute sa force, sur une pauvre vieille, en la frappant à outrance, et cherchant à la renverser. Celle-ci tomba sur la tête, de manière à faire craindre une blessure dangereuse ; heureusement, il n'en résulta rien de sérieux. Enfin, les commissaires virent une malade dont la peau était déchirée, depuis le poignet jusqu'au coude, et tout ensanglantée, par suite d'une énorme coupure qu'elle s'était faite en passant le bras à travers un carreau de la cellule où elle avait été renfermée. « Bref, dans les divers asiles visités par eux, les commissaires trouvent un grand nombre de malades excités qui insultent, provoquent et frappent les autres ; ce sont des scènes déplorables de trouble et de confusion, quelquefois de meurtre. A Hanwell, en juin 1843, un malade en avait tué un autre, etc... » Les faits que nous venons de rapporter en disent plus que toutes les réflexions.

Je m'empresse de reconnaître, cependant, que de cette idée exagérée, impraticable du *no-restraint*, il surgira, nous l'espérons, quelque bien pour nos malades. On abuse des meilleures choses. Dorénavant les yeux seront ouverts sur l'abus qu'on a pu faire jusqu'ici de la camisole de force. Sans cesser d'en faire usage, on hésitera davantage à l'appliquer, et on attendra d'y être contraint par la nécessité. De cette manière, il restera encore aux inventeurs de la méthode que nous venons de combattre, d'assez beaux titres à la reconnaissance des hommes.

LA TOUR DES FOUS (Narnthurm).

Dans le voisinage du magnifique établissement que nous décrivions tout à l'heure, près du grand hôpital civil, s'élève une construction bizarre, dont la forme arrondie, les hautes murailles noircies par le temps et percées de quatre rangs de petites fenêtres à barreaux de fer, attirent tout d'abord l'attention et attristent le regard. Est-ce une imitation grossière des tombeaux d'Adrien (château St-Ange) ou de Cæcilia Metella de Rome? Ne serait-ce pas plutôt la tour restée debout d'un de ces châteaux gothiques comme on en rencontre tant dans la vieille Allemagne, ruine gigantesque que le temps a respectée?.... C'est le Narnthurm, l'ancien asile des aliénés, occupé encore aujourd'hui (pour peu de temps, il faut l'espérer) par plus de deux cents malades, épileptiques, idiots et fous déclarés incurables.

Monument d'une époque déjà éloignée de nous, et qui, placé en regard du nouvel Institut, marque le point de départ de la science psychiatrique, comme ce dernier indique ses progrès.

L'intérieur en est coupé en deux par un bâtiment servant d'habitation aux divers employés, concierge, surveillant, infirmiers. La tour comprend quatre étages : le premier et le deuxième sont occupés par des hommes, le troisième par des femmes, le quatrième par des hommes. Je n'ai pas pu connaître les motifs de cette singulière répartition. Les loges étroites, dallées, sombres, ne reçoivent le jour que par une lucarne grillée. Malgré le soin avec lequel elles sont tenues, l'air en est vicié par les émanations qui s'élèvent des petites latrines placées dans un coin de la chambre. Dans quelques-unes, on voit encore de gros anneaux de fer fixés sur les dalles du parquet, et qui servaient autrefois à attacher les aliénés dangereux. Plusieurs sont fermées par deux lourdes portes en fer, la première (la porte intérieure) est à claire-voie, la seconde (celle extérieure) est massive.

On prend infiniment moins de précautions, dans les ménageries, contre les plus féroces animaux, qu'on n'en prenait jadis contre les aliénés.

Mais en voilà assez sur cette affreuse demeure, qui, nous le croyons, ne peut tarder à disparaître. Le gouvernement, à qui l'humanité et la science sont redevables de tant de beaux asiles, se doit à lui-même de ne pas la laisser subsister plus longtemps.

FIN.

Voici les mutations qui auront lieu au 1[er] janvier dans le personnel des hôpitaux de Paris :

De Beaujon, M. Sandras passe à l'Hôtel-Dieu.
De *id.* M. Legroux *id.* *id.*
De Necker, M. Hervez de Chégoin passe à La Riboissière.
De l'Hôtel-Dieu, M. Horteloup passe à La Riboissière.
De Bicêtre, M. Pelletan passe à La Riboissière.
De La Rochefoucauld, M. Tardieu passe à La Riboissière.
De Sainte-Marguerite, M. Legendre passe à La Riboissière.
De Sainte-Marguerite, M. Pidoux passe à La Riboissière.
De Saint-Antoine, M. Béhier passe à Beaujon.
De *id.* M. Bouley *id.* *id.*
Des Incurables (hommes), M. Duplay passe à Bicêtre.
De Saint-Antoine, M. Vernois passe à Necker.
De Sainte-Marguerite, M. Barthez passe à Saint-Antoine.
De Sainte-Périne, M. Becquerel passe à Saint-Antoine.
De la Teigne, M. Bourdon passe à Saint-Antoine.
Des Nourrices, M. Bouchut passe à Sainte-Marguerite.
Du Bureau central, M. Aran *id.* *id.*
Du *id.* M. Hérard *id.*
Du *id.* M. Bernutz passe à Lourcine.
Du *id.* M. Gubler passe aux Nourrices.
Du *id.* M. Oulmont passe à Larochefoucauld.
Du *id.* M. Hillairet passe aux Incurables (hommes).

ariole qui a régné dans l'asile des aliénés de Fains (Meuse), par le médecin des épidémies de l'arrondissement de Bar-le-Duc; sur une épidémie de fièvre scarlatine qui a régné dans l'arrondissement de St-Malo, de mars 1852 en février 1853, par M. le docteur CHAPEL; et sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans treize communes de l'arrondissement de Sarreguemines, par M. ROUSSET.

2° Une série de documens envoyés par les médecins inspecteurs des divers établissemens d'eaux minérales du département des Pyrénées-Orientales.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une observation de M. LAURENCIN, chirurgien en chef de la marine à Rochefort, relative à un cas de ligature de l'iliaque externe pratiquée pour un anévrysme de la partie supérieure de l'artère crurale.

2° Une note de M. PITANCIER DE MONTIGNY, ayant pour objet de prouver que les apoplexies sans lésions sont dues à un gaz développé dans le cerveau.

3° Une note de M. LEPAGE, pharmacien à Gisors, relative à la préparation de la digitaline et à une cause d'impureté non encore signalée jusqu'ici dans ce nouvel agent thérapeutique.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que M. Chelius est présent à la séance.

L'ordre du jour appelle les élections pour le renouvellement partiel des commissions permanentes.

Pendant que l'Académie procède au scrutin, M. ROBINET lit une série de rapports sur des remèdes secrets, dont les conclusions uniformément négatives sont adoptées sans discussion.

— M. Lucien CORVISART lit un mémoire intitulé : *Études sur les alimens et les nutrimens.* (Nous publierons prochainement un extrait de ce travail.)

De l'alimentation insuffisante.

M. BOUCHARDAT lit un rapport sur un mémoire de M. Mouriès ayant pour titre : *Note pour servir à l'histoire de l'alimentation insuffisante.*

L'auteur aborde, dans ce mémoire, les questions les plus diverses et les plus intéressantes qui se rapportent au rôle du phosphate de chaux dans la nutrition des animaux, et à l'influence que l'emploi bien entendu de ce sel peut exercer pour diminuer la fréquence des maladies et la mortalité des enfans dans les villes.

M. le rapporteur commence par établir en principe que certains alimens qui, au premier abord, paraissent très dissemblables, soumis à un examen plus attentif, présentent des analogies qui étonnent; que les alimens les plus divers peuvent, à l'aide de certaines modifications, se substituer les uns aux autres sans dommage pour la santé; et, enfin, que certains composés inorganiques jouent un rôle exclusif parfaitement défini dans les organismes vivans, et que non seulement ils ne peuvent faire défaut sans déterminer des troubles dans la santé, mais qu'ils ne peuvent être remplacés que dans des limites très restreintes et qui ne sont pas encore bien fixés par l'observation, par des composés qui offrent, avec eux, la plus grande analogie.

Parmi les sels inorganiques indispensables aux animaux supérieurs, le phosphate de chaux des os vient au premier rang. C'est de l'appréciation de son rôle que M. Mouriès s'est exclusivement occupé.

Voici les conclusions remarquables qu'il déduit non seulement des expériences qu'il a exécutées, mais encore de la comparaison des faits que la science possède :

1° Le phosphate de chaux joue, chez les animaux, un rôle plus important qu'on ne le pensait jusqu'à ce jour. Indépendamment de son influence sur la production du système osseux, ce sel agit en entretenant l'irritabilité sans laquelle il n'y a ni assimilation, ni conséquemment nutrition. Aussi, son insuffisance très accusée produit-elle la mort avec tous les symptômes de l'inanition, tandis qu'une insuffisance moins marquée fait naître la série des maladies lymphatiques.

2° L'alimentation des villes est insuffisante sous ce rapport. Le lait des femmes a conséquemment le même défaut, et l'enfant, comme le fœtus, souffrent de l'absence de cet élément indispensable à leur vie et à leur développement. De là, une des principales causes de l'énorme accroissement du chiffre des mort-nés et de celui de la mortalité des enfans dans les villes.

3° L'addition de ce sel, uni à une matière animale, complète les alimens et prévient les maladies et la mort qui suivent toujours l'absence ou l'insuffisance du phosphate des os.

Pour établir ces trois conclusions, M. Mouriès s'appuie sur une série d'expériences qui rappellent celles de Chossat, sur le système osseux.

Dans la deuxième partie de son mémoire, M. Mouriès partant de ce principe démontré par Chossat, vérifié et formulé par M. Boussingault, développé par M. Bérard et admis aujourd'hui par tous les physiologistes, que l'alimentation est insuffisante quand les alimens ne contiennent pas assez de phosphate de chaux pour restituer à l'économie celui qui en est continuellement expulsé, a cherché à établir que l'alimentation, communément en usage dans les villes, ne contient pas une proportion suffisante de phosphate de chaux, surtout lorsqu'il s'agit d'une femme enceinte et d'une nourrice.

Il commence par fixer la quantité de phosphate de chaux qui doit être ingérée dans les vingt-quatre heures. Il y arrive d'une façon détournée par l'examen des *excreta.*

En prenant le chiffre de 6 grammes par jour, comme la dose nécessaire à l'entretien de la santé, M. Mouriès cherche à prouver que, dans bien des circonstances, cette quantité ne se trouve pas dans les alimens des nourrices des villes. Il a constaté que les urines des femmes à la campagne donnent 5 grammes de phosphate par jour, tandis qu'elle oscille de 1 gramme sur 5 dans les villes.

M. Mouriès a cherché des preuves directes à l'appui de la thèse qu'il soutient, il a examiné si la ration journalière de la femme des villes renfermait les 6 grammes de phosphate de chaux qu'il croit nécessaire à la santé. Il arrive à formuler une insuffisance journalière de moitié environ.

Des recherches exécutées par l'auteur sur les laits dans lesquels il a dosé le phosphate de chaux, il résulte que le lait des femmes est peu riche en sels fixes et surtout en phosphate terreux. En comparant les laits de divers animaux sous le rapport de leur teneur en phosphate de chaux, on pourrait soupçonner, dit M. le rapporteur, qu'ils renferment d'autant plus de ce sel indispensable à la constitution des os, que la croissance des animaux doit être plus rapide. Si on se laissait uniquement guider par cette considération, on en déduirait cette conséquence que le lait de la femme est un de ceux qui doivent en renfermer la plus faible proportion.

Les vues ingénieuses de l'auteur ont montré la question sous un nouveau jour. De patientes investigations sont encore nécessaires pour lever tous les doutes. Mais M. Mouriès est dans une excellente voie, où l'expérience ne manquera pas de l'éclairer de sa lumière.

Dans la troisième partie de son mémoire, M. Mouriès a réuni des faits cliniques pour établir l'utilité de l'intervention du phosphate de chaux dans l'alimentation, quand ce sel important fait défaut dans le lait d'une nourrice.

Voici le résumé rapide de ces observations :

Une femme de 26 ans nourrissait un enfant âgé de 2 mois et 10 jours. Cet enfant était pâle, lymphatique, le lait donnait 0,9 de phosphate de chaux par litre. On administra à cette femme, tous les jours dans son potage, 12 grammes de phosphate de chaux albumineux, représentant 4 grammes de sel pur; huit jours après, le lait en contenait 2 gr. 1. Un mois après, la nourrice avait plus de vigueur; la chair, pâle et molle de l'enfant, prit de la coloration et de la fermeté, et jusqu'à l'âge de 11 mois et 10 jours, époque où il fut perdu de vue, le développement et la santé de l'enfant restèrent dans d'excellentes conditions.

L'auteur rapporte douze observations semblables.

M. le rapporteur, tout en considérant ces résultats comme insuffisans pour juger une question aussi grave, pense qu'ils méritent de fixer l'attention. Il propose, en conséquence, de remercier l'auteur de son intéressante communication, et de l'engager à poursuivre des recherches auxquelles l'Académie prend un grand intérêt.

Après la lecture du rapport de M. Bouchardat, M. Londe demande la parole.

M. LONDE : Si j'ai demandé la parole, ce n'est que pour prier M. le rapporteur de me donner quelques renseignemens. Je lui demanderai d'abord si la dose de 6 grammes de phosphate de chaux donnée par M. Mouriès, comme la quantité du sel calcaire qui doit être journellement introduite dans l'économie pour la maintenir dans les conditions normales, ne lui paraît pas, comme à moi, trop absolue, et s'il ne lui semble pas que cette dose doive varier avec l'âge, qui introduit de si grandes différences relativement à la composition du tissu osseux flexible chez l'enfant, friable au contraire chez le vieillard, par suite de l'accumulation de la substance calcaire.

Je lui demanderai, en second lieu, quelle est la différence qui existe entre le phosphate de chaux du lait de jument et le phosphate de chaux contenu dans l'avoine.

Je lui demanderai, enfin, si les pigeons privés de phosphate de chaux, dont M. le rapporteur nous a parlé, présentaient quelque ramollissement du tissu osseux.

M. BOUCHARDAT répond à M. Londe 1° que la dose du phosphate de chaux peut bien avoir été arbitrairement fixée à 6 grammes par M. Mouriès, et que, d'ailleurs, ce n'est ni pour les enfans, ni pour les vieillards que cette dose a été ainsi déterminée, mais pour une nourrice adulte.

2° Que la différence entre le phosphate de chaux du lait de jument et celui qui est contenu dans l'avoine est nulle.

3° Qu'il ne s'est pas occupé de vérifier si les pigeons mis en expérience présentaient quelqu'altération du tissu osseux.

M. MOREAU demande une explication à M. Bouchardat. Dans son mémoire, M. Mouriès dit, d'une manière générale, que le lait des nourrices de ville contient moins de phosphate de chaux que celui des nourrices de la campagne, et manque d'une quantité suffisante de ce sel pour entretenir la santé des nourrissons qui leur sont confiés.

Je demande, ajoute M. Moreau, sur quelles données M. Mouriès appuie une semblable opinion et dans quelles conditions se trouvaient les nourrices qu'il a examinées à ce point de vue. Il y a des nourrices dans toutes les conditions sociales possibles. A-t-il examiné le lait des femmes épuisées par le travail et le manque de nourriture, ou bien celui de nourrices placées dans de bonnes conditions d'alimentation? Cette détermination est importante, car il semblerait résulter du travail de M. Mouriès que les nourrices des villes sont moins propres que celles des campagnes à élever leurs nourrissons. Or, il est démontré que, toutes choses égales d'ailleurs, c'est le contraire qui est vrai.

M. BOUCHARDAT : Notre honorable collègue, M. Moreau, doit sentir combien est difficile le rôle de rapporteur. Je n'ai pu répéter les expériences de M. Mouriès car il m'aurait fallu, pour cela, une et même plusieurs années. Or, je ne pouvais faire attendre plus longtemps ce rapport. En conséquence, j'ai dû accepter comme démontrées les expériences de ce jeune savant. D'ailleurs, l'opinion de M. Mouriès critiquée par M. Moreau, s'appuie sur trois ordres de preuves : 1° l'analyse du lait; 2° l'analyse des urines; 3° l'analyse des alimens. M. Mouriès démontre que les substances végétales dont se compose, en presque totalité, l'alimentation des nourrices de la campagne, sont plus riches en sels calcaires que les substances animales dont font usage les nourrices de la ville. Rien d'étonnant, dès lors, que le lait des premières contienne plus de phosphate de chaux que celui des autres. Cette conclusion est vraie d'une manière générale, et quoique la précision des détails laisse beaucoup à désirer, je ne vois pas que ce soit là un motif pour l'Académie, de refuser ses encouragemens à un jeune expérimentateur entré dans une voie excellente.

M. MOREAU pense que M. Bouchardat a mal compris le sens de son argumentation. Il ne veut nullement refuser ses encouragemens à M. Mouriès. Mais il désirerait tout simplement être renseigné sur les conditions sociales des nourrices examinées par cet auteur.

M. DEPAUL : Je n'aurai que quelques mots à dire; car les observations que je voulais présenter, sont à peu près les mêmes que celles de M. Moreau. Comme lui, je fais des réserves sur le côté pratique de la question soulevée par M. Mouriès. Je ne prétends nullement contester l'exactitude des analyses chimiques et des expériences faites par ce jeune chimiste; juge incompétent en pareille matière, j'accepte avec une entière confiance, sur ce point, l'opinion de M. le rapporteur. Mais je ne crois pas que l'on puisse accepter les résultats pratiques que l'auteur prétend tirer de ces expériences. Le but évident de ce travail, c'est l'application du phosphate de chaux à l'alimentation des nourrices des villes. Or, quelles preuves M. Mouriès donne-t-il de la nécessité, de l'utilité de cette application? Quelques observations, indiquées dans le rapport, et desquelles il résulte que des femmes, nourrissant des enfans mal portans, ont vu ces derniers revenir à la santé par l'usage du phosphate de chaux. Mais, dirai-je avec M. Moreau, dans quelles conditions se trouvèrent ces nourrices? On ne peut, d'après de simples résultats d'analyse chimique, prononcer que les nourrices de la ville sont inférieures à celles de la campagne. L'observation vulgaire de tous les praticiens s'élève contre cette manière de voir, et donne l'avantage aux premières sur les secondes. A Paris, par exemple, une fois que les nourrices sont acclimatées, elles deviennent, sous l'influence d'une bonne alimentation, bien supérieures aux femmes qui nourrissent à la campagne, sans qu'il soit nécessaire, pour cela, de leur faire prendre du phosphate de chaux.

Je me résume, en disant que les expériences et les analyses chimiques ne me paraissent pas suffisantes pour confirmer les vues de l'auteur. J'ai une grande déférence pour l'analyse chimique et les observations microscopiques; mais, dans la question dont il s'agit, elles ne jouent, selon moi, qu'un rôle fort secondaire. Lorsqu'on a le choix d'une nourrice à faire, il vaut infiniment mieux consulter les antécédens de la personne, si elle en a; demander à voir les nourrissons qu'elle a élevés; il arrive souvent qu'une nourrice mauvaise, au point de vue du chimiste et du micrographe, est excellente pour le clinicien.

M. BOUCHARDAT ne prétend pas que l'analyse chimique et le microscope soient les meilleurs moyens de juger des qualités bonnes ou mauvaises d'une nourrice. Comme M. Depaul, s'il avait une nourrice à choisir, il s'enquerrait, avant tout, des antécédens de la personne. Mais est-ce là une raison pour repousser la lumière, lorsqu'elle nous vient d'ailleurs? Il peut exister des cas où le clinicien ne peut démêler la cause de l'insuffisance d'une nourrice; eh bien! voici un nouveau moyen à ajouter aux autres pour déterminer cette condition : doit-on craindre, dans les cas douteux, de s'entourer de trop de lumières? M. Mouriès est entré dans une voie d'investigation nouvelle. Sans doute, il a, comme tout inventeur, un peu exagéré la portée de sa découverte; mais faut-il l'en blâmer, et l'exagération n'est-elle pas nécessaire pour faire adopter les découvertes? M. Mouriès me paraît donc être entré dans une bonne voie, et il ne faudrait pas que l'Académie le décourageât de poursuivre ses recherches.

M. DEPAUL ne veut pas refuser ses encouragemens à M. Mouriès; mais il trouve que M. le rapporteur a mis un peu trop de complaisance à abonder dans le sens de l'auteur. Dans ce rapport, la critique brille, en général, par son absence.

M. CAVENTOU : J'approuve beaucoup la réserve que M. le rapporteur a montrée dans ses conclusions. L'auteur me semble avoir, dans ce travail, attribué au phosphate de chaux un rôle jusqu'à présent inconnu et que les faits ne me paraissent pas justifier : je veux parler de l'excitation produite, suivant M. Mouriès, par le sel calcaire. Par rapport à l'ossification, l'auteur attribue au phosphate de chaux une influence trop absolue. Il y a un autre élément inorganique très important dont il n'a tenu aucun compte, c'est le carbonate de chaux qui entre dans la proportion de 15 p. 100 dans la composition des os. Je regrette que M. le rapporteur n'ait pas cru devoir signaler cette lacune très grave dans les expériences de l'auteur. En terminant, je demanderai à notre honorable et savant collègue s'il s'est occupé d'apprécier les procédés employés par M. Mouriès pour reconnaître les quantités de phosphate de chaux dans le sang, car c'est là un point capital dans la question.

M. GIBERT s'élève vertement contre les tendances de la chimie et de la micrographie à envahir le domaine de la pratique. Plus que personne il respecte la chimie et le microscope, mais, dans la question de pratique, il n'y a pas d'expérience chimique ou d'observation microscopique qui vaille le bon sens et l'observation du praticien. Les meilleures nourrices du monde sont celles qui, dans les classes aisées de la société, trouvent d'excellentes conditions d'alimentation. Il est déplorable que l'on ait pu songer, d'une manière générale, à mettre les nourrices des villes à l'usage du phosphate de chaux. Ni dans le mémoire de M. Mouriès, ni dans le rapport de M. Bouchardat, on ne trouve d'élémens propres à justifier cette manière de voir. Je voudrais, ajoute M. Gibert, avoir le temps de développer cette proposition, mais, comme l'Académie se montre impatiente d'en finir, je me borne à demander que M. le rapporteur veuille bien modifier sa deuxième conclusion. Sans doute, il est bon que l'Académie encourage M. Mouriès à poursuivre la voie ingénieuse dans laquelle il est entré, mais il faut que cet expérimentateur tienne compte des conditions diverses qui lui ont été signalées, et surtout qu'il ne songe pas à appliquer les résultats de ses analyses à des expériences cliniques. Soumettre les nourrices et les femmes enceintes à l'usage du phosphate de chaux, à mon avis, c'est trop fort.

M. BOUCHARDAT répond à M. Caventou que les expériences de M. Mouriès n'ont porté que sur le dosage du phosphate de chaux, dosage si facile, qu'il n'a pas cru devoir vérifier les procédés employés par l'expérimentateur.

S'adressant ensuite à M. Gibert, M. le rapporteur repousse la critique un peu vive que cet honorable académicien a faite du mémoire et du rapport. Je ne vois de danger, dit M. Bouchardat, que dans l'ignorance. La science qui ne fait pas de fausse application n'est nullement dangereuse. Quand même l'idée de M. Mouriès, de mettre les nourrices à l'usage du phosphate de chaux, ne serait justifiée par rien, il n'y aurait aucun inconvénient à l'appliquer. On ne fera pas de mal à un nourrisson en faisant prendre à la nourrice 6 grammes de phosphate de chaux par jour. Mais est-il vrai qu'il n'y ait dans le mémoire de M. Mouriès aucun élément pour justifier cette manière de voir? Non. N'est-ce donc rien que l'analyse du lait des nourrices, celle des urines et des alimens? N'est-ce rien que les observations de médecins constatant l'heureuse influence, sur des nourrissons malades, de l'administration du phosphate de chaux à leurs nourrices? J'admets que la nécessité de ce régime ne soit pas entièrement démontrée encore; j'admets qu'il faille des expériences et des observations nombreuses pour en établir l'utilité; mais l'auteur me semble être engagé dans une bonne voie. Or, à ce titre, il mérite d'être encouragé.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix les conclusions modifiées du rapport de M. Bouchardat. — Ces conclusions sont adoptées.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VII. — N° 156. **SEPTIÈME ANNÉE.** **Samedi 31 Décembre 1853.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12 A PARIS.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56* ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

AVIS A NOS SOUSCRIPTEURS.

Nos Souscripteurs dont l'abonnement expire le 31 décembre, sont priés de le renouveler.

Cet avis ne concerne que nos Abonnés des départemens de trois mois, et nos Abonnés de l'Étranger.

Les Souscripteurs de six mois et d'un an, dans les départemens, recevront une traite à domicile dans les premiers jours de janvier. Ils sont priés de donner des ordres pour le paiement, en cas d'absence.

Les quittances seront présentées au domicile de nos Abonnés de Paris.

PARIS, LE 30 DÉCEMBRE 1853.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Nous sommes heureux de terminer l'année par une bonne nouvelle. Ainsi qu'on peut le voir par le bulletin ci-après, la décroissance de l'épidémie se soutient et prend tous les jours un caractère plus marqué.

	Entrés.	Sortis.	Décédés.
Le 26 décembre . . .	8	15	6
Le 27 décembre . . .	4	14	6
Le 28 décembre . . .	1	7	6
Le 29 décembre . . .	7	18	1

MOUVEMENT GÉNÉRAL DU 29, AU SOIR.

Admissions, 931 ; — sortis, 336 ; — décédés, 421 ; — restans, 174.

A NOS LECTEURS.

Comme par le passé, l'UNION MÉDICALE ne veut chercher ses moyens d'action que dans les voies scientifiques. Ce qui se fait ailleurs nous importe peu et ne nous regarde pas. Chacun est responsable devant l'honnêteté publique des moyens qu'il emploie.

Nous n'éprouvons pas le besoin d'apporter aucune modification aux conditions matérielles dans lesquelles l'UNION MÉDICALE a été publiée depuis sept ans. Loin de se ralentir, la faveur publique nous encourage de plus en plus ; elle a pris cette année même, et depuis les derniers mois surtout, des proportions telles, que ce serait folie à nous de recourir à des moyens plus ou moins artificiels.

Mais succès oblige. Plus le corps médical nous témoigne de confiance, plus nous lui devons de déférence et de respect. Ces conditions, pour un journal, sont le choix, le soin, le discernement dans les matériaux de ses publications. On peut s'en rapporter, sur ce point, à notre comité de rédaction, composé de confrères aussi savans qu'honorables, et qui, avec un zèle plein de désintéressement, accomplit une mission ingrate, pénible et à laquelle ne rendent pas toujours justice ceux dont le comité éprouve la dure, mais heureusement rare nécessité, de refuser les travaux.

Aux collaborateurs habituels de ce journal, nous pourrions ajouter une liste étendue de collaborateurs nouveaux et distingués qui nous ont très récemment promis leur concours, car c'est une opinion bien arrêtée dans notre esprit, que le succès d'un journal est tout entier, et non ailleurs, dans la richesse et la sévérité de sa rédaction. Maintenir l'UNION MÉDICALE dans la haute position qu'elle a conquise, redoubler d'efforts et de zèle pour faire mieux encore que par le passé, tel est notre but, telle est notre intention, et nos lecteurs sont habitués à la scrupuleuse exécution de nos promesses.

Comme par le passé, l'UNION MÉDICALE abordera sans hésitation toutes les parties de la science médicale, mais en se souvenant toujours que notre science ne peut pas rester à l'état de pure spéculation de l'esprit, et quelle a pour but de se traduire en applications pratiques de l'art.

A l'appui des idées qui ont été si souvent émises par notre rédacteur en chef, sur le caractère véritable du médecin et sur la mission élevée de la presse médicale, nous sommes heureux de pouvoir rappeler ici l'opinion d'un de nos plus savans confrères, qui est aussi l'un de nos praticiens les plus éminens :

« En médecine, dit M. le professeur Gintrac, de Bordeaux, » les notions de la science et les préceptes de l'art se lient » étroitement, et ne peuvent demeurer isolés. On ne saurait » séparer le savant de l'artiste. Nul ne peut être réellement » l'un sans l'autre. La science se fonde sur des procédés » d'examen et d'investigation qui exigent un long exercice » et réclament toute l'habileté de l'artiste. L'art est à son » tour dirigé par les connaissances acquises, et réalise les » conceptions de la science. En un mot, l'un vit de la vie de » l'autre. »

Ces belles paroles résument et formulent le programme de l'UNION MÉDICALE ; nous n'avons qu'à nous féliciter de l'avoir suivi. Nous pourrions faire ici une longue exhibition de lettres, d'adhésions, de témoignages de sympathie qui sont venus encourager nos efforts. Nous aimons mieux répondre à ceux de nos correspondans qui ont eu la bonté de nous faire connaître leurs *desiderata*, que nous tiendrons compte, autant que cela nous sera possible, de leurs bienveillantes et judicieuses observations.

Un journal, en effet, est une œuvre de progrès incessant ; nous n'avons pas la prétention d'être arrivé à la perfection, mais nous avons celle de réaliser, dans toutes les limites de notre pouvoir, toutes les améliorations dont une publication périodique, comme l'UNION MÉDICALE, est susceptible.

Ainsi, nous puiserons plus largement encore que par le passé à la source toujours abondante et toujours féconde de la clinique des hôpitaux. Un service spécial de rédaction vient d'être organisé à cet objet et ne laissera notre journal en arrière d'aucun autre sur cet important sujet.

Notre seul désir, et c'est par là que nous terminerons ces courtes lignes, est que nos lecteurs puissent juger l'UNION MÉDICALE par comparaison. Car nous ne craignons la comparaison ni pour l'étendue et l'importance, ni pour le choix et la variété de ses matériaux.

Un dernier mot qui fera comprendre que l'UNION MÉDICALE est, en effet, ainsi que cela a été dit souvent, le moins cher de tous les journaux.

Chaque numéro de l'UNION MÉDICALE contient, en moyenne, 65,000 lettres. Les trois numéros de la semaine donnent un total de 195,000 lettres, et ses numéros du mois donnent une moyenne de 800,000 lettres, c'est-à-dire presque la valeur d'un volume in-8° par mois.

Le Gérant de l'UNION MÉDICALE,

G. RICHELOT.

Feuilleton.

CAUSERIES.

BONNE ANNÉE !

Année 1853, je te salue, comme je salue le corbillard qui passe ; car tu meurs, tu seras morte quand la plupart de mes lecteurs verront ces lignes. Tu es peu regrettable, année 1853 ; tu nous a donné la disette, le choléra, l'affreux oïdium ; ton printemps s'est passé sans soleil, ton été sans chaleur ; tes fleurs n'avaient pas de parfum et tes fruits de saveur. Va-t-en, année maudite, emporte avec toi ce manteau de glace et de neige sous lequel nous frissonnons.

Année 1854, je te salue, comme je salue le berceau d'un nouveau-né ; car tu es l'espérance, car tu es cette fleur du poète oriental, fleur qui n'a pas de corolle et qui ne s'épanouit jamais ; image gracieuse et charmante de cet océan d'espoir, d'illusions et de désirs, renfermé dans les étroites mais immenses limites du cœur humain.

Cher et bien-aimé lecteur, je te salue ; que tu sois mon ami, que tu sois mon ennemi, je te souhaite ce que tu désires, si tes désirs ne blessent ni l'honnêteté, ni la justice, ni la vérité, ni l'amour de ton prochain, ni l'assistance à tes frères malheureux, ni le respect que tu dois aux autres et que tu te dois à toi-même. Si tu es mon ami, permets-moi de me souhaiter à moi-même que tu le sois toujours. Si tu es mon ennemi, souffre que je désire que tu deviennes mon ami.

Je vous salue, braves et loyaux confrères, médecins d'ici et de là, de Paris et d'ailleurs, citadins et campagnards, tous honnêtes et zélés praticiens, péniblement attachés à notre chaîne professionnelle si lourde, agréez mes vœux de bonne année. La bonne année pour vous, ce n'est pas une année d'épidémie comme le croit le vulgaire ; il s'imagine que plus il y a de malades mieux en vont vos affaires ; erreur odieuse et cruelle qui assimile notre profession bienfaisante à celles qui ne vivent que des malheurs publics. Qui le sait mieux que vous que les temps d'épidémie sont des temps de labeurs, de dévoûment, de charité sans bornes, de soucis, d'inquiétude, de cruelles angoisses, de dangers souvent, de rémunérations jamais. Vous redirai-je pour la centième fois mes souhaits professionnels ? Ils sont aussi sincères et ardens aujourd'hui qu'il y a huit ans, lorsqu'après une agitation sans exemple dans le corps médical nous espérions tous arriver au port. Les vents contraires nous ont rejetés en pleine mer de nos incertitudes de nos souffrances. Un calme plat nous tient fixés sur un océan immobile et dans un horizon sans bornes ; nos yeux n'aperçoivent pas encore quelque côte hospitalière. Et, cependant, le corps médical demande-t-il pour lui des priviléges, des immunités, veut-il reconstituer à son profit les illibérales coutumes des corporations et des jurandes ? Non, toutes les fois que les médecins ont pu faire entendre leur voix, ils se sont montrés les dignes enfans de la Révolution de 89, et la grande assemblée de 1845 s'ouvrit par ces belles paroles de son digne président : « L'humanité est ici seule en cause. »

Mais, pour ne pas faire des vœux stériles ou dont il ne faut pas espérer la réalisation prochaine, laissez-moi vous souhaiter à tous, bons et dignes confrères, la santé d'abord, petits honneurs, grands profits, succès dans vos entreprises, pour vous, pour vos familles, vos femmes, vos enfans, vos amis. Que Dieu vous donne à tous le pur et saint amour de la confraternité, qu'il éteigne vos discordes, qu'il allume en vos cœurs de vives affections, qu'il dissipe vos ombrages, qu'il éloigne de vous l'envie aux yeux caves ; qu'il donne aux anciens l'esprit de protection pour les jeunes, aux jeunes la déférence pour les anciens, à tous le respect de notre profession. Qu'un vent frais et calmant de conciliation vienne rafraîchir les opinions et les doctrines les plus enflammées les unes contre les autres.

Que M. Piorry embrasse M. Grisolle ;

Que M. Bouillaud tende la main à M. Chomel ;

Que M. Vidal étreigne M. Ricord, mais pas pour l'étouffer ;

Que le bistouri de M. Velpeau s'enlace dans le microscope de M. Lebert ;

Que M. Malgaigne prenne, en guise de café, une solution de perchlorure de fer ;

Que le ténotôme de M. Guérin ne fasse plus d'incisions aux ceintures de M. Bouvier ;

Que le *Moniteur des hôpitaux* s'unisse dans un long embrassement avec la *Gazette* des susdits ;

Que M. Blanchet fraternise avec M. Ménière ;

Que M. Leroy-d'Étiolles choque le verre avec M. Civiale ;

Que M. Depaul baise la main de M. Chailly ;

Que MM. Carnot et Bayard envoient leurs cartes de visite à M. Roche ;

Que M. Boinet s'entende avec M. Abeille ;

Que MM. Fleury et Wertheim noient leurs différens dans le même baquet d'eau fraîche ;

Que M. Auzias ne veuille pas syphiliser M. Marchal ;

Que MM. Durand-Fardel et Petit vident ensemble une bouteille..... d'eau de Vichy.

Quoi, encore ? mais ceci me paraît bien fort : que tous les journaux de médecine voient avec plaisir les succès de l'UNION MÉDICALE.

Faculté de médecine de Paris, *alma mater*, je vous salue ; que l'année 1854 vous soit prospère ; que vos élèves soient laborieux, vos professeurs zélés, vos examens satisfaisans ; que vos murs trop étroits s'agrandissent ; que disparaissent de votre enseignement ces hétérogénéités bizarres qui jettent vos élèves dans des perplexités cruelles ; que vous deveniez une *école*, dans le sens philosophique de ce mot, et non une collection d'individualités enseignantes, sans lien et sans harmonie ; qu'aux examens, vos professeurs interrogent sur la science générale et non pas sur leurs doctrines exclusives, et que la collection de vos thèses s'enrichisse de nombreux et sérieux travaux.

Je vous salue aussi, Académie impériale de médecine, mes vœux pour vous sont aussi vifs ; que de grandes et d'importantes discussions jettent de l'éclat sur vos séances ; que vos scientifiques débats soient exempts d'aggressions personnelles ; que vos orateurs s'inspirent des plus beaux modèles ; que vos rapporteurs soient animés d'une nouvelle ardeur et que les communications vous arrivent nombreuses, éclatantes et susceptibles de grandes émotions de tribune.

Et vous aussi Académies, Sociétés, Associations, Facultés et Écoles

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. MARROTTE.

Sommaire. — Considérations sur l'observation, la lésion et la maladie. — Névralgie du plexus brachial, avec mouvemens convulsifs. — Névralgie abdominale, avec perte utérine. — Hématémèse bilieuse guérie par les évacuans.

Les conférences cliniques que M. Marrotte vient de commencer méritent d'autant plus d'être signalées à l'attention de nos lecteurs, que, outre l'intérêt que présentent en eux-mêmes les faits pathologiques qui se produisent dans le service, les doctrines professées par l'habile médecin de la Pitié diffèrent assez profondément de celles admises généralement par l'école de Paris. Élève distingué de M. Honoré, dont la mémoire est restée en si grand honneur parmi ses nombreux disciples, M. Marrotte est, à Paris, un des rares partisans de l'école hippocratique, ou plutôt il est un de ceux qui, tout en rendant justice aux travaux de la médecine moderne, pensent qu'ils ne porteront tous leurs fruits qu'à la condition d'être fécondés par la médecine ancienne.

Dans une leçon d'ouverture, il a exposé les règles et les préceptes qui devaient guider dans l'étude de la clinique. La médecine est, à ses yeux, une science indépendante qui trouve ses principes en elle-même, et doit accepter les services des autres sciences sans se laisser asservir par elles. L'observation est sa véritable base; c'est à elle seule qu'elle doit ses progrès solides; elle est le *criterium* de toutes les recherches médicales. Mais, pour conduire à l'expérience, l'observation ne doit pas se restreindre à la constatation des phénomènes. La réflexion et le raisonnement doivent interpréter les faits qu'on observe, afin de les comprendre et d'en tirer des inductions légitimes. C'est ainsi que les anciens avaient compris l'observation, et c'est ainsi que les modernes devraient la pratiquer. D'après ces prémisses, on peut supposer la conclusion à laquelle M. Marrotte est arrivé à l'égard d'une méthode célèbre de nos jours, la méthode numérique. En termes très convenables, d'ailleurs, et en rendant justice aux services qu'elle a pu rendre et aux résultats qu'elle a fournis, M. Marrotte s'est élevé contre une école qui a pris pour devise : La vérité est dans les faits et non dans l'esprit qui les juge. (M. Louis). Il est une distinction sur laquelle il a encore beaucoup insisté, et que n'admettent pas nettement beaucoup de médecins modernes, c'est la distinction de la lésion et de la maladie. La première, c'est-à-dire l'expression organique des maladies, les altérations des solides et des liquides incompatibles avec l'exercice régulier des fonctions, n'était rien pour les anciens; elle est tout pour beaucoup de médecins modernes.

M. Marrotte, en critiquant l'exagération dans laquelle sont tombés les anciens et les modernes, s'est efforcé de faire sentir cette distinction dont on fait généralement trop bon marché et d'établir que la lésion et la maladie étaient deux quantités qui s'associaient, se combinaient de diverses manières et dont la valeur changeait suivant la place qu'elles occupaient. Ainsi, dans la fièvre péripneumonique, la maladie est tout, et la lésion n'est qu'un fait secondaire. La lésion, au contraire, constitue à elle seule tout l'état morbide dans une plaie de poitrine, dans les pneumonies idiopathiques, c'est-à-dire dues à des causes qui ont directement atteint le poumon, et ainsi dans beaucoup d'autres affections. D'après ces idées, la maladie peut cesser avant que son expression organique ait disparu; celle-ci perd alors presque toute sa valeur comme source d'indications thérapeutiques et diététiques.

M. Marrotte a développé plusieurs autres principes du même genre, sur lesquels nous n'insisterons pas, ces considérations nous paraissant suffisantes pour montrer l'esprit de cet enseignement. Nous allons rapporter quelques faits intéressans. Nous signalerons d'abord un cas de névralgie, avec mouvemens convulsifs.

Le 9 novembre 1853, est entrée à l'hôpital, salle Ste-Marthe, n° 45, une femme, âgée de 32 ans, robuste, quoique un peu lymphatique et chargée d'un embonpoint considérable. Dans sa famille, son frère seul a eu des attaques épileptiformes. Au moment de son admission, cette femme présentait des mouvemens convulsifs du bras et de l'épaule droits, qui n'avaient nullement l'apparence choréique. Il existait, par conséquent, une sorte de tic douloureux des muscles de tout le membre. En explorant, par la pression, les parties affectées, on constata facilement la présence d'un certain nombre de points douloureux le long de la colonne vertébrale, sur les branches accessibles du plexus brachial, au-dessus de la clavicule et entre le muscle trapèze et les scalènes, et sur le trajet des nerfs médian, cubital et radial. La pression, d'ailleurs, déterminait, outre une douleur plus ou moins vive, des mouvemens convulsifs dans la plupart des muscles animés par les branches du plexus brachial : ainsi le pectoral, le trapèze, le deltoïde et les fléchisseurs du bras et de l'avant-bras. La peau qui recouvrait toutes les parties atteintes de semblables convulsions, offrait en même temps une sensibilité exagérée, une véritable hypéresthésie.

D'après le dire de la malade, la douleur existait depuis trois semaines; elle était constante et accompagnée seulement de paroxysmes; il y avait donc là une névralgie, et une névralgie à forme continue. On eut recours, pour la combattre, aux moyens ordinaires (hydrochlorate de morphine administrée par la méthode endermique et pilules de Méglin, portées rapidement à 12 et 15 par jour). Au bout de 3 à 4 jours, on put observer une amélioration très notable. Puis, quelques jours plus tard encore, la malade se plaignit de douleurs très vives, qui commençaient vers dix heures du soir et duraient toute la nuit. Pendant la journée, les douleurs avaient presque complètement cessé. Elles ne reparaissaient donc plus que sous forme périodique; il y avait de véritables accès caractérisés par des douleurs névralgiques et des mouvemens convulsifs.

Frappé d'une marche qu'il avait déjà observée et sur la valeur séméiologique de laquelle nous insisterons tout à l'heure, M. Marrotte soumit la malade à un interrogatoire plus minutieux sur le développement des accidens. Elle lui apprit alors que, pendant les huit premiers jours elle n'avait ressenti les douleurs, qui étaient le seul symptôme de la maladie et qui ne s'accompagnaient pas de convulsions, elle ne les avait ressenties que la nuit. Puis elle en avait souffert le jour, mais moins que la nuit, et alors les mouvemens convulsifs s'étaient manifestés. Depuis cette époque, ces derniers ont augmenté peu à peu et sont arrivés au point où ils sont maintenant.

Le retour des accès, qui avaient déjà marqué le début de la névralgie, dut faire modifier le traitement. Aux anti-spasmodiques (pilules de Méglin) on associa les anti-périodiques. Le sulfate de quinine, donné à la dose de 1 gramme, limita, dessina plus nettement les accès; mais il fallut, pour en faire justice, porter le médicament à 1 gramme 50 et le continuer cinq ou six jours. L'avant-dernier accès fut très fort, beaucoup moins long que les précédens, et les douleurs furent bornées à l'épaule. Après le dernier accès, tous les accidens avaient disparu. On n'observa plus, pendant les huit jours que la malade resta encore à l'hôpital, ni douleurs spontanées ou provoquées par la pression sur les branches nerveuses, ni mouvemens convulsifs. La guérison, obtenue assez rapidement, parut complète.

Le diagnostic présenta tout d'abord, dans ce cas, quelque difficulté. On dut se demander si on avait affaire à une des formes de l'épilepsie, à l'épilepsie locale de Récamier, par exemple, à une variété de la chorée, ou enfin à une névralgie. De l'examen attentif de la marche et des phénomènes de la maladie, on a pu conclure à l'existence de cette dernière. Les mouvemens convulsifs vinrent, à la vérité, jeter quelque doute à cet égard. Le médecin, qui avait envoyé la malade, homme instruit, avait hésité sur leur valeur séméiologique. Quoique signalés dans le cours des névralgies par divers auteurs, ils s'observent néanmoins très rarement, si ce n'est dans la névralgie de la face. Ainsi, le traité de M. Valleix ne renferme aucun exemple de névralgie cervico-brachiale où cette complication se soit rencontrée. Chez la malade dont nous venons de rapporter l'histoire, les convulsions durent être attribuées à la névralgie, dont la nature et le retour périodique des douleurs ne permettaient pas de contester l'existence. Elles constituaient un de ces troubles fonctionnels qui accompagnent si souvent les névralgies, et qui varient selon le siége de la maladie. A la face, la névralgie donne lieu au larmoiement, à la salivation et à des mouvemens convulsifs. Aux membres, dont l'unique fonction est le mouvement, elle ne peut déterminer, outre la douleur, que des convulsions. C'est ce qui a eu lieu dans le fait précédent. Si la névralgie se porte sur les branches lombo-abdominales, il survient parfois divers troubles des fonctions utérines. M. Valleix avait signalé déjà la production de fleurs blanches. M. Marrotte, dans son intéressant travail sur les névralgies périodiques (*Archives de médecine*, novembre et décembre 1852), rapporte le fait d'une dame chez laquelle la névralgie abdominale s'accompagna d'une perte, laquelle s'arrêta en même temps que la maladie qui y avait donné lieu (obs. XIII). Plus loin, nous allons reproduire un cas du même genre, observé récemment en ville par le médecin de la Pitié. Avant d'y arriver, faisons remarquer les effets qu'a produits le traitement sur la marche de la maladie dans le cas précédent. Les calmans et antispasmodiques (morphine administrée par la méthode endermique, et pilules de Méglin) en ont changé l'aspect; de continue, ils l'ont rendue franchement intermittente, ils ont régularisé les accès. Ce premier traitement a eu pour effet de faire disparaître, ou du moins de diminuer l'élément purement névralgique; mais l'élément périodique a persisté, et c'est contre lui qu'on a dû faire usage du sulfate de quinine, devant lequel les accès ont assez promptement cédé. Ce résultat a été observé un assez grand nombre de fois par M. Marrotte, qui a développé avec talent, dans son travail sur les névralgies périodiques, les idées que nous venons de résumer d'une manière peut-être trop concise. Mais nous avons hâte d'arriver au cas de névralgie abdominale, compliquée de perte utérine. En voici l'histoire :

Une femme de vingt et quelques années, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, d'une bonne santé habituelle, avait été toujours bien réglée pendant six ou sept jours, quand, il y a un mois, les règles, contre l'ordinaire, se sont prolongées outre mesure et se sont accompagnées de douleurs hypogastriques et dans les flancs. Cette dame pouvait marcher, mais éprouvait par momens des douleurs qui la forçaient de s'asseoir; par momens aussi le sang coulait plus fort, ce qu'elle attribuait à de la fatigue. Les nuits étaient mauvaises, l'appétit était conservé. Un médecin pratiqua une saignée et fit appliquer des sangsues à la vulve.

Sous l'influence de ces moyens, les accidens, loin de diminuer, augmentèrent. La malade fut obligée de s'aliter. La perte continua et devint plus abondante.

Le 10 décembre, M. Marrotte vit cette dame pour la première fois; elle était couchée depuis quatre jours. Elle se plaignit d'abord de sa perte; mais l'intensité des douleurs fit soupçonner l'existence d'une névralgie. Les douleurs occupaient le flanc gauche. Il y avait un point dorsal, un iliaque antérieur, un iliaque postérieur et un point aux deux

---

des départemens, agréez tous mes vœux : contribuez, dans votre mesure, aux progrès de notre science et de notre art. Nous n'avons pas ici, vous le savez, le fétichisme de Paris; nous croyons, avec vous, que la médecine peut s'étudier partout où il y a des malades, et que la bonne observation n'est pas une affaire de latitude. Nous tenons vos travaux en aussi grande estime que ceux qui éclosent dans l'aire de la vieille Lutèce. Je vous souhaite, pour l'année 1854, la même ardeur dont vous avez fait preuve dans l'année qui expire. Lyon, Bordeaux, Montpellier, Strasbourg, Toulouse ont très largement payé leur tribut à la science. L'animation est partout, c'est de bon augure ! Persévérez ! Persévérez !

A vous, qui venez de confier à la presse le produit de vos veilles, auteur inquiet sur le sort de votre livre, succès, éditions nombreuses.

A vous, candidat au fauteuil ou à la banquette académiques, une urne pleine de votes favorables.

A vous, aspirant à quelque chaire de la Faculté, la robe rouge et l'hermine éclatante.

A vous, médecins des eaux, que les Nymphes de vos sources attirent de nombreux buveurs et de nombreux baigneurs.

Hydropathes, à vous des eaux fraîches et pures.

Syphilopathes, que Vénus, sans se montrer trop cruelle au pauvre monde, ne laisse pas languir votre spécialité.

A vous tous, gloire, argent, bon appétit et fidélité au caissier de l'UNION MÉDICALE, qui reçoit toujours avec un nouveau plaisir vos renouvellemens de souscription. Amédée LATOUR.

VARIÉTÉS.

UEBER DIE MEDICINISCHEN KENNTNISSE DER ALTEN EGYPTER, ou SUR LES CONNAISSANCES MÉDICALES DES ANCIENS ÉGYPTIENS ET SUR UN MANUSCRIT DE L'ANCIENNE ÉGYPTE, RELATIF A LA MÉDECINE, QUI EXISTE DANS LE MUSÉE ROYAL DE BERLIN; par le docteur BRUGSCH. — Berlin, 1853.

Ce manuscrit, si important pour l'histoire de la médecine chez les anciens Égyptiens, c'est-à-dire du pays qui, d'après le témoignage des auteurs grecs, aurait été le berceau de tous les arts et de toutes les sciences, du moins pour l'Occident, est un papyrus couvert de caractères dits *hiératiques*. Il a été trouvé avec un autre papyrus qui n'a pas encore été déchiffré, renfermé, à une profondeur de 10 pieds, dans une cruche, au milieu des ruines de l'ancienne Memphis. Ce grand papyrus a une longueur de 16 pieds, une largeur de 7 pieds 6 lignes, et, suivant l'auteur du travail dont nous rendons compte, il remonterait à 1350, ou 49 ans avant J.-C.

Sans nous occuper ici des recherches archéologiques et philologiques, examinons immédiatement, avec l'auteur, la partie médicale du manuscrit. Une partie de ce manuscrit renferme des formules employées habituellement contre certaines maladies, et que l'on avait reconnues efficaces, ainsi en particulier, contre les maladies endémiques, contre les exanthèmes, les dartres et l'épilepsie. Les formules étaient pour l'usage interne ou externe, et on trouve les dénominations : *frictions, onguent, cataplasme, emplâtres, lavemens, potions, décoctions*, avec l'addition *à prendre le soir*, *à prendre le matin*, ou *c'est un bon moyen*, etc.

Les médicamens sont, comme on le pense bien, pris parmi les plantes dont les noms ne sont pas encore déchiffrés; en outre, on y trouve des résines, de la soude, c'est-à-dire des substances qui se trouvaient et qui se trouvent encore abondamment en Égypte. De plus, et ceci est bien fait pour caractériser le degré d'avancement auquel se trouvait la médecine égyptienne, les formules contiennent les indications suivantes : *urine d'homme, urine de femme*, et enfin une indication spéciale comprend ce qui suit : *l'urine d'une femme qui avait toujours gardé la fidélité conjugale a guéri Sésostris d'une cécité qui durait depuis cinquante ans.*

Les autres médicamens employés sont encore des excrémens et des substances prises dans le règne animal, comme, par exemple, les excrémens d'*âne*, de *chat*, de *chien*, de *lion* et de *crocodile*. En un mot, on est conduit involontairement à se rappeler la médecine populaire de nos jours, avec ses traditions grossières et barbares.

Ce qui est encore intéressant dans ce manuscrit, c'est l'anatomie qui est développée dans le manuscrit, et dont voici le commencement : *La tête a 32 tuyaux* (artères ou vaisseaux) *; ces tuyaux prennent la respiration dans la tête et la conduisent dans la poitrine, et par là ils donnent le souffle à toutes les parties.* En voici maintenant la fin : *Deux artères appartiennent à l'oreille gauche, par laquelle passe le souffle de la vie, et deux artères appartiennent à l'oreille droite, par laquelle passe également le souffle.* Pour chaque paire d'artères, le manuscrit décrit une friction à employer suivant les cas.

Il est, en outre, intéressant de savoir que les Égyptiens possédaient des signes déterminés pour chaque mesure et pour chaque poids. L'auteur les fait connaître, sans pouvoir en déterminer la valeur.

M. Brugsch termine en donnant la traduction littérale de quelques formules, entr'autres, page 3, ligne 5 : « *Moyen pour guérir les dartres :* Fiel de bœuf purifié, miel, à faire manger aux malades le soir. » Et ligne 6 : « *Autre moyen pour guérir les dartres :* Bile, térébenthine; mêlez avec du miel, et faites prendre au malade, le soir. »

Page 5, ligne 4 : « *Pour guérir la tuméfaction :* Plante *aucham*, 1 p.; sel, 1 p.; miel, 1 p.; triturez ensemble; pour cataplasme, le matin.

Il existe une foule de formules pour les lavemens, entre autres une qui est ainsi conçue : « Vin de palmier, vinaigre de liqueur de requin, sel marin, en lavement le soir. » (Nous ne donnons pas les quantités, parce que l'auteur n'a reconnu que le signe du drachme, qui est +.)

Le Titre et la Table des matières du tome 7me de l'UNION MÉDICALE seront distribués à nos souscripteurs avec le numéro de mardi prochain.

— Nous avons reçu une lettre de M. le docteur Follin, qui sera publiée mardi prochain.

extrémités du canal inguinal du même côté. La pression réveillait une sensibilité vive à la région hypogastrique. Le toucher, dont rien n'indiquait la nécessité, ne fut pas pratiqué. Les douleurs étaient continuelles, mais exacerbantes, et la malade assura d'abord qu'elles n'offraient aucune interruption complète. Pressée de questions, elle finit par répondre que, pendant les quatre ou cinq premiers jours, elle souffrait surtout dans la soirée et dans la première partie de la nuit. Plus tard, les douleurs se manifestèrent le matin, de neuf à dix heures, jusqu'à deux ou trois heures. L'accès recommençait à quatre ou cinq heures du matin. La malade ne dormait que quelques heures dans la matinée. Au moment de la première visite, il y avait apyrexie complète, conservation de l'appétit et garderobes faciles. Le sang coulait plus fortement, quand les douleurs étaient plus vives, et renfermait alors des caillots (sulfate de quinine, 0,50 et acide arsénieux, 0,01).

Le 12. Accès plus séparés et plus apparens (*ut suprà*).

Le 14. L'accès du matin a manqué le 13. Les accès du soir sont plus forts que ceux du matin. (Application de petits vésicatoires sur le point iliaque postérieur et sur l'extrémité antérieure du canal inguinal; pansement avec 0,015 d'hydrochlorate de morphine; sulfate de quinine, 1 gramme et acide arsénieux, 0,01.)

16. Il n'y a pas eu d'accès le 15.

18. Accès le 16 au soir. Ce fut le dernier; il fut moins long et moins fort. La perte a suivi la même marche décroissante que la névralgie, et son retour a coïncidé toujours avec les accès.

La névralgie a évidemment occasionné, dans ce cas comme dans l'observation à laquelle nous avons fait précédemment allusion, la perte utérine. Ce qui le prouve d'une façon positive, c'est que l'hémorrhagie s'est toujours manifestée sous l'influence des douleurs qui offraient les caractères et la périodicité des accès névralgiques. Ce fait est curieux et nous a paru mériter d'être rapproché de celui que nous avons cité et que M. Marrotte a inséré dans son mémoire. Il prêterait également à bien des considérations que nous sommes obligé de supprimer, voulant terminer par un cas d'hématémèse bilieuse.

L'état bilieux, indiqué par bon nombre de médecins du XVII[e] et du XVIII[e] siècles, a été surtout bien étudié par Stoll. Sans entrer dans des développemens à cet égard, nous nous bornerons à dire que, derrière la question de théorie et de doctrine, il y a un fait de pratique et qu'on peut entendre sous le nom d'état bilieux un ensemble de phénomènes qui cède à des évacuans.

Le 14 novembre 1853, est entré, dans le service, un homme âgé de 31 ans, corroyeur. Quinze jours auparavant il avait eu des nausées, de l'inappétence et des vomissemens de sang, qui se déclaraient pour la première fois. Le sang, ainsi rejeté, était pur, bien fluide et nullement pris en caillot. Il n'existait en même temps ni maux d'estomac, ni constipation, ni tumeur, ni rénitence à la région épigastrique. Le teint n'était point cachectique, il n'y avait pas de renvois acides. Mais on observait les signes d'un embarras gastrique : inappétence, langue chargée d'un enduit jaunâtre, quelques étourdissemens, constipation. Un vomitif, indiqué par ces derniers symptômes, a arrêté immédiatement l'hémorrhagie stomacale.

L'hématémèse ne pouvait, dans ce cas, être attribuée à un ulcère chronique de l'estomac, car aucun phénomène morbide ne s'était manifesté antérieurement du côté de cet organe. On ne pouvait admettre davantage la déviation d'une hémorrhagie supprimée, d'hémorrhoïdes, par exemple. Il n'y avait, outre l'hématémèse, que les signes d'un embarras gastrique; il existait un état bilieux. L'indication était d'évacuer. Le vomitif a fait ici justice de l'hémorrhagie, comme, dans bien des cas observés par M. Marrotte après d'autres médecins, il a fait cesser des hémoptysies, des hémorrhagies utérines et même des accidens apoplectiques.

D[r] Ch. Bernard.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA GALVANO-PUNCTURE DANS LE TRAITEMENT DES VARICES ET DES ANÉVRYSMES;

Par le docteur Werner Steinlin.

On sait que Baumgarten et Würtemberg ont fait des expériences pour reconnaître l'action des deux pôles galvaniques sur la coagulation du sang dans les anévrysmes et dans les varices, et qu'ils sont arrivés aux résultats suivans :

1° Le pôle négatif seul ne produit aucune coagulation;

2° Les deux pôles employés ensemble ne produisent qu'une coagulation lente, assez faible, rarement complète;

3° Le pôle positif seul la produit rapidement, complètement et d'une manière certaine.

Ces expériences ont été faites sur l'homme vivant et sur les animaux, par conséquent avec du sang en circulation et dans des vaisseaux fermés; par suite, on n'a pu voir que les résultats définitifs et nullement les effets momentanés et immédiats.

Les expériences de M. Steinlin ont eu pour but de combler cette lacune. Il a fait d'abord ses expériences avec l'albumine, et il est arrivé aux résultats suivans :

1° Si l'on plonge dans de l'albumine deux aiguilles en platine formant les deux pôles, il ne s'opère aucun changement; le papier de tournesol ne démontre aucune réaction.

2° Si l'on remplace l'aiguille de platine du pôle positif par une pointe en fer, il se développe au pôle négatif des bulles qui forment une écume épaisse avec l'albumine. Du papier de tournesol rougi, bleuit s'il est placé sous l'aiguille de platine. La pointe en fer du pôle positif se recouvre peu à peu d'albumine coagulée, sans bulles de gaz. Si l'on enlève le coagulum, on trouve les parties qui ont été en contact de l'aiguille et l'aiguille elle-même brunâtres, l'aiguille de platine n'est pas altérée.

3° Si l'on emploie une aiguille de zinc au lieu d'une pointe de fer au pôle positif, elle se recouvre plus vite et d'un coagulum plus épais que la pointe en fer. Le développement des bulles de gaz est plus actif à l'aiguille en platine.

4° Les phénomènes restent les mêmes si l'albumine est distribuée dans deux verres de montre qui se trouvent réunis par un papier imbibé d'albumine, une aiguille étant placée dans un verre et l'autre aiguille dans l'autre. Mêmes phénomènes encore dans le cas où il y a deux tubes séparés seulement par un diaphragme en vessie de cochon pliée six fois sur elle-même. Il en est encore de même si entre les deux tubes on en glisse un troisième long d'un pouce et plus, rempli d'albumine et fermé aussi par une vessie de cochon.

Il résulte de ces expériences : 1° que la coagulation n'a lieu qu'au pôle positif, tandis que le prétendu coagulum du pôle négatif n'est rien autre chose que de l'écume; 2° en outre, que l'effet coagulant du pôle positif diffère suivant la qualité du métal employé comme aiguille, et que l'effet est plus puissant si on fait usage d'une aiguille en zinc; 3° enfin, que l'éloignement des deux aiguilles qui servent de pôles n'a pas une grande influence sur les résultats obtenus, pourvu que la substance intermédiaire soit un bon conducteur.

La raison de la différence dans l'effet des courans modérés doit être cherchée plutôt dans la différence électro-magnétique des métaux, que dans leurs qualités chimiques. L'auteur cite, en faveur de cette opinion, les expériences sur les effets chimiques du courant galvanique et l'oxydation de la pointe en fer au pôle positif dont il a été parlé. On trouve aussi que dans une solution saline, les divers métaux ont des effets différens : avec deux pointes en platine, l'effet est à peine sensible; au contraire, il est très marqué avec une pointe en zinc au pôle positif. Le zinc est fortement dissous, tandis qu'il existe un développement considérable de gaz à l'aiguille en platine du pôle négatif.

L'auteur explique les avantages de l'aiguille en zinc et la coagulation plus considérable à son niveau, par cela que ce métal se combine plus facilement avec les acides devenus libres par la décomposition des liquides, d'ou résulterait la formation de sels métalliques qui précipiteraient l'albumine.

Ce qui s'observe dans l'albumine a lieu également dans le sang, la fibrine et la caséine étant tenues en dissolution par les sels du sérum, dont la décomposition favorise la coagulation de ces substances. Les sels métalliques ont la même influence sur la fibrine et sur la caséine que sur l'albumine.

Ces expériences confirment, par conséquent, les résultats obtenus par Baumgarten et Würtemberg; elles expliquent pourquoi le pôle positif employé seul détermine, de la manière la plus certaine, la coagulation, comment le pôle négatif employé seul n'a aucun effet, et pourquoi les deux pôles ensemble ne produisent que rarement une coagulation complète, le développement des gaz au pôle négatif empêchant la formation d'un bouchon dans le vaisseau ou d'une couche compacte de coagulum dans l'anévrysme. Peut-être les bulles d'hydrogène ont-elles aussi des conséquences mauvaises comme les bulles d'air; peut-être même sont-elles la cause de l'inflammation et de la suppuration?

Enfin, M. Steinlin propose d'employer dans la galvano-puncture un mélange de zinc et d'étain ou de plomb, ou de faire recouvrir les aiguilles d'acier avec une couche de zinc. La galvano-puncture doit être faite, suivant lui, de la manière suivante : on plonge les aiguilles dans l'anévrysme ou dans le vaisseau variqueux, et on les met en rapport avec le pôle positif; le pôle négatif est en rapport avec une plaque en platine et placé dans le voisinage de l'anévrysme sur la peau, préalablement mouillée avec un acide dilué ou une solution saline; la plaque de platine peut être remplacée par une éponge imbibée d'une solution saline (1).

(1) *Wienn Zeitschrift*, B. 4, 1853.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 Décembre 1853. — Présidence de M. Combes.

M. Belon adresse une note *sur les moyens préventifs du choléra-morbus.*

L'auteur croit voir dans la suspension du travail éliminatoire des reins, la source principale des désordres qui rendent si grave cette maladie. En conséquence, la médication qu'il propose a surtout pour objet de rétablir la sécrétion de l'urine. Les moyens préservatifs qu'il indique sont aussi conçus conformément à cette idée. (même section,)

L'Académie renvoie à l'examen de la même section trois notes également relatives au choléra et au traitement qui lui convient, de MM. Cavaillon, Bousquet Limosin.

M. Guinet (Michel), annonce être en possesion d'une méthode de traitement, au moyen de laquelle il guérit les dartres les plus rebelles; il pense que cette méthode est un titre à recevoir un des encouragement du legs Bréant. (même comm.)

Séance du 19 Décembre 1853.

Maladies du sein et de la région mammaire.

M. Velpeau, en présentant à l'Académie un exemplaire de l'ouvrage qu'il vient de publier sous le titre de *Traité des maladies du sein et de la région mammaire*, s'est exprimé en ces termes :

« A l'aide de recherches multipliées et d'environ deux mille observations, fruit d'une pratique de trente années, j'ai cru pouvoir reprendre, par ses bases, toute la pathologie de la mamelle.

» Guidé par l'anatomie chirurgicale, j'ai donné, dans cette monographie, une description nouvelle, et d'après nature, des inflammations du sein.

» Un chapitre, le chapitre des *tumeurs*, m'a ensuite et surtout occupé. On sait combien ces sortes de tumeurs sont nombreuses et variées; on sait aussi que la plupart d'entre elles sont de nature cancéreuse; on sait, enfin, qu'après avoir été enlevées par la chirurgie, il en est qui reviennent avec une opiniâtreté désespérante, tandis que d'autres ne repullulent point, mais on manquait de caractères suffisans pour en faire la distinction, avec quelque certitude, au lit des malades.

» Je crois être parvenu à dissiper en partie, sous ce rapport, l'obscurité et la confusion dont l'humanité avait droit de se plaindre. Sans parler des kystes, des hypertrophies, des engorgemens, des lipômes, des indurations, qui ont toujours été et qui restent de nature bénigne pour tout le monde, j'ai décrit, sous le nom *d'adénoïdes*, une classe entière de tumeurs qu'il sera facile, dorénavant, de ne plus confondre avec le cancer. Or, ces tumeurs qui guérissent radicalement par l'opération, qui disparaissent parfois d'elles-mêmes et que beaucoup de femmes peuvent assez souvent garder sans danger sérieux, entrent à peu près pour un quart (un cent sur quatre cents) dans le total des tumeurs rangées jusqu'ici sous le titre de cancers.

» A côté de ce premier résultat, j'en puis indiquer un autre.

» Les médecins ont, de tout temps, été divisés sur la question de savoir si le cancer véritable est incurable ou non, par l'opération ou de toute autre façon. Une étude attentive de la question des faits nouveaux et une longue expérience, m'ont démontré qu'ici le désaccord tient à ce que les différentes formes de cancer n'ont pas toutes la même force ou la même puissance de reproduction. Partant de là, j'ai établi une sorte d'échelle qui indique le degré de malignité, la tendance à la récidive, propres à chacune des formes du mal.

» On arrive ainsi à pouvoir dire au praticien : avec telle forme, la récidive n'est pas fréquente, quoique possible; il faut opérer; avec telle autre forme, la récidive est fort à craindre sans être constante; opérez encore; avec cette autre forme, au contraire, la récidive est presque inévitable, n'opérez pas!

» Sans me flatter d'avoir complètement élucidé la question des cancers et des autres tumeurs de la région mammaire, j'espère au moins avoir fourni aux chirurgiens le moyen de mettre les secours de l'art d'accord avec la nature du mal, et de prescrire aux malades, mieux que par le passé, ce qui convient à chaque espèce de tumeur en particulier.

» Les données fournies par le microscope dans la question des tumeurs en général et spécialement des cancers, ont dû être soumises aussi par moi, au contrôle de la clinique : je les discute longuement dans ce volume; mais il est inutile d'en parler en ce moment, attendu que je compte demander bientôt à l'Académie la permission de lui présenter un travail distinct sur ce sujet. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 27 Décembre 1853. — Présidence de M. Bérard.

Voici le résultat du scrutin pour la nomination des membres des commissions permanentes :

COMMISSION DES ÉPIDÉMIES.

Membres sortans.	Membres entrans.
MM. Rostan,	MM. Bégin,
Michel Lévy.	Collineau.

COMMISSION DES EAUX MINÉRALES.

MM. Jolly,	MM. Pâtissier,
Pâtissier.	Nacquart.

COMMISSION DE VACCINE.

MM. Gérardin,	MM. Depaul,
Danyau,	Jolly,
Devilliers, décédé.	Émery.

COMMISSION DES REMÈDES SECRETS.

MM. Adelon,	MM. Gérardin,
Bouchardat,	Chatin,
Orfila, décédé.	Renauldin.

COMMISSION DE PUBLICATIONS.

MM. Bousquet,	MM. Bouillaud,
Bégin,	Laugier,
Chomel,	Requin,
Bussy,	Boutron,
Bouley jeune.	Leblanc.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 23 Novembre 1853. — Présidence de M. Bricheteau, vice-président.

Sommaire. — Élections. — Présentation d'une pièce anatomique, par M. Béhier. Discussion : MM. Hérard et Barth. — Présentation de deux pièces anatomiques, par M. Legendre.

La Société procède à un scrutin pour la nomination de M. de Hübbenet, médecin en chef de l'hôpital militaire de Kiew (Russie), comme membre correspondant. M. de Hübbenet est nommé à l'unanimité.

La Société procède également à l'élection de M. Cahen, comme membre associé. M. Cahen réunit l'unanimité des voix exprimées.

— M. Béhier présente à la Société le cœur de l'un des malades dont l'histoire a été rapportée dans le mémoire de M. Hérard.

Voici l'observation de ce malade :

Bernier (Louis), 24 ans, coiffeur, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Béhier, salle Saint-Antoine, n° 2.

Antécédens. — Il y a cinq ans, pleurésie gauche; six semaines de séjour à la Pitié; à sa sortie, il conserve des palpitations et une certaine oppression.

L'année dernière, rhumatisme articulaire aigu; quinze jours à Beau-

. Il en sort se plaignant encore de douleurs et de difficulté dans la marche. La gêne de la respiration augmente ; toux presque continuelle ; expectoration de quelques crachats striés de sang.

Deux mois avant son entrée, il a passé un mois à l'hôpital du Havre pour ces derniers accidens ; on lui a appliqué un vésicatoire à la région précordiale. Quelques granules de digitaline.

Examen du 29 mai 1853. — Face pâle, légèrement amaigrie. Pas de trace d'enflure aux extrémités inférieures.

Pas de voussure précordiale.

La pointe du cœur bat un peu au-dessous de la cinquième côte, dans le cinquième espace intercostal, deux travers de doigt directement au-dessous du mamelon.

L'impulsion se sent, mais peu énergique. Un frémissement vibratoire très doux accompagne le deuxième temps.

La percussion ne dénote qu'une très légère augmentation de la matité à la région précordiale.

Le pouls bat 45 fois par minute. Les pulsations sont égales, régulières, faibles et grêles.

A l'auscultation, les battemens sont très réguliers. A la base, au niveau de l'orifice aortique, on entend le double bruit sans souffle anormal. A mesure que l'on se rapproche de la pointe, immédiatement au-dessous du mamelon gauche et sur une ligne qui se prolongerait vers l'aisselle, le deuxième temps est masqué par un bruit de souffle qui se continue pendant tout le grand silence, de telle façon, cependant, qu'il y ait un petit intervalle entre la fin du bruit anormal et le commencement du premier bruit du cœur.

En ce point là le premier bruit n'est pas précisément accompagné d'un souffle, mais il semble un peu prolongé : il est traînant.

Aucun bruit anormal le long de l'aorte.

Dans les vaisseaux du cou, bruit de souffle intermittent, léger, semblant même quelquefois disparaître.

Il y a quelques signes de tubercules pulmonaires au début.

De temps en temps le malade ressent, vers la pointe du cœur, une douleur très vive, lancinante, qui semble s'exaspérer surtout dans les efforts de toux.

Examen ultérieur. — On a fait courir le malade. Le pouls, au lieu de 45, bat 80 fois par minute. On entend, au premier temps, un bruit de souffle rude, bien distinct de celui du deuxième temps, qui précède immédiatement le choc de la pointe du cœur. Ce souffle du premier temps est alors très marqué, et le souffle du deuxième temps disparaît presque tout à fait.

A mesure que les battemens du cœur diminuent de fréquence (à 60), le bruit de souffle du deuxième temps reparaît et l'on entend alors distinctement les deux bruits de souffle avec leur timbre particulier.

Le souffle du deuxième temps, plus doux et plus prolongé, n'est séparé que par un petit intervalle du souffle du deuxième temps, qui finit avec le choc de la pointe du cœur. Frémissement très léger pendant le deuxième temps.

Au mois de juillet, M. Béhier remarque que le maximum d'intensité du souffle du deuxième temps est à 1 centimètre au-dessous du mamelon, à deux pouces de l'endroit où bat la pointe du cœur, et sur une ligne qui s'étendait vers le creux de l'aisselle.

Bernier était sorti de l'hôpital au commencement du mois d'août. Il était dans un assez bon état de santé, lorsqu'il mourut subitement (en quatre heures) dans la nuit du 18 novembre.

Autopsie. — Le cœur n'a pas notablement plus de volume qu'à l'état normal. Hypertrophie de l'oreillette gauche ; capacité plus grande ; membrane interne épaissie, parois musculaires très fortes.

Orifice auriculo-ventriculaire gauche. — Rétrécissement très considérable. La valvule mitrale offre à son extrémité, en entonnoir, une ouverture à bords épais, qui n'a pas 1 centimètre de diamètre.

Pas d'incrustations, elle est souple, suffisante.

Orifice aortique. — Dimension normale. Deux fois on verse de l'eau dans l'aorte ; les deux fois l'eau s'écoule lentement. On en verse une troisième, elle s'écoule encore, mais si lentement que les valvules sygmoïdes, étant assez souples, sans incrustations et seulement un peu épaissies, paraissent devoir être admises comme suffisantes. Mais, après avoir fendu l'aorte, on découvre, par un examen plus attentif, que deux d'entre elles présentent deux éraillures situées près de leur bord supérieur. Au voisinage de ces éraillures, les membranes valvulaires sont amincies par une sorte d'ulcération de leur face ventriculaire et, en plusieurs points, prêtes à se perforer.

M. Béhier insiste sur cette circonstance, qu'indépendamment du rétrécissement mitral, il y avait, vers le bord des deux valvules sigmoïdes de l'aorte, de petites éraillures transversales qui avaient d'abord passé inaperçues et qui lui paraissent de nature à expliquer le bruit de souffle du second temps, rencontré pendant la vie ; de telle sorte que ce fait qui, au premier abord, semblait très embarrassant pour la théorie de M. Beau, trouve néanmoins explication dans cette théorie.

M. Hérard : Je m'en réfère complètement à la Société pour décider si les petites éraillures transversales qui existent près des tubercules d'Arantius permettaient le retour du sang dans l'intérieur du ventricule. Quant à moi, j'ai la conviction qu'elles ne pouvaient produire ce résultat. On sait, en effet, que les valvules sigmoïdes de l'aorte ne se touchent pas seulement par les tubercules d'Arantius, mais que c'est surtout par l'accolement de leurs faces qu'elles empêchent la rentrée dans le ventricule de la colonne sanguine rétrograde. Or, les éraillures étant au-dessus du point principal de juxta-position, il était impossible que le sang pénétrât dans le cœur par insuffisance aortique. J'ai, en présence de M. Béhier, pratiqué des incisions analogues et même plus étendues sur les valvules sigmoïdes d'un cœur sain, et le reflux de l'eau versée dans l'aorte a été aussi prononcé après qu'avant ces incisions.

J'ajouterai que les symptômes observés pendant la vie, indiquaient que le bruit de souffle du deuxième temps se liait au rétrécissement si considérable de l'orifice mitral, et non à l'insuffisance aortique supposée par M. Béhier. Le pouls était très faible, très grêle et nullement rebondissant, comme cela se rencontre dans les insuffisances aortiques sans rétrécissement aortique. On percevait à gauche, vers la pointe du cœur, un frémissement vibratoire, parfaitement explicable par l'altération des valvules mitrales, mais difficile à concevoir dans l'hypothèse d'un léger frottement à travers des éraillures non indurées.

M. Béhier répond que les expériences invoquées par M. Hérard n'ont pas toute la valeur qu'il se plaît à leur attribuer ; que dans la première, l'aorte avait été coupée à deux centimètres environ des valvules aortiques, et que, par conséquent, la colonne de liquide n'avait pas une hauteur suffisante pour permettre d'apprécier s'il y avait ou non insuffisance des valvules sigmoïdes. D'ailleurs, dans la pièce qu'il vient de présenter, les valvules ne sont pas à l'état normal, mais bien accolées l'une à l'autre, et cette altération a dû concourir à déterminer l'insuffisance. Ce fait ne peut donc pas infirmer, suivant lui, la théorie de M. Beau.

M. Barth : Les éraillures des valvules aortiques se rencontrent assez souvent, et je pense qu'elles n'ont pas l'importance que M. Béhier veut bien leur accorder. Je reconnais cependant, avec lui, que la valvule gauche est un peu courte et accolée à la valvule voisine ; mais je ferai observer, que dans le cas d'insuffisance, le ventricule gauche est toujours hypertrophié ; or, cette hypertrophie n'existe pas sur le cas qui nous est présenté. Je prie M. Béhier de vouloir bien conserver cette pièce anatomique, afin de pouvoir la comparer avec d'autres que je m'engage à lui montrer, et qui présentent des lésions semblables.

M. Legendre présente à la Société les cœurs de deux malades morts, dans son service, des suites d'une affection de ce viscère. Dans les deux cas, il existait pendant la vie, *au premier temps*, et vers la pointe du cœur surtout, un bruit de souffle très rude, avec frémissement cataire, pouls petit, faible, irrégulier, dyspnée très grande, hémoptysie par moment, cyanose, infiltration séreuse presque générale ; en un mot, ces deux malades avaient offert tous les signes d'un rétrécissement de l'un des orifices du cœur, et en particulier de l'orifice mitral. L'autopsie vient confirmer le diagnostic chez l'un de ces malades dont nous allons rapporter l'observation. Il existait un rétrécissement peut-être congénital de l'orifice mitral. Chez l'autre, qui était une femme de 38 ans, épuisée par des privations et des excès de travail, il existait aussi un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire du côté gauche, mais ce rétrécissement ne dépendait pas de la valvule mitrale, dont les deux lames étaient souples et minces comme à l'état normal ; il tenait à la présence d'un caillot noirâtre parfaitement organisé, du volume d'un petit œuf de poule, et qui, tenant à la face interne de l'oreillette gauche dans le point correspondant au trou de Botal, par un pédicule court et fibreux, plongeait, par sa petite extrémité, dans l'intervalle des deux lames de la valvule. Ce caillot oblitérait ainsi presque complètement l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, et déterminait un rétrécissement très considérable de cet orifice. L'oreillette gauche était hypertrophiée, et le cœur droit était aussi considérablement hyperthrophié et gorgé de sang noir. Du reste, M. Legendre annonce que l'observation, très détaillée, de cette dernière malade, sera lue à la Société par M. Caron, interne de son service.

— M. Caron, interne du service de M. Legendre, lit une observation et des réflexions *sur un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.* (Cette observation sera publiée dans un des prochains numéros de l'Union Médicale.)

Le secrétaire, Ch. Léger.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

Séante à la Faculté de médecine.

Présidence de M. Barth. — (Extrait des procès-verbaux.)

Institution d'une commission chargée d'étudier les moyens propres à combattre les accidens produits par les agens anesthesiques.

Plusieurs fois, dans le cours de ses dernières séances, la Société a eu l'occasion de s'occuper du chloroforme et de l'anesthésie. A ce propos, M. Adorne a témoigné de l'étonnement du peu de compte que l'on paraît tenir, en général, de la provenance et des qualités de cet agent, toutes les fois qu'on veut en apprécier les effets ou déterminer les doses et la manière la plus convenable de l'administrer.

Pour fixer plus particulièrement l'attention, M. Adorne fait de ce sujet une communication spéciale. Il a pour but d'établir que le chloroforme n'est pas toujours le même, qu'il est susceptible de certaines altérations, et qu'il peut devenir toxique, suivant la manière dont il a été préparé.

En effet, on sait qu'il existe plusieurs procédés. Tantôt il est préparé par l'hypochlorite de chaux, l'eau et l'alcool ; c'est celui que MM. Soubeiran et Mialhe appellent chloroforme normal, dans un mémoire consigné dans l'*Annuaire de thérapeutique*, de M. Bouchardat, année 1850. Tantôt il est obtenu du même sel et de l'esprit-de-bois. Ces auteurs le désignent alors sous le nom de chloroforme méthylique.

Or, ce dernier diffère considérablement du premier, dont l'odeur suave rappelle la pomme de rainette. Celle du second est empyreumatique, nauséeuse et très désagréable. Cela est dû à la présence d'un corps étranger, d'une huile dont on parvient à le débarrasser en partie par l'acide sulfurique concentré ; mais même après cette rectification, il conserve une odeur désagréable. La densité de ces deux chloroformes n'est pas non plus la même. Le chloroforme normal pèse 1,496 ; le chloroforme méthylique ne pèse que 1,413.

En outre, on fait maintenant du chloroforme avec différentes huiles essentielles, avec celle de térébenthine, avec celle de citron, etc., ce qui donne des produits doués de propriétés différentes, comme le prouvent les essais consignés dans le *Répertoire de pharmacie* de M. Bouchardat.

Il y a plus encore, le chloroforme préparé par un de ces procédés, celui qui a été obtenu par l'alcool et qui seul doit servir à produire l'anesthésie, le chloroforme dit normal, n'est pas toujours identiquement le même. Il varie suivant le moment de l'opération où il est recueilli. Au commencement, il contient une notable portion d'oxygène libre provenant de la décomposition de l'eau, dont le chlore absorbe l'hydrogène, pour passer à l'état d'acide chlorhydrique. Vers la fin, il entraîne avec lui du chlore, qui le rend très irritant pour les voies aériennes et très propre à produire l'asphyxie, quoique préparé selon la méthode indiquée pour l'obtenir bon et pur.

Le chloroforme ne doit être employé en inhalation que lorsqu'il réunit tous les caractères suivans : transparence parfaite ; entière volatilité ; densité de 1496 à la température de 15° ; odeur éthérée spéciale rappelant celle de la pomme de reinette ; saveur éthérée, menthée et sucrée tout à la fois ; solubilité en toutes proportions dans l'alcool et dans l'éther hydrique ; il doit tomber au fond d'un mélange d'eau et d'acide sulfurique à parties égales, ne *rougir* ni ne *blanchir* le papier bleu de tournesol, ne point devenir opale en traversant l'eau, ne point précipiter par le nitrate d'argent, ne point coaguler l'albumine, ne point s'enflammer comme l'éther à l'approche d'un corps en ignition ; enfin produire par le frottement sur la peau une simple rubéfaction et non une vésication.

M. Adorne termine sa communication en annonçant à la Société que d'essais qui lui sont personnels, il résulte que l'inspiration ou l'insufflation d'un mélange de deux parties de gaz oxygène et d'une partie d'air atmosphérique est un puissant moyen de combattre les mauvais effets du chloroforme quand l'inhalation a été poussée trop loin, et de rappeler à la vie les animaux soumis à son action prolongée. Il compare ce moyen à ceux qui ont été conseillés dans le même but, et il établit qu'il leur est infiniment supérieur.

M. Forget trouve la communication de M. Adorne d'autant plus importante, qu'on a prétendu souvent que les accidens produits par le chloroforme, tenaient à ce que cet agent n'était pas bien préparé. Il résulte de cette communication, que même en le préparant convenablement, on n'est pas à l'abri de ces accidens.

Il entre dans quelques développemens sur l'emploi de l'oxygène. Il rappelle que M. Duroy, pharmacien, à déjà publié dans l'Union Médicale un mémoire sur ce sujet ; et il rapporte des expériences qu'il a faites depuis avec lui. Il est merveilleux de voir avec quelle rapidité les oiseaux anesthésiés par le chloroforme, sont ranimés quand on les plonge dans ce gaz.

M. Gillette est d'avis qu'on ne saurait trop encourager ce genre de recherches ; car s'il est incontestable qu'il faut, avant tout, avoir du chloroforme pur, et que, par conséquent, c'est faire une chose utile que de présenter en peu de mots les caractères à l'aide desquels les praticiens peuvent constater sa pureté ; il est également hors de doute, pour lui, que le chloroforme le plus pur peut donner lieu à des accidens, même quand il est manié avec prudence.

M. Larrey, sans vouloir transporter la discussion sur un autre terrain que celui sur lequel elle paraît tendre à se placer dans la Société d'émulation, et sans vouloir surtout reproduire la discussion qui a eu lieu dans une autre Société, fait ses réserves sur le danger des inhalations chloroformiques. Il combat la tendance à rendre le chloroforme responsable de tous les accidens qui se sont produits pendant son emploi et que l'on aurait peut-être eu également à déplorer sans l'anesthésie.

M. Fournet pense aussi que les malheurs accidentels consécutifs à l'usage du chloroforme ne peuvent diminuer la valeur de cet agent ; mais ils sont plus que suffisans pour engager à redoubler d'efforts pour trouver : 1° le moyen de les éviter, 2° celui d'y remédier quand une fois ils se sont produits. Il serait digne de la Société de s'emparer de cette question et de lui donner une solution.

M. le Secrétaire général insiste pour la nomination d'une commission chargée d'instituer des expériences dans ce but.

M. Gillette appuie fortement la proposition.

La question est mise aux voix et adoptée.

Sont nommés membres de la commission : MM. Adorne, Gillette, Forget, Hillairet, Lallemand et Cherest. La commission fera toutes les expériences qu'elle croira utiles tant sur le chloroforme que sur l'éther. La Société l'autorise à faire les dépenses nécessaires.

Le secrétaire général, J. Cherest.

COURRIER.

STATISTIQUE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE DE LA VILLE DE PARIS.

La population totale de Paris est de 1,053,262.

Pour soigner cette population, Paris renferme : 1,351 docteurs en médecine ou en chirurgie, 164 officiers de santé et 446 pharmaciens ; par conséquent, on compte :

1 docteur sur 779 habitans ; 1 officier de santé sur 6,422 ; 1 pharmacien sur 2,531.

Si l'on rapproche ces chiffres de ceux que j'ai trouvés l'année dernière pour toute la France, on conviendra que Paris est excessivement riche en médecins et en pharmaciens. La statistique de la France m'avait donné pour les médecins (docteurs et officiers de santé réunis) : 1 sur 1,940 habitans, et pour les pharmaciens, 1 sur 6,914.

A Paris, les docteurs et les officiers de santé réunis sont, avec les habitans, dans la proportion de 1 sur 695. Ainsi, pour que la population entière de la France eût à son service autant de médecins et de pharmaciens que la population de Paris, il faudrait tripler le nombre des médecins et des pharmaciens existant aujourd'hui dans notre pays.

(Extrait de l'*Annuaire* du docteur Roubaud.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Cours de Pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris par M. le professeur Andral ; recueilli et publié par M. le docteur Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale* ; 2e édition entièrement refondue. — 3 volumes in-8° de 2076 pages. — Prix : 18 fr.

Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Traité de l'Affection calculeuse du Foie et du Pancréas (avec cinq planches lithographiées) ; par V.-A. Fauconneau-Dufresne, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies, des bureaux de bienfaisance et des crèches, membre de la Société de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur. — Un vol. format anglais. Prix : 4 fr. 50 c.

Paris, chez Victor Masson, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, et dans les bureaux de l'*Union Médicale*.

Influences des événemens et des commotions politiques sur le développement de la folie ; par le docteur Belhomme, médecin d'un établissement d'aliénés, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.

En vente, chez Germer-Baillière. — Prix : 3 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

